

Moniammatillinen rintasyöpäkokous Turun yliopistollisessa keskussairaalassa

Hyväksytty 30.1.2014, ohjaaja Ilkka Koskivuo, LT, plastiikkakirurgian erikoislääkäri,
Plastiikka- ja yleiskirurgian klinikka, Turun yliopistollinen keskussairaala

Moniammatillinen hoitokokous on tärkeä osa rintasyöpäpotilaan hoitoa

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpäsairaus, ja sen nykyaikainen hoito edellyttää moniammatillista tiimityötä. Useimmissa rintasyöpää hoitavissa sairaaloissa kokoontuu säännöllisesti moniammatillinen työryhmä, jonka tavoitteena ovat tarkempi diagnostiikka, paremmin suunniteltu yksilöllinen hoito, sujuvampi hoitopolku ja nopeampi jatkohoitoon pääsy.

Tyksissä leikkausta edeltävään hoitokokoukseen valitaan potilaat, joiden rintasyöpädiagnoosi on epäselvä tai joiden kuvantamistai biopsialöydökset vaativat lisäselvittelyä. Kokoukseen ottamista voi ehdottaa kuka tahansa kokouksen jäsen, mutta useimmiten päätöksen tekee uuden potilaan lähetteen lutenut kirurgi.

Hoitokokouksen vakiojäseneet ovat rinta- rauhaskirurgi (yleis- tai plastiikkakirurgi), radiologi, patologi, syöpälääkäri, rintahoitaja ja röntgenhoitaja. Kokouksen päätökset kirjaa puheenjohtajana toimiva kirurgi potilaan sairauskertomukseen. Potilaat saavat tiedon hoitopäätöksistä joko puhelimitse tai saapuessaan kirurgian poliklinikalle.

Tässä takautuvassa rekisteritutkimuksessa selvitettiin rintasyöpäkokouksen vaikutusta leikkaushoidon suunnitteluun ja sen tuloksiin. Tutkimusaineistona oli 393 Tyksissä vuonna 2007 leikattua rintasyöpäpotilasta. Potilaat jaettiin kahteen ryhmään sen perusteella, käsiteltiinkö heidän asioitaan hoitokokouksessa vai ei.

Hoitokokoukseen ohjautui 37 % potilaisista, loput 63 % leikattiin kirurgin itsenäisellä päätöksellä. Hoitokokousryhmän potilaat olivat keskimäärin nuorempia, heidän kas-

vaimensa olivat kookkaampia ja diagnoosina heillä oli useammin lobulaarinen rintasyöpä tai duktaalinen in situ -karsinooma (DCIS). Ilman hoitokokousta leikkaukseen ohjautuivat useammin potilaat, joiden diagnoosina oli yhden pesäkkeen invasiivinen duktaalinen karsinooma.

Hoitokokousryhmän potilailla odotusaika lähetteen saapumisesta leikkaukseen oli keskimäärin yhdeksän vuorokautta pidempi kuin verrokeilla. Hoitokokousryhmässä rinnan poistoleikkausten osuus (43 %) oli hieman suurempi kuin vertailuryhmässä (39 %), mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Uusintaleikkauksia tehtiin enemmän hoitokokousryhmässä (29,4 %) kuin vertailuryhmässä (19,4 %). Leikkauskomplikaatioiden määrässä ei ollut merkitsevää eroa ryhmien välillä.

Potilaiden keskiseuranta-aika oli 3,5 vuotta. Seurannan aikana rintasyöpä uusiutui hoitokokousryhmässä yhdeksällä (6,2 %) ja vertailuryhmässä 26 potilaalla (10,5 %). Rintasyöpään kuoli hoitokokousryhmässä viisi potilasta (3,4 %) ja vertailuryhmässä 13 (5,3 %). Potilaiden ennuste taudittoman elinajan ja kokonaiselinajan suhteen oli siis hieman parempi hoitokokousryhmässä, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Hoitokokousryhmän potilaat olivat yleensä valikoituneita ja vaikeampihoitoisia, mikä selittää erot tutkimusryhmien välillä. Moniammatillinen hoitokokous on tärkeä osa rintasyöpäpotilaan hoitoprosessia. Kokouksen lisäarvo on eri erikoisalojen lääkärien välinen elävä vuoropuhelu, jota ei voi korvata kirjallisilla konsultaatiolausunnoilla. ■