



# Munasarjasyöpä

## Mitä uutta päivityksessä

- Kasvainmerkkiaine HE4:n käyttö saattaa parantaa mahdollisuuksia löytää fertiili-ikäisten varhaisvaiheen epiteliaalinen munasarjasyöpä.
- Munasarjasyövän hoidon perusta on leikkaus, jolla pyritään täydelliseen kasvainmassan poistoon (optimaalinen leikkaustulos).
- Bevasitumabin liittäminen ensihoitoon voi pidentää levinneen taudin etenemätöntä aikaa.
- Ensihoidossa viikoittainen paklitakselin anto (kolmen viikon väliin verrattuna) yhdistettynä kolmen viikon välein annettavaan karboplatiiniin saattaa pidentää taudin etenemätöntä aikaa.

## Epidemiologia ja seulonta

Munasarjasyöpä on naisten 10. yleisin syöpä. Sen ilmaantuvuus (8,2/100 000) ei ole 1990-luvulta lähtien muuttunut. Valtaosa syövästä on epiteliaalisia (noin 90 %). Muita histologisia tyyppejä ovat itusolu- ja sukupienakasvaimet.

Väestöpohjainen seulonta ei ole osoittautunut tehokkaaksi munasarjasyövässä<sup>D</sup>. Sairastumisriskiä voidaan kuitenkin merkittävästi vähentää ehkäisevällä leikkauksella etenkin niillä naisilla, joilla on suvussa lisääntynyt alttius sairastua rinta- ja munasarjasyöpään (BRCA1/2)<sup>A</sup>.

## Suoja- ja riskitekijät

Sairastumisriskiä vähentävät ehkäisytablettien käyttö<sup>A</sup>, synnytykset<sup>A</sup>, imetys<sup>A</sup>, sterilisaatio ja kohdunpoisto<sup>A</sup>. Pitkään käytetty (yli kymmenen vuotta) vaihdevuosisoireiden hormoni-

hoito lisää hieman sairastumisriskiä<sup>A</sup>. Muita riskitekijöitä ovat lapsettomuus<sup>A</sup> ja endometrioosi.

## Oireet ja diagnostiikka

Munasarjasyövällä ei ole selviä, spesifisiä oireita. Vatsan turpoaminen voi olla merkki levinneestä taudista. Diagnoosihetkellä vatsanturpoamista esiintyy noin 30 %:ssa tapauksista. Kliinisen tutkimuksen, kaikukuvauksen ja CA 125:n<sup>A</sup> määrittämisen avulla päästään 79–87 %:n osuvuuteen erotusdiagnoosissa. Hyvän- ja pahanlaatuisen munasarjakasvaimen erotusdiagnoosissa ja leikkaushoidon keskittämässä auttaa pahanlaatuisuuden riski-indeksin (RMI) käyttö. Diagnoosin varmistamiseksi voidaan tehdä kaiku-, tietokonetomografia ja magneettikuvauksia. Lopullinen diagnoosi perustuu kuitenkin histologisiin näytteisiin.

## Hoito ja ennustetekijät

Leikkaushoito tulee keskittää sairaaloihin, joissa leikkauksesta vastaavat gynekologiseen onkologiaan erikoistuneet lääkärit ja joissa on syövän hoidon moniammatillista osaamista<sup>B</sup>. Hoidon perusta on leikkaus, jolla pyritään täydelliseen kasvainmassan poistoon (optimaalinen leikkaustulos). Ellei se ole mahdollista, pyritään siihen, että jäännöskasvain jää alle 1 cm:n kokoiseksi (melkein optimaalinen leikkaustulos). Jäännöskasvaimen määrä on tärkein ennustetekijä<sup>B</sup>. Muita ennustetekijöitä ovat potilaan ikä ja suorituskyky ja kasvaimen levinneisyysaste, histologinen tyyppi ja vaste ensivaiheen solunsalpaajahoidolle.

Epiteliaalisissa syövässä, lukuun ottamatta hyvin erilaistunutta, levinneisyysasteen I eikirkassoluista syöpää, kaikille potilaille tulee antaa solunsalpaajahoido. Ensivaiheessa paras hoito on paklitakselin ja karboplatiinin yhdistelmä, jota annetaan vähintään kuusi

hoitokertaa. Bevasitsumabi ensivaiheen solunsalpaajahoitoon yhdistettynä siirtää taudin uusiutumista hieman myöhemmäksi levinneisyysasteen III–IV taudeissa, etenkin sellaisilla potilailla, joilla jäännöskasvain on yli 1 cm:n kokoinen<sup>A</sup>. Ensihoidon hyvistä vasteista huolimatta epiteliaalilla munasarjasyöpällä on huomattava uusiutumisriski. Uusiutunutta epiteliaalista munasarjasyöpää voidaan hoitaa solunsalpaajilla, mutta sen hoitovaste on heikompi kuin ensivaiheessa. Vaste riippuu tautivapaan ajan pituudesta.

Itusolu- ja sukupienakasvaimet ovat yleensä nuorten naisten tauteja. Ne leviävät harvoin vatsaonteloon, ja niiden leikkaushoidoksi riittää tavallisesti kasvaimen puoleisten kohdun sivuelinten poisto. Levinneen taudin hoidossa käytetään platinapohjaisia solunsalpaajahoitoja, yleisimmin BEP-yhdistelmää.

ARTO LEMINEN  
ANNIKA AURANEN  
RALF BÜTZOW  
SAKARI HIETANEN  
MARJA KOMULAINEN  
TAPIO KUOPPALA  
JOHANNA MÄENPÄÄ  
ULLA PUUSTOLA  
MAARIT VUENTO  
PIIA VUORELA  
MERJA YLISKOSKI

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä

## Seuranta

Munasarjasyöpällä on huomattava uusiutumistaipumus. Seurannan ensisijaisena tavoitteena ovat potilaan psykososiaalinen tukeminen, hoitojen aiheuttamien haittojen havaitseminen ja hoitaminen ja taudin uusiutumisen toteuttaminen. Rutiininomaisen seurannan ei ole osoitettu pidentävän oireettomien potilaiden elinikää.

## Ennuste

Kun huomioidaan kaikki levinneisyysasteet, epiteliaalisten syöpien viiden vuoden elossa olevien osuus on noin 50 % (varhaisvaiheessa 80–90 %, levinneessä 20–30 %). Itusolu- ja sukupienakasvainten ennuste on merkittävästi parempi. ■

### NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

- A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ
- C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ

Koko suositus saatavissa: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

## Summary

### Update on Current Care guidelines: Ovarian Cancer

Ovarian cancer is the most lethal gynaecological cancer. It appears that seemingly ovarian or primary peritoneal carcinomas, in fact, originate from fimbriae. BRCA1/2 mutation carriers are recommended for the removal of ovaries and fimbriae, to reduce the risk of cancer. Treatment of epithelial ovarian cancer is based on the combination of surgery and chemotherapy. The residual tumour volume at the primary operation is the most important predictive factor of survival. The best response at the primary treatment is observed with combination chemotherapy with taxane and platinum. Adding bevacizumab to first line chemotherapy may improve survival.