

Eturauhassyövän hoitojen miesten seksielämälle aiheuttamat haitat

TUTKIMUSRAPORTTI

Ulla-Sisko Lehto, *FT (onkologia), PsM, erikoistutkija, THL, Väestön terveydentila -yksikkö*

Heidi Lonka, *fysioterapeutti, seksuaalineuvoja, yksit. amm. harj.*

Arpo Aromaa, *LKT, tutkimusprofessori (emer.), THL*

Lyhennelmä

Tausta

Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpämuoto, mutta sen ennuste on hyvä: viiden vuoden jälkeen diagnoosista on elossa 93 % potilaista. Eturauhassyövän varhainen toteaminen, hoitojen parantunut vaikuttavuus ja väestön eliniän piteneminen ovat pidentäneet diagnoosin saaneiden miesten elinaikaa. Eturauhassyöpään on useita hoitovaihtoehtoja, mutta ne kaikki aiheuttavat monenlaisia sivu- ja haittavaikutuksia. Koska suurin osa sairastuneista miehistä toipuu eturauhassyövästä, mutta kärsii hoidon haittavaikutuksista, on tärkeää kiinnittää huomiota elämänlaatuun syöpähoitojen jälkeen. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme eturauhassyövän hoitojen vaikutusta miesten seksielämään.

Menetelmät

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL toteutti vuonna 2009 valtakunnallisen kyselytutkimuksen 50 %:lle vuonna 2004 diagnosoiduista eturauhassyöpäpotilaista. Tutkimukseen hyväksyttiin 1 239 potilaan vastaukset (vastausprosentti 73 %). Kysyimme tutkituilta eturauhassyövän

eri hoitomuotojen – leikkaus, ulkoinen sädehoito, sisäinen sädehoito (braky-hoito), hormonihoito – aiheuttamista haitoista, erityisen laajasti seksielämään kohdistuneista haitoista, ja mittasimme tutkittujen psyykkisiä oireita ja tyytyväisyyttä elämää ('onnellisuutta') kyselyhetkellä. Kysyimme hoidon haittojen ilmaantumisesta, voimakkuutta ja koettua haittaavuutta, sekä oliko tutkitulla ollut seksielämää puolisonsa kanssa ennen ja jälkeen hoidon. Tutkimme seksielämän haittojen yhteyttä niiden koettuun haittaavuuteen sekä psyykkisiin oireisiin ja elämään tyytyväisyyteen.

Tulokset

Hoito haittasi seksielämää 81–93 %:lla tutkituista. Seksielämä puolison kanssa loppui hoitojen jälkeen 20–58 %:lla. Potenssihäiriöitä eli seksuaaliseen halun, seksuaalisen kyvyn tai molempien menetystä raportoitiin 70–92 %. Leikkaushoito oli yleisimmin aiheuttanut seksuaalisen kyvyn menetyksen, mutta ei juurikaan halun menetystä, kun taas hormonihoito oli tyypillisesti vaikuttanut sekä halun että kykyyn. Seksielämää puolison kanssa ennen hoitoa oli leikkauksella hoidetuista ollut 82 %:lla, braky-hoidolla hoidetuista 81 %:lla, ulkoisella sädehoidolla hoidetuista 70 %:lla ja hormonihoitoa saaneista 62 %:lla; Seksielämää oli leikkauksen ja ulkoisen sädehoidon jälkeen jäljellä hiukan yli puolella, braky-hoidon jälkeen kahdella kolmesta, mutta hormonihoitoon jälkeen vain 28 %:lla tutkituista. Sekä kyvyn että halun menetys ennakoivat seksielämään kohdistunutta haittaavaa vaikutusta voimakkaammin kuin pelkän kyvyn menetys. Sädehoitoa tai hormonihoitoa edeltävä seksielämä lisäsi haittaavaa vaikutusta, mutta hormonihoitoon saaneilla korkeampi ikä vähensi sitä. Seksielämän tekijöiden lisäksi myös virtsankarkailu (leikatuilla

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

ja sädehoidon saaneilla) ja suolisto-ongelmat (ulkoisen sädehoidon saaneilla) ja mielialaoireet (hormonihoidon saaneilla) ennakoivat seksielämälle koitunutta haittaa.

Päätelmät

Eturauhassyövän hoitojen aiheuttamista haitoista kaikkein yleisimpiä ovat seksielämään kohdistuneet haitat, joita kohtaa ainakin neljä viidestä potilaasta. Usealla seksielämä puolison kanssa loppuu hoitoihin. Hoitojen haitat ennakoivat huonompaa psyykkistä hyvinvointia vielä viiden vuoden kuluttua. Hoitoa valittaessa pitää punnita tarkkaan taudin ennusteen ja hoidon haittavaikutusten väliset hyödyt ja haitata. Lisäksi hoidon yhteyteen tulee liittää entistä parempia, hyvinvointia ja seksielämää tukevia ja fyysisiä haittoja ehkäiseviä toimenpiteitä.

Avainsanat: Eturauhassyöpä, haittavaikutus, väestötutkimus, elämänlaatu, seksielämä, oireet

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

Taustaa

Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä¹ Suomessa kuten muissakin teollistuneissa maissa. Vuosina 2007–2011 todettiin keskimäärin 4 495 uutta eturauhassyöpää vuodessa (www.syoparekisteri.fi). Nykyään eturauhassyövä todetaan entistä aikaisemmassa vaiheessa, jolloin paranemisen ennuste on hyvä, ja viiden vuoden jälkeen diagnoosista onkin elossa 93 % potilaista (Pukkala, Sankila ja Rautalahti, 2011). Varhaisessa vaiheessa eturauhassyöpä on yleensä oireeton ja verikokeella toteutettavien seulontojen avulla (seerumin prostataspesifinen antigeeni, PSA) varhaisen vaiheen syöpiä löytyy yhä enemmän (Schröder ym., 2009; Schröder ym., 2012; Sankila, 2013). Sairastuneiden keski-ikä on 71 vuotta. Ikä onkin eturauhassyövän tärkein yksittäinen riskitekijä, joten myös yleisen eliniän noustessa sen esiintyvyys suurenee. Nykyisin todetaan paljon pieniä, piileviä eturauhasen syöpiä, jotka aikaisemmin olisivat jääneet huomiotta (Sankila, 2013). Sen lisäksi että eturauhassyöpiä todetaan paljon, syövän varhainen toteaminen, hoitojen parantunut vaikuttavuus ja väestön eliniän piteneminen ovat pidentäneet diagnoosin saaneiden miesten elinaikaa (Kellokumpu-Lehtinen, Joensuu ja Ruutu, 2007; Penson ym., 2008; Schröder ym., 2012). Eturauhassyöpää sairastaneita onkin yhä suurempi osa ikääntyvästä miespuolisesta väestöstä.

¹ Kasvainsairauksilla tarkoitetaan solukon tai kudoksen epänormaalia kasvua, joka on riippumaton ulkoisista kasvuärsykkeistä ja on isäntäelimistölle haitallista, ja ne jaetaan hyvän ja pahanlaatuisiin. Hyvänlaatuiset eivät hoitamattominaan johda potilaan kuolemaan. Pahanlaatuisien kasvainten ('syöpien') kasvu on nopeampaa, ne leviävät ympäristöönsä ja ovat usein potilaalle kohtalokkaita (Isola ja Kallioniemi, 2013).

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Eturauhanen (prostata) kuuluu miehen sisäisiin sukupuolielimiin, jotka koostuvat tiehyistä ja rauhasista. Rauhaset erittävät nesteitä, jotka edesauttavat siittiöiden liikkumista ja elinkykyä. Siittiöt ja rauhaseritteet muodostavat yhdessä siemennesteen (Hervonen ja Virtanen, 2013). Aikuisen miehen eturauhanen on noin 4 cm pituinen ja sen tyvi on tiiviisti virtsarakon kaulaa vasten ja kärki nojaa lantion alapohjaan. Eturauhasen sijainnin takia eturauhassyöpä ja sen hoidot vaikuttavat myös sitä ympäröivillä genitaali- ja intiimialueella.

Eturauhassyövän hoitoon on käytössä useita eri hoitovaihtoehtoja, joista valitaan kullekin potilaalle sopivin (Kellokumpu-Lehtinen, Joensuu ja Ruutu, 2007; Budäus ym., 2012; Kellokumpu-Lehtinen, Joensuu ja Tammela, 2013). Paikallisen eturauhassyövän hoitovaihtoehtoja on kolme: eturauhasen poistoleikkaus, kasvaimen sädetäminen ionisoivalla säteilyllä ja seuranta (Ruutu ym., 2009; Bul ym., 2013, Kellokumpu-Lehtinen, Joensuu ja Tammela, 2013). Lääke- eli hormonihoitoa voidaan käyttää lisähoitona (adjuvantti-) esim. ulkoiseen sädehoitoon liitettynä tai sitä annetaan yksinään levinneeseen eturauhassyöpään; hormonihoito toteutetaan pistoksina tai tabletteina, joskus myös kivestenpoistoleikkauksena. Osaa eturauhassyöpäpotilaista ei ehkä tarvitse hoitaa, koska hoidosta saattaa olla enemmän haittaa kuin hyötyä; tähän vaikuttavat potilaan ikä ja muut sairaudet sekä syövän kliininen ja patologinen luokitus. Erityisesti paikallisessa eturauhassyövässä potilas voi usein itse osallistua hoitomuodon valintaan. Mitään paikallisen syövän hoitoa ei ole osoitettu elinajanodotteen pitenemisen kannalta muita vaikuttavammaksi (Penson ym., 2008; Taari ym., 2013), mutta aivan uusimman tutkimuksen mukaan leikkaushoidolla saatetaan joillain potilailla

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

päästä ennusteen kannalta parhaaseen tulokseen (Sooriakumaran ym., 2014).

Suurin osa sairastuneista miehistä toipuu eturauhassyövästä, mutta iso osa heistä kärsii eturauhassyövän hoidon haittavaikutuksista (Potosky ym., 2004; Miller ym., 2005; Smith ym., 2009; Lehto, Helander ja Aromaa, 2010; Pardo ym., 2010; Budäus ym., 2012; Lehto ym., 2013). Kaikki paikallisen eturauhassyövän aktiiviset hoitomuodot aiheuttavat haittavaikutuksia, joista monet ovat pitkäaikaisia tai jopa pysyviä. Haittoihin kuuluu virtsaamiseen liittyviä oireita ja sädehoitojen yhteydessä myös suolisto-oireita, mutta erityisesti ne vaikuttavat miehen sukupuolielimiin ja aiheuttavat seksielämän ongelmia. Siksi on tärkeää kiinnittää huomiota eturauhassyöpädiagnoosin saaneiden miesten elämänlaatuun eturauhassyövän hoidon jälkeen; elämänlaatuna mitattu hoitotulos on tärkeä (Roth, Weinberger ja Nelson, 2008, Lehto, Helander ja Aromaa, 2010). Seksuaalinen hyvinvointi on yksi osa syöpäpotilaan elämänlaatua (Dolbeaut, Szporn ja Holland, 1999).

Potilaiden tyytyväisyyteen eturauhassyövän hoidon tulokseen vaikuttavat mm. tieto, että syöpä on saatu poistettua, virtsa- ja suolisto-oireiden vähäisyys sekä seksuaalitoimintojen säilyminen (Hoffman ym., 2003). Tutkimuksemme mukaan (Lehto, Tenhola ym., 2013) tyytymättömyyttä kaikkien eturauhassyövän hoitomuotojen tulokseen ennakoivat seksielämän haitat ja -ongelmat, myös silloin kun muiden haittojen (virtsaongelmat, suolisto-ongelmat, jne.) vaikutus otettiin huomioon. Oireiden koettu haittaavuus oli pelkkää oireiden määrää voimakkaammin yhteydessä tyytyväisyyteen hoidon tulokseen. Tyytymättömyyttä hoidon tulokseen

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

lisäsi, jos potilaalla oli ollut seksielämää puolisonsa kanssa ennen hoitoa. Tutkijat ovatkin aiheellisesti korostaneet että sekä taudin ennuste että potilaan elämäntilanne, mukaan lukien seksuaalinen aktiivisuus, tulee ottaa huomioon kun suunnitellaan eturauhassyöpäpotilaan hoitoa (Damber ja Aus, 2008; Roth ym., 2008). Tavoitteena on hoidon hyötyjen ja sen haittavaikutusten tasapaino. Onkin esitetty, että hyväennusteisten, seulonnessa löytyvien pienien piilevien syöpien aktiivista hoitamista olisi vältettävä; puhutaan eturauhassyövän 'ylidiagnostiikasta' (Ruutu ym., 2009; Sankila, 2013). Myös seulontojen hyödyllisyydestä on keskusteltu (Schröder ym., 2009; Schröder ym., 2012; Bul ym., 2013). Erityisesti hoidon seksielämälle aiheuttamat haitat tulisi ottaa nykyistä paremmin huomioon valittaessa eturauhassyövän hoitoa.

Tutkimme Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) suorittaman valtakunnallisen potilaskyselyaineiston avulla kattavassa väestötöksessä eturauhassyövän eri hoitojen aiheuttamien sivu- ja haittavaikutusten esiintymistä sekä niiden koettua määrää ja haittaavuutta eturauhassyöpään sairastuneilla miehillä. Tutkimme myös heidän psyykkisten oireidensa määrää ja tyytyväisyyttä elämäänsä kyselyhetkellä viiden vuoden kuluttua diagnoosista. Tässä raportissa kuvaamme eturauhassyövän aktiivihoidojen – eturauhasen poistoleikkaus, ulkoinen sädehoito, sisäinen sädehoito (braky-hoito), hormonihoido – nimenomaan seksielämälle aiheuttamia haittoja. Selvitämme eri hoitojen aiheuttamia haittoja ja sitä, mitkä niistä ovat koetun haittaavuuden kannalta merkittävimpiä, sekä haittojen yhteyttä tutkittujen psyykkiseen hyvinvointiin (psyykkiset oireet ja tyytyväisyys elämään).

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Aineistoksi valittiin puolet Suomessa vuonna 2004 eturauhassyöpädiagnosoin saaneista, pois lukien Ahvenanmaa (Lehto, Helander ym., 2010, Lehto, Helander ym., 2014, Lehto, Tenhola ym., 2014). Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) luvalla Suomen Syöpärekisteri (www.syoparekisteri.fi) poimi tutkimusta varten 50 %:n potilasotoksen. Potilaiden tunnistetietojen lisäksi saimme Syöpärekisteristä eturauhassyövän biologista vakavuutta kuvaavan Gleason-luokituksen ja sairaalan tai sairaalapiirin jossa potilasta oli hoidettu. Kyselyn saatekirjeen allekirjoitti myös potilaan hoidosta vastanneen sairaalan tai klinikan ylilääkäri; nämä saatekirjeet kattoivat 88,5 % aineiston potilaista. Lähetimme kyselyn 1 723 potilaalle tammi-toukokuussa 2009. Tutkimusaineiston muodostuminen on esitetty kuviossa 1.

Kuvio 1. Tutkimusaineiston muodostuminen

2168 Suomessa vuonna 2004 diagnosoitua eturauhassyöpäpotilasta (50 %)

Poistettiin tutkimukseen mennessä kuolleet (n=181)

1 987 eturauhassyöpäpotilasta

Poistot ennen postitusta: 264

Ylilääkärin saatekirje puuttui: 233

Ei osoitetta väestörekisterissä: 31

Kyselyn postitus 1 723 potilaalle

Palautus 1 242 potilaalta

Hyväksytyjä vastauksia 1 239

poistot: diagnoosi ennen tutkimusvuotta: 3 potilasta

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Tutkimukseen hyväksyttiin 1 239 palautunutta lomaketta (73 % lähetetyistä). Vastauksia saatiin tasaisesti maan viideltä yliopistosairaalan erityisvastuualueelta, joissa vastanneiden osuudet vaihtelivat 68–75 %. Vastanneiden ikäjakauma oli eri alueilla sama. Kaikista tutkimusaikana elossa olleista otoksen potilaista (n = 1 987) tavoitimme tutkimukseen 63 % (alle 65-vuotiaista 70 %, 65–74 -vuotiaista 67 %, 75–84 -vuotiaista 60 % ja yli 84-vuotiaista 34,5 %) (Lehto, Tenhola ym., 2013).

Kyselylomake

Kyselylomake kehitettiin tätä tutkimusta varten ja se sisälsi pääosin määrällisiä kysymyksiä. Kyselylomakkeen sisältö perustui Eturauhassyöpöpotilaiden tuki ry (ERSY):n jäsenten kokemuksiin; potilasnäkökulma otettiin siis kysymysten laidinnassa hyvin huomioon. ERSY:n jäsenet myös testasivat lomakkeen toimivuutta (Lehto ja Kuivalainen, 2007).

Lomake oli kaksiosainen. Lomakkeen ensimmäisessä, kaikkia hoitoja saaneiden yhteisessä osassa kysyttiin sairastumisvaiheen kokemuksia ja siinä oli myös kolme psyykkisen hyvinvoinnin mittaria (Lehto, Helander ym., 2010). Lomakkeen toisessa osassa kysyttiin hoitojen aiheuttamista sivu ja -haittavaikutuksista, näistä tuloksista on raportoitu: (Lehto, Tenhola ym., 2013). Kysyimme laajasti seksielämään kohdistuneista haitoista ja ongelmista (taulukko 2). Kysyimme ongelmista kaikkia aktiivihoitomuotoja (leikkaushoito, ulkoinen sädehoito, sisäinen sädehoito, hormonihoito) koskien erikseen². Kysyimme sekä hoidosta aiheutuneiden seksielämän haittojen esiintymistä hoidon aikana tai sen jälkeen että niiden määrää ja

² Useita eri hoitoja saaneet vastasivat jokaista hoitomuotoa koskeviin kysymyksiin.

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

koettua vaikutusta/haittaavuutta³, sekä oliko tutkitulla ollut seksielämää puolison kanssa ennen ja jälkeen hoidon.

Taulukko 1. Seksielämän ongelmia mitanneet kysymykset

Seksuelämään liittyvät kysymykset (kaikista hoidoissa erikseen):

1. Vaikuttiko hoito seksielämäänne? (asteikko 0–3)
2. Aiheuttiko hoito teille potenssihäiriöitä?⁴
 - poisti halun (ei/kyllä)
 - poisti kyvyn (ei/kyllä)
 - poisti molemmat (ei/kyllä)
3. Oliko teillä puolisonne kanssa seksielämää edeltävän puolen vuoden aikana? (ei/kyllä)
4. Onko teillä ollut puolisonne kanssa seksielämää hoidon jälkeen? (ei/kyllä)

Seksuelämän ongelmien lisäksi kysyimme virtsaoireista (mm. virtsankarkailu, sen koettu haittaavuus) ja sädehoidon aiheuttamista suolisto-ongelmista (ripuli, verenvuoto suolistosta) sekä hormonihoitoon aiheuttamista sille tyypillisistä yleisoireista (mielialahäiriöt, jalkojen turpoaminen, kuumat aallot/hikoilu, ym.).

Pyysimme tutkittavia arvioimaan haittavaikutusten määrän ja haittaavuuden neliportaisella asteikolla (0 = ei lainkaan, . . . , 3 = paljon). Osassa kysymyksistä vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei. Tyytyväisyyttä

³ Kysyessämme hoitojen vaikutusta 'seksuelämään' annoimme potilaiden itsensä tulkita kysymyksen ja raportoida kokemuksensa. Tällöin seksielämä on voinut tarkoittaa potilaan itse käsitteelle antaman merkityksen mukaan yhdyntä- tai muuta seksiä partnerin kanssa, itsetyydytystä, jne.

⁴ Määrittelimme potenssihäiriöt seksuaaliseen halun, seksuaalisen kyvyn tai molempien menetyksenä.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

mittasimme neliportaisella asteikolla (1 = täysin tyytyväinen, . . . , 4 = täysin tyytymätön).

Psyykkistä hyvinvointia (psyykkiset oireet, tyytyväisyys elämään) ja tyytyväisyyttä seksielämään mittasimme kahdella validoidulla mittarilla. Lisäksi käytimme IIEF:n (International Index of Erectile Function Questionnaire) mittarista kysymystä ”Kuinka tyytyväinen olette ollut seksielämäänne neljän viimeksi kuluneen viikon aikana?” (kys. 13) viisiportaisella asteikolla (1 = hyvin tyytymätön, . . . , 5 = hyvin tyytyväinen) (Rosen ym., 1997).

Psyykkisten oireiden määrää ja voimakkuutta tutkimushetkellä kysyimme RSCL (Rotterdam Symptom Checklist) mittarin psyykkisten oireiden osa-asteikolla. Se koostui oireista ärtyneisyys, masentuneisuus, hermostuneisuus, epätoivo tulevaisuuden suhteen, jännitys, ahdistuneisuus, keskittymisvaikeudet ja huolestuneisuus, joista kutakin mitataan asteikolla 0 = ei lainkaan, . . . , 3 = hyvin paljon) (deHaes, van Knippenberg ja Neijt 1990). Lisäsimme asteikkoon kysymyksen itsetuhoajatuksista.

”Onnellisuutta” eli tyytyväisyyttä elämään mittasimme SWLS-mittarilla (The Satisfaction with Life Scale) (Diener ym., 1985). Sen kutakin väittämää (Elämäni on vastannut toiveitani, Olosuhteet joissa elän ovat erinomaisia, Olen tyytyväinen elämään, Olen saanut haluamani tärkeät asiat, En muuttaisi juuri mitään) arvioidaan seitsenportaisella asteikolla (1 = selvästi eri mieltä, . . . , 7 = selvästi samaa mieltä).

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

Tilastollisissa analyyseissä käytettiin kuvailevia tunnuslukuja. Hoidon vaikutusta seksielämään ja psyykkistä hyvinvointia (psyykkiset oireet, tyytyväisyys elämään) ennakoineiden tekijöiden tutkimiseen käytimme lineaarista regressioanalyysia. Oireiden keskiarvojen välisten erojen merkitsevyyden testaamiseen käytettiin Mann-Whitney U-testiä. Aineisto käsiteltiin tilastollisesti käyttäen SAS, SPSS ja Stata -ohjelmistoja.

Tulokset

Tutkitut

Kyselyyn vastanneet olivat olleet sairastuessaan keskimäärin 67-vuotiaita (vaihteluväli 44–94 vuotta), tutkimushetkellä siis keskimäärin 72-vuotiaita, valtaosa oli täyttänyt 65 vuotta (taulukko 2). Suurin ikäryhmä olivat 65–74 -vuotiaat. Neljä viidestä oli naimisissa tai eli avoliitossa. Pääosa (88 %) oli eläkkeellä. Lähes puolella (47 %) ei ollut mitään ammattikoulutusta tai he olivat käyneet vain ammattikursseja. Ammattikoulutustaso vaihteli maan eri osien välillä suuresti: HUS-alueella oli vähän koulutettuja 37 % ja KYS-alueella 55 % vastaajista. Korkeakouluopintoja oli HUS-alueella 25 %:llä ja TYKS-alueella 7,5 %:llä. Kolmella neljästä oli myös muita pitkäaikaissairauksia, joista yleisimmät olivat sydän- ja verisuonitaudit.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Taulukko 2. Tutkittujen taustatiedot, %

	n	%
Ikä		
≤ 64	248	20
65–74	503	41
75–84	423	34
≥ 85	65	5
Siviilisäätö		
naimisissa tai avoliitossa	988	80
eronnut	82	7
leski	97	8
naimaton	45	4
ei tietoa	27	2
Ammattikoulutus ⁵		
ei ammattikoulutusta	305	25
ammattikursseja	254	21
ammattikoulu	211	17
koulu- tai opistotutkinto	256	21
yliopisto-/korkeakoulututkinto	169	14
ei tietoa	44	4
Muu/muita pitkäaikaisairauksia	900	74
verenpainetauti	464	38
sydänsairaus	311	26
tuki- ja liikuntaelinsairaus	213	18
diabetes	181	15
muu syöpäsairaus		
- oma ilmoitus	86	7
- Syöpärekisterin mukaan	111	9
muu sairaus, joihin sisältyi mm.	267	22
- keuhkosairaus	70	6
- neurologinen tai muistisairaus	49	4

Eturauhassyövän hoito

Eturauhassyöpää oli yleisimmin hoidettu ulkoisella sädehoidolla (42 %), hormonihoidolla (33 %) tai leikkauksella (32 %). Suuri osa (23 %) potilaista

⁵ Koulutustaso vaihteli voimakkaasti maan eri osien välillä. Vähemmän kuin ammattikoulun käyneitä oli HYKS-alueella 38 %, mutta KYS-alueella 55 % vastaajista. Korkeakoulututkinto oli HYKS-alueella 22 %:lla, mutta TYKS-alueella 8 %:lla.

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

oli saanut kahta tai useampaa hoitoa (taulukko 3). Puolet hormonihoidoista toteutettiin muiden hoitojen liitännäishoitoina. Eri yliopistosairaaloitten alueilla hoidot erosivat merkittävästi toisistaan (Lehto, Helander ym., 2010). Yleisimmät Gleason-luokat olivat 6 ja 7 (molempia 26 % aineistosta).

Leikkauksella ja braky-hoidolla hoidetut olivat muita nuorempia (p-arvot < 0,001 ja < 0,01), kun taas hormonihoidon saaneet ja säännöllisesti seuratut olivat muita vanhempia (p < 0,001), ks. internetissä julkaistu versio (Lehto, Tenhola ym., 2013). Sisäisen sädehoidon saaneet olivat nuorempia kuin ulkoista sädehoitoa saaneet. Ulkoisen sädehoidon saaneilla ja hormonein hoidetuilla syöpä oli ollut vakavampi (suurempi Gleason), kun taas braky-hoidon tai seuranta saaneilla 'kiltimpi' (p < 0,001). Leikatuilla oli harvemmin muu krooninen sairaus kuin muilla ryhmillä (ikävakioitu p < 0,001).

Taulukko 3. Eturauhassyövän hoito, %

Hoito	n	%
Vain leikkaus	319	26
Vain ulkoinen sädehoito	292	24
Vain hormonihoido ⁶	202	17
Vain seuranta ⁷	69	5,5
Vain sisäinen sädehoito (braky-hoito)	67	5,5
Ulkoinen sädehoito + antiandrogenihormonihoido ⁸	163	13
Leikkaus + ulkoinen sädehoito	50	4
Muu yhdistelmä	73	5
Ei tietoa	4	<0,5

⁶ Joko pistoksina tai tabletteina, myös kivestenpoistoleikkaus (orchiectomia).

⁷ Joko säännöllinen tai odottava seuranta.

⁸ Hormonihoido >5 kuukautta.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Hoitojen sivu- ja haittavaikutukset

Kaikki eturauhassyövän aktiivihoidot – leikkaus, ulkoinen sädehoito, brakyhoito, hormonihoito – haittasivat merkittävästi seksielämää: hoidot aiheuttivat paljon haittoja intiimialueelle ja muuttivat seksielämää (Lehto, Helander ym., 2010; Lehto, Tenhola ym., 2013) (taulukko 4). Hoito vaikutti

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

seksielämään yli 80 %:lla tutkituista ja seksielämä puolison kanssa väheni merkittävästi kaikkien hoitomuotojen jälkeen. Seksielämän haittojen lisäksi leikkaushoito ja molemmat sädehoidot aiheuttivat virtsaoireita ja ulkoinen sädehoito myös suolisto-oireita.

Taulukko 4. Eturauhassyövän hoitojen haitat: seksielämän muutokset, virtsaoireet ja suolisto-oireet, %

	Leikkaus (n = 402)	Ulkoinen sädehoito (n = 523)	Sisäinen sädehoito (n = 80)	Hormonihoito (n=412)
	%	%	%	%
A. Seksielämän muutokset				
Vaikutusta seksielämään ¹	93	82	86	81
Potenssihäiriötä ²	92	79	70	84
Seksielämää puolison kanssa ennen hoitoa	82	70	81	62
Seksielämää puolison kanssa hoidon jälkeen	55	52	69	28
Seksielämän vähenemä hoidon jälkeen	38	30	20	58
B. Virtsaoireet				
Virtsankarkailua (ei/kyllä)	71	44	47	–
Virtsankarkailusta hajuhaittoja	59	58	41 ³	–
Virtsaoireet haittasivat elämää	78	66 ⁴	71	–
C. Sädehoidosta aiheutuneet suolisto-oireet				
Suolisto-oireita	–	53	15 ⁵	–
Ripulointia	–	77	36	–
Verenvuotoa suolistosta	–	41	64	–
Suolisto-oireet haittaavia	–	88	91	–

– = ei kysytty tässä hoidossa.

¹ Vaikutuksen voimakkuus eri hoidoissa on esitetty kuviossa 2.

² Potenssihäiriön laatu: halun, kyvyn tai molempien menetys on esitetty kuviossa 4.

³ Kenelläkään ei ollut hajuhaittoja 'paljon'.

⁴ 12 %:lta tieto puuttui.

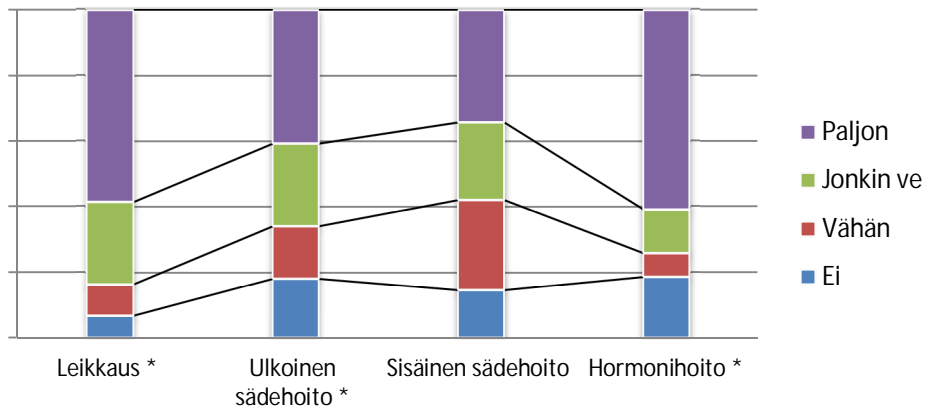
⁵ N=11.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Vaikutus seksielämään

Kaikki hoidot vaikuttivat merkittävässä määrin seksielämään: koettua vaikutusta raportoi vähintään 81 % (hormonihoito) mutta jopa 93 % (leikkaushoito) tutkituista (taulukko 4). Sen lisäksi että vaikutusta oli, tutkitut arvioivat sen voimakkaaksi: asteikolla 0–3 yleisimmin 3 (paljon) (kuvio 2). Hoidosta riippuen vaikutuksen koki voimakkaaksi 34:stä (brakyhoito) 61 %:iin (hormonihoito). Ikä vähensi hoitojen koettua vaikutusta. Brakyhoito vaikutti seksielämään vähemmän kuin muut ($p = 0,03$).

Kuvio 2. Hoitojen koettu vaikutus seksielämään: vaikutuksen voimakkuus eri hoidoissa



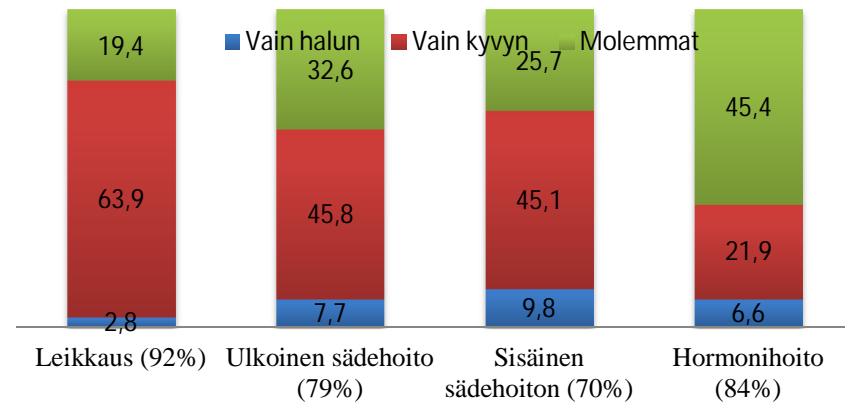
* Mitä vanhempi leikkaushoidon, ulkoisen sädehoidon tai hormonihoitoon saanut potilas oli, sitä useammin hän arvioi että hoidolla ei ollut vaikutusta seksielämään (p -arvot 0,017, 0,009, < 0,00001). Koettu vaikutus (ei/kyllä), ks. taulukko 4.

Potenssihäiriöitä (ei/kyllä) raportoi 70–92 % potilaista (taulukko 4), leikkaushoidon ja ulkoisen sädehoidon jälkeen yleisemmin (p -arvot < 0,001) kuin muiden hoitojen (Lehto, Helander ym., 2010, Lehto, Tenhola

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

ym., 2013). Leikkaushoito oli yleisimmin aiheuttanut seksuaalisen kyvyn menetyksen (73 % häiriöitä saaneista) mutta ei halun menetystä, kun taas hormonihoitoissa vaikutus oli kohdistunut sekä haluun että kykyyn (62 %) (kuvio 3). Ikä lisäsi todennäköisyyttä seksuaalisen halun menettämiseen leikkauksen jälkeen ($F = 14,54$, $p < 0,0001$) ja molempien menettämiseen sisäisen sädehoidon jälkeen ($F = 3,85$, $p = 0,029$).

Kuvio 3. Hoitojen vaikutus potenssihäiriöihin ja poistiko hoito seksuaalisen haluun, kyvyn tai molemmat, %



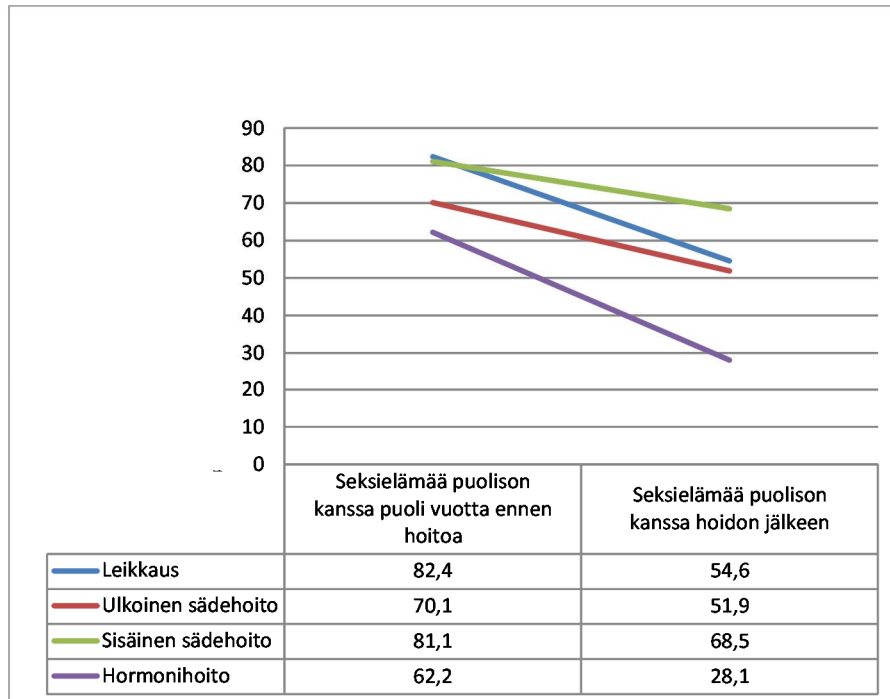
Kysyimme oliko tutkitulla ollut 'seksielämää puolison kanssa' (ei/kyllä) puolen vuoden aikana ennen hoitoa (taulukko 4). Mittasimme muutosta kysymällä saman kysymyksen koskien hoidon jälkeistä tilannetta: oliko tutkitulla ollut 'seksielämää puolison kanssa' (ei/kyllä) hoidon jälkeen (milloin tahansa hoidosta kuluneen viiden vuoden aikana).

Leikkauksella ja braky-hoidolla hoidetuista potilaista suuremmalla osalla oli ollut seksielämää puolison kanssa ennen hoitoa (82 % ja 81 %, p -arvot <

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

0,001 ja 0,005) ja hormonihoitoa saaneista pienemmällä osalla (62 %, $p = 0,003$) kuin muilla (kuvio 4). Ennen hoitoa 3–10 %:lla ei ollut kumppania.

Kuvio 4. Hoitojen vaikutus seksielämään puolison kanssa: seksielämää puolison kanssa puoli vuotta ennen hoitoa ja hoidon jälkeen, %



Eri hoitojen jälkeen seksielämää puolison kanssa oli tyypillisimmin ollut noin puolella vastaajista (kuvio 4). Leikkauksen jälkeen seksielämää oli ollut 55 %:lla ja ulkoisen sädehoidon jälkeen 52 %:lla, mutta braky-hoidon jälkeen sitä oli ollut 68 %:lla ja hormonihoitoa saaneista 28 %:lla tutkituista. Leikkauksella hoidetuista vähennyistä oli 38 %:lla (yhdeksi seksielämä

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

puolison kanssa alkoi, kaksi löysi hoidon jälkeen uuden kumppanin), sädehoitoja saaneista 30 ja 20 %:lla (viidellä seksielämä alkoi, kaksi löysi uuden kumppanin) ja hormonihoitoa saaneista 58 %:lla (yhdeksi alkoi, yksi löysi uuden kumppanin).

Virtsa- ja suolisto-oireet sekä hormonihoitojen haitat

Virtsankarkailua aiheutui 44–71 %:lle leikkaushoidon tai sädehoitoja saaneelle (Lehto, Helander ym., 2010; Lehto, Tenhola ym., 2013) ja kolmella neljästä ne olivat haitanneet elämää (taulukko 4). Virtsankarkailu myös aiheutti suurelle osalle potilaista ainakin vähäisiä hajuhaittoja. Sisäinen sädehoito aiheutti lisäksi sille tyypillisiä ärsytysoireita (tiheä- tai verivirtsaisuus, virtsaumpi tai -vaikeudet, kirvely virtsatessa).

Ulkoinen sädehoito aiheutti suolisto-oireita (ripulointia, suolistoverenvuotoa) 53 %:lle ja braky-hoito 15 %:lle vastanneista (Lehto, Helander ym., 2010; Lehto, Tenhola ym., 2013). Suolisto-oireita kokeneista vain joka kymmenes kertoi, että ne eivät olleet haitanneet.

Hormonihoito aiheutti runsaasti sille tyypillisiä haittavaikutuksia, joista kuumat aallot/hikoilu (73 %), rintojen aristus (52 %) ja mielialahäiriöt (46 %) olivat yleisimpiä (Lehto, Helander et al. 2010). Vanhemmilla potilailla oli hormonihoitoa seurauksena harvemmin mielialahäiriöitä ($F = 4.25$, $p = 0,006$), kuumia aaltoja ($F = 2.26$, $p = 0,08$) ja rintojen aritusta ($F = 14.02$, $p = 0,00001$) kuin nuoremmilla.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Sekselämään kohdistunutta haittaa ennakoineet tekijät

Kaikissa hoidoissa koettua seksielämään kohdistunutta haitallista vaikutusta ennakoivat pääosin samat seksielämän oireet ja muutokset (ikävakioitu, ks. taulukko 5). Haittaava vaikutus oli suurempi jos hoito oli vienyt seksuaalisen kyvyn tai sekä kyvyn että halun. Kyvyn/halun menetys

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

ennakoi haittaavaa vaikutusta voimakkaammin kuin pelkän kyvyn menetys. Sädehoitoa tai hormonihoitoa edeltävä seksielämä lisäsi koettua haittaavuutta, mutta hoidon jälkeinen seksielämä luonnollisesti vähensi kaikkien hoitojen kielteistä vaikutusta. Hormonihoidon saaneiden korkeampi ikä vähensi hoidon vaikutusta seksielämään.

Taulukko 5. Hoidon vaikutusta seksielämään ennakoineet tekijät

	Leikkaus	Ulkoinen sädehoito	Braky-hoito	Hormonihoito
	B	B	B	B
Ikä	-0.01†	-0.01	0.03	-0.02**
Gleason	0.04	-0.06	0.05	-0.03
Potenssihäiriöt				
- poisti halun	0.64**	0.59***	0.38	0.83**
- poisti kyvyn	1.11***	1.19***	1.16***	1.44***
- poisti molemmat	1.19***	1.41***	1.50***	1.79***
Sekselämää puolison kanssa ennen	0.18	0.65***	0.38	0.38**
Sekselämää puolison kanssa jälkeen	-0.20*	-0.22*	-0.05	-0.36*
<i>Mallin selitysosuus R²</i>	<i>0.310</i>	<i>0.359</i>	<i>0.399</i>	<i>0.379</i>

*** tilastollisesti merkitsevä 0,001 riskitasolla, ** 0,01 riskitasolla, * 0,05 riskitasolla, † 0,1 riskitasolla.

B = regressiokerroin. Yhteys tämän hoidon haittojen ja vaikutuksen koetun voimakkuuden 0 (ei lainkaan) 3 (paljon) välillä.

Hoitojen muut intiimialueelle kohdistuneet haitat lisäsivät vain vähän seksielämälle koitunutta haittaa: ulkoisessa sädehoidossa myös suolisto-ongelmien haittaavuus ennakoi voimakkaampaa vaikutusta (B=0.25, p = 0,058) ja hormonihoidossa myös mielialaoireet (B=0.25, p < 0,001).

Kyselyhetken hyvinvointi

Kyselyhetken hyvinvointia mittasimme psyykkisinä oireina ja tyytyväisyytenä elämään. Noin puolet vastaajista oli kokenut kutakin kysyttyä psyykkistä oiretta; neljäsosalla ei ollut tutkimushetkellä mitään

kysytyistä oireista. Itsetuhoajatuksista kertoi 5 % vastaajista. Psyykkisiä oireita oli eniten nuorimmassa ikäryhmässä, tutkimushetkellä alle 65-vuotialla. Tyytyväisyys elämään -asteikossa vastaukset painottuivat positiiviseen päähän (tyyppivastaus 'samaa mieltä').

Kyselyn palauttaneista 16 % jätti vastaamatta tyytyväisyyttä seksielämään koskevaan kysymykseen (The IIEF). Vastanneista 29 % oli hyvin tyytymättömiä ja 14 % melko tyytymättömiä seksielämäänsä, hyvin tyytyväisiä oli 6 %; tämä ei juuri vaihdellut hoidon mukaan

Taulukko 6. Eturauhassyövän eri hoitojen ja syövän uusiutumisen yhteys psyykkiseen hyvinvointiin viisi vuotta myöhemmin

	Psyykinen hyvinvointi			
	Psyykkiset oireet		Tyytyväisyys elämään (‘onnellisuus’)	
	B	p	B	p
Ikä	-0.05	0,025	0.04	n.s.
Leikkaus	-0.63	n.s.	-0.03	n.s.
Ulkoinen sädehoito	-0.38	n.s.	0.02	n.s.
Braky-hoito	-1.64	0,015	1.35	n.s.
Hormonihoito	-0.04	n.s.	-0.40	n.s.
Seuranta	-0.78	n.s.	1.91	0,024
Eturauhassyövän uusiutuminen	1.14	0,040	-0.40	n.s.

B = regressiokerroin. Hoitomuodon ja syövän uusiutumisen yhteys psyykkiseen hyvinvointiin (kaikki tekijät vakioitu keskenään).

Korkeampi ikä yhdistyi vähäisempään määrään psyykkisiä oireita (taulukko 6). Kyselyhetken psyykinen hyvinvointi vaihteli saadun hoidon mukaan. Saatu braky-hoito ennakoivat vähäisempää määrää psyykkisiä oireita ($p = 0,015$) Tyytyväisyyttä elämään ennakoivat seuranta hoitomuotona ($p = 0,025$). Niillä, joiden syöpä oli uusiutunut, oli enemmän psyykkisiä oireita ($p = 0,053$).

Sekselämän haittojen yhteys kyselyhetken hyvinvointiin

Kun tutkimme seksielämän haittojen yhteyttä tutkittujen psyykkiseen hyvinvointiin kyselyhetkellä (psyykkiset oireet, tyytyväisyys elämään), hiukan eri tekijät vaikuttivat eri hoitojen jälkeen kun muiden tekijöiden vaikutus vakioitiin (taulukko 7).

Psyykkistä hyvinvointia leikkaushoidon jälkeen vähensivät potilaan nuorempi ikä, tuki- ja liikuntaelinsairaus ja hoidon aiheuttaman virtsankarkailun haittaavuus (taulukko 7). Kuitenkin myös se oli potilaalla

leikkauksen jälkeen ollut seksielämää puolison kanssa (psyykkiset oireet) ja seksielämälle koitunut koettu haitta (onnellisuus) ennakoivat hyvinvointia (p -arvot $< 0,1$). Biologisesti vakavampi sairastettu tauti (suurempi Gleason) ennakoivat suurempaa onnellisuutta kyselyhetkellä.

Ulkoisen sädehoidon saaneilla virtsankarkailu lisäsi psyykkisiä oireita ja kively virtsatessa vähensi onnellisuutta (taulukko 7). Seksuaalisen kyvyn, halun tai molempien menetys ennakoivat suurempaa määrää psyykkisiä oireita ($p < 0,01$), vaikkakin molempien menettäminen yhdistyi myös suurempaan onnellisuuteen ($p < 0,1$). Jos potilaalla oli ollut seksielämää puolison kanssa ennen sädehoitoa, onnellisuus oli vähäisempää, mutta hoidon jälkeinen seksi ymmärrettävästi lisäsi onnellisuutta. Suolistooireiden haittaavuus lisäsi psyykkisiä oireita ja vähensi onnellisuutta.

Taulukko 7. Psykkistä hyvinvointia ennakoineet hoitojen haitat eri hoidoissa

	Psyykinen hyvinvointi			
	Psyykkiset oireet		Tyytyväisyys elämään (‘onnellisuus’)	
	B	p	B	p
A. Leikkaushoito				
Ikä	-0.11	0,039		
Gleason			0.61	0,048
Tuki- ja liikuntaelinsairaus	2.23	0,021	-2.94	0,016
Virtsaoireet				
Virtsankarkailun haittaavuus	0.85	0,030	-1.67	0,001
Seksielämään kohdistuneet haitat				
Hoidon vaikutus seksielämään			-1.00	0,090
Seksielämää leikkauksen jälkeen	-1.11	0,096		
<i>Mallin selitysosuus R²</i>	<i>0.107</i>		<i>0.159</i>	
B. Ulkoinen sädehoito				
	B	p	B	p
Virtsaoireet				
Virtsankarkailu	1.37	0,004		
Kirvelyä virtsatessa			-3.01	<0,001
Seksielämään kohdistuneet haitat				
Seksuaalisen halun menetys	4.01	0,003		
Seksuaalisen kyvyn menetys	2.91	0,007		
Sekä kyvyn että halun menetys	3.58	0,002	3.06	0,084
Seksielämää ennen sädehoitoa			-2.53	0,068
Seksielämää sädehoidon jälkeen			3.28	0,014
Muut				
Suolisto-oireiden haittaavuus	0.91	0,055	-1.29	0,067
<i>Mallin selitysosuus R²</i>	<i>0.305</i>		<i>0.245</i>	
C. Sisäinen sädehoito (braky-hoito)				
	B	p	B	p
Virtsaoireet				
Virtsankarkailu			-1.73	0,051
Virtsaoireiden haittaavuus	1.70	0,023		
Seksielämään kohdistuneet haitat				
Seksuaalisen halun menetys			4.84	0,065
Sekä kyvyn että halun menetys			3.98	0,068
Seksielämää ennen braky-hoitoa			5.40	0,018
<i>Mallin selitysosuus R²</i>	<i>0.155</i>		<i>0.430</i>	

B = regressiokerroin. Yhteys tämän hoidon sivuvaikutusten/haittojen ja psyykkisen hyvinvoinnin välillä kun kaikkien haittojen vaikutus on huomioitu (tekijät vakioitu iän, Gleason-arvon ja muiden pitkäaikaissairauksien mukaan sekä keskenään), vain tilastollisesti merkitsevät esitetty.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Sisäisen sädehoidon saaneilla virtsaoireet ennakoivat huonompaa psyykkistä hyvinvointia (taulukko 7). Onnellisuutta lisäsi se, että tutkitulla oli ollut seksielämää puolison kanssa ennen hoitoa, mutta sitä lisäsi myös seksuaalisen halun tai sekä halun että kyvyn menetys.

Hormonihoitoa (>5kk) saaneilla tärkein psyykkisiä oireita ennakoiva sivuvaikutus oli hormonihoidon aiheuttamat mielialahäiriöt ($p < 0.001$) ja oireita ennakoivat myös kyvyn ($p < 0.1$), mutta varsinkin halun tai halun ja kyvyn menettäminen (p -arvot < 0.01). Yhteys onnellisuuteen oli heikompi kuin muissa hoidoissa; vähäisempää onnellisuutta ennakoivat hormonihoidon aiheuttamat mielialahäiriöt ($p < 0.05$) ja muu syöpäsairaus ($p < 0.1$) ja sitä lisäsi kumppanin olemassaolo ($p < 0.1$). Kun tutkimme pelkän hormonihoidon saaneita, halun menettäminen nousi muita selvästi merkittävämmäksi psyykkisiä oireita ennakoivaksi tekijäksi ($B=9.05$, $p < 0.001$, mallin selitysosuus R^2 0.551). Onnellisuutta ennakoivat pelkän hormonihoidon saaneilla ainoastaan halun tai halun ja kyvyn menetys (p -arvot < 0.01) ja kyvyn menetys ($p < 0.05$).

Pohdinta

Tutkimme valtakunnallisessa potilasotoksessa Suomessa yhden vuoden aikana eturauhassyöpään sairastuneiden miesten kokemuksia eturauhassyövän hoitojen seksielämään kohdistuneista sivu- ja haittavaikutuksista. Keräsimme tietoa seksielämään kohdistuneista haitoista laajasti: kysimme sekä haittojen ilmaantumisesta että niiden voimakkuudesta ja koetusta haittaavuudesta. Tutkimme myös hoidosta aiheutuneita virtsa- ja suolisto-oireita ja niiden yhteyttä seksielämän ongelmiin, koska ajattelimme myös niiden myös voivan vaikuttaa

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

haitallisesti. Mittasimme kyselyssä myös potilaiden hyvinvointia (psyykkiset oireet, tyytyväisyys elämään) viisi vuotta diagnoosin ja primäärihoidon jälkeen. Tutkimme hyvinvointia ennakoivia tekijöitä myös niin, että vakioimme muiden tekijöiden vaikutuksen. Tutkimuksen kyselylomake laadittiin yhdessä eturauhassyöpäpotilaiden kanssa. Vastaamisalttius oli hyvä (73 % niistä joille kysely lähetettiin ja 63 % kaikista tutkimusaikana sairastuneista), emmekä todenneet aineistossa valikoituneisuutta lukuun ottamatta sitä että tavoitimme ≥ 85 -vuotiaita aineistoon huonommin kuin muita. joten saatu tieto antaa varsin luotettavan kuvan sairastuneiden kokemuksista.

Mittasimme seksielämän ongelmia eri näkökulmista ja laajemmin kuin useimmissa aiemmissä tutkimuksissa, joissa on tyypillisesti käytetty erektiohäiriökyselyitä, ja keskityimme erityisesti potilaan omaan kokemukseen haittaavuudesta (Potosky, Davis ym., 2004; Miller ym., 2005; Penson ym., 2008; Smith ym., 2009; Pardo ym., 2010). Aikaisempien tutkimusten tulokset ovat myös poikenneet toisistaan, mm. siksi että mittausajankohta ja mittauskohde ja -menetelmät ovat vaihdelleet, mutta myös siksi että tutkimusaineistot ovat yleensä koskeneet vain tiettyä hoito/hoitoja ja ne on kerätty vain yhden tai muutaman harvan klinikan potilailta (Potosky ym., 2004; Miller ym., 2005; Penson ym., 2008; Pardo ym., 2010). On olemassa vain yksi tämän työn kaltainen valtakunnallisesti edustavaan otokseen perustuva tutkimus, minkä kohteena olivat kaikkia eri hoitoja saaneet potilaat (Smith ym., 2009), siinä kuitenkin tutkittiin vain alle 70-vuotiaita potilaita; Suomessa sairastuneiden keski-ikä on 71 vuotta.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Potilaista 81–93 % kertoi hoidon vaikuttaneen haitallisesti seksielämäänsä, käytännössä siis yhdeksän kymmenestä eturauhassyövän aktiivihoidon läpikäyneestä miehestä joutuu kohtaamaan tämän alueen ongelmia. Potenssihäiriöitä raportoi hoidosta riippuen 70–92 %. Eri hoidot vaikuttivat seksielämään eri tavoin. Leikkaushoito vei tyypillisesti kyvyn, mutta hyvin harvoin halun, kun taas hormonihoidon vaikutus oli tyypillisesti kohdistunut sekä haluun että kykyyn. Myös sädehoidot vaikuttivat eniten seksuaaliseen kykyyn. Sekä kyvyn että halun menetys ennakoivat haittaavaa vaikutusta voimakkaammin kuin pelkän kyvyn menetys. On todennäköistä, että miehet ovat olleet tietoisia nykyisistä kyvyn palauttavista erektiolääkkeistä. On kuitenkin huomattava, että sekä kyvyn että halun menettäminen sädehoitojen jälkeen ja halun menettäminen braky-hoidon jälkeen ennakoivat myös suurempaa onnellisuutta. Tulkitsemme tämän niin, että halun menettämisen jälkeen seksielämällä ei enää välttämättä ollut elämän kokonaisuudessa niin suurta merkitystä.

Miehet olivat ennen hoitoja olleet hyvin erilaisessa tilanteessa seksuaalisesti: leikkauksella ja braky-hoidolla hoidetuista oli ollut seksielämää puolison kanssa ennen hoitoa useammalla kuin neljällä viidestä, mutta hormonihoidosta saaneista vain runsaalla 60 %:lla. Tämä johtui siitä että leikkaus- tai braky-hoidon saaneet olivat olleet nuorempia ja terveempiä kuin muut; kuitenkin juuri leikkaushoito tuotti eniten haittaa seksielämälle.

Tutkimme potilaiden seksielämän muuttumista tilanteesta ennen hoitoa tilanteeseen hoidon jälkeen tavalla, jota ei ole tietomme mukaan aiemmin tehty. Totesimme että 'seksielämä puolison kanssa' (ei/kyllä, potilaan

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

oman määritelmän mukaan) oli vähentynyt merkittävästi kaikkien hoitojen jälkeen (vähennystä 20–58 %) ja että yleisimpien hoitomuotojen, leikkauksen ja ulkoisen sädehoidon (joita sai yhteensä 75 % tutkituista) jälkeen sitä oli jäljellä enää hiukan runsaalla puolella hoidetuista. Braky-hoidon jälkeen seksielämää puolison kanssa oli kahdella kolmesta, mutta hormonihoidon jälkeen vain vajaalla 30 %:lla. Seksuaalinen aktiivisuus väheni vähiten sädehoidoissa, niissäkin kuitenkin 20–30 %.

Tutkituilla oli myös hyvin paljon virtsaoireita, mm. virtsankarkailua, ja ulkoisen sädehoidon saaneilla suolisto-oireita. On huomionarvoista että virtsaoireet eivät kuitenkaan vaikuttaneet seksielämälle koituneeseen haittaan, mutta sen sijaan suolisto-oireiden haittaavuus (niitä sai puolet ulkoisen sädehoidon läpikäyneistä) ja hormonihoidon aiheuttavat mielialahäiriöt vaikuttivat. Virtsankarkailu kylläkin ennakoivat psyykkisen hyvinvoinnin määrää, kuten myös suolisto-oireet. Täten tulostemme mukaan suolisto-oireilla on suurempi seksielämää haittaava vaikutus kuin virtsaoireilla ja hormonihoidon monista haitoista mielialaoireet ovat merkityksellisimpiä. Ulosteen karkaaminen seksin yhteydessä on luonnollisesti hyvin epämiellyttävä kokemus ja jos mieliala on matalalla, ei seksikään kiinnosta. Nykyiset sädehoitotekniikat aiheuttavat vähemmän suolisto-oireita kuin tutkimusaineistomme hoitojen aikaan käytetyt.

Toteutimme tutkimuksen takautuvana poikkileikkauksena ja pitkäaikaistutkimuksen eri ajankohtina toistetuilla kyselyillä olisi saatu tarkempaa tietoa haittojen ilmaantumisaikakohdasta, kestosta ja muutoksista. Viiden vuoden ajalta mieliin palautetuissa haittoja koskeneissa vastauksissa voi olla muistiharhan aiheuttamia

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

epätarkkuuksia. Toisaalta hoidon aiheuttamat epämiellyttävät ja pitkäaikaiset tai pysyvät haitat muistetaan hyvin, mutta toisaalta osa epämiellyttävistä kokemuksista on todennäköisesti ehtinyt unohtua kun tilanne on ajan myötä parantunut. Hoidosta aiheutuneita haittoja on voinut olla vielä enemmän kuin kyselyssä tuli ilmi. Hoitojen aiheuttamia haittoja ei myöskään pystytty vertailemaan samanikäisen muun miesväestön oireisiin.

Se, että kaikki eturauhassyövän aktiivihoidot aiheuttavat seksielämään kohdistuvia haittavaikutuksia ja näitä haittoja tulee suurelle – jopa suurimmalle – osalle kutakin hoitoa saaneista, tulee huomioida potilaiden hoidossa, neuvonnassa ja kuntoutuksessa. Valittaessa potilaalle sopivinta hoitovaihtoehtoa, tulee ottaa huomioon eri haitta-alueiden merkitys kullekin potilaalle yksilöllisesti. Tämä on entistä tärkeämpää, koska erityisesti paikallisena löydetyn eturauhassyövän ennuste yhä paranee, ja elinvuosia on paljonkin jäljellä; on tärkeää huomioida hoitojen koko jäljellä olevan eliniän kestävä vaikutus. Viime kädessä on kyse eturauhassyövän hoidon kokonaisvaltaisesta onnistumisesta jota eri haittojen merkityksen punnitseminen ja ymmärtäminen edesauttaa. Koska eturauhassyöpä on ikääntyvien miesten tauti, monen heistä seksielämä on loppunut jo ennen hoitoja muista syistä. Silloin syöpähoitojen haittavaikutukset seksielämälle jäävät vähäisemmäksi. Tästä kertoo esimerkiksi se, että iäkkäämmät hormonihoitoa saaneet potilaat raportoivat että hoito ei vaikuttanut seksielämään, vaikka antiandrogenihoito varmasti tällä alueella vaikuttikin. Haittojen merkityksen ymmärtämiseksi tulee ottaa huomioon kunkin potilaan kokonaiselämäntilanne, mukaan lukien seksuaalisuuden merkitys potilaalle.

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

Pienen paikallisena todetun eturauhassyövän seuraaminen (seuranta tietyin väliajoin, mm. verikokein ja lääkärin tutkimuksin) ilman aktiivihoidtoa on eturauhassyövän pätevä hoito eikä se aiheuta haittoja. Kaikki todetuista varhaisvaiheen kasvaimista eivät kehity myöhempää haittaa aiheuttaviksi tai aktiivihoidtoa vaativiksi syöviksi. Nykyään keskustellaankin vilkkaasti siitä mitkä eturauhassyöväät pitää hoitaa, ja milloin hoidosta on enemmän haittaa kuin hyötyä (Sankila, 2013; Carlsson ym., 2014). PSA-testauksella löydettyistä pienistä, piileviä syöväistä suurehko osa on sellaisia, joita ei olisi tarvinnut todeta eikä hoitaa. Käytettävissä ei kuitenkaan ole luotettavia keinoja erottaa hoitoa edellyttäviä, aggressiivisia kasvaimia pienistä ja vain lievästi pahanlaatuisista eturauhassyöväistä, joiden kehittymistä voitaisiin jäädä seuraamaan ilman aktiivista hoitoa (Pukkala ym., 2011; Sankila, 2013). Aivan hiljattain on esitetty seulonnan jatkotoimenpiteille katkaisukohtaa testattavan iän ja mitatun PSA-arvon mukaan: miehille, joiden PSA on 60-vuoden iässä alle 1 ng/mL, ei suositeltaisi seulontaa (Carlsson ym., 2014).

Yhtenevästi aikaisempien tutkimusten (Pukkala ym., 2011; Hervonen ja Virtanen, 2013; Bul ym., 2013; Ruutu ym., 2009; Taari ym., 2013; Sooriakumaran ym., 2014; Lehto, Helander ja Aromaa, 2010) tulosten kanssa totesimme että seksielämän haitat ja oireet olivat erittäin yleisiä ja että niistä kärsi lähes jokainen hoidettu. Tutkimuksessamme haittoja ja vaikutusta seksielämään raportoitiin jopa enemmän kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (ks. taulukko 1. aiemmassa julkaisussamme (Lehto, Tenhola ym., 2013). Laatomalla kyselyn yhdessä eturauhassyöpäpotilaiden kanssa saatoimme mitata haittoja monipuolisemmin kuin valmiilla kyselyillä.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Tämän takia tutkimuksemme tulokset eivät kuitenkaan ole suoraan vertailukelpoisia valmiilla kyselyinstrumenteilla saatujen tulosten kanssa.

On huomioitava, että eturauhassyövän hoitoja kehitetään koko ajan, joten nykyisten hoitojen (mm. robottivusteinen leikkaustekniikka, uudet sädehoitotekniikat) haittavaikutukset lienevät vähäisempiä kuin aineistossamme. Kuitenkin nykyisetkin hoidot aiheuttavat yhä merkittävässä määrin haittoja. Terveystieteiden tutkimuskeskityksen tulee tuntee eturauhassyövän hoitojen aiheuttamat lyhyt- ja pitkäaikaisen seuraukset. Koska hoitojen haitat vaarantavat potilaiden seksielämän, ne on otettava huomioon ja niiden merkitys kullekin potilaalle on punnittava jo valittaessa hoitomuotoa. Tuloksemme tukevat myös eturauhassyövän kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen kehittämisen tärkeyttä.

Kiitokset

Kiitämme Eturauhassyöpäpotilaiden tuki ry:tä (ERSY), jonka kuntoutushankkeen osana tämä tutkimus suoritettiin sekä Raha-automaattiyhdistystä, joka rahoitti po. hankkeen. Kiitämme Suomen Syöpäjärjestöjä tulosten raportointiin myönnetystä apurahasta. Kiitämme myös proviisori Heli Tenholaa, joka suoritti suuren osan tilastollisista analyyseista sekä ThT Leena Kuivalaista, joka oli aktiivisesti mukana kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa.

Kirjallisuus

Budäus, L., Bolla, M., Bossi, A., Cozzarini, C., Crook, J., Widmark, A. ja Wiegel, T. (2012). Functional outcomes and complications following

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

radiation therapy for prostate cancer: a critical analysis of the literature. *European Urology*, 61(1), 112-127.

Bul, M., Zhu, X., Valdagni, R., Pickles, T., Kakehi, Y., Rannikko, A., Bjartell, A., van der Schoot, D. K., Cornel, E. B., Conti, G. N., Boeve, E. R., Staerman, F., Vis-Maters, J. J., Vergunst, H., Jaspars, J. J., Strolin, P., van Muilekom, E., Schroder, F. H., Bangma, C. H. ja Roobol, M. J. (2013). Active surveillance for low-risk prostate cancer worldwide: the PRIAS study. *European Urology*, 63(4), 597-603.

Carlsson, S., Assel, M., Sjöberg, D., Ulmert, D., Hugosson, J., Lilja, H. ja Vickers, A. (2014). Influence of blood prostate specific antigen levels at age 60 on benefits and harms of prostate cancer screening: population based cohort study. *BMJ*, 348.

Damber, J ja Aus, G (2008). Prostate cancer. *Lancet*, 371, 1710-1721.

deHaes, J., van Knippenberg, F. ja Neijt, J. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal of Cancer*, 62(6), 1034-1038.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. ja Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

Dolbeaut, S., Szporn, A. ja Holland, J. C. (1999). Psycho-oncology: Where have we been? Where are we going? *European Journal of Cancer*, 35(11), 1554-1558.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Hervonen, H. ja Virtanen, I. (2013). Miehen sukupuolielinten rakenne. Teoksessa Taari, K., Aaltomaa, S., Nurmi, M., Parpala, T. ja Tammela, T. (toim.) *Urologia* (s. 30-38). Saarijärvi: Duodecim.

Hoffman, R., Hunt, W., Gilliland, F., Stephenson, R. ja Potosky, A. (2003). Patient satisfaction with treatment decisions for clinically localized prostate carcinoma. Results from the Prostate Cancer Outcomes Study. *Cancer*, 97(7), 1653-1662.

Isola, J. ja Kallioniemi, A. (2013). Syövän synty, kasvu ja leviäminen. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L. ym. (toim.) *Syöpätaudit*, 5. painos. Helsinki: Duodecim.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Joensuu, T. ja Ruutu, M. (2007). Eturauhasen syöpä. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. ja Tenhunen, M. (toim.) *Syöpätaudit* (s. 434-450). Jyväskylä: Duodecim.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Joensuu, T. ja Tammela, T. (2013). Paikallisen syövän hoito: Eturauhassyöpä. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L., ym. (toim.) *Syöpätaudit*, 5. painos. Helsinki: Duodecim.

Lehto, U.-S., Helander, S. ja Aromaa, A. (2010). Eturauhassyöpään sairastunut tarvitsee tietoa ja tukea. Valtakunnallinen tutkimus hoidosta ja potilaiden kokemuksista. [Experiences of men diagnosed with prostate cancer in Finland in 2004; with English Abstract]. *Suomen Lääkärilehti*, 65, 3961-3968.

Lehto, U.-S., Helander, S., Taari, K. ja Aromaa, A. (2014). Patient experiences at diagnosis and choice of treatment, and psychological well-

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSIELÄMÄLLE

being in prostate cancer: A Finnish nationwide survey. *European Journal of Oncology Nursing*, painossa.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.018>

Lehto, U.-S. ja Kuivalainen, L. (2007). Tieto syöpädiagnoosista pitää kertoa henkilökohtaisesti vastaanotolla. *Suomen Lääkärilehti*, 62(49-50), 4644-4645.

Lehto, U.-S., Tenhola, H., Taari, K. ja Aromaa, A. (2013). Eturauhassyövän hoitojen haitat ja potilaiden tyytyväisyys. *Suomen Lääkärilehti*, 46, 2997-3005.

Lehto, U.-S., Tenhola, H., Taari, K. ja Aromaa, A. (2014). Negative effects after different prostate cancer treatment and the patients' well-being: A nationwide survey. Valmisteilla.

Miller, D., Sanda, M., Dunn, R., Montie, J., Pimentel, H., Sandler, H., McLaughlin, W. ja Wei, J. (2005). Long-term outcomes among localized prostate cancer survivors: Health-related quality-of-life changes after radical prostatectomy, external radiation, and brachytherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 23(12), 2772-2780.

Pardo, Y., Guedea, F., Aguiló, F., Fernández, P., Macias, V., Mariño, A., Hervás, A., Herruzo, I., Ortiz, M. J., Ponce de León, J., Craven-Bratle, J., Suárez, J. F., Boladeras, A., Pont, A., Ayala, A., Sancho, G., Martinez, E., Alonso, J. ja Ferrer, M. (2010). Quality-of-life impact of primary treatments for localized prostate cancer in patients without hormonal treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 28(31), 4687-4696.

Penson, D., McLerran, D., Feng, Z., Li, L., Albertsen, P., Gilliland, F., Hamilton, A., Hoffman, R., Stephenson, R., Potosky, A. ja Stanford, J.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

(2008). 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the prostate cancer outcomes study. *The Journal of Urology*, 179(5 Suppl), S40-S44.

Penson, D., Rossignol, M., Sartor, A., Scardino, P. ja Abelhaim, L. (2008). Prostate cancer: Epidemiology and health related quality of life. *Urology*, 72(Supplement 6A), 3-11.

Potosky, A. L., Davis, W. W., Hoffman, R. M., Stanford, J. L., Stephenson, R. A., Penson, D. F. ja Harlan, L. C. (2004). Five-year outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: The Prostate Cancer Outcomes Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(18), 1358-1367.

Pukkala, E., Sankila, R. ja Rautalahti, M. (2011). *Syöpä Suomessa 201*, 13. uudistettu painos. Helsinki: Suomen Syöpäjärjestöt.

Rosen, R., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I., Kirkpatrick, J. ja Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.

Roth, A., Weinberger, M. ja Nelson, C. (2008). Prostate cancer: Quality of life, psychosocial implications and treatment choices. *Future Oncology*, 4(4), 561-568.

Ruutu, M., Rannikko, A., Malmi, H., Vasarainen, H. ja Mikkola, A. (2009). Hyväennusteisen paikallisen eturauhassyövän hoidosta voi olla enemmän haittaa kuin hyötyä. *Duodecim*, 125(14), 1516-1523.

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSIELÄMÄLLE

Sankila, R. (2013). Eturauhasen syövän yleisyys ja vaaratekijät. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L. ym. (toim.) *Syöpätaudit*, 5. painos. Helsinki: Duodecim.

Schröder, F. H., Hugosson, J., Roobol, M. J., Tammela, T. L., Ciatto, S., Nelen, V., Kwiatkowski, M., Lujan, M., Lilja, H., Zappa, M., Denis, L. J., Recker, F., Berenguer, A., Maattanen, L., Bangma, C. H., Aus, G., Villers, A., Rebillard, X., van der Kwast, T., Blijenberg, B. G., Moss, S. M., de Koning, H. J. ja Auvinen, A. (2009). Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *New England Journal of Medicine*, 360(13), 1320-1328.

Schröder, F., Hugosson, J., Roobol, M. ym. (2012). Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *New England Journal of Medicine*, 366, 981-990.

Smith, D. P., King, M. T., Egger, S., Berry, M. P., Stricker, P. D., Cozzi, P., Ward, J., O'Connell, D. L. ja Armstrong, B. K. (2009). Quality of life three years after diagnosis of localised prostate cancer: population based cohort study. *BMJ*, 339, b4817.

Sooriakumaran, P., Nyberg, T., Akre, O., Haendler, L., Heus, I., Olsson, M., Carlsson, S., Roobol, M. J., Steineck, G. ja Wiklund, P. (2014). Comparative effectiveness of radical prostatectomy and radiotherapy in prostate cancer: observational study of mortality outcomes. *BMJ*, 348.

Taari, K., Aaltomaa, A., Nurmi, M., Parpala, T. ja Tammela, T. (2013). *Urologia*. Saarijärvi: Duodecim.