



## SATTUMALTA TODETTU LISÄMUNUAISKASVAIN

**Vatsan alueen kuvantamistutkimuksessa (ultraäänitutkimus, tietokonetutkimus, magneettitutkimus) todetaan usein sattumalta sivulöydöksenä lisämunuaiskasvain (insidentalooma). Jatkotutkimuksissa selvitetään, tuottaako tämä sattumalta todettu lisämunuaiskasvain liikaa jotain hormonia ja onko kasvain hyvän- vai pahanlaatuinen. Pienet, alle 4 cm läpimittaiset kasvaimet ovat käytännössä aina hyvänlaatuisia. Tähystyskirurgiseen leikkaukseen ohjataan potilaat, joiden kasvain tuottaa liikaa jotain hormonia tai joiden kasvain on läpimitallaan enemmän kuin 4 cm tai jos se kasvaa seurannassa. Muilla lisämunuaiset kuvataan kerran tai kaksi tietokonetutkimuksella ja varmistetaan ettei muutos tuota ylimäärin kortisolia. Jos löydökset pysyvät muuttumattomina, seuranta lopetetaan.**

Vatsan alueen kuvantaminen on viime vuosina huomattavasti tarkentunut ja tutkimuksia tehdään runsaasti. Vatsan aluetta voidaan tutkia ultraäänellä, tietokonekerroskuvauksen (= tietokonetutkimus) tai magneettitutkimuksen avulla. Samalla kun ko. tutkimukset auttavat suuresti monien sairauksien toteamista, ne usein paljastavat oireettomia sattumalöydöksiä, jotka vaativat lisätutkimuksia. Eräs tällainen löydös on sattumalta todettu lisämunuaiskasvain.

### Lisämunuaiset

Lisämunuaiset ovat parilliset, pienet, kolmiomaiset rauhaset, jotka sijaitsevat munuaisten yläpuolella. Ne painavat normaalisti 4-5 grammaa. Lisämunuaiset tuottavat useita ns. hormoneja, jotka säätelevät elimistömme toimintoja ja aineenvaihduntaa. Näitä hormoneita ovat kortisoli, suolahormoni eli aldosteroni sekä adrenaliini ja noradrenaliini.

### Mitä sattumalta todetut lisämunuaiskasvaimet (= insidentaloomat) ovat?

Useimmat kasvaimet ovat viattomia hyvänlaatuisia rauhaskasvaimia eli ns. adenoomia. Joskus harvoin kyseessä voi olla ns. feokromosytooma (kts potilasohje Feokromosytooma) tai pahanlaatuinen muutos. Kasvaimen koko ja tiheys selviävät yleensä hyvin ilman varjoainetta tehdyssä tietokonetutkimuksessa. Tiheysarvo antaa arvokasta lisätietoa kasvaintyyppistä. Kasvaimet voivat tuottaa edellä mainittuja hormoneita tai olla toimimattomia.

### Miten kasvainpotilasta tutkitaan?

Vaikka vatsan alueen kuvaus on tehty lisämunuaisiin liittymättömistä oreista (useimmiten vatsakipu), potilas voi kertoa lisämunuaisairauihin sopivista oireista tai hänellä todetaan näihin sairauksiin sopivia löydöksiä. Kaikki yllä mainitut hormonit liiallisissa määrissä kohottavat verenpainetta.

Kortisolin ylimäärään liittyy painonnousu, rasvakudoksen keskittyminen keskivartalolle ja lihasten surkastuminen ja niiden voiman vähentyminen. Potilaan kasvot käyvät pyöreiksi ja punakoiksi. Iholle ilmaantuu mustelmia. Verensokeri voi nousta ja luun kunto heiketä. Masennusta voi esiintyä. Suolahormoni eli aldosteroni (kts potilasohje Primäärinen hyperaldosteronismi) kerää munuaisissa elimistöön natriumsuolaa ja sen mukana vettä, minkä seurauksena verenpaine nousee. Samalla munuaisten kautta hukataan elimistöstä pois kaliumia. Kaliuminpuutoksen tärkein oire on lihasheikkous. Adrenaliinin ja noradrenaliinin liikaeritys (kts potilasohje Feokromosytooma) aiheuttaa verenpaineen nousua ja usein kohtauksellisia oireita, joihin kuuluvat päänsärky, sydämen tykytys ja hikoilu.

Potilaan tutkimuksessa on kaksi keskeistä kysymystä. Toinen on kysymys siitä, tuottaako kasvain liikaa jotain hormonia. Kortisolin tuotannon tutkimiseksi tehdään yleensä ns. deksametasonikoe (1 tai 1.5 mg), jossa potilaalle annetaan illalla klo 23 deksametasonia tablettimuodossa ja seuraavana aamuna otetaan verinäyte kortisolin tutkimiseksi. Mikäli kortisolin tuotanto on normaali, tämä suun kautta nautittu kortisonivalmiste pudottaa kortisolitason tietyn raja-arvon alapuolelle. E-pillerit, vaihdevuosien hormonikorvaushoito ja epilepsialääkkeet tekevät kokeesta epäluotettavan ja silloin korvaavana tutkimuksena määritetään kortisoli vuorokausivirtsanäytteestä. Verestä mitataan natrium- ja kaliumsuolojen pitoisuudet ja verenpainetta sairastavalta suolahormonin eli aldosteronin sekä reniinin pitoisuudet. Adrenaliini- ja noradrenaliinierityksen tutkimiseksi kerätään erillisen ohjeen mukaan vuorokausivirtsanäyte.

Lisäksi selvitetään onko kasvain hyvän- vai pahanlaatuisen. Tärkeimmät vastaukset tähän antavat kasvaimen koko sekä tiheys tietokonetutkimuksella arvioituna. Pienet, alle 4 cm läpimittaiset kasvaimet ovat käy-

tännössä aina hyvänlaatuisia. Suuremmissa pahanlaatuisuuden vaara kasvaa. Seurannassa hyvänlaatuiset kasvaimet eivät kasva. Hyvänlaatuisessa adenoomassa kasvaimen tiheys on tyypillisesti matala (< 10 HU, ilman varjo-ainetta tehdyssä tietokonekuvauksessa). Feokromosytoomassa ja pahanlaatuisessa muutoksessa tiheysarvo on selvästi suurempi. Kasvaimesta ei yleensä oteta neulanäytettä tutkimuksen epäluotettavuuden vuoksi.

### **Miten sattumalta todettuja lisämunuaiskasvaimia hoidetaan?**

Vaihtoehdot ovat leikkaus ja seuranta. Leikkaukseen ohjataan potilaat, joilla kasvain kemiallisten tutkimusten perusteella tuottaa liikaa jotain hormonia. Pahanlaatuisuuden poissulkemiseksi leikkaukseen ohjataan potilaat, joilla kasvaimen koko on > 4 cm tai joilla kasvain seurannassa kasvaa. Mikäli jäädään seurantalinjalle, lisämunuaiset kuvataan tietokonetomografialla kerran tai kaksi. Usein tarkistetaan myös 1 mg deksametasonikoe. Mikäli kasvaimen koko ei seurannassa muutu, ja kortisolin tuotanto pysyy normaalina, seuranta lopetetaan.

### **Miten lisämunaisleikkaus suoritetaan?**

Leikkaus tehdään nukutuksessa. Lisämunuaiskasvaimet poistetaan lähes aina täyhystysleikkauksessa. Vatsaontelo täytetään hiilidioksidilla hyvän näkyvyyden takaamiseksi ja instrumentit viedään vatsanpeitteiden läpi pienistä ihoviilloista. Tarvittaessa leikkaus voidaan muuttaa avoimeksi leikkaukseksi, jos toimenpiteen aikana tulee verenvuotoa tai jos potilaan anatomia on epäedullinen täyhystysleikkaukselle. Suuret lisämunuaiskasvaimet poistetaan usein avoleikkauksella. Leikkauksiin suunnitellaan tapauskohtaisesti. Leikkauksessa poistetaan kasvain ja samanpuoleinen lisämunuaainen. Leikkauksen

jälkeisenä päivänä voi syödä tavallista ruokaa. Suihkussa voi käydä heti, mutta uimista ja kylpyä on syytä välttää viikon ajan. Sairausloman aikana on syytä välttää ponnistelua vaativia askareita, mutta kävely ja kevyt liikkuminen on suotavaa.

Tähystysleikkauksen jälkeen kotiutus on toisena tai kolmantena leikkauksen jälkeisenä

päivänä ja avoleikkauksen jälkeen n. viikko leikkauksesta. Tähestysleikkauksessa käytettäviä sulavia ompeleita ei tarvitse poistaa, avoleikkauksen jälkeen ompeleet poistetaan terveyskeskuksessa 7-10 vrk leikkauksesta. Haavan hoito neuvotaan osastolla ennen kotiin lähtemistä. Sairausloma tähystysleikkauksen jälkeen on 2-4 viikkoa ja avoleikkauksen jälkeen n. 4 viikkoa.