

**KRISTINA TYYNELÄ-KORHONEN**  
LT, syöpätautien erikoislääkäri,  
palliativisen lääketieteen  
erityispätevyys  
KYS, Syöpäkeskus

## Aktiivinen lääkehoito vai palliativinen hoitolinja – valinnan vapaus vai vaikeus?

Potilaat ja omaiset odottavat yleensä, että syöpäsairautta hoidetaan aktiivisesti. Kun syöpä on levinnyt, realistiset hoitovaihtoehdot ovat yleensä taudin hidastaminen tai palliativinen hoitolinja. Hoitoarviokäynnillä lääkärin pitäisi päästä potilaan kanssa yhteisymmärryksen hoitolinjasta.

### KIRJALLISUUTTA

- 1 Amano K, Maeda I, Shimoyama S ym. The accuracy of physicians' clinical predictions of survival in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2015;50:139–46.
- 2 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 16.2.2018. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- 3 Droz J-P, Aapro M, Balducci L. Overcoming challenges associated with chemotherapy treatment in the senior adult population. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008;68 suppl 1:S1–8.
- 4 Pathak R, Giri S, Aryal MR ym. Mortality, length of stay, and health care costs of febrile neutropenia-related hospitalizations among patients with breast cancer in the United States. *Support Care Cancer* 2015;23:615–7.

Levinnyttä syöpäsairautta sairastavalle potilaalle on harvoin mahdollista tarjota parantavaa hoitoa. Realistiset hoitovaihtoehdot ovat joko taudin etenemistä hidastava hoito tai siirtyminen palliativiseen eli oireenmukaiseen hoitolinjaan. Palliativinen hoito, esimerkiksi kivun hoito, on myös osa aktiivista syövän hoitoa.

Potilaat ja omaiset odottavat yleensä, että syöpäsairautta hoidetaan aktiivisesti, ja heillä on usein mielipiteitä ja vaatimuksia hoidoista. Syöpälääkäri keskustele hoitoarviokäynnillä potilaan ja omaisten kanssa hoitolinjauksesta eli syövän hoidon ensisijaisesta tavoitteesta. Lääkärin ja potilaan välillä tulee olla siitä yhteisymmärrys. Silloin potilas sitoutuu hoitoonsa ja lääketieteellisesti vaativa hoito toteutuu turvallisesti. Yhteinen päämäärä on mahdollisimman hyvä hoito.

Lääkärin tulee keskustella hoitosuunnitelmasta potilaan kanssa sekä kuunnella ja huo-

ja haimateiden magneettikuvauksessa vasemmanpuoleiset sappitiehaarat todettiin laajentuneiksi, maksan vasemmassa lohossa oli 9 cm:n kasvain ja lähialueella imusolmukemuutoksia. Löydös sopi radiologisesti maksan hiluksen imusolmukkeisiin edenneeksi kolangiokarsinoomaksi. Kasvaimesta ei ollut otettu PAD-näytettä. Leikkaushoito ei ollut mahdollinen.

Hoitoarviokäynnillä syöpälääkäri totesi potilaan yleistilan hyväksi. Vatsan palpaatiossa maksa oli suurentunut. Potilas kertoi laihtuneensa useita kiloja. Lääkäri keskusteli potilaan ja tämän pojan kanssa hoitosuunnitelmasta. Kolangiokarsinooman hoidossa käytettävien solunsalpaajien arvioitiin olevan potilaalle liian raskaita, kun otetaan huomioon niiden haittavaikutukset ja odotettavissa oleva hoitoteho. Yhteisymmärryksessä päädyttiin oireenmukaiseen hoitolinjaan.

Kontrollikäynnillä kasvainmerkkiaine CA 19-9-pitoisuus oli suurentunut (48 U/ml), mikä tuki syöpädiagnoosia. Laihtumisen vuoksi ravitsemuksesta annettiin lisäohjeita ja oirelääkitystä tarkistettiin. Potilaan ja tämän pojan kanssa keskusteltiin ja sovittiin elvyttämättä jättämispäätöksestä. Oirehoitoa tehostettiin ja hoitovastuu siirtyi vähitellen erikoissairaanhoidosta kotisairaanhoidoon.

Potilas kuoli saattohoidossa terveyskeskussairaalassa noin vuoden kuluttua syöpäsairauden toteamisesta.

### *Yhteinen päämäärä on mahdollisimman hyvä hoito.*

- 5 Hurria A, Togawa K, Mohile SG ym. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncol* 2011;29:3457–65.
- 6 Gironés R, Torregrosa D, Gómez-Codina J, Maestu I, Tenias JM, Rosell R. Lung cancer chemotherapy decisions in older patients: the role of patient preference and interactions with physicians. *Clin Transl Oncol* 2012;14:183–9.

mioida potilaan mielipiteet ennen päätösten tekemistä. Lääketieteellinen ammattitaito ja hyvät vuorovaikutustaidot auttavat keskinäisen yhteisymmärryksen saamisessa. Hoitava lääkäri voi lääketieteellisin perustein myös perua aikaisemman hoitolinjauksen päätöksen.

#### Potilas 1

82-vuotiaalla naisella oli pitkäaikaisina sairauksina sepelvaltimotauti, eteisvärinä, verenpaine-tauti, nivelreuma ja näkövamma. Käytössä oli useita säännöllisiä lääkityksiä. Hän oli omatoiminen ja asui yksin.

Maksa-arvojen nousun vuoksi tehdyssä kaikutkimuksessa oli todettu maksamuutos. Sappi-

#### Potilas 2

70-vuotiaalla miehellä oli useita pitkäaikaisia parantumattomia sairauksia ja lääkelista oli pitkä. Hänellä oli ollut vuosia trombosytopenia tasoa 50–60 x 10<sup>9</sup>/l, mutta syy oli epäselvä.

Potilas oli laihtunut yli 10 kg. Häntä oli tutkittu vatsakipujen vuoksi ja maksa-arvoissa oli nousua. Vatsan tietokonetomografiakuvassa

- 7 Ng T, Chew L, Yap CW. A clinical decision support tool to predict survival in cancer patients beyond 120 days after palliative chemotherapy. *J Palliat Med* 2012;15:863-9.
- 8 Winkler EC, Hiddemann W, Marckmann G. Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: an ethical framework. *J Med Ethics* 2012;38:647-51.
- 9 Davis C, Naci H, Gurpinar E, Poplavska E, Pinto A, Aggarwal A. Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13. *BMJ* 2017;359:j4530. doi:10.1136/bmj.j4530

maksa oli todettu kirroottiseksi ja siinä oli kaksi kookasta muutosta. PAD oli hepatosellulaarinen karsinoma gradus II. Magneettikuvassa näkyi maksan hiluksen alueella imusolmukemassaa ja maksassa useita pesäkkeitä, joista kookkain oli halkaisijaltaan 7 cm.

Kirurgi oli yhdessä radiologin kanssa miettinyt hoitomahdollisuuksia. Koska maksassa oli useita pesäkkeitä, leikkaushoito tai syövän paikallishoidot eivät olleet mahdollisia.

Hoitoarviokäynnillä syöpälääkäri totesi, että potilaalla ei ollut oireita maksasyövästä. Sen sijaan toimintakyky oli heikentynyt jalkakivun, hengenahdistusvaivan ja sydäntuntemusten vuoksi. Keuhkolääkärin aloittama kortisonilääkitys oli korjannut hengenahdistusoireistoa. Lyhytvaikutteisen nitron tarvetta oli rasituksen yhteydessä, mutta EKG:ssa ei ollut tuoreita muutoksia. Laboratoriotutkimuksissa trombosyyttitaso oli matala  $62 \times 10^9/l$ . Maksa-arvoista bilirubiiniarvo oli suurentunut,  $35 \mu\text{mol/l}$ .

Potilaan kanssa keskusteltiin jatkohoitosuunnitelmasta ja mietittiin syöpäsairauden etenemistä jarruttavan multikinaasineistäjälääkkeen aloittamista. Koska sen haittavaikutuskirjooon kuuluvat muun muassa verenkuvamuutokset, verenvuotoriski ja sydänlihaskemia, päädyttiin yhteisymmärryksessä seurantalinjaan. Jalkakivun vuoksi potilaalle aloitettiin keskivahva opiaattilääkitys ja sovittiin soittokontrollista. Hoitosuunnitelmasta keskusteltiin myös syöpälääkäreiden yhteiskokouksessa, jossa osa onkologeista suositti aktiivista lääkehoitoa ja osa palliatiivista hoitolinjaa.

Kuukauden kuluttua potilas kertoi jalkakivun helpottaneen ja hän halusi aloittaa maksasyöväen lääkehoidon mahdollisesti vakavastakin haittavaikutuksista huolimatta. Lääkitys aloitettiin pienellä annoksella joka toinen päivä. Potilas sietäi lääkkeen ja kahden viikon kuluttua annosta suurennettiin.

Kahden viikon kuluttua annoksen suurentamisesta laboratoriotutkimuksissa todettiin trombosyyttitason laskeneen tasolle  $45 \times 10^9/l$ . Potilaalla oli haittavaikutuksina ajoittain nenäverenvuotoa ja insuliinin pistosalueilla lisääntyneitä mustelmataipumusta. Vatsan alueella potilaalla ei ollut muita oireita. Lääkkeen haittavaikutusten vuoksi syöpälääkitys tauotettiin.

Kontrollikäynnillä kuuden viikon kuluttua keskusteltiin hoitolinjauksesta uudestaan. Veren trombosyyttitaso oli korjaantunut tasolle

$63 \times 10^9/l$  eikä vuoto-oireita enää ollut. Yhteisymmärryksessä aktiivisista lääkehoidoista luovuttiin ja päädyttiin oireenmukaiseen hoitolinjaan. Potilaalle tehtiin elvyttämättäjäätämispäätös ja kipulääkitystä tehostettiin.

Potilas kävi 4 kuukautta myöhemmin kontrollikäynnillä palliatiivisen hoidon poliklinikalla. Hänen vointinsa oli ennallaan ja oireet olivat hyvin hallinnassa. Syöpäsairauden toteamisesta on kulunut nyt yli vuosi.

### Potilas 3

65-vuotiaalle miehelle oli tehty paksusuolen imusolmukkeisiin ja vatsapaitaan edenneen adenokarsinooman vuoksi suolileikkaus ja etäpesäkkeiden poisto. Hän sai 6 kuukauden ajan liitännäissolunsalpaajahoitoja. Puolen vuoden kuluttua leikattiin vatsan alueelta uusi etäpesäke ja potilas sai jälleen 6 kuukauden ajan solunsalpaajahoitoja.

Vuoden kuluttua todettiin suolistosyöväen edenneen. Etäpesäkkeitä oli sekä vatsan alueella että keuhkoissa. Levinneen suolistosyöväen etenemisen hidastamiseksi potilas sai solunsalpaaja- ja vasta-aineyhdistelmähoitoja noin vuoden ajan, jonka jälkeen syöpäsairauksensa pysyi seurannassa ennallaan vajaan vuoden.

Syövän edetessä lääkehoidot aloitettiin uudestaan. Lääkkeitä vaihdettiin, mutta viimeisimpänä käytetty suun kautta otettava proteiinikinaasineistäjä ei jarruttanut etäpesäkkeiden etenemistä. Aktiiviset lääkehoidot lopetettiin ja siirryttiin oireenmukaiseen hoitolinjaan. Luustoetäpesäkkeeseen annettiin palliatiivinen kipusädehoito.

Viisi vuotta levinnyttä syöpäsairautta sairastanut potilas oli edelleen hyväkuntoinen oireenmukaisesta hoitolinjasta huolimatta, ja hänen toimintakykynsä oli WHO-luokkaa 1. Seurantaikäynnillä potilas ilmoitti hankalimmaksi oireekseen liikkua tuntuvan kivun, joka oirekyselystyössä oli VAS-janalla 2/10.

Lääkäri keskusteli potilaan kanssa hoitosuunnitelmasta ja päätyi jatkamaan oireenmukaista hoitolinjaa, koska tehokkaita syöpälääkkeitä ei enää ollut käytettävissä. Potilas tiesi uudesta, Suomessa myyntiluvan saaneesta suun kautta otettavasta solunsalpaajavalmisteesta ja halusi aktiivisen lääkehoidon jatkuvan. Kun kyseinen uusi syöpälääke sai Kelan korvattavuuden, potilas ja hoitava lääkäri keskustelivat hoitomahdollisuudesta uudestaan. Oireenmukainen hoito

linja purettiin, koska lääkäri arvioi potilaan edelleen hyötyvän aktiivisesta hoidosta.

Uusi solunsalpaajalääke aloitettiin taudin etenemistä hidastavana hoitona. Haittavaikutuksina oli verenkuvamuutoksia. Toisen hoitosyklin lopulla kehittyi nopeasti etenevä, vaikea luuston kipuoire, jonka vuoksi potilas joutui osastohoitoon. Rangan magneettikuvauksessa todettiin luustoetäpesäkkeiden edenneen. Vuodeosaston lääkärin keskusteltua potilaan kanssa tehon, aktiivinen lääkehoito lopetettiin ja tehtiin uudestaan palliatiivinen hoitolinjaus.

#### **Pohdinta**

Hoitolinjausten tekeminen vaatii lääkäriltä tietoa, taitoa ja asennetta. Levinyttä syöpäsairautta pystytään harvoin parantamaan. Siksi hoitolinjaus on yleensä joko sairauden etenemisen hidastaminen tai oireenmukainen hoitolinja. Linjausta tehdessä tulee kartoittaa potilaan kokonaistilanne yhdessä potilaan ja omaisen kanssa ja pyrkiä senhetkisten tietojen perusteella suunnittelemaan paras mahdollinen syöpäsairauden hoito.

### *Hoitolinjausten tekeminen vaatii lääkäriltä tietoa, taitoa ja asennetta.*

Syöpälääkeillä on taipumus yliarvioida syöpähoitojen tehoa (1). Iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden levinneen syöpäsairauden hoidon tavoite on ensisijaisesti elämänlaadun ylläpitäminen ja riittävä oireiden hoito (2). Pelkän kronologisen iän perusteella päätöstä ei pidä tehdä, vaan siinä otetaan huomioon toimintakyky, fyysisten sairauksien kokonaistilanne ja elinaikaennuste (3). Kaikki syövän hoitomuodot aiheuttavat jonkinasteisia haittavaikutuksia, ja iäkkään potilaan elimistön kyky toipua niistä on usein heikentynyt monestakin syystä. Vaikeiden haittavaikutusten hoito vaatii usein osastohoitojaksoa, ja siihen liittyvä vuoteessaolo ja liikkumattomuus aiheuttavat lisäriskiä (4,5).

Levinneen kolangiokarsinooman palliatiivinen hoitolinjaus oli ensimmäisessä potilastapauksessa hyvässä yhteisymmärryksessä jo hoitoarviokäynnillä tehty hoitoratkaisu, ja potilas ja omaiset olivat päätökseen myöhemminkin tyytyväisiä. Potilaan elämän loppuvaiheen hoidossa pystyttiin ennakoimaan oirehoidon tar-

vetta riittävästi, potilas sai olla kotihoidossa vielä kuukausia, ja ainoa osastohoitojakso oli muutaman viikon saattohoitojakso ennen kuolemaa. Myöskään päivystyskäyntejä ei ollut.

Hoitolinjauskeskustelu, päätösten lääketieteellinen perustelevminen ja hoitopäätös voivat joskus vaatia aikaa ja sairaustilanteen seuranta. Potilaat haluavat usein aktiivista syövän hoitoa, vaikka lääkityksen teho on tutkimusten mukaan vaatimaton ja hoidosta voi tulla vaka- viakin haittoja (6). Hoitokokeilu voi antaa tietoa potilaan yksilöllisestä tilanteesta ja siitä, miten hän todella kestää syövän lääkeshoidon ja toipuu haittavaikutuksista.

Toinen potilas halusi kokeilla lääkehoitoa ja kokeilussa selvisi, että lääkehoidosta tuli vaarallisia elimistön toimintaan vaikuttavia ja elämänlaatua huonontavia haittavaikutuksia. Syöpäsairaus ei aiheuttanut potilaalle oireita ja hoitokokeilun jälkeen myös potilas hyväksyi palliatiivisen hoitolinjan.

Kolmas potilas eli hyväkuntoisena useita vuosia levinneen syöpäsairauden kanssa. Jos syöpäsairaus on hitaasti etenevä ja potilaan toimintakyky sekä elintoiminnot pysyvät hyvinä, aktiivisten lääkehoitojen lopettaminen ja siirtyminen palliatiiviseen hoitolinjaan voi olla vaikeaa sekä potilaille että lääkärille, varsinkin jos hoitosuhde on ollut pitkä. Aktiivisten hoitojen lopettaminen koetaan usein luovuttamiseksi.

Jos syöpäsairauteen on käyttämättä jokin periaatteessa lääketieteellisesti vielä perusteltu lääkehoito ja potilas sitä aktiivisesti haluaa kokeiltavan, voi yhteisymmärrys palliatiiviseen hoitoon siirtymisestä jäädä saamatta. Hoitava lääkäri ottaa aina vastuun lääkehoidosta ja hänen pitää pystyä perustelevmaan aloittamansa hoito lääketieteellisen näytön pohjalta. Toisaalta lääkärin tulee myös suojella potilasta turhilta ja mahdollisesti vahinkoa aiheuttavilta hoidoilta (7,8). Nykyisin uudet syövän lääkehoidot tulevat markkinoille ja käyttöön usein faasin II tutkimusnäyttöön perustuen ja nopean viranomaiskäsittelyn kautta. Uuden syöpälääkkeen tutkimuksellinen näyttö voi olla niukka ja lääkkeen tehokkuuteen kohdistuu usein suuria odotuksia (9). ●

#### **English summary**

[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)

› in english

Active or palliative care – freedom or difficulty of choice?

**KRISTIINA TYYNELÄ-KORHONEN**  
M.D., Ph.D., Specialist in Oncology  
Cancer Centre, Kuopio University  
Hospital

# Active or palliative care – freedom or difficulty of choice?

There are usually two options for advanced cancer patients: active or palliative care. However, some patients may also benefit from slowing down the progression of cancer by anticancer treatments. But most often improving quality of life has greater importance for cancer patients with advanced disease than prolonging life. When evaluating the treatment plan, discussion of end of life care with the patient and caregiver is a cornerstone. Employing professional and communication skills, listening to and consulting with the patients, leads to best results when planning for good care.