

### فصل ۳

#### درمان بیشتر همیشه بهترین نیست

این تصور که اگر درمانی مفید باشد، پس استفاده بیشتر از آن بهتر است، صحت ندارد؛ زیرا ممکن است استفاده بیشتر نتیجه بدتری داشته باشد. در این میان، یافتن «دوز مناسب» که مزایای آن حداکثر و تأثیرات نامطلوبش (عوارض جانبی) حداقل باشد — چالشی مشترک برای همه درمان‌هاست. هرچه دوز افزایش یابد، آثار مفید آن به میزان حداکثر ثابت می‌رسند، اما عوارض جانبی معمولاً افزایش می‌یابند؛ بنابراین استفاده بیشتر ممکن است فایده واقعی را کاهش دهد، یا حتی سبب آسیب کلی شود؛ برای مثال می‌توان به داروهای مدر (دیورتیک‌ها) اشاره کرد که در دوزهای پایین سبب کاهش فشارخون می‌شوند و عوارض جانبی اندکی دارند. دوز بالاتر آن‌ها فشارخون را کمتر نمی‌کند، اما عوارض ناخواسته‌ای مانند دفع بیش‌ازحد ادرار، ناتوانی جنسی و افزایش قند خون را به دنبال دارد. آسپرین نیز در دوزهای پایین — یک‌چهارم تا نصف یک قرص استاندارد در هر روز — به پیشگیری از بروز سکته مغزی کمک می‌کند و عوارض جانبی بسیار کمی دارد. چند قرص آسپرین در روز ممکن است سردرد را تسکین دهد، اما از سکته‌های مغزی بیشتر جلوگیری نخواهد کرد و خطر ابتلا به زخم معده را افزایش خواهد داد. باید توجه داشت که اصل دوز مناسب فراتر از درمان دارویی است و در بسیاری از درمان‌های دیگر، از جمله جراحی گسترش یافته است.

**ما این کارها را انجام می‌دهیم؛ زیرا...**

«ما [پزشکان] برخی کارها را به این دلیل انجام می‌دهیم که نمی‌خواهیم از پزشکان دیگر متفاوت باشیم، یا شاید همان‌طور آموزش دیده‌ایم [معلمان، همکاران و دستیاران (پزشکان جوان‌تر) به ما آموزش داده‌اند] یا مجبور به انجام آن شده‌ایم [استادان، مدیران، قانون‌گذاران و تنظیم‌کنندگان دستورالعمل‌ها ما را مجبور کرده‌اند] و فکر می‌کنیم باید آن‌ها را انجام دهیم؛ یا شاید به این دلیل که بیمار این‌طور می‌خواهد، یا به دلیل انگیزه‌های بیشتر [ویزیت‌ها و آزمون‌های غیرضروری به‌ویژه از سوی پزشکان روش‌گرا ( procedure oriented physicians)] فکر می‌کنیم باید این کار را انجام دهیم. شاید هم دلیل ما ترس از نظام حقوقی و ممیزان باشد و به اصطلاح باید هم‌رنگ جماعت شویم، یا چون به زمان بیشتری نیاز داریم [تا بگذاریم طبیعت کارش را انجام دهد] باید این کار را انجام دهیم. درنهایت و از همه شایع‌تر اینکه ما باید کاری را انجام دهیم [توجه] و نمی‌توانیم قضاوت صحیحی داشته باشیم، پس این کار را می‌کنیم».

Parmar MS. We Do Things Because (Rapid Response). *BMJ*. Posted 1 March 2004 at [www.bmj.com](http://www.bmj.com).

**درمان‌های تهاجمی برای سرطان پستان**

درمان‌هایی که برای سرطان پستان – بیشتر در اخبار – حمایت می‌شوند، درس‌های بسیار ارزشمندی را دربارهٔ خطرات این فرضیه که درمان‌های شدیدتر لزوماً سودمند هستند، ارائه می‌دهند. در طول قرن ۲۰ و تا قرن ۲۱ میلادی (قرن ۱۳ و ۱۴ شمسی)، زنان مبتلا به سرطان پستان، به‌دنبال برخی درمان‌های بسیار تهاجمی و آزاردهنده بودند و متحمل این درمان‌ها می‌شدند. شدت بعضی از این درمان‌ها – جراحی و دارویی – به‌مراتب بیشتر از میزان مورد نیاز برای مقابله با این بیماری بود، اما بی‌شک این درمان‌ها برای برخی بیماران و پزشکان آن‌ها محبوب بود. بیماران متقاعد شده بودند که هر قدر درمان رادیکال‌تر یا سمی‌تر باشد، ممکن است غلبه بر بیماری بیشتر شود. در این میان، پزشکان و بیمارانی که آمادگی به چالش کشیدن دیدگاه‌های مرسوم دربارهٔ این بیماری را داشتند، زمان زیادی برای تغییر باورهای اشتباه خود صرف کردند. آن‌ها مجبور بودند شواهد مطمئنی برای رهایی از این باور غلط که «بیشتر، بهتر است» ایجاد کنند و در این میان، از تمسخر هم‌تایان خود و مقاومت

پزشکان برجسته نیز در امان نبودند.

امروزه، ترس همراه با اعتقاد به اینکه «بیشتر باید بهتر باشد» هنوز هم بر انتخاب‌های درمانی تأثیرگذار است؛ حتی زمانی که هیچ شواهدی از مزایای آن‌ها دربارهٔ رویکردهای ساده‌تر وجود ندارد و جایی که آسیب‌های شناخته‌شده، از جمله امکان مرگ ناشی از خود درمان، قابل توجه است؛ برای مثال، این طرز فکر همچنان برخی بیماران و پزشکان آن‌ها را برای انتخاب جراحی «سنتی» قطع عضو تشویق می‌کند. برخی بیماران، حتی زمانی که درمان‌های ساده‌تر کافی است، شیمی‌درمانی با دوز بالا و همراه با عوارض جانبی ناخوشایند و دردناک آن مانند هرسپتین را انتخاب می‌کنند که ممکن است سبب مشکلات جدی قلبی شود (فصل ۱)، اما این امر چطور امکان‌پذیر است؟

#### درمان بیشتر همیشه بهترین نیست

«برای بیماران سرطانی در حال درمان، باور این موضوع بسیار آسان است که درمان بیشتر نتایج بهتری دارد. به‌منظور محافظت بیماران از خطر غیر ضروری و عوارض جانبی زودرس یا دیر هنگام درمان‌های تهاجمی قابل اجتناب، کارآزمایی‌های تصادفی‌شده که درمان‌های شدید را با درمان‌هایی با شدت کمتر مقایسه می‌کنند، ضروری است. این مقایسه اخلاقی است؛ زیرا افرادی که از مزیت احتمالی بهره‌مند نشدند، از آسیب غیر ضروری احتمالی محافظت شدند - و هیچ‌کس نمی‌داند که در پایان چه رخ می‌دهد.»

Brewin T in Rees G, Ed. *The Friendly Professional: Selected Writings of Thurstan Brewin*. Bognor Regis: Eurocommunica, 1996.

#### عمل جراحی قطع عضو

تا اواسط قرن بیستم، جراحی، درمان اصلی سرطان پستان به شمار می‌آمد؛ زیرا اعتقاد بر این بود که این بیماری آرام و منظم پیشرفت می‌کند و برای مثال از توموری در پستان به غدد لنفاوی موضعی در زیر بغل انتشار می‌یابد. در نتیجه، این استدلال وجود داشت که هر چقدر عمل جراحی برای تومور رادیکال‌تر و سریع‌تر باشد، شانس توقف گسترش سرطان بیشتر می‌شود. درمان به کمک جراحی یا درمان «موضعی» وسیع

(جراحی روی پستان یا نزدیکی آن) انجام می‌شد. درواقع، ماستکتومی رادیکال شامل برداشتن بخش زیادی از عضلات قفسه سینه و بافت غدد لنفاوی از زیر بغل و همچنین خود پستان بود.

با وجود این، به اعتقاد برخی متخصصان سرطان پستان، عمل‌های گسترده جراحی قطع عضو، تأثیری بر میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان پستان نداشت؛ بنابراین آن‌ها نظریه متفاوتی ارائه دادند و بیان کردند سرطان پستان به جای پخش شدن از پستان در سراسر غدد لنفاوی مجاور، از ابتدا یک بیماری سیستمیک (گسترده) بوده است؛ به عبارت دیگر، از دیدگاه آن‌ها زمانی که توده در پستان شناسایی شده است، سلول‌های سرطانی باید در جایی دیگر از بدن نیز از قبل وجود داشته باشند؛ از این رو آن‌ها پیشنهاد دادند که برداشتن تومور با حاشیه کافی از بافت طبیعی، همراه با یک دوره پرتودرمانی موضعی، هم برای زنان مناسب‌تر خواهد بود و هم ممکن است به اندازه جراحی رادیکال مؤثر باشد. معرفی «درمان‌های سیستمیک» در این زمان (درمان‌هایی که بر تولید یا پیشرفت سلول‌های سرطانی به دیگر نقاط بدن اثرگذارند) مبتنی بر این نظریه جدید در مورد گسترش سرطان پستان بود. در این میان، پزشکان از عمل جراحی محدودتری حمایت کردند که لامپکتومی (lumpectomy) نام دارد. این عمل شامل برداشتن تومور و حاشیه‌ای از بافت طبیعی اطراف آن است. این عمل با پرتودرمانی و در برخی زنان با شیمی‌درمانی همراه است. طرفداران لامپکتومی در مقایسه این رویکرد جدید با جراحی رادیکال با مقاومت مواجه شدند. برخی پزشکان به یکی از روش‌ها اعتقاد داشتند، اما بیماران مصرانه خواهان یکی از درمان‌ها بودند؛ در نتیجه تأخیر طولانی مدتی در تولید شواهد قاطع و حیاتی درباره مزایا و معایب درمان پیشنهادی جدید در مقایسه با درمان قدیمی به وجود آمد. در نهایت و با وجود مشکلات موجود، جراحی رادیکال از سوی دو گروه به چالش کشیده شد؛ جراحانی که تمایل نداشتند کاری را ادامه دهند که مزایای مطمئنی برای بیماران‌شان دارد و هم زنانی که نمی‌خواستند تحت جراحی‌های قطع عضو قرار بگیرند.

در اواسط دهه ۱۹۵۰ میلادی (دهه ۱۳۳۰ شمسی)، جورج کرایل (George Crile)، جراح آمریکایی، نگرانی‌های خود را درباره روش «بیشتر بهتر است» با جامعه مطرح کرد. به باور او، هیچ شیوه دیگری وجود نداشت تا پزشکان دیدگاهی انتقادی به

این مسائل داشته باشند؛ در نتیجه وی نگرانی‌های خود را در مقاله‌ای در مجله غیر تخصصی *Life* مطرح کرد.<sup>۱</sup> او به نکته‌ی درستی اشاره کرد: این بحث در حرفه پزشکی، به جای محدود شدن به محافل علمی، در حال حاضر در دسترس عموم قرار گرفته است. در این میان، جراح دیگری به ناک برنارد فیشر (Bernard Fisher) با همکاری متخصصان سایر رشته‌ها مجموعه‌ای از آزمایش‌های دقیق برای مطالعه زیست‌شناسی سرطان را طراحی کرد. براساس نتایج آن‌ها، سلول‌های سرطانی حتی قبل از اینکه سرطان اولیه کشف شود، ممکن است حرکت گسترده‌ای از طریق جریان خون داشته باشند؛ بنابراین اگر پیش از این سرطان در نقاط دیگر بدن وجود داشته باشد، عمل جراحی تهاجمی بی‌معناست.

#### ماستکتومی رادیکال کلاسیک (هالستد)

ماستکتومی رادیکال که ویلیام هالستد (William Halsted) در اواخر قرن ۱۹ میلادی (قرن ۱۲ شمسی) آن را ابداع کرد، رایج‌ترین عمل برای درمان سرطان پستان تا ربع سوم قرن بیستم میلادی (اواسط قرن ۱۴ شمسی) بود. در این روش، جراح افزون بر برداشتن همه پستان، عضله پکتورالیس ماژور را که پوشاننده دیواره قفسه سینه است، قطع می‌کرد. همچنین عضله پکتورالیس مینور نیز که کوچک‌تر است برداشته می‌شد تا جراح دسترسی آسان‌تری به زیر بغل (آگزिला) و خارج کردن غدد لنفاوی و چربی اطراف آن داشته باشد.

#### ماستکتومی‌های رادیکال وسیع

این باور که «بیشتر، بهتر است» جراحان طرفدار روش رادیکال را به جراحی‌های شدیدتر و گسترده‌تر هدایت می‌کند. در این نوع جراحی‌ها، زنجیره‌ای از گره‌های لنفاوی زیر ترقوه و غدد پستانی داخلی زیر استخوان جناغ نیز برداشته می‌شوند. برای رسیدن به این غدد پستانی، چند دنده برداشته شده و استخوان جناغ با اسکنه (Chisel) شکافته می‌شود. برخی جراحان حتی بازوی سمت آسیب‌دیده را برداشته و برای سرکوب تولید هورمون‌هایی که به باور آن‌ها «محرک» گسترش تومور است، انواع غدد سراسر بدن (آدرنال، هیپوفیز، تخمدان) را خارج کردند. در این میان، اگر زنی از این عمل نجات می‌یافت، قفسه سینه او به شدت دچار نقصی

می‌شد که پنهان کردن آن زیر هر لباس دشوار بود. اگر عمل جراحی در سمت چپ انجام می‌شد، تنها لایه نازک پوست برای پوشاندن قلب باقی می‌ماند.

Adapted From Lerner BH, *The Breast Cancer Wars: Hope, Fear and the Pursuit of a Cure in Twentieth-Century America*. New York; Oxford University Press, 2003.

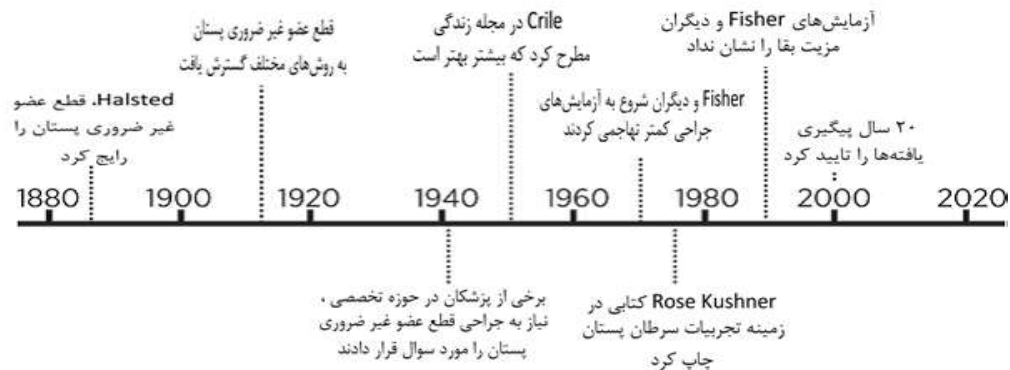
در حالی که کرایل از قضاوت بالینی خود برای حمایت و به‌کارگیری درمان‌های موضعی کم‌تر رادیکال استفاده می‌کرد، فیشر و گروه دیگری از محققان که هر روز به تعداد آن‌ها اضافه می‌شد، در رویکردی رسمی‌تر و جدی‌تر، به این موضوع می‌پرداختند. آن‌ها به دنبال اثبات یا رد ارزش عمل جراحی رادیکال از طریق کارآزمایی‌های تصادفی با بهترین روش و بدون سوگیری (بی‌طرفانه) بودند (ن. ک: فصل ۶). به استدلال آن‌ها، با چنین مطالعاتی جامعه پزشکی و عموم مردم ممکن است به برتری یک روش بر روشی دیگر متقاعد شوند. در سال ۱۹۷۱ میلادی (۱۳۵۰ شمسی)، فیشر به‌صراحت اعلام کرد که جراحان برای بررسی تئوری‌های خود از طریق انجام این کارآزمایی‌ها مسئولیت اخلاقی دارند. بی‌شک پیگیری بیست‌ساله کارآزمایی‌های فیشر - با سنجش خطر مرگ زودرس - نشان داد که ماستکتومی رادیکال در مقایسه با لامپکتومی و به‌دنبال آن پرتودرمانی هیچ مزیت قابل‌اثباتی ندارد.<sup>۲</sup>

پژوهشگران کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی شده (ن. ک: فصل ۶) را در سایر کشورها برای مقایسه درمان حفظ پستان با ماستکتومی رادیکال انجام دادند؛ برای مثال هدلی اتکینز (Hedley Atkins) و همکاران او در انگلستان در اوایل دهه ۱۹۶۰ میلادی (اوایل دهه ۱۳۴۰ شمسی) و پس از آن‌ها ورونسی (Veronesi) و همکاران در ایتالیا به مقایسه این درمان پرداختند. نتایج این مطالعات تأییدکننده نتایج فیشر بود که تأیید می‌کرد هیچ شواهدی مبنی بر اینکه ماستکتومی رادیکال منجر به طول عمر بیشتر می‌شود، وجود ندارد، حتی پس از ۲۰ سال پیگیری.<sup>۳</sup> کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی شده دیگری در سوئد، ایتالیا، انگلستان و آمریکا برای مقایسه اشکال مختلف دیگری از درمان (مانند پرتودرمانی پس از عمل جراحی در مقایسه با عمل جراحی به‌تنهایی و شیمی‌درمانی‌های کوتاه‌مدت در مقایسه با بلندمدت) انجام شد.

### تخصیص تصادفی؛ یک توضیح ساده

«تصادفی سازی کردن، به حداقل رساندن سوگیری و اطمینان یافتن از این امر است که بیماران در هر گروه درمانی در همه عوامل شناخته شده و ناشناخته تا حد ممکن مشابه هستند. این موضوع به پژوهشگر اطمینان خواهد داد که هرگونه تفاوت در پیامدهای مورد نظر میان دو گروه، ناشی از تفاوت اثر درمان است و هیچ تفاوتی میان بیماران دریافت کننده هریک از درمان ها وجود ندارد. آنچه بیان شد این احتمال را از بین می برد که یک پزشک، آگاهانه یا ناآگاهانه، درمانی را به عده خاصی از بیماران و درمان دیگر را به گروه دیگری از بیماران اختصاص می دهد، یا اینکه عده خاصی از بیماران یک درمان و گروه دیگر درمان دیگری را انتخاب می کنند».

Harrison J. *Presentation to Consumers' Advisory Group For Clinical Trials*, 1995.



### چالش رویکرد «بیشتر بهتر است» در جراحی سرطان پستان

به طور کلی، نتایج کارآزمایی های اولیه و مطالعات آزمایشگاهی دقیق از این نظریه حمایت کردند که سرطان پستان در واقع یک بیماری سیستمیک است و سلول های سرطانی نیز پیش از آنکه توده ای در پستان شناسایی شود، از راه جریان خون گسترش می یابند.<sup>۴</sup> در این میان، پزشکان بیشتری در سراسر جهان، به دلیل وجود شواهد

روزافزون متقاعد شدند که ضرر جراحی رادیکال از منفعت آن بیشتر است. در آخرین دهه‌های قرن بیستم میلادی (تا پایان دهه ۱۳۷۰ شمسی)، نگرش بیماران و عموم مردم نیز تغییر کرد. با تلاش‌های فعالان حقوق بیماران از جمله «رز کوشنر» (Rose Kushner) رهبر این مسئله (ن. ک: فصل ۱۱) در آمریکا و در کشورهای دیگر، گروه‌های بیماران با آگاهی بهتر از این مسئله، برای به چالش کشیدن رویکرد «بیشتر، بهتر است» در جراحی و پدرسالاری پزشکی که با آن هم‌سویی دارد، از اقصی نقاط جهان گرد هم آمدند. فعالیت گسترده بیماران و متخصصان سلامت، افراط در جراحی در قدیم را - تقریباً در همه‌جا - به شکلی مؤثر به چالش کشید؛ با این حال، هنوز هم برخی گزارش‌ها از جراحی قطع غیرضروری پستان حکایت دارند؛ برای مثال در سال ۲۰۰۳، بیش از ۱۵۰ جراحی رادیکال پستان در ژاپن انجام شد.<sup>۵</sup>

تا سال ۱۹۸۵ میلادی، (۱۳۶۴ شمسی)، حجم گسترده‌ای از کارآزمایی‌های سرطان پستان در تمام جنبه‌های درمانی سبب شده بود که افراد درباره نتایج آن‌ها به‌روز نباشند. برای حل این مشکل، «ریچارد پتو» (Richard Peto) و همکارانش در آکسفورد، همه یافته‌های کارآزمایی‌ها را در اولین مجموعه از مرورهای نظام‌مند جمع‌آوری کردند (ن. ک: فصل ۸).<sup>۶</sup> در حال حاضر این مرورها درباره درمان‌های سرطان پستان به‌روزرسانی شده است و به‌طور منظم منتشر می‌شود.<sup>۷، ۸</sup>

### پیوند مغز استخوان

باید توجه داشت که کنار گذاشتن جراحی قطع عضو به معنای پایان ذهنیت «بیشتر، بهتر است» نبود و ما از تحقق این امر بسیار دور هستیم. در دو دهه پایانی قرن بیستم، رویکرد درمانی جدید، شامل شیمی‌درمانی با دوز بالا و متعاقب آن پیوند مغز استخوان یا «نجات سلول بنیادی» (stem cell rescue) معرفی شد. در سال ۱۹۹۹ میلادی، گزارشی در روزنامه نیویورک تایمز استدلال پنهان این رویکرد را به شرح زیر خلاصه کرد:

«پزشکان بخشی از مغز استخوان یا گلبول‌های قرمز خون را از بیمار می‌گیرند و مقدار زیادی داروهای به او سمی می‌دهند؛ تا حدی که مغز استخوان را از بین می‌برد. امید است که دوزهای بالا، سرطان را از بین ببرد و مغز استخوانی که قبلاً از بیمار



گرفته شده، با بازگرداندن به بدن با سرعت کافی رشد کند و بیمار به دلیل عفونت جان خود را از دست ندهد. اهدای مغز استخوان یکی از انواع این روش‌هاست که از مدت‌ها پیش تا کنون، درمان مؤثر سرطان خون بوده است، اما تنها به این دلیل که سرطان در مغز استخوانی قرار دارد که قابلیت جایگزین شدن دارد. استفاده از این درمان برای سرطان پستان استدلالی کاملاً متفاوت و بررسی نشده را شامل می‌شد.<sup>۹</sup>

بر این اساس، هزاران زن ناامید، به‌ویژه در آمریکا، تحت این درمان بسیار ناخوشایند قرار گرفتند و از هر ۱۰۰ بیمار پنج نفر آن‌ها بر اثر این رویکرد درمانی، جان خود را از دست دادند. همچنین هزاران دلار صرف این درمان شد و بخشی از این هزینه‌ها را خود بیماران متقبل شدند، اما به دلیل اینکه شواهدی دال بر مفیدبودن این درمان وجود نداشت، برخی بیماران هزینه‌های خود را از شرکت‌های بیمه درمانی دریافت کردند؛ هرچند این شرکت‌ها برای تقبل هزینه تحت فشار قرار گرفته بودند. بسیاری از بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها با این اقدام پولدار شدند؛ برای مثال در سال ۱۹۹۸ میلادی (۱۳۷۷ شمسی)، یک شرکت بیمارستانی از طریق مراکز درمانی سرطان وابسته به آن، که خدمات پیوند مغز استخوان ارائه می‌کردند، ۱۲۸ میلیون دلار درآمد کسب کرد. این امر منبعی سودآور برای درآمد و اعتبار پزشکان آمریکایی و بستری غنی برای تهیه مقالات فراهم کرده بود. تقاضای مصرانه بیماران بازار این درمان را پررونق نگاه داشت. رقابت بیمارستان‌های خصوصی آمریکا در این نوع درمان به‌حدی بود که در تبلیغات آن‌ها پیشنهادهای تخفیف قیمت داده می‌شد. در دهه ۱۹۹۰ میلادی، حتی مراکز پزشکی دانشگاهی در آمریکا به جذب بیماران برای کارآزمایی‌های بالینی پرداختند و این درمان را به آن‌ها پیشنهاد دادند. درنهایت اینکه این برنامه‌ها به «منبع سود سرشار» برای خدمات سرطان تبدیل شده بود.

دسترسی نامحدود به چنین درمان‌های اثبات‌نشده‌ای، ضعف دیگری نیز داشت؛ تعداد بیماران در دسترس برای شرکت در کارآزمایی‌های مربوط به مقایسه این نوع درمان‌ها با درمان‌های استاندارد کافی نبود؛ در نتیجه برای رسیدن به پاسخ‌های مطمئن، زمان لازم برای کارآزمایی‌ها نسبت به حد پیش‌بینی شده، بسیار طولانی‌تر بود.

**تلاش برای به دست آوردن شواهد بدون سوگیری**

پژوهشگران انتظار داشتند ثبت‌نام حدود هزار زن در دو مطالعه در سه سال انجام شود، اما این کار هفت سال زمان برد. ... که خیلی تعجب‌آور نیست ... بیماران در کارآزمایی‌های بالینی، باید رضایت‌نامه را امضا کنند که پیش‌آگهی بد آن‌ها را ابراز می‌کند و بیانگر این است که هیچ شواهدی مبنی بر بهتر بودن پیوندهای مغز استخوان از درمان‌های استاندارد وجود ندارد. برای ورود به کارآزمایی، شما باید با این واقعیت‌ها روبرو شوید که اصلاً آسان نیست. اما اگر بیماری خارج از مطالعه کارآزمایی دارای یک گروه کنترل از بیماران (که به‌عنوان کارآزمایی تصافی شده شناخته می‌شود) پیوند انجام بدهد، پزشکان مشتاق به این درمان ممکن است به او بگویند که پیوند می‌تواند زندگی او را نجات دهد. اگر چه بیماران حق دانستن واقعیت را دارند، طبیعتاً پیش پزشکی که امید آن‌ها را سلب می‌کند، نمی‌روند.

Adapted From Kolata G, Eichenwald K. Health Business Thrives on Unproven Treatment, Leaving Science Behind. *New York Times Special Report*, 2 October 1999.

با وجود مشکلات موجود برای به دست آوردن شواهد بدون سوگیری در مواجهه با چنین فشارهایی، برخی مطالعات کارآزمایی بالینی انجام شد و بررسی نقادانه و دقیق سایر شواهد صورت گرفت. در سال ۲۰۰۴ میلادی، (۱۳۸۳ شمسی)، مرور نظام‌مند نتایج شیمی‌درمانی با دوز بالا که به دنبال آن پیوند مغز استخوان هم انجام شد (درمان عمومی برای سرطان پستان) در مقایسه با شیمی‌درمانی مرسوم، شواهد قانع‌کننده‌ای مبنی بر مفید بودن این درمان نداشت.<sup>۱۰، ۱۱</sup>

**شهامت فکر کردن به مداخله کمتر**

باید توجه داشت که بیشتر همیشه بهتر نیست و این پیام همچنان مهم است. امروزه زنان مبتلا به سرطان پستان متاستاتیک (گسترش‌یافته)، اشتیاق فراوانی برای دریافت درمان‌هایی مانند هرسپتین دارند (ن. ک: فصل ۱). با این حال در بهترین حالت، این بیماران به کمک هرسپتین فرصت اندکی برای زندگی بیشتر - گاهی چند روز یا چند

## درمان بیشتر همیشه بهترین نیست ♦ ۵۳

هفته - در ازای عوارض جانبی یا گاهی حتی مرگ ناشی از خود درمان به دست می‌آورند.<sup>۱۳،۱۲</sup> این تمایل به درمان بیش از حد در انتهای دیگر طیف سرطان پستان نیز مشهود است؛ برای مثال درمان‌های رادیکال و غیر ضروری در زنان مبتلا به شرایط پیش سرطانی، مانند «سرطان درجای مجاری پستان» (DCIS) که به کمک غربالگری پستان تشخیص داده شده است انجام می‌شود (ن. ک: فصل ۴)؛ در حالی که عدم درمان DCIS ممکن است هرگز موجب بروز مشکلی در طول عمر بیمار نشود. در همین حال، نیاز به عمل جراحی معمول برای برداشتن غدد لنفاوی زیر بغل، که با عوارض ناخوشایند و تأثیرگذار بر بازو مانند لنفودما (lymphoedema) همراه است (ن. ک: فصل ۵) چالش برانگیز است؛ زیرا به نظر نمی‌رسد که افزودن آن به سایر درمان‌ها سبب بهبود بقای بیمار شود.<sup>۱۴</sup>

### نکته کلیدی

درمان بیش‌تر لزوماً مفید نیست و گاهی ممکن است آسیب‌زننده باشد.