

Mitmikkasvajad – uus reaalsus onkoloogias

Jana Jaal – TÜ Kliinikumi hematoloogia-onkoloogia kliinik

Viimastel aastakümnetel on märkimisväärselt paranenud pahaloomuliste kasvajate ravivõimalused ning seeläbi suurenenud vähist tervistunud inimeste osakaal. Paraku on selle foonil tekkinud onkoloogias täiesti uus väljakutse – üha rohkem diagnoositakse patsientidel mitmikkasvajaid. Mitmikkasvajad tekivad üksteisest sõltumata samal inimesel, need ei ole seotud eelnevalt diagnoositud pahaloomulise kasvaja retsidiivi ja metastaasidega ning on enamasti teises elundis ja erineva histoloogiaga.

Epidemioloogiliste uuringute andmetel on mitmikkasvajaid kirjeldatud isegi kuni 19%-l ehk **iga viies vähipatsient võib saada aja jooksul uue pahaloomulise kasvaja**. See omakorda toob esile vajaduse muutusteks vähihaigete käsitluses nii onkoloogias, siduserialadel kui ka tervishoiupoliitikas.

Pahaloomuliste kasvajate, sh mitmikkasvajate käsitluses on palju ühist. Vähi riskitegurid soodustavad nii esmaste kui ka järgnevate kasvajate teket, seetõttu kehtivad üldised vähi ennetuse soovitusel ning vältida tuleb teadaolevaid vähi riskitegureid (suitsetamine, alkohol, liigne kehakaal; õhusaaste ja intensiivne päikesekiirgus).

Oluline roll on vähi sõeluuringutel ning ka sümptomite alusel vähi õigeaegsel diagnoosimisel, sest reegel „mida varem vähk avastatakse, seda suurem on tõenäosus tervistumiseks“ kehtib ka kõikide järgnevate kasvajate korral.

Ravi seisukohast on mitmikkasvajate käsitlus probleemsem. Üha enam on onkoloogid olukorras, kus tuleb vaagida, kas patsiendil on eelneva vähi progressioon või on tegemist hoopis uue pahaloomulise haigusega. Uue vähi poolt räägivad sageli pikem intervall esmase haiguse ja uute haiguskollete tekke vahel ning eelneva primaartuumori ebatüüpilised metastaaside tekkekohad.

Kuna vähiravimid ja nende kombinatsioonid võivad oluliselt kasvaja paikmeti erineda, on onkoloogil raviotsuse tegemiseks vähimagi kahtluse korral vaja võtta kasvajast

uusi proovitükke ning teha täiendavaid ja täpsustavaid uuringuid. Ravivalikutes tuleb võimaluse korral eelistada säästvamaid ning patsiendile ohutumaid raviviise ning alati tuleb arvestada sellega, millist ravi patsient varem on saanud. Kõige keerulisemad on olukorrad, kus mitmikkasvajad esinevad samal ajal ning ravida tuleb kahte või ka kolme vähki korraga. Ka viimast on minu praktikas esinenud, näiteks patsiendil, kellel on korraga diagnoositud generaliseerunud lamerakuline kopsuvähk ning histoloogiliselt kinnitatud neeruvähk ja uroteliaalne vähk kusepöies.

Tervishoiupoliitiliselt pakub mitmikkasvajate teema palju väljakutseid. Kindlasti tuleb täiendada tervistava ravi järel haigete jälgimise juhiseid. Tervistava ravi lõppedes on haige jälgimiseks varem seatud piir 5 aasta juurde, s.t kui patsiendil ei ole 5 aasta jooksul tekkinud kasvaja retsidiivi või metastaase, siis ei ole edasine onkoloogipoolne jälgimine vajalik. Kes aga jälgib mitmikkasvajate tekkevõimaluse suhtes? Kas onkoloogid, perearstid või kirurgid? Kahjuks peab tõdema, et siin selgeid juhiseid ei ole, samuti ei ole praegu olemas mitmikkasvajate tuvastamiseks tõendus põhiseid sõeluuringuid.

Teadusliku poole pealt tuleb selgitada, millised vähihaiged eelkõige on Eestis seotud mitmikkasvajate tekkega, ning uurida nii nende geneetilist profiili, riskitegureid kui ka varem saadud ravi. Samuti tuleb välja selgitada, kas enne kliinilist tõendus põhisust kommertsiaalselt kättesaadavaks osutunud veretestid (*multicancer early detection tests*, MCEDs) võivad tulevikus olla üheks võimalikuks lahenduseks haigete jälgimisel.

Esmalt aga tuleb Eestis mitmikkasvajate probleemi teadvustada. Heaks alustuseks on siinjuures Tartu Ülikooli arstiõppe üliõpilase Kertu Kallaste ja juhendaja dr Marju Kase artikkel käesolevas Eesti Arsti numbris. Selles on antud esmane ülevaade probleemist Eestis ning toodud enam levinud paikmete kombinatsioonid mitmikkasvajatega patsientidel.



Jana Jaal