

Hoidon tavoitteena on pysyvä paraneminen elämänlaadun kärsimättä

Peräsuolisyövän leikkaushoidon kehitys ja haasteet

Leikkaus on käytännössä ainoa parantava hoito peräsuolisyövässä. Toimenpide on teknisesti vaativaa, koska peräsuoli sijaitsee syvällä lantiossa. Kasvaimen täydellisen poistamisen lisäksi potilaat arvostavat peräaukon ja ulostamistoiminnon säilymistä sekä leikkauksen turvallisuutta. Osalla potilaista tauti on toteamisen aikaan levinnyt laajalle, osalle ilmaantuu etäpesäkkeitä tai paikallinen uusiutuma. Suomessa todetaan lähes tuhat uutta peräsuolisyöpää vuodessa (www.cancerregistry.fi).

Alkuaan leikkaus toteutettiin niin, että vaimen nivusen seudulle tehtiin ensin paksusuoliavanne. Peräsuoli poistettiin välilihan kautta ja katkaistu suoli suljettiin. Tutkiessaan leikkausnäytteitä huolellisesti englantilainen Ernest Miles (1908) havaitsi taudin uusiutuvan useimmiten eri puolille kasvaimen ympäristöön. Siksi hoito vaati koko peräsuolen, peräaukon, sulkijalihasten, suoliliepeen ja lantion vatsakalvon laajaa poistamista eli abdominoperineaalista eksisiota. Tästä tuli käytäntö 1940-luvulle asti. Keski-Euroopassa Milesin leikkausta edelsi Kocherin 1875 kehittämä posteriorinen rektumresektio. Siinä peräaukon taakse tehdystä viillosta poistettiin häntäluu ja osa ristiluuta, jolloin peräsuoli voitiin poistaa. Alkuaan muodostettiin sakraalinen paksusuoliavanne, mutta myöhemmin koolon liitettiin peräsuolen tynkään (Kraske 1885). Suoliliitos voitiin tehdä myös vetämällä peräsuolen tynkä ja sen läpi viety koolon ulos ja liittää ne yhteen (”Durchzug”). Ulostefistelit ja paikalliset uusiutumukset olivat yleisiä.

Peräaukon säästävät leikkaukset yleistyivät 1940-luvulla, kun Mayo-klinikassa kuvattiin vatsaontelon kautta tehtävä anteriorinen resektio. Siinä koolon liitetään peräsuolitynkään ompeleilla (Dixon 1939). Suoli katkaistiin

5 cm kasvaimen alapuolelta, minkä lisäksi peräsuolta tuli jäädä 6–8 cm ulostustoiminnon säilyttämiseksi. Anteriorinen resektio soveltui vain peräsuolen yläkolmanneksen alueella eli yli 12 cm peräaukosta sijaitseviin kasvaimiin. Läpivetoleikkausten muunnelmät tai abdominaalis-transsakraalinen suoliliitostekniikka eivät saaneet suosiota. Goligher ym. (1951) kyseenalaistivat Milesin periaatteet osoittamalla, että kasvaimen alapuolella olevissa imusolmukkeissa oli harvoin etäpesäkkeitä, jolloin kasvain oli muutenkin levinnyt laajalle. Lane ja Parks puolestaan osoittivat vuonna 1977, että ulosteen pidätyskyky säilyi sulkijalihakset säästämällä, vaikka koko peräsuoli ja peräaukokokanavan limakalvo poistettiin.

Tekniset edellytykset matalien kolorektaalisten suoliliitosten tekemiseen paranivat 1970-luvun lopulla, kun Moskovassa kehitetty rengassulkulaite tuli käyttöön (Fain ym. 1975). Suoliliitoksen ”niittaaminen” peräaukosta vietävällä rengassulkulaitteella todettiin turvalliseksi menetelmäksi (Laitinen ym. 1980). Peräaukon säästävät leikkaukset lisääntyivät 1980-luvulla HYKS:ssa 43 %:sta 73 %:iin (Pakkastie ym. 1995). Kasvaimen paikallisten uusiutumien määrä ei lisääntynyt Suomessa, mutta niitä ilmeni 22 %:ssa anteriorisen resektion ja 36 %:ssa abdominoperineaalisen eksision jälkeen (Pakkastie ym. 1995). Ranskassa pysyvää avannetta vältetään erityisesti, ja siellä anteriorisen resektion osuus on jopa 90 %. Tämän toimenpiteen yhteydessä hoitoon liitetään usein kemosädehoito.



Katso myös Monika Carpelan-Holmströmin, Anna Lepistön ja Tom Scheininin katsaus Laparoskopia peräsuolisyövän hoidossa sivulla 1159.

Englantilainen Heald tähdensi suoliliepeen huolellista poistamista sitä ympäröivää kalvoa myöten. Käyttämällä mesorektumin totaalista eksisiota (TME) alle 5 %:lla potilaista ilmeni paikallisia uusiutumia (Heald ja Ryall 1986). TME-tekniikan edullisuus on varmistettu useissa keskuksissa, myös Suomessa. Toisaalta Uppsalassa osoitettiin, että ennen leikkausta kasvainalueelle annettulla sädehoidolla paikallinen uusiutuminen vähenee puoleen (Swedish Rectal Cancer Trial 1997). Laaja alankomaalainen koe osoitti, että sädehoito tehoa myös TME-tekniikkaa käytettäessä (Kapiteijn ym. 2001). Valitettavasti kokonaisennuste ei näytä paranevan, ja sädehoitoa saaneilla ilmenee enemmän ongelmia pidätyskyvyssä, seksuaalitoiminnoissa ja virtsaamisessa.

TME-leikkauksessa suoliiliitos tehdään ala- ja keskikolmanneksen kasvaimissa hyvin lähelle peräaukkoa, jolloin liitos peittää 10–20 %:lla potilaista. Aiheutuvat infektiot ongelmat hallitaan paremmin, jos potilaille tehdään väliaikainen suoliavanne liitospaikan yläpuolelle, jolloin uloste ei aiheuta painetta saumakohtaan (Tan ym. 2009). Lisäksi peräsuolen tilalle tehtävä paksusuolisäiliö edistää sauman paranemista ja ulostamistoiminnon palautumista (Lazorthes ym. 1986).

Leikkausta edeltävä sädehoito on hyödyllistä ainakin kookkaiden ja ympäristöön kiinnittyneiden kasvainten hoidossa, erityisesti peräsuolen alakolmanneksen kasvaimissa. Sädehoidon ja leikkauksen välistä aikaa tulisi ehkä pidentää, jolloin sädetyksen kasvainta pienentävä vaikutus ehtii toteutua. Paikallinen uusiutuminen on yleisintä alakolmanneksen kasvainten abdominoperineaalisen eksision jälkeen. Siksi peräsuolen ympärökudoksen poiston laajuutta suositellaan tehostettavaksi kääntämällä potilas abdominaalivaiheen jälkeen vatsalleen linkkuveitsiasentoon, jolloin välilihaan saadaan hyvä näkyvyys. Häntäluu ja kasvaimen kohdalta peräaukon kohottajalihasta poistetaan, jolloin saadaan terve kudospääosa myös sivulle peräaukkokanavan yläosassa.

Carpelan-Holmströmin ym. katsausartikkelissa tässä numerossa tarkastellaan tähyysty-

set keskittyvät potilaiden nopeampaan toipumiseen sekä vähäisempään kipuun ja parempaan kosmeettiseen tulokseen. On syytä yhtyä kirjoittajien toiveeseen teknisesti vaativan peräsuolisyöpäkirurgian keskittämisestä riittävän suuriin yksikköihin, joissa toimenpiteiden määrä on riittävä ja joissa on käytettävissä syövän monialainen hoitotiimi. Eniten hoidon tulokset kohenisivat, kun syöpäkasvaimet haivattaisiin nykyistä varhemmin. Avohoidon lääkäreillä on keskeinen merkitys siinä, että he osaisivat ohjata peräpukamista ja peräsuolen verenvuodosta kärsivät potilaat viipymättä tähyystutkimuksiin. ■



**HEIKKI J. JÄRVINEN, professori,
osastonylilääkäri**
HYKS, kirurgian klinikka

SIDONNAISUUDET

Asiantuntijapalkkio (Potilasvakuutuskeskus, Valvira), luentopalkkio (Professio Finland, Roche, Sanofi-Avensis, Tillots Pharma)

KIRJALLISUUTTA

- Dixon CF. Surgical removal of lesions occurring in sigmoid and rectosigmoid. *Am J Surg* 1939;46:12–7.
- Fain SN, Patin S, Morgenstern L. Use of mechanical suturing apparatus in low colorectal anastomosis. *Arch Surg* 1975;110:1079–82.
- Goligher JC, Dukes CE, Bussey HJR. Local recurrences after sphincter saving excisions for carcinoma of the rectum and rectosigmoid. *Br J Surg* 1951;39:199–211.
- Heald RJ, Ryall RDH. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1986;1:1479–82.
- Kapiteijn E, Marijnen CAM, Nagtegaal ID, ym. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. *N Engl J Med* 2001;345:638–46.
- Kraske P. Zur Exstirpation hochsitzenden Mastdarmkrebses. *Verhdt Chir* 1885;14:464.
- Laitinen S, Huttunen R, Ståhlberg M, ym. Experience with the EEA stapling instrument for colorectal anastomosis. *Ann Chir Gynecol* 1980;69:102–5.
- Lane RHS, Parks AG. Function of anal sphincters following coanal anastomosis. *Br J Surg* 1977;64:596–9.
- Lazorthes F, Chiotasso P, Lemonzy J, Bloom E. Resection of the rectum with construction of a colonic reservoir and colo-anal anastomosis of the rectum. *Br J Surg* 1986;73:136–8.
- Miles WE. A method of performing abdominoperineal operation for cancer of the rectum and of the pelvis. *Lancet* 1908;ii:1812–3.
- Pakkaste T, Luukkonen P, Järvinen H. Anterior resection controls cancer of the rectum as well as abdominoperineal excision. *Eur J Surg* 1995;161:833–9.
- Swedish Rectal Cancer Trial. Improved survival with preoperative radiotherapy in the resectable rectal cancer. *N Engl J Med* 1997;336:980–7.
- Tan WS, Tang CL, Shi L, Eu KW. Meta-analysis of defunctioning stomas in low anterior resection for rectal cancer. *Br J Surg* 2009;96:462–72.