

Lapseton nainen ja syöpäriski

Lisääntymisterveyteen liittyviä oikeuksia ovat mahdollisuus turvalliseen ja hyvään sukupuolielämään sekä mahdollisuus hankkia toivottu määrä lapsia haluttuun aikaan. Kaikkea ei kuitenkaan voi suunnitella, ja riskeihin pitää varautua. Iän myötä siirtyvään raskaustoi-veeseen liittyy riskejä sekä raskaaksi tulon että raskauden onnistumisen suhteen. Lapsettomuuden vuoksi tutkimuksiin hakeutuvalla voi olla alkava syöpä tai syövän riskitekijä, mitä ei saa unohtaa hedelmöityshoitojen suunnittelussa. Syöpä ja syövän hoidot lisäävät lapsettomuutta ja hedelmöityshoitojen tarvetta (Käl-lén ym. 2011).

On arvioitu, että joka kolmas suomalainen sairastuu jossakin elämänsä vaiheessa syöpään. Vuosittain syöpään sairastuu noin 24 000 ihmistä, ja Suomessa elää kaikkiaan noin 170 000 syövän jossain elämänsä vaiheessa sairastanutta ihmistä (www.cancer.fi). Sairastumisvaara suurenee iän mukana, mutta syöpä ei ole harvinainen sairaus lapsellakaan (Läh-teenmäki, tässä numerossa). Syöpä todetaan joskus lapsettomuustutkimusten yhteydessä tai raskauden aikana.

Syöpään sairastuvan mielessä on monia kysymyksiä, ja osa niistä liittyy lisääntymisterveyteen. Miten seksuaalisuus muuttuu? Voiko raskaus alkaa? Onko vielä mahdollista hankkia lapsia? Jos raskautta ei toivota, millaista raskauden ehkäisyä voi turvallisesti käyttää? Myöhemmässä vaiheessa tulevat esiin vaihdevuodet ja niihin liittyvät ongelmat (Thewes ym. 2005). Kun syövän hoitotulokset ovat parantuneet, on aihetta sairauden tehokkaan hoidon lisäksi mieltä elämän laatuun vaikuttavia seikkoja.

Erilaiset sairaudet ja niiden hoito vaikuttavat hedelmällisyyteen sekä raskauden riskei-

hin. Ikä itsessään heikentää hedelmällisyyttä huomattavasti, varsinkin 35 ikävuoden jäl-keen. Elintapojen merkitystä ei pidä unohtaa. Erityisesti tupakka mutta myös alkoholi, huu-meet ja runsas kahvinjuonti voivat vähentää hedelmällisyyttä. Painolla ja ravitsemuksella on niin ikään vaikutusta. Ympäristötekijöiden osuudesta hedelmällisyydessä tiedetään tois-taiseksi melko vähän. Kaikki mainitut tekijät vaikuttavat myös syöpäriskiin.

Hedelmättömyydellä ja syövällä on siis samoja riskitekijöitä. Syysuhdetta on kui-tenkin vaikea todentaa. Sama pätee monesti esitettyyn kysymykseen siitä, suurentavatko lapsettomuuden hoidossa käytetyt lääkkeet syöpäriskiä (Maritta Hippeläinen, tässä nume-rossa). On todella vaikea erottaa toisistaan itse lapsettomuuden syy, esimerkiksi munasolun irtoamattomuus ja sen aiheuttama syöpäriski, ja käytetyn hormonihoidon vaikutus. Epide-miologiset tutkimukset eivät yleensä pysty erottelemaan, onko esimerkiksi gonadotropii-neja käytetty ovulaatioinduktioon, jossa kor-jataan munasarjatoiminnan häiriö, vai onko valmistetta käytetty niin sanottuun super-ovulaatiohoitoon. Pääasiallinen päätelmä on, että itse lapsettomuus suurentaa syöpäriskiä: esimerkiksi munasolun irtoamattomuuteen liittyy kohdun limakalvon syöpäriskin li-sääntyminen (Jensen ym. 2009, Brinton ym. 2010). Lapsettomuuteen sinänsä liittyy muna-sarjasyövän riskin suurentuminen (La Vecchia 2011).

Kun pari hakeutuu lapsettomuushoitoon, tulee terveydentila arvioida kattavasti. Samalla on pidettävä mielessä myös vakavampien saira-uksien mahdollisuus. Vaikka lapsettomuustut-kimuksissa keskitytään hormonimäärityksiin, ei pidä unohtaa tavallista papakoetta. Joissakin

tutkimuksissa on todettu IVF-hoitoon hakeutuvilla naisilla muuta väestöä enemmän papamuutoksia (van Hamont ym. 2006). Spermanalyyseissä todettu huono siittiömuodostus voi olla hälytysmerkki – ei ole harvinaista, että lapsettomuustutkimusten yhteydessä diagnosoidaan kivessyöpä.

Neuvontaa lisääntymisterveyteen liittyvissä asioissa tarvitaan ennen syövän hoitoa ja sen jälkeen (Partridge ym. 2004). Tietoa voidaan antaa kirjallisesti, keskusteluissa ja vertaisryhmissä. Hedelmällisyyden menettämisestä pitää uskaltaa puhua, ja samalla on harkittava, onko hedelmällisyyden säilyttäminen hoitotoimilla mahdollista. Jo se että aihe otetaan esiin ja siitä keskustellaan, on tärkeää elämänlaadulle. Syövän hoito on kehittynyt, ja nykyisin pyritään täsmähoitoon, jolloin sukupuolirauhasiin kohdistuvat haittavaikutukset pienenevät. GnRH-agonistilla voidaan ehkä suojata munasarjaa solunsalpaajahoidon vaikutuksilta (Rugo ja Rosen 2011). Vakuuttava näyttö puuttuu toistaiseksi, mutta hoidosta voidaan saada muitakin hyötyjä. Kuukautisten puuttuminen ja estrogeenivajaus saattavat olla edullisia vaikkapa kantasolusiirron aikana tai rintasyövän hoidossa.

Lääkäri ei voi päättää, että syövän sairastanut nainen ei saa tulla raskaaksi. Riskit tulisi kuitenkin ottaa huomioon. Raskaudet pitäisi suunnitella niin, että mahdolliset vaarat on tunnustettu jo ennen raskauden alkamista (Jokimaa ja Ekblad, tässä numerossa).

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on laatinut vuonna 2010 raportin, jossa käsitellään syöpätautien hoidon sisältöä ja hoidon järjestämistä Suomessa vuoteen 2020 mennessä. Raportissa ei juuri pohdittu syövän vaikutuksia lisääntymisterveyteen. Suomen

Gynekologiyhdistys nosti lausunnossaan esille tämän tärkeän näkökohdan todeten muun muassa, että nykylääketiede tarjoaa useita tapoja, joilla hedelmällisyyttä voidaan säilyttää (siittiöiden, munasolujen ja alkioiden pakastus, munasarjakudoksen pakastus). Nämä palvelut pitäisi saada kaikkiin yliopistosairaaloihin. Minimivaatimus on, että kaikille nuorille syöpäpotilaille olisi tarjolla lisääntymisterveyden asiantuntijan neuvontapalvelut ennen syövän hoidon aloittamista ja myös seurannan yhteydessä hoidetun syövän jälkeen. ■



AILA TIITINEN, professori,
osastonylilääkäri
HYKS, naistenklinikka
ja Helsingin yliopisto, kliininen laitos

SIDONNAISUDET
Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- Brinton LA, Moghissi KS, Westhoff CL, Lamb EJ, Scoccia B. Cancer risk among infertile women with androgen excess or menstrual disorders (including polycystic ovary syndrome). *Fertil Steril* 2010;94:1787–92.
- Jensen A, Sharif H, Kjaer SK. Use of fertility drugs and risk of uterine cancer: results from a large Danish population-based cohort study. *Am J Epidemiol* 2009;170:1408–14.
- Källén B, Finnström O, Lindam A, Nilsson E, Nygren KG, Olausson PO. Malignancies among women who gave birth after in vitro fertilization. *Hum Reprod* 2011;26:253–8.
- La Vecchia C. Infertility, ovulation, induced ovulation, and female cancers. *Eur J Cancer Prev* 2011;20:147–9.
- Partridge AH, Gelber S, Peppercorn J, ym. Web-based survey of fertility issues in young women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2004;22:4174–83.
- Rugo HS, Rosen MP. Reducing the long-term effects of chemotherapy in young women with early-stage breast cancer. *JAMA* 2011;306:312–4.
- Thewes B, Meiser B, Taylor A, ym. Fertility- and menopause-related information needs on younger women with a diagnosis of early breast cancer. *J Clin Oncol* 2005;23:5155–65.
- van Hamont D, Nissen LH, Siebers AG, ym. Abnormal cervical cytology in women eligible for IVF. *Hum Reprod* 2006;21:2359–63.