



Mahasuolikanavan maligniteettien gynekologisia näkökohtia

LT Marja Hyöty

TAYS

15.11.2012

Sidonnaisuudet 2011-12

LT, Kirurgian ja gastroenterologisen kirurgian erikoislääkäri

Päätoimi:

- PSHP/TAYS, ayl gastroenterologian vastuualue, TA2

Sivutoimi:

- yksityislääkäri Suomen Terveystalo n 2 iltana/kk

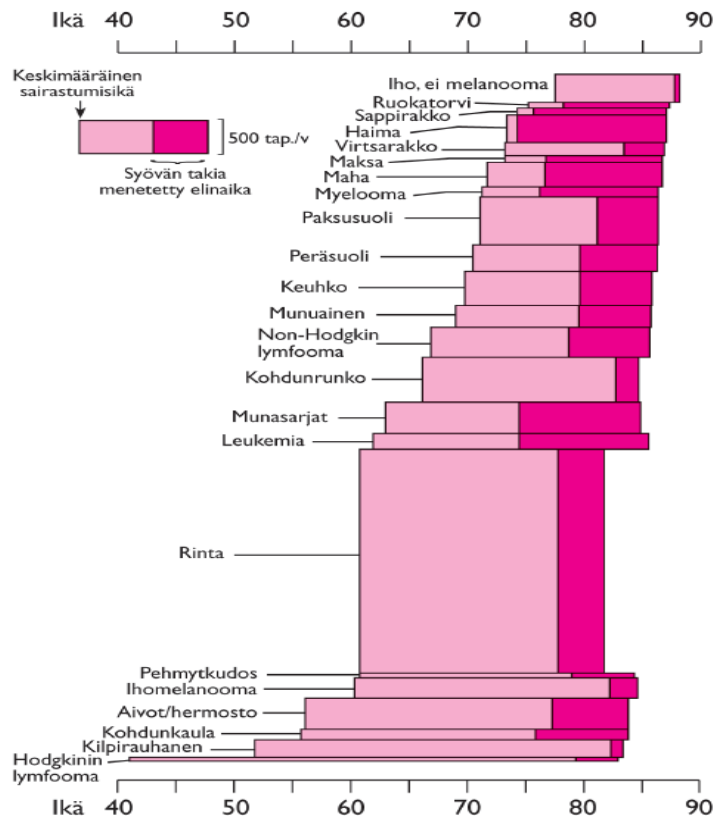
Muut sidonnaisuudet:

- Koulutusmatkat: Pariisi 8.6.2011 (Johnsson-Johnsson), Maastricht 1-2.9.2011 (Medtronic)ja 24.-26.10.1011Tukholma/UEGW (Leiras)
- Suomen Gastrokirurgit ry, hallituksen jäsen
- Vactech Oy, hallituksen jäsen

Syöpien toteamisiät ja menetetyt elinvuodet

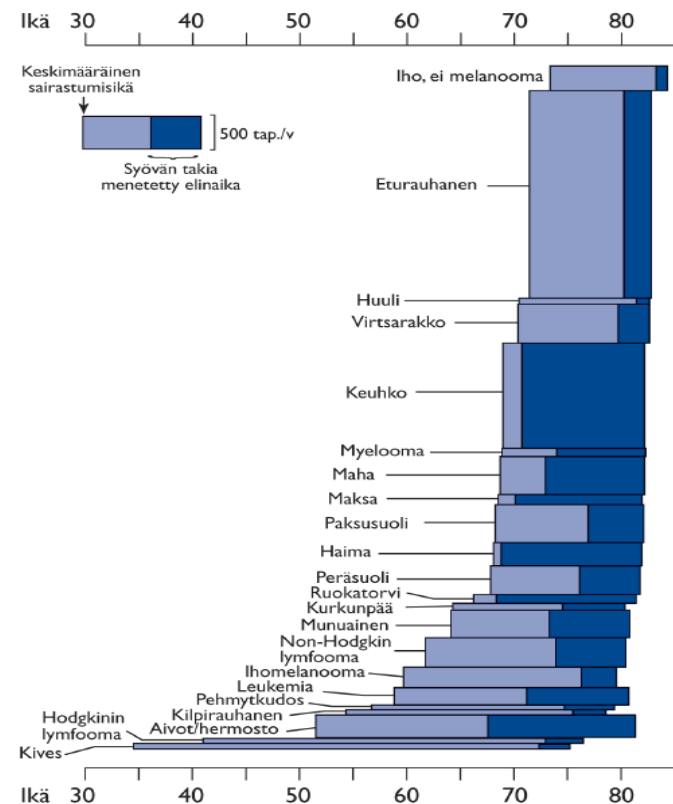
Kuva 17.

Syövän keskimääräiset toteamisiät ja syövän takia menetettyjen elinvuosien määrät naisilla (1994-2003 todetut syövät).



Kuva 16.

Syövän keskimääräiset toteamisiät ja syövän takia menetettyjen elinvuosien määrät miehillä (1994-2003 todetut syövät).



Mitä niitä onkaan?!

Colorectaalisyöpä – yleisin

- HNPCC – > riski endometrium- ja ovariooca.

Ventrikkelisyyöpä

Haimasyöpä

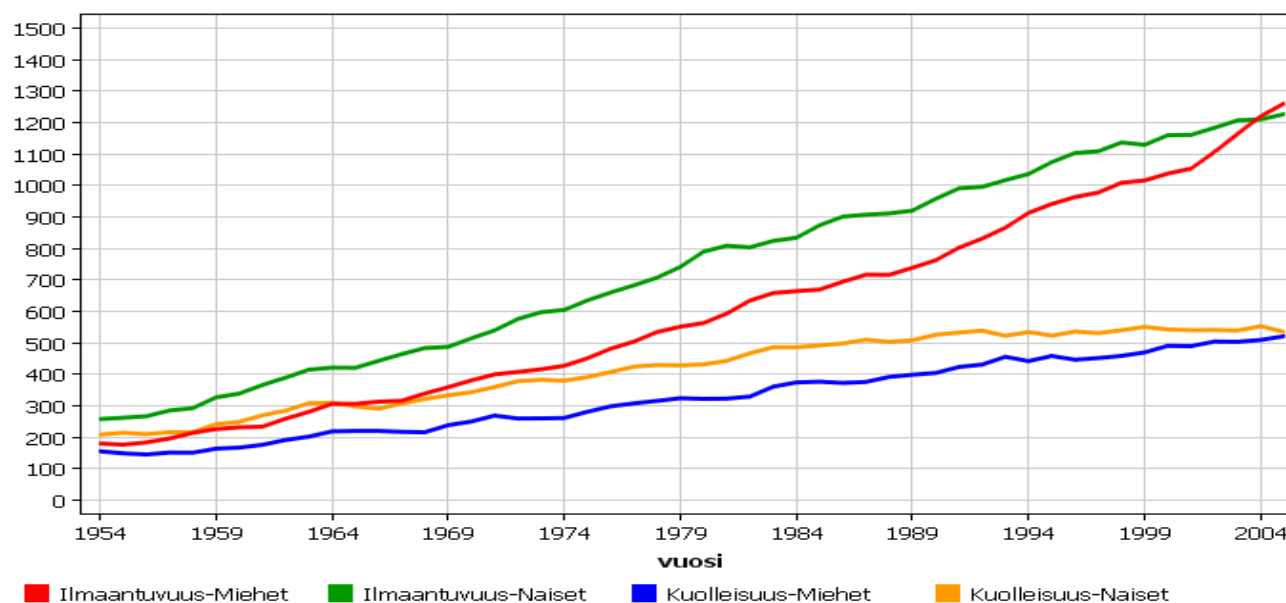
Muut maligniteetit:

- GIST, NET, lymfoomat, sarcomat

Suolistosyöpä - CRC

Yleistyvä – prostata ja rintasyövän jälkeen yleisin syöpätauti

Suomi
Paksu- ja peräsuoli
Tapausmäärä, kaikki iät



NORDCAN © Association of the Nordic Cancer Registries (23.3.2009)

CRC:n Riskitekijät

Sporadiset: ikä, miessukupuoli, (sappileikkaus)

Ympäristö: Dietin runsas eläinrasva, vähäinen kuitu, kalsium ja – folaatti, liikalihavuus, tupakointi, DM, runsas alkoholinkulutus

Muut: adenoomat, aiempi CRC, ohutsuoli-, endometrium-, rinta- tai ovariooca.

CRC:n riskitekijät jatkuu...

SUKU: 1. ja 2. asteen sukulaisuus lisää riskiä...

HNPCC (5%)

Polypoosit: FAP, Peutz-Jeghers, Gardner,
Turgot yms

Inflammatorinen suolisairaus: CU tai Mb. Crohn

CRC:n oireet

Veri ulosteissa: näkyvä/ piilevä

Anemia (jopa 12%:lla anemiatutkimukseen joutuneilla)

Suolentoiminnan muutos – tukosoireet

Kipu ja palpoituva massa vatsalla

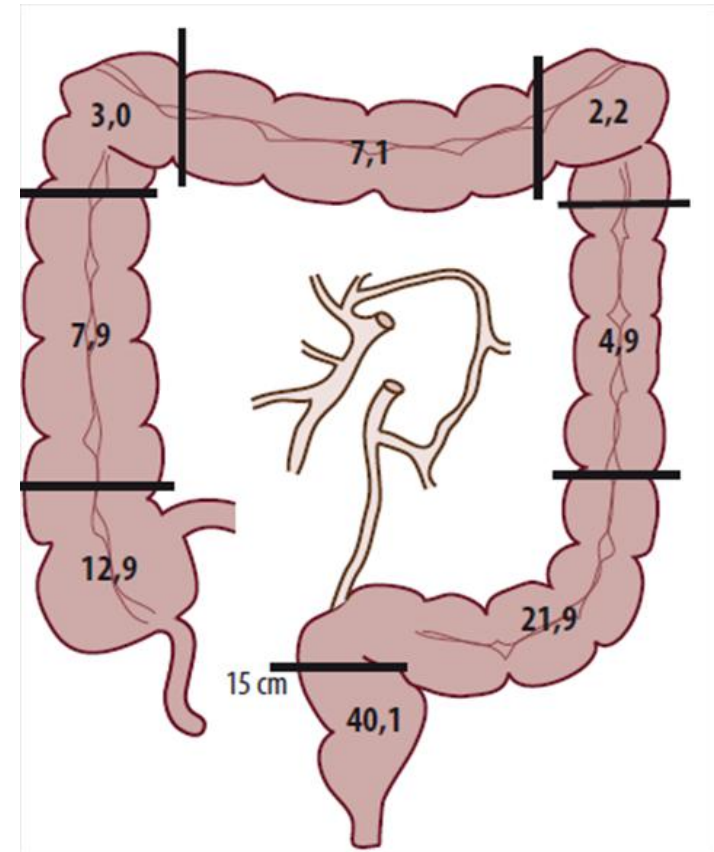
SEULONTA: ulosteen veritesti ja jatkotutkimuksena colonoskopia

CRC:n Diagnoostiikka

Colonoskopia tärkein ja parhain:
biopsia mahdollistaa histologian ja
pienet polyypit voidaan poistaa

ColonCT tulevaisuudessa korvaa
osin, nyt käytetään osin
levinneisyystutkimuksena

Colongrafia – jos muu ei onnistu

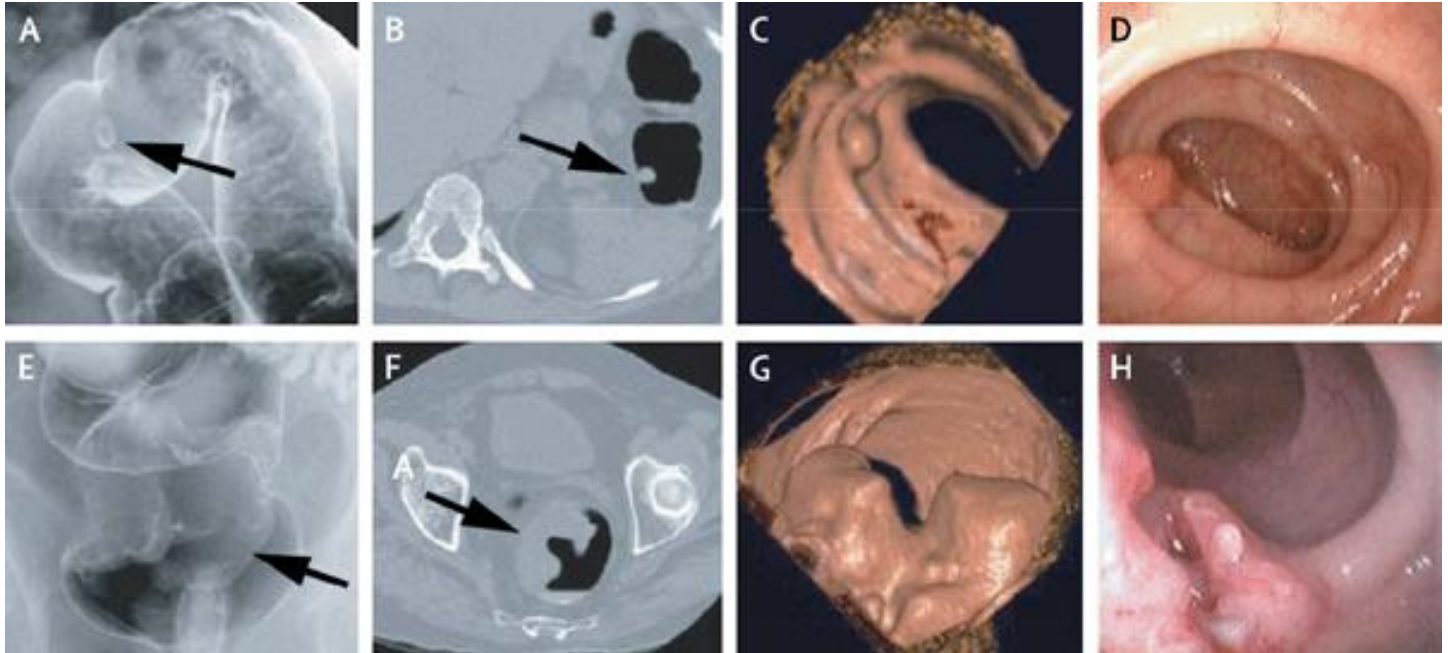


CRC:n suhteellinen jakauma %:na

Preoper. selvitys

polyyppi

carcinoma



Colongrafia

Colon- CT

Colonoskopia

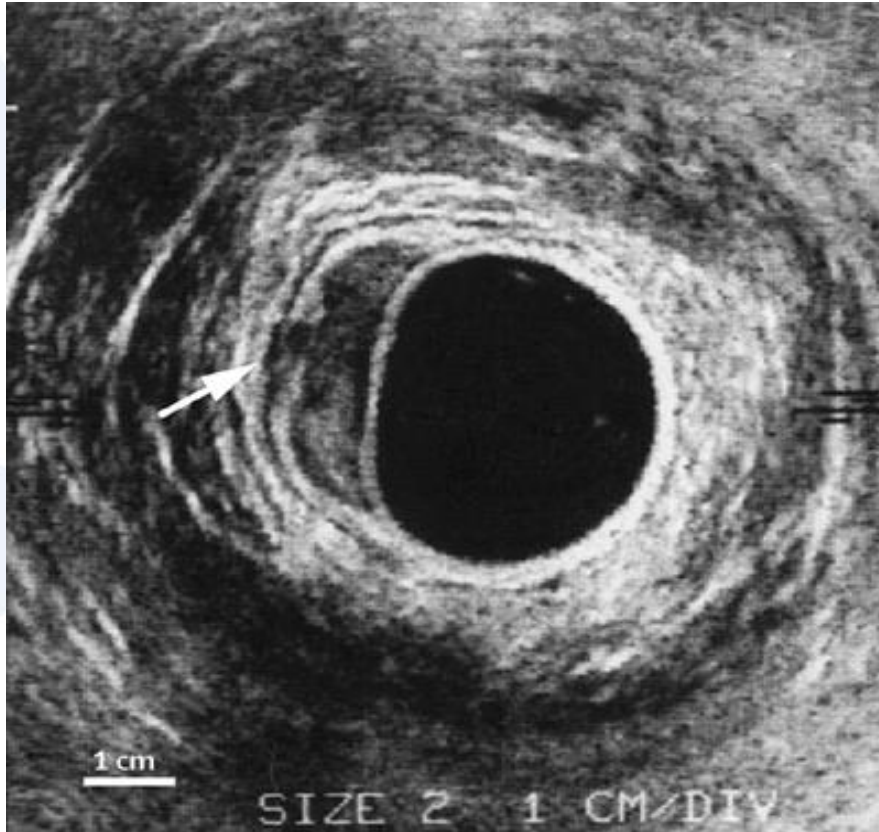
CRC:n Staging

Vartalon CT – kaukometastasointi, paikallinen levinneisyys colonin ympäristöön

Lantion MRI – Rectum: mesorectaalifascian läheisyys, infiltraatio naapurielimiin

EndoUÄ (3D)- distaaliset ja arviolta pinnalliset rectumin tuumorit

Rectum :Paikallinen levinneisyys



endouä



MRI

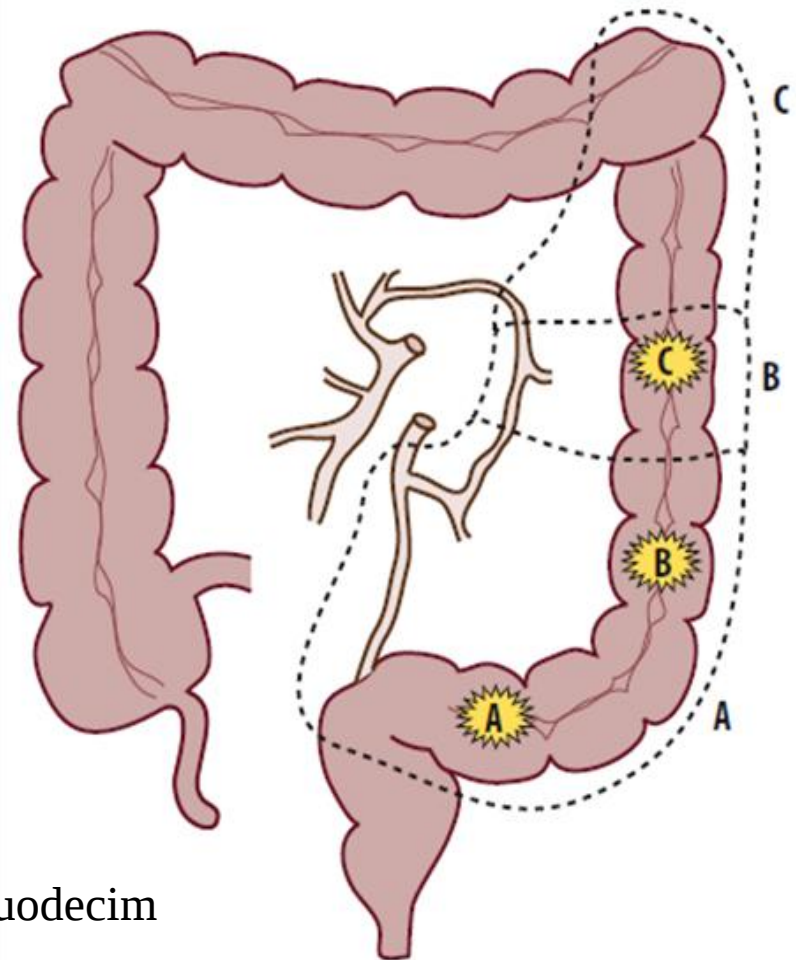
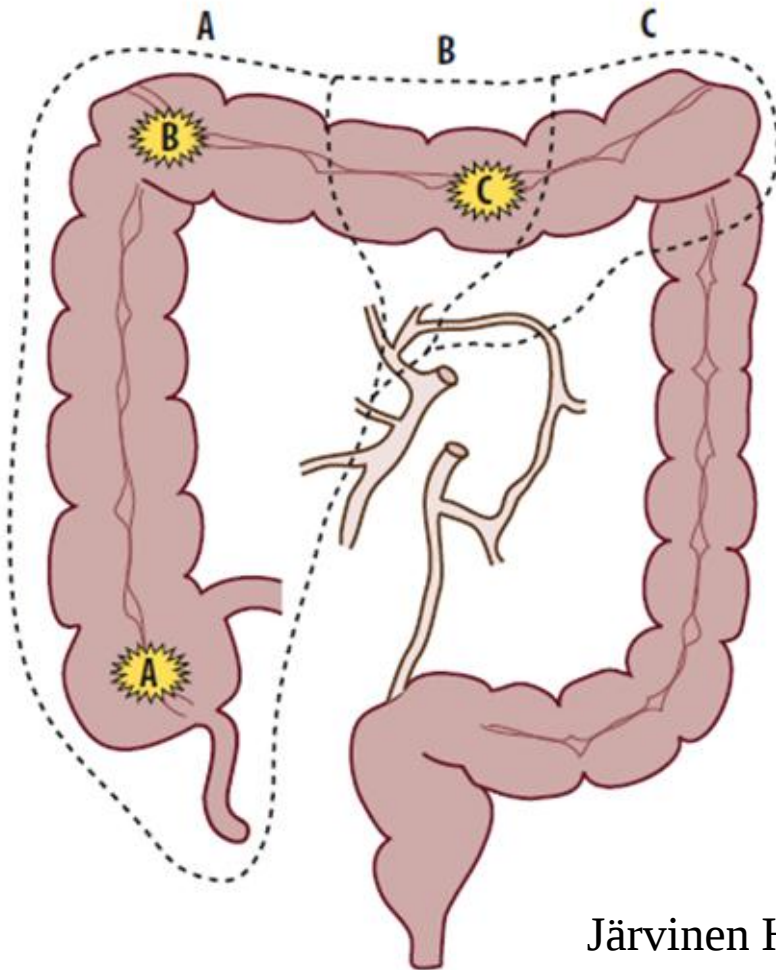
CRC:n hoito: Resektio - Kolektomia

Yksi tuumori – resektio riittää

Kaksi tai useampia tuumoreita: subtotaali kolektomia ja ileorektostomia, jos nuori potilas

Premaglini syöpäalttius: subtotaali kolektomia – jopa proktokolektomia ja IPAA tai ileostomia

Hemicolectomiat kasvaimen sijainnin mukaan



Järvinen H. Duodecim
2009;619-627

lämän
ihden

Rectumca:n hoito

Preoperatiivisen sädehoito:
5x5 Gy tai
n.50Gykemosädehoito (5vk) –
paikallisuusiman esto ja
kasvaimen pienentäminen
-> ovariot sädekentässä

Totaali mesorectumin excisio
(**TME**)

Preoper. avanteen paikan
suunnittelu: suojaava/pysyvä



TNM-luokitus ja ennuste

Taulukko 1. Paksusuolisyövän levinneisyysluokitus ja vastaavat potilaiden viiden vuoden elossaololuvut.

Stage	TNM-luokitus ¹⁾	Modifioitu Dukesin luokitus	5-vuotis elossaololuvut
Stage I	T ₁ N ₀ M ₀	Luokka A	>90%
	T ₂ N ₀ M ₀		>90%
Stage II	T ₃ N ₀ M ₀	Luokka B	70-85%
	T ₄ N ₀ M ₀		55-65%
Stage III	T ₁₋₄ N ₁ M ₀	Luokka C	45-55%
	T ₁₋₄ N ₂ M ₀		20-30%
Stage IV	T ₁₋₄ N ₀₋₂ M ₁	Luokka D	<5%

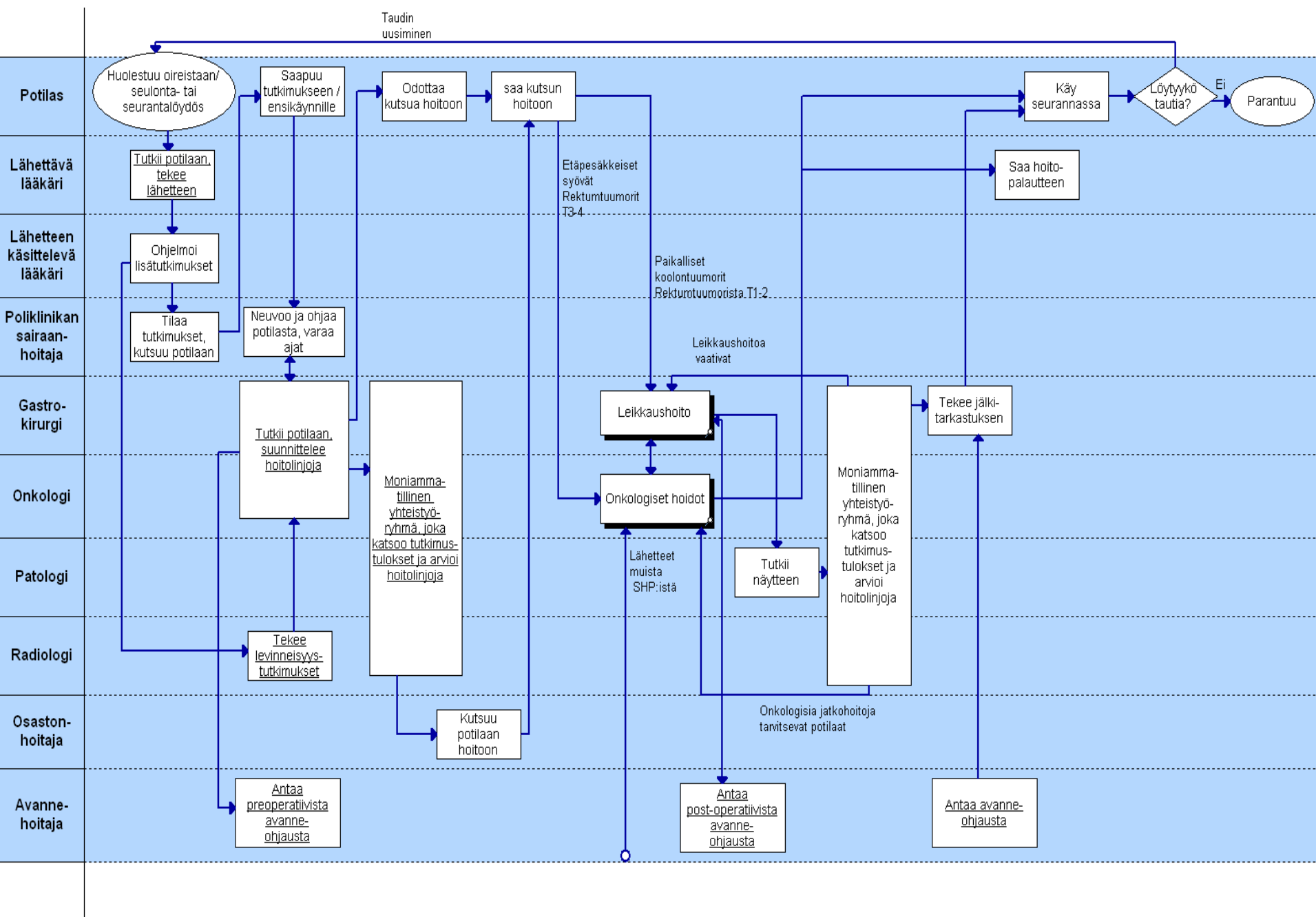
1) T₁: kasvain rajoittuu submukosaan, T₂: kasvain infiltroi lihaskerrokseen, mutta ei sen läpi, T₃: kasvain läpäisee lihaskerroksen, T₄: kasvain infiltroi viereisiin elimiin tai rakenteisiin tai perforoi suolen. N₀: ei imusolmukemetastasoitusta, N₁: 1-3 metastaattista imusolmuketta, N₂: yli 4 metastaattista imusolmuketta. M₁: kaukometastasoitusta.

Liitännäishoidot kirurgisen hoidon jälkeen

Parantavat ennustetta osalla (uusiutumien esto 30-40%, kuolemien esto n.20-30%)

Kenelle?

- Dukes A - ei tarvitse
- Dukes B – jos läpikasvu, ja/tai muita huonomman ennusteen riskitekijöitä
- Dukes C – usein - pääsääntöisesti jos kunto sallii
- Dukes D – aina, jos kunto sallii
- Maksametast. pienentäminen kirurgiaa varten



Ventrikkelikarsinoma

Insidenssi laskussa – paitsi cardian alue

Helikobakteeri ja ulkustauti !

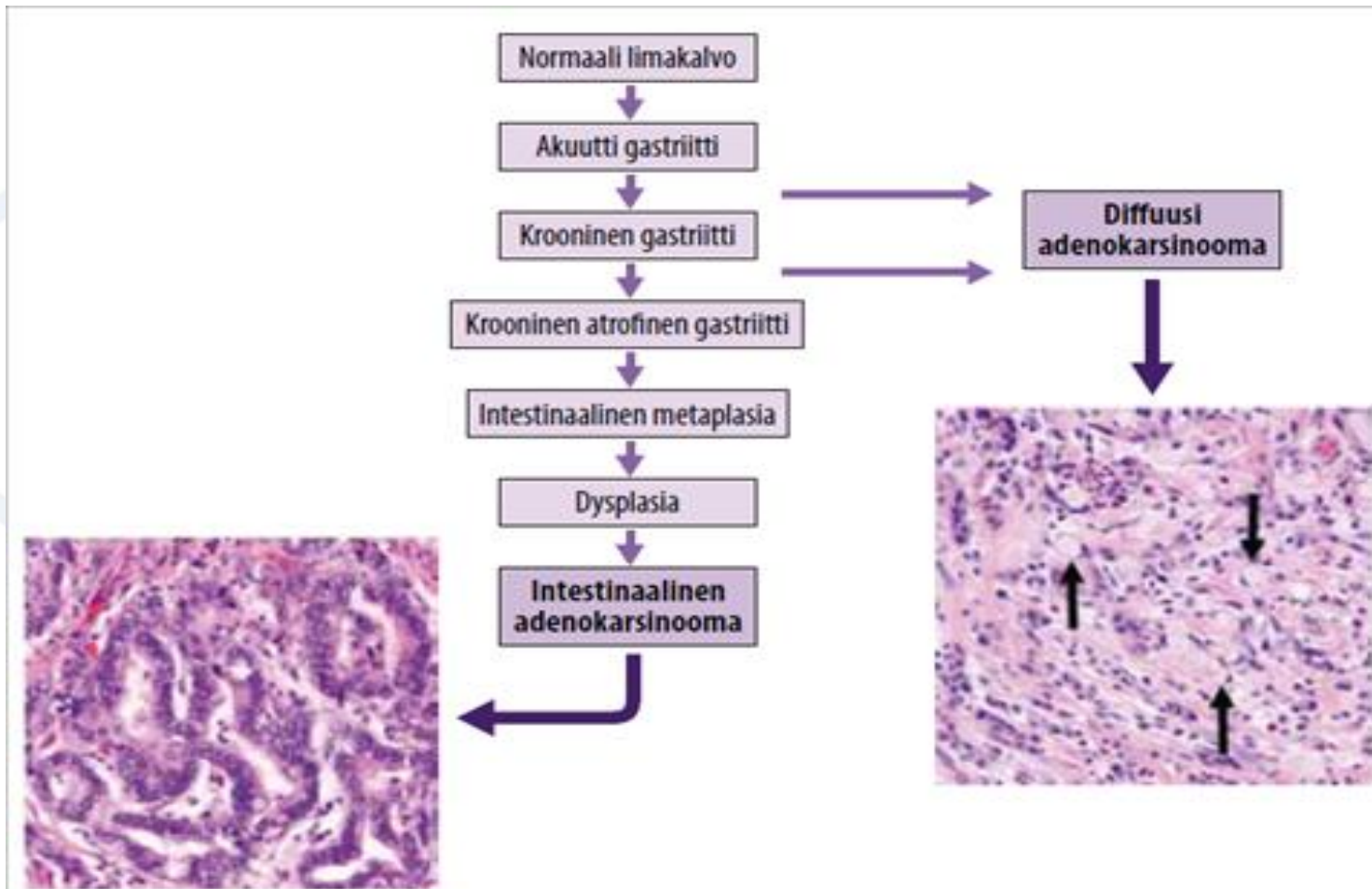
Histologia adenocarsinoma, diffuusi tai intestinaalinen

Oireet: Ylävatsavaivat, anemia ja laihtuminen.

Nielemisvaikeus ja täyttymisen tunne, oksentelu, vuoto: melena tai hematemesis

Varhaisvaiheessa oireeton!

Adenocarcinoma ventriculi: kehitys



Ventrikkelikarsinooman diagnostiikka ja löydökset

Gastroskopia! + biopsiat

CT (ja endo UÄ)

UÄ voi paljastaa jo metastasoinnin ja asciteksen

Spesifeja laboratoritutkimuksia ei ole

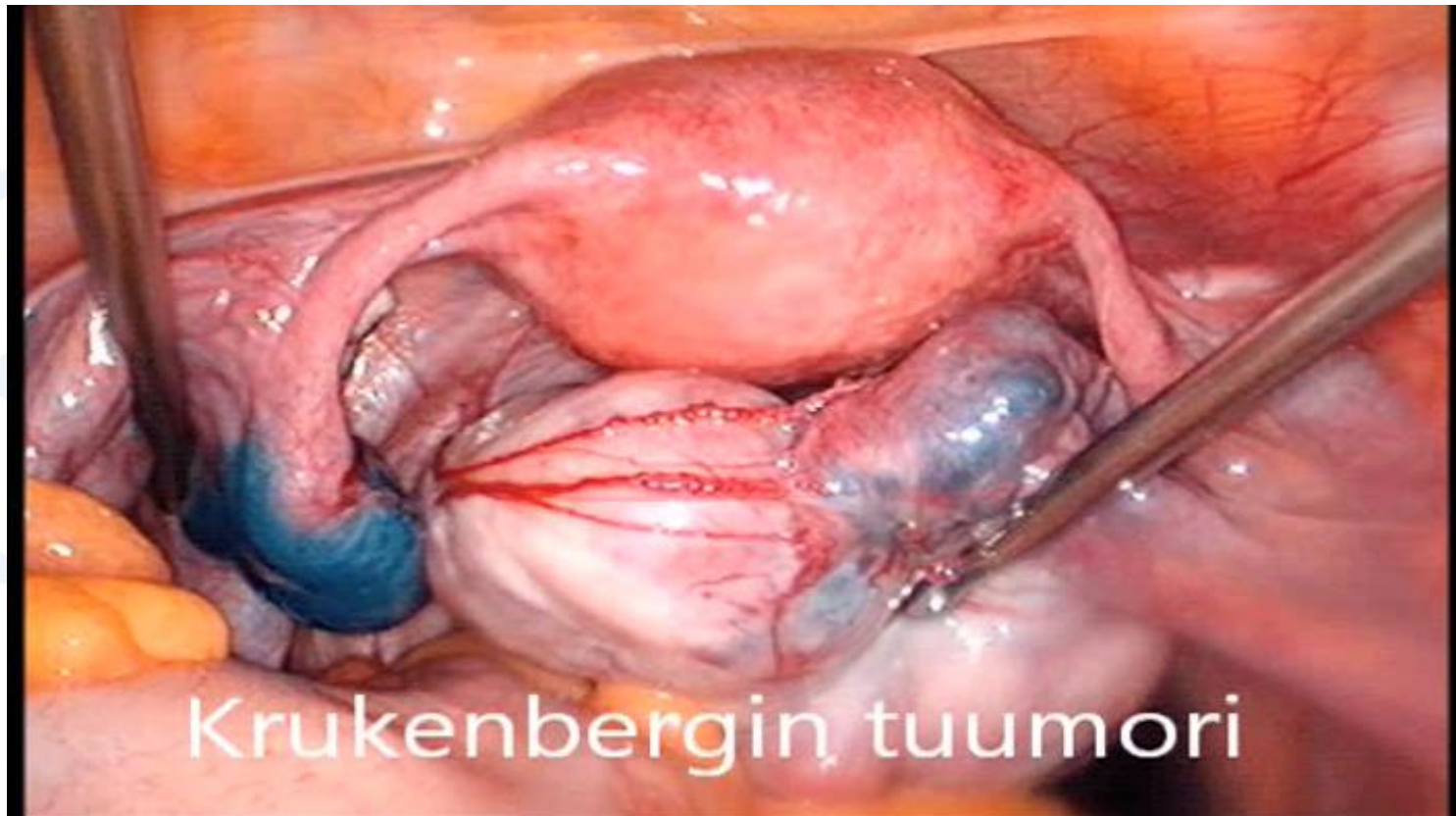
Laparoskopia ? - PET ?

Ascites mahdollinen

Soliskuopan palpoituva imusolmuke

Munasarjakasvain! – Krukenbergin tuumori

laparoskopianäkymä



Ventrikkelikarsinooman hoito:

Antrumin tuumori: 2/3 resektio

Muut: **totaaligastrektomia**

1-vaiheen imusolmukkeet aina (D1)

D2 gastrectomia, jos potilaan kunto sallii

Harvoin: varhaisvaiheen tuumori mucosaresectio

Palliationa resektio, ohitus, endoskooppinen stenttaus

B12-vit. Korvaushoito loppuelämän

Jos perna joudutaan poistamaan: rokotukset (pneumokokki, meningokokki ja hemofilus)

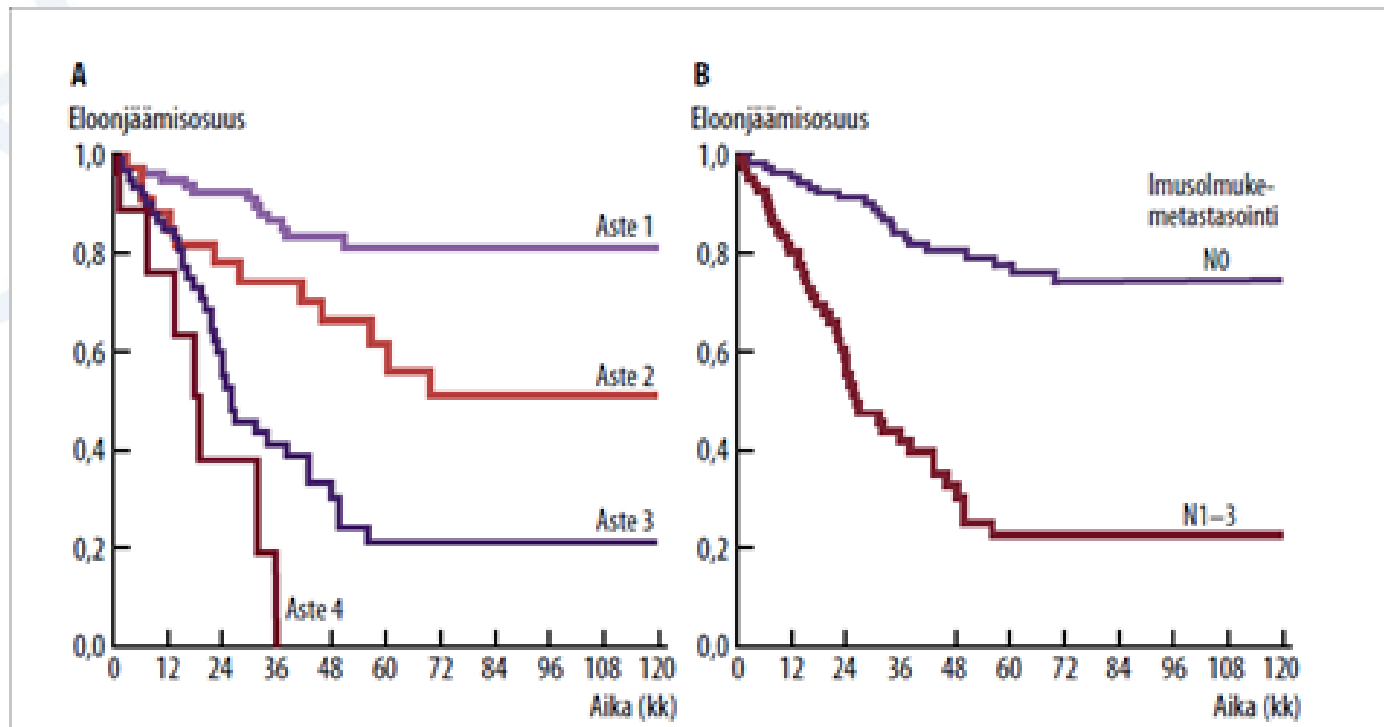
Ventrikkelikarsinooman hoito:

Perioperatiivinen solunsalpaajahoito

- Preoper. - kasvaimen pienentäminen – mahdollistaa radikaalioperaation
- Postoper. – ei kiistatonta hyötyä, jnkv vaikutusta elinaikaan
- HER2-posit. – trastustumabi
- Kemosädehoito – kun tauti on kasvanut leikkausmarginaaliin

Ventrikkelica.

Ennuste on huono: 75% taudista todetaan levinneenä – 5v survival 25%



Haimasyöpä

Sijainti: Retroperitoneum – vaikea havaita

Histologia: adenocarcinoma, mucinöösit ja kystiset muodot mahdollisia, nykyisin tunnetaan myös esiasteita, joiden oper.hoito kannattaa

Tärkein oire IKTERUS, ylävatsakipuilu, laihtuminen, tuore DM, pahoinvointi

Ascites mahdollinen, samoin carsinoosi.

UÄ -> CT, (endoUÄ – papillan tuumorit)

Haimasyövän hoito

Pancreaticoduodenectomy (Whipple) on käytännössä mahdollinen vain pienelle osalle potilaita.

Caudan ja corpuksen tuumorit ovat lähes aina levinneitä jo dg-hetkellä.

Keskittäminen!

Sytostaateista ei juurikaan apua

Palliaationa ohitukset:

GEA, hepaticojejunostomia, tai stenttaus

Haimasyövän ennuste

Adenocarsinoman 5v survival alle 10%

20% radikaalileikatuista selviää ad 5 v

Periampullaarinen tuumori – parempi ennuste

Yli puolet kuolee vuoden kuluessa diagnoosista

Potilastapaus:

60 v perusterve hammashoitaja, hysterectomia tehty v.

Epämääräisiä vatsavaivoja

Gastro-ja kolonoskopiat ok

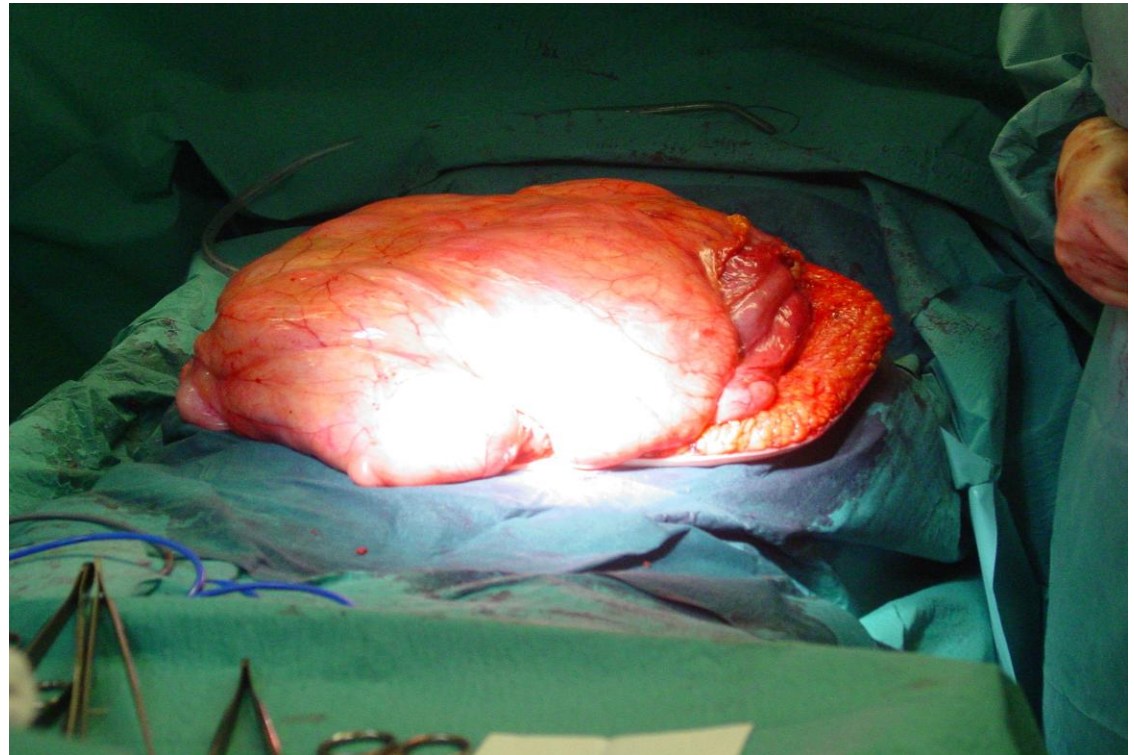
UÄ: iso tuumori vas alavatsalla, maksa-sappi ok

CT: iso tuumori ovarioon liittyen, dislokoit suolet ja vas munuaisen, palleen yläpuolella normaalia

Leikkaus alkaen iltapäivällä n klo 13: ovariot terveet ja irti tuumorista, joka ”ISO ja jotenkin suoleen liittyvä, apua!”...

Mitä sieltä löytyi:

11,3 kg
tuumori, jonka
sisällä vasen
munuainen ja
pinnalla
laskeva colon.
Siis: Tuumorin
poisto,
nephrectomia
l.sin ja
hemicolectomia
l.sin



PAD: Liposarcoma

Samassa ontelossa ollaan! Moniammatillinen yhteistyö!

Gynekologi
Urologi
Gastrokirurgi
Verisuonikirurgi

Plastikkakirurgi

Patologi
Radiologi

Fysioterapeutti
Uroterapeutti
Syöpähoitajat
jne



Kiitos!

*Something hidden. Go and find it.
Go and look behind the Ranges —
Something lost behind the Ranges.
Lost and waiting for you. Go!*

RUDYARD KIPLING, 1898