

Haiman adenokarsinooma; kliininen diagnostiikka. Levinneisyyden merkitys hoidon suunnittelussa.

*Dosentti, Gastroenterologisen kirurgian osastonylilääkäri Johanna Laukkarinen,
TAYS*

Varhaisvaiheessaan haiman duktaalinen adenokarsinooma on usein oireeton. Potilaan ensimmäisinä oireina voivat olla kivuton keltaisuus ja laihtuminen, jotka ilmaantuvat usein jo ennen vatsan alueen kipuja. Haiman pään kasvain voi tukkia jo varhaisvaiheessa sappitien aiheuttaen obstruktiivisen ikteruksen, ja tämä taudinkuva johtaa tutkimuksiin ja diagnoosiin tyypillisesti nopeammin kuin kasvaimen sijaitessa haiman rungossa tai hännässä. Keltaisen potilaan ensisijainen kuvantamismenetelmä on ultraääni. Haimakasvaimen epäilyn herätessä tutkimuksia jatketaan yleensä varjoainetehtoisella tietokonekuvauksella (TT), mikä tulee tehdä nk. haimaleikkein. Tyypillisesti haiman duktaalinen adenokarsinooma näkyy TT:ssä hypodensina muutoksena. Varhaisvaiheen haimakasvain ei välttämättä näy TT:ssä, mutta sekundaarisina merkkeinä kasvaimesta voidaan todeta sappi- ja haimatiehyen laajentuminen (double duct sign), joka viittaa maligniteettiin 70–80 % todennäköisyydellä. Endoskooppisessa retrograadisessa kolangio-pankreatikografiassa (ERCP) haiman pään syöpäkasvain aiheuttaa tyypillisesti tylopästä katkeavan striktuurin sappitiehen. Tämä löydös yhdistettynä syöpäkasvaimen sopivaan taudinkuvaan riittää leikkaushoidon suunnitteluun, eikä näytteitä välttämättä tarvita. ERCP-tutkimuksessa voidaan tarvittaessa ottaa myös harjaitosolunäytteet sappitiestä tai biopsia papillasta. Mikäli kasvain näkyy ultraäänessä ja varmistusta diagnoosiin tarvitaan ennen leikkauksen suunnittelua, voidaan ottaa ultraääniohjattu karkeaneulabiopsia joko primaarikasvaimesta tai maksan metastasiepäilystä. Kasvainmerkkiaineista Ca19-9 ja CEA yhdistyvät haimasyöpään, mutta eivät ole sille spesifisiä. Mikäli diagnoosi on epäselvä, voidaan erotusdiagnostista lisäinformaatiota saada magneettikuvauksella ja toisinaan myös PET-TT:llä.

Vaikka haiman duktaalisen adenokarsinooman diagnostiikka ja hoito ovat vuosien saatossa jonkin verran parantuneet, on kyseessä edelleen yksi viidestä eniten syöpäkuolemia aiheuttavasta sairaudesta, ja vain 5 % potilaista on elossa viiden vuoden kuluttua diagnoosista. Kasvaimen täydellinen poisto leikkauksella on ainoa mahdollisuus parantua taudista, ja kirurgisen hoidon onnistuminen määrittääkin eniten potilaan pitkäaikaisennustetta. Valitettavasti vain noin 30 % potilaista on diagnosointihetkellä operatiivisen hoidon piirissä, ts. kyseessä on paikallinen tai rajoittunut tauti. Haiman duktaaliseen adenokarsinoomalle ominaista on kasvaimen paikallinen invaasio ympäröiviin rakenteisiin, kuten verisuoniin, sekä systeeminen leviäminen. Etäpesäkkeet – tyypillisesti maksassa – poissulkevat tässä taudissa parantavan kirurgisen hoidon.

Koska haiman duktaalisen adenokarsinooman tärkein yksittäinen ennustetta määrittävä tekijä on kasvaimen täydellinen poisto leikkauksessa, tulee tähän pyrkiä aina kun se on mahdollista. Kasvaimen paikallista levinneisyyttä ja siten operabiliteettia TT:lla arvioitaessa huomiota kiinnitetään erityisesti verisuonirakenteisiin. Mikäli leikkauksellisella potilaalla kasvain ei ole lähettänyt etäpesäkkeitä ja se ei paikallisesti ympäröi yli 180 astetta porttilaskimoa, vena mesenterica superioria (VMS) tai arteria mesenterica superioria, edetään tavallisesti suoraan operatiiviseen hoitoon. Kasvulla pernan suoniin tai arteria gastroduodenaleen ei yleensä ole merkitystä. Jos sen sijaan