

## EXPERIENŢA NOASTRĂ PRIVIND SCADEREA MORBIDITĂŢII ŞI MORTALITĂŢII PRIN CANCER

I. Krepsz, Z. Szecsei

Măsurile de combatere a cancerului sînt determinate de faptul că e vorba de o boală cu răspîndire în masă, ce ocupă, după bolile cardiovasculare, locul al doilea printre cauzele de deces şi că morbiditatea prin cancer creşte atît în mod aparent cît şi real, manifestînd o tendinţă spre grupele de vîrstă din ce în ce mai tinere. Faptul că morbiditatea prin cancer se situează printre primele cauze de deces denotă existenţa unor relaţii sanitare dezvoltate, dat fiind că graţie scăderii sau lichidării celorlalte cauze ale mortalităţii, boala cancerosă a putut depăşi, pe rînd, frecvenţa altor maladii.

*Morbiditatea prin cancer* prezintă o creştere aparentă din cauza perfecţionării mijloacelor şi procedeeleor de diagnostic, cu ajutorul cărora boală poate fi decelată pe scară mai largă decît în trecut: bolnavii au la dispoziţie un număr mai mare de spitale bine dotate; datorită educării sanitare a maselor, şi ridicării nivelului cultural, numărul bolnavilor care se prezintă la consultaţii medicale, a devenit mai mare; a scăzut mortalitatea infantilă, a crescut excedentul natural al populaţiei, s-a prelungit vîrsta medie de viaţă, astfel că azi numărul indivizilor care ajung la aşa-zisa vîrstă cancerosă este mai mare decît înainte cu cîteva decenii. Dar pe lîngă cauzele aparente trebuie să înregistrăm şi o creştere reală. Cancerelor localizate la nivelul anumitor organe prezintă o incidenţă mai frecventă în ultimul deceniu. Aşa de pildă, cancerul larangian şi pulmonar prezintă o incidenţă crescută de 10—20 de ori, faţă de datele statistice de la începutul veacului al XX-lea (1, 2, 3, 4).

Postulatul principal al luptei împotriva tumorilor maligne e profilaxia concepută pe o bază largă (5). Scopul profilaxiei este înainte de toate prevenirea stărilor preblastomatoase, împiedicarea degenerării maligne a stărilor preblastomatoase existente. Profilaxia în sensul larg al cuvîntului cuprinde diagnosticul precoce al unui malignom deja evoluat, împiedicarea evoluţiei lui printr-un tratament instituit precoce şi adecvat, prin controlul medical postterapeutic periodic al bolnavilor cancerosi în vederea stabilirii unui diagnostic precoce sau a eventualelor recidive şi metastaze.

Profilaxia oncologică necesită o aparatură sanitară deosebită, o rețea oncologică organizată pe baze largi.

Dar sarcini nu mai puțin importante revin instituțiilor sanitare cu profil oncologic în cadrul luptei anticanceroase. Aceste sarcini se reduc în esență la analiza motivelor prezentării tardive a bolnavilor în stadii avansate și la analiza periodică a eficienței activității curative, studiindu-se cazurile în care tratamentul a fost aplicat corect, sau dacă a fost incorect cum s-ar fi putut evita această deficiență cauzele care au dus la eșuarea tratamentului în ciuda așteptărilor, dacă tratamentul a ușurat faza terminală a bolnavilor incurabili.

Considerăm că această analiză critică este foarte utilă pentru toate unitățile sanitare, în vederea trasării sarcinilor actuale. Unele instituții au analizat motivele prezentărilor tardive în general (9, 10, 11). Datele obținute arată ca întârzierea s-a datorat în 15—20% a cazurilor asimptomatismului evoluției bolii, în 35—45% ignoranței și indolenței, în 5—7% unei pudori cu totul nejustificate, în 20—25% erorilor de diagnostic și în 14—18% altor împrejurări. Alte lucrări se ocupă sub același aspect cu anumite localizări de cancer [cancer de col uterin (12, 13), cancer mamar 14].

Pornind de la această concepție critică ne-am propus să studiem în materialul de 14 ani al Clinicii de radiologie din Tg. Mureș acele localizări de cancer, care sînt ușor accesibile celor mai simple mijloace de diagnostic: 570 cazuri de cancer mamar, 832 de col uterin și 1032 de cancer cutanate și ale buzei (15, 16, 17), luînd drept criteriu specificarea motivelor amintite mai sus.

Din studiul nostru rezultă că în toate cele trei localizări, ignorarea cunoștințelor elementare sanitare sau indolența a fost motivul prezentării tardive în 63,5% a cazurilor. Bolnavele cu cancer de col uterin s-au prezentat tardiv la medic în 6,5% a cazurilor din cauza unei senzații de falsă pudoare; în 13,2% a cazurilor s-a constatat indolență; în 22% a bolnavilor cu cancer cutanat sau labial, motivul prezentării tardive au fost încercările cu leacuri băbești timp îndelungat. Multor bolnavi, farmacistul le-a dat medicamente. Diagnosticul eronat a împiedicat aplicarea precoce a unui tratament adecvat la 6,9% a bolnavilor cu cancer mamar, la 20,1% cu cancer de col uterin și la 13,7% dintre bolnavii cu cancer cutanat. Prezentare tardivă, explicabilă din motive materiale, nu au intrat în ultimii ani.

Acești factori au determinat situația că 43,2% a bolnavilor cu cancer mamar, 32,2% a bolnavelor cu cancer de col uterin și 27,2% a bolnavilor cu cancer cutanat și labial s-au prezentat cu o întârziere de 1 an sau chiar mai mare la consultațiile medicale sau de specialitate. În consecință, 32,9% a bolnavilor cu cancer mamar, 69,7% a celor cu cancer de col uterin și 8,4% a bolnavilor cu cancer cutanat și labial s-au prezentat la consultații de specialitate în stadiul III și IV.

Cifrele date de noi reprezintă medii de valori obținute în materialul Clinicii dintr-o perioadă care înbrățișează mai mult de un deceniu. Datele foarte puțin încurajatoare ale activității noastre din primul ani au fost compensate oarecum de ameliorarea observată în ultimii ani. Procesul de îmbunătățire e lent, dar ferm, și face ca numărul cazurilor eclatante de neglijență să scadă an de an.

Studiindu-se mijloacele care au contribuit la îmbunătățirea situației, s-a constatat că factorul cel mai important al diagnosticului precoce îl constituie cunoștințele oncologice ale medicului.

Medicul își neglijează datoria dacă răspunde bolnavei care îl consultă că nodulul palpat în glanda mamară „nu are nici o semnificație” sau „să vedem cum va evolua”. Bolnava a cărei suspiciune a fost înlăturată, nu va consulta medicul nici atunci cînd nodulul mamar a ajuns la dimensiuni considerabile. În cazul tumorilor trebuie să avem

în vedere întotdeauna posibilitatea cea mai nefavorabilă: malignitatea. Putem abandona această posibilitate numai când suspiciunea noastră a fost infirmată de un diagnostic histo-patologic. Medicul trebuie să stea față în față cu eventualitatea cea mai rea, nu să fugă de ea. Însușirea cunoștințelor oncologice trebuie să înceapă chiar în anul de studii universitare, aprofundarea lor făcându-se în cursul anilor de practică medicală. O sarcină importantă, strins legată de activitatea medicului e propaganda și agitația sa-tutara rațională.

Trebuie să accentuăm că toate mijloacele de propagandă (presa, radiodifuziunea, televiziunea, conferințele, imprimatele, foile volante, broșurile, filmele, expozițiile, lozincile, etc.) își vor îndeplini scopul numai dacă activitatea lor va fi axată pe postulatul fundamental că bolnavii cu tumori maligne sînt vindecabili, cu condiția ca afecțiunea să fie descoperită precoce și să se aplice un tratament adecvat din timp. Acest optimism trebuie să se manifeste în cursul tuturor acțiunilor de propagandă. Cu toate acestea însă trebuie să remarcăm că educația sanitară oricît de bine ar fi organizată, nu e în stare să scadă în mod simțitor morbiditatea și mortalitatea prin cancer (18). Munca de lămurire efectuată în mod corespunzător, susținută energetic, va avea ca rezultat, în primul rînd faptul că populația va ajunge în posesiunea unor cunoștințe juste despre boala canceroasă, obișnuindu-se cu cuvîntul de „cancer” și contribuind la generalizarea mentalității că și aceasta e o boală ca toate celelalte. Astfel se va lichida cancerofobia, frica de această maladie, considerată un inamic cumplit și necunoscut. Cu cît teama e mai mică, cu atît scade și fobia față de acest tiran deprimant, cu atît ca îi mai verosimil că persoanele ce vor observa semne de bănuială, se vor prezenta din timp la medic și că nu vor refuza să li se aplice un tratament de specialitate, care reprezintă de multe ori un traumatism psihic, destul de puternic. Experiența noastră arată că mai mult decît atît nu se poate aștepta ca rezultat al muncii de educație sanitară. Importanța ei de a contribui la stabilirea diagnosticului precoce, rămîne în urmă față de rolul medicului.

Una din condițiile deosebit de importante ale diagnosticului precoce sînt depistările, în cursul cărora se pot descoperi și cazurile asimptomatice.

La depistările oncologice se va începe cu organele abordabile prin cele mai simple mijloace de diagnostic, pe de o parte pentru că acestea prezintă localizările cele mai frecvente de cancer, pe de altă parte pentru că aceste localizări sînt vindecabile în cea mai mare proporție. Depistările sînt eficiente numai dacă fiecare femeie de peste 35 ani și bărbat de peste 40 ani își fac un control oncologic cel puțin o dată pe an. Populația va fi educată în sensul de a se prezenta spontan la aceste consultații în propriul ei interes. Acest lucru e deosebit de important în mediul rural, de unde provin cele mai multe cazuri neglijate (6).

Una din cauzele importante ale cazurilor neglijate o constituie și astăzi deficiențele din vîna medicului, observate atît la stabilirea diagnosticului (examen medical deficitar, neefectuarea examenelor de importanță covârșitoare din punct de vedere al diagnosticului), cît și în conduita terapeutică (tratamentul conservator, neaplicarea iradițiilor pre- și postoperatorii, etc.). Nu putem accentua îndeajuns de insistent faptul că lupta împotriva cancerului începe în cabinetul medicului de circumscripție (7).

Trebuie să avem o grijă deosebită la anunțarea obligatorie a bolnavilor de cancer (8). De multe ori neglijențele se comit după ce medicul a pus diagnosticul și a luat măsuri de internare a bolnavului într-un institut de specialitate. Din cauza educației sale sanitare cu totul deficitară, bolnavul cade victima influenței nocive a superstițiilor și șarlatanilor, și cînd, desamăgit de aceste practici, e dispus să apeleze în sfîrșit la ajutorul medicului, starea lui e incurabilă.

Noi credem că dispenzarizarea stărilor preblastomatoase obligatorii (8) este un postulat foarte important. Tratamentul bolnavilor cancerosi nu se încheie o dată cu

vindecarea plăgii operatorii sau în urma ședințelor de radioterapie, prin scrisoarea trimisă medicului de circumscripție. Controlul postterapeutic periodic nu se poate baza pe spontaneitate, deoarece de multe ori, din pricina ignoranței sau a fricii, bolnavii revin numai atunci când recidiva sau metastaza e incurabilă.

Pentru evitarea acestei situații va trebui să se realizeze o colaborare cât mai strinsă între medicul practician și institutul de specialitate. Ar putea da rezultate favorabile — deși în privința aceasta nu dispunem de nici o experiență — controlul oncologic al tuturor bolnavilor internați în staționare pentru diferite boli.

Bazându-ne pe experiența noastră de 14 ani, putem afirma că prin introducerea măsurilor înșirate, situația, deși s-a îmbunătățit în ceea ce privește diagnosticul precoce al bolii canceroase, e departe de a fi satisfăcătoare. Eficiența mijloacelor moderne de tratament ne obligă să depunem noi eforturi.

*Sosit la redacție: 24 noiembrie 1962.*

#### *Bibliografie*

1. COSTACHEL O., U. BUNESCU: Oncologie generala. Ed. medicală, București (1961);
2. OESER H. Strahlenther (1949), 73, 521;
3. IGNATJEV, M. V.: Novoziti med. Număr special tumori maligne (1947);
4. SCHINZ H. R.: Strahlenther (1944) 521;
5. PETROV N. N.: Med. Rabotnik (1949), 8—9, Probleme de oncologie (1949);
6. KREPSZ I., KOZMA J.: Erd. Múzeum Egyesület (1948), 63;
7. KREPSZ I., KOZMA J.: Ardealul Medical (1948), 8—9, 10;
8. Buletinul Ministerului Sănătății și Prevederilor Sociale (1961), 8—9;
9. VÁRTEREZ G.: Magyar. Tud. Akadémia közleménye (1951), 1, II, 17;
10. KREPSZ I., KOZMA J.: Rev. Științelor Medicale (1951), 9, 56;
11. KREPSZ I., KOZMA J.: Medicina internă (1954), 3, 112;
12. SZEREBROV A. I.: Vopr. Onkol. Medghiz. Moskva (1949);
13. COSTACHEL O., DRAGON V., NEGRU I., MOLDOVAN I.: Buletin științific Acad. R.P.R., 1;
14. JANISEVSKI T. I.: Sovietskaia medicina (1950), 7, 12; Ref. Szovjet Orv. Tud. Beszámoló (1950), 11, 570;
15. KREPSZ I., ADAM I., LAX I.: Revista Medicală (1957) 4—5, 187;
16. KREPSZ I., DARVAS I., SZECSEI Z.: Magyar Onkológia (1960), 1, 9;
17. KREPSZ I., SZECSEI Z. Magyar Radiológia;
18. CADE, S.: Proc. Roy. Soc. Med. vol. 56, nr. 1, 1963;
19. KREPSZ I., SZECSEI Z.: Premisele diagnosticului precoce în boala canceroasă. A IV-a Ses. Științ. a I.M.F. din 17. Mureș, 1962.