

Janne Pitkäniemi ja Nea Malila

Kansallisen suolistosyövän seulontaohjelman vaikuttavuus 2004–2012

## Miten suolistosyövän seulonta toteutuu Suomessa?

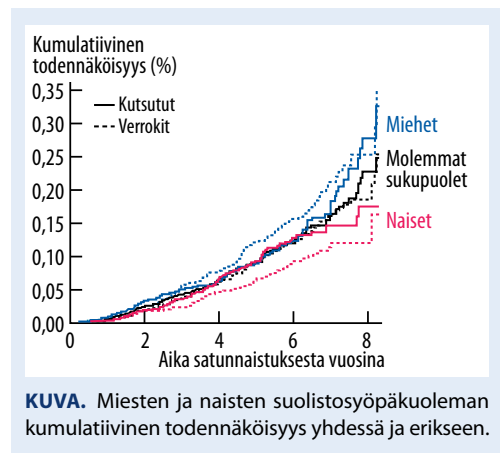
Syöpäsairauksien väestöseulonnat ovat Suomessa olleet sairauksien ehkäisyntutkimuksessa jo 1960-luvulla aloitetun kohdunkaulasyövän ja 1980-luvun lopussa aloitetun rintasyöpäseulonnan myötä. Suolistosyövän seulonta ulosteen veritestillä täyttää syövän väestöseulonnan aloittamisen kriteerit: sairaus on riittävän yleinen (runsas 3 000 uutta tapusta vuosittain), testi on todettu vaikuttavaksi seulontamenetelmäksi, se on halpa ja väestötasolla toteutettavissa eikä aiheuta seulottaville fyysistä haittaa (1). Aikaisempien ulkomaisten satunnaistettujen seulontatutkimusten perusteella ulosteen veritestiin perustuvan seulonnan arvioidaan pienentävän suolistosyöpäkuolleisuutta noin 15 % (2).

Suomessa päädyttiin selvittämään väestölähtöisen kansallisen suolistosyöpäseulonnan vaikuttavuutta väestössä osana terveydenhuollon normaalia toimintaa (3). Hyvää tieteellistä tutkimustapaa noudattaen käynnistettiin vuonna 2004 väestölähtöinen seulontaohjelma tutkimusasetelmassa. Tavoitteena oli arvioida organisoidun syöpäseulonnan vaikuttavuus kohdeväestössä eli 60–69-vuotiailla henkilöillä. Harhattoman vaikuttavuusarvioinnin takaamiseksi asetelma oli tieteellinen, eli väestö satunnaistettiin seulottaviin ja verrokkeihin. Seulonnan vaikuttavuutta mitattiin suolistosyöpäkuolleisuuden avulla. Seulontaohjelman käynnistyksen oli kunnille vapaaehtoista.

Vuoden 2012 loppuun mennessä ohjelmaan osallistuvissa kunnissa oli satunnaistettu runsas 360 000 henkilöä, joista noin 180 000 seulottavien ryhmään ja saman verran verrokkiryhmään. Näin katettiin runsas 40 % kohdeväestöstä. Seulontaryhmään kuuluvat saivat postitse kutsun mukana ulosteen veritestikortit

kahden vuoden välein aina 69-vuotiaaksi asti (enintään viisi kertaa). Verrokkiryhmään kuuluvat eivät saaneet kutsukirjeitä.

Sosiaali- ja terveysministeriön seulontatyöryhmän päätösten mukaisesti seulontaohjelmaa jatkettiin satunnaistetusti vuoden 2014 loppuun, jonka jälkeen toiminnan vaikuttavuus arvioitiin ensimmäistä kertaa. Vuoden 2012 loppuun mennessä saadut kutsuttavien ja verrokkien seurantatiedot (syöpäilmaantuvuus ja -kuolleisuus) olivat käytettävissä vaikuttavuusarvioon. Seulontaryhmän ja verrokkiryhmän suolistosyöpäilmaantuvuuden riskisuhde oli 1,11 (95 %:n luottamusväli 1,01–1,23) ja kuolleisuuden 1,04 (95 %:n luottamusväli 0,84–1,28). Siten seulontaryhmässä suolistosyövän aiheuttama kuolleisuus oli 4 % suurempi kuin verrokkiryhmässä, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Miesten ja naisten kuolleisuudessa oli eroa: seulonta pienensi miesten (12 %) ja suurensi naisten suolistosyöpäkuolleisuutta (33 %), mutta tämäkin ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää (4).



**KUVA.** Miesten ja naisten suolistosyöpäkuoleman kumulatiivinen todennäköisyys yhdessä ja erikseen.

Miesten ja naisten kuolleisuudessa havaittu ero on huolestuttava. Saamamme tuloksen perusteella suosittelemme seulonnan järjestäneille kunnille, ettei uusia henkilöitä enää satunnaistettaisi seulontaan, mutta aiemmin mukaan satunnaistettujen henkilöiden seulontaa jatkettaisiin. Jo satunnaistettujen osalta seulonta jatkuikin ennallaan vuoden 2015 aikana, mutta vuoden 2016 aikana jatketaan vain kerran kutsuttujen seulontaa. Tähän tilanteeseen ajauduttiin, kun toiminta on kunnille vapaaehtoista, taloustilanne on hankala eikä selkeää vastausta seulonnan hyödystä ole voitu vielä todentaa.

Merkittävimmät erot aikaisempiin tutkimustuloksiin verrattuna voivat johtua myös muista eroista suolistosyöpöpotilaiden diagnostiikassa ja hoidossa. Tilanne seulontakokeiden aikaan 1980- ja 1990-luvulla oli erilainen kuin 2000-luvun puolivälissä, ja potilaiden elossaolo-osuudet olivat silloin nykyistä paljon pienemmät (5). Suomessa suolistosyövän suhteelliset elossaolo-osuudet ovat suurentuneet 1980-luvun 44 %:sta jo lähes 60 %:iin 2000-luvun alkuun mennessä (6). Lisäksi on huomioitava, että seulonnan käynnistäminen suomalaisissa kunnissa paransi myös verrokki-ryhmän primaaridiagnostiikkaa, kun tietoisuus suolistosyövästä parani ja diagnostinen kapasiteetti varmistettiin.

Tavoitteenamme on turvata luotettavan vastauksen saaminen seulonnan hyötyjen ja haittojen tasapainosta jatkamalla jo kerran kutsuttujen seulontaa, koska keskimääräinen seuranta-aika jäi nykyisessä vaikuttavuusarviossa varsin lyhyeksi (4,5 vuotta). Nykyisten tietojen perusteella ei ole vielä mahdollista päättää seulonnan jatkamisesta tai lopettamisesta. On tärkeää seurata seulontaan kutsuttua ja verrokkiväestöä ainakin muutaman vuoden ajan varsinaisen jatkopäätöksen tekemiseksi, oli se sitten testin muutos, seulonnan uudelleen organisointi tai seulonnasta luopuminen.

On ensiarvoisen tärkeää, että Suomessa arvioidaan jatkossakin tieteellisesti luotettavien tutkimusten avulla mahdollisten uusien seulontatiestien tai -ohjelmien vaikuttavuutta ennen niiden laajamittaista käynnistämistä. Tieteelli-

sen arvioinnin taloudelliset resurssit on turvattava, ja terveydenhuollon toimintaympäristön tulee voida tukea uusien menetelmien ja ohjelmien harhatonta arviointia.

Syövän kehittyminen on yleensä hidas, jopa kymmenien vuosien biologinen prosessi, joten luotettavan tiedon saaminen vie aikaa. Tutkituun tietoon perustuva päätöksenteko vaatii tällaisessa tilanteessa pitkäjänteisyyttä, joka tuntuu kadonneen yhä lyhytjänteisemmässä päätöksentekoprosessissa. Etenevien tutkimusten myötä saatavaa tietoa on mahdotonta korvata muilla menetelmillä, ja vastuullisten päättäjien tulisi turvata pitkäjänteisten aikaa vaativien tutkimusten edellytykset Suomessa. ■



**JANNE PITKÄNIEMI, FT, dosentti, tilastojohtaja**

Suomen Syöpärekisteri, Suomen Syöpäyhdistys ry, Helsinki  
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen ja matemaattis-luonnontieteellinen tiedekunta



**NEA MALILA, LT, professori, johtaja**

Suomen Syöpärekisteri, Suomen Syöpäyhdistys ry, Helsinki  
Tampereen yliopisto, terveystieteen yksikkö

#### SIDONNAISUUDET

**Janne Pitkäniemi:** Ei sidonnaisuuksia

**Nea Malila:** Luentopalkkio (Erikoislääkäriyhdistykset, sairaanhoitopiirit yms.), lisenssitulo tai tekijänpalkkio (Kustannus Oy Duodecim), osakeomistus (Orion)

#### KIRJALLISUUTTA

1. Hakama M, Malila N. Millainen on hyvä seulonta? Duodecim 2008; 124:2193–9.
2. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. Cochrane Database Syst Rev 2007;CD001216.
3. Malila N, Anttila A, Hakama M. Colorectal cancer screening in Finland: details of the national screening programme implemented in Autumn 2004. J Med Screen 2005;12:28–32.
4. Pitkäniemi J, Seppä K, Hakama M, ym. Effectiveness of screening for colorectal cancer with a faecal occult-blood test, in Finland. BMJ Open Gastroenterol 2015;2:e000034.
5. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, ym. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). Lancet Oncol 2008;9:730–56.
6. Engholm G, Ferlay J, Christensen N, ym. NORDCAN: cancer incidence, mortality, prevalence and survival in the Nordic countries. Version 7.2 (16.12.2015). Association of the Nordic Cancer Registries, Danish Cancer Society 2015. <http://www.anrcr.nu>.