

Oligometastaatilise haiguse täppiskiiritusravi on muutnud IV staadiumiga vähihaigete käsitlust

Pikka aega on onkoloogiliste haigete käsitluses valitsenud arusaam, et IV staadiumi vähi ravi on kaugmetastaaside esinemise tõttu võimalik kasutada vaid süsteemseid medikamentoosid ravimeid (keemia-, sihtmärk-, hormoon-, immuunravi). Viimased aastad on siiski näidanud, et kaugmetastaasidega haigete hulgas on sihtrühm, kelle ravitulemust ja prognoosi saab oluliselt mõjutada lokaalse ravi (kiiritusravi) lisamisega raviskeemi. Eelkõige puudutab see nn oligometastaatilist haigust, mille korral esineb patsiendil kuni 5 metastaasi kuni 3 elundis. Metastaasidele suunatud lokaalse ravi, eelkõige täppiskiiritusravi lisamisega on oluliselt parandatud IV staadiumiga

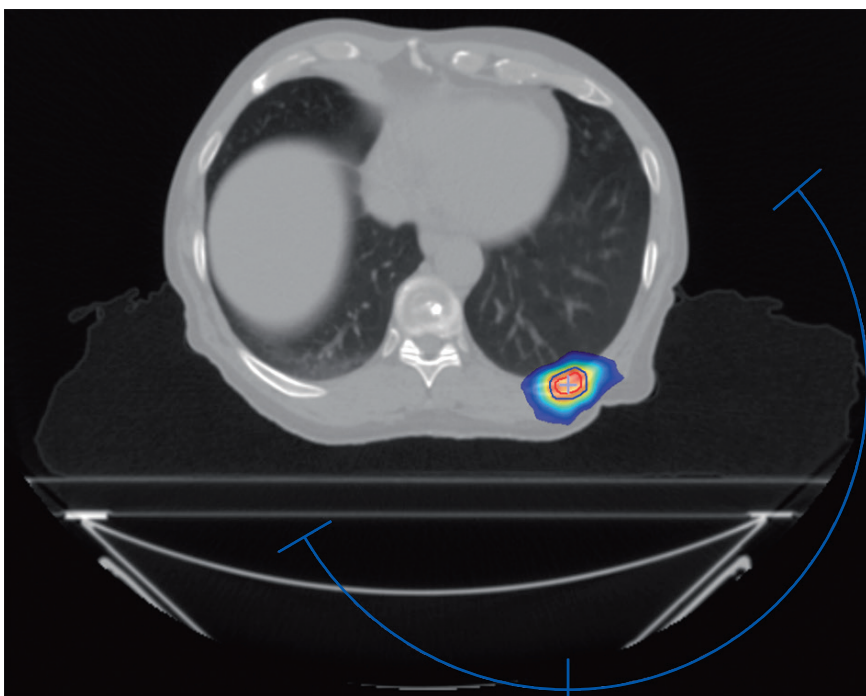
vähihaigete ravitulemusi ning üha enam koguneb andmeid ka pikaajaste tulemuste kohta.

Juunis 2020 avaldati esimesed II faasi juhuslikustatud uuringu SABR-COMET (*Stereotactic Ablative Radiotherapy for the Comprehensive Treatment of Oligometastases*) pikaajased tulemused. Uuringusse kaasati ühe kuni viie metastaasiga vähihaiged, kellele oli võimalik teha täppiskiiritusravi kõikidele metastaatilistele kolletele. Haigetest moodustati 1 : 2 suhtega kaks rühma: standardravi rühm (ainult medikamentooset ravi saanud nn kontrollrühm) ning standardse ravi ja täppiskiiritusravi rühm. Esmane tulemusnäitaja oli üldine elulemus. Ajavahemikul 2012 kuni

2016 kaasati kokku 99 haiget, kellel kõige sagedamini esinesid rinnavähk (n = 18), kopsuvähk (n = 18), kolorektaalvähk (n = 18) ja eesnäärmevähk (n = 16). Haigetel esinenud metastaaside arvuks oli 1 (n = 42), 2 (n = 32), 3 (n = 18), 4 (n = 4) või 5 (n = 3). Enamasti olid patsientidel metastaasid kopsus, luudes, maksas ja neerupealistes. Jälgimisperioodi pikkuseks oli andmete avaldamise hetkel 51 kuud.

Üldise elulemuse mediaan kontrollrühmas oli 28 kuud (95% usaldusvahemik (uv) 18–39 kuud) ning täppiskiiritusravi saanud haigete rühmas 50 kuud (95% uv 29–83 kuud, p = 0,006), riskitiheduste suhe 0,47 (95% uv 0,27–0,81). Viie aasta üldise elulemuse määr oli esimeses rühmas 17,7% (95% uv 6–34%) ning teises rühmas 42,3% (95% uv 28–56%, p = 0,006). Oluline on siinjuures märkida, et rühmad ei erinenud esinenud kõrvaltoimete ega elukvaliteedi parameetrite poolest. Kokkuvõttes pikendas metastaasidele suunatud täppiskiiritusravi võrreldes vaid medikamentoosse ravi kasutamisega üldise elulemuse mediaani 22 kuu võrra ning suurendas 5 aasta elulemust absoluutväärtuses 24,6%.

Märkimist väärib nimetatud uuringu juures veel see, et osa patsiente sai täppiskiiritusravi korduvalt, s.t hilisema haiguse progressiooni korral ning uute kollete tekkimisel. Kolmandik sellistest haigetest elas kauem kui 5 aastat. Eeltoodu viitab, et oligometastaatilise haiguse diagnoosimisel võivad esineda mikrometastaasid, mis võivad hiljem medikamentoosse ravi foonil või jälgimisperioodil avalduda. SABR-COMET-uuring näitas, et sellised haiged võivad ka hilisemast,



Pilt 1. Kliinikumi 55aastase IV staadiumi eesnäärmevähiga patsiendi roide metastaasi täppiskiiritusravi plaan. Punane värv pildil näitab täppiskiiritusravi saanud koe mahtu. Patsient sai roidemetastaasi raviks 3 × 9 greid (Gy).

ERIALAUUDISED

uutele kolletele suunatud täiendavast täppiskiiritusravist saada olulist kasu.

Kommentaar

Täppiskiiritusravi (ingl *stereotactic body radiotherapy* – SBRT või *stereotactic ablative radiotherapy* – SABR) on osutunud võimalikuks tänu kiiritusravimasinate ja tarkvaralahenduste pidevale arengule. Täppiskiiritusravi puhul kasutatakse väga suuri ühekordseid doose (6–20 greid (Gy)), mida rakendatakse enamasti 1–5 korda. Kõrvaltoimete vähesus saavutatakse

selle kiiritusravi meetodiga ainult seetõttu, et kiiritatav piirkond ehk sihtmait on võrreldes tavapärase väliskiiritusraviga äärmiselt väike.

Eestis rakendati esimest korda metastaasi täppiskiiritusravi Tartu Ülikooli Kliinikumis 4. aprillil 2017. Alates 2018. aastast on täppiskiiritusravi Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus. Näide täppiskiiritusravi plaanist on toodud pildil 1.

KIRJANDUS

Palma DA, Olson R, Harrow S, et al. Stereotactic ablative radiotherapy for the comprehensive treatment of oligometastatic cancers: long-term results of the SABR-COMET phase II randomized trial. *J Clin Oncol* 2020;38:2830–8.



Jana Jaal – Tartu Ülikooli Kliinikumi hematoloogia-onkoloogia kliinik, Tartu Ülikooli kliinilise meditsiini instituudi hematoloogia-onkoloogia kliinik

Viivitamine vähahaige ravi alustamisega suurendab nende haigete suremust

Arusaadavalt ei soodusta vähahaige ravi alustamisega viivitamine tema paranemist ja võib kiirendada haiguse letaalse lõppe saabumist. Ei ole kindlaid andmeid selle kohta, kui pikk võiks olla haige prognoosi halvendav ajavahemik vähi diagnoosimisest ravi alustamiseni.

Ühendkuningriigi ja Kanada teadlased viisid 2000. aastast kuni 2020. aasta aprillini läbi metaanalüüsi Medline'i andmebaasis refereeritud artiklite põhjal, kus oli käsitletud vähiravi alustamise aja ja haiguse letaalse lõppe seost.

Analüüsiti 34 uuringu materjale, mis hõlmasid 1 272 604 patsienti. Vaadeldi 7 vähipaikmega – põis, rind, jämesool, pärasool, kopsud, emakakael, pea ja kael – patsientide suremust sõltuvalt haiguse diagnoosi kinnitamisest esimese raviprotseduurini (kas kirurgiline ravi, kiiritusravi või süsteemne ravi) kulunud ajast.

Andmetest ilmnes, et kõigi vähipaikmete korral suurendas ravi alustamine 4 nädala möödudes diagnoosi kinnitamisest nende haigete suremust keskmiselt 6–13% võrra võrreldes haigete, kel ravi alustati kohe. Nelja nädala pikkune hiline mine kirurgilise ravi alustamisega suurendas suremust 6–8% võrra, viivita-

mine radioteraapia alustamisega suurendas suremust 9% võrra ning viivitamine kombineeritud ravi alustamisega 13% võrra. Veelgi pikem viivitamine ravi alustamisega suurendas suremust olulisemalt.

Viivitamine ravi alustamisega võib olla tingitud paljudest põhjustest, sageli vajalike ressurside piiratusest. Autorid juhivad tervishoiu korraldajate tähelepanu sellele, et vähisuremuse vähendamisel on suur osa tõhusate ravivõimaluste õigeaegsel kättesaadavusel.

REFEREERITUD

Hanna TP, King WD, Thibodeau S, et al. CCBYNC. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020;371:m4087.

LÜHIDALT