

Gynekologisen syöpäpotilaan opas



Sisällys

• Lukijalle	4
• Kohdunrunkosyöpä	6
• Kohdun sarkoomat	15
• Munasarja-, munanjohdin- ja vatsakalvon syöpä	17
• Kohdunkaulasyöpä	33
• Ulkosynnytinsyöpä	42
• Muut harvinaisemmat gynekologiset syövät	49
• Gynekologisten syöpien solun- salpaajahoitojen sivuvaikutuksia	52
• Immuno-onkologisten hoitojen sivuvaikutuksia	59
• Gynekologisten syöpien sädehoidon sivuvaikutuksia	60
• Emättimen laajentaminen eli dilataatio	61
• Hedelmällisyys	64
• Tunteet myllerryksessä ja arki sekaisin	66
• Gynekologinen syöpä ja seksuaalisuus	70
• Sanasto	78

Lukijalle



Naisen sukuelimiin kuuluvat munasarjat, munanjohtimet, kohtu, emätin ja ulkosynnyttimet. Yleisimmät gynekologiset syövät ovat kohdunrunkosyöpä, munasarjasyöpä (sisältäen munanjohdin ja vatsakalvon syövät), kohdunkaulasyöpä ja ulkosynnytinsyöpä. Lisäksi on harvi-

naisempia syöpätyyppejä, kuten emätin- ja istukasyöpä. Suomessa gynekologisten syöpien hoito on keskitetty yliopistollisiin keskussairaaloihin, ja hoidossa noudatetaan yhtenäisiä kansallisia hoitokäytäntöjä.

Tämän oppaan tarkoituksena on antaa yleistietoa gynekologisista syövistä ja niiden hoidoista sekä vaikutuksista sairastuneen ja hänen läheistensä elämään. Oppaan loppuun on koottu sanasto tavallisimmista gynekologisiin syöpiin liittyvistä termeistä ja ilmaisuista helpottamaan asioiden ymmärtämistä.

Jokainen haluaa tietoa eri tavoin ja eri vaiheissa. Siksi on tärkeää kysyä rohkeasti tietoa, jota tarvitsee sairastumisen eri vaiheissa. Me ammattilaiset olemme sinua varten, ja toivomme, että kohtaamisesi on yksilöllinen ja huomioiva.

ANNIINA FÄRKKILÄ JA HEINI LASSUS, 2.5.2024
Anniina Färkkilä on Helsingin yliopiston apulaisprofessori ja toimii erikoislääkärinä HUS Syöpäkeskuksessa. Heini Lassus on dosentti ja erikoislääkäri, joka toimii HUS Naistentaudeilla ja Syöpäkeskuksessa.

Kohdunrunkosyöpä

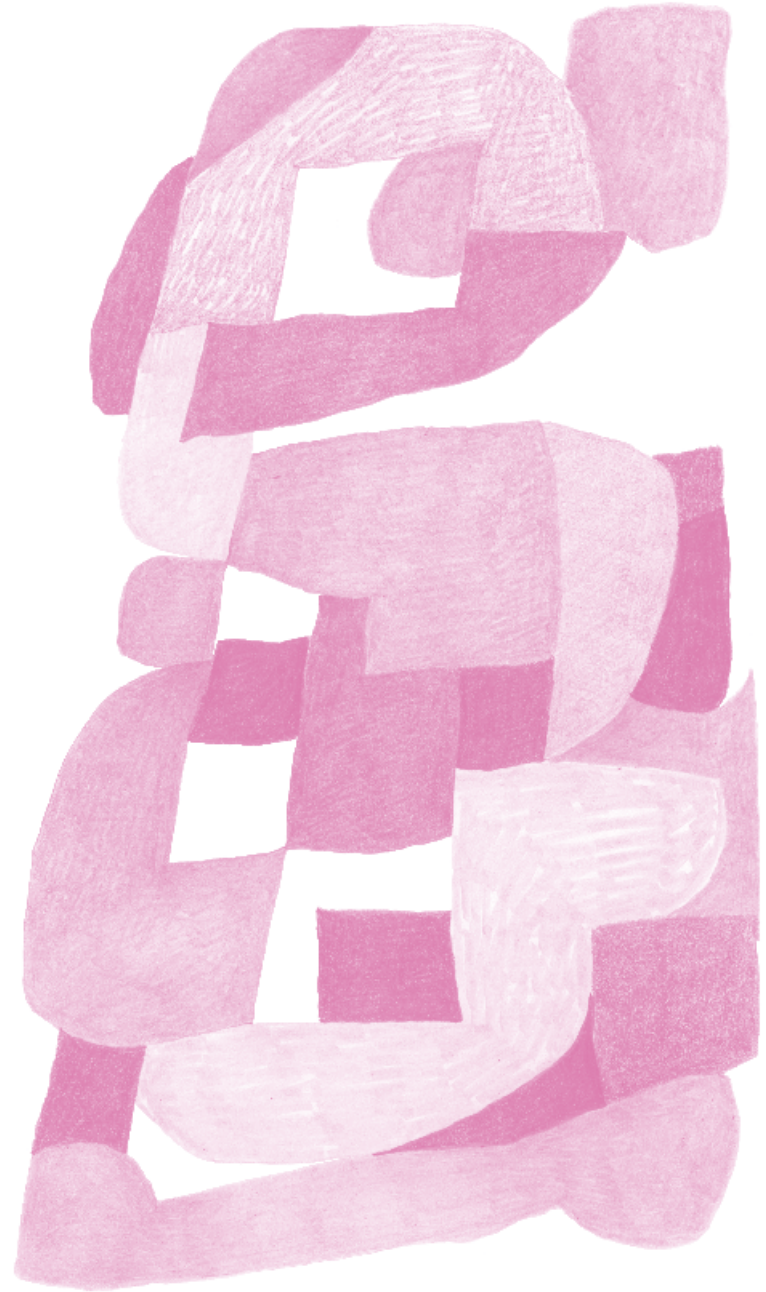
KOHDUNRUNKOSYÖVÄN ESIINTYVYYS

Kohdunrunkosyöpä on gynekologisista syö-
vistä yleisin kaikissa kehittyneissä maissa.
Kohdunrunkosyövästä puhuttaessa tarkoitetaan
yleensä kohtuontelon limakalvosta lähtöisin
olevaa syöpää.

Suomessa kohdunrunkosyöpään sairastuu
vuosittain yli 900 naista. Se havaitaan usein
taudin alkuvaiheessa, ja näin ollen taudin ennus-
tekin on varsin hyvä. Keskimääräinen sairastu-
misikä on 60–75 vuotta.

KOHDUNRUNKOSYÖVÄN ALTISTAVAT JA SUOJAAVAT TEKIJÄT

Merkittävin kohdun limakalvon syövälle altista-
vista tekijöistä on estrogeeni eli naishormoni.
Keskeisin riskitekijä on ylipaino, jossa estrogee-
nia syntyy liikaa elimistössä rasvakudoksesta.



Muita kohtusyövälle altistavia aineenvaihdunnan häiriöitä ovat muun muassa diabetes ja munasarjojen monirakkulaoireyhtymä. Lisäksi varhain alkaneet ja myöhään päättyneet kuukautiset sekä lapsettomuus lisäävät elinaikaisen estrogeenin määrää elimistössä. Näin tekee myös vaihdevuosien hormonikorvaushoito erityisesti, jos se toteutetaan pelkällä estrogeenilla ilman keltarauhashormonia. Samoin rintasyövän tamoksifeenihoito altistaa kohdunrunkosyövälle.

Noin viiteen prosenttiin kohdun limakalvosyövistä liittyy perinnöllisyys. Näillä henkilöillä on solun DNA-korjausmekanismeissa geneettinen häiriö eli Lynchin syndrooma, joka johtaa jopa 60 prosentin riskiin sairastua kohdun limakalvosyöpään ja suolistosyöpään sekä 10–20 prosentin riskiin sairastua munasarjasyöpään.

Suojaavina tekijöinä voidaan pitää liikuntaa, painonhallintaa ja ehkäisytablettien käyttöä.

KOHDUNRUNKOSYÖVÄN OIREET

Kohdun limakalvosyövän tavallisin oire on poikkeava verinen vuoto, jota ilmenee lähes 90 prosentilla potilaista. Se ilmenee vaihdevuosien

jälkeen odottamattomana verisenä vuotona tai ennen vaihdevuosi-ikää runsaina tai tihentyneinä, poikkeavina kuukautisvuotoina.

Verinen vuoto on usein oireena jo taudin alkuvaiheessa, mikä helpottaa kohdun limakalvon syövän varhaista toteamista. Alavatsakipuja, virtsarakon tai suolen oireilua sekä vaihdevuosien jälkeistä kohtutulehdusta voi myös ilmetä.

KOHDUNRUNKOSYÖVÄN TUTKIMUKSET

Kohdun limakalvosyövän diagnostiikan tärkein tutkimus on gynekologinen ultraäänitutkimus ja näytteenotto kohtuontelon limakalvolta eli endometriumilta. Kohdunsuun irtosolunäyte eli papa ilmaisee vain harvoin kohdun limakalvon syövän, joten se ei riitä tutkimukseksi verisen vuodon selvittelyssä. Joskus imunäyte kohtuontelosta on riittämätön, ja tällöin diagnoosi varmennetaan kohtuontelon kaavinnalla tai tähystyksellä.

Syövän paikallisen levinneisyyden ja laajuuden arviointiin käytetään ultraäänitutkimusta ja tarvittaessa magneettitutkimusta. Muun levin-

neisyyden selvittämisessä tehdään vartalon tietokonetutkimus tai PET-TT tutkimus.

KOHDUNRUNKOSYÖVÄN KASVAINTYYPIT JA RISKILUOKAT

Kohdunrunгон syöpä luokitellaan alaryhmiin patologin tekemässä mikroskooppisessa kudos-tutkimuksessa. Valtaosa eli 80–90 prosenttia niistä on rauhasrakenteista koostuvia, niin sanot-tuja endometrioideja kasvaimia, joiden ennuste on varsin hyvä. Harvinaisemmat seroosit ja kirkassoluiset alatyypit ovat aggressiivisempia, ja niissä on korkeampi uusiutumiseriski. Patolo-gin tutkimuksessa arvioidaan myös kasvaimen koko ja paikallinen kudoslevinneisyys eli invaa-sio. Kohdunrunгон syöpä luokitellaan nykyään lisäksi geneettisen syntymekanisminsa perus-teella neljään molekulaariseen alaryhmään: hypermutatoituneet (MSI-H; noin 25–30 %), vähäkopiolukuiset (endometrioidi G1-2; noin 40–45 %), runsaskopiolukuiset eli p53-mutatoituneet (seroosi ja endometrioidi G3, noin 25 %) ja ultramutatoituneet POLE-positiiviset (noin 5–7 %) karsinoomat.

Molekulaarinen luokka vaikuttaa paitsi tau-din ennusteeseen myös valittaviin hoitoihin niin ensilinjassa kuin uusiutuneessakin taudis-sa. Kasvaimet jaetaan kudostutkimuksen, mole-kulaarisen luokan, kasvaimen levinneisyyden ja leikkaustuloksen perusteella riskiluokkiin, joita ovat matala, keskitaso, korkea keskitaso, korkea riski ja levinnyt. Jokaisen potilaan hoito ja seu-ranta räätälöidään yksilöllisesti näiden riskiluok-kien perusteella.

KOHDUNRUNKOSYÖVÄN LEVIÄMINEN

Suurin osa kohdun limakalvon syövästä on totea-mishetkellä paikallisia eli kohtuun rajoittuneita. Leviämistä voi kuitenkin tapahtua kohdun sei-nämän läpi ympäröiviin elimiin, kuten paksu-suoleen ja virtsarakkoon. Imuteitse kasvain voi lähettää etäpesäkkeitä lantion ja aortan viereisiin imusolmukkeisiin sekä veriteitse keuhkoihin ja maksaan. Leviämisen todennäköisyys on pieni paikallisissa, endometriooseissa kasvaimissa, mutta suurempi korkeamman riskin alatyyp-peissä.

KOHDUNRUNKOSYÖVÄN HOITO

Kohdun limakalvosyövän hoito on leikkaushoito aina, kun se vain on mahdollista. Leikkauksessa poistetaan kohtu ja kohdun sivuelimet eli munasarjat ja munanjohtimet. Leikkaukset tehdään yleensä tähystysleikkauksena tai perinteisenä avoleikkauksena hoitavan lääkärin harkinnan mukaan.

Nykyisin leikkauksessa tehdään usein myös lantion imusolmukkeiden vartijaimusolmuketutkimus. Sen lisäksi korkean riskin taudissa poistetaan myös aortan viereiset ja mahdollisesti lantion alueen imusolmukkeet.

LIITÄNNÄISHOITO YKSILÖLLISEN RISKINARVION PERUSTEELLA

Leikkausnäytteiden mikroskooppitutkimuksen perusteella tehdään yksilöllinen riskinarviointi, tarvitaanko lisäksi liitännäishoitoja. Tavallisin liitännäishoito on emättimen paikallinen tykö-sädehoito. Toisinaan on tarpeen antaa lantion alueelle ulkoinen sädehoito.

Niissä tilanteissa, joissa kasvain on lähettänyt etäpesäkkeitä paikallisesti tai imusolmukkeisiin, suositellaan annettavaksi solunsalpaajahoitoa sädehoitoon liitettynä.

Kaukoetäpesäkkeitä lähettäneissä kasvaimissa tai kasvaimissa, joille leikkaushoitoa ei voida tehdä, voidaan taudin etenemistä jarruttaa solunsalpaajilla, hormonaalisella hoidolla ja sädehoidolla. Solunsalpaajahoitona käytetään tavallisimmin paklitakselin ja karboplatiinin yhdistelmää.

Hormonaalinen hoito perustuu estrogeenin vaikutuksen kumoamiseen joko progesteronilla tai muulla vastaavalla tavalla vaikuttavilla hormoneilla, kuten aromataasi-inhibiittoreilla ja GnRH-analogeilla.

IMMUNO-ONKOLOGISET HOIDOT

Viime vuosina immunologisilla hoidoilla on saatu hyviä hoitotuloksia kohdunrunгон syövän hypermutatoituneessa (MMRd/MSI-H) alaryhmässä. Immuunivasteen vapauttajia voidaankin harkita yksilöllisesti levinneessä tai uusiutuneessa taudissa. Immuunivasteen vapauttajat

ovat suoneen joko yksin tai sytostaattien kanssa yhdessä annettavia lääkkeitä, joilla voi olla sytostaateista poikkeavia haittavaikutuksia.

KOHDUNRUNKOSYÖPÄPOTILAAN SEURANTA

Matalan riskin kohdun limakalvosyöpien uusiutumisriski on vain 2–3 prosentin luokkaa. Tavallisin uusiutumispaiikka on emättimen pohja. Uusiutumaiset ilmentyvät yleensä kahden ensimmäisen vuoden aikana. Seuranta toteutetaan yksilöllisesti riskiluokituksen mukaan ja sisältää gynekologisen tutkimuksen. Rutiininomaisista kuvantamistutkimuksista ei ole hyötyä, ja niitä tehdäänkin vain, jos potilaan oireet niin edellyttävät.

Kohdun sarkoomat

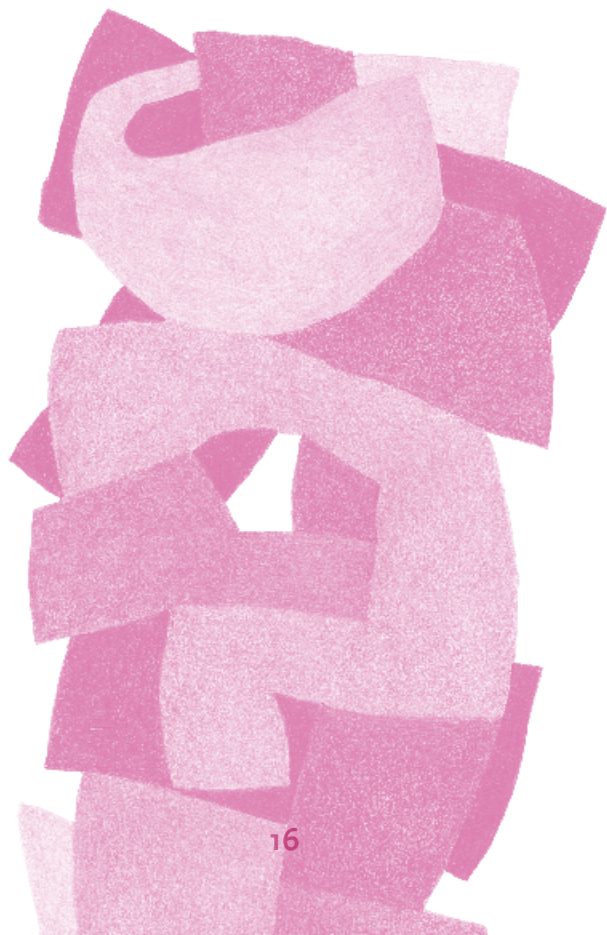
Kohdun sarkoomat ovat aivan erillinen kohdun kasvaintyyppi. Niiden osuus kaikista kohdun syöivistä on vain noin neljä prosenttia. Toisin kuin rauhastyypin limakalvokasvain, sarkooma on usein aggressiivisesti käyttäytyvä syöpätyyppi. Selkeitä syitä tai riskitekijöitä kohdun sarkooman synnille ei tunneta.

Sarkooma voi olla kohdun limakalvolla, jolloin siitä puhutaan endometriaalisena stroomasarkoomana. Se saattaa oireilla verisellä vuodolla, kuten tavallisempi kohdun limakalvon rauhasyöpä. Toisaalta se voi olla myös lihaskerroksen sisällä leiomyosarkoomana eikä anna mitään oireita, ja sen toteaminen on vaikeaa. Kohdun sarkoomien diagnoosiin päästäänkin usein vasta leikkauksen jälkeen, kun kohtu on poistettu jonkin muun oireen vuoksi.

Kohdun sarkoomien hoito on leikkaus, jossa poistetaan kohtu, munasarjat ja munanjohtimet.

Jatkohoito riippuu taudin levinneisyydestä. Osa sarkoomista reagoi sädehoitoon, osa erityyppiin solunsalpaajahoitoihin ja osa hormonaalisiin hoitoihin.

Kohdun sarkoomien uusiutumisen riski on suuri, mutta jos kasvain reagoi joko hormonihoitoon tai solunsalpaajahoitoon, voidaan uusiutuneenkin taudin hoidossa päästä vuosia eteenpäin taudin kulkua jarruttamalla.



Munasarja-, munanjohdin- ja vatsakalvosyöpä

MUNASARJOJEN JA MUNANJOHTIMIEN RAKENNE JA TOIMINTA

Munasarja on litteähkö, pituudeltaan 2,5–5 senttimetrinen ja noin senttimetrin paksuinen rauhanen, joka on kannatinsidoksin kiinnittynyt lantion sivuseinämään ja kohtuun. Munasarjoja on kaksi. Kumpikin painaa sukukypsällä naisella viidestä kahdeksaan grammaa. Munasarjat tuottavat verenkiertoon naishormoneja, estrogeeniä ja keltarauhashormoneita. Munasarjoista vapautuu uusi munasolu kerran kuukaudessa kuukautiskierron puolessa välissä (ovulaatio) koko naisen hedelmällisen iän ajan eli puberteetti-iästä lähelle vaihdevuosi-ikää. Munanjohdin on noin 8–10 senttimetriä pitkä putkimainen rakenne, jonka leveämpi pää lepää munasarjan päällä ja kapeampi pää kiinnittyy kohtuun. Munanjohdimia on myöskin kaksi, yksi kumpaa-

kin munasarjaa varten. Munanjohtimien tehtävä on viedä irronnut munasolu hedelmöitystä varten kohtuun.

Nykytutkimuksen tiedon mukaan iso osa munasarjasyövistä saa itse asiassa alkunsa munanjohtimen leveämpään päähän syntyvistä mikroskooppisen pienistä esiasteista. Näistä esiasteista syntyy yleisin munasarjasyövän tyyppi, huonosti erilaistunut seroosi karsinooma. Munasarjan lisäksi tämän tyyppin syöpä voi kasvaa munajohtimeen tai vatsakalvolle. Nämä seroosit karsinoomat käyttäytyvätkin samoin, ja niitä hoidetaan samalla tavalla lähtöelimestä riippumatta. Seuraavat tekstikappaleet munasarjasyövästä koskevat siis myös munajohdin- ja vatsakalvosyöpiä.

MUNASARJASYÖPÄPOTILAITA ON TUHANSIA

Kaikista naisten syöpätaudeista munasarjasyöpä on kahdeksanneksi yleisin. Se on toiseksi yleisin gynekologinen syöpä Suomessa. Munasarjasyöväälle ei ole olemassa tehokasta, varhaiseen diagnoosiin johtavaa seulontamenetelmää. Tauti on alkuvaiheessa oireeton, ja taudin edetessäkin

oireet ovat usein epämääräisiä. Tästä syystä jopa kahdella kolmesta munasarjasyöpäpotilaasta tauti on pitkälle edenneessä vaiheessa, kun se todetaan.

Suomessa on joko hoidossa tai sairauden seurannassa olevia munasarjasyöpäpotilaita runsaat 5 800. Vuosittain uusia tapauksia todetaan noin 580, kun mukaan lasketaan myös harvinaiset taudin muodot (Syöpärekisteri 2022 tilasto).

Paikallisen munasarjasyövän hoitotulokset ovat hyvät. Levinneissäkin syöpätapauksissa munasarjasyöpien hoitotulokset ovat 1980-luvulta lähtien parantuneet. Jos tarkastellaan asiaa maailmanlaajuisesti, Suomessa munasarjasyövän hoitotulokset ovat kansainvälistä kärkitasoa. Vaikka lopullista paranemista ei saavutettaisikaan, hoidoilla voidaan useimmiten antaa oireetonta, taudista vapaata ja elämänlaadullisesti hyvää lisäelinaikaa.

MUNASARJASYÖVÄN ALTISTAVAT JA SUOJAAVAT TEKIJÄT

Munasarjasyövän esiintyvyys lisääntyy iän mukana niin, että esiintyvyyshuippu on 60 ja 70 ikävuoden välissä. Myöhemmällä iällä esiin-

tyvyys vähenee. Kaikista sairastuneista ainoastaan kolme prosenttia on alle 30-vuotiaita. Alle 40-vuotiaitakin on vain seitsemän prosenttia koko sairastuneiden joukosta.

Munasarjasyövän syntyyn vaikuttavat hormonaaliset tekijät. Myös lapsettomuus, endometrioosi ja vaihdevuosien hormonihoito sekä erilaiset munasarjojen toimintahäiriöt lisäävät sairastumisriskiä. Lapsettomuushoidoissa käytettyjen lääkkeiden ei ole todettu aiheuttavan munasarjasyöpää.

Noin 15 prosenttia munasarjasyövästä on periytyviä. Joissakin suvuissa saattaa esiintyä munasarja- tai rintasyöväälle tai molemmille altistava perimän muutos, BRCA1/2.

Munasarjasyövältä suojaavat raskaudet, imetys ja ehkäisypillerit. Sterilisaatio ja kohdunpoisto vähentävät myös riskiä sairastua.

MUNASARJASYÖVÄN OIREET

Munasarjasyöpä on alkuvaiheessaan varsin oireeton. Joskus harvoin varhaisvaiheen tauti diagnosoidaan sattumalöydöksenä gynekologisen tutkimuksen yhteydessä.

Munasarjasyöpä pääsee kasvamaan varsin huomaamattomasti ja kivuttomasti vatsaontelon alueella. Oireita alkaa ilmaantua vasta, kun kasvain on kookas tai kun se on levinnyt muihin kudoksiin tai alkanut tuottaa nestettä vatsaontloon tai keuhkopussiin. Oireet ovat aluksi varsin epämääräisiä yleisoireita: väsymystä, painon tunnetta alavatsassa, virtsaamisvaivoja, suolen toiminnan vaikeuksia, vatsavaivoja tai ruokahaluttomuutta.

Vatsaonteloon muodostuva neste, niin sanottu askitesneste, aiheuttaa vatsan turvotusta. Munasarjasyöpään sairastunut huomaa vatsan kasvavan, vaikka paino laskee. Kipu on yleensä munasarjasyövän myöhäisoire. Kipu voi johtua verenvuodosta kasvaimessa tai kasvaimen repeämisestä. Kipu ei välttämättä ole helposti yhdistettävissä gynekologisiin ongelmiin, koska se saattaa esiintyä muissa elimissä, joihin syöpä on päässyt leviämään.

MUNASARJASYÖVÄN TUTKIMUKSET

Munasarjasyövän löytämisessä perustutkimus on gynekologinen sisätutkimus. Muita tutkimuksia

ovat ultraäänikuvaus ja tietokonekerroskuvaus sekä vatsaontelon tähystys eli laparoskopia.

Verikokeiden avulla tutkittavat kasvainmerkkiaineet ovat tärkeitä diagnostiikassa ja hoitovasteen arvioinnissa. Munasarjasyövän selvimmäksi merkkiaineeksi on osoittautunut veren CA12-5-proteiini. Sen pitoisuus on noussut noin 80 prosentilla kaikista munasarjasyöpäpotilaista. Se ei kuitenkaan ole merkkiaine, jota vain munasarjasyöpä lisää. Myös monet vatsakalvoa ärsyttävät tekijät, kuten tulehdukset, endometrioosi, nesteily, raskaus tai kirurgiset toimenpiteet voivat aiheuttaa merkkiaineen pitoisuuden

nousun. Uudempi merkkiaine on HE4-proteiini, jota voidaan käyttää tapauksissa, joissa CA12-5 ei ole koholla. Lisäksi harvinaisemmissa itusolu- tai sukupiena-alkuisissa munasarjasyövässä on omat merkkiaineensa.

Leikkauspäätös voidaan usein tehdä jo kliinisen tutkimuksen ja kuvantamisen perusteella, mutta syöpädiagnoosi varmistuu vasta patologin tekemässä mikroskooppisessa kudostutkimuksessa.

MUNASARJASYÖVÄN HOITO

HOIDON ORGANISAATIO SUOMESSA

Suomessa noudatetaan yhtenäistä gynekologisten syöpien hoitokäytäntöä. Harvinaisimpien syöpien hoito pyritään keskittämään yliopistosairaaloihin, joihin suurina yksikköinä kertyy tarvittava hoitokokemus paremmin kuin hajallaan oleviin pienempiin yksiköihin. Munasarjasyövän hoidosta on tehty kansallinen hoitosuositus, ja potilaat pyritään hoitamaan tämän suosituksen mukaisesti asuinpaikkakunnasta riippumatta.

Gynekologisten syöpien hoidosta vastaa Suomessa gynekologisiin syöpätauteihin erikoistu-

nut naistentautien erikoislääkäri. Gynekologisten syöpätautien erikoislääkärit toimivat pääasiassa yliopistollisissa keskussairaaloissa. He vastaavat potilaiden leikkaushoidosta, solunsalpaajahoidosta ja muusta lääkehoidosta sekä kokonaishoidon suunnittelusta. Solunsalpaajahoidot ja muut lääkehoidot voidaan kuitenkin useimmiten toteuttaa kunkin potilaan kotipaikkakuntaa lähinnä olevissa keskussairaaloissa. Myös hoidon jälkeinen seuranta voidaan toteuttaa keskussairaaloiden naistentautien poliklinikoilla.

LEIKKAUS

Munasarjasyöpä pyritään useimmiten leikkaamaan. Leikkaus tehdään yleensä avoleikkauksena.

Paikallisessa munasarjasyövässä leikkaus voi olla riittävä hoitotoimenpide. Nuorilla naisilla, joilla tauti on rajoittunut vain toiseen munasarjaan, voi olla mahdollista tehdä niin sanottu säästävä leikkaus, jossa säilytetään kohtu ja toinen munasarja.

Levinneessä taudissa leikkaushoidolla pyritään poistamaan mahdollisimman suuri osa kasvain-

kudoksesta. Nämä ovat laajoja avoleikkauksia, joissa kohdun, munajohtimien ja munasarjojen poiston lisäksi poistetaan vatsapaita sekä kuoritaan syöpäkudosta vatsakalvolta ja eri elinten pinnoilta sekä tarpeen mukaan poistetaan imusolmukkeita ja esimerkiksi perna. Usein joudutaan myös poistamaan osa suolesta ja joskus joudutaan laittamaan suoliavanne. Mitä suurempi osa kasvainkudoksesta saadaan poistetuksi, sitä parempi on hoitovaste leikkaushoidon jälkeen annettavalle solunsalpaajahoidolle. Jos kasvain on levinnyt hyvin laajalle, hoito voidaan aloittaa solunsalpaajahoidolla. Tarkoituksena on tällöin pienentää kasvainkudoksen määrä sellaiseksi, että leikkaushoito on mahdollista toisessa vaiheessa muutaman solunsalpaajahoidon jälkeen.

KASVAIMEN LEVINNEISYYS JA KUDOSTYYPPI VAIKUTTA HOIDON TULOKSEEN

Levinneisyyden perusteella munasarjasyöpä jaotellaan neljään ryhmään. Levinneisyyden lisäksi hoitotulokseen vaikuttaa syövän histologinen kudostyyppi ja syöpäsolujen erilaistu-

misaste. Mitä paremmin solu on erilaistunut eli mitä lähempänä sen rakenne on normaalia solurakennetta, sitä hitaammin se yleensä kasvaa tai lähettää etäpesäkkeitä.

MUNASARJASYÖVÄN GENEETTISET TUTKIMUKSET

Kaikista epiteliaalisista, ei-musiineista munasarjasyövistä tutkitaan kasvaimen geneettisiä piirteitä eli BRCA1- ja BRCA2-geenien mutaatiot sekä DNA:n korjausmekanismin homologisen rekombinaation puutos eli homologous recombination deficiency, HRD. BRCA1/2-geenitutkimuksella verinäytteestä selvitetään mahdollista perinnöllisen munasarjasyövän mahdollisuutta. Kasvaimen BRCA1/2-geenimutaatiot ja HRD-geenitestin tulokset vaikuttavat oleellisesti myös munasarjasyövän hoitoon.

SOLUNSALPAAJAHOITO

Leikkaushoitoa täydennetään munasarjasyövän hoidossa useimmiten solunsalpaajahoidolla. Pelkkä leikkaushoito riittää vain, jos on luotet-

tavasti todettu, että kasvain on rajoittunut vain toiseen munasarjaan ja on hyvin erilaistunutta solutyyppejä.

Solunsalpaajat eli sytostaatit ovat ryhmä erilaisia lääkkeitä. Ne vaikuttavat erilaisin tavoin solun jakautumiseen ja lisääntymiseen. Niiden ansiosta syöpäsolut eivät pysty lisääntymään, vaan ne tuhoutuvat. Solunsalpaajat vaikuttavat myös nopeasti jakautuviin terveisiin soluihin, mutta terveet solut kykenevät toipumaan lääkkeiden aiheuttamista vaikutuksista.

Hoito annetaan infuusiona eli tiputuksena suonensisäisesti. Yleensä käytetään kahden lääkkeeseen yhdistelmää. Peruslääkkeenä on karboplatiinin ja paklitakselin yhdistelmä. Lääkkeitä annetaan kolmen viikon välein vähintään kuusi hoitokertaa. Hoitokertoja voidaan joutua jatkamaan, mikäli kuudennen hoidon jälkeen tehtävä hoidon vastearvio niin edellyttää.

Hoitojen aikana voi näille peruslääkkeille tulla joko yliherkkyysoireita tai kasvainsolut tulevat niille vastustuskykyisiksi. Yliherkkyyden ilmetessä voidaan molemmat lääkkeet korvata toisilla, yhtä tehokkailla solunsalpaajilla, kuten sisplatiini, nab-paklitakseli ja doketakseli.

Taudin eteneminen hoidon aikana tai pian hoidon lopettamisen jälkeen on merkki siitä, että kasvain on tullut vastustuskykyiseksi käynteille solunsalpaajille. Tällöin taudin kulkua on mahdollista saada hidastettua vielä muilla solunsalpaajalääkkeillä. Tällaisia solunsalpaajia munasarjasyöpään on olemassa muun muassa gemsi-tabiini, pegyloitu liposomaalinen doksorubisiini ja topotekaani.

Solunsalpaajahoidon toteuttamisen edellytyksinä on riittävä taso veren valkosoluissa, verihiutaleissa ja punasoluissa. Lisäksi edellytetään, että munuaisten ja maksan toiminta on kohtalaisen normaalilla tasolla. Infektioiden aikana ei solunsalpaajahoitoa voida myöskään antaa.

MUUT LÄÄKEHOIDOT YLLÄPITOHOITO

Bevasitsumabi on kasvaimen verisuonitusta estävä vasta-aine, joka annetaan suonensisäisenä tiputuksena. Tämän lääkkeen on todettu olevan hyödyllinen erityisesti niille potilaille, joilla on suuri riski taudin uusiutumiseen. Bevasitsumabia voidaan käyttää yhdessä solunsalpaajien kanssa ja sen jälkeen yksinään niin sanottuna ylläpitolääkityksenä. Sen käyttöön liittyy tiettyjä vasta-aiheita. Bevasitsumabi-hoidon mahdollisuus arvioidaan jokaisen potilaan kohdalla erikseen.

PARP-ESTÄJÄT

PARP-entsyymien estäjät ovat muuttaneet epiteeliaalisen munasarjasyövän ensivaiheen hoidon viimeisen 5–10 vuoden aikana. PARP-estäjiä käytetään levinneen epiteeliaalisen munasarjasyövän ylläpitohoitoon leikkauksen ja sytostattien jälkeen joko yksin tai yhdistettynä bevasitsumabiin. PARP-estäjistä on osoitettu olevan merkittävää hyötyä vain, jos potilaan verestä tai kasvaimesta

löytyy BRCA1/2-mutaatio tai kasvain on HRD-positiivinen. PARP-estäjät ovat tabletteina otettavia lääkkeitä, joita käytetään yleensä 2–3 vuoden ajan taudin toteamisesta. Niiden on todettu viivästyttävän taudin uusiutumista ja pidentävän elin-aikaa levinneessä munasarjasyövässä. PARP-estäjien sivuvaikutuksena voi esiintyä useimmiten ohimenevää pahoinvointia, väsymystä ja veriarvojen muutoksia, jonka vuoksi veriarvoja seurataan hoidon aikana.

MUNASARJASYÖPÄPOTILAAN SEURANTA

Kun hoidot ovat päättyneet, alkaa seuranta. Seurantakäyntien tarkoituksena on havaita taudin mahdollinen uusiutuminen, mutta myös kiinnittää huomiota siihen, miten hoitojen jälkeinen palautuminen entiseen elämänrytmiin on onnistunut.

Seurantakäynneillä tehdään gynekologinen tutkimus, emättimen kautta tehtävä ultraääni-tutkimus ja tarvittaessa oireiden tai kliinisten löydösten perusteella muita tutkimuksia, kuten vatsan ultraäänitutkimus tai tietokonetutkimus

ja keuhkokuvaus. Yleiskunnon tutkiminen kuuluu aina olennaisena osana seurantaan.

Rutiininomaisia verikoeseurantoja ei ole, mutta mikäli kasvaimen on liittynyt jonkin merk-kiaineen nousu, on sen seuranta aiheellinen taudin uusiutumista epäiltäessä. Jos kasvaimen epäillä uusiutuneen, voidaan diagnoosia tarkentaa käyttäen apuna kuvantamismenetelmiä.

Seurantakäyntien tiheys riippuu siitä, mikä taudin tila diagnosointihetkellä ja hoitojen jälkeen on ollut. Yleensä kontrollikäynnit ovat ensimmäisen ja toisen vuoden aikana 3–4 kuukauden välein ja myöhemmin puolen vuoden välein. Mikäli tauti ei ole uusiutunut viiden vuoden kuluessa tai hyväennusteisessa taudissa kolmen vuoden kuluessa, siirtyvät seurannat avoterveydenhuoltoon.

MUNASARJASYÖVÄN UUSIUTUMINEN

Lähes kaikkiin pahanlaatuisiin kasvaimiin liittyy riski taudin uusiutumisesta. Munasarjasyövässä uusiutumisen mahdollisuus on keskimääräistä suurempi. Uusiutumisen riskistä omassa tapauksessaan on hyvä avoimesti keskustella hoi-

tavan lääkärin kanssa. Tavallisimmin uusiutuma tulee vatsaontelon alueelle tai imusolmukkeisiin. Uusiutunut munasarjasyöpä hoidetaan pääsääntöisesti solunsalpaajahoidoilla. Joissakin tilanteissa yksittäisen uusiumakasvaimen kirurginen poisto voi olla hyödyllistä.

Kohdunkaulasyöpä

KOHDUNKAULASYÖVÄN ESIINTYVYYS

Maailmanlaajuisesti kohdunkaulasyöpään sairastuu noin 600 000 ja siihen kuolee noin 340 000 naista vuosittain. Nykyisin lähes 80 prosenttia kohdunkaulasyövistä esiintyy kehitysmaissa.

Suomessa diagnosoidaan vuosittain noin 180 uutta kohdunkaulasyöpää. Hoidoissa tai seurannoissa on noin 3 212 kohdunkaulasyövän sairastanutta potilasta (Suomen Syöpärekisteri 2022). Sairastuminen kohdunkaulasyöpään on suhteessa suurin ikäryhmässä 35–45 vuotta.

KOHDUNKAULASYÖVÄLLE ALTISTAVAT TEKIJÄT

Tärkeimmäksi kohdunkaulasyöväälle altistavaksi tekijäksi on osoittautunut HPV-virus eli Human Papilloma Virus. HPV-viruksia on yli 100 erilaista tyyppiä, joista hieman alle kahdenkymmenen tiedetään olevan korkean riskin viruksia syövän suhteen. Suurin osa naisista sairastaa HPV-tulehduksen jossain elämänsä vaiheessa, mutta niistä vain pieni osa jää pysyviksi, solumuutoksia aiheuttaviksi tulehduksiksi. Tavalisimpia syöpään liittyviä virustyypppejä meillä Suomessa ovat tyypit 16 ja 18.

Toinen merkittävä kohdunkaulasyöväälle altistava tekijä on tupakka. Tupakan sisältämien aromaattisten hiilivetyjen on todettu kertyvän kohdunkaulan eritteisiin ja altistavan solumuutoksille. Lisäksi runsaasti tupakoivilla naisilla esiintyy enemmän parantumattomia HPV-tulehduksia, jotka aikaansaavat kohdunkaulansyövän esiastemuutoksia.

KOHDUNKAULASYÖVÄN ENNALTAEHKÄISY

Kohdunkaulasyöpä kehittyy oireettomista esiasemuodoista, joita pystytään havaitsemaan kohdunsuulta otetun irtosolunäytteen eli papa-näytteen avulla. Papakoeseulontoja suositellaan viiden vuoden välein ikäryhmille 30–65 vuotta. Esiastemuutokset pystytään näin hoitamaan yleensä ennen niiden kehittymistä varsinaiseksi syöväksi. Seulonnoissa voidaan nykyisin hyödyntää 35 vuoden iästä eteenpäin myös HPV-testiä, jonka herkkyys on parempi kuin perinteisellä papa-testillä. Positiivisen HPV-testituloksen saaneilla tutkitaan myös papa-testi.

Nykyisin seulontaohjelmien rinnalle on tullut myös esiastemuutosten syntyä estävä rokote, joka on kehitetty syöpään liittyviä HPV-virustyypppejä 16 ja 18 vastaan. Rokotteella on arveltu voitavan edelleen vähentää kohdunkaulasyövän esiintyvyyttä tulevaisuudessa. Suomessa kansallisessa rokotusohjelmassa HPV-rokotukset aloitettiin 11–12-vuotiaille tytöille vuonna 2013 ja pojille vuonna 2020.

KOHDUNKAULASYÖVÄN OIREET

Kohdunkaulasyövän tavallisimpia oireita on poikkeava gynekologinen vuoto tai poikkeava verinen vuoto. Vuoto voi esiintyä aluksi vain ponnistuksen yhteydessä tai yhdynnän jälkeen. Sittemmin se voi muuttua jatkuvammaksi, ja siihen voi liittyä tulehdus, joka aiheuttaa vuotoon hajua, voi nostaa lämpöä sekä aiheuttaa muita yleistyneen tulehduksen oireita. Lantionpohjan kipu, alaselkäkipu, väsymys, voimattomuus, anemisoituminen ja painon lasku ovat yleensä jo edenneen taudin oireita.

KOHDUNKAULASYÖVÄN TUTKIMUKSET

Epäily kohdunkaulasyövästä voi tulla jo gynekologisen tutkimuksen yhteydessä. Siinä voidaan havaita kohdun suulla poikkeava muutos joko ulospäin kasvavana tai kudoksia syövyttävänä kasvaimena.

Irtosolunäytteestä löytyy poikkeavia soluja, ja yleensä jatkotutkimuksena tehdystä kohdun-suun mikroskooppitähystyksessä eli kolposkopiassa otetuissa kudoksenäytteissä diagnoosi var-

mistuu. Levinneisyyden selvittämiseksi voidaan käyttää lantion magneettikuvausta ja vartalon tietokonetomografia- tai PET-tietokonetomografiatutkimusta.

Verikokeiden merkitys kohdunkaulasyövän diagnostiikassa on vähäinen, mutta osassa tapauksissa levyepiteelistä lähtöisin oleva kasvain voi nostaa SCC- eli squamous cell cancer -kasvainmerkkiainetta tai lieriöepiteelistä lähtöisin oleva kasvain CA12-5-arvoa.

KOHDUNKAULASYÖVÄN ERI TYYPIT

Tavallisimmin eli 70–80 prosenttia kohdunkaulasyöpätapauksista on tyypiltään levyepiteelikarsinooma, joka lähtee kohdunnapukan solukosta. Toiseksi yleisin tyyppi on adenokarsinooma, joka on lähtöisin kohdunkaulakanavan rauhassolukosta. Hoitolinjat molemmissa kasvaintyypeissä ovat samanlaiset.

Ennuste riippuu taudin levinneisyydestä diagnosointihetkellä. Keskimäärin viiden vuoden elossaoloennuste on Suomessa alkuvaiheen taudeissa 80–90 prosenttia ja edenneissä 40–60 prosenttia.

KOHDUNKAULASYÖVÄN LEVIÄMINEN

Kohdunkaulasyöpä leviää ensisijaisesti pitkin kohdunkaulan vieruskudoksia, emättimeen, kohdun sivulle lantionpohjan kudoksiin ja myöhemmin virtsarakkoon ja peräsuoleen. Se voi lähettää etäpesäkkeitä sekä imuteitse lantion ja aortan viereisiin imusolmukkeisiin että verisuoniteitse keuhkoihin ja luustoon.

KOHDUNKAULASYÖVÄN HOITO

Kuten kaikki gynekologiset syövät, myös kohdunkaulasyövän ensivaiheen hoito on keskitetty Suomessa yliopistollisiin keskussairaaloihin. Syövän levinneisyys vaikuttaa hoidon valintaan ja ennusteeseen.

Alkuvaiheen taudeissa (levinneisyysluokka I) leikkaushoito on ensisijainen vaihtoehto. Mikäli tauti on hyvin rajoittunut ja laajuudeltaan vain muutamia millimetrejä, ja mahdollisuus lapsen saantiin on vielä toiveissa säilyttää, voidaan harkita kohtua säästäviä leikkausmenetelmiä; pienissä muutoksissa riittää konisaatio. Siinä kohdun suulta poistetaan kartiomainen noin 2–3

senttimetrin laajuinen kappale. Leikkauksen riittävyys varmistetaan vielä myöhemmin tehtävässä kudoskappaleen mikroskooppitutkimuksessa.

Hieman laajemmassa, mutta kuitenkin kohdunkaulan alueelle rajoittuneessa taudissa, säästävänä leikkauksena voidaan käyttää lähes koko kohdunkaulan poistoa liitettynä lantion imusolmukkeiden poistoon. Tämä toimenpide säästää kohdun runko-osan lasten hankkimista ajatellen.

Mikäli lapsen hankinta ei ole enää ajankohdainen, on pienissä muutoksissa suositeltava leikkaus tavallinen kohdunpoisto. Laajemmissa, kuitenkin kohdunkaulaan rajoittuneissa taudeissa, leikkaus on laajennettu eli radikaali kohdunpoisto. Tämä tarkoittaa kohdun ja kohdunkaulan sivukudosten poistoa sekä vartijaimusolmuke-tutkimusta, lantion ja tarvittaessa myös aortan viereisten imusolmukkeiden poistoa.

Kookkaissa kasvaimissa ja kohdunkaulan ulkopuolelle levinneissä taudeissa (levinneisyysluokka IB₃-III) hoitovalinta on sädehoito. Sädehoito annetaan ulkoisena koko lantion alueen kattavana sädehoitona siten, että sen tehoa lisätään viikoittaisella pienellä annoksella solunsalpaajahoitoa. Tällöin puhutaan kemosaädehoi-

dosta. Hoitokertoja on vähintään 25, ja niiden määrää voidaan tarvittaessa lisätä kasvainalueelle kohdistetulla tehostehoidolla. Ulkoisen sädehoidon jälkeen hoidon riittävyys arvioidaan uusilla kuvauksilla, ja sädehoitoa useimmiten vielä lisätään paikallisella niin sanotulla tykösädehoidolla.

Laajemmalle levinneissä taudeissa (levinneyssluokka IV) ja uusiutuneissa taudeissa käytetään yleensä lääkehoitoa, johon voi yksilöllisesti suunnitellen kuulua solunsalpaajia, verisuonikasvutekijäestäjä bevasitsumabi ja immuno-onkologinen hoito.

HOIDON SIVUVAIKUTUKSET

Kohdunkaulan konisaatioleikkaukseen liittyy hieman suurentunut myöhäisen keskenmenon ja ennenaikaisen synnytyksen riski. Nämä riskit ovat selkeämmin suurentuneita kohdunkaulan laajemmassa poistossa. Ennenaikaisuuden riskiä vähentämään laajemmassa kohdunkaulan poistoleikkauksessa jäljelle jääneeseen kohdunkaulan osaan laitetaan tukiommel, joka saa olla koko raskauden ajan. Synnytys tapahtuu sitten aikanaan keisarinleikkauksella.

KOHDUNKAULASYÖPÄPOTILAAN SEURANTA

Kohdunkaulasyöpäpotilaiden seuranta riippuu taudin alkuperäisestä levinneisyydestä ja sen hoidoista. Alkuvaiheessa olleita, leikkaushoidolla hoidettuja potilaita seurataan puolivuosittain kahden vuoden ajan, jonka jälkeen seurantarve arvioidaan yksilöllisesti HPV- ja papa-testin mukaan. Rutiininomaisista kuvantamistutkimuksista ei ole todettu olevan hyötyä, ja niitä otetaan vain oireiden ja löydösten perusteella. Laajemman levinneisyysasteen tautien seurannassa sen sijaan voidaan käyttää kuvantamista hoidon tehon arvioimisessa. Seuranta-aika ja -paikka sovitaan hoitavan yksikön kanssa kunkin potilaan kohdalla yksilöllisesti.

Ulkosynnytinsyöpä

ULKOSYNNYTINSYÖVÄN ESIINTYVYYS

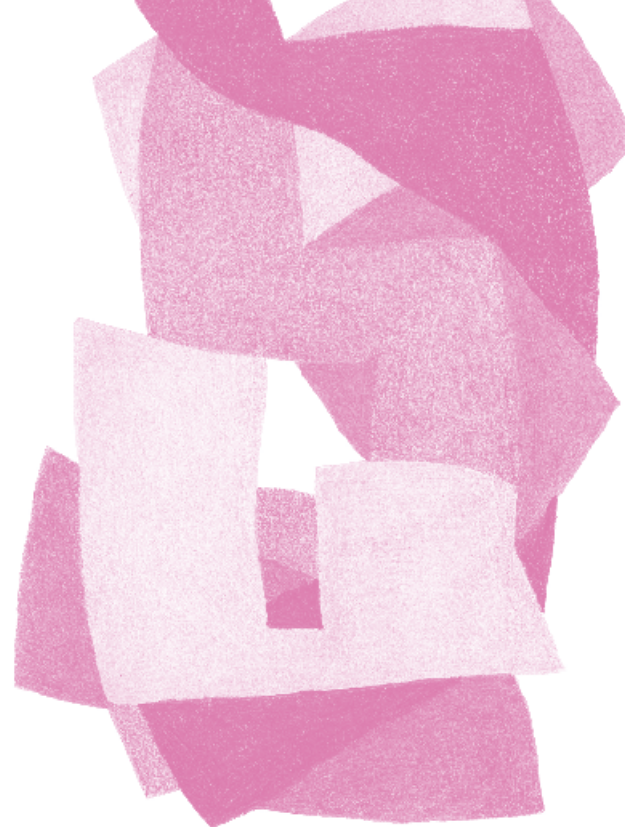
Ulkosynnytinalueen syöpä on selvästi muita gynekologisia syöpiä harvinaisempi. Sen osuus kaikista gynekologisista syövistä on vain 4–5 prosentin luokkaa. Suomessa noin 120 naista sairastuu ulkosynnytinsyöpään vuosittain.

ULKOSYNNYTINSYÖVÄLLE ALTISTAVAT TEKIJÄT

Tiedetään, että ulkosynnytinalueen krooniset tulehdukset ja etenkin valkojäkälihati voivat useiden vuosien kuluttua altistaa syövän synnylle. Tämä syöpätyypin esiaste on nimeltään dVIN.

Toinen ulkosynnytinsyöväälle altistava tekijä on HPV-infektio. Arvellaan, että noin puolessa kaikista ulkosynnytinsyövistä on HPV-altisteisuus, ja esiastemuutoksia kutsutaan VIN-muutoksiksi (uVIN).

Esiastemuutoksia seuraamalla ja hoitamalla voidaan vaikuttaa varsinaisen syövän syntyyn.



ULKOSYNNYTINSYÖVÄN OIREET

Ulkosynnytinsyövän oire voi olla pitkään jatkunut kutina tai kirvely, kroonistunut haavauma tai ulospäin kasvava, usein verta vuotava kasvain. Usein oiretta on voitu hoitaa pidempään paikallisilla voiteilla ilman vastetta. Kipu, virtsaamisvaikeudet ja peräsuolen oireilu ovat jo merkkejä taudin leviämisestä ympäröiviin kudoksiin.

ULKOSYNNYTINSYÖVÄN TUTKIMUKSET

Ulkosynnyttinsyöpä on usein ulkonäöltään joko kasvainmainen muutos tai epätarkkarajainen haavauma, joiden ympärillä on vahva tulehdusreaktio. Muutokset voivat olla erittäin kipeitä ja kosketusarkoja. Diagnoosi varmistetaan koepalalla. Taudin levinneisyyttä selvitetään tietokone-tomografiatutkimuksella ja lantion magneettitutkimuksella.

ULKOSYNNYTINSYÖVÄN ERI TYYPIT

Tavallisimmin ulkosynnyttinsyöpä on lähtöisin isoista häpyhuulista ja niiden levyepiteelistä. Nämä edustavat lähes 90 prosenttia ulkosynnyttinsyövistä, ja niitä kutsutaan levyepiteelikarsinoomiksi. Jotkut syövät saavat alkunsa ulkosynnyttinalueen rauhasrakenteista, ja ne ovat tyypiltään adenokarsinomia.

Ulkosynnyttinalueella tavataan myös melanoomaa, joka on ulkonäöltään ja käyttäytymiseltään muualla iholla esiintyvän melanooman kaltainen.

Oman tautiryhmänsä muodostaa Pagetin tauti, jota esiintyy myös ulkosynnyttinalueella.

Se on solutyypiltään pahanlaatuisiksi luokiteltava, mutta sen ominaisuuksiin ei kuulu laajempi leviäminen tai etäpesäkkeiden muodostaminen. Sen sijaan se kyllä voi uusiutua paikallisesti vuosikymmenienkin kuluessa.

ULKOSYNNYTINSYÖVÄN LEVIÄMINEN

Usein ulkosynnyttinsyöpä oireilee niin voimakkaasti, että hoitoon hakeudutaan taudin alkuvaiheessa, jolloin se on rajoittunut ulkosynnyttinalueelle. Paikallisesti syöpä leviää ensisijaisesti virtsaputken, emättimen ja peräaukon seutuun. Imuteitse se voi levitä nivusten ja lantion imusolmukkeisiin ja veriteitse harvoin keuhkoihin.

ULKOSYNNYTINSYÖVÄN HOITO

Ulkosynnyttinsyövän hoidossa pyritään leikkaushoitoon aina, kun se vain on mahdollista. Näin tehdään myös edenneissä syövässä. Paikallinen, vain toisen puolen häpyhuuleen rajoittunut kasvain poistetaan pyrkien säilyttämään ulkosynnyttinalueen anatomia kohtalaisen normaalina. Apuna käytetään tarvittaessa plastiikkakirurgin

potilaan omista kudoksista irroittamaa kielekettä.

Mikäli kasvain on kookas tai se sijaitsee häpyhuulien alueella molemmin puolin, on riittävän hoidon turvaamiseksi tehtävä radikaali ulkosynnyttimien poisto. Leikkaukseen kuuluu myös nivusten vartijaimusolmukkeiden poisto.

Tietyissä tilanteissa on mahdollista määrittää leikkauksen aikana niin sanottu vartijaimusolmuke. Sen etsimiseen käytetään merkkiaineina teknetium-isotooppia tai/ja siniväriä, joita ruiskutetaan kasvaimen ennen leikkausta. Isotooppi tai väri paljastaa vartijaimusolmukkeen eli sen solmukkeen, johon kasvaimen pääasialliset imutiettyhet laskevat. Mikäli imusolmukkeissa ei ole kasvainsoluja, ei muita imusolmukkeita tarvitse poistaa. Näin voidaan vähentää radikaalimmasta leikkauksesta aiheutuvia haittavaikutuksia.

Edenneissäkin kasvaimissa voidaan harkita leikkaushoitoa. Laajempi leikkaus tehdään usein moniammatillisessa yhteistyössä gynekologin, suolikirurgin, urologin ja plastiikkakirurgin kanssa.

Leikkaushoidon jälkeen voidaan vielä tarvita ulkosynnytinalueen ja imusolmukealueen ulkoista sädehoitoa. Sädehoitoa käytetään myös

silloin, jos kasvain on uusiutunut tai levinnyt niin, ettei leikkaushoito ole enää mahdollinen. Sädehoitoa voidaan tehostaa solunsalpaajahoidolla, jolloin puhutaan kemosädehoidosta. Muutoin solunsalpaajien teho ulkosynnytynsyöpään on rajallinen.

HOIDON SIVUVAIKUTUKSET

Ulkosynnytinalueen radikaalileikkaukseen liittyy tavallista korkeampi haavojen tulehtumisriski.

Nivusten imusolmukkeiden poisto voi aiheuttaa alaraajojen turvotusta, alttiutta tulehduksille ja syville laskimotukoksille. Näiden esiintymistä voidaan selvästi vähentää vartijaimusolmuketutkimuksella.

Sädehoito aiheuttaa joskus voimakastakin ihoärsytystä ulkosynnytinalueen ohuille limakalvopinnoille. Myöhemmin se taas voi aiheuttaa iholle panssarimaisen paksuuntumisen ja immunestekiertoahäiriön.

Radikaalileikkaus muuttaa merkittävästi naisen sukuelinten anatomiaa ulkoisesti ja sisäisesti, ja kyky seksuaalisiin tuntemuksiin muuttuu. Muutos voi olla hyvinkin merkittävä elämänlaa-

dullinen kysymys sekä sairastuneelle että hänen parisuhteelleen. Muutos vaikuttaa myös seksuaaliseen minäkuvaan.

ULKOSYNNYTINSYÖPÄPOTILAAN SEURANTA

Seurannan tiheys ja seuranta-ajan pituus riippuvat taudin alkuperäisestä levinneisyydestä ja hoidoista. Tärkein ennusteeseen vaikuttava tekijä on imusolmukelevinneisyys. Mikäli tauti on vain paikallinen, on ennuste hyvä. Mikäli syövässä todetaan imusolmukkeissa tautia, on uusiutumisen riski suuri.

Muut harvinaisemmat gynekologiset syövät

Harvinaiset gynekologiset syövät ovat keskenään hyvin erilaisia, ja niiden hoito ja seuranta suunnitellaan aina yksilöllisesti. Taudin erityispiirteistä kannattaa kysyä hoitavalta lääkäriltä. Alla on lueteltu esimerkkinä muutamia harvinaisempia gynekologisia syöpiä ja niiden erityispiirteitä.

ISTUKKASYÖPÄ

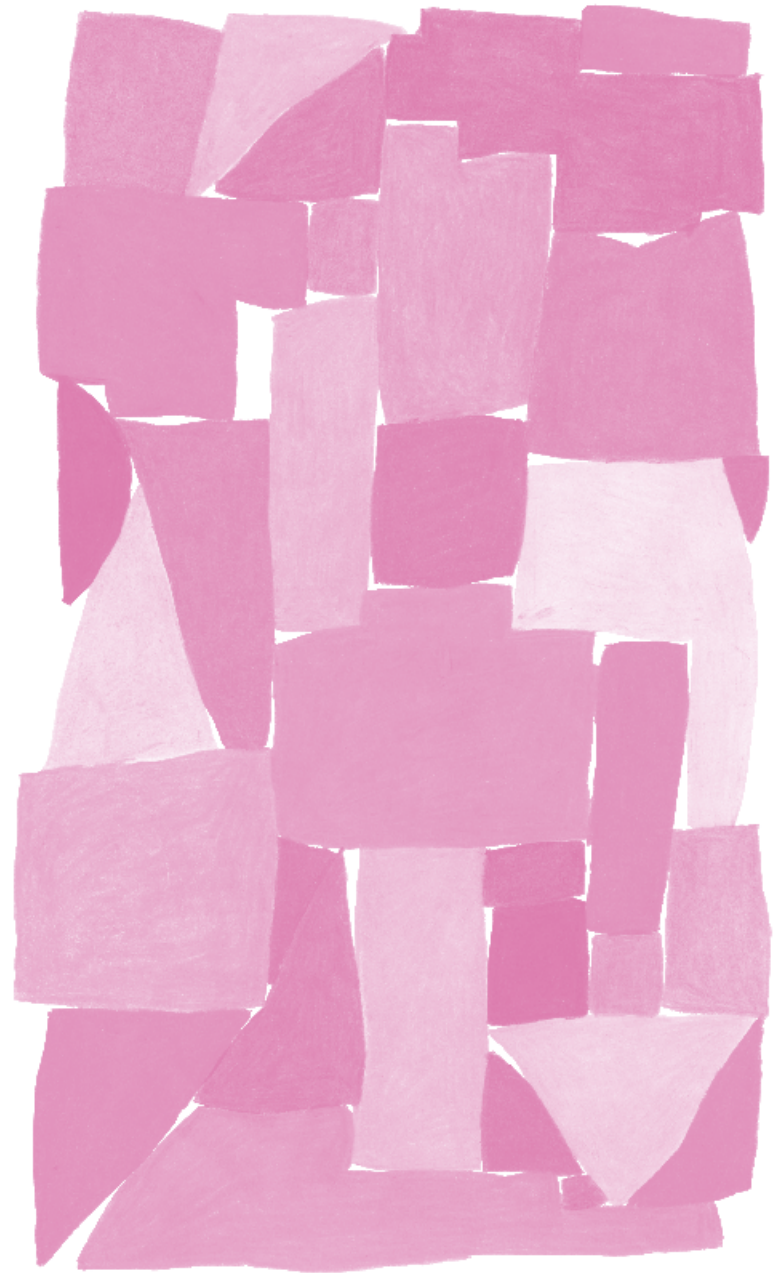
Istukkasyöpä kehittyy istukkakudokseen keskenmenon tai synnytyksen jälkeen, ja pitkittynyt verinen vuoto on sen yleisin oire. Solunsalpaajat tehoavat istukkasyöpään yleensä hyvin, ja kohtua ei yleensä ole tarpeen poistaa. Istukkasyövän hoidon jälkeen seurataan veren istukkahormoni- eli hCG-pitoisuutta, kunnes arvo on ollut normaali vuoden ajan. Sen jälkeen taudin uusiutumisen riski on erittäin matala.

EMÄTINSYÖPÄ

Emätinsyöpä on harvinainen, ja sen syntymekanismi ja käyttäytyminen vastaavat useimmiten ulkosynnyttimien ja kohdunkaulan syöpiä. Emätinsyöpää hoidetaan leikkauksen, sädehoidon ja solunsalpaajien yhdistelmällä.

HYVIN ERILAISTUNUT SEROOSI MUNASARJASYÖPÄ

Hyvin erilaistunut seroosi karsinooma on munasarjasyövän erityinen alatyyppe, joka esiintyy useammin nuoremmilla naisilla. Hoidon kulmakivi on leikkaus, jossa koko kasvain pyritään poistamaan. Solunsalpaajien teho hyvin erilaistuneessa munasarjasyövässä on usein rajallinen. Tauti on kuitenkin useimmiten hormoniherkkä, ja sitä voidaan hoitaa hormonaalisilla hoidoilla. Sen hoitoon on viime vuosina tullut myös lääkeaineryhmä MEK-estäjät, joilla on saatu lupaavia tuloksia.



Gynekologisten syöpien solunsalpaajahoitojen sivuvaikutuksista

Solunsalpaajahoidoilla on moninaisia sivuvaikutuksia. Ne johtuvat siitä, että solunsalpaajat eivät ole täsmähoitoa, joka vaikuttaisi pelkästään kasvainsoluihin, vaan ne vaikuttavat myös terveisiin soluihin elimistössä. Sivuvaikutusten vaikeusaste ja luonne ovat solunsalpaajakohtaisista.

Solunsalpaajahoidoista toipuminen vaatii oman yksilöllisen aikansa ja voi kulua melko pitkäänkin, ennen kuin fyysiset voimat jälleen palaavat. On tärkeää muistaa, että omilla elämäntavoilla voi vaikuttaa toipumisen pituuteen.

Hedelmällisessä iässä kuukautisten pois jääminen voi tuntua oudolta, ja vaihdevuosisoireet voivat olla hankalia. Vaihdevuosi-ikä ylittäneiden kohdalla oireet eivät juuri pahene. On tärkeä huomioda, että vaihdevuosien hormonihoidoita voidaan turvallisesti käyttää tietyissä syöpätyy-

peissä vaikeiden vaihdevuosisoireiden hoitoon. Erilaiset emättimen paikallishoidot kiusallisten oireiden, kuten kuivumisen, kutinan ja kirvelyn, helpottamiseksi ovat yleensä sallittuja.

YLEINEN VÄSYMYS, VOIMATTOMUUS JA UUPUMISEN TUNNE

Yleisin, lähes kaikkiin solunsalpaajahoitoihin liittyvä sivuvaikutus on yleinen väsymys, voimattomuus ja uupumisen tunne. Tämä johtuu solunsalpaajien aiheuttamasta kasvainsolujen tuhoutumisesta ja siihen liittyvästä elimistön voimavarojen tarpeesta tuhoutuneiden syöpäsolujen hävittämiseen sekä terveiden solujen uudistamiseen. Uupumisoireiden paras hoito on riittävä lepo, maltillinen liikunta ja monipuolinen ravinto.

ANEMIA

Kasvaimen ja hoitojen aiheuttama anemia lisää ja pitkittää uupumisoiretta. Anemiaa on hyvä hoitaa, jos hemoglobiiniarvo painuu alle 80 U/l tai korkeammillakin arvoilla potilaskohdaiset

syyt huomioiden. Hoitovaihtoehtoina vaikeassa anemiassa on punasolujen siirto ja lievemmissä anemiassa sairaalakohtaisesti myös epo-hoidot.

TULEHDUKSET

Solunsalpaajahoitojen aikana potilaat ovat alttiimpia saamaan niin virus- kuin bakteeritulehduksiakin. Herkin aika infektioille on hoitojakson puolella välissä, jolloin valkosolut eli neutrofiilit, jotka vastaavat elimistön puolustusjärjestelmästä, ovat matalimmillaan. Tällöin on syytä välttää joukkotapahtumia, joissa on riski altistua runsaalle virusmäärälle.

Valkosolujen lasku tapahtuu lähes kaikkien solunsalpaajahoitojen seurauksena, mutta yleensä infektioille altistava aika on vain 2–3 päivää, jonka jälkeen ne palautuvat normaalitasolle. Mikäli jostain syystä valkosolujen toipuminen viivästyy, voidaan niiden palautumista tukea kasvutekijähoidolla.

Hampaiden kunto on syytä tarkistuttaa omalla hammaslääkärillä mahdollisten piilevien tulehduspesäkkeiden korjaamiseksi. Hammashoidot on myös syytä tehdä antibioottisuoja. Ham-

maslääkäri määrää lääkkeitä ennen hampaiden hoidon aloittamista.

VERIHIUTALEIDEN MÄÄRÄN VÄHENEMINEN

Verihiutaleiden eli trombosyyttien määrän väheneminen on harvinaisempaa solunsalpaajahoidon sivuvaikutuksena. Verihiutaleiden määrää seurataan hoitoa edeltävissä verikokeissa, ja tarpeen mukaan hoitoja voidaan siirtää tai muuttaa, mikäli trombosyyttitaso niin edellyttää.

PAHOINVINTI

Pahoinvointi on sivuvaikutuksena lähes kaikissa gynekologisen syövän hoitoon käytetyissä solunsalpaajalääkkeissä. Voimakkaimmin pahoinvointia aiheuttavat karboplatiini ja sisplatiini. Nykyisin käytössä olevien, erittäin tehokkaiden, pahoinvoinnin ennaltaehkäisyyn tarkoitettuja lääkkeitä turvin pahoinvointi ei kuitenkaan yleensä tule ongelmaksi hoidon toteuttamisessa.

Pahoinvoinnin estoon käytetään joko yhden tai kolmenkin lääkkeen yhdistelmiä riittävän tehon

saamiseksi. Tavallisimpia ovat kortikosteroidit, metoklopramidi, setronit ja NK₁-reseptorin salpaajat.

Huonovointisuus ja pahoinvointi voi jatkua pari kolme päivää solunsalpaajahoidon jälkeenkin. Tällöin on huolehdittava riittävästä nesteen saamisesta ja pyrittävä edes pieninä annoksina syömään niitä ruoka-aineita, jotka jotenkin tuntuvat maistuvan. Ruoan kaunis asettelu ja hyvä ruokaseura ovat omiaan nopeuttamaan ruokahulun palautumista.

SUOLEN TOIMINNAN MUUTOKSET

Solunsalpaajahoidot voivat muuttaa suolen toimintaa vilkkaammaksi. Pahoinvoinnin estolääkkeet toisaalta aiheuttavat pikemminkin ummetusta, ja useimmiten ummetukseen ehkäisyyn ja hoitoon on hyvä kiinnittää huomiota.

Ruoansulatuskanavan herkistyminen raskaasti sulavalle ruoalle tai voimakkaille mausteilla on myös mahdollista. Suositeltavaa onkin, ainakin muutamana hoitoa seuraavana päivänä, pitäytyä kevyemmässä ja helposti sulavassa ravinnossa.

TUNNOTTOMUUS

Kaikkiin gynekologisissa syövässä käytettäviin perussolunsalpaajiin, erityisesti paklitakseliin, mutta myös karboplatiiniin ja sisplatiiniin, voi liittyä ääreishermovaurion aiheuttamaa tunnottomuutta eli neuropatiaa. Tämä sivuvaikutus lisääntyy etenkin, jos joudutaan antamaan lukuisia hoitokertoja. Vauriot ilmenevät jalkapohjien ja kämmenten tuntopuutoksina, jotka jalkapohjissa voivat vaikeuttaa pahimmillaan jopa normaalia kävelyä. Oireen estämiseksi ei ole olemassa tehokasta hoitoa. Oireet lievittyvät jossain määrin, kun hoitajakso lopetetaan, mutta voivat pahentua, jos hoidot joudutaan aloittamaan uudestaan.

HIUSTEN LÄHTÖ

Hiusten lähtö on useiden käytettävien solunsalpaajien, kuten paklitakselin, dosetakselin ja doksorubisiinin, näkyvä sivuvaikutus. Hiukset ja sen myötä myös ripset, kulmakarvat ja häpykarvoitus lähtevät yleensä jo toisen hoitokuurin aikaan.

Sairaalat antavat maksusitoumuksen peruukin ostamiseen. Sillä voi hankkia peruukin tiettyyn hintakattoon asti. Eri sairaaloilla voi olla erilaisia käytäntöjä peruukin ostamiseen. Jotta peruukin saisi muistuttamaan mahdollisimman paljon omaa hiusmallia, kannattaa peruukkiostoksille lähteä heti hoidon alettua, ennen hiusten lähtöä.



Immuno-onkologisten hoitojen sivuvaikutuksia

Immuno-onkologisten hoitojen sivuvaikutukset johtuvat puolustussolujen reagoimisesta elimistön omia kudoksia vastaan. Siksi ne voivat olla hyvin vaihtelevia ja ennalta-arvaamattomia. Immuno-onkologisia hoitoja annetaan usein myös yhdessä solunsalpaajien kanssa, mikä voi vaikeuttaa haittojen syyn tunnistamista. Hoitojen aikana on siksi tärkeä seurata laajalti veri- ja hormoniarvoja sekä yleisvointia. Yleisiä haittavaikutuksia ovat esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminta, ripuli ja ihottuma, jotka onneksi ovat useimmiten hoidettavissa. Harvinaisia, mutta vakavia sivuvaikutuksia voivat olla sydänlihastulehdus ja keuhkoreaktiot.

Gynekologisten syöpien sädehoidon sivuvaikutuksia

Gynekologisen syövän sädehoitoon liittyy sekä sädehoidon aikaisia että myöhemmin ilmaantuvia sivuvaikutuksia. Lantion sädehoito kohdistuu paitsi hoidettavalle kasvainalueelle, myös hoitoalueella oleviin terveisiin elimiin, kuten emättimeen, virtsarakkoon, paksu- ja peräsuoleen sekä ohutsuoleen.

Sädehoidon aikana voi ilmetä emättimen limakalvojen kuivumista ja arkuutta, tihentynyttä virtsaamistarvetta ja suolen toiminnan vilkastumista, jopa ripulointia.

Emättimen ongelmia pyritään vähentämään emättimeen laitettavalla paikallisella estrogeeni-voiteella. Suolistoa rauhoitetaan lääkehoidolla, ripulilääkkeellä. Virtsanäytteitä seurataan viikoittain mahdollisen tulehduksen havaitsemiseksi, ja verikokeita seurataan viikon tai kahden viikon välein valkosolu- ja hemoglobiiniarvojen tarkistamiseksi.

Emättimen laajentaminen eli dilataatio

Lantion alueen sädehoito, paikallinen sädehoito ja emätintä tai ulkosynnyttimiä muovaavat toimenpiteet voivat aiheuttaa emättimen ahtautumista ja joustavuuden vähenemistä. Niitä voidaan estää laajentamalla eli dilatoimalla emätintä säännöllisesti. Dilatoiminen tulisi aloittaa mahdollisimman pian hoidon loputtua. Lääkäri, hoitohenkilökunta tai seksuaalineuvoja antavat ohjeita sopivista toimintamalleista.

Luonnollisin dilataatiomenetelmä on yhdyntä, mutta se voi olla kiellettyä esimerkiksi leikkauksen tai hoitojen vuoksi. Yhdyntään ei muutenkaan aina ole mahdollisuutta esimerkiksi kumppanin puuttumisen vuoksi. Voi myös olla, että kumppani ei halua tai pelkää yhdyntää tässä poikkeavassa tilanteessa. Ajatus yhdyntästä voi tuntua sairastuneesta muutenkin vieraalta, jopa vastenmieliseltä ajatukselta keskellä syövän hoitoa ja sairastumisen aiheuttamia tunteita.

Dilataation voi tehdä myös sormin, dilataatiopuikolla, tekopeniksellä tai hieromasauvalla. Sormin kokeilemalla voi selvittää emättimen koon sopivan kokoisen välineen valitsemiseksi. Tarvittaessa dilatoinnin edistyessä voi siirtyä isompaan kokoon.

Sairaaloissa on erilaisia käytäntöjä. Joissakin hoitoyksiköissä voi saada dilataatiopuikon naistentautien poliklinikalta. Jos niin ei ole, apuväline pitää hankkia itse. Jotkut apteekit ja tavaratalot myyvät tekopeniksiä eli dildoja ja hieromasauvoja, mutta parhaat valikoimat löytyvät erotiikkakaupoista.

Runsas liukuvoiteen käyttö on välttämätöntä sekä yhdyntämuun dilatoinnin yhteydessä. Liukuvoiteen tulee olla vesiliukoista. Laajennus tulisi tehdä vähintään kolme kertaa viikossa.

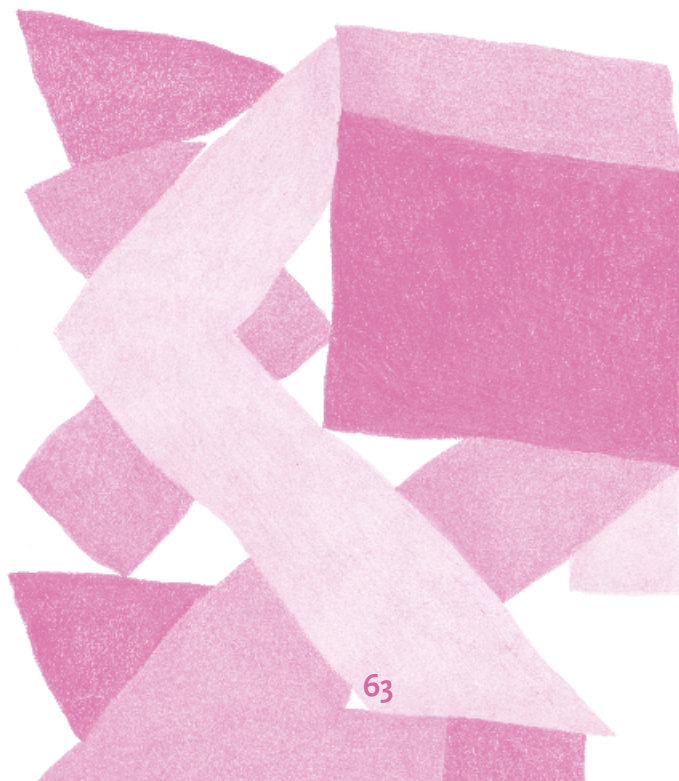
Tulehdusten välttämiseksi on tärkeää huolehtia laajennusvälineen puhtaudesta. Välineet pestään vedellä ja miedolla saippualla.

Intiimihygieniasta huolehtimiseen riittää suihkuttelu haalealla vedellä ja kuivaus taputteleamalla. Saippua ja desinfektioaineet kuivattavat ihoa ja limakalvoja. Limakalvojen hoitoon suositellaan käytettäväksi vesiliukoisia voiteita tai

esimerkiksi ihoöljyä. Jos dilataationa käytetään yhdyntää, tulee kiinnittää huomiota myös kumppanin intiimihygieniaan.

Jos dilatointi aiheuttaa kipua tai toistuvasti selkeästi veristä vuotoa, asiasta on hyvä keskustella lääkärin kanssa.

Tavallisin dilatointiaika on 6–12 kuukautta hoidon jälkeen, mutta sen tarve on yksilöllinen riippuen sairastuneen iästä ja annetuista hoidoista. Mikäli emätin ahtautuu uudelleen, voi dilataation tarvittaessa aloittaa uudelleen.



Hedelmällisyys



Mikäli vain mahdollista, hedelmällisessä iässä olevan naisen hoidossa pyritään ottamaan huomioon mahdollisuus hankkia myöhemmin lapsia. Esimerkiksi munasarjasyövässä, mikäli taudin voidaan luotettavasti osoittaa rajoittuneen vain toiseen munasarjaan, on toisen munasarjan ja kohdun säästävä leikkaus mahdollinen. Solunsalpaajahoidot aiheuttavat tällöinkin yleensä kuukautisten poisjäämisen ja tilapäisen “vaihdevuosivaiheen”. Solunsalpaajahoidojen loputtua kuitenkin suurimmalle osalle alle 35-vuotiaista kuukautiset palautuvat. Munasoluja voidaan myös suojata solunsalpaajahoidon aikana annettavalla hormonihoitolla, GnRH-hormonilla, jolloin terve munasarja on tavallaan

lepotilassa, ja siinä olevat kypsyvät munasolut eivät vaurioidu.

Mikäli gynekologisen syövän levinneisyys ja muut ennusteeseen vaikuttavat tekijät edellyttävät radikaalimpaa leikkausta tai voimakkaampia lääkehoidon valintoja, on silloin tehtävä ratkaisu, jotka johtavat pysyvään lapsettomuuteen.

Kun hedelmällisessä iässä oleva henkilö sairastuu gynekologiseen syöpään, on hedelmällisyyden säilyttämisestä, heikkenemisestä tai menettämisestä puhuttava lääkärin kanssa, vaikka aihe ei juuri sillä hetkellä tuntuisi ajankohtaiselle. Aihe voi herättää surua, ja keskusteluapua on mahdollisuus saada.

Tunteet myllerryksessä ja arki sekaisin

Syöpä ja sen hoidot voivat muuttaa äkillisesti elämäntilanteen, aiheuttaa pelkoa, nostaa esiin erilaisia tunteita ja pakottaa kohtaamaan uusia asioita. Gynekologisen syövän intiimi luonne voi tuoda myös tullessaan monia epämiellyttäviä ja nololta tuntuvia kohtaamisia, kun liikutaan sairastuneen yksityisimmällä alueella. Sairaus voi alkaa määrittää elämää, ja tulevaisuus on epävarmaa. Tavallisia tunteita pelon ja epävarmuuden lisäksi voivat olla esimerkiksi katkeisuus, suru, raivo, kateus ja mustasukkaisuus. Tyypillistä on myös toivon ja toivottomuuden tunteiden vaihtelu.

Tunteet ovat myös yksilöllisiä ja erilaisia elämäntilanteen sekä persoonallisuuden mukaan. Tunteille on hyvä antaa lupa ja aikaa. Hyväksymällä ja ymmärtämällä tunteiden merkityksen kriisin eri vaiheissa niistä myös parhaiten selviytyy. Sairastamispolun eri vaiheissa tunteet tulevat ja menevät, ja jo ohimenneeksi luullut tunteet voivat palata takaisin.

Tunteista puhuminen on tärkeää, joskus jopa melkein välttämätöntä, mutta siihen ei voi pakotautua. On hyvä edetä tunteiden jakamisessakin omien tuntemusten mukaan, ja ottaa ne puheeksi toisten kanssa sitten, kun on siihen kypsä. Kaikkia tunteitaan ei myöskään tarvitse jakaa.

Sairaus ja äkillinen elämän muuttuminen vaikuttaa usein myös ihmissuhteisiin, ja ne saattavat joutua koetukselle. Kumppani, perhe, ystävät ja työtoverit voivat tuntua välillä tärkeiltä, välillä ärsyttäviltä. Joskus on hyvä saada aivan omaa aikaa ja tilaa ajatustensa selvittämiseen tai vaan siihen, ettei tarvitse ajatella mitään tai huolehtia kenestäkään. Terve itsekkyys auttaa ajan saamisessa. Aina ei tarvitse huolehtia muista.

Itsensä ajattelemiseen kuuluu, että myöntää itselleen tarvitsevansa apua. Se voi olla vaikeaa, mutta tässä tilanteessa tarpeellista. Kun ei itse välttämättä jaksa pyörittää mahdollisen perheen arkea tai edes omaa arkeaan, on siitä jonkun muun huolehdittava. Kaikilla ei ole läheisiä, jotka voivat tulla apuun. Apua voi kysyä ystäviltä ja tuttavilta, jos he eivät sitä itse tarjoa. Usein apu tulee yllättävältäkin taholta, kun joku kaukaisempi tuttava tai vaikkapa naapuri sitä tarjoaa. Jos oma sosiaalinen verkosto ei kanna, ohjeita esimerkiksi kunnan tukitoimista voi kysyä sairaalan sosiaalityöntekijältä.

Vakavan sairauden yhteydessä eteen tulee paljon enemmän kysymyksiä kuin on vastauksia. Sekä fyysiselle että psyykkiselle selviytymiselle

on tärkeää, että saa kattavasti tietoa sairaudestaan, sen hoidosta ja vaikutuksista elämään sekä hoitajakson että kuntoutumisjakson ajan. Tärkeimmät tiedonantajat ovat hoitava lääkäri ja muu hoitohenkilökunta. Heiltä voi myös pyytää ohjausta ja tarvittaessa lähetteen esimerkiksi psykologin tai sosiaalityöntekijän vastaanotolle.

Lähimpänä meitä olevat ihmiset ovat usein tärkein tuki ja apu. Sairaus voi myös viedä pois sellaisia ihmisiä, joilta tukea on odottanut ja tuoda tullessaan sellaisia ystäviä, joita ei ole edes tullut ajatelleeksi.

Kun sairastuu vakavasti, voi kokea tarvetta tehdä kaikki voitava, jotta selviytyisi sairaudestaan. Hoitojen vastaanottaminen ja tulosten odottaminen sekä pelko ja huoli voivat aiheuttaa tilanteen, jolloin haluaisi itsekkin tehdä jotain konkreettista hoidon tukemiseksi. On myös tavallista, että kanssaihmiset suosittelevat, mitä erilaisempia keinoja; vaihtoehtoisia hoitoja tai tukihoitoja. Lääkärit eivät yleensä sulje pois potilaan itsensä tärkeinä pitämiä hoitomahdollisuuksia, ellei niistä ole suoranaista haittaa muulle hoidolle.

Gynekologinen syöpä ja seksuaalisuus

Mitä seksuaalisuus ja seksi tarkoittavat ja mitä ne sisältävät, on jokaisen yksilön itsensä määriteltävissä. Myös se, miten tärkeää seksi ja seksuaalisuus ovat gynekologisen syövän kohdatessa tai hoitojen aikana, on ainoastaan sairastuneen henkilön itsensä arvioitavissa.

Tavallista on, että sairauden toteamisen aikaan ja hoitojen ollessa aktiivisimmillaan, seksuaalisuus ja seksi jäävät sivuun, ja ihminen keskittyy hoitoihin ja paranemiseen. On myös mahdollista, että raskaiden hoitojen aikana seksuaalisen energiasta ja seksistä saa iloa, ja ne auttavat viemään ajatuksia muualle, rentouttavat ja virkistävät mieltä. Molemmat tavat reagoida sairauteen ovat ihan yhtä hyviä.

Vaikka aivot ovat seksuaalisen nautinnon kannalta tärkein elin, on gynekologinen syöpä konkreettisesti seksiin ja seksuaalisuuteen kajoava sairaus. Hoidot vaikuttavat osa suoraan ja osa välillisesti seksin toteuttamiseen. On todennäköistä, että jotain muutosta seksuaalisuuden kokemisessa ja seksin toteuttamisessa tapahtuu. Toiset muutoksista ovat hetkellisiä, jotkut muutokset voivat olla pysyviä. On erittäin tärkeää, että puhut ammattilaisille, jos muutokset seksuaalisuudessa huolettaa etukäteen tai niiden ilmaantuessa. Seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä saa ja pitääkin puhua omalle lääkärille tai hoitajalle. Tarvittaessa he ohjaavat sinut seksuaalineuvojalle tai -terapeutille.

LEIKKAUSHOIDON VAIKUTUKSIA SEKSIN TOTEUTTAMISEEN

Sairauden ja hoitojen aikana hoitava lääkäri kertoo, jos seksin toteuttaminen ei ole turvallista tai sallittua. Usein leikkaushoito vaikuttaa yhdyntäseksin toteuttamiseen, ja ennen leikkauksesta kotiutumista saat ohjeet, koska yhdyntäseksi on sallittua. On tärkeää muistaa, että yhdyntäseksi

on vain yksi seksin muoto ja esimerkiksi hyväilyseksi voi olla sallittua.

Ulkosynnytinalueen leikkaukset voivat vaikuttaa myös vulvan alueen koskettamiseen. Varmistathan lääkäriltäsi, että olet saanut ohjeet, jos leikkausalueelle ei saa koskea.

Vaikka toiminnallinen seksi olisikin joksikin aikaa kiellettyä, hellyys, läheisyys ja lempeät sanat ovat aina sallittuja.



SOLUNSALPAAJA- JA LÄÄKEHOIDOT VAIKUTTAVAT SEKSUAALISUUTEEN MONINAISESTI

Moni kokee jo pian solunsalpaajahoitojen alussa limakalvojen kuivuutta. Olisikin hyödyllistä aloittaa emättimen limakalvojen kosteutus jo ennen kuin hoidot alkavat. Kuivien limakalvojen hoitamattomuus aiheuttaa kirvelyä, kiristystä ja kipua sekä lisää virtsankarkailua ja infektioiden riskiä. Limakalvoja tulee hoitaa riippumatta seksuaaliseen aktiivisuudesta juuri infektioriskin vuoksi. Seksitilanteissa liukastevoiteen käyttö on lähes välttämätöntä. Apteekeissa on runsaasti erilaisia hormonittomia tuotteita limakalvojen kosteuttamiseen sekä liukuvoiteita, joihin kannattaa tutustua ja etsiä itselle sopivimmat. Myös suun limakalvojen kuivuus voi häiritä esimerkiksi suutelemista.

Solunsalpaajahoitojen muut vaikutukset seksuaalisuuteen ovat vähintäänkin moninaiset. Mahdolliset keholliset muutokset, hiusten lähteminen, epämääräiset kiputuntemukset ja väsymys ovat epäsuorasti, mutta hyvin ymmärrettävästi, seksuaaliseen mielenkiintoon ja energiaan

vaikuttavia asioita. Lisäksi hormonaaliset muutokset, vaihdevuosisioireet sekä kiihottumis- ja orgasmivaikeudet ovat kokonaisuus, jossa seksuaalisen halun väheneminen tai katoaminen on erittäin tavallista. Seksuaalisen halun puuttuminen on yleisin syy hakeutua seksuaalineuvojan tai -terapeutin vastaanotolle.

Seksuaalisen halun vähentyessä voi olla lohdullista huomata, että halua edelleen on, mutta se on muuttunut. Jos toiminnallinen seksi sellaisena, johon on tottunut, tuntuukin nyt vieraalle, voi halua olla enemmän läheisyyteen, hellyyteen ja halauksiin. Niiden arvoa ei pidä koskaan väheksyä! Jos olet suhteessa, johon yhteinen seksi on kuulunut ja tunnet sairastumisen myötä halun vähentyneen, on asiasta tärkeää puhua kumppanin kanssa. Jos seksi vain jää pois eikä asiaa käsitellä, on väärinymmärrysten riski suuri.

SÄDEHOIDON JÄLKÄÄ

Sädehoito on tavallinen hoito gynekologisten syöpien hoidossa. Sädehoidon saaneet potilaat kuvaavat usein yhdyntäkipuja ja seksuaalisen nautinnon puutetta. Sädehoidon seurauksena voi

syntyä emättimen kuroutumista, joka aiheuttaa seksikipuja. Emättimen pehmeys ja kimmoisuus häviävät, ja emätin muuttuu joustamattomammaksi. Hoitona limakalvojen kosteutus on välttämätöntä. Kuroutumista voi välttää yhdyntä- tai muulla penetroivalla seksillä, mutta jos se ei ole mahdollista tai sitä ei halua, voi apua saada dilataatio- eli emättimen laajennushoidolla, joka tehdään esimerkiksi dilataatiopuikoilla. Niitä on useita erilaisia ja eri kokoisia. Kysy lääkäriltäsi tai hoitajaltasi, miten dilataatiohoito-ohjaus toteutuu omalla paikkakunnallasi.

Lantion alueelle annettu sädehoito vaikuttaa myös terveisiin kudoksiin kuten virtsarakkoon ja suolistoon. Siksi tihentynyt virtsaamisen tarve ja muutokset suolen toiminnassa ovat mahdollisia oireita, jotka voivat häiritä seksin toteuttamista.

AVANNE

Gynekologinen syöpä voi joskus vaikuttaa myös siihen, että leikkauksen yhteydessä laitetaan suoli- tai virtsa-avanne. Avanne muuttaa kehoa sekä ulkonäöllisesti että tunnetasolla kokemusta omasta kehosta. Sen lisäksi sen käyttö vaatii

harjoittelua. Jokaisessa sairaalassa on avanteiden hoitoon erikoistuneita hoitajia, jotka auttavat alkuun elämään avanteen kanssa. Avanne ei estä seksiä, mutta ennen kuin avanteen kanssa oppii sujuvasti toimimaan, se voi hetkellisesti heikentää seksuaalista itsetuntoa.

ÄLÄ JÄTÄ ITSEÄSI YKSIN

Seksuaalisuus on ihmisen ominaisuus, joka kulkee muovautuen mukana läpi elämän. Sairaus aiheuttaa kolauksen seksuaalisuuteen, mutta siitä on mahdollisuus toipua. Tärkein apu on, ettei jää yksin ajatusten ja kokemusten kanssa, vaan keskustelee niistä puolison ja/tai ammattilaisten kanssa. Uteliaisuus on paras ominaisuus seksuaalisen hyvinvoinnin ylläpidolle ja parantamiselle - mitähän uutta vielä keksitäänkään ja opitaankaan!



Sanasto

ADJUVANTTIHOITO Leikkauksen ja/tai sädehoidon jälkeen annettava lääkehoito, jonka tarkoituksena on tuhota piileviä kasvainpesäkkeitä.

ANTIEMEETTI Pahoinvointia ja oksennusta estävä lääke.

ASKITES Vatsaonteloon kerääntynyt neste, vesivatsa.

BENIGNI Hyvänlaatuinen.

BILATERAALINEN Molemminpuolinen. Esimerkiksi hoitona voi tulla kysymykseen bilateraalinen munasarjanpoisto.

BIOPSIA Koepalan ottaminen.

BRCA1- JA BRCA2-GEENIT Munasarja- ja/tai rintasyövälle altistavat ja hoitoa ohjaavat geenit.

DIAGNOOSI Taudinmääritys.

ENDOMETRIOOSI Kohdun limakalvon tapaisen limakalvon esiintyminen normaalin sijaintipaikan ulkopuolella.

ERILAISTUMISASTE Syövän pahanlaatuisuusaste, gradus.

ESTROGEENI Naishormoni.

ETIOLOGIA Taudin syy.

ETÄPESÄKE Alkuperäisen kasvaimen ulkopuolella oleva kasvain, metastaasi.

FIBROOSI Arpimuodostuma.

GRADUS Kasvaimen erilaistumisaste.

HOITOVASTE Hoidolla saatava teho taudin etenemiseen ja oireiden lievittyminen.

HORMONIHOITO Munasarjan tai -sarjojen poistamisesta tai sädehoidon vaikutuksesta johtuvaan hormonierityksen puuttumiseen annettava korvaushoito.

HRD DNA:n korjausmekanismin homologisen rekombinaation korjausmekanismin puutos.

HRD-GEENITESTI Geenitesti, joka auttaa kohdentamaan munasarjasyövän lääkehoitoa.

HYPERPLASIA Solukon solujen lukumäärän lisääntyminen, solukon kasvu.

INOPERAABELI Tilanne, jossa muutosta tai kasvainta ei kyetä leikkauksella poistamaan.

ITUSOLU- TAI SUKUPIENA-ALKUISET MUNASARJASYÖVÄT Munasarjan kasvaimet, joiden lähtökohdana ovat sikiökautiset alkusukusolut tai munasarjan sisäosan kudos.

KEMOSÄDEHOITO Syövän hoitomuoto, jossa sädehoitoon yhdistetään syöpälääke.

KURATIIVINEN HOITO Parantava hoito.

KYSTA Pintasolukon verhoama ontelomuodostuma, rakkula. Munasarjassa sijaitseva kysta voi sisältää useita litroja nestettä. Osa kystoista on hyvälaatuisia kasvaimia.

KONISAATIO Kohdunkaulan kartioleikkaus, jolla hoidetaan kohdunkaulasyövän esiasteita ja alkuvaiheen syöpää.

MAGNEETTIKUVAUS ELI MRI Kuvausmenetelmä, jota käytetään sädehoidon suunnittelussa ja paikallisen levinneisyyden arvioinnissa.

MALIGNI Pahanlaatuinen.

METASTAASI Etäpesäke.

NEOADJUVANTTIHOITO Solusalpaajahoido, jonka tarkoituksena on pienentää kasvainpesäkkeitä ja mahdollistaa leikkaus jatkossa.

ONKOLOGI Syöpätautien erikoislääkäri.

OPERAATIO Leikkaus.

PALLIATIIVINEN HOITO Oireita lievittävä hoito, kun sairautta ei ole mahdollista parantaa.

PARP-ESTÄJÄT Tabletteina otettavia lääkkeitä, joita käytetään levinneen epiteliaalisen munasarjasyövän ylläpitohoitoon leikkauksen ja sytostaattien jälkeen geenitestien perusteella.

PATOLOGI Erikoislääkäri, joka tutkii ja tulkitsee kudoksenäytteet ja koepalat.

PET-TT-KUVAUS Yhdistelmäkuvausmenetelmä, jolla tutkitaan syövän levinneisyyttä.

PREOPERATIIVINEN Ennen leikkausta tapahtuva.

PRIMAARIKASVAIN Ensimmäisenä syntynyt kasvain, joka voi lähettää etäpesäkkeitä muihin elimiin.

PROGNOOSI Sairauden ennuste.

RADIKAALI Hoito, jossa kasvain poistetaan tai tuhotaan kokonaan.

RESIDIIVI Kasvaimen uusiutuminen onnistuneen hoidon jälkeen.

SÄDEHOITO Syövän hoitomuoto, jossa ionisoivaa säteilyä käytetään syöpäsolujen tuhoamiseksi.

TYKÖSÄDEHOITO Sädehoitoa, jossa säteilylähde viedään kasvainkudokseen tai sen lähelle.

TIETOKONETOMOGRAFIA ELI TT-KUVAUS

Kuvausmenetelmä, jota käytetään sädehoidon suunnittelussa.



SUOMEN SYÖPÄPOTILAAT RY on potilaiden oma järjestö. Edistämme potilaan oikeuksia ja toimimme osana eurooppalaista syöpäpotilasyhteisöä. Olemme osa Syöpäjärjestöjä.

Suomessa todetaan vuosittain yli 35 000 uutta syöpätapausta ja syövän sairastaneita on jo lähes 300 000. Olemme olemassa syöpään sairastuneita ja heidän läheisiään varten. Tarjoamme mahdollisuuden vertaistukeen verkossa sekä luotettavaa tietoa syöpäsairauksista. Teemme myös edunvalvontatyötä yhteistyössä muiden järjestöjen kanssa.

Saat meihin yhteyden sähköpostitse, puhelimitse ja sosiaalisen median kautta.

www.syopapotilaat.fi

www.facebook.com/syopapotilaat/

info@syopapotilaat.fi



SYÖPÄJÄRJESTÖT on vahva ja osaava järjestö, jonka tavoitteena on turvata kaikille hyvä elämä ilman syöpää tai syövästä huolimatta. Järjestö tarjoaa tietoa, tukea ja toivoa.

Syöpäjärjestöt tukee ja kuntouttaa syöpää sairastavia ja heidän läheisiään, tiedottaa syöpää ehkäisevistä ja terveyttä edistävistä asioista, pitää yllä rekisteriä syöpätaudeista ja syöpäseulonnoista ja myöntää varoja syöpätautien tieteelliseen tutkimukseen.

Syöpäjärjestöt on Suomen suurin kansanterveysjärjestö.

SYÖPÄJÄRJESTÖIHIN KUULUVAT:

Suomen Syöpäyhdistys ry ja sen jäsenyhdistykset:

- 12 alueellista syöpäyhdistystä
- 6 valtakunnallista potilasyhdistystä
- Suomen Syöpärekisteri
- Syöpäsäätiö

www.syopajarjestot.fi

TEKSTI

ANNIINA FÄRKKILÄ
apulaisprofessori, erikoislääkäri

HEINI LASSUS
dosentti, erikoislääkäri

MARI PÄIVÄNIEMI
seksuaalineuvoja ja -terapeutti

ULKOASU

JOHANNES RANTAPUSKA

KUVITUKSET

ERKKI TOUKOLEHTO

JULKAISIJA

SUOMEN SYÖPÄPOTILAAT RY

PAINO

ORIGOS, 2025

Päivitetty Ulla Puistolan, Arto Lemisen, Leena Rosenbergin ja Kirsti Niemen tekstin pohjalta.

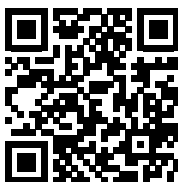
Tämä opas on tehty Syöpäsäätiön tuella.

Syöpäsäätiö
Cancerstiftelsen

Oppaan tuottamista ovat tukeneet:



Anna oppaasta palautetta:
www.syopapotilaat.fi/potilasoppaat





Suomen Syöpäpotilaat - Cancerpatienterna i Finland ry

