Supported by:

www.howitreat.in

ಮೈಲೋ ಫೈಬ್ರೋಸಿಸ್

(Myelofibrosis)

ರಕ್ತದಲ್ಲಿರುವ ಕೆಂಪು ರಕ್ತ ಕಣ, ಬಿಳಿ ರಕ್ತ ಕಣ ಹಾಗೂ ಪ್ಲೇಟ್ಲೆಟ್ ಕಣಗಳು ಎಲುಬಿನ ಒಳಗಿರುವ ಅಸ್ಥಿಮಜ್ಜೆಯಲ್ಲಿ ತಯಾರಾಗುತ್ತವೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಗಾಯವಾದರೆ ಅದು ಮಾಯ ಬೇಕಾದಾಗ ಸಂಯೋಜಕ ಅಂಗಾಂಶ (connective tissue) ದಪ್ಪವಾಗಿ ಫೈಬ್ರೋಸಿಸ್ ಅಥವಾ scar ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಅಸ್ಥಿಮಜ್ಜೆಯ ತುಂಬೆಲ್ಲಾ ಸಂಯೋಜಕ ಅಂಗಾಂಶ ದಪ್ಪವಾದಾಗ, ಅದು ಅಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಜೀವಕೋಶಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಹತ್ತಿಕ್ಕುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ರಕ್ತಕಣಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆ ಸರಿಯಾದ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಆಗದೇ ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಬಿಳಿರಕ್ತಕಣ ಹಾಗೂ ಪ್ಲೇಟ್ಲೆಟ್ ಕಣಗಳ ಕೊರತೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

ಈ ರೋಗ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎಪ್ಪತ್ತು ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಹಿರಿಯ ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಯಾವ ಕಾರಣದಿಂದ ಈ ರೋಗ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದು ಇವತ್ತಿಗೂ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ತಿಳಿದಿಲ್ಲ. ಸುಮಾರು 65% ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ JAK-2 ಎಂಬ ಅನುವಂಶಿಕ ಧಾತು (GENE) ರೂಪಾಂತರ (MUTATION) ಹೊಂದಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗ ಆದಾಗ ರಕ್ತದ ಕಣಗಳು ತಯಾರಾಗಲು ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳವೇ ಇಲ್ಲದಾಗಿ ದೇಹವು ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿರುವ ಗುಲ್ಮ (SPLEEN) ಎಂಬ ಅವಯವ ದಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಉತ್ಪಾದನೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಗುಲ್ಮ ಕ್ರಮೇಣ ದೊಡ್ಡದಾಗಿ, ಮುಂದುವರಿದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅದು ಪೂರ್ತಿ ಹೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ಅವರಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಜ್ವರ, ರಾತ್ರಿ ಹೊತ್ತು ಬೆವರುವಿಕೆ, ಸುಸ್ತು, ತೂಕ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವ ಹಾಗೂ ತುರಿಕೆಯಂತಹ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಂಡುಬರಬಹುದು. ಕೆಲವೊಬ್ಬರಿಗೆ ಎಲುಬುಗಳಲ್ಲಿ ನೋವಿನ ಅನುಭೂತಿಯೂ ಆಗಬಹುದು. ಪ್ಲೇಟ್ಲೆಟ್ ಕಣಗಳು ಬಹಳ ಕಡಿಮೆಯಾದರೆ ರಕ್ತಸ್ರಾವವೂ ಆಗಬಹುದು. ಕ್ರಮೇಣ ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗ ಅತಿ ಹಾನಿಕಾರಕ ರಕ್ತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವಾದ AML ಆಗಿ ರೂಪಾಂತರ ಹೊಂದಬಹುದು.

ರಕ್ತದ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ ಮೂಲಕ (PERIPHERAL SMEAR) ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ಈ ರೋಗವಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಅನುಮಾನ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗಾದಾಗ ವೈದ್ಯರು ಅಸ್ಥಿಮಜ್ಜೆ ಮಾದರಿ ಹಾಗೂ ಬಯಾಪ್ಸಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಕಳುಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಫೈಬ್ರೋಸಿಸ್ ಕಂಡುಬಂದರೆ ಮೈಲೊಫೈಬ್ರೋಸಿಸ್ ರೋಗ ಬಂದಿದೆ ಎಂದು ಅರ್ಥ. JAK-2 ಮೊದಲಾದ ಜೀನುಗಳ ಅಧ್ಯಯನದ ಮೂಲಕ ಈ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಧೃಡಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿಯ ವಯಸ್ಸು, ಬಿಳಿರಕ್ತಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ, ಹಿಮೋಗ್ಲೋಬಿನ್ ಪ್ರಮಾಣ, ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಬ್ಲಾಸ್ಟ ಎಂಬ ಅರ್ಬುದ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಹಾಗೂ ತೂಕ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಇತ್ಯಾದಿ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡು IPSS ಎಂಬ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರದ ಮೂಲಕ ರೋಗಿ ಸರಾಸರಿ ಬದುಕುವ ಅವಧಿಯನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರದ ಮೂಲಕವೇ ರೋಗಿಗಳನ್ನು LOW RISK, INTERMEDIATE RISK ಹಾಗೂ HIGH RISK ರೋಗಿಗಳೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. RISK ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದು ರೋಗಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಇರದೇ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಮೂರರಿಂದ ಆರು ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಬೇಕೆ ಅಥವಾ ಬೇಡವೇ ಎಂಬುದನ್ನು

ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳಿದ್ದು, ರೋಗ LOW RISK ನದಾಗಿದ್ದರೆ, RUXOLITINIB, INTERFERON ಹಾಗೂ HYDROXYUREA ಮೊದಲಾದ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಔಷಧಿಗಳ ಪ್ರಯೋಗದ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಯೋಜನ ಕಂಡುಬರದಿದ್ದರೆ ಆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು HIGH RISK ರೋಗಿಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. HIGH RISK ರೋಗಿಗಳ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ತುಂಬಾ ಚೆನ್ನಾಗಿದ್ದರೆ ಅಸ್ಥಿಮಜ್ಜೆ ಕಸಿ ಮಾಡುವುದು ಉತ್ತಮ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ. ಆದರೆ ರೋಗಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಅಷ್ಟು ಚೆನ್ನಾಗಿರದಿದ್ದರೆ ಔಷಧಗಳ ಉಪಯೋಗದಿಂದ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಕೇವಲ ರಕ್ತಹೀನತೆಯ ತೊಂದರೆಯಿದ್ದರೆ ERYTHROPOIETIN ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು, DANAZOL, THALIDOMIDE, PREDNISOLONE ಮೊದಲಾದ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿ ನೋಡಬಹುದು. ಯಾವ ಔಷಧಿಯಿಂದ ರಕ್ತದ ಪ್ರಮಾಣ ಜಾಸ್ತಿ ಆಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನೋಡಿಕೊಂಡು ಅದನ್ನು ಇನ್ನೂ ಕೆಲಕಾಲ ಮುಂದುವರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

HIGH RISK ರೋಗಿಯಾಗಿದ್ದು ತೂಕ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವ, ಇತ್ಯಾದಿ ತೊಂದರೆಗಳು ತುಂಬಾ ಜಾಸ್ತಿ ಇದ್ದರೆ RUXOLITINIB ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ನೀಡಬಹುದು. RUXOLITINIB ಔಷಧ JAK-2 ಜೀನನ್ನು ಪ್ರತಿಬಂಧಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು JAK-2 MUTATION ಇರದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಸುಸ್ತು, ಜ್ವರ, ತೂಕ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವ ಹಾಗೂ ದೊಡ್ಡದಾದ ಗುಲ್ಮದ ತೊಂದರೆಗಳು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಔಷಧ ತುಂಬಾ ದುಬಾರಿಯಾಗಿದ್ದರೂ, ಇದರಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ವಾಸಿ ಮಾಡಲು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನಷ್ಟೇ ಇದರಿಂದ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಔಷಧಿ ಸೇವಿಸುವವರಲ್ಲಿ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಹಾಗೂ ಕ್ಷಯರೋಗ ಪುನರ್ಜೀವಿತಗೊಳ್ಳುವ ಅಪಾಯ ಇರುತ್ತದೆ. ಮೂರು ತಿಂಗಳುಗಳ ನಂತರವೂ ಔಷಧದ ಯಾವುದೇ ಪರಿಣಾಮ ಕಂಡು ಬರದಿದ್ದರೆ ಈ ಔಷಧವನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಿಲ್ಲಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಅಸ್ಥಿಮಜ್ಜೆ ಕಸಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಈ ರೋಗವನ್ನು ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ಗುಣಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಈ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಸ್ಥಿಮಜ್ಜೆ ಕಸಿ ಮಾಡಿದಾಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳಿಂದ ಸುಮಾರು 50% ರೋಗಿಗಳು ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಬಹಳಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಔಷಧಗಳನ್ನು ನೀಡಿಯೇ ರೋಗವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಗಳಿಂದ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಯೋಜನವಾಗದಿದ್ದರೆ ರಕ್ತ ಹಾಗೂ ಪ್ಲೇಟ್ಲೆಟ್ ಗಳನ್ನು ಮರುಪೂರಣ ಮಾಡಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಮಾತ್ರ ಕಡೆಗೆ ಉಳಿದ ಉಪಾಯ. ದೊಡ್ಡದಾದ ಗುಲ್ಮವನ್ನು ತೆಗೆಯುವುದರಿಂದ ಪ್ರಯೋಜನಕ್ಕಿಂತ ತೊಂದರೆ ಆಗುವ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು. ಈ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ರಕ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುವ, ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವ ಹಾಗೂ ಸೋಂಕುರೋಗ ದೇಹದ ತುಂಬೆಲ್ಲಾ ಪಸರಿಸುವ ಅಪಾಯ ಹೆಚ್ಚು. ಇದರಿಂದ ರೋಗಿ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯೂ ಇರುತ್ತದೆ.

ಈ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವವರು ಎರಡರಿಂದ ಮೂರು ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕಾಣುತ್ತಿರಬೇಕು. ಇದರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಂಡು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಈ ರೋಗ ಇರುವವರಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಪಥ್ಯದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ರೋಗ ಅನುವಂಶಿಕವಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಒಬ್ಬರಿಂದ ಇನ್ನೊಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹೊಸ ಔಷಧಿಗಳ ಸಂಶೋಧನೆ ನಡೆಯುತ್ತಲಿದೆ. ಆ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಯೋಗ (CLINICAL TRIAL) ಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳ ಮೇಲೆ ಪ್ರಯೋಗಿಸಿ ನೋಡುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ. ರೋಗಿಗಳು ಈ ಪ್ರಯೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗಿಯಾಗುವುದರಿಂದ ಒಳ್ಳೆಯ ಔಷಧಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಸಾಕಷ್ಟು ಸಲ ಅವರಿಗೂ ಸಹ ಯಾವುದೇ ವೆಚ್ಚವಿಲ್ಲದೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಔಷಧ ಸಿಕ್ಕಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಮೈಲೊಫೈಬ್ರೋಸಿಸ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಇನ್ನೇನಾದರೂ ಹೆಚ್ಚಿಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವುದಿದ್ದರೆ ತಮಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರ ತಂಡದಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಡಾ. ಗಿರೀಶ ಕಾಮತ MD, DNB (Hematology)

ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು,

ರಕ್ತ ಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗ,

SDM ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಹಾವಿದ್ಯಾಲಯ,

ಶ್ರೀ ಧರ್ಮಸ್ಥಳ ಮಂಜುನಾಥೇಶ್ವರ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ,

ಧಾರವಾಡ 580008

ಗಮನಿಸಿ: *ಈ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಲೇಖನವನ್ನು ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗಾಗಿ ಮಾತ್ರ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಲೇಖನದ ಮೂಲಕ ರೋಗದ ಬಗೆಗಿನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತಪಡಿಸಲಾದ ವಿಷಯವು ವೃತ್ತಿಪರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಲಹೆ, ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸ್ಥಾನಮಾನ ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಂತಿಮ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು ಅರ್ಹ ವೈದ್ಯರು, ರೋಗಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಕೂಲಂಕುಶವಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿದ ನಂತರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ನಿರಂತರವಾಗಿ ವಿಕಸನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತಪಡಿಸಿದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ದೋಷಗಳು ಅಥವಾ ತಪ್ಪುಗಳ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿದೆ. ಈ ಲೇಖನದಲ್ಲಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದರಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಅಹಿತಕರ ಪರಿಣಾಮಗಳಿಗೆ ಈ ಲೇಖನದ ಲೇಖಕ ಮತ್ತು ಪ್ರಕಾಶಕರು ಜವಾಬ್ದಾರರಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.*