Jukka Sirén ja Arto Kokkola

Aiempaa useampi haimasyöpä on leikattavissa

Haimasyövän ennuste paranee

Haimasyöpäpotilaiden määrä lisääntyy, pääosin väestön ikääntymisen vuoksi. Vuonna 1990 Suomessa todettiin 703 haimasyöpää ja vuonna 2016 vastaava luku oli 1 162 (1). Haimasyövän ennuste on kehittyneistä hoitomenetelmistä huolimatta edelleen huono, sillä vain noin 5 % potilaista on elossa viiden vuoden kuluttua diagnoosista (1).

Haimasyöpää pidetään lähes aina toteamisvaiheessa systeemisesti levinneenä, eikä pelkkä leikkaushoito sitä siksi useinkaan paranna. Diagnoosivaiheessa merkittävä osa haimasyövistä on myös kuvantamistutkimusten perusteella haiman ulkopuolelle edenneitä. Puolella potilaista todetaan kaukoetäpesäkkeitä, ja 30 % kasvaimista on paikallisesti edenneitä. Vain alle 20 % haimasyöpää sairastavista on ollut leikkaushoidon piirissä (2).

Viiden vuoden kuluttua leikkauksesta elossa on 20 % potilaista

Vaikka haimasyövän kokonaisennuste ei ole merkittävästi parantunut, ovat kuratiivistavoitteisesti leikattujen potilaiden kolmen ja viiden vuoden elossaolo-osuudet kuitenkin parantuneet kehittyneen leikkaustekniikan ja solunsalpaajahoitojen ansiosta. Kolmekymmentä vuotta sitten haimasyöpäpotilaista juuri kukaan ei ollut elossa viiden vuoden kuluttua leikkauksesta, mutta nykyisin elossa olevien osuus on noin 20 %.

Haimasyöpä jaetaan paikallisen laajuutensa mukaan kolmeen ryhmään: leikattaviin, paikallisesti edenneisiin sekä rajatapauksiin. Yksinkertaistetusti siis paikallisesti edenneissä tapauksissa kasvain on edennyt valtimoiden (maksavaltimo, sisusvaltimorunko tai ylempi suolilievevaltimo) ympärille. Aiemmin kasvaimen kasvu verisuoniin oli leikkauksesta luopumisen syy. Nykyisin ylemmän suolilievelaskimon tai porttilaskimon resektiot ovat rutiinitoimenpiteitä, eikä potilaiden ennuste niiden jälkeen poikkea tavallisen haimaleikkauksen jälkeisestä ennusteesta (3). Esimerkiksi HYKS:ssä tehtiin vuosina 2000–2015 yhteensä 155 laskimoresektiota eli reilussa 10 %:ssa leikkauksista. Leikkauskomplikaatioiden määrä tai leikkauskuolleisuuskaan eivät eronneet tavanomaisen haimaresektion luvuista.

Suuriin valtimoihin kiinnittyneen kasvaimen leikkaushoitoon sen sijaan on liittynyt lisääntynyt leikkauskomplikaatioiden ja -kuolleisuuden riski, ja ennuste on pysynyt huonona leikkaushoidosta huolimatta (4). Valtimoihin kiinnittynyt tai etäpesäkkeinen haimasyöpä jätetään useimmiten leikkaamatta. Helsingissä on tehty yksittäisiä, lähinnä yhteisen maksavaltimon resektioita. Paikalliset imusolmukeetäpesäkkeet sen sijaan eivät estä kasvaimen poistoa, vaikka ne huonontavatkin ennustetta.

Useissa maailman johtavissa haimakirurgian keskuksissa on jo useiden vuosien ajan edetty yhä radikaalimpaan suuntaan, ja paikallisesti edenneitä kasvaimiakin on hoidettu kohtalaisin tuloksin. Tuoreen takautuvan julkaisun mukaan valtimoresektioihin ei liittynyt lisääntynyttä leikkauskuolleisuutta, ja viiden vuoden elossaolo-osuus oli 23 % (5). Maksaan, vatsakalvolle tai keuhkoihin levinnyt haimasyöpä on edelleen yleensä leikkauksen vasta-aihe. Viimeaikaisten takautuvien julkaisujen mukaan valikoidut potilaat ovat kuitenkin hyötyneet leikkaushoidosta myös metastasoituneessa

tilanteessa (6,7). Leikkaukseen eteneminen edellyttää etäpesäkkeiden selkeää reagoimista hoitoon tai häviämistä syöpähoitojen aikana, ja ne on voitava poistaa leikkauksessa.

Leikkauksen jälkeen annettavan solunsalpaajahoidon on todettu parantavan potilaiden ennustetta (8). Merkittävä osa haimaleikkauspotilaista saa kuitenkin leikkauksen jälkeen komplikaatioita tai on suuren leikkauksen jälkeen niin huonossa kunnossa, että liitännäisluonteisen solunsalpaajahoidon antaminen ei ole mahdollista. Valtaosa keskuksista antaakin rajatapauksissa ja paikallisesti edenneissä tapauksissa syövän esiliitännäishoitoa ennen leikkausta.

Tuoreen meta-analyysin mukaan esiliitännäishoito parantaa potilaiden ennustetta, vaikka tällöin haimaresektioon päätyvien potilaiden määrä onkin pienempi kuin suoraan leikattujen (9). Toistaiseksi on epäselvää, mikä esiliitännäishoitomuodoista on paras. Alustavasti näyttää siltä, että fluorourasiilin, leukovoriinin, irinotekaanin ja oksaaliplatiinin yhdistelmällä voidaan saavuttaa parhaat tulokset (10). Osalle potilaista voidaan antaa lisäksi kemosädehoito.

Joissakin haimasyöpäkeskuksissa pyritään esiliitännäishoidon jälkeen leikkaamaan rajatapausten lisäksi myös paikallisesti edenneet tapaukset. Edellytyksenä on, että potilas ei ole joutunut keskeyttämään esiliitännäishoitoa, kasvain ei ole hoidon aikana edennyt tai lähettänyt etäpesäkkeitä ja että CA19-9-antigeenin pitoisuus on merkittävästi pienentynyt. Leikkauksen mahdollisuus arvioidaan moniammatillisesti.

Radiologisesti ei voida päätellä, onko suonia ympäröivässä kudoksessa jäljellä elävää kasvainsolukkoa vai onko se korvautunut desmoplastisella reaktiolla. Leikkauksissa tehdäänkin jääleiketutkimuksia, ja mikäli elävää kasvainsolukkoa ei todeta, poistetaan kasvain ja valtimoa ympäröivä kudos useimmiten valtimon resektiota välttäen. Osassa tapauksista histologisessa tutkimuksessa voidaan todeta täydellinen vaste esiliitännäishoitoon.

Haimasyövän hoito on siis murroksessa, ja leikkaushoitoa kannattaa harkita yhä laajemmalle potilasjoukolle. Tuoreen hollantilaistutkimuksen mukaan laajentuneet leikkausaiheet eivät lisänneet leikkauskomplikaatioita, mutta potilaiden ennuste parani (11). Suomessa haimasyövän hoito on keskitetty yliopisto- tai vastaaviin sairaaloihin, mutta tavallista laskimoresektiota vaativampia verisuonirekonstruktioita tarvitsevat potilaat kannattaisi mielestämme keskittää HUS:n onkovaskulaariseen keskukseen. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Syöpätilastosovellus [verkkotietokanta]. Suomen Syöpärekisteri. https://syoparekisteri.fi/tilastot/tautitilastot/.
2. Huang L, Jansen L, Balavarca Y, ym. Resection of pancreatic cancer in Europe and USA: an international large-scale study highlighting large variations. Gut 2019;68:130–9. ´
3. Ravikumar R, Sabin C, Abu Hilal M, ym. Portal vein resection in borderline resectable pancreatic cancer: a United Kingdom multicenter study. J Am Coll Surg 2014;218:401–11.
4. Mollberg N, Rahbari NN, Koch M, ym. Arterial resection during pancreatectomy for pancreatic cancer. a systematic review and meta-analysis. Ann Surg 2011;254:882–93.
5. Del Chiaro M, Rangelova E, Halimi A, ym. Pancreatectomy with arterial resection is superior to palliation in patients with borderline resectable or locally advanced pancreatic cancer. HPB (Oxford) 2018. DOI: 10.1016/j.hpb.2018.07.017.
6. Tachezy M, Gebauer F, Janot M, ym. Synchronous resections of hepatic oligometastatic pancreatic cancer: disputing a principle in a time of safe pancreatic operations in a retrospective multicenter analysis. Surgery 2016;160:136–44.
7. Hackert T, Niesen W, Hinz U, ym. Radical surgery of oligometastatic pancreatic cancer. Eur J Surg Oncol 2017;43:358–63.
8. Neoptolemos JP, Palmer DH, Ghaneh P, ym. Comparison of adjuvant gemcitabine and capecitabine with gemcitabine monotherapy in patients with resected pancreatic cancer (ESPAC-4): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. Lancet 2017;389:1011–24.
9. Versteijne E, Vogel JA, Besselink MG, ym. Meta-analysis comparing upfront surgery with neoadjuvant treatment in patients with resectable or borderline resectable pancreatic cancer. Br J Surg 2018;105:946–58.
10. Klaiber U, Leonhardt CS, Strobel O, ym. Neoadjuvant and adjuvant chemotherapy in pancreatic cancer. Langenbecks Arch Surg 2018. DOI: 10.1007/s00423-018-1724-8.
11. van Roessel S, Mackay TM, Tol JAMG, ym. Impact of expanding indications on surgical and oncological outcome in 1434 consecutive pancreatoduodenectomies. HPB (Oxford) 2018. DOI: 10.1016/j.hpb.2018.10.020.

JUKKA SIRÉN, LKT, hallinnollinen ylilääkäri, kirurgian ja vatsaelinkirurgian erikoislääkäri
HUS Vatsakeskus

ARTO KOKKOLA, dosentti, kirurgian ja vatsaelinkirurgian erikoislääkäri, osastonylilääkäri
HUS Vatsakeskus

SIDONNAISUUDET

Jukka Sirén: Ei sidonnaisuuksia

Arto Kokkola: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Johnson & Johnson)