

Agressiivsete lümfoomide hulka kuulub nt. difuusne B-suur-rakk lümfoom, mis on kiire kasvuga B-lümfootsüütidest pärinev lümfoom ning mille ravita jätmise lõpeb enamasti kiiresti surmaga. See on Eestis üks kõige levinumaid lümfoomi vorme. Kõige sagedamini kasutatakse difuusse B-suur-rakk lümfoomi ravis kombineeritud ehk mitmest ravimist koosnevat keemiaravi R-CHOP skeemi järgi, millega rohkem kui pooled patsiendid paranevad täielikult lümfoomist. Ravi R-CHOP skeemi järgi tehakse iga 2 nädala või 3 nädala järel.

Indolentsete lümfoomide ravi

Indolentne lümfoom pole enamasti välja ravitav, seetõttu üritatakse raviga pigem haigust kontrolli all hoida. Raviga haigus taandub mõneks ajaks. Taas tekkimisel rakendatakse uuesti ravi ning haigus jälle taandub ehk saavutatakse remissioon. Enamasti iga järgnev ravide vaheline paus on lühem kui eelmine.

Vahel ravi alustamisega viivitatakse ning kasutatakse nn “oota ja vaata” taktikat, mis tähendab jälgimist. Ravi alustatakse alles haiguse progresseerudes või patsiendi elukvaliteeti häirivate sümptomite esinemisel.

Esmavaliku ravi hulka kuulub tavaliselt bioloogiline ravimi rituksimabi ja keemiaravimi kombinatsioon. Mõningatel juhtudel kasutatakse peale esmavaliku ravi lõppu säilitusravi, mis on oma olemuselt regulaarne üksikravi monoklonaalse antikeha rituksimabiga, mis tavaliselt kestab 2 aastat. Säilitusravi aitab säilitada pikemalt haigustunnuste puudumist.

Haiguse taas avaldumisel võib kaaluda sama raviskeemi tegemist, mis eelnevalt andis tulemust, kui ravi vaheline aeg on olnud pikem või kasutatakse kombinatsioonravi uute keemiaravimitega.

*Koostaja: dr. Marge Rahu
2013*

MITTE-HODGKINI LÜMFOOMID

Mitte-Hodgkini lümfoomid on lümfisüsteemi kasvajakasvaja. Enamasti algab lümfoom ükskõik millisest kehaosast pärinevast lümfisõlmest või vahest ka mõnest organist.

Mitte-Hodgkini lümfoom võib alguse saada nii B- kui ka T-lümfotsüütidest. Vastavalt sellele jaotatakse mitte-Hodgkini lümfoomid kahte suurde rühma: B-lümfotsütaarsed (enamus) ja T-lümfotsütaarsed lümfoomid. Mõlemad rühmad jaotatakse omakorda kasvaja mikroskoopilise ehituse alusel erinevatesse alatüüpidesse.

Lümfoomi tekkepõhjuseks on DNA muutus lümfotsüütide eellasrakus, mistõttu lümfotsüüt hakkab kontrollimatult jagunema ja kasvama. Kasvajaliste lümfotsüütide kuhjumine tekitab lümfisõlme suurenemist ja kasvajat massi.

Lümfoomi diagnoositakse eelistatavalt lümfisõlme, aga ka kasvaja massist võetud koetükikese või luuüdi proovi mikroskoopilisel uuringu alusel.

Vastavalt kasvajast haaratud piirkondade arvule ja paiknemisele jaotatakse mitte-Hodgkini lümfoomid nelja staadiumi. Kui haigel esineb palavik, öised higistamised või kaalulangus üle 10%, siis lisatakse staadiumile B täht, nende sümptomite puudumisel aga A täht.

Kasvamis- ja levikukiiruse alusel jaotatakse mitte-Hodgkini lümfoomid aeglase progresseerumiskiirusega indolentseteks ja kiiresti progresseeruvateks agressiivseteks lümfoomideks. Vahel harva võib aeglase kasvuga lümfoom muutuda agressiivseks lümfoomiks.

Lümfoomi erinevad alatüübid on erineva prognoosiga ja vajavad erinevat ravi. Raviskeemi valik, kasutatavate ravimite hulk ja doosid, ravi kestus sõltuvad lümfoomi vormist ja haiguse staadiumist, aga arvestatakse ka patsiendi vanust ja tema teiste organite seisundit.

Mitte-Hodgkini lümfoomi ravis kasutatakse peamiselt keemiaravi, bioloogilist ravi ja kiiritusravi (harvem). Kuna diagnoosimisel on lümfoomid enamasti kaugelearenenud staadiumis, siis peamiselt kasutatakse bioloogilise ja keemiaravi kombinatsiooni.

Lümfoomide raviskeemidesse kuulub ka glükokortikoidhormoon (prednisoloon, deksametasoon, metüülprednisoloon), mida toodetakse vähesel määral ka organismi neerupealistes. Glükokortikoid parandab

ravitulemusi, kuid omab palju kõrvaltoimeid: veresuhkru tõus, vererõhu tõus, ärrituvuse tõus, uinumisraskused, söögiisu tõus. Pikaajalisel kasutamisel suureneb risk maohaavandite tekkeks ja luuhõrenemiseks.

Agressiivsete lümfoomide ravi

Agressiivsete lümfoomide ravis kasutatakse intensiivset, tugevatoimelist ravi. Tavaliselt kombineeritakse omavahel üle 3 ravimi ning enamasti manustatakse ravimid veeni. Intensiivse, kombineeritud raviga on suurem tõenäosus lümfoomist terveneda. Keemiaravimid omavad erinevaid toimeid kasvajakudele ning ka tekitavad erinevaid kõrvaltoimeid. Mõned ravimid kahjustavad südant (nt. doksorubiin) tekitades eelkõige südamepuudulikkuse süvenemist. Mõned ravimid (nt. vinkristiin) võivad tekitada närvikahjustust, nt. sõrmede ja varvaste tundlikkuse häiret. Keemiaravi mõjub kiiresti kasvavatele ja jagunevatele rakkudele. Enamus täiskasvanud inimese organismi rakkudest ei ole aktiivselt kasvavad, seetõttu keemiaravi mõjutab neid vähesel määral, v.a. luuüdis vereloomerakud (nt. tekib valgevereliblede vähesus – sagedased infektsioonid), juuksed langevad välja, seedetrakti limaskestast kahjustusest kõhulahtisus ja haavandid suus.

Bioloogiline ravi kasutab antikehi, mis seonduvad spetsiifiliste märklaudadega kasvaja raku pinnal. Nt. rituksimab (Mabthera) on antikeha, mille märklauaks on B-lümfotsüüdid.

Esmakordsel ravi manustamisel kaugemale arenenud ja suurte kasvajakasvade puhul võib tekkida kasvajakasvade kiire hävinemine ja sellest jääkainete kuhjumine verre, tekitades tuumori lüüsi sündroomi, mis võib olla ka eluohtlik. Tuumori lüüsi sündroomi ennetamiseks tilgutatakse rohkelt soolalahust veeni ning antakse ravimit nimega allopurinool, mis aitab väljutada organismist kusihapet.

Agressiivsete mitte-Hodgkini lümfoomide puhul on risk aju haaratuseks, mistõttu vahel võetakse seljaaju vedelikku prooviks ning süstitakse liikvorisse ravimit kesknärvisüsteemi haaratuse vältimiseks.

Lümfoomi ravile mittereageerimise, lümfoomi taas avaldumise või algselt väga agressiivsete lümfoomide vormi korral kaalutakse noorematel ja oluliste terviseprobleemide puudumise korral kõrgdoosis keemiaravi koos vereloome tüvirakkude siirdamisega.