

Rintasyövän hoito ja seuranta

Rintasyövän kirurginen hoito

Invasiiviset kasvaimet, joiden poisto tervekudosmarginaalilla onnistuu rinnan ulkomuotoa kohtuuttomasti muuttamatta, leikataan rintaa säästäten. Rinnan säästävä leikkaus yhdistettynä sädehoitoon antaa eloon jäämisen suhteen saman tuloksen kuin rinnan poisto^A. Säästävä leikkaus voidaan tehdä myös siten, että rintaan tehdään samalla muovaus- tai pienennysleikkaus (onkoplastinen kirurgia). Rinnanpoistoleikkaus tehdään, jos kasvaimen läpimitta on suuri rinnan kokoon nähden tai jos rinnassa on useita kasvainalueita.

Rintasyövän ennustetekijät

Liitännäishoitojen valintaa ohjaavat kasvainnäytteestä määritettävät ennustetekijät, joita ovat kasvaimen suurin läpimitta, metastasointi kinalon imusolmukkeisiin, histologinen erilaistumisaste, syövän infiltrointi imu- tai verisuoniin, estrogeeni- ja progesteronireseptoripitoisuus, kasvaimen proliferaatioaste ja HER2-onkogeenin yli-ilmentyminen.

Kainalon tyhjennys ja vartija- imusolmukebiopsia

Metastasointi kinalon imusolmukkeisiin selvitetään kinalon tyhjennyksellä. Kainalon imusolmukkeiden tila voidaan selvittää myös vartija-imusolmukebiopsialla potilailla, joilla on yksittäinen, enintään 3 cm:n läpimittainen kasvain. Yläraajaturvotus on ilmeisesti vähäisempää vartijaimusolmukebiopsian jälkeen verrattuna kinalon tyhjennykseen^B.

Jos kinalon vartijaimusolmuke on terve eikä potilaalle tehdä kinalon tyhjennystä, on kinalometastasoinnin vaara 2–5 vuoden seurannassa noin 0,3 %^B.

Rinnan rekonstruktio

Rinnan rekonstruktio omakudossiirteellä, proteesilla tai näiden yhdistelmällä voidaan tehdä syöpäleikkauksen yhteydessä tai myöhäisrekonstruktiona. Myöhäisrekonstruktio tehdään aikaisintaan kuuden kuukauden kuluttua onkologisten hoitojen päättymisestä. Edellytyksenä leikkaukselle on, että potilas toivoo rekonstruktioita.

Rintasyövän leikkauksenjälkeinen sädehoito

Säästävän leikkauksen jälkeen rintaan annettu sädehoito vähentää paikallisuusiutumia 68 %. Rinnan poiston jälkeen sädehoito on aiheellinen, kun kainalossa on todettu yli neljä metaastaattista imusolmuketta tai kun kasvain on suuri (läpimitaltaan yli 50 mm). Sädehoito voi-

Mitä uutta päivityksessä?

- Rintasyövän aiheuttamaa sairastavuutta ja kuolleisuutta vähennetään parhaiten keskittämällä hoito yksikköihin, joissa radiologian, patologian, kirurgian, plastiikkakirurgian ja syöpätautien erikoisaloilta koottu hoitotiimi ja riittävä potilasmäärä takaavat osaamisen ylläpidon.
- Kainalon imusolmukkeiden tila voidaan selvittää vartijaimusolmukebiopsialla.
- Trastutsumabi solunsalpaajalääkitykseen yhdistettynä vähentää rintasyövän uusiutumia pelkkään solunsalpaajahoitoon verrattuna potilailla, joilla on todettu kasvaimessa HER2-onkogeenin yli-ilmentyminen.

daan harkinnan mukaan antaa myös, jos kainalon tyhjennyksessä on todettu 1–3 metastaattista imusolmuketta.

Rintasyövän liitännäislääkehoito

Rintasyövän uusiutumisen vaaraa ja rintasyöpäkuolleisuutta vähentävä liitännäislääkehoito on aiheellinen, kun ennustetekijöiden perusteella arvioitu uusiutumisvaara kymmenen vuoden seurannassa on 10 %.

Liitännäislääkehoito antrasykliinipohjaisella solunsalpaajayhdistelmällä ja viiden vuoden pituisella hormonaalisella hoidolla (tamoksifeenilla) vähentää rintasyöpäkuolleisuutta 50 %.

Menopausin ohittaneilla potilailla voidaan käyttää tamoksifeenin sijasta aromataasin estäjiä primaarina liitännäishoitona viiden vuoden ajan (anastrotsoli tai letrotsoli)^A, vaihtovuoroisena liitännäishoitona 2–3 vuoden ajan sen jälkeen, kun tamoksifeenia on käytetty 2–3 vuotta (anastrotsoli tai eksemestaani)^A, tai jatkettuna liitännäishoitona viiden vuoden tamoksifeenilääkityksen jälkeen 2–5 vuoden ajan (letrotsoli)^A. Aromataasin estäjät soveltuvat vain menopausin ohittaneille naisille. Premenopausaalisten potilaiden hoidossa käytetään tamoksifeenia.

Liitännäissolunsalpaajahoidona käytetään antrasykliinipohjaista yhdistelmää. Taksaanin liittäminen antrasykliiniin lisää tauditonta ja kokonaiselinaikaa suuren uusiutumisvaaran potilailla^A.

HER2-reseptorin vasta-aine trastutsumabi solunsalpaajalääkitykseen yhdistettynä vähentää rintasyövän uusiutumia ja kuolleisuutta potilailla, joilla on todettu kasvaimessa HER2-onkogeenin yli-ilmentyminen^A.

Levinneen rintasyövän hoito

Lääkehoidolla voidaan ylläpitää potilaan elämänlaatua ja hidastaa syövän etenemistä. Hoidon valinnassa huomioidaan syövän hormoni-reseptori- ja HER2-status, potilaan ikä ja yleiskunto ja liitännäislääkehoidot.

Hormonireseptoriposiitiivisessa rintasyövässä hormonaalinen hoito on ensisijainen. Hormonaalisia hoitoja ovat munasarjasuppressio ja

lääkitys tamoksifeenilla, anastrotsolilla, letrotsolilla, eksemestaanilla, fulvestrantilla tai megestroliasetaatilla.

Solunsalpaajalääkitys on ensisijainen, jos hormonireseptoreja ei esiinny tai etäpesäkkeet kasvavat nopeasti. Antrasykliinit ja taksaanit ovat ilmeisesti parhaita ensilinjan solunsalpaajia^B. HER2-positiivisen rintasyövän hoitoon yhdistetään trastutsumabi.

Sädehoidolla voidaan helpottaa etäpesäkkeiden aiheuttamia kipuja tai kompressio-oireita. Bisfosfonaatit vähentävät luustometastaasikipuja ja patologisia murtumia^A.

Rintasyöpäpotilaan kuntoutus

Rintasyöpäpotilaan kokonaishoitoon kuuluu mahdollisuus ryhmäterapiaan tai -neuvontaan tai yksilölliseen terapiaan.

Heti leikkauksen jälkeen annettu liikehoito estää olkanivelen kangistumista ja leikkausalueen kiristystä. Leikatun puolen yläraajan turvotukseen antaa subjektiivista helpotusta lymfahieronta. Tukihäily saattaa helpottaa yläraajan turvotusta^B.

Hoidetun rintasyöpäpotilaan seuranta

Seurannassa pyritään rintasyövän paikallisuusiutuman tai toisen rinnan uuden syövän varhaiseen toteamiseen. Rutiinimaisia laboratorio- tai röntgentutkimuksia ei suositella lukuun ottamatta mammografiaa, joka suositellaan tehtäväksi premenopausaalisille potilaille vuoden välein ja muille 1–2 vuoden välein.

Seurantakäyntejä järjestetään yksilöllisesti potilaan tilanteen mukaan. Tarvittaessa potilaan on päästävä joustavasti seurantapaikkaan rutiinikäyntien välilläkin. Seurantapaikka voi olla avohoidossa tai sairaalassa.

SUOMALAISEN LÄÄKÄRISEURAN DUODECIMIN JA SUOMEN RINTASYÖPÄRYHMÄ RY:N ASETTAMA TYÖRYHMÄ

Riikka Huovinen (puheenjohtaja), Guillermo Blanco, Päivi Heikkilä, Päivi Hietanen, Kaija Holli, Tiina Jahkola, Heikki Joensuu, Arja Jukkola-Vuorinen, Vesa Kataja, Ulla-Kaija Lammi, Marjut Leidenius, Tiina Saarto, Minna Tanner, Leila Vaalavirta, Ritva Valavaara, Karl von Smitten, Piia Vuorela (Käypä hoito -toimittaja)