

A close-up photograph of a person's shoulder and neck area. The skin is fair and covered with numerous small, light brown freckles. A single, larger, dark brown mole is visible on the lower right side of the shoulder. The person's chin and lower lip are visible at the top of the frame. The background is a soft, out-of-focus light blue.

Ādas melanomas pacienta ABC

Celvedis slimības
ārstēšanā un profilaksē

Izdevumu ir veidojusi melanomas pacientu atbalsta biedrība



Mēs, melanomas pacienti, kas ikdienā esam cieši saistīti ar šo smago, nopietno diagnozi, vislabāk zinām, cik grūti slimībā ir būt vienam. Cik daudz ir baiļu, šaubu, nedrošības, pat izmisuma. Zinām, cik grūti brīdī, kad rodas aizdomas par ļaundabīgu slimību, ir atrast uzticamus informācijas avotus un uzzināt būtiskāko – kā pareizi

veikt diagnostiku, kāda ārstēšana vajadzīga, kādas ir prognozes un kā sadzīvot ar slimību turpmāk. Tāpēc šajā melanomas pacienta ceļvedī esam apkopojuši, mūsaprāt, svarīgāko un aktuālāko informāciju, kas palīdzēs izprast slimību un izvēlēties labāko pieejamo diagnostiku, ārstēšanu un aprūpi atbilstoši audzēja veidam un stadijai.

Saturs

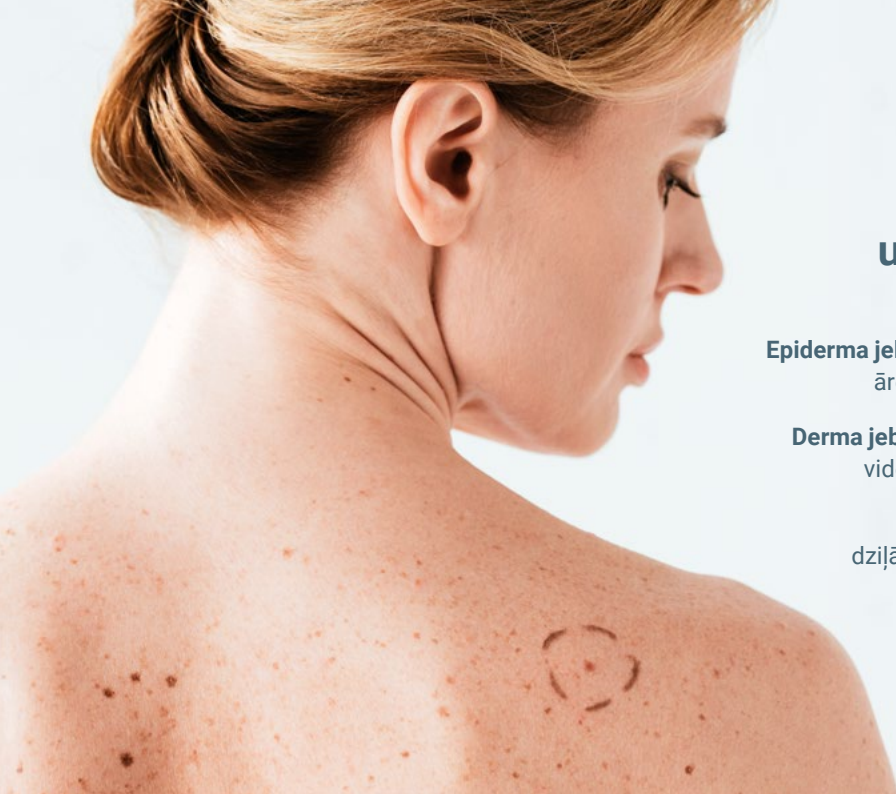
Kas ir melanoma?	3
Cēloņi, riska faktori, novēršana	7
Diagnostika, stadijas	11
Ārstēšana	16
Pēc ārstēšanas	21



Kas ir melanoma?

Melanoma ir vēža forma, kas sākas melanocītos – šūnās, kuras veido pigmentu melanīnu, kas piešķir ādai tās dabīgo krāsu. Melanoma visbiežāk veidojas uz ādas, kā arī citos audos, kur ir melanocīti, piemēram, acīs, zarnās, gļotādā, naga pamatnē vai uz pēdām un plaukstām.

Ādas melanomas visbiežākā pazīme ir jauna ādas veidojuma parādīšanās vai izmaiņas esošajās dzimumzīmēs.



Ādas uzbūve

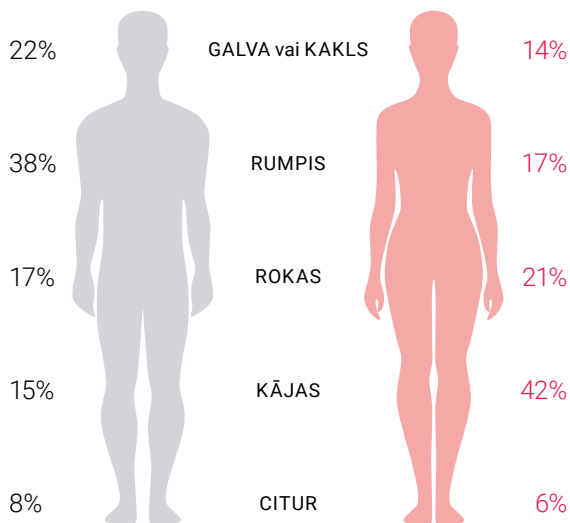
Epiderma jeb virsāda –
ārējais slānis

Derma jeb īstā āda –
vidējais slānis

Zemāda –
dziļākais slānis

Kur var veidoties melanoma?

Melanoma ir bīstamākais un agresīvākais ādas vēža veids ar augstu mirstību. Tās izplatība pasaulē un arī Latvijā pieaug. Latvijā ik gadu melanomu atklāj vairāk nekā 200 cilvēkiem, aptuveni 80 cilvēku gadā mirst, liecina SPKC dati.



Avots: Cancer Research UK

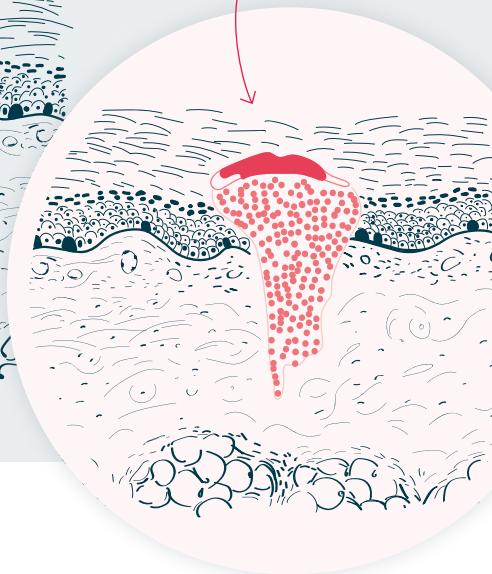
PIGMENTŠŪNAS
jeb MELANOCĪTI

EPIDERMA

DERMA

ZEMĀDA

MELANOMAS
ŠŪNAS
IEAUG ĀDAS
DZILĀKAJOS
SLĀŅOS



Kā veidojas melanoma?

Melanoma veidojas no melanocītiem – šūnām epidermā (viršādā), kurās ir notikusi mutācija, tāpēc tās aug un dalās ātrāk, nekā tām vajadzētu.

Melanomas gadījumā melanocīti izplatās uz tuvākajiem ādas slāņiem (sk. attēlu).

Sākumā melanomas šūnas aug virspusēji jeb horizontāli, taču vēlāk sāk izplatīties vertikāli, ieaugot ādas dziļākajos slāņos. Kad šāda izmaiņa, ļaundabīga šūna nonāk līdz

sīkajiem asinsvadiem vai limfvadiem, tā ar asinīm vai limfu var tikt aiznesta uz tālākiem orgāniem, kur sāk nekontrolēti vairoties. Šo procesu sauc par metastazēšanos, bet jaunveidojumus, kas izveidojas citur organismā, sauc par metastāzēm.

Ja melanomu atklāj ādas virsējā slānī kā labi norobežotu, seklu un mazu veidojumu, ir labas izredzes pilnībā izārstēties un iespēja, ka melanoma jebkad atgriezīsies, ir maza. Jo agrīnākā stadijā atklāj melanomu, jo labāka prognoze.

Melanomas tipi

Virspusējas izplatības melanoma

Visbiežākā no visām melanomām (aptuveni 70% gadījumu). Raksturīga samērā ilga virspusēja jeb horizontālā augšanas fāze, pēc kuras audzējs pamazām sāk augt vertikāli dziļāk ādā un, sasniedzot limfvadus un asinsvadus, rada izplatības jeb metastazēšanās risku. Raksturīgas nelīdzenas malas un nevienmērīga pigmentācija. Agrīnā attīstības posmā klasisko pazīmju nav.

Nodulārā jeb mezgļveida melanoma

Visagresīvākā no melanomas formām, sastopama aptuveni 15% gadījumu. Gandrīz nav horizontālās augšanas fāzes, jau no sākuma aug vertikāli dziļumā. Visbiežāk izskatās kā blīvs, piepacelts ādas veidojums, var būt ar neskaidru krāsu. Līdz pat 20% šo melanomu nav pigmenta, kas apgrūtina agrīnu diagnostiku.

Lentigo maligna melanoma

Raksturīga ļoti ilga horizontālās augšanas fāze. Var augt bez metastazēšanās gadiem, tāpēc to uzskata par vismazāk agresīvo melanomas formu. Visbiežāk konstatē veciem cilvēkiem, kas daudz strādājuši



ārā, uz ķermeņa daļām, kas pakļautas saulei, – sejas, apakšstilbiem, apakšdelmiem. Šo formu sastop vidēji 5% gadījumu.

Akrālā melanoma

Visbiežāk sāk augt zem nagiem, uz pēdām un plaukstām. Īsa horizontālās augšanas fāze, tāpēc to uzskata par agresīvāku nekā virspusējas izplatības melanoma, tomēr mazāk agresīvu par nodulāro melanomu. Salīdzinoši reta, un to biežāk konstatē cilvēkiem ar tumšu ādas krāsu.

BŪTISKI!

Lai sekmīgi ārstētu melanomu, svarīgi ir nepieļaut tās augšanu dziļumā. Atceries, ka melanoma neizzudīs un nepāries pati no sevis. Tāpēc pie ārsta jādodas nekavējoties, katra diena var glābt Tavu dzīvību.

Cēloņi, riska faktori, novērsana

Melanomas rašanās iemesls joprojām nav skaidrs. Parasti slimība rodas, kombinējoties vairākiem riska faktoriem, tajā skaitā arī vēl nezināmiem iemesliem. Galvenie riska faktori ir vecums, iedzimtība (gēnu mutācijas), vides kaitīgie faktori un nepareiza dzīvesveida riska faktori, kurus ir iespējams novērst.

Ultravioletais (UV) starojums

Galvenais ar melanomas attīstību saistītais vides risks ir UV starojums gan dabīgajā saules gaismā, gan solāriju un sauļošanās lampu mākslīgajā gaismā. UV starojums bojā ādas šūnu DNS, kā rezultātā šūnas var sākt nekontrolēti vairoties, radot melanomu.

Saule

Regulāra saules gaisma nelielos daudzumos organismam palīdz izstrādāt D vitamīnu, kas uztur zobu, kaulu un muskuļu veselību. Taču pārāk ilga atrašanās saulē, tostarp apdegot, paaugstina ādas vēža risku. Smagi saules apdegumi ar ādas čūlām, īpaši bērnībā, var paaugstināt melanomas risku dzīves laikā.



Solāriji

Solārijos tiek izmantots mākslīgais UV starojums, kas var bojāt ādas šūnu DNS, laika gaitā paaugstinot melanomas risku. Ir pierādīts, ka cilvēkiem, kas līdz 25 gadu vecumam bieži ir pakļauti UV starojumam, ir augstāks risks saslimt ar ādas vēzi dzīves laikā.



Esi īpaši piesardzīgs saulē, ja Tev ir:

- gaišs, bāls vai viegli brūngans ādas tonis;
- vasarraibumi, rudi vai gaiši mati;
- saulē drīzāk apdedz nekā nosauļojies;
- ir daudz dzimumzīmju (vairāk nekā 100);
- ir netipiski ādas veidojumi, lielāki par 5 mm diametrā;
- ir ar veselības stāvokli saistītas ādas problēmas;
- reti esi pakļauts spēcīgai saules gaismai, piemēram, atvaļinājuma laikā;
- dzīvo karstā klimatā, kur saule ir īpaši spēcīga;
- ģimenē ir bijuši ādas vēža gadījumi;
- ir pazemināta imunitāte.

Minētās pazīmes liecina, ka Tev vismaz reizi gadā ir jāapmeklē dermatologs vai cits ārsts (onkologs, ģimenes ārsts) ar pieredzi ādas veidojumu diagnostikā!

Kā atpazīt izmaiņas ādā?

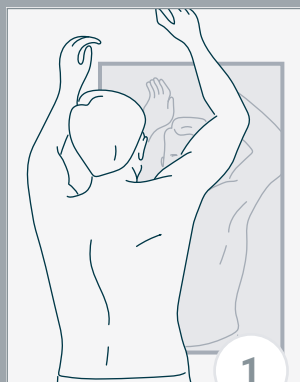
Regulāri veikta pašpārbaude var palīdzēt konstatēt ādas izmaiņas un laikus atklāt ādas vēzi. Vairākus cilti pieņemams veikt ādas pārbaudi reizi mēnesī, taču konsultējies ar savu ārstu, lai noskaidrotu, vai pārbaudes nav jāveic biežāk.

Sākotnēji var būt noderīgi veikt visa ķermeņa ādas pārbaudi pie ārsta, lai pārliecinātos, ka esošie ādas plankumi, vasarraibumi un dzimumzīmes ir normāli, un savlaicīgi sāktu ārstēt iespējamās novirzes.

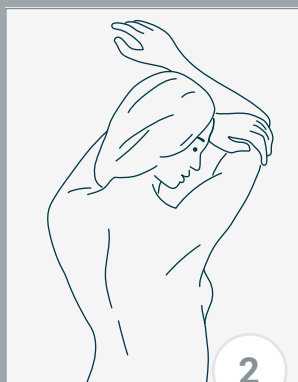
Kā veikt ādas pašpārbaudi?

Ādas pašpārbaude nozīmē apskatīt un aptaustīt visus veidojumus uz savas ādas – dzimumzīmes, vasarraibumus, vecuma plankumus. Atceries, ka dzimumzīmes var būt melnas, sarkanas vai pat zilas, vai bez pigmenta. Ja pamani jebkādas izmaiņas, vērsies pie dermatologa. Kad pašpārbaude kļūs ierasta un pazīsi katru savu ķermeņa veidojumu, tā aizņems ne vairāk kā desmit minūtes mēnesī. Tas ir būtisks ieguldījums savā veselībā.

Kā veikt pašpārbaudi?



Apskati savu ķermeni spoguļī no priekšas un no aizmugures, pēc tam ar paceltām rokām apskati labos un kreisos sānus.



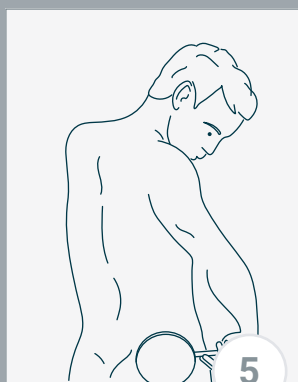
Saliec elkoņus, rūpīgi apskati apakšdelmu priekšpusi, augšdelmu iekšpusi un plaukstu.



Apskati kāju aizmuguri un pēdu virspusi, pirkstu starpas un pēdu apakšas.



Apskati kakla aizmuguri un skalpu, izmantojot rokas spoguļi. Pašķir un pacel matus ar pirkstiem.



Visbeidzot pārbaudi muguru un sēžas daļu, izmantojot rokas spoguļi. Lūdz palīdzību tuviniekiem.

Esi īpaši piesardzīgs ar jauniem ādas veidojumiem un tādiem, kam novēro jebkādas izmaiņas! Aizdomīgu pigmentācijas veidojumu atklāšanai izmanto ABCDE algoritmu un “neglītā pīlēna” principu.

Kā izmantot ABCDE algoritmu?

A (*Assimetry*) – asimetrija

Melanoma ir asimetrisks veidojums



B (*Border*) – robežas

Melanomai malas ir neregulas vai pat ievēlētas



C (*Colour*) – krāsa

Melanoma var būt daudzkrāsaina



D (*Diameter*) – diametrs

Melanoma bieži ir lielāka par 6 mm



E (*Evolving*) – evolūcija

Ādas veidojums mainās

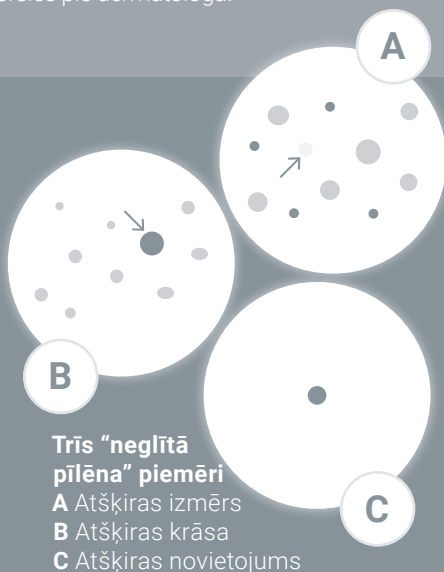


Papildus ABCDE kritērijiem tiek lietoti arī EFG kritēriji, kur E nozīmē piepacelts (*Elevated*), F – stingrs (*Firm*) un G – ātri augošs (*Growing rapidly*) veidojums. EFG kritēriji biežāk tiek konstatēti nodulārajām melanomām.

Ja pamani kādas no šīm brīdinājuma pazīmēm vai JAUNUS, IZMAINĪTUS vai NEPARASTUS un ATŠKIRĪGUS ādas veidojumus, nekavējoties vērsies pie dermatologa.

Kā izmantot “neglītā pīlēna” principu?

Šīs atpazīšanas stratēģijas pamatā ir novērojums, ka vairums dzimumzīmju ir savstarpēji līdzīgas, savukārt melanomas uz to fona izceļas kā “neglītie pīļēni”. Šie atšķirīgie vai atsevišķie veidojumi var būt lielāki, mazāki, gaišāki vai tumšāki salīdzinājumā ar apkārt esošajām pārējām dzimumzīmēm (sk. attēlu).





Diagnostika, stadijas

Melanomu parasti diagnosticē, ja pacients, tuvinieks vai ārsts ievērojis aizdomīgu dzimumzīmi. Tas var notikt gan skrīninga, gan ādas regulārās pārbaudes laikā.

Melanomas diagnostika

Klīniskā izmeklēšana

Ārsts iztaujā pacientu par iespējamiem riska faktoriem un aizdomīgās dzimumzīmes (vai dzimumzīmju) attīstību, ģimenes slimību vēsturi, īpaši par ādas vēža un melanomas gadījumiem tuviem radiniekiem. Tiek arī veikta aizdomīgās dzimumzīmes (vai dzimumzīmju) un visa ķermeņa ādas apskate, t.sk. ārsts aplūko galvas mataino

daļu, ieskatās mutē, izpēta roku un kāju nagus. Esi gatavs izģērbties!

Dermatoskopija

Šajā pārbaudē tiek izmantota neliela ierīce – dermaskops jeb dermatoskops – ādas veidojumu izgaismošanai un pietuvinātai apskatei. Dermatoskopa izmantošana būtiski uzlabo agrīno diagnostiku, jo daudz agrāk ļauj pamanīt aizdomīgus veidojumus, kurus ar neapbruņotu aci grūti atšķirt no parastās dzimumzīmes. Dermatoskopijā ļoti liela nozīme ir ārsta praktiskajai pieredzei.

Digitālās tehnoloģijas un mākslīgais intelekts

Mūsdienu tehnoloģijas palīdz ārstam atklāt melanomu daudz agrāk, pirms tai parādās klasiskās, ar neapbruņotu aci vai dermatoskopu redzamās pazīmes, un ilgtermiņā sekot līdzī pārmaiņām ādas veidojumos. Īpaši svarīga jauno tehnoloģiju izmantošana ir augsta riska pacientiem un tiem, kuriem ir daudz atpisku jeb atšķirīgu ādas veidojumu.



- apzīmēta anatomiskā vieta;
- melanomas tips;
- biezums milimetros, līdz precizitātei viena zīme aiz komata – to sauc par audzēja biezumu pēc Breslova (*Breslow*);
- mikrosatelīti;

Biopsija

Ja dermatoskopijas laikā ārsts izlemj, ka ādas veidojums ir aizdomīgs, tiek veikta neliela operācija un visu veidojumu izņem ar 1–2 mm šaurām atkāpēm. Šo procesu sauc par ekscīzijas biopsiju. Parasti to veic ķirurgs vai dermatologs, kas specializējies ādas veidojumu ķirurģisko manipulāciju veikšanā. Melanomas gadījumā veidojuma biezums ir ļoti svarīgs precīzai stadijas noteikšanai. Ekscīzijas biopsija parasti notiek vietējā anestēzijā, un lielākajai daļai pacientu nav nepieciešama darbnespējas lapa. Šis ir ārkārtīgi nozīmīgs melanomas diagnostikas posms, tāpēc svarīgi to izdarīt savlaicīgi un pareizi.

Histoloģiskā izmeklēšana

Pēc aizdomīgā veidojuma izņemšanas izgrieztais ādas gabaliņš tiek nosūtīts uz

Minimālie parametri, kas jāiekļauj histoloģijas laboratorijas pārskatā:

- izčūlojums – ir vai nav;
- griezuma līniju apraksts (vai nav palikušas neizgrieztas audzēja šūnas, cik mm atkāpes);
- regresijas pazīmes un mitožu skaits;
- limfovaskulārā un perineirālā invāzija;
- apkārtējo audu saules bojājumi.

histoloģijas laboratoriju. Tur to apstrādā un aplūko mikroskopā. Ir ļoti svarīgi, ka šo darbu veic ārsti – patologi, kuriem ir pieredze ādas veidojumu diagnostikā.

Sargmezglu biopsija

Kad ādas veidojuma biopsija ir veikta un ir diagnosticēta melanoma, nākamais solis ir noskaidrot, vai melanoma nav izplatījusies ārpus sākotnējā audzēja vai vietējiem audiem. To dara, izpētot sargmezglu – tas ir limfmezgls, uz kuru plūst limfa no tās vietas, kur konstatēta melanoma. Melanomas šūnu klātbūtne vai neesamība limfmezglos ir viens no vissvarīgākajiem prognostiskajiem faktoriem, jo norāda, kā melanoma varētu attīstīties nākotnē, kā arī to, kāda veida ārstēšana būs nepieciešama.

BŪTISKI!

Sargmezglu biopsija jāpiedāvā visiem pacientiem, kuriem melanoma ir biezāka par 0,8 mm. Sargmezglu biopsija tiek veikta, lai precizētu slimības stadiju. Pacientam ir tiesības no tās atteikties. Jāatceras: ja sargmezglu biopsija netiek veikta vai veikta novēloti, kad jau ir izmainījusies limfas plūsma, nav iespējams noskaidrot, vai pacientam ir pirmā/otrā vai trešā melanomas stadija.

Sargmezglu biopsiju veic slimnīcā, un tai ir divas daļas – radioloģiskā un ķirurģiskā. Vispirms veidojuma apvidū ievada speciālu vielu, tad ar speciālu iekārtu iezīmē, uz kuru limfmezglu grupu šī viela aizplūst.

Operācijas laikā ķirurgs izņem atzīmētos limfmezgļus un nosūta uz histoloģijas laboratoriju, kur tos izpēta mikroskopā un noskaidro, vai tajos nav atrodamas melanomas šūnas.

Molekulārie testi

Ja melanoma ir apstiprināta, ir svarīgi veikt nepieciešamos molekulārbioloģiskos izmeklējumus audos, lai noteiktu biežāko gēnu mutācijas. Šādiem testiem ir divi galvenie mērķi: novērtēt atbilstību mērķterapijai un iegūt papildu informāciju par audzēju, ko izmantot gan pacienta ārstēšanai un slimības prognozēšanai, gan zinātniskiem mērķiem. Ādas melanomas gadījumā mutācijas visbiežāk konstatē BRAF, CDKN2A, NRAS un TP53 gēnos.

BRAF testēšanu iesaka veikt visiem augsta riska melanomas pacientiem, sākot ar IIC stadiju, un atkārtot šo testu metastāzēm, ja tādas parādās, jo gēnu mutāciju statuss var mainīties.

Citi izmeklējumi

Zema riska melanomām papildu izmeklējumi parasti nav nepieciešami. Pārējiem pacientiem jau pirms sargmezglu biopsijas var tikt piedāvāts veikt ultraskaņas izmeklēšanu limfmezgļiem un datortomogrāfiju (DT). Savukārt ļoti augsta riska pacientiem (virs T3b) papildus iespējams veikt galvas smadzeņu magnētisko rezonansi (MR) un pozitronu emisijas tomogrāfiju (PET/CT).

Stadijas

Vēža stadija apraksta slimības izplatību, t.i., cik tālu melanoma ir iekļuvusi ķermenī.

Precīzi noteikta stadija ietekmē ārstēšanu, dinamisko novērošanu un prognozi.

Melanomas klasifikācijai izmanto TNM sistēmu, kur:

- kategorija T ir audzējs (*Tumour*),
- kategorija N ir limfmezgli (*Nodes*),
- kategorija M ir metastāzes (*Metastasis*).

Katru kategoriju vērtē atsevišķi, tās summējot, veidojas klīniskā stadija.

Vienas un tās pašas stadijas pacientiem ir līdzīga prognoze un līdzīgas ārstēšanās iespējas.

I stadija TNOMO

I stadija tiek iedalīta I A un I B stadijā pēc audzēja biezuma un izčūlojuma esamības.

Audzēja biezums ir:

- **T1a** – mazāks par 0,8 mm, bez izčūlojuma – I A stadija
- **T1b** – mazāks par 0,8 mm, ar izčūlojumu – I B stadija
- **T1b** – 0,8–1,0 mm ar izčūlojumu vai bez tā – I B stadija
- **T2a** – lielāks par 1,0–2,0 mm, bez izčūlojuma – I B stadija

Limfmezglos melanomas šūnas nav konstatētas. Metastāžu nav.

II stadija TNOMO

II stadija tiek iedalīta II A, II B un II C stadijā pēc audzēja biezuma un izčūlojuma esamības.

Audzēja biezums ir:

- **T2b** – lielāks par 1,0–2,0 mm, ar izčūlojumu – II A stadija
- **T3a** – lielāks par 2,0–4,0 mm, bez izčūlojuma – II A stadija
- **T3b** – lielāks par 2,0–4,0 mm, ar izčūlojumu – II B stadija
- **T4a** – lielāks par 4,0 mm, bez izčūlojuma – II B stadija
- **T4b** – lielāks par 4,0 mm, ar izčūlojumu – II C stadija

Limfmezglos vēža šūnas nav konstatētas. Metastāžu nav.

0 stadija

Audzējs skar tikai virsādu (epidermu). 0 stadijas melanomu dēvē arī par *in situ* (uz vietas) melanomu. Nav pierādījumu, ka vēža šūnas būtu izplatījušās uz limfmezgļiem vai citām ķermeņa daļām.

Stadijas noteikšanā būtiska nozīme ir audzēja biežumam pēc Breslova, kas parāda, cik dziļi melanomas šūnas ir izplatījušās tālākos ādas slāņos. To nosaka histoloģijas laboratorijā, mērot audzēju visbiežākajā vietā pa vertikāli (jau no 0,1 mm). Jo biežāks audzējs, jo sliktāka prognoze.

Izčūlojums nozīmē to, ka epidermas slānis (ādas augšējā kārtiņa), kas klāj melanomu, ir bojāts. Izčūlojums var būt neredzams ar neapbruņotu aci, t.i., dzimumzīmes asiņošana vai sulošana nav vienīgā izčūlojuma pazīme. Precīzi to var noteikt tikai histoloģiskās izmeklēšanas laikā. Izčūlojums ir saistīts ar sliktāku prognozi.

stadija **TNMO**

III stadija tiek iedalīta III A, III B, III C un III D, ņemot vērā iesaistīto limfmezglu skaitu, kas novērtēti kā okulti vai klīniski nosakāmi, satelīta metastāzes (līdz 2 cm attālumā no sākotnējā veidojuma) un tranzīta metastāzes (ceļā no sākotnējā audzēja uz limfmezgliem).

Jo vairāk iesaistīto limfmezglu, jo plašāka iesaiste, jo lielāka stadija. Trešās stadijas precizēšanā summē gan audzēja kategoriju T, gan limfmezglu kategoriju N.

- **N1**, viens audzēja skarts mezgls vai tranzīta/satelīta metastāze
- **N2**, divi vai trīs audzēja skarti mezgli vai tranzīta/satelīta metastāzes ar vienu audzēja skarto mezglu
- **N3**, četri vai vairāk audzēja skarti mezgli vai tranzīta/satelīta metastāzes ar diviem vai vairākiem audzēja skartiem mezgliem, vai tranzīta mikrosatelīta metastāzes

Katru N kategoriju iedala apakštipos a, b, c.

Audzējs nav izplatījies ārpus reģionālajiem limfmezgliem.

Limfmezglu iesaiste — kad melanoma sāk izplatīties, visbiežāk ar limfas plūsmu tā vispirms nonāk tuvākajos sargmezglos. Piemēram, ja melanoma ir uz kājām, sargmezgls var būt tās pašas ķermeņa puses pacelē vai cirksnī. Savukārt, ja melanoma bijusi uz muguras, sargmezgli visbiežāk būs padusēs vai cirkšņos. Agrāk uzskatīja, ka limfmezglu iesaistes noteikšanai pietiek ar iztaustīšanu un sonogrāfiju, tomēr mūsdienu melanomas klasifikācijā ir nodalīta klīniski nosakāma (sonogrāfjā, iztaustot, vizuāli pamanot) limfmezglu iesaiste un klīniski okulta (slēpta), t.i., tikai ar mikroskopu redzama melanomas izplatība limfmezglā. Jo vairāk iesaistīto limfmezglu, jo vairāk melanomas šūnu ir limfmezglā, jo lielāks tālākās izplatības risks.

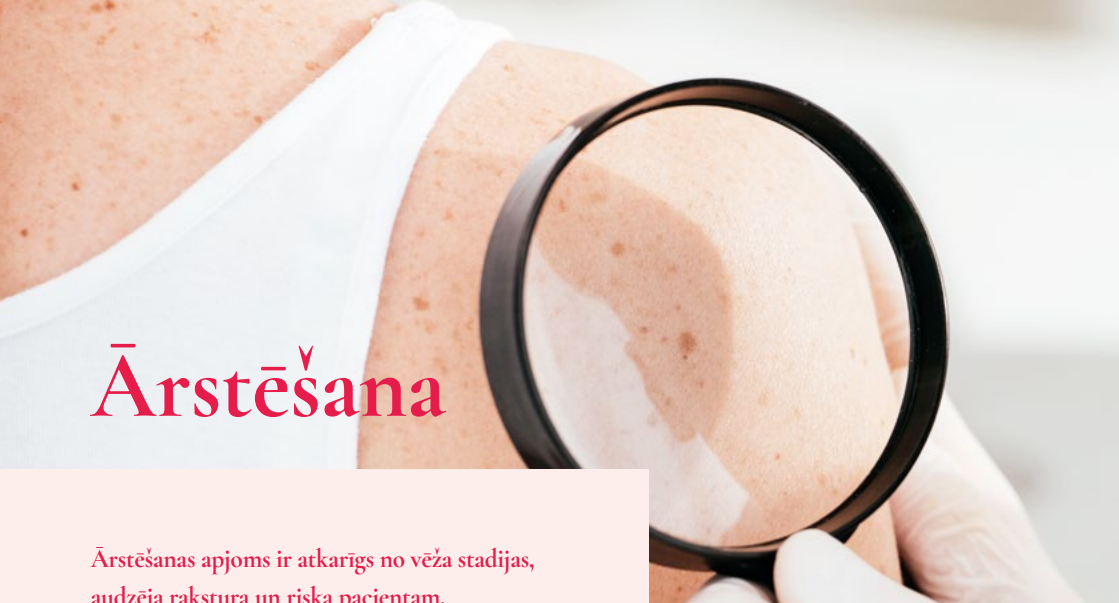
Melanomas metastāžu lokalizācijai (atrašanās vietai organismā) ir būtiska nozīme slimības prognozē.

stadija **TNM**

IV stadijā audzējs ir izplatījies ārpus reģionālajiem (tuvākajiem) limfmezgliem.

M (metastāžu) kategorijas novērtējumā ņem vērā melanomas metastāzes lokalizāciju (vietu) un laktātdehidrogenāzes (LDH, asins analīzēs nosakāms rādītājs) līmeni – vai tas ir normāls vai paaugstināts.

- **M1a** – audzējs izplatījies ādā, zemādā, muskuļos un tālākajos limfmezglos
- **M1b** – melanomas metastāzes atrastas plaušās
- **M1c** – citi iekšējie orgāni (izņemot centrālo nervu sistēmu)
- **M1d** – centrālā nervu sistēma (smadzenes)



Ārstēšana

Ārstēšanas apjoms ir atkarīgs no vēža stadijas, audzēja rakstura un riska pacientam.

BŪTISKI! Nav divu vienādu pacientu un divu vienādu melanomu. Ārsts vai ārstu konsilijs vērtē visu informāciju un izmeklējumu rezultātus un piedāvā katram pacientam piemērotāko ārstēšanas plānu.

Melanomas ārstēšana sākas ar ķirurģisku operāciju, ko sauc par **plašu lokālu ekscīziju jeb re-ekscīziju**. Atkarībā no

sākotnējās melanomas biezuma šajā operācijā ir jāizgriež papildu “drošības” atkāpes malas no iepriekš izņemtās melanomas griezuma līnijām. Tas nepieciešams tādēļ, ka atsevišķas melanomas šūnas var būt “aizklīdušas” tālāk, un, lai pasargātu pacientu no melanomas atgriešanās, ir jāievēro šādas minimālās “drošības” atkāpes:

Melanomas biezums mm (pēc Breslova)	Re-ekscīzijas malas, cm
Melanoma <i>in situ</i> (pTis N0 M0)	0,5
≤ 2 mm (pT1a – pT2 N0 M0)	1
> 2 mm (pT3a – pT4b N0 M0)	2

ESMO Clinical practice guidelines, 2019.

Arī re-ekscīzijas materiāls tiek sūtīts uz histoloģijas laboratoriju. Pirmās un otrās stadijas pacientiem ārstēšana parasti beidzas ar plašu lokālu ekscīziju un citas ārstēšanas metodes nav nepieciešamas.

Adjuvantā jeb profilaktiskā terapija

Adjuvanto terapiju melanomas pacientiem lieto profilaktiski pēc audzēja izoperēšanas. Adjuvantās terapijas galvenais uzdevums – novērst melanomas atkārtotu attīstību un/vai tās tālāku izplatību organismā. Adjuvantās terapijas stratēģiju un taktiku nosaka specializētās onkoloģiskās ārstniecības iestādes multidisciplinārs konsīlijs, izvērtējot slimības atkārtotāšanās un metastazēšanās risku.

Latvijas pacientiem šobrīd ir pieejama efektīva un moderna ārstēšana – melanoma lielā mērā no letālas slimības ir kļuvusi par hronisku slimību. Pacienti ar noteiktu intervālu saņem terapiju, un viņu slimība tiek kontrolēta. Šobrīd melanomas terapijā ir pieejami vairāki mērķterapijas un imūnterapijas medikamenti, kas arī pacientiem ar III stadijas audzēju gadījumā daudzos gadījumos ļauj veiksmīgi apturēt vēža progresiju.

Diemžēl melanomas reakcija uz šīm ārstēšanas metodēm ir nevienmīga un neprognozējama, turklāt pacientiem pret šiem medikamentiem var attīstīties neuzņēmība jeb rezistence. Mērķterapijas un imūnterapijas specifiskā efektivitāte aizvien tiek salīdzināta un pētīta, un šobrīd pieejamie pētījumu dati liecina, ka efektīvāka ir imūnterapija, taču ir situācijas, kad ārstēšana jāuzsāk ar mērķterapiju, tādēļ katrs konkrētais gadījums tiek rūpīgi

izvērtēts un optimālākā terapija kontrolēti piemērota katram pacientam individuāli.

Papildus jau oficiāli atzītajām (vadlīnijās iekļautajām) melanomas ārstēšanas metodēm, nepārtraukti turpinās klīniskie pētījumi, lai uzlabotu esošās, kā arī atklātu jaunas terapijas iespējas: diemžēl neviena no pašreiz pieejamām metodēm metastātiskas melanomas gadījumos nenodrošina izveseļošanos visiem pacientiem un nenovērš slimības atkārtotāšanās risku. Pētījumi apstiprina izdzīvotību 43% gadījumu (teju katram otrajam pacientam) kombinētās imūnterapijas grupā.

Imūnterapija kavē audzēja attīstību un/vai attālina tā recidīvus, iedarbojoties uz imūnsūnām un aktivējot, stimulējot ķermeņa dabisko aizsardzības sistēmu – imūnsistēmu – cīņai ar vēzi. Imūnterapijas medikamentu uzdevums ir palīdzēt cilvēka organismam atrast, atpazīt un iznīcināt vēža šūnas. Ir pieejami dažādi imūnterapijas medikamenti, kurus var lietot atsevišķi (monoterapija) vai kopā (kombinētā terapija). Imūnterapijas zāles vairumā gadījumu tiek ievadītas vēnā ik pēc 2–3 vai 4–6 nedēļām.

Pēdējos gados, pateicoties imūnterapijai, ir gūti lieli sasniegumi II, III un IV stadijas melanomas ārstēšanā. Šobrīd nozīmīgākās imūnterapijas iespējas ir saistītas ar imūnsistēmas kontrolpunktu

inhibitoriem – monoklonālajām antivielām, kas darbojas pret šūnu PD-1, CTLA-4 un LAG-3 receptoriem – nivolumabu, pembrolizumabu, ipilimumabu un relatlimabu, kā arī ar personalizēto imūno šūnu – audzēja infiltrēto limfocītu – terapiju.

Pēdējā laikā melanomas ārstēšanā vairāk tiek izmantotas imūnterapijas medikamentu dažādas kombinācijas, jo tās nodrošina labākus rezultātus – ilgstošu slimības kontroli arī pēc ārstēšanās kursa beigām, proti, garāku slimības bezprogresijas jeb bezrecidīva periodu un kopējo dzīvildzi. Latvijā šobrīd imūnterapija ir valsts kompensēta tikai iepriekš neārstētiem pacientiem.

Vecākās imūnterapijas zāles ir interferons alfa un interleikīns. Abiem šiem preparātiem ir smagas blaknes, tie ir toksiski, tomēr to lietderība tiek atzīta atsevišķos gadījumos.

Mērķterapija iedarbojas uz specifiskām molekulām vai šūnu signālceļiem audzēja šūnās, proti, specifiski "mērķē" uz tām vēža šūnām, kurās konstatē kādu konkrētu izmainītu gēnu. Pēc būtības gēni ir šūnu instrukcijas, kas māca šūnām, kad dalīties un kad iet bojā. Patoloģiskās izmaiņas šajās instrukcijās sauc par mutācijām, kuru rezultātā melanomas šūnas sāk nekontrolēti augt un vairoties.

Mērķterapijā izmanto zāles, ko sauc par BRAF un MEK inhibitoriem.

Aptuveni pusei ādas melanomas pacientu melanomas šūnās ir notikušas mutācijas BRAF gēnā, kas izraisa vēža šūnu nekontrolētu augšanu. BRAF inhibitori – dabrafenibs, enkorafenibs un vemurafenibs – bloķē vēža šūnu augšanu, vienlaikus ierobežojot veselo šūnu bojājumus.

MEK inhibitori – trametinibs, kobimetinibs, binimetinibs – ir zāles, kas padara neaktīvas tās olbaltumvielas, kas ir iesaistītas starpšūnu signālceļu mehānismā un regulē šūnu dalīšanos un audzēja šūnu izdzīvotspēju.

BRAF inhibitorus vairumā gadījumu lieto tikai kombinācijā ar MEK inhibitoriem, tādējādi nodrošinot ātrāku audzēja samazināšanos, vēža augšanas aizturi un ilgāku pacienta mūžu. Mērķterapijas zāles lieto tablešu veidā. Šobrīd Latvijā mērķterapijas medikamenti ir pieejami ne tikai pacientiem ar metastātisku audzēju, bet jau vairākus gadus arī tiem pacientiem, kuriem bijušas metastāzes limfmezglos, un audzējs, kas saturēja noteiktu gēnu mutāciju, pilnībā izoperēts.

Ķīmijterapija

Ķīmijterapija bija galvenā ādas melanomas sistēmiskās ārstēšanas metode gadu desmitiem ilgi – pirms parādījās imūnterapijas un mērķterapijas medikamenti. Ķīmijterapija ir viena vai vairāku medikamentu lietošana ar mērķi iznīcināt audzēja šūnas vai apturēt audzēja augšanu, kas pamatā tiek panākts,

ietekmējot vēža šūnu dalīšanos. Ķīmijterapijas līdzekļi ir saistīti ar zemu objektīvu efektivitāti un neskaidriem dzīvildzes ieguvumiem, savukārt ar ārstēšanu saistītā toksicitāte var visai būtiski apdraudēt pacienta dzīves kvalitāti. Ķīmijterapijas medikamenti ir dakarbazīns, karboplatīns, paklitaksels, kā arī temozolomīds un fotemustīns. Ķīmijterapijas izmantojumu nosaka multidisciplinārā konsilija lēmums, un to papildus izmanto IV stadijas melanomas pacientiem, ja imūnterapijas un mērķterapijas medikamenti nav palīdzējuši un slimība progresē.



Staru terapija

Staru terapiju atsevišķos gadījumos izmanto melanomām ar augstu atkātošanās risku: pēc operācijas veicot apstarošanu, lai samazinātu vēža atgriešanās iespējamību, kā arī gadījumos, ja melanoma atkārtoti

attīstījusies uz ādas vai izplatījusies limfmezglos. Tāpat staru terapija var tikt lietota metastātiskas melanomas ārstēšanā papildus imūnterapijai vai mērķterapijai, lai palielinātu terapijas efektivitāti.

3. stadija (izoperēti pozitīvi sargmezglī)	Adjuvantā terapija*: imūnterapija (intravenozi 1x 3 nedēļās) vai mērķterapija (tabletes)	1 gads
4.stadija (metastāzes)	Imūnterapija (PD-1 inhibitori monoterapijā vai kombinācijā ar CTLA-4 inhibitoriem) Mērķterapija (BRAF un MEK inhibitoru kombinācija)	2 gadus vai līdz slimības progresijai
4. stadija ar slimības progresiju	Imūnterapijas maiņa uz mērķterapiju vai mērķterapijas maiņa uz imūnterapiju pacientiem ar mutāciju konkrētā gēnā. Staru terapija, ķīmijterapija, ķirurģija	Atkarībā no slimības gaitas, konkrētā pacienta veselības stāvokļa

* Adjuvantā terapija daudzviet tiek piemērota arī augsta riska 2. stadijas pacientiem ar ļoti biežām vai izcūlojušām melanomām, ar neoperētiem sargmezglīem vai sargmezglīem bez metastāzēm.

Zāļu radītās blaknes

Diemžēl ikvienu ārstēšanas veidu pavada blaknes. Tās ir ļoti individuālas. Daži pacienti novēro visas iespējamās blaknes, bet citi piedzīvo tikai dažas vai nemaz.

Daži medikamenti izraisa biežākas un smagākas blaknes, citas zāles pacienti panes vieglāk. Nav iespējams iepriekš precīzi paredzēt, kā pacients reaģēs uz zālēm. Blakņu neesamība nenozīmē, ka zāles nestrādā.

Onkologs ķīmijterapeits zinās, kā mazināt blaknes un uzlabot pacienta dzīves kvalitāti.

BŪTISKI!

Vienmēr izstāsti ārstam par visām blaknēm, ko novēro ārstēšanās laikā. Tas var būtiski uzlabot dzīves kvalitāti un pasargāt no ilgtermiņa sekām.

Biežākās blaknes, ko var izraisīt imūnterapija un mērķterapija

(var būt viena vai vairākas blaknes,
vai citas neminētas)

- caureja
- vitiligo (pigmenta zudums)
- izsitumi
uz ādas
- tūska
- vairogdziedzera darbības traucējumi
- kolīts (zarnu iekaisums)
- nieze
- drudzis
- nespēks
- aizcietējums
- slikta dūša
- locītavu sāpes
- jutīgums pret saules gaismu

Pēc ārstēšanas

Melanomas pacientiem jāatceras, ka melanoma “nespēlē” pēc noteikumiem. Melanomas pacientiem ir lielāks risks saslimt ar atkārtotu melanomu un citiem ādas audzējiem – bazaliomu, plakanšūnu vēzi u.c. Melanomas pacientu ģimenes locekļiem jāreķinās, ka tuviniekiem ir augstāks melanomas risks.



Pēc diagnozes un ārstēšanas ir nepieciešama novērošana pie ārsta. Nav vienota standarta, cik bieži jāapmeklē ārsts un kādi izmeklējumi jāveic, tomēr lielākoties notiek tā:

- Pirmos divus gadus pēc diagnozes, kad melanomas atgriešanās risks ir vislielākais, ārsta apmeklējums jāplāno reizi 3–6 mēnešos atkarībā no slimības stadijas vai individuālā riska.
- Nākamajos divus gadus novērošanas vizīte ir reizi pusgadā. Turpmāk reizi gadā.
- Katrā novērošanas vizītē tiek veikta ķermeņa ādas apskate, izpētīta operācijas rēta, iztaustīti attiecīgā reģiona limfmezgli, ārsts iztaujā par iespējamiem simptomiem un nozīmē izmeklējumus, ja tādi ir nepieciešami.

Noteikti informē ārstu, ja ir ieldzis klepus, redzes dubultošanās, galvassāpes ar reiboņiem vai sāpes kaulos.

Kas jādara pašiem pacientiem?

Visu turpmāko dzīvi vismaz reizi mēnesī jāveic ādas pašpārbaude, lai laikus pamanītu, vai nav parādījušās jaunas melanomas pazīmes.

Kam pievērst uzmanību?

Veic pārbaudi vizuāli un ar tausti šādos punktos:

- pie operācijas rētas un tās tuvumā;
- pie tuvumā esošajiem limfmezgļiem;
- visai ķermeņa ādai, lai atklātu jebkādu jaunus ādas veidojumus vai izmaiņas esošajos, izmantojiet ABCDE algoritmu un “neglītā pilēna” principu.

Ja ir aizdomas, ka attīstās jauna melanoma, pēc iespējas ātrāk vērsies pie ārsta un sāc ārstēšanu.

ATCERIES! Melanoma var attīstīties arī bez ABCDE algoritma minētajām pazīmēm.

Ādas aprūpe saulē

Pēc melanomas terapijas ir ļoti būtiski sargāt ādu no saules ietekmes. Tas nenozīmē, ka nedrīkst baudīt sauli vai doties atvaļinājumā uz siltajām zemēm, taču ir jānodrošinās pret ādas apdegšanu saulē.

Daži ieteikumi, kā pasargāt ādu:

- atrodies saulē, vienmēr izmanto saules aizsargkrēmu ar augstu saules aizsardzības faktoru (vismaz SPF 30), kas aizsargā gan pret UVA, gan UVB starojumu;
- neuzturies saulē vai tiešā saulē dienas karstākajā laikā no plkst. 11.00 līdz 15.00;
- valkā blīva auduma kokvilnas vai dabīgu šķiedru materiāla apģērbu;
- nosedz rokas ar garām piedurknēm un kājas ar garām biksēm; valkā platmali, lai pasargātu seju, kaklu un ausis;
- spēcīgā saulē valkā saulesbrilles;
- neizmanto saules aizsargkrēmu, lai aizstātu citas ādas aizsardzības metodes. Cilvēki reizēm domā, ka, izmantojot saules aizsargkrēmu, saulē var uzturēties ilgāk, taču vislabākā aizsardzība tomēr ir ādas noseģšana un izvairīšanās no uzturēšanās spēcīgā saulē;
- neizmanto solārijus.

Ja ādu vienmēr aizsedz ar apģērbu, konsultējies ar ārstu par nepieciešamību papildus uzņemt D vitamīnu.





Kā sadzīvot ar melanomu?

Diagnoze “melanoma” katru ietekmē atšķirīgi. Pacienti, aprūpētāji un tuvinieki – visi saskaras ar fiziskiem un emocionāliem izaicinājumiem, visdažādākajām izjūtām, ieskaitot bailes, šoku un izolāciju. Nav pareiza vai nepareiza veida, kā rīkoties vai justies – mēs katrs esam atšķirīgi.

Stresu var izjust fiziski, garīgi un emocionāli. Reizēm šis stress var likties nevaldāms. Uzmanies no tālāk aprakstītajām stresa, depresijas un trauksmes pazīmēm un noteikti pārrunā tās ar savu ārstu.

- Skumju vai “tukšuma” sajūta
- Intereses vai baudas zaudēšana
- Miega un koncentrēšanās problēmas
- Apetītes palielināšanās vai samazināšanās
- Hronisks nogurums vai nemiers
- Domas par pašnāvību vai nāvi
- Slikta dūša vai palielināts sirdsdarbības ātrums
- Sāpes krūtīs vai vēderā

Dzīvojot ar melanomu, stresa pārvarēšanas paņēmieni ir ļoti svarīga ikdienas sastāvdaļa, tie var palīdzēt justies pilnvērtīgi un uzlabot dzīves kvalitāti. Ne visi paņēmieni visiem cilvēkiem der vienādi, taču šeit ir dažas idejas, kā sākt justies labāk.

- Atrodi sev piemērotas fiziskās aktivitātes
- Runā ar terapeitu vai uzticības personu
- Atrodi atbalsta grupu
- Klausies mūziku
- Piezvani draugam
- Lasi grāmatas un skaties komēdijas
- Raksti dienasgrāmatu

Kas jādara turpmāk visa mūža garumā?



- Neatliec un neizlaid ārsta apmeklējumus un diagnostiskos izmeklējumus
- Nopietni gatavojies ārsta apmeklējumiem:
 - sagatavo jautājumus – vislabāk rakstiski;
 - paņem līdzi visus neseno izmeklējumu rezultātus un izrakstus no medicīnas iestādēm;
 - izvēlies apģērbus, kuru ērti un raiti var novilkēt un uzvilkt ārsta kabinetā;
 - esi gatavs pilnai ķermeņa apskatei.
- Uzturi veselu ķermeni – seko veselīgam svaram un izvēlies piemērotas fiziskās aktivitātes
- Ievēro drošības pasākumus, uzturoties saulē, un veic ikmēneša pašpārbaudes
- Izmanto tikai drošus un uzticamus informācijas avotus

Uzticami informācijas avoti angļu valodā

Eiropas melanomas pacientu tīkls

<http://www.melanomapatientnetwork.eu.org>

Klīnisko pētījumu datubāzes

<https://clinicaltrials.gov>

<https://www.clinicaltrialsregister.eu>

Izdevuma recenzenti

- Dr. med. Simona Doniņa, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas imunoloģe, onkoloģe ķīmijterapeite, RSU asociētā profesore
- Dr. med. Aija Geriņa-Bērziņa, P. Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas onkoloģe ķīmijterapeite
- Dr. med. Alinta Hegmane, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas onkoloģe ķīmijterapeite, LU asociētā profesore
- Raimonds Karls, dermatologs, SIA "Derma Clinic Riga" vadītājs, biedrības "Dermatologi pret ādas vēzi" valdes priekšsēdētājs
- Guntis Ancāns, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas onkoloģijas ķirurgs
- Dr. biol. Dace Pjanova, Latvijas Biomedicīnas pētījumu un studiju centra vadošā pētniece

Izdevuma 2. redakcijas recenzenti (Adjuvantā jeb profilaktiskā terapijā)

- Dr. med. Simona Doniņa, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas imunoloģe, onkoloģe ķīmijterapeite, RSU asociētā profesore
- Ieva Vidmane – Ozola, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Onkoloģijas centra onkoķirurgs
- Ph.D. Olga Valciņa, Melnomas pacientu atbalsta biedrības "Soli priekšā melanomai" vadītāja

References

- Amaral T, Ottaviano M, Arance A, et al. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2025;36(1):10-30.
- Slimību kontroles un profilakses centra sagatavotie statistikas dati par onkoloģijas pacientiem <https://spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika-veselibas-aprupes-statistika1>
- Carr S.et.al. Epidemiology and Risk Factors of Melanoma. Surg.Cl.of N.Am.Vol.100. Issue 1, Feb.2020. doi.org/10.1016/j.suc.2019.09.005
- Scoyler R.A. et.al. Melanoma Pathology reporting and staging. Modern Pathology. Vol. 33, 15-24, 2019. doi.org/10.1038/s41379-019-0402-x
- Gershenwald J.E. et.al. Melanoma staging: Evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. ACS J. CA: A Cancer Journal for Clin. Vol.67, Issue 6, 2017. doi.org/10.3322/caac.21409
- Wouters M.W., Michielin O., Bastiaannet E. et.al. ESMO essential requirements for quality cancer care: Melanoma. Critical Reviews in Oncology/Hematology, Volume 122, February 2018, Pages 164-178 <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2017.12.020>
- Haanen J. et.al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 28 (supp.4), 2017. doi:10.1093/annonc/mdx225
- Coit D.G. et.al. Cutaneous Melanoma, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J.Natl.Compr.Canc.Netw. Vol.17, No.4, April 2019. DOI:10.6004/jnccn.2019.0018



soli priekšā melanomai

Biedrības

“Soli priekšā melanomai”

darbības pamatprincipi:

1. Pacients ir pirmajā vietā.
2. Risinājumi, nevis problēmas.
3. Dati, nevis viedokļi.
4. Kurš tad, ja ne mēs?

Mūsu kontakti:

biedriba@soliprieksamelanomai.lv

www.soliprieksamelanomai.lv

 @soliprieksamelanomai

Slēgtā FB grupa tikai
pacienti un tuviniekiem

Tālrunis saziņai: 29 16 48 82

