

Lymfooma

Potilaan opas



Sisällys

• Lukijalle	4
• Mikä lymfooma on?	8
• Lymfooman oireet	14
• Miten lymfooma todetaan?	16
• Levinneisyysasteet	18
• Luokittelu	19
• Hodgkinin lymfooma	21
• Non-hodgkin-lymfoomat	24
• Erilaiset hoidot	36
• Mitä voin itse tehdä edistääkseni paranemista?	43
• Seuranta ja uusiutuminen	45
• Hoitojen pitkäaikaishaitat	48
• Tukiverkostot	52

Lukijalle

Tämä kirjanen on pieni tietopaketti imusolmukesyövistä eli lymfoomista. Opas on tarkoitettu ensisijaisesti tähän syöpään sairastuneille potilaille ja heidän läheisilleen, mutta toki kaikki aihepiiristä kiinnostuneet ovat tervetulleita lukijoiksi. Aihealueen laajuuden vuoksi tämä ei ole millään muotoa kaiken kattava kirjoitus, vaan pyrkii hahmottamaan isompia kokonaisuuksia ja tärkeimpiä yksityiskohtia. Uskoisin kuitenkin, että aihepiiriä ennestään tuntematon lukija pääsee tällä hyvin alkuun. Syventävää ja yksityiskohtaisempaa tietoa voi halutessaan kysellä hoitavalta henkilökunnalta ja hakea internetistä. Internethaussa on kuitenkin syytä tarkistaa lähteen luotettavuus ja tiedon ajantasaisuus. Monilla sairastuneilla alkuun tuleva informaation määrä voi tuntua kohtuuttomaltakin omaksettavaksi. Asiat kuitenkin selkiytyvät pikkuhiljaa

ja hoitojen edetessä kokonaisuus alkaa hahmottua. Näissäkin asioissa aika auttaa.

Olen aloittanut työskentelyn syöpätaudeilla ja samalla myös lymfoomien hoitamisen tammi-kuussa 1990. Tuolloin käytössä olevassa lymfoomaluokituksessa oli 16 erilaista alatyyppeä, kun uusimmassa luokituksessa näitä on lähes sata. Uudet tutkimusmenetelmät, mm. syövän aiheutaneiden geenimuutosten tutkiminen, lisäävät edelleen ymmärtämystämme näiden tautien biologiasta, mikä puolestaan mahdollistaa yhä yksilöllisemmän ja paremmin suunnatun hoidon. Vuonna 1990 hoitomuodot olivat sytostaattit ja sädehoito. Hoidot olivat hyvin pitkiä, jopa vuoden mittaisia ja sädehoitoa annettiin laajoille alueille, mikä aiheutti paljon haittoja. Tänä päivänä meillä on näiden hoitojen lisäksi käytössä arsenaali erilaisia vasta-ainepohjaisia hoitoja sekä solunsisäiseen viestintään viestintään vaikuttavia täsmälääkkeitä. Myös vanhoja, olemassa olevia hoitoja osataan käyttää yhä paremmin ja on opittu, että usein selvästi pienempi määrä hoitoa riittää. Tämän 30 vuoden työkokemukseni aikana onkin ollut upeaa nähdä hoitotulosten nopea kehittyminen. Kun vuonna 1990 viiden

vuoden kuluttua diagnoosista elossa oli noin 30 % non-Hodgkin lymfoomiin sairastuneista ihmisistä, tänä päivänä vastaava luku on jo yli 70 %. Toki eri alatyyppejen välissä on vielä huomattavat erot kuolemanriskissä. Hodgkinin lymfooman ennuste on tätäkin parempi. Kehityksen vauhti on ollut myös kiihtyvää ja uusia hoitoja ja lääkemolekyylejä saadaan käyttöön yhä tiheämpään tahtiin, mikä tulee seuraavan vuosikymmenen aikana edelleen pienentämään potilaiden vaaraa kuolla lymfoomaan. Uskon, että tällä vuosisadalla lymfoomaan kuoleamisen riski alkaa lähestyä nollaa.

Toivon, että tästä oppaasta on apua sinun/läheisesi kulkiessa oman syöpäpolkusi läpi. Useimmille sairastuneille se on yksi elämän vaikeimpia taipaleita, mutta onneksi yhä useammille vain pimeä tunneli, jonka läpi on kuljettava ja jonka toisessa päässä elämä jatkuu taas hyvänä ja arvokkaana.

OUTI KUITTINEN 24.8.2021

Kirjoittaja on Itä-Suomen yliopiston onkologian professori. Lisäksi hän on sivutoimisesti Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Oulun yliopistollisen sairaalan ylilääkäri.



Mikä lymfooma on?



Lhmisen valkosolut huolehtivat elimistön puolustuksesta ulkoisia vihollisia, kuten bakteereja ja viruksia, vastaan. Imusolut eli lymfosyytit ovat osa tätä puolustusjärjestelmää. Ne partioivat sekä imusolmukkeissa että luuytimessä, pernassa ja kateenkorvassa ja tarvittaessa myös muissa elimissä etsien tuhottavia vihollisia. Lymfooma on imukudossyöpä, joka syntyy, kun yhden imusolun geenistöön kertyy riittävä määrä kriittisiä virheitä. Ne muuttavat kehon oman solun pahanlaatuiseksi syöpäsoluksi, joka puolestaan lähtee kasvamaan hallitsemattomasti muodostaen syöpäkasvaimia.

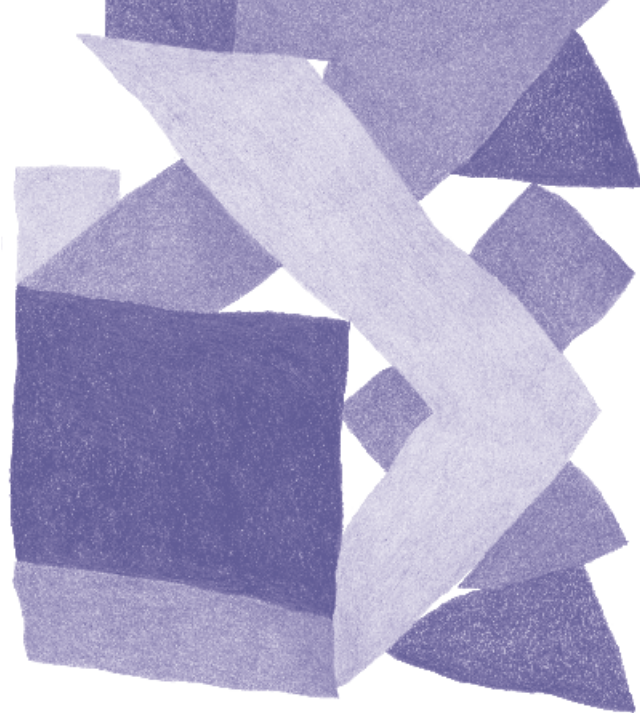
Vuonna 2018 Suomessa todettiin miehillä 1263 ja naisilla 1026 uutta lymfoomatapausta. Lymfoomia tavataan kaiken ikäisillä, mutta sai-

rastumisriski kasvaa iän myötä. Sairastumisriski on vahvasti ympäristösidonnaista ja myös sairauksien kirjo vaihtelee maapallon eri alueilla. Länsimaisissa yhteiskunnissa on nähty voimakas lymfoomien yleistyminen koko sen ajan, yleensä noin 1950-luvulta alkaen, kun käytössä on ollut luotettavia syöpärekisterejä. Ilmaantuvuuden kasvu on ollut pitkään noin 3 % vuodessa. Tällä hetkellä se on hidastunut, mutta lievää kasvua nähdään edelleen.

Monelle syövälle voidaan osoittaa selkeitä yksittäisiä vahvoja riskitekijöitä, kuten tupakointi keuhkosyövässä tai papilloomavirus kohdunkaulasyövässä. Lymfoomien osalta kuva on kuitenkin sumuisempi, emmekä edelleenkään tiedä varmasti, mikä yksittäinen tekijä meidän länsi-

maisessa elämäntyyliissämme lisää lymfoomien ilmaantuvuutta.

Lymfoomat eivät ole yksi sairaus vaan lähes sadan erilaisen sairauden muodostama sairausryhmä. Näin ollen myös tieto eri lymfoomatyypien aiheuttajista vaihtelee. Yhteisenä piirteenä on, että kaikki tilat, jotka heikentävät elimistön puolustusjärjestelmää, lisäävät myös lymfoomaan sairastumisen riskiä. Tällaisia tiloja ovat muun muassa eräät synnynnäiset immuunivajavuustilat, HIV-infektio ja autoimmuunisairauksiin ja elinsiirtoihin liittyvät puolustuskykyä alentavat lääkitykset. Osassa lymfoomissa, esimerkiksi Hodgkinin lymfoomassa ja joissakin T-solulymfoomissa, voidaan todeta mononukleeosia aiheuttavaa Epstein-Barrin virusta. Lähes kaikki aikuiset sairastavat tämän infektion elämänsä aikana, ja iso kysymys onkin, miksi se aiheuttaa osalle ihmisistä syövän mutta suurimmalle osalle ei. Myös muilla mikrobeilla, kuten C-hepatiitilla ja vatsalaukun helicobacter pylori-bakteerilla, on yhteys eräisiin melko harvinaisiin lymfoomatyyppeihin. Selkeitä, vahvasti lymfoomariskiä nostavia altisteita ovat radioaktiivinen säteily sekä aiempi solunsalpaajahoito. Elin-



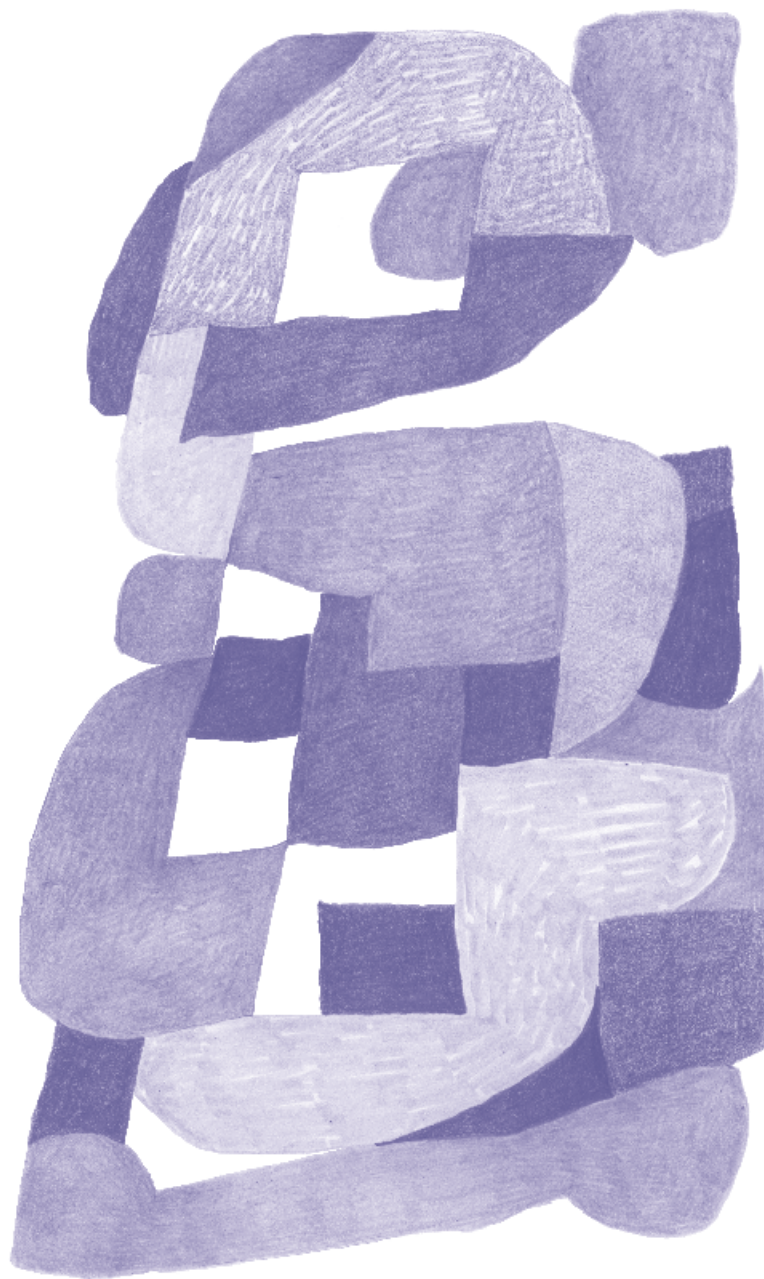
tavoilla on riskiin vähäisempi vaikutus, mutta tupakointi, korkeat veren rasva-arvot, matala D-vitamiinipitoisuus sekä altistuminen kasvin-suojeluaineille ja bentseeniyhdisteille lisäävät jossain määrin sairastumisriskiä.

Suurimmalla osalla sairastuneista kysymyksessä ei ole perinnöllinen sairaus. Muutamalla prosentilla potilaista on kuitenkin suvuissa esiintynyt useammassa sukupolvessa leukemioita ja lymfoomia herättäen epäilyn taudin perinnöllisyydestä. Tämän toteamiseen on olemassa geenitesti ainoastaan harvinaisen nodulaarisen

lymfosyyttivaltaisen ei-klassisen Hodgkinin lymfooman suhteen. Muissa tapauksissa perinnöllisyyttä ei pystytä tällä hetkellä varmuudella määrittämään.

Lymfoomien ennuste on pääosin melko hyvä. Vuonna 2013 diagnosoiduista Hodgkinin lymfooma potilaista oli viiden vuoden kuluttua elossa 85 % ja non-Hodgkin lymfoomiin sairastuneista 62 %. Ennuste vaihtelee kuitenkin hyvin paljon eri lymfoomatyypin mukaan. Tähän palataan myöhemmin kerrottaessa yksittäisistä alatyypeistä.

Lymfoomien saralla on tehty vuosikymmeniä valtavasti tutkimusta. Tämä on nyt kantamassa hedelmää siten, että lääketutkimuksissa on kymmeniä uusia, lupaavia lääkeainemolekyylejä. Niinpä lymfoomien ennuste paraneekin jatkuvasti. Jo tänä päivänä diagnosoitujen potilaiden ennuste on parempi verrattuna vuonna 2013 sairastuneisiin ja seuraavat kymmenen vuotta pienentävät kuoleman riskiä edelleen merkittävästi. Tämä on asia, joka kannattaa myös huomioida omaehtoisessa tiedonhaussa. Vanhoista lähteistä voi saada liian pessimistisen kuvan tulevaisuudesta.



Lymfooman oireet

Normaalien lymfosyyttien tehtävä on partioida imuteissä, imusolmukkeissa ja muualla elimistössä etsien tuhottavia vastustajia. Niinpä lymfoomakin voi saada alkunsa käytännössä mistä tahansa elimestä, joskin paikantuminen imusolmukkeisiin on tavallisinta. Tämä heijastuu myös siihen, että lymfoomien oireet voivat esiintymispaikasta riippuen olla monimuotoisia.

Kaikkein tavallisin oire on kaulalle ilmaantunut kivuton kyhmy. Kyhmyjä voi olla myös kainaloissa ja nivustaipeissa. Keuhkojen ja keuhkojen välikarsinan alueella tauti voi aiheuttaa yskää ja hengenahdistusta. Vatsan alueella taudin oireina voi olla vatsakipuja ja suolenvetovai-

keuksia, aivoissa sijaitseva tauti voi tehdä muun muassa hermostollisia oireita ja luussa sijaitseva tauti kipuja. Noin 20–30 %:lla sairastuneista on yleisoireita, kuten kuumeilua, painonlaskua, yöhikoilua ja ihon kutinaa. Erilaiset lymfoomat omaavat myös hyvin erilaisen kasvunopeuden, mikä heijastuu myös oireiden kehittymisnopeuteen. Hidaskasvuisia lymfoomia sairastavat potilaat voivat kertoa, että tautiin viitanneita kyhmyjä on ollut jo vuosien ajan ja muutokset niiden koossa ovat tapahtuneet kuukausien/vuosien aikajänteellä. Tästä poiketen kaikkein nopeakasvuisimmissa taudeissa oireet etenevät päivien aikajanalla, jolloin luonnollisestikin myös diagnostiikalla ja hoidon aloituksella on kiire.

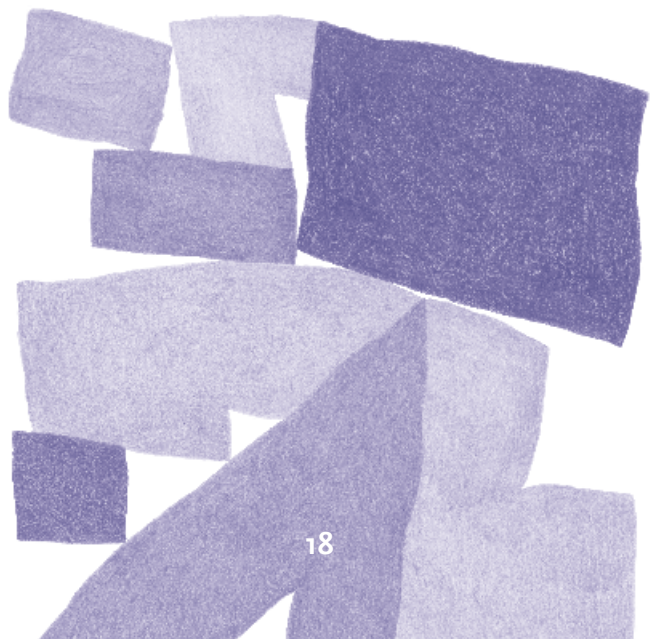
Miten lymfooma todetaan?

Lymfoomaepäily herää yleensä oireiden tai kuvantamislöydösten perusteella. Veriko-
keet voivat antaa lisäviitteitä, mutta varmaa diag-
noosia ei voida näiden perusteella tehdä. Monesti
verenkuva on lymfoomasta huolimatta täysin
normaali. Luotettava diagnoosi vaatii kasvainku-
doksesta otettavan reilun kokoisen koepalan,
joka menee patologille tutkittavaksi. Eri lymfoo-
man alatyypit ovat erilaisia sairauksia ja vaativat
erilaisen hoidon. Tämän vuoksi taudin tarkka
tyypittämien on tärkeää muodostaen onnistu-
neen hoidon kulmakiven. Alatyypien luotettava

erottaminen toisistaan vaatii monenlaisia kud-
os-
palasta tehtäviä lisätutkimuksia ja kokeneen,
joskus näihin tauteihin erityisesti perehtyneen,
patologin arvioinnin. Levinneisyys selvittelyinä
tehdään koko vartalon tietokonekuvaus korvakäy-
tävätasolta nivustaipeisiin. Usein sitä täydenne-
tään elimistön sokeriaineenvaihduntaa mittaa-
valla PET-kuvauksella ja/tai luuydinnäytteen-
otolla. Joissakin alatyypeissä voidaan tarvita myös
aivojen magneettikuvausta, aivoselkäydinneste-
näytteen ottoa, kiveksen ultraäänitutkimusta tai
erilaisia tähystyksiä.

Levinneisyysasteet

Lymfooman hoitoa suunniteltaessa tarvitaan tieto lymfooman tarkemmasta alatyypistä ja sen levinneisyydestä. Osalla lymfoomista laskeaan myös riskipisteytys. Levinneisyysluokka koostuu luvusta I–IV, joista I tarkoittaa tautia vain yhdellä alueella ja IV on laajasti johonkin muuhun elimeen kuin imusolmukkeisiin levinnyt tauti. Tämän luvun perään tulee kirjain A tai B. A tarkoittaa, ettei potilaalla ole yleisoireita, B on yleisoireinen tauti.



Luokittelu

Lymfoomat eivät ole yksi tauti vaan vajaan sadan hyvinkin erilaisen taudin muodostama tautiryhmä. Osa näistä alatyypeistä on suhteellisen tavallisia, kuten diffuusi suurisolui- nen B-solulymfooma. Osa on siinä määrin harvinaisia, ettei kokenutkaan lymfoomien hoitoon perehtynyt lääkäri tapaa näitä kuin 1–2 kertaa koko työuransa aikana. Niinpä tämä opas ei pysty syventymään kaikkiin näihin tautimuotoihin, vaan keskitymme tässä tavallisimpiin tauteihin.

Historiallisista syistä lymfoomat jaetaan Hodgkinin ja non-Hodgkin-lymfoomiin. Näistä jälkimmäinen puolestaan lähtösolun mukaan T- ja B-solutauteihin. Toinen tapa jaotella non-Hodgkin-lymfoomia on niiden kasvunopeuden mukaan. Nopeakasvuiset B-solulymfoomat, kuten diffuusi suurisoluinen B-solulymfooma, tarkemmin määrittelemätön high grade B-solulymfooma, double/triple hit lymfoomat ja Burkittin lymfooma etenevät hoitamattomina nopeasti. Useimmiten ne reagoivat hoidoille hyvin, ja

suurin osa potilaista paranee taudistaan pysyvästi. Jos tällainen tauti ei uusiudu viiden vuoden sisällä hoidosta, sen voidaan katsoa parantuneen kokonaan. Hidaskasvuisia B-solulymfoomia ovat follikulaarinen lymfooma, marginaalivyöhykkeen lymfooma ja pienisoluinen lymfosyyttilymfooma. Jos nämä todetaan paikallisina, tavoitellaan pysyvää paranemista paikallisin hoidoin eli sädehoidolla ja/tai leikkauksella. Levinnyt tauti reagoi hyvin lääkehoitoihin, mutta sillä on suuri uusiutumisriski. Yleensä ajatellaankin, että levinneinä nämä taudit ovat parantumattomia. Niiden hitaasta kasvunopeudesta ja hyvästä lääkeherkkyydestä johtuen kuitenkin iso osa näitä sairauksia sairastavista ihmisistä elää sairautensa kanssa normaalin elämänkaaren.

Lymfoomille on myös tyypillistä, että taudin uusiutuessa sen alatyypin voi muuttua. Tämän vuoksi on tärkeää, että myös uusiutuneessa taudissa otetaan uudet koepalat ja tutkitaan taudin alatyypin.

Hodgkinin lymfooma

Hodgkinin lymfooma on ensimmäinen tunnistettu lymfooma. Sen kuvasi englantilainen lääkäri Thomas Hodgkin vuonna 1832, kauan ennen kuin imusolujen olemassaoloa ja toimintaa tunnettiin. Tauti nimettiin löytäjänsä mukaan Hodgkinin taudiksi ja tästä erotukseksi muita lymfoomia alettiin kutsua non-Hodgkin-lymfoomiksi.

Hodgkinin lymfooma jaetaan kudosopillisesti kahteen päätyyppiin: klassiseen Hodgkinin lymfoomaan ja nodulaariseen lymfosyyttivaltaiseen Hodgkinin lymfoomaan. Näistä jälkimmäinen on melko harvinainen. Nodulaarinen lymfosyyttivaltainen Hodgkinin lymfooma on tyypillisesti keski-ikäisten ja nuorten miesten tauti. Se poikkeaa käyttäytymiseltään klassisesta muodosta muistuttaen enemmän hidaskasvuisia B-solulymfoomia kuin klassista Hodgkinin lymfoomaa. Tämän ei-klassisen taudin ennuste on erittäin hyvä.

Klassinen Hodgkinin lymfooma on tyypillisesti nuorten ja nuorten aikuisten tauti. Toinen tautihuippu ajoittuu yli 60-vuotiaisiin potilaisiin. Etenkin nuorilla aikuisilla ennuste on erinomainen, 5 vuoden elossaololuku tässä ikäryhmässä on 98 %. Iäkkäämpien potilaiden riski kuolla tautiinsa on suurempi.

Tavallisimmin tauti ilmenee keuhkojen väliekarsinassa ja kaulan, soliskuoppien ja kainaloiden imusolmukkeissa. Ajoittain nähdään myös pallean alapuolisia tauteja sekä muutoksia sisäelimeissä ja luuytimessä tai luustossa.

Klassisen Hodgkinin lymfooman hoito on solunsalpaajahoido joko yksin tai yhdessä sädehoidon kanssa. Tavallisin käytetty solunsalpaajayhdistelmä on nimeltään ABVD. Rajoittuneessa

taudissa (levinneisyysaste IA, IB ja IIA) tätä hoitoa annetaan 2–4 kuukautta ja sen jälkeen annetaan täydentävä sädehoito. Sädehoidon myöhäishaittojen välttämiseksi voidaan tietyin edellytyksin harkita pidempää solunsalpaajahoidoa ilman sädehoitoa. Levinneen taudin (levinneisyysaste IIB, IIIA, IIIB, IVA ja IVB) hoito on noin puolen vuoden mittainen solunsalpaajahoido. Joskus voidaan tarvita vielä tämän jälkeen annettavaa täydentävää sädehoitoa. Hoitovastetta seurataan tietokone- ja PET-TT-kuvauksin.

Harvinaisissa uusiutuneissa tai tavanomaiselle hoidolle vastustuskykyisissä taudeissa käytetään omilla tai luovuttajan soluilla tehtyjä kantasolusiirtoja.

Non-Hodgkin lymfoomat

DIFFUUSI SUURISOLUINEN B-SOLULYMFOOMA

Diffuusi suurisoluinen B-solulymfooma on tavalisin lymfoomatyyppejä, jota on noin 40 % kaikista non-Hodgkin lymfomista. Tämä on kuitenkin edelleen heterogeeninen ryhmä, jota jaetaan nykyisessäkin luokituksessa vielä pienempiin alaryhmiin. Tulevaisuudessa luokittelu tulee vielä tältä osin tarkentumaan. Diffuusi suurisoluinen B-solulymfooma on nopeimmin yleistävä lymfoomatyyppejä ja siihen sairastumisen riski kasvaa iän lisääntyessä, joskin harvakseltaan tautia todetaan myös lapsilla ja nuorilla.

Diffuusi suurisoluinen B-solulymfooma on yleensä nopeakasvuinen tauti. Oireet ilmaantuvat joskus päivissä, useimmiten muutaman viikon tai kuukauden sisällä. Tämän vuoksi myös

tutkimusten ja hoidon aloituksen tulisi edetä viiveettä. Patologin lausunnon valmistumisesta hoidon aloitukseen saisi kulua maksimissaan viikko. Tautia esiintyy imusolmukealueilla, mutta usein myös imusolmukkeiden ulkopuolella. Diffuusi suurisoluinen B-solulymfooma on solunsalpaajaherkkä tauti ja noin 70 % potilaista paranee taudistaan pysyvästi. Hoito räätälöidään taudin levinneisyyden, potilaan iän ja muiden sairauksien sekä ns. IPI-riskipisteiden mukaan. IPI-pisteytys lasketaan taudin kuvan ja veriarvojen perusteella. Lukuarvoksi tulee 0–5, jossa 0 on pienimmän riskin tauti ja 5 suurimman riskin tauti. Hoito on solunsalpaajan ja vasta-ainehoidon yhdistelmä. Tavallisimmin käytetty yhdistelmä on R-CHOP tai joku sen variaatioista (R-CHOEP, R-CEOP, R-CVOP), jota annetaan kolmen viikon välein useimmiten kuusi kertaa. Joihinkin tauteihin liittyy riski taudin uusiutumisesta aivoissa. Jos tällainen riski on merkittävä, hoitoon liitetään vielä korkea-annoksinen metotreksaatti estämään aivouusiutumaa.

Jos tauti uusiutuu onnistuneen hoidon jälkeen, on kantasolusiirroilla vielä mahdollisuus saavuttaa pysyvä paraneminen.

HIGH GRADE B-SOLULYMFOOMAT

High grade B-solulymfoomat ovat kaikkein nopeakasvuisin lymfoomaryhmä. Tähän ryhmään kuuluu kolme tautia: Burkittin lymfooma, double/triple hit lymfooma ja tarkemmin määrittelemätön high grade B-solulymfooma. Näiden tautien diagnostiikan ja hoidon aloituksen tulisi tapahtua päivystyksellisesti. Kaksi ensimmäistä tautia hoidetaan hyvin raskailla sytostaattiyhdistelmillä, jotka vaativat yleensä pitkiä sairaalahoitjaksoja. Niihin liittyy paljon sivuvaikutuksia ja jopa riski kuolla hoitojen haittoihin. Jos hoidot pystytään toteuttamaan suunnitellusti, Burkittin lymfooman ennuste on erinomainen. Myös kahdessa muussa tyypissä hoidon tavoite on taudin pysyvä paraneminen, mutta hoidon epäonnistumisen riski on suurempi kuin Burkittin lymfoomassa.

FOLLIKULAARINEN LYMFOOMA

Follikulaarinen lymfooma on toiseksi yleisin lymfoomatyyppejä, johon sairastutaan tyypillisimmin noin 60 vuoden iässä. Tauti on yleensä jo

todettaessa laajalle levinnyt. Se on hidaskasvuinen ja monilla potilailla on ollut imusolmuke-suurentumia jo vuosia ennen diagnoosiin pääsyä. Tyypillisiä taudin esiintymispaikkoja ovat imusolmukkeet, veri, luuydin ja perna, mutta se voi esiintyä myös muissa sisäelimissä tai luustossa. Pienellä osalla potilaista tauti todetaan paikallisena ja silloin on mahdollista, että sädehoidolla saavutettaisiin jopa pysyvä paraneminen. Laajalle levinnyt follikulaarinen lymfooma on herkkä monille hoidoille, mutta se uusiutuu lähes aina tavanomaisten hoitojen jälkeen. Siten sen ajatellaankin olevan krooninen, parantumaton sairaus. Taudin ennustetta arvioidaan ns. FLIPI-pisteytyksellä, jossa 0–1 pistettä tarkoittaa hyvän ennusteen ryhmää, 2 keskiriskin ryhmää ja 3 tai yli korkean riskin tautia. Hoitojen kehittymisen ansiosta näyttäisi kuitenkin, että yhä useampi tautiin sairastunut pystyy elämän sen kanssa normaalin elämänkaaren. Toisin kuin useimmissa muissa syövässä, follikulaarisessa lymfoomassa ei varhaisesta hoidon aloituksesta ole hyötyä. Niinpä potilasta, jolla taudin määrä on vähäinen, voidaan seurata hoidoittakin. Näin voidaan säästää potilaan elimistöä hoitojen hai-

toilta. Kun hoitoa tarvitaan, hoitovaihtoehtoja on useita. Kevein vaihtoehto on antaa vasta-ainehoitoa yksinään, jolloin hoidon haitat jäävät vähäisiksi. Tälläkin hoidolla osalla potilaista tauti pysyy hallinnassa vuosia. Keskimäärin kuitenkin hyöty on lyhyempi verrattuna vasta-ainehoidon ja solunsalpaajan yhdistelmään. Tavallisimmat vasta-aineen ja solunsalpaajan yhdistelmät ovat R-CHOP tai R-Bendamustiini hoidot. Näillä hoidoilla lähes kaikilla potilailla tautimuutokset pienenevät/häviävät ja hoidon teho kestää keskimäärin 5–7 vuotta. Vaikka pelkällä vasta-ainehoidoilla saavutettu teho on keksimäärin lyhyempi kuin vasta-aineen ja solunsalpaajan yhdistelemällä, on tämän vaihtoehdon etuna, että solunsalpaajahoidojen haittoja voidaan siirtää myöhemmäksi.

Follikulaarisen lymfooman uusiutuessa tauti yleensä reagoi edelleen hyvin hoidoille ja ennuste on hyvä. Poikkeuksen muodostavat ne potilaat, joiden tauti uusiutuu kahden ensimmäisen vuoden aikana ja heidän hoidokseen suositellaan kantasolusiirtoa omilla soluilla.

Follikulaarinen lymfooma voi muuntautua aggressiivisemmaksi, yleensä diffuusiksi B-solu-

lymfoomaksi, joskus Burkittin lymfoomaksi tai Hodgkinin lymfoomaksi. Muuntautunut tauti on keveillä hoidoilla huonoennusteisempi ja vaatii hoidon tehostamista.

MARGINAALIVYÖHYKKEEN B-SOLULYMFOOMA

Marginaalivyöhykkeen lymfooma luetaan myös hidaskasvuisiin lymfoomiin. Sitä tavataan kolmea muotoa: imusolmukkeiden ulkopuolella esiintyvää ns. ekstranodaalista marginaalivyöhykkeen lymfoomaa, imusolmukkeissa esiintyvää ns. nodaalista marginaalivyöhykkeen lymfoomaa ja pernan marginaalivyöhykkeen lymfoomaa.

Näistä kaksi ensimmäistä voivat liittyä infektion aiheuttajiin, vatsalaukussa helicobacter pylori -infektioon, silmissä klamydiainfektioon, iholla borreliainfektioon ja imusolmukkeissa C-hepatiittiin. Jos selkeä infektiyhteys on olemassa, voi lymfooman hoidoksi riittää pelkästään infektion hoito. Imusolmukkeiden ulkopuoliset marginaalivyöhykkeen lymfoomat ovat usein paikallisia ja hoidetaan paikallishoidoin, leikkauksella tai sädehoidolla. Näiden ennuste

on yleensä erinomainen. Muut marginaalivyöhykkeen lymfoomat hoidetaan pitkälti follikulaarisen lymfooman tapaan. Pernan marginaalivyöhykkeen lymfoomassa myös pernan poisto on yksi vaihtoehto.

MANTTELISOLULYMFOOMA

Manttelisolulymfooma edustaa noin 10 % non-Hodgkin-lymfomista. Kyseessä on usein iäkkäämpien miesten sairaus. Sen tyypillisiä esiintymispaikkoja ovat imusolmukkeet, veri, luuydin, perna, risakudos ja ruuansulatuskanava. Tauti jaetaan edelleen solukuvan perusteella neljään alatyyppiin.

Manttelisolulymfooma on yleensä jo todettaessa laajalle levinnyt sairaus. Kantasolusiirtokelpoisilla potilailla (ikä <70–75, ei merkittäviä muita perussairauksia) hoitona on ns. MCL solunsalpaaja hoitoprotokolla. Siinä annetaan ensin kuusi intensiivistä tavanomaista solunsalpaajahoidoa ja sen jälkeen täydentävä kantasolujensiirto potilaan omilla soluilla. Tällä hoidolla kymmenen vuoden kuluttua noin 60 % potilaista on taudistaan vapaana. Uusiutumisia



tapahuu kuitenkin tämänkin jälkeen, eikä ole varmuutta, parantaako tämä hoito taudin pysyvästi. Jos potilas ei sovellu kantasolujensiirtoon, hoidetaan tautia vasta-aineen ja solunsalpaajan yhdistelmällä. Tauti reagoi yleensä hyvin tällaiseen hoitoon, mutta valitettavasti uusiutuu myöhemmin. Vasta-aineella toteutettu ylläpitohoito pidentää aikaa taudin uusiutumiseen ja pidentää myös odotettavissa olevaa elinaikaa.

Uusiutuneen taudin hoito suunnitellaan yksilöllisesti. Alle 65-vuotiailla potilailla voidaan harkita vieraan luovuttajan soluilla tehtyä kantasolujensiirtoa. Tähän hoitoon liittyy huomattavia riskejä, mutta se pitää sisällään myös mahdollisuuden taudin pysyvään paranemiseen.

T-SOLULYMFOOMAT

Länsimaissa noin 15 % kaikista non-Hodg-kin-lymfoomista on lähtöisin T-soluista. Aasiassa nämä taudit ovat huomattavasti Eurooppaa tavallisempia. T-solulymfoomat ovat heterogeeninen ryhmä erilaisia tauteja, joista tavallisimpia ovat angioimmunoblastinen T-solulymfooma, tarkemmin määrittelemätön perifeerinen T-solulymfooma, anaplastinen suurisolui-nen T-solulymfooma, enteropatiaan (eli kelia-kiaan) assosioituva T-solulymfooma ja nasal type NK/T-solulymfooma. B-solulymfoomista poiketen taudit aiheuttavat usein monenlaisia yleisoireita ja laskevat voimakkaasti elimistön puolustuskykyä. Harvinaisuutensa vuoksi näiden lymfoomien luokittelu, biologia ja hoito tunnetaan huonommin kuin B-solulymfoomien. Lukuunottamatta ALK-positiivista anaplastista suurisoluista T-solulymfoomaa, näiden tautien ennuste on B-solulymfoomia huonompi, mutta osalla potilaista saavutetaan kuitenkin näissäkin taudeissa pysyvä paraneminen. Tällä hetkellä hoito on useimmiten CHOP-tyyppinen solunsal-paajahoito ja alle 70-vuotiailla tätä pyritään usein

täydentämään omilla soluilla tehtävällä kanta-solujensiirrolla. Uusiutuneen taudin hoito on luovuttajan soluilla tehty kantasolujensiirto, jos potilas soveltuu siihen ikänsä ja muiden sairauksiensa puolesta. Ymmärrys T-solulymfoomien biologiasta ja optimaalisesta hoidosta kasvaa kuitenkin vauhdikkaasti. Hoito tulee todennäköisesti lähivuosina eriytymään erilaiseksi kussakin alatyypissä ja tulee poikkeamaan B-solulymfoomien hoidoista. Samalla hoitotulokset paranevat.

IHON LYMFOOMAT

Harvinaisina lymfoomia tavataan myös rajoituneena ainoastaan ihoon. Tavallisin ihon lymfooma on Mycosis Fungoides. Muita ovat esimerkiksi ihon marginaalivyöhykkeen lymfooma, follikulaarinen lymfooma, diffuusi suurisoluinen B-solulymfooma ja ihon anaplastinen suurisolui-nen B-solulymfooma. Lymfomatoidi papuloosi on solukuvaltaan anaplastista suurisoluista lymfoomaa muistuttava tauti, joka on kuitenkin käyttäytymiseltään hyvänlaatuinen.

Mycosis Fungoides saa alkunsa ihon T-soluista. Se on hitaasti etenevä, krooninen tauti,



joka alkuvaiheessa muistuttaa ulkonäöltään paljon tavallisia ihon ekseematauteja. Tämän vuoksi diagnoosi usein viivästyykin. Ajan kuluessa tauti kuitenkin etenee ja alkaa muodostaa iholle paksunevia plakkeja ja kasvainmaisia muutoksia tai sitten se voi levitä laajaksi ihon punoitukseksi ja paksuuntumiseksi eli erythrodermiaksi. Jos tauti leviää kattamaan suurimman osan ihosta ja sitä esiintyy myös verenkierrossa ja imusolmukkeissa, puhutaan Sézaryn syndroomasta.

Varhaisvaiheen Mycosis Fungoidesta hoidetaan paikallishoidoin, kortisonivalmistein ja valohoidoilla, joilla tauti voi pysyä hallinnassa hyvin pitkiä aikoja. Paikallisesti eteneviä muu-

toksia voidaan hoitaa sädehoidolla. Jos/kun tauti ei reagoi enää riittävästi paikallishoitoihin, voidaan harkita joko koko ihon sädehoitoa tai erilaisia systeemihoitoja, kuten beksaroteenia, interferonia, vasta-ainehoitoja tai solunsalpaajahoidoja. Näillä hoidoilla tautia voidaan jarruttaa ja hallita taudin oireita, mutta ainoa pysyvästi parantava hoito on luovuttajan soluilla tehty kantasolujensiirto. Vaikka potilas ei soveltuisi kantasolujensiirtoon, osalla potilaista tautia voidaan pitää hallinnassa koko heidän elinaikansa. Valitettavasti osalla potilaista tauti muuttuu vastustuskykyiseksi hoidoille ja johtaa potilaan kuolemaan.

Erilaiset hoidot

SOLUNSAIPAAT

Suurin osa lymfoomista hoidetaan solunsalpaaja-hoidoin, joihin voidaan yhdistää vasta-ainehoito. Solunsalpaajat ovat joko alkuaan luonnosta eristettyjä tai kemiallisesti tuotettuja aineita, joilla on kyky tappaa syöpäsoluja. Hoito annetaan useimmiten tiputuksena suoraan laskimoon, mistä se leviää verenkierron mukana kaikkialle elimistöön ja hoitaa siten tehokkaasti laajallekin levinnyttä syöpää. Käytettyjä lääkkeitä on monenlaisia ja yleensä niitä annetaan useamman lääkkeen yhdistelmänä. Hoito toteutetaan kuureina, joiden välissä elimistö saa toipua

annetusta hoidosta. Hoitojen intensiteetti vaihtelee suuresti. Keveimpiä ovat yksin annettavat vasta-ainehoidot, jotka toteutetaan pääosin poliklinisissa infuusioissa ja joiden merkittävin haitta on lievästi lisääntynyt infektioriski. Raskaimpia ovat Burkittin lymfoomat hoidot, joissa potilas joutuu olemaan useita kuukausia sairaalassa ja hoitoihin liittyy hyvin paljon haittoja ja jopa merkittävä riski kuolla hoitojen haittoihin. Syöpäsolujen lisäksi hoidot vaurioittavat kehon normaaleja soluja, mikä aiheuttaa hoitoon liittyvät akuutit ja myöhäiset haitat. Tyypillisiä haittoja, joita ei toki esiinny kaikissa hoidoissa, ovat pahoinvointi, hiusten lähtö ja veriarvomuutokset. Hoitoihin liittyy myös väsymystä ja yleiskunnon laskua. Hoitojen onnistunut toteuttaminen ja paraneismahdollisuuksien optimoiminen vaatii potilaan ja hoitopaikan välistä hyvää yhteistyötä.

Jos potilas saa solunsalpaajahoidoja, on tärkeä lukea myös näitä hoitoja ja niiden haittoja käsittelevä opas Ohjeita sinulle joka saat syöpälääkehoitoa (www.syopapotilaat.fi/opas/ohjeita-sinulle-joka-saat-syopalaakehoitoa/) ja kertoa hoitaville lääkäreille ja hoitajille hoidon haitoista, jotta näihin voitaisiin reagoida asianmukaisesti.

VASTA-AINEHOIDOT JA SYÖVÄN TÄSMÄLÄÄKEHOIDOT

Kun elimistön puolustujärjestelmä kohtaa tuhottavan vihollisen, se alkaa tuottaa vasta-aineita, joiden tehtävä on merkata tämä vihollinen. Tällöin elimistön omat tappojärjestelmät tunnistavat sen ja hyökkäävät sen kimppuun. Kun lymfooma on syntynyt elimistössä, se on jo onnistunut huijaamaan elimistön puolustussysteemiä niin, ettei sitä vastaan synny vasta-aineita. Nykytekniikoin syöpää tunnistavia vasta-aineita pystytään tuottamaan teollisesti ja näillä teollisilla vasta-aineilla onkin saatu merkittäviä edistysaskeleita syövän hoidossa. Lymfooman hoidossa on tällä hetkellä käytössä mm. B-solulymfoomia tunnistavat CD20 vasta-aineet rituksimabi ja obinututsumabi sekä B- että T-solulymfoomia tunnistava CD 52 vasta-aine alemtutsumabi. Näihin vasta-aineisiin voidaan liittää myös solunsalpaaja tai säteilevä isotooppi, jolloin vasta-aine auttaa hoidon kohdistamisessa tarkemmin syöpäsoluun. Tällaisia yhdistelmävalmisteita ovat mm. Hodgkinin lymfoomassa ja anaplastisessa suurisoluisessa lymfoomassa

käytettävä brentuksimabi vedotin ja diffuusissa suurisoluisessa lymfoomassa käytettävä polatutsumabi vedotin.

Syöpäsolujen biologian tarkempi ymmärtäminen on nyt tuomassa markkinoille myös yhä paremmin syöpäsoluihin kohdentuvat täsmälääkehoidot. Nämä ovat useimmiten tabletteina nautittavia lääkkeitä, joiden hyöty/haittaprofiili on perinteisiä solunsalpaajia edullisempi. Tästä lääkeryhmästä esimerkkejä ovat manttelisolulymfooman hoidossa käytettävä ibrutinibi ja follikulaarisen lymfooman hoidossa käytettävä idelalisibi. Potilastutkimuksissa on tällä hetkellä kymmeniä erilaisia lymfooman hoitoon tarkoitettuja uusia molekyylejä ja tämä kenttä muuttuu vauhdikkaasti.

SÄDEHOITO

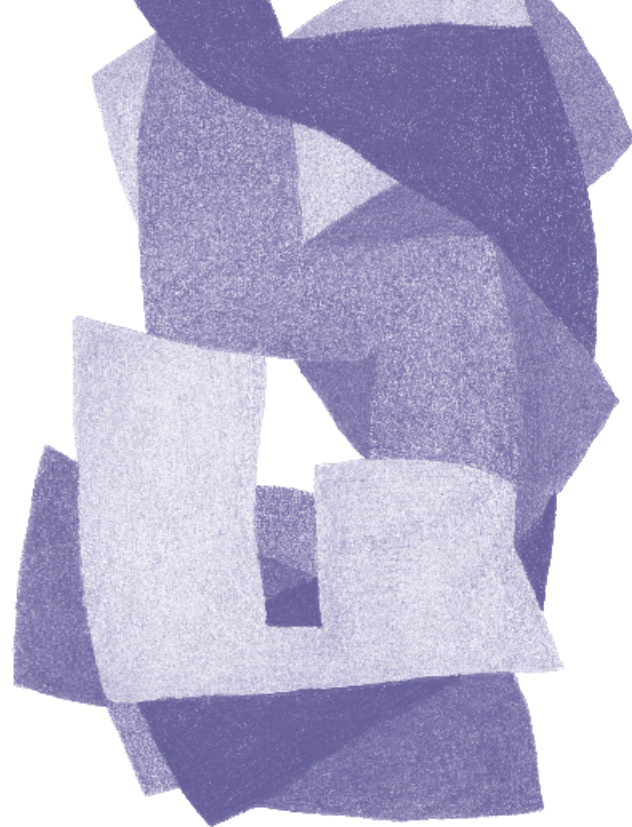
Sädehoito on syövän perinteinen hoitomuoto, jota on käytetty jo sata vuotta. Sädehoito vaurioittaa syöpäsolujen geenejä, mikä johtaa solun kuolemaan. Valitettavasti sädehoito joudutaan ohjaamaan kudokseen elimistön ulkopuolelta terveiden kudosten läpi. Näiden terve kudosten

altistuminen sädehoidolle aiheuttaa hoidon haitat. Tavallisesti kuitenkin normaalit solut toipuvat syöpäsoluja nopeammin ja pystyvät paremmin korjaamaan lieviä vaurioita. Normaalikudosten toipumisen varmistamiseksi sädehoito jaksotetaan pienempiin annoksiin.

Sädehoitoa annetaan tarkan yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaan. Suunnitelmassa määritellään hoitokohde ja optimoidaan hoitoalueelle annettava sädeannos niin, että kasvaimen tulee riittävä hoitoannos, mutta terveet kudokset säästyvät mahdollisimman hyvin. Sädehoitoa annetaan tavallisimmin viitenä päivänä viikossa kolmen tai neljän viikon ajan. Hoito kestää vain muutaman minuutin kerrallaan ja on kivutonta. Yleensä sädehoidossa voi käydä kotoa käsin.

Sädehoidon haitat riippuvat hoitoalueella olevasta normaalikudoksesta. Yleisenä häirtana voi ilmetä väsymystä ja yleiskunnon laskua.

Akuutteina häirtoina sädehoitoalueen iho voi punoittaa ja ärtyä. Jos sädehoito kohdistuu päänahan alueelle, tältä alueelta lähtevät hiukset. Useimmiten hiukset kasvavat takaisin, mutta ne saattavat harventua tai muuttua. Suoliston alueen hoito aiheuttaa pahoinvointia ja ripulia,



ruokatorven alueen nielemiskipua. Suun alueen hoidossa suun limakalvot ärtyvät ja kipeytyvät. Jos hoito osuu sylkirauhasiin, suu kuivuu ja sylki muuttuu sitkeäksi. Jos sädehoidossa on mukana merkittävä määrä verta tuottavaa luuydintä, hoito aiheuttaa veriarvojen laskua. Nämä oireet korjaantuvat yleensä muutamassa päivässä/viikossa hoidon loputtua. Sädehoidon pitkäaikaishäirtoihin palaamme myöhemmissä kappaleissa.

VAIHTOEHTOISET HOIDOT

Vaihtoehtoisten hoitomuotojen, kuten homeopatian, akupunktion, vitamiinihoitojen ja käsillä parantamisen, ei ole todettu parantavan syöpää. Harva vaihtoehtoisia hoitoja käyttänyt niin uskookaan, vaan kyse on useimmiten siitä, että niistä saa toivoa ja taistelutahtoa. Joskus täydentäviä hoitoja käytetään viimeisenä oljenkortena silloin, kun lääketieteelliset hoidot on jo lopetettu tehottomina ja tauti etenee.

Suurin osa täydentävistä hoitomuodoista on harmittomia, eli niistä ei ole haittaa. Osa lääkäreistä suhtautuu kielteisesti vaihtoehtoihin ja täydentäviin hoitomuotoihin.

Kaikista hoidoista pitää kuitenkin keskustella hoitavan lääkärin kanssa, sillä ne saattavat häiritä muita hoitoja tai olla yhdessä käytettynä jopa vaarallisia. Muun muassa antioksidanttivalmisteet voivat estää tiettyjen solunsalpaajien vaikutusta syöpäkudokseen. Tärkeää on, ettei täydentävien hoitojen käyttö tai kokeilut viivästytä viralliseen hoitoon hakeutumista tai estä sen saamista.

Mitä voin itse tehdä edistääkseni paranemista?

Hoitojen aikana useimmat potilaat ovat sairaslomalla. Jos kunto pysyy hyvänä, ja itse kokee asian mielekkäänä, eikä potilaan työ altista infektioille, voi työtä tehdä oman vointinsa mukaan. Aerobinen liikunta, omaa vointia kuulostellen, edesauttaa fyysistä ja psyykkistä jaksamista ja suojaa elimistöä hoidon haitoilta.

Jaksaakseen hoidot elimistö tarvitsee myös riittävästi ravintoa. Jos ruokahalu on huono, on tärkeää syödä edes jotakin, eli tilapäisesti voi hyvin joustaa ravinnon terveellisyydestä ja syödä sitä, mitä pystyy syömään. Riittävästä D-vitamiinin saannista kannattaa huolehtia, koska matala D-vitamiinitaso heikentää hoitojen tehoa.

Syöpään sairastuminen on aina kriisi ja koettelee myös mielen jaksamista. Näille tunteille olisi hyvä antaa tilaa. Itkeä, jos siltä tuntuu ja iloita tavallisista pienistä asioista, kun siltä tuntuu. Sairastuminen voi herättää myös vihaa ja katke-

ruutta, jotka ovat myös luonnollisia ja sallittuja tunteita. Olisi kuitenkin tärkeä löytää näille negatiivisille tunteille oikeat kohteet ja varoa, ettei vihan ja katkeruuden tunteita pura läheisiinsä. Välillä on hyvä työstää mielessään tapahtunutta, välillä mieli tarvitsee lepoa. Silloin olisi hyvä, jos pystyisi suuntaamaan ajatuksia muualle, mielihyvää tuottaviin asioihin. Olisi hyvä, jos potilaalla on läheisiä, joiden kanssa jakaa näitä tuntemuksia. Jos kokee helpommaksi puhua ulkopuoliselle, hoitopaikasta voidaan järjestää myös keskusteluja psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa.

Jos potilas saa veriarvoja laskevaa solunsalpaajahoitoa, tulisi varoa infektioita. Tämä tarkoittaa väkijoukkojen ja tarttuvia tauteja sairastavien ihmisten välttämistä. Influenssakaudella suositellaan perheenjäsenten influenssarokotuksia.

Seuranta ja uusiutuminen

Kuten aiemmin tässä kirjasessa on kerrottu, osa lymfoomista pyritään parantamaan pysvästi, osa on kroonisia tauteja, jotka usein uusiutuvat ja niitä joudutaan hoitamaan toistuvasti. Kaikille potilaille järjestetään hoidon jälkeen seuranta mahdollisten tautiuusiutumien toteamiseksi. Lisäksi seurannan tavoitteena on auttaa potilaan toipumisessa ja hoidon haittojen toteamisessa. Seurannan filosofia on erilainen hidaskasvuisissa lymfoomissa ja nopeakasvuisissa lymfoomissa.

Hidaskasvuisissa lymfoomissa hoitoa ei ole välttämätöntä käynnistää heti taudin uusiutuessa ja osa uusiutumista voi hävitä hoidoittakin. Tällöin myöskään oireettoman pienen uusiutuman löytymisellä ei ole kiirettä. Tämän vuoksi potilas voi seurata vähäisiä oireita ja muutoksia itsekin, ja vasta jos tilanne etenee, on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan. Hidaskasvuiset lymfoomat voivat kuitenkin muuttua nopeakasvuiseksi, jolloin myös hoidon aloituksella on kiire. Jos potilaalla

on voimakkaita oireita, jotka etenevät selkeästi, on syytä ottaa pikaisesti yhteyttä hoitavaan sairaalaan.

Jos epäillään nopeakasvuisen lymfooman uusiutumista, tarvittavat tutkimukset ja hoidot on käynnistettävä ripeästi. Näissä taudeissa seurantojen kyky löytää uusiutumat varhain on huono ja suurin osa uusiutumista todetaan kontrollien välissä potilaan oireiden perusteella. Tämän vuoksi on tärkeää, että potilas seuraa itse vointiaan ja ottaa itse yhteyttä hoitavaan sairaalaan, jos huomaa kotona taudin uusiutumiseen viittaavia oireita. Jos nopeakasvuinen lymfooma uusiutuu, se tapahtuu yleensä viiden vuoden sisällä hoidosta. Jos uusiutumaa ei ole todettu tässä ajassa, katsotaan taudin parantuneen ja kontrollit voidaan lopettaa.

Lymfooman uusiutumisen oireet voivat olla hyvin moninaiset. Tyypillisiä oireita, joista kannattaa olla yhteydessä, ovat seuraavat:

- Yleisoireet, kuumeilu, painonlasku, yöhikoilu
- Kaulalle, nivustaipeisiin tai kainaloihin noussut uusi patti
- Pitkittynyt yskä, hengenahdistus
- Vatsakivut, ummetus/ripuli
- Luukipu, jonka intensiteetti kasvaa

Jos on epävarma uusien oireiden merkityksestä, silloinkin voi soittaa oman sairaalan poliklinikalle ja keskustella siitä, ovatko jatkotutkimukset tarpeen.

Hoitojen pitkäaikaishaitat

Suurin osa hoitojen haittavaikutuksista menee ohi hoitojen loppumisen jälkeen. Vuoden kuluttua hoidosta suurimmalla osalla potilaista elämänlaatu on samalla tasolla kuin ennen sairastumista. Hoito voi kuitenkin jättää elimistöön myös pysyviä muutoksia, jotka olisi hyvä tiedostaa myöhemmässä elämässä. Siinä missä hoitojen aikana on tärkeää selvittää päivästä toiseen, korostuu hoitojen jälkeen terveiden elintapojen merkitys hoidon myöhäisten haittojen hallitsemiseksi. Kaikkein suurimerkityksisin on tupakoinnin lopettaminen, joka pienentää sekä sydän- ja verisuonihaittojen että toisten syöpien riskiä. Säännöllinen liikunta, pyrkimys painonhallintaan ja ravintosuositusten mukainen ruokavalio parantavat mahdollisuuksia pitkään ja terveeseen elämään hoitojen jälkeen.

Nuorilla ihmisillä annettu solunsalpaajahoito voi heikentää myöhempää hedelmällisyyttä. Tämän vuoksi nuoret miehet ohjataan ennen hoitoa sperman pakastukseen. Nuorilla naisilla voidaan harkita munasarjoja suojaavia lääkkeitä ja joskus munasolujen pakastusta myöhempää keinohedelmöitystä varten. Hoitojen aikana kuukautiskierto usein lakkaa. Vaikka se useimmilla palautuu, voi vaihdevuosikehitys aikaistua. Vaihdevuosioireita voidaan hoitaa tarvittaessa hormonihoidoin. Myös hedelmällisyys voi laskea nopeammin kuin muilla samanikäisillä naisilla. Tämä on asia, joka kannattaa ottaa huomioon perhesuunnittelussa. Lasten hankkimista ei kannata lykätä kovin pitkälle siinä vaiheessa, kun elämäntilanne on tälle muuten otollinen. Toki raskaaksi tulo tai lapsen siittäminen ei ole suosi-

teltavaa ennen kuin syövän hoidoista on kulunut vuosi.

Monissa lymfooman solunsalpaajakuureissa on mukana doxorubisiini niminen anytrasykliiniryhmän solunsalpaaja. Tämä voi aiheuttaa pienelle osalle potilaista sydänlihaskaurioita. Jos nämä todetaan varhain, ne ovat yleensä lääkityksellä palautuvia. Ongelmien varhaiseksi toteamiseksi suositellaan hoidon aikaista sydämen toiminnan seurantaa. Annettu solunsalpaajahoido vaikuttaa myös verisuonen seinämiin siten, että hoidon jälkeen potilaan riski sairastua myöhemmin verenpainetautiin on kohonnut. Verisuonisto on myös tavallista herkempi verenpaine-taudin ja korkeiden rasva-arvojen haitalliselle vaikutukselle. Tämän vuoksi syövän sairastuneelta tulisi seurata säännöllisesti verenpainetta ja rasva-arvot tulisi tarkistaa kahden vuoden välein. Myös poikkeaviin arvoihin tulisi puuttua tavallista herkemmin. Solunsalpaajahoido lisää myös hiukan riskiä saada toinen syöpä.

Eniten myöhäisten haittojen riskiä lisää laajoille alueille annettu sädehoito. Nämä haitat ilmaantuvat yleensä muutamia vuosia hoitojen jälkeen.

Nämä myöhäismuutokset johtuvat sädehoitoa saaneiden kudosten vähittäisestä arpeutumisesta ja solujen jakautumisen loppumisesta. Jos kilpirauhanen on ollut mukana sädehoitokentässä, voi vuosien aikana kehittyä kilpirauhasen vajaatoiminta ja kilpirauhasarvoja tulisi seurata vuosittain. Ylävartaloon annettu sädehoito voi suurentaa rintasyövän ja keuhkosityövän vaaraa. Rintojen mammografia ja ultraääniseuranta aloitetaan yleensä viimeistään kymmenen vuoden kuluttua hoidosta. Myös muiden sädehoitokentässä olleiden kudosten syöpävaara on suurentunut. Tämä riski alkaa voimistua kymmenen vuoden kuluttua sädehoidon loppumisesta. Sydämen alueelle annettu sädehoito altistaa läppävioille, sepelvaltimotaudille ja sydämen vajaatoiminnalle. Myös sädehoitokentässä olleiden verisuonten kalkkeutuminen kiihtyy. Näitä ongelmia voidaan vähentää terveellisin elintavoin.

Tukiverkostot

Suomen Syöpäpotilaat ry:n Lymfooma-potilasverkosto on lymfoomiin sairastuneiden aikuisten ja heidän läheistensä valtakunnallinen verkosto. Se toimii suljetussa Facebook-ryhmässä.

Älä jää yksin. Potilasverkostoissa voit jakaa sairastamiseen liittyviä asioita vertaisten kesken.

www.syopapotilaat.fi/potilasverkostot

Syöpäjärjestöihin kuuluu 12 alueellista syöpäyhdistystä ja kuusi valtakunnallista potilasjärjestöä. Jäsenyhdistykset noudattavat Syöpäjärjestöjen yhteisesti sopimia arvoja ja toimintaperiaatteita. Alueelliset syöpäyhdistykset kattavat koko Suomen. Alueellisilla yhdistyksillä on paikallis-

osastoja ja kerhoja, jotka vastaavat paikallisesta toiminnasta. Tärkeä osa alueellisten syöpäyhdistysten ja valtakunnallisten potilasyhdistysten toimintaa ovat sairastuneiden ja heidän läheistensä neuvonta, vertaistuen järjestäminen, kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit sekä virkistystoiminta.

www.syopajarjestot.fi



SUOMEN SYÖPÄPOTILAAT RY on potilaiden oma järjestö. Edistämme potilaan oikeuksia ja toimimme osana eurooppalaista syöpäpotilasyhteisöä. Olemme osa Syöpäjärjestöjä.

Suomessa todetaan vuosittain yli 35 000 uutta syöpätapausta ja syövän sairastaneita on jo lähes 300 000. Olemme olemassa syöpään sairastuneita ja heidän läheisiään varten. Tarjoamme mahdollisuuden vertaistukeen verkossa sekä luotettavaa tietoa syöpäsairauksista. Teemme myös edunvalvontatyötä yhteistyössä muiden järjestöjen kanssa.

Saat meihin yhteyden sähköpostitse, puhelimitse ja sosiaalisen median kautta.

www.syopapotilaat.fi

www.facebook.com/syopapotilaat/

info@syopapotilaat.fi



SYÖPÄJÄRJESTÖT on vahva ja osaava järjestö, jonka tavoitteena on turvata kaikille hyvä elämä ilman syöpää tai syövästä huolimatta. Järjestö tarjoaa tietoa, tukea ja toivoa.

Syöpäjärjestöt tukee ja kuntouttaa syöpää sairastavia ja heidän läheisiään, tiedottaa syöpää ehkäisevistä ja terveyttä edistävistä asioista, pitää yllä rekisteriä syöpätaudeista ja syöpäseulonnoista ja myöntää varoja syöpätautien tieteelliseen tutkimukseen.

Syöpäjärjestöt on Suomen suurin kansanterveysjärjestö.

SYÖPÄJÄRJESTÖIHIN KUULUVAT:

Suomen Syöpäyhdistys ry ja sen jäsenyhdistykset:

- 12 alueellista syöpäyhdistystä
- 6 valtakunnallista potilasyhdistystä
- Suomen Syöpärekisteri
- Syöpäsäätiö

www.syopajarjestot.fi

TEKSTI

OUTI KUITTINEN
*Onkologian professori,
Itä-Suomen yliopisto*

ULKOASU

JOHANNES RANTAPUSKA

KUVITUKSET

ERKKI TOUKOLEHTO

PAINO

ORIGOS OY, 2022

JULKAISIJA

SUOMEN SYÖPÄPOTILAAT RY



Suomen Syöpäpotilaat - Cancerpatienterna i Finland ry

Tämä opas on tehty Syöpäsäätiön tuella.

Syöpäsäätiö

Cancerstiftelsen

Oppaan tuottamista ovat tukeneet:



