

Reita Nyberg

## Ulkosynnyntinsyövän hoito

Ulkosynnyntinsyövistä suurin osa on levyepiteelisyöpiä, jotka kehittyvät joko kroonisten ihosairauksien tai papilloomavirusinfektion seurauksena. Tyypioireita ovat ulkosynnyttimien paikallishoitoon huonosti reagoiva kipu, ärsytys ja kutina. Perusterveydenhuollossa olennaista on tutkia potilas gynekologisessa asennossa ja ottaa epäilyttävistä alueista kudokset. Levinneisyyttä selvitetään vartalon TT:llä ja lantion magneettikuvauksella. Paikalliset kasvaimet hoidetaan kirurgisesti. Kookkaiden kasvaimien ensileikkauksissa käytetään apuna plastiikkakirurgiaa. Paikallisesti levinneet syöpäkasvaimet hoidetaan kemoterapialla. Laajalle levinneessä syövässä hoitolinjana on hidastaa syövän etenemistä. Kuraatiivisen hoidon jälkeen potilasta seurataan erikoissairaanhoidossa viiteen vuoteen saakka ja sen jälkeen perusterveydenhuollossa. Uusiutumien toteamisen lisäksi seurannan tarkoitus on havaita ja lievittää syöpähoitojen aiheuttamia jälkioireita, joita ulkosynnyntinsyövän sairastaneilla potilailla usein esiintyy.

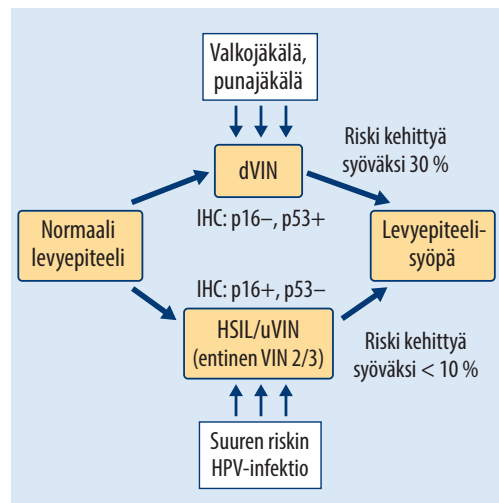
Vuonna 2018 Suomessa todettiin 119 uutta ulkosynnyntinsyöpätapausta (1). Potilaat ovat tyypillisesti saavuttaneet eläkeiän, mutta syöpää esiintyy myös 30–40-vuotiailla. Suurin osa kasvaimista on levyepiteelisyöpiä. Myös basaliomia, melanoomaa ja Pagetin tautia esiintyy. Levyepiteelisyövän esiasteet kehittyvät kahta eri reittiä (KUVA 1). Ensimmäinen yhdistyy kroonisiin ihosairauksiin kuten valko- tai punajakälään. Toinen on riippuvainen papilloomaviruksesta (HPV) ja yhdistyy usein tupakointiin. Muita tunnettuja riskitekijöitä ovat iäkkäys ja immuunivasteen heikentyminen perussairauksista tai lääkityksistä johtuen (2).

### Tunnistaminen ja diagnostiikka perusterveydenhuollossa

Tyypilliset ulkosynnyntinsyövän oireet on lueteltu TAULUKOSSA 1.

**Vaikka syöpä on kehon pinnalla, se on katseilta piilossa intiimialueella.** Ikäihmisillä oireiden ilmaisemista ja tunnistamista sekä tutkimista viivästyttävät potilaan turha häveliäisyys, liikkumisvaikeudet ja muut sairaudet kuten muistisairaus.

Pitkittyneistä, toistuvista tai paikallishoitoon reagoimattomista oireista kärsivällä ulkosynny-



**KUVA 1.** Ulkosynnyttimien esiastemuutokset ja niiden kehittyminen levyepiteelisyöväksi. Kroonisten ihosairauksien aiheuttamia esiastemuutoksia esiintyy iäkkäämmillä naisilla, niiden malignisointipotentiaali on suuri ja eteneminen nopeampaa kuin HPV-infektion aiheuttamissa esiasteissa. Niiden tunnuspiirteenä on immunohistokemiallisissa värjäyksissä (IHC) nähtävä p16-negatiivisuus ja p53-positiivisuus. Papilloomavirusinfektion aiheuttamia esiastemuutoksia esiintyy nuoremmilla naisilla, riski syövän kehittymiseen on pienempi ja eteneminen hitaampaa. Niiden immunohistokemiallisissa tutkimuksissa p16 on positiivinen ja p53 negatiivinen (2,17).

VIN = vulvar intraepithelial neoplasia, dVIN = differentiated VIN, uVIN = usual VIN, HSIL = high grade squamous intraepithelial lesion.

**TAULUKKO 1.** Ulkosynnytynsyövän tyypilliset oireet.

Pitkittänyt kutina
Erilaiset ärsytysoireet ja kirvely, joihin paikallishoidot auttavat huonosti
Kipu virtsatessa tai istuessa
Verinen tai vaalea vuoto
Kyhmy, haavauma tai erilainen ihoalue ulkosynnyttimissä

tinalue tulee tutkia gynekologisessa asennossa. Usein muutosalueen havaitsemiseen riittävät inspektio ja alueen palpaatio. Paksuuntumat, kovat epätasaisuudet ja haavaumat ovat epäilyttäviä. Samalla palpoidaan myös nivusten imusolmukealueet.

**Ulkosynnytynsyöpä todetaan kudoksetästä,** joka otetaan paikallispuudutuksessa muutoksen edustavalta alueelta, tarvittaessa useammasta kohtaa. Stanssilla otettu kudoksetäyte ulottuu useimmiten riittävän syvälle, jotta invaasiosyvyys voidaan luotettavasti mitata. Pihdillä otettu näyte voi jäädä liian pinnalliseksi. Muutoksen poisto kokonaisuudessaan voi aiheuttaa ongelmia poistoalueen myöhemmän paikantamisen, riittävien tervekudosmarginaalien saavuttamisen ja vartijaimusolmuketekniikan käytön kannalta (3).

Hoidon suunnittelun kannalta ulkosynnyttinmuutoksen koko ja tarkka sijainti ovat olennaisia. Mittojen ja välimatkojen arvioinnissa voi käyttää esimerkiksi läpinäkyvää muovista

viivoitinta. Valokuvia kannattaa ottaa ja tallentaa kuva-arkistoon myöhemmän arvion avuksi. Muutosalueen ja biopsioiden ottokohtien kuvailussa kannattaa käyttää kellotaulua (**KUVA 2**). Ottokohdat voi merkitä valokuvaan (2).

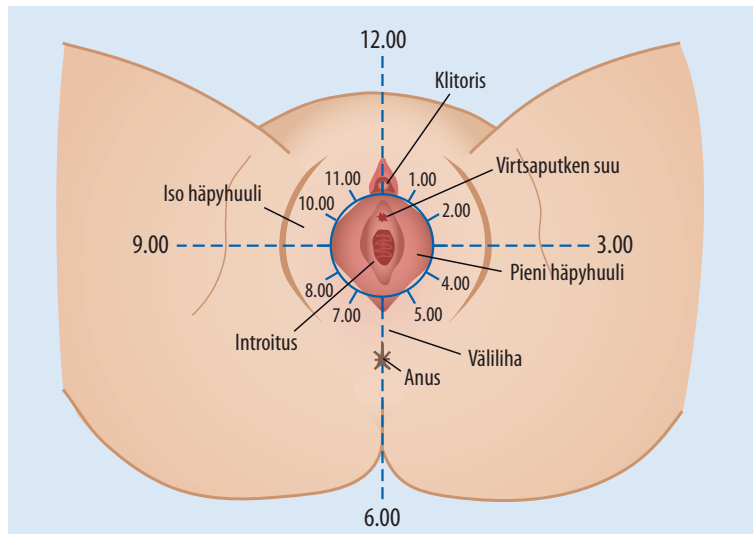
**Hoidon suunnittelu erikoissairaanhoidossa**

Harvinaisuutensa takia ulkosynnytynsyövän hoito on keskitetty yliopistosairaaloihin.

**Hoidon suunnittelu.** Suunnittelua auttavat tiedot on kuvattu **TAULUKOSSA 2**. Lähetteen perusteella potilaalle varataan kuvantamistutkimukset, ensikäynti sairaalassa ja usein alustava leikkauspäiväkin.

**Levinneisyystutkimukset.** Ensilinjan hoidotavan valintaan vaikuttavat kasvaimen koko, sijainti ja invaasiosyvyys, varmistettu imusolmukeleviäminen tai sen epäily sekä kasvu paikallisesti ympäröiviin kriittisiin rakenteisiin. Levinneisyystutkimuksina pyydetään vartalon TT tai FDG-PET-TT sekä lantion magneettikuvaus. Näillä pyritään sulkemaan pois nivusten ja lantion alueen imusolmuke-etäpesäkkeet, kaukoleviäminen sekä kasvu ympäröiviin kudoksiin kuten esimerkiksi virtsaputkeen, peräaukon sulkijalihakseen tai lantionpohjan rakenteisiin. Nivusetäpesäkkeitä epäiltäessä voidaan ottaa kaikukuvausohjattu ohutneulanäyte imusolmukesuurentumasta, jos leik-

**KUVA 2.** Ulkosynnyttimien anatomia, kriittiset rakenteet ja kellotaulu, jota käytetään muutosten sijainnin esittämisen apuna. Olennaista on kuvailla muutoksen läpimitta, anatominen sijainti sekä etäisyys suhteessa keskiliinjan ja kriittisiin rakenteisiin.



kaushoidon sijaan suunnitellaan kemosädehoitoa (4).

## Ensilinjan hoito

Ulkosynnytynsyöpä hoidetaan kirurgisesti, jos suinkin mahdollista. Tällöin saadaan määritettyä myös levinneisyysluokitus (TAULUKKO 3). Hoitolinjaa valittaessa arvioidaan kokonaisuutta. Kovin iäkkäiden tai monisairaiden kohdalla radikaali hoito voi huonontaa merkittävästi elämänlaatua pidentämättä elinikää. Potilaan toive välttää avanteita tai laajoja leikkauksia on otettava huomioon. Edenneessä taudissa hoitolinjaukset tehdään moniammatillisessa kokouksessa.

**Kirurginen hoito.** Leikkausta käytetään ensilinjassa silloin, kun syöpäkasvain on poistettavissa riittävin tervekkudsmarginaalein ilman suoli- tai rakkoavanteita.

Leikkausmarginaaliksi pyritään saamaan kudosta venyttämättä 1–2 cm syöpäkasvaimen reunasta, jotta tervekkudsmarginaali patologis-anatomisessa tutkimuksessa olisi 5–8 mm. Syvyysuunnassa radikaali kirurgia tarkoittaa pehmytkudosten poistoa lihaskalvoon saakka. Nykyisin pyritään ulkosynnyttimien kokopoiston sijaan räätälöityyn paikallis- tai osapoistoon, mikäli kasvaimen paikka ja koko sen sallivat. Nivusimusolmukkeiden poisto tehdään omista ihoavauksistaan (3–5).

Pienissä yksittäisissä T1a-kasvaimissa riittää radikaali paikallispoisto eikä imusolmukkeiden poistoa tarvita. Kun kasvaimen läpimitta on 2–4 cm tai invaasiovyvyys yli 1 mm eikä kliinisesti herää epäilyä leviämisestä imusolmukkeisiin, käytetään vartijaimusolmukemenetelmää (KUVA 3) keskuksissa, joissa menetelmästä on riittävä kokemus (3–5).

Mikäli kasvaimen läpimitta on yli 4 cm, tehdään täydellinen pinnallisten ja syvien nivusimusolmukkeiden poisto mielellään iso kehräslaskimo (v. saphena magna) säilyttäen (6). Kun syöpäpesäkkeitä on ulkosynnyttimissä useampia, suositellaan myös täydellistä imusolmukepoistoa vartijaimusolmuketutkimuksen sijaan (3–5). Kasvaimen tai kasvainten etäisyys keskilinjasta (alle/yli 1 cm) ratkaisee sen, tehdäänkö imusolmukepoisto vain kasvaimen puolelle vai molemmiin puolin.

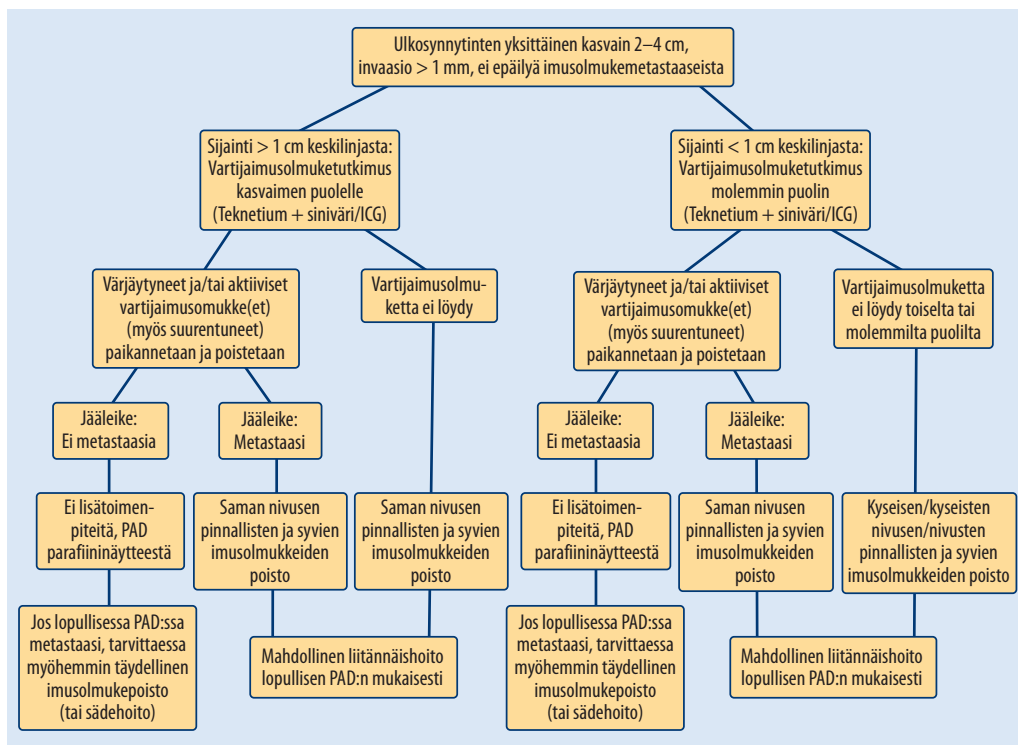
**TAULUKKO 2.** Hoidon suunnittelua auttavat lähetetiedot ulkosynnytynsyöpäpotilaalla.

Potilasta koskevat tiedot	Pituus ja paino Mahdollinen veren hyytymiseen vaikuttava lääkehoito ja sen aihe Liikkumiseen ja kuvantamiseen vaikuttavat tekijät (esim. tekonivelet, varjoaineallergiat) Maininta mahdollisesta puuduteallergiasta
Kasvainta koskevat tiedot (vrt. KUVA 2)	Suurin läpimitta (mm/cm) Yksittäinen/multippeli Anatominen sijainti kellotaulua hyödyntäen Kasvaimen lyhin etäisyys keskilinjasta, emättimen suuaukosta, virtsaputken suuaukosta ja peräaukosta kudoksia venyttämättä Nivusten imusolmukealueen palpaa-tiolöydös
Liitteet	PAD-lausunto (näytenumero, histologia, gradus, invaasiovyvyys) Valokuva ulkosynnyttimistä (PACS) Mahdolliset kuvantamislusunnot ja kuvat (PACS)

Mikäli nivusissa todetaan alkukartoituksessa kookkaat imusolmuke-etäpesäkkeet, pelkkien metastaatisten imusolmukkeiden poisto ennen sädehoitoa näyttäisi johtavan yhtä hyvään ennusteeseen kuin täydellinen imusolmukepoisto, kuitenkin vähäisemmillä haittavaikutuksilla. Lantion alueen suurentuneet imusolmukkeet suositellaan poistamaan ennen sädehoitoa samoin kuin haavautuneet ja alustaansa kiinnittyneet nivusimusolmukkeet, mikäli ne eivät kasva verisuoniin tai lihakseen (4,7,8). Tutkimusnäyttö optimaalisesta hoidosta on kuitenkin niukkaa.

Leikkauksessa virtsaputkea voidaan poistaa 1–1,5 cm pituudelta ilman ongelmia pidätyskyvyssä (9). Tärkeintä on yhdistää pehmytkudokset niin, että virtsaputken ulkosuu aukeaa vapaasti suoraan keskilinjaan. Näin vältetään myöhemmin virtsasuihkun hajoaminen tai ohjautuminen sivuun.

Luokan T1b–2 kasvainten poistossa syntyvä ulkosynnyttinten pehmytkudospuutos on usein niin merkittävä, että plastiikkakirurgiaa kannattaa hyödyntää (KUVA 4). Kielekkeitä käyttämällä haavat saadaan suljettua kiristyksettä, mikä



**KUVA 3.** Vartijaimusolmukemenetelmän käyttöaiheet ja tutkimuksen eteneminen vaiheittain. Teknetiumin vapauttama säteily havaitaan leikkauksessa gammakoettimella. Väriaine helpottaa ja nopeuttaa vartijaimusolmukkeen paikantamista visuaalisesti (4,5).

ICG = indosyaanivihreä

edistää niiden paranemista. Myös ulkosyntyneiden anatomia, symmetria ja toiminnallisuus säilyvät paremmin (10).

**Sädehoito ja kemosädehoito.** Sädehoitoon turvaudutaan, kun syöpä kasvaa ympäröiviin lantionpohjan rakenteisiin tai kasvaimen ensileikkaus vaatisi rakko- tai suoliavanteita. Definiitiivinen sädehoito annetaan koko ulkosyntyntien ja lantion imusolmukealueille minimiannoksella 50 Gy. Metastaattisiin imusolmukkeisiin voidaan antaa tehoste SIB-tekniikkaa (Simultaneous Integrated Boost) käyttäen. Myös ulkosyntyntinkasvaimen alueelle annetaan tehoste joko ulkoista sädehoitoa (annokseen 70 Gy hoitaen) tai kudoksensisäistä sädehoitoa (12–25 Gy viikon aikana) käyttäen (3,5). Solunsalpaajan yhdistäminen sädehoitoon parantaa niiden potilaiden ennustetta, joita ei ensilinjassa leikata (11). Suomessa käytetään tavallisimmin sisplatiinia viikoittaisella annoksella 40 mg/m<sup>2</sup> laskimoon.

**Solunsalpaajahoido.** Solunsalpaajahoidoita

voidaan käyttää paikallisesti levinneessä ulkosyntyntinsyövässä pienentämään kasvainta ennen leikkausta (neoadjuvanttihoito), jos näin voidaan välttää avanteita ja lantiontyhjennysleikkausta. Toinen käyttöaihe ensilinjassa on laajalle levinneen taudin etenemistä hidastava hoito. Suomessa käytetään tavallisimmin platinayhdisteitä yksin tai yhdistettynä paklitakseliin (ja bevasitsumabiiniin), fluorourasiiliin, gemsitabiiniin tai vinorelbiiniin (3,5).

### Liitännäishoito

Ulkosyntyntinsyövän leikkauksen jälkeen liitännäishoitona käytetään sädehoitoa tai kemosädehoitoa. Liitännäishoito tulisi aloittaa 6–8 viikon kuluessa leikkauksesta (3,5).

**Imusolmukkeiden etäpesäkkeet.** Suomessa nivusen ja lantion imusolmukealueiden (kemo)sädehoitoa suositellaan, mikäli poistetusta solmukkeista löytyy yksikin yli 2 mm läpimittainen imusolmukemetastaasi tai syöpä



**KUVA 4.** A) Vasemman pienen häpyhuulen enimmillään 4 cm läpimittainen levyepiteelikarsinooma, joka kasvaa vulvan takaosassa keskiliinjaa ja etuosassa alle sentin päähän virtsaputken suusta ja keskiliinjasta. Huomaa valkojäkäälään sopiva vaaleus vulvan yläosassa ja oikealla ison ja pienen häpyhuulen välissä. B) Poistettu ulkosynnytinpreparaatti. Myös virtsaputken suu ja valkojäkääläalueet on otettu mukaan. C) Poistoalue ennen plastiikkakirurgista korjausta ja sulkua. D) Lopullinen leikkaustulos. Pehmytkudospuutos on korjattu molemmin puolin pakaroiden ja reisipoimujen alueen V-Y-liukukielekkeellä (gluteal fold flap), joka mahdollistaa alueen myöhemmän operoinnin ilman kielekkeen verenkierron vaarantumista.

kasvaa imusolmukkeen kapselin ulkopuolelle (3,5). Liitännäissädehoito annetaan vain sille puolelle, mistä etäpesäke löytyi, mikäli toisen nivusen imusolmukealue on kirurgisesti kar-toitettu ja tauditon. Muussa tapauksessa myös vastakkaisen puolen imusolmukealueet nivusesta lantioon suositellaan hoidettavaksi. Poikkeuksen tekevät tapaukset, joissa nivusen imusolmukemetastaasi on yksittäinen ja pieni sekä lateraalinen syöpäkasvain korkeintaan 2 cm läpimittainen, sen invaasiovyvyys enintään 5 mm eikä kliinistä epäilyä leikkaamattoman nivusen etäpesäkkeistä ole (5).

**Ulkosynnytinten leikkausalue.** Jos terve-kudsmarginaali kasvaimesta poistoalueen reu-naan on vähintään 5–8 mm, ei liitännäishoitoa

vulvaan tarvita. Mikäli syöpä ulottuu leikkaus-marginaaliin, tulisi ensisijaisesti harkita alueen lisäpoistoa. Aina tämä ei onnistu joko pidätys-kyvyn vaarantumisen takia tai koska lisäpoiston aluetta on vaikea määrittää. Tällöin suositellaan (kemo)sädehoitoa paikallisuusiutuman riskin vähentämiseksi. Jos leikkausmarginaali on alle 5 mm, voidaan lisäpoistoa tai (kemo)sädehoitoa harkita. Lisäpoistoa ei tehdä, jos imusolmukealueiden liitännäissädehoito on joka tapauksessa tarpeen imusolmukemetastaasien takia. Lisäaiheita ulkosynnytinten liitännäissädehoidolle ovat kasvaimen imutieinvaasio, suuri invaasiovyvyys (yli 5 mm) ja koko, diffuusi invaasiotapa ja imusolmukemetastaasit (3–5). Tämänhetkinen tutkimustieto ei riitä määrit-

**TAULUKKO 3.** Ulkosynnytinsyövän levinneisyysluokitukset. Luokitukset perustuvat kirurgiaan.

FIGO-luokitus	Selitys	Vastaava TNM-luokitus
I	Kasvain rajoittu ulkosynnyttimien ja välilihan alueelle, ei imusolmukkeiden etäpesäkkeitä	
	IA Kasvaimen läpimitta ≤ 2 cm ja invaasiovyvyys ≤ 1 mm	T1a N0 M0
	IB Kasvaimen läpimitta > 2 cm tai invaasiovyvyys > 1 mm	T1b N0 M0
II	Minkä hyvänsä läpimittainen kasvain, joka invasoï lähirakenteisiin (1/3 virtsaputken alaosasta, 1/3 emättimen alaosasta, peräaukko), ei imusolmukkeiden etäpesäkkeitä	T2 N0 M0
III	Minkä hyvänsä läpimittainen kasvain, voi kasvaa lähirakenteisiin kuten luokassa II, lisäksi paikalliset etäpesäkkeet nivus-imusolmukkeissa	
	IIIA 1) yksi etäpesäke, läpimitta ≥ 5 mm	T1-2 N1b M0
	2) 1–2 etäpesäketä, läpimitta < 5 mm	T1-2 N1a M0
	IIIB 1) 2 tai useampia etäpesäkkeitä, läpimitta ≥ 5 mm	T1-2 N2b M0
2) 3 tai useampia etäpesäkkeitä, läpimitta < 5 mm	T1-2 N2a M0	
IIIC Etäpesäkkeen kasvu imusolmukkeen kapselin ulkopuolelle	T1-2 N2c M0	
IV	Kasvain kasvaa paikallisesti laajemmalle (ylempi 2/3 virtsaputkesta, ylempi 2/3 emättimestä) tai on levinnyt kaukaisempiin rakenteisiin	
	IVA Kasvain leviää johonkin seuraavista: 1) kasvu virtsaputken tai emättimen yläosan limakalvolle, rakon tai peräsuolen limakalvolle tai lantion luihin 2) haavautuneet tai alustaansa kiinni kasvaneet nivusimusolmukkeet	T3 N0-3 M0  T1-2 N3 M0
	IVB Kaikki kaukoetäpesäkkeet mukaan lukien lantion imusolmukkeiden etäpesäkkeet	T1-3 N0-3 M1

tämään puhtaalle leikkausmarginaalille jotain minimiarvoa, jolla liitännäissädehoito pitäisi antaa (4). Jos lisäpoisto tai liitännäissädehoito ei toteudu, pitäisi potilasta seurata erityisen huolellisesti paikallisuusiutumana varalta.

## Uusiutuneen ulkosynnytinsyövän hoito

Hoidettu ulkosynnytinsyöpä uusii 12–37 %:lla potilaista. Vuosittaisen uusiutumiskisrin on arvioitu olevan 4 %. Suuri osa uusiutumista tapahtuu kahden ensimmäisen vuoden kuluessa, mutta riski ei näytä merkittävästi pienenevän edes kuuden seurantavuoden jälkeen (12).

Tavallisimmin syöpä uusii paikallisesti ulkosynnyttimissä. Leikkausmarginaaliin jäänyt dVIN (differentiated vulvar intraepithelial neoplasia) suurentaa paikallisuusiutumana riskin kaksin–kolminkertaiseksi (13). Nivusten imusolmukeuusiutumat ja kaukouusiutumat ovat selvästi harvinaisempia. Viimeksi mainittujen riski on suurempi, mikäli syöpä alun perin oli levinnyt imusolmukkeisiin. Ennuste riippuu uusiutumana paikasta ja laajuudesta ja on paras ulkosynnyttinten yksittäisessä paikallisuusiutumassa ja huonoin useiden imusolmuke- ja kaukouusiutumien kohdalla (12). Ennen hoidon suunnittelua potilas on syytä kuvantaa koko vartalon TT:llä tai FDG-PET-TT:llä kaikkien syöpäpesäkkeiden havaitsemiseksi (3,4).

**Ulkosynnyttinalueen uusiutumat pyritään hoitamaan parantavasti.** Jos kaukoleviämistä ei todeta, paikallisuusiutuma leikataan samoin periaattein kuin primaarikasvain riittäviin tervekudosmarginaaleihin pyrkien. Imusolmukkeita poistetaan kuten ensileikkauksessa, mikäli täydellistä imusolmukepoistoa ei ole aiemmin tehty. Uusintaleikkauksessa saatetaan tarvita plastiikkakirurgisia kielekkeitä etenkin, jos alueelle on aiemmin annettu sädehoitoa tai ensileikkaus on ollut laaja. Lantion tyhjennysleikkausta voidaan käyttää, jos potilas on riittävän hyväkuntoinen. Liitännäissädehoito, jos sitä ei aiemmin ole annettu, annetaan samoin periaattein kuin ensilinjassa (3,4).

**Paikallisten imusolmukeuusiutumien hoitomahdollisuudet riippuvat aiemmista hoidoista.** Mikäli potilas ei ole aiemmin saanut imusolmukealueiden sädehoitoa, kemosa-dehoito on suositeltavin hoitovaihtoehto. Yksittäisen nivusuusiutumana poistoa kannattaa harkita ennen sädehoitoa. Jos potilas on jo saanut alueelle sädehoitoa tai imusolmukeuusiutumia on useita, voidaan harkita hidastavaa solunsalpaajahoitoa.

toa tai siirtyä oireita lievittävään hoitoon (3,5). On mahdollista, ettei aiemmin sädehoidetulla alueella uusiutunut syöpä ole kovin herkkä solunsalpaajille (14). Potilaiden mediaani elossaoloaika on 6–10 kuukautta (12).

**Kaukousiutumiin ei ole parantavaa hoitoa.** Jos potilas on riittävän hyväkuntoinen, voidaan kokeilla hidastavaa solunsalpaajahoittoa. Käytettävät solunsalpaajat ovat samoja kuin ensilinjassa (3). Yhdistelmähoito vaikuttaa tehokkaammalta vaihtoehdolta kuin hoito yksittäisellä solunsalpaajalla, mutta aiheuttaa enemmän haittavaikutuksia (14). Mediaani elossaoloaika on 4–7 kuukautta (12).

**Oireita lievittävä hoito.** Uusiutunut ulkosynnyntisyöpä aiheuttaa paikallista kipua, virtsaumpea tai virtsankarkailua, kroonisia haavaumia, toistuvia tulehduksia ja verenvuotoa. Kipua hoidetaan kipulääkityksin ja paikallispuuduttein. Rengastyyntyllä ja pehmusteilla voidaan helpottaa istumista ja kivuttoman asennon löytämistä. Hyvä haavojen ja ihon paikallishoito on tärkeää. Palliatiivisella sädehoidolla voidaan saada apua vuotoon, paineoireisiin tai luustometastaasien aiheuttamaan kipuun. Virtsaamisongelmia voidaan auttaa esimerkiksi virtsaputken kautta tai suprapubi- sesti asetetulla katetrilla. Sädehoidetun alueen leikkauskelvottomiin ihon tai ihonalaiskudoksen uusiutumiin on saatu maailmalla hyviä vasteteita elektrokemoterapialla (3,15).

## Seuranta

Hoidon jälkeen potilasta seurataan erikoissairaanhoidossa viisi vuotta, aluksi säännöllisin seurantakäynnein 2–3 vuotta riippuen arvioidusta uusiutumiseriskistä, sitten suomalaisen suosituksen mukaan oireperusteisesti (3). Seurantakäynneillä tutkitaan ulkosynnyttimet silmämääräisesti ja mikroskoopin avulla, palpoidaan nivusten imusolmukealueet, tehdään gynekologinen tutkimus sekä kaikukuvaus emättimen kautta. Muita kuvantamistutkimuksia tehdään tarpeen mukaan. Viiden vuoden jälkeen seuranta siirtyy perusterveydenhuoltoon. Myös siellä pitäisi säännöllisesti tehdä ulkosynnyttimen, emättimen ja kohdunkaulan inspektio, gynekologinen tutkimus ja nivusten palpaatio (5).

**TAULUKKO 4.** Yleiset ulkosynnyntioireet sairastetun ulkosynnyntisyövän jälkeen ja niiden hoito.

Oirekuva	Hoito
Ulkosynnyttimien kipu, kirvely ja hankautuminen	Kipulääkitys, hermokipulääkkeet, paikallispuudutteet Perusvoiteet, suojavaiteet (esim. sinkkipasta) Rengastyyntyn, pehmusteet istuessa Pitkään istumisen välttäminen Pesuaineiden ja ylenpalttisen pesemisen välttäminen Hankaamattomat, hengittävät alusvaatteet Ilman alushousuja oleilu ja nukku- minen Jos HPV-infektio tai sen lievä esiaste: imikimodivoide ja hoitovasteen seuranta tarvittaessa kudoksetin
Ulkosynnyttimien kutina	Jos valkojäkälää; vahva glukokortikoidivoide ja hoitovasteen seuranta tarvittaessa koepaloin
Aiemmin vaivamattoman laskeuman oireilu	Limakalvojen vahvistaminen paikallisestrogenivalmisteella Ummetuksen esto ruokavaliolla ja lääkkein Laskeumakirurgia
Virtsaaihkon hajoaminen tai suuntautuminen sivuun	Plastiikkakirurginen korjaus
Virtsakarkailu ja sen provosoima ulkosynnynti- ärsytys	Virtsankarkailun hoito oirekuvan mukaisesti Ihon suojaus voitein Suojiin vaihto riittävän usein, apuvälinejakelun järjestäminen potilaalle
Emättimen suu- aukon arpeutumisen, yhdyntäkivut	Itse toteutettavat venytysoidot Limakalvojen vahvistaminen paikallisestrogenivalmisteella Plastiikkakirurginen korjaus

Syövälle altistanut tekijä ei syöpähoitojen myötä välttämättä katoa. Leikkausmarginaaliin jäänyt valkojäkäliä suurentaa ulkosynnyntisyövän uusiutumiseriskistä 56 % (15), joten sen säännöllinen seuranta ja hoito tarvittaessa glukokortikoidivoitein on tärkeää. Hoitoresistenteistä muutoksista tulisi aina ottaa biopsia (16). Krooninen HPV-infektio voi johtaa uusiin esiastemuutoksiin ja syöpään myös emättimessä, kohdunkaulassa tai peräaukon limakalvolla. Suuren riskin HPV- ja papanäytteitä ei tulisi näillä potilailla unohtaa (17).

### Ydinasiat

- ▶▶ Ulkosynnyttinsyöpädiagnoosi voi viivästyä potilaan häveliäisyyden, liikkumisvaikeuksien ja muiden sairauksien kuten muistisairauden takia.
- ▶▶ Diagnoosiin päästään inspektion ja biopsian avulla.
- ▶▶ Leikkaus on tavallisin ensilinjan hoito paikallisissa kasvaimissa, ja paikallisesti levinnyttä ulkosynnyttinsyöpää hoidetaan yleensä kemoterapialla.
- ▶▶ Uusiutuneen ulkosynnyttinsyövän hoito riippuu uusiutumisen paikasta ja aiemmista hoidoista.
- ▶▶ Hoitojen jälkeen potilailla on runsaasti erilaisia oireita, joiden lievittäminen on yksi seurannan tärkeimmistä tehtävistä.

## Syöpähoidon jälkivaikutukset ja niiden hoito

Seurannan yksi tarkoitus on syöpähoitojen aiheuttamien jälkivaikutusten toteaminen ja hoito sekä potilaalle annettava psykososiaalinen tuki.

**Jalkaturvotus on yleinen oire.** Vaikka lääketieteellisten kriteerien mukaisesta lymfaturvotuksesta kärsii 29 % ulkosynnyttinsyöpäpotilaista, alaraajojen turvotuksesta kertoo jopa 70 % (18,19). Turvotus liittyy useimmiten nivusimusolmukkeiden täydelliseen poistoon, mutta sitä tavataan myös pelkän sädehoidon jälkeen. Äkillisesti alkaneen tai pahentuneen jalkaturvotuksen taustalta tulisi sulkea pois syvä laskimotukos, jonka aiheuttajana voi olla syövän uusiutuma nivusessa. Turvotusta voi esiintyä myös lantion alueella ja ulkosynnyttimissä aiheuttaen painon ja epämukavuuden tunnetta. Pitkään jatkuessaan lymfaturvotus altistaa toistuville selluliiteille. Hoitona käytetään kompressiohoitoa, lymfa- ja fysioterapiaa sekä harkinnan mukaan kirurgisia hoitoja. Mitä nopeammin turvotukseen puututaan, sen parempia ovat hoitotulokset (20).

Nivusen lymfakystia tavataan jopa 40 %:lla potilaista, joille on tehty täydellinen nivusimusolmukkeiden poisto, mutta vain alle 4 %:lla vartijaimusolmukepoiston jälkeen. Ne ovat usein oireettomia, mutta voivat aiheuttaa tulehduksia, kipua, turvotusta ja altistaa alaraajan laskimoveritulpile (4,9). Tärkeää on erottaa lymfakystia syövän imusolmukeuusiutumasta. Yleensä lymfakystat ilmaantuvat muutamassa kuukaudessa hoidon päättymisen jälkeen, eivät vuosien kuluttua.

**Ulkosynnyttinvaivat ovat yleisiä hoidetun ulkosynnyttinsyövän jälkeen.** Tavallisia oireita ja helpotuskeinoja on lueteltu **TAULUKOSSA 4** (18).

**Hoito vaikuttaa merkittävästi seksuaalisuuteen.** Yli puolet ulkosynnyttinpoiston läpikäyneistä kertoo ongelmista seksuaalitoiminnoissa ja seksuaalisuudessa. Ne yhdistyvät etenkin klitorikseen kohdistuviin toimenpiteisiin sekä laajoihin kudospoistoihin (9). Seksuaalineuvonnan tulisi kuulua ulkosynnyttinsyöpäpotilaiden ja heidän kumppaniensa hoitoon. Säästävämät toimenpiteet ja kielekkeet ensileikkauksessa auttavat ehkäisemään seksuaaliongelmia.

## Lopuksi

Ulkosynnyttinsyöpädiagnoosiin pääsee yksinkertaisin keinoin, kun oireisen potilaan tutkii huolellisesti. Varhainen havaitseminen parantaa potilaan ennustetta ja mahdollistaa hoidon säästävämällä keinolla, mikä parantaa elämänlaatua syöpähoitojen jälkeen. Kookkaiden kasvaimien kirurgiseen hoitoon tulisi sisältyä myös ulkosynnyttinalueen rekonstruktio yhteistyössä plastiikkakirurgin kanssa.

Paikallisesti levinnyt tai uusiutunut ulkosynnyttinsyöpä on edelleen ongelmallinen hoidettava ja vaatii moniammatillista yhteistyötä. Koska ulkosynnyttinsyöpä on harvinainen, eteneviä satunnaistettuja lääketutkimuksia on vaikea toteuttaa ja osa hoitosuosituksista onkin johdettu muiden syöpien kuten kohdunkaulasyövän hoitokäytännöistä. Tutkimuksia täsmälääkkeiden tehosta kaivattaisiin kipeästi. ■



## KIRJALLISUUTTA

1. Pitkaniemi J, Malila N, Virtanen A, ym. Syöpä 2018. Tilastoraportti Suomen syöpätalanteesta. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisu nro 93. Helsinki: Suomen Syöpäyhdistys 2020.
2. Wohlmuth C, Wohlmuth-Wieser I. Vulvar malignancies: an interdisciplinary perspective. *J Ger Soc Dermatology* 2019; 17:1257–76.
3. Suomen Gynekologiyhdistys. FINGOG Hoitosuosituksat 2021. Helsinki: SGY 2021.
4. Oonk MHM, Planchamp F, Baldwin P, ym. European society of gynaecological oncology guidelines for the management of patients with vulvar cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2017;27:832–7.
5. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology (NCCN Guidelines®): vulvar cancer (squamous cell carcinoma), version 3.2021. Philadelphia: NCCN 2021. [https://www.nccn.org/guidelines/category\\_1](https://www.nccn.org/guidelines/category_1).
6. Micheletti L, Preti M. Surgery of the vulva in vulvar cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28:1074–87.
7. Hyde SE, Valmadre S, Hacker NF, ym. Squamous cell carcinoma of the vulva with bulky positive groin nodes - nodal debulking versus full groin dissection prior to radiation therapy. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17:154–8.
8. Hacker NF, Eifel PJ, van der Velden J. Cancer of the vulva. *Int J Gynaecol Obstet* 2015;131:576–83.
9. Wills A, Obermair A. A review of complications associated with the surgical treatment of vulvar cancer. *Gynecol Oncol* 2013;131:467–79.
10. Di Donato V, Bracchi C, Cigna E, ym. Vulvo-vaginal reconstruction after radical excision for treatment of vulvar cancer: evaluation of feasibility and morbidity of different surgical techniques. *Surg Oncol* 2017;26:511–21.
11. Rao YJ, Chin RI, Hui C, ym. Improved survival with definitive chemoradiation compared to definitive radiation alone in squamous cell carcinoma of the vulva: a review of the national cancer database. *Gynecol Oncol* 2017;146:572–9.
12. Woelber L, Eulenburger C, Kosse J, ym. Predicting the course of disease in recurrent vulvar cancer – a subset analysis of the AGO-CaRE-1 study. *Gynecol Oncol* 2019;154:571–6.
13. te Grootenhuis NC, Pouwer AW, de Bock GH, ym. Margin status revisited in vulvar squamous cell carcinoma. *Gynecol Oncol* 2019;154:266–75.
14. Mahner S, Prieske K, Grimm D, ym. Systemic treatment of vulvar cancer. *Expert Rev Anticancer Ther* 2015;15:629–37.
15. Tranoulis A, Georgiou D, Founta C, ym. Use of electrochemotherapy in women with vulvar cancer to improve quality-of-life in the palliative setting: a meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer* 2020;30:107–114.
16. Halonen P, Jacobsson M, Hiltunen-Back E. Ulkosyntyntien valkojäkäälä. *Duodecim* 2019;135:297–302.
17. Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosyntyntien solumuutokset. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Kolposkopiayhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 [päivitetty 17.4.2019]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
18. Froeding LP, Greimel E, Lancelley A, ym. Assessing patient-reported quality of life outcomes in vulva cancer patients: a systematic literature review. *Int J Gynecol Cancer* 2018;28:808–17.
19. Dessources K, Aviki E, Leitaio MM. Lower extremity lymphedema in patients with gynecologic malignancies. *Int J Gynecol Cancer* 2020;30:252–60.
20. Saarikko A, Viitanen T, Hartiala P. Lymfaturvotus. *Duodecim* 2014;130:135–43.

**REITA NYBERG, LT, gynekologinen onkologi, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri**  
Tays, Naistentautien ja synnytysten vastuualue

**VASTUUTOIMITTAJA**  
Maija Tarkkanen

## SIDONNAISUUDET

**Reita Nyberg:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (LivingSkills Oy, Roche Finland Oy, Novartis Finland Oy, Sandoz), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (AstraZeneca Oy, Roche Finland Oy), luottamustoimet (Syömishäiriöliitto), muut sidonnaisuudet (LivingSkills Oy)