

# Urologiset syövät

## Munuaissyöpä

### EPIDEMIOLOGIA

- Suomessa todetaan n. 800 tapaus-ta vuosittain. Munuaissyöpään kuolee Suomessa n. 320 henkeä vuosittain.
- Tupakka ja lihavuus ovat tunnettuja riskitekijöitä.
- N. 2 % munuaissyövästä on perinnöllisiä
- Perinnölliseen von Hippel–Lindaun tautiin liittyy lisääntynyt munuaiskarsinooman riski (jopa 30 %).

### OIREET JA LÖYDÖKSET

- Oireita ovat verivirtsaisuus (40 %) <sup>C</sup>, kipu, laihtuminen, kuumailu, väsymys, hypersedimentaatio, anemia (3–5 %:lla kuitenkin erytrocytoosi erytropoietiinierytyksen takia), nopeasti kehittyvä varikoseele, resistenssi munuaiseudussa.
- Kaikukuvaus on paras diagnostinen tutkimus. Tarvittaessa otetaan kaikuohjattu biopsia. Tietokonekerros- ja magneettikuvaukset ovat hyviä arvioitaessa taudin levinneisyyttä.
- Munuaissyöpä kasvaa usein ympäristöön. Metastaaseja löytyy imusolmukkeista, luustosta, keuhkoista, ihon alta jne.
- Munuaissyöväen etsimiseksi ei ole tällä hetkellä olemassa hyvää verestä tai virtsasta mitattavaa merkkiainetta.

### HOITO

- Rutiinihoito on ekstrasfakiaalinen nefrektomia (avoin tai laparoskopinen), jos tauti on paikal-

linen. Pienet kasvaimet voidaan poistaa osaresektiolla. Myös alantolaskimoon levinnyt munuaissyöpä kannattaa leikata. Yksittäiset metastaasit (esim. keuhkoissa) poistetaan leikkauksessa.

- Metastasoineen syövän hoitoja ovat palliatiivinen munuaisten poisto, tyrosiinikinaasistaajat soraferinibi ja sunitinibi sekä mTOR-proteiinin estäjä temsirolimuusi. 5-fluorourasiiliin ja immunoterapiin (alfa-interferoni A ja interleukiini-2) kombinaatio on edelleen käytössä.
- Kivun lievitys on tärkeää ja kertaannoksinen 8 Gy sädehoito on hyvä.

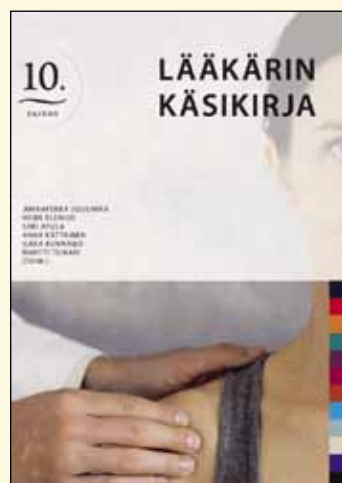
### SEURANTA

- Tavoitteena on yksittäisten hoitettavissa olevien etäpesäkkeiden toteaminen.
- Toteutetaan alkuhoidon antaneessa yksikössä 3–6 kk:n välein kahteen vuoteen saakka.
- Ellei uusiutumista todeta, seuranta jatketaan terveyskeskuksessa, jossa on kontrollit 6 kk:n–1 v:n välein 5 vuotta.
- Seurantatutkimukset ovat La tai CRP, PVK, S-ALAT, S-ASAT, S-AFOS, S-Krea, PLV, thorax-rtg ja vatsan kaikututkimus.

## Rakkosyöpä

### EPIDEMIOLOGIA

- Suomessa todetaan vuosittain n. 800 tapaus-ta.
- Tupakointi ja tietyt kemikaalit ja väriaineet ovat riskitekijöitä (kemian, öljy- ja maalliteollisuuden aloilla



työskentelevät sekä kampaajat)

- Yli 90 % on välimuotoisen epiteelin syöpiä.

### OIREET JA LÖYDÖKSET

- Oireena on verivirtsaisuus 85 %:lla. Rakon ärsytysoireita on 30 %:lla.
- + Makroskooppinen verivirtsaisuus ja sedimentissä yli 5 punasolua/näkökenttä on aihe virtsan sytologiseen tutkimukseen, kystoskopiaan ja munuaisten kaikututkimukseen.
- Rakkosyövän leviäminen riippuu erilaistumisasteesta ja invaasiovyvyydestä. Rakkosyöpä metastasoi lantion imusolmukkeisiin, keuhkoihin ja luustoon.

### HOITO

- Hoitovaihtoehdot ovat elektrospektio ja koagulaatio, rakkoresektio, rakon poisto <sup>B</sup>, sädehoito ja intravesikaaliset hoidot <sup>A</sup> (epirubi-

siini, mitomysiini C tai BCG<sup>B</sup>, 5–6 kertaa viikon välein, sitten kerran kuukaudessa vuoden ajan<sup>B</sup>. Lapa-rooskooppinen tai robottiauvasteinen kystoprostatektomia lisääntyy.

- Fluoresenssikystoskopia ja kasvaimen elektrospektio käyttäen 5-aminolevuliinihappoa ja sinivaloa näyttäisi vähentävän kasvaimen uusiutumista.
- Rakkoa säästävä hoitomuoto ei ole antanut hyviä tuloksia infiltoivissa rakkosyövissä. Infiltoivan syövän hoito on edelleen radikaali leikkaus liittäen mukaan adjuvantti- ja neoadjuvanttihoidot.
- Hoidon valintaan vaikuttavat histologinen gradus, TNM-luokitus<sup>B</sup>, potilaan ikä ja kunto jne. Metastasoitilanteessa käytetään solunsalpaajien kombinaatiohoitoa.
- Keskimäärin 70 % syövästä uusiutuu, mutta paikalliset uusiutumiset pystytään yleensä hoitamaan tehokkaasti. Viiden vuoden jälkehen uusiutumisvaara on enää alle 5 %.

## SEURANTA

- Toteutetaan kirurgisissa ja urologisissa yksiköissä.
- Virtarakon tähytys, virtsan sytologinen tutkimus ja mahdollisesti BTA- ja/tai NMP22-testit, tarvittaessa kuvantaminen.
- Tähytys tehdään ensimmäisen vuoden ajan 3 kk:n välein, kaksi seuraavaa vuotta 6 kk:n välein, sitten vuosittain.
- Jos kasvain ei ole uusiutunut viiteen vuoteen, voivat PLV- ja sytologiakontrollit avohoidossa riittää tämän jälkeen.

## Kivessyöpä

### EPIDEMIOLOGIA

- Suomessa todetaan 100–110 kivessyöpää/vuosi. Esiintymisessä

on tapahtunut vähäistä kasvua.

- Eräs kivessyövän riskiä kohottava tekijä on piilokiveksisyys (retentio testis), joka tulisi hoitaa kahden ensimmäisen elinvuoden aikana.
- Seminoomia on eniten 30–35-vuotiailla ja muita syöpiä 25–29-vuotiailla.
- Histologisesti useita eri tyyppejä. 90 % saa alkunsa sukusoluista: puolet seminoomia, puolet muita (esim. embryonaalinen karsinooma, teratooma, teratokarsinooma, istukkasyöpä).

## OIREET JA LÖYDÖKSET

- Oireina ovat kiveksen suureminen (aina selvittävä), kyhmy, konsistenssin muutos, epämääräinen jomutus ja pitkittynyt epididymiitti.
- Kaikututkimuksessa todetaan suurentunut, yleensä epähomogeeninen tuumori kiveksen sisällä.
- TT:llä selvitetään mahdolliset retroperitoneaaliset imusolmuke- ja keuhkometastaasit.

## HOITO

- Alkuhoitona on aina leikkaus, ja sitä seuraa seminoomissa yleensä sädehoito.
- Solunsalpaajahoito annetaan, jos kasvain on metastasoinut. Yli 90 % levinnyttäkin tautia sairastavista paranee.
- Levinneistäkin ei-seminoomista 60–70 % paranee solunsalpaajahoidolla.
- Sädehoidon jälkeen fertiilitieetti säilyy 65 %:lla. Siemennestettä voidaan myös pakastaa ennen hoitoja.

## SEURANTA

- Toteutetaan keskussairaalassa tai hoitaneessa keskuksessa.
- Seminoomien kontrollit tehdään

## NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

**A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ**

**B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ**

**C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ**

**D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ**

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)

Lääkärin käsikirja 4.3.2009  
© 2011 Kustannus Oy Duodecim

4 kk:n välein 5 vuoden ajan vain leikkauksella hoidetuille, 3 kk:n välein 3 vuoteen saakka lääkkein hoidetuille, sitten 6 kk:n välein 5 vuoteen saakka.

- Ei-seminoomien kontrollit toteutetaan ensimmäisen vuoden ajan kerran kuukaudessa, toisen vuoden aikana 3 kk:n välein ja tämän jälkeen 6 kk:n välein 5 vuoteen saakka.
- Seurannassa tutkitaan ennen orkiektomia suurentuneina olleet merkkiaineet (S-AFP, S-hCG). Tietokonekerroskuvaus vatsan ja keuhkojen alueilta otetaan 2–6 kk:n välein.
- Harvempijaksoista seuranta kannattaa jatkaa pitkään, koska kasvain uusiutuu myöhään, jopa 10 vuotta primaarileikkauksen jälkeen. Uusiutuneiden kasvainten hoitotulokset ovat hyviä.

## Kirjallisuutta

- Kiuru M, Kujala M, Aittomäki K. Inherited forms of renal cell carcinoma. Scand J Surg 2004;93(2):103-11.