

Diagnostiikan ja hoidon organisointiin tarvitaan voimavaroja

Pään ja kaulan syöpien hoitoviiveeseen on puututtava nyt

Syöpäkasvain kasvaa ja lähettää mahdollisesti etäpesäkkeitä aina siihen asti, kunnes parantavaksi aiottu hoito alkaa. Esimerkiksi pään ja kaulan alueen syöpien osalta tanskalaisessa tutkimuksessa primaarikasvaimen tai kaulan suurimman etäpesäkkeen tilavuus kasvoi 28 päivässä keskimäärin 38 % (1). Vastaavasti alankomaalaisessa tutkimuksessa keskimäärin 56 päivän odotusaikana kasvaimen tilavuus lisääntyi keskimäärin 70 % (2).

Monet kokeelliset, kliiniset ja epidemiologiset tutkimukset osoittavat, että laajalle levinneen pään ja kaulan alueen syöpäkasvaimen ennuste on huonompi kuin varhaisvaiheessa hoidetun. Sillä, miten nopeasti hoito taudin alussa aloitetaan, on siis merkitystä. Diagnostinen viive on kohtalaisen merkittävä pään ja kaulan alueen syöpäpotilaiden kuolleisuuteen vaikuttava tekijä (3, 4). Se koostuu sekä potilaan itsensä (potilasviive) että terveydenhuollon (ammattillinen viive) kuluttamasta ajasta ennen hoidon suunnittelua. Tämän lisäksi hoidon aloittamista edeltää niin kutsuttu hoitoviive, joka tarkoittaa aikaa syöpäpäilylähetteen saapumisen ja hoidon aloituksen välillä erikoissairaanhoidon yksikössä. Tämän ajanjakson on havaittu vaihtelevan niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin.

Systemaattisen kirjallisuusanalyysin mukaan leikkauksenjälkeisen sädehoidon viivästyminen lisää paikallisen uusiutumisen riskiä 6,3 % kuukautta kohden ja definiitiivisen sädehoidon viivästyminen 3,7 % kuukautta kohden (5). Vaikka edellä mainitun riskin lisääntyminen ei ehkä yksittäisen potilaan osalta vaikuta huolestuttavan suurelta, voi viiveen kokonaisvaikutusta kuitenkin pitää merkittävänä kyseisen hoitavan yksikön kaikkiin pään ja kaulan alueen syöpäpotilaisiin kohdistuvana tekijänä: kyse on hoito-ohjelman laatua kuvaavasta

asiasta. Laajassa takautuvassa alankomaalaiseen pään ja kaulan alueen syöpäpotilasaineistoon perustuvassa tutkimuksessa päädyttiin siihen tulokseen, ettei alle 90 päivän hoitoviive heikennä potilaiden eloonjäämisennustetta (6). Tulos voi tuntua huojentavalta, mutta suuremman kasvaimen hoitoon voi olettaa liittyvän enemmän sairastuvuutta. Lisäksi viive aiheuttaa potilaille ja heidän omaisilleen joka tapauksessa ylimääräistä huolta.

Suomessa syövänhoidon viiveisiin on äskettäin kiinnitetty huomiota. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän raportissa määriteltiin vuonna 2010 syövän diagnosointia ja hoidon aloitusta koskevat enimmäisajat seuraavasti: ”Syöpäpäilyn vuoksi laaditun lähetteen saapumisesta ensimmäiseen hoitoon (leikkaus, lääke- tai sädehoito) saa kulua enintään 6 viikkoa. Eräät erittäin kiireellistä hoitoa edellyttävät syövät on kuitenkin hoidettava niin, että hoito alkaa muutamassa päivässä tai korkeintaan 2–3 viikossa diagnoosista. Näitä syöpiä ovat akuutti leukemia, aggressiivinen imukudossyöpä, glioblastooma, pään- ja kaulan alueen syövät ja monet lasten syövät” (7). Lisäksi suositeltiin, että ”radiologin kuvantamistutkimuksesta antama lausunto pitää olla käytettävissä viikon (eli viiden arkipäivän) kuluessa. Kudoksenäyte on otettava viikon kuluessa tutkimuspyynnön saapumisesta ja patologin näytteestä antamaan lausuntoon saa samaten kulua enintään viikko silloin kuin erityistutkimuksia ei tarvita” (7).

Mietinnössä todettiin myös, että ”em. aikarajojen toteutuminen arvioidaan kahden vuoden kuluttua (2013) ja harkitaan säädöstarpeita.” Tätä viimeksi mainittua arviointia ennakoiden kansallinen Pään ja kaulan alueen onkologiatyöryhmä teki vuonna 2012 selvityksen kaikkien maamme viiden yliopistosai-

TAULUKKO. Ehdotuksia toimenpiteiksi viiveaikojen lyhentämiseksi.

Lähetelähteitä koskevan ohjeistuksen ja konsultaatiosuhteiden kehittäminen avoterveydenhuollon kanssa syöpäpäälytystapausten ohjaamiseksi viivytyksettä erikoissairaanhoidon

Uusien läheteiden viiveetön käsittely vastaanottavassa keskuksessa

Potilaan ensimmäisen polikliinisen arvion järjestäminen mahdollisimman pian

Sytologisten ja kudoksetyönteiden käsittely- ja vastausaikojen lyhentäminen

Kuvantamistutkimusten järjestäminen entistä nopeammin

Voimavarojen lisääminen lisääntyvän potilasmäärän asianmukaiseen viiveettömään tutkimus- ja hoitajärjestelyyn kunkin yliopistosairaalan tilanteen edellyttämällä tavalla

raalan pään ja kaulan syöpäpotilaiden hoitoviiveistä kahden kuukauden osalta. Kyseisen ajanjakson aikana näissä keskuksissa suunniteltiin yhteensä 134 uuden syöpäpotilaan hoito. Vain harvojen yksittäisten potilaiden kohdalla hoito toteutui ministeriön asettaman työryhmän suosittelemissa aikarajoissa. Leikkausviiveen osalta viiden sairaalan mediaaniajat vaihtelivat 24–58 vuorokauden välillä ja sädehoitoviiveen osalta 38–77 vuorokauden välillä. Yksittäisten potilaiden eri syistä aiheutuneet erittäin pitkät viiveajat vääristävät näitä tuloksia, ja lukuja onkin pidettävä vain viitteellisinä. Työryhmämme päätyi kuitenkin listaamaan eräitä keskeisiä asioita, joihin voidaan kiinnittää aiempaa enemmän huomiota viiveaikojen lyhentämiseksi (**TAULUKKO**).

Pään ja kaulan alueen syövät lisääntyvät, väestömäärä suurenee ja eliniän ennuste lisääntyy, joten hoidettavien potilaiden määräkin lisääntyy koko ajan. Suomen Syöpärekisterin ennusteen mukaan tämän alueen syövät lisääntyvät Suomessa noin viidenneksen kymmenen seuraavan vuoden aikana (Kari Sepä, henkilökohtainen tiedonanto 15.5.2014). Hoitaviin keskuksiin kohdistuukin sen takia tulevaisuudessa lisääntyvä paine selviytyä tehtävästään. Suomessa samoin kuin muissa Pohjoismaissa tämän alueen syövänhoito on keskitetty yliopistosairaaloihin, joissa on laajin hoitokokemus ja valmius moniammatilliseen hoitoon. Hoidon järjestämisen uudelleenor-

ganisoinnilla voidaan vain osittain lyhentää viivettä. Keskimääräinen hoitoviive tulee todennäköisesti pidentymään, ellei voimavaroja pystytä vastaavasti lisäämään. Esimerkiksi Tanskassa on valtiovoimien myöntämien lisäresurssien avulla viime vuosina päästy pään ja kaulan alueen syöpien hoitoviiveessä 21 vuorokauden aikarajaan. Terveystieteiden tutkimuskeskukseemme tarvitaan nyt päätöksiä, joiden avulla viiveen vaikutukset pysyvät hallinnassa. Näin pidetään myös tulevaisuudessa yllä maamme syövänhoidon kansainvälisesti vertailtunakin hyviä tuloksia. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Jensen AR, Nellesmann HM, Overgaard J. Tumor progression in waiting time for radiotherapy in head and neck cancer. *Radiother Oncol* 2007;84:5–10.
2. Waaijer A, Terhaard CH, Dehnad H, ym. Waiting times for radiotherapy: consequences of volume increase for the TCP in oropharyngeal carcinoma. *Radiother Oncol* 2003;66:271–6.
3. Seoane J, Takkouche B, Varela-Centelles P, Tomás I, Seoane-Romero JM. Impact of delay in diagnosis on survival to head and neck carcinomas: a systematic review with meta-analysis. *Clin Otolaryngol* 2012;37:99–106.
4. Stefanuto P, Doucet JC, Robertson C. Delays in treatment of oral cancer: a review of the current literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2014;117:424–9.
5. Chen Z, King W, Pearcey R, Kerba M, Mackillop WJ. The relationship between waiting time for radiotherapy and clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Radiother Oncol* 2008;87:3–16.
6. van Harten MC, de Ridder M, Hamming-Vriete O, Smeele LE, Balm AJ, van den Brekel MW. The association of treatment delay and prognosis in head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) patients in a Dutch comprehensive cancer center. *Oral Oncol* 2014;50:282–90.
7. Sosiaali- ja terveysministeriö. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6.



ANTTI MÄKITIE, professori, osastonylilääkäri
HYKS ja Helsingin yliopisto, korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka



REIDAR GRÉNMAN, professori, ylilääkäri
TYKS ja Turun yliopisto, korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka

SIDONNAISUUDET

Antti Mäkitie: Asiantuntijapalkkio (Sanofi-Aventis Oy, Atos Medical AB, Merck Oy)

Reidar Grénman: Ei sidonnaisuuksia