

Jukka-Pekka Mecklin ja Seija Grénman

## Suolistosyöpä tienavaajana ehkäisevälle syöpäseulonalle

**K**olorektaalisyöpä yleistyy Suomessa. Vuosittain todettujen uusien tapausten määrä on viisinkertaistunut 50 vuoden aikana. Tehokkaan seulontamenetelmän löytäminen olisi tärkeää. Kolonoskopia vaikuttaa nykytiedon valossa lupaavalta vaihtoehdolta, koska syövän varhaistoteamisen lisäksi tähytyksessä voidaan myös poistaa hitaasti kasvavat hyvänlaatuiset syövän esiasteet, adenoomat (Mecklin ym. tässä teemanumerossa).

Väestöseulontaan on tarjolla kolme toisistaan poikkeavaa menetelmää: ulosteen piilevän veren tunnistaminen, ulosteen DNA-tutkimukset ja suolitähystys. Kaksi ensimmäistä edellyttävät seulontatoimenpiteiden toistamista. Ulosteen piilevän veren tunnistamiseen perustuva guajakkitesti on ollut Suomessa käytössä seulontamenetelmänä satunnaistetussa tutkimuksessa lähes kymmenen vuoden ajan (1). Kuolleisuuden odotettiin pienenevän 10–15 %. Seulonnan tuloksista julkaistu tutkimus osoitti, ettei seulontaryhmän kuolleisuus suolistosyöpään poikennut verrokkiryhmästä (2). Selityksenä on lyhyt seuranta-aika ja verrokkiryhmässä tehtyjen kolonoskopioiden runsas määrä. DNA-menetelmän toimivuutta ei ole vielä osoitettu väestöseulonnessa. Sigmoidoskopiolla on saatu 28 %:n suolistosyöpäkuolleisuuden lasku satunnaistetuissa tutkimuksissa (3). Satunnaistamattomissa kohorttitutkimuksissa kolonoskopia on vähentänyt jopa 50 % suolistosyövän ilmaantuvuutta ja kuolleisuutta, kun vertailuryhmänä ovat ikä- ja sukupuolivaikoidut verrokkit, jotka eivät ole käyneet tähytyksessä (4). Kolonoskopian jälkeen henkilön

väestöön suhteutettu kolorektaalisyöpäriski on viidesosa seuraavien kymmenen vuoden ajan ja vielä alle puolet, kun tähytyksestä on kulunut 20 vuotta, jos tähytyksessä ei todeta kasvaimia (5).

Kolonoskopia siis vaikuttaa lupaavalta seulontamenetelmältä, jos oletetaan, että normaalin riskin omaaville tarvitsisi tehdä tähytys vain kerran elämässä 55–65-ikävuoden välillä.

Syövän hoidon ja seurannan onnistumisen kulmakivenä on nykyään hyvätasoinen kuvantaminen ja tarkka patologinen levinneisyysluokitus. Strukturoidut lausunnot auttavat muistamaan kaikki oleellisesti hoitoon vaikuttavat tekijät ja helpottavat lausunnon lukemista sekä tulkintaa. Suolistosyövän osalta otetaan nyt merkittävä askel hyvään suuntaan, kun radiologit rakentavat kansallisen strukturoidun lausuntopohjan suolistosyövän kuvantamiselle. Patologit siirtyivät käyttämään strukturoitua lausuntoa kansainvälisten esimerkkien mukaisesti jo 2000-luvulla.

Suolistosyövän hoito ei enää noudata perinteistä marssijärjestystä: kirurgia, patologia ja onkologia. Kasvaimen luokittaminen ja yksilöllisen hoidon suunnittelu alkaa nykyään diagnoosihetkestä ja edellyttää hyvää saumatonta yhteistyötä kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Kirurgisen ja onkologisen hoidon rytmitys määräytyy kasvaimen levinneisyyden ja sijainnin mukaan. Kasvaimen biologisten ominaisuuksien arviointi molekyylipatologian menetelmin on noussut yhtä olennaiseksi kuin perinteinen leikkauspreparaatin TNM-levinneisyysluokitus. Suolistosyövän hoidossa on

otettu käyttöön etäpesäkekirurgia, josta saadut hyvät hoitotulokset rohkaisevat selvittämään maksan ja keuhkojen etäpesäkkeiden leikkaushoidon vaikuttavuutta myös muissa syövässä.

Suurin edistysaskel voi kuitenkin liittyä syövän seulonalla tapahtuvaan ehkäisyyn. Jos suolistosyövän tähytykseen perustuva seulonta saadaan toimimaan kansallisesti, saatamme nähdä ensi vuosikymmenellä suolistosyövän ilmaantumislukujen kääntyvän laskuun. Tästä on jo näyttöä Yhdysvalloista, missä suolitähystyksessä käyneiden (sigmoidoskopia tai kolonoskopia) yli 50-vuotiaiden osuus on vuosina 2005–2010 noussut 47:stä 59 prosenttiin, ja samalla suolistosyövän ilmaantuvuus on laskenut merkittävästi (6). Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon ja rahoituksen uudistus avaa mahdollisuuksia myös terveydenhuollon voimavarojen uudelleen suuntaukseen. Havahduttaisivatko syövän uusien lääkehoitojen eksponentiaalisesti kallistuvat hinnat päättäjät kiinnostumaan syövän ehkäisystä ja seulonnasta. Tässä suolistosyöpä voisi olla tienavaajana.

Syöpäsäätiö aloitti klinikoiden ammattitaidon ylläpitämiseen ja päivittämiseen tähtäävien vuosittaisten Tuusulan symposiumien järjestämisen 1974. Näissä kaksipäiväisissä koulutusti-

laisuuksissa on päivitetty 10–12 vuoden välein kunkin merkittävän syöpätyypin diagnostiikkaan ja hoitoon liittyvät tiedot. Vuodesta 2000 lähtien symposiumin luentoaineisto on julkaistu Syöpäsäätiön Focus Oncologiae -julkaisusarjassa. Suomen Syöpäyhdistyksen juhliessa tänä vuonna 80. toimintavuottaan aiheena oli suolistosyöpä. Aikakauskirja Duodecimin toimitus teki aloitteen syöpään liittyvän teemanumeron kokoamisesta Syöpäsäätiön symposiumin pohjalta ja nyt julkaistava teema on tämän työn tulos. ■

### KIRJALLISUUTTA

1. Malila N, Palva T, Malminiemi O, ym. Coverage and performance of colorectal cancer screening with faecal occult-blood test in Finland. *J Med Screen* 2011;18:18–23.
2. Pitkaniemi J, Seppä K, Hakama M, ym. Effectiveness of screening for colorectal cancer with faecal occult-blood test, in Finland. *BMJ Open Gastro* 2015;2:e000034.
3. Welch HG, Robertson DJ. Colorectal cancer on the decline - why screening can't explain all. *N Engl J Med* 2016;374:1605–7.
4. Pan J, Xin L, Ma YF, ym. Colonoscopy reduces colorectal cancer incidence and mortality in patients with non-malignant findings: A meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2016;111:355–6.
5. Brenner H, Chang-Claude J, Seiler CM, Hoffmeister M. Long-term risk of colorectal cancer after negative colonoscopy. *J Clin Oncol* 2011;29:3761–7.
6. Smith RA, Manassaram-Baptiste D, Brooks D, ym. Cancer screening in United States, 2014: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* 2014;64:30–51.



**JUKKA-PEKKA MECKLIN**, kirurgian professori  
Keski-Suomen keskussairaala ja  
Itä-Suomen yliopisto



**SEIJA GRENMAN**, naistentautien ja synnytysopin professori  
Turun yliopistollinen sairaala  
ja  
toimialajohtaja  
Turun yliopisto

### SIDONNAISUDET

**Jukka-Pekka Mecklin:** Apuraha (Jane ja Aatos Erkon Säätiö, Syöpäsäätiö, Valtion tutkimusrahoitus), johtokunnan tms. jäsenyys (Lynchin syndrooma -rekisterin vastuulääkäri, Syöpäsäätiön hallitus)

**Seija Grénman:** Matkakorvaus (Roche)