



Tieto auttaa jaksamaan

Luotettava tieto auttaa suhtautumaan sairastumiseen rauhallisemmin ja mahdollistaa osallistumisen sairautta koskevien päätösten tekemiseen.

Tämän potilasoppaan tarkoituksena on antaa hyvä ja luotettava kokonaiskuva lymfoomasta, sen eri tyypeistä, levinneisyysasteista ja hoitomenetelmistä. Opas on tarkoitettu potilaille, heidän läheisilleen ja terveydenhuollon ammattilaisille.

Kuinka yleinen sairaus lymfooma on?

Lymfooma eli imukudossyöpä on yksi yleisimmistä syöpätaudeista. Lymfoomat jaetaan kahteen päätyyppiin: Non-Hodgkin-lymfoomaan ja Hodgkinin tautiin.

Non-Hodgkin-lymfooma on tavallisin imukudossyöpä, ja se todetaan vuosittain noin 1 100 suomalaisella. Se on Suomessa naisten kuudenneksi ja miesten viidenneksi yleisin syöpä. Sairastuneiden keski-ikä on noin 60 vuotta.

Hodgkinin tauti käsittää noin 10 % kaikista imukudossyövistä. Se on melko harvinainen Suomessa. Hodgkinin tautiin sairastuu vuosittain noin 120 ihmistä, ja sitä esiintyy yleisimmin 20–35-vuotiailla sekä yli 55-vuotiailla.

Miten lymfooma syntyy?

Solut ovat elimistön pieniä rakennusosasia, joista kaikki elimistön kudokset muodostuvat. Soluille on tyypillistä niiden jakautuminen. Normaaleissa kudoksissa jakautuminen on hallittua ja tarkoin säädeltyä. Vuosien kuluessa soluihin voi kuitenkin aiheutua muutoksia eri syistä, kuten karsinogeenien eli syöpää aiheuttavien aineiden vuoksi. Muutosten seurauksena solujen säätely häiriintyy ja ne muuttuvat syöpäsoluiksi.

Lymfooma voi syntyä missä tahansa imusolmukkeessa. Se saa alkunsa imusolujen tuotannossa tapahtuvasta virheestä, jota elimistö ei pysty korjaamaan. Vahingoittunut imusolu alkaa jakautua nopeasti aiheuttaen kasvaimen synnyn. Lymfoomaa esiintyy imusolmukejärjestelmän eli lymfaattisen järjestelmän elimissä, kuten pernassa sekä vatsan ja suoliston imukudoksessa.

Non-Hodgkin-lymfooma eli NHL

Noin 90 % non-Hodgkin-lymfoomista on niin sanottuja B-solulymfoomia. Loput ovat T- ja NK-solulymfoomia. Non-Hodgkin-lymfoomat voidaan jakaa edelleen yhä pienempiin alaluokkiin niiden kasvunopeuden perusteella.

Hidaskasvuisia lymfoomia on hankala parantaa pysyvästi. Niille on ominaista, että ne uusiutuvat ajan kuluessa. Hidaskasvuisia lymfoomia ovat esimerkiksi follikulaarinen lymfooma ja B-lymfosyyttinen lymfooma. Kehittyneiden hoitojen ansiosta hidaskasvuisten lymfoomien etenemistä pystytään nykyisin hidastamaan tehokkaasti.

Nopekasvuiset eli aggressiiviset lymfoomat voidaan nykyisten hoitojen ansiosta parantaa usein kokonaan. Niitä ovat muun muassa diffuusi suurisolainen B-solulymfooma, lymfoblastinen lymfooma ja Burkittin lymfooma.

Diffuusi suurisolainen B-solulymfooma ja follikulaarinen lymfooma ovat kaksi yleisintä non-Hodgkin-lymfoomaa. Diffuusi suurisolainen B-solulymfooma on nopekasvuinen lymfooma, joten se on oikealla hoidolla parannettavissa. Follikulaarinen lymfooma on hidaskasvuinen, ja se on näin ollen harvoin parannettavissa.

Lisää tietoa non-Hodgkin-lymfoomasta ja sen hoidosta saat lääkäriltä sekä uusitulta verkkosivustolta osoitteesta www.lymfooma.fi.

Hodgkinin tauti

Hodgkinin taudin syitä ei tiedetä tarkasti, mutta sen uskotaan kehittyvän poikkeavista imusoluista. Tauti on nimetty Thomas Hodgkinin mukaan. Englantilainen lääkäri Hodgkin tunnisti taudin vuonna 1832, kauan ennen kuin imusolujen olemassaolosta ja toiminnasta oli mitään tietoa.

Suomessa Hodgkinin tautia todetaan n. 120 tapausta vuodessa. Sitä esiintyy eniten 20–30-vuotiailla ja yli 50-vuotiailla. Hodgkinin tautia on tutkittu viime vuosina runsaasti. Taudin diagnosoinnissa ja hoidossa on saavutettu nopeita edistysaskelia, ja noin 80 prosenttia Hodgkinin tautiin sairastuneista potilaista voidaan parantaa.

Levinneisyysasteella on lymfooman tyypin ohella olennainen osa hoitojen valinnassa.



Lymfooman levinneisyysasteet

Lymfooma luokitellaan neljään levinneisyysasteeseen sen perusteella, kuinka laajalta alueelta syöpäsoluja löydetään. Asteet merkitään roomalaisin numeroin I, II, III ja IV.

Aste I tarkoittaa paikallista tautia, jolloin syöpäsoluja todetaan vain yhdellä imusolmukealueella tai yhdessä lymfaattisessa elimessä. Aste II tarkoittaa, että lymfooma on kahdella tai useammalla imusolmukealueella samalla puolella palleaa, joko pallean ylä- tai alapuolella. Aste III tarkoittaa laajemmalle levinnyttä tautia, jolloin lymfoomaa todetaan usealla imusolmukealueella ylä- ja alavartalossa. IV asteen lymfoomassa lymfoomaa löydetään imusolmukkeiden lisäksi yhdestä tai useammasta ekstralymfaattisesta elimestä tai kudoksesta, kuten keuhkoista.

Jokaiseen lymfooman levinneisyysasteeseen on olemassa hoitoja. Tavallisimmat hoitovaihtoehdot ovat sädehoito, solunsalpaajahoidot, biologiset hoidot ja kantasolujen siirrot. Hoitoja yhdistellään eri tavoin syövän tyypin ja levinneisyyden mukaan.

Lymfooman toteaminen

Lymfooman toteamiseen ja diagnoosin varmistamiseen käytetään monenlaisia menetelmiä.

Biopsialla tarkoitetaan imukudoksen eli koepalan ottamista mikroskooppitutkimuksia varten. Koepala otetaan pienellä leikkauksella.

Tietokonekuvaus (TT tai CT) on menetelmä, jossa koko vartalosta muodostetaan kuva tietokoneen avulla. Tietokonekuvauksella kartoitetaan lymfooman levinneisyyttä vartalon alueella.

Luuydinnäytteellä selvitetään, löytyykö luuytimeistä pahanlaatuisia soluja. Luuydinnäyte otetaan leikkauksen yhteydessä taudin ennusteen ja hoidon valinnan helpottamiseksi.



Muita mahdollisia tutkimuksia ovat:

- röntgenkuvat
- verikokeet
- magneettikuvaus (MRI)
- PET-kuvaus
- selkäydinnestenäyte

Hoitoja yhdistellään eri tavoin syöpätyypistä ja sen levinneisyydestä riippuen.

Lymfooman oireet

Lymfooma kehittyy usein vuosien kuluessa ja saattaa olla pitkään täysin oireeton. Tästä syystä on hyvin tavallista, että lymfooma todetaan vasta levinneessä vaiheessa, jolloin myös oireet havaitaan selvemmin. Lymfooman oireet riippuvat siitä, missä tauti esiintyy.

Tyypillisiä oireita ovat

- paleleminen
- imusolmukkeiden turpoaminen
- kuumeilu
- yöhikoilu
- selittämätön painon aleneminen
- heikotus
- kutina

Lymfooman hoidot

Syövän hoito on eräs nopeimmin kehittyvistä lääketieteen alueista, ja syöpäsairauksiin on viime vuosina kehitetty uusia lääkkeitä. Lymfooman hoito räätälöidään jokaiselle potilaalle aina yksilöllisesti.

Non-Hodgkin-lymfooman hoito

Non-Hodgkin-lymfooman hoito räätälöidään kullekin potilaalle yksilöllisesti, ja sen sisältö riippuu useista eri tekijöistä, kuten taudin alatyypistä, kasvainmassasta sekä potilaan yleiskunnosta ja iästä. Tyypillisin hoitovaihtoehto on lääkehoito. Non-Hodgkin-lymfoomaa voidaan hoitaa muun muassa erilaisilla solunsalpaaja- ja biologisilla hoidoilla sekä näiden yhdistelmillä. Lääkehoidojen lisäksi vaihtoehtoina ovat myös sädehoito sekä kantasolujen siirrot. Leikkaus on hoitovaihtoehtona vain hyvin harvoin toisin kuin useissa muissa syöpäsairauksissa. Leikkaus voidaan usein korvata sädehoidolla.

Sädehoito

Sädehoidolla pyritään tuhoamaan kaikki mikroskooppisen pienet syöpäsolut, joita ei pystytä poistamaan leikkauksella. Sädehoito estää syöpäsoluja kasvamasta ja jakautumasta. Se on paikallishoitoa, joka vaikuttaa ainoastaan hoidetun alueen syöpäsoluihin. Sädehoitoa on käytetty syövän hoidossa jo sadan vuoden ajan, ja se on leikkauksen ohella eräs syövän vakiintunut hoitomuoto.

Sädehoitoa käytetään non-Hodgkin-lymfoomissa usein lääkehoidojen rinnalla. Vain harvoissa tapauksissa sädehoitoa annetaan ainoana hoitona ja silloinkin ainoastaan paikallisen taudin hoitoon. Sädehoidon mahdollisia haittavaikutuksia ovat muun muassa ihon ärtisyys, pahoinvointi, hiusten ja karvojen lähtö sekä väsymys.

Solunsalpaajahoidot

Solunsalpaajat eli sytostaatit ovat joko suonensisäisesti annettavia tai suun kautta otettavia lääkkeitä. Niiden tehtävänä on vaikeuttaa solujen kasvua ja jakautumista. Lääkkeen annostelutavasta riippumatta solunsalpaajat kulkeutuvat verenkierron mukana kaikkialle elimistöön. Tästä syystä solunsalpaajahoidot ovat erityisen tehokkaita nimenomaan non-Hodgkin-lymfoomien hoidossa, koska yleensä diagnoosivaiheessa tauti on jo levinnyt laajalti ympäri kehoa.



Lymfoomapotilaiden hoito aloitetaan yleensä useamman solunsalpaajan yhdistelmällä, johon yhdistetään lisäksi biologinen vasta-ainehoito. Eräs tyypillisimmistä non-Hodgkin-lymfoomien hoitoon tarkoitetuista solunsalpaajayhdistelmistä on CHOP-hoito. Sitä käytetään sekä aggressiivisten että hidaskasvuisten lymfoomien hoitoon.

Koska solunsalpaajat kulkeutuvat kaikkialle elimistöön, ne voivat vaikeuttaa myös terveiden solujen kasvua ja jakautumista. Tästä syystä solunsalpaaja-hoitoihin voi liittyä haittavaikutuksia, joista tavallisimpia ovat väsymys, pahoinvointi, suun limakalvojen kipeytyminen ja ripuli.

Kantasolujen siirrot

Kantasolujen siirto on non-Hodgkin-lymfoomissa käytetty hoitomenetelmä. Siinä joko solunsalpaajahoidojen tai sädehoidon avulla tuhotaan ihmisen luuydin, joka sisältää kantasoluiksi kutsuttuja kypsymättömiä soluja. Terve luuydin voidaan palauttaa joko kantasolujen- tai luuydinsiirron avulla.

Non-Hodgkin-lymfoomien hoidoissa on käytössä kahdenlaisia kantasolujen siirtoja, jotka eroavat toisistaan sen perusteella, mistä uudet kantasolut ovat peräisin.

Allogeenisessa kantasolujen siirrossa kantasolut ovat peräisin vieraalta luovuttajalta, jonka kudostyyppi muistuttaa hyvin läheisesti potilaan omaa kudostyyppiä.

Autologisessa kantasolujen siirrossa käytetään potilaan omia kantasoluja, joita kerätään talteen hyvissä ajoin ennen varsinaisten siirtoon liittyvien hoitojen aloittamista.

Biologiset hoidot

Lymfooman hoito on kehittynyt merkittävästi viimeisten kymmenen vuoden aikana. Kun tietämys syövän biologiasta on parantunut, on voitu kehittää uudentyypisiä hoitomuotoja. Perinteisten solunsalpaajien rinnalle on otettu käyttöön biologisia hoitoja, joilla pystytään pidentämään levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden elinaikaa. Biologiset hoidot vaikuttavat suo-

raan syöpäsoluun, ja näin terveisiin soluihin kohdistuvat vaikutukset ovat vähäisempiä. Pisimmällä kehitys on vasta-ainehoidoissa.

Lymfoomien hoidossa tyypillisimpiin biologisiin hoitoihin kuuluvat sekä vasta-ainehoidot että interferonihoidot. Näiden hoitojen avulla voidaan tehokkaasti tuhota lymfoomasoluja, hidastaa niiden kasvua ja aktivoida kehon omat puolustusmekanismit hyökkäämään syöpäsoluja vastaan.

Vasta-ainehoidot

Vasta-aineet ovat lääkkeitä, jotka tunnistavat tietyn kohdemolekyylin syöpäkudoksessa ja estävät sen toiminnan. Kohdemolekyylin toiminnan estolla pyritään pysäyttämään syöpäsolujen jakautuminen ja kasvaimen kasvu. Vasta-ainehoidojen kohteiksi on valittu sellaisia molekyylejä, joiden tiedetään esiintyvän runsaana syöpäsolukossa, mutta joita havaitaan vain pieniä määriä elimistön muissa kudoksissa. Kohteen tarkalla valinnalla pyritään siihen, että vasta-ainehoidoilla olisi mahdollisimman vähän haittavaikutuksia. Mahdollisiin haittavaikutuksiin kuuluvat flunssan kaltaiset oireet, kuten kuume, vilunväristykset sekä lihas- ja päänsärky.

Interferonihoidot

Interferoni on valkosolujen tuottama hormonin kaltainen proteiini, joka auttaa ihmisen immuunijärjestelmää puolustautumaan tartuntoja vastaan. Keinotekoisesti tuotetun interferonin uskotaan pienentävän kasvainta ja estävän sen kasvun tiettytyypisissä non-Hodgkin-lymfoomissa. Tämän hoidon tyypillisimpiin haittavaikutuksiin kuuluvat väsymys, kuume, vilunväristykset, päänsärky ja lihassärky.

Omat muistiinpanot

Uusittu verkkopalvelu lymfoomasta

Roche Oy on suunnitellut yhdessä suomalaisten syöpäpotilaiden ja asiantuntijalääkäreiden kanssa verkkosivuston www.lymfooma.fi, joka tarjoaa monipuolisesti tietoa lymfoomasta ja sen hoitomenetelmistä. Sivustolta voit lukea lymfoomapotilaiden tarinoita ja kertoa oman tarinasi sekä kysyä lymfoomasta ja sen hoidosta asiantuntijalääkäriltä.

Käy tutustumassa uusittuun sivustoon osoitteessa:

www.lymfooma.fi