

Leucèmia Limfoblàstica Aguda (LLA)

Què és la LLA?

La LLA és un tipus de càncer que s'inicia en les cèl·lules mare de la medul·la òssia que formen la sang. Hi ha més d'un tipus de leucèmia aguda (LA). Cada tipus de leucèmia és nomenada en funció de la cèl·lula d'origen.

En el cas de LLA la cèl·lula d'origen és un limfoblast aberrant i, a causa de que el seu desenvolupament és molt ràpid, se l'anomena "aguda".

Quan una cèl·lula de la medul·la prolifera de forma exagerada, aquesta produeix dany a la resta de cèl·lules que resideixen a la medul·la desplaçant i evitant que es desenvolupin de forma correcta.

L'origen dels limfoblasts aberrants es deu al fet que es produeixen danys en els gens, és a dir, en l'ADN (àcid desoxiribonucleic). Aquestes alteracions genètiques confereixen a aquests limfoblasts mals avantatges respecte a les cèl·lules normals. Aquests avantatges són que es reproduïxen amb més rapidesa i que tenen mecanismes per evadir la mort. L'altre problema és que aquests limfoblasts no maduren d'una forma normal, es queden sempre en un estat molt immadur i per tant no acaben de desenvolupar les habilitats que hauria d'exercir com a cèl·lules de les defenses. Això comporta a un mal funcionament de la immunitat cel·lular i amb això, una major quantitat d'infeccions.

Quins són els símptomes de la LLA?

Els més destacables són la debilitat, marejos, fatiga, falta d'aire, infeccions freqüents i de difícil resolució, febre, sudoració, aparició de morats, sagnat, pèrdua de pes sense una causa aparent, inapetència. Però cal destacar que aquests símptomes són comuns a moltes altres patologies, fins i tot no cancerígenes.

Com es realitza el diagnòstic?

El primer que es fa és elaborar una història clínica detallada. Es recullen els antecedents personals (hàbits, al·lèrgies, activitat laboral, malalties prèvies i procediments quirúrgics) i familiars. Després es realitza una exploració física completa i algunes proves inicials.

Les proves inicials són una anàlisi de la sang per poder confirmar la sospita diagnòstica i valorar la necessitat de corregir alguna alteració greu de forma ràpida (problemes al ronyó, anèmia severa o problemes en la coagulació per exemple).

Per poder saber amb exactitud el tipus de cèl·lula danyada i les seves característiques genètiques cal realitzar un estudi de la sang que està dins de la medul·la òssia, que és l'origen del problema. Això es diu aspirat de medul·la òssia. El teu metge et explicarà com es realitza aquest procediment. No deus tenir por, és una cosa nova però per als Hematòlegs és un procediment rutinari.

I mentre espero el resultat de les proves què passa?

Habitualment els resultats preliminars de les proves triguen poques hores (<24 hores), però els resultats complets poden trigar en sortir entre 7-10 dies. L'important és que amb els resultats preliminars ja es poden començar les mesures adequades per corregir el problema. Les dades completes només proporcionen informació de cara a la predicció de la resposta al tractament i per tant, és d'utilitat per avançar-nos a alguns esdeveniments.

La LLA només a afecta la sang?

No, afecta també a altres òrgans vitals, per això el maneig és integral. A causa de la presència de limfoblasts aberrants viatjant per tot l'organisme, aquests són capaços de produir molta inflamació i sobrecarregar al sistema. Per això a vegades en la fase inicial poden haver-hi problemes amb el ronyó, amb el sistema nerviós i també amb el pulmó. És per això que no només s'estudia la sang sinó que s'avaluen tots els òrgans afectats i els que potencialment juguen un paper fonamental durant el tractament, com el cor.

Quin és el tractament que rebré?

El tractament és una quimioteràpia. La quimioteràpia és una combinació de diversos fàrmacs administrats de forma seqüencial. De vegades segueixen un patró molt clar, però d'altres no i per això pot resultar incert en quin dia del tractament estàs. No dubtis de preguntar al teu metge que expliqui la seqüència del tractament que estàs travessant, això t'ajudarà a entendre-ho millor i així reduir el teu nivell d'ansietat.

La selecció del tractament que reps s'ha dissenyat arran de molts estudis clínics. La quimioteràpia que reps és la que ha demostrat els millors resultats en l'actualitat.

Segons el tipus de LLA que presents el tractament pot patir algunes modificacions, aquestes també estan basades en evidència científica, no són arbitràries.

És possible que durant el planejament de la quimioteràpia se't pugui oferir participar en un "assaig clínic". És important que sàpigues que gràcies als assajos clínics s'arriben a millorar els tractaments. Els assaigs clínics mai et posaran en una situació de infractament, tot el contrari, tindràs la possibilitat de rebre una quimioteràpia nova amb bases sòlides. L'objectiu dels assaigs clínics és optimitzar els tractaments actuals i reduir la toxicitat innecessària.

Quant dura la quimioteràpia de la LLA?

La quimioteràpia, si no hi ha imprevistos, pot durar 2 anys. El 1er any és el més intens ja que requereix diverses sessions, i moltes d'aquestes sessions requereixen un ingrés a l'hospital.

Com sé si estic responent bé a la quimioteràpia?

Per poder-ho saber és necessari repetir, després de cada cicle o bloc de tractament un estudi de la medul·la òssia. Amb cada resultat el pla a seguir es pot veure modificat.

Què passa si no responc a la quimioteràpia?

No respondre a la quimioteràpia comporta a administrar altres esquemes més intensos. En la gran majoria de casos posteriorment es practica un trasplantament de progenitors de la sang d'una altra persona (trasplantament al·logènic). Aquest tractament no assegura la curació però és la millor alternativa en aquesta situació.

Tots els pacients amb LLA poden rebre un trasplantament al·logènic?

No, en realitat només ho poden rebre les persones que són menors de 60 anys i que no tenen cap problema mèdic rellevant. Existeixen excepcions amb l'edat, sobretot amb els casos que estan al límit. Això s'avalua constantment durant el procés de tractament i el metge ho comentarà amb tu.

El motiu d'aquesta selecció és que el trasplantament al·logènic és un procediment complex i la gent gran no ho sol tolerar bé, moren a causa de la toxicitat, inflamació sistèmica i complicacions infeccioses

Què passa si tot va malament?

En aquesta situació hi ha estudis clínics que poden permetre que responguis a la malaltia, però solen tractar-se de fàrmacs i procediments molt nous en què s'està avaluant l'activitat i la toxicitat.

Leucèmia mieloide aguda (LMA)

Què és la LMA?

La LMA és un tipus de càncer que s'inicia en les cèl·lules mare de la medul·la òssia que formen la sang. Hi ha més d'un tipus de leucèmia aguda (LA). Cada tipus de leucèmia és nomenada en funció de la cèl·lula d'origen.

En el cas de LMA la cèl·lula d'origen és un mieloblast aberrant i, a causa de que el seu desenvolupament és molt ràpid, se l'anomena "aguda".

Quan una cèl·lula de la medul·la prolifera de forma exagerada, aquesta produeix dany a la resta de cèl·lules que resideixen a la medul·la desplaçant i evitant que es desenvolupin de forma correcta.

L'origen dels mieloblasts aberrants es deu al fet que es produeixen danys en els gens, és a dir, en l'ADN (àcid desoxiribonucleic). Aquestes alteracions genètiques confereixen a aquests mieloblasts mals avantatges respecte a les cèl·lules normals. Aquests avantatges són que es reproduïxen amb més rapidesa i que tenen mecanismes per evadir la mort. Hi ha moltes alteracions genètiques reconegudes i actualment s'estan desenvolupant alguns medicaments específics enfront d'algunes mutacions.

L'altre problema és que aquests mieloblasts no maduren d'una forma normal, es queden sempre en un estat molt immadur i per tant no acaben de desenvolupar les habilitats que hauria d'exercir com a cèl·lules de les defenses. Això comporta a un mal funcionament de la immunitat cel·lular i amb això, una major quantitat d'infeccions.

Quins són els símptomes de la LAM?

Els més destacables són la debilitat, marejos, fatiga, falta d'aire, infeccions freqüents, aparició de morats, sagnat, febre, sudoració, inapetència. Però cal destacar que aquests símptomes són comuns a moltes altres patologies, fins i tot no cancerígenes

Com es realitza el diagnòstic?

El primer que es fa és elaborar una història clínica detallada. Es recullen els antecedents personals (hàbits, al·lèrgies, activitat laboral, malalties prèvies i procediments quirúrgics) i familiars. Després es realitza una exploració física completa i algunes proves inicials.

Les proves inicials són una anàlisi de la sang per poder confirmar la sospita diagnòstica i valorar la necessitat de corregir alguna alteració greu de forma ràpida (problemes al ronyó, anèmia severa o problemes en la coagulació per exemple).

Per poder saber amb exactitud el tipus de cèl·lula danyada i les seves característiques genètiques cal realitzar un estudi de la sang que està dins de la medul·la òssia, que és l'origen del problema. Això es diu aspirat de medul·la òssia. El teu metge et explicarà com es realitza aquest procediment. No deus tenir por, és una cosa nova però per als Hematòlegs és un procediment rutinari.

I mentre espero el resultat de les proves què passa?

Habitualment els resultats preliminars de les proves triguen poques hores (<24 hores), però els resultats complets poden trigar en sortir entre 7-10 dies. L'important és que amb els resultats preliminars ja es poden començar les mesures adequades per corregir el problema. Les dades completes només proporcionen informació de cara a la predicció de la resposta al tractament i per tant, és d'utilitat per avançar-nos a alguns esdeveniments.

La LMA només a afecta la sang?

No, afecta també a altres òrgans vitals, per això el maneig és integral. A causa de la presència de mieloblasts aberrants viatjant per tot l'organisme, aquests són capaços de produir molta inflamació i sobrecarregar al sistema. Per això a vegades en la fase inicial poden haver-hi problemes amb el ronyó, amb el sistema nerviós i també amb el pulmó. És per això que no només s'estudia la sang sinó que s'avaluen tots els òrgans afectats i els que potencialment juguen un paper fonamental durant el tractament, com el cor.

Quin és el tractament que rebré?

El tractament és una quimioteràpia. La quimioteràpia és una combinació de diversos fàrmacs administrats de forma seqüencial. De vegades segueixen un patró molt clar, però d'altres no i per això pot resultar incert en quin dia del tractament estàs. No dubtis de preguntar al teu metge que expliqui la seqüència del tractament que estàs travessant, això t'ajudarà a entendre-ho millor i així reduir el teu nivell d'ansietat.

La selecció del tractament que reps s'ha dissenyat arran de molts estudis clínics. La quimioteràpia que reps és la que ha demostrat els millors resultats en l'actualitat.

Segons el tipus de LMA que presents el tractament pot patir algunes modificacions, aquestes també estan basades en evidència científica, no són arbitràries.

És possible que durant el planejament de la quimioteràpia se't pugui oferir participar en un "assaig clínic". És important que sàpigues que gràcies als assajos clínics s'arriben a millorar els tractaments. Els assaigs clínics mai et posaran en una situació de infractament, tot el contrari, tindràs la possibilitat de rebre una quimioteràpia nova amb bases sòlides. L'objectiu dels assaigs clínics és optimitzar els tractaments actuals i reduir la toxicitat innecessària.

Quant dura la quimioteràpia de la LMA?

La quimioteràpia té una durada variable ja que es modifica segons el diagnòstic definitiu. És una cosa que has de fer comentaris amb el teu metge.

Com sé si estic responc bé a la quimioteràpia?

Per poder-ho saber és necessari repetir, després de cada cicle o bloc de tractament un estudi de la medul·la òssia. Amb cada resultat el pla a seguir es pot veure modificat.

Què passa si no responc a la quimioteràpia?

No respondre a la quimioteràpia comporta a administrar altres esquemes més intensos o diferents. En la gran majoria de casos posteriorment es realitza un trasplantament de progenitors de la sang d'una altra persona (trasplantament al·logènic). Aquest tractament no assegura la curació però és la millor alternativa en aquesta situació.

Tots els pacients amb LMA poden rebre un trasplantament al·logènic?

No, en realitat només ho poden rebre les persones que són menors de 60 anys i que no tenen cap problema mèdic rellevant. Existeixen excepcions amb l'edat, sobretot amb els casos que estan al límit. Això s'avalua constantment durant el procés de tractament i el metge ho comentarà amb tu.

El motiu d'aquesta selecció és que el trasplantament al·logènic és un procediment complex i la gent gran no ho sol tolerar bé, moren a causa de la toxicitat, inflamació sistèmica i complicacions infeccioses.

Què passa si tot va malament?

En aquesta situació hi ha estudis clínics que poden permetre que responguis a la malaltia, però solen tractar-se de fàrmacs i procediments molt nous en què s'està avaluant l'activitat i la toxicitat. No és la millor situació però és una cosa a tenir en compte sobretot en aquest context.

Síndrome mielodisplàsica (SMD)

Què és el SMD?

La SMD és un tipus de trastorn que s'inicia en les cèl·lules mare de la medul·la òssia que formen la sang. Afecta principalment a gent gran, tot i que hi ha casos en gent jove.

Hi ha més d'un tipus de SMD. Cada tipus de SMD és nomenat en funció de les diferents alteracions que l'acompanyen.

En el cas del SMD la cèl·lula d'origen és un mieloblast aberrant. Habitualment són alteracions que van passant lentament i de forma progressiva. La seva evolució pot trigar anys.

Quan una cèl·lula de la medul·la prolifera de forma inadequada aquesta produeix dany a la resta de cèl·lules que resideixen a la medul·la desplaçant i evitant que es desenvolupin de forma correcta.

Hi ha moltes alteracions genètiques reconegudes i actualment s'estan desenvolupant alguns medicaments específics enfront d'algunes mutacions.

Quins són els símptomes del SMD?

Els més destacables són la debilitat associada a anèmia i de vegades aparició de morats, i sagnat que s'associa a plaquetes baixes. També pot haver-hi un increment en la freqüència d'infeccions.

Com es realitza el diagnòstic?

El primer que es fa és elaborar una història clínica detallada. Es recullen els antecedents personals (hàbits, al·lèrgies, activitat laboral, malalties prèvies i procediments quirúrgics) i familiars. Després es realitza una exploració física completa i algunes proves inicials.

Les proves inicials són una anàlisi de la sang per poder confirmar la sospita diagnòstica i excloure altres coses que puguin estar alterant el resultat.

Per poder saber amb exactitud el tipus de cèl·lula danyada i les seves característiques genètiques cal realitzar un estudi de la sang que està dins de la medul·la òssia, que és l'origen del problema. Això es diu aspirat de medul·la òssia. El teu metge et explicarà com es realitza aquest procediment. No deus tenir por, és una cosa nova però per als Hematòlegs és un procediment rutinari

I mentre espero el resultat de les proves què passa?

Habitualment els resultats preliminars de les proves triguen poques hores (<24 hores), però els resultats complets poden trigar en sortir entre 7-10 dies. Habitualment el SMD no és una urgència ja que és un procés que ha trigat mesos o anys a establir-se. Quan els resultats estiguin complets teu metge valorarà la millor alternativa: Observar o Tractar.

I si rebo tractament, quin serà?

El tractament és una quimioteràpia. La quimioteràpia pot ser un sol fàrmac o una combinació de diversos fàrmacs administrats de forma seqüencial. De vegades segueixen un patró molt clar, però d'altres no. No dubtis de preguntar al teu metge que expliqui la seqüència del tractament que estàs travessant, això t'ajudarà a entendre-ho millor i així reduir el teu nivell d'ansietat.

La selecció del tractament que reps s'ha dissenyat arran de molts estudis clínics. La quimioteràpia que reps és la que ha demostrat els millors resultats en l'actualitat.

Segons el tipus de SMD que presents el tractament pot patir algunes modificacions, aquestes també estan basades en evidència científica, no són arbitràries.

És possible que durant el planejament de la quimioteràpia se't pugui oferir participar en un "assaig clínic". És important que sàpigues que gràcies als assajos clínics s'arriben a millorar els tractaments. Els assaigs clínics mai et posaran en una situació de infractament, tot el contrari, tindràs la possibilitat de rebre una quimioteràpia nova amb bases sòlides. L'objectiu dels assaigs clínics és optimitzar els tractaments actuals i reduir la toxicitat innecessària.

Quant dura la quimioteràpia del SMD?

La quimioteràpia té una durada variable ja que es modifica segons el diagnòstic definitiu. És una cosa que has de fer comentaris amb el teu metge.

Com sé si estic responent bé a la quimioteràpia?

Per poder-ho saber és necessari repetir, després de cada bloc de tractament un estudi de la medul·la òssia. Amb cada resultat el pla a seguir es pot veure modificat.

Què passa si no responc a la quimioteràpia?

No respondre a la quimioteràpia comporta a administrar altres esquemes diferents i participar en estudis clínics.

Si ets jove, que és poc freqüent en el SMD, es planteja un trasplantament de progenitors de la sang d'una altra persona (trasplantament al·logènic). Aquest tractament no assegura la curació però és la millor alternativa en aquesta situació.

Tots els pacients amb SMD poden rebre un trasplantament al·logènic?

No, en realitat només ho poden rebre les persones que són menors de 60 anys i que no tenen cap problema mèdic rellevant. Existeixen excepcions amb l'edat, sobretot amb els casos que estan al límit. Això s'avalua constantment durant el procés de tractament i el metge ho comentarà amb tu.

El motiu d'aquesta selecció és que el trasplantament al·logènic és un procediment complex i la gent gran no ho sol tolerar bé, moren a causa de la toxicitat, inflamació sistèmica i complicacions infeccioses.

Què passa si tot va malament?

En aquesta situació hi ha estudis clínics que poden permetre que responguis a la malaltia, però solen tractar-se de fàrmacs i procediments molt nous en què s'està avaluant l'activitat i la toxicitat. No és la millor situació però és una cosa a tenir en compte sobretot en aquest context.

Limfoma no Hodgkin (LNH)

Per poder entendre millor el que segueix, repassarem el que és el sistema limfàtic.

Breument, el sistema limfàtic són una sèrie d'estructures conformades per teixits. Aquests teixits es distribueixen a tot el cos en forma de ganglis i "barreres". Funcionen com a escuts a tots els danys que podem patir des de l'exterior i l'interior. Aquests teixits estan connectats per vasos, igual que les venes i artèries. Aquests gots són els "vasos limfàtics". Conté una substància que és la limfa que conté limfòcits, triglicèrids i fluids de tot el cos. Els ganglis i altres teixits estan conformats per cèl·lules del sistema immune molt especialitzades, aquestes cèl·lules són capaces de generar un atac molt específic contra un agent especialment. Aquestes cèl·lules són els limfòcits T, B i NK. La limfa transporta cap als ganglis tot el que recull, d'aquesta manera posa en evidència els gèrmens, cèl·lules tumorals o substàncies tòxiques en el nostre organisme. El sistema immune s'activa i comença la batalla.

Què és el LNH?

El LNH és un càncer del sistema limfàtic. Afecta persones al voltant dels 60-70 anys. Habitualment es caracteritza per un increment de la mida dels ganglis o teixits limfoides malalts. Existeixen moltíssims tipus de LNH. El tipus de LNH ve definit per la cèl·lula que s'afecta (limfòcit T, B o NK) i també del seu moment de maduració.

Si parlem de la velocitat i l'agressivitat amb la qual es presenten podem tenir limfomes agressius i limfomes indolents. Els primers tenen un creixement ràpid i requereixen tractament. D'altra banda, els LNH indolents (LNHi) poden trigar anys a desenvolupar i fins i tot no necessitar tractament per molt temps.

Quins són els símptomes del LNH?

A causa de que és una malaltia que afecta principalment els ganglis, el símptoma més freqüent és el creixement dels ganglis de forma progressiva i sense res que ho justifiqui (infeccions per exemple). De vegades els ganglis que creixen no els podem veure i per això no donen símptomes fins que la seva mida és considerable. Habitualment els símptomes associats amb el creixement dels ganglis són malestar, sensació d'ocupació d'espai, dolor, febre i sudoració.

Com es realitza el diagnòstic?

El diagnòstic es realitza a la gran majoria de casos de forma ambulatoria (sense hospitalització) i requereix una història clínica completa. Hi ha alguns limfomes que poden tenir relació amb alguns antecedent metges (ús d'immunosupressors, trasplantament, malaltia celíaca, etc.).

Si el gangli es pot palpar habitualment es realitzarà un biòpsia i amb la confirmació es continuaran amb els estudis d'imatge i després el tractament.

D'altra banda si la sospita de limfoma és alta i no es palpen ganglis el diagnòstic requereix l'ajuda d'una prova d'imatge. En la majoria de casos aquesta prova és un PET / TC (tomografia per emissió de positrons) ja que identifica quins són els ganglis més afectats pel limfoma i ajuda a guiar la biòpsia.

De vegades el diagnòstic pot ser molt difícil i requerir més d'una biòpsia ja que els resultats no són del tot concloents. En aquesta etapa és important el diàleg amb el teu metge ja que de vegades els símptomes poden seguir avançant i requerir una intervenció clínica. Si el teu estat general ho requereix es pot plantejar un ingrés per completar l'estudi.

La majoria de limfomes requeriran a més l'estudi de la medul·la òssia. Això es realitzarà amb una biòpsia de medul·la òssia (BMO). El teu metge et explicarà com es realitza aquest procediment. No deus tenir por, és una cosa nova però per als Hematòlegs és un procediment rutinari.

Tant el PET / TC com la BMO formen part del estadiatge, és a dir, saber on hi ha limfoma a l'inici o abans del tractament.

I mentre espero els resultats de les proves què passa?

Habitualment els resultats preliminars triguen uns 4-5 dies útils i els definitius unes 2 setmanes. A l'espera del resultat, si hi ha molts símptomes, es poden començar corticosteroides. Si el teu estat general ho requereix es pot plantejar un ingrés

I si rebo tractament, quin serà?

En el cas que el LNH que t'està afectant requereixi un tractament hauràs de començar quimioteràpia.

Hi ha moltes quimioteràpia noves, molt específiques per a cada tipus de LNH, però, en la majoria de casos, aquests nous fàrmacs no estan aprovats encara en la primera línia de tractament. Per tant la quimioteràpia que rebràs serà la que de moment ha demostrat major eficàcia enfront del limfoma i sol ser una combinació de diversos fàrmacs administrats de forma seqüencial. De vegades segueixen un patró molt clar, però d'altres no i per això pot resultar incert en quin dia del tractament estàs. No dubtis de preguntar al teu metge que expliqui la seqüència del tractament que estàs travessant, això t'ajudarà a entendre-ho millor i així reduir el teu nivell d'ansietat.

Quant dura la quimioteràpia del LNH?

La quimioteràpia té una durada variable però habitualment són uns 5-6 mesos. En alguns casos es realitza un tractament de manteniment però això es modifica segons el diagnòstic. És una cosa que has de fer comentaris amb el teu metge.

Com sé si estic responent bé a la quimioteràpia?

Per poder-ho saber és necessari realitzar un control amb PET / TC. En funció del resultat es pot modificar la teva tractament.

Què passa si no responc a la quimioteràpia?

No respondre a la quimioteràpia comporta a administrar altres esquemes diferents i participar en estudis clínics.

Una cosa que és important saber és que habitualment els tractaments posteriors són més intensos i de vegades requereixen estar hospitalitzat

Què és un trasplantament autòleg?

Un trasplantament autòleg no és més que una línia de quimioteràpia més. La indicació està molt ben establerta en la majoria dels pacients.

És una quimioteràpia molt intensa que farà que les defenses baixin molt i de manera perllongada. Per reduir aquest temps s'administren cèl·lules pròpies, que ja van ser recollides i congelades prèviament. La recol·lecció es realitza a través de la vena (no de la medul·la òssia) i és un procediment ambulatori. Aquest tractament es fa en moltes patologies (limfomes, mielomes, malalties autoimmunes, sarcomes, tumors germinals, etc).

Quan es rep un trasplantament autòleg?

En la majoria de LNH agressius es realitza després de la 1era recaiguda. En els LNHi es planteja en casos molt resistents a les primeres línies o després de múltiples recaigudes.

Un altre punt important és que el trasplantament és una quimioteràpia molt intensiva i pot estar restringida als pacients que estiguin en capacitat de rebre-la, és a dir, pacients menors de 70 anys i que no tinguin altres problemes mèdics limitants.

I el trasplantament al·logènic, quina diferència hi ha?

La diferència és que en aquest cas les cèl·lules que s'administren no són pròpies sinó que d'una altra persona. El motiu pel qual es fa no és administrar una quimioteràpia intensa, és intentar modificar la resposta del sistema immune contra el tumor, en aquest cas el limfoma. La quimioteràpia preparatòria per al trasplantament al·logènic no és tan intensa, és només per permetre que les cèl·lules noves s'allotgin de forma còmoda a la medul·la i comencin a treballar.

El problema del trasplantament al·logènic és que té complicacions inflamatòries i infeccioses importants que també limiten el seu ús a pacients capaços de suportar-ho.

En el context del limfoma, aquest tractament és actualment l'última alternativa i s'ha demostrat que pot curar el limfoma, de vegades a costa d'efectes secundaris.

Què passa si tot va malament?

En aquesta situació hi ha estudis clínics que poden permetre que responguis a la malaltia, però solen tractar-se de fàrmacs i procediments molt nous en què s'està avaluant l'activitat i la toxicitat. No és la millor situació però és una cosa a tenir en compte sobretot en aquest context

Limfoma de Hodgkin (LH)

Per poder entendre millor el que segueix, repassarem el que és el sistema limfàtic.

Breument, el sistema limfàtic són una sèrie d'estructures conformades per teixits. Aquests teixits es distribueixen a tot el cos en forma de ganglis i "barreres". Funcionen com a escuts a tots els danys que podem patir des de l'exterior i l'interior. Aquests teixits estan connectats per vasos, igual que les venes i artèries. Aquests gots són els "vasos limfàtics". Conté una substància que és la limfa que conté limfòcits, triglicèrids i fluids de tot el cos. Els ganglis i altres teixits estan conformats per cèl·lules del sistema immune molt especialitzades, aquestes cèl·lules són capaces de generar un atac molt específic contra un agent especialment. Aquestes cèl·lules són els limfòcits T, B i NK. La limfa transporta cap als ganglis tot el que recull, d'aquesta manera posa en evidència els gèrmens, cèl·lules tumorals o substàncies tòxiques en el nostre organisme. El sistema immune s'activa i comença la batalla.

Què és el LH?

El LNH és un càncer del sistema limfàtic, específicament a un limfòcit B donin centre germina anomenat "cèl·lula de Reed-Sternberg". Afecta persones joves en la majoria dels casos. Habitualment es caracteritza per un increment de la mida dels ganglis o teixits limfoides malalts. Existeixen algunes variants del LH i de vegades el maneig pot modificar-se en funció d'això.

Quins són els símptomes del LH?

A causa de que és una malaltia que afecta principalment els ganglis, el símptoma més freqüent és el creixement dels ganglis de forma progressiva i sense res que ho justifiqui (infeccions per exemple). De vegades els ganglis que creixen no els podem veure i per això no donen símptomes fins que la seva mida és considerable. Habitualment els símptomes associats amb el creixement dels ganglis són malestar, sensació d'ocupació d'espai, dolor, febre i sudoració.

Com es realitza el diagnòstic?

El diagnòstic es realitza a la gran majoria de casos de forma ambulatoria (sense hospitalització) i requereix una història clínica completa.

Si el gangli es pot palpar habitualment es realitzarà un biòpsia i amb la confirmació es continuaran amb els estudis d'imatge i després el tractament.

D'altra banda si la sospita de limfoma és alta i no es palpen ganglis el diagnòstic requereix l'ajuda d'una prova d'imatge. En la majoria de casos aquesta prova és un PET / TC (tomografia per emissió de positrons) ja que identifica quins són els ganglis més afectats pel limfoma i ajuda a guiar la biòpsia.

De vegades el diagnòstic pot ser molt difícil i requerir més d'una biòpsia ja que els resultats no són del tot concloents. En aquesta etapa és important el diàleg amb el teu metge ja que de vegades els símptomes poden seguir avançant i requerir una intervenció clínica. Si el teu estat general ho requereix es pot plantejar un ingrés per completar l'estudi.

I mentre espero el resultat de les proves què passa?

Habitualment els resultats preliminars triguen uns 4-5 dies útils i els definitius unes 2 setmanes. A l'espera del resultat, si hi ha molts símptomes, es poden començar corticosteroides. Si el teu estat general ho requereix es pot plantejar un ingrés.

¿I si rebo tractament, quin serà?

El tractament hauràs de començar es diu quimioteràpia.

Hi ha grans avenços en la teràpia del LH, però, en la majoria de casos, aquests nous fàrmacs no estan aprovats encara en la primera línia de tractament. Per tant la quimioteràpia que rebràs serà la que de moment ha demostrat major eficàcia enfront del limfoma i sol ser una combinació de diversos fàrmacs administrats de forma seqüencial. De vegades segueixen un patró molt clar, però d'altres no i per això pot resultar incert en quin dia del tractament estàs. No dubtis de preguntar al teu metge que expliqui la seqüència del tractament que estàs travessant, això t'ajudarà a entendre-ho millor i així reduir el teu nivell d'ansietat.

Quant dura la quimioteràpia del LH?

La quimioteràpia té una durada variable però habitualment són uns 5-6 mesos. És una cosa que has de fer comentaris amb el teu metge.

Com sé si estic responent bé a la quimioteràpia?

Per poder-ho saber és necessari realitzar un control amb PET / TC. En funció del resultat es pot modificar la teva tractament.

Què passa si no responc a la quimioteràpia?

No respondre a la quimioteràpia comporta a administrar altres esquemes diferents i participar en estudis clínics.

Una cosa que és important saber és que habitualment els tractaments posteriors són més intensos i de vegades requereixen estar hospitalitzat.

Què és un trasplantament autòleg?

Un trasplantament autòleg no és més que una línia de quimioteràpia més. La indicació està molt ben establerta en la majoria dels pacients.

És una quimioteràpia molt intensa que farà que les defenses baixin molt i de manera perllongada. Per reduir aquest temps s'administren cèl·lules pròpies, que ja van ser recollides i congelades prèviament. La recol·lecció es realitza a través de la vena (no de la medul·la òssia) i és un procediment ambulatori. Aquest tractament es fa en moltes patologies (limfomes, mielomes, malalties autoimmunes, sarcomes, tumors germinals, etc).

Quan es rep un trasplantament autòleg?

En la majoria de LH es realitza després de la 1era recaiguda.

Un punt important és que el trasplantament és una quimioteràpia molt intensiva i pot estar restringida als pacients que estiguin en capacitat de rebre-la, és a dir, pacients menors de 70 anys i que no tinguin altres problemes mèdics limitants.

I el trasplantament al·logènic, quina diferència hi ha?

La diferència és que en aquest cas les cèl·lules que s'administren no són pròpies sinó que d'una altra persona. El motiu pel qual es fa no és administrar una quimioteràpia intensa, és intentar modificar la resposta del sistema immune contra el tumor, en aquest cas el limfoma. La quimioteràpia preparatòria per al trasplantament al·logènic no és tan intensa, és només per permetre que les cèl·lules noves s'allotgin de forma còmoda a la medul·la i comencin a treballar.

El problema del trasplantament al·logènic és que té complicacions inflamatòries i infeccioses importants que també limiten el seu ús a pacients capaços de suportar-ho.

En el context del limfoma, aquest tractament és actualment l'última alternativa i s'ha demostrat que pot curar el limfoma, de vegades a costa d'efectes secundaris.

Què passa si tot va malament?

En aquesta situació hi ha estudis clínics que poden permetre que responguis a la malaltia, però solen tractar-se de fàrmacs i procediments molt nous en què s'està avaluant l'activitat i la toxicitat. No és la millor situació però és una cosa a tenir en compte sobretot en aquest context.

Leucèmia Limfàtica Crònica (LLC)

La LLC és un limfoma no Hodgkin de tipus indolent. T'aconsellem que llegeixis l'apartat de Limfoma no Hodgkin

Mieloma Múltiple (MM)

Què és el MM

El MM és un càncer de les cèl·lules plasmàtiques. Les cèl·lules plasmàtiques són unes cèl·lules que formen part de les defenses. Aquestes cèl·lules s'originen dels limfòcits B i s'encarreguen de produir anticossos. Els anticossos són immunoglobulines i funcionen com "bales" dirigides davant de les coses estranyes al nostre cos.

El MM afecta majoritàriament a la gent gran. Habitualment es caracteritza per anèmia, problemes al ronyó, lesions en els ossos que poden generar fractures i molta fatiga. També s'ha vist que pot haver-hi major risc d'infeccions, sobretot de l'aparell respiratori.

Quins són els símptomes del MM?

Els símptomes són variables i no sempre tots estan presents.

Les cèl·lules plasmàtiques malaltes afecten la medul·la òssia que és la fàbrica de la sang. A l'infiltrar la medul·la òssia desplaça a les cèl·lules sanes i també impedeix que funcionin bé. Això produeix anèmia i baixada de les plaquetes. La traducció d'això és fatiga, falta d'aire, facilitat per al sagnat i aparició de morats.

Un altre problema és que l'excés de cèl·lules plasmàtiques també s'associa a un excés d'immunoglobulines. Això té 2 efectes:

El primer és que aquestes immunoglobulines passen pel ronyó i el poden danyar.

El segon, és que s'altera mecanisme de reparació dels nostres ossos, això ocasiona l'aparició de zones en els ossos sense reparar front als danys quotidians i finalment pot produir-se una fractura. L'alteració en aquest metabolisme pot fer que el calci que hauria de ser utilitzat per a reparar els nostres ossos s'acumuli a la sang i produeixi hiper-calcèmia. La hiper-calcèmia és un problema greu ja que produeix alteració del nostre nivell de consciència.

Com es realitza el diagnòstic?

El diagnòstic es realitza a la gran majoria de casos de forma ambulatoria (sense hospitalització) i requereix una història clínica completa.

Es realitza una analítica de sang i d'orina per poder detectar l'excés de proteïna produïda per les cèl·lules plasmàtiques malaltes. També es realitzen proves d'imatge (radiografies, ressonàncies i / o tomografies per emissió de positrons).

Un cop confirmada la presència de la proteïna en excés hem de confirmar la presència de les cèl·lules plasmàtiques en la medul·la òssia. Per això es realitza un estudi anomenat aspirat medul·lar. El teu metge et explicarà com es realitza aquest procediment. No deus tenir por, és una cosa nova però per als Hematòlegs és un procediment rutinari.

I mentre espero el resultat de les proves què passa?

Habitualment els resultats preliminars triguen uns 4-5 dies útils i els definitius unes 2 setmanes. A l'espera del resultat, si hi ha molts símptomes, es poden començar corticosteroides. Si el teu estat general ho requereix es pot plantejar un ingrés. No obstant això, en la majoria de casos es pot esperar a tenir els estudis complets. A vegades les alteracions trobades són mínimes i no cal començar tractament. El teu metge valorarà quina és la millor decisió.

¿I si rebo tractament, quina serà?

El tractament hauràs de començar es diu quimioteràpia.

Hi ha grans avenços en la teràpia del MM, però, en la majoria de casos, aquests nous fàrmacs no estan aprovats encara en la primera línia de tractament. Per tant la quimioteràpia que rebràs serà la que de moment ha demostrat major eficàcia enfront del limfoma i sol ser una combinació de diversos fàrmacs administrats de forma seqüencial. De vegades segueixen un patró molt clar, però d'altres no i per això pot resultar incert en quin dia del tractament estàs. No dubtis de preguntar al teu metge que expliqui la seqüència del tractament que estàs travessant, això t'ajudarà a entendre-ho millor i així reduir el teu nivell d'ansietat.

Quant dura la quimioteràpia del MM?

La quimioteràpia té una durada variable. Depèn bàsicament de la teva edat. Actualment els pacients joves (<70 anys) i sense problemes mèdics rellevants primer reben una quimioteràpia per controlar la malaltia i després finalitzen el bloc de tractament amb una quimioteràpia intensiva anomenada trasplantament autòleg. Això ho revisarem més endavant. L'objectiu és millorar les respostes al tractament previ i poder estar molt temps sense necessitar més quimioteràpia.

D'altra banda, si ja ets major o té alguns problemes de salut greus el tractament només serà quimioteràpia i possiblement gairebé de forma contínua.

Com sé si estic responnent bé a la quimioteràpia?

Per poder-ho saber és necessari realitzar controls a la sang per mesurar la immunoglobulina en excés. Quan la immunoglobulina desapareix per complet cal mirar la medul·la òssia novament.

Què passa si no responc a la quimioteràpia?

No respondre a la quimioteràpia comporta a administrar altres esquemes diferents i participar en estudis clínics.

Què és un trasplantament autòleg?

Un trasplantament autòleg no és més que una línia de quimioteràpia més. La indicació està molt ben establerta en la majoria dels pacients.

És una quimioteràpia molt intensa que farà que les defenses baixin molt i de manera perllongada. Per reduir aquest temps s'administren cèl·lules pròpies, que ja van ser recollides i congelades prèviament. La recol·lecció es realitza a través de la vena (no de la medul·la òssia) i és un procediment ambulatori. Aquest tractament es fa en moltes patologies (limfomes, mielomes, malalties autoimmunes, sarcomes, tumors germinals, etc).

Quan es rep un trasplantament autòleg?

En el cas del MM es fa de rutina després de finalitzar la primera línia de tractament.

Un punt important és que el trasplantament és una quimioteràpia molt intensiva i pot estar restringida als pacients que estiguin en capacitat de rebre-la, és a dir, pacients menors de 70 anys i que no tinguin altres problemes mèdics limitants.

I el trasplantament al·logènic, quina diferència hi ha?

La diferència és que en aquest cas les cèl·lules que s'administren no són pròpies sinó que d'una altra persona. El motiu pel qual es fa no és administrar una quimioteràpia intensa, és intentar modificar la resposta del sistema immune contra el tumor, en aquest cas el MM. La quimioteràpia preparatòria per al trasplantament al·logènic no és tan intensa, és només per permetre que les cèl·lules noves s'allotgin de forma còmoda a la medul·la i comencin a treballar.

El problema del trasplantament al·logènic és que té complicacions inflamatòries i infeccioses importants que també limiten el seu ús a pacients capaços de suportar-ho.

En el context del MM no hi ha una evidència forta que pugui resoldre el problema i les complicacions d'aquest procediment són molt altes. D'aquesta forma és una opció desesperada, més encara en l'actualitat en què disposem de nous i excel·lents fàrmacs.

Què passa si tot va malament?

En aquesta situació hi ha estudis clínics que poden permetre que responguis a la malaltia, però solen tractar-se de fàrmacs i procediments molt nous en què s'està avaluant l'activitat i la toxicitat. No és la millor situació però és una cosa a tenir en compte sobretot en aquest context.