

Nro 1 2023
Vuosikerta 37

Urologia Fennica

Suomen Urologiyhdistys ry –
Finlands Urologförening rf



Tervetuloa Suomen Urologiyhdistyksen
Talvipäiville Mikkeliin
8. - 10.2.2023

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 2023

Numero	Aineistopäivä	Ilmestyy
1	15.1.	3.2.
2	5.3.	24.3.
3	7.5.	26.5.
4	27.8.	15.9.
5	15.10.	3.11.

2023 Nro 1

Pääkirjoitus.....	5
Puheenjohtajan palsta.....	7
Sihteerin palsta.....	9
Tutkimusapuraharaportti <i>Laura Parhiala</i>	11
Tutkimusapuraharaportti <i>Heini Pajunen</i>	12
FinnBladder 9 tutkimuksen kuulumisia <i>Ville Sell</i>	14
Talvipäivät 2023 ohjelma.....	16
Urosalaatti	19



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 varoimet:** 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 neuvota 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 neuvota hakeutumaan välittömästi lääkärin hoitoon. Tadalafil Orion -valmistetta tulee antaa varoen potilaalle, 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 potilaalle, jotka käyttävät jotakin orgaanista nitraattia. Tadalafiliin ja muiden PDE5-estäjien käytön yhteydessä on ilmoitettu näköhäiriöitä ja NAION-tapauksia. Alfal-salpaajien ja tadalafiliin samanaikainen käyttö voi johtaa joillakin potilailla oireiseen hypotensioon. Tadalafiliin ja doksatsosiinin samanaikaista käyttöä ei suositella. Ei tule käyttää guanylaattisyklaasin stimulaattoreiden, kuten riosiguatiin, kanssa. Muut yhteisvaikutukset ks. valmisteyhteenveto. **Hedelmällisyys, raskaus ja imetys:** Valmistee ei ole tarkoitettu naisille. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Valmisteeilla 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) **15.1.2023:** 5 mg 28 tabl. 7,63 €, 84 tabl. 19,64 €, 10 mg 4 tabl. 7,34 €, 20 mg 4 tabl. 3,58 €, 8 tabl. 5,54 €, 12 tabl. 6,56 €. **Korvattavuus:** Ei korvattava. **Reseptilääke. Lisätiedot:** Valmisteyhteenveto.

Orion Pharma 1/2023



Orion on
suomalainen
avainlippuyritys.

aesculapius.fi

Pääkirjoitus

Hyvät kollegat,

Urologia Fennican 35. vuosikerta alkaa vanhaan tapaan Urologiyhdistyksen Talvipäiviin keskittyvällä numerolla. Poikkeusvuosien jälkeen Talvipäivät ovat palanneet tutummalle paikalle vuoden alkuun. Tampereen siirteneiden syyspäivien läheisyys lienee vaikuttanut urosalaatin abstraktimäärään, joka on totuttua pienempi. Tämä luontaisesti näkyy muutoinkin lehden koossa.

Viime vuonna jaettujen tutkimusapurahojen saajien raportteja tutkimuksen edistymisestä on nyt tullut kiitettävästi – hienoa! Muistutuksena silti vielä: apurahan maksamisen ehtona on raportin kirjoitus. Julkaisuaikataulu lehdessä ei tähän kuitenkaan vaikuta.

Tässä numerossa julkaistaan Laura Parhialan ja Heini Pajusen raportit. Lisäksi Ville Sell raportoi FinnBladder 9 -tutkimuksen kuuluiset.

Etusivun mediakortista löytyy tämän vuosikerran lehtien julkaisuaikataulu. Seuraava aineistodeadline on maaliskuun alussa, joten kirjoituksia tuonne ehtii vielä hyvin tekemään. Mainittakoon myös, että Urologia Fennican päätoimittajan paikka on edelleen auki. Otan edelleen kirjoituksia vastaan, mutta jatkajaa toiminnalle kaivataan. Lisätietoja päätoimittajan tehtävästä ja vastuista saa entiseen tapaan allekirjoittaneelta (olli-matti.aho@hus.fi).

Olli-Matti



Urologia Fennica

Suomen Urologiyhdistys ry –
Finlands Urologförening rf

HAKEE

PÄÄTOIMITTAJAA

Yhteys:

Olli-Matti Aho

Puh. 050 427 0245

olli-matti.aho@hus.

PROCREN® DEPOT PDS



FI-PROC-220004/1_2023

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

leuporeliniasetaatti

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 -valmistete. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyyks leuporeliniasetaatille tai vastaaville nonapeptideille tai jollekin valmisteen apuaineelle. **Varoitukset:** Yksittäisiä anafylaksiatapauksia on raportoitu kuu leusittain annosteltavaa leuporeliniasetaattivalmistetta käytettäessä. Hoidon alkuvaiheessa voidaan havaita kliinisten löydösten ja oireiden lisääntymistä. Oireiden paheneminen voi myötävaikuttaa halvauksen syntymiseen; siihen voi mahdollisesti liittyä kuolemaan johtavia komplikaatioita. Potilaille, 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. Markkinoilletulon jälkeen on raportoitu, että GnRH-agonistien käytön yhteydessä on esiintynyt kouristuksia. Leuporelinia saavilla potilailla on ilmoitettu idiopaattista kallonsisäisen paineen kohoamista (pseudotumor cerebri). Pieni määrä potilaita voi kokea luustokipujen väliaikaista lisääntymistä. Kuten muillakin LHRH-analogeilla leuporeliniasetaatilla on raportoitu yksittäisiä virtsatieobstruktiotapauksia sekä yksittäisiä selkäydinkanavan kompressioita, jotka ovat voineet johtaa paralyysiin. GnRH-agonisteja saavilla miehillä on ilmoitettu hyperglykemioita ja diabetesriskin suurenmistä. Miehillä on ilmoitettu GnRH-agonistien käytön yhteydessä sydäninfarktin, sydänperaisen äkkikuoleman ja aivohalvauksen riskin suurenmistä. Androgenideprivatiohoito voi pidentää QT-aikaa potilaille, joilla on todettu QT-ajan pidentymisen tai sen riskitekijöitä, sekä potilaille, 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, huilmaus, 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 jäättyä. Säilytä alkuperäispakkauksessa. **Korvattavuus:** Reseptilääke. Ylempi erityiskorvausryhmä (100 %), eturauhassyöpä (116). **Pakkaukset ja hinnat:** 1.2.2023 (VMH+alv): Procren Depot PDS 3,75 mg inj.: 135,54 € Procren Depot PDS 11,25 mg inj.: 341,09 € Procren Depot PDS 30 mg inj.: 583,00 € Lisätiedot: AbbVie Oy puh. 010 2411 200 (Procren Depot PDS 4.7.2022)

abbvie

Puheenjohtajan palsta

Hyvät ystävät,

Taas on uusi vuosi alkanut elämässämme. Terveysthuollon alalla on muutoksen vuosi. Olemme jo ehtineet kokea sitä. Potilastyö on jatkunut samanlaisen kuin ennen vuodenvaihdetta tietämäni mukaan ilman suurempia työnantajan vaihdoksesta johtuvia asioita. Huolta ja hankaluuksia käytännössä ovat aiheuttaneet oheisasiat, jotka kulmineituvat tietokoneohjelmien häiriöihin, joista on seurannut monenlaisia pientä ja isoa kiusaa, jotka osin toki heijastuvat myös potilastyöhön. Tilanteet ovat varmasti erilaisia eri hyvinvointialueilla. Toivotaan, että ei-toimivat asiat saadaan vähitellen tai vaikka kertarysäyksellä toimimaan niin kuin pitää. Siihen saakka niiden kanssa on kyettävä elämään ja eihän meillä muuta vaihtoehtoa olekaan. Hartain toive meillä kaikilla varmasti on, että hyvinvointialueiden keskeisin tavoite kestäväen terveydenhuollon edistäminen; hoitoon pääsyn helpottaminen ja hoidon jatkuvuuden varmistaminen kestävästi alkavat vähitellen toteutua.

Kuluvalla vuodelle on tarjolla hyviä koulutuksia, joista ensimmäinen, Suomen urologian päätapahtuma, on jo aivan ovella. Toivotaan, että mahdollisimman suuri joukko urologeja, urhoja ja yhteistyökumppaneita pääsee osallistumaan ja nauttimaan hyvästä koulutuksesta, näyttelystä ja sosiaalisesta ohjelmasta toistemme seurassa. Niilon johdolla järjestelyt on tehty hienosti.



Talvinen luonto on hiljainen, muttei eloton. Hangen jäljet kertovat siitä ja lintulaudan kuhina on lyhyen päivän aikana vilkasta. Eikä värejäkään puutu vaikeivat ne yhtä sähköviä ole kuin kesällä; lehdetön koivikko tumman lilan värisenä ja auringon valaisemat havupuut pakkaspäivän sinitaivasta vasten ovat kauniita. Revontulet, joita itse en tänä talvena ole päässyt ihastelemaan, tuovat oman vivahteensa. Ja kaikki tämä on ilmaista ihasteltavaa. Nautitaan talvesta.

TUTKIMUKSESSA OSOITETTU PIENELLÄ LÄÄKEMÄÄRÄLLÄ ONNISTUNUT TESTOSTERONIN LASKU¹

Leuprorelin Sandoz® 5 mg

laskee testosteronin vähintään yhtä
tehokkaasti kuin muut GnRH-analogit
– leuproreliini 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 hormoniiriippuvaisen eturauhassyövän hoitoon sädehoidon aikana ja sen jälkeen sekä paikallisen hormoniiriippuvaisen eturauhassyövän hoitoon kohtalaisen ja suuren riskin potilailla yhdistettynä sädehoitoon. **Annoistus 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. Leuprorelin Sandoz -valmistetta voidaan käyttää neoadjuvantti- tai adjuvanttihoitona yhdessä sädehoidon kanssa paikallisesti edenneen hormoniherkän eturauhassyövän sekä paikallisen eturauhassyövän hoitoon kohtalaisen ja suuren riskiprofiilin potilailla. Ennen injektioon antamista voidaan käyttää paikallisuudutusta. Antiandrogeenin anto on suositeltavaa aloittaa adjuvanttihoitona noin 5 päivää ennen Leuprorelin Sandoz -hoidon aloittamista. Seuramin PSA- ja kokonaistestosteronitasot on mitattava Leuprorelin Sandoz -hoidon alussa ja 3 kuukauden käytön jälkeen. Eturauhaskarsinoma on androgeeniherkkä, kun testosteronipitoisuudet ovat kastrotaiotasolla ($\leq 0,5$ 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:** Yllherkkyys 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 varoitimet:** Potilaita, joilla on hypertensio, on tarkkailtava huolellisesti. Potilaita, 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 injektioikohdassa että systeemisinä oireina. Seuramin 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 alkuvaiheessa on harkittava testosteronitason alkuvaiheen nousun mahdollisesti aiheuttamien seurausten ja kliinisten oireiden pahenemisen välttämiseksi. Hoidon onnistumista on seurattava säännöllisesti kliinisten tutkimusten avulla ja tarkistamalla fosfataasin ja/tai prostataasipositiivisen antiageenin (PSA) ja seuramin testosteronin pitoisuudet. Pitkäaikaisen LHRH-analogihoitoon ja/tai kivesten poistoon liittyvä hypogonadismi voi johtaa osteoporoosiin ja luunmurtumariskin suurenemiseen. Suuririskisten potilaiden luun demineralisaatiota voidaan estää antamalla lisäksi bisfosfonaattia. Joillakin LHRH-analogihoitoa saaneilla potilailla on raportoitu glukoosinsieto- kyvyn muutoksia. Diabeetikkoja on seurattava erittäin huolellisesti hoidon aikana. Androgeenideprivaatiohoito voi pidentää QT-aikaa. Lääkärin on punnittava hoidon hyöty- riskisuhdetta (mukaan lukien torsades de pointes), ennen hoidon aloittamista potilailla, joilla on pidentynyt QT-ajan riskitekijöitä ja potilailla, jotka käyttävät samanaikaisesti lääkkeitä, jotka voivat pidentää QT-aikaa. Leuproreliinia saavilla potilailla on ilmoitettu idiopaattista kallonsisäisen paineen kohoamista (pseudotumor cerebri), jonka oireista ja löydöksistä potilaita on varoitettava, ml. vaikea tai toistuva päänsärky, näköhäiriöt ja tinnitus. Jos potilailla ilmenee idiopaattista kallonsisäisen paineen kohoamista, leuprorelinihoidon lopettamista on harkittava. **Yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa ja muut yhteisvaikutukset:** Koska androgeenideprivaatiohoito voi pidentää QT-aikaa, samanaikaisesti käyttöä tunnettujen QT-aikaa pidentävien tai torsades de pointesia indusoivien lääkkeiden (kuten ryhmän IA (esim. kinidiini, disopyramidi) tai ryhmän III (esim. amiodaroni, sotaloli, dofetiliidi, ibutiliidi) rytmihäiriölääkkeiden, metadonin, moksifloksasiinin, antipsykoottien jne. kanssa tulee huolellisesti harkita. **Hedelmällisyys, raskaus ja imetus:** Tarkoitettu käytettäväksi vain miespotilailla. **Vaikutukset ajokykyyn ja koneidenkäyttökykyyn:** Saattaa myös ohjeiden mukaisesti käytettynä heikentää reaktiokykyä siinä määrin, että ajokyky ja koneidenkäyttökyky heikkenee. **Haittavaikutukset:** Seuramin testosteronitaso nousee yleensä lyhytaikaisesti hoidon alussa, mikä voi pahentaa eräitä sairauden oireita tilapäisesti (luukipu tai luukivun lisääntyminen, virtsatietukos ja sen seuraukset, luuydinkompressio, jalkojen lihasheikkous, imukudosturvotus). Sukupuoli-hormonien väheneminen voi aiheuttaa haittavaikutuksia. Yleisimmät haittavaikutukset (vähintään 1/10 potilaasta): Painonnousu, kuumat aallot, luukipu, seksuaalisen halun ja kyvyn heikkeneminen tai häviäminen, kivesten pieneneminen, lisääntynyt hikoilu, injektioikohdanreaktiot (kuten punoitus, kipu, turvotus, kutina). Muut, ks. valmisteyhteenveto. **Yliannostus:** Myrkytysoireita ei ole tähän mennessä havaittu. **Korvennävyys:** Peruskorvattava. Erityiskorvattava 100 % Eturauhassyöpä (116). **Säilytys:** Säilytä alle 30 °C:ssa. **Lisätiedot:** Reseptilääke. Katso valmisteyhteenveto tai www.laakeohje.fi. Sandoz lääkeneuvonta arkisin klo 08.00–16.00 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.sivusto: www.fimea.fi. **Tutustu valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä.** Perustuu 22.06.2022 päivättyyn valmisteyhteenvetoon. NR2301137799

Lähde: 1. Geiges G, et al. Ther Adv Urol 2013; 5(1):3–10.

Sihteerin palsta



Arvoisa jäsenistö,

Hyvää alkanutta vuotta 2023. Siirtyminen hyvinvointialueille on onnistunut ainakin potilaiden hoidon kannalta odotettua rauhallisemmin ja mielenkiinnolla odotamme tulevaa. HR-puolen haasteet jatkuvat varmasti vielä jonkin aikaa ja hyvinvointialueiden talouskin tulisi saada kuntoon. Henkilöstöpula tuottaa ongelmia ja uudet uhkat kuten Kraken-variantti mietityttävät. Näyttäisi siltä, että 2020-luku jatkaa porskuttamistaan poikkeustilanteesta toiseen.

Onneksi jotkut asiat pysyvät ennallaan, kuten vankka yhdistyksemme. Tätä lukiessanne Mikkelin Talvipäivät ovat alkamaisillaan. Erilaisten tapahtumien järjestäminen, jäsenistön tutkimustyön tukeminen ja lehtemme ilmestyminen vaatii jatkuvaa työtä, aikaa ja sitoutumista yhdistyksemme hyväksi. Tämä kaikki toiminta pyörii varsin pienen porukan turvin ja toivoisimme lisää aktiivisia ihmisiä

joukkoomme. UF:n päätoimittajaa on etsitty jo pitkään. Joko vihdoinkin riveistämme löytyisi joku innokas tähän hommaan? Lisäksi Jököklubia herätellään henkiin ja toivoisimme siihen aktiivisia erikoistuvia Markus Venäläisen lisäksi. Nyt olisi oiva mahdollisuus vaikuttaa järjestettäviin koulutuksiin erikoistuvien omien tarpeiden mukaisesti.

Urologian laparoskopiakurssi järjestetään Kuopiossa 25-26.5.2023 yhteistyössä Medtronic Finland Oyj:n kanssa. Kohderyhmänä on nuoret erikoislääkärit sekä kokeneet erikoistuvat. Tiedossa käytännön vinkkejä, luentoja ja hands-on harjoituksia. Ilmoittautumislomake on auki jäsensivuilla helmikuun loppuun. Kurssille valitaan 8 henkilöä hakemusten perusteella.

Nähdään Mikkelissä!
Tampereella 15.1.2023
Sihteerini Thea

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

leuproreliini

Enanton Depot Dual

Vaikuttava aine ja sen määrä: Leuproreliiniasetaatti 3,75 mg, 11,25 mg ja 30 mg. **Käyttöaiheet:** 3,75 mg: Pitkälle edenneen prostatasyövän hoito. Vaikean endometrioosin 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. Endometrioosi: 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 varoimet:** Prostatasyöpäpotilaat: Maksan toimintaa on syytä seurata leuproreliiniasetaattihoidon aikana, koska seerumin transaminaasien, AFOS:n, GT:n, LDH:n ja bilirubiinin nousu on mahdollista. Voimakkaana aivolisäkkeen ja sukupuolirauhasten toimintaan vaikuttavana GnRH-johdannaisena leuproreliiniasetatti 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 toteutumiseksi. Testosteronitaso nousee ensimmäisen viikon aikana ja laskee sen jälkeen. Kastratiotasoa 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 kastratiotasolle voi kehittyä osteoporoosi ja lisääntynyt riski luumurtumiin. **Yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa sekä muut yhteisvaikutukset:** Androgeenideprivaatiohoito voi pidentää QT-aikaa, leuproreliiniasetaatin samanaikaista käyttöä lääkkeitä 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 leuproreliiniasetaatin on raportoitu aiheuttaneen väsymystä ja huimausta. *Tämä on otettava huomioon autolla ajettaessa tai koneita käytettäessä.* **Haittavaikutukset:** Yleiset: Prostatasyöpäpotilaat: "Flare"-ilmiö, mielialan vaihtelut, masennus, unettomuus, kuumat aallot, LDH-pitoisuuksien nousu, maksan toiminnan häiriö (keltaisuus), hikoilu, lihaskivertäminen, libidon aleneminen, impotenssi, kivesatrofia. Antopaikassa todettavat; injektiokohdan reaktio, kuumotus. Enanton Depot Dual 30 mg -valmisteella on raportoitu useammin injektiokohdan reaktioita. **Pakkaukset ja hinnat (vmh sis. alv) 15.1.2023:** Enanton Depot Dual 3,75 mg 135,54 €, Enanton Depot Dual 11,25 mg 382,11 €, Enanton Depot Dual 30 mg 621,74 €. **Korvattavuus:** Ylempi erityiskorvausryhmä (100 %). Eturauhassyöpä (I16). **Reseptilääke. Lisätiedot:** Valmisteyhteenveto.

Tutkimusraportti 5.12.2022, Tampere

Olen urologiaan erikoistuva lääkäri Laura Parhiala ja aloitin syyskun 2022 alussa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (TAYS). Nyt joulukuun 2022 alussa jäin juuri äitiyslomalle odottamaan esikoistani.

Tutkimukseni aihe on ”Biparametrisen eturauhasen magneettikuvantamisen negatiivinen ennustearvo pitkäaikaisseurannassa” ja kyseessä on ensimmäinen osatyö tulevaan väitöskirjaani. Aloitin datan keräämisen tutkimukseeni kesällä 2020 Turun Yliopistollisessa Keskussairaalassa (TYKS), jonne teen tätä väitöskirjatutkimusta.

Tyksissä tehdyssä eturauhasen biparametrista MRI:tä (bpMRI) koskevassa prospektiivisessä tutkimuksessa todettiin, että mikäli bpMRI:ssä oli vain IMPROD Likert 1-2(/5) muutoksia, systemaattisissa koepaloissa ei löytynyt Gleason 7 aggressiivisempaa eturauhassyöpää. Tässä tutkimuksessa tavoitteena on selvittää tuloksia näiden potilaiden pitkäaikaisseurannassa. Hypoteesina on, että bpMRI:n negatiivinen ennustearvo on hyvä myös pitkäaikaisseurantatulosten valossa.

Vuoden 2022 Talvipäiville (tai oikeastaan

Syyspäiville) julkaisin tutkimukseni abstraktin ja pidin siellä esityksen tutkimukseni tuloksista. Tutkimuksessani todettiin, että bpMRI:llä on hyvä negatiivinen ja positiivinen ennustearvo myös pitkäaikaisseurannassa. Seuranta-aika oli n. 6 vuotta, jonka kuluessa vain yhdellä potilaalla (1,6%) todettiin Gleason $\geq 4+3$ syöpä mikäli pre-biopsia bpMRI:n luokitus oli PI-RADS 1-2 ja tutkimusbiopsiat olivat benignit tai korkeintaan Gleason 6.

Nyt olen kirjoittanut tämän ensimmäisen tutkimukseni manuskriptin ja tutkimusryhmämme kanssa hiemme vielä yksityiskohtat kuntoon ja seuraavaksi toivottavasti lähiaikoina koitamme saada jutun submittoitua ja julkaistua lehdessä. Tämän jälkeen alankin kasaamaan aineistoa muita osajulkaisuja varten.

Kiitos tutkimusapurahasta Suomen Urologiyhdistys ry:lle, joka mahdollistaa tutkimustyön tekemisen!

Laura Parhiala

Urologiyhdistyksen tutkimusapuraharaportti



Sain kunnian vastaanottaa Urologiyhdistyksen tutkimusapurahan Tampereen talvipäivillä syyskuussa 2022 väitöskirjaprojektini tueksi. Väitöskirjani tavoitteena on selvittää munuaissyövän hoitoon ja ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä iäkkäässä väestössä ja auttaa päätöksenteossa hoidettaessa yli 75-vuotiaita munuaissyöpäpotilaita. Väitöskirjatyöni ohjaajina ovat professori Teemu Murtola, LT Thea Veitonmäki, LT Antti Pöyhönen sekä LT Jussi Nikkola.

Väitöskirjatutkimukseni koostuu neljästä osatyöstä. Ensimmäisessä osatyössä selvitetään kansallisella tasolla rekisteritietojen

perusteella taustasairauksien merkitystä munuaissyövän ennusteeseen iäkkäässä väestössä. Samalla selvitetään, kuinka moni yli 75-v munuaissyöpäpotilas kuoli munuaissyöpään ja mitkä tekijät ennustavat munuaissyöpäkuolleisuutta. Toisessa osatyössä on tarkoitus tarkastella kudostasolla munuaissyövän ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä iäkkäässä väestössä sairauskertomusmerkintöjen perusteella. Lisäksi tutkimuksella selvitetään yli 75-v potilaiden munuaissyövän kirurgisen hoidon tuloksia sekä munuaissyövän ennustetta sekä munuaissyöpäkuolleisuutta. Kolmannessa osatyössä on tarkoitus tutkia

solutasolla potilaan haurauden ja yleisen heikkouden sekä sarkopenian yhteyttä munuaissyövän ennusteeseen iäkkäässä väestössä. Neljännessä osatyössä on tarkoitus tutkia kasvaimen ja kiertävän tuumori-DNA:n mutaatioprofiilin eroja nuorten ja iäkkäiden munuaissyöpäpotilaiden välillä. Samalla tutkitaan, onko ctDNA:n osuus veressä erilainen iäkkäillä kuin nuoremmilla munuaissyöpäpotilaila.

Ensimmäinen osatyö alkaa olla nyt viimeistelyä vaille valmis ja se olisi tarkoitus submittoida lehteen alkuvuoden aikana. Kyseessä on retrospektiivinen kohorttitutkimus, jonka aineistona on vuosina 1995–2018 Suomessa todetut uudet munuaissyöväät. Aineisto rajattiin 75-vuotiaisiin ja sitä vanhempiin. Aineistosta suljettiin pois kuoleman jälkeen todetut, jolloin aineistoksi saatiin yhteensä 5357 potilasta. Potilaat jaettiin neljään eri ikäryhmään (75–79 v, 80–89 v, 90–99 v ja 100 v ja vanhemmat). Naisia oli 56 % ja naisten osuus lisääntyi mentäessä vanhempiin ikäryhmiin. Valtaosa kasvaimista oli kirkassolukarsinomia. Operatiivisesti hoidettiin 56 % potilaista. Seuranta-aikana 46 % potilaista kuoli munuaissyöpään. Yleiseen kuolleisuuteen vaikuttivat eniten sukupuoli, ikä sekä Charlson indeksi. Munuaissyöpä-

spesifiseen ennusteeseen vaikuttivat syövän kliiniset ominaisuudet kuten morfologia, syövän levinneisyys sekä oheissairauksista eniten dementia, sydämen vajaatoiminta sekä munuaisten vajaatoiminta. Tärkeimpien munuaissyöpäkuolleisuutta ennustavien oheissairauksien perusteella muodostimme tilastollisen ennustavan mallin – nomogrammin munuaissyöpäkuolleisuuden ennustamiseksi ja kliinisen päätöksenteon tueksi hoidettaessa iäkkäitä munuaissyöpäpotilaita.

Munuaissyöpäkuolleisuus on korkeaa iäkkäässä väestössä. Operatiivinen hoito on ainoa munuaissyövän kuratiivinen hoitomuoto. Operatiivinen hoito on myös yksi vahvimista munuaissyövän sekä kokonaiseloonjäämisen ennustekijöistä, ja siksi leikkaushoitoa tulisi tarjota leikkaushoitoon soveltuville iäkkäille potilaille.

Tutkimustyön tekeminen erikoistumisen ja lapsiperhearjen keskellä on haastavaa. Urologiyhdistyksen myöntämä tutkimusapurahan mahdollistaa tutkimusvapaan pitämisen, mikä osaltaan mahdollistaa tutkimustyön etenemisen. Olen kiitollinen yhdistykseltä saamastani tuesta.

Heini Pajunen
urologian evl Tays

Raportti SUY:n tutkimusapurahan käytöstä

FinnBladder 9 - tutkimus ”Treatment of Ta Bladder Cancer with High Risk of Recurrence - Fluorescence Cystoscopy with Optimized Adjuvant Mitomycin-C” alkoi joulukuussa 2012 ja tutkimuksen rekrytointi saatiin päätökseen toukokuussa 2022. Tutkimus on toteutettu usean keskuksen prospektiivisena faasi III tutkimuksena. Taysin ja Hatanpään yhdistymisen jälkeen vuonna 2018 mukana olleiden keskusten lukumäärä on ollut yhteensä yhdeksän. Suuri kiitos kaikille mukana olleille kollegoille, sekä erityisesti kunkin keskuksen tutkimusvastuussa olleille urologeille.

Tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena on verrata kuutta viikoittain annettavaa optimoitua Mitomysiini-C (MMC) solusalpaajahoidoa kertaalleen välittömästi toimenpiteen jälkeen annettavaan Epirubisiini- solusalpaajahoittoon, sekä verrata, auttaako sinivalokystoskopia vähentämään kasvaimen uusiutumiseriskiä ja toisaalta, mikä hyöty on lisänä annettavalla MMC-hoidolla. Toissijaisena tavoitteena on arvioida kunkin hoidon kustannusvaikutusta ja hoidon tehokkuutta virtsarakon syövän hoidossa.

Tutkimuksen varsinainen seuranta-aika on kaksi vuotta, jonka jälkeenkin potilas on pysynyt tutkimuksen pitkäaikaisseurannassa. Keräämme tiedot hoitojen kustannuksista, hoitojen haittavaikutuksista ja vaikutuksesta elämänlaatuun kahden vuoden ajalta. Pitkäaikaisseurannassa tarkastelemme päätetapah-

tumia, kuten rakkosyövän uusimista tai sen etenemistä.

Rakkosyövän diagnostiikka ja hoito ovat pysyneet viime vuosien ajan melko muuttumattomina. Hoito on yleisesti ottaen kallista ja resursseja vaativaa, sekä vaatii useita toimenpiteitä ja hoitokäyntejä. Lisäksi tutkimusnäyttö PDD-ohjatun resektion pitkäaikaisesta kliinisestä tehokkuudesta ja kustannustehokkuudesta on rajallista.

Alkuperäinen tutkimuksen rekrytointitavoite oli 400 potilasta, mutta 2018 tehdyssä väliallylyysissä dropoutien määrä todettiin oletettua suuremmaksi (todellisuudessa noin 50 %), joten kasvatimme rekrytointitavoitteen 510 potilaaseen, jonka saavutimme viime keväänä. Vuosien työn jälkeen olemme päättäneet rekrytoinnin tähän tavoitteeseen. Myöhemmin kertyneestä datasta olemme todenneet, että aineistossa tapahtuneiden päätetapah- tusten määrä (rakkosyövän uusiminen) on ollut 2 vuoden seuranta-ajassa oletettua vähäisempää. Näin ollen olemme päättäneet kasvattaa otoskokoa huomioimalla myös dropoutit tutkimuksen loppuanalyseissa.

Tutkimuksen aikana on valmistunut kaksi osatyötä. Ensimmäinen osatyö 2019 käsitteli potilaiden oireita ja diagnostisia viiveitä ja on julkaistu World Journal of Urology-lehdessä. Tutkimus toi uutta tietoa etenkin virtsarakon syöpää sairastavien potilaiden hakeutumisesta hoitoon, sekä potilaslähtöisen viiveen merkityksestä. Toisessa osatyössä tutkimme

virtsarakonsyöpään sairastuneiden potilaiden tietoisuutta ja ymmärrystä tupakoinnin vaikutuksesta sairauden riskitekijänä. Julkaisu tapahtui European Urology Focus-lehdessä 2022. Olemme positiivisesti voineet havaita tutkimuksen tuoneen uutta tietoa virtsarakkosyövän hoitoon, ja uskomme, että se helpottaa jatkossa tunnistamaan niitä potilasryhmiä, jotka eivät opi hoidon aikana sairauden merkittävästä riskitekijästä.

Loppuvuodesta 2022 olen tallentanut kaiken toistaiseksi minulle lähetetyn tutkimusmateriaalin ja olen lähettänyt useimmille keskuksille tietopyynnöt koskien puuttuvia tietoja. Vuoden 2023 alussa on tarkoitus saada tietopyynnöt valmiiksi kaikille keskuksille. Tämän tietopyynnön on tarkoitus olla mahdollisimman kattava ja lopullinen.

Koska dropoutien tiedonkeruuta ei oltu alun perin suunniteltu, on puuttuva tietomäärä varsin suuri. Lisäksi tutkimuksen varsinaisilta seurantapotilailta puuttuu vielä kohtalaisen paljon seurantatietoa. Koska tutkimus on toteutettu perinteisenä paperisena lomake-tutkimuksena, on tiedon keruu, sekä sen lähettäminen työlästä. Vuoden 2023 aikana tarkoituksena on saada tutkimusaineisto kasaan, jotta pääsemme käsiksi tutkimuksen lopputuloksiin. Suuri kiitos kaikille tähän työhön osallistuneille!

Turussa 6.1.2023
Ville Sell

HALUATKO MILJONÄÄRIKSI ?

Saa kilauttaa kaverille-mieluiten juristi. Saa kysyä kollegoilta - jotka eivät kyllä yleensä ymmärrä businesta.

Joka tapauksessa, tarjolla tänään:HASSISEN KONE, eiku Urotiimi oy:n liiketoiminta(Sorry).

Hassisen kone oli muistaakseni pieni ompelukonemyymälä jossain päin Itä-Suomea, mutta Urotiimi toimii ja voi erinomaisesti Turussa, Tampereella ja Helsingissä.

Kuten Hassisen Kone osasi tikuttaa, niin Urotiimi osaa nakuttaa eli ainoana Suomessa Urotiimi käyttää ESWT-terapiaa(paineaaltohoitoa) erektiohäiriön parantamiseksi - ja erinomainen tuloksin: yli 5 vuoden kokemuksella, yli 90% potilaista ovat olleet tyytyväisiä.

Lisäksi Recall-systeemi takaa n. 2000 potilasta vuosittain eturauhasen tarkastukseen.

Liikevaihto yli 300.000€ vuodessa (Mikä mahtoi olla Hassisen Koneen ?)

Kiinnostuitko?

Jos et,niin soitan Normaali Epulle ja tekevät hitin: urotiimi.fi (katso sieltä). Jos taas kiinnostuit,niin tule käymään. Eläkeläisosoitteeni on helppo: Cenang Beach, behind Amzar motel, Langkawi tai kirjoittele: timo.hakala@fimnet.fi



Suomen Urologiyhdistyksen Talvipäivät 2023

Mikkeli 8.2.-10.2.2023

OHJELMA



Keskiviikko 8.2.

13:00-15:30	FinnProstata, <i>Kamarimusiikkisali</i>
15:30-17:30	FinnBladder, <i>Kamarimusiikkisali</i>
17:00-18:00	FinnKidney, <i>Harjoitus 1</i>
18:00-19:00	FinnImpo, <i>Harjoitus 1</i>
17:30-20:00	Urologiyhdistyksen johtokunnan kokous, <i>Kokoustila</i>
18:00-20:00	Urologiaan erikoistuvien kokous (Jököklubi), <i>Harjoitus 2</i>
20:30-23:00	Get-Together, <i>Näyttelyalue</i>

T o r s t a i 9 . 2 .

Tieteellinen ohjelma <i>Martti Talvela -sali</i>	
08:30-08:45	Talvipäivien avaus <i>Talvipäivien järjestelytoimikunnan pj Niilo Hendolin, MKS</i>
08:45-09:30	State-of-the-Art -luento: Treatment of male postoperative Incontinence <i>Professor Jean-Nicolas Cornu, Ranska</i>
Sessio I – Intraoperatiiviset ja postoperatiiviset ongelmatilanteet leikkauksissa <i>Pj: Peter Boström</i>	
09:30-09:50	Milloin konversio tähytysleikkauksesta avoimeksi <i>Jani Kuisma, OYS</i>
09:50-10:15	Lymfavuoto/kylusvuoto <i>Peter Boström, TYKS</i>
10:15-11:00	Kahvitauko ja näyttelyyn tutustuminen
Sessio II – Postoperatiiviset vuodot ja myöhäiskomplikaatiot <i>Pj: Jukka Sairanen</i>	
11:00-11:25	Postoperatiiviset vuodot, lekaasit ja striktuurat, mitä toimenpideradiologi voi tarjota? <i>Petri Saari, KYS</i>
11:25-11:50	Postoperatiiviset ja sädehoidon jälkeiset uretran ja rakonkaulan striktuurat <i>Jukka Sairanen, HUS</i>
11:50-12:50	Lounas ja näyttelyyn tutustuminen
12:50-13:35	Platinasponsorin Symposium lääkäreille: Targeting androgen receptor – balancing outcomes and side-effects – <i>Bayer sponsored symposium</i> Real-world tolerability of androgen signalling inhibitors – case studies, <i>Teemu Murtola, TAYS</i> Considering drug interactions, <i>Peter Lin, Canadian Heart Research Center (virtualiluento)</i> Huom! Hoitajilla näyttelyyn tutustumista
13:35-14:15	Eturauhassyövän Käypä hoito -suositus <i>Mika Matikainen, HUS</i>
14:15-15:10	Kahvitauko ja näyttelyyn tutustuminen
Sessio III – Potilasvahingot ja uudet hyvinvointialueet <i>Pj: Niilo Hendolin</i>	
15:10-15:35	Urologiset potilasvahingot <i>Tapani Liukkonen, LT</i>
15:35-16:00	Kuulumiset Etelä-Savon hyvinvointialueelta <i>Hyvinvointialuejohtaja Santeri Seppälä, Eloisa</i>
18:30-23:30	Juhlailallinen, Mikkeliin ravirata Pukukoodi: Tumma puku

Perjantai 10.2.

Urosalaatti

Pj: Timo Nykopp, Jouni Huttunen, Niilo Hendolin

09:00-10:30 Abstraktisessio 1 pj: *Timo Nykopp, Jouni Huttunen*

10:30-11:15 Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen

11:15-12:15 Abstraktisessio 2 pj: *Timo Nykopp, Niilo Hendolin*

12:15-12:25 Paras abstrakti, *Timo Nykopp*

12:25-12:30 Näyttelykortin palkinnon voittajan arvonta, *Juha Koskimäki*

12:30-13:30 Lounas

Talvipäivät 2023 kiittää tapahtuman päätukijoita



Sessio 1

klo 09:00-10:00

1. Utilization, downstaging and survival of muscle-invasive bladder cancer patients receiving neoadjuvant chemotherapy – A nationwide study

Ilkka Nikulainen¹, Antti P. Salminen^{*1}, Heikki Seikkula^{*2}, Mikael Högerman¹, Ileana Montoya Perez^{3,4} and Peter J. Boström¹

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

² Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

³Department of Information Technology, University of Turku, Turku, Finland

⁴Department of Biostatistics, University of Turku, Turku, Finland

2. Radical cystectomy after BCG-treatment in bladder cancer – a retrospective national study

Niko Linnell^{*1}, Ilkka Nikulainen^{*1}, Antti P. Salminen^{**1}, Heikki Seikkula^{**2}, Mikael Högerman¹, Ileana Montoya Perez^{3,4}, Pertti Nurminen¹, Mikael Anttinen¹ and Peter J. Boström¹

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

²Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

³Department of Information Technology, University of Turku, Turku, Finland

⁴Department of Biostatistics, University of Turku, Turku, Finland

3. Asymptomatic Bacteriuria Does Not Increase the Risk of Infective Complications in Patients with Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer Undergoing Intravesical Bacillus Calmette-Guérin Immunotherapy

Antti Nummi¹, Pertti Nurminen², Olli Kesti², Mikael Högerman³, Otto Ettala², Antti Kaipia⁴, Peter Boström², Jukka Sairanen¹, Riikka Järvinen¹

¹Helsinki University Hospital, Dept. of Urology, ²Turku University Hospital, Dept. of Urology, ³University of Turku, Dept. of Mathematics and Statistics, ⁴Tampere University Hospital, Dept. of Urology

4. Ett fall af totalexirpation af prostata vid prostatahypertrofi

K.W. Nyberg¹, Niilo Hendolin²

¹Mikkelin Lääninsairaala, ² Mikkelin Keskussairaala, Mikeli

Sessio 2

Sessio 2

klo 11:15-12:15

5. Statin use and outcomes of oncological treatment for castration-resistant prostate cancer

Peltomaa AI¹, Talala K², Taari K³, Tammela TLJ^{1,4}, Auvinen A⁵, Murtola TJ^{1,4}

¹Tampere University, Faculty of Medicine and Health Technology, Tampere, Finland ²Finnish Cancer Registry, Helsinki, Finland ³University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Department of Urology, Helsinki, Finland ⁴TAYS Cancer Center, Department of Urology, Tampere, Finland ⁵Tampere University, Faculty of Social Sciences, Tampere, Finland

6. Stockholm3-testin käyttöönoton diagnostiset ja terveystaloustieteelliset vaikutukset suomalaisissa olosuhteissa

Henrikki Santti^{1,2,3}, Mika Matikainen^{2,3} and Kristina Hotakainen^{1,3}

1. Mehiläinen Oy, 2. HUS Helsingin yliopistollinen sairaala, 3. Helsingin yliopisto

7. Entsalutamidi- ja/tai bikalutamidi-resistenssin vaikutus kastroatioresistentin eturauhassyövän geno- ja fenotyyppeihin

Aino Siltari¹, Paavo V. H. Raittinen^{1,2}, Pasi Pennanen¹, Heimo Syväälä¹, Reetta Nätkin¹, Merja Bläuer², Teuvo L. J. Tammela¹, Matti Nykter¹, Pauliina Ilmonen², Teemu J. Murtola¹

¹Eturauhassyövän tutkimusyksikkö, Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampereen Yliopisto ja Tays syöpäkeskus, Tampereen yliopistollinen sairaala, ²Matematiikan ja systeemianalyysin laitos, Aalto-Yliopisto.

8. Simvastatiinihoito tehostaa antiandrogeenien vaikutusta eturauhassyöpäsoluissa vielä hoitoresistenssin kehittymisen jälkeen

Siltari A, Korhonen O, Raittinen P, Bläuer M, Syväälä H, Tammela TJ, Murtola TJ

Eturauhassyövän tutkimusyksikkö, Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampereen Yliopisto ja Tays syöpäkeskus, Tampereen yliopistollinen sairaala

Utilization, downstaging and survival of muscle-invasive bladder cancer patients receiving neoadjuvant chemotherapy – A nationwide study

Ilkka Nikulainen¹, Antti P. Salminen^{*1}, Heikki Seikkula^{*2}, Mikael Högerman¹, Ileana Montoya Perez^{3,4} and Peter J. Boström¹

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

²Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

³Department of Information Technology, University of Turku, Turku, Finland

⁴Department of Biostatistics, University of Turku, Turku, Finland

*Shared second authorship

Abstract

Background:

Cisplatin based neoadjuvant chemotherapy (NAC) is recommended for patients with muscle-invasive bladder cancer (MIBC) undergoing radical cystectomy (RC) who are fit enough. The pTNM stage of BC after surgery is the main prognostic indicator of survival and the survival benefit of NAC is linked to tumor downstaging. In clinical practice, the utilization of NAC has varied. NAC was introduced in Finland in 2008 and has gained popularity since. Our objective was to report the utilization rate, downstaging rates and survival results of patients receiving NAC in a population based setting.

Materials and methods:

The Finnish National Cystectomy Database contains retrospectively collected essential RC data covering the years 2005-2017. The number of patients receiving NAC since 2008 was recorded and the utilization rate was compared to all patients undergoing RC. The final pathological staging was used to calculate the downstaging of patients receiving NAC. Kaplan-Meier plots were used to estimate survival, and the survival graphs were illustrated according to the final pathological staging.

Results:

Since 2008, 344 out of 1646 patients received at least two cycles of NAC, making the utilization rate 21%. Of the 344 patients receiving NAC 35% (118), 16% (53), 23% (76), 21% (69) and 6% (19) had pT0, pT1-Ta-Tis, T2, pT3 and pT4 tumors, respectively, in the final pathological report. Of these patients, 76% (263) had pN0. In the patients not receiving NAC 14% (238), 23% (384), 18% (296) and 246 (15%) had pT0, pT1-Ta-Tis, T2, pT3 and pT4 tumors, respectively. Of these patients, 61% (1031) had pN0. The 5- and 10-year OS of the patients receiving NAC according to T-category was 88% and 68% for T0, 85% and 43% for Ta-Tis-T1, 74% and 50% for T2, 50% and 44% for T3 and 26% and 21% for T4. The corresponding 5- and 10- year CSS rates were 92% and 92% for T0, 92% and 92% for Ta-Tis-T1, 80% and 80% for T2, 52% and 52% for T3, and 32% and 32% for T4. The 5- and 10-year OS rates in patients with no lymph node metastases (N-) were 79% and

57%, and CSS 84% and 84%, respectively. If lymph nodes were positive (N+), the corresponding OS rates were 43% and 30% and CSS 49% and 49%, respectively.

Conclusion:

NAC is well utilized on a national level in Finland and total response rates are similar to international results. Its use should be encouraged in patients with MIBC.

Radical cystectomy after BCG-treatment in bladder cancer – a retrospective national study

Niko Limnell^{*1}, Ilkka Nikulainen^{*1}, Antti P. Salminen^{**1}, Heikki Seikkula^{**2}, Mikael Högerman¹, Ileana Montoya Perez^{3,4}, Pertti Nurminen¹, Mikael Anttinen¹ and Peter J. Boström¹

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

²Department of Surgery, Division of Urology, Central Hospital of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

³Department of Information Technology, University of Turku, Turku, Finland

⁴Department of Biostatistics, University of Turku, Turku, Finland

*Shared first authorship

**Shared second authorship

Abstract

Objectives

To investigate the risk and reasons for radical cystectomy (RC) and RC results in bladder cancer (BC) patients with prior Bacille Calmette-Guérin (BCG) instillations.

Materials and methods

The total number of BCG-treated patients was estimated based on national BCG utilization rates. Patients with previous BCG treatment and later driven to RC were identified from the Finnish national cystectomy database containing retrospectively collected essential RC data covering 2005-2017. Subdivision of BCG-cohorts was performed to those to whom BCG was ineffective (progression) and to whom BCG caused side effects (intolerance), leading to termination of instillations. Kaplan-Meier plots were used to estimate survival in the whole cohort and separately in the subcohorts. Overall survival (OS) and cancer-specific survival (CSS) were reported for patients with T0, non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC), and muscle-invasive bladder cancer (MIBC) patients based on pT- and pN-staging.

Results

During 2005-2017 3302 patients received BCG instillations in Finland. Of these, 332 (10%) ended up in RC; 224 (67%) due to progression, and 108 (33%) due to intolerance. The average duration of BCG instillation was eleven months in progression cohort and six months in the intolerance cohort. In the progression cohort 11 % had no residual tumor (T0) in the final pathological report compared to 50% in the intolerance

group. The 5-year OS and CSS for MIBC, NMIBC, and T0 were 55% and 62%; 82% and 90%; 80%, and 90%, respectively. The 5-year OS and CSS in patients with lymph node metastases were 44% and 47% and without 81% and 88% respectively.

Conclusion

There is a 10% risk of undergoing RC after treatment failure with BCG instillations in Finland. In the RC population BCG failure due to progression is more common than BCG intolerance and results in worse survival.

Asymptomatic Bacteriuria Does Not Increase the Risk of Infective Complications in Patients with Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer Undergoing Intravesical Bacillus Calmette-Guérin Immunotherapy

Antti Nummi¹, Pertti Nurminen², Olli Kesti², Mikael Högerman³, Otto Ettala², Antti Kaipia⁴, Peter Boström², Jukka Sairanen¹, Riikka Järvinen¹

¹Helsinki University Hospital, Dept. of Urology, ²Turku University Hospital, Dept. of Urology, ³University of Turku, Dept. of Mathematics and Statistics, ⁴Tampere University Hospital, Dept. of Urology

Introduction & objectives:

Asymptomatic bacteriuria (ABU) is common in patients with non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC). Even though ABU is not considered as an absolute contraindication for bacillus Calmette-Guérin (BCG) administration, many urologists prefer sterile urine or use prophylactic antibiotics prior BCG instillation, aiming to prevent acute urinary tract infection (UTI), bacterial sepsis and BCG infection.

However, the use of antimicrobial treatment may potentially lead to multidrug-resistant bacterial strains, while the clinical benefit is not clear. ABU appears to be one of the most common reasons for delaying BCG instillations, which may reduce the clinical efficacy of the treatment. The aim of this study was to determine whether ABU increases the risk of infective complications and whether it is justified to screen asymptomatic patients for bacteriuria before BCG instillations.

Materials & methods:

We analyzed retrospectively all patients who received ≥ 1 BCG instillations as treatment of NMIBC in Helsinki University Hospital and Turku University Hospital during 2009-2018. Patients had submitted urine specimen 1-7 days prior every BCG instillation. Urine cultures were recorded as no growth or the presence of bacteriuria (including mixed flora). ABU was classified as having any positive urine culture but no dysuria or fever. Antibiotic prophylaxis prior BCG administration was recorded. Our primary endpoints were admission to hospital because of UTI, BCG toxicity and BCG infections within 2 weeks of BCG instillation.

Results:

We analyzed 802 patients and 12 882 BCG instillations. ABU was recorded with 2 200 (17%) instillations. Antibiotics were used in 519 (21%) instillations in bacteriuria group. Hospital admission was recorded after 8 (0,3%) and 37 (0,4%) instillations in the bacteriuria and in the no growth group, respectively (P=0,9). There was no significant difference in hospital admissions between the groups with or without antibiotic prophylaxis (P=0,4).

Conclusion:

BCG instillation with ABU is safe and does not increase the risk of developing a symptomatic UTI or severe BCG complications. By consequence, our results do not support routine screening of asymptomatic patients for bacteriuria prior intravesical BCG immunotherapy. Antibiotic prophylaxis should only be used with consideration. Our results are consistent with the EAU guidelines. Symptomatic UTI remains contraindication for BCG instillation.

Statin use and outcomes of oncological treatment for castration-resistant prostate cancer

Peltomaa A¹, Talala K², Taari K³, Tammela TJ^{1,4}, Auvinen A⁵, Murtola TJ^{1,4}

¹Tampere University, Faculty of Medicine and Health Technology, Tampere, Finland ²Finnish Cancer Registry, Helsinki, Finland ³University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Department of Urology, Helsinki, Finland ⁴TAYS Cancer Center, Department of Urology, Tampere, Finland ⁵Tampere University, Faculty of Social Sciences, Tampere, Finland

Introduction:

Statins have been associated with decreased prostate cancer (PCa) mortality, especially among patients on androgen deprivation therapy (ADT). To compare the effect of statin use in relation to castration-resistant prostate cancer (CRPC) treatment, we assessed the risk of ADT-treated PCa-patients to initiate CRPC treatment by statin use and the outcomes of CRPC treatment by statin use.

Materials & Methods:

Our study cohort consisted of 1,169 men who participated in the Finnish Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (FinRSPC) and initiated androgen deprivation therapy (ADT) during the follow-up (1996-2017). Of those, 615 had used statins during the follow-up. Information on CRPC treatment and treatment outcomes were retrieved from medical records. Cox proportional regression model was used to define hazard ratios.

Results:

Of 1,169 men initiating ADT, 161 initiated first-line CRPC treatment during the median follow-up time of 6.6 years and of those 91 initiated second-line CRPC treatment. In total, there were 150 PCa deaths during the follow-up among non-users and 99 in statin users. Statin use was associated with slightly decreased risk of initiating CRPC treatment (HR 0.68; 95 % CI 0.47-0.97) with a median follow-up of 5.7 years for non-users and 7.5 years for statin users until CRPC. The risk of discontinuation of first or second line CRPC treatment

due to inefficacy was not modified by statin use and the results remained similar in subgroup analysis assessing separately patients treated with taxans or androgen receptor signaling inhibitors. However, statin use was associated with statistically significantly shorter duration of second-line CRPC treatment (HR 1.89; 95 % CI 1.03-3.48, median second-line treatment duration 144 days for non-users and 130 days statin-users,).

Conclusion:

We observed an inverse association between statin use and the risk of initiation of the CRPC treatment supporting previously reported findings that statins may have additive synergistic effect on ADT treatment. No beneficial risk modification by statin use during CRPC treatment was observed. These results suggest that statins might be beneficial during hormone-sensitive phase but not in the later phases of prostate cancer treatment.

Stockholm3-testin käyttönoton diagnostiset ja terveystaloustieteelliset vaikutukset suomalaisissa olosuhteissa

Henrikki Santti^{1,2,3}, Mika Matikainen^{2,3} and Kristina Hotakainen^{1,3}

1. Mehiläinen Oy, 2. HUS Helsingin yliopistollinen sairaala, 3. Helsingin yliopisto

Johdanto

Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että Stockholm3-testi vähentää tarpeettomien koepalojen määrää vaarantamatta kliinisesti merkittävien eturauhassyöpien toteamista. Tutkimuksen tavoitteena oli verrata testitulosten jakaumaa suomalaisen kliinisen kohortin ja aiempien tutkimusten välillä sekä arvioida näiden tulosten perusteella Stockholm3-testin jatkokäyttöä Suomessa.

Aineisto ja menetelmät

Mehiläisessä PSA-testiin ohjattuja potilaita pyydettiin antamaan verinäyte ja vastaamaan viiteen kliiniseen kysymykseen. Stockholm3-testi tehtiin, jos PSA oli ≥ 1.5 ng/ml. Potilaat tai lääkärit eivät saaneet tietoa testituloksesta. Kliiniset tiedot kerättiin miehistä, joilla PSA oli ≥ 3.0 ng/ml.

Tulokset

Tutkimukseen otettiin mukaan 1308 miestä. 261 miehellä PSA oli 1.5 - 3.0 ng/ml ja 211 miehellä PSA oli ≥ 3.0 ng/ml. Stockholm3 Risk Score oli $\geq 11\%$ 32 (12.3%) miehellä, joilla PSA oli 1.5 - 3.0 ja 105 (49.8%) miehellä, joilla PSA oli ≥ 3.0 ng/ml. Normaalisissa kliinisissä toiminnassa magneettikuvaukseen tai koepaloihin ohjattiin 24 (11.5%) miestä, joilla PSA oli ≥ 3.0 ng/ml.

Johtopäätös

Tulokset olivat vastaavia kuin aiemmissa Norjassa ja Ruotsissa pääosin seulonta-aseltemissa tehdyissä tutkimuksissa. Tutkimus osoitti, että Stockholm3-testin käyttö PSA-arvon 3 asemesta vähentäisi magneettikuvaukseen tai koepaloihin ohjattujen miesten määrää. PSA-testin korvaamisella Stockholm3-testillä saatettavat lääketieteelliset hyödyt saataisiin vastaavilla tai pienemmällä kustannuksilla.

Entsalutamidi-ja/tai bikalutamidi-resistenssin vaikutus kastroatioresistentin eturauhassyövän geno-ja fenotyyppiin

Aino Siltari¹, Paavo V. H. Raittinen^{1,2}, Pasi Pennanen¹, Heimo Syväälä¹, Reetta Nätkin¹, Merja Bläuer², Teuvo L. J. Tammela¹, Matti Nykter¹, Pauliina Ilmonen², Teemu J. Murtola¹

¹Eturauhassyövän tutkimusyksikkö, Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampereen Yliopisto ja Tays syöpäkeskus, Tampereen yliopistollinen sairaala, ²Matematiikan ja systeemianalyysin laitos, Aalto-Yliopisto.

Johdanto

Androgeenideprivaatio eli kastroatio (ADT) on standardihoito paikallisessa levinneessä eturauhassyövässä sekä paikallisen aggressiivisen syövän liitännäishoitona. Syöpäsolut kuitenkin muodostavat lopulta kastroatioresistenssin, jolloin syöpä etenee kastroatiosta huolimatta. Kastroatioresistenssissäkin androgeenireseptorin (AR) signalointi säilyy aktiivisena ja tärkeänä syöpäsolujen kasvulle. Tällöin AR signalointi aktivoituu jo hyvin pienillä androgeenipitoisuuksilla. Kastroatioresistenttiä eturauhassyöpää voidaan usein hoitaa tehokkaasti AR:n toiminnan estämiseen kohdistuvilla lääkkeillä, kuten bikalutamidilla ja entsalutamidilla. Lopulta syöpäsolut kehittävät hoitoresistenssin kuitenkin myös näille lääkeaineille. Hoitoresistenssin mekanismien ja säätelyn ymmärtäminen on tärkeää, jotta hoitoa voidaan edelleen kehittää paremmaksi.

Aineisto ja menetelmät

Loimme pitkäaikaisten solukasvatusten avulla neljä uniikkia VCaP eturauhassyöpäsolulinjaa; kastroatioresistentin (VCaP-CT, matalassa androgeenipitoisuudessa kasvava), entsalutamidiresistentin (VCaP-ER), bikalutamidi-resistentin (VCaP-BR) sekä bikalutamidi-ja entsalutamidi-resistentin linjan (VCaP-BR-ER). Geenien ja proteiinien ilmenemistä solulinjojen välillä verrattiin mRNA sekvensoinnilla sekä Western blot määrittämisellä. Solujen kasvun sensitiivisyyttä testosteronille ja dosetakselille verrattiin. Solujen morfologiaa verrattiin kuvaamalla niiden ulkomuotoa.

Tulokset ja johtopäätös

VCaP-ER solujen mRNA transkriptomi ja proteomi oli erilainen verrattuna muihin solulinjoihin. Yksittäiset eri lailla ilmestyvät geenit solulinjojen välillä liittyivät usein solukasvun säätelyyn, olivat tunnettuja onkogeeneja ja/tai olivat geenejä, jotka indusoituvat AR välitteisesti. Osa VCaP-ER soluissa ilmenneistä muutoksista olivat sellaisia, joita on aiemmin raportoitu aggressiivisessa eturauhassyövässä. Korkea testosteronipitoisuus (10–100 nM) hidasti molempien, entsalutamidi-ja bikalutamidi-resistenttien, solujen kasvua. Testosteronin poistolla ei ollut vaikutusta solukasvuun. Alhaisessa testosteronipitoisuudessa (0,1 nM) VCaP-ER solulinja kasvoi hitaammin kuin solut, joita kasvatettiin myös entsalutamidin kanssa. VCaP-ER solulinja oli vähemmän herkkä dosetakselille kuin VCaP-BR-ER solulinja. Solujen välillä oli suuria morfologisia eroavaisuuksia. Tulokset osoittivat, että kukin lääkehoito ja sille kehittyvä resistenssi muuttaa solujen geno-ja fenotyyppiä sekä vaikuttaa sytostaattihoidon tehoon.

Simvastatiinihoito tehostaa antiandrogenien vaikutusta eturauhassyöpäsoluissa vielä hoitoresistenssin kehittymisen jälkeen

Siltari A, Korhonen O, Raittinen P, Bläuer M, Syväälä H, Tammela TJ, Murtola TJ

Eturauhassyövän tutkimusyksikkö, Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampereen Yliopisto ja Tays syöpäkeskus, Tampereen yliopistollinen sairaala

Johdanto

Androgeenireseptorin (AR) signaloinnin estäjiä (antiandrogenit), bikalutamidia (BIC) ja entsalutamidia (ENZ), käytetään kastroatioresistentin eturauhassyövän hoidossa. Kliinisesti ongelmallista on, että syöpäsolut kehittävät lopulta resistenssin näille lääkehoidoille. Lääkeaineresistenssin mekanismit ovat monimutkaisia ja niiden ymmärrys on puutteellista. Tiedetään, että androgeenisignalointi on läheisessä yhteydessä lipidi- ja kolesterolimetaboliaan. Näiden säätely vaikuttaa todennäköisesti myös antiandrogeniresistenssin taustalla. Kolesterolia tuottavan mevalonaattitien toimintaa voidaan estää yleisesti käytössä olevalla lääkeaineryhmällä, statiineilla. Statiinien vaikutuksia antiandrogenien tehoon ei tunneta etenkin hoitoresistenssin kehittymisen jälkeen.

Aineisto ja menetelmät

Tässä tutkimuksessa selvitetään simvastatiinin yhteisvaikutuksia kummankin antiandrogenin kanssa VCaP eturauhassyöpäsoluilla, jotka kykenivät kasvamaan BIC tai ENZ altistuksesta huolimatta eli olivat kehittäneet hoitoresistenssin. Muutokset solujen kasvussa, RNA ilmentymisessä ja tiettyjen androgeeni reseptorin välityksellä ilmentyvien proteiinien tasoissa mitattiin. Prostata-spesifisen antiageenin (PSA) taso määritettiin AR aktiivisuuden mittarina.

Tulokset ja johtopäätös

Hoitoresistenteissa soluissa BIC ja ENZ yhteisviljely simvastatiinin kanssa vähensi solujen kasvua enemmän kuin simvastatiini yksin. Yhteisaltistus molemmille lääkeaineille nosti 26 ja laski 48 geenin ilmentymistä entsalutamidi-resistenteissa soluissa verrattuna hoitoon ilman simvastatiinia. Samat lukemat olivat 60 ja 33 bikalutamidi-resistenteilla soluilla. Yli 70% muutoksista nähtiin geeneissä jotka ovat AR säädeltyjä. Yhteensä 16 geenin ilmentyminen muuttui sekä simvastatiini + BIC että simvastatiini + ENZ käsittelyn seurauksena. Simvastatiinikäsittely laski PSA:ta bicalutamidi-resistenteilla soluilla, mutta nosti PSA:ta entsalutamidi-resistenteilla soluilla.

Tulokset osoittavat, että simvastatiinihoito yhdistelmänä antiandrogenihoidon kanssa lisää sytotoksisuutta eturauhassyöpäsoluissa antiandrogeniresistenssin kehittymisen jälkeen. Mevalonaattitien estäminen statiinilla saattaa voimistaa antiandrogenien tehoa ja kiertää hoitoresistenssin mekanisme. Kolesterolin ja lipidimetabolian merkitystä antiandrogeniresistenssin taustalla tulee selvittää enemmän. Tuloksia tukevat aiemmat epidemiologiset tutkimukset, joissa antiandrogenihoidon hoitovasteet olivat paremmat potilailla, jotka käyttivät statiineja samanaikaisesti. Kolesteroliaineenvaihdunnan inhibitio saattaa osoittautua uudeksi keinoksi parantaa levinneen eturauhassyövän hoitotuloksia.

HALUATKO MAINOKSESI NÄKYVILLE?

Mainospaikkojen hinnat
löytyvät lehden sisäkannesta.

Lisätietoja voi kysyä
mainostoimittajalta.

Yhteystiedot sisäkannessa.