

Limfomul folicular

Ce este limfomul folicular?

Lasa-ne sa iti explicam.

www.anticancerfund.org | www.esmo.org

LIMFOMUL FOLICULAR: GHID PENTRU PACIENTI

INFORMATII PENTRU PACIENTI BAZATE PE GHIDURILE DE PRACTICA CLINICA ESMO

Acest ghid pentru pacienti a fost pregatit de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) pentru a ajuta pacientii si rudele lor sa inteleaga mai bine natura limfomului folicular si sa cunoasca cele mai potrivite optiuni de tratament disponibile, in functie de subtipul de limfom folicular. Recomandam ca pacientii sa isi intrebe medicul despre testele si tipurile de tratament de care au nevoie pentru tipul si stadiul bolii lor. Informatiile medicale oferite in acest document se bazeaza pe ghidurile de practica clinica ale Societatii Europene pentru Oncologie Medicala (ESMO – European Society for Medical Oncology) pentru managementul limfomului folicular nou diagnosticat si al celui recidivant. Acest ghid pentru pacienti a fost redactat in colaborare cu ESMO si este distribuit cu permisiunea acestei societati. El a fost scris de un medic si revizuit de doi oncologi de la ESMO, inclusiv autorul principal al ghidurilor de practica clinica pentru specialisti, precum si de catre doua asistente de oncologie de la Societatea Europeana de Asistenta Medicala Oncologica (EONS – European Oncology Nursing Society). In plus, a fost revizuit de catre reprezentantii pacientilor din Grupul de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO.

Mai multe informatii despre Anticancer Fund (Fondul Anticancer): www.anticancerfund.org

Mai multe informatii despre Societatea Europeana de Oncologie Medicala: www.esmo.org

Veti gasi definitiile cuvintelor marcate cu un asterisc la finalul ghidului.

Cuprins

Informatii despre limfomul folicular	3
Definitia limfomului folicular	5
Este frecventa aceasta forma de cancer?	6
Ce provoaca limfomul folicular?	7
Cum se diagnosticheaza limfomul folicular?	8
Ce este important de stiut pentru a beneficia de tratamentul optim?	10
Care sunt optiunile de tratament?	13
Care sunt posibilele reactii adverse ale tratamentului?	18
Ce se intampla dupa tratament?	21
Definitiiile termenilor dificili	23

Acest text a fost scris de catre dr. Holbrook E.K. Kohrt si dr. Ana Ugarte (Anticancer Fund-Fondul Anticancer) si revizuit de catre dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund-Fondul Anticancer), dr. Svetlana Jezdic (ESMO), prof. Martin Dreyling (ESMO), Anita Margulies BSN RN (EONS), Matthew Fowler RN Dip HE, BNurs, PG Cert (Advanced Cancer Nursing Practice – Practica avansata in asistenta medicala oncologica) (EONS), Anita Waldman (Grupul de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO), Guy Bouguet (France Lymphome Espoir) si prof. Marco Ladetto (ESMO).

Ghidul a fost tradus in limba romana in cadrul unui proiect al Asociatiei Daruieste Viata (www.daruiesteviata.ro) pentru informarea bolnavilor de cancer, realizat cu sprijinul Fundatiei Vodafone Romania. Traducerea este avizata de Raluca Chifu, traducator, și validata dr. Adela Ranete, medic rezident hematologie la Institutul Clinic Fundeni din Bucuresti.

INFORMATII DESPRE LIMFOMUL FOLICULAR

Definitia limfomului folicular

- Limfomul folicular este cancerul care se dezvoltă în celulele albe ale sângelui, sistemul limfatic și măduva osoasă.
- Limfomul folicular este un subtip de limfom non-Hodgkin (LNH). Celulele tesuturilor limfoide din sistemul limfatic se multiplică în mod necontrolat, ducând la apariția unor tumori.

Diagnostic

- Simptomele comune ale limfomului folicular sunt: mărirea în volum nedureroasă a ganglionilor limfatici, febra fără o cauză aparentă, transpirații nocturne abundente, oboseala, infecții și sângerări. La unii pacienți, simptomele clinice pot lipsi, diagnosticarea bolii făcându-se pe baza testelor imagistice sau de laborator.
- Numărul de celulele roșii, albe și trombocite din sânge scade, iar celulele albe apar mărite.
- Diagnosticul poate fi confirmat numai prin biopsia* unui ganglion limfatic* (excizia unei bucăți de țesut și analizarea acestuia într-un laborator).

Tratamentul depinde de gradul de extindere a bolii (clasificată în stadii)

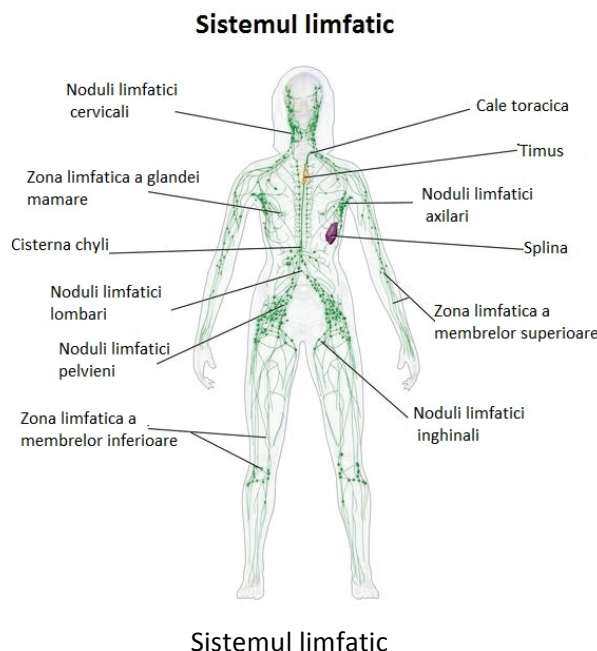
- Stadiul I și stadiul II de limfom folicular implică afectarea a unul, respectiv a două grupuri de ganglioni limfatici, situați de aceeași parte a diafragmei*.
 - Când leziunile au un diametru mai mic de 7,5 cm, radioterapia are, de obicei, efecte curative.
 - Este posibilă supravegherea atentă și îndeaproape a stării pacientului în locul administrării active a unui tratament.
 - În toate celelalte cazuri, se recomandă chimioterapie* și rituximab*, urmate de radioterapie*.
- Limfoamele foliculare în stadiul III afectează ganglionii limfatici aflați de ambele părți ale diafragmei* sau se extind la un organ din vecinătate. Cele în stadiul IV implică extinderea la măduva osoasă sau la alte organe. În aceste stadii, se aplică inițial un tratament “de inducție”, care are ca scop reducerea dimensiunilor tumorilor, urmat de un tratament “de consolidare”, pentru a crește șansele de vindecare.
 - Tratamentul de inducție constă în chimioterapie intensivă asociată cu rituximab*. În unele cazuri, tratamentul de inducție poate fi mai mult sau mai puțin intensiv, în funcție de particularitățile bolii.
 - Tratamentul de consolidare începe după finalizarea tratamentului de inducție și constă în administrarea de rituximab* pentru o perioadă de 2 ani.
- O recidivă a bolii înseamnă că, după eliminarea sau controlarea inițială a tumorilor, boala devine din nou activă. În funcție de tipul de tratament administrat anterior și de perioada de timp dintre momentul finalizării acestuia și apariția recidivei, sunt disponibile mai multe opțiuni eficiente, care includ chimioterapia, administrarea de rituximab, radioimunoterapia* și transplantul de celule stem.

Follow-up – Urmarirea bolii

- Vizitele regulate la medic au ca scop detectarea cat mai precoce atat a unei eventuale recidive, precum si a transformarii bolii intr-o forma agresiva sau intr-un cancer nou. Aceste vizite trebuie sa fie mai frecvente in primii ani.
- In aceasta perioada se efectueaza analize de sange, pentru a depista orice anomalii.
- Medicii sunt vigilenți in a monitoriza si, daca este necesar, a interveni in cazul reactiilor adverse ale terapiilor administrate.

DEFINITIA LIMFOMULUI FOLICULAR

Limfomul folicular este un cancer care se dezvoltă în celulele albe ale sângelui, în sistemul limfatic și în măduva osoasă. Limfomul folicular este un subtip bine definit de limfom non-Hodgkin (LNH)* în care celulele ale tesuturilor limfoide din sistemul limfatic se multiplică în mod necontrolat, ducând la apariția unor tumori. Sistemul limfatic este format din vase limfatice care se ramifică în jurul venelor și arterelor*, precum și din glande sau ganglioni limfatici situați de-a lungul vaselor limfatice. Tesutul limfoid este alcătuit din câteva tipuri de celule care ajută organismul să lupte împotriva infecțiilor. Majoritatea celor din tesutul limfoid sunt celule albe sanguine numite limfocite și clasificate în două mari grupe: limfocitele B și limfocitele T. Din fiecare tip de limfocite pot apărea diferite tipuri de limfom, dar limfomul folicular se dezvoltă în special din limfocitele de tip B. Celulele maligne se constituie în aglomerări, care formează noduli. Din sistemul limfatic mai fac parte și unele organe, compuse în cea mai mare parte din țesut limfoid, precum splina, timusul, amigdalele și polipii nazali. Sistemul limfatic filtrează sângele, limfa (lichidul care circula prin vasele limfatice), drenează fluidul de la țesuturi înapoi în fluxul sanguin și luptă împotriva infecțiilor. Tesutul limfoid se găsește în întreg organismul, astfel ca limfomul folicular poate debuta în aproape orice parte a corpului. Măduva osoasă poate fi invadată și ea de limfocite* care nu funcționează în mod corespunzător. Deoarece măduva osoasă produce, de asemenea, trombocite (cu rol în oprirea sângerărilor) și celule sanguine roșii (pentru a transporta oxigen la toate celulele din corp), acumularea în exces a limfocitelor împiedică producția normală a globulelor roșii și a trombocitelor. De obicei, limfomul folicular este o boală cu evoluție lentă.



Credit foto: Bruce Blaus (Creative Commons)

ESTE FRECVENTA ACEASTA FORMA DE CANCER?

Comparativ cu cancerul de san la femei sau cu cancerul de prostata la barbati, LNH* nu este atat de frecvent. Cu toate acestea, el reprezinta a sasea cea mai frecventa forma de cancer din Europa. LNH reprezinta circa 3% din numarul total de cancere, iar limfomul folicular reprezinta aproximativ 25% din numarul total de LNH*. In Europa de Vest, limfomul folicular se afla pe locul doi ca frecventa din toate subtipurile de limfom.

Numarul pacientilor diagnosticati anual cu limfom folicular a crescut de la 2-3/100.000 locuitori in anii 1950 pana la 5-7/100.000 locuitori in prezent.

In general, riscul de a dezvolta o forma de LNH* creste odata cu varsta, numarul de cazuri fiind de 5-7 ori mai mare la pacientii de peste 65 de ani.

CE PROVOACA LIMFOMUL FOLICULAR?

Cauzele care duc la aparitia limfomului folicular nu sunt cunoscute. Au fost identificati cativa factori de risc, care cresc riscul de aparitie a cancerului, dar acestia nu sunt nici necesari si nici suficienti pentru a cauza boala. Un factor de risc nu reprezinta o cauza in sine a aparitiei cancerului.

Unele persoane care prezinta acesti factori de risc nu vor dezvolta niciodata limfom folicular, in timp ce alte persoane, care nu prezinta niciunul dintre acesti factori de risc, vor face cancer.

Modul de viata, factorii de mediu si problemele medicale anterioare au fost legate de aparitia limfomului folicular, dar influenta lor nu este inca pe deplin clarificata.

- **Factori de risc legati de stilul de viata:**

- *Alimentatia:* S-a determinat o legatura intre limfomul folicular si consumul de carne si lapte, precum si cel de nitrati* si nitriti*, prezenti in mod frecvent in alimentatia noastra. Acestia se gasesc, printre altele, in carnea conservata si conservantii alimentari, dar si in stare naturala in unele fructe. Unele efecte anticancerigene au fost sugerate in cazul consumului de acizi grasi polinesaturati*, vitamina D, fructe si legume. Legatura cu obezitatea nu este clara.

- *Alcoolul:* Consumul de alcool a fost asociat cu aparitia cancerului la om. Consumul de vin creste riscul aparitiei limfomului folicular, mai ales la persoanele care au inceput sa bea inaintea varstei de 20 ani si/sau la care consumul depaseste 19 grame alcool/zi (un pahar de vin contine aproximativ 14 grame de alcool).

- *Fumatul:* Conform studiilor, fumatorii activi prezinta un risc mai mare de a dezvolta limfom folicular, comparativ cu fostii fumatori. Marii fumatori prezinta, de asemenea, un risc crescut.

- **Factorii de mediu:**

Pesticidele ar putea fi cauza unei mutatii genetice specifice, implicate in aparitia limfomului folicular, dar aceasta mutatie a putut fi observata si la persoane sanatoase, care nu au dezvoltat niciodata limfom folicular. In unele studii realizate, au fost gasite legaturi intre utilizarea vopselelor de par si limfomul folicular. Alte substante chimice, precum solventii pe baza de benzen, nu au fost deocamdata confirmate ca factori de risc, dar asocierea acestora cu limfomul folicular a fost deja sugerata in diverse studii. Pe de alta parte, expunerea moderata la soare a fost asociata cu un risc scazut de a dezvolta boala.

- **Alte probleme medicale:**

Afectiunile care implica deficienta sistemului imunitar au fost, de asemenea, asociate cu aparitia limfomului folicular, cum ar fi cazul infectiei HIV/SIDA, a bolilor autoimune si a medicamentelor imunosupresoare.



CUM SE DIAGNOSTICHEAZA LIMFOMUL FOLICULAR?

Pacientii pot fi diagnosticati fie pe baza semnelor clinice fie, in cazul celor care nu prezinta niciun fel de simptome, pe baza rezultatelor investigatiilor imagistice si de laborator.

Simptomele si semnele limfomului folicular pot include:

1. **Marirea nedureroasa a ganglionilor limfatici** de la nivelul gatului, al axilelor si/sau regiunii inghinale. In cazul in care limfomul folicular se dezvoltă cu precădere in ganglionii limfatici profunzi, pot apărea simptome de compresie a unor organe vitale, cum ar fi: tuse persistenta, dificultati de respiratie, dureri toracice, dureri abdominale sau la nivelul spatelui, in functie de organul afectat.
2. **Febra** persistenta, fara cauze aparente.
3. **Transpiratii nocturne** abundente.
4. **Scadere in greutate** inexplicabila sau nedorita.
5. **Oboseala**. Oboseala reprezinta un simptom obisnuit al anemiei*. Se poate intampla ca pacientii cu activitate fizica intensa sa nu observe efectele anemiei pana cand aceasta nu devine severa.
6. **Infectii**. Ca urmare a inlocuirii unei parti importante a sistemului imunitar sanatos care ne protejeaza de infectii si de cancer, pacientii pot prezenta infectii repetate sau infectii neobisnuit de dificil de tratat.
7. **Sangerari**. In cazuri rare, scaderea numarului de trombocite (ca urmare a inlocuirii maduvei osoase normale cu celule canceroase) poate determina sangerari usoare, sangerari la nivelul nasului sau gingiilor si aparitia de mici pete rosii pe pielea de la nivelul gleznelor sau coatelor.

Simptomele de la punctele 2-4 sunt cunoscute sub denumirea de simptome de tip B si sunt luate in considerare atunci cand se realizeaza stadializarea bolii.

Pacientilor cu simptomele mentionate mai sus le va fi efectuata o **hemoleucograma completa** care urmareste numararea celor trei tipuri de celule sanguine produse in maduva osoasa: 1) celulele albe, 2) celulele rosii si 3) trombocitele. In unele situatii, hemoleucograma poate fi facuta pentru un motiv medical complet diferit, rezultatele acesteia relevand insa o prima suspiciune de limfom folicular, bazata insa exclusiv pe rezultatele de laborator.

Pe langa identificarea unui numar scazut de celule rosii sanguine sau de trombocite, la numaratoarea celulelor albe care se face intr-o hemoleucograma completa pot fi depistate si celule cu aspect anormal care circula in sange. Celulele albe anormale care se inmultesc cu o viteza foarte mare au dimensiuni mai mari decat celulele albe mature, normale, aflate in circulatia sanguina.

In cazul in care, pe baza simptomelor clinice si a numaratorii celulelor albe, se suspecteaza un diagnostic de limfom folicular, se efectueaza o biopsie de ganglion limfatic*.

Diagnosticul de certitudine pentru un limfom folicular se poate baza exclusiv pe **biopsia unui ganglion limfatic**. Aceasta presupune indepartarea unui ganglion limfatic in timp ce pacientul se afla sub anestezie (biopsie excizionala), tesutul ganglionului limfatic excizat urmand a fi examinat in laborator. Aceasta examinare se numeste histopatologie* si consta in principal in evaluarea vizuala la microscop a tesutului, in vederea depistarii de celule limfomatoase.

Extragerea numai a unei parti din ganglionul limfatic, utilizand un ac gros (biopsie cu ac gros) trebuie efectuata numai la pacientii cu ganglioni limfatici greu accesibili din cauza localizarii acestora in corp. Trebuie retinut faptul ca rezultatele examinarii biopsiei pot fi neconcludente, deoarece celulele limfomatoase pot fi diferite intr-o parte sau alta a nodulului limfatic (caracteristica numita heterogenitate). Extragerea de tesut sau limfa cu ajutorul unui ac subtire (biopsie cu ac subtire) nu este recomandata pentru un diagnostic cert al unui limfom folicular.



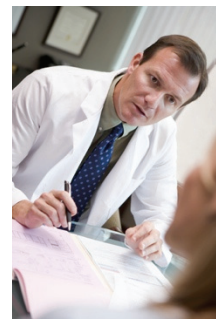
In functie de numarul de celule limfomatoase (numite blasti*) gasite la examenul microscopic, Organizatia Mondiala a Sanatatii (OMS) a clasificat limfoamele ca fiind de gradul 1, 2, 3A sau 3B. Gradul 3B de limfom are cel mai mare numar de blasti, este considerat mai agresiv si, prin urmare, este tratat diferit fata de celelalte tipuri de limfom. Atunci cand este posibil, materialul suplimentar obtinut in urma biosiei trebuie pastrat proaspat congelat, pentru se putea realiza analize suplimentare ulterioare daca este nevoie.

CE ESTE IMPORTANT DE STIUT PENTRU A BENEFICIA DE TRATAMENTUL OPTIM?

Pentru a decide care este cel mai potrivit tratament, medicii trebuie sa ia in considerare mai multe elemente.

Informatii relevante despre pacient

- Starea de sanatate generala.
- Istoricul medical personal.
- Istoricul cancerelor in familie.
- Rezultatele examinarii clinice. Medicul dvs. va cauta ganglioni limfatici sau organe cu dimensiuni marite si va evalua aspectul general al pielii si in special al cavitatii bucale. Examenul fizic trebuie sa fie unul amanuntit.
- Rezultatele investigatiilor imagistice* ale corpului, precum tomografia computerizata (scanarea CT)* a gatului, toracelui, abdomenului si pelvisului. Aceste investigatii identifica localizarea exacta a limfomului si gradul de extindere a acestuia. Scanarea CT este esentiala pentru a incadra limfomul intr-unul din cele 4 stadii existente, in functie de gradul de extindere a acestuia. Aceste stadii vor fi prezentate mai detaliat pe pagina urmatoare. Tomografia cu emisie de pozitroni (PET)* poate fi utila in confirmarea unei forme localizate a bolii (stadiul II). Rezultatele scanarii PET* le permit medicilor sa vada locul celulelor canceroase, deoarece glucoza marcata radioactiv se concentreaza in celulele canceroase si ele pot fi vizualizate astfel pe imaginea PET.
- Sunt necesare o hemoleucograma completa, analize de sange de rutina, care includ lactat dehidrogenaza* (LDH) si acidul uric si teste de screening pentru virusul imunodeficientei umane HIV si hepatitele B si C. Aceste teste sunt foarte importante pentru stabilirea celui mai bun tratament. Daca rezultatele testelor sunt pozitive, este recomandata o terapie specifica pentru aceste afectiuni.
- Biopsia medulara realizata sub anestezie locala este o procedura de prelevare a unui fragment de maduva osoasa de la nivelul soldului, pentru a evalua daca aceasta este afectata sau nu. Dupa diagnosticarea bolii, trebuie efectuata o biopsie medulara pentru o identificare adecvata a stadiului bolii.
- Pe langa examenul clinic, se pot efectua si alte investigatii care sa evalueze riscul aparitiei de complicatii ca urmare a tratamentului. De exemplu, poate fi recomandata o ecocardiograma (o ecografie cardiaca) pentru evaluarea functiei cardiace.
- In cazul in care pacientul prezinta cefalee severa, tulburari musculare, senzoriale sau de vedere, poate fi necesara analizarea lichidului cerebrospinal* (fluidul care protejeaza creierul si maduva spinarii). Aceasta presupune efectuarea unei punctii lombare, cu ajutorul unui ac fin introdus in maduva spinarii. Dupa utilizarea unui anestezic pentru a amorti zona si obtinerea unei cantitati mici de fluid, proba este trimisa unui patolog pentru a fi examinata la microscop. In cazul in care la punctia lombara nu sunt depistate celule canceroase, poate fi necesara o scanare CT sau prin Rezonanta Magnetica Nucleara (RMN)* a capului, care poate evidentia o zona de limfom la nivelul creierului ce necesita un tratament specific localizarii respective.



Informatii relevante despre cancer

- **Stadializarea**

Dupa diagnosticarea limfomului folicular, trebuie realizate investigatii pentru a depista daca celulele limfomatoase s-au raspandit in interiorul sistemului limfatic sau la nivelul altor parti din organism. Stadializarea reprezinta procesul prin care se determina daca tumora s-a extins si, daca da, cat de mult. Cunoasterea stadiului bolii este deosebit de importanta pentru a putea institui un plan de tratament.

Pentru a descrie gradul de raspandire a limfomului folicular se foloseste sistemul de stadializare Ann Arbor. Acest sistem cuprinde patru stadii, numerotate cu cifre romane (I-IV).

Stadiul	Definitia
Stadiul I	Limfomul este localizat la nivelul unui singur grup ganglionar (de exemplu la nivelul gatului sau la nivel inghinal) sau intr-un singur organ din sistemul limfatic.
Stadiul II	Doua sau mai multe grupuri de ganglioni limfatici sau un organ apropiat de ganglionii afectati si unul sau mai multe grupuri de ganglioni aflate de aceeasi parte a diafragmei contin celule limfomatoase. Diafragma este muschiul care separa toracele de abdomen. <ul style="list-style-type: none"> • De exemplu, limfomul poate fi localizat deasupra diafragmei, la nivelul ganglionilor de la nivelul gatului sau axilei, sau poate fi localizat sub diafragma, la nivelul ganglionilor abdominali sau inghinali.
Stadiul III	Limfomul este localizat in ganglionii limfatici aflati de ambele parti ale diafragmei. Este posibil sa se fi extins si la unul dintre organele din vecinatate sau la splina.
Stadiul IV	Limfomul implica maduva spinarii sau organele aflate la distanta.

Stadiile limfomului folicular pot fi clasificate si in functie de prezenta sau absenta anumitor descoperiri si/sau simptome:

- Pentru un limfom care s-a extins la alte organe sau tesuturi in afara ganglionilor limfatici se adauga un "E" (extraganglionar) la stadializarea standard.
 - Daca diametrul unui ganglion este mai mare de 7,5 cm, limfomul este denumit boala tumorală voluminoasa.
 - Daca limfomul afecteaza splina, se adauga un "S".
 - Daca pacientul prezinta febra, transpiratii nocturne sau scadere in greutate inexplicabila, se adauga litera "B".
 - Daca pacientul nu prezinta niciunul dintre simptomele de mai sus, se adauga un "A".
- **Gradul (clasificarea OMS) si alte caracteristici histopatologice**
Dupa cum am mentionat anterior, gradul unui limfom poate fi 1, 2, 3A sau 3B, in functie de numarul de celule limfomatoase sau blasti care se observa la microscop folosind setarea de marire maxima. Gradul 3B este cel mai inalt si este considerat o forma agresiva de limfom.

- **Prognosticul si clasificarea riscului**

Pentru stabilirea prognosticului trebuie determinat Indicele International de Prognostic specific Limfomului Folicular (FLIPI - Follicular Lymphoma-specific International Prognostic Index). FLIPI permite identificarea riscului de progresie a bolii dupa tratament si adaptarea corespunzatoare a tratamentului si a programului de urmarire a bolii. Parametrii utilizati in versiunea originala FLIPI 1 sunt: mai mult de 4 regiuni ganglionare afectate, varsta peste 60 ani, nivelul ridicat de LDH*, stadiul III sau IV de boala si hemoglobina* sub 12 g/dl. Pentru fiecare dintre caracteristicile de mai sus se acorda 1 punct, prin urmare indicele poate avea valori cuprinse intre 0 si 5. Un indice de 0-1 releva un risc scazut, un indice de 2 indica un risc intermediar, iar un indice de 3-5 anunta un risc crescut.

Limfomul folicular pediatric este un tip de limfom folicular descris initial la copii, dar care poate aparea si la adulti. Este o forma localizata de limfom, mai agresiva din punct de vedere histologic si care, uneori, prezinta caracteristici celulare specifice. Cu toate acestea, limfomul folicular pediatric are o progresie mult mai lenta si trebuie tratat numai cu terapie locala.

CARE SUNT OPTIUNILE DE TRATAMENT?

Tratamentul trebuie administrat numai in centre specializate in tratarea pacientilor cu limfom si care ofera o abordare multidisciplinara adecvata. Sunteti incurajati sa intrebati despre orice studiu clinic* corespunzator starii dvs. actuale.



Tratamentul limfomului folicular este individualizat pentru fiecare pacient in parte, in functie de stadiul bolii si de caracteristicile pacientului, inclusiv varsta si alte boli pe care pacientul le poate avea, cum ar fi diabetul, boala coronariana sau boala pulmonara cronica obstructiva. Indicata mai ales in managementul tumorilor mari, chirurgia nu joaca un rol important in cazul limfomului folicular, deoarece natura sistemului limfatic nu este limitata adesea la o singura zona din organism.

Tratamentul poate sa vindece sau sa tina sub control limfomul si poate imbunatati calitatea vietii pacientului prin controlarea simptomelor bolii. Scopul tratamentului pentru limfomul folicular este de a aplica una sau mai multe din urmatoarele strategii: distrugerea cat mai rapida a celulelor limfomatoase, stoparea aparitiei unor noi, tratarea efectelor adverse cauzate de limfom, precum durerea, febra, frisoanele si transpiratiile nocturne, si/sau mentinerea controlului asupra vietii si optiunilor terapeutice ale bolnavului.

In general, in stabilirea planului de tratament in cazul limfomului folicular se utilizeaza mai multe abordari. Acestea includ varianta de "asteptare si observare", radioterapia*, chimioterapia* si terapia tintita* cu anticorpi monoclonali*. Cu exceptia strategiei de "asteptare si observare", celelalte terapii pot fi si chiar sunt in general utilizate in combinatie.

Strategia de "**asteptare si observare**" presupune monitorizarea atenta a starii pacientului si amanarea initierii vreunui tratament pana in momentul aparitiei sau modificarii simptomelor. Aceasta abordare este utila in cazul limfoamelor foliculare indolente cu masa tumorală scazuta, deoarece la unii pacienti s-a observat o regresie partiala spontana a bolii. In plus, dovezile sugereaza capacitatea celulelor T normale* de a tine limfomul sub control la anumite persoane. Unii pacienti pot fi supravegheati indeaproape pentru perioade de peste 10 ani pana in momentul instituirii tratamentului. In aceasta perioada, pacientii sunt "tratati" pentru a li se urmări situatia, cu toate ca nu se utilizeaza medicatie sau radioterapie.



Radioterapia externa este o metoda de tratare a cancerului care utilizeaza raze X de mare intensitate* sau alte tipuri de radiatii care distrug celulele canceroase si impiedica cresterea acestora. Radioterapia externa foloseste un aparat care directioneaza radiatiile din afara corpului catre masa tumorală.

Chimioterapia este un tratament anticancer care utilizează medicamente pentru a opri creșterea celulelor canceroase fie prin distrugerea acestora sau prin împiedicarea multiplicării lor. Atunci când aceasta este administrată pe cale orală sau intravenoasă, medicamentele intră în sistemul circulator și pot ajunge la toate celulele canceroase din organism (chimioterapie sistemică). În rarele cazuri când limfomul folicular s-a extins la nivel cerebral, chimioterapia poate fi administrată în lichidul cerebrospinal*, pentru a distruge celulele canceroase de la nivelul creierului sau al măduvei spinării. Modul de administrare a chimioterapiei depinde de stadiul bolii. Chimioterapia combinată tratează boala utilizând două sau mai multe medicamente anticancer. Se pot adăuga și steroizi, pentru a ucide celulele limfomatoase.



Imunoterapia este un tip de tratament care stimulează sistemul imunitar natural al pacientului sau utilizează medicamente de sinteză numite **anticorpi monoclonali*** care atacă o anumită țintă de pe suprafața limfocitelor (celulele în care se formează limfomul). Anticorpul monoclonal rituximab* este un medicament utilizat în tratarea limfomului folicular și administrat prin perfuzare în venă.

Radioimunoterapia constă într-un tip de tratament în care o substanță radioactivă se atașează de anticorpul monoclonal*. În momentul în care anticorpul monoclonal* ajunge la celulele țintă, sursa radioactivă acționează asupra celulelor limfomatoase și, uneori, asupra unor celule învecinate. Tratamentul este cunoscut sub numele de ytriu 90-ibritumomab tiuxetan*.

Transplantul de celule stem cu celule din măduva pacientului sau de la un donator poate face parte din tratamentul pentru limfom. Înainte de a se efectua transplantul de celule stem, pacientului i se administrează chimioterapie și radioterapie, cu scopul de a reduce celulele afectate de la nivelul măduvei osoase.

Tratamentul depinde în principal de stadiul bolii. În cazul stadiilor mai avansate (III și IV), scopul tratamentului implică două strategii principale: într-o primă etapă, regresia tumorii (faza de inducție), urmată de etapa de consolidare sau de menținere a acestei regresii (faza de consolidare/mentinere). Detaliile tratamentului pentru fiecare etapă în parte sunt prezentate mai jos.

Planul de tratament pentru limfomul folicular în stadiile I-II

Stadiul I înseamnă că este afectat un singur grup de ganglioni sau organ limfatic.*

Stadiul II înseamnă că sunt afectate două sau mai multe grupuri de ganglioni aflate de aceeași parte a diafragmei sau că sunt afectate unul sau mai multe grupuri de ganglioni și un organ limfatic* apropiat de nodulii implicați, toate aflate de aceeași parte a diafragmei*.*

În cazul puținilor pacienți cu boala limitată, nevoluinoasă, în stadiile I-II, radioterapia țintită pe zona ganglionară afectată are potențial curativ.

În cazuri selectate, poate fi luată în discuție supravegherea atentă (strategia de “asteptare și observare”), pentru a se evita reacțiile adverse ale radiatiilor; aceasta poate fi la fel de eficientă ca tratamentul activ.

Prezenta unei mase tumorale mari, voluminoase sau cu doua sau mai multe zone afectate, precum si alte riscuri, ajuta medicii sa identifice pacientii care pot beneficia de pe urma tratamentului cu chimioterapie* si anticorpii monoclonali* rituximab*. In acest caz, radioterapia poate fi luata in considerare dupa tratamentul initial, daca localizarea nodurilor limfatici afectati permite administrarea sa fara aparitia unor efecte adverse majore.

Planul de tratament pentru stadiile III-IV

Stadiul III inseamna ca limfomul este localizat in ganglionii limfatici aflati de o parte si de alta a diafragmei si este posibil sa se fi extins la un organ din vecinatate.*

Stadiul IV inseamna ca limfomul este localizat in maduva osoasa sau in organe aflate la distanta.

In pana la 10-20% din cazuri, limfomul poate sa dispara sau sa regreseze fara niciun fel de tratament. Mai multe studii au aratat ca initierea precoce a terapiei in cazul pacientilor asimptomatici nu a determinat imbunatatirea supravietuirii. Prin urmare, in cazul acestora se recomanda strategia de "asteptare si observare". Tratamentul trebuie utilizat numai din cauza simptomelor, cum ar fi simptomele de tip B (febra fara cauza aparenta, transpiratii nocturne abundente, scadere in greutate nedorita sau neintentionata), afectarea procesului de formare a celulelor sanguine, masa tumorală voluminoasă, compresiile organelor vitale, prezenta anormala de lichid in cavitatea abdominala (ascita) sau in spatiul dintre plamani si peretele toracic* (revarsat pleural) si progresia rapida a limfomului. Strategiile de tratament vor fi detaliate ulterior, in sectiunea referitoare la tratamentul de inductie si de consolidare/mentinere.

Tratamentul de inductie este primul pas pentru a se incepe reducerea numarului de celule canceroase. Ulterior, faza de consolidare continua sa reduca numarul de celule canceroase si sa scada probabilitatea de reaparitie a bolii. Aceasta este urmata de o faza de mentinere, care are ca scop mentinerea remisiunii si prevenirea reaparitiei bolii.

Remisiunea completa a bolii este realizata in momentul in care tumorile dispar complet si nu mai exista semne de boala in organism. Remisiunea partiala apare atunci cand tumorile se micsoreaza si este confirmata de investigatiile imagistice sau examinarea clinica, precum si de simptomele bolii care pot persista.

Tratamentul de inductie

La majoritatea pacientilor cu boala in stadiile avansate III si IV, chimioterapia nu duce la vindecarea definitiva. Cu toate acestea, remisiunea persista de obicei pentru mai multi ani, rata medie de supravietuire fiind mai mare de 20 de ani.

Pentru a se obtine remisiunea bolii si mentinerea pe termen lung a raspunsului obtinut, se recomanda administrarea unei combinatii dintre anticorpii monoclonali* rituximab* si chimioterapie*, de exemplu CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina si prednison) sau bendamustina*.

In cazurile in care o examinare clinica sau o noua biopsie indica posibilitatea ca limfomul sa se fi transformat intr-o forma agresiva, se prefera un regim precum CHOP. Studiile au aratat si ca adaugarea anticorpului monoclonal* rituximab* la chimioterapie a imbunatatit micsorarea tumorilor, mentinerea stabila a bolii si, in general, prelungirea supravietuirii pacientilor.

In cazul in care chimioterapia cu doxorubicina* este contraindicata, se poate administra regimul CPV (ciclofosfamida*, vincristina* si prednison*) in combinatie cu rituximab*.

Curele complete cu fludarabina* si ciclofosfamida* sau fludarabina* si mitoxantrona* nu sunt recomandate, din cauza toxicitatii hematologice* crescute a acestora.

Monoterapia cu rituximab* poate fi luata in considerare pentru pacientii simptomatici cu tumori de dimensiuni mici sau cu progresie lenta a bolii.

La pacientii varstnici cu risc scazut sau cu contraindicatie la combinatia mai intensiva de chimioterapie* si rituximab*, alternativele sunt reprezentate de tratamentul cu rituximab* plus chlorambucil*, monoterapia cu rituximab* sau radioimunoterapie*.

Exista recomandari speciale pentru monitorizarea si tratarea pacientilor cu virusul hepatitei B. Adeseori, se vor efectua analize de sange pentru a monitoriza activitatea virusului hepatic B si se vor recomanda medicamente antivirale*.

Tratamentul de consolidare/mentinere

Dupa ce prin tratamentul de inductie se obtine remisiunea completa sau partiala, terapia de mentinere cu rituximab* este administrata printr-o aplicatie unica la fiecare 2 luni, timp de maximum doi ani. Aceasta strategie intarzie progresia bolii.

Radioimunoterapia* ca terapie de consolidare intarzie progresia bolii doar in urma chimioterapiei, dar beneficiile par sa fie inferioare comparativ cu terapia de mentinere cu rituximab* administrata pe o perioada de 2 ani.

Transplantul de celule stem care utilizeaza celulele proprii ale pacientului poate intarzia progresia bolii doar daca s-a administrat anterior chimioterapie. Cu toate acestea, o asemenea abordare nu se recomanda in cazul pacientilor care raspund la terapia de prima linie. Beneficiile unui transplant de celule stem dupa rituximab* sunt limitate.

Boala recidivanta

Recidiva reprezinta reaparitia bolii. Se recomanda repetarea biopsiei pentru a se determina daca limfomul care a recidivat s-a transformat intr-o forma agresiva.

Tratamentul administrat in cazul recidivelor se numeste tratament de salvare si alegerea lui depinde de eficacitatea regimurilor administrate anterior. In recidivele precoce (mai putin de 12-24 luni fara semne de boala), boala poate fi rezistenta la medicamentele utilizate anterior. Prin urmare, este de preferat sa se foloseasca o schema cu alte medicamente, care sa evite rezistenta. Un exemplu este utilizarea de bendamustina* dupa CHOP sau invers. Rituximabul* poate fi folosit din nou daca anterior a determinat o perioada mai mare de 6-12 luni in care boala nu a mai putut fi depistata.

Radioimunoterapia* (substanta radioactiva combinata/atasata la un anticorp monoclonal*) reprezinta o abordare eficienta in special pentru pacientii de peste 65 ani, cu alte boli asociate. Acestia nu sunt candidati corespunzatori pentru chimioterapie si necesita, asadar, alte tipuri de tratament, cum ar fi radioimunoterapia.

Terapia de mentinere cu rituximab* cu administrare unica la fiecare 3 luni timp de 2 ani poate fi administrata pacientilor care au beneficiat de ea in cadrul inductiei si nu al tratamentului de prima linie.

La pacientii tineri, poate fi luata in considerare chimioterapia in doze mari asociata cu transplantul de celule stem proprii pacientului. Cercetarile au aratat ca, in cazul bolnavilor tineri, aceasta schema de tratament incetinesc progresia bolii si prelungeste supravietuirea. Cu toate acestea, ea nu este intotdeauna necesara, deoarece se utilizeaza pe scara larga terapia cu rituximab, in special la pacientii cu recidive tardive.

Evaluarea raspunsului la tratament

In toate cazurile, trebuie efectuate teste radiologice la jumatatea perioadei de tratament si dupa finalizarea acesteia. Daca raspunsul la terapie este insuficient sau absent, trebuie luat in considerare tratamentul precoce pentru boala recidivanta.

Rolul scanarii PET*/CT pentru evaluarea raspunsului la tratament ramane inca in curs de investigare, desi a dovedit anumite beneficii in predictia cursului bolii. In orice caz, sunt necesare studii suplimentare.

La finalul tratamentului, se efectueaza o analiza de laborator (cunoscuta ca analiza bolii minime reziduale) pentru a se determina daca mai exista celule canceroase in organism. Acest test are o mare acuratete in stabilirea prognosticului, insa el nu trebuie sa ghideze schemele terapeutice in afara studiilor clinice.

CARE SUNT POSIBILELE REACTII ADVERSE ALE TRATAMENTULUI?

Așteptare și observare

Această strategie poate deveni stresantă pentru pacienți, care se vad nevoiți să aștepte transformarea bolii într-o formă agresivă pentru a primi un tratament activ. Cu toate acestea, așteptarea și observarea reprezintă o abordare terapeutică validă, având în vedere prognosticul bun al limfoamelor comparativ cu alte cancere. Trebuie să discutați cu medicul dvs. curant orice aspect care vă preocupă în legătură cu această situație.

Radioterapia

Majoritatea pacienților vor prezenta unele efecte secundare, dar adeseori acestea sunt ușoare. Oamenii sunt afectați în mod diferit de radioterapie, astfel încât este dificil de previzionat cu exactitate care va fi reacția lor la tratament.

Există strategii disponibile pentru a preveni sau a ameliora unele dintre aceste efecte secundare. În plus, au apărut îmbunătățiri importante în modul de aplicare a radioterapiei.

Prin urmare, efectele secundare severe sunt acum foarte rare. Majoritatea efectelor secundare ale radioterapiei dispar progresiv după finalizarea tratamentului, dar există și cazuri când ele pot persista pentru mai multe săptămâni.

În timpul radioterapiei, efectele secundare pot apărea la nivelul organelor țintite direct, dar și al unor țesuturi sau organe sănatoase aflate în apropierea zonei iradiate și care nu pot fi protejate de razele X. Efectele secundare pot fi mai grave atunci când radioterapia* este asociată cu chimioterapia*. Semnele și simptomele efectelor secundare depind de zona iradiată. De exemplu, în cazul iradierii gâtului, pot fi afectate glandele salivare și poate apărea o senzație persistentă de gură uscată. Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor, efectele adverse sunt temporare. **Strategiile de prevenire și atenuare a reacțiilor post-iradiere trebuie propuse de oncologul radiolog sau de asistenta specializată.**

Există efecte secundare pe termen lung care pot apărea după câteva luni sau chiar ani. De exemplu, pielea se poate pigmenta, poate capăta o altă textură sau la nivelul ei pot apărea dilatații ale vaselor capilare (teleangiectazie), ca urmare a deteriorării acestora prin iradiere.

Radioterapia în sine poate fi o cauză a cancerului și, într-un număr mic de cazuri, ea va determina apariția unui cancer secundar. Aceste situații sunt însă foarte rare, iar riscul este minim comparativ cu beneficiile radioterapiei.

Imunoterapia

Anticorpilor monoclonali/Rituximab

Cu toate că Rituximab* este destinat să afecteze doar celulele canceroase, pot apărea anumite reacții adverse și acestea trebuie raportate imediat medicului. Cu toate că, uneori, reacțiile adverse par severe, beneficiile medicamentelor aprobate depășesc, în general, riscurile potențiale.

Rituximab poate determina reactii adverse legate de perfuzie, mai ales in timpul primei administrari sau in urmatoarele 24 de ore. In unele cazuri, efectele secundare pot aparea cu intarziere. Medicul dvs. curant sau asistenta va vor informa cu privire la aceste posibilitati.

Reactii adverse legate de perfuzie

- Reactii alergice cu simptome gripale, tulburari de respiratie, respiratie dificila, respiratie suieratoare, febra, dureri in tot corpul, inrosirea pielii, vezicule pe piele, mancarimi, umflarea buzelor, a limbii, a gatului si a fetei, tensiune arteriala scazuta si/sau dureri toracice.

In cazul efectelor secundare legate de perfuzie, aceasta trebuie oprita imediat si reluata in momentul in care toate simptomele dispar. Medicul dvs. ar trebui sa va administreze anumite medicamente inaintea perfuziei, pentru a scadea sansele aparitiei unei reactii adverse severe.

Reactii tardive

- Probleme cardiace
- Stare de rau
- Scaderea numarului de globule rosii, cu aparitia anemiei*
- Scaderea numarului de leucocite, cu aparitia de infectii
- Scaderea numarului de trombocite, care duce la tulburari de coagulare.

Daca in trecut ati suferit de hepatita B sau sunteti purtator al virusului hepatitei B, administrarea de rituximab* poate determina o reactivare a infectiei, cu grave tulburari la nivelul ficatului. Rituximab* nu se administreaza in faza activa a infectiei cu hepatita B. Nu uitati ca inainte de inceperea terapiei sa informati medicul curant sau asistenta daca ati avut hepatita B.

In unele cazuri, in functie de marimea tumorii, rituximab* poate cauza sindromul de liza tumorală*, ca urmare a distrugerii rapide a celulelor canceroase. Acesta se caracterizeaza prin insuficienta renala si tulburari de ritm cardiac.

Tratamentul cu rituximab* poate determina scaderea capacitatii naturale a sistemului dvs. imun de a lupta impotriva infectiilor.

In foarte rare cazuri, rituximab* poate cauza o infectie virala grava la nivel cerebral. Daca dvs. sau cineva din anturajul dvs. observati aparitia unei stari de confuzie sau a tulburarilor de gandire, pierderea echilibrului, modificari ale vorbirii sau mersului, slabiciune pe o parte a corpului, vedere incetosata sau pierderea vederii, anuntati de urgenta medicul.

Anticorpilor radiomarcati (radioimunoterapia)

Toate reactiile adverse prezentate pentru rituximab pot aparea si in cazul radioimunoterapiei. Cu toate acestea, efectele secundare cele mai frecvente ale administrarii de ytriu 90-ibritumomab tiuxetan* sunt reprezentate de scaderea numarului de trombocite, sangerari, anemie si scaderea numarului de leucocite.

Chimioterapia

In cazul chimioterapiei, reactiile adverse sunt foarte frecvente si depind de medicamentul sau medicamentele administrate, de doza si de alti factori individuali. Chimioterapia combinata poate conduce la mai multe efecte secundare decat terapia cu un singur medicament. Natura, frecventa si severitatea efectelor adverse variaza in functie de combinatia chimioterapica utilizata. Pentru unele din aceste reactii adverse, exista si sunt posibile tratamente de sustinere eficiente.

Mai jos sunt redate reactiile adverse care pot aparea din cauza unuia sau a mai multor medicamente chimioterapeutice utilizate frecvent in cazul limfoamelor foliculare.

Cele mai frecvente reactii adverse sunt:

- Scaderea numarului de celule sanguine, care poate conduce la anemie, sangerari, echimoze si infectii
- Lipsa energiei
- Febra, frisoane, dureri de cap si simptome de gripa
- Ulceratii la nivelul cavitatii bucale si al gatului
- Stare de rau, varsaturi si diaree
- Unele dintre medicamentele chimioterapice utilizate pot cauza tulburari ale mictiunii, precum urina in cantitati mici, absenta urinarii sau dureri la urinare. In functie de medicamentul utilizat, urina isi poate schimba culoarea. De exemplu, antraciclina* (doxorubicina) pot transforma culoarea urinei in rosu-portocaliu. Totusi, acest lucru nu este daunator si dispare in 1-2 zile.
- Tulburari ale ciclului menstrual la femei. Ciclul menstrual poate inceta complet in timpul si/sau dupa tratament, poate avea intreruperi (de exemplu, in cazul terapiei cu doxorubicina*, ciclofosfamida* si mitoxantrona*) sau se poate manifesta cu sangerari abundente (de exemplu, in cazul mitoxantronei*). La barbati, exista si un risc de infertilitate. Inainte de inceperea tratamentului, medicul va discuta cu dvs. toate optiunile disponibile in vederea mentinerii fertilitatii si va va oferi suportul necesar.

Alte reactii adverse care mai pot aparea in mod frecvent:

- Furnicaturi sau amorteli in jurul gurii
- Ingalbenirea pielii si a partii albe a ochilor (de exemplu, in cazul chimioterapicelor care se metabolizeaza in ficat sau al leziunilor hepatice induse de infectarea cu virusul hepatitei B)
- Pierderea temporara sau definitiva a parului si/sau subtierea parului
- Modificari ale pielii sau reactii cutanate
- Deficit de atentie si dificultati de concentrare.



Reactii adverse care pot aparea ocazional:

- Dureri osoase, constipatie (in cazul vincristinei). Constipatia mai poate aparea si ca urmare a administrarii de medicamente pentru prevenirea greaturilor si a varsaturilor.
- Doxorubicina* poate cauza leziuni ale muschilor cardiaci, prin urmare este importanta evaluarea functiei cardiace inainte de administrarea acesteia.
- In cazuri rare, doxorubicina* poate produce ulterior leucemie sau cancer secundare.

In general, toate efectele secundare trebuie raportate medicului imediat dupa aparitia lor.

CE SE INTAMPLA DUPA TRATAMENT?

Nu este un lucru neobisnuit ca unele simptome legate de tratament sa persiste si dupa terminarea acestuia.

- Nu este neobisnuit ca dupa tratament sa apara anxietate, tulburari de somn sau depresie. Pacientii care intampina astfel de probleme au nevoie de sustinere si chiar de ajutor psihologic specializat.
- Tulburarile de memorie si dificultatile de concentrare sunt reactii adverse frecvente ale chimioterapiei si sunt, in general, reversibile in cateva luni.



Follow-up/urmarirea bolii de catre medic

Dupa incheierea tratamentului, medicul va propune un plan de follow up/urmarire care are ca scop:

- detectarea cat mai precoce a unei eventuale recaderi
- evaluarea reactiilor adverse ale terapiei si tratarea acestora
- asigurarea de suport psihologic si informatii in vederea intoarcerii la un stil de viata normal.

In general, se recomanda ca vizitele de follow-up/urmarire la medic sa includa:

- Istoricul medical, monitorizarea simptomelor si examinarea clinica la fiecare 3 luni timp de 2 ani, la fiecare 4-6 luni pentru urmatorii 3 ani si, ulterior, o data pe an. Medicul va fi atent la posibilitatea de recidiva a limfomului, la transformarea bolii intr-o forma mai agresiva sau la aparitia unei eventuale leucemii sau a unui cancer secundar.
- Hemoleucograma si alte analize de sange de rutina la fiecare 6 luni timp de 2 ani, apoi numai daca apar simptome suspecte.
- Evaluarea functiei tiroidiene dupa 1, 2 si 5 ani, la pacientii supusi iradierii in zona gatului.
- Investigatii radiologice* si ecografice* la fiecare 6 luni timp de 2 ani si ulterior anual. Cu toate acestea, examenarile CT regulate nu sunt obligatorii in afara studiilor clinice.
- Analiza bolii minime reziduale poate fi efectuata, de asemenea, in cadrul studiilor clinice.

Intoarcerea la un stil de viata normal

Perspectivile de intoarcere la un stil de viata normal dupa un limfom folicular sunt foarte bune, cu toate ca poate fi destul de stresant sa traiesti cu ideea ca boala poate reveni. Din ce se stie la momentul actual, nu se pot recomanda modalitati specifice de reducere a riscului de recidiva dupa incheierea tratamentului. Ca o consecinta a bolii in sine si a tratamentului, in functie de persoana, intoarcerea la o viata normala poate fi mai mult sau mai putin dificila. Pot exista preocupari legate de imaginea proprie, de sexualitate, oboseala, munca, emotii sau stilul de viata. Discutarea acestor probleme cu rudele, prietenii, alti pacienti sau personalul medical poate fi de ajutor. In multe tari, exista servicii de psihoterapie oncologica, sustinere din partea organizatiilor de pacienti care ofera sfaturi legate de managementul efectelor tratamentului, precum si servicii de consiliere telefonica sau prin e-mail.

Ce se intampla daca boala revine?

In cazul in care limfomul revine, aceasta se numeste recidiva si tratamentul depinde de varsta pacientului, de tratamentul aplicat anterior si de posibilitatea unui transplant de maduva osoasa.

Se recomanda o noua biopsie pentru a determina daca limfomul a recidivat intr-o forma agresiva. Tratamentul in cazul bolii recidivate se numeste tratament de salvare si depinde de eficienta terapiilor administrate anterior. Se pot utiliza diferite combinatii de chimioterapice si rituximab. Pentru mai multe detalii, cititi sectiunile din acest ghid referitoare la tratament.

La pacientii varstnici care nu sunt eligibili pentru aceste scheme terapeutice, o optiune este radioimunoterapia*. In cazul pacientilor tineri selectionati cu profil de risc crescut si la care boala a recidivat, se poate lua in considerare un transplant de celule stem de la un donator cu potential curativ.

DEFINITIILE TERMENILOR DIFICILI

Abdomen

Partea corpului cuprinsa intre torace si pelvis. Muschii acestei regiuni formeaza o cavitate care contine stomacul, intestinele, ficatul, splina si pancreasul. Se mai numeste si burta.

Acid gras polinesaturat

Un acid gras este o componenta majora a grasimilor folosite de organism pentru energie si dezvoltarea tesuturilor. Sunt cunoscuti si sub denumirea de acizi grasi „buni”, spre deosebire de acizii grasi saturati.

Analiza bolii minime reziduale

Analiza de laborator pentru detectarea numarului mic de celule canceroase ramase in corpul pacientului in timpul tratamentului sau dupa incheierea acestuia, cand alti indicatori arata remisia (nu mai exista semne sau simptome ale bolii).

Anemie

Afectiune caracterizata prin scaderea numarului de celulelor sanguine rosii sau a valorii fierului continut in hemoglobina, care transporta oxigenul de la plamani la intregul corp, proces diminuat in aceasta situatie.

Anticorpi monoclonali

Anticorpii monoclonali sunt anticorpi identici, deoarece sunt produsi de clone ale aceleasi celule parinte.

Antiviral

Agent care ucide un virus sau ii suprima capacitatea de a se inmulti.

Antraciclina

Medicament antibiotic folosit in chimioterapie pentru tratarea unui numar mare de cancer.

Artera

Vas de sange care transporta sangele de la inima la tesuturile si organele din corp.

Ascita

Acumulare anormala de lichid in abdomen, care poate cauza marirea de volum a acestuia. In stadiile avansate de cancer, se pot gasi celule tumorale in lichidul din abdomen. Ascita apare si la pacientii cu boli de ficat.

Bendamustina

Ingredientul activ dintr-un medicament folosit pentru tratarea leucemiei limfocitare cronice si a limfomului non-Hodgkin cu celule B cu crestere lenta care s-a agravat in 6 luni de tratament cu alte medicamente anticancer. Este studiat si in tratarea altor tipuri de cancer. Bendamustina poate afecta ADN-ul celulelor canceroase si le poate ucide. Este un tip de agent alchilant si un tip de antimetabolit.

Biopsie

Inlaturarea unor celule sau tesuturi pentru examinarea lor de catre un patolog. Medicul poate studia celulele sau tesuturile la microscop sau poate efectua alte teste asupra acestora. Exista mai multe tipuri de proceduri pentru biopsie. Cele mai comune includ: (1) biopsia incizionala, in care numai o mostra de tesut este prelevata; (2) biopsia excizionala, in care este inlaturata intreaga zona cu probleme sau intregul nodul si (3) biopsia cu ac, in care o mostra de tesut sau de lichid este prelevata cu un ac. Cand se foloseste un ac mai mare, procedura se numeste punctie tisulara (core biopsy). Cand se foloseste un ac subtire, procedura se numeste aspiratie cu ac fin.

Celule T

Tip de celule sanguine albe (limfocite) care pot recunoaste daca un element apartine sau nu corpului. Acestea ucid celulele infectate si joaca un rol important in sistemul imunitar.

Chimioterapie

Tip de tratament pentru cancer care foloseste medicamente pentru a distruge celulele canceroase si/sau a limita cresterea lor. Aceste medicamente sunt administrate de obicei pacientilor prin perfuzie lenta pe vena, dar pot fi administrate si oral, prin perfuzie directa in membru sau in ficat, in functie de localizarea cancerului.

Chlorambucil

Medicament folosit pentru tratarea catorva tipuri de leucemii si limfoame. Chlorambucilul blocheaza cresterea celulelor prin deteriorarea ADN-ului acestora si poate ucide celulele canceroase. Este un tip de agent alchilant.

Ciclofosfamida

Medicament folosit pentru tratarea multor tipuri de cancer si studiat in tratamentul altora. Este folosit si pentru tratarea anumitor boli de rinichi la copii. Ciclofosfamida se ataseaza de ADN-ul celulelor si poate distruge celulele canceroase. Este un tip de agent alchilant.

Diafragma

Muschiul subtire aflat sub plamani si inima, care separa toracele de abdomen*.

Doxorubicina

Medicament folosit pentru tratarea multor tipuri de cancer si studiat in tratarea altora. Provine din bacteria *Streptomyces peucetius*, afecteaza ADN-ul si poate distruge celulele canceroase. Este un tip de antibiotic antitumoral din clasa antraciclinelor*.

Ecografie

Procedura in care unde sonore de inalta intensitate sunt reflectate de tesuturile sau organele interne si creeaza ecouri. Tiparele ecourilor se afiseaza pe ecranul ecografului, formand o imagine a tesuturilor care se numeste sonograma. Procedura se mai numeste si ultrasonografie.

Examinare CT (scanare CT)

Forma de radiografie in care organele corpului sunt scanate cu raze X, iar rezultatele sunt sintetizate de un computer pentru a genera imagini cu partile corpului.

Extralimfatic

Se refera la orice organ sau structura din afara nodurilor limfatici si sistemului limfatic.

Fludarabina

Ingredientul activ dintr-un medicament folosit pentru a trata leucemia limfocitara cronica cu celule B care nu a raspuns la tratamentul cu alte medicamente anticancer sau care s-a agravat. Fludarabina opreste sinteza de ADN de catre celule si poate distruge celulele canceroase. Este un tip de antagonist purinic si un tip de inhibitor deribonucleotid reductaza.

Hemoglobina

Substanta din interiorul celulelor sanguine rosii* care leaga oxigenul din plamani si il transporta la tesuturi.

Histopatologie

Examinarea si studierea tesuturilor si a celulelor la microscop. Tesuturile obtinute din organism prin biopsie sau operatie sunt plasate intr-un fixator si transportate la laborator. Aici sunt taiate in sectiuni subtiri, li se aplica diversi coloranti si apoi sunt studiate la microscop.

Un histopatolog este un medic care interpreteaza sectiuni de tesuturi, inclusiv tesuturi tumorale.

Imagistica prin rezonanta magnetica (RMN)

Tehnica imagistica folosita in medicina, care utilizeaza rezonanta magnetica. Uneori, se injecteaza un lichid care evidentiaza contrastul dintre diferite tesuturi pentru a face structurile mai clar vizibile.

Lactat dehidrogenaza (LDH)

Face parte dintr-un grup de enzime care se gasesc in sange si alte tesuturi ale corpului si sunt implicate in productia de energie din celule. O cantitate mare de lactat dehidrogenaza in sange poate fi un semn de afectare a tesuturilor, de cancer sau alte boli. Se mai numeste dehidrogenaza acidului lactic si LDH.

Lichid cerebrospinal

Lichidul care inconjoara coloana vertebrala si creierul. Functia sa principala este sa protejeze creierul si coloana vertebrala.

Limfocite

Tip de celule albe sanguine esentiale pentru sistemul imunitar. Cele trei tipuri majore de limfocite sunt celulele T, celulele B si celulele NK (natural killer), cu rol specific in sistemul imunitar.

Limfom

Cancer care incepe in celulele sistemului imunitar. Exista doua categorii principale de limfoame. Un tip este limfomul Hodgkin, marcat de prezenta unui tip de celule numite Reed-Sternberg. Celalalt tip este limfomul non-Hodgkin, care include un numar mare de diverse tipuri de cancere ale celulelor sistemului imunitar. Limfoamele non-Hodgkin pot fi impartite la randul lor in cancere indolente (cu crestere lenta) si cancere agresive (cu crestere rapida). Aceste subtipuri se comporta si raspund diferit la tratament. Ambele tipuri de limfoame pot aparea la copii si la adulti, iar prognosticul* si tratamentul depind de stadiul bolii si de tipul de cancer.

Limfom non-Hodgkin (LNH)

Este grup mare de cancere ale limfocitelor (celule sanguine albe). Limfoamele non-Hodgkin pot aparea la orice varsta si adesea se manifesta prin marirea ganglionilor limfatici, febra si scadere in greutate. Exista multe tipuri diferite de limfom non-Hodgkin, care pot fi impartite in cancere agresive (cu crestere rapida) si indolente (cu crestere lenta), formate din celule B sau celule T. Limfoamele non-Hodgkin cu celule B includ limfomul Burkitt, leucemia limfocitara cronica/limfomul limfocitic cu celule mici, limfomul difuz cu celule B mari, limfomul folicular, limfomul imunoblastic cu celule mari, limfomul limfoblastic cu precursori de celule B si limfomul cu celule de manta. Limfoamele non-Hodgkin cu celule T includmicozis fungoid, limfomul anaplazic cu celule mari si limfomul limfoblastic cu precursori de celule T. Limfoamele care apar dupa un transplant de celule stem sau de maduva osoasa sunt de regula limfoame non-Hodgkin cu celule B. Prognosticul si tratamentul depind de stadiul si tipul bolii.

Mitoxantrona

Medicament folosit pentru tratarea cancerului de prostata in stadiu avansat care nu raspunde la hormoni, a leucemiei acute non-limfocitare la adulti sau a sclerozei multiple sau avansate. Este studiat si in tratamentul altor tipuri de cancer. Apartine familiei de medicamente numite antibiotice antitumorale.

Nitrati

Nitratii sunt prezenti in mod natural in sol, apa si mancare. Acestia sunt compusi care contin nitrogen si care pot exista in atmosfera sau ca gaz dizolvat in apa, avand efecte daunatoare asupra oamenilor si animalelor. Din momentul in care ajung in corp, nitratii sunt convertiti in nitriti.

Nitriti

Nitritii sunt produsi mai ales pentru a fi folositi drept conservanti alimentari. Atat nitratii, cat si nitritii sunt folositi pe scara larga pentru a imbunatati culoarea si perioada de valabilitate a carnilor procesate.

Nodul limfatic

Masa rotunjita de tesut limfatic inconjurat de o capsula de tesut conjunctiv. Nodulii limfatici filtreaza limfa si stocheaza limfocitele. Sunt situati de-a lungul vaselor limfatice si se mai numesc ganglioni limfatici.

Prednison

Medicament care diminueaza inflamatia si suprima raspunsul imun. Este folosit impreuna cu alte medicamente pentru a trata leucemia, limfomul si alte tipuri de cancer. Prednisonul este utilizat si pentru tratarea multor afectiuni, inclusiv artrita, anumite boli de piele, alergiile, nivelurile scazute ale anumitor hormoni adrenalini, pierderea apetitului si anemia. Este un glucocorticoid terapeutic.

Radioimunoterapie

Tip de radiatie in care o substanta radioactiva este atasata la un anticorp monoclonal si injectata in corp. Anticorpul monoclonal se poate lega de anumite substante din corp, inclusiv de celulele canceroase. Substanta radioactiva emite radiatii, care pot ucide celulele canceroase. Radioimunoterapia este folosita pentru tratarea anumitor tipuri de cancer, cum ar fi limfomul.

Radiologic

Test care foloseste tehnologia imagistica (precum radiografiile, ultrasunetele, tomografiile computerizate si medicina nucleara) pentru a vizualiza organe, structuri si tesuturi din corp, in scopul de a diagnostica si a trata boli.

Radioterapie

Folosirea de radiatii de intensitate ridicata din raze X, raze gamma, neutroni, protoni si alte surse pentru a ucide celulele canceroase si a micșora tumori. Radiatiile pot proveni de la un aparat din afara corpului (terapie cu radiatii externe) sau de la un material radioactiv plasat in corp, in apropierea celulelor canceroase (terapie cu radiatii interne). Radioterapia sistematica foloseste o substanta radioactiva, cum ar fi un anticorp monoclonal cu eticheta de radioactivitate, care calatoreste in sange, spre tesuturile din corp. Se mai numeste iradiere si terapie cu radiatii.

Raze X

Forma de radiatie folosita pentru a obtine imagini din interiorul obiectelor. In medicina, razele X sunt folosite in mod frecvent pentru a obtine imagini ale interiorului corpului.

Rituximab

Medicament folosit pentru tratarea anumitor tipuri de limfoame non-Hodgkin cu celule B. Este folosit si impreuna cu alte medicamente pentru a trata leucemia limfocitara cronica si artrita reumatoida. Este studiat, de asemenea, in tratarea altor tipuri de cancer si a altor afectiuni. Rituximabul se leaga de o proteina numita CD20, aflata pe celulele B, si poate distruge celulele canceroase. Este un tip de anticorp monoclonal.

Sindrom de liza tumorala

Afectiune care poate sa apara dupa tratarea unui cancer care evolueaza rapid, mai ales dupa tratarea anumitor leucemii si limfoame (cancere ale sangelui). Pe masura ce celulele tumorale sunt distruse, ele se descompun si isi elibereaza continutul in sange. Acest lucru modifica anumite substante chimice din sange, fapt care poate afecta organele, inclusiv rinichii, inima si ficatul.

Studiu clinic

Tip de cercetare care testeaza cat de bine functioneaza noile abordari medicale asupra oamenilor. Aceste studii testeaza noi metode de screening, prevenire, diagnostic sau tratament al unei boli.

Studiu imagistic/Procedura imagistica/Test imagistic

Tip de test care ofera imagini detaliate ale zonelor interioare ale corpului. Testele imagistice folosesc diferite forme de energie, cum ar fi razele X (radiatii de intensitate ridicata), ultrasunetele (unde sonore de intensitate ridicata), undele radio si substantele radioactive. Acestea pot ajuta la diagnosticarea bolilor, la planificarea tratamentelor sau pot arata cat de bine functioneaza terapiile. Exemple de teste imagistice sunt tomografia computerizata (CT), ultrasonografia, imagistica prin rezonanta magnetica (RMN) si testele de medicina nucleara. Se mai numeste procedura imagistica.

Terapie tintita

Tip de tratament care foloseste medicamente sau alte substante, cum ar fi anticorpii monoclonali, pentru a identifica si a ataca anumite celule canceroase. Terapiile tintite pot avea mai putine efecte secundare decat alte tipuri de tratamente pentru cancer.

Tomografie cu emisie de pozitroni/PET

Procedura in care o cantitate mica de glucoza radioactiva (zahar radioactiv) este injectata intr-o vena si un scanner este folosit pentru a crea imagini computerizate detaliate ale zonelor din interiorul corpului unde este folosita glucoza. Cum celulele canceroase folosesc adesea mai multa glucoza decat celulele normale, imaginile pot fi folosite pentru a gasi celulele canceroase din corp.

Toracic

Care are legatura cu pieptul.

Toxicitate hematologica

Potentialul otravitor sau daunator al unei substante pentru celulele sanguine, cum ar fi globulele rosii, globulele albe sau plachetele.

Vincristina

Ingredientul activ dintr-un medicament folosit pentru tratarea leucemiei acute. Este folosit in combinatie cu alte medicamente pentru a trata boala Hodgkin, limfomul non-Hodgkin, rabdomiosarcomul, neuroblastomul si tumoarea Wilms. Vincristina este studiata si in tratamentul altor tipuri de cancer. Ea blocheaza cresterea celulara, oprind diviziunea celulara. Este un tip de alcaloid vinca si un tip de agent antimitotic.

Ytriu 90-ibritumomab tiuxetan

Medicament utilizat impreuna cu rituximab pentru a trata anumite tipuri de limfoame non-Hodgkin cu celule B. Este studiat si in tratarea altor tipuri de tumori cu celule B. Ytriu Y 90 ibritumomab tiuxetan contine un anticorp monoclonal care se ataseaza de o proteina numita CD20, aflata pe celulele B. El contine, de asemenea, o substanta radioactiva numita ytriu Y 90, care poate ajuta la distrugerea celulelor canceroase. Ytriu Y 90 ibritumomab tiuxetan este un tip de radioimunoconjugat.

Ghidurile ESMO si ale Anticancer Fund (Fondului Anticancer) sunt destinate sa ajute pacientii, rudele si apropiatii lor sa inteleaga natura diferitelor tipuri de cancer si sa evalueze cele mai bune variante de tratament. Informatia medicala din aceste ghiduri pentru pacienti se bazeaza pe Ghidurile de Practica Clinica ale ESMO, care sunt menite sa ghideze medicii în diagnosticarea, urmarirea si tratamentul diferitelor tipuri de cancer. Aceste ghiduri sunt produse de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) in colaborare cu Grupul de Lucru pentru Ghiduri al ESMO si Grupul de Lucru pentru Pacienti al ESMO.

Pentru mai multe informatii, accesati www.esmo.org,
www.anticancerfund.org

