UNIVERSITY OF HELSINKI

https://helda.helsinki.fi

Pään ja kaulan alueen syövän palliatiivinen kirurgia

Mäkitie, Antti; Atula, Timo; Tapiovaara, Laura; Lindford, Andrew; Bäck, Leif ...

2017
Suomen lääkäriliitto
http://hdl.handle.net/10138/297882
Mäkitie, A, Atula, T, Tapiovaara, L, Lindford, A, Bäck, L, Koivunen, P & Lassus, P 2017, 'Pään ja kaulan alueen syövän palliatiivinen kirurgia', Suomen lääkärilehti, Vuosikerta. 72, Nro 19, Sivut 1225-1230. < http://www.laakarilehti.fi/pdf/2017/SLL192017-1225.pdf >

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository. https://helda.helsinki.fi
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.

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

TIMO ATULA
dosentti, erikoislääkäri
HYKS Pää- ja kaulakeskus, korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka

LAURA TAPIOVAARA
LKT, vs. erikoislääkäri
HYKS Pää- ja kaulakeskus, korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka

ANDREW LINDFORD
LT, MBBS, MRCS, erikoislääkäri
HYKS, plastiikkakirurgian klinikka

LEIF BÄCK
dosentti, osastonylilääkäri
HYKS Pää- ja kaulakeskus, korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka

PETRI KOIVUNEN
dosentti, ylilääkäri
OYS, korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka

PATRIK LASSUS
dosentti, osastonylilääkäri
HYKS, plastiikkakirurgian klinikka

PALLIATIIVINEN HOITO

Pään ja kaulan alueen syövän palliatiivinen kirurgia

- Kirurgialla on tärkeä tehtävä pään ja kaulan alueen syövän palliatiivisen vaiheen hoidossa.
- Palliatiivisen kirurgian tavoitteena on lievittää hankalia oireita, turvata hengitysteiden aukipysyminen ja ravitsemus sekä hoitaa hankalia komplikaatioita, kuten ihon läpäisevien etäpesäkkeiden aiheuttamia haavaumia.
- Palliatiivinen hoito on aina suunniteltava moniammatillisessa hoitokokouksessa.
- Toimenpiteiden hyödyistä, riskeistä ja haittavaikutuksista tulee keskustella potilaan ja hänen omaistensa kanssa.

Pään ja kaulan alueen syöpiin luetaan huulten, suun, nielun, nenän ja sen sivuonteloiden, kurkunpään ja sylkirauhasten pahanlaatuiset kasvaimet. Lymfoomat ja kilpirauhasen syövät eivät kuulu tähän ryhmään.

Histologisesti suurin osa pään ja kaulan alueen syövistä on levyepiteelikarsinoomia. Kyseessä on maailmanlaajuisesti kuudenneksi yleisin syöpätyyppi, ja ilmaantuvuus kasvaa koko ajan. Suomessa uusia tapauksia todetaan vuosittain noin 800.

Pään ja kaulan alueen syöpien pääasialliset hoitomuodot ovat kirurgia, sädehoito ja solunsalpaajat sekä näiden yhdistelmät. Varsinkin varhaisvaiheessa todettujen kasvainten hoitotulokset ovat hyvät, mutta valitettavasti noin puolet tämän alueen syövistä todetaan paikallisesti levinneessä muodossa, jolloin ennuste on selvästi huonompi.

Palliatiiviseen hoitoon ryhdytään yleisimmin taudin uusiutuessa.

Pään ja kaulan alueen syöpien asiantunteva ja hyvin suunniteltu sekä toteutettu primaarivaiheen hoito on ensiarvoisen tärkeää taudin uusiutumisen estämiseksi. Tästä huolimatta 20–30 %:lla potilaista syöpä uusiutuu paikallisena, kaulan imusolmukkeissa tai kauempana sijaitsevina etäpesäkkeinä, ja tällöin elossaoloajan mediaanin on todettu olevan noin puoli vuotta (1).

Palliatiiviseen hoitoon ryhdytään yleisimmin taudin uusiutuessa, mutta nykyisin Suomessa pään ja kaulan alueen syöpäpotilaista 5–15 % joudutaan ohjaamaan palliatiiviseen hoitoon jo primaarihoitovaiheessa. Palliatiivinen sädehoito voi pienentää syöpämassaa ja lievittää siten kipuja, ja solunsalpaajahoitoa voidaan käyttää hyväkuntoisten potilaiden laajalle levinneen syövän oireenmukaisena tautia hidastavana hoitona. Palliatiivisen kirurgian tavoitteena on mahdollisimman hyvä elämän- ja kuolemanlaatu (2,3).

Pään ja kaulan alueen syövän erityispiirteitä

Pään ja kaulan alueen kasvaimet sijaitsevat anatomisesti, toiminnallisesti ja kosmeettisesti erittäin haastavalla alueella. Kirurgian ja varsinkin rekonstruktiotekniikoiden sekä erityisesti onkologisten hoitojen kehittymisen ansiosta ympäröiviä kudoksia ja elintärkeitä rakenteita voidaan säästää yhä enemmän. Silti isolla osalla potilaista on hoitojen jälkeen huomattavia kosmeettisia, fyysisiä ja toiminnallisia haittoja. Monet elämänlaatuun vaikuttavat asiat, kuten syöminen, puhuminen ja nukkuminen sekä sosiaalinen kanssakäyminen ja henkinen jaksaminen, voivat vaikeutua merkittävästi.

Suomessa pään ja kaulan alueen syövän hoito on keskitetty yliopistosairaaloihin. Moniammatillisiin hoitokokouksiin osallistuu korva-, nenä- ja kurkkutautien, syöpätautien,

VERTAISARVIOITU

suusairauksien sekä suu- ja leukakirurgian, plastiikkakirurgian, patologian, radiologian ja palliatiivisen hoidon erikoislääkäreitä. Lisäksi hoitoihin osallistuvat esimerkiksi sosiaalihoitaja, fysio-, puhe- ja ravitsemusterapeutti sekä tämän alueen syöpähoitaja. Kokouksissa jokaiselle potilaalle laaditaan kansallisen hoitoprotokollan mukainen hoitosuositus potilas- ja kasvainkohtaiset tekijät huomioon ottaen. Myös palliatiiviseen hoitoon siirtymisestä päätetään näissä kokouksissa ja arvioidaan erilaisten hoitojen tarve.

Tekemämme selvityksen mukaan vuonna 2014 HYKS-alueella diagnosoitiin yhteensä 292 uutta pään ja kaulan alueen syöpää ja potilaista 25 (9 %) ohjattiin palliatiiviseen hoitoon taudin toteamisvaiheessa. Vuoden aikana HYKS Syöpäkeskuksen palliatiivisen hoidon yksikön seurannassa oli yhteensä 61 pään ja kaulan alueen syöpäpotilasta.

Yleensä palliatiivisen hoitopäätöksen jälkeen potilaiden keskimääräinen elossaoloaika on useita kuukausia, mutta tässä on huomattavia eroja, koska kasvaimen tyyppi ja sen kasvutapa vaihtelevat. Leikkauksen ja sädehoidon jälkeen paikallisesti uusiutuneen syövän hoito on erittäin haasteellista. Jos kasvain ei ole hoidettavissa kirurgisesti, potilaalle voidaan mahdollisesti antaa lisäsädehoito, solunsalpaajahoito tai muu oireenmukainen hoito. Kirurgisesti voidaan kuitenkin hoitaa monia potilaan olemassa olevia tai uhkaavia komplikaatioita, lievittää kipua ja pyrkiä parantamaan loppuelämän laatua.

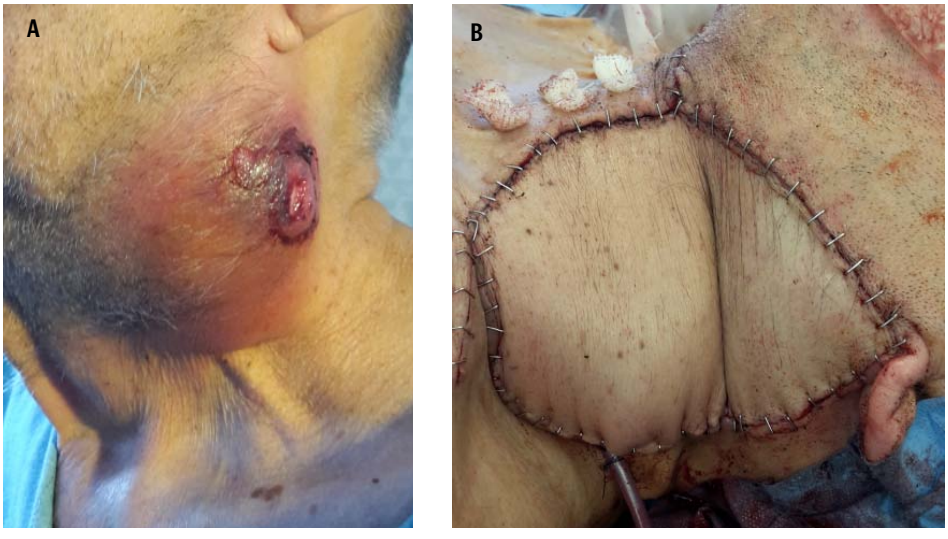
Palliatiivinen kirurgia

Pään ja kaulan alueen palliatiivisella kirurgialla voidaan lievittää merkittävästi potilaan oireita ja parantaa elämänlaatua. Paikallisten kasvainten aiheuttamia oireita voidaan helpottaa erilaisilla paikallishoidoilla, mutta ihon läpäisevä syöpä on usein erityinen haaste potilaan selviytymiselle.

Palliatiivisella leikkauksella voi olla monia tavoitteita, ja ne on aina arvioitava yksilökohtaisesti ottaen huomioon sekä kasvaimen ominaisuudet että potilaan yleiskunto, muut sairaudet ja hänen mielipiteensä. Tavoite voi olla esimerkiksi verenvuodon lopettaminen tai estäminen, erittävän etäpesäkehaavauman poistaminen, limakalvo-ihoavanteen tai leukaluun patologisen murtuman korjaaminen, kivun vähentäminen tai nielemisen ja hengittämisen helpottaminen poistamalla ahtauttava kasvainmassa.

KUVA 1.

Potilaan kaulan ihon läpi kasvavan metastaasin (A) poistoalue on peitetty varrellisella iho-lihaskielekkeellä (pectoralis major -kieleke) (B).



KIRJALLISUUTTA

1 Vermorken JB, Specenier P. Optimal treatment for recurrent/metastatic head and neck cancer. Ann Oncol 2010;21:252–61.
2 Chan JYW, To VSH, Wong STS, Wei WI. Quality of dying in head and neck cancer patients: the role of surgical palliation. Eur Arch Otorhinolaryngol 2013;270:681–8.
3 Roland NJ, Bradley PJ. The role of surgery in the palliation of head and neck cancer. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2014;22:101–8.
4 Liukko T, Mäkitie AA, Markkola A, Ylikoski J, Bäck L. Radiofrequency induced thermotherapy: an alternative palliative treatment modality in head and neck cancer. Eur Arch Otorhinolaryngol 2006;263:532–6.
5 Stratakos G, Gerovasili V, Dimitropoulos C ym. Survival and quality of life benefit after endoscopic management of malignant central airway obstruction. J Cancer 2016;7:794–802.
6 Nasir BS, Tahiri M, Kazakov J, Thiffault V, Ferraro P, Liberman M. Palliation of concomitant tracheobronchial and esophageal disease using a combined airway and esophageal approach. Ann Thorac Surg 2016;102:400–6.
7 Jang DW, Teng MS, Ojo B, Genden EM. Palliative surgery for head and neck cancer with extensive skin involvement. Laryngoscope 2013;123:1173–7.
8 Pälve H. Hyvä kuolema. Pääkirjoitus. Suom Lääkäril 2016;41:2545.

SIDONNAISUUDET

Antti Mäkitie: Konsultointipalkkiot (Bristol-Myers Squibb, Merck, Sanofi Pasteur MSD).
Petri Koivunen: Matka-, majoitus- ja kokouskulut (Merit Medical, Olympus).
Timo Atula, Laura Tapiovaara, Andrew Lindford, Leif Bäck, Patrik Lassus: Ei sidonnaisuuksia.

Kasvaimen pienentäminen

Joissain tapauksissa on mahdollista poistaa kirurgisesti kasvainmassaa tai pienentää sen aiheuttamaa haavaumaa, ja leikkaus voi olla myös toistettavissa. Jotta leikkauksen hyöty olisi mahdollisimman pitkäkestoinen, siinä pyritään poistamaan kaikki näkyvä kasvainkudos mahdollisimman laajasti. Hoidolla voidaan myös edistää haava-alueen paranemista ja siten nopeuttaa kotiutusta tai siirtymistä esimerkiksi palliatiiviseen sädehoitoon.

Potilaan elämänlaatu voi kohentua merkittävästi, kun vuotavan ja haisevan haavauman sijaan kasvainmassa poistetaan ja kudospuutos peitetään kudossiirteellä (kuva 1). Joskus näin on myös estetty aiemmin sädetetyn alueen haavaumassa paljastuneen kaulavaltimon repeäminen. Vuotokomplikaation ehkäisynä kudossiirre voi olla ratkaiseva. Palliatiivinen kaulavaltimon embolisaatio on mahdollinen, mutta harvemmin käytetty menetelmä.

Radiotaajuushoidolla on palliatiivisessa kirurgiassa saatu eräiden kasvainten hoidossa aikaan hyvä kivunlievitys, nielemisen ja hengittämisen helpottumista sekä kasvaimen verenvuodon vähentymistä (4). Se on käyttökelpoinen mm. hankalasti poistettaviin kasvaimiin, jotka kasvaessaan voivat tukkia hengitysteitä tai estää nielemistä. Hoito aiheuttaa kudokseen paikallisen nekroosin ja tuhoaa laskimorakenteet, jolloin kasvaimen volyymi ja vuoto-alttius pienenevät.

Hengityksen turvaaminen

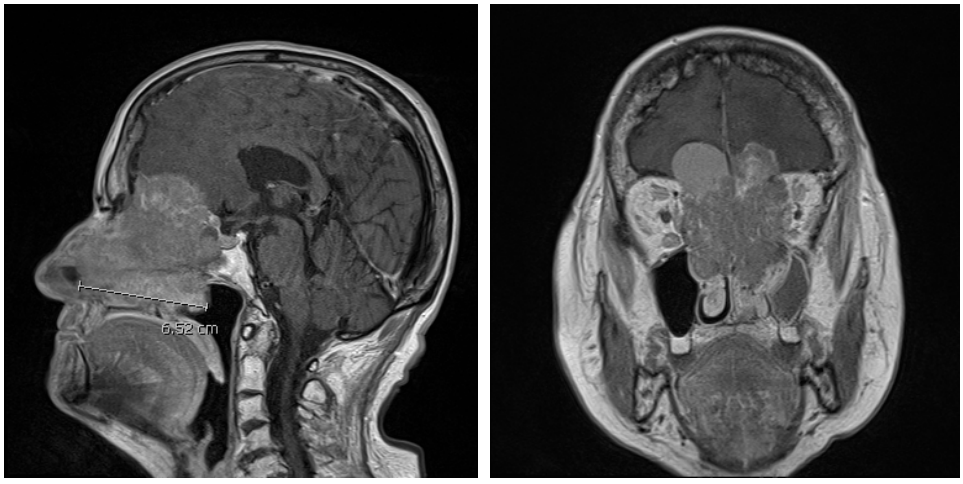
Hengitys voidaan yleensä aina turvata hengitystieavanteella. Palliatiivisessa vaiheessa avanne on mielekästä suunnitella elektiivisesti, jotta vältetään hengitystieongelman muuttuminen kiireelliseksi. Avanteen päivittäinen hoito ja sen kanssa eläminen on yleensä ongelmatonta vuodeosastolla ja jopa kotona. Trakeostoomakanyyli voidaan varustaa ns. puheläpällä, jolloin kommunikointi helpottuu.

Alanielun tai hengitysteiden tukkivaa kasvainta voidaan joskus poistaa tähystyksessä myös palliatiivisena toimenpiteenä hengityksen

KUVA 2.

Nenäkäytävän kasvainmassan pienentäminen näön säilyttämiseksi.

Potilaalla oli esiintynyt nenäverenvuotoa ja vasemman silmän näköoireita kolmen kuukauden ajan. Tutkimushetkellä silmä oli jo sokeutunut. Nenäkäytävässä näkyi vasemmalla polyyppimainen kasvain, josta otetusta näytepalasta paljastui levyepiteelikarsinooma. Magneettikuvauksessa näkyi kookas kasvain, joka ulottui intrakraniaalitilaan ja silmäkuoppiin. Potilaan yleistilan vuoksi ei voitu tehdä laajaa leikkausta ja pelkkä sädehoito olisi ollut riski myös oikean silmän näön menetykselle. Hoidon tavoitteeksi asetettiin palliaatio ja oikean silmän näön säilyttäminen mahdollisimman pitkään. Kasvainmassaa pienennettiin nenäkäytävän kautta höyläysmenetelmällä (ns. shaver-tekniikka) ja paikantamisessa käytettiin apuna neuronavigaattoria. Näkö säilyi potilaan kuolemaan asti.



helpottamiseksi. Nielun ja kurkunpään kasvainten kasvainmassan endoskooppinen pienentäminen voi myös helpottaa nielemistä ja vähentää verenvuodon riskiä. Joskus on näin mahdollista jopa välttää hengitystieavanne.

Hengitysteiden ja ruokatorven palliatiivinen endoskooppinen hoito

Pään ja kaulan alueen syöpäpotilailla kasvaimen suora infiltraatio henkitorven tai ruokatorven seinämän läpi tai syövän kompressio voi ahtauttaa luumenia ja aiheuttaa hankaliakin oireita. Aggressiivinen kilpirauhassyöpä tai pitkälle edennyt kurkunpääsyöpä ovat tyypillisiä tällaisia kasvaimia. Suora tuumorikasvu voi myös aiheuttaa perforaation tai fistelin henkitorven ja ruokatorven välille.

Olennaista on välttää aiheuttamasta leikkauksessa ylimääräistä haittaa.

Tähystystoimenpiteillä on suuri merkitys pään ja kaulan syövän palliatiivisessa hoidossa. Tällaisia toimenpiteitä ovat mm. kasvaimen poisto, ruokatorven ja henkitorven laajentaminen sekä stenttaus. Näillä kohtalaisen vähän potilasta rasittavilla toimenpiteillä voidaan joskus merkittävästi parantaa elämänlaatua ja pitkittää kotona selviytymistä helpottamalla hengitystä, puhumista ja syömistä, sekä jopa pidentää elinaikaa (kuva 2).

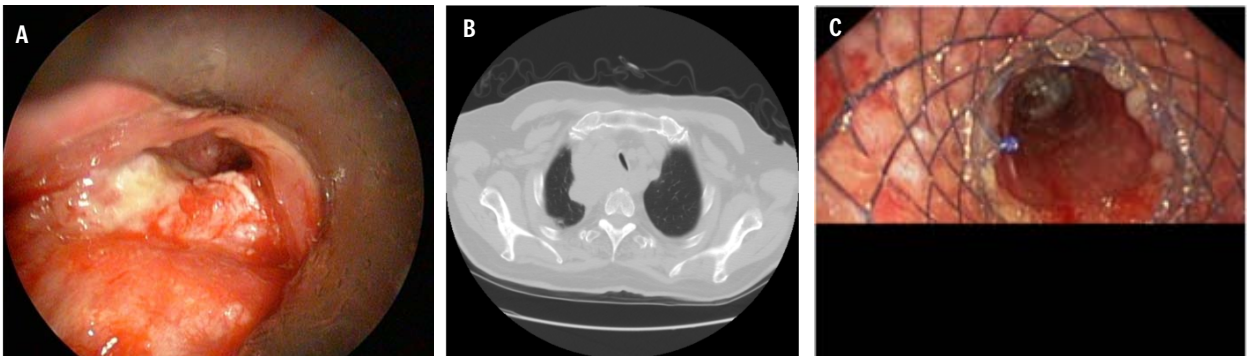
Henki- tai ruokatorven kasvainmassan pienentämiseen voidaan käyttää sekä jäykkiä että taipuisia tähystimiä. Taipuisilla saadaan parempi näkyvyys kapeampiin ja distaalisiin alueisiin, jäykkiä käytettäessä taas on laajemmat mahdollisuudet tehdä erilaisia toimenpiteitä. Tuumoriresektioon voidaan käyttää mekaanisia pihtejä tai elektrokoagulaatiota, mutta yleisimmin apuna käytetään lasertekniikkaa. Kuituja pitkin viedyllä lasersäteellä saadaan melko tarkasti poistettua varsinkin keuhkoputkiston kasvaimia ja yleensä verenvuoto on vähäistä.

Ruokatorvea komprimoiden ahtauttavien ja infiltroivien kasvainten hoidossa käytetään pääsääntöisesti pallolaajennusta ja sen jälkeen käytännössä aina asennettavaa stenttiä. Tässäkin toimenpiteessä tarvitaan joskus sekä taipuisia että suoria endoskooppeja.

Nykyään on saatavilla lukuisia malliltaan ja pituudeltaan erilaisia stenttejä, joilla tuetaan ruokatorven tai henkitorven aukipysymistä. Putkimainen stentti asetetaan syöpäkasvaimen kohdalle estämään henki- tai ruokatorven tukkeutuminen. Stentti viedään oikeaan paikkaan jäykän bronkoskoopin tai esofagoskoopin kautta näkökontrollissa ohuen asettimen avulla, jonka sisälle tai ympärille stentti on puristettu. Myös läpivalaisua voidaan käyttää apuna, jos jäykkiä skooppeja ei ole käytössä. Asettimen ympärille puristettu stentti viedään paikalleen

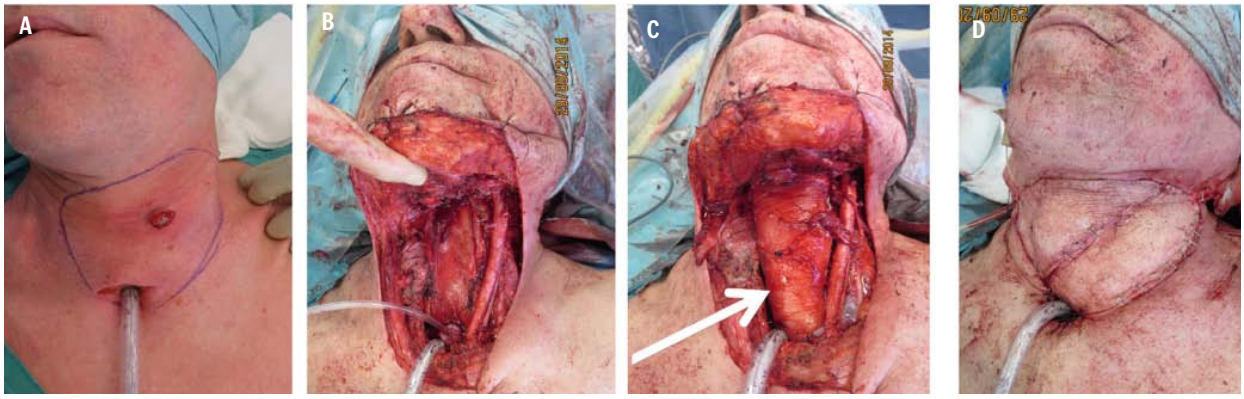
KUVA 3.

A. Endoskopiakuva ennen laserin avulla tehtyä henkitorven kasvaimen poistoa ja ilmatien laajentamista.
B. TT-kuva ennen toimenpidettä. C. Kuva stentin sisältä toimenpiteen jälkeen.



KUVA 4.

A. Potilaan kaulan ihon läpi kasvava alanielusyöpä. B. Kirurgisena hoitona on tehty alanielun ja kurkunpään poisto (laryngofaryngektomia). C. Rekonstruktiona on käytetty vapaata mikrovaskulaarista reisikielekettä, joka putkimaisena rakenteena muodostaa uuden alanielun (nuoli). D. Kaulan alue on lopuksi peitetty varrellisella lihaskielekkeellä, jossa on ihoalue mukana (latissimus dorsi -kieleke).



ja avataan, jolloin se laajenee alkuperäiseen muotoonsa tukien ympäröivää henki- tai ruokatorvea (kuva 3). Keuhkoputkien bifurkaation alueen ahtaumassa suositaan Y:n muotoista stenttiä, jolla saadaan tuettua sekä distaalinen henkitorvi että molempien pääkeuhkoputkien proksimaalipää.

Tuoreessa julkaisussa kuvattiin 34 vaikeasta hengenahdistuksesta kärsivää syöpäpotilasta, jotka hoidettiin kasvaimen poistolla, henkitorven tai keuhkoputken laajennuksella sekä stenttauksella. Näitä potilaita verrattiin 12 potilaaseen, jotka olivat kieltäytyneet lisähoidoista. Keskimääräinen elossaoloaika oli toimenpideryhmässä 10 kuukautta ja verrokkiryhmässä 4 kuukautta; ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,04$). Myös elämänlaatu oli selvästi parempi toimenpideryhmässä (5). Stenttien avulla pystytään ruoka- ja henkitorven aukipysymisen lisäksi sekä ehkäisemään että hoitamaan ruokatorven ja henkitorven fisteleitä ja perforaatioita tehokkaasti (6).

Ravinnonsaannista huolehtiminen

Yli puolella potilaista, joilla on paikallisesti levinnyt pään ja kaulan alueen syöpä, on merkittävää painonlaskua ja vajaaravitsemustila, jopa kakeksia. Syynä on usein nielemisvaikeus, mutta myös esimerkiksi ihon läpi kasvava syöpä aiheuttaa tulehtuneen erittävän haavauman, joka lisää proteiinin menetystä.

Niin kauan kuin potilasta hoidetaan aktiivisesti, voidaan käyttää kaikkia ravitsemushoidon mahdollisuuksia ja pyrkiä saavuttavamaan riittävä energian, proteiinin ja ravintoaineiden saanti joko nenä-mahaletkun tai mahalaukkuavanteen avulla. Gastrostomiaa ei kuitenkaan katsota asianmukaiseksi toimenpiteeksi viimeisten elinviikkojen aikana, vaan potilaan arvioidun elinajan tulisi olla yli 6 viikkoa.

Saattohoitovaiheessa myös ravitsemushoidon tavoitteena on ensisijaisesti tukea potilaan elämänlaatua hänen tahtoaan kunnioittaen. Potilaalle tarjotaan tällöin se neste- ja ruokamäärä, jonka hän jaksaa ja haluaa syödä ilman letkuruokintaa tai suonensisäistä ravitsemusta.

Palliatiivisen kirurgian rekonstruktiomenetelmät

Leikkausmenetelmä tulee palliatiivisessa hoidossa valita potilaan yksilöllisten ongelmien ja hoidon tavoitteiden mukaan niin, että sillä ei aiheuteta lisähaittaa. Leikkauksessa syntyvän kudospuutoksen korjausmenetelmä valitaan potilaan kunnon, yksilöllisten seikkojen sekä käytössä olevista rekonstruktiomahdollisuuksien perusteella. Jos potilas on hyväkuntoinen

ja hänen arvioidaan selviytyvän toimenpiteen jälkeen kotona noin puolen vuoden ajan, isollekaan leikkaukselle ei ole estettä (kuva 4).

Kudospuutosten korjaamiseen voidaan joskus käyttää kielekkeitä ympäröivältä alueelta. Usein ongelma-alueelle on kuitenkin aiemmin kohdistettu sädehoitoa eikä ihon kunto siksi ole optimaalinen ja haavan paranemisessa on ongelmia. Mikäli siirre ei parane primaaristi, potilaalle jää usein pysyvä haava-aukile eikä elämänlaatua ole tällöin saatu kohennettua toivotulla tavalla.

Palliatiivinen kirurgia voi mahdollistaa potilaalle paremman loppuvaiheen.

Turvallisempaa on käyttää varrellisia siirteitä sädehoitokentän ulkopuolelta. Plastiikkakirurgilla on käytössään lukuisia erilaisia rekonstruktiomenetelmiä (pectoralis major- ja latissimus dorsi -iho-lihassiirteet sekä ylärintakehän iho-rasvasiirteet). Niiden ottokohdan paranemismahdollisuus tulee ottaa huomioon leikkauspäätöstä tehtäessä.

Mikäli palliatiivisen kirurgian jälkeen kudospuutos on hyvin laaja tai kolmiulotteisesti monimutkainen, voi olla turvallisinta käyttää mikrovaskulaarisesti liitettävää etäkielekettä. Siirrevaihtoehtoja on useita kymmeniä, ja niistä voidaan valita potilaalle yksilöllisesti sopivin. Lisäksi ottokohta sijaitsee kaukana potilaan varsinaisesta kasvainalueesta, eikä sen paranemistilanne siksi häiritse korjauskohdan paranemista. Mikrovaskulaarileikkaukset ovat kestoltaan pitkiä, ja toipuminen niistä on selvästi raskaampaa kuin muita menetelmiä käytettäessä. Tarkoin harkituissa tapauksissa menetelmää voidaan kuitenkin käyttää.

Patologinen alaleuan murtuma tai muun syövän etäpesäke alaleuassa voidaan hoitaa poistamalla kappale leukaluusta ja tukemalla se rekonstruktiolevyllä. Levyn peittämiseen joudutaan käyttämään kielekkeitä. Pelkän rekonstruktiolevyn käyttäminen alaleuan etuosassa ei ole pysyvänä ratkaisuna hyvä, mutta sopii hyvin palliatiivisiin toimenpiteisiin. Suuonteloa tukkiva yläleuan kasvain voidaan poistaa ja rekonstruktiona voidaan käyttää suu- ja nenäontelon väliin syntyneen reiän tukkimiseen obturaattoriproteesia.

Olennaista on välttää aiheuttamasta leikkauksessa ylimääräistä toiminnallista tai esteettistä haittaa tai uusia kirurgisia komplikaatioita, koska hoidon tavoitteena on kohentaa potilaan elämänlaatua oletettavasti rajalliseksi ajaksi. Kirurgian ensisijainen tavoite on saada potilas paranemaan primaaristi ilman haavaongelmia, ja erityisen tärkeää tämä on palliatiivisessa hoidossa, jossa hoitopäätökset tehdään eri periaatteilla kuin kuratiivisessa hoidossa. Siksi hoitopäätökset tulee puntaroida tarkkaan ja moniammatillisesti. Tuoreen tutkimuksen valikoidussa aineistossa keskimääräinen elossaoloaika palliatiivisen kirurgian jälkeen oli lähes 10 kuukautta (7). Vaikka tällainen leikkaus ei muuttaisi potilaiden ennustetta, jäljellä olevan elämän laatu paranee.

Lopuksi

Hoitomuotojen kehittymisen ansiosta nykyään on yhä useammin mahdollista löytää pään ja kaulan alueen syöpäpotilaalle sekä kirurgisia että onkologisia palliatiivisia hoitomuotoja. Palliatiivinen kirurgia voi osaltaan mahdollistaa potilaalle paremman elämän loppuvaiheen, ja tarkkaan valikoiduille potilaille laajatkin resektiot ja mikrovaskulaariset rekonstruktiot ovat hyödyllisiä elämänlaadun parantamiseksi. On tärkeää, että näitä menetelmiä harkitaan ajoissa.

Yliopistosairaalan hoitava yksikkö on tottunut huolehtimaan eri tavoin potilaan hyvästä elämänlaadusta, mutta yhtä aktiivisesti tulisi pyrkiä valmistamaan kaikki osapuolet kohtaamaan myös hyvä kuolema (8). Moniammatillisessa yksikössä tähän on välineitä ja toimintatapoja, ja tieto näistä mahdollisuuksista olisi yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa välitettävä sekä potilaalle että hänen omaisilleen. ●

English summary | www.laakarilehti.fi | in english
Palliative surgery of cancer in the head and neck area

English summary

ANTTI MÄKITIE,
TIMO ATULA,
LAURA TAPIOVAARA,
ANDREW LINDFORD,
LEIF BÄCK,
PETRI KOIVUNEN,
PATRIK LASSUS

ANTTI MÄKITIE
Professor
University of Helsinki
Ear, Nose and Throat Diseases,
HUH Head and Neck Center

Palliative surgery of cancer in the head and neck area

As forms of treatment have improved, it is today increasingly often possible to find both surgical and oncological palliative forms of treatment for patients with cancer in the head and neck area. Palliative surgery may contribute to a better final stage of life for these patients. The aim of palliative surgery is to alleviate distressing symptoms, to secure the airway and nutrition and to treat difficult complications, such as ulcers from metastases penetrating the skin. For highly select patients, even extensive resections or microvascular reconstruction may be useful for improving the quality of life. If is of primary importance to consider these methods and offer them to the patients sufficiently early. The benefits, risks and adverse effects of any procedures should be discussed with the patients and their families.