



## Eturauhassyöpä

### Mitä uutta päivityksessä?

- Paikallisessa pienen uusiutumISRISKIN eturauhassyövässä hoitoina käytetään aktiiviseurantaa, radikaalileikkausta tai ulkoista tai lyhytetäisyysistä sädehoitoa.
- Levinneeseen tautiin on tullut uusia hoitomuotoja.
- Radikaalihoidon (eturauhasen poistoleikkaus, sädehoito) jälkeen seurantatutkimukseksi riittää pelkkä PSA-seuranta.
- Eturauhassyövän ennuste on parantunut viimeisten 15 vuoden aikana.
- Eturauhassyövän rutiiniseulontaa ei toistaiseksi suositella.

**Eturauhassyöpä** on miesten yleisin syöpä Suomessa. Vuonna 2010 maassamme todettiin 4700 uutta eturauhassyöpätapausta, taudin diagnoosi oli 40000 miehellä ja tautiin kuoli 850 miestä. Sairastuneiden keski-ikä on 70 vuotta. Ikä onkin eturauhassyövän tärkein riskitekijä. Sen lisäksi vahvimmat tunnistetut riskitekijät ovat etninen tausta, periytyvä alttius ja ympäristötekijät.

### Oireet ja diagnoosi

Varhaisvaiheessa eturauhassyöpä ei aiheuta mitään oireita tai oireet ovat hyvänlaatuisille eturauhas- ja virtsarakkosairauksille tyypillisiä virtsaamisoireita. Pitkälle edenneen eturauhassyövän oireena on etäpesäkkeistä johtuva luustokipu tai -murtuma.

Eturauhassyöpäepäily perustuu eturauhasen tunnustelulöydökseen tai poikkeavaan seerumin prostataspesifisen antigeenin (PSA) pitoisuuteen. Syöpädiagnoosi tehdään eturauhasesta otettujen koepalojen mikroskooppisella tutkimuksella, jolla määritetään syövän

aggressiivisuus ja laajuus. Luuston gamma-kuvaus tehdään yleensä silloin, jos potilaalla on luustoperäisiä kipuja, yli 20 µg/l:n PSA-pitoisuus tai muita suuren riskin syövän ominaisuuksia. Tutkimusten sekä potilaan iän, peruskunnon, perussairauksien ja odotettavissa olevan eliniän perusteella kullekin potilaalle suositellaan juuri hänelle parasta tiedossa olevaa hoitomuotoa. Potilasta informoidaan eri hoitovaihtoehtojen sivuvaikutuksista ja hänen mielipiteensä huomioidaan hoidon valinnassa.

### Hoito

Paikallisessa pienen uusiutumISRISKIN eturauhassyövässä hoitoina käytetään aktiiviseurantaa, radikaalileikkausta tai ulkoista tai lyhytetäisyysistä sädehoitoa. Pienen riskin eturauhassyöpäpotilaiden ennuste on erinomainen jopa ilman hoitoa<sup>A</sup>. Kohtalaisen riskin syöväle hoidoiksi taas suositellaan leikkaushoitoa tai ulkoista sädehoitoa, johon yhdistetään lyhytaikainen (4–6 kuukautta) esiliitännäishormonihoito parantamaan hoitotuloksia.

Suuren riskin syövän hoitoon suositellaan leikkaus- tai sädehoitoa sekä usein näiden yhdistelmähoitoja ja hormonihoitoa. Sädehoitoon yhdistetään pitkäaikainen (2–3 vuotta) hormonihoito. Jos eturauhassyövän etenemisen riski potilaan elinaikana katsotaan potilaan perussairauksien tai korkean iän takia pieneksi, päädytään yleensä passiiviseen seurantaan ja oireita hoidetaan hormonihoitolla.

Paikallisesti levinneen eturauhassyövän käytettävissä olevat hoitomuodot ovat radikaalileikkaus tai ulkoinen sädehoitohoito (+hormonihoito) ja hormonihoito.

Etäpesäkkeinen eturauhassyöpä hoidetaan hormonihoitolla. Kastratioresistentin metastasoineen eturauhassyövän hoito tähtää oireiden vähentämiseen ja elämänlaadun parantamiseen. Käytössä ovat solunsalpaajahoidot,

uudet androgeenisignalointireitin inhibiittorit, luukudokseen vaikuttavat lääkkeet ja urologiset toimenpiteet.

## Ennuste

Eturauhassyövän ennuste on parantunut viimeisten 15 vuoden aikana. Tautiin sairastuneiden suhteellinen elossaololuku on 5 vuoden kohdalla 93 %. Paikallista, hyvin erilaistunutta pienen riskin eturauhassyöpää sairastavien miesten 10 vuoden elossaoloennuste on hoitomuodosta riippumatta sama<sup>B</sup>. Kohtalaisen ja suuren riskin paikallisen eturauhassyövän leikkaushoito pidentää potilaiden odotettavissa olevaa elinaikaa<sup>A</sup>. Levinnyttä, etäpesäkkeitä lähettänyttä eturauhassyöpää sairastavien miesten keskimääräinen elinaikaennuste on 2–3 vuotta ja kolmannes potilaista on elossa 5 vuoden kuluttua diagnoosista.

## Seuranta

Eturauhassyöpäpotilaan jälkiseuranta voidaan toteuttaa erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa joko lääkärin tai hoitajan järjestämänä tai automatisoidusti. Seuranta toteutetaan aina yksilöllisesti. Radikaalihoidon jälkeen (eturauhasen poistoleikkaus, sädehoito) seurantatutkimukseksi riittää pelkkä PSA-seuranta.

## Seulonta

Eturauhassyövän rutiiniseulontaa ei toistaiseksi suositella. Ylidiagnostiikka on eturauhassyöpäseulonnan suurin ongelma, sillä se aiheuttaa ylihoitoa, jolloin miehet altistuvat tarpeettomasti hoidon komplikaatioille<sup>B</sup>. PSA:n tutkimista ei pidä kieltää virtsaamisoireisilta tai sellaisilta miehiltä, joilla on huoli siitä, että he sairastavat eturauhassyöpää, kunhan heille kerrotaan, mihin jatkotoimenpiteisiin PSA:n tutkiminen voi johtaa. Miehillä, joiden lähisuvussa on ollut kaksi tai useampia eturauhassyöpätapauksia tai lähisukulaisen eturauhassyöpä on todettu keskimääräistä nuorempana (alle 55-vuotiaana), PSA:n määrittäminen ja seuranta 1–4 vuoden välein ovat suositeltavia. ■

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

SIRPA AALTOMAA (pj.)  
PEKKA JOUSILAHTI  
VESA KATAJA  
MERJA KORPELA  
PAULA KUJALA  
MATTI LAATO  
PAULA LINDHOLM  
MIKA MATIKAINEN  
ANTTI RANNIKKO  
RAIJA SIPILÄ  
TEUVO TAMMELA

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Urologiyhdistys ry:n asettama työryhmä

## Summary

### Update on Current Care Guideline: Prostate cancer

The annual incidence of prostate cancer (PC) in Finland was 4 700 (year 2010). The treatment decision is made together with the patient according to patient characteristics, cancer classification and recurrence risk rate. For local PC, recommended treatment is active surveillance, radical prostatectomy, radiation (+/- hormonal) therapy or hormonal therapy. Metastatic PC patients are treated with hormonal therapy. The aim for castrate resistant metastatic PC patients is to improve quality of life and relieve symptoms. The 5-year survival rate is 93 %. Follow-up is tailored individually. Population based PSA screening is not recommended.