

Nro 4 2022
Vuosikerta 36

Urologia Fennica

Suomen Urologiyhdistys ry –
Finlands Urologförening rf



Tervetuloa Suomen Urologiyhdistyksen
Talvipäiville Tampereelle
26.- 28.9.2022

Mediatiedot:

Julkaisija: Suomen Urologiyhdistys ry
Levikki: Suomen urologiyhdistyksen jäsenet ja mainostajat
Sisältö: Urologisia artikkeleita. Yhdistyksen tiedonantoja. Kokousraportteja. Potilastapauksia.
Koko: B5 (176 x 250 mm). Neliväripainatus. 32-60 sivua.
Painos: 270
Ilmestyy: Viisi kertaa vuodessa.

Ilmoitushinnat: Hinta julkaisukertaa kohti (€), alv 0%.

Ilmoituksen koko	Kertamainos	Sama 2-4 kertaa	Jatkuva sopimus
Koko sivu	1 100	950	850
Puoli sivua	650	550	450
Takasivu	1500	1400	1300

Aineisto: Käsikirjoitukset ja kuvat (jpeg) päätoimittajalle aineistopäivään mennessä sähköpostilla.

Ilmoitukset: Painovalmiina pdf-tiedostona sähköpostilla toimittaja Juan Tamer Aghalle aineistopäivään mennessä.

Yhteystiedot:

Toimitus:	Päätoimittaja	Toimittaja (ilmoitukset)
	Olli-Matti Aho	Juan Tamer Agha
	Elinsiirto- ja maksakirurgia	Helsingin yliopistollinen keskussairaala
	Elinsiirtotoimisto, 1 krs	Urologian poliklinikka, 3 krs
	Haartmaninkatu 4, Helsinki	Haartmaninkatu 4, Helsinki
	PL 340, 00029 HUS	PL 340, 00029 HUS
	Puh. 050 427 0245	Puh. 040 645 3662
	olli-matti.aho@hus.fi	juan.tamer-agma@hus.fi

Painatus: PAINO-KAARINA OY
Puh.: (02) 2122 700
www.paino-kaarina.fi
Juristinkatu 8 20780 Kaarina
repro@paino-kaarina.fi
Y-Tunnus: 0918748-1

Aikataulu 2022

Numero	Aineistopäivä	Ilmestyy
1	16.1.	4.2.
2	6.3.	25.3.
3	8.5.	27.5.
4	28.8.	16.9.
5	16.10.	4.11.

2022 Nro 4

Pääkirjoitus.....	5
Puheenjohtajan palsta.....	7
Sihteerin palsta.....	9
Kärpäsestä urologiksi <i>Pekka Hellström</i>	11
Talvipäivien ohjelma.....	17
Urosalaatti	20
Koulutuskalenteri	65



NUBEQA®
(darolutamidi) 300 mg
tabletit

KUN TÄRKEINTÄ ON SEKÄ TEHO ETTÄ SIEDETTÄVYYS¹⁻³

**YLI KAKSIN-
KERTAINEN MFS^{1,2*}**

lumelääkkeeseen verrattuna

**31 % PIENEMPI
KUOLEMANRISKI^{1,3**}**

lumelääkkeeseen verrattuna

HYVIN SIEDETTY^{1-3#}

lumelääkkeeseen verrattuna

**NYT RAJOITETUSTI
ERITYISKORVATTAVA
KORVAUSOIKEUDELLA 1 525⁴**

**NUBEQA® on tarkoitettu aikuisille miehille etäpesäk-
keettömän kastroatioresistentin eturauhassyövän hoitoon,
kun potilaalla on korkea etäpesäkkeisen taudin kehittymisen riski
(PSA:n kahdentumisaika ≤ 10 kuukautta ADT-hoidosta huolimatta)¹.**

▼ Tähän lääkevalmisteeseen kohdistuu lisäseuranta.

Viitteet: **1.** NUBEQA® valmisteyhteenveto 10/2020. **2.** Fizazi K, et al. *N Engl J Med.* 2019;380(13):1235-1246. **3.** Fizazi K, et al. *N Engl J Med.* 2020;383(11):1040-1049. **4.** Kela. 1525 Darolutamidi. <https://www.kela.fi/laake1525> (viitattu 17.2.2022).

*MFS (mediaani): NUBEQA® + ADT 40,4 kk vs. lumelääke + ADT 18,4 kk, HR 0,41 (95 % CI 0,34–0,50), $p < 0,001^{1,2}$. **Kokonaiselossaoloaika (mediaania ei saavutettu): NUBEQA® + ADT vs. lumelääke + ADT, HR 0,69 (95 % CI 0,53–0,88), $p = 0,003^{1,3}$. #Haittavaikutukset, kts. NUBEQA valmisteyhteenveto¹. ADT=androgenideprivaatiohoito, CI=luottamusväli, HR=riskisuhde, MFS=metastaasivapaa elossaoloaika, PSA=prostata spesifinen antigeeni

Valmisteyhteenvetolyhennelmä löytyy seuraavalta sivulta.



Pääkirjoitus

Hyvät kollegat,

Koronatalven alta nyt alkusyksyyn siirretyt yhdistyksen Talvipäivät lähestyvät nopeasti. Täten myös vuoden neljäs Urologia Fennica on poikkeuksellisesti omistettu Talvipäivien ohjelmaan sisältäen abstraktisessioiden abstraktit. Tieteellistä sisältöä keventämään julkaistaan myös Pekka Hellströmin muistelmasarjan kolmas osa.

Suuri kiitos kaikille Urologia Fennicaan kirjoituksia lähettäneille! Tämän vuoden aikana yhdistyksen jäsenten kirjoittamisinto on ollut siinä määrin suurta, että tuotosten julkaisuaikataulua joudutaan venyttämään. Ei

siis huolta, jos keväällä lähettämäsi juttua ei ole vielä julkaistu – kaikki tähän mennessä tulleet saadaan mahtumaan vuoden viimeiseen lehteen.

Vuoden viimeinen numero ilmestyy sopivasti ennen operatiivisia päiviä ja deadline kirjoituksille on 16.10.2022. Vielä on siis hyvin aikaa laatia puuttuva apuraharapotti ja saada se julkaistuksi ennen ensi vuoden apurahahakua! Urologia Fennican päätoimittajahaku niin ikään jatkuu ja kiinnostuneet voivat kysyä lisätietoja allekirjoittaneelta.

Olli-Matti

▼ Tähän lääkevalmisteseen kohdistuu lisäseuranta.

Terveydenhuollon ammattilaisia pyydetään ilmoittamaan epäillyistä lääkkeen haittavaikutuksista Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimeaan, www.fimea.fi

NUBEQA 300 mg kalvopäällysteiset tabletit

(Tutustu koko valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä.)

Koostumus: *Vaikuttava aine:* yksi kalvopäällysteinen tabletti sisältää 300 mg darolutamidia. *Apuaineet:* Tabletin ydin: kalsiumvetyfosfaatti, kroskarmelloosinatrium, laktoosimonohydraatti, magnesiumstearaatti, povidoni; Kalvopäällyste: hypromelloosi, laktoosimonohydraatti, makrogoli, titaaniidioksiidi.

Käyttöaiheet: NUBEQA on tarkoitettu aikuisille miehille etäpesäkkeettömän kastreatioresistentin eturauhassyövän hoitoon, kun potilaalla on korkea etäpesäkkeisen taudin kehittymisen riski. **Annostus ja antotapa:** Suositeltu annos on 600 mg darolutamidia (kaksi 300 mg:n tablettia) kahdesti päivässä ruoan kanssa, mikä vastaa 1 200 mg:n kokonaisannosta vuorokaudessa. Lääkkeellistä kastreatiota lutenisoivan hormonin vapauttajahormonin (LHRH) analogilla on jatkettava hoidon aikana, jos potilaalle ei ole tehty kirurgista kastreatiota. Tarkemmat ohjeet kts. valmisteyhteenveto. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyyks vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. Naiset, jotka ovat raskaana tai voivat tulla raskaaksi. **Varoitukset ja varoimet:** Tietoa tämän valmisteen käytöstä potilaille, joilla on vaikea munuaisten vajaatoiminta, on saatavilla rajoitetusti. Koska altistus saattaa olla suurentunut, näitä potilaita on seurattava tarkasti haittavaikutusten varalta. Tietoa tämän valmisteen käytöstä keskivaikeaa maksan vajaatoimintaa sairastaville potilaille on rajoitetusti, eikä darolutamidia ole tutkittu potilaille, joilla on vaikea maksan vajaatoiminta. Koska altistus saattaa olla suurentunut, näitä potilaita on seurattava tarkasti haittavaikutusten varalta. Kliinistä tutkimuksista suljettiin pois potilaat, joilla oli edellisten 6 kuukauden aikana ollut kliinisesti merkittävä sydän- tai verisuonitauti, mukaan lukien aivohalvaus, sydäninfarkti, vaikea-asteinen tai epästabiili angina pectoris, sepelvaltimon tai ääreisverenkierron ohitusleikkaus tai oireinen kongesttiivinen sydämen vajaatoiminta. Darolutamidin turvallisuutta näille potilasryhmille ei ole siksi varmistettu. Voimakkaiden CYP3A4:n ja P-gp:n indusoijien käyttö darolutamidihoidon aikana voi pienentää darolutamidin pitoisuutta plasmassa eikä ole suositeltavaa, jos jokin muu hoitovaihtoehto on olemassa. On suositeltavaa valita sellainen vaihtoehtoinen, samanaikaisesti käytettävä lääkevalmiste, jonka indusoiva vaikutus CYP3A4-entsyymiin tai P-gp-kuljetusproteiiniin on heikompi. Potilaita on tarkkailtava BCRP:n, OATP1B1:n ja OATP1B3:n substraattien haittavaikutusten varalta, sillä niiden samanaikainen käyttö darolutamidin kanssa voi lisätä näiden substraattien pitoisuutta plasmassa. Samanaikaista antoa rosuvastatiinin kanssa on vältettävä, jos jokin muu hoitovaihtoehto on olemassa. Jos potilaalla on aiemmin todettu QT-tajan pidentymisen riskitekijöitä ja potilas käyttää samanaikaisesti QT-aikaa mahdollisesti pidentäviä lääkevalmisteita, lääkäriin on ennen NUBEQA-hoidon aloittamista arvioitava hoidon hyöty-riskisuhde, mukaan lukien käännyvien kärkien takykardian mahdollisuus. NUBEQA sisältää laktoosia. Potilaiden, joilla on harvinainen perinnöllinen galaktoosi-intoleranssi, täydellinen laktaasinpuutos tai glukoosi-galaktoosi-imeytymishäiriö, ei pidä käyttää tätä lääkettä. **Haittavaikutukset:** *Hyvin yleinen:* uupumus /asteeniset tilat (tähän sisältyy uupumus ja astenia, letargia ja pahoinvointi), neutrofiilimäärän lasku, bilirubiiniarvon nousu, ASAT-arvon nousu. *Yleinen:* iskeeminen sydänsairaus (tähän sisältyy sepelvaltimokovettuma, sepelvaltimotauti, sepelvaltimotukos, sepelvaltimon ahtaus, äkillinen sepelvaltimo-oireyhtymä, äkillinen sydäninfarkti, angina pectoris, epävakaa angina pectoris, sydäninfarkti, sydänlihaksen hapenpuute), sydämen vajaatoiminta (tähän sisältyy sydämen vajaatoiminta, äkillinen sydämen vajaatoiminta, krooninen sydämen vajaatoiminta, kongesttiivinen sydämen vajaatoiminta, kardiogeeninen sokki), ihottuma, raajojen kivut, lihasten ja luustokivut, murtumat. **Pakkaukset ja hinnat (vh+alv) 300 mg:** 112 tabl. 3405,28 €. **Toimitusluokitus:** Reseptilääke. **Korvattavuus:** Rajoitetusti erityiskorvattava (100 %) 1.2.2022 alkaen: Erikoissairaanhoidon syöpäsairauksia hoitavasta yksiköstä annettuna B-lausunnolla (1525) etäpesäkkeettömän kastreatioresistentin eturauhassyövän hoitoon aikuisille, kun PSA:n kahdentumisaika on enintään 10 kk (korkea etäpesäkkeisen taudin kehittymisen riski). **Myyntiluvan haltija:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Saksa. **Lisätietoja saatavissa:** Bayer Oy, PL 73, 02151 Espoo, puh. 020 785 21. **Valmisteyhteenveton päivät:** 10/2020, lyhennelmä 01/2022.

PROCREN[®]

DEPOT PDS



FHPROC-220004/08.2022

PROCREN DEPOT PDS 3,75 MG, 11,25 MG JA 30 MG INJEKTIO-KUIVA-AINE JA LIUOTIN, SUSPENSIOITA VARTEN, ESITÄYTETYSSÄ RUIKUSSA

Käyttöaiheet:

Pitkälle edennyt eturauhassyöpä, kun orkiektomia ei ole indikoitu. **Annostus- ja antotapa:** Suositeltava annos on kerta-annos 3,75 mg subkutaanisesti 4 viikon välein, 11,25 mg 12 viikon välein tai 30 mg 6 kuukauden välein. Hoitoa ei pidä keskeyttää remission tai hoitovasteen paranemisen myötä. Ainoastaan asiaan perehtyneiden terveydenhuollon ammattilaisten tulee valmistella, saattaa käyttövalmiiksi ja antaa Procren Depot PDS -valmistetta. **Vasta-aiheet:** Yliharkkyys leuproreliiniasetaatille tai vastaaville nonapeptideille tai jollekin valmisteen apuaineelle. **Varoitukset:** Yksittäisiä anafylaktisia reaktioita on raportoitu kuukausittain annosteltavaa leuproreliiniasetaattivalmistetta käytettäessä. Hoidon alkuvaiheessa voidaan havaita kliinisten löydösten ja oireiden lisääntymistä. Oireiden paheneminen voi myötävaikuttaa halvauksen syntymiseen; siihen voi mahdollisesti liittyä kuolemaan johtavia komplikaatioita. Potilailla, joita hoidetaan GnRH-agonisteilla, on olemassa suurentunut riski sairastua masennukseen (joka voi olla vakava). Luun mineraali-

tiheydessä voi esiintyä muutoksia, kun valmistetta käytetään pitkään eturauhassyövän hoitoon miehillä. Markkinointilutlon jälkeen on raportoitu, että GnRH-agonistien käytön yhteydessä on esiintynyt kouristuksia. Leuproreliinia saavilla potilailla on ilmoitettu idiopaattista kallonsisäisen paineen kohoamista (pseudotumor cerebri). Pieni määrä potilaita voi kokea luustokipujen väliaikaista lisääntymistä. Kuten muillakin LHRRH-analogeilla leuproreliiniasetaatilla on raportoitu yksittäisiä virtsatieobstruktiotapauksia sekä yksittäisiä selkäydinkanavan kompressioita, jotka ovat voineet johtaa paralyysiin. GnRH-agonisteja saavilla miehillä on ilmoitettu hyperglykemiaa ja diabetesriskin suurenemista. Miehillä on ilmoitettu GnRH-agonistien käytön yhteydessä sydäninfarktin, sydänperäisen äkkikuoleman ja aivohalvauksen riskin suurenemista. Androgeenideprivatiohoito voi pidentää QT-aikaa potilailla, joilla on todettu QT-ajan pidentymisen tai sen riskitekijöitä, sekä potilailla, jotka saavat samanaikaisesti QT-aikaa mahdollisesti pidentäviä lääkkeitä. **Yhteisvaikutukset:** Samanaikainen käyttö lääkkeiden kanssa, jotka pidentävät QT-aikaa tai voivat aiheuttaa kääntyvien kärkien takykardiaa, pitäisi tarkoin arvioida. **Haittavaikutukset:** Yleisimmät haittavaikutukset miehillä ovat: kivesatrofia, erektiohäiriöt, mielialan vaihtelut, masennus (pitkäaikainen käyttö),

päänsärky, huimaus, kuumat aallot, hengenahdistus, oksentelu, pahoinvointi, ihottuma, akne, voimakas hikoilu, myalgia, artropatia, kipu, turvotus, voimattomuus, väsymys, pistoskohdan kipu, hematooma, tulehdus, steriili abskessi, kovettuma ja pistoskohdan reaktio. **Säilytys:** Säilytä alle 25 °C. Älä säilytä kylmässä. Ei saa jäätyä. Säilytä alkuperäispakkauksessa. **Korvattavuus:** Reseptilääke. Ylempi erityiskorvauksryhmä (100 %), eturauhassyöpä (116). **Pakkaukset ja hinnat:** 15.8.2022 (VMH+alv): Procren Depot PDS 3,75 mg inj.: 137,27 € Procren Depot PDS 11,25 mg inj.: 342,97 € Procren Depot PDS 30 mg inj.: 591,50 € **Lisätietoja:** AbbVie Oy puh. 010 2411 200 (Procren Depot PDS 4.7.2022)

abbvie

Puheenjohtajan palsta

Hyvät ystävät!

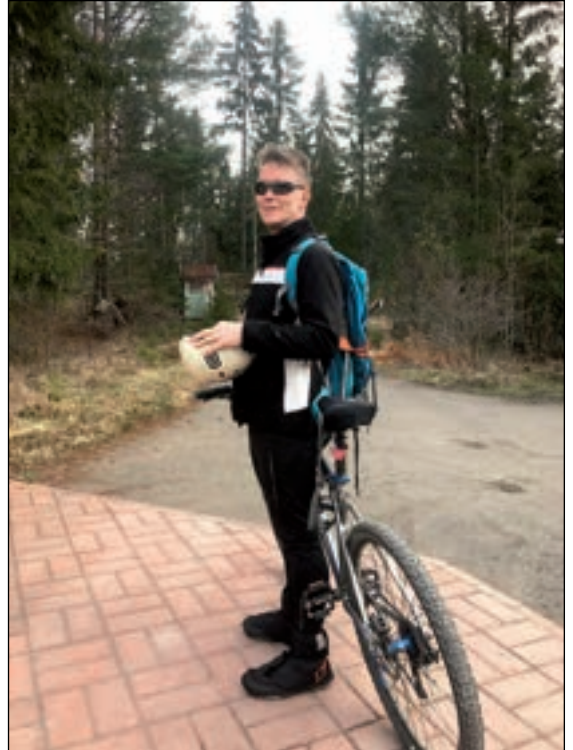
Syksy alkaa saapua. Enää muutama kuukausi hyvinvointialueiden käynnistymiseen. Suunnittelu on kovassa vauhdissa eri puolilla Suomea. Huolta aiheuttaa erityisesti se kuinka rahat riittävät raami budjetissa. On pohdittava mitä hoidetaan ja mitä ei hoideta, enää ei makseta tehdystä työstä vaan oikeastaan toisinpäin: työ on tehtävä rahalla, joka on annettu, ahkera puurtaminen ei tuo lisärahoitusta. Jo nyt ennakoidaan lisärahaa tarvittavan toista miljardia. Tulossa varsin mielenkiintoinen vuosi.

Hankala työvoimapula julkisessa terveydenhuollossa jatkuu ja se heijastuu potilaiden hoitoon pidentyvinä jonoina ja hoitotakuun ylityksinä. Kunpa vielä joskus päästäisiin siihen, että työtä voidaan suunnitella pitkäjänteisesti tekemättä samalla varjosuunnitelmaa siitä miten toimia, kun ainakin osa suunniteluista poleista tai leikkauksista joudutaan sulkemaan resurssipulan vuoksi.

Hyvää on kuitenkin myös luvassa ja jo runsaan kahden viikon kuluttua. Kauan odotettu Talvipäivät. Tampere on valmistautunut ottamaan vastaan tiedonjanoisen motivoituneen ja juhlamielisen osallistujajoukon. Valmistelut on tehty ja kaikki on valmiina.

Tervetuloa!

Nyt on taas perhosvaellusten aika. Värikkäitä suurpäiväperhosia on tuulten mukana saapunut Suomeen ja myös aivan uusia tuttavuuksia



sia kuten esimerkiksi Etelän päiväkiittäjä. Yleensä kiittäjät ovat yöllä lenteleviä hyönteisiä. Varmaan meillä jokaisella on havainto kolibria muistuttavasti suuresta perhosesta surraamassa syreeneissä pitkällä imukärsällä kukista mettä imien laskeutumatta itse kasville ollenkaan. Hienoja havaintoja. Nautitaan luonnon tapahtumista. Olemmehan me osa sitä.

TAISTELE PROGRESSIOTA VASTAAN

ERLEADA®

mHSPC

potilaille

TITAN-tutkimuksessa osoitettiin Erleada-hoidon teho mHSPC-potilaiden hoidossa¹

35%

kuolemanriskin alenema verrattuna lumehoitoon¹

(HR=0.65 (95% CI: 0.53–0.79) p<0.0001)

48%

kuolemanriskin alenema verrattuna lumehoitoon, kun huomiointiin cross over potilaat^{1*}

(HR=0.52 (95% CI: 0.42–0.64) p<0.0001)

52%

riskin alenema rPFS-päätetapahtumassa verrattuna lumehoitoon²

(HR=0.48 (95% CI: 0.39–0.60) p<0.0001)

Erleada®
(apalutamidi) tabletti

Janssen Oncology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

ERLEADA® on nyt rajoitetusti erityiskorvattava (100%) metastaattisen hormonisensitiivisen eturauhassyövän (mHSPC) hoidossa yhdessä ADT-hoidon kanssa korvausoikeudella 1528³

CP-318940 05/2022

Tähän lääkevalmisteeseen kohdistuu lisäseuranta.

ERLEADA® (apalutamidi) 60 mg kalvopäällysteinen tabletti **ANNOSTUS:** Suositusannos on 240 mg (neljä 60 mg:n kalvopäällysteistä tablettia) vuorokaudessa kerta-annoksena. Lääkkeellistä kastraatiota gonadotropiiniin vapauttajahormonin analogilla (GnRHa) on jatkettava hoidon aikana, jos potilaalle ei ole tehty kirurgista kastraatiota. **INDIKAATIO:** Erleada on tarkoitettu: 1) Aikuisille miehille etäpesäkkeettömän kastraatioresistentin eturauhassyövän hoitoon, kun potilaalla on suuri etäpesäkkeisen taudin kehittymisen riski; 2) Aikuisille miehille etäpesäkkeisen hormonisensitiivisen eturauhassyövän hoitoon yhdistelmänä androgeenideprivaatiohoidon kanssa **VASTA-AIHEET:** Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. Erleada on vasta-aiheinen naisilla, jotka ovat tai saattavat tulla raskaaksi. **HAITTAVAIKUTUKSET:** Yleisimmin havaittuja haittavaikutuksia: väsymys, ihottuma, alopesia, hypertensio, kuumat aallot, nivelsärky, ripuli, kaatumiset sekä alentunut ruokahalu ja painon lasku. Muita merkittäviä haittavaikutuksia: murtumat ja hypotyreoosi. Tarkemmat tiedot ks. valmisteyhteenveto. **KÄYTTÖÖN LIITTYVÄT VAROTOIMET:** Erleada-hoitoa ei suositella, jos potilaalla on aiemmin ollut kouristuskohtauksia tai niille altistavia muita tekijöitä, mm. taustalla oleva aivovamma, äskettäinen aivohalvaus, primaari aivokasvain tai etäpesäkkeitä aivoissa. Jos potilaalle ilmaantuu kouristuskohtaus Erleada-hoidon aikana, hoito pitää lopettaa pysyvästi. Kouristuskohtausten riski saattaa olla tavanomaista suurempi, jos potilas käyttää samanaikaisesti kouristuslääkkeitä tai muita lääkkeitä. Erleada-hoitoa saaneilla potilailla esiintyi kaatumisia ja luunmurtumia. Potilaan kaatumis- ja luunmurtumariski pitää arvioida ennen Erleada-hoidon aloittamista. Erleada-hoitoa saaneilla potilailla esiintyi iskeemistä sydänsairautta ja iskeemisiä aivoverenkiertohäiriöitä, myös kuolemaan johtaneita tapahtumia. Potilaita pitää seurata iskeemisen sydänsairauden ja iskeemisten aivoverenkiertohäiriöiden oireiden ja löydösten havaitsemiseksi, ja sydämeen ja verisuoniin liittyvien riskitekijöiden hoito pitää optimoida tavanomaisesti annettavan hoidon mukaisesti. Erleada on voimakas entsyymi-induktiori, ja se voi aiheuttaa monien yleisesti käytettävien lääkevalmisteiden tehon häviämistä. Hoitoa aloitettaessa tulee tarkistaa muut samanaikaisesti käytössä olevat lääkevalmisteet. Varfariinin ja kumariniityppisten antikoagulanttien samanaikaisista käytöistä pitää välttää. Jos Erleada-valmistetta käytetään yhdessä CYP2C9:n välityksellä metaboloituvan antikoagulantin (esim. varfariinin tai asenokumarolin) kanssa, INR-arvojen lisäseuranta on tarpeen. Kliinisistä tutkimuksista seljettiin pois potilaat, joilla oli edellisten 6 kuukauden aikana ollut kliinisesti merkittävä sydän- ja verisuonisairaus. Erleadan turvallisuutta näille potilasryhmille ei ole siksi varmistettu. Ei suositella vaikeaa maksan vajaatoimintaa sairastaville potilaille. Vaikeasta asteista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoidossa on oltava varovainen, koska Erleada-valmistetta ei ole tutkittu näillä potilailla. Androgeenideprivaatiohoito voi pidentää QT-aikaa. Jos potilaalla on aiemmin todettu QT-ajan pidentymistä tai potilaalla on sen riskitekijöitä ja potilas käyttää samanaikaisesti QT-aikaa mahdollisesti pidentäviä lääkevalmisteita, on hoidon hyöty-riskisuhde arvioitava ennen hoidon aloittamista. Erleada-hoidon yhteydessä on raportoitu Stevens-

Johnsonin oireyhtymää / toksista epidermaalista nekrolyysiä, jotka voivat olla henkeä uhkaavia tai johtaa kuolemaan. Näiden esiintyvyys on tuntematon. Potilaalle pitää kertoa, mistä ovat Stevens-Johnsonin oireyhtymään / toksiseen epidermaaliseen nekrolyysiin viittaavia oireita ja löydöksiä. Jos tällaisia oireita havaitaan, Erleada-hoito pitää lopettaa heti ja potilaan on hakeuduttava lääkäriin. Jos potilaalle on ilmaantunut Stevens-Johnsonin oireyhtymä / toksinen epidermaalinen nekrolyysi milloin tahansa Erleada-hoidon aikana, Erleada-hoitoa ei saa enää jatkaa. **YHTEISVAIKUTUKSET:** Apalutamidin eliminaatio ja sen aktiivisen metaboliitin muodostuminen tapahtuvat sekä CYP2C8- että CYP3A4-entsyymien välityksellä. Kun Erleada-tabletteja käytetään yhdessä voimakkaiden CYP2C8:n tai CYP3A4:n estäjien kanssa, aloitusannosta ei tarvitse muuttaa, mutta Erleada-annoksen pienentämistä pitää kuitenkin harkita siedettävyyden perusteella. Erleada on ihmisellä voimakas CYP3A4:n ja CYP2C19:n induktori ja heikko CYP2C9:n induktori. Erleada-valmisteen samanaikainen käyttö sellaisten lääkevalmisteiden kanssa, jotka metaboloituvat pääasiassa CYP3A4:n, CYP2C19:n tai CYP2C9:n välityksellä voi vähentää altistusta näille lääkevalmisteille. Jos mahdollista, näiden lääkevalmisteiden vaihtamista johonkin toiseen valmisteeseen suositellaan, tai jos lääkevalmisteen käyttöä jatketaan, tehon häviämistä pitää arvioida. In vitro tutkimukset osoittivat, että Erleada on kohtalainen tai voimakas CYP2B6:n induktori. Erleadan vaikutusta CYP2B6:n substraatteihin ei ole tutkittu in vivo, ja nettovaikutus on tällä hetkellä tuntematon. Kun Erleada-tablettien kanssa käytetään lääkevalmisteita, jotka ovat CYP2B6:n substraatteja, haittavaikutuksia on seurattava, substraattien tehon häviämistä on arvioitava, ja substraatin annosta voi olla tarpeen muuttaa, jotta pitoisuudet plasmassa pysyvät optimaalisina. Erleada-valmisteen samanaikainen käyttö sellaisten lääkevalmisteiden kanssa, jotka ovat UGT:n substraatteja, voi vähentää altistusta näille lääkevalmisteille. Erleada on kliinisesti osoitettu olevan heikko P-glykoproteiinin (P-gp), rintasyöpäresistenssi-proteiinin (BCRP) ja orgaanisen anionin kuljettajapolypeptidin 1B1 (OATP1B1) induktori. Erleada-valmisteen samanaikainen käyttö sellaisten lääkevalmisteiden kanssa, jotka ovat P-gp:n, BCRP:n tai OATP1B1:n substraatteja, voi vähentää altistusta näille lääkevalmisteille. Erleada-valmisteen samanaikainen käyttö OATP1B1:n substraatteja käytetään yhdessä Erleada-valmisteen kanssa, substraatin tehon häviämistä on arvioitava, ja substraatin annosta voi olla tarpeen muuttaa, jotta pitoisuudet plasmassa pysyvät optimaalisina. **HEDELMÄLLISYYS JA RASKAUS:** Erleada on vasta-aiheista naisille, jotka ovat tai saattavat tulla raskaaksi. Jos potilas on yhdynnässä naisen kanssa, joka voi tulla raskaaksi, on käytettävä kondomia sekä lisäksi toista hyvin tehokasta ehkäisy menetelmää. **VAIKUTUS AJOKYKYYN JA KONEIDEN KÄYTTÖKYKYYN:** Erleada-valmistella ei ole haitallista vaikutusta ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn, valmistetta käyttävillä potilailla on kuitenkin raportoitu kouristuskohtauksia. Potilaille on kerrottava tästä ajokykyä ja koneiden käyttökykyä koskevasta riskistä. **Reseptilääke. Hinta 1.4.2022:** VMH + ALV 3 405,28 € (60 mg, 112 kalvopäällysteistä tablettia). **Korvattavuus:** Rajoitettu ylempi erityiskorvattavuus (100%) korvausoikeudella 1528. **Tarkemmat tiedot valmistuksesta, käyttöön liittyvästä varotoimuksesta ja yhteisvaikutuksista sekä haittavaikutuksista: ks. valmisteyhteenveto** www.janssen.com/finland.

Janssen-Cilag Oy, PL 15, 02621 ESPOO. Puh. 0207 531 300, vain tekstiviestit 045 739 507 30, sähköposti jacfi@its.jnj.com

Viitteet: 1. Chi KN, et al. J Clin Oncol. 2021;39(20):2294-2303 2. Chi KN, et al. N Engl J Med 2019;381:13-24 3. KELA. Apalutamidi. 1528. Luettavissa: <https://www.kela.fi/laake1528> viitattu 1.5.2022

mHSPC = metastaattinen hormonisensitiivinen eturauhassyöpä, rPFS = radiologinen etenemisvapaa elossaoloaika, HR = riskitehysuhde, CI = luottamusväli

*Titan tutkimuksen (n 1052) potilaista 208 (39,5 %) lumelääkehoidosta saanutta potilasta siirrettiin Erleada- hoitoon sokkoutuksen jälkeen. Molemmista tutkimushaaroissa potilaat saivat samanaikaisesti ADT-hoitoa ellei heille ollut tehty kirurgista kastraatiota.

Sihteerin palsta

Arvoisa Jäsenistö,

Tätä kirjoittaessa kesälomat on vietetty ja arki alkanut aherruksineen. Kesä sujui mukavasti nauttien pandemian jälkeisestä matkailusta. Oli hienoa päästä jälleen massatapahtumiin kuten suosikkibändien konsertteihin ja BA4-5varienttien aiheuttama tautiaaltokin näyttäisi jäävän odotettua pienemmäksi (toivottavasti). Vaikka ilma on viilentynyt, aurinko paistaa edelleen siniseltä taivaalta. Ohessa on kuva Pj:stä ja sihteeristä (hieman kantaa ottavasti) kauniissa syyskuussa maisemassa.



Mutta keskitytään tällä foorumilla yhdistyksemme asioihin. UF etsii edelleen päätoimittajaa. Yhdistyksemme toiminta ja lehtemme pyörii varsin pienen porukan voimin. Tule reippaasti mukaan toimintaan, tuemme sinua kaikin mahdollisin keinoin. Esimerkiksi juttujen kirjoittamisessa on pohdittu vuosikelloa, jolloin vuorotellen alueellisesti jaettaisiin vastuu lehden sisällystään. Itse kaipaisin myös tiedotusvastaavaa, joka ottaisi koppia yhdistyksemme sivujen ja somen päivittämisestä. Tämä voisi olla mieluinen pesti nuorelle erikoistuvallekin, pääsisit näköalapaikalle yhdistyksemme toiminnasta. Tule syyspäivillä rohkeasti nykimään hihasta.

Syksyn koulutustarjonta vaikuttaa herkulliselta ja pian nähdäänkin Tampereen syyspäivien merkeissä. Syöpäsäätien symposium järjestetään (vihdoin) Hotelli Korpilammes-

sa 6-7.10.2022. Operatiivisilla päivillä 23-25.11.22 on tarjolla mielenkiintoista ohjelmaa 'Urolopolkujen' ja penissyövän merkeissä. Operatiivisten päivien yhteydessä pidetään myös yhdistyksemme sääntömääräinen vuosikokous torstaina 24.11.2022 klo 10.30-12.00. Lämpimästi tervetuloa.

Vuodenvaihteen jälkeen on tiedossa Kontinenssiklubin koulutuspäivä 20.1.2023 Paasitorissa, Helsingissä. Tiedossa on moniammatillisia aiheita ja loistavaa seuraa.

Ja Mikkelin Talvipäiviä vietetäänkin normaalina ajankohtana 8-10.2.2023.

Mukavaa syksyä kaikille toivottaa

Sihteerä Thea

Abiraterone Mylan 1000 mg

Nyt saatavilla



Eturauhassyöpä on miesten
yleisin syöpä Suomessa¹

yksi 1000 mg:n tabletti
vuorokaudessa kerta-annoksena

1. Syöpä Suomessa - Syöpärekisteri (syoparekisteri.fi)

Abiraterone Mylan 500 mg ja 1000 mg tabletti

Vaikuttava aine: abirateroniasetaatti. **Käyttöaie:** Käytetään yhdessä prednisonin tai prednisolonin kanssa: Äskettäin diagnosoidun korkean riskin etäpesäkkeisen hormonisensiitiivisen eturauhassyövän hoitoon miehille yhdistelmänä androgeenideprivaatiohoidon kanssa. Etäpesäkkeisen kastroatioresistentin eturauhassyövän hoitoon miehille, joiden tauti on oireeton tai oireet ovat lieviä androgeenideprivaatiohoidon epäonnistuttua ja joille solunsalpaajahoido ei ole vielä kliinisesti aiheellista. Etäpesäkkeisen kastroatioresistentin eturauhassyövän hoitoon miehille, joiden tauti on edennyt dosetakseliini pohjautuvan solunsalpaajahoidon aikana tai sen jälkeen. **Annostus ja antotapa:** Aikuisille suositusannos on 1000 mg kerran vuorokaudessatyhjiään vatsaan. Ei-hyväksyttävien haittavaikutusten ja/tai toksisuuden hoito voi vaatia annoksen pienentämistä ja/tai hoidon tilapäistä keskeyttämistä. Jos annosta pitää pienentää, suositeltu annos on 500 mg/vrk. Ei ole asianmukaista käyttää lapsilla. Ks. tarkemmat tiedot valmisteyhteenvedosta.

Vasta-aiheet: Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. Naiset, jotka ovat tai saattavat olla raskaana. Vaikea-asteinen maksan vajaatoiminta. Yhteiskäyttö radium-223:n kanssa. **Varoitukset ja varoitoimet:** Valmiste saattaa aiheuttaa korkeaa verenpainetta, hypokalemiaa ja nesteiden kertymistä elimistöön. Käytettävä varoen, jos potilas on aiemmin sairastanut sydän- ja verisuonitautia tai jos annetaan potilaille, jolla on merkityksellinen kongestiivisen sydämen vajaatoiminnan riski, tai jos potilaalla on kohtalainen maksan vajaatoiminta. Seerumin transaminaasipitoisuus on mitattava ennen hoidon aloittamista, kolmen ensimmäisen hoitokuukauden aikana kahden viikon välein ja sen jälkeen kuukausittain maksatoksisuusriskin vuoksi. Ks. tarkemmat tiedot valmisteyhteenvedosta. **Yhteisvaikutukset:** Valmisteen antaminen ruoan kanssa lisää valmisteen imeytymistä huomattavasti. Voimakkaita CYP3A4-induktorien samanaikaista käyttöä vältettävä. Käytettävä varoen yhdessä ketokonatsolin, CYP2D6- ja CYP2C8-entsyymien välityksellä vaikuttavien ja QT-aikaa tunnetusti pidentävien lääkevalmisteiden kanssa. Ei suositella samanaikaista käyttöä spironolaktonin kanssa. Ks. tarkemmat tiedot valmisteyhteenvedosta.

Hedelmällisyys, raskaus ja imety: Ei tarkoitettu naisille. Jos potilas on sukupuoliyhteydessä raskaana olevan naisen kanssa, on käytettävä kondomia. Jos potilas on sukupuoliyhteydessä hedelmällisessä iässä olevan naisen kanssa, on käytettävä kondomia ja sen lisäksi toista tehokasta ehkäisymenetelmää.

Haittavaikutukset: Hyvin yleiset: virtsatieinfektio, hypokalemia, hypertensio, ripuli, suurentunut ALAT-arvo ja/tai suurentunut ASAT-arvo, perifeerinen edeema. Yleiset: sepsis, hypertriglyseridemia, sydämen vajaatoiminta, angina pectoris, eteisvärinä, takykardia, dyspepsia, ihottuma, verivirtsaisuus, luunmurtumat. Harvinaiset: allerginen alveoliitti, fulminantti hepatiitti, akuutti maksan vajaatoiminta. Melko harvinaiset: muut sydämen rytmihäiriöt, lisämunaisten vajaatoiminta, myopatia, rabdomyolyyssi, muut sydämen rytmihäiriöt. Tuntematon: anafylaktiset reaktiot, sydäninfarkti, QT-ajan pidentyminen. **Pakkaukset ja hinnat** (9/2022 vmh): 500 mg, 60 tablettiä: 1714,38 €. 1000 mg, 30 tablettiä: 1654,59 €. Ajantasaiset hintatiedot KELAn lääkehakupalvelussa. Rajoitettu peruskorvaus (352) tai ylempi erityiskorvaus (163). Reseptilääke.

Lisätiedot: Viatris Oy, www.viatris.fi. Tutustu valmisteyhteenveetoon ennen lääkkeen määräämistä. (06/2022)

3. Kärpäsestä urologiksi – Oulun aika

Haminan sairaalassa oli mukava työskennellä, mutta yliopistosairaalapalvelu piti saada suoritettua. Hain useita kertoja Kuopioon, mutta siellä olisi pitänyt olla naama tiedossa. Sitten paperit Tampereelle ja Ouluun. Ensin tuli tieto hyväksymisestä Tampereelta ja ilmoitin tulevanani. Seuraavana päivänä posti toi samansisältöisen vastauksen Oulusta. Vaimo teki sitten puolestani päätöksen, jota sanoo sittemmin katuneensa ja ilmoitti että mennään Ouluun. Hän ei ollut siellä koskaan käynyt. Minä olin sentään tehnyt sinne vierailun sukuloimaan kerran 8-vuotiaana. Sukujuureni ovat äidin puolelta Paavolasta ja Rantsilasta.

Olin ahertanut urani alkuajat pienissä, kulahtaneissa sairaaloissa ja tulo OYKS:iin oli mykistävä. Sairaala oli valtavan kokoinen, aloittanut toimintansa 5 vuotta aikaisemmin ja sen takia paikat kiilsivät vielä uutuuttaan. Silmät pyöreinä maalaispoika ihmetteli kun labravastaukset tulivat nopeasti printtereistä, oli putkipostia ja monenlaisia hakulaitteita. Aamulla 1.9.1980 astelin pelokkaana professori Teuvo Larmin kansliaan. Oli ollut kuuma kesä, joka vielä jatkui Oulussakin, professori hikoili paitahihassillaan ja ennusti että samantalaisista kesästä ei enää koskaan tule. Larmin oli karismaattinen ja pelättykin johtaja, joka piti laumansa kurissa. Hän kiersi kerran viikossa kaikilla kirurgisilla osastoilla ja apulaislääkärin piti esitellä hänelle jokainen potilas.



Teuvo Larmin 1924 - 2006

Yleensä mikään kierto ei sujunut ilman pyyhkeitä.

1980-luvun OYKS ei ollut mikään non-smoking sairaala, joka paikassa hoitajat ja varsinkin lääkärit vetivät posket lommolla kessua. Perjantaisin iltapäivällä kaikkien lääkärin piti ahtautua meeting-huoneeseen kuulemaan Jumalan (Larmin) sanaa. Professori itse istui pöydän päässä. Apulaislääkärit norkoilivat toisessa päässä. Huone oli niin täynnä savua, että sieltä päin professoria ei näkynyt. Sydänkirurgi Risto Pokela sai lopulta tämän savustamisen lopetettua.

Apulaislääkäriaika oli äärimmäisen työläs. Päivystykset olivat raskaita, aluksi oli polipäivystyksiä ja sitten osastopäivystyksiä 4 kertaa kuussa. Yöt menivät tarkkaan leikatessa, sillä määräys oli, että mitään ei saanut jättää tekemättä. Niinpä normi oli, että tulit aamulla klo 8 töihin ja rupesit leikkaamaan osaston listaa. Klo 14.30 alkoivat päivystysleikkaukset ja nii-

Enemmän elämää.



Helppokäyttöinen kaksikammioruisku
turvasuojuksellisella neulalla

Enanton Depot Dual 30 mg – vain kahdesti vuodessa

Eturauhassyövän hoitoon

Enanton® Depot Dual tukee potilaan selviytymistä syöpädiagnoosin jälkeen. Hoidon tavoitteena on taata normaali elämänlaatu potilaalle mahdollisimman pitkään.

ENANTON® Depot Dual

leuporeliini

Enanton Depot Dual

Vaikuttava aine ja sen määrä: Leuporeliiniasetaatti 3,75 mg, 11,25 mg ja 30 mg. **Käyttöaiheet:** 3,75 mg: Pitkälle edenneen prostatasyövän hoito. Vaikean endometriosisin hoito ja kohdun myoomien pienentäminen (leiomyomata uteri). 11,25 mg ja 30 mg: Pitkälle edenneen prostatasyövän hoito. **Annostus ja antotapa:** Prostatasyöpä: Suositeltava annos on 3,75 mg subkutaanisesti joka neljäs (4) viikko tai 11,25 mg subkutaanisesti kolmen (3) kuukauden välein tai 30 mg subkutaanisesti kuuden (6) kuukauden välein. Endometriosisi: Suositeltava annos on 3,75 mg:n kerta-annos subkutaanisesti joka neljäs (4) viikko korkeintaan kuuden (6) kuukauden ajan. Kohdun myoomat: Suositeltava annos on 3,75 mg:n kerta-annos subkutaanisesti joka neljäs (4) viikko korkeintaan kolmen (3) kuukauden ajan. Laskimoon annettu ruiske saattaa aiheuttaa tromboosin. Enantonia tulee antaa varoen vanhuksille sekä potilaille, joilla on tai voi kehittyä virtsatieobstruktio, selkäydinvaurioita tai munuaisten vajaatoiminta. **Vasta-aiheet:** Tunnettu yliherkkyys valmisteen aineosille tai synteettiselle GnRH:lle tai GnRH-johdannaisille. Epänormaali, diagnosoimaton emättimen verenvuoto. Raskaus ja imetys. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset:** Prostatasyöpäpotilaat: Maksan toimintaa on syytä seurata leuporeliiniasetaattihoidon aikana, koska seerumin transaminaasien, AFOS:n, GT:n, LDH:n ja bilirubiinin nousu on mahdollista. Voimakkaana aivolisäkkeen ja sukupuolirauhasten toimintaan vaikuttavana GnRH-johdannaisena leuporeliiniasetaatti saattaa hoidon alussa ohimenevästi lisätä seerumin testosteronipitoisuutta, joka heti ensimmäisen injektion annon jälkeen voi pahentaa luukipua ja aiheuttaa potilaan kliinisen tilan tilapäisen huononemisen (ns. "flare"-ilmiö). Oireiden tulee yleensä laantua hoidon jatkuessa. Potilaita, joilla on eturauhassyövän tai metastaasin aiheuttama virtsatieobstruktio tai selkäydinvaurio, tulee tarkkailla huolellisesti ensimmäisten hoitoviikkojen aikana, koska oireet saattavat pahentua. Testosteronin ja PSA:n (prostate specific antigen) pitoisuuksia seerumissa voidaan seurata Enanton-hoidon vasteen toteutukseksi. Testosteronitaso nousee ensimmäisen viikon aikana ja laskee sen jälkeen. Kastraatiotaso saavutetaan 2–4 viikon sisällä ja se kestää koko hoitajakson ajan. Kuuden kuukauden hoitajakson loppuvaiheessa olisi hyvä mitata testosteronitaso niiltä potilailta, joita ei ole aikaisemmin hoidettu LHRH-analogeilla. Testosteronitason laskiessa kastraatiotasolle voi kehittyä osteoporoosi ja lisääntynyt riski luumurtumiin. **Yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa sekä muut yhteisvaikutukset:** Androgeenideprivaatiohoito voi pidentää QT-aikaa, leuporeliiniasetaatin samanaikaista käyttöä lääkkeiden kanssa, jotka pidentävät QT-aikaa tai voivat aiheuttaa kääntyvien kärkien takykardiaa, kuten luokan IA tai luokan III rytmihäiriölääkkeet, metadoni, moksifloksasiini, antipsykootit, pitäisi tarkoin arvioida. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Enanton Depot voi vaikuttaa ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn, koska leuporeliiniasetaatin on raportoitu aiheuttaneen väsymystä ja huimausta. **Tämä on otettava huomioon autolla ajettaessa tai koneita käytettäessä.** **Haittavaikutukset:** Yleiset: Prostatasyöpäpotilaat; "Flare"-ilmiö, mielialan vaihtelut, masennus, kuumat aallot, LDH-pitoisuuksien nousu, hikoilu, libidon alentuminen, impotenssi, kivesatrofia. Antopai-kassa todettavat; injektiokohdan reaktio, kuumotus. Enanton Depot Dual 30 mg -valmisteella on raportoitu useammin injektiokohdan reaktioita. **Pakkaukset ja hinnat (vmh sis. alv) 15.8.2022:** Enanton Depot Dual 3,75 mg 137,27 €, Enanton Depot Dual 11,25 mg 383,28 €, Enanton Depot Dual 30 mg 624,75 €. **Korvattavuus:** Ylempi erityiskorvausryhmä (100 %). Eturauhassyöpä (116). **Reseptilääke. Lisätiedot:** Valmisteyhteenveto.

tä tehtiin seuraavaan aamuun klo 8 asti ja sitten alkoi taas pyöriä osaston lista eli leikkaamista riitti yleensä tauotta 31-32 tuntia. Ja tämä tarina on tosi.

Päivystäjänä sain pian legendaarisen maineen. OY(K)S on levittäytynyt hyvin laajalle alueelle. Päivystysaikana piti käydä konsulttoimassa hyvinkin kaukaisissa paikoissa. Nopeaan liikkumiseen käytettiin potkulautaa. Kerran kiireessä söin potkutellessa voileipää ja puraisin vahingossa kieleeni, johon tuli suuri palkeenkielämäinen haava. Muutaman leikkauksen tein verta nieleskellen, mutta kun vuoto ei loppunut niin menin päivystyspolille toivomuksena, että polipäivystäjä ompelisi haavan. Hän oli kuitenkin tekemässä röntgenissä arthrografiaa ja salista jo minua soiteltiin. Komensin hoitajan avuksi ja peilin edessä ompelin haavan katgutilla. Vaikka toimenpide onnistui ei minusta koskaan tullut laparoskopistia. Mutta jonkinlaisen kylähullun statuksen saavutin.

Yleiskirurgin paperit sain vuonna 1983. Olin tehnyt paljon ortopediaa ja se jossain määrin kiinnostikin. Mutta väliin tuli professori Larmi, joka ilmoitti, että minusta tehdään urologi. Samalla hän määräsi minut puurtamaan väitöskirjaa. Urologiksi valmistuin 1985. Sen jälkeen olin 3,5 vuotta apulaisopettajana. Samalla tein kuitenkin myös täyden erikoislääkärin työpanoksen. Urodynamiikkaa käsittelevä väitöskirjani valmistui 1988. Siihen aikaan uskoin, että urodynamiikan avulla saadaan diagnoosi kaikille virtsaamisvaivoille. Sittemmin minulle on kirkastunut, että hyvä anamneesi on kaiken a ja o.

Lopetin etupäivystämisen 1986, mutta päivystysrasitus ei suinkaan helpottanut. Ei ollut erikoisalan päivystyksiä joten takapäivystäjän ominaisuudessa leikkasin mitä kummallisimpia murtumia ja kaikki unhappy triakset ja rotaror cuffinruptuurat oli välittömästi hoidettava. Li-

säksi siihen aikaan oli villityksenä käydä joka yö penkomassa mätäneviä haimoja. Lisäksi oli pakko hoitaa omaa osastoa ja käydä se viikonloppuisin kiertämässä. (tietenkin ilman korvausta) Väsähdin perin juurin ja vaadin Matti Kontturilta urologian takapäivystykseen siirtymistä. Matti vastusti kovasti, mutta sain pidettyä pääni. Luulisin että urologian päivystys aloitettiin ensimmäisenä Oulussa, mutta vuotta (1991?) en enää muista?

Oulussa oli mahdollista saada erinomainen urologian koulutus. Matti Kontturi oli kovasti tutkimusmyönteinen. Hän oli myös erinomainen kirurgi. Hänen leikkauksissaan oli koko ajan hyvä hemostaassi ja näkymät aina kuin oppikirjan sivuilta. Minun onneni oli myös se, että samaan aikaan kun aloitin erikoistumisen tuli klinikkaan nuori ja tavattoman innostunut Olavi Lukkarinen. Hän kävi paljon maailmalla kongresseissa ja halusi välttämättä kokeilla heti kaikkia uusia hoitomuotoja. Paljon olin hänenkin leikkauksissaan. Olavin työskentely oli aivan erilaista kuin Matilla. Leikkausalue oli koko ajan veren peittämä. Tapahtuma eteni kuitenkin rivakasti ja tulokset olivat hyviä.

Kokonaan oman mausteensa Oulussa oloon antoi pienen vikkelan miehen ilmestyminen klinikkaan. Teuvo Tammela erikoistui



Matti Kontturi 1934 - 2020



KUN TAVOITTEENA ON PIDEMPI KOKONAISELINAIKA^{1-3*}

23,8 kk

mOS
BAVENCIO + BSC



15 kk

mOS
BSC

HR: 0,76 (95 % lv: 0,631; 0,915); 2-tahoinen p-arvo = 0,0036

IMMUNOTERAPIA paikallisesti edenneen tai metastasoituneen UROTEELIKARSINOOMAN ENSILINJAN YLLÄPITOHOITOON monoterapiana aikuispotilaille, joiden tauti ei ole edennyt platinapohjaisen kemoterapian jälkeen

▼ Tähän lääkevalmisteeseen kohdistuu lisäseuranta.

Bavencio (avelumabi) 20 mg/ml infuusiokonsentraatti, liuosta varten

Käyttöaiheet: Monoterapiana ensilinjän ylläpitohoitoon aikuispotilailla, joilla on paikallisesti edennyt/metastasoitunut uroteelikarsinooma (UC) ja joilla tauti ei ole edennyt platinapohjaisen kemoterapian jälkeen. Muut käyttöaiheet kts. valmisteyhteenveto. Ehto: Hoidon aloittavan ja -valvojan lääkärin on oltava perehtynyt syövän hoitoon. **Annostus ja antotapa:** Suositeltu annos monoterapiana on 800 mg laskimoon 60 minuutissa kahden viikon välein. Muut käyttöaiheet kts. valmisteyhteenveto. Valmisteen antoa jatketaan, kunnes tauti etenee tai potilaalla ilmenee haittavaikutuksia, joita ei voida hyväksyä. Esilääkitys: Ennen neljää ensimmäistä Bavencio-infuusiota potilaille on annettava esilääkityksenä antihistamiinia ja parasetamolia. Bavencio annetaan vain laskimonsisäisenä infuusiona, ei nopeana injektiona tai boluksena. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Potilailla tulee tarkkailla infuusioreaktion viittaavia oireita/löydöksiä. Jos ilmenee infuusioon liittyvä asteen 3 tai 4 reaktio, infuusio on keskeytettävä ja hoito lopetettava. Immuniivälitteiset haittavaikutukset ovat yleensä palautuvia ja hoidettavissa keskeyttämällä Bavencio-hoito toistaiseksi tai pysyvästi ja käyttämällä kortikosteroideja ja/tai muita tukihoidoja. Epäillyt immuniivälitteiset haittavaikutukset tulee tutkia asianmukaisesti etiologian varmistamiseksi tai muiden syiden poissulkemiseksi. Haittavaikutuksen vaikeusasteesta riippuen Bavencio-hoito tulisi toistaiseksi keskeyttää ja potilaalle antaa kortikosteroideja. Yksityiskohtainen haittojen hallinta on kuvattu valmisteyhteenvedossa. **Yhteisvaikutukset:** Ei ole tehty yhteisvaikutustutkimuksia. Koska Bavencio metaboloituu pääasiassa katabolian kautta, farmakokineettisiä yhteisvaikutuksia muiden lääkeaineiden kanssa ei ole odotettavissa. **Hedelmällisyys, raskaus ja imetys:** Naisia, jotka voivat tulla raskaaksi, on neuvottava välttämään raskautta Bavencio-hoidon aikana sekä vähintään kuukauden ajan viimeisen Bavencio-annoksen jälkeen. Ei tiedetä, erittykö Bavencio ihmisen rintamaitoon. Bavencio-hoidon vaikutusta miesten ja naisten hedelmällisyyteen ei tunneta. **Haittavaikutukset:** Immuniivälitteisiä haittavaikutuksia kuten pneumoniittia, hepatiittia, koliittia, munuaistulehdusta ja munuaisten vajaatoimintaa sekä umpierityssairauksia kuten kilpirauhasen toimintahäiriöitä, lisämunuaisten vajaatoimintaa ja tyypin 1 diabetesta. Useimmat näistä, ml. vakavat haittavaikutukset, korjaantuvat asianmukaisen hoidon aloittamisen tai Bavencio-hoidon lopettamisen jälkeen. Yleisimmät haittavaikutukset ovat väsymys, pahoinvointi, ripuli, ummetus, heikentynyt ruokahalu, infuusioon liittyvät reaktiot, oksentelu ja painon lasku. Yleisimpiä vaikeusasteen ≥ 3 haittavaikutuksia ovat anemia, hypertensio, hyponatremia, hengenahdistus ja vatsakipu. Vakavia haittavaikutuksia ovat immuniivälitteiset haittavaikutukset ja infuusioon liittyvät reaktiot. Muut haitat ja lisätietoja ks. valmisteyhteenveto. **Pakkaukset ja hinta:** 10 ml injektioipullo, 959,40 € (tmh 1.12.2021). Ei SV-korvattava. Reseptilääke. Ehto: ks. ylempänä. **Lisätietoja:** Merck Oy, Keilaranta 6, 02150 Espoo, puh. (09) 8678 700. Perustuu 2/2022 päivitettyyn valmisteyhteenvetoon.

* mOS päätetapahtuman mittauksen alkupiste satunnaistaminen induktiokemoterapian jälkeen.

BSC = oirenmukainen hoito **mOS** = kokonaiselinajan mediaani

1. Powles T et al. N Engl J Med. 2020;383:1218-1230
2. BAVENCIO valmisteyhteenveto Merck Oy
3. Powles et al. J Clin Oncol 40, 2022, suppl 6; abstr 487

MERCK

Pfizer

urologiaan 1980-luvulla. Samalla hän aloitti käsittämättömän julkaisutehtailun ja veti minut siihen mukaan. Teuvon energia ja ideointi oli loputonta. Kun hän raskaan työpäivän jälkeen illan suussa esitteli uutta ajatustaan minä tietenkin kommentoin jotain siihen suuntaan, että ihan hyvä pointti, mutta mietitään sitä huomenna. Silloin Teuvo hyppäsi pystyyn ja huusi: ”Ei Pekka, me teemme tämän heti!”.

Julkaisutehtailun seurauksena oli tietenkin se, että piti hakea dosentuuria 1991. Martti Nurmi oli saanut sen aikaisemmin ja aloittanut osastonylilääkärinä Turussa. Martti opasti minua ja varoitti että siinä asemassa huomaat pian, että et ehdi enää tehdä mitään muuta kuin istua mitä kummallisimmissa kokouksissa. Ja niinhän siinä sitten kävi. Matti Kontturi jäi eläkkeelle 1997 ja minä jatkoin sen jälkeen osastonylilääkärinä. Pahimpina aikoina kävin 3 – 4 kertaa viikossa lentokoneella Helsingissä. Klo 14 koneella meno ja klo 20 takaisin. Siihen aikaan tuollainen lippu Finnairilla maksoi noin 700 euroa!

Toki sitä sitten on myös urologiaa tullut tehtyä. Koko urani aikana oli kova pula erikoislääkäreistä ja sen takia piti osata kaikkea urologiaa laidasta laitaan. Suurimmat kiinnostuksen aiheeni olivat kuitenkin rekonstruktii-

vinen urologia ja virtsakivet. Loppuvuosina erikoiskohteitani olivat neuromodulaatio, bolutiinitoksiinin käyttö ja virtsarakkosyövän fodynaaminen diagnostiikka. Laparoskopista tai robotin ajelusta en kuitenkaan enää ehtinyt innostua.

Oulun aika oli niin työntäyteistä, että muulle elämälle ei jäänyt paljonkaan sijaa. Kalastusta sentään harrastin. Kalakaverini Ollin kanssa pidimme 20 vuoden ajan talviverkkoja Oulun edustalla. 1995 sydän meinasi loppua, syynä vaikea aorttaläpän ahtauma. Kiireellä hoitajien lakon aikana asennettiin läppäproteesi. Nyt oli Pekalla turbo. Vaikeuksista tehtiin Ollin kanssa kesäisin kalaretkiä Lapin syrjäisimpiin kolkkiin. Perfuusiokoneeseen jäi kuitenkin kaitenlaisia tiedostoja. Heikentyneen muistin ja erinäisten kolotusten takia olin viimeiset työvuoteni osatyökyvyttömyyseläkkeellä. Vanhuuseläkkeelle jäätyäni olo koheni kuitenkin niin paljon, että olen vielä kulkenut vanhalla työpaikallani operoimassa. Jos vaikka vielä haluavat sotasairaalaan kirurgiksi? Uusi OYS on kuitenkin nousemassa ja vanha odottaa maan tasalle jyräämistä. Kenties en enää uudessa sairaalassa työskentele?

Pekka Hellström



Vanha OYS



Uusi OYS



FIRMAGON®
degareliksi

*Näethän minussa
muutakin
kuin sairauteni*

**Hoida eturauhassyöpää
kokonaisvaltaisesti
potilaan yksilölliset tarpeet
huomioiden**



FIRMAGON (degareliksi) 80 mg ja 120 mg injektiokuiva-aine ja liuotin, liuosta varten.

Käyttöaiheet: FIRMAGON on gonadotropiinin vapauttajahormonin eli GnRH:n estäjä, joka on tarkoitettu pitkälle edennytä hormoniinriippuvaista eturauhassyöpää sairastavien aikuisten miespotilaiden hoitoon. **Annostus ja antotapa:** Aloitusannos: 240 mg annettuna kahtena 120 mg suuruisena injektiona ihon alle. **Ylläpitoannos – annostelu kerran kuukaudessa:** 80 mg yhtenä injektiona ihon alle. Ensimmäinen ylläpitoannos annetaan kuukauden kuluttua aloitusannoksesta. **Antotapa:** VAIN ihon alle, ei saa antaa laskimoon. FIRMAGON annetaan injektiona vatsan alueen ihon alle. **lääkkää potilaat, maksan tai munuaisten vajaatoimintapotilaat:** Annosta ei tarvitse muuttaa iäkkäillä eikä potilailla, joilla on lievä tai keskivaikkea maksan tai munuaisten vajaatoiminta. Lääkettä ei ole tutkittu potilailla, joilla on vaikea maksan tai munuaisten vajaatoiminta. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Pitkäaikainen androgeeni-deprivaatiohoito saattaa pidentää QT-aikaa. Lievä, ohimenevä ALAT- ja ASAT-arvojen suurenemista on havaittu, mutta tähän ei ole liittynyt bilirubiiniarvojen suurenemista eikä kliinisiä oireita. Maksan toiminnan seuranta on aiheellista, jos potilaalla tiedetään tai epäillään olevan maksan toiminnan häiriöitä. Noudatettava varovaisuutta hoidettaessa potilaita, joilla on vaikea munuaisten vajaatoiminta. Degareliksiä ei ole tutkittu potilailla, joilla on ollut anamneesissa vaikea hoitamaton astma, anafylaktisia reaktioita, vaikeaa nokkosihottumaa tai angioedeemaa. Testosteronierityksen pitkäaikainen suppressio voi vaikuttaa miesten luuntiheyteen. Glukoosinsiedon heikkenemistä on havaittu miehillä, joille on tehty orkiektomia tai jotka ovat saaneet GnRH-agonistihoidon. Degareliksin vaikutusta insuliini- ja glukoositasoihin ei ole tutkittu. Kardiiovaskulaarisia sairauksia, kuten aivohalvausta ja sydäninfarktia on raportoitu lääketieteellisessä kirjallisuudessa androgeeni-deprivaatiohoitoa saaneilla potilailla. Tämän vuoksi kaikki kardiiovaskulaariset riskitekijät on huomioitava. **Yhteisvaikutukset:** Koska androgeeni-deprivaatiohoito voi pidentää QTc-aikaa, degareliksin käyttöä tulee harkita tarkoin, jos potilas käyttää samanaikaisesti lääkevalmisteita, jotka voivat pidentää QTc-aikaa tai aiheuttaa käänntyvien kärkien takykardiaa. **Raskaus ja imety:** FIRMAGON ei ole tarkoitettu käytettäväksi naisille. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Tutkimuksia ei ole tehty. Väsymys ja huimaus ovat yleisiä haittavaikutuksia, jotka saattavat vaikuttaa ajokykyyn tai koneiden käyttökykyyn. **Haittavaikutukset:** Hyvin yleiset: kuumat aallot, injektiokohdan haattapahtumat. Yleiset: anemia, painon nousu, unettomuus, huimaus, päänsärky, ripuli, pahoinvointi, maksan transaminaasiarvojen kohoneminen, voimakas hikoilu (myös yöhikoilu)*, ihottuma, lihaskipu, luukipu, gynekomastia*, kivesten atrofia*, erektiohäiriöt*, vilunväreet, kuume, väsymys*, influenssan kaltaiset oireet. *Testosteronierityksen suppression tunnettu fysiologinen vaikutus. Muut haittavaikutukset, ks. valmisteyhteenveto. Perustuu 04/2017 päivättyyn valmisteyhteenvetoon. **Pakkaukset ja hinnat (15.05.2017 VMH + alv):** 80 mg 172,25 €, 2 x 120 mg 321,52 €, **Korvattavuus:** Ylempi erityiskorvaus (116), reseptilääke. **Tutustu valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä. Lisätiedot:** Pharmacia Fennica. **Markkinoinja:** Ferring Lääkkeet Oy, puh. 09 0207 401 440.

FERRING
PHARMACEUTICALS



Suomen Urologiyhdistyksen Talvipäivät 2022
26. - 28.9.2022 Solo Sokos Hotel Tornii Tampere

OHJELMA



Maanantai 26.9.

12:00-13:00	FinnIC, Raide 4
13:00-15:30	FinnProstata, Raide 3
15:30-17:30	FinnBladder, Raide 3
17:00-18:00	FinnKidney, Raide 4
18:00-19:00	FinnImpo, Raide 4
17:30-20:00	Urologiyhdistyksen johtokunnan kokous, Koski
20:30-23:00	Get-Together, Näyttelyalue

T i i s t a i 2 7 . 9 .

Tieteellinen ohjelma Raide 1-3	
08:45-09:00	Talvipäivien ja näyttelyn avaus <i>Tampereen Talvipäivien ohjelmatoimikunnan puheenjohtaja, Professori Teuvo Tammela</i>
Sessio I –	Prostatasyöpä
<i>Pj: Professori Teuvo Tammela, TAYS</i>	
09:00-09:45	State-of-the-art -luento, Kunniajäsen: Eturauhassyövän seulonta: Nykytietämys ja tulevaisuuden näkymät? <i>Professori Anssi Auvinen, Tampereen yliopisto</i>
09:45-10:10	Eturauhasen Mri kuvaus, onko se niin hyvä, kuin väitetään? <i>LT Mikael Anttinen, TYKS</i>
10:10-10:35	PSMA Pet-ct kuvaus eturauhassyövän levinneisyyden selvittelyssä. <i>Osastonylilääkäri Marko Seppänen, TYKS</i>
10:35-11:10	Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
11:10-11:45	Eturauhassyövän Käypä Hoito päivitys EAU hoitosuosituksen adaptaatiolla <i>Ylilääkäri Mika Matikainen, HUS</i>
11:45-12:20	Kastraatioresistenssin eturauhassyövän hoito <i>Professori Teemu Murtola, TAYS</i>
12:20-13:10	Lounas ja näyttelyyn tutustuminen
13:10-13:55	Platinasponsorin Symposium lääkäreille : Edenneen eturauhassyövän hoito- Paneelikeskustelu potilastapauksiin pohjautuen <i>Panelistit:</i> <i>Professori Teemu Murtola, TAYS</i> <i>Ei, ylilääkäri Minna Jääskeläinen, Lapin keskussairaala</i> <i>Ei, osastonylilääkäri Timo Marttila, Seinäjoen keskussairaala</i> <i>LT Mikael Anttinen, TYKS</i> <i>Puheenjohtaja:</i> <i>Ei, Head of Medical Affairs Petteri Hervonen, Janssen</i> Huom! Hoitajilla näyttelyyn tutustumista.
Sessio II –	Rakkosyöpä
<i>Pj: Ei Erik Veskimäe, TAYS</i>	
13:55-14:40	State-of-the-art -lecture: Advances in bladder cancer histopathology made easy for urologist <i>Professor Eva Comperat, Paris, France</i>
14:40-15:15	Sexual outcome after bladder cancer treatment: radical cystectomy vs multimodality treatment <i>Ei Erik Veskimäe, TAYS</i>
15:15-15:45	Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
15:45-16:15	Urologiset tiimit <i>Dosentti Mikael Leppilahti</i>
18:00-23:30	Juhlailallinen, <i>Pakkahuone</i> Pukukoodi: Tumma puku

Keskiviikko 28.9.

Urosalaatti Raide 1-2

Pj: Professori Antti Kaipia ja Ylilääkäri Mika Raitanen

09:00-10:30	Abstraktisessio 1
10:30-11:00	Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
11:00-12:00	Abstraktisessio 2
12:00-12:10	Paras abstrakti
12:10-12:15	Näyttelykortin palkinnon voittajan arvonta
12:15-13:15	Lounas
13:30-14:30	Madventures Riku ja Tunna – Erilaisuus työyhteisössä

Talvipäivät 2022 kiittää tapahtuman päätukijoita



Urosalaatti 28.9.2022; Raide 1-2

7 minuuttia/esitys (5' esitys, 1' keskustelu) klo 09.00-10.30

1. Periodic trends in geographical variation of prostate cancer incidence and mortality in Finland between 1985–2019

Heikki Seikkula^a, Antti Kaipia^b, Peter J. Boström^{c,d}, Nea Malila^e, Janne Pitkaniemi^{f,g}, Karri Seppä^e

^aDepartment of Surgery, Hospital Nova of Central Finland, Jyväskylä; ^bDepartment of Urology, Tampere University Hospital, Tampere; ^cDepartment of Urology, Turku University Hospital, Turku, Finland, ^dDepartment of Urology, University of Turku; ^eFinnish Cancer Registry; ^fSchool of Health Sciences, University of Tampere, Finland; ^gDepartment of Public Health, University of Helsinki, Helsinki, Finland

2. Expected impact of the interreader variability among urologic pathologist on ProScreen prostate cancer screening trial: a pre-trial validation study

Ronja Hietikko^{1,2}, Tuomas P. Kilpeläinen^{1,2}, Teemu Tolonen³, Anne RäisänenSokolowski⁴, Stig Nordling², Jill Hannus³, Marita Laurila³, Kimmo Taari¹, Teuvo LJ Tammela⁵, Kari Natunen⁶, Anssi Auvinen⁶, Tuomas Mirtti^{2,4}, Antti Rannikko^{1,2}

Department of Urology, University of Helsinki and Helsinki University Hospital¹, Helsinki, Finland ² Research Program in Systems Oncology, Faculty of Medicine, University of Helsinki, Helsinki, Finland ³ Fimlab Laboratories, Department of Pathology, Tampere University Hospital¹, Tampere, Finland ⁴ HUSLAB Laboratory Services, Department of Pathology, HUS Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland ⁵ Department of Urology, Tampere University Hospital, Tampere, Finland ⁶ Faculty of Social Sciences, Tampere University, Tampere, Finland

3. Eturauhasen magneettiohjatut koepalat Lapin keskussairaalassa

LT, eval, Jani Luukkonen; LL, urologi, Juha Lantto; LT, urologi, Matti Säily
Urologian yksikkö, Operatiivinen tulosalue, Lapin keskussairaala, Rovaniemi, Suomi

4. Biparametrisen eturauhasen magneettikuvantamisen negatiivinen ennustearvo pitkäkaikaisseurannassa

Laura Parhiala¹, Juha Knaapila¹, Ivan Jambor^{2,3,4}, Kari Syvänen¹, Hannu Aronen², Otto Ettala¹, Peter Boström¹

¹Department of Urology, University of Turku and Turku University hospital; ²Department of Diagnostic Radiology, University of Turku; ³ Medical Imaging Centre of Southwest Finland, Turku University Hospital; ⁴Department of Radiology, Icahn School of Medicine at Mount

Sinai, New York, NY, USA

5. MRI-guided transurethral ultrasound ablation for localized prostate cancer: 12-month clinical outcomes of a phase 2 study

Eemil Yli-Pietilä, Mikael Anttinen, Pietari Mäkelä, Antti Viitala, Pertti Nurminen, Otto Ettala, Pekka Taimen, Roberto Blanco Sequeiros, Peter J. Boström.

Department of Urology, University of Turku and Turku University hospital; Department of Diagnostic Radiology and Pathology, University of Turku; . Medical Imaging Centre of Southwest Finland, Turku University Hospital

6. 12-month functional and oncological outcomes of salvage TULSA for localized radio-recurrent prostate cancer

Mikael Anttinen, Cameron Wright, Pietari Mäkelä, Antti Viitala Roberto Sequeiros Blanco, Pekka Taimen, Peter J. Boström.

7. Transurethral ultrasound ablation (TULSA) for benign prostatic hyperplasia: three-month clinical outcomes

Mikael Anttinen, Antti Viitala, Pietari Mäkelä, Pertti Nurminen, Teija Sainio, Ilari Virtanen, Pekka Taimen, Roberto Blanco Sequeiros, Peter J. Boström

8. Vähähappisen mikroympäristön vaikutus rasva-aineenvaihduntaan hoitoresistenteissä eturauhassyöpäsoluissa

Siltari Aino¹, Bläuer Merja¹, Syväälä Heimo¹, Tammela Teuvo^{1,2}, Murtola Teemu^{1,2}

¹ Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampere, Suomi

² Tampereen yliopistollinen keskussairaala, urologian poliklinikka, Tampere, Suomi

9. Ohjatun liikunnan vaikutus metabolisiin markkereihin ja fyysiseen aktiivisuuteen androgeenideprivaatiohoidon aikana -satunnaistettu pilottitutkimus

Rantaniemi Lauri¹, Siltari Aino¹, Murtola Teemu^{1,2}

¹ Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

² Tampereen yliopistollinen keskussairaala, urologian poliklinikka

10. Evaluation of functional outcome after 3D laparoscopic prostatectomy using visual analog scale (VAS)

Haapiainen H¹, Valli J¹, Murtola T^{2,3}, Huhtala H⁴, Kaipia A², Raitanen M^{1,3}

¹ Seinäjoki central hospital, Department of Urology, Seinäjoki Finland

² TAYS Cancer Center, Department of Urology, Tampere, Finland

³ Tampere University, Faculty of Medicine and Health Technology, Tampere, Finland

⁴ Faculty of Social Sciences, Biostatistics Group, Tampere University, Tampere Finland

11. Radical Cystectomy Survival in Finland during 2005-2017

Ilkka Nikulainen¹, Antti P. Salminen¹, Mikael Högerman¹, Ileana Montoya Perez^{2,3}, Heikki Seikkula⁴, Ilmari Koskinen⁵, Jukka Sairanen⁵, Jussi Nikkola⁶, Teemu J. Murtola⁶, Markku H. Vaarala⁷, Senja Jousmäki⁷, Timo K. Nykopp⁸, Taina Isotalo⁹, Timo Marttila¹⁰, Abdiwahid Ali-beto¹¹, Marjo Seppänen¹², Christian Palmberg¹³ and Peter J. Boström¹

¹Department of Urology, University of Turku and Turku University Hospital, Turku, Finland

²Department of Information Technology, University of Turku, Turku, Finland.

³Department of Biostatistics, University of Turku, Turku, Finland.

⁴Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland.

⁵Department of Urology, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland

⁶Department of Urology, University of Tampere and Tampere University Hospital, Tampere, Finland.

⁷Department of Urology, University of Oulu and Oulu University Hospital, Oulu, Finland.

⁸Department of Urology, University of Eastern Finland and Kuopio University Hospital, Kuopio, Finland.

⁹Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Lahti, Lahti, Finland.

¹⁰Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Seinäjoki, Seinäjoki, Finland.

¹¹Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Mikkeli, Mikkeli, Finland.

¹²Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Pori, Pori, Finland.

¹³Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Vaasa, Vaasa, Finland

12. Robottivusteinen laparoskooppinen virtsarakkosyöpäkirurgia KYS:ssa

Sirkku, Siltari, Arto Salonen, Sirpa Aaltomaa

Kuopion yliopistollinen sairaala

13. Tietoisuus tupakointitottumusten vaikutuksesta virtsarakon syövän riskitekijänä – tuloksia prospektiivisesta FinnBladder 9 tutkimuksesta

Sell Ville, Ettala Otto, Montoya Perez Ileana, Järvinen Riikka, Pekkarinen Tarmo, Vaarala Markku, Seppänen Marjo, Liukkonen Tapani, Marttila Timo, Aaltomaa Sirpa, Boström Peter

14. Upper tract urothelial carcinoma in Lynch syndrome: classification, clinical characterization and course of disease

Jussi Nikkola¹, Thea Veitonmäki¹, Otto Hemminki², Heikki Seikkula³, Mika Matikainen², Kirsi Pylvänäinen⁴, Toni Seppälä^{5,6}, Jukka-Pekka Mecklin^{3,4}

¹.Department of Urology, Tampere University Hospital

².Department of Urology, Helsinki University Hospital

³.Department of Surgery, Central-Finland Central Hospital

⁴.Department of Education and Research, Central Finland Central Hospital

⁵.Department of Gastrointestinal Surgery, Helsinki University Hospital

⁶.Applied Tumor Genomics Research Program, University of Helsinki

klo 11.00-12.00

15. Talvipäivät abstrakti

Pyry Jämsä, Maria Pekki, Riikka Järvinen, Heli Sammaltupa, Liina Salminen, Peter Boström ja Teuvo Tammela
HUS, TAYS, TYKS

16. Munuaissyövän ennusteeseen ja hoidon valintaan vaikuttavat tekijät 75-vuotiailla ja sitä vanhemmilla

Heini Pajunen, Teemu Murtola, Antti Pöyhönen, Thea Veitonmäki ja Jussi Nikkola

17. Robottivusteinen laparoskooppinen munuaisresektiokirurgia KYS:ssa

Sirkku Siltari, Arto Salonen, Sirpa Aaltomaa

Kuopion yliopistollinen sairaala

18. Leikkausten aikana tapahtuvat haittatapahtumat munuaiskasvainten kirurgiassa EAU:n luokituksen (EAUiaC) mukaisesti

Nisen Harry, Erkkilä Kaisa, Ettala Otto, Ronkainen Hanna, Isotalo Taina, Nykopp Timo, Seikkula Heikki, Seppänen Marjo, Tramberg Margus, Palmberg Christian, Kilponen Ansa, Pogodin-Hannolainen Dimitri, Mustonen Sirkku, Veitonmäki Thea. Finn Kidney ryhmä (affiliaatiot pyydettyinä)

19. Endoskooppinen inguinaalinen lymfadenektomia. Tays:n kokemukset 2019-2021.

Tomi Pakarainen ja Antti Kaipia

Tays

20. Polikliiniset virtsanjohdinstentin asetukset Päijät-Hämeen keskussairaalassa 2020-21

Jori Pesonen^a, Jaakko Eskelinen^a, Mia Koskela^a, Sini Penttinen^a, Taina Isotalo^a

^aPäijät-Hämeen keskussairaala, urologian poliklinikka

21. Eroavat hoitokäytänteet vesikiveksen hoidossa: kansainvälinen kyselytutkimus

Mikko Forss (Helsinki, Suomi), Kostiantyn Bolsunovskiy (Raasepori, Suomi), Tuomas P. Kilpeläinen (Helsinki, Suomi), Yung Lee (Hamilton, Kanada), Yoshitaka Aoki (Fukui, Japani), Sigurdur Gudjonsson (Reykjavik, Islanti), François Hervé (Brysseli, Belgia), Petrus Järvinen (Helsinki, Suomi), Sachin Malde (Lontoo, Yhdistyneet Kuningaskunnat), Katsuhito Miyazawa (Uchinada, Japani), Jukka Sairanen (Helsinki, Suomi), Lotte Sander (Aalborg, Tanska), Philippe D. Violette (Hamilton, Kanada), Lambertus P.W. Witte (Zwolle, Hollanti), Gordon H. Guyatt (Hamilton, Kanada), Kari A.O. Tikkinen (Helsinki, Suomi)

22. To transect or not - a randomized Scandinavian study of sexual dysfunction after urethroplasty

OJ Nilsen, HV Holm, TO Ekerhult, K Lindqvist, B Grabowska, B Persson, J Sairanen

23. Fournierin gangreena -potilaat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 2008–2017

Marko Silander, LK, Helsingin yliopisto, Helsingin yliopistollinen keskussairaala

Jukka Sairanen, LT, urologian erikoislääkäri, Helsingin yliopisto, Helsingin yliopistollinen keskussairaala

24. Developing non-invasive and cost-effective methods for urothelial cancer detection and surveillance using 11-gene urine cell-free DNA panel (UCLIB diagnostic panel)

Jussi Nikkola¹, Matti Annala², Heini Kallio², Antti Kaipia¹, Pyry Jämsä¹, Tarmo Pekkarinen¹, Teemu Murtola^{1,2}, Erik Veskimäe¹, Matti Nykter², Thea Veitonmäki¹

¹Urologian yksikkö, Tampereen yliopistollinen sairaala

²Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampereen yliopisto

25. Varhaiset kokemukset eturauhasen liikakasvun Rezum-hoidosta HYKSissä 2021

Kanerva Lahdensuo, Hannu Koistinen (HUS Helsingin yliopistollinen sairaala)

26. Outpatient BPH treatment in local anesthesia instead of inpatient surgical treatment during the pandemic in 2020 and 2021

Sonny Schelin (Specialistläkargruppen, Kalmar, Sweden)

Periodic trends in geographical variation of prostate cancer incidence and mortality in Finland between 1985–2019

Heikki Seikkula^a, Antti Kaipia^b, Peter J. Boström^{c,d}, Nea Malila^e, Janne Pitkaniemi^{ef,g}, Karri Seppä^e. Department of Surgery, Hospital Nova of Central Finland, Jyväskylä; ^bDepartment of Urology, Tampere University Hospital, Tampere; ^cDepartment of Urology, Turku University Hospital, Turku, Finland, ^dDepartment of Urology, University of Turku; ^eFinnish Cancer Registry; ^fSchool of Health Sciences, University of Tampere, Finland; ^gDepartment of Public Health, University of Helsinki, Helsinki, Finland

Background

Evaluation of regional variation of prostate cancer (PCa) incidence and PCa-specific mortality is essential in the assessment of equity in a national health-care system. We evaluated PCa incidence and PCa-specific mortality between different hospital districts in Finland over 1985–2019.

Methods

Nationwide prostate cancer population from Finnish Cancer Registry and Statistics Finland. Patients who were diagnosed with PCa from 1985 through 2019 were retrieved from Finnish Cancer Registry. Age-standardized PCa incidence and mortality rates were estimated by municipality and hospital district as well as urbanization level using hierarchical Bayesian modelling. Standard deviations (SD) of the regional rates were compared between periods from 1985–1989 to 2015–2019.

Results

We identified 123,185 men diagnosed with any stage PCa between 1985 and 2019. SD of PCa incidence rate (per 100,000 person-years) showed that the total variation of PCa incidence between different municipalities was substantial, and also varied over time: from 22.2 (95% CI, 17.1–27.8) in 1985–1989 to 56.5 (95% CI, 49.8–64.5) in 2000–2004. The SD of PCa mortality rate between all municipalities was from 2.4 (95% CI, 0.9–4.8) in 2015–2019 to 9.0 (95% CI, 6.6–11.8) in 2005–2009. There was no difference in PCa-specific mortality rate between rural, semi-urban and urban areas.

Discussion

Variation in the incidence rate of PCa became more evident after initiation of PSA testing in Finland, which indicate that early diagnostic practice (PSA testing) of PCa has been different in different parts of the country. Variation in the national PCa mortality rate was indeed recognizable, however this variation diminished at the same time as mortality rate declined in Finland. It seems that after the initiation period of PSA testing, PSA has equalized PCa outcomes in Finland.



BC CARE
by medac

BCG-medac
Mitomycin medac



medac

www.medac.fi
info@medac.fi

BCG-medac, jauhe ja liuotin suspensiota varten, virtsarakkoon

Vaikuttava aine: Elävä *Bacillus Calmette-Guérin*-bakteeri, 1173-P2-kannasta johdettu RIVM-kanta. **Käyttöaiheet:** Virtsarakon ei-invasiivisen uroteelisöyän hoito: Syövän in situ kuratiivinen hoito. Uusiutumisen estohoito, kun uroteelisöypä rajoittuu limakalvoon: Ta (G1-G2) jos kasvain on multifokaalinen ja/tai uusiutunut, Ta (G3), uroteelisöypä rakon tyvikalvossa mutta ei lihaksessa (T1) ja syöpä in situ. **Annoistus ja antotapa:** Yhteen rakkonsäiseen instillaatioon tarvitaan yksi injektiopullollinen lääkettä. **Syöpä in situ:** Yleensä viikoittainen rakkonsäinen annos 6 viikon ajan. Neljän viikon hoitovapaan jakson kuluttua hoitoa tulee jatkaa ylläpitohoitona vähintään yhden vuoden ajan. **Ylläpitohoito:** Kuukausittainen annostelu 12 kuukauden ajan. Toinen ylläpitohoito-ohjelma käsittää 3 annosta viikon välein kuukausina 3, 6, 12, 18, 24, 30 ja 36 viikointaan yhden vuoden ja enintään kolmen vuoden ajan annettuna. Tässä ohjelmassa lääkettä annostellaan enintään 27 kertaa 3 vuoden aikana. **Induktiohoito (uusitutumisen estohoito):** Alotetaan 2-3 viikkoa transuretraaliresektion tai rakkobiopsian jälkeen, ellei katetri on aiheuttanut kudovaurioita, ja jatketaan viikon välein 6 viikon ajan. Kohtalaisen ja korkean riskin kasvainten kohdalla hoitoa jatketaan ylläpitohoitona (ks. kohta Ylläpitohoito). Lääke tulee annostella rakkotähystyksen edellyttämissä olosuhteissa. Potilas ei saa nauttia nesteitä neljään tuntiin ennen instillaatiota eikä kahteen tuntiin sen jälkeen. Lääke instilloidaan tyhjennettyyn rakkoon katetrin avulla alhaisella paineella ja sen tulisi olla rakossa kaksi tuntia. Tänä aikana potilaan tulee liikkua mahdollisimman paljon, jotta suspensio olisi kosketuksessa rakon koko limakalvoon. Kahden tunnin kuluttua potilaan tulee tyhjentää rakkonsa mieluuten istuma-asennossa. Ellei mitään erityistä lääketieteellistä vasta-aihetta ole, potilaan runsasta nesteytystä suositellaan 48 tunnin ajan rakkonsäisen instillaation jälkeen. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys jollekin ainesosalle. Immuniivaje. Akutti tuberkuloosi. Virtsarakon aikaisempi vaurio. Imetyks. Ei saa instilloida ennen kuin 2-3 viikkoa on kulunut transuretraaliresektioista, rakkobiopsiasta tai kudovaurion aiheuttaneista katetroinnista. Rakon puhkeaminen. Akutti virtsatieulehdus. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitimet:** BCG-medacia ei saa annostella ihon alle, ihon sisäin, lihaseen tai laskimoon eikä rokotteena. Vaikeiden systeemisten BCG-infektioiden mahdollisuus tulee huomioida ennen hoidon aloittamista. Traumaattinen katetriointi saattaa edistää BCG-septikemiaa. Virtsatieinfektio on aina poissuljettava ennen hoitoa. Implanlaatti- ja siirrämmäistulehduksia on raportoitu potillailla, joilla on esim. aneurysma tai proteesi. BCG-bakteeria saattaa pysyä virtsarakkoon pitkään, jopa yli 16 kuukautta. Hoito tulee keskeyttää, jos ilmenee kuumetta tai makroskooppista hematuriaa. Rakon pieni kapasiteetti saattaa kasvattaa rakkokontraktuurariskiä. HLA-B27-positiivisilla potillailla reaktiivisen artriitin tai Reiterin oireyhtymän esiintyvyys saattaa lisääntyä. BCG-medacia ei saa käsitellä huoneessa, jossa solunsalpaajia valmistetaan suonensisäiseen annosteluun eikä samojen henkilöiden toimesta. Henkilö, jolla on todettu immuunipuutos, ei saa käsitellä BCG-medacia. Iho- ja limakalvokosketusta BCG-medacin tulee välttää. Kontaminaatio voi johtaa kosketusalueen yliherkkyysreaktioon tai infektiin. Immuniipuotospotilaiden tulee välttää kontakteja BCG-hoitoja saavien potilaiden kanssa. Hoito saattaa herkistää tuberkuliinille ja vaikeuttaa tuberkuliini-ihotestin tulkitsemistä. Hoitoa ei suositella raskauden aikana. Yhdyneessä on suositeltavaa käyttää kondomia viikon ajan hoidon jälkeen. Käsin ja genitaalialueen peseminen on suositeltavaa virtsaamisen jälkeen. Iholle joutunut lääke tulee puhdistaa sopivalla desinfiointiaineella. **Yhteisvaikutukset:** BCG-bakteerit ovat herkkiä tuberkuloosin hoidossa käytettävälle lääkevalmistelle, antibiooteille ja antiseptisille aineille. Resistenssiä pyratsinamidille ja sykloseriinille on raportoitu. **Hedelmällisyys, raskaus ja imetus:** BCG-medacia ei suositella raskauden aikana ja hoito on vasta-aiheista rintaruokinnan aikana. Miesten on syytä keskustella lääkärin kanssa siittöiden talteenoton mahdollisuudesta ennen hoidon aloittamista. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** BCG-medac – hoidon aikana esiintyvät paikalliset ja systeemiset oireet saattavat vaikuttaa ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn. **Haittavaikutukset:** Haittavaikutuksia esiintyy yleisesti, mutta ne ovat yleensä lieviä ja ohimeneviä, ja yleensä ne lisääntyvät instillaatiokertojen mukaan. Hyvin yleisiä ja yleisiä haittavaikutuksia ovat: virtsarakon kystiitti ja tulehdusreaktiot, ohimenevä systeeminen BCG-reaktio, pahoinvointi, tihentynyt virtsaamistarve ja kipu virtsatessa, oireeton granulomatoottinen prostaatti, kuumie $\geq 38,5^\circ\text{C}$. Harvinaisimmat haittavaikutukset, ks. valmisteyhteenveto. **Reseptilääke. Pakkaukset ja hinnat** (tmh, alv 0 %) 10.01.2020: BCG-medac, jauhe ja liuotin suspensiota varten 3 x 50 ml 628,17 €. **Huom. Tutustu valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä. Lisätiedot:** medac GmbH sivuliike Suomessa, Jorvas Hitech Center, Hirsalantie 11, 02420 Jorvas, www.medac.fi. Puh. 010 420 4000.

Mitomycin medac, 40 mg, jauhe ja liuotin liuosta varten, virtsarakkoon

Vaikuttava aine: Mitomysiini. **Käyttöaiheet:** Mitomycin medac on tarkoitettu annettavaksi virtsarakkoon aikuisille potillaile pinnallisen virtsarakkosöyän uusiutumisen ehkäisyyn transuretraaliresektion jälkeen. **Annoistus ja antotapa:** Mitomycin medac – valmistetta saa antaa ainoastaan tästä hoidosta kokemusta omaavatt lääkäreit ja vain jos se on ehdottoman tarpeellista. Yhden injektiopullon sisältö tarvitaan yhtä virtsarakkoon instillaatiota varten. Virtsarakoon annettavia mitomysiinihoitoja, joissa käytetty mitomysiiniannos, instillaatioiden annont tiheys ja hoidon kesto vaihtelevat, on olemassa useita. Ellei muuta ole määritetty, mitomysiiniannos on 40 mg mitomysiiniä virtsarakkoon instilloituna kerran viikossa. Erikoislääkärin on päätettävä parhaasta hoidosta,annon tiheydestä ja hoidon pituudesta yksilöllisesti kunkin potilaan kohdalla. Mitomycin medac on tarkoitettu annettavaksi ainoastaan instillaationa virtsarakkoon liuotuksen jälkeen. Tätä lääkevalmistetta suositellaan käytettävän sen optimaalisessa pH:ssa (virtsan pH > 6). Virtsarakko on tyhjennettävä ennen instillaatiota. Mitomysiini viedään virtsarakkoon katetrilla alhaisella paineella. Yksittäisen instillaation keston tulee olla 1–2 tuntia. Tänä aikana liuoksen pitäisi olla riittävässä kosketuksessa virtsarakon koko limakalvopintaan. Tämän vuoksi potilaan tulisi liikkua mahdollisimman paljon. 2 tunnin kuluttua potilaan tulee virtsata instilloitu liuos, mieluuten istuma-asennossa. Tarkempi annostelu ja annostelu erityisryhmillä ks. valmisteyhteenveto. **Vasta-aiheet:** Jos kystiittiä esiintyy, on annettava oireenmukaista hoitoa käyttämällä tulehduskipulääkkeitä ja kipulääkkeitä paikallisesti. Useimmissa tapauksissa voidaan jatkaa mitomysiinihoitoa esim. pienemmällä annoksella tarpeen mukaan. Al- lergisen (eosinofiilisen) kystiitin joutuminen tapauksia on ilmoitettu, jolloin hoidon lopettaminen oli välttämätöntä. Mitomysiinillä on toksisia vaikutuksia luuytimeen, joten myelotoksisia hoitomuotoja (erityisesti muita sytostaatteja ja sädehoitoa) on käytettävä varoen, jottei myelosuppressio riski kasvaisi enempää. Pitkäaikainen hoito saattaa johtaa kumulatiiviseen toksisuuteen luuytimeen. Luuytimen myelosuppressio voi ilmetä viiveellä ollen voimakkaim- millaan 4 – 6 viikon jälkeen, kumulatiivisen pitkeytyneen käytön jälkeen ja vaatii siten annoksen yksilöllistä säätöä. Lääkällä potillailla fysiologiset toiminnot ovat usein heikentyneet ja luuytimen siten pitkeyntynyt. Ihmisille mitomysiini on mutageeninen ja mahdollisesti karsinogeeninen. Vältä aineen joutumista iholle ja limakalvoille. Hoito on lopetettava välittömästi, jos potillaalla ilmenee välttämättömiä, jos potillaalla ilmenee keuhko-oireita, joita ei voida liittää taustalla olevaan sairauteen. Hoito on lopetettava välittömästi myös silloin, kun potillaalla ilmenee hemolysin oireita tai merkkejä munuaisten toimintahäiriöistä (nefrotoksisuus). Hemolyttis-ureemisen oireyhtymän (HUS: palautumaton munuaisten vajaatoiminta, mikroangiopaattis-hemolyttinen anemia (MAHA) ja trombosytopenia) esiintymyinen johtaa yleensä kuolemaan. Tähän mennessä MAHA-tapauksia ei ole havaittu mitomysiiniin virtsarakkonsäisen käytön jälkeen. Uudet tutkimuslyödykset viittaavat siihen, että hoitokokeilu käyttämällä stafylokokkiproteiini A:n kolonien immunoosortilla saattaa olla sopiva poistamaan immuunikomplekseja, jolla näyttäisi olevan merkittävä tehtävä oireiden käynnistymisestä. Samanaikaisesti laskimoon annettua mitomysiiniä ja muulla syöpälääkkeellä hoidetuilla potillailla on raportoitu akuttia leukemiaa (joissakin tapauksissa preleukeemisen vaiheen jälkeen) ja myelodysplastisia oireyhtymiä. **Yhteisvaikutukset:** Systeemiseen hoitoon liittyvä mahdolliset yhteisvaikutukset: Myelotoksiset yhteisvaikutukset muiden luuydintoksisuutta aiheuttavien hoitomuotojen (erityisesti muiden sytostaattien lääkevalmisteiden ja sädehoidon) kanssa ovat mahdollisia. Yhteiskäyttö vinka-alkaloidien tai bleomysiinin kanssa saattaa lisätä keuhkotoksisuutta. Yhteisvaikutus ureemisen oireyhtymän riskin kohoamisesta on ilmoitettu potillailla, jotka saavat laskimoon annettua mitomysiiniä kanssa samanaikaisesti 5-fluorourasiiliä tai tamoksifeeniä. Elinlänkeissä pyridoksiinihydrokloridi (B6-vitamiini) johti mitomysiiniin tehon häviöamiseen. Mitomysiinihoidon aikana ei saa antaa elävää taudinaiheuttajia sisältäviä rokotteita, sillä se saattaa lisätä aineen aiheuttamaa infektiotilaa. Mitomysiini saattaa lisätä doksoorosiinisen sydäntoksisuutta. **Hedelmällisyys, raskaus ja imetus:** Ei ole olemassa tietoja mitomysiiniin käytöstä raskaana oleville naisille. Mitomysiinillä on mutageeninen, teratogeeninen ja karsinogeeninen vaikutus ja se saattaa häiritä alkiorkei- tyttä. Naiset eivät saa tulla raskaaksi mitomysiinihoidon aikana. Todettujen mutagenien, teratogeenien ja karsinogeenisten vaikutustensa vuoksi imetus on lopetettava Mitomycin medac -hoidon ajaksi. Sukukypsien potilaiden on käytettävä tehokasta ehkäisyä kotemetoripain aikana ja 6 kuukauden ajan sen jälkeen tai pidättäytävästä yhdyneestä. Mitomysiinillä hoidettavia miehiä kehoitetaan olemaan siittämiä lästä hoidon aikana ja enintään 6 kk sen jälkeen sekä tudestelemaan mahdollisuutta sperman säilyttämiseen ennen hoidon aloittamista, koska mitomysiinihoito saattaa aiheuttaa palautumattomia hedelmättömyyttä. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Ohejenmukaaisesti käytettynäkin tämä lääkevalmistee saattaa aiheuttaa pahoinvointia ja oksentelua sekä hidastaa reaktiivikykyä siinä määrin, että ajokyky ja koneiden käyttökyky heikkenevät. **Haittavaikutukset:** Virtsarakoon annettua mitomysiiniin aiheuttamia yleisimpiä haittavaikutuksia ovat allergiset ihoreaktiot paikallisen eksanteeman muodossa (esim. kosketusdermatiitti, myös palmaris-piantaarisena eryteeman muodossa) ja kystiitti. Systeemiseen annettua mitomysiiniin yleisimmät haittavaikutukset ovat ruoansulatuselimistön oireet kuten pahoinvointi ja oksentelu, luuytimen myelosuppressio ja leukopenia ja useimmin dominantti trombosytopenia. Luuytimen myelosuppressiota esiintyy enintään 65 %lla potillaista. Harvinaisimmat haittavaikutukset, ks. valmisteyhteenveto. **Reseptilääke. Pakkaukset ja hinnat** (tmh, alv 0 %) 10.01.2020: Mitomycin medac, 40 mg, jauhe ja liuotin liuosta varten, virtsarakkoon 230,00 €. **Huom. Tutustu valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä. Lisätiedot:** medac GmbH sivuliike Suomessa, Jorvas Hitech Center, Hirsalantie 11, 02420 Jorvas, www.medac.fi. Puh. 010 420 4000.

FIN000210/12020

Expected impact of the interreader variability among urologic pathologist on ProScreen prostate cancer screening trial: a pre-trial validation study

Ronja Hietikko^{1,2}, Tuomas P. Kilpeläinen^{1,2}, Teemu Tolonen³, Anne Räisänen-Sokolowski⁴, Stig Nordling², Jill Hannus³, Marita Laurila³, Kimmo Taari¹, Teuvo LJ Tammela⁵, Kari Natunen⁶, Anssi Auvinen⁶, Tuomas Mirtti^{2,4}, Antti Rannikko^{1,2}

1 Department of Urology, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland; 2 Research Program in Systems Oncology, Faculty of Medicine, University of Helsinki, Helsinki, Finland; 3 Fimlab Laboratories, Department of Pathology, Tampere University Hospital, Tampere, Finland; 4 HUSLAB Laboratory Services, Department of Pathology, HUS Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland; 5 Department of Urology, Tampere University Hospital, Tampere, Finland; 6 Faculty of Social Sciences, Tampere University, Tampere, Finland

Introduction & objectives

Prostate cancer (PCa) screening remains controversial due to the high risk of overdiagnosis of clinically insignificant PCa. We have initiated a population-based randomized screening trial (ProScreen) where our aim is to retain the benefit (PCa specific mortality reduction) and minimize the harm (overdiagnosis). The aim of this subinvestigation is to assess the potential impact of the interreader variability among urologic pathologist on the ProScreen trial.

Materials & methods

From June 2014 to May 2018, 86 men with clinical suspicion of PCa based on the magnetic resonance imaging (MRI) in Helsinki University Hospital underwent targeted biopsy of the prostate. Six pathologists individually reviewed the pseudonymized pathology slides of prostate needle biopsies in the two ProScreen trial centers (Helsinki and Tampere). The ISUP Grade grouping (GG) system was used. Fleiss' kappa (κ) was used to estimate combined agreement between all individual pathologists.

Results

Interreader agreement for cancer vs. benign (GG 1-5) was very good (κ 0.90) and for clinically significant cancer (GG 2-5) it was good (κ 0.72). Further for the more aggressive cancers (GG 3-5, GG 4-5) interreader agreement was good (κ 0.72, κ 0.68).

PIENELLÄ LÄÄKEMÄÄRÄLLÄ ONNISTUNUT TESTOSTERONIN LASKU¹

Leuprorelin Sandoz® 5 mg

laskee testosteronin vähintään yhtä
tehokkaasti kuin muut GnRH-analogit
– leuproreliiniä vapautuu elimistöön
tasaisesti 3 kk ajan.¹

**VALMIS IHON
ALLE PISTETTÄVÄ
IMPLANTAATTI.**

Leuprorelin Sandoz® 5 mg implantaatti, esitäytetty ruisku. Käyttöaiheet: Leuprorelin Sandoz 5 mg implantaatti (leuproreliini) on tarkoitettu: pitkälle edennyt hormoniriippuvaista eturauhaskarsinoma sairastavien potilaiden palliatiiviseen hoitoon, paikallisesti edenneen hormoniriippuvaisen eturauhassyövän hoitoon sädehoidon aikana ja sen jälkeen sekä paikallisen hormoniriippuvaisen eturauhassyövän hoitoon kohtalaisen ja suuren riskin potilailla yhdistettynä sädehoitoon. **Annostus ja antotapa:** Tuumorien hoitoon perehtyneen lääkärin on vahvistettava hoidon indikaatio ja seurattava pitkäaikaista hoitoa. Suositeltava annos on 5 mg:n kerta-annos Leuprorelin Sandozia 3 kuukauden välein. Yksi implantaatti injektoidaan ihon alle vatsanpeitteiden anterioriseen seinämään. Kts. Käyttöohjeet valmisteyhteenvedosta. Annosta ei ole tarpeen muuttaa munuaisten tai maksan vajaatoimintaa sairastavilla potilailla eikä ikääntyneillä potilailla. Leuprorelin Sandoz on vasta-aiheinen lapsilla ja nuorilla. Ennen injektion antamista voidaan käyttää paikallispuudutusta. Antiandrogeenin anto on suositeltavaa aloittaa adjuvanttihoitona noin 5 päivää ennen Leuprorelin Sandoz -hoidon aloittamista. Seerumin PSA- ja kokonaistestosteronitasot on mitattava Leuprorelin Sandoz -hoidon alussa ja 3 kuukauden käytön jälkeen. Eturauhaskarsinoma on androgeeniherkkä, kun testosteronipitoisuudet ovat kastreatioasolla ($\leq 0,5$ ng/ml) 3 kuukauden jälkeen ja PSA-arvo on laskenut. Jos PSA-arvot pysyvät ennallaan tai nousevat potilailla, joiden testosteronitaso on alhainen, eturauhaskarsinoma ei ole herkkä androgeeneille. Hormoniablaatiohoitoa ei siinä tapauksessa ole aiheellista jatkaa. **Vasta-aiheet:** Yliherkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille tai muille LHRH-analogeille. Tilanteet, joissa karsinoman on vahvistettu olevan hormoneista riippumaton. Vasta-aiheinen naisilla ja pediatriassa potilailla. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoimet:** Potilaita, joilla on hypertensio, on tarkkailtava huolellisesti. Potilailla, joita hoidetaan LHRH-agonisteilla, kuten Leuprorelin Sandozilla, on suurentunut riski sairastua masennukseen (joka voi olla vakava). Potilaille pitää kertoa riskistä ja heidän tulee saada asianmukaista hoitoa, jos oireita ilmenee. Allergisia ja anafylaktisia reaktioita on havaittu sekä injektiokohdassa että systeemisinä oireina. Seerumin testosteronipitoisuus nousee lyhyeksi ajaksi hoidon alussa, mikä voi tilapäisesti pahentaa sairauden joitakin oireita. Potilaita, joilla on neurologisten komplikaatioiden riski, selkärangan metastaseja ja virtsatietukos, tulisi valvoa jatkuvasti ensimmäisten hoitoviikkojen aikana mieluiten sairaalahoitossa. Sopivan antiandrogeenin antamista hoidon vvalkuvaiheessa on harkittava testosteronitason valkuvaiheen nousun mahdollisesti aiheuttamien seurausten ja kliinisten oireiden pahenemisen välttämiseksi. Hoidon onnistumista on seurattava säännöllisesti kliinisten tutkimusten avulla ja tarkistamalla fosfaatin ja/tai prostataspesifisen antigeenin (PSA) ja seerumin testosteronin pitoisuudet. Pitkäaikaiseen LHRH-analogihoitoon ja/tai kivesten poistoon liittyvä hypogonadismi voi johtaa osteoporoosiin ja luumurtumariskin suurenemiseen. Suuririikisten potilaiden luumineralisaatiota voidaan estää antamalla lisäksi bisfosonaattia. Joillakin LHRH-analogihoitoa saaneilla potilailla on raportoitu glukoosinsietokyvyn muutoksia. Diabeetikkoja on seurattava erittäin huolellisesti hoidon aikana. Androgeenideprivaatiohoito voi pidentää QT-aikaa. Lääkärin on punnittava hoidon hyöty-riskisuhdetta (mukaan lukien Torsade de pointes), ennen hoidon aloittamista potilailla, joilla on pidentynyt QT-aikaan, jotka käyttävät samanaikaisesti lääkkeitä, jotka voivat pidentää QT-aikaa. **Yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa ja muut yhteisvaikutukset:** Koska androgeenideprivaatiohoito voi pidentää QT-aikaa, samanaikaista käyttöä tunnettujen QT-aikaa pidentävien tai Torsades de pointesia indusioivien lääkkeiden (kuten ryhmän IA (esim. kinidiini, disopyramidi) tai ryhmän III (esim. amidaroni, sotaloli, dofetiliidi, ibutilidi) rytmihäiriölääkkeiden, metadonin, moksifloksasiinin, antipsykoottien jne. kanssa tulee huolellisesti harkita. **Hedelmällisyys, raskaus ja imetys:** Tarkoitettu käytettäväksi vain miespotilailla. **Vaikutukset ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Saattaa myös ohjeiden mukaisesti käytettynä heikentää reaktiokykyä siinä määrin, että ajokyky ja koneiden käyttökyky heikkenee. **Haittavaikutukset:** Seerumin testosteronitaso nousee yleensä lyhytaikaisesti hoidon alussa, mikä voi pahentaa eräitä sairauden oireita tilapäisesti (luukipu tai luukivun lisääntyminen, virtsatietukos ja sen seuraukset, luuydinkompressio, jalcojen lihashyökköys, imukudosturvotus). Sukupuolihormonien väheneminen voi aiheuttaa haittavaikutuksia. Yleisimmät haittavaikutukset (vähintään 1/10 potilaasta): Painonnonus, kuumat aallot, luukipu, seksuaalisen halun ja kyvyn heikkeneminen tai häviäminen, kivesten pienentyminen, lisääntynyt hikoilu, injektiokohdan reaktiot (kuten punoitus, kipu, turvotus, kutina). **Yliannostus:** Myrkytysoireita ei ole tähän mennessä havaittu. **Korvattavuus:** Peruskorvattava. Erityiskorvattava 100 % Eturauhassyöpä (116). **Säilytys:** Säilytä alle 30 °C:ssa. **Lisätiedot:** Reseptilääke. Katso valmisteyhteenveto tai www.laakeohje.fi. Sandoz lääkeneuvonta arkisin klo 8.00-16.00 puh. 010 6133 415. Sandoz A/S, c/o Sandoz, Metsänneidonkuja 10, 02130 Espoo. **Haittavaikutuksista ilmoittaminen:** Terveydenhuollon ammattilaisia pyydetään ilmoittamaan kaikista epäilyistä haittavaikutuksista seuraavalle taholle: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri, PL 55, 00034 Fimea. www.fimea.fi. **Tutustu valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä.** Perustuu 27.04.2021 päivättyyn valmisteyhteenvetoon. NR2106185856.

Conclusion

Interreader agreement was good to almost perfect in this pre-trial validation study. Hence the contemporary GG system appears to be reproducible and the agreement between study urologists good at minimum. The most important prognostic variable in the diagnosis of prostate cancer remains histopathological grading. This plays a significant role for the successful execution of the ongoing ProScreen screening trial.

Abstrakti: Eturauhasen magneettiohjatut koepalat Lapin keskussairaalassa

LT, eval, Jani Luukkonen; LL, urologi, Juha Lantto; LT, urologi, Matti Säily

Tausta

Viimeisten vuosien aikana suurin muutos eturauhassyövän diagnostiikassa on ollut magneetikuvantamisen käyttöönotto. Lapin keskussairaalassa (LKS) eturauhasen magneetikuvantaminen ja fuusiobiopsiat ovat olleet rutiinikäytössä jo vuodesta 2018. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vastaavatko magneettiohjatusta koepaloista saatavat tulokset hoitokäytäntöä ohjaavaa PRECISION (2018 Eklund et al.) tutkimuksen tuloksia eli onko käyttö pienessä yksikössä toimivaa.

Menetelmät

Tutkimukseen hyväksyttiin potilaat, joilta oli kuvattu eturauhasen mri ajanjaksolla 1/2018 - 8/2020, kun kuvauksen indikaatio oli primaari kuvaus, aiempien koepalojen jääminen benigneiksi, sekä aktiiviseurannan kuvaus, jossa oli otettu magneettiohjatut koepalat. Soveltuvia potilaita oli 229, joista 153 otettiin koepala epäilyttävästä muutoksesta. Koepalojen tuloksia verrattiin PRECISION tutkimukseen. Potilaiden kliiniset parametrit ja niiden vaikutus tuloksiin arvioitiin.

Tulokset

Yhteensä koepaloista löytyi syöpä 119 potilaalta, joista 96 oli kliinisesti merkitsevää (ISUP grade ≥ 2). Radiologien arvioimalla PI-RADS arvolla oli positiivinen epälineaarinen korrelaatio löydetyn syövän ISUP luokan kanssa (Spearmanin korrelaatio 0.503, $p=0.000$).



OES Elite semirigidit ureteroskoopit

- Esim. WA2UR14A - strategiset mitat: 7.3/10.4 fr. x 430 mm, 5°, kulmaoptiikka, 5.4 Fr. kanava
- Atraumaattinen, erittäin ohut kärkiosa
- Uusi, ergonomisempi käsiosan muotoilu
- Sisäänrakennettu Moirén filteri ja heijastamaton kärki

URS-toimenpiteisiin sopivia kertakäyttöisiä endoterapiatuotteita:

- **Y-yhdistäjä:** kolmitiehana, max. 9 Fr. instrumenteille *tai* **biopsiaportti** max. 6 Fr. instrumenteille
- **UroPass-sisäänviejä:** hydrofiilinen, röntgenpositiivinen, atraumaattinen, laaja kokoportfolio
- **Ultra-Catch -kivenpoistokori:** kärjetön, pyöriteltävä, ergonominen, kestävä
- **Sof Curl -ureterstentti:** hydrofiilinen, pehmeä ja jäykkä kierre, potilasystävällinen



Lisätietoja kenttätuotepäälliköltämme

Mia Matala 050 443 2471

Verrattaessa PRECISION tutkimukseen LKS:ssa hieman vähemmän ISUP 0-1 luokan löydöksiä (37.2% vs. 44.1%), kun taas merkittävää syöpää ISUP ≥ 2 hieman enemmän (62.8% vs. 55.9%).

36 koepalaa otettiin ennen kuin UÄ-MRI-fuusiolaite saatiin toimintaan kognitiivisesti uä-ohjattuna magneetissa näkyneestä muutoksesta. Tilastollisesti ei eroa syövän löytymisessä, kun verrattiin kognitiivista ja fuusio-ohjattua koepalaa ($p=0.135$, t-test).

PSA tiheys yli 0.15 korreloi merkittävästi syövän kanssa.

Yhteenveto

LKS:ssä magneettiohjatuissa koepaloissa löydettiin hieman enemmän kliinisesti merkittävää syöpää, kuin PRECISION tutkimuksessa, mutta huomioiden tulosten jakautuminen voidaan arvioida, että magneetti ohjattujen koepalojen tulokset vastaavat riittävän hyvin hoitokäytäntöä ohjaavaa monikeskustutkimusta. Magneettiohjattujen koepalojen koetaan kliinisessä käytössä parantavan diagnostiikan laatua. LKS:n kokemusten perusteella eturauhasen magneettikuvantaminen ja fuusio-ohjatut koepalat sopivat käyttöön myös pienissä yksiköissä

Biparametrinen eturauhasen magneettiku LT, eval, Jani Luukkonen; LL, urologi, Juha Lantto; LT, urologi, Matti Säily vantamisen negatiivinen ennustearvo pitkaikaisseurannassa

Laura Parhiala¹, Juha Knaapila¹, Ivan Jambor^{2,3,4}, Kari Syvänen¹, Hannu Aronen², Otto Ettala¹, Peter Boström¹

¹Department of Urology, University of Turku and Turku University hospital; ²Department of Diagnostic Radiology, University of Turku; ³Medical Imaging Centre of Southwest Finland, Turku University Hospital; ⁴Department of Radiology, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA Johdanto

Eturauhasen MRI-tutkimuksen tavoitteena on välttää tarpeettomien koepalojen ottamista ja vähentää ei-merkittävien eturauhassyöpien sekä parantaa merkittävien eturauhassyöpien löytymistä. EAU:n guideline suosittelee MRI-tutkimusta jo ennen ensimmäisiä syöpäpäilyn vuoksi otettavia koepaloja, mikäli kuvantamismahdollisuus on saatavilla. Tuoreessa prospektiiviseen BIDOC- tutkimukseen perustuvassa seurantatutkimuksessa todettiin, että 5-vuotisriski merkittävän eturauhassyövän (Gleason $\geq 4+3$) diagnoosiin oli vain 1,7%:a mikäli biparametrinen prebiopsiaMRI löydös oli PI-RADS 1-2.

Eturauhasen biparametrista MRI:tä (bpMRI) koskevassa prospektiivisessä tutkimuksessa todettiin, että mikäli bpMRI:ssä oli vain IMPROD Likert 1-2(/5) muutoksia, systemaattisis-



Orionilla on

5 mg myös prostatahyperplasian oireiden hoitoon

Tadalafil Orion



5 mg, 10 mg ja 20 mg kalvopäällysteiset tabletit

Vaikuttava aine: Tadalafilii. **Käyttöaiheet:** Aikuisten miesten erektiohäiriön hoito. 5 mg myös aikuisten miesten eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun oireiden hoito. **Annostus ja antotapa:** Erektiohäiriön hoito: Yleensä yksi 10 mg tabletti suun kautta vähintään 30 minuuttia ennen seksuaalista kanssakäymistä. 20 mg annosta voidaan kokeilla, jos 10 mg annos ei tuo toivottua tehoa. Tadalafil Orion otetaan korkeintaan kerran vuorokaudessa. Tadalafiliin käyttöä päivittäin pienimmillä annoksilla voi harkita potilaalle, jotka todennäköisesti käyttäisivät Tadalafil Orionia säännöllisesti (ts. ainakin kahdesti viikossa), potilaan valinnan ja lääkärin harkinnan mukaan. Tällöin suositeltu 5 mg:n annos otetaan kerran vuorokaudessa suunnilleen samaan aikaan päivästä. Annos voidaan pienentää 2,5 mg:aan kerran vuorokaudessa potilaan sietokyvyn mukaan. Jatkuvan päivittäisen käytön sopivuus potilaalle tulee arvioida uudelleen aika ajoin. **Eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun oireiden hoito:** Suositusannos 5 mg kerran vuorokaudessa suunnilleen samaan aikaan ruokailusta riippumatta. Jos hoidetaan sekä eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun aiheuttamia oireita että erektiohäiriötä, suositeltu annos on myös silloin 5 mg kerran vuorokaudessa suunnilleen samaan aikaan vuorokaudesta. **Antotapa:** Tadalafil Orion otetaan suun kautta. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai jollekin apuaineista. Samanaikainen orgaanisen nitraatin käyttö. Sydänsairaus, josta johtuen seksuaalinen aktiiviteetti ei ole suositeltavaa. Ei-arteriittinen näköhermon etuosan iskeemisestä vauriosta (NAION) johtuva näön häviäminen toisessa silmässä. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Erektiohäiriötä diagnosoidessa tulisi kartoittaa potilaan aikaisemmat sairaudet ja nykyinen terveydentila sekä selvittää erektiohäiriön mahdolliset syyt, ennen kuin potilaalle harkitaan lääkehoitoa. Myös potilaan kardiovaskulaarinen tila on syytä selvittää ennen lääkehoidon aloittamista, koska seksuaaliseen aktiiviteettiin liittyy jonkinasteinen sydäntapahtumariski. Tadalafiliin käytön jälkeen on raportoitu äkillisiä kuulonmenetystapauksia. Potilasta tulee neuvoa lopettamaan tadalafiliin käyttö ja hakeutumaan lääkäriin, mikäli ilmenee äkillistä kuulon alenemaa tai kuulonmenetystä. Tadalafiliin päivittäistä annostusta ei suositella potilaalle, joilla on vaikea maksan tai munuaisten vajaatoiminta. Jos potilaalla on 4 tuntia tai pitempään kestävä erektio, häntä tulee neuvoa hakeutumaan välittömästi lääkärin hoitoon. Tadalafil Orion -valmistetta tulee antaa varoen potilaille, joilla on peniksen anatominen epämuotoisuus tai jos potilaalla on priapismille mahdollisesti altistava sairaus. Tadalafil Orion sisältää laktoosimonohydraattia. **Yhteisvaikutukset:** Tadalafilii metaboloituu pääasiassa CYP3A4:n kautta, joten varovaisuutta olisi noudatettava, kun Tadalafil Orionia määrätään potilaalle, jotka käyttävät voimakkaita CYP3A4-inhibiittoreita. Tadalafil Orionin anto on vasta-aiheista potilaille, jotka käyttävät jotakin orgaanista nitraattia. Tadalafiliin ja muiden PDE5-estäjien käytön yhteydessä on ilmoitettu näköhäiriöitä ja NAION-tapauksia. Alfa-salpaajien ja tadalafiliin samanaikainen käyttö voi johtaa joillakin potilailla oireiseen hypotensioon. Tadalafiliin ja doksaatosiinien samanaikaista käyttöä ei suositella. Ei tule käyttää guanylaattisyklaasin stimulaattoreiden, kuten riosiguatiin, kanssa. Muut yhteisvaikutukset ks. valmisteyhteenveto. **Hedelmällisyys, raskaus ja imetys:** Valmiste ei ole tarkoitettu naisille. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Valmisteenä on hyvin vähäinen vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn. **Haittavaikutukset:** Yleiset; päänsärky, ihon punoitus, nenän tukkoisuus, dyspepsia, selkäkipu, myalgia, raajojen kipu. **Pakkaukset ja hinnat** (vmh sis. alv) **15.8.2022:** 5 mg 28 tabl. 7,80 €, 84 tabl. 20,08 €, 10 mg 4 tabl. 7,67 €, 20 mg 4 tabl. 3,99 €, 8 tabl. 5,75 €, 12 tabl. 7,41 €. **Korvattavuus:** Ei korvattava. **Reseptilääke. Lisätiedot:** Valmisteyhteenveto.

Orion Pharma 8/2022



sa koepaloissa ei löytynyt Gleason 7 aggressiivisempää eturauhassyöpää. Tässä tutkimuksessa tavoitteena on selvittää tuloksia näiden potilaiden pitkäaikaisseurannassa. Hypoteesina on, että MRI:n negatiivinen ennustearvo on hyvä myös pitkäaikaisseurantatulosten valossa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa kerätään seurantatiedot prospektiivisiin rekisteröityihin bpMRI-tutkimuksiin (IMPROD NCT01864135, Multi-IMPROD NCT02241122, IMPROD 2.0 NCT02844829 ja PROMANEG NCT02388126) osallistuneista miehistä Turun Yliopistollisessa keskussairaalas-
sa vuosina 2013-2018. Kaikista kerätään MRI-lausuntojen lisäksi PSA-arvot, PAD-lausunnot ja tiedot eturauhassyövän etenemisestä ja hoidosta.

Tulokset

Tutkimusanalyysiin otettiin 536 potilasta, Multi-IMPROD tutkimuksen muut kuin Tyks:n potilaat (ei pitkäaikaisseurantaa, n=103) ekskludoitiin. Mediaaniseuranta-aika oli 6 vuotta (vaihteluväli 4-8 vuotta). Näistä 178:lla potilaalla oli alkuperäisessä tutkimus-MRI:ssä luokitukseksi PI-RADS 1-3, joiden primaaribiopsioissa löytyi merkittävää Gleason $\geq 4+3$ syöpää 5,1%:lla (9/178).

Näistä 178:sta PI-RADS 1-3 luokitellusta potilaasta seurannassa Gleason $\geq 3+4$ syöpää löytyi 5,6%:lla (10/178), ja Gleason $\geq 4+3$ löytyi vain 2,2%:lla (4/178). Mikäli primaari-MRI oli PI-RADS 1-2 (n=89), löytyi seurannassa yksi Gleason $\geq 4+3$ ja viisi Gleason = 3+4 syöpää. Mikäli primaari-MRI oli PI-RADS 3 (n=89), löytyi yhteensä kolme Gleason $\geq 4+3$, joista kaksi Gleason = 4+4 ja yksi Gleason = 4+5 ja yksi Gleason = 3+4. Mediaaniaika merkittävän Gleason $\geq 4+3$ syövän löytymiselle oli 887 päivää (vaihteluväli 289-1628 päivää).

Potilaiden, joilla seurannassa löytyi Gleason $\geq 3+4$ syöpä (n=10) joukossa vain kahdella kehittyi radikaalihoidon jälkeen PSA-relapsi, joista toinen oli tutkimusaineistossa ainoa, jolla tähän mennessä on todettu (imusolmukkeisiin) metastasoitunut tauti. Kenellekään ei kehittynyt kastroatioresistenssiä seuranta-aikana.

Johtopäätös

MRI:llä on hyvä negatiivinen ennustearvo kliinisesti merkittävän eturauhassyövän diagnostiikassa. Mikäli syöpäepäilyn vuoksi otetussa MRI:ssä oli luokitukseksi PI-RADS 1-3, vain 2,2%:lla todettiin pitkäaikaisseurannassa merkittävä Gleason $\geq 4+3$ eturauhassyöpä.



MRI-guided transurethral ultrasound ablation for localized prostate cancer: 12-month clinical outcomes of a phase 2 study

Eemil Yli-Pietilä, Mikael Anttinen, Pietari Mäkelä, Antti Viitala, Pertti Nurminen, Otto Ettala, Pekka Taimen, Roberto Blanco Sequeiros, Peter J. Boström.

Introduction & objectives

Conventional treatments for localized prostate cancer (PCa) may lead to considerable genitourinary and bowel complications, necessitating the development of alternative therapies with minimal toxicity. The objective was to evaluate the safety and efficacy of MRI-guided transurethral ultrasound ablation (TULSA) of organ-confined PCa.

Materials and methods

Men with MRI-visible and biopsy-proven clinically significant PCa (ISUP ≥ 2 or high-volume ISUP 1) were enrolled in this prospective, single-center, phase 2 study (NCT03350529). Men underwent either whole-gland or lesion-targeted TULSA depending on tumor characteristics and patient preferences, and followed at 3-, 6-, and 12-mo to assess adverse events (AEs, Clavien-Dindo), PSA, uroflowmetry, and genitourinary function using validated questionnaires (IIEF-5, EPIC-26, IPSS). Men received mpMRI at 6 and 12 mo, followed by systematic, in-field, and targeted biopsy from any new PIRADS III-V lesion. Given that TULSA is an emerging technology, we also assessed the reasons for any biopsy failure.

Results

45 patients received TULSA (13/45 whole-gland, 32/45 lesion-targeted) with median sonication, hospitalization, and catheterization time of 36 min, 24 h, and 10 d, respectively. AEs included 5 grade 1, 14 grade 2, and no grade 3 or higher events. The re-TULSA treatment rate was 13 (29%).

35 patients have completed 1 yr follow-up (median [IQR] age 68 yr [51–84], PSA 8.2 ng/ml [5.3–10], ISUP 1 4/35, ISUP 2 19/35, ISUP 3 9/35, ISUP 4 3/35). 16/32 (50%) patients were free of any clinically significant PCa (ISUP ≥ 2) at 1 yr biopsy with median [IQR] PSA of 1.25 ng/ml [0.67–2]. 10 (27%) patients had positive in-field biopsies harboring ISUP ≥ 2 PCa. Reasons for clinically significant disease included learning curve, patient selection and technical challenges. Coupled with technological refinements, addressing these issues improved the rate of freedom from clinically significant disease to 90% for the last 10 patients treated.

Median [IQR] average flow rate and Qmax remained stable and post-void residual volume improved from 69 ml [32–106] to 13 ml [0–41]. Four men re-gained their baseline potency by 1 yr (IIEF-Q4 > 2), while five men lost function. Median [IQR] IPSS and IPSS QoL scores

>90%

PAMORELIN-HOITOA SAANEISTA POTILAISTA
SAAVUTTA TESTOSTERONITASON ALLE 0,7 NMOL/L.
RIIPPUMATTA ANNOSMUODOSTA.¹

37 6

KUUKAUDEN INJEKTIO.
SAMA TEHO.²

UUDEKOKEMUS.³
AKTIIVINEN IPSENIIN TUKI.

 **Pamorelin**[®]
triptoreliini

Paikallisesti edenneen tai
metastasoituneen eturauhassyövän hoitoon

Viitteet:

1. Brelvi J, et al. Adv therapy 2017;34:513-523. 2. Ploussard G, Monglat-Artus P. Future Oncol. 2013;9(1):93-102. 3. Fischer, Jnos; Ganellin, C. Robin (2006). Analogue-based Drug Discovery. John Wiley & Sons, p. 514. ISBN 9783527607495.

PAMORELIN 3,75 mg, 11,25 mg ja 22,5 mg injektiokuiva-aine ja liuotin depotsuspensiota varten TRIPTORELIINI

Tämä lyhennelmä koskee vain käyttöä prostatasyövän hoidossa. Muut käyttöaiheet, katso valmisteyhteenveto. **Käyttöaiheet:** Paikallisesti edenneen tai metastasoituneen hormoniriippuvaisen prostatasyövän hoitoon. Suuren riskin paikallisen tai paikallisesti edenneen hormoniriippuvaisen prostatasyövän hoitoon yhdistelmänä sädehoidon kanssa. **Annostus ja antotapa:** Yhtenä suhteellisen nopeana ja keskeytymättömänä lihaksensisäisenä injektiona: 3,75 mg kerran kuussa, 11,25 mg joka 12. viikko tai 22,5 mg joka 24. viikko lääkärin valvonnassa. 3,75 mg voidaan antaa myös ihonalaisena injektiona. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys GnRH:lle, sen analogeille tai jollekin valmisteen aineosalle. Raskaus ja imetys. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitusmerkit:** GnRH-agonistien käyttö voi pienentää luuntiheyttä. Erityinen varovaisuus on tarpeen, jos potilaalla on muita osteoporoosin riskitekijöitä (esim. krooninen alkoholin väärinkäyttö, tupakointi, pitkäaikaishoito luuntiheyttä pienentävillä lääkkeillä kuten epilepsialääkkeet tai kortikosteroidit, suvussa esiintyvä osteoporoosi, aliravitsemus). Luuntiheys on mitattava ennen hoidon aloittamista, etenkin jos naisella on useita osteoporoosin riskitekijöitä, ja tarvittaessa aloitettava osteoporoosin hoito tai profylaksia. Hoito GnRH-agonistilla voi paljastaa aiemmin havaitsemattoman gonadotropiini solujen aivolisäkeadenooman (oireina äkillinen päänsärky, oksentelu, näköhäiriöt ja silmälihasten halvaus). GnRH-agonistihoidon liittyy suurentunut riski sairastua masennukseen (joka voi olla vakava). Masennusta sairastavien potilaiden tilaa on seurattava tarkasti hoidon aikana. **Prostatasyöpä:** Triptoreliini aiheuttaa hoidon alussa ohimenevää seerumin testosteronipitoisuuksien kohoamista. Sen seurauksena voi kehittyä tilapäisesti pahenevia prostatasyöpään liittyviä oireita ensimmäisten hoitoviikkojen aikana. Hoidon alussa tulisi harkita sopivaa antiandrogenilääkitystä vähentämään seerumin testosteronipitoisuuden nousua ja kliinisten oireiden pahenemista. Tilapäistä syöpään liittyvien kipujen lisääntymistä voidaan helpottaa oireenmukaisella hoidolla. Yksittäisissä tapauksissa on havaittu selkäytimen kompressiota tai virtsateiden obstruktiota. Komplikaatioiden tavanomaisen hoidon lisäksi voidaan äärimmäisissä tapauksissa harkita välitöntä orkiektomiaa. Huolellinen seuranta on tarpeen ensimmäisten hoitoviikkojen aikana, erityisesti potilailla, joilla on nikaman etäpesäkkeitä ja vaarana

saada selkäytimen kompressio ja potilailla, joilla on virtsateiden obstruktiota. Potilailla, joilla on merkittävä metabolisten tai kardiovaskulaarisairauksien vaara, pitäisi tutkia huolella ennen androgeenitasoa alentavaa hoitoa ja sen aikana. Androgeenideprivaatiohoito voi pidentää QT-aikaa mikä tulee huomioida potilailla, joilla on pidentynyt QT-aika, sen riskitekijöitä tai QT-aikaa pidentävä lääkitys. **Yhteisvaikutukset:** Kun triptoreliinia annetaan samanaikaisesti sellaisten lääkkeiden kanssa, jotka vaikuttavat aivolisäkkeen gonadotropiinierytykseen, varovaisuutta on noudatettava ja potilaan hormonipitoisuuksien seuraamista suositellaan. Yhteiskäyttöä QT-aikaa pidentävien lääkkeiden, kuten luokan Ia tai III rytmihäiriölääkkeiden, metadonin, moksifloksasiinin tai antipsykoottien kanssa arvioida tarkoin. **Hedelmällisyys, raskaus ja imetys:** Ei saa käyttää raskaana olevilla tai imettävillä naisilla. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Ajokyky tai kyky käyttää koneita voi heikentyä, jos potilaalla esiintyy huimausta, uneliaisuutta tai näköhäiriöitä. **Haittavaikutukset:** *Miehillä:* Hyvin yleiset: heikentynyt libido, alaraajojen tuntohäiriöt, kuumat aallot, liikkahikoilu, selkäkipu, erektiohäiriöt, voimattomuus. Yleiset: yliherkkyys, libidon menetykset, masennus, mielialan vaihtelut, huimaus, päänsärky, kohonnut verenpaine, suun kuivuus, pahoinvointi, tuki- ja liikuntaelintenkipu, raajakipu, lantiokipu, injektiokohdan reaktiot, turvotus, painonpudotus. **Haittavaikutukset:** *Miehillä:* Hyvin yleiset: heikentynyt libido, alaraajojen tuntohäiriöt, kuumat aallot, liikkahikoilu, selkäkipu, erektiohäiriöt, voimattomuus. Yleiset: yliherkkyys, libidon menetykset, masennus, mielialan vaihtelut, huimaus, päänsärky, kohonnut verenpaine, suun kuivuus, pahoinvointi, tuki- ja liikuntaelintenkipu, raajakipu, lantiokipu, injektiokohdan reaktiot, turvotus, painonpudotus. **Pakkaukset ja hinnat (VMH+alv) 11/2020:** Pamorelin 3,75 mg 1 + sol 137,27 €. Pamorelin 11,25 mg 1 + sol 342,97 €. Pamorelin 22,5 mg 1 + sol 624,75 €. Reseptilääke. **Korvattavuus:** Ylempi erityiskorvausryhmä (100 %): Eturauhassyöpä (116). Huom. Lue valmisteyhteenveto ennen lääkkeen määräämistä. **Lisätietoja:** Ipsen AB, Kista Science Tower, Färögatan 33, SE - 164 51 Kista, Ruotsi, puh +46 8 451 60 00, www.ipsen.com ja Pharmacia Fennica. Perustuu 15.4.2021 päivättyihin valmisteyhteenvetoihin.

Institut Produits Synthèse (IPSEN) AB
Färögatan 33, SE - 164 51 Kista, Ruotsi.

 **IPSEN**
Innovation for patient care

TRI-FI-000062 June 2022

improved from 6 [4–12] and 2 [1-3] at baseline to 4 [1–8] and 1 [0-2] by 1 yr. Median [IQR] EPIC-26 urinary incontinence and bowel domains remained unchanged (100/100), while irritative/obstructive domain improved from 88 [75-100] to 94 [94-100] and sexual domain worsened from 61 [50-100] to 55 [25-75].

Conclusion

TULSA is a feasible therapy option for ablating localized PCa with a favorable side effect profile and minimal impact on quality of life. Oncological improvements were seen over the course of the study, and were attributable to improvements in learning curve and patient selection.

12-month functional and oncological outcomes of salvage TULSA for localized radio-recurrent prostate cancer

Mikael Anttinen, Cameron Wright, Pietari Mäkelä, Antti Viitala Roberto Sequeiros Blanco, Pekka Taimen, Peter J. Boström.

Introduction & objectives

Cancer recurrence after primary radiotherapy (RT) for localized prostate cancer (PCa) is a common phenomenon among many patients, necessitating novel salvage treatments. The objective of this study was to evaluate both the safety and early functional and oncological outcomes of salvage magnetic resonance imaging-guided transurethral ultrasound ablation (sTULSA) as an alternative treatment option for men with localized radio-recurrent PCa.

Materials and methods

Men with biopsy-proven localized PCa recurrence after RT were enrolled in this prospective, single-center, phase 1-2 study (NCT03350529). Multiparametric MRI (mpMRI) and 18-F prostate-specific membrane antigen (PSMA)-1007 PET-CT were used to confirm the organ-confined disease. Patients underwent either whole-gland or partial sTULSA, depending on their tumor characteristics and patient preferences. Patients were followed every 3 months and adverse events (AEs, Clavien-Dindo scale), functional status questionnaires, uroflowmetry, and prostate-specific antigen (PSA) were assessed at every study visit. Disease control was assessed at 3 months (mpMRI) and 12 months by mpMRI, PSMA PET-CT, and prostate biopsy covering the treatment area plus areas suspicious on imaging.

Results

29 patients (median age 72 yr, interquartile range [IQR] 69–74) underwent sTULSA (11 par-

Sain uudet kortit

– Tervehdys optimismi.

Munuaissyöpöpotilaallesi, joka on saanut sunitinibihoidon aiemmassa hoitolinjassa¹



Inlyta
aksitinibi tabletti

INLYTA (aksitinibi) 1 mg tai 5 mg kalvopäällysteiset tabletit.

Käyttöaiheet: INLYTA on tarkoitettu edennyttyä munuaissolukarsinoomaa sairastavien aikuispotilaiden hoitoon aiemman sunitinibi- tai sytokiinihoidon epäonnistuttua. **Annostus:** Hoidon aloittavan ja hoitoa seuraavan lääkärin tulee olla perehtynyt syöpälääkkeiden käyttöön. INLYTAn suositeltu annos on 5 mg suun kautta kaksi kertaa vuorokaudessa. Annosta suositellaan suurentamaan tai pienentämään potilaan yksilöllisen turvallisuuden ja sietokyvyn mukaisesti. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys aksitinibilille tai apuaineille. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** INLYTalla tehdyissä kliinisissä tutkimuksissa on raportoitu verenvuoto- sekä sydämen vajaatoimintatapauksia. Sydämen vajaatoiminnan oireita on seurattava hoidon ajan, ja annosta tarvittaessa esim. pienennettävä. Potilasta on seurattava hypertensio ilmaantumisen havaitsemiseksi ja hypertensio on tarvittaessa hoidettava tavanomaisilla verenpainelääkkeillä. Kilpirauhasen toiminta on määritettävä ennen INLYTA-hoidon aloittamista ja sitä on seurattava säännöllisesti hoidon keston ajan sekä tarvittaessa hoidettava asianmukaisesti. INLYTalla tehdyissä kliinisissä tutkimuksissa raportoitiin valtimoiden sekä laskimoiden tromboembolisioita ja tromboottisia tapahtumia, verenvuototapahtumia sekä aneurysmien repeämiä. INLYTA-hoidossa on oltava varovainen, jos potilaalla on tällaisten tapahtumien riski tai jos hänellä on aiemmin esiintynyt tällaisia tapahtumia. Jos verenvuoto vaatii lääketieteellisiä toimenpiteitä, on hoito keskeytettävä tilapäisesti. Ruoansulatuselimistön perforaatioiden ja fistelien oireita on seurattava säännöllisesti koko INLYTA hoidon ajan. Virtsan proteiinin määrittäminen ja seuraamista suositellaan hoidon aikana. INLYTA-hoito on lopetettava jos potilaalle kehittyy nefrootinen oireyhtymä. INLYTAA saaneilla potilailla on havaittu maksatoksisuutta. Maksan toiminta on määritettävä ennen INLYTA-hoidon aloittamista ja sitä on seurattava säännöllisesti koko hoidon keston ajan. INLYTAA ei pidä käyttää vaikeaa maksan vajaatoimintaa sairastavilla potilailla. **Yhteisvaikutukset:** INLYTAn samanaikaista käyttöä potenttien CYP3A4/5:n estäjien (mm. ketokonatsoli, rifonaviiri, itrakonatsoli, klaritromysiini, erytromysiini, greippimehu) sekä samanaikaista käyttöä potenttien CYP3A4/5:n induktoreiden (mm. deksametasoni, rifampisiini, karbamatsipiini, fenobarbitaali, fenytoiini, mäkikuisma) kanssa on vältettävä. **Raskaus ja imetus:** Eläintutkimuksissa on osoitettu lisääntymistoksisuutta, myös sikiön epämuodostumia. INLYTAA ei saa käyttää raskausaikana ellei raskaana olevan potilaan kliininen tilanne edellytä. Hedelmällisessä iässä olevien naisten on käytettävä tehokasta ehkäisyä hoidon aikana ja yhden viikon ajan hoidon jälkeen. INLYTA-hoidon aikana ei saa imettää. **Haittavaikutukset:** Yleisimmät (≥ 20 %) aksitinibihoidon haittavaikutukset olivat ripuli, hypertensio, uupumus, heikentynyt ruokahalu, pahoinvointi, painonlasku, äänen käheys, käsi-jalkaoireyhtymä, verenvuoto, hypotyreoosi, oksentelu, proteinuria, yskä ja ummetus. **Reseptilääke. Pakkaukset ja hinnat:** (vmh + alv. 1.2.2021 alkaen) 56 tablettia 1 mg, 809,75 €; 56 tablettia 5 mg 3887,53 €. **Korvattavuus:** Rajoitetusti erityiskorvattava (168, YE 100%). **Lisätietoja:** Valmisteyhteenveto ja **Pfizer Oy, Tietokuja 4, FI-00330 Helsinki, puh. 09 430 040, www.pfizer.fi.** Perustuu 29.7.2021 hyväksytyyn valmisteyhteenvetoon.

tial ablations, 18 whole-gland) with a median follow-up of 12 mo (IQR 9–12). 19 have since completed their 12-mo follow-up. Median baseline PSA was 3.8 ng/ml (IQR 2.7–7.5). Median interval time between initial RT and sTULSA was 11 years (IQR 8–13). One patient withdrew from the study three months after sTULSA (PSA<0.006). Two patients experienced early biochemical (PSA \geq nadir +0.5) and metastatic recurrence three and six months after sTULSA necessitating androgen deprivation therapy (ADT). For the others (n=16) median PSA at 12 months post-sTULSA was 0.19 ng/ml (IQR 0.061-0.34), with five patients having undetectable PSA, despite discontinuation of ADT after sTULSA in all patients (n=6) receiving ADT before sTULSA. At 12-month biopsy follow-up, 14/16 (88%) patients were free of any PCa in the treatment region, with two out-of-field recurrences as assessed through a combination of biopsy, MRI and PSMA PET-CT. AEs included two grade 3 events (2J stent and urethral stricture), two grade 2 events (osteitis pubis and IV antibiotics), seven grade 1 events (infection or urinary retention), and no grade 4 or higher events. Uroflowmetry information available for 15 patients at 12 months revealed 69% improvements for post-void residual volume compared to the baseline and deterioration of 26%, 35%, and 39% for average flowrate, Qmax, and voided volume, respectively.

Conclusion

TULSA is a safe salvage therapy option for local prostate cancer recurrence after primary RT, with acceptable toxicity and promising 12-month oncological outcome.

Title: Transurethral ultrasound ablation (TULSA) for benign prostatic hyperplasia: three-month clinical outcomes

Mikael Anttinen, Antti Viitala, Pietari Mäkelä, Pertti Nurminen, Teija Sainio, Ilari Virtanen, Pekka Taimen, Roberto Blanco Sequeiros, Peter J. Boström

Introduction & objectives

MRI-guided transurethral ultrasound ablation (TULSA) is a novel therapy option for treating lower urinary tract symptoms (LUTS) caused by benign prostatic hyperplasia (BPH). We have previously reported 12-month clinical outcomes from the first ten patients treated at our institution. Since then, we have acquired more clinical data by treating an additional 10 patients. Combined data set of all 20 patients is reported here for the first time.

Materials and methods

Men with LUTS due to BPH in need of surgical interventions were enrolled in this prospective, investigator-initiated, single-center, phase 1-2 study (NCT03350529). Efficacy of the procedure is assessed by uroflowmetry, PSA, and functional status and quality of life (QoL) questionnaires including EPIC-26, IPSS, and IIEF-5 at baseline and 3, 6, 9 and 12 months post-TULSA. MRI is obtained at baseline, 3 and 12 months. Medication use before and after TULSA and adverse events (AEs) in Clavien-Dindo classification are recorded.

Results

20 patients have undergone TULSA, with a median follow-up of 12 mo. At baseline, median [IQR] age was 67 years [64–72], PSA 3.1 ug/l [2.3–6], prostate volume 51 ml [48–64.5], average flow rate 4 ml/s [3–7.3], maximum flow rate 11 ml/s [7.8–15.7], voided volume 210 ml [143.5–378], and post-void residual volume 71 ml [40–304]. Median sonication, hospitalization, and catheterization times were 43 min, 24 h, and 16 d, respectively. AEs included six grade 2 and one grade 3 events, including urinary tract infection, urinary retention, and epididymitis (grade 3), all resolving within three months.

17 patients have completed their 3-mo follow-up. Between baseline and 3 months, median values for measured parameters changed as follows: prostate volume reduced from 51 to 38 ml, PSA reduced from 3.1 to 1.4 ug/l, post-void residual volume decreased from 71 to 54 ml, average flow rate increased from 4 to 8 ml/s, Qmax increased from 11 to 23 ml/s, voided volume decreased from 210 to 171 ml, IPSS score improved from 16 to 6, IPSS QoL score improved from 4 to 1, IIEF-5 improved from 17 to 21, EPIC-26 urinary incontinence domain improved from 86 to 97, EPIC-26 irritative/obstructive domain improved from 69 to 91, EPIC-26 bowel domain improved from 88 to 96, EPIC-26 sexual domain improved from 63 to 95 and EPIC-26 hormonal domain reduced from 95 to 93.

The results of uroflowmetry, functional status, and QoL questionnaires all improved already at 3 months despite discontinuation of LUTS medication in all 17 patients receiving LUTS medication before TULSA.

Conclusion

These short-term outcomes strengthen our previously reported results on the safety and efficacy of TULSA as a promising treatment option for BPH.

Vähähappisen mikroympäristön vaikutus rasva-aineenvaihduntaan hoitoresistenteissä eturauhassyöpäsoluissa

Siltari Aino¹, Bläuer Merja¹, Syvälä Heimo¹, Tammela Teuvo^{1,2}, Murtola Teemu^{1,2}

¹*Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampere, Suomi*

²*Tampereen yliopistollinen keskussairaala, urologian poliklinikka, Tampere, Suomi*

Johdanto

Kiinteät kasvaimet tyypillisesti suosivat hapettomia aineenvaihduntareittejä energian tuotannossa: solujen yksi tyypillinen keino on siirtyä suosimaan rasva-aineita energian lähteenä. Mekanismi auttaa syöpäsoluja selviämään vähähappisessa mikroympäristössä, joka on tyypillinen kiinteissä kasvaimissa, kuten eturauhassyöpässä. Vähähappinen mikroympäristö ja vilkas lipidimetabolia ovat molemmat yhdistetty kasvaimen alentuneeseen immuunivasteeseen sekä hoitoresistenssin kehittymiseen. Eturauhassyöpäsolujen rasva-aineenvaihdunta on poikkeuksellisen aktiivista, mikä näkyy lipidien, erityisesti kolesterolin, kerääntymisenä solun sisäisiin varastoihin. Tutkimme vähähappisen mikroympäristön vaikutusta eturauhassyöpäsolujen lipidimetaboliaan sekä solujen kasvuun hoitoresistenssin eri vaiheissa.

Aineisto ja menetelmät

Uniikit hoitoresistenssit solulinjat luotiin kasvattamalla kaupallista eturauhassyöpäsolulinjaa (VCaP) ensin useiden kuukausien ajan korkeassa testosteronipitoisuudessa (10 nM), kunnes solujen kasvu oli riippuvaista siitä (VCaP-T). Tämän jälkeen näitä testosteronisensitiivisiä soluja viljeltiin alhaisessa testosteronipitoisuudessa (0,1 nM), kunnes solut kasvoivat testosteronista riippumatta. Näin luotiin kastraatioresistentti solulinja (VCaP-CT). Kastraatioresistentejä soluja altistettiin edelleen entsalutamidille ja/tai bikalutamidille kunnes solut muodostivat resistenssin myös näille lääkkeille (VCaP-CT-ER, VCap-CT-BR ja VCaP-CT-ER-BR solulinjat).

Kaikki solulinjat altistettiin kolmeksi vuorokaudeksi vähähappiselle mikroympäristölle (2% O₂) kolesterolilääke simvastatiinin kanssa (2,5 mM) tai ilman. Tuloksia verrattiin soluihin, jotka kasvoivat normaalihappisissa olosuhteissa (21% O₂) muuten samoissa olosuhteissa. Muutosta solujen kasvunopeudessa mitattiin kristalliviolettivärjäyksellä. Solun sisäisten lipidikertymien määrää mitattiin Oil Red O-värjäyksen avulla.

Tulokset

Hypoksia laski solujen kasvua 25-30% kaikissa solulinjoissa. Poikkeuksena oli sekä entsalutamidille että bikalutamidille resistentti solulinja, jonka kasvua hypoksia-altistus muutti vain vähän (n. 10% lasku). Simvastatiinikäsittely laski solukasvua kaikissa solulinjoissa happipi-

toisuudesta riippumatta. Kaikissa resistenteissä solulinjoissa nähtiin solunsisäisen rasvamäärän kasvua verrattuna androgeenisensitiiviseen solulinjaan.

Johtopäätös

Korkeimman hoitoresistenssin omaavat solut selvisivät vähähappisuudesta parhaiten, joten ne ovat parhaiten adaptoituneet hypoksiseen mikroympäristöön. Kaikissa resistensseissä solulinjoissa tapahtui solun sisäistä lipidien akkumulaatiota verrattuna androgeenisensitiiviseen solulinjaan. Tämä tukee lipidimetabolian merkitystä lääkeaineresistenssin muodostumisessa ja vähähappisessa mikroympäristössä selviämässä.

Ohjatun liikunnan vaikutus metabolisiin markkereihin ja fyysiseen aktiivisuuteen androgeenideprivaatiohoidon aikana -satunnaistettu pilottitutkimus

Rantaniemi Lauri¹, Siltari Aino¹, Murtola Teemu^{1,2}

¹Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

²Tampereen yliopistollinen keskussairaala, urologian poliklinikka

Johdanto

Edenneen eturauhassyövän hoidossa yleisesti käytetty androgeenideprivaatiohoito aiheuttaa monia haittavaikutuksia, kuten väsymystä, painon nousua, lihasten heikkenemistä sekä heikentynyttä libidoa, jotka heikentävät yleisesti potilaiden elämänlaatua. Ohjattu liikuntaharjoittelu todistetusti nostaa elämänlaatua syöpähoitojen yhteydessä. Kuitenkin liikunnan vaikutusta metabolisiin muuttujiin androgeenideprivaation aikana ei tunneta.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ohjatun liikuntaharjoittelun vaikutuksia veren sokeri- ja kolesteroliarvoihin, kehonkoostumukseen ja potilaiden yleiseen fyysiseen aktiivisuuteen androgeenideprivaation aikana verrattuna miehiin, jotka liikkuvat omaehtoisesti.

Aineisto ja menetelmät

Yhteensä 45 miestä rekrytoitiin mukaan tutkimukseen. Yksi tutkittava veti suostumuksen takaisin ennen intervention aloitusta ja viisi keskeytti tutkimuksen. Tutkittavat satunnaistettiin kahteen ryhmään: ohjattu ryhmäliikunta (n=27) tai omaehtoinen liikkuminen (n=17). Ohjatussa liikunnassa miehet osallistuivat kahdesti viikossa 1,5 tunnin ohjattuun ryhmäliikuntaan, joka sisälsi sekä aerobista liikuntaa, että voimaharjoittelua. Kolmen kuukauden ohjatun liikuntaintervention jälkeen potilaita seurattiin kolme kuukautta. Omaehtoisesti liikkuva ryhmä sai saman ohjeistuksen liikuntaan kuin ryhmäliikuntaryhmä, mutta liikkui itsenäisesti koko

tutkimusperiodin ajan. Paastoverensokeri, kolesteroliarvot sekä kehonkoostumus mitattiin aloituksessa, kolme kuukautta satunnais-tamisen jälkeen sekä tutkimuksen lopussa. Fyysistä aktiivisuutta tutkimuksen aikana mitattiin aktiivisuusrannekkeiden avulla (Polar A370). Tutkimus on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan hyväksymä (R18021) ja se on rekisteröity (Clinicaltrials.gov, NCT04050397).

Tulokset

Kolesteroliarvo mediaani nousi tutkimuksen aikana molemmissa ryhmissä, kuitenkin vähemmän ohjatussa liikuntaryhmässä (0.1 vs. 0.4 mmol/l, $p=0.02$). LDL pysyi muuttumattomana ohjatussa liikuntaryhmässä, mutta nousi hiukan itsenäisesti liikkuvassa ryhmässä (0 vs. 0.4 mmol/l, $p=0.01$). Paastoverensokeri laski molemmissa ryhmissä (-0.2 ja -0.4 mmol/l ohjatussa ja omatoimisessa ryhmässä). Päivittäinen kokonaisaktiivisuus-aika oli korkeampi ohjattun liikuntaintervention jälkeen

(mediaani 364 vs. 293 minuuttia päivässä). Ero ohjatun liikuntaryhmän hyväksi säilyi vielä ohjatun liikunnan loppumisen jälkeisen seurannan aikana (mediaani 331 vs. 267 minuuttia päivässä). Kehon rasvaprosentti ei muuttunut tutkimuksen aikana ohjatussa liikuntaryhmässä, mutta laski hiukan omaehtoisesti liikkuvilla (mediaanilasku -0,9%). Yksikään tutkittavista ei keskeyttänyt liikuntaan liittyvien haittojen takia.

Johtopäätös

Tämä pilottitutkimus osoitti, että aerobista liikuntaa ja voimaharjoittelua sisältävä liikunta-ohjelma on turvallinen androgeenideprivaatiosuorituksen aikana. Ohjattu liikuntaharjoittelu estää tehokkaammin androgeenideprivaatiosuorituksen metabolisia haittoja aikana ja lisää fyysistä aktiivisuutta omaehtoiseen liikuntaan verrattuna. Jatkotutkimuksia tarvitaan selvittämään voidaanko ohjatulla liikunnalla vaikuttaa eturauhassyöpöpotilaiden elossaoloaikaan.

Evaluation of functional outcome after 3D laparoscopic prostatectomy using visual analog scale (VAS)

Haapiainen H¹, Valli JI, Murtola T^{2,3}, Huhtala H4, Kaipia A², Raitanen M^{1,3}

¹ Seinäjoki central hospital, Department of Urology, Seinäjoki Finland

² TAYS Cancer Center, Department of Urology, Tampere, Finland

³ Tampere University, Faculty of Medicine and Health Technology, Tampere, Finland

⁴ Faculty of Social Sciences, Biostatistics Group, Tampere University, Tampere Finland

Background

Treatment related adverse effects, especially urinary incontinence (UI) and erectile dysfunction (ED), after radical prostatectomy (RP) are common and associate with significant reductions in health-related quality of life (HRQL). The EPIC-26 is validated questionnaire that is a gold standard to assess HRQL after RP. It has good reliability and low administration burden, but in daily clinical setting it can be cumbersome. Therefore, alternative, and simpler methods are needed.

Materials and methods

200 men were operated with 3D Laparoscopic prostatectomy (3D-LRP) for localized prostate cancer (PCa) in Seinäjoki central hospital between December 2013 and September 2018. In October 2019 EPIC-26 questionnaire along with Incontinence-VAS and Sexual-VAS forms were sent to patients in same envelope to evaluate the correlation between VAS and EPIC-26. In Incontinence- and Sexual-VAS forms the placement of patient mark was measured using a ruler and put up with accuracy of 1 mm. The result is informed as a distance from left edge of the segment. The best result is 10cm and measured in the right end of the segment. In EPIC-26 form the points for different domains were calculated using the University of Michigan scoring instructions. The Spearman`s rank correlation coefficient was used to evaluate the correlation between EPIC-26 domains of urinary incontinence and sexual function to similar VAS forms.

Results

The median of EPIC-26 domain for urinary incontinence was 79.25(14.5-100) and in sexual domain 36.17(0.0- 100). The Incontinence- and Sexual VAS medians were 8.8cm (1.4-10.0cm) and 3.2cm (0.0-10cm). Correlation coefficient between the incontinence domain of EPIC-26 and incontinence-VAS was 0.722; 95% confidence interval (CI) 0.63-0.79 and p-value <0.001. The correlation coefficient between the sexual domain in EPIC-26 and Sexual-VAS was 0.883; 95% CI 0.84-0.91 and p-value <0.001.

Conclusions

Our study shows excellent correlation between EPIC-26 and VAS in both urinary incontinence and sexual function domains. VAS-forms may be used as easier alternative to EPIC-26 when evaluating functional outcome after RP in daily clinical practice.

Radical Cystectomy Survival in Finland during 2005-2017

Ilkka Nikulainen¹, Antti P. Salminen¹, Mikael Högerman¹, Ileana Montoya Perez^{2,3}, Heikki Seikkula⁴, Ilmari Koskinen⁵, Jukka Sairanen⁵, Jussi Nikkola⁶, Teemu J. Murtola⁶, Markku H. Vaarala⁷, Senja Jousmäki⁷, Timo K. Nykopp⁸, Taina Isotalo⁹, Timo Marttila¹⁰, Abdiwahid Alibeto¹¹, Marjo Seppänen¹², Christian Palmberg¹³ and Peter J. Boström¹

¹Department of Urology, University of Turku and Turku University Hospital, Turku, Finland

²Department of Information Technology, University of Turku, Turku, Finland.

³*Department of Biostatistics, University of Turku, Turku, Finland.*

⁴*Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland.*

⁵*Department of Urology, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland*

⁶*Department of Urology, University of Tampere and Tampere University Hospital, Tampere, Finland.*

⁷*Department of Urology, University of Oulu and Oulu University Hospital, Oulu, Finland.*

⁸*Department of Urology, University of Eastern Finland and Kuopio University Hospital, Kuopio, Finland.*

⁹*Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Lahti, Lahti, Finland.*

¹⁰*Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Seinäjoki, Seinäjoki, Finland.*

¹¹*Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Mikkeli, Mikkeli, Finland.*

¹²*Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Pori, Pori, Finland.*

¹³*Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Vaasa, Vaasa, Finland.*

Background

Muscle-invasive bladder cancer (MIBC) is an aggressive disease and radical cystectomy (RC) with pelvic lymph node dissection (PLND) is the gold standard of therapy. Our objective was to report long term survival outcomes of RC in Finland.

Methods and materials: The Finnish National Cystectomy Database (FNCD) containing retrospectively collected essential clinical RC data covering years 2005-2017 was combined with the survival data (2018) from the Finnish Cancer Registry (FCR). Kaplan-Meier plots were used to estimate the overall survival (OS). The survival figures were illustrated according to the patients` RC pathology report. The log rank test was used to compare subgroups of patients in terms of survival and hazard ratios (HR) were calculated.

Results

A total of 1934 patients were included in the study. At the time of RC, 408 (22%) patients had non-muscle-invasive bladder cancer (nMIBC = Ta-Tis-T1) and 346 (18%) had no trace of tumor at all (T0) in the RC specimen. A muscle-invasive (T2) tumor was present in 350 (19%) patients and 776 (41%) patients had locally advanced BC (T3-4). Positive LNs were found in 373 (19%) patients. The OS of the entire RC population at 5- and 10 years was 67% and 56%, respectively. The best OS was seen on T0-patients with a 5-year OS of 87% and a 10-year OS of 75%. Patients with nMIBC had a 5 year OS of 85% and a 10 year OS of 69% while the corresponding figures for patients with a muscle-invasive-tumor (T2) were 71% and 60%. In locally advanced BC the 5-year and 10-year OS survival was 48% and 39% respectively. Patients with positive LNs had the worst OS with a 5-year and 10-year OS of 44% and 35% respectively.

Conclusion

The Finnish national RC results were comparable with good international standards and demonstrate that long-term survival is associated with pT- and pN-category at the time of surgery.

Robottivusteinen laparoskooppinen virtsarakkosyöpäkirurgia KYS:ssa

(Sirku Siltari, Arto Salonen, Sirpa Aaltomaa; Kuopion yliopistollinen sairaala)

Johdanto

Lihasinvasiivisen tai huuhteluhoidoista huolimatta toistuvasti uusiutuvan pinnallisen virtsarakkosyövän standardihoito on virtsarakon radikaali poistoleikkaus. Perinteisen avoleikkauksen suurimmat ongelmat liittyvät perioperatiiviseen verenvuotoon ja suolilamaan. Muita komplikaatioita ovat mm. haavaongelmat (dehiskentia, infektiot), seroomat ja lymfoseelettiset verisuonitukokset (SLT, keuhkoembolia), infektiot ja suolileikkaus. Robottikirurgia mahdollistaa toimenpiteen tekemisen mini-invasiivisesti. Robottivusteisen laparoskooppisen tekniikan toivotaan vaikuttavan leikkausvuotoon, verensiirtojen tarpeeseen, suolilaman estoon, haavakomplikaatioiden vähenemiseen ja sairaalassaoloaikaan. KYS:n urologian yksikössä robottivusteinen kirurgia aloitettiin maaliskuussa 2016, ensimmäiset kystektomiat tehtiin marraskuussa 2017.

Materiaali ja menetelmät

Esittelemme KYS:n robottivusteisten laparoskooppisten kystektomioiden aineistoa ja tuloksia marraskuusta 2017 syyskuuhun 2021.

Tulokset

Ajanjaksona on tehty 44 robottivusteista laparoskooppista virtsarakonpoistoleikkausta. Miespotilaiden osuus on 80 %. Keskimääräinen leikkausaika on 5 h 29 min. ja leikkausvuoto keskim. 255 ml. Kotiutus on tapahtunut keskim. 10,7 vrk kuluttua. Kaikenasteisten komplikaatioiden esiintyvyys on ollut 57%, Clavien-Dindo III-V osuus 18%. Lisäksi esitämme vertailun KYS:ssa 2005-2017 tehtyihin avoleikkauksiin sekä vertailun joihinkin kansainvälisiin sarjoihin.

Johtopäätös

Robottiaivusteisen tekniikan käyttö on lisännyt laparoskooppisten toimenpiteiden käyttömahdollisuuksia. Tällä tekniikalla virtsarakkokirurgia on pääsääntöisesti turvallista ja tulokset vertailukelpoisia perinteisten avoleikkausten kanssa.

Kirjallisuutta

1. A Shabsigh, R Korets, KC Vora, et al. Defining early morbidity of radical cystectomy for patients with bladder cancer using a standardized reporting methodology. *Eur Urol*, 55 (2009), pp. 164-174
 2. D Parekh, I Reis, E Castle, et al. Robot-assisted radical cystectomy versus open radical cystectomy in patients with bladder cancer (RAZOR): an open-label, randomised, phase 3, non-inferiority trial. *The Lancet*, Volume 391, issue 10139, 23-29 June 2018, Pages 2525-2536
 3. J Catto, P Khetrpal, et al. Robot-assisted radical cystectomy with intracorporeal urinary diversions versus open radical cystectomy (iROC): protocol for a randomised controlled trial with internal feasibility study. *BMJ Open* 2018; 8(8): e020500
 4. T Wilson, K Guru, et al. Best practices in robot-assisted radical cystectomy and urinary reconstruction: recommendations of the Pasadena Consensus Panel. *Eur Urol*. 2015 Mar;67(3):363-75
 5. G Novara, J Catto, et al. Systematic Review and Cumulative Analysis of Perioperative Outcomes and Complications After Robot-assisted Radical Cystectomy. *Eur Urol*. 2015 Mar;67(3):376-401
-

Tietoisuus tupakointitottumusten vaikutuksesta virtsarakon syövän riskitekijänä – tuloksia prospektiivisestä FinnBladder 9 tutkimuksesta

Sell Ville, Ettala Otto, Montoya Perez Ileana, Järvinen Riikka, Pekkarinen Tarmo, Vaarala Markku, Seppänen Marjo, Liukkonen Tapani, Marttila Timo, Aaltomaa Sirpa, Boström Peter

Johdanto

Potilasohjauksesta ja virtsarakon syöpää sairastavien potilaiden tupakointitottumuksista on niukasti tutkimustietoa. Tavoitteenamme oli tutkia potilaiden tietoisuutta tupakointitottumusten vaikutuksesta virtsarakon syövän riskitekijänä virtsarakkosyöpäpotilaiden keskuudessa.

Aineisto

Kyseessä on osatutkimus prospektiivisesta, satunnaistetusta, faasi III monikeskustutkimuksesta (FinnBladder 9, NCT01675219). Tiedot kerättiin lähtötilanteessa ja kahdentoista kuukauden seurannan jälkeen vuosina 2012–2020.

Menetelmät

Potilaat täyttivät kattavan, validoimattoman kyselylomakkeen, jossa pyydettiin ilmoittamaan tupakointihistoria, sekä arvioimaan tupakoinnin ja virtsarakon syövän välistä yhteyttä. Tietoisuutta mittaavat kysymykset esitettiin suljetuilla kysymyksillä. Tulokset mitattiin käyttämällä potilaiden ilmoittamaa tietoisuutta tupakoinnista virtsarakon syövän riskitekijänä, sekä potilaiden ilmoittamaa tietoisuutta tupakoinnin vaikutuksesta virtsarakkosyöpään liittyvään taudin uusiutumiseen, etenemiseen ja kuolemaan. Parametrisia tietoja verrattiin Studentin t-testillä ja suhteita Fischerin tarkkuustestillä. Tekijöitä, jotka tutkimuksen alussa vaikuttavat potilaan tietoisuuteen tupakoinnin lopettamisesta virtsarakon syövän hoidossa, tutkittiin logistisen regression avulla.

Tulokset

Satunnaistetusta 411 potilaasta 370 täytti kyselylomakkeen tutkimuksen alussa ja hyväksyttiin analyysiin. Tutkimuksen alussa 44 % oli epävarmoja, oliko tupakointi virtsarakon syövän riskitekijä. Keuhkosityövä, sepelvaltimotaudin, aivohalvauksen ja astman vastaavat luvut olivat 7 %, 20 %, 27 % ja 31 %.

Potilaiden tietoisuus siitä, että tupakoinnin lopettaminen vähentää virtsarakon syövän uusiutumisriskiä, kasvoi 86 prosentista 94 prosenttiin kahdentoista kuukauden aikana ($p=0,038$). Vanhemmilla potilailla, ja potilailla, joilla oli uusiutuva virtsarakon syöpä, oli huomattavasti vähemmän tietoa tupakoinnin vaikutuksesta virtsarakon syövän uusiutumiseen, etenemiseen ja kuolleisuuteen.

Tutkimuksen suurimpana rajoitteena oli, että 12 kuukauden seurantakäynnillä vastausmäärä ($n=227$) oli alhaisempi kuin lähtötilanteessa.

Johtopäätös

Tietoisuus tupakoinnista virtsarakon syövän riskitekijänä on vähäistä. Vanhemmat potilaat, sekä potilaat, joilla on uusiutuva virtsarakon syöpä, saattavat tarvita erityistä huomiota potilasohjauksessa.

Upper tract urothelial carcinoma in Lynch syndrome: classification, clinical characterization and course of disease

Jussi Nikkola¹, Thea Veitonmäki¹, Otto Hemminki², Heikki Seikkula³, Mika Matikainen², Kirsi Pylvänäinen⁴, Toni Seppälä^{5,6}, Jukka-Pekka Mecklin^{3,4}

¹Department of Urology, Tampere University Hospital

²Department of Urology, Helsinki University Hospital

³Department of Surgery, Central-Finland Central Hospital

⁴Department of Education and Research, Central Finland Central Hospital

⁵Department of Gastrointestinal Surgery, Helsinki University Hospital

⁶Applied Tumor Genomics Research Program, University of Helsinki

Objective

Patients with Lynch syndrome (LS) are at high risk for upper tract urothelial carcinoma (UTUC). Our aim was to study the risk and clinical characteristics of UTUC in patients with pathogenic germline variants in mismatch repair genes (*path_MMR*) in the Finnish Lynch syndrome research registry (LSRFi).

Patients and methods

LSRFi consists of 380 families with 1652 *path_MMR* carriers in systematic follow-up. Disease history from patients who had urological cancers was thoroughly evaluated. Clinicopathological characteristics, symptoms, clinical findings, progression and survival were analyzed. LSRFi has a thorough history including complete genealogical surveying, predictive DNA-testing through several generations, prospective follow-up data and cancer LSRFi history and treatment documentation.

Results

Of all *path_MMR* carriers, 2.2% (36/1652) were diagnosed with UTUC between Apr 1987 and Nov 2018 (1.5% in *path_MLH1*, 4.8% in *path_MSH2* and 1.5% in *path_MSH6*). Median age was 64.2 (40.2–82.4) years and 53% were female. Urine cytology was positive for high grade urothelial carcinoma in 35% of the patients. 78% of the patients had macroscopic and 4% had microscopic hematuria, and 66% had hydronephrosis. 61% of tumors were located in the ureter, 36% in the renal pelvis and 3% in both. 41% of the patients had muscle invasive disease (\geq pT2), 34% had pT1, 22% pTa and 3% had carcinoma in situ. 90% had high grade histology. 6% of the patients had primarily metastatic disease and 13% developed metastatic disease in follow-up. 36% of patients had metachronous bladder cancer. UTUC patients had a mean of 3.7 (1-7) metachronous cancers and UTUC was the first cancer in 22% of patients. Ten-year overall sur-

vival was 72% and UTUC-specific survival 94%. Cancer stage, grade or outcome did not differ between MMR genes.

Conclusions

Path_MLH1, path_MSH2 and path_MSH6 carriers in LSRFi had high occurrence of UTUC and the distribution within the three MMR genes was similar to the PLSD risk calculations. Unlike in sporadic UTUC, tumors were more likely located in the ureter and were more common in females. Patients were extremely cancer-prone having close to four metachronous cancers recorded in the registry. Still, survival in these patients was good. These results will serve as a basis for establishing screening protocols for UTUC in LS.

Talvipäivät abstrakti

Pyry Jämsä, Peter Boström, Teuvo Tammela, Heli Sammaltupa, Liina Salminen, Sara Karnell, Maria Pekki ja Riikka Järvinen

Background

Cystoscopy is the golden standard in follow up of Non-Muscle Invasive Bladder Cancer (NMIBC) patients. EAU guidelines recommend frequent cystoscopy follow up for NMIBC. Cystoscopy may cause discomfort and urinary infections, but with certainty it causes costs. Therefore, non-invasive methods have been introduced to replace cystoscopies.

Aims

Aim of this study is to find out if Nucleix Bladder EpiCheck[®], based on obtaining tumor DNA methylation from the urine, could be used as a screening tool in follow up of NMIBC patients instead of cystoscopy.

Methods

132 patients from Helsinki, Tampere, and Turku university hospitals, with previously diagnosed urothelial carcinoma (UC) were tested with Bladder EpiCheck[®] test in the vicinity of routine follow-up cystoscopy. Bladder EpiCheck[®] test results were reported in comparison to the cystoscopy and histological findings.

Results

Of the 132 patients, 14 (11%) of the patients were diagnosed with UC recurrence based on cystoscopy finding and histologically verified with biopsy or transurethral resection. Of the 14 patients, eight patients had high grade (HG) and six patients had low grade UC histology. Of the

133 patients, Bladder EpiCheck ® showed suspicion for UC in 32 (26%) of the patients, whereas in six patients the test result was inconclusive. Bladder EpiCheck ® detected six of the eight HG UCs. Negative predictive value (NPV) was 97,9%, sensitivity 75,0%, and specificity 78,0% for detecting HG recurrence. NPV was 93,6%, sensitivity 57% and specificity 79% for detecting any UC recurrence. Of the eight patients with HG recurrence, only two had positive cytology.

Conclusions

Bladder EpiCheck ® recognized 75% of all HG recurrences and thus, could possibly be used to replace part of the cystoscopies during a follow-up in NMIBC patients.

Munuaissyövän ennusteeseen ja hoidon valintaan vaikuttavat tekijät 75-vuotiailla ja sitä vanhemmilla

Heini Pajunen, Teemu Murtola, Antti Pöyhönen, Thea Veitonmäki ja Jussi Nikkola

Johdanto

Kaikista syöivistä noin 3% on munuaissyöpiä. Koko väestöä tarkastellessa munuaissyöpä on miehillä yleisempi kuin naisilla. Munuaissyövän esiintyvyys kasvaa iän myötä. Vuonna 2019 Suomessa todettiin 996 uutta munuaissyöpää, joista 489 (49%) yli 70-vuotiailla. Munuaissyöpä todetaan yleensä sattumalöydöksenä muista syistä tehtyjen kuvantamistutkimusten yhteydessä. Vanhusten oireettomat munuaissyöväät aiheuttavatkin klinisen haasteen, sillä leikkausriskit ovat monesti korkeampia nuorempiin verrattuna. Toisaalta elinaika on rajoittunut jo korkean iän ja perussairauksien vuoksi, jolloin leikkaushoidon elinaikahyöty on epävarma. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää munuaissyöpäpotilaiden hoitoon ja ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä yli 75vuotiaassa vanhusväestössä ja sitä kautta auttaa klinikoita löytämään ne tekijät, jotka tulisi huomioida arvioitaessa vanhuspotilaan munuaissyövän hoitovaihtoehtoja.

Aineisto ja menetelmät

Kyseessä on retrospektiivinen rekisteritutkimus Suomessa todetuista munuaissyöivistä vuosilta 1995-2018. Aineisto sisältää tiedot Suomen Syöpärekisteristä, josta on kerätty tiedot muun muassa munuaissyöpädiagnooseista ja niiden ajankohdista. Tiedot potilaiden sosioekonomisesta asemasta sekä kuolinsyistä on kerätty Tilastokeskuksesta. Tiedot munuaissyöpäpotilaiden lääketoista on kerätty Kelan lääkeostotietokannasta. Hilmosta ja Avohilmosta on kerätty muun muassa tiedot tehdyistä toimenpiteistä sekä terveystalveluiden käytöstä.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää kansallisella tasolla yli 75-vuotiaiden munuaissyöpäpotilaiden hoitoa, ennustetta ja siihen vaikuttavia tekijöitä kuten perussairauksien merkitystä ennusteeseen ja kuolleisuuteen.

Tulokset ja johtopäätös

Aineistossa on kaikkiaan 18 700 potilasta, ikähaarukka 0-114 vuotta. 75-vuotiaita tai tätä vanhempia on 6 259 (33%), joita käytetty tutkimuksen aineistona. Naisia oli enemmän kuin miehiä, (55% vs 45%). Morfologia jakautui kirkassolukasvaimiin (91%), papillaarisiin (6%) ja kromofobisiin (2,5%) kasvaimiin. Kirurgisesti hoidettiin 3155 (50.4%) ja leikkaamattomia oli 3204 (49.6%). 771 (12%) munuaissyöpää löytyi ruumiinavauksissa, mikä nostaa leikkaamattomien osuutta. Diagnoosihetkellä paikallisia syöpiä oli 1742 (38%), levinneitä tauteja 1580 (35%), 1255 (27%) levinneisyystiedot puuttuivat.

Munuaissyövän kliiniset ominaisuudet kuten morfologia ja levinneisyys sekä oheissairaudet vaikuttavat munuaissyövän ennusteeseen. Myös leikkaushoito vaikutti positiivisesti ennusteeseen. Iällä, sukupuolella eikä sosioekonomisella statuksella ollut vaikutusta ennusteeseen. Yleiseen kuolleisuuteen vaikuttavia tekijöitä oli sukupuoli, ikä, leikkaushoito, Charlson indeksi sekä kasvaimen morfologia.

Tulosten perusteella myös iäkkäiden munuaissyöpää kannattaa aktiivisesti hoitaa.

Robottivusteinen laparoskooppinen munuaisresektiokirurgia KYS:ssä

(Sirkku Siltari, Arto Salonen, Sirpa Aaltomaa; Kuopion yliopistollinen sairaala)

Johdanto

Robottivusteista laparoskooppista kirurgiaa tehdään maailmanlaajuisesti lisääntyvästi. Robottivusteinen tekniikka on laajentanut laparoskooppisen kirurgian käyttömahdollisuuksia. Eturauhasen poistoleikkausten lisäksi toimenpidekirjo kattaa mm. munuais-, virtsarakko- ja imusolmukekirurgiaa. KYS:n urologian yksikössä robottivusteinen kirurgia aloitettiin maaliskuussa 2016. Tätä ennen munuaisresektiot tehtiin joko avoleikkauksina tai käsiavusteisina laparoskooppisina toimenpiteinä.

Materiaali ja menetelmät

Esittelemme KYS:n robottivusteisten laparoskooppisten munuaisresektioiden aineistoa ja tuloksia maaliskuusta 2016 syyskuuhun 2021.

Tulokset

Ajanjaksona on tehty 98 robottivusteista laparoskooppista munuaisresektiota. Miespotilaiden osuus on vajaa 60%. Keskimääräinen leikkausaika on 2h 32 min, iskemia-aika 18,1 (0-43) min. Tuumoreiden keskim. koko on 3 (1-7,4) cm, kotiutus on tapahtunut keskim. 3,4 vrk kuluttua.

Kaikenasteisten komplikaatioiden esiintyvyys on ollut 26%, Clavien-Dindo I-II osuus 17%.

Johtopäätös

Robottiaivusteisen tekniikan käyttö on lisännyt laparoskooppisten toimenpiteiden käyttömahdollisuuksia. Tällä tekniikalla munuaisresektio on pääsääntöisesti turvallista, iskemiaika lyhyt ja kotiutuminen tapahtuu muutaman vuorokauden kuluessa.

Kirjallisuutta

1. H Abboudi, et al. Learning curves for urological procedures: a systematic review. *BJU Int.* 2014 Oct;114(4): 617-29
2. K Erkkilä, T Veitonmäki, et al. Does every Clavien-Dindo complication matter? A national multi-center study in kidney cancer surgery. *Scand J Urol.* 2021 Sep 17:1-7.
3. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021. ISBN 978-94-92671-13-4.
4. Sheng-Han Tsai, Ping-Tao Tseng, et al. Open versus robotic partial nephrectomy: Systematic review and meta-analysis of contemporary studies. *Int J Med Robot.* 2019 Feb; 15(1)
5. R Shiroki, N Fukami, et al. Robot-assisted partial nephrectomy: Superiority over laparoscopic partial nephrectomy. *Int J Urol.* 2016 Feb; 23(2):122-31
6. J Choi, J You. Comparison of Perioperative Outcomes Between Robotic and Laparoscopic Partial Nephrectomy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol.* 2015 May; 67(5):891-901
7. M Hanxly, A Frederick, et al. Learning curves for robot-assisted and laparoscopic partial nephrectomy. *J Endourol.* 2015 Mar; 29(3):297-303

Leikkausten aikana tapahtuvat haittatapahtumat munuaiskasvainten kirurgiassa EAU:n luokituksen (EAUiaIC) mukaisesti

Nisen Harry, Erkkilä Kaisa, Ettala Otto, Ronkainen Hanna, Isotalo Taina, Nykopp Timo, Seikkula Heikki, Seppänen Marjo, Tramberg Margus, Palmberg Christian, Kilponen Ansa, Pogodin-Hannolainen Dimitri, Mustonen Sirkku, Veitonmäki Thea. Finn Kidney ryhmä (affiliaatiot pyydettyessä)

Tausta

Selvitimme EAU:n uuden (2020) leikkausten aikaisten haittatapahtumaluokituksen (EAUiaIC) soveltuvuutta munuaiskasvainten kirurgiassa.

Potilaat ja menetelmät

Vuosina 2016-17 5 YO- ja 7 keskussairaalassa leikattujen 1280 potilaan, 749 kokopoistoa (KP) ja 531 osapoistoa (OP), kliiniset tiedot selvitettiin retrospektiivisesti potilasasiakirjoista. Leikkauksen aikaisia komplikaatioita koskevat tiedot tulkittiin työryhmän toimesta ja luokiteltiin EAU komitean tekemän ehdotuksen (EAUiaic) mukaisesti (Gradus 0,1,2,3,4A,4B,5A,5B). Luokitusta modifioitiin munuaiskirurgian tarpeita ajatellen siten että kokonaisverenvuoto leikkauksen aikana (Gr 2: 3-4 pussia, Gr 3: ≥ 5 pussia) ja konversioiden luonne reaktiivinen (Gr 4) tai ennalta ehkäisevä (Gr 0) huomioitiin.

Tulokset

Kaikkiaan todettiin 110 haittatapahtumaa 13.8%:lla (103/749) KP:sta ja 40 haittatapahtumaa 6.4%:lla (34/531) OP:sta. Sekä lieviä (Gr1-2) että vaikeita (Gr3-5) haittatapahtumia oli tilastollisesti enemmän KP:ssa kuin OP:ssä. Vuototapahtumia oli merkittävästi enemmän KP:ssä kuin OP:ssä (9.0% vs 2.5% $p < 0.001$). Lisäksi todettiin 12 pernavaurioita (Gr 1:10, Gr4A:2), 8 maksavaurioita (Gr 1:6; Gr 3: 2) ja 4 resektiokuopan vuotoa (Gr 4A: 2; Gr 3: 2). Kaikkiaan suurten suonten vauriot, määrittämätön verenvuoto ja parenkymielinten vuodot muodostivat 29.3%, 24.0% ja 16.0% kaikista (/150) leikkauksen aikaisista haittatapahtumista. Suolivauriot ($n=10$) ja virtsajohdin vammat ($n=3$) olivat harvinaisia. Leikkauksen aikaista kuolleisuutta ei esiintynyt.

Konversioita OP:stä KP:hen oli 4.0% (21/531). Konversioiden (Lap -Avo) suhteellisissa lukumäärissä ei ollut eroja KP:n (6.7%, 27/401) ja OP:n (4.8%, 14/290, $P=0.295$) välillä. Konversioista ($n=62$) oli reaktiivisia 30 ja ennalta ehkäiseviä 32.

Monimuuttuja regressioanalyysissä riippumattomia haittatapahtumien riskitekijöitä olivat KP:ssä: ASA 3-4, kasvaimen koko, avoleikkaus, sytoreduktiivinen indikaatio ja kavatappi. Vastaavasti OP:ssä: kasvaimen koko, ikä, sairastavuus CCI. Kasvaimen koko ≥ 7 cm ja kavatappi / sytoreduktiivinen indikaatio nostivat suurten verensiirtojen (≥ 5 pussia) riskiä voimakkaasti 38.9%:iin (14/36) / 13.4%:iin (13/97), vastaavasti.

EAUiaic-luokituksen mukaisten haittatapahtuminen validiteettiä selvitettiin suhteessa leikkauksen jälkeiseen morbiditeettiin (Clavien-Dindo 2-5) ja hoitoaikaan. Potilailla joilla haittatapahtumia Gr0 / Gr1-2 / Gr3-5 todettiin CD-komplikaatioita KP:ssä 19% / 30% / 40% ($p < 0.001$) ja OP:ssä 29% / 54% / 43% ($p < 0.001$). Vastaavasti myös hoitoajat pitenevät.

Johtopäätökset

Kokemuksemme EAUiaic luokituksen käytöstä on positiivinen. Haittatapahtuminen esiintyminen on sidoksissa leikkausta ennen määritettäviin riskitekijöihin sekä leikkauksen jälkeisiin Clavien-Dindo komplikaatioihin viitaten luokituksen rakenteelliseen validiteettiin. Merkittävien verensiirtomäärien huomioiminen tekee vuotokomplikaatioiden arvioimisen objektiivisemmäksi. Suosittelemme lisäksi konversioiden jakamista reaktiivisiin ja ennalta ehkäiseviin

Endoskooppinen inguinaalinen lymphadenektomia. Tays:n kokemukset 2019-2021.

Tomi Pakarainen, Antti Kaipia TAYS

Johdanto

Ulkoisten genitaalien (penis, distaalinen urethra, skrotumin iho ja naisen ulkoiset sukupuolielimet) sekä alaraajojen ihon levyepiteelikarsinooman ja melanooman leviäminen tapahtuu tyypillisesti nivusten imusolmukkeiden kautta. Näiden tautien levinneisysselvittelyihin ja hoitoon kuuluu olennaisena osana nivusten invasiiviset imusolmukepoistot. Levinneisysselvittelyksi on Tays:ssa, kuten maailmalla yleisestikin vakiintunut dynaaminen vartijaimusolmuketutkimus (DSNB). Nivuseen levinneessä taudissa hoitona on inguinaalinen lymphadenektomia. Tähän toimenpiteeseen liittyy kuitenkin yleisesti toipumista hidastavia komplikaatioita, kuten haavanparanemisiongelmat, infektiot, ihonekroosi ja hankala imuneste-eritys postoperatiivisesti. Komplikaatoriski toimenpiteessä on eri aineistoissa raportoitu olevan jopa 60 % luokkaa (1). Korkean komplikaatoriskin on epäilty jopa hillitsevän halukkuutta toimenpiteen suorittamiseen. Tarve kompikaatioiden vähentämiselle on ollut ilmeinen ja 2006 kuvattiin ensimmäinen tähystystekniikalla tehty nivusten imusolmuke-evakuaatio (2). Tays:ssa aloitimme tekemään nivusen lymphadenektomiat tähystyksellisesti vuonna 2019. Esittelemme tässä Tays:n tulokset ja kokemuksia toimenpiteestä vuosilta 2019-2021.

Aineisto ja menetelmät

Nivusen invasiiviset imusolmukeselvittelyt tehdään Tays:ssa EAU guidelines:n suositusten mukaisesti. Suurimmalle osalle potilaista tehdään dynaaminen vartijaimusolmuketutkimus (DSNB). Lymphadenektomia tehdään, jos DSNB on positiivinen tai jos edeltävässä tietokone-tomografiassa (TT) on epäily taudin leviämisestä nivusalueelle. Vuodesta 2019 lähtien kaikki nivusen lymphadenektomiat on tehty tähystystekniikalla pois lukien potilaat, joilla on kookkaita ja fiksoituneita imusolmukkeita tai on arvioitu, että tähystystoimenpide ei ole mahdollinen. Käytössämme on 3D -laparoskopiatorni ja toimenpiteessä olemme käyttäneet Ligasure -energiainstrumenttia. 2021 loppuun mennessä olemme tehneet 15 nivusen lymphadenektomiaa yhteensä 13 potilaalle. Suurimmalla osalla potilaista on ollut peniksen levyepiteelikarsinooman imusolmukemetastasointi, mutta tähystystekniikan myötä teemme Tays:n urologialla nykyään myös melanoomapotilaiden nivuslymphadenektomiat.

Tulokset

12/13 potilaasta on ollut nivuseen metastasoitunut tauti. Imusolmukkeita on poistettu keskimäärin 7,3 kpl/tmp ja edeltävä vartijaimusolmukepoisto huomioiden 8,1 kpl/nivunen. Yksi toimenpide konvertoitiin avoimeksi kookkaan metastaasin vuoksi. Komplikaatioita on ollut 40 %:lla potilaista ja nämä ovat liittyneet ennen kaikkea postoperatiiviseen infektiin tai se-

roomamuodostukseen. Haavaongelmia ei ole esiintynyt. Lyhyen seuranta-ajan puitteissa residiivejä ei toimenpidealueelle ole ilmaantunut.

Johtopäätökset

Pienen aineistomme pohjalta kokemuksemme tästä toimenpidetekniikasta ovat erittäin myönteiset. Toimenpide vaikuttaa tarjoavan onkologisesti avotoimenpiteeseen nähden vastaavat tulokset. Anatomia on selkeä ja toimenpide on kulultaan suoraviivainen. Komplikaatoriskit liittyvät myös tähän toimenpiteeseen ja postoperatiiviseen imunesteen eritykseen toimenpiteellä ei näytä vaikutusta olevan. Postoperatiivisen jatkohoidon tarkalla optimoinnilla ja potilaskohtaisella riskien huomioinnilla voidaan todennäköisesti jälkiongelmia minimoida.

Viitteet

Correa AF, Technical management of inguinal lymph-nodes in penile cancer: open versus minimal invasive. *Transl Androl Urol* 10;2264-2271, 2021.

Tobias-Machado et al. Video endoscopic inguinal lymphadenectomy: a new minimally invasive procedure for radical management of inguinal nodes in patients with penile squamous cell carcinoma. *J Urol*. 177:953-7, 2006.

Polikliiniset virtsanjohdinstentin asetukset Päijät-Hämeen keskussairaalassa 2020-21

Jori Pesonen^a, Jaakko Eskelinen^a, Mia Koskela^a, Sini Penttinen^a, Taina Isotalo^a
^aPäijät-Hämeen keskussairaala, urologian poliklinikka

Johdanto

Oireileva virtsanjohdinkivi on yleinen päivystystoimenpiteitä vaativa urologinen ongelma. Virtsanjohdinstentin asetus polikliinisesti säästää leikkaus- ja osastohoidon resursseja. Erityisesti monisairaiden ja hauraiden potilaiden kohdalla paikallispuudutuksessa tehtävän toimenpiteen edut korostuvat, kun raskaampiin anestesia- ja kivunlääkityksiin liittyvät riskit voidaan ainakin päivystystilanteessa välttää. Retrospektiivisessä tutkimuksessa kuvaamme virtsanjohdinkivien vuoksi tehdyt polikliiniset virtsanjohdinstentin asetukset ja jatkotoimenpiteet kahdelta viimeiseltä vuodelta.

Aineisto ja menetelmät

Potilastietojärjestelmän (Lifecare) kautta virtsanjohdinstentin asetusta vastaava toimenpidekoodi (KBV02) löytyi 52:ltä potilaalta. Tutkimukseen sisällytettiin 40 potilasta, joilla toimen-

piteen indikaationa oli oireileva virtsanjohdinkivi. Instrumentteina toimenpiteissä käytettiin digitaalioptiikalla varustettua taipuisaa kystoskooppia, hydrofilista johdinvajeria, sekä tapauskohtaisesti valittuna 4.7 frenchin pitkän vaihtovälin kaksoissaparostenttiä tai 6 frenchin magneettistenttiä. Toimenpiteet tehtiin geelipuudutuksessa esilääkityksen turvin (tyypillisesti diatsepaami 10 mg p.o. ja oksikodoni 4 mg s.c.) ja antibioottisuojusta (tyypillisesti kefaleksiini 750 mg p.o.) tai infektiotilanteessa antibioottihoidon aikana. Stentin paikallaanolo varmistettiin päivystyksellisellä virtsateiden rtg-kuvauksella. Jatko seuranta ja -toimenpiteet suunniteltiin tapauskohtaisesti ennakoiden kiven syntymisen todennäköisyyttä. Seurannassa kontrollikuvantamisena käytettiin tarvittaessa virtsateiden tietokonetomografiaa (tyypillisesti natiivikuvaus).

Tulokset

Stentti asetettiin 31 miehelle (77.5%) ja 9:lle naiselle (22.5%). Potilaiden mediaani-ikä oli 66 vuotta (33-85). Ensiapuun kirjautumisen ja toimenpiteen väliajan mediaani oli 23 tuntia (4-120). Potilaista n. puolet kotiutui toimenpidepäivänä (21/40). Sairaalahoitajakson pituuden mediaani oli 3 vuorokautta (1-13). Stentti asetettiin infektiotilanteessa 12:lle potilaalle (30%). Ilman edeltävää infektiota profylaktisen antibiootin sai pelkästään kerta-annoksena 15 potilasta (37.5%) ja profylaktisen antibioottikuurin sai 13 potilasta (32.5%). Neljällä potilaalla (10%) todettiin 7 vrk sisällä stentin asetuksen jälkeen virtsatieinfektio, joissa kaikissa aiheuttajana oli enterokokki (2 kuumeista infektiota, 1 multiresistentti kanta). Kaikilla potilailla stentin paikallaanolo varmistui post-op. rtg-kuvauksessa. Magneettistentti asetettiin 22:lle (55%) ja pitkän vaihtovälin stentti 18:lle (45%) potilaalle. Kontrolliluonteinen TT-kuvaus ohjelmoitiin 30:lle potilaalle (75%). Stentin asetuksen ja TT-kuvauksen väliajan mediaani oli 24 vrk (6-113). Stentin poisto ilman muita toimenpiteitä ohjelmoitiin 12:lle (30%) ja ylävirtsatietähystys 26:lle potilaalle (65%). Kiireetön ESWL tehtiin yhdelle potilaalle. Yhden potilaan seuranta on vielä käynnissä. Stentin asetuksen ja ylävirtsatietähystyksen väliajan mediaani oli 37 vrk (9-99). Oireiden vuoksi toimenpidettä jouduttiin aikaistamaan kahdella potilaalla (5%). Ylävirtsatietähystyksessä hoidettu puoli saatiin kivivapaaksi 25:lla potilaalla (96%). Yhdelle potilaalle tuli ylävirtsatietähystyksessä iatrogeeninen ureterperforaatio, joka sittemmin parani stenttihoidolla.

Johtopäätökset

Polikliininen virtsanjohdinstentin asetus vaikuttaa alustavien havaintojemme perusteella potilaille turvalliselta hoitomuodolta. Hypoteettisesti edellä kuvattu hoitoprotokolla on kustannustehokas, mutta tämän osoittaminen vaatii lisää tutkimuksia.

Eroavat hoitokäytänteet vesikiveksen hoidossa: kansainvälinen kyselytutkimus

Mikko Forss (Helsinki, Suomi), Kostiantyn Bolsunovskiy (Raasepori, Suomi), Tuomas P. Kilpeläinen (Helsinki, Suomi), Yung Lee (Hamilton, Kanada), Yoshitaka Aoki (Fukui, Japani), Sigurdur Gudjonsson (Reykjavik, Islanti), François Hervé (Brysseli, Belgia), Petrus Järvinen (Helsinki, Suomi), Sachin Malde (Lontoo, Yhdistyneet Kuningaskunnat), Katsuhito Miyazawa (Uchinada, Japani), Jukka Sairanen (Helsinki, Suomi), Lotte Sander (Aalborg, Tanska), Philippe D. Violette (Hamilton, Kanada), Lambertus P.W. Witte (Zwolle, Hollanti), Gordon H. Guyatt (Hamilton, Kanada), Kari A.O. Tikkinen (Helsinki, Suomi)

Johdanto

Leikkauksen jälkeiset komplikaatiot ovat tavallisia vesikivesleikkauksen jälkeen, kun taas vesikiveksen uusiutuminen on tavallista aspiraation (skleroterapian kanssa tai ilman) jälkeen. Vesikiveksen yleisyydestä huolimatta suurilla urologisilla yhdistyksillä ei siihen liittyviä hoitosuosituksia. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kansainvälisiä käytäntöjä aikuisten miesten vesikiveksen hoidossa.

Aineisto ja menetelmät

Toteutimme kyselytutkimuksen syys-joulukuussa 2020 Alankomaissa, Belgiassa, Islannissa, Japanissa, Tanskassa ja Suomessa. Urologien yhteystiedot saimme kansallisten urologisten yhdistysten rekistereistä. Joka maasta satunnaistettiin mukaan 170 urologia (Islannista mukaan otettiin kaikki urologit). Kaikki osallistujat vastasivat sähköiseen kyselyyn, lukuun ottamatta Suomea (puolet saivat sähköisen kyselyn ja puolet postikyselyn) ja Japania (kaikki saivat postikyselyn).

Tulokset

Niistä 864 urologista joihin otettiin yhteyttä, 437 (51%) vastasi. Vastaajista 28 % oli naisia ja 19 % urologiaan erikoistuvia lääkäreitä. Vastaajista 379 (87%) oli osallistunut vesikiveksen hoitoon viimeisten 24 kuukauden aikana ja heidät otettiin mukaan jatkoanalyysiin. Tästä ryhmästä 202 (53%) oli tehnyt sekä vesikivesleikkauksia että aspiraatioita ja 147 (39%) oli suorittanut vain vesikivesleikkauksia. Urologeista 30 (8%) oli tehnyt ainoastaan aspiraatioita. Belgiassa (83%), Tanskassa (55%) ja Alankomaissa (75%) oli tavallisinta, että urologit tekivät ainostaan vesikivesleikkauksia. Suomessa (84 %), Japanissa (61 %) ja Islannissa (91 %) useimmat urologit tekivät sekä vesikivesleikkauksia että aspiraatioita.

Urologit suosivat vesikivesleikkausta kun potilaan vesikives oli suurikokoinen (80% vs 38% pienikokoinen), nuoremmille potilaille (67% alle 50-vuotiaille vs 42% vähintään 70-vuotiaille), potilaille joilla oli vähän tai ei lainkaan liitännäissairauksia (65% vs. 24% potilaille joilla oli useita samanaikaisia sairauksia) ja potilaille, joilla ei ollut antitromboottista lääkitystä (55% vs 37% potilaille joilla oli antitromboottinen lääkitys). Urologit suosivat aspiraatiota

(skleroterapialla tai ilman) kun potilaalla oli useita samanaikaisia sairauksia (64% vs 12% kun potilaalla ei ollut useita samanaikaisia sairauksia). Maiden välinen vaihtelu vastauksissa oli merkittävää.

Johtopäätös

Löysimme suuria eroja kliinisissä käytännöissä aikuisten vesikiveksen hoidossa maiden välillä. Uusia tutkimuksia ja hoitosuosituksia tarvitaan vähentämään tätä merkittävää vaihtelua ja standardoimaan vesikiveksen hoitoa maailmanlaajuisesti.

To transect or not- a randomized Scandinavian study of sexual dysfunction after urethroplasty

OJ Nilsen, HV Holm, TO Ekerhult, K Lindqvist, B Grabowska, B Persson, J Sairanen

Johdanto

Bulboottisen uretran arpiahtaumien avokirurgisena hoitona käytetään useimmiten arven resektiota ja suoraa anastomoosia tai vaihtoehtoisesti arven pitkittäistä halkaisua ja augmentointia vapaalla siirteellä (yleisimmin siirre otetaan posken limakalvosta). Kyseisiä toimenpiteitä ei ole koskaan aiemmin verrattu keskenään satunnaistetuin tutkimuksin. Pohjoismaisessa randomoidussa tutkimuksessa vertailimme toimenpiteiden vaikutusta erektiokykyyn ja peniksen toimintaan.

Menetelmät

Tutkimus oli randomoitu monikeskustutkimus. Keskuksset olivat Oslossa, Helsingissä, Göteborgissa ja Örebrossa. Tutkimukseen otettiin mukaan potilaita, joiden ahtauma oli arvioitu alle 2 cm pituiseksi ja joille ei oltu tehty avoleikkausta aiemmin. Potilaat täyttivät ennen leikkausta IIEF-5 kyselyn. Seurantakäynnit olivat 3 kk ja 12 kk kohdalla. Silloin kysyttiin IIEF-5 kysely uudelleen ja peniksen komplikaatiokysely (PQI). Kyselyssä arvioidaan (Q1) ejakulaatiota, (Q2)terskan täyttymistä erektiossa, (Q3)terskan tuntoa, (Q5)peniksen pituutta ja (Q5)peniksen käyristymää. Erektiolääkkeiden käytön aloittaminen kysyttiin kontrolleissa. Sen lisäksi mitattiin virtsasuihkun voimakkuus ja jäännösvirtsan määrä.

Tulokset

151 potilasta randomoitiin (1:1) tutkimukseen vuosien 2015–2019 välisenä aikana. Molemissa ryhmissä potilaiden ikä, BMI, striktuurin pituus, virtsasuihkun voimakkuus ja IIEF-5 kysely olivat yhteneväiset. Resektiorryhmässä useampi koki ejakulaation (Q1) olevan vaike-

ampaa kuin augmentaatio ryhmässä 3 kk kohdalla, mutta ei enää 12 kk kohdalla. Muissa kysymyksissä (Q2-5) oli nähtävissä resektioryhmässä enemmän haittaa kuin augmentaatioryhmässä 3 ja 12 kk kontrollissa. IIEF-5 kyselyssä ei ollut eroa tuloksissa ryhmien välillä. Kuusi potilasta aloitti erektiohäiriölääkityksen leikkauksen jälkeen. Striktuura uusiutui viimeistään 12 kk kohdalla 9 potilaalla resektioryhmässä ja 10 potilaalla augmentaatioryhmässä.

Konklusio

Randomoidun tutkimuksemme perusteella on todettavissa, että bulboottisen uretran katkaisu, arven resektio ja uudelleen anastomointi aiheuttaa enemmän peniksen toiminnan ongelmia kuin augmentaatio, jossa uretraa ei katkaista. Tämä seikka tulee pitää mielessä informoitaessa potilasta tulevasta leikkauksesta ja miettiessä leikkaustekniikkaa. Ahtauman auki pysyvyydessä, ei lyhyessä 12 kk seurannassa ollut eroja.

Fournierin gangreena-potilaat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 2008–2017

Marko Silander, LK, Helsingin yliopisto, Helsingin yliopistollinen keskussairaala

Jukka Sairanen, LT, urologian erikoislääkäri, Helsingin yliopisto, Helsingin yliopistollinen keskussairaala

Johdanto

Fournierin gangreena on harvinainen, mutta vakava genitaalinen, perineumin ja perianaaliseudun nekrotisoiva faskiitti. 85-90 % tautitapauksista esiintyy miehillä ja noin 70 % potilasta löytyy vähintään yksi taudille altistava taustatekijä. Fournierin gangreenan insidenssi on 1,6:100 000. Onnistuneen hoidon kulmakivenä on taudin varhainen tunnistaminen, päivystyksellinen nekroottisen kudoksen kirurginen revisio ja laajakirjoinen antibioottihoito. Kuolleisuus Fournierin gangreenaan asianmukaisesta hoidosta huolimatta on 7,5-43 %. Tämän syventävän tutkielman tarkoituksena oli tuottaa kuvailevaa sekä kartoittavaa tutkimustietoa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirialueella hoidetuista Fournierin gangreena -potilasta, käytetyistä hoitokäytänteistä, havaita mahdollisia erityispiirteitä ja verrata tuloksia yleiseen kirjallisuuteen.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineisto koostuu vuosina 2008–2017 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä hoidetuista Fournierin gangreena -potilaista. Potilaat löydettiin leikkaussaliohjausjärjestelmä Operasta yleisimmin käytetyillä toimenpidekoodeilla. Tiedot tutkittavista muuttujista kerättiin Uranus-potilastietojärjestelmästä ja kirjattiin Excel-laskentataulukko-ohjelmistoon.

Tulokset

Identifioimme 41 Fournierin gangreena -potilasta, joiden keski-ikä oli 53,1 vuotta (vaihteluväli 18-81). Charlson komorbidity-indeksin pisteitä potilaille kertyi keskimäärin 2,4. Merkittävin komorbidity oli diabetes. Riskitekijöistä yliedustettuina olivat erityisesti alkoholin liikakäyttö, tupakointi ja obesiteetti. Potilaat hakeutuivat hoitoon keskimäärin 3,3 vuorokautta oireiden alkamisesta. Potilaat tarvitsivat keskimäärin 3,0 revisiota (vaihteluväli 1-6). Suojaava avanne tehtiin 53,7 % potilaista. Orkiektomioita ei tehty. 75,6 % potilaista infektio oli polymikrobinen. Meropeneemi oli yleisimmin käytetty antibiootti; 65,9% potilaista. 75,6 % potilaista tarvitsi tehohoitoa keskimäärin 6,5 vuorokauden ajan. 41,5 % potilaista haavat pysyttiin sulkemaan suoraan, ihonsiirrettä käytettiin 34,1 % ja kielekettä 22 % potilaista. Sairaalahoito kesti keskimäärin 21 vuorokautta. Mortaliteetti aineistossa oli 0%.

Johtopäätökset

Potilaat vastasivat demografisilta muuttujilta kirjallisuutta, mutta olivat komorbiditytien suhteen sairaampia. Nopean hoitoon hakeutumisen katsottiin olevan merkittävä tekijä kevyemmän rekonstruktion ja matalan kuolleisuuden taustalla. Fournierin gangreenan hoitotulokset eivät poikenneet aiempiin kansainvälisiin julkaisuihin verrattuna. Välitön nekrosektomia on edellytys onnistuneelle hoidolle ja emme havainneet viiveitä leikkaukseen pääsyssä, kun tautitila oli diagnosoitu.

Developing non-invasive and cost-effective methods for urothelial cancer detection and surveillance using 11-gene urine cell-free DNA panel (UCLIB diagnostic panel)

Jussi Nikkola¹, Matti Annala², Heini Kallio², Antti Kaipia¹, Pyry Jämsä¹, Tarmo Pekkarinen¹, Teemu Murtola^{1,2}, Erik Veskimäe¹, Matti Nykter², Thea Veitonmäki¹

¹*Urologian yksikkö, Tampereen yliopistollinen sairaala*

²*Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampereen yliopisto*

Objective

Liquid biopsies i.e. detecting cancer associated cell-free DNA (cfDNA) from plasma (circulating tumor DNA, ctDNA) or urine samples (urine tumor DNA, utDNA) have been shown to have great potential in urothelial cancer detection and surveillance. As part of an ongoing study to detect minimal residual disease after surgery, we studied the potential of ctDNA and utDNA for diagnostic purposes in urothelial cancers.

Patients and methods

Urine and plasma prior to surgery and fresh cancer tissue from the operation was collected from enrolled patients. We developed a mutational panel consisting of 11 most commonly mutated genes in urothelial tumors (UCLIB diagnostic panel). The panel was used on both urine and plasma samples. Samples were sequenced using Illumina instruments and mutations, amplifications and chromosomal rearrangements were computationally identified.

Results

Pre-surgical urine samples from six patients with bladder cancer (BCa) and eight patients with upper tract urothelial carcinoma (UTUC) were analyzed. All BCa patients (pTa LG - pT4 HG) had very high cancer fractions in urine cfDNA (40-80%). All mutations found in primary tissue were also detected in urine, but urine revealed additional subclonal driver mutations. Three BCa patients had plasma samples available and two out of three plasma samples had positive ctDNA (both had metastatic disease). In UTUC patients utDNA was found in 6/8 of the patients (one pTa high grade, rest T3) with urine cancer fractions ranging from 3-80%. Two patients with pTa LG disease had no detectable utDNA in urine. The most frequently mutated regions were the TERT promoter (92% patients), TP53 (67%), FGFR3 (33%), PIK3CA (25%), and ERBB2 (17%).

Conclusions

These primary results using UCLIB diagnostic panel show promise in urinary cfDNA associated cancer diagnostics. The panel is designed to offer a non-invasive alternative for cystoscopies and to be very cost-effective.

Varhaiset kokemukset eturauhasen liikakasvun Rezum-hoidosta HYKSissä 2021

*Kanerva Lahdensuo, Hannu Koistinen (HUS Helsingin
yliopistollinen sairaala)*

Johdanto

Rezum-hoito on eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun minimaalisen invasiivinen kirurginen hoito, jossa johdetaan virtsaputken kautta tähytyksessä eturauhaskudokseen piikkikärjellä kuumaa steriiliä vesihöyryä. Käsittelyn seurauksena tapahtuu eturauhaskudoksen koaguloitumista ja nekrotisoitumista, mikä pienentää eturauhaskudosta ja helpottaa potilaan oireita.

Aineisto ja menetelmät

Hoidimme Peijaksen sairaalassa vuonna 2021 20 potilasta Rezumilla. Potilaat oli rekrytoitu puhelimitse TURP- ja viherlaser-leikkausjonoista, ja kaikilla oli lääkityksestä huolimatta vähintään keskivaikeat virtsaoireet. Potilaiden keski-ikä oli 68 vuotta (vaihteluväli 55–77), keskimääräinen eturauhasen painoarvio 49 g (vaihteluväli 25–71) ja keskimääräiset preoperatiiviset DAN-PSS-yhteispisteet 29 (vaihteluväli 11–60). Toimenpiteet tehtiin lyhyessä yleisanestesiassa. Valtaosa potilaista kotiutui samana päivänä kestokatettrin kanssa. Potilaat palasivat tyypillisesti seuraavalla viikolla hoitajan vastaanotolle virtsakatettrin poistoon.

Tulokset

Kuudelle (30 %) potilaalle jouduttiin jättämään katetri yli viikoksi, ja keskimääräinen katetrintaika kaikille potilaille oli 11 päivää (vaihteluväli 6–43). Yhdelle potilaalle opetettiin 43 päivän jälkeen itsenäinen toistokatetrointi. Muita komplikaatioita ei ollut.

Kolmen kuukauden jälkitarkastus urologin vastaanotolla on tehty 19 potilaalle. Valtaosa potilaista (14/19=74 %) oli jälkitarkastuksessa tyytyväisiä ilman lääkityksiä. Viidellä (5/19=26 %) potilaalla oli yliaktiivisen rakon oireita, joihin aloitettiin oirelääkitys (mirabegroni tai solifenasiini).

Keskimääräinen DAN-PSS-yhteispisteiden väheneminen kolmessa kuukaudessa oli 19 pistettä (95%CI 11–27, $p=0,0001$), ja keskimääräinen virtsasuihkun maksimivirtauksen kasvu oli 5 ml/s (95%CI 3–8, $p=0,0009$). Toimenpide ei vaikuttanut jäännösvirtsan määrään, joka pieneni keskimäärin 11 ml (95%CI -25–47, $p=0,53$). Toimenpiteen vaikutuksia erektioon tai ejakulaatioon ei systemaattisesti kysytty.

Johtopäätös

Ensimmäisten kokemusten perusteella Rezum-hoito vaikuttaa tuovan oikein valituille potilaille helpotusta eturauhasen liikakasvun aiheuttamiin obstruktiivisiin virtsaoireisiin ilman merkittäviä haittoja. Hoito voidaan toteuttaa päiväkirurgisesti ja sillä voidaan todennäköisesti lykätä etenemistä kajoavampiin hoitoihin.

Outpatient BPH treatment in local anesthesia instead of inpatient surgical treatment during the pandemic in 2020 and 2021

Med. Dr. Sonny Schelin¹

Specialistläkargruppen, Kalmar, Sweden

Background

In Sweden, the frequency of BPH operations has decreased from >13,000 TURP operations/year in 1989 to <3000 in 2020. At the same time, the number of men 65+ has increased by >50% during the same time. 215,000 patients picked up at least one BPH drug last year, 80,000 men are in catheter care and waiting times for both examination and active treatment are long, even longer in the wake of the pandemic.

Material & method

During the burning pandemic, Specialistläkargruppen in Kalmar managed to treat 756 patients with CoreTherm® Concept without the staff becoming infected / infected any patient.

Result

Most of the patients have traveled to the treatment from other Swedish regions than Kalmar, the average age was 73.5 years, about 30% of the patients had comorbidities that most likely meant that they would be denied surgery, 40% came for referral while 60% had applied themselves via the free choice of care, the average size of the prostates was 70 cc, the treatments took an average of 8.5 minutes, 30% used a catheter before treatment. CoreFlow® - Soft Stent as a diagnostic tool has been used before treatment to determine whether patients are suitable for treatment or not.

Conclusion

A small private urologist's clinic has, through increased operations, been able to partially compensate for the loss of elective prostate surgery caused by the pandemic. A conscious infection control strategy has proven to work well for 2 years. In addition to common surgical cases, old, multi-sick, catheter-bound and patients with greatly enlarged prostate glands and ongoing blood thinning medication have also been helped. More urology clinics like this could in a resource-efficient way with an outpatient treatment like CoreTherm® Concept contribute to more people in this weak patient group receiving better and more adequate care. Hospital beds and operating theaters are today bottle necks that are prioritized for cancer patients where an outpatient and minimally invasive treatment option can replace most inpatient BPH operations.

Koulutuskalenteri	
7. – 10.9.2022	ICS2022 Wien, Itävalta https://www.ics.org/2022
26. – 28.9.2022	Urologiyhdistyksen Talvipäivät (siirretty helmikuulta) <i>Tampere</i> https://confedent.eventsair.com/suomen-urologiyhdistyksen-talvipaivat-2022/
23. – 25.11.2022	Operatiiviset päivät <i>Helsinki</i> https://www.kirurgiyhdistys.fi/operatiiviset-paivat/
20.1.2023	Suomen Kontinenssiklubin koulutuspäivä 2023 <i>Helsinki</i>
10. – 13.3.2023	EAU23 <i>Milano, Italia</i> https://uroweb.org/education-events/38th-annual-eau-congress

Kutsu Suomen urologiyhdistyksen

VUOSIKOKOUKSEEN

Suomen Urologiyhdistyksen sääntömääräinen vuosikokous pidetään Operatiivisten päivien yhteydessä torstaina 24.11.2022 klo 10.30-12.00. Helsingin Messukeskuksessa, Kokoustamo 2.krs Sali 208.

Tervetuloa!

Juha Koskimäki
puheenjohtaja

Thea Veitonmäki
sihteeri



ANSSI APRIKOI:
KYLLÄ HUPPI-LAKKI PIITÄ ON PARAS!



Urologia Fennica

Suomen Urologiyhdistys ry –
Finlands Urologförening rf

HAKEE

PÄÄTOIMITTAJAA

Yhteys:

Olli-Matti Aho

Puh. 050 427 0245

olli-matti.aho@hus.

HALUATKO MAINOKSESI NÄKYVILLE?

Mainospaikkojen hinnat
löytyvät lehden sisäkannesta.

Lisätietoja voi kysyä
mainostoimittajalta.

Yhteystiedot sisäkannessa.

UUTUUS!

UROREC silodosiini

Uroselektiivinen* UROREC hyvän- laatuisen eturauhasen liikakasvun hoitoon

Makuuasennon verenpaineen merkittävää laskua ei todettu missään silodosiinilla suoritetuissa kliinisissä tutkimuksissa.

*Silodosiini sitoutuu selektiivisesti α 1A-reseptoreihin ensisijaisesti eturauhasessa sekä sen kotelossa ja virtsaputkessa, sekä virtsarakon pohjassa ja kaulalla.

UROREC 4 mg ja 8 mg kovat kapselit. SILODOSIINI. Käyttöaihe: Eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun (benign prostatic hyperplasia, BPH) merkkien ja oireiden hoito aikuisilla miehillä. **Annostus:** Yksi UROREC 8 mg kapseli päivässä. Kohtalaista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien aloitusannokseksi suositellaan 4 mg. **Antotapa:** Kapseli tulee ottaa kokonaisena ruoan kanssa, mieluiten samaan aikaan joka päivä. **Vasta-aiheet:** Yliherkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitimet:** IFIS-oireyhtymä: aloittamista ei suositella potilailla, joille on suunniteltu harmaakaihileikkausta. Ortostaattiset vaikutukset: esiintyvyys silodosiinin yhteydessä on hyvin vähäistä. Munuaisten vajaatoiminta: käyttöä ei suositella vaikeaa munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla. Maksan vajaatoiminta: käyttöä ei suositella vakavaa maksan vajaatoimintaa sairastavilla. Eturauhasen karsinooma: Potilas tulee tutkia ennen hoidon aloittamista eturauhasen karsinooman mahdollisuuden poissulkemiseksi. **Yhteisvaikutukset:** Suurin osa silodosiinista metaboloituu, pääasiassa CYP3A4:n, alkoholi-dehydrogenaasin ja UGT2B7:n kautta. Samanaikaista käyttöä muiden alfasalpaajien kanssa ei suositella. CYP3A4:n estäjät: Samanaikaista käyttöä voimakkaiden CYP3A4:n estäjien kanssa ei suositella. PDE-5-estäjät: Pieniä farmakodynaamisia yhteisvaikutuksia on todettu silodosiinin ja sildenafilin tai tadalafilin enimmäisannosten välillä. Potilaita tulee seurata mahdollisten haittavaikutusten varalta. Verenpainelääkkeet: Tutkimuksissa useat potilaat saivat samanaikaista verenpainehoitoa ilman, että ortostaattisen hypotension esiintyvyys lisääntyi. Aloitettaessa samanaikainen käyttö verenpainelääkkeiden kanssa on kuitenkin noudatettava varovaisuutta ja potilaita tulee seurata mahdollisten haittavaikutusten varalta. Digoksiini: annoksen sovittaminen ei ole tarpeen. **Raskaus ja imetys:** Vain miespotilaille. **Hedelmällisyys:** Ejakulaation yhteydessä vähentynyt määrä tai ei lainkaan siemennestettä. Potilaalle tulee kertoa, että tämä vaikutus on mahdollinen, ja että se vaikuttaa miehen hedelmällisyyteen tilapäisesti. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Varovaisuutta noudatettava, kunnes potilas tietää miten silodosiini vaikuttaa heihin. **Haittavaikutukset:** Hyvin yleinen: ejakulaatiohäiriöt, ml. retrogradinen ejakulaatio ja anejakulaatio. Yleinen: Huimaus, ortostaattinen hypotensio, nasaalinen kongestio, ripuli. Muut haittavaikutukset ja yliannostus, ks. valmisteyhtenveto. **ATC-koodi:** G04CA04. Reseptilääke. **Tutustu valmisteyhtenvetoon ennen lääkkeen määräämistä. Perustuu 6.4.2022 päivättyihin valmisteyhtenvetoihin.**

Valmistaja:



Pakkaukset ja hinnat (VMH + alv) 06/2021:

UROREC 4 mg 30 kaps 34,87 €, UROREC 8 mg 30 kaps 37,40 €, UROREC 8 mg 90 kaps 97,15 €, Hoitopäiväkustannus 1,08 - 1,25 €. Korvattavuus: Ei korvattava.

Markkinoija Suomessa:

SwanMedica

Lisätietoja: SwanMedica Oy, Wredenkatu 2, 78250 Varkaus, puh. 017 369 0033, www.swanmedica.fi