

**Joonas H. Kauppila**

LT, gastroenterologiseen kirurgiaan erikoistuva lääkäri, kliinisen epidemiologian professori Oys, Oulun yliopisto ja Karolinska Institutet, Ruotsi

**Johanna Mrena**

LKT, osastonylilääkäri Keski-Suomen keskussairaala, gastroenterologinen kirurgia

**Eero Sihvo**

dosentti, ylilääkäri Keski-Suomen keskussairaala, kirurgia

**KIRJALLISUUTTA**

- 1 Global Burden of Disease 2019 Cancer Collaboration, Kocarnik JM ym. Cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life years for 29 cancer groups from 2010 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. JAMA Oncol 2021;8 (3):420–44.
- 2 Syöpärekisteri S. Syöpätalstatot. [www.cancer.fi/talstatot](http://www.cancer.fi/talstatot). Luettu 2.5.2022.
- 3 Kauppila JH ym. Cohort profile: gastric cancer in the population-based, Finnish National Esophago-Gastric Cancer Cohort (FINEGO) Study. BMJ Open 2020;10 (10):e039574.
- 4 Soderstrom HK ym. Cohort profile: a nationwide population-based retrospective assessment of oesophageal cancer in the Finnish National Esophago-Gastric Cancer Cohort (FINEGO). BMJ Open 2020;10 (10):e039575.
- 5 Lagergren J ym. Oesophageal cancer. Lancet 2017;390:2383–96.
- 6 Smyth EC ym. Gastric cancer. Lancet 2020;396:635–48.
- 7 Helminen O ym. Trends and results of oesophageal cancer surgery in Finland between 2004 and 2014. Eur J Cardiothorac Surg 2020;57 (1):107–13.

**Sidonnaisuudet**

verkkoversiossa [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) SLL 39–40/2022

**Viittaus:**

Suom Lääkäril 2022;77:e33466



VERTAISARVIOITU  
KOLLEGIALT GRANSKAD  
PEER-REVIEWED  
[www.tsv.fi/tunnus](http://www.tsv.fi/tunnus)

# Elämänlaadun palautumista ruokatorvi- ja mahasyöpäleikkauksen jälkeen voidaan tukea

- Ruokatorvi- ja mahasyöpäkirurgia on raskasta kirurgiaa, johon liittyy runsaasti komplikaatioita.
- Leikkausten yhdistävä tekijä on mahalaukun säiliötoiminnan häviäminen kokonaan tai osittain. Tämä aiheuttaa ruoansulatuskanavan oireita.
- Elämänlaatu huononee kuukausien ajaksi leikkauksesta, mutta palautuu vuoden jälkeen lähes normaaliväestön tasolle.
- Keskeistä on tunnistaa selvittelyä vaativat ja hoidettavissa olevat oireet, kuten nielemisvaikeudet, refluksi ja dumping-oireet.

**RUOKATORVISYÖPÄ** on kuudenneksi ja mahasyöpä kolmanneksi yleisin syöpäkuoleman syy maailmassa (1). Suomessa ne ovat harvinaisempia: vuonna 2019 todettiin 368 ruokatorvisyöpää ja 598 mahasyöpää (2). Viime vuosina Suomessa on tehty noin 80 ruokatorvisyöpä- ja yli 200 mahasyöpäleikkausta vuosittain (3,4).

Ruokatorvisyövän tärkeimmät alatyypit ovat levyepiteelisyöpä (carcinoma squamocellulare) ja rauhassolusyöpä (carcinoma adenomatosum). Levyepiteelisyövän riskitekijöitä ovat tupakointi ja alkoholinkäyttö. Refluksitauti on rauhassolusyövän tärkein riskitekijä (5). Rauhassolusyöpä on yleistynyt länsimaissa, joissa se on nykyisin vallitseva tyyppi (5).

## *Vain kuudennes potilaista on elossa viisi vuotta diagnoosin jälkeen.*

Mahasyövästä noin 90 % on rauhassolusyöpiä. Mahasyöväälle altistavat helikobakteerinfektio, tupakointi, alkoholin käyttö sekä lihavuus (6). Helikobakteerin vallitsevuuden vähentyessä mahasyövän ilmaantuvuus on pienentynyt.

Ruokatorvi- ja mahasyöpien ennuste on huono: vain kuudennes potilaista on elossa viisi

vuotta diagnoosin jälkeen (2). Leikkaus on näiden syöpien ainut parantava hoito. Kirurgisten tekniikoiden kehittymisen, neoadjuvanttihoidon systemaattisen käytön ja tarkan potilasvalinnan avulla leikkauspotilaiden viiden vuoden elossaoloennusteeksi saadaan jopa yli 50 % (7).

**Leikkaushoito**

Ruokatorvisyöpä sijaitsee yleisimmin ruokatorven alaosassa tai ruokatorvi-mahalaukkurajassa. Leikkauksessa poistetaan ruokatorven alaosan lisäksi mahalaukun yläosa. Uusi ruokatorvi rakennetaan pääsääntöisesti mahalaukusta muotoillusta putkesta (conduit) (kuva 1).

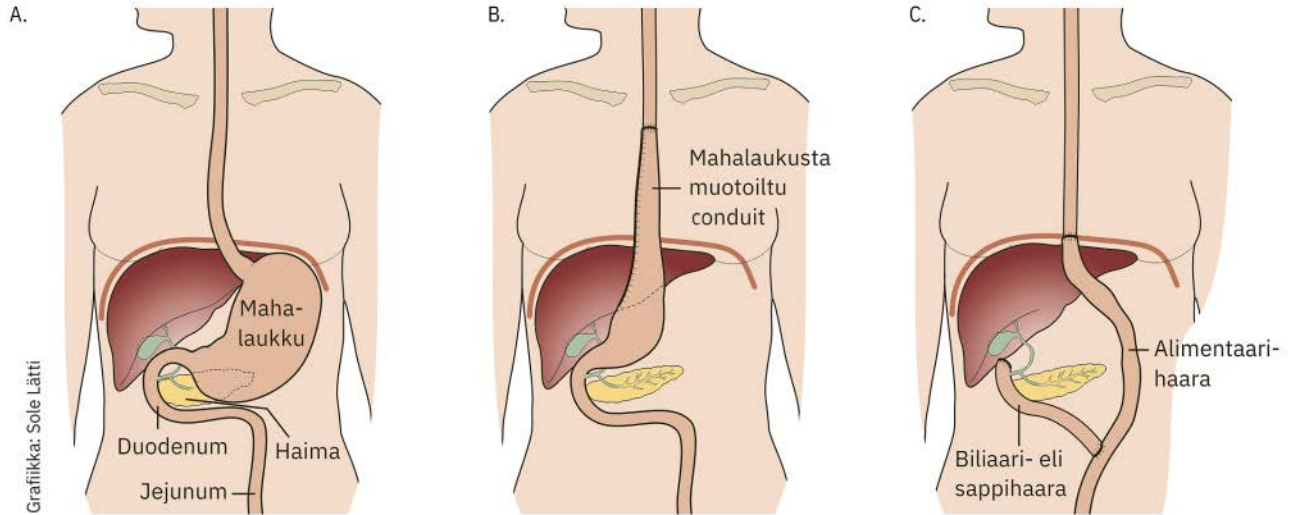
Mahasyöpäleikkauksessa poistetaan joko mahalaukun alaosa (resektio/subtotaalinen gastrektomia) tai koko mahalaukku (totaalinen gastrektomia) syövän paikan mukaan. Ohutsuoli liitetään yleisimmin ns. Roux-en-Y-rekonstruktioilla joko jäljelle jäävään mahalaukkuun tai suoraan ruokatorven loppuosaan (kuva 1).

Leikkaukset voidaan useimmiten tehdä tähytystekniikalla (8), jolloin kotiutumisen nopeutuu ja etenkin ruokatorvisyöpää sairastavien leikkauskuolleisuus vähenee (9,10).

Leikkaus on potilaalle menetelmästä riippumatta raskas. Vakavia komplikaatioita eli toimenpiteitä tai tehohoitoa vaativia ongelmia esiintyy kokeneissakin keskuksissa ruokatorviresektion jälkeen yli neljänneksellä potilaista (11). Tärkeimmät komplikaatiot ovat anasto-

KUVA 1.

Ruoansulatuskanavan yläosa



A. Normaalia anatomia. B. Tilanne ruokatorven poistoleikkauksen jälkeen. C. Tilanne mahalaukun kokopoiston (totaaligastrektomian) ja Roux-en-Y-rekonstruktion jälkeen.

- 8 Kim YW ym. Improved quality of life outcomes after laparoscopy-assisted distal gastrectomy for early gastric cancer: results of a prospective randomized clinical trial. *Ann Surg* 2008;248 (5):721-7.
- 9 Gottlieb-Vedi E ym. Long-term survival in esophageal cancer after minimally invasive esophagectomy compared to open esophagectomy. *Ann Surg*, verkossa ensin 20.1.2021. doi: 10.1097/SLA.0000000000004645
- 10 Kauppila JH ym. Short-term outcomes following minimally invasive and open esophagectomy: A population-based study from Finland and Sweden. *Ann Surg Oncol* 2018;25 (1):326-32.
- 11 Schmidt HM ym. Defining benchmarks for transthoracic esophagectomy: A multicenter analysis of total minimally invasive esophagectomy in low risk patients. *Ann Surg* 2017;266 (5):814-21.
- 12 Griffiths EA, Oesophago-Gastric Anastomosis Study Group on behalf of the West Midlands Research C. Rates of anastomotic complications and their management following esophagectomy: Results of the Oesophago-Gastric Anastomosis Audit (OGAA). *Ann Surg* 2022;275(2):e382-91.
- 13 Djarv T, Lagergren P. Quality of life after esophagectomy for cancer. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2012;6 (1):115-22.
- 14 Kauppila JH ym. related quality of life after minimally invasive versus open esophagectomy for oesophageal cancer. *Br J Surg* 2017;104 (9):1131-40.

moosin peittäminen sekä keuhkokomplikaatiot (12).

Koska kirurgisen hoidon pitkäaikaistulokset ovat parantuneet, potilaiden elämänlaadulla on kasvava merkitys. Tutkimuksissa elämänlaatu määritellään usein moniulotteiseksi yhdistelmäksi negatiivisia ja positiivisia kokemuksia fyysisestä, emotionaalaisesta ja sosiaalisesta toimintakyvystä sekä sairauteen ja hoitoon liittyviä oireita (13). Esimerkkejä oireista ja oirekuvista leikkausten jälkeen on koottu taulukkoon (taulukko 1).

**Elämänlaatu ruokatorvisyöpäleikkauksen jälkeen**

Ruokatorvisyöpäleikkaus ulottuu vatsaonteloon, rintaonteloon ja joskus myös kaulalle. Ruokatorven poistoleikkaus huonontaa elämänlaatua voimakkaasti kaikilla osa-alueilla ensimmäisten kolmen kuukauden ajan (13). Tänä ajanjaksona elämänlaatu on tähytysleikkauksen jälkeen parempi kuin avoleikkauksen jälkeen (14). Erot kuitenkin kaventuivat kliinisesti vähäisiksi vuoden seurannassa (14). Vuoden jälkeen elämänlaadussa tapahtuu korjautumista vain harvoin (15), eikä tähytys- ja avoleikkauksessa hoidettujen elämänlaadussa ole todettu eroja tämän jälkeen (16).

Potilailla, joiden tauti ei ole uusiutunut, elämänlaatu voi olla jopa parempi kuin keskivertoväestössä (15). Tulokset ovat kuitenkin riskiriitaisia (17). Syövästä parantuneet potilaat ovat käytännössä aina tyytyväisiä hoitotulokseen (18).

TAULUKKO 1.

**Elämänlaatua huonontavia oireita ruokatorvi- ja mahasyöpäleikkauksen jälkeen**

Yleisoireet
Heikotus
Hengästyminen
Unihäiriöt
Leikkaushaavan kipu
Kehonkuvan muutokset
Yskä
Puhumisvaikeudet
Syömiseen liittyvät oireet
Painon putoaminen
Ruokahaluttomuus
Pienentyneet ateriakoot
Nielemiskipu
Dumping-oireet
Ruokailutilanteiden välttely
Suun kuivuminen
Makuainin muuttuminen
Tukehtumisen tunne
Pahoinvointi
Refluksioireet
Ruoan nousu eli regurgitaatio
Ripuli
Psykologiset oireet
Ahdistuneisuus
Masentuneisuus
Syövän uusiutumisen pelko
Painoon liittyvät huolet
Työhönpaluuseen liittyvät huolet

Pitkäaikaisista yleisoireista tyyppisiä ovat energiatason lasku ja väsymys (15,18). Noin 15 % potilaista kärsii päivittäisistä kivuista ja

## TAULUKKO 2.

### Leikkaustenjälkeisten ruoansulatuskanavan oireiden hoito

	Oireet	Hoito
Refluksi	Kipu, närästys, yskä, regurgitaatio, aspiiraatio	Sängyn päädyn kohottaminen, pienet ateriat säännöllisin väliajoin, protonipumpun estäjät
Gastropareesi	Pahoinvointi, oksentelu, täyttymisen tunne, ylävatsakipu	Ruokavaliohoito, prokinetit kuten metoklopramidi
Ahtauma	Nielemisvaikeus, nielemiskipu, (täyttymisen tunne)	Endoskooppinen laajennus
Dumping-oireet	Vatsakrampit, turvotus, pahoinvointi, ripuli, rytmihäiriöt, pyörtäminen	Pienet ateriat säännöllisin väliajoin, protonipumpun estäjät, muut lääkkeet

- 15 Boshier PR ym. Assessment of health related quality of life and digestive symptoms in long-term, disease free survivors after esophagectomy. *Ann Surg* 2022;275(1):e140–7.
- 16 Klevebro F ym. Health-related quality of life following total minimally invasive, hybrid minimally invasive or open oesophagectomy: a population-based cohort study. *Br J Surg* 2021;108(6):702–8.
- 17 Schandl A ym. Health-related quality of life 10 years after oesophageal cancer surgery. *Eur J Cancer* 2016;69:43–50.
- 18 Markar SR ym. Lasting Symptoms After Esophageal Resection (LASER): European multicenter cross-sectional study. *Ann Surg* 2022;275(2):e392–400.
- 19 Geeraerts M ym. Insights in work rehabilitation after minimally invasive esophagectomy. *Surg Endosc* 2019;33(10):3457–63.
- 20 Park SY ym. Risk factors for weight loss 1 year after esophagectomy and gastric pull-up for esophageal cancer. *J Gastrointest Surg* 2018;22(7):1137–43.
- 21 Low DE ym. Benchmarking complications associated with esophagectomy. *Ann Surg* 2019;269(2):291–8.
- 22 Baba M ym. Quality of life following esophagectomy with three-field lymphadenectomy for carcinoma, focusing on its relationship to vocal cord palsy. *Dis Esophagus* 1998;11(1):28–34.
- 23 Kauppila JH ym. Postoperative complications and health-related quality of life 10 years after esophageal cancer surgery. *Ann Surg* 2020;271(2):311–6.
- 24 Kauppila JH ym. Medical and surgical complications and health-related quality of life after esophageal cancer surgery. *Ann Surg* 2020;271(3):502–8.
- 25 Shan B ym. Systematic review on quality of life outcomes after gastrectomy for gastric carcinoma. *J Gastrointest Oncol* 2015;6(5):544–60.

yskästä (18). Eurooppalaisista työikäisistä potilaista kolmasosa ei pysty osallistumaan työelämään vuoden kuluttua leikkauksesta (19).

Potilaiden paino laskee ensimmäisen vuoden aikana noin 10 % (20), mutta vaihtelu on huomattavaa. Pitkäaikaiset ruoansulatuskanavan oireet ovat ruokatorven poiston jälkeen tavallisia. Mahalaukun muuttuminen putkimaiseksi rakenteeksi johtaa nopeaan täyttymisen tunteeseen (15,18). Toinen yleinen oirekokonaisuus, refluksi ja regurgitaatio, johtuu ruokatorven alasulkijamekanismin puuttumisesta (15,18).

Nielemisvaikeudet näyttävät paranevan ajan mittaan (15). Vuoden jälkeen leikkauksesta niitä esiintyy kuitenkin noin viidenneksellä (15). Hankalien nielemisvaikeuksien taustalla on yleensä sauman ahtaautuminen.

Noin 4 % saa leikkauksessa kiertäjähäermon vaurion (21). Näistä osa korjautuu spontaanisti. Pysyvä vaurio voi johtaa puhe- ja nielemishäiriöihin (22).

Huonolle elämänlaadulle altistavat perussairaudet, edennyt tauti, kasvaimen sijainti ruokatorven ylä- tai keskiosassa, levyepiteelisyöpä ja sädehoito osana neoadjuvanttihoitoa sekä komplikaatiot (5). Ruokatorvisyöpäleikkauksissa yleiset vakavat komplikaatiot huonontavat elämänlaatua merkittävästi (23). Kirurgisten komplikaatioiden, kuten sauman peittämissä tai leikkausalueen infektioiden haitat lievittyvät viidessä vuodessa. Muut komplikaatiot, kuten sydäninfarkti tai keuhkokuume, johtavat 10 vuoden seurannassakin heikentyneeseen elämänlaatuun (24).

### Elämänlaatu mahasyöpäleikkauksen jälkeen

Mahalaukun osittainen tai täydellinen poisto muuttaa ruoansulatuskanavan yläosan anatomiaa ja toimintaa. Säiliötoiminnan häviämisestä seuraa ruokahaluttomuutta ja syötävät annoskoot pienenevät.

Ensimmäisten kuukausien aikana ruokailurajoitteet vaikuttavat energiansaantiin. Tämä ja leikkauksesta toipuminen aiheuttavat keskimäärin yli 10 %:n laskun leikkausta edeltävää painosta (25). Yleisen elämänlaadun heikkeneminen ensimmäisten kuukausien aikana liittyykin usein ruokailuun ja sen rajoitteisiin joko suoraan tai välillisesti. Satunnaistetuissa tutkimuksissa laparoskooppinen mahalaukun poisto on avoleikkauksesta parempi kolmen ensimmäisen kuukauden elämänlaadun kannalta (8), mutta pitkäaikais tuloksia ei ole julkaistu.

Toimintakyky ja fyysinen elämänlaatu palautuvat vuodessa joko leikkausta edeltävälle tai pysyvästi hieman alemmalle tasolle (25). Komplikaatiot hidastavat toipumista, painon stabiiloitumista ja elämänlaadun korjaantumista. Suomalaistutkimuksessa totaalisen gastrektomian jälkeen elämänlaatu oli palautunut muun väestön tasolle yli viiden vuoden kuluttua leikkauksesta (26).

Työhön paluusta mahalaukun poiston jälkeen on vähän tutkimuksia. Aasiassa yli neljännes ei palaa työhönsä (27). Osa-aikatyö on myös yleisempää kuin muussa väestössä (28). Fyysisessä työssä tiheiden ateriäväljen toteuttaminen ja energiansaannin turvaaminen voi olla vaikeaa.

Myös mahalaukun poiston jälkeen pitkäaikaisongelmana voi esiintyä refluksia (29). Osapoiston jälkeen sitä esiintyy vähemmän, samoin kuin pahoinvointia ja nielemisvaikeutta. Viiden vuoden kohdalla koetut elämänlaatuerot olivat tasoittuneet (25). Billroth-1-rekonstruktioon liittyy enemmän refluksia kuin Roux-en-Y-menetelmään, mutta ero peittyi elämänlaatu tutkimuksissa (30).

Ruoansulatuskanavan muuttunut anatomia voi aiheuttaa dumping-oireita (29). Silloin nopeutuva hiilihydraattipitoisen ravinnon eteneminen ohutsuoleen aiheuttaa ripulia, vatsanväänneitä, hypoglykemiaa, huimausta ja pahoinvointia.

Mahalaukun poiston vaikutus elämänlaatuun saattaa olla vähäisempi kuin ruokatorven poiston. Toisaalta tulokset ruokatorvi-mahalaukkurajan syövässä ruokatorven ja mahalaukun poiston jälkeisistä elämänlaadun eroista ovat ristiriitaiset (31,32).

### Elämänlaatuun kohdistuvien haittojen ehkäisy ja oireiden hoito

Ruokatorvi- ja mahasyöpäleikkauksen elämänlaatuun kohdistuvien haittojen minimoinnissa leikkausta edeltävä, perioperatiivinen ja leikkauksenjälkeinen vaihe ovat kaikki tärkeitä. Potilaan informointi on perusta realistisille toi-

- 26 Tyrväinen T ym. Quality of life in the long-term survivors after total gastrectomy for gastric carcinoma. *J Surg Oncol* 2008;97 (2):121–4.
- 27 Lee MK ym. Employment status and work-related difficulties in stomach cancer survivors compared with the general population. *Br J Cancer* 2008;98 (4):708–15.
- 28 Rottenberg Y ym. Unemployment risk 2 years and 4 years following gastric cancer diagnosis: a population-based study. *J Cancer Surviv* 2017;11 (1):119–25.
- 29 Lee SS ym. Quality of life in cancer survivors 5 years or more after total gastrectomy: a case-control study. *Int J Surg* 2014;12 (7):700–5.
- 30 Nishizaki D ym. Roux-en-Y versus Billroth-I reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;9:CD012998.
- 31 Barbour AP ym. Health-related quality of life among patients with adenocarcinoma of the gastro-oesophageal junction treated by gastrectomy or oesophagectomy. *Br J Surg* 2008;95 (1):80–4.
- 32 Kauppi JH ym. Health-related quality of life after gastrectomy, esophagectomy, and combined esophago-gastrectomy for gastroesophageal junction adenocarcinoma. *Gastric Cancer* 2018;21 (3):533–41.
- 33 Halliday LJ ym. Adherence to pre-operative exercise and the response to prehabilitation in oesophageal cancer patients. *J Gastrointest Surg* 2021;25 (4):890–9.
- 34 Helminen O ym. Benchmark values for transthoracic esophagectomy are not set as the defined "best possible"-a validation study. *J Thorac Dis* 2018;10 (7):4085–93.
- 35 Dijksterhuis WPM ym. Cachexia and dietetic interventions in patients with esophagogastric cancer: A multicenter cohort study. *J Natl Compr Canc Netw* 2021;19 (2):144–52.
- 36 Helminen O ym. Population-based study of anastomotic stricture rates after minimally invasive and open esophagectomy for cancer. *BJS Open* 2019;3 (5):634–40.
- 37 van Vulpel JK ym. Supervised exercise after oesophageal cancer surgery: the PERFECT multicentre randomized clinical trial. *Br J Surg* 2021;108 (7):786–96.
- 38 Pinto E ym. Psychological support of esophageal cancer patient? *J Thorac Dis* 2019;11 suppl 5:S654–62.
- 39 Carrillo GM, Santamaria NP. Life after a gastrectomy: Experience of patients with gastric cancer. *Enferm Clin (Engl Ed)* 2019;29 (1):27–33.

pumisodotuksille. Leikkausta edeltävä kuntoharjoittelu parantaa suorituskykyä ja vähentää keuhkokomplikaatioita (33).

Komplikaatioiden ehkäisy on keskeistä niin toipumisen kuin myöhemmän elämänlaadun kannalta (23). Tärkeitä ovat vakavat komplikaatiot, ja niiden yleisyys on mahdollista pienentää alle 10 %:iin (34).

### Ruoansulatuskanavan oireiden hoito

Ruokatorvisyöpäleikkauksen jälkeisessä seurannassa korostuvat pitkäaikaisten oireiden ehkäisy ja hoito (taulukko 2).

Refluksin hoidossa pätevät yleiset refluksitaudin hoito-ohjeet: elämäntapaohjaus ja oireita lisäävien ruokien välttäminen. Monet potilaat syövät protonipumpun estolääkkeitä (18). Jos mahalaukku on kokonaan poistettu, potilas ei hyödy niistä. Noin neljännes potilaista käyttää antasidit ja alginateja, joista voi olla apua myös gastrektomiapotilaan refluksiin (18). Yöllisen regurgitaation välttämässä keskeistä on sängyn päädyn kohottaminen ja iltasyöminen välttäminen. Äärimmäisen hankalaan, etenkin sappiperäiseen refluksiin voidaan harkita myös leikkaushoitoa. Riittävän energiamäärän turvaamiseksi keskeistä on säännöllinen ateriointi vähintään 3 kertaa päivässä.

Ravitsemusterapeutin ohjaus ja tehostettu ravitsemushoito leikkauksen jälkeen ovat tärkeä osa hoitoa. Ravitsemusterapeutin osallistuminen hoitoon on myös yhteydessä pitempään elinajan ennusteeseen kakektisilla potilailla (35).

Uusi tai hankaloitettava nielemisvaikeus, nielemiskipu tai oksentelu edellyttää tähyystutkimusta. Jos taustalla on anastomoosin ahtauma, se on hoidettavissa tähyystyksessä tehtävällä laajennuksella ja joskus laajennuksia tarvitaan useita (36). Dumping-oireita vähentävät hiilihydraattien välttäminen ja nesteiden nauttiminen aterian lopuksi. Erikoissairaanhoidon valikoimaan kuuluvat esimerkiksi antikolinergit ja somatostatiinanalogit.

### Väsymyksen ja muiden fyysisten oireiden hoito ja ehkäisy

Raskaat syövän hoidot ja leikkaus aiheuttavat yleiskunnon heikkenemistä, suorituskyvyn laskua sekä yleistä uupumista. Vuoden kuluessa leikkauksesta toteutetun harjoitteluohjelman on satunnaistetussa tutkimuksessa todettu pa-

rantavan fyysistä kuntoa sekä elämänlaatua (37). Harjoittelun hyödyt hävisivät puolessa vuodessa harjoittelun päätyttyä (37). On kuitenkin ilmeistä, että fyysisestä harjoittelusta on apua toimintakyvyn sekä elämänlaadun ylläpitämisessä.

### Psykososiaalisten oireiden hoito

Ruokatorvi- ja mahasyöpäleikkausten jälkeen psykososiaalisten oireiden kirjo on laaja. Se sisältää esimerkiksi pelkoa syövän uusiutumisesta ja kuolemasta, häpeää ja välttämiskäyttäytymistä ruokailun tai sen aiheuttamien oireiden vuoksi sekä työikäisillä huolia työhön paluusta tai työkunnosta (38,39).

Psykososiaaliset oireet ja ongelmat ovat huonosti tunnistettuja ja vielä huonommin hoidettuja, koska ne eivät välttämättä välity toimintakyvyn muutoksina terveydenhuollon henkilökunnalle (38,40). Ei myöskään tiedetä, millaista psykososiaalista tukea näille potilaille pitäisi tarjota.

Fyysisten oireiden lievittäminen ja fyysisen toimintakyvyn parantaminen voi helpottaa myös psykososiaalisia oireita. Potilaalta on tärkeää kysyä myös psykososiaalisista ongelmista ja ohjata heitä matalan kynnyksen tuen piiriin, kuten mielenterveystyön sairaanhoitajalle tai syöpähoitajalle keskustelukäynnille.

### Seuranta

Leikkauksen jälkeisellä seurannalla ei ole toistaiseksi osoitettu olevan hyödyllistä vaikutusta kuolleisuuteen tai elämänlaatuun. Kolorektaalisyöpää sairastavat kokivat tiiviin seurannan hyväksi, vaikkakin se lisäsi tilapäisesti sairauden uusimisen ja kuoleman pelkoa (41). Seuranta on kuitenkin perusteltua, jotta potilaiden oireisiin, ravitsemukseen sekä psykososiaalisen tuen tarpeeseen voidaan vastata.

### Lopuksi

Erityisesti ruokatorvisyöpäleikkaus, mutta myös mahasyöpäleikkaus heikentää merkittävästi potilaan elämänlaatua vähintään vuoden ajan leikkauksen jälkeen. Potilaiden informointi realistisista odotuksista elämänlaadun suhteen on tärkeää. Useimpia ongelmia ja oireita pystytään lievittämään ravitsemuksen, lääkityksen, tähyystoimenpiteiden ja psykologisen tuen keinoin. •

40 Graham-Wisener L ym. The need for enhanced psychological support in esophageal cancer—an exploratory study of the perception of HCPs, patients, and carers. *Dis Esophagus* 2019;32 (5). doi: 10.1093/dote/doy076

41 Papagrigoriadis S. Follow-up of patients with colorectal cancer: the evidence is in favour but we are still in need of a protocol. *Int J Surg* 2007;5 (2):120–8.