

Makroglobulinemia Waldenstroma Co to jest?

Makroglobulinemia Waldenstroma (WM) jest chłoniakiem lub nowotworem układu chłonnego. Występuje w leukocytach nazywanych limfocytami B lub komórkami B, które zwykle dojrzewają w komórki plazmatyczne, których zadaniem jest produkcja immunoglobulin (przeciwciała) pomagających organizmowi w zwalczaniu infekcji. W WM występuje złośliwa zmiana komórki B na późnym etapie rozwoju i trwa jej proliferacja do klonu z identycznymi komórkami, głównie w szpiku kostnym, ale również w węzłach chłonnych i innych tkankach oraz organach układu chłonnego. Te kolonie klonalne nadmiernie produkują przeciwciała określonej klasy zwanej IgM.

Komórki WM pod mikroskopem posiadają cechy zarówno limfocytów B, jak i komórek osocza i nazywane są komórkami limfoplazmatycznymi. Dlatego WM jest klasyfikowana jako rodzaj chłoniaka nieziarniczego nazywanego chłoniakiem limfoplazmatycznym (ang. lymphoplasmacytic lymphoma, LPL). Około 95% przypadków LPL to WM, ale jest to bardzo rzadka choroba – zaledwie 1500 pacjentów jest diagnozowanych z WM co roku w Stanach Zjednoczonych. WM jest zwykle powolne (wolno rozwijające) i może być leczone jako choroba przewlekła przez wiele lat. Jednakże, na daną chwilę jest nieuleczalna.

Komórki limfoplazmatyczne WM mogą uniemożliwiać normalne funkcjonowanie jako wynik rozmnażania się w szpiku kostnym. Komórki WM wypierają normalne krwinki i mogą prowadzić do zmniejszenia ich liczby w szpiku kostnym, gdzie krwinki są produkowane; natomiast w węzłach chłonnych i innych organach komórki WM mogą prowadzić do ich powiększenia i innych komplikacji.

Nadmierna produkcja IgM może również wywoływać objawy powiązane z chorobą. IgM jest dużym przeciwciałem i prowadzi do większego niż normalne zagęszczenia krwi, stanu zwanego zespołem nadlepkości krwi. W przeciwieństwie do normalnych przeciwciał zwalczających infekcje, IgM wyprodukowany przez komórki WM nie ma żadnej użytecznej funkcji. IgM może czasami niewłaściwie rozpoznawać tkanki organizmu jako „obce” i przyłączać się do nich, prowadząc do stanów zapalnych i urazów.

Nazwa makroglobulinemia Waldenstroma pochodzi od szwedzkiego lekarza Jana Gosta Waldenströma (1906-1996), który w 1944 roku zidentyfikował rzadką przypadłość, w której dwóch pacjentów doświadczało zagęszczenia osocza krwi, krwawienia z ust, nosa i naczyń krwionośnych siatkówki, niskiego poziomu czerwonych krwinek i płytek krwi, wysokiego odczynu opadania erytrocytów oraz przerzutów do węzłów chłonnych. Biopsje szpiku kostnego wykazały nadmiar komórek limfoidalnych przy normalnych wynikach badań rtg kości, co wyłączało z diagnozy szpiczaka mnogiego. Obydwoje pacjentów miało też ogromne ilości pojedynczych nieznananych białek krwi z niezwykle wysoką masą molekularną „makro” globulina. Obecnie wiemy, że tą globuliną jest IgM.

Powody i czynniki ryzyka

Nie jest znana przyczyna WM. Podobnie jak w przypadku większości nowotworów, występuje wiele czynników ryzyka choroby, z których niektóre mogą być genetyczne, a niektóre środowiskowe lub zawodowe nabyte w czasie życia chorego.

Występuje kilka znanych czynników ryzyka, które zwiększają ryzyko zachorowania na WM. Należą do nich:

- **Płeć** – WM pojawia się częściej u mężczyzn niż u kobiet.
- **Starzenie się** – średni wiek, w którym diagnozuje się chorobę wynosi około 65 lat, ale zdarzają się również chorzy w wieku 18 lat. Roczne występowanie wzrasta coraz bardziej gwałtownie wraz ze średnim wzrostem wieku.
- **Rasa biała** – występowanie choroby jest większe u przedstawicieli rasy białej niż czarnej, a wiarygodne dane odnoszące się do innych ras nie są dostępne.
- **Gammapatia monoklonalna o nieokreślonym znaczeniu IgM (ang. IgM MGUS)** – Odnosi się do stanu, w którym w badaniu krwi została wykryta obecność monoklonalnego IgM, ale brak dowodów na zmiany nowotworowe w szpiku kostnym. W jednym z badań długoterminowych IgM MGUS, występowanie progresji WM i innych zmian nowotworowych komórek B wynosiła 10% w przeciągu 5 lat, 18% w przeciągu 10 lat i 24% w przeciągu 15 lat – współczynnik progresji około 1,5% rocznie.

Różne badania zgłaszały czynnik podatności rodzinnej, ponieważ około 20% chorych ma członków rodziny chorych na WM lub inne nowotwory złośliwe komórek B.

W niektórych badaniach zostały również wymienione czynniki środowiskowe, takie jak narażenie na promieniowanie, narażenie na oranż i narażenie zawodowe na skórę, gumę, farby, barwniki i rozpuszczalniki, jak również niektóre choroby autoimmunologiczne i wirusy takie jak WZW typu C. Jednakże, żaden z tych czynników środowiskowych nie został konsekwentnie ustalony jako zwiększający ryzyko.

Rokowanie

Nie ma środków mogących wyleczyć WM, ale w większości przypadków choroba rozwija się powoli i może być skutecznie powstrzymana odpowiednimi terapiami.

Większość starszej literatury na temat WM podaje wskaźnik przeżycia od diagnozy jako 5-7 lat i obecnie od czasu do czasu ta liczba nadal się pojawia. Chorzy powinni mieć świadomość, że było to oparte na badaniach przeprowadzanych przed wieloma nowszymi metodami leczenia, przede wszystkim przeciwciałami monoklonalnymi, inhibitorami proteazomu i obecnie terapiami celowanymi na szlaku sygnalizacyjnym komórki B. Uznani badacze WM sugerują, że wskaźnik przeżycia jest obecnie wyższy biorąc pod uwagę szybką poprawę opcji terapeutycznych chorych na WM.

Objawy przedmiotowe i podmiotowe choroby

Ze względu na fakt, iż WM rozwija się powoli, mogą nie występować żadne objawy przedmiotowe ani podmiotowe choroby przez lata przed i nawet po diagnozie. Ze względu na fakt, iż nie ma obecnie środków leczących WM lub wstrzymujących jego progresję, chorzy którzy są bezobjawowi lub mają objawy łagodne powinni być umieszczeni w „obserwuj i czekaj” – okresie podczas, którego nie są leczeni, ale regularnie monitorowani przez hematologa-onkologa pod kątem zmian w stanie choroby.

Kiedy objawy przedmiotowe lub podmiotowe się pojawią może nie wystąpić żaden związek pomiędzy poziomem monoklonalnego IgM i/lub ilością nacieknięcia szpiku kostnego z poziomem nasilenia objawu. Chorzy z podobnymi wynikami badań laboratoryjnych mogą mieć znacząco różne rodzaje i stopnie objawów.

Dalej wymienione są stany i typowe objawy przedmiotowe i podmiotowe, które mogą wystąpić u chorych na WM – w zależności od nasilenia, mogą wskazywać na potrzebę leczenia. Należy zaznaczyć, że kilka z tych objawów przedmiotowych i podmiotowych jest powiązanych z innymi chorobami i nie powinno się od razu przyjmować, że WM jest jedynym powodem.

Anemia – zmniejszona produkcja czerwonych krwinek, które transportują tlen z płuc do tkanek. Mimo że anemia ma wiele przyczyn, jest najczęstszym przejawem naciekania komórek limfoplazmatycznych w szpiku kostnym, a jej objawy często inicjują proces prowadzący do diagnozy WM. Do tych symptomów należą bladość, osłabienie, zmęczenie, uczucie oszołomienia, palpacja serca i trudności w oddychaniu.

Limfadenopatia, splenomegalia i hepatomegalia – powiększenie odpowiednio węzłów chłonnych, śledziony i wątroby. Jeżeli powiększenie nie jest znaczące, zazwyczaj jest to niezauważane.

Zespół nadlepkości krwi – zwiększone zagęszczenie krwi, czego powodem w WM jest podwyższony poziom IgM. Do objawów przedmiotowych lub podmiotowych zespołu nadlepkości krwi należą: przewlekłe krwawienie z nosa, dziąseł i rzadziej z przewodu pokarmowego; bóle głowy; dzwonienie w uszach; zawroty głowy; problemy z koordynacją lub równowagą, upośledzenie słuchu; rozmyty obraz lub utrata widzenia; rozszerzone naczynia w siatkówce o kształcie kielbasy; oraz opuchlizna tarczy nerwu wzrokowego znajdującego się z tyłu oka. W cięższych przypadkach mogą wystąpić problemy z sercem, senność, osłupienie i śpiączka. Objawy zespołu nadlepkości krwi najczęściej pojawiają się przy stężeniu IgM wyższym niż 4000 mg/dl. Jednakże, przy takich stężeniach nie należy koniecznie zakładać zespołu nadlepkości, gdyż występuje znaczne zróżnicowanie w ilości IgM, które wywołują zespół nadlepkości jako jednostki.

Objawy ogólnoustrojowe (zwane również objawami B) – należą do nich nawracające gorączki, nocne pocenie się, utrata masy ciała i zmęczenie.

Neuropatia obwodowa – charakteryzująca się uczuciem drętwienia, mrowienia, pieczenia lub klucia, które najczęściej są najpierw odczuwane w stopach. Te odczucia są zwykle symetryczne, wpływają na obydwie stopy jednocześnie i powoli przechodzą do kolan, dłoni i ramion. Może też prowadzić do osłabienia nóg i rąk. Neuropatia obwodowa występuje u około 25% chorych na WM i może pojawić się, ponieważ monoklonalny IgM namierza wybrane części nerwów, tym samym wpływając na przewodnictwo nerwowe. Może być również spowodowane leczeniem zawierającym bortezomib, talidomid lub inne środki neurotoksyczne.

Choroba zimnych aglutynin – charakteryzuje ją obecność wysokiego stężenia krążących przeciwciał skierowanych przeciwko czerwonym krwinkom. Przeciwciała zazwyczaj łączą się z komórkami przy niskiej temperaturze ciała i mogą prowadzić do niedokrwistości hemolitycznej (niszczenia czerwonych krwinek). Objawy przedmiotowe i podmiotowe różnią się w zależności od nasilenia choroby i mogą do nich należeć bolące palce dłoni i stóp przy kontakcie z zimnem, niedokrwistość, zmęczenie, trudności w oddychaniu, żółtaczka, choroba Raynauda (białość palców dłoni i palców stóp, nosa i/lub uszu) przy oziębieniu i ciemnym kolorze moczu wywołanym obecnością hemoglobiny.

Krioglobulinemia – stan, w którym krążąca IgM ma właściwości krioglobuliny, która jest białkiem wyzwalanym przy niskiej temperaturze organizmu. Kiedy stężenie IgM osiąga wysokie poziomy, wyzwolone przeciwciała fizycznie blokują mniejsze naczynia krwionośne prowadząc do zmiany koloru na niebieski palców dłoni i palców stóp przy niskiej temperaturze; choroba Raynauda; purpura (skazy skórne koloru fioletowego); i krwawienie,

wrzody oraz gangrena palców dłoni i palców stóp, nosa i uszu.

Trombocytopenia – obniżona produkcja płytek krwi, które są ważne przy krzepnięciu krwi. Do typowych objawów należą krwawienie, zwykle z dziąseł i nosa, płaskie punktowe przebarwienia skórne zwane wybroczynami oraz tendencja do powstawania siniaków.

Amyloidoza – grupa rzadkich chorób wywoływanych obecnością nietypowego białka zwanego amyloidem w różnych tkankach i organach organizmu. Białko amyloidowe tworzy włókna, które mogą uszkodzić te części ciała lub uniemożliwić ich normalne funkcjonowanie. Białko może być złożone w jednym obszarze lub w całym organizmie. Do najczęściej objętych tkanek lub organów należą nerki, serce, układ pokarmowy, nerwy obwodowe i wątroba. Objawy mogą różnić się w zależności od tkanek i organów w których znajdują się nietypowe złoży włókien. Objawy przedmiotowe i podmiotowe mogą być niejasne i należą do nich osłabienie, zmęczenie, utrata masy ciała, trudności w oddychaniu, nietypowe odczucia na stopach, powiększona wątroba i/lub śledziona, krwawienia podskórne lub niedokrwistość. Do bardziej szczegółowych objawów przedmiotowych i podmiotowych można zaliczyć opuchnięcie kończyn, powiększony język, zespół cieśni nadgarstka, upośledzenie wchłaniania pokarmu, zgrubienie skóry, nieokreślona niewydolność serca i nieokreślona niewydolność nerek.

Zespół Binga-Neela – charakteryzuje się zajęciem komórek limfoplazmatycznych lub IgM w ośrodkowym układzie nerwowym (mózg i rdzeń kręgowy). Jest to bardzo rzadki stan, który może prowadzić do pogorszenia stanu psychicznego, dezorientacji, zaburzeń widzenia, skłonności do irytacji, zmian osobowości, drgawek i śpiączki.

Inne objawy przedmiotowe i podmiotowe – nawracające infekcje, głównie zatok i górnych dróg oddechowych, mogą pojawiać się częściej u chorych na WM niż w populacji zdrowych osób. Czasami komórki limfoplazmatyczne WM będą zajmować płuca i tworzyć masy lub wysięki opłucnowe (płyn w klatce piersiowej). Rzadko dochodzi do zajęcia nerek i zmian kostnych. U niektórych chorych może wystąpić wysypka lub pokrzywka, a rzadko komórki limfoplazmatyczne mogą zajmować skórę. Niewielka część chorych może wykazywać masy komórek WM w różnych częściach organizmu, np. w kończynach, kręgosłupie, klatce piersiowej i oczodole.

Powszechne badania medyczne wykorzystywane do diagnozy i monitorowania choroby

Badanie fizykalne jest procesem podczas, którego pracownik służby zdrowia bada ciało pacjenta pod kątem objawów choroby. Następuje on po przeprowadzeniu wywiadu medycznego, który zawiera opis objawów doświadczanych przez chorego, a także pytań dotyczących obecnego i przeszłego stanu zdrowia pacjenta.

Częstotliwość badań fizykalnych mających na celu monitorowanie choroby po diagnozie zależy od stanu choroby. Chorzy na wczesnym etapie WM, których stan jest stabilny nie muszą chodzić na wizyty u hematologa-onkologa częściej niż raz lub dwa razy w roku. Chorzy dopiero co zdiagnozowani lub chorzy z postępującą chorobą będą monitorowani z częstszymi przerwami, zapewne co 2-3 miesiące. Chorzy objęci leczeniem mogą być monitorowani nawet częściej (zapewne co tydzień), ze względu na skutki uboczne, które powinny być rozpoznane wcześniej w celu skutecznej kontroli.

W celu zdiagnozowania WM wykonywane są różne badania. Wiele z tych samych badań jest wykonywanych w celu monitorowania stanu choroby przed, w trakcie i po leczeniu.

Biopsja szpiku kostnego – biopsja szpiku kostnego (ang. BMB) jest ostatecznym badaniem potwierdzającym diagnozę WM. Jest to konieczne do ustalenia diagnozy i rzadko wykorzystywane do monitorowania choroby. Ta procedura może być wykonywana w gabinecie lekarskim lub monitorowanym pomieszczeniu (np. w szpitalu) w znieczuleniu miejscowym lub lekkiej sedacji. Próbką jest często pobierana dużą igłą z kości biodrowej tylnej, przy czym w niektórych przypadkach może być pobierana z mostka lub innych kości. Podczas zabiegu może być pobrana zarówno płynna próbka szpiku kostnego (biopsja aspiracyjna szpiku kostnego), jak i stała próbka szpiku (biopsja szpiku kostnego).

Patolog bada komórki szpiku kostnego pod mikroskopem i może poprosić o wykonanie dodatkowych badań z dodatkowymi barwieniami, cytometrię przepływową, metody łańcuchowej reakcji polimerazy, sekwencjonowanie genomów lub badanie FISH w celu dalszej identyfikacji rodzaju obecnych komórek nowotworowych. W WM patolog odnotuje zwiększoną ilość komórek limfoplazmatycznych (które mają cechy zarówno komórek limfocytowych i osocza) i ustala ilość nacieków tych komórek na szpik kostny. Zbada on również stan szpiku i czy jest zdolny do tworzenia wystarczającej liczby normalnych krwinek.

Pomimo sedacji, pacjent może odczuwać chwilowy dyskomfort podczas zabiegu i ból w miejscu biopsji, kiedy znieczulenie przestanie działać. Większość pacjentów może wrócić do domu bezpośrednio po zabiegu.

Jednym z podstawowych sposobów oceny stanu zdrowia chorego na WM są okresowe badania krwi. Do najczęstszych badań należą morfologia krwi (ang. CBC), podstawowe badanie biochemiczne (ang. CMP) i immunoglobuliny. Pozostałe badania podane poniżej mogą być wykonywane w miarę potrzeb.

Morfologia krwi – to badanie mierzy stężenie białych i czerwonych krwinek oraz płytek krwi i zapewnia inne użyteczne informacje o strukturze tych komórek. Badanie określa również ilość hemoglobiny we krwi. Hemoglobina jest cząsteczką w czerwonych krwinkach odpowiedzialną za transport tlenu w organizmie. U chorych na WM, liczba czerwonych krwinek i hemoglobina może być niższa niż normalnie co prowadzi do niedokrwistości. Jest to jeden z najczęstszych stanów występujący u chorych na WM i często prowadzi do konieczności leczenia.

Podstawowe badanie biochemiczne – to badanie zapewnia ogólny obraz równowagi chemicznej i metabolizmu organizmu. Za pomocą tego badania mierzony jest poziom albuminy we krwi, azotu mocznika, wapnia, dwutlenku węgla, chlorku, kreatyniny, glukozy, potasu, sodu, bilirubiny całkowitej, białka całkowitego i enzymów wątrobowych (aminotransferaza alaninowa, fosfataza alkaliczna i aminotransferaza asparaginianowa).

Immunoglobuliny – to przeciwciała (białka) produkowane przez organizm w celu walki z infekcją. Immunoglobulina M (IgM) jest nadmiernie produkowana przez komórki nowotworowe WM i jest jednym z najpowszechniejszych markerów używanym do diagnozy i monitorowania choroby. Inne immunoglobuliny, takie jak IgG i IgA są często niższe niż normalnie u chorych na WM, co może zwiększać ryzyko infekcji.

Badania obrazowe – rtg, tomografia komputerowa, MRI, badania ultrasonografem i PET mogą być użyteczne w diagnozie i monitorowaniu choroby, zwłaszcza gdy chorzy mają powiększone węzły chłonne lub śledzionę lub gdy istnieje podejrzenie nacieku komórek WM na inne części ciała.

Oftalmoskopia po rozszerzeniu źrenicy – zalecana dla chorych na WM przynajmniej raz w roku. Należy ją wykonywać częściej, jeżeli występuje rozmyty obraz, utrata widzenia lub podejrzewany jest zespół nadlepkości (nadmierne zagęszczanie krwi). Zalecana jest wizyta u okulisty mającego wiedzę o WM i wpływie tej choroby na oczy.

Leczenie i skutki uboczne

Chorzy na WM powinni być leczeni, kiedy pojawiają się objawy, a nie wyłącznie na podstawie wyniku badań krwi. Dlatego należy rozważyć nie tylko leczenie wstępne (pierwsza linia), ale również leczenie poprzedzające nawrót choroby, nazywane leczeniem ratującym. Wiele terapii ma toksyczne skutki uboczne, a leczenie chorych u których nie pojawiły się jeszcze objawy może potencjalnie mieć niekorzystny wpływ na życie i zdrowie.

Ibrutinib jest lekiem zatwierdzonym do leczenia makroglobulinemii Waldenstroma przez amerykańską Agencję Żywności i Leków (ang. FDA), Komisję Europejską i Health Canada. Przed uzyskaniem pozwolenia, większość terapii leczenia WM została zatwierdzona do leczenia podobnych nowotworów, takich jak chłoniak grudkowy, przewlekła białaczka limfatyczna i szpiczak mnogi. Po tym jak po Fazie 1 i Fazie 2 badań klinicznych ustalono, że te metody leczenia mają wystarczający profil bezpieczeństwa i były skuteczne dla chorych na WM, przepisano je do stosowania „poza wskazaniami” w WM. Użycie metody „poza wskazaniami” jest nadal praktykowane.

Nie ma jednego standardu leczenia WM. Dostępnych jest wiele opcji leczenia dla chorych na WM, natomiast pełna dyskusja na temat każdej z nich wykracza poza ten arkusz informacji. Obecnie do dostępnych opcji leczenia należy jedna lub więcej z następujących:

- **chemioterapia** środkami alkilującymi, takimi jak chlorambucyl, cyklofosfamid i bendamustyna lub analogami nukleozydowymi takimi jak fludarabina i kladrybina;
- **kortykosteroidy**, w tym prednizon i deksametazon;
- **terapia biologiczna** przeciwciałami monoklonalnymi, takimi jak rytuksymab, ofatumumab i obinutuzumab;
- **leki immunomodulujące**, w tym talidomid i lenalidomid;
- **inhibitory proteazomu**, takie jak bortezomib, carfilzomib i icksazomib;
- **terapię celowaną** na komórki B na szlaku sygnalizującym, w tym Imbruvica i everolimus;
- **terapię wspierającą**, takie jak transfuzje lub czynniki wzrostu pobudzające produkcję czerwonych krwinek, białych krwinek i płytek krwi;
- **zabiegi chirurgiczne i inne**, w tym splenektomia (chirurgiczne usunięcie śledziony), plazmafereza usuwająca IgM, celowana radioterapia obniżająca rozmiar węzłów chłonnych i transplantacja komórek macierzystych.

Testowane są nowsze terapie celowane (w tym wenetoklaks, akalabrutynib i BGB-3111) i kombinacje tych leków ze starszymi terapiami mogą być wkrótce dołączone do zasobów terapii.

Podczas wyboru metody leczenia chory na WM może chcieć poprosić swojego hematologa-onkologa o konsultację z ekspertem w zakresie WM w większym ośrodku medycznym, w celu otrzymania dodatkowej opinii o konieczności leczenia i innych dostępnych opcjach leczenia. Może być to bardzo pomocne, ponieważ niewielu hematologów-onkologów ma doświadczenie z taką rzadką chorobą jak WM.

Starsze, ustalone metody leczenia są nadal odpowiednie dla chorych na WM. Mimo że Imbruvica, lek doustny,

który jest celowany w przejście kinazy tyrozynowej Brutona (BTK) we wzroście i rozwoju komórki B, jest ważnym krokiem naprzód w leczeniu, lecz nie jest lekiem na WM i nie działa na każdego.

Lek może być podawany doustnie, przez zastrzyk domięśniowo lub podskórnym lub w postaci infuzji dożylną w ambulatorium lub w domu. Niektóre terapie wymagają przyjęcia pewnych leków dzień przed lub w dniu leczenia w celu zminimalizowania związanych z nimi skutków ubocznych. Tradycyjnie, leczenie może odbywać się w cyklach, które mogą trwać od kilku tygodni do miesięcy w zależności od wybranego przebiegu terapii. Nie jest rzadkie rozpoczęcia cyklu terapii, a następnie czekanie tydzień lub miesiąc przed rozpoczęciem kolejnego etapu leczenia. Niektóre z nowszych terapii doustnych, takie jak Imbruvica wymagają codziennej dawki zanim nastąpią objawy nawrotu lub poważnej toksyczności.

Nawrót lub ponowne wystąpienie objawów po leczeniu pojawiają się, kiedy wartości laboratoryjne i fizyczne objawy przedmiotowe i podmiotowe zaczynają wykazywać negatywną tendencję. Te objawy przedmiotowe i podmiotowe mogą być podobne do tych, które doprowadziły do leczenia początkowego. W tym miejscu, chorzy i ich hematolodzy-onkolodzy stają przed wyborem kolejnego właściwego działania, kontynuacji okresowego monitorowania lub ponownego leczenia.

Nasilenie objawów, ogólny stan zdrowia, jakość życia i staranie się o transplantację komórek macierzystych będą decydowały o tym, kiedy ponownie rozpocząć leczenie. Należy postawić sobie pytanie: Które leczenie wybrać? W zasadzie jeżeli chory miał dobre wyniki podczas wcześniejszego leczenia, które doprowadziły do znaczącego okresu zmian (2 lata lub więcej) to powtórzenie tego samego leczenia może być odpowiednie. Jeżeli wcześniejsze leczenie nie było skuteczne lub okres zmian był krótki, wskazany jest inny rodzaj terapii.

IWMF zachęca chorych do rozważenia uczestnictwa w badaniach klinicznych, jeżeli zastanawiają się nad leczeniem. Informacje o dostępnych badaniach klinicznych można znaleźć na stronie rządu amerykańskiego pod adresem www.clinicaltrials.gov.

Większość metod leczenia WM wiąże się ze skutkami ubocznymi, do których można zaliczyć jedno lub więcej z następujących: nudności lub wymioty, zaparcia, biegunka, niski poziom krwinek, wypadanie włosów, zmęczenie, reakcja na wlew, zwiększone ryzyko infekcji i neuropatia.

Pacjenci objęci leczeniem powinni poprosić o informację na piśmie na temat możliwych skutków ubocznych i sposoby radzenia sobie z nimi. Terapie wspomagające pomagają radzić sobie z tymi skutkami ubocznymi. Pacjenci powinni przedyskutować ze swoim zespołem opieki zdrowotnej wszelkie zmiany w objawach lub możliwe skutki uboczne, nawet gdy nie są pewni czy problem dotyczy leczenia.

Ostatnie odkrycia

Badania nad genetyką WM wykonały duży krok naprzód w 2011 roku wraz z odkryciem jednej mutacji w genie nazwanej MYD88 z częstością występowania 90% lub więcej u chorych na WM. Był to pierwszy raz, kiedy cały genom lub pełen zestaw DNA chorych na WM został sekwencjonowany w celu określenia genów obecnych w komórkach nowotworu, a nie widocznych w komórkach normalnych. Te samo badanie pokazało, że mutacja MYD88, oznaczona MYD88 L265P nie była aż tak dominująca w innych rodzajach chłoniaków ani szpiczakach mnogich. Następne badania kontrolne badaczy WM na całym świecie potwierdziły te odkrycia.

Mimo że nie jest jeszcze znana dokładna rola mutacji MYD88 w rozwoju i postępie WM, badacze kontynuują

badania wpływów mutacji na złożone kaskady szlaków komórkowych i jak te szlaki mogą wpływać na wzrost i proliferację komórek WM. Amerykańska organizacja National Comprehensive Cancer Network (NCCN) niedawno zaktualizowała swoje wytyczne dla WM w celu włączenia badania AS-PCR wykrywającego MYD88 L265P w komórkach szpiku kostnego u chorych z podejrzeniem oraz określiła badanie jako wymagane do diagnozy WM.

Kilka innych mutacji genetycznych wygląda na powszechne u chorych z WM, lecz nie w zakresie mutacji MYD88 L265P. Jedną z takich grup mutacji pojawia się w genie CXCR4 z częstością występowania około 30%. Badania sugerują, że takie mutacje prowadzą do znaczącego wzrostu guza i rozprzestrzeniania się na organy pozaszpikowe, prowadząc do progresji choroby i mniej sprzyjającego rokowania.

Fundacja IWMF odgrywa główną rolę w finansowaniu ostatnich badań genetycznych i zamierza rozszerzyć swoją rolę w badaniu w najbliższej przyszłości. Od jej założenia w 1998 roku fundacja IWMF zebrała ponad 12,2 milionów dolarów na badania i zbudowała silne relacje z wieloma instytucjami w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i w innych krajach. Wszystkie potencjalne projekty badawcze finansowane przez IWMF są sprawdzane przez niezależny komitet, do którego należą członkowie prestiżowego Naukowego Komitetu Doradczego (ang. SAC), pod przewodnictwem dr n. med. Stephena M. Ansell z kliniki Mayo. Ten komitet przekazuje badaczom opinie i rekomenduje najbardziej obiecujące projekty badawcze Radzie Naukowej IWMF do rozpatrzenia ich finansowania.

W 2014 roku Fundacja zdecydowała, iż już najwyższa pora na aktualizację strategii badawczej i namówienia do współpracy wielu głównych graczy w społeczności badawczej WM. W tym celu IWMF współpracowała z organizacją Leukemia & Lymphoma Society (LLS), aby sponsorować konferencję o programie badań strategicznych w maju 2015 roku. W konferencji uczestniczyło wielu badaczy WM i doprowadzono do zidentyfikowania czterech kluczowych obszarów, gdzie potrzebne są wyężone badania:

- **Genomika i epigenomika** – genetyczne podstawy niezmutowanego MYD88 (zwanego również typem dzikim) choroby pozostają nieznanymi, a priorytetem powinno być użycie ulepszonych technik sekwencjonowania genetycznego w celu określenia podstawy. Epigenom składa się z związków chemicznych i białek, które mogą przyłączyć się do DNA i włączyć lub wyłączyć geny, tym samym kontrolując produkcję białek w komórkach. Epigenom przeszedł szczegółowe badania w innych nowotworach złośliwych komórek B. Szczegółowa analiza epigenomu komórek WM, których status MYD88 i CXCR4 jest znany dostarczy informacji o potencjalnych celach terapeutycznych.
- **Sygnalizacja** – konieczne jest przeprowadzenie badań w celu identyfikacji sygnalizujących szlaków i białek znajdujących się poniżej ścieżki powiązanych ze zmutowanym MYD88 i zmutowanym CXCR4 w celu rozwinięcia przyszłego leczenia WM.
- **Immunoterapia** – mechanizm, w którym własny układ odpornościowy chorych na WM może być wykorzystany lub uruchomiony do rozpoznania i zaatakowania szkodliwych komórek WM pozostaje nieznanymi. Badanie mające pomóc w zrozumieniu biologii reakcji odpornościowej w WM jest niezmiernie ważne.
- **Mikrośrodowisko szpiku kostnego/guza** – ukierunkowane badanie wymaga udziału mikrośrodowiska szpiku kostnego i guza („sąsiedztwa” komórek WM) w wspieraniu wzrostu komórek nowotworu złośliwego w WM. Konieczne są badania, aby lepiej scharakteryzować składniki mikrośrodowiska, a także jego wkład w progresję choroby i oporność na leczenie.

Rozpoczęta w 2015 roku i kontynuowana do teraz prośba o przedstawienie propozycji zgodnie z wytycznymi Programu badań jest wysyłana corocznie do prawie 300 badaczy, sfinansowano także wiele ważnych oraz obiecujących propozycji.

Przeżywalność

Rozwinięcie sposobów leczenia WM doprowadziło do wydłużenia długości życia chorych. Niektórzy pacjenci doświadczają długotrwałego działania leczenia, a inni kontynuują powstrzymywanie choroby trwającymi terapiami. Dłuższe życie z WM stwarza nowe wyzwania – radzenie sobie z długotrwałymi skutkami ubocznymi związanymi z leczeniem (zmęczenie, zwiększone ryzyko infekcji, neuropatia, chemia mózgu itp.) i problemami sfery emocjonalnej, społecznej, zawodowej i finansowej.

Maksymalizacja jakości życia podczas walki z WM jest kluczem do ogólnego zdrowia i wymaga aktywnego udziału chorego na WM, opiekuna i pracowników opieki zdrowotnej. Do istotnych obszarów docelowych można zaliczyć zdrowy styl życia (odżywianie, aktywność fizyczna, odpoczynek itp.), system wsparcia, doradztwo, przeciwdziałanie bólowi i wykorzystanie zasobów finansowych/pracowniczych. Celem nadrzędnym nie jest przetrwanie, a rozwój w zakresie indywidualnego doświadczenia z WM.

O International Waldenstrom's Macroglobulinemia Foundation (IWMF)

International Waldenstrom's Macroglobulinemia Foundation (IWMF) założona przez chorych i prowadzona przez wolontariuszy jest organizacją non-profit zgodnie z 501(c)(3), której misją jest: Oferowanie wzajemnego wsparcia społeczności makroglobulinemii Waldenstroma i innym zainteresowanym chorobą; przekazywanie informacji i programów edukacyjnych, które dotyczą problemów pacjentów oraz promowanie i wspieranie badań mających usprawnić leczenie i stworzyć lek.

IWMF i jej międzynarodowe podmioty powiązane świadczą szeroką spektrum usług mających na celu pomoc chorym i ich opiekunom w zrozumieniu i radzenia sobie z chorobą. Do sieci należą grupy wsparcia, internetowe fora dyskusyjne, wsparcie telefoniczne i elektroniczne prowadzone przez wolontariuszy LIFELINE i kwartalnik *IWMF Torch*.

Chorym i pracownikom służby zdrowia oferujemy pakiety informacyjne (Info Paks), które stworzono w celu przekazania czytelnych informacji o WM i członkostwie w IWMF. Info Paks są dostępne bezpłatnie i można je natychmiast pobrać z naszej strony internetowej lub przesłać pocztą na żądanie za pośrednictwem naszej strony internetowej lub naszego biura.

Zachęcamy chorych na WM i ich opiekunów do wzięcia udziału w corocznym Forum edukacyjnym, które zapewnia wyjątkową szansę na poznanie najnowszych badań i sposób leczenia WM. Jest to także znakomity sposób na nawiązanie kontaktu z innymi chorymi. Forum edukacyjne odbywa się co roku na wiosnę w różnych regionach Stanów Zjednoczonych. Niektóre z naszych podmiotów powiązanych organizowały okresowe fora edukacyjne dla wybranych krajów.

Aby uzyskać więcej informacji o makroglobulinemii Waldenstroma i tych oraz innych usługach oferowanych przez IWMF, odwiedź stronę www.iwmf.com. Nasze międzynarodowe podmioty powiązane i ich strony

internetowe/informacje kontaktowe można znaleźć pod adresem www.iwmf.com/about-us/international-affiliates.

Aby kontynuować swoją misję, IWMF zależne jest od dotacji. Dziękujemy za wsparcie. Biuro fundacji znajduje się pod adresem 6144 Clark Center, Ave., Sarasota, FL 34238. Z biurem można skontaktować się telefonicznie pod numerem 941-927-4963, lub faksem 941-927-4467, lub drogą elektroniczną pod adresem info@iwmf.com.

Podziękowania

IWMF wyraża wdzięczność dla dr Roberta A. Kyle z kliniki Mayo w Rochester w stanie Minnesota za medyczną opinię o tej publikacji.

Sfinansowane przez dotację od Pharmacyclics LLC, An AbbVie Company i Janssen Biotech, Inc.



Przedstawione tu informacje są przeznaczone wyłącznie do zastosowań edukacyjnych. Nie powinny być traktowane jako zamiennik specjalistycznej porady medycznej. Chorzy powinni korzystać z udzielonych informacji w pełnej konsultacji i pod opieką profesjonalnego lekarza specjalisty z doświadczeniem w leczeniu WM. Odradzamy chorym korzystania z jakichkolwiek informacji zawartych w niniejszym dokumencie bez ujawniania ich lekarzowi.

Prawo autorskie The International Waldenstrom's Macroglobulinemia Foundation

Luty 2018