

<https://helda.helsinki.fi>

Ei-melanoottisten ihosyöpien kansallinen hoito-ohjeistus on valmis kliiniseen käyttöön

Koskenmies, Sari

2020

Koskenmies , S , Ilmonen , S & Mäkitie , A 2020 , ' Ei-melanoottisten ihosyöpien kansallinen hoito-ohjeistus on valmis kliiniseen käyttöön ' , Duodecim , Vuosikerta. 136 , Nro 4 , Sivut 351-352 . < <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo15403.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/326750>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Sari Koskenmies, Suvi Ilmonen ja Antti Mäkitie

Ei-melanoottisten ihosyöpien kansallinen hoito-ohjeistus on valmis kliiniseen käyttöön

Ei-melanoottisista ihosyöivistä yleisimpiä ovat tyvisolusyöpä eli basalioma sekä okasolusyöpä eli spinosellulaarinen karsinooma ja sen esiasteet in situ -karsinooma (Bowenin tauti) ja aktiivinen keratoosi. Niitä todetaan merkittäväällä osalla terveydenhuollon potilaista, joten ne vaikuttavat resurssitarpeeseenkin (TAULUKKO) (1).

Vuonna 2017 kaikkien tilastoitujen ihosyöpien yhteismäärä oli Suomessa noin 29 % syöpien kokonaismäärästä (12 314/43 028) (1). Ei-melanoottisten ihosyöpien tarkkoja ilmaantuvuuslukuja ei ole käytettävissä, koska kaikki yksittäiset kasvaimet eivät tule rekisteröidyksi,

vaan ainoastaan potilastapaukset. Suomen Syöpärekisteriin tilastoidaan samalta potilaalta vain yksi tyvisolusyöpä vuosittain ja vain yksi tyvisolusyöpä samalta ihoalueelta koko elämän aikana, vaikka potilaalla olisi näitä ollut useita.

Nämä syövät lisääntyvät maailmanlaajuisesti edelleen voimakkaasti siitä huolimatta, että auringon haitalliseen vaikutukseen liittyvää valistusta on pitkään lisätty. Väestömäärän lisääntyessä ja varsinkin vanhemman sukupolven osuuden suurentuessa näitä kasvaimia diagnosoidaan yhä enemmän. Elämänaikainen kumulatiivinen ultravioletisäteilyn määrä on tärkein altistava tekijä.

TAULUKKO. Ihosyöpien ilmaantuvuus ja esiintyvyys sekä kuolleisuus ihosyöpiin Suomessa vuonna 2017 (1).

Miehet	ICD-10-koodi	Ilmaantuvuus		Kuolleisuus		Esiintyvyys	
		Lukumäärä	Suhde ¹	Lukumäärä	Suhde ¹	Lukumäärä	Osuus ²
Ihomelanooma	C43	917	17,74	150	2,47	8 558	153,80
Ihon okasolusyöpä	C44	944	11,96	25	0,32	6 378	79,80
Ihon tyvisolusyöpä	C44	4 194	66,23	–	0,01	44 657	648,70
Muut ja määrittelemättömät ihosyövät	C44 (muut)	71	1,20	–	0,06	832	14,80
Yhteensä		6 126					
Naiset	ICD-10-koodi	Ilmaantuvuus		Kuolleisuus		Esiintyvyys	
		Lukumäärä	Suhde ¹	Lukumäärä	Suhde ¹	Lukumäärä	Osuus ²
Ihomelanooma	C43	802	16,58	71	0,92	9 703	174,70
Ihon okasolusyöpä	C44	734	6,30	16	0,11	5 911	50,70
Ihon tyvisolusyöpä	C44	4 573	64,97	0	0,00	56 890	682,40
Muut ja määrittelemättömät ihosyövät	C44 (muut)	79	0,93	10	0,07	841	13,20
Yhteensä	–	6 188	–	–	–	–	–
Miesten ja naisten ihosyöpien määrä yhteensä							
Ihomelanooma		1 719					
Okasolusyöpä		1 678					
Tyvisolusyöpä		8 767					
Muu ihosyöpä		150					
Yhteensä		12 314					

¹ per 100 000 henkilövuotta ja ikävakioituna maailman vakioväestöön

² per 100 000 henkilöä ja ikävakioituna maailman vakioväestöön

Myös immunosuppressiohoitoja saavien potilaiden määrä on suurentunut viime vuosikymmenten aikana. Elinsiirtopotilaiden riski sairastua okasolusyöpään on jopa 60–250-kertainen taustaväestöön verrattuna (2). Maailmanlaajuisestikin arvioituna ei-melanoottisen ihosyövän aiheuttamaa kuolleisuutta pidetään basaliomaa lukuun ottamatta edelleen merkittävänä (3).

Ihosyöpien diagnosointi ja hoito on moniammatillista ja jakaantuu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eri osiin. Onnistunut ja kustannustehokas diagnosointi, hoito ja seuranta perustuvat hyvin toimivaan hoitoketjuun terveydenhuollon eri yksiköiden välillä. Perusterveydenhuollon piiriin kuuluvat muun muassa ihosyövän diagnosointi (kudosnäytteen ottaminen) sekä pienikokoisten vartalon ja raajojen tyvi- ja okasolusyöpien poistot. Myös aktiivisten keratoosien hoito keskittyy yhä enemmän perusterveydenhuoltoon.

Ihosyöpien varhaisdiagnoositiikan merkitystä perusterveydenhoidossa ei voida liikaa korostaa. Lisäksi perusterveydenhuollon lääkärin on tiedettävä oikeat läheteindikaatiot erikoissairaanhoidon ja tunnettava ihosyöpäpotilaiden hoidon jälkiseurannan periaatteet. Iäkkäidenkin vanhusten pienet kasvaimet kannattaa leikata kuratiivisella tarkoituksella paikallispuudutuksessa. Valtakunnallisen ohjeistuksen tarve on siis ilmeinen, ja edellä mainittuja asioita koskeva päivittäinen konsultaatioiden määrä on mittava.

Paikallisen ja levinneen ihosyövän kirurginen ja onkologinen hoito erikoissairaanhoidossa jakautuu pääosin ihotautilääkäreiden, plastiikkakirurgien, korva-, nenä- ja kurkkutauti- sekä silmä- ja syöpätautilääkäreiden kesken sairaanhoitopiireissä erikseen sovittujen hoitokäytäntöjen mukaisesti. Pään ja kaulan alueen suurten ihosyöpien vaativat leikkaukset tehdään tarvittaessa yhteistyönä eri erikoisalojen kesken. Ihosyöpien ja niiden esiasteiden eikirurgiset hoidot on keskitetty ihotautiklinikoihin, mutta hoitoja voivat antaa muutkin näihin tekniikoihin perehtyneet lääkärit.

Ei-melanoottisten syöpien hoidossa onkologien tehtävänä on uusiutuneen, paikallisesti edenneen ja okasolusyövän osalta metastasoituneen ihosyövän hoito. Hoitona käytetään sädehoitoa, lääkkeitä ja näiden yhdistelmiä. Suo-

tavaa olisi, että jokaisessa yliopistoklinikassa toimisi moniammatillinen ihokasvainkokous, jossa voitaisiin räätälöidä yksilöllinen hoito ja seuranta vaativissa potilastapauksissa. Tällaiseen toimintaan kuuluu myös keskitetty ihopatologian asiantuntemus.

Moniammatillinen työryhmämme on saanut valmiiksi ei-melanoottisten syöpien kansallisen hoito-ohjeistuksen. Se kattaa tämän tautiryhmän diagnostiikan, kirurgiset ja ei-kirurgiset hoitomuodot, suositellut leikkausmarginaalit sekä kunkin eri syöpämuodon seurannan. Valmistuttuaan ohjeistus on ollut kommentoitavana maamme yliopistosairaaloissa patologian, ihotautien, plastiikkakirurgian, korva-, nenä- ja kurkkutautien, silmätautien sekä syöpätautien klinikoissa. Kyseessä ei ole Käypä hoito -tasoinen näytönastekatsaus, vaan työryhmän jäsenen eri suosituksista ja kirjallisuusviitteiden perusteella laatima yhteenveto. Se löytyy Terveysportista (<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/hsu00009>) ja helpottaa klinikkojen käytännön työtä ja konsultaatioiden yhdenmukaistamista. Tarkoitus on päivittää ohjeistusta säännöllisesti, ja työryhmän jäsenille voi toimittaa tätä koskevia ehdotuksia. ■

SARI KOSKENMIES, LT, erikoislääkäri
HUS, Iho- ja allergiasairaala

SUVI ILMONEN, LT, erikoislääkäri
Helsingin yliopisto ja HUS, tukielin- ja plastiikkakirurgia, plastiikkakirurgian linja

ANTTI MÄKITIE, professori, LKT, ylilääkäri
Helsingin yliopisto ja HYKS, korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka

Työryhmän jäsenet
Micaela Hernberg, dosentti; Suvi Ilmonen, LT; Susanna Juteau, dosentti; Anna-Stiina Jääskeläinen, LL; Virve Koljonen, dosentti; Sari Koskenmies, LT; Tiina Leivo, LT; Antti Mäkitie, professori; Pirita Pekkonen, LT; Sari Pitkänen, dosentti; Marita Uusitalo, dosentti

SIDONNAISUUDET

Sari Koskenmies: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Janssen Cilag Oy, Leo Pharma, Roche Oy)

Suvi Ilmonen: Luento-/asiantuntijapalkkio (Amgen, BMS, MSD), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Amgen, MSD, BMS; kongressimatkoja)

Antti Mäkitie: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Suomen Syöpärekisteri 8.2.2019. www.Syoparekisteri.fi/tilastot/Syopa-2017-raportti
2. Mittal A, Colegio R. Skin cancers in organ transplant recipients. *Am J Transplant* 2017;17:2509–30.
3. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram, ym. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer* 2019;144:1941–53.