

Rintasyöpä

Potilaan opas



Sisällys

• Lukijalle	4
• Sairauden vaikutus elämään	6
• Rintasyövän toteaminen ja hoidon aloitus	15
• Lopullinen diagnoosi kertoo syövän laadusta	32
• Liitännäishoidon vaihtoehdot	41
• Aktiivihoidojen jälkeen	52
• Lisätietoa ja vertaistukea	66
• Sanasto	68

Lukijalle

Rintasyöpädiagnoosi on lähes jokaiselle sen saavalle iso järkytys riippumatta siitä, onko sitä osannut ennakoida vai tuleeko se yllätyksenä. Alkujärkytystä helposti syventää se, että tieto omasta sairaudesta on vielä niukkaa ja sitä voi tulla lisää vähitellen. Rintasyöpätyyppejä ja hoitopolkuja on monenlaisia, ja puhutaan paljon yksilöllisestä syövänhoidosta. Rintasyövässä puheet yhä useammin myös toteutuvat. Tarkempaa diagnoosia ja siihen perustuvaa hoitosuunnitelmaa pitää kuitenkin yleensä odottaa viikkoja.

Tämän oppaan tarkoituksena on kertoa sekä perustietoa naisten rintasyövästä että kuvata erilaisia syövän hoitopolkuja. Tiedon avulla sairastuneen on mahdollista ymmärtää, miksi hänen syöpäänsä hoidetaan juuri niin kuin hoidetaan.

Parhaimmillaan hän pystyy osallistumaan hoitoihin aktiivisena toimijana eikä vain hoitojen kohteena. Rintasyövän hoito kehittyy nopeasti. Jos oma hoito poikkeaa yleisimmistä käytännöistä, on yleensä kyse uudemmistä hoitokäytännöistä tai hoitotaholla on jokin muu syy toimia toisin. Sairastuneella on oikeus saada hoidostaan riittävät tiedot, jotta hän pystyy osallistumaan hoitoonsa aktiivisena toimijana.

Hoitopolulla on usein myös vaihteita, jolloin tietoa on tarjolla enemmän kuin pystyy sulattamaan. Alkushokissa termit voivat tuntua vierailta ja lääkärissä käsiteltyjä asioita voi mennä helposti ohi. Oppaasta löytyy suomennoksia ja selityksiä lääketieteen termeille. Tekstiä voi lukea siinä tahdissa kuin hyvältä tuntuu ja palata teemoihin uudelleen.

Sairauden vaikutus elämään

Vuoristorata on termi, jolla usein kuvataan syöpään sairastumisen aiheuttamia tunteita. Varsinkin alussa useimmat kokevat ahdistusta ja pelkoa, kun tilanne on uusi, tietoa vähän, eivätkä hoidot vielä pääse käyntiin. Välillä tulee rauhallisempia vaiheita, mutta epävarmuus voi iskeä vielä monesti esimerkiksi tutkimustuloksia odotellessa. Myös fyysiset oireet voivat lannistaa.

Jokaisen rintasyöpään sairastuneen fyysinen ja henkinen kantokyky on yksilöllinen asia. Siihen vaikuttavat myös aiemmat kokemukset, persoonallisuuden piirteet ja sairastumisen aikainen elämäntilanne. Se, että onnistuuko hoitotaho tarjoamaan sairastuneelle oikeanlaista tukea oikeaan aikaan, vaihtelee harmillisen paljon. Vertaistukea on onneksi saatavilla eri kanavista.



Varhaisvaiheen rintasyövän aktiivinen hoitovaihe voi kestää parista kuukaudesta puoleentoista vuoteen. Lyhin hoitovaihtoehto on leikkaus. Solunsalpaajahoido kestää kolmesta kuukaudesta viiteen kuukauteen ja sädehoito viikosta neljään viikkoon. Pisimmästä päästä ovat ennen leikkausta annettava neoadjuvanttihoito, jota täydennetään leikkauksen jälkeisellä sädehoidolla ja HER2-positiivisen syövän täsmälääkehoidolla. Useimmille tulee tähän päälle vielä 5–10 vuoden hormonaalinen lääkitys.

Sairausloman kesto rintasyöpätapauksissa vaihtelee sekä hoitojen että potilaan yksilöllisen tilanteen mukaan. Jos työ on kevyttä ja sivuvaikutukset vähäisiä, jotkut pysyvät osittain työelämässä myös solunsalpaajahoidon aikana. Sädehoito ei yleensä aiheuta vakavia oireita, mutta päivittäinen hoito voi olla hankala yhdistää työsäkäyntiin.

On vaikea antaa jaksamiseen sellaisia neuvoja, jotka sopisivat kaikille. Fyysisellä ja henkisesti jaksamisella on usein yhteys. Tutkimustieto kertoo yhä vahvemmin liikunnan suotuisista vaikutuksista syöpään sairastuneen hyvinvointiin. Liikunta tehostaa aineenvaihduntaa ja vähentää

näin sivuvaikutuksia, tuottaa mielihyvähormoneja ja parantaa mielialaa. Huonoja päiviäkin hoitopolulla riittää, mutta pelkästään lepäämällä kunto romahtaa nopeasti.

Syöpään sairastuneiden liikuntasuositus sisältää 150 minuuttia kestävyysliikuntaa viikossa ja lisäksi 2–3 kertaa viikossa lihaskuntoon vaikuttavaa liikuntaa. Tähän voi pyrkiä oman jaksamisen mukaan, pienikin aktiivisuus on aina parempi kuin täydellinen lepo. Ennen sairastumista ahkerasti liikkuneille suositus antaa luvan jatkaa mahdollisimman samaan malliin.

Jos hoidot aiheuttavat lievääkin pahoinvointia tai makuaistin muutoksia, voi olla vaikeaa pitää kiinni terveellisestä ruokavaliosta. Silloin on parempi huolehtia energiansaannista ja syödä mitä tahansa mikä maistuu. Säännöllinen syöminen on tärkeää myös siksi, että tyhjä vatsa usein voimistaa pahoinvoinnin tunnetta.

IHMISSUHTEET, PERHE JA SEKSUAALISUUS

Vaikka rintasyöpään sairastuu eniten yli 50-vuotiaita, myös nuorempien sairastuneiden joukko

on suuri. Lapsiperheessä rintasyöpä vaikuttaa koko perheen arkeen. Vanhemmat joutuvat miettimään sekä käytännön asioiden järjestelyä että lasten turvallisuuden tunnetta. Lapsiperheiden tukikäytännöt vaihtelevat eri hyvinvointialueilla, ja tietoa niistä on tarjolla sairaaloiden sosiaalihoitajilla tai alueellisilla syöpäyhdistyksillä.

Vanhemman sairastumisesta kannattaa kertoa lapselle ikätasoisesti. Pyrkimys suojella lasta ikäviltä asioilta on ymmärrettävä, mutta saattaa johtaa vääriin tulkintoihin. Lapsi aistii joka tapauksessa tunteita ja poimii asioita lähiympäristöstään. Lapsen on myös tärkeä tietää, etteivät vanhemman paha mieli tai ikävät oireet liity häneen.

Sairastuminen koettelee parisuhdetta ja sen vakiintuneita rooleja. Työnjako, vastuunkanto ja hoivaajan asema pitää usein miettiä uusiksi. Suhteen toinen osapuoli saattaa olla yhtä järkyttynyt ja huolissaan kuin sairastunut, mutta hänen odotetaan silti toimivan tukena.

Rintasyöpä voi olla kova kolaus myös seksuaalisuudelle. Hoidoissa kajotaan naisellisuuden symboleihin kuten rintoihin ja hiuksiin. Solunsalpaajahoidon tuottamat oireet eivät ainakaan

lisää seksuaalista halukkuutta, eivät myöskään hormonaaliset hoidot, jotka lopettavat naishormonin eli estrogeenin tuotannon tai estävät sen vaikutuksen.

Parisuhteessa olevien tunne- ja keskusteluyhteys joutuu testiin yleensä sairastumisen käsitteilyssä ja erityisesti seksuaalisuuden käsittelyssä. Näissäkin asioissa kannattaa hakea joko vertaistukea tai asiantuntija-apua, jos omat neuvot eivät riitä. Vaihtoehtoja ovat esimerkiksi syöpään sairastuneiden parisuhdekurssit tai seksuaaliterapeutin vastaanotto.

Yksin asuvalla tai yksinhuoltajalla on omanlaisensa haasteet sairastumisen takia. Jos lähipiiristä ei löydy konkreettista apua kotiaskareista selviämiseen tarvittaessa, voi kääntyä kotikunnan sosiaalipalveluiden puoleen. Henkistä tukea voi löytyä esimerkiksi vertaisryhmistä.

Oppaan loppuun on listattu erilaisia vertaistukivaihtoehtoja yhteystietoineen. Erityisesti rintasyöpään sairastuneisiin keskittyy Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland, jonka kautta löytyy paikallisia vertaisryhmiä sekä etänä toimivia virtuaaliryhmiä. Tarjolla on ryhmiä myös erityisesti nuorena sairastuneille ja levinnyttä rintasyöpää

sairastaville. Sosiaalisesta mediasta löytyy esimerkiksi Facebook-ryhmä Rinnakkain, jossa voi nostaa esiin mieltään askarruttavia kysymyksiä.

Monissa sairaaloissa on koordinoitua vapaaehtoistoimintaa sovituilla yhteistyöosastoilla, OLKA-pisteillä ja sairaaloiden aulatiloissa. Toivo-vertaistukisovelluksen kautta tavoittaa sopivan vertaistukihenkilön silloin, kun on siihen itse valmis.

Syöpäjärjestöjen Luoto-tukipalvelu on tarkoitettu kaikille, joita syöpään liittyvät asiat mietitytävät. Palvelun syöpään perehtyneet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset antavat tietoa ja tukea syöpään sairastuneille ja heidän läheisilleen sairauden eri vaiheissa. Luoto-palvelusta saa myös periytyvyysneuvontaa. Syöpäjärjestöt tarjoavat lisäksi sopeutumisvalmennuskursseja rintasyövän sairastaneille, perheille ja pariskunnille. Niistä löytyy lisätietoa esimerkiksi Europa Donna Finlandin verkkosivuilta ja Kaikki syövästä -sivustolta.

JULKINEN VAI YKSITYINEN SYÖPÄHOITO?

Jotkut rintasyöpään sairastuneet ehkä miettivät, saako yksityiseltä syöpäklinikalta parempaa hoitoa kuin julkiselta sektorilta, koska julkisen sektorin kuormittumisesta kerrotaan uutisissa lähes päivittäin. Yksityinen terveysvakuutus voi madaltaa kynnystä yksityiseen hoitoon, mutta ei ole sanottua, että vakuutus kattaisi koko hintavan hoidon.

Yksityisklinikalle hakeutuminen diagnoosivaiheessa varmistaa nopean hoidon aloituksen. Tutkimustiedon perusteella julkisen sektorin pitkiltä tuntuvat odotusviikot eivät kuitenkaan heikennä hoitotuloksia. Suurimmassa osassa julkisista sairaaloista kokoontuu viikoittain rintasyövän moniammatillinen hoidon suunnittelukokous (Multidisciplinary team meeting, MDT-meeting), jossa rintasyövän diagnostiikkaan ja hoitoon syventyneet erikoislääkärit (patologi, radiologi, onkologi, kirurgi, plastiikkakirurgi) laativat tutkimustietoon perustuen hoitosuositukset varhaisvaiheen rintasyövän hoitoon. Julkisella puolella koulutetaan rintasyövän hoitoon perehtyneet eri

erikoisalojen lääkärit myös yksityispuolelle. Sekä julkisella että yksityispuolella on mahdollista osallistua maksuttomiin klinisiin syöpälääketutkimuksiin, joista löytyy tietoa Fimean verkkosivuilta: https://fimea.fi/valvonta/kliiniset_laaketutkimukset/rekrytoivat-tutkimukset

Yksityisen hoidon etu on jatkuva hoitosuhde tietyn lääkärin kanssa ja kiireettömät kohtaamiset julkiseen sektoriin verrattuna. Yksityinen klinikka saattaa pystyä tarjoamaan lääkehoitoja silloinkin, kun julkisen sektorin vaihtoehdot on käytetty. Uudet lääkevalmisteet voivat olla saaneet lääketieteellisen hyväksynnän, mutta niitä ei vielä korvata julkisella puolella tai niillä ei ole käyttöilupaa. Hoitojen tuloksellisuutta ei kenellekään voi kummallakaan puolella taata.

Rintasyövän toteaminen ja hoidon aloitus

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpätyyppi Suomessa ja muissa länsimaisen elämäntavan maissa. Viime vuosina siihen on sairastunut yli 5000 naista vuosittain. Noin joka seitsemäs nainen sairastuu jossakin elämänsä vaiheessa rintasyöpään.

Rintasyöpä yleistyy iän karttuessa. Sairastumisriski nousee kohtalaisen suureksi kaikilla yli 50-vuotiailla naisilla, ja suhteellisesti eniten rintasyöpiä todetaan 60–69-vuotiailla naisilla. Noin kolme prosenttia rintasyöpään sairastuneista on alle 40-vuotiaita, kun tauti todetaan. Alle 30-vuotiailla rintasyöpä on hyvin harvinainen.

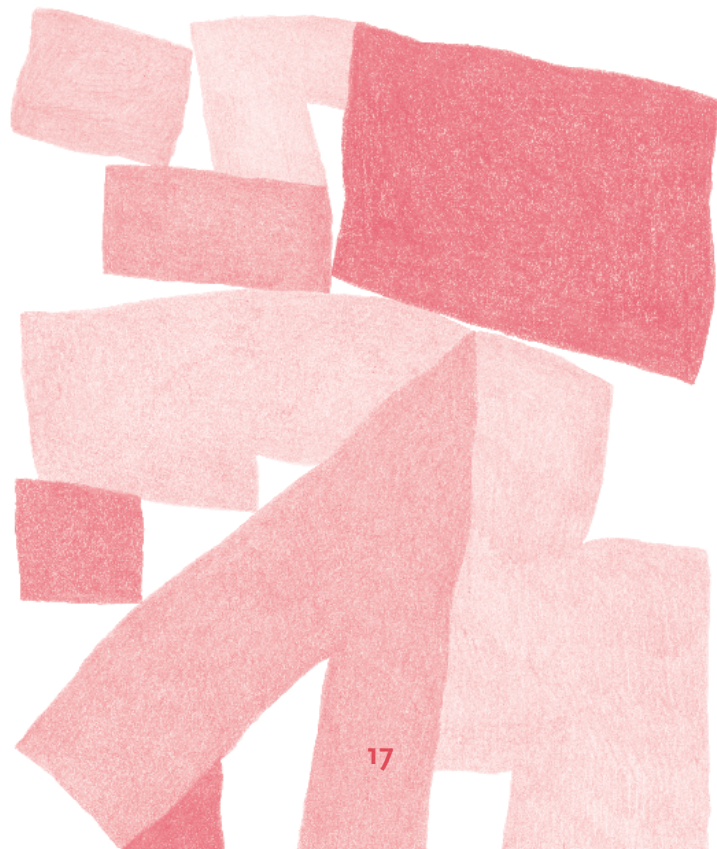
Rintasyöpätapaukset ovat viime vuosikymmeninä yleistyneet, mutta samaan aikaan taudin

ennuste on parantunut huomattavasti. Rintasyövän ilmaantuvuus on Suomessa ja muissa Pohjoismaissa maailman korkeimpia, mutta myös rintasyöpään sairastuneen ennuste on meillä Euroopan parhaimpia. Ennustetta mitataan elossaololuvulla. Se kertoo, kuinka suuri osuus sairastuneista oli elossa verrattuna muuhun väestöön tietyn ajan kuluttua. Vuosina 2012–2014 sairastuneiden viisivuotiselossaololuku oli 91 prosenttia ja kymmenen vuoden elossaololuku on 85 prosenttia. Nykyään sairastuvista selvällä enemmistöllä rintasyöpä ei koskaan uusiudu, vaikka kyseessä olisi ärhäkkäkin alatyypipi.

Rintasyövän ennustetta ovat parantaneet sekä taudin varhentunut toteaminen että hoitojen kehittyminen. Rintasyövän toteamismenetelmät ovat parantuneet, naiset osaavat tarkkailla rintojaan ja he osallistuvat usein mammografiaseulontoihin. Rintaleikkaukseen liitettävä lääkehoito on kehittynyt entistä yksilöllisemmäksi, ja uusia täsmälääkkeitä otetaan käyttöön jatkuvasti.

Rintasyövän syntyyn liittyviä riskitekijöitä voidaan osoittaa tilastollisesti, mutta yksittäisen potilaan rintasyövän syytä tilastot eivät kerro.

Rintasyöpä syntyy, kun solujen normaaliin toimintaan ja jakautumiseen tulee häiriöitä. Solun jakaantumiskoneisto voi ikään kuin jäädä päälle tai mutatoituneiden solujen poistaminen häiriintyy. Näitä mutaatioita tai häiriöitä voi syntyä spontaanisti, ne voivat olla perinnöllisen riskin tai ympäristötekijöiden aiheuttamia. Tiedetään, että rintasyövän riskiä lisäävät perinnöllisten geenimutaatioiden lisäksi ylipaino, alkoholin käyttö ja tupakointi.



TOTEAMINEN: OIREET, KUVANTAMINEN JA KUDOSNÄYTTEET

Suomessa todettavista rintasyövistä 40 prosenttia löytyy mammografiaseulonnoissa, loput löytyvät potilaan omien oirehavaintojen perusteella sekä seulontojen ulkopuolisissa mammografiatutkimuksissa. Yleisin rintasyövän oire on rinnassa tuntuva kyhmy, joka voi olla joko aristava tai aris-tamaton. Joskus nainen toteaa kyhmyyn kaina- lossa tai soliskuopassa. Muita mahdollisia oireita ovat poikkeavat tuntemukset kuten painon tunne rinnassa tai ihon tai nännin vetäytyminen sisään päin. Rinnan kuumotus tai punoitus saattaa kertoa tulehduksellisesta rintasyövästä.

Rintasyövän toteamisessa käytetään kolmois- diagnostiikkaa: palpaatiota eli tunnustelua, kuvantamista ja kudосnäytteiden tutkimusta. Jos yksikin näistä viittaa pahanlaatuiseen kasvai- meen tai jää epävarmaksi, kasvain poistetaan.

Ensisijainen kuvantamismenetelmä yli 35-vuo- tiailla naisilla on mammografia eli rintojen rönt- genkuvaus. Seulontamammografia tarjotaan nykyisin 50–69-vuotiaille naisille kahden vuoden välein. EU suosittelee seulontojen laajentamista

45–74-vuotiaisiin, samoin kansallinen syöpä- seulontojen ohjausryhmä. Seulontatutkimuksen alarajaan on päädytty rintasyöpien yleistymisen perusteella. Lisäksi nuoremmilla naisilla rinta- kudос on usein niin tiivistä, että mammografia ei toimi toivotusti. Alle 35-vuotiailla, raskaana olevilla tai imettävillä perusmenetelmä kuvan- tamisessa on ultraäänitutkimus. Sitä käytetään myös mammografian jatkotutkimuksena tarvit- taessa.

Mikäli kuvantamistulokset antavat aiheutta, kaikista epäilyttävistä kohdista otetaan kuvan- tamisohjauksella kudосnäyte. Menetelmä on nimeltään paksuneulabiopsia. Siitä saatavan tiedon perusteella on mahdollista suunnitella hoitoa jo ennen leikkausta. Jos kainalon imu- solmukkeista tarvitaan näytteitä, voidaan käyttää myös vähemmän tarkkaa ohutneulanäytettä.

Mammografia- ja ultraäänitutkimuksia voi täydentää rintojen magneettikuvauksella tie- tyissä tilanteissa. Näin tehdään ennen säästävää rintaleikkausta, jos diagnostiikan löydökset ovat ristiriitaisia tai vaikeasti tulkittavia. Tulkintavai- keuksia voi aiheuttaa esimerkiksi lobulaarinen syöpätyyppi tai rinnan tiivis rauhasrakenne.

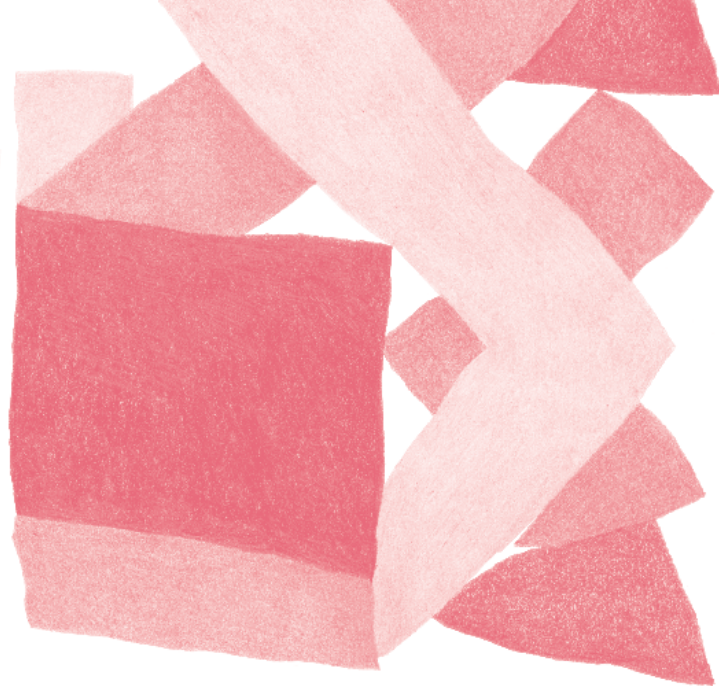
Magneettikuvaus on kuitenkin niin tarkka menetelmä, että se tuottaa myös vääriä hälytyksiä.

Tämän takia sitä ei haluta käyttää liian laajasti.

Vartalon tietokonetomografia eli TT-kuvaus tehdään vain, jos on syytä epäillä syövän leviämistä. Epäily voi perustua imusolmukelevinneytyteen, ensisijaisen kasvaimen suureen kokoon, syöpätyyppiin tai potilaan oireisiin.

ALUKSI LEIKKAUS VAI LÄÄKEHOITO?

Tyypillisimmin rintasyöpää hoidetaan niin, että aloitetaan leikkaushoidolla joitakin viikkoja alustavan diagnoosin jälkeen. Odottelu voi tuntua pitkältä, mutta tutkimustiedon perusteella syöpä ei tässä ajassa ratkaisevasti leviä. Suurimmassa osassa sairaaloista moniammatillinen hoidon suunnittelukokous laatii jokaiselle uudelle rintasyöpään sairastuneelle yksilöllisen hoitosuosituksen perustuen edeltävästi tehtyihin kattaviin tutkimuksiin ja potilaan terveydentilaan. Päätös hoidosta tehdään yhdessä potilaan kanssa. Leikkauksen jälkeen patologi tutkii poistetun kasvaimen. Myös jatkohoidoista päätetään yhdessä potilaan kanssa kasvaimen ominaisuuksien ja



potilaan terveydentilan perusteella. Näiden liitännäis- eli adjuvanttihoitojen vaihtoehtoihin kuuluvat sädehoito, solunsalpaajahoito, hormonaalinen hoito ja täsmälääkitys.

Nykyisin yhä useammin käytetään neoadjuvantti- eli esiliitännäishoitoja, mikä tarkoittaa, että lääkeshoidot aloitetaan ennen leikkausta. Syy tähän järjestykseen voi olla suuri kasvain, jonka pienentäminen lääkeshoidolla mahdollistaa pienemmän leikkauksen, esimerkiksi osapoiston kokopoiston sijaan. Muita mahdollisia syitä ovat

kasvaimen aggressiiviset piirteet kuten syöpätyyppi tai nopea jakautuminen sekä potilaan suhteellisen nuori ikä.

Neoadjuvanttihoidon etu on myös, että hoitojen tehoamista seurataan kuvantamisella. Jos toivottua hoitotulosta ei näy, voidaan vaihtaa lääkitystä tai siirtyä leikkaushoitoon suunniteltua nopeammin.

Neoadjuvanttihoidossa käytetään sekä solunsalpaajia että mahdollisia täsmälääkkeitä syöpätyypin mukaisesti. Koska kyseessä ovat korkean uusiutumisen riskin tautimuodot, käytössä on usein enemmän lääkeyhdistelmiä kuin adjuvanttihoitoissa. Joskus uudet lääkkeet hyväksytään neoadjuvanttikäyttöön ennen kuin ne saadaan adjuvanttihoitoon.

Neoadjuvanttihoito edellyttää, että kasvaimen ominaisuudet selvitetään tarkemmin jo kudosnäytteestä, koska koko kasvainta ei ole käytettävissä. Patologin lausunto leikkauksen jälkeen vahvistaa, oliko hoitovaste täydellinen vai löytyykö kasvaimesta vielä eläviä syöpäsoluja. Jos syöpää löytyy, hoitoa jatketaan vielä leikkauksen jälkeen esimerkiksi tablettimuotoisilla solunsalpaajilla.

LEIKKAUSHOIDON VAIHTOEHDOT, OSAPOISTO JA KOKOPOISTO

Rintaa säästävä leikkaus (resektio, osapoisto) on rintasyövän ensisijainen leikkaustapa. Leikkauksella rinnasta poistetaan kasvain ja sen ympäriltä riittävä määrä tervettä kudosta. Mikäli kasvain ei erotu selkeästi, radiologi merkitsee sen ennen leikkausta radioaktiivisella jyvällä tai metallilangalla. Leikkauksen riittävyyttä arvioidaan poistetun kudoksen röntgentutkimuksella (preparaattimammografia) leikkaussalissa ja patologin tutkimuksessa jälkikäteen. Säästävään leikkaukseen liitetään leikkauksen jälkeinen rinnan sädehoito. Ennuste on säästävän leikkauksen ja sädehoidon jälkeen yhtä hyvä tai jopa parempi kuin koko rinnan poiston jälkeen.

Kasvaimen poisto pyritään tekemään aina rinnan muoto säilyttäen, ja tarvittaessa hyödynnetään muotoa korjaavia plastiikkakirurgisia tekniikoita eli niin sanottua onkoplastista rinta-ruuhaskirurgiaa. Onkoplastisten menetelmien ansiosta rinnasta voidaan poistaa yli puoletkin ja säilyttää rinnassa mielekäs muoto. Mikäli oletetaan, että säästävän leikkauksen jälkeen syöpä-

rinnasta tulee selvästi erimuotoinen tai selvästi pienempi kuin terveestä rinnasta, voidaan potilaalle tarjota terveen rinnan symmetriatoimenpidettä. Jos potilaalla on ongelmallisen kookkaat rinnat, voidaan suositella niiden pienentämistä (reduktioplastia) jo syöpäleikkauksen yhteydessä, jos potilas näin toivoo eikä ole terveydellisiä esteitä.

Enemmistö osapoistoleikkauksista tehdään päiväkirurgisina toimenpiteinä eli potilas pääsee samana päivänä kotiin. Tämä edellyttää täysi-ikäistä saattajaa ja yöseuraa kotiin leikkausta seuraavaksi yöksi. Ilman tukiverkkoja asuva potilas voi monissa paikoissa yöpyä potilashotellissa. Sairaalassa voi yöpyä isomman leikkauksen jälkeen tai jos toipumisessa ilmenee ongelmia. Leikkauksesta toipuminen kestää yleensä pari viikkoa.

Mastektomiaa eli kokopoistoa suositellaan, mikäli kasvainalue on rinnan kokoon nähden niin laaja, ettei säästävä leikkaus ole mahdollinen edes onkoplastisia tekniikoita käyttäen ja/tai pienentämällä kasvainta ensin neoadjuvanttihoitolla. Samoin jos sädehoito ei ole mahdollista tai suositeltavaa, harkitaan koko rinnan poistoa.

Jos potilaalla on todettu perinnöllinen merkittävästi kohonnut syöpäriski tai taudin toteamisvaiheessa syöpä oli tulehduksellinen, tarvitaan yleensä mastektomia.

Kokopoistosta toipuminen voi kestää kauemmin kuin osapoistosta. Leikkausalueelle kertyy kudostenestettä, jonka poistamiseen tarvitaan dreeniputki. Dreenistä pääsee eroon useimmiten päivissä. Joskus syntyy serooma eli nesteen täyttämä ontelo, jota pitää tyhjentää pitkäänkin.

Sekä koko- että osapoiston jälkeen fysioterapeutti antaa ohjeet liikkeistä, joilla käden liikkuvuutta vähitellen kohennetaan. Fysioterapeutti auttaa myös, jos käteen syntyy poistettujen imusolmukkeiden jäljiltä kiristyyksiä eli lymfastrangeja.

KAINALOIMUSOLMUKELIikkaus

Rintasyöpäleikkaukseen liittyy lähes aina myös kainaloimusolmukeleikkaus. Mikäli leikkausta edeltävissä tutkimuksissa ei ole todettu viitteitä syövän etäpesäkkeistä kainalon imusolmukeissa, tehdään erillinen vartijaimusolmuketut-

kimus. Rintasyövän esiasteen yhteydessä vartijaimusolmuketutkimusta suositellaan vain rinnan kokopoiston yhteydessä.

Vartijaimusolmuke on imusolmuke tai imusolmukkeet, joihin syöpäsolut ensimmäisenä päätyvät kasvaimesta imunesteen mukana. Vartijaimusolmukkeen paikantamiseksi pistetään leikkausta edeltävästi pieni määrä radioaktiivista ainetta rinnan ihon alle, mistä aine kulkeutuu vartijaimusolmukkeeseen ja ohjaa kirurgia sen poistossa. Joskus ohessa käytetään myös sinistä väriainetta, joka värjää hetkellisesti virtsan vihreäksi.

Leikkauksen jälkeen patologi tutkii poistetun kasvaimen lisäksi vartijaimusolmukkeet. Jos vartijaimusolmukkeista ei löydy syöpäsoluja, on hyvin epätodennäköistä, että niitä olisi muissa-kaan kainalon imusolmukkeissa. Imusolmukelevinneisyys vaikuttaa syövän ennusteeseen ja tulevaan hoitoon.

Mikäli kainalon imusolmukkeissa on todettu neulanäytteessä etäpesäke ja ensimmäisenä hoitona on leikkaus, kainalo tyhjennetään rintaleikkauksen yhteydessä mahdollisimman tarkkaan imusolmukkeista (kainaloevakuaatio).

Jos kainalon etäpesäkkeiset imusolmukkeet reagoivat neoadjuvanttihoitoon, tehdään kohdennettu imusolmukepoisto (KIP) ja tarvittaessa samassa leikkauksessa edetään kainaloevakuaatioon, jos imusolmukkeessa vielä havaitaan syöpäsoluja. Jos rintasyöpä oli toteamisvaiheessa tulehduksellinen, suositellaan aina kainaloevakuaatiota.

Vartijaimusolmuketutkimuksen avulla voidaan useimmiten välttää kainalon imusolmukkeiden poisto. Se aiheuttaa enemmän haittoja leikkauksen jälkeen, esimerkiksi altistaa käden lymfaturvotukselle. Tutkimustieto on osoittanut, että liitännäishoidoilla saadaan yhtä hyvä hoitotulos kuin kainalon tyhjennyksellä mutta vähemmillä haitoilla. Viimeisimpien tutkimustulosten perusteella tietyissä hyväennusteisen rintasyövän tilanteissa vartijaimusolmuketutkimus voidaan jättää turvallisesti tekemättä. Imusolmukeleikkausten käytännöt saattavat muuttua entistä säästävämpään suuntaan, kun saadaan uutta tietoa tutkimuksista.

Mitä enemmän imusolmukkeita leikkauksessa poistetaan, sitä suurempi on lymfaturvotuksen riski. Osalle potilaista lymfaturvotuksesta tulee

pitkäaikainen riesa. Sen lievittämiseen on mahdollista saada fysioterapiaa ja mittojen mukaan tehty painehiha. Painonhallinta on myös merkityksellistä lymfaturvotuksen hoidossa. Imusolmuke siirto nivusesta kainaloon voi vähentää imunesteturvotusta. Tämä leikkaus voidaan tehdä rintarekonstruktioleikkauksen yhteydessä tai erillisenä leikkauksena.

RINTAREKONSTRUKTIO - HETI, MYÖHEMMIN VAI EI LAINKAAN?

Mikäli rinta poistetaan, sen tilalle on mahdollista tehdä rekonstruktio eli uusiorinta joko samassa leikkauksessa tai myöhemmin. Välitön rekonstruktio on mahdollinen, jos potilas soveltuu rinnan kokopoistoa selvästi raskaampaan ja riskialttiimpaan leikkaukseen. Välitöntä rekonstruktiota ei suositella, jos potilaalla on tulehduksellinen rintasyöpä tai etäpesäkkeitä imusolmukealueen ulkopuolella.

Myöhäisrekonstruktion ajoitukseen vaikuttaa kasvaimen uusiutumisen riski. Myös leikkauksien pituudessa on paikallista vaihtelua. Suositeltava ajankohta myöhäisrekonstruktiolle on

vähintään 6–12 kuukautta liitännäishoitojen päättymisen jälkeen.

Jos välitöntä rekonstruktiota ei tehdä, potilas saa leikkauksen jälkeen ensin kevyen tilapäisen proteesin ja myöhemmin varsinaisen proteesin. Rintarekonstruktio on aina potilaan oma päätös, eivätkä kaikki koe sitä tarpeelliseksi.

Rintarekonstruktiossa voi käyttää useita eri tekniikoita, joista valitaan sopivin potilaan tilanteen perusteella. Valintaan vaikuttavat esimerkiksi ruumiinrakenne, ihon ja ihonalaisen rasvan kunto ja määrä, perussairaudet ja haavan paranemisen riskitekijät kuten diabetes tai tupakointi. Rinnan rakentamista alavatsan kielekkeestä kutsutaan DIEP-leikkaukseksi. Sen avulla voidaan rakentaa suurikokoinenkin rinta, mutta leikkaus on vaativa, koska siinä irrotetaan kudosta kokonaan ja kiinnitetään verisuonia uudelleen. Vastaavalla tekniikalla voidaan käyttää kudosta myös reidestä.

Toinen vaihtoehto on tehdä uusi rinta kääntämällä potilaan selästä omakudoskieleke etupuolelle. Tämä on yksinkertaisempi tekniikka, mutta lihaksen siirto saattaa heikentää olkapään voimaa. Lisäksi selkään syntyy epäsymmetriaa,

mutta tämä yleensä tasoittuu ajan kuluessa.

Kolmas vaihtoehto on silikoni-implantti, jonka etuna on, että vältetään kielekkeen ottokohdan ongelmat ja toipuminen on myös nopeampaa. Pidemmällä aikavälillä uusintaleikkausten riski on kuitenkin kielekkeitä suurempi. Hoidolla potilaalla implanttirekonstruktio saattaa olla ainoa vaihtoehto kielekeleikkauksessa vaadittavan kudositylimäärän puutteen vuoksi. Implantti voi myös vaatia tilapäisen ihoa venyttävän laajentimen käyttöä ennen lopullisen implantin asentamista.

Kaikki rekonstruktioleikkaukset ovat vaativampia kuin varsinaiset kasvaimen poistot, ja niiden toipumisaika on pidempi. Niihin liittyy usein myös rintojen symmetriaa korjaavia toimenpiteitä kuten rasvansiirtoja tai toisen rinnan pienennys. Oma kudokse elää mukana, jos kehon rasvan määrä vaihtelee. Myös uusiorinnan muoto voi muuttua, ja sädehoito voi mahdollisesti vaikuttaa kudoksen rakenteeseen.



Lopullinen diagnoosi kertoo syövän laadusta

Kun patologi on tutkinut leikkauksessa poistetun kasvaimen ja imusolmukkeet, hänen PAD-lausunnostaan selviää tarkasti rintasyövän ominaisuudet. Moniammatillinen työryhmä antaa liitännäishoidoista suosituksen, joka perustuu patologin lausuntoon ja ottaa huomioon potilaan terveydentilan.

Yleisimmät rintasyöpätyypit ovat NST (no special type) eli duktaalinen sekä lobulaarinen. Nämä erot selviävät useimmiten jo paksuneulanäytteestä. Duktaaliset syövät saavat alkunsa

rintarauhasen tiehyissä, ja niitä on noin 70 prosenttia kaikista rintasyövistä. Lobulaariset syövät ovat lähtöisin rauhaskudoksesta, ja niitä on noin 15 prosenttia kaikista rintasyövistä. Mahdollista on sekin, että kasvaimessa on molempia syöpätyyppejä. Näiden syöpätyyppien ennuste on yhtä hyvä eli syöpätyyppi ei juuri vaikuta hoitoon. Lobulaarinen syöpä näkyy kuitenkin heikommin kuvantamisessa ja leviää useammin paikallisesti toiseen rintaan. Jos kuvantamislöydöksessä on epäselvyyksiä, harkitaan magneettikuvauksen tarpeellisuutta.

Harvinaisempia rintasyöpätyyppejä on toistakymmentä. Niitä ovat esimerkiksi tubulaarinen, kribiforminen ja musinoottinen karsinooma. Useimpien harvinaisten rintasyöpien ennuste on hyvä, parempi kuin kahden yleisimmän tyypin.

DCIS-lyhenne tulee termistä Duktaalinen Carcinoma In Situ. Se tarkoittaa syövän esiastetta, joka ei ole vielä lähtenyt leviämään ympäröivään kudokseen. Vaikka puhutaan esiasteesta, sitä voi olla rinnassa laajalti ja se voi olla gradukseltaan muutakin kuin hyvälaatuisinta lajia.

HORMONIPOSITIIVINEN, HER2-POSITIIVINEN VAI TRIPLANEGATIIVINEN?

ER- ja PR-prosentit kuvaavat syövän hormoniherkkyyttä. ER kertoo, paljonko syöpäsoluista löytyy estrogeenihormonia sitovia reseptoreja. PR taas progesteronireseptorien määrästä. Reseptorit taas kertovat siitä, että syöpä hyödyntää kasvussaan näitä hormoneja, ja silloin syöpää voidaan hoitaa vähentämällä elimistön estrogeenituotantoa. Suurin osa rintasyövistä on hormoniposiitivisia: hedelmällisessä iässä olevilla kaksi kolmesta ja vaihdevuodet ohittaneilla kolme neljästä rintasyövästä.

HER2-positiivisessa syövässä tämänniminen geeni on monistunut ja tuottaa runsaasti solujen kasvuun vaikuttavaa HER2-proteiinia. Tähän

syöpätyyppiin on olemassa täsmälääkkeitä, esimerkiksi trastutsumabi. Jos lausunnon mukaan kasvain on HER2-negatiivinen, tätä monistumaa ei ole. Patologin lausunto voi kertoa myös, että kasvain ilmentää jonkin verran HER2-proteiinia, mutta ei niin paljoa, että se luokiteltaisiin HER2-positiiviseksi. HER2-positiivisia on rintasyövästä noin 15 prosenttia. Syöpä voi olla myös sekä hormoni- että HER2-positiivinen.

Jos syövässä ei ole hormoni- eikä HER2-reseptoreja, kyseessä on kolmoisnegatiivinen syöpä. Hormonaalinen hoito tai trastutsumabihoito ei siihen tehoa, joten solunsalpaajat olivat pitkään sen ainoa hoitovaihtoehto. Nykyisin myös kolmoisnegatiiviseen syöpään on kuitenkin tarjolla omia täsmälääkkeitä. Kolmoisnegatiivisten osuus rintasyövästä on noin 15 prosenttia.

GRADUS KERTOO ERILAISTUMISESTA

Graduksia on kolme ja ne kuvaavat sitä, kuinka paljon syöpäsolut eroavat ympäröivästä kudoksesta. Hyvin erilaistunut eli gradus I muistuttaa paljon ympäröivää kudosta, huonosti erilaistunut eli gradus III taas ei. Gradus II on näiden

välimuoto. Gradus III -syöpää pidetään näistä aggressiivisimpana, koska erilaistuminen kertoo siitä, paljonko mutaatioita syöpäsoluissa on jo tapahtunut.

Ki-67 tai MIB-1 on prosenttiluku, joka kertoo syövän leviämisenopeudesta. Se kuvaa, montako prosenttia näytteen syöpäsoluista on jakaantumisvaiheessa. Iso prosentti tarkoittaa siis nopeammin leviävää syöpää. Rauhallisena syöpänä pidetään alle 20 prosentin jakaantumisenopeutta.

MULTIFOKAALISUUS, MARGINAALIT JA TNM-LUOKITUS

Multifokaalisuus tarkoittaa useampia kasvaimia samassa rinnassa. Suoni-invaasio taas tarkoittaa sitä, että syöpäsoluja löytyy myös verisuonista. Tämä lisää leviämisenriskiä, mutta ei tarkoita, ettei syöpä olisi hoidettavissa.

Marginaalit kertovat, että syöpäkasvaimen ympäriltä löytyy tervettä kudosta eli kasvainsoluja ei ole jäänyt rintaan. Kirurgi pyrkii silmämääräisesti muutaman millimetrin marginaaleihin, mutta patologille riittää, että syöpäsolut

eivät ulotu leikkausalueen reunaan asti. Jos marginaali osoittautuu patologin lausunnossa riittämättömäksi, edessä on uusintaleikkaus.

Kasvaimen koko ja levinneisyys voidaan kertoa myös systemaattisella TNM-luokituksella. Siinä T tarkoittaa kasvaimen kokoa, N imusolmukelevinneisyyttä ja M mahdollisia etäpesäkkeitä. Hyvälaatuisin mahdollinen T1aNoMo rintasyöpä on kooltaan 5–10 millimetriä, paikallisista imusolmukkeista ei löydy syöpää eikä etäpesäkkeitä ole. Esimerkiksi T2N1Mo taas on kasvain kooltaan 21–55 millimetriä ja 1–3 kinalon imusolmukkeissa on etäpesäke.

BIOLOGISET ALATYYPIT

Rintasyövät voidaan jakaa neljään biologiseen alatyypin: luminaalinen A, luminaalinen B, HER2-positiivinen ja kolmoisnegatiivinen syöpä. Tämä luokitus perustuu geeniprofiilianalyysiin, jotka eivät vielä kuulu kliiniseen rutiiniin. Jako voidaan tehdä myös estrogeeni- ja progesteronireseptoreiden (ER, PR), proliferaation eli jakautumisenopeuden (Ki67) ja HER2-määritysten perusteella. Suurin osa

rintasyövistä kuuluu luminaaliseen A-tyyppiin. Luminaalisissa A-karsinoomissa ER ja/tai PR on positiivinen, HER2 on negatiivinen ja Ki67 on matala. Hyväennusteiset alatyypit, kuten tubulaarinen, kribriforminen ja musinootinen karsinooma, kuuluvat luminaaliseen A-tyyppiin. Luminaalisissa B-karsinoomissa ER ja/tai PR on positiivinen, HER2 voi olla positiivinen tai negatiivinen, mutta Ki67 on korkea. Kolmoisnegatiivisissa karsinoomissa ei ole hormonireseptoreita (ER- ja PR-negatiiviset) eikä HER2 ole monistunut. HER2-tyyppiset syövät ovat ER- ja PR-negatiivisia sekä HER2-positiivisia.

MONTA TAPAA MÄÄRITELLÄ UUSIUTUMISRISKI

Patologin lausunnon perusteella rintasyöpään sairastuneet jaetaan matalan, keskikorkean ja korkean uusiutumiskasvaimien riskin potilaisiin. Matalan uusiutumiskasvaimien riskin potilailla on hormonipositiivinen pienikokoinen kasvain eikä imusolmukelevinneisyyttä.

Keskikorkean uusiutumiskasvaimien riskin potilaalla on alle 20 millimetrin kokoinen kasvain eikä imus-

olmukelevinneisyyttä. Lisäksi kasvain on hormonireseptoripositiivinen ja HER2-negatiivinen.

Korkean uusiutumiskasvaimien riskin potilaisiin kuuluvat alle 35-vuotiaat sekä potilaat, joiden kasvain on yli 20 millimetrin kokoinen ja potilaat, joilla on imusolmukelevinneisyyttä. Lisäksi joukossa ovat ne, joilla on HER2-positiivinen tai kolmoisnegatiivinen kasvain, lukuun ottamatta pienimpiä, alle kymmenen millimetrin kasvaimia ilman imusolmukelevinneisyyttä.

Uusiutumiskasvaimien riski vaikuttaa rintasyöpään sairastuneen hoitosuunnitelmaan. Kokonaan ilman liitännäislääkehoitoa voi selvitä, jos kasvain on alle kymmenen millimetrin kokoinen, hitaasti jakautuva ja hormonipositiivinen. Muuten suositellaan syöpätyypin mukaisia hoitoja. Niiden avulla tuhotaan kehoon mahdollisesti jääneitä syöpsoluja ja vähennetään kasvaimen uusiutumisen todennäköisyyttä.

Matalan riskin potilaat voivat selvitä ilman liitännäislääkehoitoa tai viiden vuoden hormonaalisella hoidolla. Keskikorkean riskin potilaat saavat hormonaalisen hoidon ja lisäksi mahdollisesti solunsalpaajahoidon. Korkean riskin potilaat saavat solunsalpaajahoidon ja syöpätyypin

mukaan mahdollisesti myös täsmälääkkeen ja/tai hormonaalisen hoidon. Solunsalpaajahoidon rajana pidetään yli kymmenen prosentin uusiutumistodennäköisyyttä.

Enenevissä määrin käytetään geeniprofilointitestiä, jolla voidaan selvittää, hyötyykö potilas solunsalpaajahoidosta. Testi soveltuu hormoni-positiiviseen, HER2-negatiiviseen syöpään tietyillä reunaehdoilla.

Prosentin tarkkuudella ilmaistut uusiutumistodennäköisyydet voivat tuntua täsmällisiltä, mutta eivät välttämättä ole sitä. Ne perustuvat taaksepäin katsoviin tutkimuksiin eivätkä kerro tämänhetkisten hoitojen tehosta. Kun kyse on paikallisesta rintasyövästä, joka tapauksessa korkeankin uusiutumisriskin potilaista suurin osa paranee täysin. Nyrkkisääntö on, että liitännäishoidot puolittavat uusiutumisriskin. Mitä korkeampi riski, sitä suuremman hyödyn potilas siis hoidoista saa.

Liitännäishoidon vaihtoehdot

SÄDEHOITO

Jos rintasyöpää on hoidettu säästävällä leikkauksella, suositellaan sen liitännäishoidoksi sädehoitoa. Sädehoito vähentää paikallisia uusiutumisia 65–75 prosenttia, pidentää tautivapaata elinaikaa ja vähentää rintasyöpäkuolleisuutta.

Hoito aloitetaan noin kuukausi leikkauksen tai sytostaattihoitojen jälkeen. Se toteutetaan tietokonetomografiakuvaan pohjaavan kolmiulotteisen annossuunnitelman pohjalta. Jokaisella hoitokerralla varmistetaan kuvien avulla, että hoito toteutuu riittävän tarkasti.

Sädehoidossa potilaalle annetaan tietty kokonaissäteilyannos jaettuna pienempiin kerta-an-

noksiin tavoitteena mahdollisimman tasainen jakauma hoidettavalle alueelle. Osapoiston jälkeen hoitoalue on koko rinta. Korkean uusiutumisriskin potilaille voidaan antaa myös tehosteannos kasvainalueelle. Jos rinnan kokopoiston yhteydessä on löytynyt kainalometastaaseja tai potilaalla on ollut iholle ulottunut iso kasvain, sädehoidetaan rintakehän etuseinämä ja leikkausarpi.

Jos potilaalta on löytynyt syöpää myös imusolmukkeista, hoitoalueeseen kuuluu lisäksi kainalo, soliskuoppa ja rintakehän imusolmuketju. Näin tehdään riippumatta siitä, onko leikkaus ollut koko- vai osapoisto.

Kokonaisannos toteutetaan useimmiten 15–16 hoitokerralla. Kerrat kestävät noin 15 minuuttia ja sisältävät korkeintaan muutaman minuutin aktiivista säteilytystä. Käytössä on myös viiden kerran sädehoito, jossa kokonaisannos on pienempi, mutta kerta-annos on suurempi kuin pidemässä hoidossa. Se soveltuu etenkin pienen uusiutumisriskin potilaille, mutta lyhyttä hoitoa perustellaan myös käytännön syillä, esimerkiksi jos sädehoitomatka on hankala tai potilas on iäkäs.

Sädehoidon välittömät haittavaikutukset ovat yleensä lieviä. Joillekin potilaille tulee ihon punoitusta ja arkuutta, joka muistuttaa aurin-gossa palamista. Tätä voi lievittää suolavesihau-teella. Ennen sädehoitoa alueen ihon rasvaamista tulee välttää. Väsymys on myös hyvin yleistä ja sitä voi lieventää liikunnalla.

Sädehoito voi rasittaa keuhkoja tai sydäntä, mutta niiden saamat sädeannokset pyritään minimoimaan. Jos sädetyksen kohteena on vasen rinta, käytetään hengityspidätystä tai hengitystahdistusta suojaamaan sydäntä. Kun keuhkot ovat täynnä ilmaa, säteiden vaikutus sydämeen pienenee.

Sädehoidon harvinainen sivuvaikutus on sädepneumoniitti, joka voi ilmetä joitakin kuu-kausia sädehoidon jälkeen. Pneumoniitin oireita ovat yskä ja joskus myös hengenahdistus ja kuume. Se on hoidettavissa tulehduskipulääk-keillä ja kortisonilla. Vielä harvinaisempi mutta mahdollinen sivuvaikutus on keuhkofibroosi. Sädehoito voi aiheuttaa myös rinnan turvotusta ja sädemastiittia, joka muistuttaa rintatuleh-dusta. Kasvaimen poisto samalla pienentäen koo-kasta rintaa saattaa vähentää sädemastiitin riskiä.

Sädehoidon kokonaissäteilyannos on niin suuri, että se voidaan toteuttaa samalle alueelle vain kerran.

HORMONAALISET HOIDOT

Mikäli kasvaimessa on estrogeeni- tai progesteronireseptoreja eli diagnoosin ER- tai PR-kohta on nollaa suurempi, kasvain hyödyntää elimistön näitä hormoneja. Silloin sen uusiutumista estetään hormonaalisella hoidolla, joka joko estää näiden hormonien tuotannon tai vaikuttaa estrogeenireseptoreihin. Valittava lääkitys vaihtelee sen mukaan, onko potilas hedelmällisessä iässä vai ohittanut vaihdevuodet. Lääkityksen kesto on useimmiten viisi vuotta, mutta voi venyä kymmeneen vuoteen korkean uusiutumisriskin tapauksissa.

Ennen vaihdevuotia ensisijainen hormonaalinen lääkitys on tamoksifeeni. Vaihdevuosien jälkeen käytetään pääsääntöisesti aromataasin estäjiä eli letrotsolia, anastrotsolia tai eksemestaania. Niitä voidaan käyttää myös ennen vaihdevuotia, mutta niiden tueksi on estettävä munasarjojen toiminta joko pistoshoidolla tai

poistamalla munasarjat. Kolmas vaihtoehto on ihon alle pistettävä fulvestrantri, jota käytetään levinneen rintasyövän hoidossa.

Tamoksifeenin sivuvaikutuksia ovat vaihdevuosien kaltaiset oireet kuten kuumat aallot, unettomuus, limakalvojen kuivuminen ja masennus. Aromataasin estäjillä sivuvaikutuslistaan kuuluu vielä osteoporoosi ja nivelkivut. Siksi niiden yhteydessä on tärkeää harastaa luustoa lujittavaa liikuntaa ja huolehtia riittävästä D-vitamiinin ja kalsiumin saannista. Hoidon alussa tehdäänkin luuntiheysmittaus ja sen perusteella tarvittaessa tutkimus uusitaan seurannassa. Vaihdevuodet ohittaneilla potilailla infuusiona annettava luustolääkitys voi estää osteoporoosia ja pienentää syövän luustoon leviämisen riskiä.

Hormonaalisen hoidon sivuvaikutuksia ei kannata pelätä etukäteen, koska kaikki eivät niitä saa, ne voivat olla lieviä tai ohimeneviä. Jos sivuvaikutukset ovat pahoja, voidaan kokeilla lääkkeen vaihtoa tai mielialalääkkeitä, jotka tutkimuksissa ovat lieventäneet kuumia aaltoja. Keskivaikeiden tai vaikeiden kuumien aaltojen hoitoon on spesifinen lääke, fetsolinetanti,

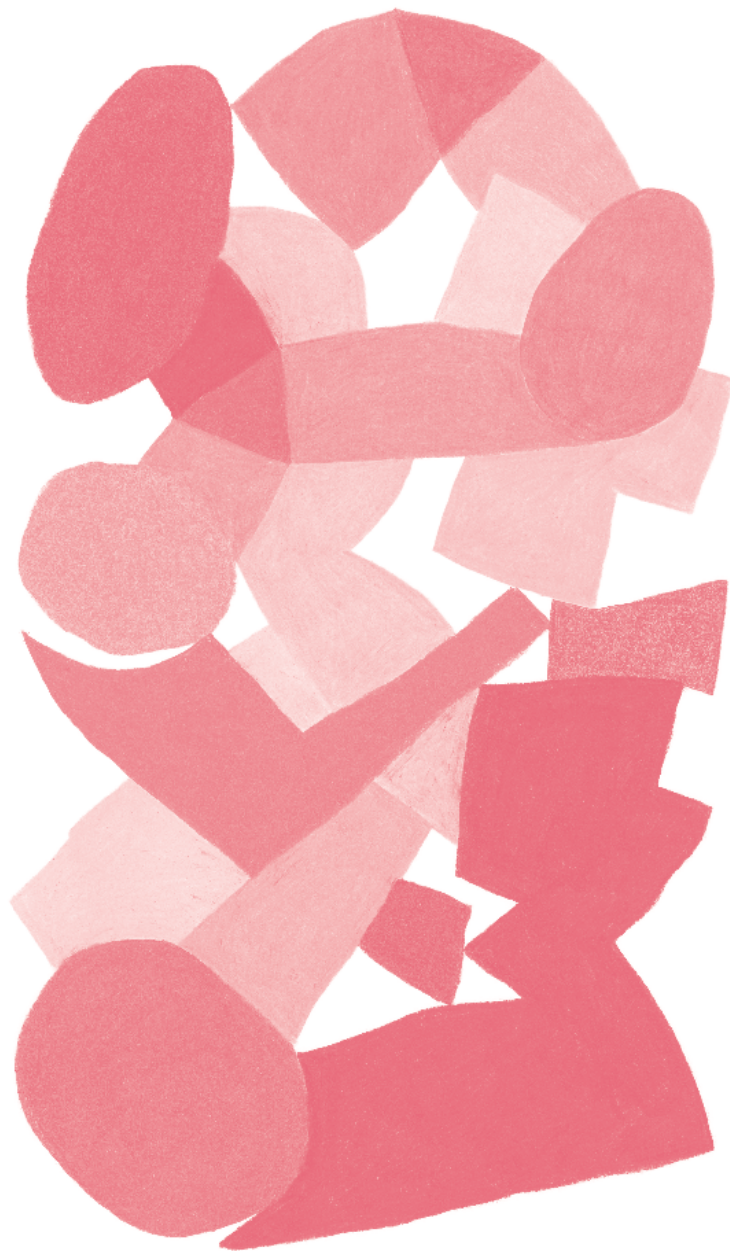
jonka korvattavuutta voi hakea lääkärin B-lausunnolla. Myös pitkissä hoidoissa lääkitystä voidaan vaihtaa noin puolivälissä. Hoidon ongelmista kannattaa aina keskustella lääkärin kanssa eikä luopua lääkityksestä omin päin. Liikunta lievittää myös hormonaalisen hoidon haattavaikutuksia.

SOLUNSPALPAJAHOIDOT

Solunsalpaaja- eli sytostaattihoitoja käytetään silloin, kun rintasyövän uusiutumisen riski on vähintään kohtalainen ja potilaan yleiskunto riittävän hyvä. Nyrkkisääntö on, että solunsalpaajia suositellaan, kun syövän uusiutumistodennäköisyys leikkauksen jälkeen ylittää kymmenen prosenttia.

Leikkauksen jälkeinen solunsalpaajahoido alkaa tyypillisesti noin kuukauden kuluttua leikkauksesta, kun haava on parantunut. Yleisin hoitovaihtoehto on dosetakselitiputus kolme kertaa kolmen viikon välein ja sen jälkeen kolme EC:tä eli epirubisiinia ja syklofosfamidia.

Montaa eri lääkettä käytetään, koska erityyppiset solunsalpaajat estävät nopeasti jakautuvien solujen toimintaa eri mekanismeilla. Yleisin yhdistelmä on todettu useimmille tehokkaim-



maksi vaihtoehdoksi pienimmillä sivuvaikutuksilla. Kaikkien elimistö ei kuitenkaan toimi samalla tavalla. Jos potilaan kunto on heikko tai sivuvaikutukset osoittautuvat pahoiksi, voidaan säätää solusarpaajien annostusta, vaihtaa lääkkeitä tai jättää jokin niistä pois. Esimerkiksi tablettimuotoinen solunsarpaaja kapesitabiini voi toimia potilaalle, jolle vahvempi lääke ei sovi.

Kolmoisnegatiivisessa rintasyövässä on todettu tehokkaaksi platinapohjainen solunsarpaaja kuten karboplatiini.

Koska solunsarpaajat iskevät nopeasti jakautuviin soluihin, niillä on enemmän tai vähemmän hankalia sivuvaikutuksia. Vakavampi oire on elimistön immuunipuolustuksesta huolehtivien valkosolujen vaje, joka altistaa tulehdustauksille. Solunsarpaajien aikaiset tulehdukset johtavat helposti sairaalahoitoon. Päivystykseen on syytä olla yhteydessä, jos kuume nousee yli 38 asteen.

Valkosoluja ja muita keskeisiä veriarvoja seurataan koko solunsarpaajahoidon ajan ja niihin reagoidaan tarvittaessa. Jos arvot ovat liian matalat, hoitoja siirretään.

Yleisimmin solunsarpaajahoidon haittavaikutuksista tunnetaan hiusten ja muiden karvojen

menetykset, mutta myös kynnet ja limakalvot voivat kärsiä. Pahoinvointiin on nykyisin tehokkaita estolääkkeitä, mutta moni kärsii ruokahalun puutteesta, makumuutoksista tai ruuansulatusvaivoista. Pahoinvoinnin estolääkitystä voidaan myös tarvittaessa tehostaa, joten on tärkeää kertoa, jos pahoinvointia ilmaantuu.

Solunsarpaajiin liittyy haittoja pienentävä tukilääkitys kuten kortisoni, muu pahoinvoinnin estolääkitys ja ihon alle pistettävä valkosolujen kasvatustekijä. Osa ikävistä oireista voi olla näidenkin aiheuttamia, esimerkiksi valkosolukasvutekijäpistos voi aiheuttaa joskus koviakin pari päivää kestäviä luu- ja lihassärkyjä. Kortisoni taas voi vaikeuttaa nukahtamista ja pahentaa aknea sekä osa pahoinvoinnin estolääkkeistä voi aiheuttaa päänsärkyä ja ummetusta. Syöpähoitajilla on hyvä tuntuma oireisiin ja hyviä neuvoja niiden lievittämiseen.

TÄSMÄLÄÄKEHOIDOT

HER2-positiivinen rintasyöpä tarkoittaa, että kasvainsolujen pinnalla on reilusti normaalia enemmän kohtia, joihin HER2-proteiini

sitoutuu. Tämä tekee kasvaimesta normaalia ärhäkämmän, mutta onneksi on kehitetty täsmälääke, trastutsumabi, jonka ansiosta HER2-positiivisen syövän ennuste on nykyisin yhtä hyvä kuin HER2-negatiivisten.

Trastutsumabilääkitys annetaan kolmen viikon välein joko suonensisäisesti tai pistoksena reiteen noin vuoden ajan. Trastutsumabi tehoaa erityisesti yhdessä taksaanipohjaisten solunsalpaajien kuten dosetakselin kanssa, mutta CE-hoitojen aikana se tauotetaan. Tämä tehdään siksi, että halutaan pienentää sydänvaurioiden riskiä, kun sekä epirubisiini että trastutsumabi voivat rasittaa sydäntä. Trastutsumabihoidon aikana seurataan sydämen pumppaustehoa joko gammakuvauksen tai ultraäänitutkimuksen avulla.

1990-luvun lopulla käyttöön otettu trastutsumabi oli ensimmäinen täsmälääke, joka tehoaa HER2-positiiviseen syöpään lievemmin sivuvaikutuksin kuin perinteiset solunsalpaajat. Sen jälkeen niitä on kehitetty lisää myös muihin syöpätyyppeihin. Useimmiten uudet lääkkeet otetaan ensimmäisenä käyttöön levinneeseen syöpään. Kun niiden tehosta ja turvallisuudesta on

enemmän tietoa, ne siirtyvät seuraavaksi korkean uusimisriskin rintasyöpään sairastuneiden käyttöön usein neoadjuvanttihoidon kautta.

Tällaisia lääkkeitä, joita käytetään myös paikallisen mutta korkean leviämiskorkean rintasyövän hoidossa, on jo useita. Esimerkiksi HER2-positiivisen rintasyövän neoadjuvanttihoidossa käytetään yhdistelmälääkkeitä, kuten trastutsumabi-pertutsumabi. Kolmoisnegatiivista syöpää taas voidaan hoitaa immuno-onkologisten lääkkeiden ja solunsalpaajien yhdistelmällä tai vasta-aine-lääke-konjugaattihoidolla. CDK4/6-kinaasin estäjät eli siklibit (abemasiklibi, ribosiklibi) taas tehostavat hormonaalisen liitännäishoidon vaikutusta korkean uusimisriskin hormoniposiitivisessa syövässä.

Aktiivihoitojen jälkeen

LEVINNEISYYS JA UUSIMISRISKI

Rintasyöpää kutsutaan paikalliseksi tai varhaisvaiheen syöväksi, kun se ei ole levinnyt rinnan aluetta ja kainalon imusolmukkeita pidemmälle. Levinnyt rintasyöpä on lähettänyt etäpesäkkeitä näiden ulkopuolelle. Tyypillisiä rintasyövän leviämispaikkoja ovat keuhkot, luusto, iho ja maksa. HER2-positiivinen tai kolmoisnegatiivinen rintasyöpä saattavat tuottaa etäpesäkkeitä myös aivoihin. Raajoihin rintasyöpä ei yleensä leviä.

Vain muutama prosentti rintasyövistä on levinnyt jo siinä vaiheessa, kun se löytyy ensim-

mäisen kerran. Siksi laajempia kuvantamistutkimuksia tehdään vain niille, joilla löytyy useita etäpesäkkeitä kainalosta, kasvain on hyvin suuri tai on muita erityisiä syitä epäillä, että tauti on edennyt.

Myöhemmin rintasyöpä uusiutuu joko paikallisesti tai levinneenä noin 10–15 prosentilla sairastuneista. Seurannan tavoitteena on löytää etenkin paikalliset uusiutumukset, jotka ovat hoidettavissa. Paikallisia uusiutumia hoidetaan leikkauksin ja lääkkein. Tällöin leikkaus on useimmiten kokopoisto. Sätehoitoa ei voi uusida, jos se on aiemmin annettu.

Levinnyttä rintasyöpää ei nykytiedon mukaan pystytä parantamaan, mutta lääkitys kehittyy nopeaa vauhtia ja pidentää monien sairastuneiden elinikää. Näin parantumaton rintasyöpä saattaa jo muistuttaa kroonista sairautta, jonka kanssa eletään vuosikymmeniä. Lääkkeiden kliiniset tutkimukset aloitetaan levinnyttä syöpää sairastavista, ja uudet hoitomuodot hyväksytään nopeimmin näiden potilaiden hoitoon. Hoito on myös mahdollista räätälöidä vielä yksilöllisemmin potilaan tilanteen ja rintasyövän tyypin mukaan kuin varhaisvaiheen syövässä.

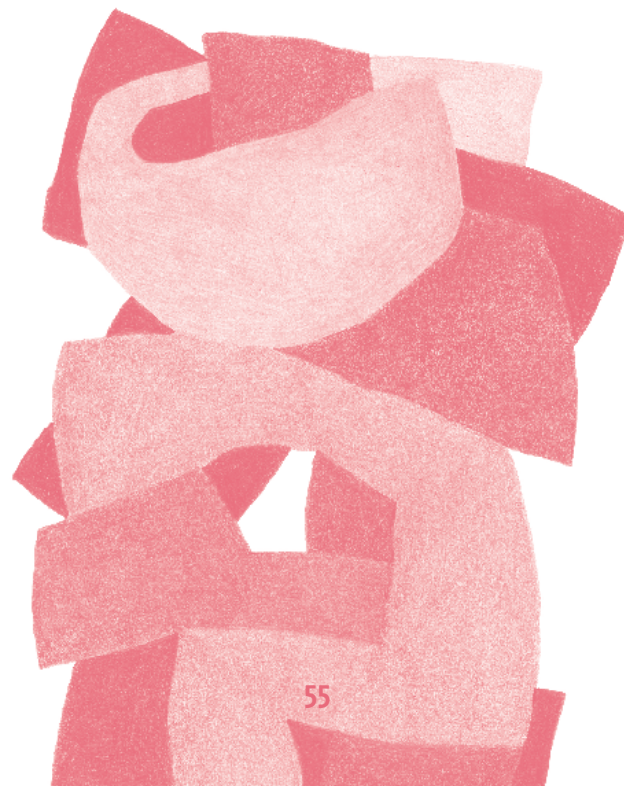
KOHTI RÄÄTÄLÖITYÄ SEURANTAA

Rintasyöpään sairastuneiden seuranta sairaalassa kestää useimmiten viisi vuotta, koska hormonaalisten lääkkeiden mahdolliset haitat ilmenevät ja lääkevaihdot toteutetaan tänä aikana ja myös suurin osa uusiutumista todetaan tuolloin. Mitä ärhäkämpi syöpä on, sitä nopeammin se uusiutuu. Hidaskasvuinen hormonipositiivinen syöpä voi uusia jopa 20 vuotta alkuperäisen sairastumisen jälkeen, vaikka tämä onkin harvinaista. Potilaiden, joilla on hyväennusteinen rintasyöpä, seurannat voidaan ohjata jo leikkauksen jälkeen perusterveydenhuoltoon tai työterveyteen.

Rintasyöpään sairastuneiden seurannassa on yhä enemmän siirrytty kohti oirepohjaista seurantaa. Tämä tarkoittaa, että vastaanottoikäntejä on vähennetty ja niiden sijasta mahdollistetaan tarvittaessa sujuva yhteydenotto seurantayksikköön. Rintasyövän kokenut ohjataan siis ottamaan itse yhteyttä hoitotahoon, mikäli ilmaantuu huolia aiheuttavia oireita. Potilaalle myös laaditaan yksilöllinen seuranta- ja kuntoutussuunnitelma aktiivihoitojen päätteeksi. Seurantaan kuuluvat kuvantamiset ovat yleensä

mammografiatutkimuksia 1–2 vuoden välein viiden vuoden ajan. Seurantaa koordinoivat pääosin asiaan koulutetut rintasyöpähoitajat, joihin saa yhteyden puhelimitse tai digisovelluksella. Tarvittaessa hoitaja voi keskustella potilaan oireista syöpälääkärin kanssa, jonka perusteella voidaan esimerkiksi järjestää lisätutkimuksia tai vaihtaa hormonilääkitystä.

Seurannan keventämistä perustellaan sillä, että seurantakäyntien ei ole todettu vähentävän kuolleisuutta. Seurannalla on kuitenkin merki-

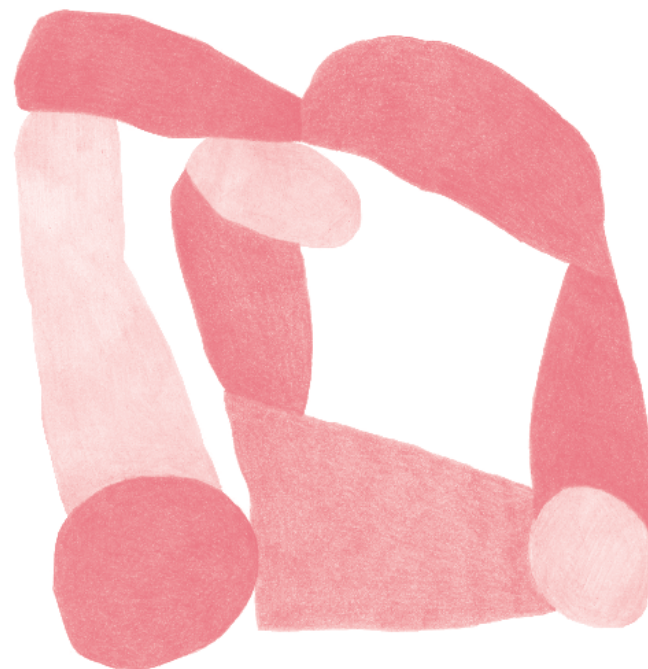


tystä myös esimerkiksi hormonaaliseen hoitoon sitoutumisen ja rintasyövän kokeneen turvallisuuden tunteen kannalta. Toisaalta oirepohjaisessa seurannassa sujuvan yhteydenoton mahdollisuus rintasyövän hoidon asiantuntijoihin luo turvaa.

PERINNÖLLINEN SYÖPÄRISKI

Perinnöllinen mutaatio tietyissä solujen toimintaan vaikuttavissa geeneissä voi lisätä rintasyöpäriskiä lievästi tai selvästi. Varhainen sairastumiskä ja useat rintasyöpätapaukset lähisuvussa ovat merkkejä mahdollisesta geneettisestä riskistä. Rintasyöpä miehellä on harvinainen ja tällaiset tapaukset voivat myös kertoa perinnöllisestä riskistä. Jos näitä ilmenee, potilaalle pyritään tekemään geenitutkimus mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoitopolkua.

Naisen keskimääräinen riski sairastua rintasyöpään on noin 13 prosenttia. Jyrkimmin tätä riskiä nostaa BRCA-geenimuunnos, jonka kantajalla on 60–80 prosentin riski sairastua rintasyöpään elinaikanaan ja lisäksi vielä 15–45 prosentin sairastumisriski munasarjasyöpään.



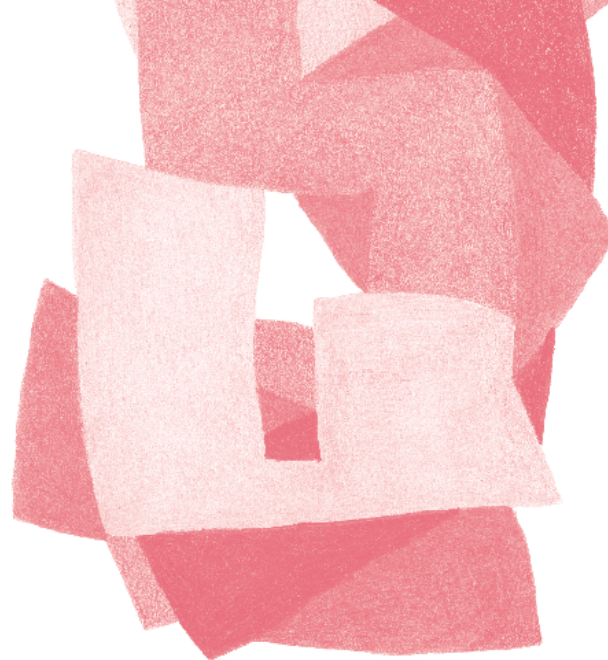
Muihin riskigeeneihin kuuluu esimerkiksi PALB2-muunnos. Se lisää elinaikaista rintasyöpään sairastumisriskiä nykytiedon mukaan lähes yhtä paljon kuin BRCA eli 60 prosenttiin. CHEK2 nostaa riskiä lievemmin, 30 prosenttiin. Se on Suomessa yleisin geenimuunnos, jota kantaa noin 1,5 prosenttia suomalaisista.

Yksittäisten geenimutaatioiden lisäksi on olemassa myös polygeeninen riski, joka tarkoittaa, että useampi lievästi riskiä nostava gee-

nimuunnos vaikuttaa yhdessä. Uusimman tutkimuksen perusteella lähes joka kolmannen rintasyövän selittää perinnöllinen alttius, mutta vain 5–10 prosenttia näistä perustuu yhden yksittäisen geenivirheen kasvattamaan alttiuteen. Lopuissa tapauksissa kyse on juuri polygeenisestä riskistä.

Jos rintasyövän taustalla on geenivirhe, tämä ei heikennä syövän ennustetta mutta lisää uusiutumisen tai kokonaan uuden syövän riskiä. Tieto geenivirheestä voi johtaa esimerkiksi rinnan kokopoistoon osapoiston sijasta ja toisen rinnan ennaltaehkäisevään poistoon. Geenivirhepotilaita seurataan mahdollisesti kuvantamistutkimuksilla tarkemmin kuin muita. BRCA-geenimuunnos voi myös vaikuttaa rintasyövässä käytettävään lääkitykseen.

Perinnölliset rintasyövät ovat keskimääräistä useammin triplanegatiivisia tai medullaarisia syöpiä, joista jälkimmäinen on muuten harvinaisen. Se on peräisin rintarauhasen tiehyistä kuten duktaalinen syöpä, mutta muistuttaa aivojen ydinjatkeen kudosta.



RINTASYÖPÄTUTKIMUS JA HOITOJEN KEHITYS

Syöpätutkimus tuottaa jatkuvasti uutta tietoa ja uusia lääkkeitä rintasyövän hoitoon. Julkisella puolella uudet hoitokäytännöt voidaan ottaa käyttöön, kun tutkimustulosten näytönaste on vahva. Suomen Rintasyöpäryhmä ry päivittää kansallisia hoitosuosituksia aktiivisesti ja järjestää rintasyövän hoidon ammattilaisille koulutuksia.

Rintasyövän geeni- ja molekyyliprofilointia ei suositella rutiinina hoitosuosituksissa. Tätä

tehdään julkisella puolella kliinisiin hoitotutkimuksiin liittyen tai yksityissektorilla. Molekyyli-profilointi kertoo syövän geenitason muutoksista tarkemmin kuin patologin lausunto, ja se on kalliimpi menetelmä. Levinneen syövän molekyyli-profilointi saattaa viitata siihen, että syöpä käyttäytyy samalla tavoin kuin jonkin toisen elimen syöpä. Silloin siihen voi tehota myös tämän toisen syövän hoitoon hyväksytty lääke. Geneettisiltä piirteiltään samankaltaiselta vaikuttavat syöpäsolut voivat kuitenkin käyttää erilaisia signaalireittejä ja siksi hoitojen teho vaihtelee syöpätapauksesta toiseen.

Rintasyöpään on otettu käyttöön yhä enemmän täsmälääkkeitä, joita kutsutaan myös biologisiksi tai immuno-onkologisiksi lääkkeiksi. Usein kyse on myös hoidoista, joissa yhdistellään ainakin kahta eri tavoin vaikuttavaa lääkettä. Täsmälääkkeille on tyypillistä, että ne tehoavat joihinkin syöpätapauksiin erittäin hyvin mutta toisiin eivät lainkaan. Niiden toiminta perustuu siihen, että vaikutetaan syöpäsolun sisällä tapahtuviin molekyyli-tason toimintoihin.

RINTASYÖPÄ, HEDELMÄLLISYYS JA RASKAUS

Vaikka rintasyöpäriski suurenee iän myötä, tautiin sairastuu jatkuvasti myös hedelmällisessä iässä olevia naisia. Jos rintasyöpään sairastuu raskauden aikana, solunsalpaajahoitoja joudutaan yleensä lykkäämään, koska syöpälääkkeet voivat olla haitallisia sikiölle. Tietyssä vaiheessa raskautta tiettyjä solunsalpaajahoitoja voidaan toteuttaa ilman haittoja sikiölle.

Tuleviin perheenlisäyssuunnitelmiin rintasyöpä voi vaikuttaa monin tavoin. Solunsalpaajahoito heikentää hedelmällisyyttä, koska se vähentää tilapäisesti munasarjojen toimintaa ja vaihdevuosi-ikä aikaistuu. Raskaaksi tulon todennäköisyys vähenee paljon etenkin yli 35-vuotiailla, joilla hedelmällisyys laskee muutenkin. Kun hedelmällisessä iässä oleville sairastuneille aloitetaan rintasyöpähoitoja, on syytä kartoittaa lapsitoiveiden tilanne jo ensikäynnillä. Munasarjoja voidaan suojella hoidon aikana hormonaalisella lääkepistoksella tai pakastaa munasoluja.

Syöpähoitojen jälkeen raskauden yrittämistä pitää odottaa jonkin aikaa. Syöpälääkkeet voivat

olla haitallisia sikiölle, mutta solunsalpaaja-hoito ei lisää epämuodostumien riskiä enää puolen vuoden kuluttua hoidosta. Pelkkä raskaus sinänsä ei lisää rintasyövän uusiutumisen riskiä, mutta jos uusiminen tapahtuu raskauden aikana, kyseessä on riski sekä äidille että lapselle. Mikäli kyseessä on ärhäkkä kolmoisnegatiivinen tai HER2-positiivinen syöpä, se uusii yleensä nopeasti eli pari vuotta on hyvä odottaa.

Hormoniposiitiivisen syövän estolääkitys vie elimistön vaihdevuosien kaltaiseen tilaan, jossa raskaus ei ole mahdollinen. Tämän hormonaalisen lääkityksen tauottaminen raskauden yrittämisen ajaksi on mahdollista 2–3 vuoden jälkeen, jos asiasta keskustellaan lääkärin kanssa.

TUTTU VAI UUDENLAINEN ARKI?

Tutkimuksen mukaan rintasyöpään sairastuneiden elämänlaatu lähes poikkeuksetta laskee hoitojen aikana, mutta useimmilla se palaa ennalleen parin vuoden sisällä. On kuitenkin pieni ryhmä potilaita, jonka henkinen hyvinvointi ei toivu yhtä hyvin. Tutkimustiedon avulla pyritään siihen, että nämä henkilöt tunnistettaisiin

siin ennakkoivasti ja tuki kohdentuisi tehokkaasti heihin.

Moni rintasyövän sairastanut kokee aktiivihoidon jälkeen henkisen kuopan. Irtautuminen hoitoputkesta saattaa tuntua tyhjän päälle jäämiseltä, hoidot ovat jättäneet fyysisiä tai henkisiä jälkiä, eikä arjesta saa samanlaista otetta kuin ennen. Hormonaalinen hoito voi vaikuttaa mielialaan tai aivosumu haitata keskittymistä tehtäviin. Nämä tuntemukset ovat yleisiä eikä niitä kannata säikähtää. Niihin voi hakea tukea esimerkiksi työterveyshuollosta tai hyödyntää vertaistukea.

Tyypillinen sairausloma rintasyövän takia kestää vähintään muutamia kuukausia. Paluu työelämään sen jälkeen onnistuu varmimmin vähitellen esimerkiksi osa-aikaisuuden kautta. Työterveydenhuolto on hyvä ottaa mukaan tukemaan työhön paluuta ja varmistamaan, että aiempi työtehtävä sopii edelleen rintasyövän sairastaneen kunnolle.

Mikäli paluu entiseen ei tunnu mahdolliselta, kannattaa vaihtoehtoja selvittää sairaalan sosiaalihoitajan tai Kelan avulla. Jos sairausloma kestää maksimiajan eli noin vuoden eikä työ-

kyky palautu lainkaan, edessä on siirtyminen Kelan tai työeläkeyhtiön kuntoutustuelle. Ammatillisen kuntoutuksen kautta voi pyrkiä uuteen, paremmin sopivaan työhön tai päätyä työkyvyttömyyseläkkeelle. Myös osatyökyvyttömyyseläke on mahdollinen vaihtoehto.

Rintasyövästä toipuvalle fyysisestä kunnosta huolehtiminen on vähintään yhtä tärkeää kuin liikkuminen hoitojen aikana. Jos hoidot ovat rapauttaneet kuntoa, liikunta kannattaa aloittaa hyvin kevyesti mutta nostaa vähitellen tehoa. Konkreettiset, omasta elämäntilanteesta lähtevät tavoitteet auttavat tutkitusti tekemään liikunnasta pysyvän tavan.



Lisätietoa ja vertaistukea

- Rintasyöpäyhdistys - Europa Donna Finland ry tarjoaa tietoa ja vertaistukea verkossa, sosiaalisessa mediassa, vertaistukiryhmissä ja Rinnakkain-lehdessä. Lisätietoa on saatavilla osoitteessa <https://www.europadonna.fi/>
- Alueellisilla syöpäyhdistyksillä on muu muassa rintasyöpään sairastuneille tarkoitettuja keskusteluryhmiä. Yhdistykset välittävät myös kuntoutuspalveluja ja kuntoutuksen tukipalveluja. Alueellisten syöpäyhdistysten yhteystiedot löytyvät osoitteesta <https://www.syopajarjestot.fi/jarjesto/jasenjarjestot/>

- Syöpäjärjestöjen Luoto-tukipalvelu on sinua varten, jos itse sairastat tai läheisesi sairastaa syöpää. Voit myös olla yhteydessä, kun kaipaat luotettavaa tietoa syövästä. Luoto-palvelun takana ovat Syöpäjärjestöjen syöpään perehtyneet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Palvelu on sinulle maksuton, eikä vaadi lähetettä. Puhelin palvelee arkisin numerossa 0800 19414. Lue lisää puhelimen aukioloajoista sekä muista Luodon palveluista osoitteessa: <https://luoto.info/>

Sanasto

ABLAATIO Koko rinnan poisto

ADJUVANTTIHOITO Liitännäishoito. Rintasyöpäleikkauksen jälkeen annettava lääkehoito, jonka tarkoitus on tuhota piileviä kasvainpesäkkeitä ja pienentää rintasyövän uusimisriskiä.

ANTIEMEETTI Pahoinvointia estävä lääke

BIOPSIA Koe- eli näytepalan ottaminen kudoksesta

DCIS Duktaalinen karsinooma in situ, duktaalisen rintasyövän paikallinen esiaste

DIAGNOOSI Taudinmääritys

DUKTAALINEN KARSINOOMA Rinnan tiehyissä syntynyt syöpä

ERILAISTUMISASTE Syövän pahalaatuisuusaste, gradus

ETÄPESÄKE Alkuperäisen kasvaimen ulkopuolella oleva kasvain, metastaasi

GRADUS Syövän erilaistumisaste, jonka patologi määrittää mikroskopiatutkimuksella

HER2-POSITIIVINEN RINTASYÖPÄ Syöpäkasvain, jonka soluissa on HER2:n eli HER2-kasvutekijäreseptorin geenin monistuma

HOITOVASTE Syöpälääkehoidon tulos. Täydellinen vaste – kaikki syöpäkudos on hävitetty. Puuttuva vaste – hoito ei tehoa.

HR-POSITIIVINEN RINTASYÖPÄ Syöpäkasvain, jonka soluissa on estrogeeni- ja progesteronihormonien kiinnittymiskohtia eli reseptoreita; HR tarkoittaa hormonireseptoria.

KOLMOIS- TAI TRIPLANEGATIIVINEN (TNBC)

RINTASYÖPÄ Syöpäkasvain, jonka soluissa ei ole hormonireseptoreja eikä HER2-reseptoreja

KURATIIVINEN HOITO Parantava hoito

LOBULAARINEN KARSINOOMA Rinnan rauhasliu-koissa alkunsa saanut syöpä

MASTEKTOMIA Rintasyöpäleikkaus, jossa poistetaan koko rinta

METASTAATTINEN RINTASYÖPÄ Syöpä on levinnyt rinnan ja kainalon alueelta ja lähettänyt etäpesäkkeitä muualle elimistöön.

NEOADJUVANTTIHOITO Ennen rintasyöpäleikkausta aloitettava lääkehoito, esiliitännäishoito

NST Carcinoma of not specified type; duktaalinen rintasyöpä

ONKOLOGI Syöpätautien ja sädehoidon erikoislääkäri

ONKOPLASTINEN KIRURGIA Syöpäleikkaus, jossa hyödynnetään plastiikkakirurgisia korjaavia tekniikoita

PALLIATIIVINEN Oireita lievittävä hoito, kun sairautta ei voi parantaa

PATOLOGI Erikoislääkäri, joka tutkii ja tulkitsee kudoksenäytteet ja koepalat

PREOPERATIIVINEN Ennen leikkausta tapahtuva

PROLIFERAATIO (Syöpäsolujen) jakautumisnopeus

REKONSTRUKTIO Rinnan korjausleikkaus

RESEKTIO Rinnan säästävä leikkaus, jossa poistetaan syöpäkasvain ja sitä ympäröivää kudosta

TNM-LUOKITUS Rintasyövän diagnosoinnissa käytetty luokitus, joka kertoo kasvaimen koosta (T, engl. tumor), onko syöpä edennyt kainalon imusolmukkeisiin (N, engl. node) tai lähettänyt etäpesäkkeitä muualle elimistöön (M, engl. metastasis)

VARHAISVAIHEEN RINTASYÖPÄ Rinnan ja/tai kainalon alueella sijaitseva syöpä, joka ei ole lähettänyt etäpesäkkeitä muualle elimistöön

VARTIJAIMUSOLMUKE Ensimmäinen imusolmuke, johon imuneste ja sen mukana mahdolliset syöpäsolut kulkeutuvat kasvaimesta

LÄHTEET

- Suomen Rintasyöpäryhmä ry: Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus 2025. Päivitetty 9.1.2025
- Heikki Joensuu – Leena Rosenberg-Ryhänen: Rintasyöpäpotilaan opas. Suomen Syöpäpotilaat 2019.
- Rinnakkain-lehden artikkelit ja erikoislääkäreiden haastattelut 2022–2024: Tuomo Meretoja, Päivi Auvinen, Päivi Heikkilä, Peeter Karihtala, Tanja Skyttä.



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

HEIDI HAMMARSTEN
*Rinnakkain-lehden
päätoimittaja, viestintäyrittäjä*

TEKSTIN

MAARIT BÄRLUND

KOMMENTOINTI

erikoislääkäri, dosentti

JA TARKISTUS

ULLA KARHUNEN-ENCKELL

plastiikkakirurgi

ULKOASU

JOHANNES RANTAPUSKA

KUVITUKSET

ERKKI TOUKOLEHTO

JULKAISIJA

SUOMEN SYÖPÄPOTILAAT RY

PAINO

ORIGOS, 2025

Tämä opas on tehty Syöpäsäätiön tuella.

Syöpäsäätiö
Cancerstiftelsen

Oppaan tuottamista ovat tukeneet:

AstraZeneca

GILEAD

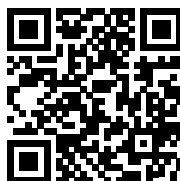
NOVARTIS

Pfizer

Roche

Anna oppaasta palautetta:

www.syopapotilaat.fi/potilasoppaat





Suomen Syöpäpotilaat - Cancerpatienterna i Finland ry

