

Radiologiset keinot lymfooman levinneisysselvityksessä

radiologi Marjut Laukka, Syöpätautien klinikka, Meilahden sairaala

LYMFOOMAT

- sekalainen joukko imutiejärjestelmästä kehittyviä maligneja tauteja
- muodostavat imusolmukepatologiaa ja erillisiä tuumoreita kaikkialle kehoon ihosta sisäelimiin ja luuhun
- lymfoomasta voi parantua: adekvaatti diagnostiikka – oikea hoito
- LYMFOOMAMEETING vetää yhteen: tuumorin histopatologia, ennustetekijät (WHO-, IPI-luokka, IPS-luokka), Ann Arbor staging

Kudoksenäytteen analyysi, WHO luokittelu:

1. Hodgkinin tauti, 85–88 % paranee
 klassinen, nodulaarinen lymfosyyttivaltainen HL
2. Non-Hodgkin lymfoomat, 62–65 % paranee
 B-solu lymfoomat
 follikulaarinen lymfooma
 diffuusi suurisoluihin b-solulymfooma
 manttelisolulymfooma, MALT
 T-solu lymfoomat perifeerinen T-solulymfooma

Ennustetekijöiden kartoitus: potilaat pisteytetään suuren riskin ja pienen riskin potilaisiin

- Non-Hodgkin IPI-pisteet
- HL IPS-pisteet
- mitä korkeammat pisteet, sen huonompi ennuste ja tiukempi hoito tarvitaan
- potilaan ikä, kunto, taudin levinneisyys (stage, ekstranodaalinen tauti), LD-taso verestä
- IPI 0-1 5v survival 73 %
- IPI 4-5 5v survival 26 %

Kliininen levinneisyysaste, Ann Arborin luokitus

Stage I

Lymfooma esiintyy vain yhdellä imusolmukealueella tai yhdessä lymfaattisessa elimessä.

Stage II

Lymfooma esiintyy kahdella tai useammalla imusolmukealueella pallean samalla puolella

Stage III

Lymfooma esiintyy imusolmukkeissa pallean molemmin puolin

Stage IV

Lymfooma on multifokaalinen yhteen tai useampaan ekstralymfaattiseen elimeen tai kudokseen levinnyt. Lisäksi tautia voi olla imusolmukkeissa.

Lisämääreet

A Ei yleisoireita

B Yleisoireita

E Yksittäisen ekstralymfaattisen elimen tai kudoksen affisio imusolmukeaffisioin viereissä

X Kasvain yli 10 cm (bulk-tuumori)

tai mediastinum on leventynyt yli 1/3 thoraxin läpimitasta Th5/6 tasossa

- TT:llä levinneisyys selvitys, kun lymfoomaa epäillään tai sitä on jo jostain löydetty
- kuvaus kallon pohjasta istuinkyhmyyn (kaula-nivuset), varjoaine
- reformaatiokuvat

- tapauskohtaisesti muita tutkimuksia: natiivikuvat, UÄ ja MRI

- tyypillisimpänä imusolmukesuurentumat rauhasalueilla

- pieniä imusolmukkeita kylvönä

- perna, maksa, munuaiset

- keuhkomuutokset

- pehmytkudospatit

- luuta ympäröivät ja/tai destruovat pehmytkudostuumorit, varsinainen pelkkä luuydininfilttraatio

- aivo-, iho-, suolistomuutokset yms

- yli 1 cm imusolmuke on suspekti

- pallomaisuus on suspektia

- paksukuorisuus samoin, kuori yli 3 mm

- rasvakeskus ei sulje patologiisuutta pois

- varjoainelatautuminen lymfoomaleesioissa on usein vähäistä eikä ainakaan intensiivistä

- harvemmin nekroosialueita

- Hodgkinin taudissa usein pallean yläpuolinen kookas massa, harvemmin pallean alla muutoksia tai luuydintautia, ei koskaan suolessa tai munuaisessa

- Non-Hodgkinissa laaja-alaisemmat muutokset yleisempiä, taudin kirjo on monipuolisempi

- radiologisesti ei kuitenkaan varmuudella voi päätellä kummasta on kysymys – riittää, jos hoksaa taudin lymfoomaksi...

- älä tuhraa aikaa yksittäisen imusolmukkeen arviointiin, jos ei sillä ole merkitystä levinneisyysluokan kannalta

- PET-TT selventää tarvittaessa

- joskus vasta vaste-TT:ssä lopullinen levinneisyys selviää

- TT-lausunto sisältää:

- kannanotto, toimii stagingin pohjana

- patologisten imusolmukkeiden sijainti

(yksi vs useampi imusolmukealue, sijainti pallean suhteen)

- kookkaimpien mitta (1–2 suuntaa), arvio tautimassan määrästä

- ekstranodaaliset pesäkkeet ja elinaffisiot

- elintoimintauhkat! (suonet, ydinkanava)
- arvio näytteenotto paikasta

- ensisijaisesti pyritään kirurgiseen näytteenottoon
- radiologilta ehdottomasti paksuneulanäyte
- tuorenäytteenä elatusaineessa
- RUNSAAT NÄYTTEET, materiaalista tehdään paljon erilaisia laseja värjäyksiä ja immunohistokemiaa varten
- neula suurin mahdollinen 14g, vähintään x 3 (16 g käy, mutta pienemmällä ei mielletään)
- UÄ- tai TT-ohjaus