

Laura K. Mäkinen, Jaana Hagström, Antti Mäkitie ja Timo Atula

## Kielisyöpä – varhainen toteaminen parantaa ennustetta

Kielisyövän ennuste on diagnostiikan ja hoidon kehittymisestä huolimatta edelleen kohtuullisen huono: noin 30–40 % kaikista potilaista menehtyy tautiin viidessä vuodessa. Pienen ja paikallisen kielisyövän ennuste on kuitenkin huomattavasti parempi. Taudin varhainen diagnoosi on ensiarvoisen tärkeää myös siksi, että silloin hoidosta aiheutuu huomattavasti vähemmän haittoja. Diagnoosi varmistetaan kudoksenäytteellä, joka tulee ottaa kaikista epäilyttävistä muutoksista ja joka on helposti otettavissa paikallispuudutuksessa stanssilla. Jopa 25 %:lla kielisyöpäpotilaista on jo hoitoon tullessaan kaulalla etäpesäkkeet, joiden olemassaolo vaikuttaa keskeisesti taudin ennusteeseen. Tupakkatuotteiden ja alkoholin runsas käyttö ovat kielisyövän tärkeimmät riskitekijät ja niiden jatkuminen kielisyöpädiagnoosin jälkeen lisää sekä taudin uusiutumisen että toisen syövän ilmaantumisen riskiä.

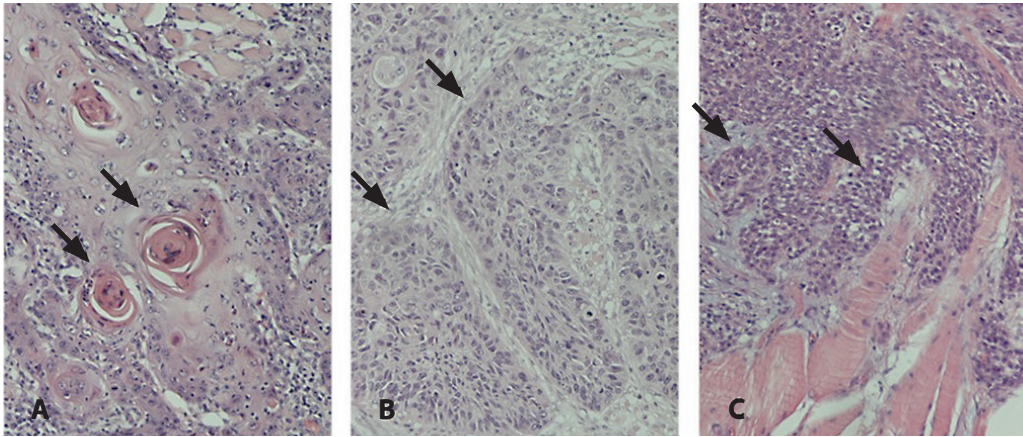
**K**ielisyövällä tarkoitetaan kielen niin sanotun liikkuvan osan eli kahden etummaisemman kolmanneksen syöpää. Näistä yli 95 % on levyepiteelisyöpiä eli epidermoidikarsinomia. Kielen tyviosan syöpä sen sijaan luokitellaan kuuluvaksi suunielun syöpiin. Tässä artikkelissa käsittelemme nimenomaan liikkuvan kielen syöpää, joka voidaan havaita potilaan suuhun katsomalla ja kielen eri alueet tarkastamalla helposti jo varhaisvaiheessa.

Vuonna 2014 Suomessa todettiin 147 uutta kielisyöpää (1). Suomessa, samoin kuin muissa Pohjoismaissa, kielisyövän ilmaantuvuus on suurentunut tasaisesti viime vuosikymmeninä ja sitä esiintyy miehillä hieman enemmän kuin naisilla (1,2). Maailmanlaajuisesti kielisyövän ilmaantuvuus vaihtelee paljon (3). Osassa Kaakkois-Aasiaa suusyöpä kattaa jopa 40 % kaikista syövästä (4). Tämän ajatellaan liittyvän muun muassa voimakkaasti karsinogeenisen betelpähkinän käyttämiseen nautintoaineena. Kielisyöpä on tyypillisesti yli 60-vuotiaiden tauti, mutta yksittäistapauksina sitä esiintyy alle 40-vuotiaillakin (1,5).

Suusyövän tärkeimmät riskitekijät ovat tupakka ja alkoholi, joiden yhteiskäyttö lisää riskiä annoksesta riippuen 1,6–80-kertaiseksi (6). Länsimaissa jopa 75 % suusyövästä voitaisiin ehkäistä elintapamuutoksilla. Vaikka ihmisen papilloomaviruksen (HPV) osuus suunielun syövän synnyssä on merkittävä, kielisyövässä sillä ei katsota olevan yhtä suurta roolia (7,8).

Alkuvaiheessaan kielisyöpä on usein vähäoireinen, jonka vuoksi diagnoosi voi viivästyä. Yleisimmin kielisyöpä ilmenee parantumattomana haavaumana tai ulkonevana kasvaimena. Myös kyhmy kaulalla etäpesäkkeen merkinä voi olla kielisyövän ensioire. Eurooppalaisen vuosittaisen ”Make sense” -kampanjan yksi päämäärä on ollut lyhentää sekä potilas- että hoitoviivettä lisäämällä yleistä tietoisuutta pään ja kaulan alueen syövän ensioireista ja hoitojärjestelyistä (9).

Huolimatta hoitojen kehittymisestä, kielisyövän ennusteesta on havaittu vain hienoista paranemista viime vuosikymmeninä (10,11, 12). Ennusteeseen vaikuttaa merkittävästi taudin levinneisyys diagnoosivaiheessa. Suoma-



**KUVA 1.** Kielisyövän histologia. **A)** Hyvin erilaistunut levyepiteelikarsinooma. Kasvain muodostaa keratiinia (nuolet). **B)** Kohtalaisesti erilaistunut levyepiteelikarsinooma. Kasvain on vielä selkeästi epiteliaalista. **C)** Huonosti erilaistunut levyepiteelikarsinooma. Solukko on erilaistumatonta eikä enää selkeärakenteista. Kuvissa B ja C nuolet osoittavat karsinoomakudosta.

laisessa aineistossa kielisyövän tautikohtainen viisivuotiselossaoloennuste oli levinneisyysasteen I taudissa 74 %, levinneisyysasteen II 62 %, levinneisyysasteen III 71 % ja levinneisyysasteen IV taudissa vain 33 % (10). Kaulan etäpesäkkeet pienentävät potilaan viisivuotiselossaoloennusteen noin puoleen ja etäpesäkkeen kasvinkudoksen kasvu imusolmukkeen kapselin ulkopuolelle jopa neljäsosaan (13). Suomalaisessa aineistossa todettiin joka neljännellä kielisyöpäpotilaalla kaulan etäpesäke jo hoitoon tullessa (10).

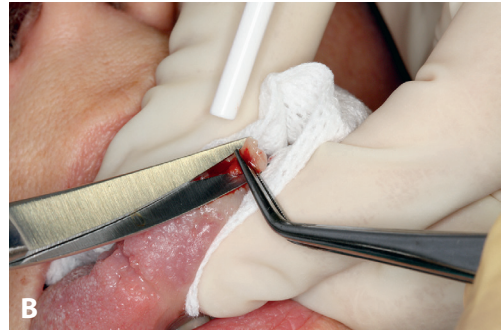
Pienikin kielisyöpä voi käyttäytyä aggressiivisesti ja lähettää etäpesäkkeitä taudin varhaisessa vaiheessa (14,15). Kielisyövän käyttäytymisessä onkin selittämättömiä tekijöitä huolimatta samankaltaisesta histologisesta löydöksestä. Kielisyövän biologisia mekanismeja ja käyttäytymistä ennustavia merkkiaineita on tutkittu aktiivisesti, mutta lupaavia merkkiaineita, jotka olisivat päätyneet kliiniseen käyttöön, ei ole toistaiseksi löydetty (16–24). Myös kielisyövän invaasiosyvyyden ja -tavan vaikutusta taudin käyttäytymiseen on selvitetty, ja niin sanotun tumor budding -ilmiön on kuvattu olevan yhteydessä pään ja kaulan alueen levyepiteelisyövän aggressiivisempaan etenemiseen ja huonompaan ennusteeseen, mutta määrittäminen ei ole vielä kliinisessä käytössä (25,26,27,28,29).

## Diagnostiikka

Kielisyövän varhainen diagnoosi on ensiarvoisen tärkeää, koska taudin levinneisyys vaikuttaa annettavaan hoitoon, sen haittavaikutuksiin sekä potilaan ennusteeseen. Jos kielessä havaitaan haavauma, eksofyttinen muutos tai muu limakalvomuuutos, pitää muutoksesta ottaa biopsia, tai hyvänlaatuiseksi tulkitun muutoksen paraneminen on varmistettava 2–3 viikon kuluttua. Ellei muutos ole seurantakäyntiin mennessä parantunut, on kudoksenäyte aiheellinen. Mikäli löydös herättää selkeän syöpäepäilyn, kannattaa potilas yleensä ohjata suoraan kiireellisellä läheteellä erikoissairaanhoidon, jotta alkuvaiheen tutkimukset voidaan toteuttaa viiveettä. Erikoissairaanhoidon läheteeseen olisi hyvä saada valokuva muutoksesta liitteeksi; tämä ei valitettavasti kuitenkaan ole usein mahdollista sähköisessä lähetejärjestelmässä.

## Kudosnäytteen otto

Kielisyövän diagnoosi perustuu kudoksenäytteen histopatologiseen tutkimukseen (**KUVA 1**). Näytteen voi ottaa joko stanssilla tai veitsellä veneiillosta (**KUVA 2**). Suosittelemme stanssinäytettä, sillä sen otto on yksinkertaista, näytteen laatu usein parempi ja syöpätapauksissa varsinaisen leikkaushoidon toteutus helpom-



**KUVA 2.** Stanssi biopsia. A) Kieli puudutetaan lidokaiinia ja adrenaliinia sisältävällä infiltraatiopuudutteella, jonka jälkeen 4–6 mm:n stanssi painetaan hieman instrumenttia samalla kiertäen kieleen koko metallisen kärjen syvyydeltä. B) Stanssi nostetaan pois, kudonäytteeseen tartutaan hellästi pinsetillä ja katkaistaan kudos pohjalta. C) Poistoalue voidaan käsitellä bipolaaripoltolla tai vaihtoehtoisesti voidaan panna sulava ommel.

paa, jos syövän reuna-alueeseen ei ole koskettu. Kudonäytteeseen ei tarvitse sisällyttää tervettä kudosta, vaan se voidaan ottaa epäilyttävimmältä alueelta mahdollisia nekroottisia alueita sekä haavapintaa kuitenkin välttäen. On tärkeää yrittää saada näytteeseen mukaan myös muutoksen reuna syvyys suunnassa, jotta kasvaimen infiltraatiosyvyys voidaan määrittää. Mikäli epäily syövästä on vahva, muutosta ei kannata poistaa kokonaan, jotta terve kudon marginaalit muutoksen lopullisessa poistossa on helpompi määrittää. Jos kudonäytteessä ei ole syöpään viittaavaa mutta kliininen kuva antaa aiheen epäillä sitä, näyte pitää uusaa tai muutos poistaa kokonaan erikoissairaanhoidossa diagnoosin varmistamiseksi (30,31).

## Erotusdiagnostiikka

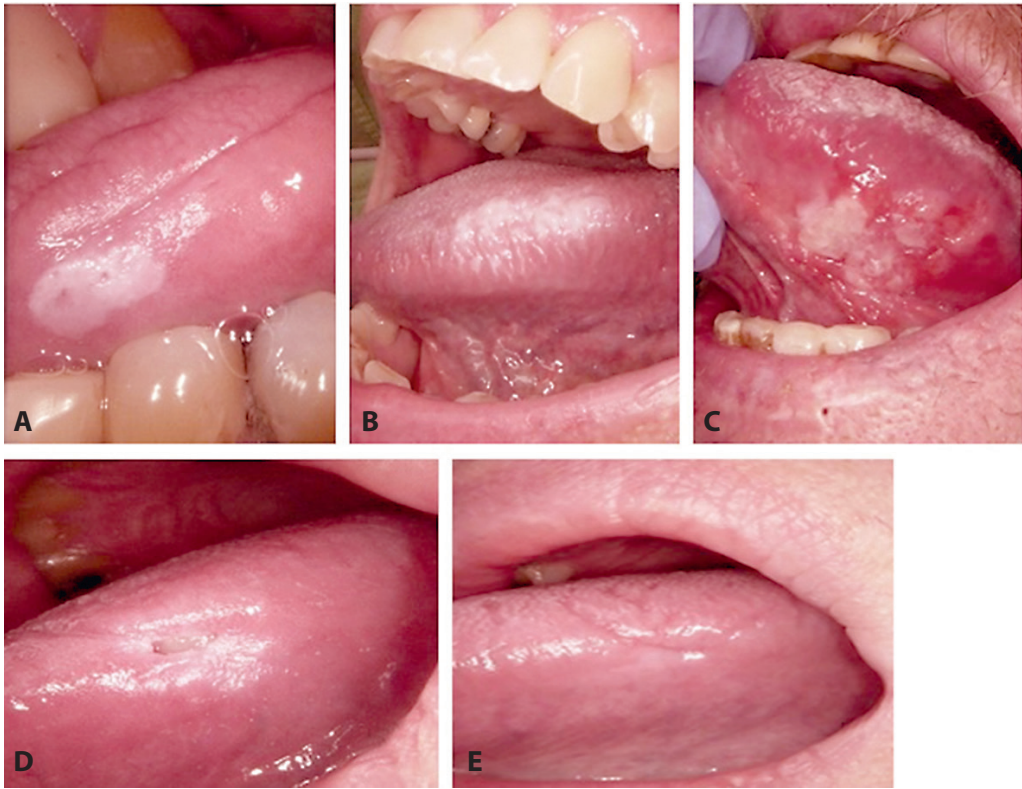
Erotusdiagnostisina vaihtoehtoina suun limakalvojen muutoksissa tulee huomioida erilaiset syöpävaaraa lisäävät sairaudet ja muutokset, joita ovat leukoplakia, erytroplakia, punajakälä ja likenoidit eli punajakälän kaltaiset muutokset (32,33) (KUVA 3). Myös yleissairaudet, lääkeaineet, infektiot ja paikalliset tekijät voivat ai-

heuttaa suun limakalvoille muutoksia (34,35). On tärkeää huomioida, että limakalvomutoksen histopatologinen löydös voi vaihdella muutoksen eri osissa, joten biopsia yhdestä muutoksen osasta ei sulje pois mahdollista syöpämuutosta toisessa kohdassa. Näin ollen kudonäytteen tulee olla edustava, ja laaja-alaisesta pinnallisesta muutoksesta näyte otetaan tarvittaessa useasta kohdasta. Mikäli muutosta ei poisteta kokonaisuudessaan, potilasta tulee seurata löydöksestä riippuen vähintään vuosittain. Seurannassa hyödynnetään valokuvausta ja kudonäyte uusitaan tarvittaessa.

## Taudin levinneisyyden tutkiminen

Kun syöpädiagnoosi vahvistuu, erikoissairaanhoidossa selvitetään kielisyövän mahdollinen leviäminen. Kielisyöpä leviää imuteitse ensin kaulan imusolmukkeisiin, jonka vuoksi kasvaimen ja kaulan alue kuvannetaan tavallisesti varjoainetehosteisella magneettikuvauksella tai tietokonetomografialla (TT) (36). Potilaista, joilla on kookas kielisyöpä, otetaan myös keuhkojen ja ylävatsan TT-kuvaukset. Jos potilaalla on





**KUVA 3.** Vain kudoksenäyte kertoo histologisen diagnoosin. A) Kielen leukoplakia. B) Kielen reunan likenoidi reaktio. C) Kielen reunan tai suunpohjan syöpä. D) Kandidainfektion aiheuttama vallireunainen haavauma. E) Sama kieli kandidainfektion lääkehoidon jälkeen.

pieni (T1) paikallinen tauti eikä kaulan etäpesäkkeitä, katsotaan tavanomainen keuhkojen röntgentutkimus usein riittäväksi. Jos muualla kuin etäpesäkkeen muodostumisen riskialueella todetaan epäilyttävä imusolmuke, voidaan ottaa ohutneulanäyte kaikkokuvaohjauksessa muutoksen luonteen selvittämiseksi (37).

## Hoito

Pään ja kaulan alueen syövänhoito on Suomessa keskitetty yliopistosairaaloihin, ja lisäksi eräissä keskussairaaloissa hoidetaan osa tietyn varhaisen levinneisyysasteen potilaista. Hoito suunnitellaan aina moniammatillisessa kasvainkokouksessa yksilöllisesti – kuitenkin kansallisia yhteisiä hoitosuosituksia noudattaen. Hoidon suunnittelu perustuu kasvaimen TNM-luokitukseen sekä luonnollisesti potilaaseen liittyviin tekijöihin, kuten potilaan yleiseen terveydentilaan ja toiveisiin (**TAULUKKO**).

**TAULUKKO.** Suusyövän TNM-luokitus.

### Primaarikasvain (T-luokka)

T1	Kasvain korkeintaan 2 cm
T2	Kasvain yli 2 cm mutta korkeintaan 4 cm
T3	Kasvain yli 4 cm
T4a	Kasvain invasoi kortikaaliluun läpi, kielen syviin tai ulkoisiin lihaksiin, poskionteloon tai ihoon
T4b	Kasvain invasoi purentaelimiin, <i>pterygoideus</i> -levyihin, kallonpohjaan tai ympäröi sisemmän kaulavaltimon

### Alueelliset (kaulan) imusolmukkeet (N-luokka)

N0	Ei etäpesäkkeitä kaulan imusolmukkeissa
N1	Yksittäinen, samalla puolella sijaitseva etäpesäke halkaisijaltaan alle 3 cm
N2	Yksittäinen, samanpuolinen etäpesäke halkaisijaltaan yli 3 cm mutta korkeintaan 6 cm tai useampia samalla tai vastakkaisella puolella sijaitsevia etäpesäkkeitä, joiden koko korkeintaan 6 cm
N3	Etäpesäke halkaisijaltaan yli 6 cm

### Kaukoetäpesäkkeet (M-luokka)

M0	Ei etäpesäkkeitä
M1	Etäpesäkkeitä

T = tumor, N = node, M = metastasis

Varhaisvaiheen paikallisen kielisyövän hoito on kuitenkin selväpiirteistä, ja hoitona on kasvaimen kirurginen poisto. Kaulan imusolmukkeiden hoito riippuu kasvaimen koosta sekä siitä, onko etäpesäkkeitä todettavissa.

**Kirurginen hoito.** Kielisyövän ensisijainen hoito on kasvaimen poisto riittävin marginaalein. Pienten (yleensä T1-kokoisten) kasvainten hoidoksi riittää poisto ja haavan suora sulku, tai haava voidaan jättää myös sulkematta paranemaan sekundaarisesti (**KUVA 4**). Laajempien kasvainten (T2-luokka ja suuremmat) poiston jälkeen tarvitaan paikallisia tai vapaita verisuonitettuja kudossiirteitä kielen anatomian ja toiminnan säilyttämiseksi (38) (**KUVAT 5 ja 6**). Tavallisimmat kielen rekonstruktioissa käytetyt mikrovaskulaariset siirteet ovat kyynärvarsikieleke ja anterolateraalinen reisi-kieleke. Toisinaan kasvain on niin suuri (T4-luokka), että kieli joudutaan poistamaan kokonaan tai lähes kokonaan. Tällöinkin kudos-siirrettä käyttäen potilas saattaa joskus pystyä puhumaan ymmärrettävästi ja nauttimaan osin ravitsemusta suun kautta, mutta käytännössä potilaiden ravitseminen on pysyvästi mahalaukuavanteen (PEG, perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma) varassa, ja potilaiden taudista selviämisen ennuste on huono.

Jos kaulalla todetaan poikkeavia imusolmukkeita tai niiden todennäköisyys on suuri normaaleista kuvantamislöydöksistä huolimatta, tehdään kaulan alueen imusolmukkeiden poisto eli kauladisektio. Millään kuvantamistutkimuksella ei voida varmuudella sulkea pois aivan pienimpiä etäpesäkkeitä, joten kaula hoidetaan taudin koosta ja syvyyskasvusta riippuen ehkäisevästi (14). Kun kasvain on varhaisvaiheessa (T1 tai T2) eikä potilaalla todeta kuvantaen etäpesäkkeitä, voidaan mahdollista paikallista metastasointia selvittää myös vartija-imusolmuketutkimuksella (39).

**Onkologinen hoito.** Leikkauksen jälkeen potilaalle annetaan sädehoito silloin, kun emokasvain on kookas, tunkeutuu syvälle, leikkauksmarginaalit ovat jääneet niukoiksi tai kun kaulalla todetaan yksi tai useampi etäpesäke. Sädehoitoon liitetään solunsalpaaja – tavallisesti sisplatiini – kun potilaalla todetaan kaulalla kaksi tai useampia etäpesäkkeitä tai kun mikro-

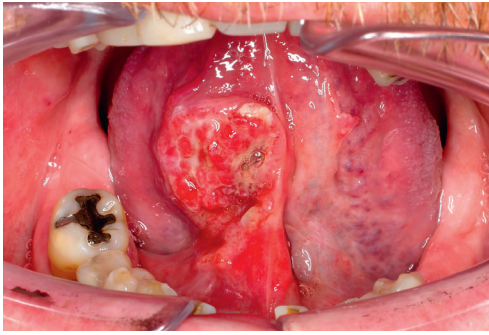


**KUVA 4.** Kielen oikean reunan T1-kokoinen levyepiteelikarsinoma. Iältään 35-vuotias potilas, joka oli tupakoinut vuosien aikana vaihtelevasti, totesi kielen reunassa kivuliaan alueen. Kielen epiteeli vaikutti ehyeltä, mutta vajaan 2 cm:n kokoinen muutos oli ympäristöönsä kiinteämpi. Muutos ei herättänyt syöpäepäilyä, mutta kudosnäytteestä todettiin levyepiteelikarsinoma. Kasvaimen luokitukseksi määriteltiin T1N0M0. Potilaalle tehtiin kasvaimen poisto ja vartija-imusolmuketutkimus. Etäpesäkkeitä ei todettu. Hoidoista ei jäänyt potilaalle jälkivaivoja.

skoopissa tutkimuksessa todetaan muita taudin aggressiivisia piirteitä, kuten leviämistä imusolmukkeen ulkopuolelle (40). Jotta yhdistelmähoito (sädehoito ja solunsalpaajahoido) voidaan toteuttaa, tulee potilaan yleistilan olla

## Ydinasiat

- ▶ Kielen parantumattomasta haavaumasta tai kyhmystä tulee aina ottaa kudosnäyte.
- ▶ Vahvoissa syöpäepäilyissä potilas tulee ohjata viiveettä erikoissairaanhoidon.
- ▶ Kielisyövän pääasiallinen hoito on kasvaimen ja tarvittaessa kaulan alueen imusolmukkeiden kirurginen poisto. Edenneeseen tautiin annetaan leikkauksen jälkeinen (kemo)sädehoito.
- ▶ Suurin osa taudin uusiutumista tapahtuu kahden vuoden kuluessa. Tauti katsotaan parantuneeksi, ellei se uusiudu viidessä vuodessa.
- ▶ Riski saada toinen syöpä hengitysteiden tai ruokatorven alueelle on suurentunut etenkin, jos potilas käyttää tupakkatuotteita tai alkoholia runsaasti.



**KUVA 5.** Kielen alapinnan oikean puolen T2-kokoinen levyepiteelikarsinooma. Iältään 57-vuotias potilas, joka oli ennen taudin toteamista tupakoinut 30 vuotta, havaitsi kielen alla lievästi kivuliaan 25 x 22 mm kokoinen muutoksen. Samalla puolella kaulalla todettiin kaksi hieman suurentunutta imusolmuketta. Kasvaimen luokitukseksi määriteltiin T2N2bM0. Hoitona oli kasvaimen resektio ja kauladissektio. Lisäksi kasvaimen koko ja sijainti vaativat rekonstruktion mikrovaskulaarisella vapaalla kielekkeellä. Leikkauspreparaatissa suurentuneet imusolmukkeet vahvistuivat paikallisiksi etäpesäkkeiksi. Leikkaushoidon jälkeen potilas sai sädehoidon ja samanaikaisesti viikoittain sisplatiinisolunsalpaajahoidot. Potilaalla oli PEG-letku noin neljän kuukauden ajan. Olkavarren toiminnan heikkous kauladissektion jälkeen esti fyysisesti raskaan työn, minkä vuoksi potilas joutui olemaan sairauslomalla liki vuoden ajan. Puhe, nieleminen ja muu toimintakyky palautuivat normaaleiksi.

hyvä. Sädehoitoa annetaan tavallisesti joka arkipäivä viisi kertaa viikossa 6–7 viikon ajan, ja sisplatiini kerran viikossa.

**Muu hoito.** Ennen kielisyövän hoitoa potilaan kanssa keskustellaan hoitosuunnitelmasta, hoidon tavoitteista ja sen vaikutuksesta elämänlaatuun. Potilaan hoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi, jossa yhdyshenkilönä ja henkisen tuen avainhenkilönä yliopistosairaalassa yleensä toimii syöpäsairaanhoitaja. Lisäksi hoitoon osallistuu puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Sosiaalinen tuki potilaalle sekä potilaan läheisille on ensiarvoisen tärkeää.

Hoitoja edeltävästi kaikille sädehoitoa saaville potilaille tehdään myös perusteellinen hammastarkastus ja tarvittaessa infektiofokusten saneeraus. Laajassa taudissa ravinnonsaannin turvaamiseksi tarvitaan yleensä gastrostooma. Joskus hyvin laajoissa taudeissa tarvitaan henkitorviavanne ilmäteiden turvaamiseksi.

Toisinaan jo toteamisvaiheessa tauti on edennyt niin pitkälle, ettei parantavaan hoitoon ole mahdollisuuksia. Tällöin voidaan potilaan kokonaistilanne huomioon ottaen käyttää taudin etenemistä jarruttavaa solunsalpaajahoidoa. Hyvässä oirenmukaisessa hoidossa painopiste on oireiden hyvässä hallinnassa ja potilaan sekä omaisten psyykkisessä tukemisessa.

## Elämänlaatu – varhaisen taudin hoito aiheuttaa vain vähäistä sairastuvuutta

Kielisyöpään sairastuneen potilaan psyykkinen tuki on tärkeää, sillä taudin ja sen hoidon vaikutus potilaan elämänlaatuun on väistämätöntä (41). Hoidon aiheuttama sairastuvuus riippuu keskeisesti primaarikasvaimen koosta. Varhaisvaiheen taudin (T1) poistosta ei aiheudu potilaalle yleensä merkittävää haittaa, nieleminen ja syöminen sujuvat ongelmitta, ja taudin ennuste on usein hyvä.

Sekä laaja leikkaus että sen jälkeinen (kemo)-sädehoito vaikeuttavat puhumista ja nielemistä. Syljen erityksen vähenemisen seurauksena esiintyy suun kuivumista sekä hampaiden reikiintymistä. Laajaan kauladissektioon voi liittyä kaulan kireys ja hartiasseudun mahdollinen toiminnan heikkous, leikkauksen laajuudesta riippuen.

## Seuranta ja kuntoutus

Potilaan kliininen seuranta jatkuu hoitavassa yksikössä tavallisesti viisi vuotta primaarihoidon jälkeen. Ensimmäiset kaksi vuotta seurantakäynnit ovat tavallisesti tiheästi, noin kolmen kuukauden välein, jonka jälkeen niitä harvennetaan asteittain. Seuranta tapahtuu pääasiallisesti potilaan kliinisellä tutkimuksella, jota tarvittaessa täydennetään kuvantamistutkimuksilla.

Noin puolet kielisyövästä uusiutuu, ja suurin osa uusiutumista tapahtuu ensimmäisen kahden vuoden aikana hoidosta (42). Pään ja kaulan alueen syöpäpotilaalla on suurempi riski saada toinen syöpä hengitysteiden tai ruokatorven alueelle etenkin, jos potilas käyttää tupakkatuotteita tai alkoholia runsaasti. Tästä



syystä potilaan kannustaminen näistä luopumiseen on oleellista (4). Tämä on erittäin tärkeää ottaa huomioon potilaan lääkärikontakteissa myös perusterveydenhuollossa.

Jos potilas on saanut sädehoidon suun ja kaulan alueelle, on jatkossa kiinnitettävä huomio hammashoidon toteutumiseen lisääntyneen kariesriskin sekä leukaluun aseptisen luunekroosin eli osteoradionekroosin riskin vuoksi. Lisäksi kehittyvän hypotyreoosin mahdollisuus on syytä huomioida ja kilpirauhasarvot tarvittaessa tarkistaa.

## Lopuksi

Suuri osa kielisyövistä olisi ehkäistävistä elintapamuutoksilla, joten ehkäisyn merkitystä ei voi liikaa korostaa. Tupakkatuotteiden ja alkoholin runsaasta käytöstä luopuminen on tärkeää myös taudin uusiutumisen ja toisen syövän ilmaantumisen ehkäisemiseksi. Kielisyövän varhainen diagnoosi vähentää hoidon haittavaikutuksia ja parantaa ennustetta. Siitä huolimatta toisinaan jo pienikin kasvain voi lähettää etäpesäkkeitä taudin varhaisessa vaiheessa, joten tutkimus kielisyövän biologisten mekanismien selvittämiseksi ja taudin käyttäytymistä ennustavien tekijöiden löytämiseksi on tarpeen. ■

**LAURA K. MÄKINEN, LKT, erikoislääkäri**  
HYKS, korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka

**JAANA HAGSTRÖM, dosentti, erikoishammaslääkäri**  
HY ja HYKS, patologian laitos

**ANTTI MÄKITIE, professori, ylilääkäri**  
HY ja HYKS, korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka

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

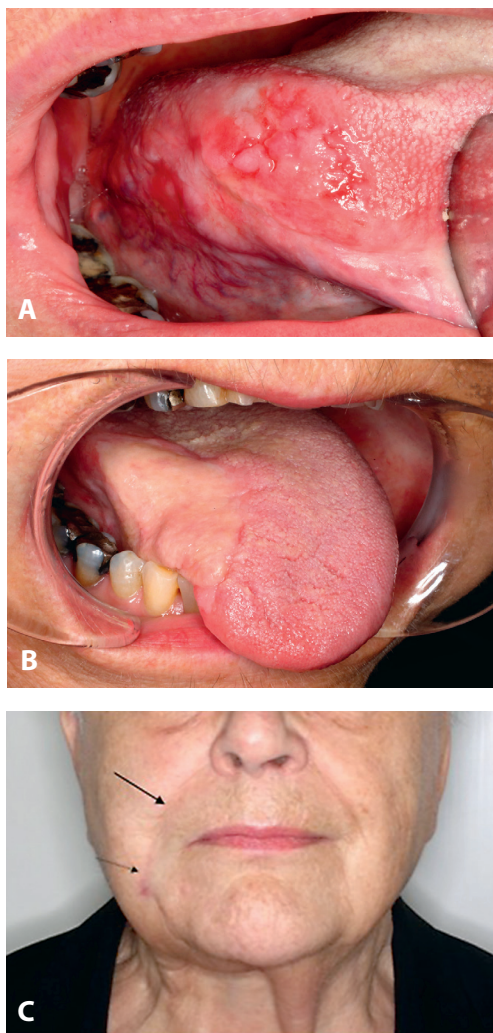
### SIDONNAISUUDET

**Laura K. Mäkinen:** Ei sidonnaisuuksia

**Jaana Hagström:** Luentopalkkio (Suomen Hammaslääkäreiden Apollonia, Lapin kesäyliopisto), muu palkkio (Yhtyneet Medix laboratoriot)

**Antti Mäkitie:** Luentopalkkio (Meda Oy, Merck Oy, Sanofi-Pasteur-MSD)

**Timo Atula:** Ei sidonnaisuuksia



**KUVA 6.** A) Kielen oikean reunan T2-kokoinen levyepiteelikarsinoma. Iältään 76-vuotias tupakoimaton potilas, jolla oli vuosien ajan suussa esiintynyt jäkälätautiin sopivia muutoksia suun limakalvoilla. Vuotta aiemmin saman kohdan kudoksenäytteessä kielen reunasta oli löydöksenä lievä dysplasia. Muutos suureni ja oli tutkimushetkellä noin 3 cm:n alueella. Pinta oli verestävä ja osin epätarkkarajainen. Biopsiasta paljastui levyepiteelikarsinoma, ja kasvaimen luokitukseksi määriteltiin T2N0M0. Potilaalle tehtiin kasvaimen poisto sekä kauladissektio kaulan yläosan imusolmukkeiden alueelle. Poistoalue korjattiin paikallisella iho-ihonalaisskudoselektiolellä, niin sanottu nasolabiaalielektiolellä. B) Vuoden kuluttua toimenpiteestä rekonstruktioalue kielessä. C) Kielekkeen ottokohta vuoden kuluttua toimenpiteestä (nuolet). Mikroskooppitutkimuksessa kaulalta paljastui myös yksi etäpesäke, ja potilas sai leikkauksen jälkeen sädehoidon. Neljän vuoden seurannassa tauti on pysynyt poissa, ja lievää suun kuivutusta ja kirvelyä lukuun ottamatta potilas on oireeton.

**KIRJALLISUUTTA**

1. Suomen syöpärekisteri [verkkotietokanta]. [www.cancer.fi/syoparekisteri/](http://www.cancer.fi/syoparekisteri/).
2. NORDCAN-projekti [verkkotietokanta]. Association of the Nordic Cancer Registries 2016 [päivitetty 8.7.2016]. <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/FI/frame.asp>.
3. GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. WHO, IARC 2012. <http://globocan.iarc.fr>.
4. Kademani D. Oral cancer. *Mayo Clin Proc* 2007;82:878–87.
5. Atula S, Grénman R, Laippala P, Syrjänen S. Cancer of the tongue in patients younger than 40 years. A distinct entity? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;122:1313–9.
6. Salaspuro V, Kurkivuori J, Salaspuro M. Alkoholi, tupakka ja mikrobiot suusyövän etiologiassa. *Duodecim* 2005;121:2338–44.
7. Syrjänen S, Lodi G, von Bültzingslöwen I, ym. Human papillomavirus in oral carcinoma and oral potentially malignant disorders: a systematic review. *Oral Dis* 2011;17(Suppl 1):58–72.
8. Uplie NS, Shaw RJ, Jones TM, ym. Squamous cell carcinoma of the head and neck outside the oropharynx is rarely human papillomavirus related. *Laryngoscope* 2014;124:2739–44.
9. Make Sense -campaign [verkkosivu]. <http://makesensecampaign.eu>.
10. Mäkitie AA, Koivunen P, Keski-Säntti H, ym. Oral tongue carcinoma and its treatment in Finland. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007;264:263–7.
11. Mäkitie A, Keski-Säntti H, Saarilahti K, ym. Suusyövän hoitotulokset – mitä on opittu? *Duodecim* 2011;127:1986–91.
12. Amit M, Yen TC, Liao CT, ym. Improvement in survival of patients with oral cavity squamous cell carcinoma: an international collaborative study. *Cancer* 2013;119:4242–8.
13. Sano D, Myers JN. Metastasis of squamous cell carcinoma of the oral tongue. *Cancer Metastasis Rev* 2007;26:645–62.
14. Keski-Säntti H, Atula T, Törnwall J, ym. A. Elective neck treatment versus observation in patients with T1/T2 N0 squamous cell carcinoma of oral tongue. *Oral Oncol* 2006;42:96–101.
15. Atula T, Hunter KD, Cooper LA, ym. Micro-metastases and isolated tumour cells in sentinel lymph nodes in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2009;35:532–8.
16. Häyry V, Mäkinen LK, Atula T, ym. Bmi-1 expression predicts prognosis in squamous cell carcinoma of the tongue. *Br J Cancer* 2010;102:892–7.
17. Böckelman C, Hagström J, Mäkinen LK, ym. High CIP2A immunoreactivity is an independent prognostic indicator in early-stage tongue cancer. *Br J Cancer* 2011;104:1890–5.
18. Mäkinen LK, Häyry V, Atula T, ym. Prognostic significance of matrix metalloproteinase-2, -8, -9, and -13 in oral tongue cancer. *J Oral Pathol Med* 2012;41:394–9.
19. Mäkinen LK, Häyry V, Hagström J, ym. Matrix metalloproteinase-7 and matrix metalloproteinase-25 in oral tongue squamous cell carcinoma. *Head Neck* 2014;36:1783–8.
20. Dunkel J, Vaittinen S, Grénman R, ym. Prognostic markers in stage I oral cavity squamous cell carcinoma. *Laryngoscope* 2013;123:2435–41.
21. Mäkinen LK, Atula T, Häyry V, ym. Predictive role of Toll-like receptors 2, 4, and 9 in oral tongue squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2015;51:96–102.
22. Kauppila JH, Korvala J, Siirilä K, ym. Toll-like receptor 9 mediates invasion and predicts prognosis in squamous cell carcinoma of the mobile tongue. *J Oral Pathol Med* 2015;44:571–7.
23. Mäkinen LK. Matrix metalloproteinases and toll-like receptors in early-stage oral tongue squamous cell carcinoma. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2015.
24. Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol* 2015;8:11884–94.
25. Keski-Säntti H, Atula T, Tikka J, ym. Predictive value of histopathologic parameters in early squamous cell carcinoma of oral tongue. *Oral Oncol* 2007;43:1007–13.
26. Almangush A, Bello IO, Keski-Säntti H, ym. Depth of invasion, tumor budding, and worst pattern of invasion: prognostic indicators in early-stage oral tongue cancer. *Head Neck* 2014;36:811–8.
27. Almangush A, Coletta RD, Bello IO, ym. A simple novel prognostic model for early stage oral tongue cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2015;44:143–50.
28. Pirilä E, Väyrynen O, Sundquist E, ym. Macrophages modulate migration and invasion of human tongue squamous cell carcinoma. *PLoS One* 2015;10:e0120895. DOI 10.1371/journal.pone.0120895.
29. Almangush A, Salo T, Hagström J, Leivo I. Tumour budding in head and neck squamous cell carcinoma – a systematic review. *Histopathology* 2014;65:587–94.
30. Blomgren K, Atula T, Voiko suun limakalvon koepalaan luottaa? Muutos voi silttenkin olla syöpä. *Duodecim* 2001;117:962–4.
31. Atula T, Hagström J. Nekrotisoiva sialometaplasia – suun tuumori ei ollutkaan syöpä. *Duodecim* 2014;130:931–3.
32. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, toim. World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: WHO, IARC 2005.
33. Suusyöpä. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseuran Apollonian asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012 [päivitetty 9.1.2012]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
34. Ruukonen H. Paikallisten tekijöiden, infektioiden ja lääkeaineiden aiheuttamat muutokset suun limakalvolla. *Suom Lääkäril* 2015;70:3044–9.
35. Ruukonen H. Yleissairauksien aiheuttamat suun limakalvomuutokset. *Suom Lääkäril* 2015;70:3025–31.
36. Minn H, Markkola A. Pään ja kaulan alueen syöpien diagnostiikka kuvantamistutkimusten muuttuvassa maailmassa. *Duodecim* 2011;127:1962–9.
37. Atula T, Tarkkanen J, Aro K. Kaulakivähdys – ohutneulabiopsia diagnostiikassa ja hoidon suunnittelussa. *Duodecim* 2014;130:2405–12.
38. Suominen S, Kontio R, Koivunen P, ym. Pään ja kaulan alueen rekonstruktiot. *Duodecim* 2011;127:1953–61.
39. Keski-Säntti H, Mäkitie A, Kontio R, ym. Vartijaimusolmuketutkimus pään ja kaulan syövässä. *Duodecim* 2008;124:1721–7.
40. Saarilahti K, Lindholm P. Pään ja kaulan alueen syöpien onkologiset hoidot. *Duodecim* 2011;127:1979–85.
41. Aro K, Bäck L, Loimu V, ym. Trends in the 15D health-related quality of life over the first year following diagnosis of head and neck cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016;273:2141–50.
42. Gleber-Netto FO, Braakhuus BJ, Triantafyllou A, ym. Molecular events in relapsed oral squamous cell carcinoma: recurrence vs. secondary primary tumor. *Oral Oncol* 2015;51:738–44.

**SUMMARY**

**Cancer of the tongue – early detection improves the prognosis**

Approximately 30 to 40% of all patients with tongue cancer still succumb to the disease in five years. Early diagnosis of the disease is of vital importance, because treatment will in that case cause considerably less harm. The diagnosis is confirmed with a histological specimen, which should be taken from every suspicious lesion, and can easily be taken under local anesthesia with a punch. Already when seeking treatment, as many as 25% of patients with tongue cancer have neck metastases, which influence the prognosis. Heavy use of tobacco and alcohol are the most important risk factors of tongue cancer.