

Timo Atula, Mira Naukkarinen ja Katri Aro

Sylkirauhaskasvaimet

Sylkirauhaskasvaimen löydöksenä on tyypillisesti oireeton kyhmy. Kuvantamistutkimusten ja ohutneulanäytteen avulla saadaan määriteltyä yleensä todennäköinen, ainakin suuntaa antava diagnoosi, mutta näiden tutkimusmenetelmien virhemahdollisuus tulee tuntea. Sytologisten näytteiden arvioinnissa on siirrytty Milanon luokitukseen, ja diagnostiikassa suositetaan yhä enemmän paksuneulanäytteen käyttöä. Sylkirauhaskasvainten leikkauksissa on omat erityispiirteensä. Esimerkiksi tavallisimman hyvänlaatuisen kasvaimen, pleomorfisen adenooman, riittämätön poisto voi johtaa lukuisten uusien kasvaimien muodostumiseen leikkausalueelle, jolloin hoito voi olla jopa lähes mahdotonta. Toiseksi yleisimmän kasvaintyyppin, Warthinin tuumorin, hoito on yhä useammin konservatiivinen, mutta diagnoosin on oltava varma. Diagnostisista tutkimustuloksista riippumatta kasvaimet tai kasvainpäälyt tulee ohjata arvioon korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikkaan.

Sylkirauhasen kasvaimista valtaosa esiintyy korvasylkirauhasessa, ja niistä suurin osa on hyvänlaatuisia. Muissa sylkirauhasissa pahanlaatuisten kasvainten osuus on suurempi. Kasvaimen löydöksenä on useimmiten oireeton kyhmy. Hyvän- ja pahanlaatuisia kasvaimia ei pystytä varmuudella erottamaan toisistaan kliinisen löydöksen, kaikkukuvauksen tai ohutneulanäytteen perusteella. Kasvainten laatu varmistuu vasta, kun ne on poistettu ja tutkittu histopatologisesti. Leikkausta edeltävillä tutkimuksilla pyritään todennäköiseen diagnostiikkaan, ja hoito suunnitellaan niiden mukaisesti. Sytologinen ja histologinen diagnostiikka on kehittynyt muun muassa immunohistokemiallisten värjäysten myötä. Viime vuosina sekä neulanäytevastausten että kasvaintyyppien luokitus, tutkimuskäytännöt ja osittain myös hoitokäytännöt ovat muuttuneet.

Kasvaintyyppit

Luokittelu ja sijainti. Yleisesti vielä käytössä olevan vuoden 2017 WHO:n luokituksen mukaisesti sylkirauhasen kasvaimiin kuuluu 11 hyvänlaatuista ja 20 pahanlaatuista kasvaintyyppiä (TAULUKKO 1) (1). Alustavaan päivitet-

tyyn luokitukseen on lisätty neljä uutta hyvänlaatuista ja kaksi pahanlaatuista kasvaintyyppiä (2). Suurin osa (70–80 %) kasvaimista sijaitsee korvasylkirauhasessa ja noin 20 % leuanalussylikirauhasessa (KUVA 1). Kielenalussylikirauhasen kasvaimet ovat hyvin harvinaisia. Lisäksi noin 10 % kasvaimista on lähtöisin pienistä sylkirauhasista ylähengitysteiden limakalvoilla. Pahanlaatuisten kasvainten suhteellinen osuus riippuu siitä, missä rauhasessa kasvain sijaitsee. Korvasylkirauhasessa olevista kasvaimista 10–20 %, leuanalussylikirauhasessa olevista 30–50 % ja pienten sylkirauhasen kasvaimista jopa 80 % on syöpäkasvaimia (1,3). Syöpien aggressiivisuus vaihtelee merkittävästi niiden histologian mukaan.

Esiintyvyys. Suomessa todetaan vuosittain noin 70–80 uutta suurten sylkirauhasen (korvasylkirauhanen, leuanalussylikirauhanen ja kielenalussylikirauhanen) syöpätapausta (4). Hyvänlaatuisten kasvainten määristä ei pidetä rekisteriä, mutta oman selvityksemme mukaan hyvänlaatuisia kasvaimia todettiin 1,6 miljoonan asukkaan alueella vuosittain korvasylkirauhasissa noin 150 ja leuanalussylikirauhasissa vain muutamia (3,5). Pienten sylkirauhaskasvainten tilastointi on haastavaa, koska niiden diagnoosikoodi merkitään kasvaimen sijainnin

TAULUKKO 1. Sylkirauhaskasvaimet (adenoomat ja karsinoomat).

Hyvänlaatuiset
Pleomorfinen adenooma
Warthinin tuumori
Myoepiteliooma
Basaalisolu- eli tyvisoluadenooma
Onkosytooma
Kanalikulaarinen adenooma ja muut duktaaliset papilloomat
Talirauhastyypin adenooma
Lymfadenooma, talirauhastyypin
Lymfadenooma, ei-talirauhastyypin
Kystadenooma
Papillaarinen sialadenooma
Duktaaliset papilloomat
Pahanlaatuiset
Asinussolukarsinooma
Mukoepidermoidikarsinooma
Adenokystinen karsinooma
Polymorfinen adenokarsinooma
Kirkassolukarsinooma
Basaalisolu- eli tyvisoluadenokarsinooma
Intraduktaalinen karsinooma
Määrittelemätön adenokarsinooma
Sylkitiehytkarsinooma
Myoepiteliaalinen karsinooma
Epiteliaalis-myoepiteliaalinen karsinooma
Karsinooma pleomorfisessa adenoomassa
Sekretorinen karsinooma
Talirauhastyypin adenokarsinooma
Karsinosarkooma
Huonosti erilaistunut karsinooma
– Erilaistumaton karsinooma
– Suurisoluinen neuroendokriininen karsinooma
– Pienisoluinen endokriininen karsinooma
Lymfoepiteliaalinen karsinooma
Levyepiteelikarsinooma
Onkosyyttinen karsinooma
Sialoblastooma

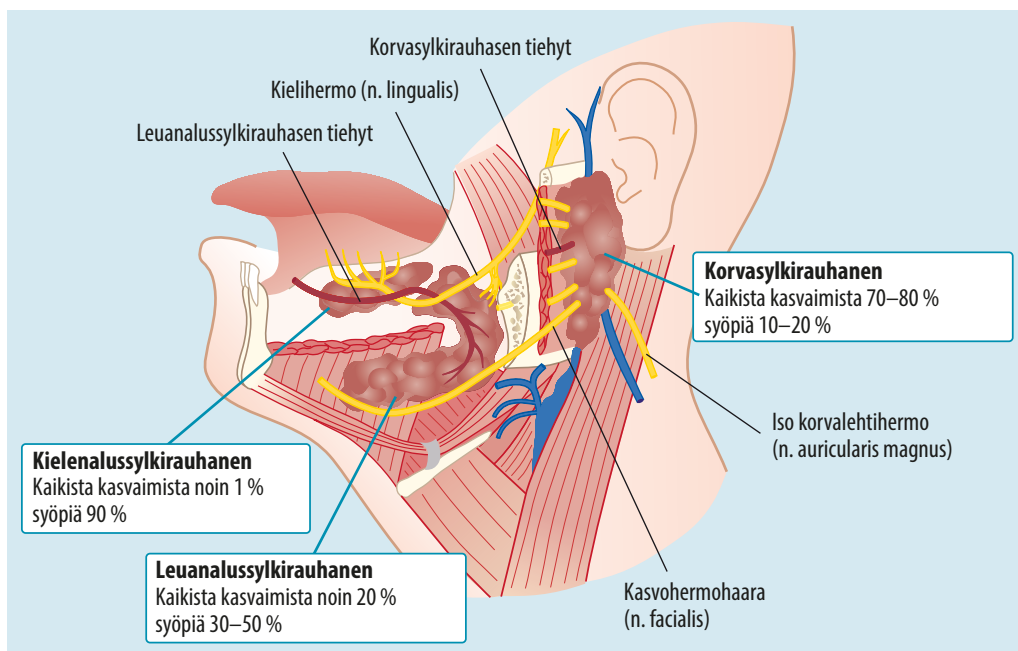
perusteella nenäontelon, nenänielun, suuontelon ja nielun eri alueiden mukaisesti.

Hyvänlaatuiset kasvaimet. Pleomorfiset adenoomat ovat yleisin sylkirauhaskasvaintyyppi, joka käsittää yli 70 % hyvänlaatuisista kasvaimista (6,7). Niiden ominaispiirteitä ovat mahdollisuus muuntua syöväksi ja uusiutumistaipumus etenkin riittämättömän kirurgisen

hoidon jälkeen. Hoito on yleensä kirurginen, ja siinä on tärkeää, että kasvain poistetaan ensimmäisen leikkauksen yhteydessä riittävin tervekudsmarginaalein. Pelkkä kasvaimen poisto tai kasvaimen kapselin hajoaminen leikkauksen yhteydessä saattavat lisätä huomattavasti kasvaimen uusiutumiskäsitä, joka on ilman näitäkin tekijöitä leikkauksen jälkeen noin 2 % (8–12). Uusiutuma on usein multipplei, ja uusiutumisen yhteydessä syövän mahdollisuus voi suurentua (8,9). Uusiutuneen kasvaimen kirurginen hoito on vaativaa. Korvasylkirauhasen uusintaleikkauksessa kasvohermovaurion riski on selvästi suurentunut tai hermoa ei voida edes säästää. Näiden seikkojen vuoksi hyvänlaatuisenakin pidettävän kasvaimen leikkaushoito vaatii kokemusta.

Toiseksi yleisin sylkirauhasten hyvänlaatuisen kasvain on Warthinin tuumori, joka on tupakoitsijoilla hieman yleisempi tupakoimattomiin verrattuna (13). Kasvaintyyppille on ominaista, että samassa rauhasessa voi olla useita kasvaimia tai kummassakin korvasylkirauhasessa voi olla kasvain samanaikaisesti (1,14). Warthinin tuumori sijaitsee yleensä korvasylkirauhasessa, ja kun muuta sijaintia epäillään, diagnoosin luotettavuutta on pohdittava tarkkaan. Mikäli Warthinin tuumorin diagnoosi on varma ja kokenut patologi on tutkinut neulanäytteen, voidaan harkita leikkauksesta pidättäytymistä, erityisesti monisairaiden, vanhusten sekä sattumalöydöksenä havaittujen kasvainten osalta, kun leikkauksriskit ovat suurentuneet tai kasvain ei aiheuta merkittäviä oireita (13). Omassa yksikössämme tehdyn selvityksen mukaan leikkauksesta pidättäydyttiin yli puolessa tapauksista (5, Minna Sirviö ym., julkaisematon aineisto).

Pahanlaatuiset kasvaimet. Sylkirauhassyöpä on harvinainen sairaus, joten sen kansainvälinen hoito- ja tutkimusyhteistyö on tärkeää. Yleisimmät sylkirauhassyöväät ovat adenokystinen karsinooma, mukoepidermoidikarsinooma ja asinussolukarsinooma, jotka kattavat noin kaksi kolmasosaa kaikista sylkirauhasten syöväistä (15). Eri kasvaintyyppien aggressiivisuus vaihtelee, ja samaankin kasvaintyyppiin kuuluu käyttäytymiseltään erilaisia alaryhmiä. Maligniteettiasteiltaan kasvaimet ryhmitellään usein



KUVA 1. Pahanlaatuisten kasvainten suhteellinen osuus riippuu siitä, missä rauhasessa kasvain sijaitsee.

kolmeen ryhmään: matalan (low grade), keskinkertaisen (intermediate grade) ja korkean (high grade) maligniteettiasteen kasvaimiin.

Adenokystiset karsinoomat kasvavat tyypillisesti hitaasti, ja potilaalla on saattanut olla kyhmy jo vuosia. Kyseessä on kuitenkin aggressiivinen kasvain, jolle on tyypillistä perineuraalinen invaasio ja leviäminen hematogeenisesti. Lisäksi sillä on taipumus sekä paikallisiin uusiutumiin että kaukoetäpesäkkeisiin. Tauti voi uusiutua monia vuosia alkuperäisen kasvaimen hoidon jälkeen (16). Tämän vuoksi adenokystiset karsinoomat vaativat laajan kirurgisen poiston ja usein myös leikkauksenjälkeisen sädehoidon. Silti noin puolet potilaista menehtyy tautiin.

Matalan maligniteettiasteen mukoepidermoidikarsinooma uusi harvoin leikkauksen jälkeen, kun taas korkean maligniteettiasteen kasvaimet ovat aggressiivisia. Asinussolukarsinoomien ennuste on enimmäkseen erittäin hyvä. Myös muut syövät, erityisesti kasvojen ja päänahan alueen ihosyövät, voivat lähettää etäpesäkkeitä korvasylkirauhasen sisäisiin imusolmukkeisiin, ja joskus myös lymfooma voi ilmetä sylkirauhasalueella.

Oireet

Kasvaimet esiintyvät yleensä oireettomana tai vähäoireisena kyhmyä, joskus kovana ja kiinteänä alueena rauhasessa. Oireettoman massan hidas kasvuvauhti ei sulje pois pahanlaatuista kasvainta. Kasvu ympäröiviin kudoksiin tai siihen liittyvä kasvohermon tai muun hermon toiminnan heikkous liittyy kuitenkin pahanlaatuisiin kasvaimiin. Kipu yhdistetään usein pahanlaatuisiin kasvaimiin, mutta sitä esiintyy melko usein myös hyvänlaatuisten kasvainten yhteydessä (5). Myös kaulan imusolmukkeiden suurentuminen ilman infektioataustaa viittaa ensisijaisesti pahanlaatuiseen tautiin. Leuanalussylikirauhasessa tulehdukselliset muutokset ovat yleisempiä kuin kasvaimet. Tulehduksellisen rauhasen kiinteys ja mahdollinen suureneneminen voivat joskus muistuttaa kasvainta, mutta yleensä anamneesissa ilmenevä vaihteleva turvotus viittaa tulehdukselliseen muutokseen.

Diagnostiikka

Useimmissa tapauksissa diagnostiseksi tutkimukseksi ennen leikkaushoitoa riittää kaiku-

Ydinasiat

- ▶ Sylkirauhaskasvaimet tai -kasvainepäilyt tulee ohjata arvioon korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikkaan.
- ▶ Kliinisen tutkimuksen tai kaikukuvauksen avulla ei aina pystytä varmasti sulkemaan pois pahanlaatuista kasvainta.
- ▶ Ohutneulanäytteen virhemahdollisuus on huomioitava.
- ▶ Hoitona on tavanomaisesti leikkaus, poikkeuksena usein ilmeinen Warthinin tuumori.
- ▶ Eritysispiirteidensä vuoksi sylkirauhaskasvainten hoito suunnitellaan erikoissairaanhoidossa aina huolellisesti etukäteen.

kuvaus ja siihen yhdistetty neulanäytteen otto. Tyypillisesti muutoksesta otetaan sytologinen näyte. Sylkirauhaskasvainten laajan kirjon, kasvaimien sisäisen morfologisen heterogeenisuuden ja kasvaimien sytopatologisten ominaisuuksien päällekkäisyyden takia sytologisen näytteen diagnosointi on kuitenkin monissa tapauksissa vaikeaa. Erityisesti ohutneulanäytteiden tulkinnessa on huomioitava, että pahanlaatuinen löydös on luotettava, mutta hyvänlaatuisen neulanäytevastaus ei sulje pois syövän mahdollisuutta. Eräät sytologiset löydökset ovat kuitenkin varsin luotettavia: kun sytologinen löydös sopii pleomorfiseen adenoomaan, on oikean diagnoosin todennäköisyys noin 90–95 % (17,18). Kun löydös täyttää Warthinin tuumorin kriteerit, on diagnoosi vieläkin luotettavampi (19,20).

Sytologisessa luokituksessa käytetään nykyisin Milanon luokitusta aiemman viisiportaisen Papanicolaoun luokituksen sijaan (21,22). **TAULUKOSSA 2** on esitetty Milanon luokitus ja eri löydösten riski sille, että lopullinen histologinen diagnoosi (patologisanatominen diagnoosi, PAD) on pahanlaatuinen.

Kasvaimen tarkemman tyyppityksen ja erilaistumisasteen määrittämisen helpottamiseksi sylkirauhaskasvaimien diagnostiikassa on siirrytty yhä enemmän paksuneulanäytteen

käyttöön silloin kun se on mahdollista. Paksuneulanäytteellä saadaan enemmän materiaalia, mikä tarjoaa histologisen näkymän ja helpottaa analyysia. Diagnosoinnin paksuneulanäytteestä onkin osoitettu olevan ohutneulanäytettä tarkempaa (23–25). HUS:ssa on siirrytty vuonna 2019 käyttämään ensisijaisesti paksuneulanäytettä. Neoplastisten muutosten diagnosointiin ei suositella avobiopsiaa, ja sen mahdollinen harkinta erityistilanteissa, lähinnä lymfoomaa epäiltäessä, tulee jättää erikoissairaanhoitoon.

Magneettikuvaus tai tietokonetomografia (TT) on aiheellinen, jos kaikukuvauksessa tai neulanäytteessä havaitaan piirteitä, jotka herättävät epäilyn pahanlaatuisuudesta tai jos kasvain ulottuu syvyyteen siten, että kliininen tutkimus yhdessä kaikukuvauksen kanssa ei ole riittävä sen arvioimiseksi. Näiden kuvantamistutkimusten tarve arvioidaan erikoissairaanhoidossa. Yleensä leikekuvantamisista magneettikuvaus on ensisijainen. Kaikkien kuvantamistutkimusten yhteydessä arvioidaan kasvaimen laajuuden lisäksi kaulan alueen imusolmukkeet. Kuvantamistutkimuksilla ei kuitenkaan voida aina erottaa hyvän- ja pahanlaatuista muutoksia toisistaan (26).

Sylkirauhaskasvaimen todennäköinen diagnoosi tehdään esitietojen, kliinisen tutkimuksen, kuvantamisen ja neulanäytediagnostiikan perusteella, ja näiden tietojen pohjalta suunnitellaan hoito. Vasta leikkauksessa poistetun muutoksen histologinen tutkimus varmistaa lopullisen diagnoosin.

Kasvainten erotusdiagnostiikka

Suurten sylkirauhasten alueella oleva kyhmy voi olla lähtöisin myös muualta kuin sylkirauhasta. Usein jopa kuvausten perusteella on vaikeaa arvioida, liittyykö kyhmy sylkirauhaseseen. Erityisen vaikeaa tämä on leukakulman ja leuanalussylkirauhasen alueella. Kun aikuispotilaalla on aristamaton kyhmy kaulassa, tulee aina epäillä syöpää, tehdä suun ja nielun alueen huolellinen tutkimus sekä ohjata potilas erikoissairaanhoitoon jatkoarvioon.

Kyhmy syy voi olla muukin kuin kasvain, esimerkiksi epäspesifinen suurentunut imusolmuke, hyvänlaatuinen lymfoepiteliaalinen

TAULUKKO 2. Sylkirauhasten ohutneulanäytteiden Milanon luokitus.

Diagnostinen luokka		Syöpärisi	Mahdollisia löydöksiä	Toimenpidesuositus
I	Riittämätön näyte	25 %	Alle 60 diagnostista solua tai ei ollenkaan soluja Vain normaaleja sylkirauhassoluja, jos kliinisesti tai radiologisesti on todettu massa Ei-musinoosisen kystan sisältöä Teknisesti epäonnistunut näyte (värjäys, veri)	Kliininen ja radiologinen korrelaatio Uusi neulanäyte
II	Ei kasvainkudosta	10 %	Hyvänlaatuisia ei-neoplastisia muutoksia – Akuutti tai krooninen sylkirauhastulehdus – Granulomatoottinen sylkirauhastulehdus – Reaktiivisen imusolmukkeen hyperplasia – Sialadenoosi – Onkosytoosi	Kliininen seuranta ja radiologinen korrelaatio
III	Merkitykseltään määrittelemätön atypia (AUS)	20 %	Atyyppinen sytologinen löydös, josta puuttuvat määrälliset ja laadulliset sytomorfologiset piirteet ei-neoplasian tai neoplasian varmaan diagnosoimiseen	Uusi neulanäyte tai leikkaus
IVA	Hyvänlaatuinen neoplasia	< 5 %	Tietyn hyvänlaatuisen neoplasian luonteenomaiset sytomorfologiset piirteet – Pleomorfinen adenooma – Warthinin tuumori – Onkosytooma – Lipooma	Leikkaus tai kliininen seuranta
IVB	Epävarma neoplasia (SUMP)	35 %	Neoplasian sytomorfologiset ominaisuudet, mutta ei pystytä erottamaan, onko kyseessä hyvänlaatuinen vai pahanlaatuinen neoplasia	Leikkaus
V	Syöpäepäily	60 %	Ominaisuuksia, jotka viittaavat vahvasti mutta eivät yksiselitteisesti pahanlaatuiseen neoplasiaan	Leikkaus
VI	Syöpä	90 %	Sytomorfologisten ominaisuuksien yhdistelmä, joka on pahanlaatuisen neoplasian kannalta diagnostinen	Leikkaus

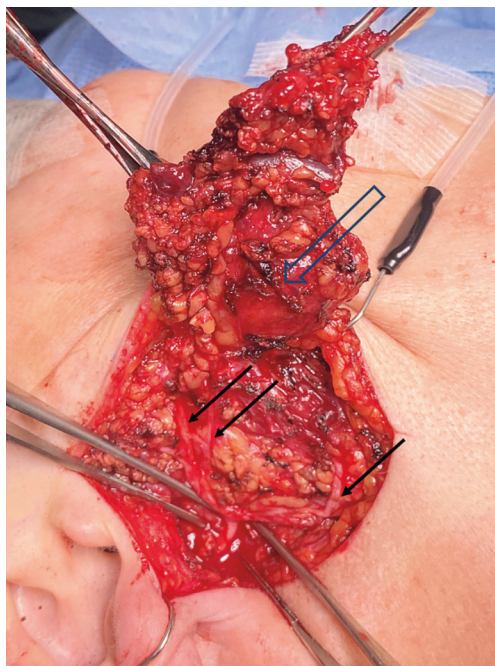
muutos tai sarkoidoosi. Selkeästi palpoituvat pienet, noin 1 cm:n kokoiset kyhmyt saattavat aiheuttaa diagnostisia ongelmia, kun kliinisinä vaihtoehtoina ovat imusolmuke ja kasvain. Kokeneelle tutkijalle kaikukuvauksessa nähtävä kyhmyrakenne, soikea muoto ja rasvanidus voivat paljastaa, että kyseessä on imusolmuke. Neulanäyte voi tällöin antaa merkittävää lisäapua hoitopäätöstä tehtäessä.

Hoito

Leikkaushoito. Sylkirauhaskasvaimet hoidetaan yleensä leikkauksella. Nykyisin harkitusti erikoissairaanhoidon arvioinnin perusteella voidaan pidättäytyä leikkauksesta, kun löydökset sopivat selkeästi Warthinin tuumoriksi tai jos iäkkään tai monisairaana potilaan muutos sopii hyvänlaatuisiksi kasvaimeksi. Tällöin on tarkkaan arvioitava kasvaimen leikkauksen ai-

heuttama hyöty suhteessa leikkauksen riskeihin ja harkittava seurannan tarve. Joskus leikkauksesta voidaan myös pidättäytyä, jos muutoksen sijainnin vuoksi leikkauksesta olisi odotettavissa potilaalle kohtuuton komplikaatioriski.

Sylkirauhaskasvainten kirurgiassa on omat erityispiirteensä, ja siksi niiden hoito on keskitetty. Korvasylkirauhasen kasvain vaatii useimmiten rauhasen niin sanotun pintalohkon poiston kasvohermon myötäisesti (**KUVAT 2 ja 3**). Rauhasen reuna-alueilla pieni kasvain voidaan leikata rajatummallakin leikkauksella niin sanotulla ekstrakapsulaarisella dissektiolla, jolloin otetaan mukaan myös hieman ympäröivää rauhaskudosta. Kasvohermon vaurio tai sen toiminnan heikkous on merkittävin korvasylkirauhasen leikkauksen riski (27). Korvasylkirauhasen hyvänlaatuisen kasvaimen leikkauksen jälkeen todetaan välittömästi tilapäinen, tavallisimmin vähäinen ja lähiviikkojen aikana



KUVA 2. Potilaalla on oikeassa korvasylkirauhasesaan noin 1,5 cm:n kokoinen kasvain, jonka ohutneulanäytteestä saatiin pleomorfiseen adenoomaan sopiva löydös. Leikkauksessa poistettiin kasvain (avoin nuoli) yhdessä rauhas kudoksen kanssa kasvohermon myötäisesti. Pinsettien kärkien kohdalla näkyvä kasvohermon päärunko haarautuu rauhasen sisällä pienemmiksi haaroiksi (nuolet).

korjaantuva hermon toiminnan heikkous jopa 40 %:lla potilaista, mutta pysyvän häiriön riski on alle 2 %. (27) Leuanalussylkirauhaseen kasvainten leikkauksissa on huomioitava suurempi syövän mahdollisuuden riski.

Kaikki syöpätapaukset käsitellään yliopistosairaalassa moniammatillisessa työryhmässä, jossa suunnitellaan jokaiselle potilaalle yksilöllinen, kansallisia ja kansainvälisiä hoitosuosituksia noudattava hoitokokonaisuus. Selvissä syöpätapauksissa tai syöpää epäiltäessä tehdään usein laajempi poisto, mikäli tavoitteena on parantava hoito. Toimiva kasvohermo pyritään aina säästämään, jos ei todeta selvää syövän kasvua siihen. Mikäli kasvohermo joudutaan poistamaan, sen aiheuttamaa toiminnan heikoutta pyritään korjaamaan hermosiirteillä ja staattisilla korjauksilla poiston yhteydessä. Staattisella korjauksella ei saada korjattua kasvolihasten toimintaa, mutta kohottamalla kudoksia saadaan kasvojen epäsymmetriaa pa-

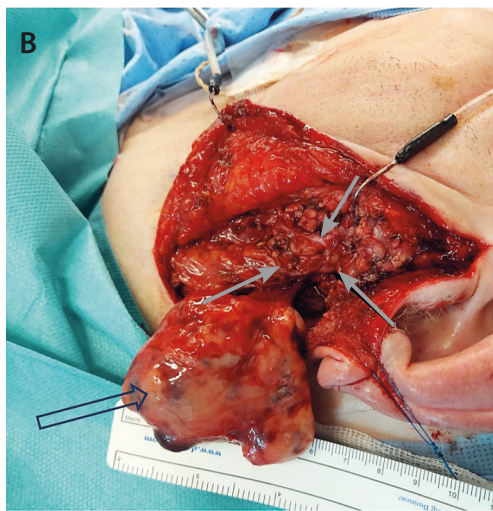
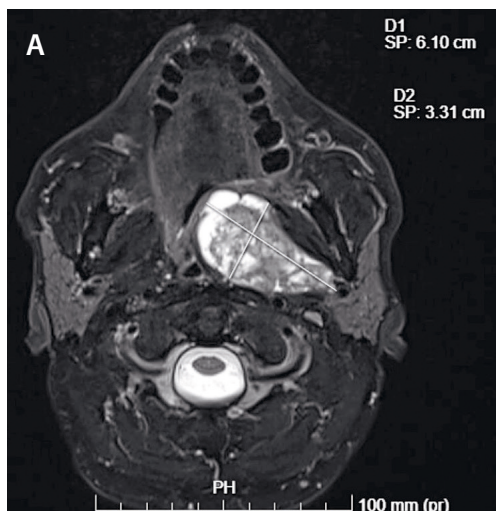
remmaksi. Leikkaukseen liitetään tapauskohtaisesti myös kaulan imusolmukkeiden poisto (28).

Syöpien liittämissä hoidot ja ennuste. Liittämissä hoidoista ei ole toistaiseksi julkaistu satunnaistettuja tutkimuksia, joten vallitsevat hoitolinjat perustuvat takautuviin tutkimuksiin. Sädehoitoa käytetään tyypillisesti leikkauksen jälkeen liittämissä hoidona muun muassa korkean maligniteettiasteen syövässä (esimerkiksi adenokystinen karsinoma ja sylkitiehytkarsinoma), T3- ja T4-luokan kasvaimissa tai kun ei ole saavutettu puhtaita kirurgisia tervekudosemarginaaleja. Mikäli kaulalla on todettu etäpesäkkeitä tai niiden riski on suuri, ulotetaan sädehoito myös kaulalle.

Kemoterapian tai kohdennetun lääkkeellisen hoidon hyöty on aina arvioitava tapauskohtaisesti (29,30). Joissakin syöpätyypeissä biomarkkeri tai geneettinen muunnos voi auttaa diagnosoinnissa ja tarjoaa näin mahdollisuuden kohdennettuun hoitoon. Androgeenireseptoriposiitivisuus ja HER2 sylkirauhaskasvaimessa viittaavat sylkitiehytkarsinomaan (salivary duct carcinoma), jolloin voidaan käyttää näihin kohdennettua lääkitystä. Sekretorisessa karsinomassa on mahdollista käyttää niin sanottua geeniohjattua syövän hoitoa, *NTRK*-geenifusio tuottaman *NRK*-proteiinin estäjähoitoa.

Uusia hoitomuotoja etsitään, mutta sylkirauhassyövän harvinaisuus ja useiden histologisten muotojen esiintyminen hankaloittavat laajoja eteneviä (prospektiivisiä) tutkimuksia. Taudin ennuste riippuu ratkaisevasti kasvaimen tyypistä ja maligniteettiasteesta. Suurten sylkirauhassyöpien yhteydessä miespotilaiden keskimääräinen viiden vuoden eloonjäämisenuste oli 69 % ja naispotilaiden 85 % vuosina 2012–2021, mutta useissa matalan maligniteettiasteen syövässä se on huomattavasti parempi (31–33).

Hoidon jälkeinen seuranta. Syövän seuranta toteutetaan erikoissairaanhoidossa eri erikoisalojen ammattitaitoa hyödyntäen. Seurannassa kuvantamistutkimuksia käytetään tapauskohtaisesti alkuperäisen kasvaimen tyypin ja sijainnin, hoidon laajuuden ja mahdollisten seurannassa ilmenevien oireiden perusteella. Toistaiseksi ei ole olemassa biomarkkeria, jon-



KUVA 3. Joskus korvasylkirauhasen kasvain sijaitsee parafaryngealisesti, jolloin se havaitaan nielussa nielupai-
setta muistuttavana pullotuksena ilman tulehdusoireita. Noin 80-vuotiaalla potilaalla todettiin sattumalöydök-
senä oireeton kasvain vasemmalla nielun sivuseinämässä ehjän limakalvon alla. Ohutneulanäytteen perusteella
kasvain sopi ensisijaisesti pleomorfiseksi adenoomaksi. **A.** Magneettikuvauksessa havaittiin yli 5 cm:n läpimittai-
nen kasvain, joka sopi sylkirauhasperäiseksi kasvaimeksi, mahdollisesti pleomorfiseksi adenoomaksi. **B.** Potilaal-
le tehtiin korvasylkirauhasen osapoisto kasvohermon kaikki haarat säästäten. Kasvain poistettiin ehjänä kaulan
ihoavauksen kautta, ja nielun limakalvo jäi ehjäksi. Kuvassa kasvain (avoin nuoli) on vielä kiinni ohuella side-
kudoskapselilla. Sen yläpuolella näkyy tervettä sylkirauhaskudosta ja kasvohermon haaroja vaaleina juosteina
(nuolet). Histologisessa tutkimuksessa kasvain osoittautui matala-asteiseksi epiteliaalis-myoepiteliaaliseksi kar-
sinoomaksi. Potilaalle ei suositeltu liittännäishoitoja. Kasvohermo toimi leikkauksen jälkeen, ja potilas oli nopean
toipilasvaiheen jälkeen täysin oireeton. Leikkauksen jälkeen potilasta seurattiin erikoissairaanhoidossa kahden
vuoden ajan.

ka avulla seuranta voitaisiin toteuttaa esimer-
kiksi nestenäytteistä.

Lopuksi

Perusterveydenhuollossa voidaan teettää kaikuk-
kuvaus, jonka yhteydessä tulee ottaa aina myös
ohutneulanäyte. Pelkkä kaikukuvaus ilman
neulanäytettä on kasvainepäilyissä hyödytön.
Tutkimukset voidaan myös jättää tehtäviksi eri-
koissairaanhoidossa. Kaikki sylkirauhaskasvai-
met ja niiden epäilyt tulee ohjata arvioon kor-
va-, nenä- ja kurkkutauksille. Selvät syöpäpäi-
lyt tulee lähettää viiveettä eteenpäin.

Selvitystemme mukaan merkittävimmät,
mutta onneksi harvoin tapahtuneet hoitovii-
veet syöpätapauksissa ovat syntyneet siitä, että
on luotettu täysin hyvänlaatuiseen neulanäy-
tevastaukseen ja sen perusteella päätelty, ettei
hoitoa tarvittaisi. Kyseessä on harvinaisten
sairauksien ryhmä, joten yksittäinen lääkäri ei
välttämättä koskaan urallaan kohtaa sylkirau-

hasyyöpää sairastavaa potilasta. Sylkirauhasen
alueella oleva kyhmy vaatii aina jatkoselvitte-
lyä, ja uusiutuneen kasvaimen mahdollisuus
on hyvä pitää mielessä. Puhelinkonsultaatio on
edelleen näppärä ja nopea tapa edetä potilaan
hoidossa. ■

TIMO ATULA, dosentti, korva-, nenä- ja kurkkutautien
erikoislääkäri
HUS

MIRA NAUKKARINEN, LL, korva-, nenä- ja kurkkutautien
erikoislääkäri
HUS

KATRI ARO, dosentti, korva-, nenä- ja kurkkutautien
erikoislääkäri
HUS

VASTUUTOIMITTAJA
Riikka Nevala

SIDONNAISUUDET
Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. El-Naggar A, Chan J, Grandis J, ym. WHO classification of head and neck tumours. 4th ed. Lyon: IARC 2017.
2. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Head and neck tumours [Internet; beta version ahead of print]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2022 siteerattu 11.3.2024. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 9). <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/52>.
3. Atula T, Panigrahi J, Tarkkanen J, ym. Preoperative evaluation and surgical planning of submandibular gland tumors. *Head Neck* 2017;39:1071–7.
4. Syöpäjärjestöjen epidemiologinen tutkimuslaitos. Syöpätalastosovellus. Helsinki: Suomen Syöpärekisteri. <https://syoparekisteri.fi/tilastot/tautitilastot>.
5. Aro K, Korpi J, Tarkkanen J, ym. Preoperative evaluation and treatment consideration of parotid gland tumors. *Laryngoscope Investig Otolaryngol* 2020;5:694–702.
6. Bradley PJ, McGurk M. Incidence of salivary gland neoplasms in a defined UK population. *Br J Oral and Maxillofac Surg* 2013;51:399–403.
7. Alsanie I, Rajab S, Cottom H, ym. Distribution and frequency of salivary gland tumours: an international multicenter study. *Head Neck Pathol* 2022;16:1043–54.
8. Aro K, Valle J, Tarkkanen J, ym. Repeatedly recurring pleomorphic adenoma: a therapeutic challenge. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 2019;39:156–61.
9. Witt RL, Eisele DW, Morton RP, ym. Etiology and management of recurrent parotid pleomorphic adenoma. *Laryngoscope* 2015;125:888–93.
10. Valstar MH, de Ridder M, van den Broek EC, ym. Salivary gland pleomorphic adenoma in the Netherlands: a nationwide observational study of primary tumor incidence, malignant transformation, recurrence, and risk factors for recurrence. *Oral Oncol* 2017;66:93–9.
11. Espinosa CA, Fernández-Valle Á, Lequerica-Fernández P, ym. Clinicopathologic and surgical study of pleomorphic adenoma of the parotid gland: analysis of risk factors for recurrence and facial nerve dysfunction. *J Oral Maxillofac Surg* 2018;76:347–54.
12. Park GC, Cho KJ, Kang J, ym. Relationship between histopathology of pleomorphic adenoma in the parotid gland and recurrence after superficial parotidectomy. *J Surg Oncol* 2012;106:942–6.
13. Quer M, Hernandez-Prera JC, Silver CE, ym. Current trends and controversies in the management of warthin tumor of the parotid gland. *Diagnostics* 2021;11:1467.
14. Franzen AM, Coordes A, Franzen CK, ym. Are multiple tumors of the parotid gland uncommon or underestimated? *Anticancer Res* 2017;37:5263–7.
15. Luukkaa H, Klemi P, Leivo I, ym. Salivary gland cancer in Finland 1991–96: an evaluation of 237 cases. *Acta Otolaryngol* 2005;125:207–14.
16. Hirvonen K, Bäck L, Saarilahti K, ym. Pattern of recurrent disease in major salivary gland adenocystic carcinoma. *Virchows Archiv* 2015;467:19–25.
17. Schmidt RL, Hall BJ, Wilson AR, ym. A systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of fine-needle aspiration cytology for parotid gland lesions. *Am J Clin Pathol* 2011;136:45–59.
18. Heaton CM, Chazen JL, Van Zante A, ym. Pleomorphic adenoma of the major salivary glands: diagnostic utility of FNAB and MRI. *Laryngoscope* 2013;123:3056–60.
19. Torous VF, Faquin WC. The Milan system classification of Warthin tumor: a large institutional study of 124 cases highlighting cytologic features that limit definitive interpretation. *Cancer Cytopathol* 2022;130:714–25.
20. Fisher R, Ronen O. Cytologic diagnosis of parotid gland Warthin tumor: systematic review and meta-analysis. *Head Neck* 2022;44:2277–87.
21. Faquin WC, Rossi ED, Baloch Z, ym. The Milan system for reporting salivary gland cytopathology. New York: Springer International Publishing AG 2018.
22. Kholova I, Aho H, Boström P, ym. Sylkirauhasten ohutneulanäytteille Milanon luokitus. *Suom Lääkäril* 2019;74:764–5.
23. Schmidt RL, Hall BJ, Layfield LJ. A systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of ultrasound-guided core needle biopsy for salivary gland lesions. *Am J Clin Pathol* 2011;136:516–26.
24. Hurry KJ, Karunaratne D, Westley S, ym. Ultrasound-guided core biopsy in the diagnosis of parotid neoplasia: an overview and update with a review of the literature. *Br J Radiol* 2022;95:20210972.
25. Cho J, Kim J, Lee JS, ym. Comparison of core needle biopsy and fine-needle aspiration in diagnosis of malignant salivary gland neoplasm: systematic review and meta-analysis. *Head Neck* 2020;42:3041–50.
26. Kong X, Li H, Han Z. The diagnostic role of ultrasonography, computed tomography, magnetic resonance imaging, positron emission tomography/computed tomography, and real-time elastography in the differentiation of benign and malignant salivary gland tumors: a meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2019;128:431–43.
27. Ruoholho J, Mäkitie AA, Aro K, ym. Complications after surgery for benign parotid gland neoplasms: a prospective cohort study. *Head Neck* 2017;39:170–6.
28. Atula T, Aro K, Mäkitie A, ym. Kauladissectiot syövän hoidossa. *Duodecim* 2017;133:1571–9.
29. van Herpen C, Vander Poorten V, Skalova A, ym. Salivary gland cancer: ESMO–European Reference Network on Rare Adult Solid Cancers (EURACAN) Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *ESMO Open* 2022;7:100602.
30. Geiger JL, Ismaila N, Beadle B, ym. Management of salivary gland malignancy: ASCO guideline. *J Clin Oncol* 2021;39:1909–41.
31. Syöpäjärjestöjen epidemiologinen tutkimuslaitos. Syöpätalastot. Helsinki: Suomen syöpärekisteri. https://syoparekisteri.fi/assets/themes/ssy3/factsheets/syopien-tietolaatikot/4fi_Suuret.html.
32. Spellman J, Calzada G. Mucoepidermoid carcinoma: a 23-year experience with emphasis on low-grade tumors with close/positive margins. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2018;158:889–95.
33. Patel NR, Sanghvi S, Khan MN, ym. Demographic trends and disease-specific survival in salivary acinic cell carcinoma: an analysis of 1129 cases. *Laryngoscope* 2014;124:172–8.