

1

Εξωφρενική τύχη



Στην τρίτη πράξη του *Άμλετ*, καθώς ο πρίγκιπας συλλογίζεται τον θάνατό του, αναφέρεται στις *‘σφεντόνες και τα βέλη της εξωφρενικής τύχης’*. Είναι μια όμορφη περίφραση για τη βαθιά κακοτυχία – μια κακοτυχία σαιξπηρικών διαστάσεων. Το είδος της κακοτυχίας που αφήνει τον αποδέκτη της άναυδο με τον τρόπο που η ζωή έχει αλλάξει μέσα σε μια στιγμή.

Διάλεξα ένα μέρος της φράσης για τον τίτλο του κεφαλαίου αυτού διότι σκέφτηκα ότι ο καρκίνος είναι πράγματι κακοτυχία. Με απλά λόγια, είναι η κακή τύχη να έχεις κύτταρα που έχουν αποκτήσει την ικανότητα να επαναπροδοτούν τον κοιμισμένο μηχανισμό που μπορεί να προκαλεί ταχύρρυθμη εμβρυϊκή ανάπτυξη κι έχουν χάσει την ικανότητα να τον σταματούν. Είναι κακή τύχη του μεγέθους του Σαίξπηρ διότι, όπως ξέρει καθένας που διαγνώστηκε ποτέ με καρκίνο (ή αγαπούσε κάποιον που είχε καρκίνο), η επίδραση του καρκίνου στο σώμα του, στη ζωή του και στην οικογένειά του δεν είναι τίποτε λιγότερο από επική.

Και όμως αυτή η εξωφρενική κακοτυχία συμβαίνει, κάθε χρόνο, σε πάνω από ένα εκατομμύριο ανθρώπους στις Ηνωμένες Πολιτείες, περισσότερους σήμερα απ’ ό,τι στο παρελθόν, διότι ο πληθυσμός μας αυξάνεται και διότι γερνάει. Τη μια μέρα είσαι καλά. Την επόμενη, μαζί με τον *Άμλετ*, βρίσκεσαι στριμωγμένος στη γωνία και συλλογιέσαι τον θάνατο, ενώ οι άλλοι συνεχίζουν τις συνηθισμένες ζωές τους.

Η συγγραφέας και κριτικός Σούζαν Σόνταγκ, που και η ίδια διαγνώσθηκε με λευχαιμία, είπε κάποτε: «Η αρρώστια είναι η νυκτερινή πλευρά της ζωής, μια πιο δύσκολη υπηκοότητα. Καθένας που γεννιέται έχει διπλή υπηκοότητα, ανήκει στο βασίλειο των υγιών και στο βασίλειο των αρρώστων. Παρόλο που όλοι μας προτιμούμε να χρησιμοποιούμε μόνο το καλό μας διαβατήριο, αργά ή γρήγορα ο καθένας μας αναγκάζεται, τουλάχιστον για ένα διάστημα, να δει τον εαυτό του ως πολίτη εκείνης της άλλης χώρας».

Κανένας δεν μπαρκάρει σ' αυτό το ταξίδι με τη θέλησή του. Είναι η εξωφρενική τύχη που μας σπρώχνει. Η ιστορία που θέλω να σας πω είναι για το πώς το ταξίδι αυτό έχει αλλάξει – πόσο μακριά φτάσαμε, και πόσο μακριά έχουμε ακόμη να πάμε.

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να σας το μεταδώσω είναι να σας πω την ιστορία ενός αρρώστου. Την άνοιξη του 1966 στεκόμουν στο πίσω μπαλκόνι και έψηνα στο γκριλ ένα κομμάτι ξιφία όταν άκουσα τη συρτή γυάλινη πόρτα να ανοίγει. Γύρισα και είδα τη σύζυγό μου Μαίρη Κέι να έρχεται προς το μέρος μου κρατώντας το τηλέφωνο στο στήθος της. Είχε μια έκφραση στο πρόσωπο που με τα χρόνια είχα μάθει καλά: κάποιος είχε καρκίνο.

Τέτοια τηλεφωνήματα δεν είναι ασυνήθιστα. Επειδή η καριέρα μου με έχει κάνει ορατό σε κάποιο βαθμό, και επειδή έχω τη φήμη κάποιου που πιστεύει στο να δίνει στους καρκινοπαθείς κάθε δυνατή ευκαιρία, οι άνθρωποι με βρίσκουν.

Η Μαίρη Κέι σχημάτισε με το στόμα το όνομα του ανθρώπου που ήταν στο τηλέφωνο: ο Λη, ένας οικογενειακός φίλος εδώ και εικοσιπέντε χρόνια. Η Μαίρη Κέι και η γυναίκα του Λη, η Μπάρμπαρα, είχαν ανταμώσει σε καλλιτεχνικά μαθήματα στην Ουάσιγκτον και από τότε είχαν μείνει στενές φίλες, ακόμη και μετά που μετακομίσαμε στο Κονέκτικατ. Με τα χρόνια ο Λη κι εγώ είχαμε γίνει φίλοι. Εκείνος με μύησε στη συλλογή γραμματοσήμων, πιθανώς την λιγότερο εκκεντρική από τις ασχολίες του, κι εγώ τον μύησα στην όπερα, ένα πάθος στο οποίο εδώ και χρόνια έχω αναλώσει μεγάλο μέρος του ελεύθερου χρόνου μου.

Με ολόγεια άσπρα μαλλιά που συνεχώς έπεφταν στο πρόσωπό του, διαπεραστικά γαλάζια μάτια και στρόγγυλα γυαλιά με συρμάτινο

σκελετό, ο Λη έμοιαζε μ' έναν μεσήλικα Χάρι Πότερ. Ήταν από φυσικού του ένας εύθυμος τύπος, το είδος του ανθρώπου που αρνείται να δει αρνητική πλευρά σε οτιδήποτε. Θα του έλεγες ένα πρόβλημα, κι εκείνος θα βηματίζε πάνω κάτω στο σαλόνι σου, ή θα καθόταν με σταυρωμένα τα γόνατα και το πόδι του να αιωρείται, καθώς θα σκαρφιζόταν μια λύση. Στον Λη άρεσε να λύνει προβλήματα, και ως οικονομολόγος στην Παγκόσμια Τράπεζα είχε λύσει προβλήματα σε όλη τη Λατινική Αμερική και τη Μέση Ανατολή.

Πήρα το τηλέφωνο και έδωσα στη Μαίρη Κέι τη σπάτουλα. «Βινς», είπε ο Λη, «συγγνώμη που σε ενοχλώ». Το τηλεφώνημα δεν ήταν ακριβώς έκπληξη. Ο Λη κι εγώ είχαμε μιλήσει νωρίτερα μέσα στην εβδομάδα, μετά από ένα τρομακτικό πρωινό που είχε δει αίμα στα ούρα του. Όπως και οι περισσότεροι άνθρωποι, αμέσως είχε φοβηθεί το χειρότερο. «Μάλλον δεν είναι τίποτε», του είχα πει. «Όμως θα πρέπει να δεις τον γιάτρο σου».

Ο γιάτρος του τον διαβεβαίωσε ότι στα εξήντα ο Λη ήταν μάλλον πολύ νέος για να έχει καρκίνο. Του είπε ότι μια σειρά άλλων παθήσεων μπορούσαν να προκαλέσουν αιματουρία. Και όταν εξέτασε τον Λη, δεν βρήκε κανένα από εκείνα τα χαρακτηριστικά οζίδια στον προστάτη του που μπορεί να υποδήλωναν καρκίνο. Το πιο πιθανό, είπε στον Λη, ήταν προστατίτιδα, μια λοίμωξη του προστάτη αδένου. Έδωσε στον Λη μια συνταγή για αντιβιοτικό. Και για σιγουριά ζήτησε και μια εξέταση PSA.

Το PSA, ή ειδικό προστατικό αντιγόνο, παράγεται από κύτταρα στον προστάτη. Τα καρκινικά κύτταρα παράγουν περισσότερο απ' όσο τα υγιή κύτταρα, κι έτσι μια ασυνήθιστα ψηλή τιμή PSA μπορεί να είναι μια πρώιμη ένδειξη καρκίνου. Όμως, όπως πολλοί γνωρίζουν, το PSA είναι μια ατελής εξέταση. Επειδή μπορεί να γεμίσει περισσότερα ερωτηματικά απ' όσα απαντά και μπορεί να προκαλέσει περιττή ανησυχία, πολλοί γιάτροι δεν το χρησιμοποιούν σαν ρουτίνα. Και πολλοί άνδρες επιλέγουν να μην το κάνουν, ανάμεσά τους κι εγώ. Ωστόσο, με δεδομένη την αιματουρία του Λη, ο γιάτρος του σκέφθηκε να ελέγξει την τιμή του Λη.

Το τηλεφώνημα του Λη ήταν για να μου πει ότι το αποτέλεσμα του PSA είχε βγει. «Ο γιάτρος είπε ότι είναι ψηλό», είπε, και η φωνή

του ήταν ασυνήθιστα τρεμάμενη. Ανησύχησα κι εγώ. Τα αποτελέσματα του Λη δεν ακούγονταν καλά. Πάλεψα ανάμεσα στο να του πω την ωμή αλήθεια και να τον προστατεύσω για λίγο ακόμη. Διάλεξα το δεύτερο. Επανεέλαβα αυτά που είχε ήδη ακούσει από τον γιατρό του. «Θα χρειαστεί να κάνεις βιοψία», είπα. «Είναι ο μόνος τρόπος να βάλουμε διάγνωση. Μέχρι τότε δεν θα ξέρουμε τίποτε με σιγουριά».

Του είπα να ζητήσει από τον γιατρό του να μου στείλει την έκθεση της βιοψίας όταν θα γινόταν. Δεν του είπα ότι κατά τη γνώμη μου είχε καρκίνο. Όμως ήμουν σχεδόν βέβαιος γι' αυτό. Είναι αλήθεια ότι ένα αυξημένο PSA δεν σημαίνει πάντα καρκίνο. Όμως όσο ψηλότερη είναι η τιμή, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα. Ένα φυσιολογικό PSA είναι κάτω από τέσσερα. Πάνω από δέκα υπάρχει ισχυρή πιθανότητα καρκίνου. Του Λη ήταν είκοσι τρία.

Ο Λη έκανε τη βιοψία που σύστησε ο γιατρός του. Το αποτέλεσμα ήταν θετικό. Το επόμενο βήμα ήταν να κάνει μια μαγνητική τομογραφία, μια απεικονιστική εξέταση κατάλληλη για τη σάρωση μαλακών μορίων. Έδειξε διογκωμένους λεμφαδένες γύρω από τον προστάτη του Λη – όχι καλό σημάδι. Οι λεμφαδένες που περιβάλλουν τα όργανα είναι μια πύλη για τα καρκινικά κύτταρα. Αν βρεις κύτταρα καρκίνου εκεί, ο καρκίνος πιθανώτατα έχει ήδη περάσει στα αιμοφόρα αγγεία, έχει κάνει μετάσταση.

Η θεραπεία του καρκίνου του προστάτη μπορεί να είναι προβληματική. Πολλοί καρκίνοι του προστάτη μεγαλώνουν τόσο αργά που οι άνδρες που τους έχουν θα πεθάνουν από γεράματα πριν πεθάνουν από τον καρκίνο. Αυτός είναι ένας από τους λόγους που κάνουν την εξέταση του PSA τόσο αμφιλεγόμενη. Όταν οι άνδρες υποβάλλονται σε εξέταση PSA σαν ρουτίνα, μπορεί να βρεθούν τέτοιοι όγκοι. Το αποτέλεσμα είναι ότι άνδρες που μπορεί ποτέ να μη είχαν ενοχληθεί από τον καρκίνο τους φτάνουν να υποβάλλονται σε εκτεταμένες εξετάσεις και θεραπείες για κάτι που ποτέ δεν θα γινόταν απειλητικό για τη ζωή. Μια μελέτη δειγμάτων που πάρθηκαν από πτώματα ανδρών άνω των πενήντα που είχαν πεθάνει από άλλες αιτίες βρήκε ότι το 31% περίπου είχε στοιχεία καρκίνου του προστάτη [1]. Αυτό που είχε σκοτώσει τους ανθρώπους αυτούς ήταν πιο

φονικό από τον καρκίνο του προστάτη τους. Αν όμως είχαν υποβληθεί σε εξέταση PSA, θα μπορούσαν κάλλιστα να είχαν λάβει περιττή θεραπεία γι' αυτούς τους αργά αυξανόμενους όγκους.

Ωστόσο, δεν μπορούμε να είμαστε και τελείως αδιάφοροι γι' αυτή την αρρώστια, διότι μερικοί καρκίνοι του προστάτη είναι επιθετικοί και πολύ θανάσιμοι. Ο καρκίνος του Λη άρχιζε να δείχνει τέτοιος. Και υπήρχε και μια ακόμη ένδειξη ότι ήταν άσχημος όγκος: ο παθολογοανατόμος που είχε εξετάσει τον ιστό από τη βιοψία του Λη του είχε δώσει υψηλή βαθμολογία Gleason. Το βαθμολογικό αυτό σύστημα, που επινοήθηκε από τον ιστοπαθολόγο Donald Gleason στα 1960, είναι ένας τρόπος να αξιολογούμε τα κύτταρα του καρκίνου του προστάτη στο μικροσκόπιο και να διαπιστώνουμε ποια είναι πιο επιθετικά. Όσο ψηλότερη η βαθμολογία Gleason, τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση. Μια τιμή κάτω από έξι συνήθως σημαίνει ότι ο καρκίνος δεν είναι πολύ επιθετικός. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι ογκολόγοι συχνά αποφασίζουν να μη δώσουν θεραπεία και να παρακολουθούν τον καρκίνο για να βλέπουν αν εξελίσσεται – μια πρακτική που λέγεται αναμονή υπό επιτήρηση.

Από την άλλη, μια τιμή Gleason επτά ως δέκα υποδηλώνει ότι ο άρρωστος θα έχει πτωχή πρόγνωση. Ο παθολογοανατόμος έδωσε στον καρκίνο του Λη μια τιμή Gleason δέκα, που σήμαινε ότι τα κύτταρα του όγκου του έδειχναν 'άγρια'. Ήταν μεγάλα και είχαν ασυνήθιστη δομή και περισσότερο κυτταρόπλασμα από ένα τυπικό κύτταρο. Κι άλλα άσχημα νέα. Κύτταρα με τέτοια εμφάνιση έχουν την τάση να συμπεριφέρονται αυτόνομα – να έχουν δικό τους εσωτερικό σύστημα επικοινωνίας. Είναι πιθανό να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα και να εισβάλλουν σε άλλους ιστούς. Μέχρι τώρα όλες οι ενδείξεις έλεγαν ότι ο καρκίνος του Λη ήταν ένας πολύ κακός παίκτης.

Οι επιθετικοί, γρήγορα αυξανόμενοι καρκίνοι είναι δύσκολοι στην ανίχνευση και στη θεραπεία τους, αλλά στη διαδικασία της αυτοαντιγραφής τους χρειάζεται να αποδομήσουν το DNA τους για ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Εκείνη τη στιγμή είναι πιο ευάλωτοι, και μπορούμε να τους επιτεθούμε.

Πρέπει όμως να ξέρουμε με τι να τους χτυπήσουμε, και πόσο δραστικά. Τα καρκινικά κύτταρα έχουν μια προσαρμοστική πανουργία: μαθαίνουν να ξεγελούν γρήγορα τις θεραπείες. Έτσι, η πρώτη προσπάθεια αντιμετώπισης ενός καρκίνου έχει τις καλύτερες πιθανότητες να τον θεραπεύσει ριζικά, διότι τον χτυπάμε με κάτι που δεν το έχει δει ποτέ του. Ο καρκίνος είναι πιο ευάλωτος και πιο ιάσιμος απ' ό,τι θα είναι στο μέλλον. Αυτός είναι κι ένας λόγος που οι υποτροπές είναι τόσο βασανιστικές: τότε έχεις να κάνεις με πολύ πιο έξυπνα κύτταρα.

Όλα αυτά περνούσαν από το μυαλό μου καθώς ο Λη κι εγώ ανταλλάσσαμε e-mail και τηλεφωνήματα την εβδομάδα μετά τη βιοψία του. Ακόμη και με θετικούς αδένες και υψηλή βαθμολογία Gleason, ο Λη είχε μια πιθανότητα –μικρή βέβαια– που βασιζόταν στο να λάβει εκείνη την άριστη πρώτη βολή. Χρειαζόμασταν έναν γιατρό πρόθυμο να δοκιμάσει όλα όσα είχαμε στο οπλοστάσιό μας για τον καρκίνο του προστάτη. Αυτό με ανησυχούσε περισσότερο από την υψηλή τιμή PSA του Λη.

Όταν ήμουν νεαρός ογκολόγος και δούλευα στους θαλάμους του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου, είχαμε την ελευθερία να δοκιμάζουμε οτιδήποτε και τα πάντα σε κάθε μεμονωμένο ασθενή. Τότε είχαμε λιγότερα εργαλεία, κι έπρεπε να είσαι ευέλικτος για να μεγιστοποιείς τις πιθανότητες για τον κάθε άρρωστο. Δεν υπήρχε καμία συνταγή για το πώς να χειριστείς έναν συγκεκριμένο καρκίνο, διότι επινοούσαμε στην πορεία. Σταδιακά, μέρα με τη μέρα και βδομάδα με τη βδομάδα, βρίσκαμε πώς να γιατρεύουμε περισσότερους ανθρώπους.

Με τα χρόνια, έχουμε κερδίσει περισσότερα εργαλεία για να θεραπεύουμε τον καρκίνο, αλλά η παλιά ικανότητα ευελιξίας και προσαρμογής έχει εξαφανιστεί. Πολλοί γιατροί σήμερα βασίζονται σ' αυτά που ονομάζονται πρότυπα φροντίδας –θεραπευτικές οδηγίες που εκδίδονται από επιστημονικούς οργανισμούς ή κυβερνητικά ιδρύματα. Αυτές βασίζονται στη συμβουλή επιτροπών από ειδικούς και σε αποτελέσματα από δημοσιευμένες μελέτες που περιγράφουν την καλύτερη θεραπεία για τους περισσότερους ασθενείς μ' ένα συ-

γκεκριμένο είδος καρκίνου. Τα πρότυπα φροντίδας επίσης εξηγούν πώς και πότε θα πρέπει να χρησιμοποιείται η θεραπεία.

Για να καταστρώσουν τις οδηγίες αυτές, οι γιατροί εξετάζουν θέματα όπως οι τυπικές απαντήσεις στη χημειοθεραπεία και η καμπύλη διάμεσης επιβίωσης – το χρονικό διάστημα για το οποίο το 50% των ασθενών θα επιβιώσει μετά από μια δεδομένη θεραπεία. Σκοπός είναι να βρούμε τι είναι καλύτερο για τον μεγαλύτερο αριθμό ασθενών. Οι οδηγίες έχουν μεγάλη επίδραση στη φροντίδα. Η FDA (Διεύθυνση Τροφίμων και Φαρμάκων) τις χρησιμοποιεί όταν εξετάζει την έγκριση φαρμάκων, και οι ασφαλιστικές εταιρείες τις χρησιμοποιούν για να αποφασίσουν αν θα καλύψουν τις θεραπείες των ασθενών. Αν η θεραπεία ενός αρρώστου είναι σύμφωνη με τα πρότυπα φροντίδας, οι ασφαλιστές συνήθως θα πληρώσουν γι' αυτήν. Αν αποκλίνει πολύ από το πρότυπο, οι ασφαλιστές είναι πιθανό να χαρακτηρίσουν τη θεραπεία πειραματική ή αναπόδεικτη και να αρνηθούν να την καλύψουν.

Οι δικηγόροι που ασχολούνται με κακή ιατρική πρακτική είναι έτοιμοι να χιμήξουν πάνω σε θεραπείες που δεν ανταποκρίνονται στα πρότυπα φροντίδας, υποστηρίζοντας ότι ο άρρωστος δεν έλαβε την καλύτερη δυνατή θεραπεία. Αποτέλεσμα είναι ότι οι γιατροί έχουν ισχυρά κίνητρα να μη ξεφεύγουν και πολύ από τα πρότυπα θεραπείας. Και για πολλούς αρρώστους το σύστημα αυτό πράγματι εξασφαλίζει την καλύτερη θεραπεία.

Όμως κι αυτή η κατάσταση δημιουργεί προβλήματα. Οι οδηγίες κοιτάζουν προς τα πίσω. Με τον καρκίνο, τα πράγματα αλλάζουν τόσο γρήγορα που οι γιατροί δεν μπορούν να βασίζονται στις χθεσινές οδηγίες για πολύ καιρό. Οι οδηγίες αυτές πρέπει να ενημερώνονται τακτικά, κάτι που σπάνια γίνεται διότι χρειάζεται χρόνο και χρήμα. Αν όμως δεν αναθεωρούνται ώστε να αντανakλούν τις θεραπευτικές εξελίξεις, ασθενείς που με νεότερες προσεγγίσεις θα μπορούσαν να ιαθούν, τώρα θα πεθάνουν. Η προσκόλληση σε τέτοια πρότυπα εμποδίζει τους γιατρούς να δοκιμάσουν κάτι καινούργιο.

Η ανησυχία μου ήταν σχετικά με τις οδηγίες για τον καρκίνο του προστάτη. Η κατάσταση του Λη δεν ταίριαζε καλά με τις οδηγίες που ίσχυαν το 1996. Ούτε η χειρουργική επέμβαση ούτε η ακτινοθε-

ραπεία από μόνες τους μπορούσαν να αυξήσουν τη διάμεση επιβίωση για ασθενείς με καρκίνο του προστάτη που, όπως στην περίπτωση του Λη, είχε ήδη επεκταθεί στους λεμφαδένες. Συνεπώς, σύμφωνα με το πρότυπο της φροντίδας, οι γιατροί είχαν απορρίψει τις δυο αυτές μορφές θεραπείας και προτιμούσαν αυτή που πετύχαινε καλύτερα: να δίνουν φάρμακα που δέσμευαν την φυσικά παραγόμενη τεστοστερόνη που διεγείρει τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων του προστάτη. Αν στερήσεις την τεστοστερόνη από τα κύτταρα αυτά, καθυστερείς την ασταμάτητη αύξησή τους. Για ένα διάστημα.

Το πρόβλημα ήταν ότι παρόλο που αυτή η προσέγγιση βελτιώνει τη διάμεση επιβίωση, δεν θεραπεύει ριζικά κανέναν, και οι πάντες στην ιατρική κοινότητα το ήξεραν αυτό. Όλοι οι καρκίνοι είναι πονηροί και ευπροσάρμοστοι. Τα καρκινικά κύτταρα κάποια στιγμή αναπόφευκτα έβρισκαν τον τρόπο να αυξάνονται, να διαιρούνται και να επεκτείνονται χωρίς την παρουσία τεστοστερόνης. Στην καλύτερη περίπτωση, η θεραπεία αυτή, που είναι γνωστή ως θεραπεία στέρησης ανδρογόνων ή ADT, κέρδιζε λίγο χρόνο για τον άρρωστο. Είμαι ογκολόγος, και το να κερδίζω χρόνο για τους αρρώστους είναι μια από τις κύριες στρατηγικές μου. Όχι για να βάλουν σε τάξη τις υποθέσεις τους ή να αντικρίσουν το αναπόφευκτο, αλλά διότι θέλω να κρατήσω τους ασθενείς στη ζωή μέχρι να εμφανισθεί η επόμενη νέα θεραπεία και να μπορέσουν να επωφεληθούν από αυτήν. Όμως ο καρκίνος του Λη ήταν τόσο άγριος που δεν νόμιζα ότι η ADT θα επέκτεινε τη ζωή του για πάνω από δυο ή τρία χρόνια – στην καλύτερη περίπτωση. Δεν πίστευα ότι αυτά ήταν αρκετά για να φθάσουμε στην επόμενη εξέλιξη. Χρειαζόμασταν περισσότερο χρόνο.

Δεν ξαφνιάστηκα όταν ο Λη τηλεφώνησε και μου είπε ότι ο ουρολόγος του του πρότεινε να αρχίσει θεραπεία ADT. Ο ουρολόγος του, όπως πρόσεξα, δεν του είχε πει ότι πιθανώς η θεραπεία θα του πρόσφερε μικρό όφελος. Ούτε κι αυτό με ξάφνιασε. Δεν είναι εύκολο να αναγγέλλεις τέτοιες ειδήσεις, και πολλοί γιατροί απλώς δεν το κάνουν. Όμως εγώ είμαι επιθετικός γιατρός. Θα κάνω ό,τι χρειάζεται για να θεραπεύσω ριζικά τους ασθενείς, κι αν αυτό δεν μπορεί να γίνει, να τους κρατήσω σε καλή κατάσταση για όσο είναι δυνατό.

Έτσι, το μεγαλύτερο ερώτημα από τη σκοπιά μου ήταν αν υπήρχε κάτι άλλο, κάτι καλύτερο από τη στέρηση ορμονών, που μπορούσαμε να δοκιμάσουμε. Δεν μπορούσα όμως να πάρω τις αποφάσεις του Λη για λογαριασμό του, κι έτσι έκανα αυτό που δεν είχε κάνει ο ουρολόγος του: του εξήγησα την κατάσταση και τον ρώτησα τι ήθελε.

«Δέκα χρόνια», είπε. Τον ρώτησα τι θα ήταν πρόθυμος να κάνει. «Οτιδήποτε», είπε.

Είχα μια ιδέα. Οι κλινικές μελέτες των νέων θεραπειών του καρκίνου αναφέρουν τις επιτυχίες ή τις αποτυχίες τους αθροιστικά: ας πούμε, τι ποσοστό ασθενών έζησε για πέντε χρόνια, ή πόσοι κέρδισαν μερικούς μήνες. Όμως μια έρευνα στις λεπτομέρειες των μελετών αυτών συχνά δίνει ενδείξεις για το τι μπορεί να δουλέψει ακόμη καλύτερα για μια ορισμένη μειοψηφία ασθενών.

Δεν έχουν πολλοί τον χρόνο ή την εμπειρία να αναζητήσουν και να βρουν τέτοιες ενδείξεις. Εγώ όμως τα έχω. Είναι αυτό που κάναμε τις πρώτες εκείνες μέρες στο Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (NCI), όταν τα ποσοστά επιβίωσης ήταν χαμηλά και ψάχναμε παντού για ιδέες για το τι να δοκιμάσουμε στους ασθενείς μας. Είναι αυτό που μπορεί να κάνει ένας αποφασισμένος ογκολόγος για λογαριασμό ενός αρρώστου αν δεν θέλει να συμβιβασθεί με ένα πρότυπο ρουτίνας.

Είχα ακούσει για μια μελέτη καρκίνου του προστάτη στη Mayo Clinic όπου οι ερευνητές μελετούσαν την εφαρμογή ριζικής προστατεκτομής –αφαίρεση του προστάτη αδένου και των γύρω λεμφαδένων– σε ασθενείς που οι αδένες τους δεν είχαν ακόμη διηθηθεί από την επέκταση καρκινικών κυττάρων [2]. Η τυπική εγχείρηση σε τέτοιες περιπτώσεις ήταν να αφαιρούν μόνο τον προστάτη και να αφήνουν τους αδένες αυτούς, μια και η υπόθεση ήταν ότι η αφαίρεση και των αδένων έκανε την επέμβαση πιο εκτεταμένη χωρίς να αλλάζει τις πιθανότητες. Δεν υπήρχαν στοιχεία ότι θα παρατεινόταν η επιβίωση αν αφαιρούνταν αδένες στους οποίους τα καρκινικά κύτταρα δεν φαίνονταν να έχουν ακόμη επεκταθεί. Γιατί να κάνουμε τον κόπο;

Όσο η ομάδα της Mayo είχε βρει ότι στο ένα τρίτο των περιπτώσεων υπήρχε αφανής επέκταση του καρκίνου στους λεμφαδένες. Αδένες που έδειχναν να είναι ελεύθεροι από καρκινικά κύτταρα δεν ήταν. Και οι ερευνητές της Mayo έβρισκαν ότι η αφαίρεση των αδένων στους ασθενείς αυτούς βελτιώνει την επιβίωση. Οι ερευνητές δεν είχαν δει ένα αποτέλεσμα τέτοιο που να δικαιολογεί την θεραπεία αυτή για όλους τους αρρώστους με καρκίνο προστάτη και προσβολή των αδένων. Όμως ένα 15% των θεραπευμένων ασθενών επιζούσαν ελεύθεροι από τη νόσο.

Βρήκα αυτόν τον συγκεκριμένο αριθμό –πρακτικά μια υποσημείωση στο άρθρο– πιο ενδιαφέροντα απ' ό,τι πρότειναν οι ερευνητές. Ήταν ένα αποτέλεσμα καλύτερο απ' όσα είχα δει με τις περισσότερες νέες θεραπείες εκείνο τον καιρό για μεταστατικό προστατικό καρκίνο, αυτόν που είχε ο Λη. Θεώρησα ότι θα άξιζε να τη δοκιμάσει. Τηλεφώνησα στον χειρουργό διευθυντή της ομάδας και τον ρώτησα αν θα μπορούσε να δει τον Λη. Έπειτα ρώτησα τον Λη αν ήταν πρόθυμος να κάνει το ταξίδι ως τη Μινεσότα, όπου ίσως να υποβαλλόταν σε μεγάλο χειρουργείο μακριά από την περισσότερη οικογένειά του. Συμφώνησε να δοκιμάσει. Δυστυχώς, όταν οι γιατροί στη Mayo Clinic τον εξέτασαν, συμπέραναν ότι ο καρκίνος του ήταν πολύ προχωρημένος για τη μελέτη τους. Αρνήθηκαν να τον χειρουργήσουν.

Ήταν μια ήττα, αλλά όχι τελειωτική. Άλλαξα πορεία και αναζήτησα κάποιον άλλο που έκανε τέτοιες επεμβάσεις. Βρήκα τον Marston Linehan, έναν πειραματιστή ουρολόγο που δούλευε με τον καλό μου φίλο Steven Rosenberg, διευθυντή χειρουργικής στο Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου. Ο Linehan δεν πειραματιζόταν με τη χειρουργική των λεμφαδένων ως θεραπεία, αλλά ήξερε να κάνει την επέμβαση στα πλαίσια της έρευνάς του: μαζέυε θετικούς λεμφαδένες για να σχηματίσει μια βάση δεδομένων για μοριακές ανωμαλίες στον καρκίνο του προστάτη. Σκοπός του ήταν να δει αν υπήρχε μια σταθερή μετάλλαξη κάποιου γονιδίου στον καρκίνο του προστάτη που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως στόχος για μελλοντική θεραπεία. Ήταν ήδη διάσημος για μια εργασία που είχε κάνει στον καρκίνο του νεφρού: είχε αναγνωρίσει μια οδηγό μετάλλαξη που λέγεται

γονίδιο VHL [3]. Αυτή η δουλειά τότε ήταν καινούργια, αλλά ήταν ο δρόμος του μέλλοντος.

Όταν ρώτησα τον Linehan για τον Λη, εκείνος δίστασε. Ήταν χωμένος βαθιά στην έρευνά του, που απέβλεπε όχι στο να βοηθήσει αρρώστους σαν τον Λη σήμερα, αλλά να βοηθήσει αρρώστους στο μέλλον, αφού είχε μάθει περισσότερα για την εξάπλωση του καρκίνου του προστάτη. Όμως εγώ μπορώ να είμαι πολύ πειστικός. Του εξήγησα ότι ο Λη θα του πρόσφερε το είδος του ιστού που χρειαζόταν. «Είμαι σίγουρος ότι θα θελήσει να πάρει μέρος στη μελέτη», του είπα. «Ζει ακριβώς εκεί, και το NIH* είναι σε απόσταση περιπάτου από το σπίτι του».

«Θα το κάνω αν μπορώ να κρατήσω τους ιστούς», είπε ο Linehan. Ο Λη συμφώνησε. Ο Linehan αφαίρεσε τους λεμφαδένες από την κοιλιά του, λαπαροσκοπικά. Πέντε από αυτούς ήταν γεμάτοι καρκινικά κύτταρα.

Το επόμενο βήμα ήταν ακτινοθεραπεία για να αντιμετωπίσουμε τον όγκο μέσα στον ίδιο τον προστάτη αδένα –που δεν είχε αφαιρεθεί– και να καταστρέψουμε τα όποια καρκινικά κύτταρα στους υπόλοιπους λεμφαδένες που δεν είχε αφαιρέσει ο Linehan.

Αν και είχα περάσει ένα τεράστιο μέρος της καριέρας μου στο NCI και είχα μεγάλη εμπιστοσύνη στο ίδρυμα αυτό, δεν ήθελα να κάνει ο Λη την ακτινοθεραπεία του εκεί. Οι περισσότεροι άνθρωποι νομίζουν ότι τα κέντρα καρκίνου είναι ολοκληρωμένα κέντρα, όπου όλα γίνονται σε ένα μέρος. Ό,τι είδος καρκίνου κι αν έχεις, εκεί μπορούν να χειρισθούν κάθε πτυχή του. Η αλήθεια όμως είναι ότι δεν μπορούν. Διαφορετικά ιδρύματα έχουν διαφορετικά ισχυρά σημεία. Κάποτε το NCI ήταν πολύ δυνατό στην ακτινοθεραπεία, αλλά δεν ήταν πλέον.

Έστειλα τον Λη στον φίλο μου Zvi Fuks, πρόεδρο του ακτινοθεραπευτικού τμήματος στο Κέντρο Καρκίνου Memorial Sloan Kettering (MSKCC) στη Νέα Υόρκη. Ο Zvi ήταν ένας από τους πιο

* Σ.τ.Μ. NIH: National Institutes of Health (Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας), μια ομάδα ερευνητικών κέντρων στα οποία ανήκει και το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (NCI).

ικανούς, επιθετικούς και τολμηρούς ακτινοθεραπευτές που είχα γνωρίσει ποτέ. Μελετούσε κάποιους καινούργιους τρόπους να ακτινοβολεί τον καρκίνο του προστάτη. Επιπλέον, το Sloan Kettering είχε τα καλύτερα μηχανήματα. Το ήξερα διότι τα είχαμε αγοράσει στη διάρκεια της θητείας μου ως αρχιάτρου εκεί.

Το MSKCC είχε επίσης τον Clifford Ling και ένα ολόκληρο τμήμα με τους καλύτερους δοσιμετρητές στον κόσμο. Οι επιστήμονες αυτοί εκτελούν τους ακριβείς υπολογισμούς σχετικά με τη δόση ακτινοβολίας και το πώς να ακτινοβολήσουν τον ασθενή χωρίς να βλάψουν όργανα γύρω από την περιοχή της θεραπείας. Η καλή δοσιμετρία είναι απαραίτητη για την ασφαλή ακτινοθεραπεία. Πολύ χαμηλή δόση στον όγκο θα οδηγήσει σε υποτροπή. Πολύ υψηλή δόση ένα χιλιοστό μακριά από τον όγκο μπορεί να καταστρέψει ένα ζωτικό όργανο.

Ο Λη και η Μπάρμπαρα, η γυναίκα του, νοίκιασαν ένα επιπλωμένο διαμέρισμα στη συνοικία Γιόρκβιλ του Μανχάταν για τις έξι εβδομάδες που θα διαρκούσε η θεραπεία. Ο Λη βάδιζε το ένα μίλι ως το MSKCC και πίσω κάθε μέρα για τις θεραπείες του, και αυτός και η Μπάρμπαρα περπατούσαν ολόκληρη την πόλη στον ελεύθερο χρόνο τους, εξερευνώντας μουσεία και εστιατόρια και απολαμβάνοντας παραστάσεις και όπερες στο Μπρόντγουεη.

Όσπου να ολοκληρώσει τη θεραπεία ο Λη, το PSA του είχε γίνει μη ανιχνεύσιμο –σημάδι ότι ο καρκίνος είτε είχε χαθεί τελείως είτε ήταν σε πλήρη ύφεση. Το μόνο που μπορούσαμε να κάνουμε τώρα ήταν να κρατούμε την ανάσα μας και να περιμένουμε. Το πλάνο ήταν να κάνει ο Λη ένα PSA κάθε τρεις μήνες και μια μαγνητική τομογραφία κάθε χρόνο. Αν ο καρκίνος υποτροπίαζε, θέλαμε να το ξέρουμε έγκαιρα. Το γεγονός ότι είχε και τους τρεις κακούς παράγοντες κινδύνου –υψηλό PSA, άγριο κυτταρικό τύπο όπως φαινόταν από τη βαθμολογία Gleason, και καρκινικά κύτταρα στους λεμφαδένες της κοιλιάς– σήμαινε ότι ο καρκίνος πιθανώς θα υποτροπίαζε.

Του είπα ότι είχε υψηλό κίνδυνο υποτροπής, αλλά δεν του το χτύπησα και στο κεφάλι. Ήθελα να έχει ελπίδες. Ακόμη κι αν το PSA του άρχιζε να ανεβαίνει, του είπα, είναι πιθανό ότι θα ξέραμε περισσότερα για το πώς να το χειρισθούμε.