

**Sanna Meriläinen**

dosentti,  
osastonylilääkäri,  
gastroenterologisen  
kirurgian erikoislääkäri  
Oys Vatsakeskus, Oulun  
yliopisto

**Raija Kallio**

LT, syöpätautien ja  
sädehoidon erikoislääkäri  
Oys Syöpähoitokeskus,  
Oulun yliopisto

**Olli Helminen**

apulaisylilääkäri,  
gastroenterologisen  
kirurgian erikoislääkäri  
Oys Vatsakeskus, Oulun  
yliopisto

**Joonas H. Kauppila**

professori,  
gastroenterologisen  
kirurgian erikoislääkäri  
Oys Vatsakeskus, Oulun  
yliopisto

**Juha Saarnio**

professori, ylilääkäri  
Oulun yliopisto

**KIRJALLISUUTTA**

- 1 Wagner AD, Syn NL, Moehler M ym. Chemotherapy for advanced gastric cancer. Cochrane Database Syst Rev 2017;8:1–177.
- 2 Lordick F, Carneiro F, Cascinu S ym. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2022;33:1005–20.
- 3 Obermannová R, Alsina M, Cervantes A ym. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2022;33:992–1004.
- 4 Hall PS, Swinson D, Cairns DA ym. Efficacy of Reduced-Intensity Chemotherapy With Oxaliplatin and Capecitabine on Quality of Life and Cancer Control Among Older and Frail Patients With Advanced Gastroesophageal Cancer. JAMA Oncol 2021;7:869.

**Viittaus:**

Suom Lääkäril 2024;79:e41216



VERTAISARVIOITU  
KOLLEGIALT GRANSKAD  
PEER-REVIEWED  
www.tsv.fi/tunnus

# Levinneen ruokatorvi- ja mahasyövän hoito on jarruttavaa ja palliatiivista

- Levinnyttä ruokatorvi- ja mahasyöpää sairastavien keskimääräinen elinajanodote on vuosi diagnoosin jälkeen.
- Suuri osa potilaista hyötyy lääkeshoidosta, ja jotkut elävät pitkään kohdennetuilla hoidoilla. Silti tarvitaan parempia ennustetekijöitä hoitojen kohdentamiseksi niistä hyötyville potilaille.
- Varhaista palliatiivista hoitoa tarvitaan levinneen ruokatorvi- ja mahasyövän onkologisen hoidon rinnalla. Potilaan oireiden varhainen hoito ja ravitsemustilan optimointi parantavat elämänlaatua ja ennustetta.
- Kirurgia helpottaa levinneen taudin oireita.

**LEVINNEESEEN** maha- ja ruokatorvisyöpään sairastuneiden mediaanielinaika ilman solunsalpaajahoidoa on 3–4 kuukautta. Solunsalpaajahoidolla elinaika pitenee noin vuoteen (1).

Solunsalpaajilla voidaan hoitaa potilaita, joiden WHO:n toimintakykyluokka on 0–2. Potilaan tulee kyetä huolehtimaan itsestään ja oltava liikkeellä yli puolet hereilläoloajastaan (Taulukko 1).

Jos potilaan toimintakyky on heikko (WHO:n luokitus yli 2), ennuste on huono. Nämä potilaat on rajattu vertailevien tutkimusten ulkopuolelle (2), ja näyttö onkologisten hoitojen hyödystä heidän kohdallaan puuttuu. Heidän hoitonsa on palliatiivista, mutta hoitopäätökseen vaikuttavat kuitenkin myös muut sairaudet, geriatrinen arvio ja potilaan tahto.

## Solunsalpaaja- ja täsmälääkehoito jarruttavat ruokatorvi- ja mahasyöpää

Suomessa noudatetaan eurooppalaisia hoitosuosituksia (2,3). Lääkevalinnassa otetaan huomioon ikä, fyysinen toimintakyky, sairaudet, kasvaimen biologinen luonne, taudin levinneisyys ja potilaan toiveet (1,2).

Ensilinjan hoidossa tulee kyseeseen platina-pohjaisen lääkkeen ja fluoropyrimidiinin yhdistelmä. Hauraiden potilaiden annoksia suositetaan hoidon tehon kärsimättä vähentämään (4). Hyväkuntoisia (WHO:n luokitus 0–1) potilaita voidaan hoitaa neljän lääkkeen yhdistelmällä (FLOT eli fluorourasiili, leukovoriini, oksaaliplatiini, dosetakseli). Näin on saatu

pidennettyä elinaikaa, mutta hoito on myrkyllisempää (5).

Hyväkuntoisille potilaille voidaan solunsalpaajahoidon lisäksi antaa kasvaimen biologisten ominaisuuksien mukaan kohdennettavia syöpälääkkeitä. HER-positiivissa syövässä käytetään trastutsumabia (6). Syövässä, joissa ohjelmoitua kuolemanligandia (PD-L1) ilmentävien kasvain- ja immunologisten solujen määrän suhde kasvainsolujen kokonaismäärään (combined positive score, CPS) on yli 5, käytetään immunoaktivaation salpaaja nivolumabia, kun taas syövässä, joissa kyseinen suhdeluku on yli 10, käytetään pembrolitsumabia (7,8).

## Levinnyttä maha- tai ruokatorvisyöpää ei hoideta radikaalein leikkaushoidoin.

Trastutsumabin lisäämisellä HER2-positiivisten potilaiden mediaanielinaika pitenee noin neljä kuukautta (16 vs. 11,8 kk). Nivolumabin lisäämisellä taas mediaanielinaika pitenee kolme kuukautta (14,4 vs. 11,1 kk) (7). Syövässä, joissa PD-L1-positiivisten solujen suhde kasvainsolujen kokonaismäärään (CPS-luku) on yli 10, pembrolitsumabi lisää mediaanielinaikaa viisi kuukautta (13,9 vs. 8,8 kk). MSI-H-potilaiden (4–7,3 % potilaista) elinaika saattaa pembrolitsumabilla pidentyä vuosiakin (9).

5 Van Cutsem E, Moiseyenko VM, Tjulandin S ym. Phase III Study of Docetaxel and Cisplatin Plus Fluorouracil Compared With Cisplatin and Fluorouracil As First-Line Therapy for Advanced Gastric Cancer: A Report of the V325 Study Group. *J Clin Oncol* 2006;24:4991–7.

6 Bang YJ, Van Cutsem E, Feyereislova A ym. Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2010;376:687–97.

7 Janjigian YY, Shitara K, Moehler M ym. First-line nivolumab plus chemotherapy versus chemotherapy alone for advanced gastric, gastro-oesophageal junction, and oesophageal adenocarcinoma (CheckMate 649): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet* 2021;398:27–40.

8 Rha SY, Wyrwicz LS, Weber PEY ym. VP1-2023: Pembrolizumab (pembro) plus chemotherapy (chemo) as first-line therapy for advanced HER2-negative gastric or gastroesophageal junction (G/GJ) cancer: Phase III KEYNOTE-859 study. *Ann Oncol* 2023;34:319–20.

9 Chao J, Fuchs CS, Shitara K ym. Assessment of Pembrolizumab Therapy for the Treatment of Microsatellite Instability–High Gastric or Gastroesophageal Junction Cancer Among Patients in the KEYNOTE-059, KEYNOTE-061, and KEYNOTE-062 Clinical Trials. *JAMA Oncol* 2021;7:895.

10 Thuss-Patience PC, Kretschmar A, Bichev D ym. Survival advantage for irinotecan versus best supportive care as second-line chemotherapy in gastric cancer – A randomised phase III study of the Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO). *Eur J Cancer* 2011;47:2306–14.

11 Hironaka S, Ueda S, Yasui H ym. Randomized, Open-Label, Phase III Study Comparing Irinotecan With Paclitaxel in Patients With Advanced Gastric Cancer Without Severe Peritoneal Metastasis After Failure of Prior Combination Chemotherapy Using Fluoropyrimidine Plus Platinum: WJOG 4007 Trial. *J Clin Oncol* 2013;31:4438–44.

12 Ford HER, Marshall A, Bridgewater JA ym. Docetaxel versus active symptom control for refractory oesophagogastric adenocarcinoma (COUGAR-02): an open-label, phase 3 randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2014;15:78–86.

Jos potilas on hyväkuntoinen, taudin edetessä voidaan siirtyä toisen ja kolmannen linjan hoitoihin. Toisen linjan solunsalpaajavaihtoehtoja ovat paklitakseli, dosetakseli, irinotekaa-ni sekä trifluridiiniin ja tipirasiiliin yhdistelmä.

Lääke valitaan usein haittavaikutuspiirteiden mukaan (10–12). VEGFR-2-verisuonikasvutekijän estäjä ramusirumabin yhdistäminen paklitakseliin lisää elinaikaa (13). HER-positiiviselle voidaan toisen linjan hoitoksi harkita trastutsumabi-derukstekaania (T-DXd), mutta tällöin HER2-positiivisuus tulisi varmentaa uusintabiopsialla (14).

### Taudin kulkua jarruttavan hoidon indikaatit

Maha- ja ruokatorvisyöpien etenemistä jarruttava hoito tulee kysymykseen, kun tauti on paikallisesti edennyt, etäpesäkkeinen, ei leikkavissa tai kun potilas ei kuntonsa ja sairauksiensa puolesta sovellu leikkaushoitoon (15). Ruokatorven levyepiteelisyövässä kemosädehoidolla voidaan päästä parantavaan hoitoon – myös paikallisesti edenneissä syövässä ja huonokuntoisemmilla potilailla (16).

Merkittävä osa ruokatorvi- ja mahasyöpäpotilaista on jossain vaiheessa taudin kulkua jarruttavan hoidon tarpeessa. Diagnosoiduista mahasyövistä 34 % leikattiin Suomessa vuosina 2012–2016. Suurella osalla potilaista syöpä uusi; leikatuista potilaista viiden vuoden kuluttua elossa oli 38 % (17). Ruokatorven adenokarsinoomien vastaavat luvut olivat 32 % ja 49 % ja levyepiteelikarsinoomien taas 12 % ja 54 % (18).

### Kirurginen hoito

Levinnyttä maha- tai ruokatorvisyöpää ei hoideta radikaalein leikkaushoidoin (5).

Palliativinen mahalaukun poisto tulee kyseeseen vain, jos potilaalla on hankalia oireita, kuten vaikea verenvuoto tai mahalaukun puhkeaminen, jotka eivät ole muuten hallittavissa (2). Satunnaistetussa REGATTA-tutkimuksessa todettiin, että levinneessä mahasyövässä pelkällä solunsalpaajahoidolla saavutettiin useammin kahden vuoden elinaika kuin mahalaukun poiston ja solunsalpaajahoidon yhdistelmällä, kun etäpesäkkeitä ei poistettu: pelkätään solunsalpaajilla hoidetuista elossa kahden vuoden kuluttua oli 31,7 % mutta solunsalpaajilla ja mahalaukun poistolla hoidetuista vain 25,1 % (19).

Maha- tai ruokatorvisyövän radikaalista etäpesäkekirurgiasta kemoterapian ohessa ei ole näyttöä, mutta satunnaistettuja tutkimuksia on meneillään vähäetäpesäkkeisistä taudeista.

TAULUKKO 1.

### Fyysisen toimintakyvyn ECOG/WHO-luokitus (41)

Toiminta-kykyluokka	
0	Täysin omatoiminen, ei toimintarajoitteita
1	Omatoiminen, liikkuva, pystyy hoitamaan itsensä, suoriutuu kevyestä työstä ja kotiaskareista, käy ulkona. Ei kykene raskaisiin suorituksiin.
2	Kykenee huolehtimaan itsestään. Ei kykene mihinkään suorituksiin, ei selviydy esim. siivoamisesta tai toimistotyöstä. Liikkeellä yli puolet hereilläoloajasta.
3	Itsestä huolehtiminen on rajallista. Tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa. Vuoteessa tai lepotuolissa yli puolet hereilläoloajasta.
4	Ei kykene huolehtimaan itsestään. Täysin ulkoisen hoivan varassa. Täysin istuva/vuodelevossa.
5	Kuollut

Rajautuneesti vatsakalvolle levinneen mahasyövän HIPEC-hoito (hyperterminen intraperitoneaalinen kemoterapia) yhdistettynä leikkaukseen ja kemoterapiaan on tutkimuksen alla. Suomessa Oys on mukana satunnaistetussa leikkaus- ja HIPEC-hoitoa solunsalpaajahoitoon vertailevassa PERISCOPE II -tutkimuksessa (20).

### Varhainen rinnakkainen palliativinen hoito

Varhaisen palliativisen hoidon tulisi olla osa jokaisen edennyttä tai paikallisesti edennyttä syöpää sairastavan potilaan hoitoa. Se on moniammatillista yhteistyötä, jota toteutetaan usein palliativisen hoidon yksiköissä. Palliativisen hoidon lääkäreiden, hoitajien, kivun hoidon ammattilaisten ja syöpälääkäreiden lisäksi kirurgeilla ja ravitsemusterapeuteilla on rooli hoidon toteuttamisessa yhteistyönä perusterveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Rinnakkaisessa palliativisessa hoidossa lievitetään oireita, tuetaan potilasta ja läheisiä henkisesti, autetaan elämään mahdollisimman aktiivista elämää, käsitellään ennakoivasti elämän loppuvaihetta ja suunnitellaan loppuvaiheen hoitoa. Satunnaistetuissa tutkimuksissa eri syöpiä sairastavien varhaisen palliativisen hoidon on todettu parantavan elämänlaatua ja vähentävän oireiden voimakkuutta pelkkään onkologiseen hoitoon verrattuna.

Varhainen palliativinen hoito on vaikuttanut ennusteeseen vaihtelevasti (21). Sen on todettu vähentävän tarpeettomia elämän loppu-

- 13 Wilke H, Muro K, Van Cutsem E ym. Ramucirumab plus paclitaxel versus placebo plus paclitaxel in patients with previously treated advanced gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (RAINBOW): a double-blind, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2014;15:1224–35.
- 14 Shitara K, Bang YJ, Iwasa S ym. Trastuzumab Deruxtecan in Previously Treated HER2-Positive Gastric Cancer. *N Engl J Med* 2020;382:2419–30.
- 15 Ajani JA, D'Amico TA, Brentem DJ ym. Gastric Cancer, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2022;20:167–92.
- 16 Ajani JA, D'Amico TA, Brentem DJ ym. Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2019;17:855–83.
- 17 Maharjan U, Kauppila JH. Survival trends in gastric cancer patients between 1987 and 2016: a population-based cohort study in Finland. *Gastric Cancer* 2022;25:989–1001.
- 18 Sirviö VEJ, Räsänen J V., Kauppila JH. Time trends in mortality of oesophageal cancer in Finland over 30 years. *Eur J Surg Oncol* 2023;49:106905.
- 19 Fujitani K, Yang HK, Mizusawa J ym. Gastrectomy plus chemotherapy versus chemotherapy alone for advanced gastric cancer with a single non-curable factor (REGATTA): a phase 3, randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2016;17:309–18.
- 20 Van Der Sluis K, Vollebergh M, Retel V ym. An update on the PERISCOPE II trial; A multicentre RCT comparing gastrectomy, CRS and HIPEC to systemic chemotherapy alone for gastric cancer patients with limited peritonitis carcinomatosis. *Eur J Surg Oncol* 2023;49:e40.
- 21 Haun MW, Estel S, Rücker G ym. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6:CD011129.
- 22 Merchant SJ, Brogly SB, Goldie C ym. Palliative Care is Associated with Reduced Aggressive End-of-Life Care in Patients with Gastrointestinal Cancer. *Ann Surg Oncol* 2018;25:1478–87.
- 23 Ferrell BR, Temel JS, Temin S ym. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2017;35:96–112.

vaiheen syöpähoitoja ja turhia sairaala- ja teho- hoitojaksoja (22). Palliatiivinen hoitolinjau- s tehdään, kun ennusteeseen ei enää voida vai- kuttaa onkologisella hoidolla. (23).

## Ruokatorvi- ja mahasyövän oireiden hoito

### Verenvuoto

Verta vuotavan mahasyövän ensisijainen hoito on mahalaukun tähytys ja vuodon hoito klip- seillä, adrenaliini- ja liimainjektioilla tai koa- guloimalla. Kohorttitutkimuksissa on todettu, että 31–100 % vuodoista saadaan näin kont- rolliin. Uusintavuotoja ilmeni 30–80 %:lla (24).

Jos mahalaukun tähytyksellä ei saavuteta vuotokontrollia tai seuraa uusintavuotoja, voi- daan edetä toimenpideradiologien tekemiin suonensisäisiin hoitoihin. Kohorttitutkimuk- sissa on todettu, että vuodoista 40–65 % saa- daan näin kontrolliin; uusintavuodon riski oli 41–66 % (25).

Myös sädehoito on vaihtoehto hyväkuntois- ten potilaiden verenvuodon hillitsemiseksi. Katsausartikkelin mukaan sädehoidolla voitiin kohorttitutkimuksissa saada vuototilanteissa vaste 74 %:lle mahasyöpäpotilaista. Vasteen kesto oli 1,5–11,4 kk (26).

Protonipumpun estäjien (PPI) käytöstä mahasyöpien verenvuotojen ehkäisyyn on teh- ty yksi satunnaistettu tutkimus, jossa PPI-lääk- keestä ei ollut hyötyä lumelääkkeeseen ver- rattuna (27). Traneksaamihapon tehoa ruoka- torvi- tai mahasyöpiin liittyviin vuotoihin ei ole tutkittu.

Punasolusiirtoja annetaan niin kauan kuin niillä saavutetaan oirevastetta. Elämän loppu- vaiheessa oirevaste voi olla lyhyt. Saattohoidos- sa verensiirtoja vältetään (28).

### Tukosoire

Mahasyövän aiheuttamaa mahalaukun tai mahanportin tukosta voidaan hoitaa metalli- verkosta valmistetuilla stenteillä, jotka asen- netaan endoskooppisesti tai endoskooppisen ultraääniohjauksen avulla. Toinen käypä hoi- tomuoto on kirurginen ohitus. Mahalaukun poistoa käytetään vain, jos muut hoidot eivät ole riittäviä ja potilas soveltuu leikkaushoitoon.

Vatsaontelontähytymen tai kaikuendoskoo- pin avulla tehtyä gastrojejunostomiaohitusta suositellaan hyväkuntoisille, kun taas stentti- hoito soveltuu huonokuntoisille tai lyhyen en- nusteiden potilaille. Stenttihoitoon jälkeen toipu- minen on nopeampaa, mutta uusintatoimen- piteitä tarvitaan useammin. Stentit voivat olla päällystettyjä tai päällystämättömiä; päällystet- tyihin voi liittyä vähemmän kasvaimen läpikas-

vua ja tukoksia, mutta ne luistavat paikaltaan useammin (29,30).

Ruokatorvisyövän tukosoireeseen käyte- tyin hoito on ruokatorven stenttaus. Se sovel- tuu huonokuntoisillekin. Syövän aiheuttaman ruokatorvi-ilmatiefistelin hoitamiseksi voidaan tarvittaessa stentata ruokatorven lisäksi ilma- teitä (31). Stenttihoito korjaa nopeasti niele- mishäiriötä, mutta on ristiriitaista, parantaako stentti potilaan ravitsemustilaa.

Mahalaukkuavannetta (PEG) voidaan myös käyttää ravitsemusreittinä tukkivassa ruoka- torvisyövässä. PEG ei ole yleistynyt, koska se ei mahdollista suun kautta syömistä eikä estä syljen refluksia. Tukkivassa syövässä PEG:n asentaminen vaatii vatsaontelon tähytyksen tai minilaparotomian.

## *Levinnyttä ruokatorvi- tai mahasyöpää sairastavista jopa 80 % on vajaaravittuja.*

Ruokatorvisyövän tukosoireeseen voidaan käyttää myös sädehoitoa. Koska sädehoidon vaste tulee viiveellä, stenttaus on yleensä tar- peellinen oireen helpottamiseksi. Säde- ja stenttihoito yhdistelmällä voidaan saavuttaa pidempikestoinen vaste nielemishäiriön para- nemiseen kuin pelkällä stenttihoitolla (32).

Ruokatorvisyövän brakyterapia, lyhytetäi- syyksinen sädehoito, ei ole yleistynyt. Tutki- muksessa, jossa käytettiin vastaavuuspiste- määriin perustuvaa kaltaistusta (propensity score matching), tavanomaisesti sädehoidetut potilaat raportoivat vähemmän oireita kolmen kuukauden kuluttua hoidosta kuin lyhytetäi- syyksisen sädehoidon jälkeen (33). Brakytera- paa voi harkita, jos tarvitaan erityisesti viereis- ten kudosten suojausta sädeannokselta.

On huomioitava, ettei stenttauksista tai mahalaukun ohittavista toimenpiteistä ole hyö- tyä potilaalle, jolla on muita suoliston tukoksia. Leikattavaksi sopimattomaan vatsakalvon etä- pesäkkeiden aiheuttamaan suoliston vetovai- keuteen voidaan käyttää palliatiivista drenee- raavaa mahalaukkuavannetta. Leikkaukseen soveltumattoman suolitukoksen säästävissä hoidossa voidaan käyttää erityistä vähentäviä lääkkeitä kuten oktreotidia. Pahoinvoinnin tun- netta taas voidaan hillitä antiemeeteillä.

### Askites

Askites on seurausta vatsakalvolle levinneestä syövästä, ja se kehittyy noin kymmenesosal-

- 24 Kim YI, Choi IJ. Endoscopic Management of Tumor Bleeding from Inoperable Gastric Cancer. *Clin Endosc* 2015;48:121.
- 25 Harada K, Zhao M, Shanbhag N, Baba H, Ajani JA. Palliative care for advanced gastric cancer. *Expert Rev Anticancer Ther* 2020;20:575–80.
- 26 Tey J, Soon YY, Koh WY ym. Palliative radiotherapy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Oncotarget* 2017;8:25797–805.
- 27 Kim YI, Kim MJ, Park SR ym. Effect of a Proton Pump Inhibitor on Tumor Bleeding Prevention in Unresectable Gastric Cancer Patients: a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *J Gastric Cancer* 2017;17:120.
- 28 Preston NJ, Hurlow A, Brine J, Bennett MI. Blood transfusions for anaemia in patients with advanced cancer. In: Preston NJ, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2011.
- 29 Ahmed O, Lee JH, Thompson CC, Faulx A. AGA Clinical Practice Update on the Optimal Management of the Malignant Alimentary Tract Obstruction: Expert Review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2021;19:1780–8.
- 30 Jue TL, Storm AC, Naveed M ym. ASGE guideline on the role of endoscopy in the management of benign and malignant gastroduodenal obstruction. *Gastrointest Endosc* 2021;93:309–322. e4.
- 31 Spaander MCW, van der Bogt RD, Baron TH ym. Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. *Endoscopy* 2021;53:751–62.
- 32 Javed A, Pal S, Dash NR ym. Palliative Stenting With or Without Radiotherapy for Inoperable Esophageal Carcinoma: A Randomized Trial. *J Gastrointest Cancer* 2012;43:63–9.
- 33 van Rossum PSN, Jeene PM, Rozema T ym. Patient-reported outcomes after external beam radiotherapy versus brachytherapy for palliation of dysphagia in esophageal cancer: A matched comparison of two prospective trials. *Radiother and Oncol* 2021;155:73–9.
- 34 Maeda H. Evaluation and treatment of malignant ascites secondary to gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2015;21:10936.

le mahasyöpöpötilaista. Sitä hoidetaan ensisijaisesti dreneerauksella, joka helpottaa oireita nopeasti. Diureeteista tai albumiinikorvaushoidosta sen sijaan ei ole hyötyä. Solunsalpaajahoidon myötä askiteksen muodostus loppuu 35–54 %:lla (34).

### Vajaaravitsemus

Syöpöpötilailla tauti ja hoidot vaikuttavat vajaaravitsemuksen kehittymiseen. Syöpö on katabolinen tila, ja oireet heikentävät ravinnon saantia (35). Onkin arvioitu, että kaikista syöpöpötilaista 10–20 % kuolee vajaaravitsemukseen (36).

Levinnyttä ruokatorvi- tai mahasyöpöpöä sairastavista jopa 80 % on vajaaravituttuja. Vajaaravitsemuksen on todettu heikentävän näitä syöpöpöä sairastavien elämänlaatua ja fyysistä toimintakykyä sekä huonontavan syöpöhoitojen siedettävyyttä ja ennustetta (37).

Ravitsemustilan arvio tulisi tehdä diagnoosihetkellä ja toistaa hoidon eri vaiheissa. Arvioon käytetään vajaaravitsemusriskipisteytystä (NRS-2002), käytetyn ravinnon määrää, painon, lihasmassan ja toimintakyvyn muutosta sekä systeemisen inflammaation merkkiaineita (CRP, albumiini) (35).

Tehostettu ravitsemushoito voi parantaa levinneen maha- ja ruokatorvisyöpövän ennustet-

ta (38,39). Ravitsemushoito voi myös vähentää kemosädehoidon haittavaikutuksia ja parantaa elämänlaatua (40).

Ravitsemushoidossa käytetään yksilöllistä ravitsemusohjausta ja täydennysravintovalmisteita. Ensisijaisesti ravinto annetaan suun kautta, mutta tarvittaessa potilasta voidaan ravita myös PEG:n tai ohutsuolisyöttöletkun avulla. Parenteraalista ravitsemusta voidaan harkita potilaskohtaisesti, jos muut reitit eivät ole riittäviä ja potilaalla on keskivaikea tai vaikea vajaaravitsemus – tällöin parenteraalinen ravitsemus parantaa elämänlaatua ja toimintakykyä.

Edennyttä syöpöpöä sairastavan ravitsemushoidosta tehdään päätös yksilöllisesti yhdessä potilaan kanssa huomioiden ennuste sekä ravitsemushoidon mahdollinen hyödyt ja kuormitus. Kuolevien potilaiden hoidon tavoitteena on kärsimyksen vähentäminen eikä neste- tai ravitsemushoidosta ole hyötyä (35).

### Lopuksi

Varhaisen palliatiivisen hoidon tulisi olla osa jokaisen edennyttä syöpöpöä sairastavan potilaan hoitoa syöpöhoiton rinnalla. Levinneessä taudissa kirurgisia toimenpiteitä tarvitaan hoitamaan oireita, kuten verenvuotoja ja tukoksia. Myös tehostettu ravitsemushoito voi parantaa elämänlaatua ja ennustetta. •

### SIDONNAISUUDET

Sanna Meriläinen: asiantuntijalausunto (liikenne- ja potilasvahinkolautakunta), apurahat (Thelma Mäkikyrön säätiö, Suorsan säätiö, Terttu Säätiö, VTR-rahoitus)

Raija Kallio: konsultointi (Amgen, BMS, AstraZeneca, Servier, Roche, Merck, Pierre Fabre), luentopalkkiot (Merck), korvaus koulutusta-aineiston tuottamisesta (Terve Media, Amgen)

Olli Helminen: ei sidonnaisuuksia

Joonas H. Kauppi: apurahat (Syöpösäätiö, Sigrid Juseliuksen säätiö), matka-, majoitus- tai kokouskulut (Becton-Dickinson)

Juha Saarnio: apuraha (Suorsan säätiö), asiantuntijalausunto (Helsingin yliopisto), luentopalkkiot (Farmasian koulutuskeskus), osakkeet (Polarmed Oy)

35 Arends J, Baracos V, Bertz H ym. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr* 2017;36:1187–96.

36 Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P ym. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr* 2021;40:2898–913.

37 Rosania R, Chiapponi C, Malfertheiner P, Venerito M. Nutrition in Patients with Gastric Cancer: An Update. *Gastrointest Tumors* 2015;2:178–87.

38 Qiu M, Zhou Y xin, Jin Y ym. Nutrition support can bring survival benefit to high nutrition risk gastric cancer patients who received chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2015;23:1933–9.

39 Cox S, Powell C, Carter B, Hurt C, Mukherjee S, Crosby TDL. Role of nutritional status and intervention in oesophageal cancer treated with definitive chemoradiotherapy: outcomes from SCOPE1. *Br J Cancer* 2016;115:172–7.

40 Qiu Y, You J, Wang K ym. Effect of whole-course nutrition management on patients with esophageal cancer undergoing concurrent chemoradiotherapy: A randomized control trial. *Nutrition* 2020;69:110558.

41 Oken MM, Creech RH, Tormey DC ym. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982;5:649.