



Ihosityöpäpotilaan opas

- Ihomelanooma
- Tyvisolusyöpä
- Okasolusyöpä

Toimitus:

Tiina Jahkola HYKS, Plastiikkakirurgian klinikka
Tiina Pelkonen, Unionimedia Oy

Kirjoittajat:

Micaela Hernberg, Syöpätautien ja sädehoidon erikoislääkäri, LT, HYKS, Syöpätautien klinikka

Tiina Jahkola, kirurgian ja plastiikkakirurgian erikoislääkäri, HYKS, Plastiikkakirurgian klinikka

Sirpa Pajunen, toiminnanjohtaja, Iholiitto ry

Leena Rosenberg, terveydenhuoltoneuvos

Susanna Juteau, ihotautilien ja patologian erikoislääkäri, LT, HUSLAB, patologian keskuslaboratorio

Sari Koskenmies, ihotautilien erikoislääkäri, LT, HYKS, Iho- ja allergiasairaala

Olli Saksela, dos, ihotautilien erikoislääkäri, HYKS, Iho- ja allergiasairaala

Valokuvat:

HYKS, Iho- ja allergiasairaala

Piirroskuvat:

Bosse Österberg

Julkaisija:

Suomen Syöpäpotilaat ry

Taitto:

Tuovi Kallinen

Paino:

Origos Oy, 2017
Uudistettu painos



Opas on sähköisesti luettavissa osoitteessa:

www.syopapotilaat.fi/opas/ihosyopapotilaan-opas/

Potilasoppaiden tilaukset:

www.syopapotilaat.fi/potilasoppaat

potilaat@syopapotilaat.fi

044 053 3211

Sisällysluettelo

Lukijalle	5
Tilastotietoa	5
Ihosityövän toteaminen	7
Tyvisolusyöpä ja okasolusyöpä	7
Tyvisolusyöpä eli basalioma	7
Tyvisolusyövän eri tyypit ja niiden hoito	8
Okasolusyöpä eli spinosellulaarikarsinooma	11
Okasolusyövän ja sen esiasteiden hoito	12
Vartijasolmuketutkimus	14
Jäädätyshoito	14
Fotodynaaminen hoito	14
Toimenpiteen jälkeinen ihonhoito	15
Kudossiirteet	16
Leikkauksen jälkeinen ihonhoito	16
Sädehoito	16
Seuranta	16
Ihomelanooma	18
Melanooman toteaminen kudostutkimuksella	21
Imusolmukekartta ja vartijasolmukkeen tutkiminen	22
Ihomelanooman leikkaushoito	23
Vartijasolmukkeiden tutkimustuloksista	24
Kudossiirteet	24
Leikkauksen jälkeinen haavanhoito	25
Ihomelanooman liitännäishoidot	25
Levinneen melanooman hoito	26
Melanooman lääkehoidon haittavaikutuksista	28
Melanooman sädehoito	30
Raajaperfuusio melanooman hoidossa	31
Melanoomapotilaan seuranta	31
Neuvontapalvelut	32
Älä jää yksin	33
Melanooma-potilasverkosto	34
Ihon hoito	35
Ihon suojaaminen auringolta	36
Tunnista oma ihotyyppisi	36
Vesi ja pilvet eivät välttämättä suojaa auringolta	37
Auringonsuojavoiteet	37
Auringolta suojaavat vaatteet ja asusteet	38
Yhteystietoja	40

Lukijalle

Tässä oppaassa on perustiedot ihosyövistä ja niiden hoitomuodoista.

Ihosyöpien luonne ja vakavuus vaihtelevat yksilöittäin, hoidot ja kokonaiset hoitopolut eivät ole samanlaisia kaikille potilaille. Suurin osa ihosyövistä on nopeasti hoidettavia ja ohimeneviä. Pienempi osa taas vaatii pidempiaikaista hoitoa. Yksityiskohtaisen tiedon omasta syövästäsi saat sinua hoitavalta lääkäriltä ja hoitohenkilökunnalta.

Oppaassa on käsitelty myös ihon hoitoa ja auringolta suojautumista, joiden merkitys entisestään korostuu, kun on sairastanut ihosyövän. Oppaan lopussa on tietoa potilasverkostosta, vertaistuesta ja syöpäjärjestöjen yhteystiedot.

Kursiivilla painetut kappaleet ovat potilaiden ajatuksia, joita olemme oppaaseen lainanneet.

TILASTOTIETOA

Tavallisimmat ihosyövät ovat tyvisolusyöpä, okasolusyöpä ja ihomelanooma. Niiden lisäksi on olemassa joitakin harvinaisia ihosyöpiä, joita tässä oppaassa ei käsitellä.

Vuosina 2012-2014 Suomessa todettiin keskimäärin 1360 uutta melanoomatapausta /vuosi ja 1651 muuta ihosyöpää, joista valtaosa oli okasolusyöpiä. Vuoden 2009 tilastojen mukaan ihomelanoomaan kuoli Suomessa 180 ihmistä ja muuhun ihosyöpään 44 ihmistä. Luvut kertovat ihosyöpien biologisesta luonteesta: suurin osa sairastuneista paranee.

Näissä luvuissa ei ole mukana kaikkein tavallisinta ihosyöpätyyppiä eli tyvisolusyöpää. Syöpärekisteri tilastoi niitä 7 555 tapausta vuonna 2009. Koodauskäytännöstä johtuen todellinen luku on kuitenkin paljon suurempi eli yli 16 000.

Suomen syöpärekisteristä <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/> löytyy tilastoitua tietoa ihosyöpien ilmaantuvuudesta ja ennusteesta.



Ihosityövän toteaminen

Nopeasti kasvava, ulkonäöltään muuttuva tai haavautuva ihokasvain voi olla ihosityöpä. Ihosityövän diagnoosi selviää patologin tekemässä kudostutkimuksessa. Ensimmäinen diagnoosiin johtava toimenpide tehdään yleensä terveyskeskuksessa, työterveyshuollossa tai yksityisellä lääkäriasemalla.

Syöpäjärjestöjen maakunnalliset syöpäyhdistykset toteuttavat vuosittain Luomihuolipäiviä. Lisätietoa niistä saa oman alueensa maakunnallisesta syöpäyhdistyksestä.

Lääkäri ottaa ihomuutoksesta koepalan (osapoisto) tai poistaa epäilyttävän ihomuutoksen kokonaan. Viimeksi mainittua kutsutaan diagnostiseksi poistoksi. Toimenpide tehdään paikallispuudutuksessa lääkärin vastaanotolla tai poliklinisessa leikkaussalissa. Patologille lähetettävään näytteeseen otetaan ihoa koko sen paksuudelta ja myös riittävä marginaali, joka tarkoittaa poistettavan muutoksen ympärille jätettävää tervettä kudosaluetta. Haava suljetaan tavallisesti ompeleilla. Mikäli näytteen tulos on ihosityöpä, lääkäri toimittaa mahdollista jatkohoitoa tarvittaessa lähetteen erikoissairaanhoidon, jonne potilaalle tulee kutsu postitse tai puhelimitse.

Tyvisolusyöpä ja okasolusyöpä

Tyvisolusyöpä eli basalioma

Tyvisolusyöpä on yleisin kaikista ihmisellä tavattavista syöpäkasvaimista ja siis myös tavallisin ihosityöpätyyppi. Se on ehytpintainen tai haavautuva kasvain, joka esiintyy tavallisimmin kehon niissä osissa, joihin auringonvalo eniten osuu, kuten päässä, ylävartalossa ja yläraajoissa. Kasvoissa basaliooman tyypillisin sijainti on nenän, poskipäiden ja silmäluomien alueella.

Kasvain syntyy epidermiksen eli orvaskeden erilaistumattomasta kantasolusta. Basalioma kasvaa aina. Pienestä muutaman millimetrin läpimittaisesta täplästä, nystystä tai rupeutuvasta haavaumasta tulee ilman hoitoa ajan kuluessa kookas kymmenien senttimetrien kasvain.

Leikkauksen suuruus ja tekotapa riippuvat kasvaimen koosta ja sijainnista, joten toipuminenkin on yksilöllistä, mutta yleensä melko nopeaa.

Tyvisolusyöpä ei juuri koskaan lähetä etäpesäkkeitä. Sen ennuste on erinomainen. Se saadaan yleensä leikkaamalla hoidettua kerralla pois.

Kasvain kehittyi hitaasti. Tyvisolusyöpä on tavallinen vasta yli 50-vuotiailla. Tosin eräisiin harvinaisiin perinnöllisiin sairauksiin liittyy lisääntynyt tyvisolusyöpäriski jo nuoremalla iällä. Taudin syntyyn vaikuttaa oleellisesti se, kuinka paljon on elämänsä aikana ehtinyt altistua auringon ultraviolettisäteilylle.

”*Minulla oli pieni, tuskin finniä isompi näppylä nenässä. Se oli ollut varmaan toista vuotta siinä, eikä koskaan hävinnyt. Jossain vaiheessa, jos nenä osui johonkin, se tirskahti verta, mutta ihan vähän. Kävin työterveyslääkärillä jonkun toisen asian vuoksi ja mainitsin siitä. Kasvaimesta otettiin koepala. Kun koepalasta oli tullut vastaus, minut kutsuttiin vastaanotolle, ja sain kuulla, että näppylä oli tyvisolusyöpä. Järkytin, kun kuulin sanan syöpä. Selvitin itse, mitä basaliooma tarkoittaa. Ymmärsin, että se on hyvin harvoin vaarallinen, ja se oli iso helpotus.”*

Tyvisolusyövän eri tyypit ja niiden hoito

Tyvisolusyöpä voidaan kudosopillisesti jakaa seuraaviin tyyppeihin: nodulaarinen, mikronodulaarinen, pinnallinen, infiltroiden kasvava ja sklerosoiva (eli morfeaforminen), sekä okasolusyövän ja tyvisolusyövän välimuotoinen karsinooma. Jokaisella niistä on yleensä tyypillinen ulkonäkö, mikä auttaa myös hoidon suunnittelussa. Vartalon kasvaimet ovat usein pinnallista tyyppiä, kun taas kasvojen kasvaimet ovat yleensä kasvutavaltaan nodulaarisia eli kyhmymäisiä. Katso kuvat 1, 2 ja 3.

Kookastakin, mutta pinnallista basalioomaa voidaan hoitaa alkuvaiheessa fotodynaamisella terapialla (katso sivu 14) tai imikimodivoiteella. Muiden tyyppien hoidossa tarvitaan leikkaus. Myös sädehoito on mahdollista.

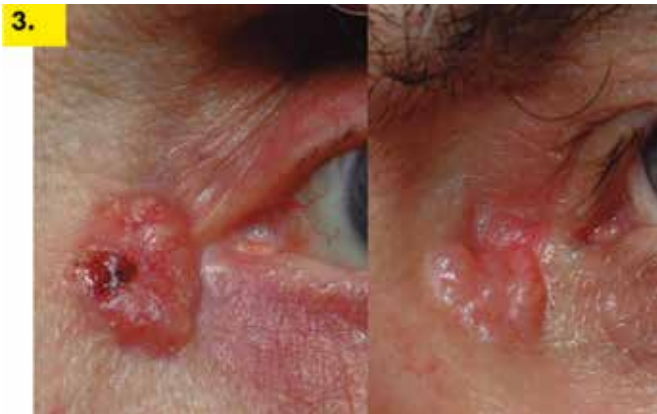


Nodulaarinen basalioma on yleensä tarkkarajainen ja se voidaan helposti poistaa paikallispuudutuksessa poliklinikalla. Leikkauksessa otetaan 3–5 millimetriä tervettä ihoa marginaaliksi eli terveestä kudoksesta muodostuvaksi turva-alueeksi. Kasvain pitää poistaa myös riittävän syvältä, sillä basalioma voi kasvaa alla olevia rakenteita kohti. Tarvittaessa poisto on ulotettava luuta myöten ja nenärustoa voidaan joutua myös poistamaan. Tavoite on että kudostutkimuksessa todettava mikroskooppinen marginaali on 2–3 mm. Tyypillisen näköinen basalioma voidaan leikata kerralla ilman edeltävää koepalaa, jos sen sijainti mahdollistaa terveen kudoksen marginaalit.

Pienikin kasvain voi olla hankalasti hoidettavissa, jos se esiintyy esimerkiksi silmän kyyneltiehyeen lähellä. Jos hoito viivästyy, voi basalioma kasvaa ympäröiviin rakenteisiin ja aiheuttaa merkittävää kudostuhoa. Silmän, nenän ja korvan ympärillä pienikin kudostuho voi olla haitallinen ja hyvän esteettisen hoitotuloksen saavuttaminen voi olla vaikeaa.

Jos basalioma on laaja tai patologin antama koepalavastaus kertoo salakavalasta kasvutavasta ympäröiviin kudoksiin, tehdään leikkaus leikkauksalissa. Tarvittaessa tehdään kudostutkimuksia jo leikkauksen aikana (jääleiketutkimus tai Moh's micrographic surgery) ja varmistutaan siitä, että kasvain saadaan kokonaan poistettua. Kasvaimen poiston jättämä kudospuutos korjataan ihonsiirteellä tai paikallisella ihokielekkeellä. Joskus voidaan tarvita etäältä otettua paksua kudossiirrettä, jonka valtimo ja laskimo istutetaan uuden sijaintinsa verisuoniin mikrokirurgista tekniikkaa käyttäen (mikrovaskulaarinen kudossiirre).

Ihosityvän leikkauksella pyritään poistamaan kasvain niin, että paikallista uusiutumaa ei tulisi. Ihosityvät ovat kasvu- ja leviämistavoiltaan erilaisia, minkä takia leikkauksissa on eroja. Leikkauksen suunnittelussa tärkein apuväline on patologin antama kudostutkimuslausunto. Leikkauksalaajuuden lisäksi taudin ennusteeseen vaikuttaa syöpäsolujen biologinen luonne.



Patologi ilmoittaa lausunnossaan kasvaimen pääasiallisen kasvutyyppin, onko kasvain saatu kokonaan poistetuksi sekä mahdolliset muut hoidossa huomioitavat seikat, esimerkiksi hermohakuisuuden. Joskus tarvitaan jatko-hoitona uusi leikkaus tai sädehoito. Vaikka tyvisolusyövän ennuste on hyvä, se voi silti uusiutua paikallisesti. Silloin harkitaan uutta leikkausta, jota mahdollisesti täydennetään sädehoidolla.

Sädehoito on basalioman hoidossa harvinaista, mutta sitä voidaan antaa leikkausta täydentävänä liitännäishoitona tai leikkauksen asemesta. Täydentävää sädehoitoa harkitaan, jos ei päästä tyydyttäviin leikkausmarginaaleihin, jos kasvaimella on aggressiivinen kasvutapa tai jos todetaan toistuvia uusiutumia (katso sivu 30).

On erittäin harvinaista, että tyvisolusyöpä kehittäisi etäpesäkkeitä. Jos niin kuitenkin käy, hoitona voidaan käyttää vismodegibi-lääkitystä, joka on suun kautta annettava lääke. Lääkkeen käyttöä rajoittavat vasteen hiipuminen tai sen puute sekä lääkkeen haittavaikutukset, joista yleisimmät ovat makuaistin häiriöt, lihaskrampit ja hiusten lähtö. Haitat väistyvät lääkkeen lopetuksen jälkeen. Vismodegibi-lääkettä voidaan harkita käytettäväksi myös silloin, kun tyvisolukasvain ei ole kirurgisesti hoidettavissa sen koon tai hankalan sijainnin vuoksi, sekä potilailla, joilla on synnynnäinen, perinnöllinen, toistuvia basaliomia muodostava tautimuoto ns. Gorlin-Goltz syndrooma. Vismodegibi sai KELAn lääkekorvattavuuden keväällä 2015, mutta lääkkeen kalleuden vuoksi sen aloitusta harkitaan aina tapauskohtaisesti ja vain niissä tapauksissa, kun muut hoitokeinot eivät ole mahdollisia. Sonidegibi on vismodegibin lailla toimiva lääke, mutta sillä ei ole toistaiseksi myyntilupaa Suomessa.

4.



5.



Okasolusyöpä eli spinosellulaarikarsinooma

Okasolusyöpä eli spinosellulaarikarsinooma on ihon pintaepiteelin eli pinta-kerroksen keratinosyyttisolujen pahanlaatuinen kasvain. Okasolusyöpä on toiseksi tavallisin ihosyöpätyyppi. Suurin osa sairastuneista on iäkkäitä. Okasolusyöpä todetaan yleensä paikallisessa vaiheessa ja saadaan hoidettua, mutta jos hoito viivästyy, voi syöpä levitä etäpesäkkeinä tyypillisesti ensin imusolmukkeisiin ja sitten keuhkoihin.

Okasolusyöpää esiintyy eniten niillä kehon alueilla, joihin auringonvalo osuu: kasvoissa, pääläella, rintakehällä, hartioissa ja yläraajoissa. Korvalehden reuna ja huulten iho ovat okasolusyövän tyypipaikkoja. Ulkonäöltään okasolusyöpä on monimuotoinen: se voi olla punertava ja hilseilevä ihon paksuuntuma, haava, joka ei parane, tai syyllämäinen sarveistuva ihosta ulkoneva kasvain. Joskus okasolusyöpä ilmaantuu pitkäaikaiseen haavaumaan tai aiemmin vaurioituneelle iholle, kuten palovamma-alueen.

Osa okasolusyövästä kehittyy esiasteiden kautta varsinaiseksi syöväksi. Tällainen esiaste on aktiini keratoosi eli solaarikeratoosi. Se esiintyy yleensä auringonvalolle alttiilla kehon alueilla punaisena, vaihtelevan kokoisena hilseiläiskänä. Morbus Bowen eli in situ -karsinooma on pintakerrokseen rajoittuva syöpä, aurinkokeratoosia tiiviimpi hilseilevä tai sarveistuva muutos, josta voi myös kehittyä tyvikalvon läpi ihon verinahkakerrokseen kasvava varsinainen okasolusyöpä. Katso kuvat 4, 5, 6 ja 7.

Okasolusyövän tai sen esiasteen diagnoosi selviää kudostutkimuksessa. Patologilla on tutkittavanaan joko kasvaimesta otettu koepala tai kokonaan poistettu ihomuutos. Hän kertoo kasvaimen histologisen (kudospalan hienorakenteen mikroskooppitutkimus) läpimitan ja paksuuden millimetreissä sekä arvioi okasolusyövän erilaistumisasteen (3-portaisella asteikolla korkea, kohtalainen, matala).



Okasolusyövän laajuus vaihtelee alle senttimetrin kokoisesta useiden senttimetrin läpimittaisiin kasvaimiin. Yli kahden senttimetrin kokoinen kasvain voi käyttäytyä pienempää aggressiivisemmin. Myös kasvaimen paksuudella on vaikutusta: yli neljän millimetrin syvyyskasvu voi ennustaa etäpesäkkeiden muodostumista. Sellaisilla potilailla, jotka saavat jonkun muun sairauden vuoksi immuunipuolustukseen vaikuttavia lääkkeitä tai solunsalpaajahoidoa, on muita suurempi riski aggressiiviseen tautimuotoon. Kasvaimen koko (yli 2 cm), paksuus (yli 4 mm), matala erilaistumisaste ja immunosuppressiivinen lääkehoito ovat tekijöitä, joita käytetään harkittaessa vartijasolmuketutkimuksen tekemistä ja kun suunnitellaan seurantaa. Katso kuvat 8, 9 ja 10.

Okasolusyövän ja sen esiasteiden hoito

Hoidon valinta perustuu siihen, miten pinnallisesta tai syvästä ihokasvaimesta on kyse. Tämä tieto saadaan varmuudella koepalan kudostutkimuksella, josta patologi antaa lausunnon. Pinnallisilla esiasteilla on tyypillinen ulkonäkö, jonka perusteella kokenut ihotautilääkäri voi hoitaa muutoksen. Okasolusyövän esiasteita eli aurinkokeratoosia ja Bowenin tautia hoidetaan paikallisella lääkehoidolla, jäädyttämällä nestetypellä eli kryo-hoidolla, valoaktivaatiohoidolla eli fotodynaamisella terapialla (katso sivu 14) tai leikkaamalla. Paikallinen lääkehoito on tavallisimmin imikimodi- tai ingenolmebutaattivoide.

Ihon verinahkakerrokseen ulottuva okasolusyöpä leikataan niin, että ympäriltä poistetaan terveen näköistä ihoa 5–10 millimetrin leveydeltä. Ihon alta poistetaan ihonalaista rasvaa, tarvittaessa myös lihaskalvoa ja lihasta, koska kasvain saattaa levitä ohuina juosteina kauemmaksi kasvaimen iholta erotettavissa olevasta reunasta. Leikkaushaava suljetaan ompeleilla tai kudospuutos korjataan toisesta paikasta otetulla ihonsiirteellä tai haavan vierestä käännettyllä ihokielekeellä. Joskus kudospuutoksen korjaamiseen

8.



9.



tarvitaan toisaalta kehosta siirretty mikrovaskulaarinen kudossiirre, jolloin siirteen valtimo ja laskimo ommellaan mikrokirurgisella tekniikalla uuden paikan verisuoniin.

Ihosyövän leikkauksella pyritään poistamaan kasvain niin, että paikallista uusiutumaa ei tulisi. Ihosyövät ovat kasvu- ja leviämistavoiltaan erilaisia, minkä takia leikkauksissa on eroja. Leikkauslaajuuden lisäksi taudin ennusteeseen vaikuttaa syöpäsolujen biologinen luonne.

Patologin tekemässä kudostutkimuksessa varmistetaan siitä, että mikroskoopilla mitattuna kasvaimen ympäriltä löytyy tervettä kudosta eli marginaali, joka on vähintään 2–3 millimetriä. Leikkauksen aikanakin voidaan tutkia kudosreunoja ns. jääleiketutkimuksella ja sitten laajentaa leikkausta niin, että kasvain tulee riittävän laajasti poistettua. Tarvittaessa leikataan uudelleen, ja ellei kasvainta saada näin poistettua, voidaan leikkaushoitoa täydentää sädehoidolla. Jos syövän ympärillä on syövän esiatetta, voidaan leikkausta täydentää jälkeensä annettavalla jäädytys- tai valoaktivaatiohoidolla.

Okasolusyövän leviäminen imusolmukkeisiin on melko harvinaista. Huonosti erilaistunut (matala erilaistumisaste) ja syväle kasvava okasolusyöpä voi kuitenkin lähettää etäpesäkkeitä imusolmukkeisiin. Erilaistumisasteella tarkoitetaan syövän pahanlaatuisuusastetta, joka määrittellään mikroskooppisesti. Tällaisessa tapauksessa vartijasolmukkeet paikannetaan ennen leikkausta tehtävällä imusolmukekartalla ja leikkauksessa ne poistetaan kudostutkimusta varten. Jos vartijasolmukkeesta löytyy okasolusyövän metastaasi eli etäpesäke, tehdään tämän imusolmukealueen kaikkien imusolmukkeiden poisto eli imusolmuke-evakuaatio (katso sivu 24).

Imusolmukkeet saattavat olla suurentuneet ja kovat jo ennen leikkausta. Silloin alue tutkitaan ultraäänellä ja epäilyttävistä imusolmukkeista otetaan ohutneulanäyte. Jos okasolusyövän leviäminen imusolmukkeisiin on tiedossa jo ennen leikkausta, tehdään leikkauksessa imusolmukkeiden poisto eli imu-



solmuke-evakuaatio, eikä vartijasolmukkeen tutkimista tarvita. Leikkauksen jälkeen imusolmukealueelle voidaan antaa vielä täydentävä sädehoito.

Okasolusyövän ensisijainen hoito on leikkaus. Täydentävää sädehoitoa annetaan tarvittaessa, jos leikkauksmarginaaleja ei pystytä tekemään riittäviksi tai kasvaimella on aggressiivinen kasvutapa. Toistuvasti uusiutuviin syöpiin voidaan antaa myös sädehoitoa (katso sivu 30).

Okasolusyövän etäpesäkkeet ovat harvinaisia. Tavallisin etäpesäkkeiden sijaintipaikka imusolmukkeiden jälkeen on keuhkoissa. Jos etäpesäkkeitä todetaan, harkitaan platinapohjaisia solunsalpaajayhdistelmiä, taksaaneja tai doksorubiinia. Jos etäpesäkkeitä on rajatulla alueella tai joku etäpesäkkeistä on huomattavan kookas, voidaan tietyissä tilanteissa yhdistää säde- ja solunsalpaajahoido. Joskus etäpesäke voidaan poistaa leikkauksella (katso sivu 23).

Vartijasolmuketutkimus

Katso kohta Ihomelanooma / Imusolmukekartta ja vartijasolmukkeen tutkiminen.

Jäädytyshoito

Okasolusyövän esiasteita eli aurinkokeratoosia ja Bowenin tautia sekä pinnallista basaliomaa voidaan hoitaa jäädyttämällä nestetypellä eli kryo-hoidolla. Jäädytys aiheuttaa paikallisen paleltumavamman, joka tuhoaa kasvainsolut, mutta myös alueen terveitä soluja. Jäädytyksen jälkeen säästyneiden kudosten uudistumiskyky on kuitenkin hyvä ja alue paranee itsestään 2–4 viikon kuluessa. Jäädytetty alue voi arpeutumisen takia jäädä ympäristöä vaaleammaksi.

Fotodynaaminen hoito

Ohuita ja pinnallisia ihon pahanlaatuisia kasvaimia ja niiden esiasteita voidaan hoitaa muutenkin kuin leikkaamalla. Eräs näistä menetelmistä on fotodynaaminen hoito (PhotoDynamic Therapy, PDT) eli valoaktivaatiohoito. Hoitokohteita ovat erityisesti aurinkokeratoosi, karsinooma in situ ja tyvisolusyövän pinnallinen muoto.

Fotodynaamisen hoidon vaikutus perustuu siihen, että ihosyöpäsolujen aineenvaihdunta on erilaista kuin terveen ihon solujen aineenvaihdunta. Fotodynaamisen hoidon vaikuttava aine, aminolevulinaatti, siirtyy iholle levitetystä voiteesta vähitellen kasvainsoluihin ja muuttuu niiden sisällä valoherkäksi yhdisteeksi, porfyriiniksi. Vastaava muutos tapahtuu myös ympäröivän terveen ihon soluissa, mutta paljon heikommin. 2–3 tunnin odotusajan

jälkeen iholla oleva voide poistetaan ja aluetta valaistaan noin kymmenen minuutin ajan tavallisella punaisella valolla (aallonpituus 630 nm). Kasvain-soluihin kertynyt valoherkkä yhdiste hajoaa ja vapauttaa happea, joka vaurioittaa läheisiä solunsisäisiä rakenteita ja aiheuttaa kasvainsolujen tuhoutumisen. Ympäröivän terveän ihon reaktio näkyy vain heikkona punoituksena eli kyseessä on ihosyöpäsoluihin tarkoin kohdistuva täsmähoito.

Fotodynaaminen hoito on useimmiten helppo toteuttaa. Hoidettava kohta ohennetaan poistamalla hilse ja rupeutumat, voide levitetään alueelle ja sen ympäristöön ja päälle asetetaan ohut muovikelmu. Valotuksen aikana hoitokohdalla tuntuu pistelevää tai polttelevaa tunnetta, joskus voimakkaampaakin kipua, jolloin alue voidaan tarvittaessa puuduttaa. Heti valotuksen jälkeen iholle tulee useimmiten lievää turvotusta. Pinnallinen rupeutuma kehittyy muutamien päivien kuluessa ja irtoaa noin viikon kuluttua. Hoito annetaan 1–2 kertaa noin viikon välein. Hoidon jälkeen ihoa voi kastella ja pestä normaalisti.

Rupeutuman irtoamisen jälkeen alue on joidenkin kuukausien ajan muuta ihoa ohuempi ja punoittava. Se tulee sinä aikana suojata erityisesti liialliselta auringonvalolta. Vähitellen hoitokohdan iho palautuu normaaliksi, ellei kasvain ole ehtinyt merkittävästi tuhota ihon syvempiä rakenteita. Fotodynaaminen hoito soveltuu hyvin erityisesti kasvoalueen pinnallisten muutosten hoitoon, koska kosmeettinen tulos on useimmiten erinomainen. Toinen menetelmän etu on mahdollisuus hoitaa hajanaisia ja laajoja aurinkokeratoosialueita tai kookkaita yksittäisiä, mutta pinnallisia kasvaimia, joita on hankala leikata.

Fotodynaamisen hoidon ei tiedetä aiheuttaneen pitkäaikaishaittoja ja sitä voidaan tarvittaessa toistuvastikin käyttää uusien muutosten hoitoon. Suurin käytännön ongelma on etenkin laajoja alueita hoidettaessa tuntuva kipu, jota voidaan kuitenkin lievittää monin tavoin. Hoidon teho pinnallisiin ihokasvaimiin on hyvä, ja noin 90 prosenttia potilaista paranee. Hyvä lopputulos edellyttää kuitenkin hoitoon soveltuvien muutosten huolellista valintaa.

Paksumpia, jo syvemmälle ihoon edenneitä kasvaimia hoidettaessa sekä kosmeettinen tulos että paranemisprosentti huononevat. Fotodynaamista hoitoa ei myöskään käytetä ihon sisäosiin kasvavan okasolusyövän eikä melanooman tai sen esiasteiden hoitoon.

Toimenpiteen jälkeinen ihonhoito

Ihoalueita, joille on annettu valoaktivaatio- tai nestetyyppihoitoa, tulee hoitaa suihkuttamalla vähintään kahdesti päivässä ja pitämällä alue peitettynä haa-vaan tarttumattomalla sidoksella. Jos alue erittää, toimenpidetiedon päällä voi lisäksi käyttää eritettä imeviä sidetaitoksia. Tulehtuneelle alueelle hoitona on suihkuttelu ja antibakteerinen voitelu.

Jos lääkäri määrää ihomuutoksen hoidoksi paikallishoitotuotetta, kuten imikimodivoidetta tai ingenolmebutaattivoidetta, esiintyy hoidettavalla alueella aina punoitusta, kutinaa, poltetta tai ihoärsytystä. Mikäli iholla tuntuu voimakasta kipua tai hoidettava alue märkii, on otettava yhteyttä hoitavaan lääkäriin. Ihoaluetta voi rauhoittaa lääkärin ohjeen mukaan suihkuttelulla ja antibakteerisella hoidolla.

Jos iholla on taipumus arpeutua voimakkaasti, voi arpimuodostusta hillitä ja pehmentää silikonisidoksilla. Jälkihoitona arpialueiden madaltamiseen käytetään joskus laserhoitoja.

Kudossiirteet

Katso kohta Ihomelanooma / Ihomelanooman leikkaushoito.

Leikkauksen jälkeinen ihonhoito

Katso kohta Ihomelanooma / Leikkauksen jälkeinen ihonhoito.

Sädehoito

Katso kohta Ihomelanooma / Sädehoito.

Seuranta

Jos ihmisellä on lukuisia iholuomia tai hänellä on hoidettu useampia ihosyöpiä tai ihosyövän esiasteita, kannattaa lääkärikäynnit sopia vuosittaisiksi. Omatoimisesti on järkevää pitää jonkinlaista kirjanpitoa ihon tilasta käyntien yhteydessä ja välillä. Luomipäiväkirja, luomikartta tai näiden yhdistelmä auttaa vertaamaan tilannetta edelliseen kertaan. Valokuvat kertovat muistia tarkemmin ihon tilan kehittymisestä, luomien määrästä ja koosta.

Tyvisolusyövän ja okasolusyövän jälkeisestä seurantatiheydestä päättää hoitava lääkäri. Seuranta toteutetaan usein terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Hoidonjälkeisessä seurannassa tärkeintä on, että tutkimuksiin ja hoitoon hakeudutaan jo pienten ihomuutosten ilmaantuessa.



Ihomelanooma

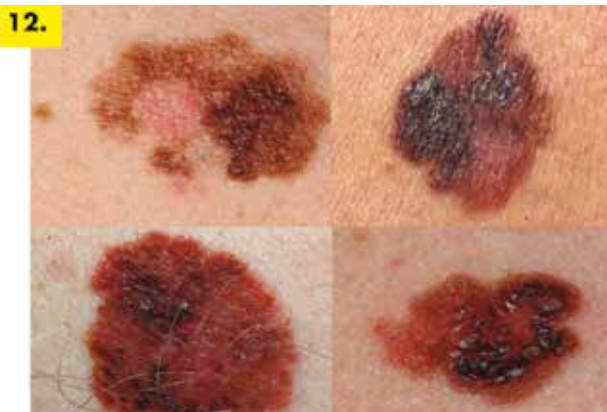
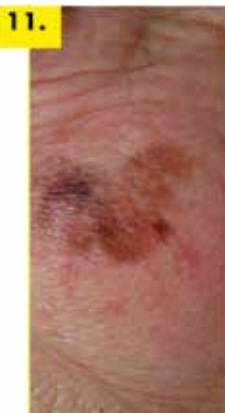
”Kesällä 2006 oli nilkassa kumma luomi. Se oli erilainen. Ajattelin, että tuo on kyllä jännä. Siinä oli outo, musta väri, mutta se oli niin pieni, että en erottanut mitään röpyliäistä reunaa, vaikka myöhemmin patologin lausunnon mukaan siinä sellainen oli. Helmikuussa siis menin lääkäriille, joka otti sen pois ja soitti maaliskuussa, että se on melanooma.”

Ihomelanooma on ihon pigmenttiä muodostavien solujen, melanosyyttien syöpä. Vuonna 2000 Suomessa todettiin yli 600 ja v. 2009 yli 1100 uutta melanoomaa. Vuosien 2012-2014 tilastojen mukaan keskimääräinen vuotuinen uusien melanoomatapausten lukumäärä oli jo 1360. Luku on kasvanut tasaisesti vuosittain, ja vuonna 2020 arvioidaan todettavan jo yli 1 500 uutta melanoomaa.

Ihomelanooma on harvinainen lapsuusiällä, mutta jo 40-vuotiailla varsin tavallinen. Puolet kaikista melanoomaan sairastuneista on alle 65-vuotiaita.

Potilasmäärien nopean lisääntymisen arvellaan johtuvan väestön lisääntyneestä altistumisesta auringon UV-säteilylle. Kuolleisuus ihomelanoomaan ei ole Suomessa merkittävästi kasvanut, minkä arvellaan johtuvan taudin varhaisesta toteamisesta ja pinnallisen melanoomatyyppin yleisyydestä. Tyypillisin ihomelanooman sijaintipaikka on miehillä yläselkä ja naisilla alaraajat.

Melanooman päätyyppejä on neljä: Lentigo maligna melanooma, pinnallisesti leviävä melanooma, nodulaarinen melanooma ja akraalinen melanooma. Kasvaimen ennuste riippuu melanooman paksuudesta poistohetkellä. Nodulaarinen melanooma kasvaa nopeammin syvyyttä kuin pinnallisesti leviävä. Melanooma voi syntyä myös esimerkiksi kynnen alle tai limakalvolle. Jalkapohjaan syntyvä melanooma voi olla ongelmallinen siksi, että sitä ei helposti tule huomanneeksi. Jalkaterän melanoomaa saatetaan aluksi hoitaa känsänä tai kynsivallin tulehduksena ja diagnoosi selviää vasta koepalan



tutkimuksessa. Sormien ja varpaiden melanoomaa kutsutaan akraaliseksi. Vanhemman väestön kasvoissa ja ylävartalolla esiintyy tyypillisesti lentigo maligna -melanoomaa.

Melanooma huomataan yleensä terveellä iholla pigmenttimuutoksena, jonka tyypillisinä piirteitä ovat kirjavuus ja epätarkat reunat. Myös haavautuminen on mahdollista. Melanoomasta saattaa puuttua pigmentti kokonaan, jolloin väri on punertava eikä melanoomaa ehkä osata epäillä. Pigmenttittömästä melanoomasta käytetään nimeä amelanoottinen melanooma. Katso kuvat 11, 12, 13, 14, 15, 16 ja 17.

Suurin osa todetuista melanoomakasvaimista on tyypiltään pinnallisesti kasvavia ja hyväennusteisia. Jos melanooma on pinnallinen, haavautumaton ja alle yhden millimetrin paksuinen, on sairastuneista yli 90 prosenttia elossa viiden vuoden kuluttua diagnoosista. Kaikista potilaista viiden vuoden kuluttua on elossa 85 prosenttia.

Tärkein melanooman aiheuttaja on auringon liiallisen ultraviolettisäteilyn aiheuttama ihon toistuva palaminen, etenkin lapsuudessa ja nuoruudessa. Tälle altistukselle ovat erityisen herkkiä ne, joilla on vaalea, pisamainen, huonosti ruskettuva ja helposti palava iho. Nuoret melanoomapotilaat ovat yleensä hyvin vaaleaihoisia, mutta keski-ikäisissä ja iäkkäissä potilaissa on iholtaan kaiken tyypisiä.

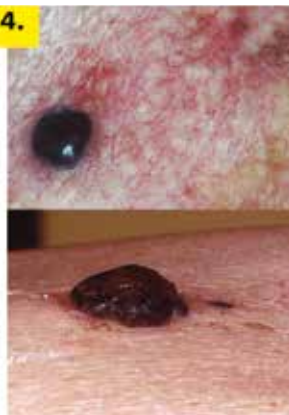
”*Olen punatukkainen ja lapsena palanut varmaankin aina, kun olen pihalle mennyt. Synnyin 1960-luvulla, eikä noista asioista silloin mitään tiedetty.”*

Jos suvussa on melanoomatapauksia ja omalla iholla runsaasti luomia, kannattaa tarkkailla luomiaan tiheästi. Luomien seurannassa voi käyttää apuna kuvausta digitaalikameralla. Jos huomaa muutoksia, pitää hakeutua viivyttelemättä näyttämään niitä lääkärille, sillä epäilyttävät muutokset tulee

13.



14.



poistaa kokonaan tai niiden luonne tulee tarkistaa dermatoskopialla. Riskiryhmiin kuuluvat voivat löytää myös runsaammin niin sanottuja ärjyluomia eli dysplastisia luomia, jotka on myös syytä poistaa. Pitkään ennallaan pysyviä luomia eli stabiileja luomia ei tarvitse poistaa. Luomi on syytä poistaa, kun jo olemassa oleva luomi jotenkin muuttuu tai kyseessä on uusi kasvava ja ulkonäöltään epäilyttävä ihomuutos.

”Vaimo huomasi selässäni mustaksi muuttuneen luomen. Näytin sitä työterveyslääkärille ikäkausitarkastuksen yhteydessä. Se poistettiin. Kun tuli tieto, että se oli melanooma, poisti plastiikkakirurgi vielä lisää ihoa luomen kohdalta sekä neljä muutakin luomea. Tulokset olivat puhtaat.”

15.



16.



17.



Melanooman toteaminen kudostutkimuksella

Epäilyttävä ihomuutos poistetaan koko ihon paksuudelta siten, että mukaan tulee ympäriltä yhdestä kahteen millimetriin tervettä ihoa eli ns. marginaali. Jos muutos on vaikea poistaa kokonaan, otetaan sen paksuimmalta näyttämästä osasta koepala. Ellei koepalan ottoon ole vastaanotolla mahdollisuutta, lääkäri lähettää potilaan kiireellisenä ihotautilääkärin tai plastiikkakirurgin vastaanotolle.

Kudospala lähetetään patologin tutkittavaksi. Ihomelanooman diagnoosi varmistuu, kun poistetun ihomuutoksen kudostutkimuksesta on saatu PAD-lausunto (PAD=patologisanatominen diagnoosi).

Patologi ilmoittaa lausunnossaan melanooman tyyppin ja Breslow-luokituksen eli paksuuden millimetreinä. Myös Clark-luokka (kertoo ihon kerroksen, johon solukko yltää), tieto mahdollisesta haavautumisesta eli ulseraatiosta, satelliiteista sekä solunjakautumisten määrästä (mitoosi-indeksi) ja terveku-dosmarginaalit kuuluvat lausuntoon. Näiden tietojen perusteella suunnitellaan yksilöllinen leikkaushoito.

Jos diagnostisesti poistetussa luomessa todetaan ihomelanooma, tehdään suurempi, täydentävä leikkaus, jonka tavoitteena on poistaa kasvainkudos niin, että taudin uusiutumat vältettäisiin. Melanooman poistomarginaalit ja päätös vartijasolmuketutkimuksen tekemisestä perustuvat ensisijaisesti Breslow-luokkaan. Toinen tavoite on saada tieto kasvaimen mahdollisesta leviämisestä imusolmukkeisiin ja poistaa tällaiset imusolmukkeet. Imusolmukkeita tutkitaan silloin, jos kudostutkimuksen luokituksen mukaan on olemassa vaara, että kasvain kykenee leviämään imusolmukkeisiin. Todennäköisyys, että vartijasolmukkeesta löytyy melanoomasoluja on

- 5 % alle 1 mm paksuisissa melanoomissa
- 25 % 1-4 mm paksuisissa melanoomissa
- 60 % yli 4 mm paksuisissa melanoomissa.

Myös muut kasvaimen ominaisuudet vaikuttavat etäpesäkkeiden syntyyn. Tällaisia ominaisuuksia ovat patologin kudostutkimuksessa toteama ulseraatio ja korkea mitoosi-indeksi eli solunjakautumisia on enemmän kuin yksi kudosteikkien neliömillimetriä kohden.

Leikkauksen suunnittelussa päätetään leikkauksmarginaaleista (luomen ympärillä olevasta terveeseen kudoksen muodostamasta alueesta) sekä arvioidaan, tarvitaanko kudossiirteitä ja tehdäänkö vartijasolmuketutkimus. Vartijasolmuketutkimukseen kuuluu leikkausta ennen tehtävä imusolmukekartta, leikkauksessa näiden merkittyjen imusolmukkeiden poistaminen ja patologin tekemä imusolmukkeiden mikroskooppinen kudostutkimus. Vartijasolmukkeet ovat imutiereitillä ne imusolmukkeet, joihin syöpä toden-

näköisesti ensin leviäisi. Jos vartijasolmukkeet ovat terveet, ovat muut alueen imusolmukkeet terveitä noin 90 prosentin todennäköisyydellä.

Melanooma voi levitä elimistössä myös veriteitse esimerkiksi muualle imusolmukkeisiin, iholle ja ihon alaisiin kudoksiin, keuhkoihin, maksaan, luustoon ja aivoihin.

Imusolmukekartta ja vartijasolmukkeen tutkiminen



"Myöhemmin tehtiin vartijasolmuketutkimus, ja sen jälkeen kainalosta poistettiin seitsemän vartijasolmuketta, joista yhdestä löytyi millimetrin kokoinen etäpesäke. Se oli minulle ensin takaisku."

Poistettavien imusolmukkeiden sijainti saadaan selville ennen leikkausta tehtävällä imusolmukekarttatutkimuksella. Imusolmukekartta on isotooppi-tutkimus, jossa pieni määrä radioaktiivisella teknetium-isotoopilla merkittyä albumiinia ruiskutetaan ihon sisään verinahkaan melanooma-arven molemmille puolille.

Merkkiaine kulkeutuu imuteitä pitkin ensimmäiseen imutiereitin imusolmukkeeseen, jota kutsutaan vartijasolmukkeeksi (sentinel node). Imuteiden määrästä riippuen vartijasolmukkeita voi olla useitakin. Gammakamera-kuvauksessa kehosta saadaan kartta. Siitä selviää vartijasolmukkeiden sijainti, joka merkitään yleensä iholle huopakynällä. Imusolmukekartta ei kerro, ovatko imusolmukkeet terveitä vai onko niissä syöpäsoluja.

Imusolmukekarttatutkimuksessa käytetty merkkiaine, albumiini, jää pääosin vartijasolmukkeeseen ja on säteilyn perusteella löydettävissä yhdestä kahteen vuorokauteen. Leikkauksen aikana vartijasolmukkeet etsitään säteilymittarin eli gammadetektorin avulla. Poistetut imusolmukkeet lähetetään kudostutkimukseen, josta vastaukset saadaan parin viikon kuluessa.

Jos ihomelanooma on paksu eli sen Breslow-luokka on yli neljä millimetriä tai imusolmukealueilla todetaan ennen leikkausta kookkaita tai rakenteeltaan poikkeavia imusolmukkeita, suositellaan imusolmukealueen ultraäänitutkimuksen tekemistä. Imusolmukkeista voidaan ottaa ultraääniohjauksessa neulanäyte. Jos näytteestä löytyy melanoomakudosta, ei imusolmukekarttaa ja vartijasolmuketutkimusta yleensä tehdä. Silloin kaikki kyseisen alueen imusolmukkeet poistetaan leikkauksessa.

Ihomelanooman leikkaushoito

Iholta lähtöisin olevan paikallisen melanooman hoito on aina leikkaus. Leikkauksen tavoitteena on poistaa kasvainkudos niin, että tauti ei uusiudu. Toinen tavoite on saada tieto kasvaimen mahdollisesta leviämisestä imusolmukkeisiin. Jos se on levinnyt, poistetaan imusolmukkeet.

Imusolmukkeet tutkitaan aina, jos kudostutkimuksen luokituksen mukaan on olemassa vaara, että kasvain kykenee leviämään niihin. Ihomelanoomaleikkauksissa käytetään harvoin leikkauksen aikana tehtävää jääleiketutkimusta, koska se on melanooman osoittamisessa epätarkka.

Haava saadaan joskus suljettua suoraan ompeleilla, mutta usein tarvitaan ihonsiirre tai paikallinen ihokieleke peittämään tämä kudospuutos. Jos leikkauksessa poistetaan imusolmukkeita, alueelle laitetaan silikoninen laskuputki, jota pidetään muutamia päiviä leikkauksen jälkeen poistamassa alueelle kertyvää imunestettä, jotta haava saa rauhassa parantua.

Ihomelanooman leikkauksessa tehdään diagnostisen poiston jälkeen arven leikkaus. Sivumarginaali määräytyy Breslow-paksuuden mukaan ja pohjan suuntaan leikkaus ulottuu lihaskalvon pintaan.

- in situ -vaiheen melanoomassa (melanooman esiaste) terveeseen ihon marginaali on 5 mm
- invasiivisessa melanoomassa marginaali on 1-2 cm ihon suuntaan
- alle 1 mm paksun melanooman leikkausmarginaaliksi suositellaan 1 cm ihon suunnassa
- 1-2 mm paksuisen melanooman leikkausmarginaali on 1-2 cm ja yli 2 mm paksun melanooman marginaaliksi suositellaan 2 cm ihon suunnassa.

Leikkausmarginaalien valintaan vaikuttaa ihomelanooman anatominen sijainti. Leikkauksessa pyritään välttämään huomattavaa ulkonäölle aiheuttavaa haittaa.



”Nilkkahan on kireä eli siellä ei ole ylimääräistä ihoa. Leikkaus tehtiin selkäydinpuudutuksessa. Oli nimittäin epäselvää, joudutaanko tekemään ihonsiirto, jos sitä ei saa kurottua kiinni. Mutta se saatiin. Laitettiin kymmenen tikkiä, ja haava nilkassa oli kyllä aika pitkä. Kuljin ensin keppien varassa ja varoin, ettei haava repeä. Olin kaksi ja puoli viikkoa sairauslomalla. Työni on liikkuvaa, joudun kumartelemaan, seisomaan ja kävelemään.”

Jos imusolmukkeessa todetaan melanooman metastaasi, pyritään leikkauksella poistamaan kaikki saman imusolmukealueen imusolmukkeet. Tällaista leikkausta kutsutaan imusolmuke-evakuaatioksi. Imusolmukealueita ovat kaula, kainalot ja nivustaipeet.

Imusolmukeleikkausten jälkivaivana voi olla turvotus, jonka paras hoito on ennaltaehkäisy käyttämällä tukisukkaa tai tukihihaa. Yläraajan liikeradat palautuvat päivittäisten liikeharjoitusten myötä. Lymfaterapia auttaa turvotukseen, mutta apu on lyhytkestoinen ilman tukihihaa tai -sukkaa.

Vartijasolmukkeiden tutkimustuloksista

Jälkitarkastukseen mennessä saadaan lausunto poistettujen vartijasolmukkeiden tilasta. Jos vartijasolmukkeesta löytyy melanooman metastaasi eli etäpesäke, suositellaan täydentävää imusolmukeleikkausta. Tällaisissa tapauksissa 15–20 prosentilla potilaista melanoomaa löytyy myös muista alueen imusolmukkeista, mutta neljälle viidestä leikkaus tehdään varmuuden vuoksi. Hiljattain (v.2016) päättyneessä kansainvälisessä monikeskustutkimuksessa (MSLT II, <http://clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00297895>) selvitettiin, voitaisiinko täydentävän leikkauksen sijaan tilannetta jäädä seuraamaan ultraääni-tutkimuksin. Tutkimustulosten analysointi on kesken ja niiden odotetaan valmistuvan lähitulevaisuudessa.

Vartijasolmukkeen tila jakaa melanoomaan sairastuneet ennusteen mukaan kahteen ryhmään. Niistä potilaista, joiden vartijasolmuke on terve, on yli 90 prosenttia elossa viiden vuoden kuluttua. Jos vartijasolmukkeesta löytyy melanooman etäpesäke, on viiden vuoden ennuste yli 60 prosenttia. Jälkimmäiselle potilasryhmälle järjestetään yleensä tiiviimpi seuranta syöpälääkäreiden ohjeiden mukaan. Tämän ryhmän potilaat saattavat soveltua myös lääkehoitotutkimuksiin, joilla selvitetään liitännäishoitona annettavien lääkkeiden tehoa. Rutiinimaista liitännäishoitoa ei ihomelanooman hoitosuosituksissa vielä ole.

Kudossiirteet

Jos ihosyövän poisto aiheuttaa kudospuutoksen eikä haavaa voi ommella kiinni, käytetään haavan sulkemiseen kudossiirteitä. Kudossiirteet jaetaan ihonsiirteisiin ja kudoskopioleikiin. Ihonsiirteet jaotellaan edelleen kokoihonsiirteisiin ja osaihonsiirteisiin. Ihonsiirre voi käsittää sekä verinahan että orvaskeden, jolloin puhutaan kokoihonsiirteestä. Kokoihonsiirre otetaan veitsellä ja sen ottokohta suljetaan ompelilla. Kokoihonsiirteitä käytetään eniten kasvojen ihosyövän aiheuttamissa kudospuutoksissa. Kokoihonsiirteiden heikkous on hiukan epävarma tarttuminen haavapohjaan, mutta onnistuessaan esteettinen tulos on parempi kuin osaihonsiirteellä.

Osaihonsiirre höylätään ihosta muualla kehossa olevasta ottokohdastaan. Ottokohdan päälle laitetaan tavallisesti vettä läpäisemätön kalvo, joka saa olla paikallaan 2–3 viikkoa. Tänä aikana ihon ottokohta uudistuu pohjasta käsin. Osaihonsiirteellä voidaan peittää isoja haavoja, ja koska ihonsiirre usein rei'itetään tai verkotetaan, pääsee kudosteste pois haavasta ja siirteen tarttuvuus paranee. Verkotus näkyy myöhemmin arvessa, mutta ajan kanssa siirretty iho vahvistuu ja vaalenee ja esteettinen tulos paranee. Osaihonsiirteen tyypillisin sijaintipaikka on säären ja jalkojen alueella.

Kudospuutos voidaan peittää myös paikallisella kielekkeellä, joka on pak-suudeltaan sama kuin kudospuutos, mutta leikkausarpea tulee laajemmalle. Ihokielekkeitä käytetään varsinkin kasvojen ja yläselän alueella. Vartalon, yläraajojen ja reisien alueella haavat saadaan useimmiten suljettua suoraan. Etäältä siirrettyjä, mikrokirurgisella tekniikalla uusiin verisuoniin istutettuja monikudossiirteitä tarvitaan ihosyöpien hoidossa harvoin.

Ihonsiirteen ja kudostekijän paraneminen vie muutaman viikon. Alkuvaiheen haavahoidon ja kudosturvotuksen jälkeen arvet lopulta vaale-nevat melko huomaamattomiksi.

Leikkauksen jälkeinen haavan hoito

Leikkaushoidon jälkeen iho-ommelten eli ”tikkien” annetaan olla pai-koillaan lääkärin määrittämän ajan. Haavasidoksen annetaan olla paikoil-laan vähintään vuorokauden ajan, ja poistetaan ennen suihkuun menoa. Haavateippi pidetään ommelten poistoon saakka. Ommeltu haava saa kas-tua suihkussa, mutta sitä ei erityisesti tarvitse suihkuttaa.

Ihonsiirteen tarttuminen haavapohjaan vie kolmesta viiteen vuorokautta, minä aikana ihonsiirre ei saa liikkua alustaansa nähden eikä haava-alue saa turvota. On tärkeätä noudattaa hoitopaikasta saatuja tarkkoja hoito-ohjeita, että ihonsiirreleikkaus onnistuu.

Ihomelanooman liitännäishoidot

Leikkaushoidon jälkeen korkean uusiutumisriskin potilaat lähetetään syöpälää-kärin eli onkologin arvioon seurannan suunnittelua ja jatkohoitoharkintaa var-ten. Korkean uusiutumisriskin potilaita ovat ne, joiden vartijasolmukkeesta on löytynyt metastaasi tai joiden ihomelanooman Breslow-paksuus on yli 4 mm.

Liitännäislääkehoito tarkoittaa leikkauksen jälkeistä ennaltaehkäisevää syöpälääkehoitoa tai sädehoitoa tilanteessa, kun koko syöpäkasvain on saatu poistettua.

Liitännäishoitotutkimuksissa on eniten selvitetty interferoni-alfan eli IFN-alfan tehokkuutta, mutta tähänastisten tutkimustulosten perusteella sen rutiininomaista käyttöä liitännäishoidossa ei suositella kaikille potilaille,

joiden melanooma on edennyt paikallisiin imusolmukkeisiin. Yhden vuoden IFN-alfa-hoidosta voivat kuitenkin hyötyä suuren uusiutumisriskin potilaat, joilla on useita tai näkyviä (makroskooppisia) etäpesäkkeitä paikallisissa imusolmukkeissa, varsinkin jos emokasvaimessa todetaan ulseraatio eli haavauma tai mitooseja (solujakautumiskuvia). Lisäksi voidaan harkita IFN-alfa-liitännäishoitoa uusintaleikkauksen jälkeen potilailla, joiden melanooma on toistuvasti paikallisesti uusiutunut.

Liitännäishoidoissa IFN-alfan annos on suurempi kuin silloin, kun sitä käytetään levinneen melanooman yhdistelmähoidoissa. IFN-alfan haittavaikutuksia ovat kuume, päänsärky, lihassärky, väsymys, ruokahaluttomuus, masentuneisuus, kilpirauhasen toimintahäiriöt sekä muutokset luuytimen ja maksan toiminnassa.

Levinneen melanooman hoito

Levinnyttä melanoomaa ei yleensä ole voitu parantaa, mutta lääkehoidoilla on voitu hidastaa taudin etenemistä. Viime vuosien aikana edenneen melanooman hoidossa on kuitenkin tapahtunut huomattavaa kehitystä. Uudet täsmälääkkeet ja immunologiset vasta-ainehoidot ovat parantaneet hoitotuloksia merkittävästi.

Melanooman immunologisten ominaisuuksien takia immunologiset hoidot, kuten interferoni-alfa, interleukiinit ja viime vuosina vasta-aineet, kuten CTLA-4 vasta-aine (ipilimumabi), ovat olleet hoitojen kehittämisessä kiinnostuksen kohteena. Ipilimumabi on ensimmäinen lääke, jolla on voitu osoittaa että hoidolla saavutetaan edenneessä melanoomassa elinaikahyötyä sytostaattihoitoon verrattuna. Ipilimumabin vaikutus ilmenee hyvin hitaasti; kuukausien saatossa. Ipilimumabi-hoidon tehoa ei voida vielä ennustaa millään merkkiaineella, mutta hoito näyttää tehoavan huonosti niillä potilailla, joilla on pitkälle edennyt tai nopeasti etenevä tauti. Eri tutkimuksista yhdistetyssä analyysissä on osoitettu, että viiden vuoden kuluttua ipilimumabia saaneista potilaista elää vajaa kolmannes. Koska lääkkeeseen usein liittyy erittäin hankalia sivuvaikutuksia, hoito ei sovellu kaikille. Ipilimumabi on Suomessa hyväksytty käyttöön edenneessä melanoomassa ensimmäisen linjan hoidoksi. Anti-PD1 vasta-aineet (pembrolizumabi ja nivolumabi) ovat osoitettu olevan ipilimumabia tehokkaampia edenneen melanooman ensi linjan hoitona. Vuosi anti-PD1 vasta-ainehoidon aloittamisesta yli 70 prosenttia potilaista on elossa. Nivolumabin ja pembrolizumabin riski immunologiin haittoihin on ipilimumabiin verrattuna pienempi (12-15 prosenttia). Syöpäkudoksessa todettu PD-1 ilmentyminen saattaa olla yhteydessä parempaan hoitotulokseen näillä lääkkeillä, mutta se ei ole kuitenkaan riittävän luotettava ennustamaan onko hoidosta hyötyä vai ei. Paremman tehonsa johdosta anti-PD1 vasta-aineet ovat syrjäyttäneet ipilimumabin edenneen

melanooman ensi linjan hoidossa. Keväällä 2015 ipilimumabin ja nivolumabin yhdistelmähoito sai myyntiluvan Euroopassa. Yhdistelmähoidolla on kuitenkin huomattavasti enemmän haittoja, jotka rajoittavat sen käyttöä erittäin hyväkuntoisille potilaille. Sillä on saavutettu enemmän hoitovasteita ja keskimääräinen aika taudin etenemiseen on hieman pidempi. Toistaiseksi ei kuitenkaan tiedetä parantaako yhdistelmähoito kokonaisennustetta verrattuna anti-PD1 vasta-ainehoitoon. Onkolyttinen virushoito eli talimogen laherparepvec (T-VEC) on tullut uutena lääkkeenä immunologisten hoitojen rintamalle. T-VEC on saanut myyntiluvan 2015 paikallisesti edenneeseen ei leikattavissa olevaan tai pinnallisesti levinneeseen melanoomaan. Hoidon toteutus vaatii erityisosaamista ja -varustustasoa sairaalassa, jossa hoito toteutetaan. Tällä hetkellä tutkitaan T-VEC hoitoa myös yhdistettynä muihin immunologiisiin valmisteisiin.

Lääketutkimuksissa on myös selvitetty erilaisten uusien suun kautta otettavien täsmälääkkeiden tehoa edenneeseen melanoomaan. Noin 50–60 prosenttia melanoomakasvaimista löytyy B-RAF-mutaatio. Esiintyvyys on suurempi nuoremmilla potilailla sekä vartalon alueen melanoomissa. Nämä kasvaimet ovat osoittautuneet herkiksi joillekin B-RAF-estäjille (esim. vemurafenibi, dabrafenibi, ym.). Lääke tehoaa nopeasti, mutta samoin sivuvaikutuksetkin ilmenevät jo hoidon alkuvaiheessa. Sekä vemurafenibilla että dabrafenibilla on voitu osoittaa elinaikahyötyä B-RAF-positiivisilla potilailla verrattuna dakarbatsiinihoitoon edenneessä melanoomassa ja näin ollen ovat myös käytössä edenneen melanooman hoidoksi. B-RAF-estäjää voi käyttää B-RAF-positiivisille potilaille joko edenneen melanooman ensi- tai myöhemmän linjan hoitona. BRAF-estäjien tehokkuutta on parannettu liittämällä hoitoon MEK-estäjä (kobimetinibi, trametinibi, ym.). MEK-estäjillä ei ole kuitenkaan vielä erityiskorvattavuutta. Kolmen vuoden hoidon jälkeen noin 50 prosenttia potilaista on elossa täsmälääkeyhdistelmähoidoilla. Suoraa vertailua immunologiisiin hoitoihin ei ole toistaiseksi tehty. Kumpi hoito valitaan ensimmäisen linjan hoidoksi riippuu melanooman kasvunopeudesta, taudin levinneisyydestä ja potilaan mahdollisista muista perussairauksista. Tietyn tyyppisissä melanoomissa (limakalvolähtöiset, kynnen alta syntyvät ns. akraaliset melanoomat ja pinnallisesti leviävät) saattaa löytyä kit-niminen mutaatio. Tällöin imatinibihoito on vaikuttanut lupaavalta hoitovaihtoehdolta. Imatinibin käyttö ei kuitenkaan vielä ole vakiintunut eikä lääkkeellä ole korvattavuutta edenneeseen melanoomaan.

Dakarbatsiinia pidetään edelleen levinneen melanooman vakiosytostaattihoidona. Se on käytettyin sytostaatti tämän taudin hoidossa. Dakarbatsiinin sukulaisaine temotsolomidi on suun kautta otettava lääke, joka läpäisee veriaivoesteen erittäin hyvin ja näyttää olevan yhtä tehokas kuin dakarbatsiini. Se vähentää levinneen melanooman aivo- etäpesäkkeiden riskiä. Suomessa tavallisimmat käytössä olevat yhdistelmäsolunsalpaajahoidot ovat

TOL (temotsolomidi, vinkristiini, lomustiini), DOBC (dakarbatsiini, vinkristiini, bleomysiini ja lomustiini) sekä paklitakseli-karboplatiini. Näihin yhdistelmiin voidaan yhdistää IFN-alfa. Vaikka sytostaattihoidolla ei yleensä saada kovin pitkäkestoista tehoa, voidaan yksittäisissä tapauksissa saavuttaa hyvin pitkiä, useita vuosiakin kestäviä täydellisiä hoitovasteita.

Levinneen melanooman hoidossa on myös kokeiltu melanoomarokotteita. Rokotusten vaikutus elinaikaan on edelleen osoittamatta. Näin ollen rokotteet ovat edelleen kokeellisia hoitoja.

Metastaasien eli etäpesäkkeiden leikkaushoitoa harkitaan, jos yksittäiset etäpesäkkeet ovat leikkauksella poistettavissa. Hoitopäätös tehdään syöpälääkäreiden ja kirurgien yhteistyönä.

Melanooman lääkehoidon haittavaikutuksista

Immunologiseen hoitoon liittyvät haittavaikutukset johtuvat siitä, että lääke vaikuttaa myös elimistön muihin kudoksiin ja saattaa aiheuttaa tulehduksellisia reaktioita niissä (suolisto-, kilpirauhas-, maksa-, haima-, lisämunuais-, aivolisäke-, ym. tulehduksia). Tulehdukselliset reaktiot usein vaativat kortisonihoitoa lievittyäkseen, voivat olla pitkäkestoisia ja vaatia pitkiäkin sairaalahoitajaksoja. Oireet ovat sytostaattihoitoon verrattuna erilaisia ja usein epämääräisiä. Osa näistä haitoista vaatii jo varhaisessa vaiheessa ainakin oireenmukaista hoitoa. Tästä syystä on tärkeää, että immunologista hoitoa saavat potilaat ovat yhteydessä hoitoyksikköönsä heti oireiden ilmaannuttua.

Täsmälääkehoito vaatii tarkan ihoseurannan lisääntyneen okasolu- ja tyvisolusyöpäriskin takia. Vemurafenibi on melko hyvin siedetty, mutta aiheuttaa monelle ihoperäisiä sivuvaikutuksia. On todettu, että noin 20-30 prosentilta potilaista löytyy ihon okasolusyöpiä hoidon aikana. Sen lisäksi usealle potilaalle kehittyy myös syylämäisiä ihomuutoksia. Hoitoon liittyy myös ihon huomattava herkistyminen auringolle ja jopa valolle. Tästä syystä huolellinen auringolta suojautuminen on edellytys onnistuneelle hoidolle. Hoitoon voi liittyä nivelsärkyjä, väsymystä, munuaisten lievää vajaatoimintaa, jalkapohjien ihon paksuuntumista, ripulia, ym. Dabrafenibilla on samankaltaisia haittoja, mutta valoherkkyyttä ja ihohaittoja esiintyy vähemmän. Sen sijaan dabrafenibi voi aiheuttaa yllättäen ja nopeasti kuumeennousua, joka saattaa vaatia sairaalahoitoa. BRAF:n estäjien ihohaitoista johtuen tiivis seuranta syöpälääkärin ja tarvittaessa myös ihotautilääkärin toimesta on välttämätön. Kun MEK-estäjä liitetään BRAF-estäjän rinnalle, osa haitoista lievittyy, mutta esimerkiksi kuumeilua esiintyy useammin dabrafenibi-trametinibi yhdistelmähoidon aikana kuin jos dabrafenibia käytetään yksinään. Imatinibihoito on yleensä hyvin siedetty, mutta vaatii veriarvojen säännöllistä seurantaa mahdollisten haittavaikutusten varhaista toteamista varten.

Solunsalpaajahoitojaksot toteutetaan 3–4 viikon välein tiputuksessa poliklinikalla. Osa solunsalpaajista, esimerkiksi lomustiini ja temotsolomidi, otetaan tabletteina suun kautta. Solunsalpaajat estävät eri tavoin syöpäsolujen kasvua tai jakautumista. Haittavaikutukset johtuvat lääkeaineiden vaikutuksen kohdistumisesta myös nopeasti jakautuviin terveisiin soluihin. Tästä syystä hoitojen välissä seurataan veriarvojen muutoksia eli punasolujen, valkosolujen ja verihiutaleiden määriä. Jotkut solunsalpaajat voivat vaikuttaa ääreishermostoon, mikä ilmenee tavallisimmin sormien ja varpaiden puutumisenä sekä ummetuksena. Dakarbatsiini tai temotsolomidi yksinään käytettyinä eivät aiheuta hiustenlähtöä, mutta melanoomassa käytettävät yhdistelmät, esimerkiksi DOBC ja karboplatiini-paklitakseli, yleensä aiheuttavat. Dakarbatsiiniin liittyy myös ihon herkistymistä auringolle. Lääke saattaa myös ärsyttää suonia tiputuksen aikana. Sekä dakarbatsiini, temotsolomidi että interferoni-alfa voivat vaikuttaa haitallisesti maksan toimintaan. Pahoinvointia voi esiintyä varsinkin solunsalpaajayhdistelmiä käytettäessä, mutta sitä voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa pahoinvoinnin estolääkkeillä. Bleomysiini-tiputuksen jälkeen voi esiintyä lämmönnousua.

IFN-alfa pistetään ihon alle. Omahoitaja opettaa potilaan tai omaisen pistämään. Lääke kannattaa pistää iltaisin, jolloin haittavaikutukset menevät ohi nukkuessa. Interferonista johtuvat haittavaikutukset riippuvat annoksen koosta. Tavallisesti interferonihoito saattaa aiheuttaa kuumetta, flunssan kaltaisia oireita, levottomuutta, päänsärkyä sekä väsymystä ja lihassärkyä. Niihin auttavat oireenmukaiset lääkkeet, kuten parasetamoli tai tulehduskipulääkkeet. Pidempään käytettynä IFN-alfa voi aiheuttaa ruokahaluttomuutta, painon laskua, ripulia, masentuneisuutta sekä kilpirauhasen, maksan ja luuytimen toimintahäiriöitä ja seksuaalista haluttomuutta. Haittavaikutusten laatu ja voimakkuus vaihtelevat yksilöllisesti. Voinnissa tapahtuneista muutoksista ja mahdollisista sivuvaikutuksista tulee kertoa sekä hoitajalle että hoitavalle lääkärille.

Alkoholin ja vitamiinien käyttöä tulee välttää päivää ennen solunsalpaajahoitoa, hoitopäivänä ja hoidon jälkeisenä päivänä. Lisäksi suositellaan, että koko solunsalpaajahoidon aikana vältettäisiin luontaistuotteiden käyttöä haitallisten yhteisvaikutusten välttämiseksi. Lääkkeistä, joita omaehtoisesti käyttää, tulee turvallisuussyistä aina kertoa hoitavalle lääkärille. Luontais- ja vaihtoehtolääkkeet voivat vaikuttaa syöpälääkityksen tehoon ja lisätä syöpälääkkeiden haittavaikutuksia.

OPPAITA SYÖPÄLÄÄKEHOITOA SAAVILLE

Suomen Syöpäpotilaat on julkaissut oppaat *Ohjeita sinulle, joka saat syöpälääkehoitoa, Syöpäpotilaan ravitusmusopas* ja *Kun mitään en jaksa*.

Oppaat ovat sairastuneelle maksuttomia ja niiden tilaustiedot ovat tämän oppaan alussa. Kaikki oppaat löytyvät sähköisessä muodossa osoitteesta

www.syopapotilaat.fi/potilasoppaat.

Melanooman sädehoito

Ihosityöpien ensisijainen hoito on leikkaus. Sädehoito aloitetaan, kun leikkaushaava on parantunut, yleensä 4–6 viikon kuluttua leikkauksesta. Sädehoidon suunnittelu vie aikaa, koska se räätälöidään jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Sädehoitolääkärin vastaanoton jälkeen tehdään yleensä henkilökohtainen muotti, jonka avulla varmistetaan, että hoidonaikainen asento ei muutu. Lisäksi hoidon kohdealue kuvataan tietokonetomografialla tai magneetilla (simulointi). Sen tulosten perusteella sädehoitolääkäri tekee räätälöidyn annossuunnitelman yhteistyössä fyysikon kanssa. Varsinaiset sädehoitokäynnit ovat lyhyitä käyntejä peräkkäisinä arkipäivinä. Sädehoitoa annetaan yleensä viiden viikon ajan. Jos käytetään sädehoidon erikoistekniikoita (esim. stereotaktinen sädehoito), voi sädehoitojakso olla lyhyempikin. Tietyissä tilanteissa voidaan käyttää sytostaattihoidoa sädehoitojakson aikana sädehoidon tehon parantamiseksi.

Ihosityöissä käytettävää sädehoitoa siedetään yleensä hyvin. Hoidon haittoja ovat pääasiassa hoidettavan ihoalueen punoitus ja mahdollisesti rikkoutuminen. Lopullinen tulos näyttää yleensä hyvältä, eikä pitkäaikaishaittoja juuri synny. Joissakin tilanteissa sädehoitoa voidaan antaa uudestaankin samalle ihoalueelle, mutta tällöin uusintahoidon kokonaisannos on pienempi. Kun hoidetaan kaulan imusolmukealueita, saattaa ilmetä suun kuivumista. Tästä syystä pyritään yleensä säästämään ainakin joitain sylkirauhasia sädehoitosuunnitelmaa tehdessä erityistekniikoita käyttäen.

Imusolmukealueelle voidaan antaa sädehoitoa leikkauksen jälkeen, jos imusolmukkeesta on löytynyt kookas etäpesäke, etäpesäkkeitä on löytynyt useista imusolmukkeista tai etäpesäke on kasvanut imusolmukkeen seinämän läpi. Jos nivustaipeen tai kainalon imusolmukealueita sädetetään, leikkauksesta aiheutunut raajan turvotus saattaa lisääntyä.

Sädehoitoa voidaan käyttää etäpesäkeleikkauksen jälkeen parantamaan leikkaustulosta, jotta riski taudin paikalliseen uusiutumaa pieneneisi. Lisäksi sitä voidaan käyttää yksittäisten keuhko-, luu- ja pinnallisten ihometastaa-sien hoitoon, jos niitä ei pystytä leikkaamaan. Sädehoitoa käytetään myös oireiden lievittämiseksi esimerkiksi luuston särkyä aiheuttavien pesäkkeiden hoitona tai jos todetaan, että melanooma on levinnyt aivoihin. Tällöin sädehoidon kokonaiskesto on yleensä lyhyempi (yhdestä kymmeneen kertaan).

OPAS SÄDEHOITOA SAAVILLE

Suomen Syöpäpotilaat ry on julkaissut oppaan *Ohjeita sinulle, joka saat sädehoitoa*.

Oppaat ovat sairastuneelle maksuttomia ja niiden tilaustiedot ovat tämän oppaan alussa. Kaikki oppaat löytyvät sähköisessä muodossa osoitteesta

www.syopapotilaat.fi/potilasoppaat.

Raajaperfuusiohoito melanooman hoidossa

Jos melanooma toistuvasti uusii raajan alueella, voidaan harkita niin sanottua raajaperfuusio- eli ILP-hoitoa (Isolated Limb Perfusion, engl.). Se tarkoittaa solunsalpaajahoitoa verenkierroltaan eristettyyn ala- tai yläraajaan. Tavoitteena on säästää raaja uusintaleikkausten haitoilta.

Menetelmä mahdollistaa jopa 10 kertaa suuremmat kasvainalueelle annettavat lääkeainepitoisuudet kuin olisi mahdollista antaa koko elimistön verenkiertoon. Hoito on paikallista eikä se tehoa muualle levinneeseen tautiin. Ennen hoitoa varmistetaan, että raajassa on riittävän hyvä verenkierto eikä tauti ole levinnyt vartalon alueelle.

ILP-hoito vaatii erityisosaamista ja koulutetun työryhmän, jonka takia hoidot on keskitetty yhteen keskussairaalaan Suomessa. Työryhmään kuuluu syöpätautien erikoislääkäri, plastiikkakirurgi, toimenpidettä tekevä verisuonikirurgi, anestesia- ja sairaalafysikko. Hoidot annetaan Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa.

Hoito on yleensä tehokas ja viivyttää taudin uusiutumista. Hoitoon voi liittyä haittavaikutuksena kudosturvotusta, siitä aiheutuvaa särkyä, ihotulehduksia ja joskus iholle voi hoidon jälkeen ohimenevästi kehittyä rakkuloita. Hoitoon liittyy verenohennuslääkitystä syvästälaskimotukosten estämiseksi.

Melanoomapotilaan seuranta

”Käyn kontrolleissa puolen vuoden välein. Siellä otetaan keuhkokuvat ja verikokeet ja lääkäri tarkastaa ihon.”

Melanooman seurannassa keskitytään mahdollisten iho- tai imusolmuke-alueiden uusiutumien tai uusien ihokasvainten toteamiseen. Melanooma-potilailla on suurentunut riski saada uusi melanooma tai muu ihosyöpä. Seurannassa pyritään havaitsemaan uusi melanooma, melanooman uusiutuminen arvessa, satelliittipesäkkeinä, ihometastaaseina tai imusolmukealueilla mahdollisimman varhain. Seurantakäyntien yhteydessä voidaan keskustella myös jaksamisesta ja esille tulleista ongelmista sekä keinoista jatkaa eteenpäin.

”Kävin kesällä kymmenen kertaa sädehoidossa. Käyn seurantatutkimuksissa puolen vuoden välein. Nyt sairastumisesta on kulunut neljä vuotta, teen työtä, harrastan liikuntaa ja voin hyvin.”

Melanooman jälkiseuranta sovitaan hoitavan lääkärin kanssa. Ohuiden, hyväennusteisten melanoomien seuranta tapahtuu osittain perusterveydenhuollossa eli terveyskeskuksessa, työterveyshuollossa tai oman lääkärin vas-

taanotolla, ja osittain erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Seuranta tapahtuu pääosin noin kerran vuodessa viiden vuoden ajan. Jos uusiutumiskirsi on suurentunut, potilaita seurataan tiheämmin erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Ihomelanooman seuranta kestää yleensä viisi vuotta, mutta melanooma saattaa uusiutua vielä useiden vuosien jälkeenkin.

Melanooman lääkehoitoja saaneiden potilaiden ja korkean uusiutumiskirsin potilaiden seurannasta vastaa ensisijaisesti syöpätautien erikoislääkäri. Näissä tapauksissa seurannassa käytetään myös usein kuvantamistutkimuksia ja verikokeita.

Jos ihmisellä on lukuisia iholuomia tai hänellä on hoidettu useampia ihosyöpiä tai ihosyövän esiasteita, kannattaa lääkärikäynnit sopia vuosittaisiksi. Omatoimisesti on järkevää pitää jonkinlaista kirjanpitoa ihon tilasta käyntien yhteydessä ja välillä. Luomipäiväkirja, luomikartta tai näiden yhdistelmä auttaa vertaamaan tilannetta edelliseen kertaan. Valokuvat kertovat muistia tarkemmin ihon tilan kehittymisestä, luomien määrästä ja koosta.

Lääkäri tai hoitohenkilökunta yleensä neuvoo, miten tilannettaan voi seurata omatoimisesti, sillä muutosten tai muiden oireiden seuraaminen myös itse on tärkeää. Auringonvalolta suojautumiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, ja yleensä siitä seurantakäyntien yhteydessä myös muistutetaan (katso sivu 38).



"Se on sellainen kauhun tasapaino, jonka kanssa joutuu olemaan. Muutama kuukausi sitten otin peilin ja yritin katsoa joka paikasta. Ihmisessä on hirveästi paikkoja, joihin ei itse näe. Mutta jos lähden sille linjalle, että panikoin jokaista luomea, niin joutuisin poistamaan ne kaikki. Ei siitä mitään tule."

Neuvontapalvelut

Syöpäjärjestöjen neuvontapalvelut on tarkoitettu kaikille, joita syöpään liittyvät asiat mietityttävät.

Maksuton puhelinneuvonta **0800 19414**

ma ja to klo 10–18 sekä ti, ke ja pe klo 10–15

Sähköpostineuvonta: **neuvonta@cancer.fi**

Älä jää yksin

Ensisijainen sairauteen liittyvä tieto saadaan hoitavalta lääkäriltä ja hoito-henkilökunnalta. Monet potilaat ja omaiset kokevat hyötyvänsä vertaistuesta eli siitä, että voi keskustella ja vaihtaa kokemuksia samanlaisessa tilanteessa olevien ihmisten kanssa. Useimmille meistä jo sairaalamaailma on outo ja herättää paljon kysymyksiä. Uusi elämäntilanne syöpäpotilaana luo kysymyksiä myös arkeen. Miten tästä selvitään eteenpäin? Miten muut ovat selvinneet? Polut arjesta selviytymiseen usein avautuvatkin vertaisten kokemusten kautta. Syöpäjärjestöillä on erilaisia vertaistuen muotoja.



Melanooma-potilasverkosto

”*”Puoli vuotta diagnoosin jälkeen liityin valtakunnalliseen potilasverkostoon. Se merkitsi sairauteni lopullista hyväksymistä. Sain siitä loppujen lopuksi uskomattoman hyvän fiiliksen, tajusin, että tämän asian kanssa on vain elettävä eteenpäin.”*

Suomen Syöpäpotilaat ry ylläpitää suljettuna Facebook-ryhmänä toimivaa valtakunnallista potilasverkostoa ihosyöpäpotilaille. Sen toiminta on potilaille maksutonta, eikä edellytä yhdistyksen jäsenyyttä. Verkosto löytyy osoitteesta **<https://facebook.com/groups/melanooma/>**.

Suomen Syöpäpotilaat jakaa ryhmässä ajankohtaista tietoa melanooman hoidon kehityksestä ja tiedottaa verkostolle järjestettävistä tapahtumista.

Suomen Syöpäpotilaat ry tuottaa potilasoppaita, jotka ovat yksityishenkilöille maksuttomia. Tutustu koko opasvalikoimaan osoitteessa **www.syopapotilaat.fi/potilasoppaat**.

Ihon hoito

Iho on ihmiselle tärkeä elin. Sen ulkoiseen kuntoon voi itse vaikuttaa monella tavalla. Ihon perushoidon tärkeys korostuu silloin, kun iholta on poistettu kasvaimia. Ihonhoidon aakkoset kuuluvat arkipäivän rutiineihin: Säännölliset ja terveet elämäntavat, monipuolinen ruokavalio, riittävä nesteen saaminen, liikunta sekä tupakanpolton ja alkoholin käytön välttäminen luovat pohjaa jaksavalle iholle. Tarpeellisesta levosta ja virkistäytymisestä huolehtiminen on myös osa ihonhoitoa.

Käsitelty ja arpeutunut iho vaatii kuivuuden ehkäisemiseen ja kimmouden lisäämiseksi päivittäistä perusvoiteen käyttöä. Monikäyttöinen keskirasvainen voide on turvallinen valinta. Tarpeen mukaan voi voiteen vaihtaa vesipitoisempaan, kevyempään tuotteeseen esimerkiksi karvaisille ja ohuille ihoalueille tai kuumana hellepäivänä. Ohut lotion-tyyppinen tuote ei tuki ihohuokosia ja päästää hien haihtumaan ihon pinnalta. Se ei myöskään aiheuta herkästi karvatupentulehduksia karvaisilla alueilla. Rasvainen, vaseliinipitoinen ja vähän vettä sisältävä tuote valitaan, kun tarvitaan kuiville, karheille, paksuille tai jäkälöityneille ihoalueille pehmentävää voidetta. Ihon liiallista kuivumista voi ehkäistä pesemällä iho saippuan sijasta voide- tai öljypohjaisilla pesunesteillä tai kevyellä perusvoiteella.



Ihon suojaaminen auringolta

Ihosityövistä 95 prosenttia on seurausta auringon säteilylle altistumisesta. Aurinkokäyttäytyminen on taitolaji. Kun iholla on ollut syöpä tai syövän esiaste, on syytä suhtautua vakavasti ihon suojaamiseen UV-säteilyltä.

Ihoalueet, joihin on tehty ihomuutosten hoitoja ja joissa saattaa olla arpikudosta, on suojattava vaattein tai voiteilla, joissa on erittäin korkea suojakerroin. Turvallisen auringossa olon perustaksi on hyvä tunnistaa myös oma ihotyyppinsä (taulukko 1).

Tunnista oma ihotyyppisi

Ihotyyppi	Palamis- ja ruskettumis-herkkyys	Osuus Suomen väestöstä	Punoitukseen tarvittava aika, ns. puneaika*
I = hyvin vaalea iho, usein pisamia, punertavat hiukset	palaa aina, ei rusketu	2–5 %	5–10 min.
II = vaalea iho, jossa hiukan pisamia, vaaleahkot hiukset	palaa helposti, ruskettuu huonosti	27 %	10–20 min.
III = normaali iho, ei pisamia, ruskeat hiukset	palaa joskus, ruskettuu hyvin	60 %	20–30 min.
IV = tumma iho, tummat hiukset	palaa hyvin harvoin, ruskettuu hyvin	10 %	30–40 min.

* ihon punoituksen syntymiseen tarvittava aika, joka riippuu UV-säteilyn voimakkuudesta ja ihon herkkydestä (UV-indeksi 6–7).

Vesi ja pilvet eivät välttämättä suojaa auringolta

Auringon vaikutusta lisäävät myös ympäristötekijät, kuten vesi, hiekka, vuoristo, lumi ja jää. Vedessä ollessa on syytä muistaa veden säteitä läpäisevä ominaisuus. Puolen metrin syvyydessä vesi läpäisee säteilyä 40 prosenttia, ja pintavedessä uimessa palaa helposti. Aurinkosuojavoiteet huuhtoutuvat vedessä, myös ne, joita mainostetaan vedenkestäviksi.

Myös pilvisellä säällä voi puneraja eli ihon punoituksen syntymiseen tarvittava raja ylittyä suojaamattomalla iholla. Ultraviolettisäteilystä noin 90 prosenttia pääsee ohuen pilvikerroksen läpi. Viileä tuuli saattaa erehdyttää luulemaan, että aurinko ei vaikuttaisi ihoon. Varjoisissa paikoissa aurinkoannos on puolet suorassa auringonvalossa seisovan annoksesta.

Kosmeettiset aineet voivat provosoida ärhäkän punoituksen tai laikulisen rusketuksen iholle. Makuuasennossa aurinkoannos on nelinkertainen pystyasentoon verrattuna. Alkoholi ei sovi auringonoton kanssa yhteen. Alkoholi huonontaa aineenvaihduntaa ja aiheuttaa ihon kuivumista ja ihokudoksen turpoamista sekä ihon herkistymistä auringolle ja palamisherkkyyttä.

Auringonsuojavoiteet

Valitse käyttöösi korkean suojakertoimen laajakirjoinen aurinkosuojavoide, joka sisältää suojat UVB- ja UVA-säteille. Käyttöominaisuuksiin vaikuttaa voidepohja ja pakkauksen annostelumekanismi. Esimerkiksi lotion-tyyppinen, suihkupullostaa annosteltava aurinkosuojavoide on käytännöllisempi karvaisille tai ohuille ihoalueille.

Aurinkosuojavoidepakkauksessa luvatus suojan saa, kun levittää suojavoide tasaisesti iholle. Tieteellisesti mitattua tietoa on, että kaksi milligrammaa voidetta ihon neliösenttimetriä kohden on riittävä määrä. Käytännöllinen ohje on levittää voidetta runsaalla kädellä: kolme ruokalusikallista eli piripintainen kourallinen uimapukuisen ihmisen koko vartalolle. Tarvittavan voiteen määrä on luonnollisesti riippuvainen ihmisen koosta. Jos annostus poikkeaa paljon suosituksesta, voi suojateho laskea niinkin paljon kuin neljäs- tai viidesosaan luvatus suojasta.

Auringonsuoja-aineet jaotellaan kemiallisesti vaikuttaviin eli orgaanisiin suojiin tai fysikaalisiin eli epäorgaanisiin suojiin. Kemialliset suojat imeytyvät ihon pintarakenteisiin ja suodattavat UV-säteet niin, että ne eivät pääse vaurioittamaan ihon rakenteita. Fysikaaliset suojat heijastavat ihon pinnalta sille tulevat UV-säteet.

SUOJAKERROIN JA SUOJALUOKKA

Auringonsuojavoiteen UVB- ja UVA-kertoimet kannattaa tarkistaa. Pakkauksessa on usein ilmoitettu vain UVB-suojakerroin. Pakkauksen UVA-logo eli UVA-kirjainyhdistelmä ympyrän sisällä merkitsee sitä, että aurinkosuojavoiteen UVA-suojan tulee olla vähintään kolmannes pakkauksen merkitystä UVB-suojakertoimesta. Suojakertoimien lisäksi pakkauksessa tulee ilmoittaa voiteen suojaluokka. Suojaluokat ovat matala suoja (SK 6 ja 10), keskitason suoja (SK 15, 20 ja 25), korkea suoja (SK 30 ja 50) ja erittäin korkea suoja (SK 50+).

Auringolta suojaavat vaatteet ja asusteet

Järkevää aurinkokäyttämistä on käyttää aurinkolaseja, joissa on UVA- ja UVB- suojat. Lierihattu suojaa kasvoja, nenää, huulia, korvia, silmiä ja hartioita. Näitä alueita ei saisi koskaan jättää ilman suojausta. Puuvillaiset vaatteet tarjoavat noin kuusinkertaisen suojan ja tiukkakuosiset keinokuidut hieman suuremman. Markkinoille on tullut myös tekstiilejä, joissa neuloksen mekaniismilla ja materiaaleilla on saatu kankaaseen korkeitakin suojakertoimia. Tekstiilejä löytyy koko vaatekerta päähineistä tossuihin asti.

MISTÄ LÖYDÄN AURINKOSUOJAVAAATTEITA

Tekstiilien myyntipaikkoja voi etsiä netin kautta hakusanalla aurinkosuoja-vaate. Suojakertoimilla varustettuja vaatteita voi tiedustella myös tavarataloista ja urheiluliikkeistä. Lisätietoja aurinkosuojatekstiileistä: www.meditex.fi



Yhteystietoja

Suomen Syöpäpotilaat - Cancerpatienterna i Finland ry

Malminkaari 5
00700 Helsinki
puh. 044 053 3211
www.syopapotilaat.fi
potilaat@syopapotilaat.fi

Suomen Syöpäyhdistys ry

Unioninkatu 22
00130 Helsinki
puh. 09 135 331
www.kaikkisyovasta.fi

Syöpäklíníkóiden ja syöpätutkimuksen tuki ry

c/o Syöpätautien klinikka
Haartmaninkatu 4 (PL 180)
00290 Helsinki
puh. 050 552 5671
www.syopaklinikantukijat.fi
syopatautienklinikan.tukiry@kolumbus.fi

ALUEELLISET SYÖPÄYHDISTYKSET

Etelä-Suomen Syöpäyhdistys ry

Liisankatu 21 B 15
00170 Helsinki
puh. 044 730 3300
www.etela-suomensyopayhdistys.fi
etela-suomi@essy.fi

Keski-Suomen Syöpäyhdistys ry

Kilpisenkatu 5 B 9
40100 Jyväskylä
puh. 014 333 0220
www.kessy.fi
syopayhdistys@kessy.fi

Kymenlaakson Syöpäyhdistys ry

Kotkankatu 16 B
48100 Kotka
puh. 05 229 6240
www.kymsy.fi
toimisto@kymsy.fi

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry

Seiskarinkatu 35
20900 Turku
puh. 02 265 7666
www.lssy.fi
meri-karina@lssy.fi

Pirkanmaan Syöpäyhdistys ry

Hämeenkatu 5 A
33100 Tampere
puh. 03 249 9200
www.pirsy.fi
toimisto@pirsy.fi

Pohjanmaan Syöpäyhdistys ry

Alatori 3
65100 Vaasa
puh. 010 843 6000
www.botniacancer.fi
info@botniacancer.fi

Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistys ry

Karjalankatu 4 A 1
80200 Joensuu
puh. 013 227 600
www.pohjois-karjalansyopayhdistys.fi

Pohjois-Savon Syöpäyhdistys ry

Kuninkaankatu 23 B
70100 Kuopio
puh. 017 580 1801
www.pohjois-savonsyopayhdistys.fi
toimisto@pohjois-savonsyopayhdistys.fi

Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry

Rautatienkatu 22 B
90100 Oulu
puh. 0400 610 292
www.pssy.org

Saimaan Syöpäyhdistys ry

Maakuntagalleria
Kauppakatu 40 D
53100 Lappeenranta
puh. 05 451 3770
www.saimaansyopayhdistys.fi
saimaa@sasy.fi

Satakunnan Syöpäyhdistys ry

Yrjönkatu 2
28100 Pori
puh. 02 630 5750
www.satakunnansyopayhdistys.fi
toimisto@satakunnansyopayhdistys.fi

Ålands Cancerförening rf

Nyfahlers
Skarpansvägen 30
22100 Mariehamn
puh. 018 22 419
www.cancer.ax
forening@cancer.ax



Suomen Syöpäpotilaat - Cancerpatienterna i Finland ry

Malminkaari 5, 00700 Helsinki, www.syopapotilaat.fi

Suomen Syöpäpotilaat ry:n toimintaa tukee Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA).

Oppaan toteutusta ovat tukeneet:



Bristol-Myers Squibb



MSD