

Munuaissyöpä

Lääkärikirja Duodecim

7.1.2022

Kirurgian ja urologian erikoislääkäri Mika Raitanen



- Munuaissyövän yleisyys ja vaaratekijät
- Munuaissyövän oireet
- Munuaissyövän toteaminen
- Munuaissyövän hoito
- Munuaissyövän ennuste
- Kirjallisuutta

Keskeistä

- Munuaissyöpiä todetaan vuosittain noin 1000 henkilöllä, joista noin 2/3 on miehiä.
- Munuaissyövän mahdollisia oireita ovat verivirtsaisuus, laihtuminen, kuumeilu ja kylkikipu. Suurin osa munuaissyövästä löytyy kuitenkin sattumalta muiden syiden vuoksi tehdyssä kaikututkimuksessa.
- Tupakointi on tärkein munuaissyövän riskitekijä. Muita riskitekijöitä ovat lihavuus ja korkea verenpaine.
- Leikkaus on ainoa munuaissyövän parantava hoito. Toteamisvaiheessa etäpesäkkeitä lähettäneen munuaissyövän hoito on palliativinen eli hoidolla pyritään hidastamaan taudin etenemistä ja lievittämään oireita. Viime vuosina etäpesäkkeisen munuaissyövän hoitoon on tullut useita uusia lääkkeitä.
- Munuaissyövän ennusteeseen vaikuttavat kasvaimen levinneisyys ja erilaistumisaste. Kaikista munuaissyöpäpotilaista lähes 70 % on elossa viiden vuoden kuluttua diagnoosista.

Munuaissyövän yleisyys ja vaaratekijät

Suomessa todettiin vuonna 2019 988 uutta munuaissyöpää, joista miehillä 635 ja naisilla 353. Naisilla ilmaantuvuus on 1990-luvulta lähtien pysynyt samana, mutta miehillä se on viime vuosina noussut. Munuaissyöpäkuolleisuus on kuitenkin vähentynyt molemmilla 1970-luvulta lähtien. Potilaiden keski-ikä sairastumisvaiheessa on 60–70 vuotta.

Munuaissyövän tärkein yksittäinen vaaratekijä on tupakointi. Muita tunnettuja riskitekijöitä ovat lihavuus ja verenpainetauti. Lisäksi tietyt harvinaiset perinnölliset sairaudet (esimerkiksi von Hippel–Lindaun tauti) liittyvät munuaissyöpään. Monilla potilailla ei kuitenkaan ole osoitettavissa yhtään tunnettua riskitekijää.

Munuaissyövän oireet

Suurin osa munuaissyövästä löytyy sattumalta muiden syiden vuoksi tehdyssä kaikututkimuksessa.

Perinteinen kolmioire, kylkikipu, käsin tunnusteltavissa oleva kiinteämpi kohta ja verivirtsaisuus, on nykyään harvinainen. Mahdollisia oireita ovat laihtuminen, väsymys ja ajoittainen kuumeilu.

Laboratoriotutkimuksissa todetaan usein korkea [lasko](#) (senkka), matala [hemoglobiini](#) ja

mikroskooppinen verivirtsaisuus.

Munuaissyövän toteaminen

Kuvantamistutkimukset ovat munuaissyövän toteamisessa keskeisiä. Tärkein tutkimus on alkuvaiheessa kaiku- eli ultraäänitutkimus. Syöpäepäilyn syntyessä potilaille tehdään thoraxin ja vatsan alueen tietokonekerroskuvaus (tietokonetomografia, TT).

Kuvauksessa arvioidaan kasvaimen koko, sijainti, verisuonianatomia, mahdollinen leviäminen munuais- ja alaonttolaskimoon, imusolmukkeisiin, lisämunuaiseen ja maksaan. Myös toisen munuaisen kunto arvioidaan.

Tietokonekerroskuvaus tunnistaa syöpäkasvaimet yleensä hyvin. Hyvänlaatuiset onkositooma ja osa angiomyolipoomista voivat olla vaikeita tulkita, ja silloin kasvaimen paksuneulanäytteestä on usein apua. Kasvaimesta otetun näytteen tutkiminen mikroskoopilla antaa tärkeää tietoa syöpähoidon suunnitteluun.

Munuaissyövän hoito

Leikkaus on munuaissyövän tärkein ja ainoa mahdollisesti parantava hoito.

Leikkausmenetelmä valitaan kasvaimen koon ja sijainnin sekä toisen puolen munuaisen kunnan perusteella. Toimivaa munuaiskudosta pyritään säilyttämään mahdollisimman paljon. Jos kasvain on pieni (alle 4 cm) tai etenkin jos se sijaitsee potilaan ainoassa munuaisessa, pyritään tekemään munuaisen osapoisto (osaresektio). Usein joudutaan kuitenkin poistamaan koko munuainen. Nykyään suurin osa leikkauksista tehdään tähystystekniikalla eli laparoskooppisesti. Lisämunuainen voidaan yleensä säästää. Korkean leikkauriskin potilailla voidaan käyttää vähemmän rasittavia hoitomuotoja, joita ovat radiotaajuus-, mikroaalto- tai kryoablaatio.

Leikkauksen jälkeen annettavista niin sanotuista liitännäishoidoista (sädehoito tai lääkehoito) ei ole hyötyä kasvaimen uusiutumisriskin pienentämisessä, joten leikkauksen jälkeinen hoito on pelkkä seuranta.

Toteamisvaiheessa metastasoineen eli etäpesäkkeitä lähettäneen munuaissyövän hoito on palliatiivinen eli hoidolla pyritään hidastamaan taudin etenemistä ja lievittämään oireita. Matalan ja keskiriskin metastasoineessa syövässä voidaan käyttää munuaisen poiston ja lääkehoidon yhdistelmää, mutta korkean riskin metastasoineessa syövässä ei munuaisen poistosta ole hyötyä.

Viime vuosina on etäpesäkkeisen munuaissyövän hoitoon tullut useita uusia lääkkeitä. Suurin lääkeryhmä on verisuonten uudismuodostusta eli angiogeneesiä jarruttavat lääkkeet (ns. tyrosiinikinaasin estäjät sunitinibi, sorafenibi, patsopanibi, aksitinibi ja kabotsantinibi). Toisena ryhmänä ovat mTOR-signaalintimolekyylin toiminnan estäjät (everolimuuksi, temsirolimuusi). Uusimmat lääkkeet tehostavat elimistön puolustusjärjestelmän toimintaa syöpäsoluja vastaan. PD1-vasta-aine nivolumabi on tämän ryhmän lääkkeitä käytetyin.

Kasvaimeen liittyvien oireiden, kuten verenvuoto ja kipu, hoidossa angiologinen embolisaatio (hoitomenetelmä, jossa valtimon tai laskimon tarkasti määritettyyn kohtaan ruiskutetaan katetrin kautta ainetta, joka saa aikaan tukoksen) voi olla käyttökelpoinen. Kipuja aiheuttavan luustopesäkkeen [sädehoidosta](#) on usein hyötyä. Luuston tukihoitona voidaan käyttää myös denosumabia, erityisesti jos luustopesäkkeisiin liittyy [hyperkalsemia](#).

Munuaissyövän ennuste

Munuaissyövän ennusteeseen vaikuttavat kasvaimen levinneisyys ja erilaistumisaste. Ennuste on paras pienissä paikallisissa munuaissyöväissä, jotka löytyvät sattumalta kuvantamistutkimuksissa. Näistä potilaista jopa 95 % on elossa, kun taudin löytymisestä on kulunut viisi vuotta. Kaikista munuaissyöpäpotilaista lähes 70 % on elossa viiden

vuoden kuluttua diagnoosista.

Jos seurannassa ilmaantuu yksittäisiä etäpesäkkeitä, ne pyritään leikkaamaan. Mikäli potilaalle ilmaantui useita etäpesäkkeitä eri elimissä, leikkaus ei ole suositeltavaa. Tuolloin potilas lähetetään syöpälääkärin vastaanotolle hoitosuunnitelman tekemiseksi.

Valitettavasti runsaalla neljäsosalla potilaista on jo diagnoosihetkellä etäpesäkkeitä, ja myös osalle leikatuista potilaista kehittyy etäpesäkkeitä. Niiden potilaiden, joilla on toteamisvaiheessa useita etäpesäkkeitä ja taudista johtuvia oireita, keskimääräinen elinaika on pari vuotta.

Aiemmat kirjoittajat: Syöpätautien erikoislääkäri Petri Bono

Artikkelin tunnus: dlk00631 (013.010)

© 2023 Kustannus Oy Duodecim