



Suolistosyövän seulonta yksittäisellä sigmantähystyksellä 55–64-vuotiaana hyödyttää vielä 17 vuoden kuluttua

Kolorektaalisyöpä on kolmanneksi yleisin syöpä, jonka seulontamenetelmänä on tutkittu muun muassa endoskopiaa, jonka etuna on kertaluonteisuus ja se, että toimenpiteen yhteydessä voidaan poistaa syövän hyvänlaatuiset esiasteet.

Nyt raportoidussa (Atkin WS ym. Lancet 2017;389:1299) 17 vuoden kestoisessa seuranta-analysissä oli mukana 170 034 henkilöä, joista 112 936 oli kontrolliryhmässä ja 57 098 interventioryhmässä. Interventioryhmässä 71 %:lle tehtiin sigmantähystys, ja heistä 5 %:lta löytyi suuren riskin polyyppi, jolloin heidät ohjattiin lisäksi kolonoskopiaan.

Suolistosyöpiä ilmaantui 1 230 interventioryhmässä ja 3 253 tapausta verrokkiryhmässä, eli suolistosyövän ilmaantuvuus pieneni 26 %. Vastaavasti suolistosyöpäkuolemia oli 353 interventio- ja 996 verrokkiryhmässä, joten sigmantähystys vähensi kuolleisuutta 30 %. Kun analyysistä poistettiin ne interventioryhmän henkilöt, joille ei tehty sigmantähystystä, väheni sekä uusien suolistosyöpien ilmaantuvuus että kuolleisuus 35 %.

Yksittäisen sigmantähystyksen suolistosyövältä suojaava vaikutus jatkuu siis vähintään 17 vuotta, ja se löytäneekään paikkansa myös suomalaisessa seulonta-ohjelmassa.

Kapesitabiinin yhdistäminen gemsitabiiniin parantaa hieman hoitotuloksia haimasyövän liittännäishoitona

Haimasyöpä havaitaan yleensä siinä vaiheessa, kun parantavaa leikkaushoitoa ei enää ole tarjolla. Vain 5 %:lla potilaista on diagnoosihetkellä leikkaushoidon piirissä oleva paikallinen tauti, ja heistä 10–20 % elää yli viisi vuotta. Gemsitabiini yhdistettynä leikkaushoitoon parantaa hoitotulosta. Nyt tutkittiin, lisääkö kapesitabiinin yhdistäminen gemsitabiinin hoidon tehoa.

Yhteensä 730 duktaalista haimasyöpää sairastavaa potilasta satunnaistettiin monikansallisessa tutkimuksessa RO- tai R1-resektion jälkeen saamaan joko kuusi kuuria gemsitabiinia tai kuusi kuuria gemsitabiinin ja kapesitabiinin yhdistelmää. Neljänkymmenen kolmen kuukauden seurantajakson aikana kapesitabiiniryhmän potilaat elivät keskimäärin 2,5 kuukautta pidempään kuin pelkällä gemsitabiinilla hoidetut (28 kk vs. 25,5 kk). Yhden ja kahden vuoden kuluttua elossa oli vastaavasti 84 % vs 81 % ja 54 % vs 52 % potilaista.

Taudittomana arvioitiin olevan viiden vuoden kuluttua 19 % yhdistelmähoitoa saaneista ja 12 % gemsitabiinilla hoidetuista. Kapesitabiinin lisääminen lisäsi vaikeita asteen 3–4 haittoja.

Tutkijoiden mielestä gemsitabiinin ja kapesitabiinin yhdistelmä on uusi haimasyövän standardiliittäenäishoito. Pitkäaikaisseuranta tulee osoittamaan, voidaanko kapesitabiinin yhdistämisellä gemsitabiiniin parantaa pysyvästi joitakin haimasyöpään sairastuneita (Neoptolemos JP ym. Lancet 2017;389:1011)

Immunologinen immuuniaktivaation vapauttaja pembrolitsumabi pidentää uroteelisyöpää sairastavan potilaan elinaikaa toisen linjan hoitona

Edenneen uroteelisyövän lääkehoidon kulmakivi on pitkään ollut platinapohjainen solunsalpaajahoito, jolla saavutetaan keskimäärin 14–15 kuukauden mittainen elossaoloaika. Vain 5–15 % potilaista on elossa viiden vuoden kuluttua, eikä platinapohjaisen hoidon menetettyä tehonsa ole ollut tarjolla tehokkaita jatkohoitoja.

Yhteensä 542 edennyttä uroteelisyöpää sairastavaa potilasta satunnaistettiin saamaan joko PD-1-vastaainetta pembrolitsumabia tai taksaania tai vinflunina sisältävää solunsalpaajahoitoa aiemman platinapohjaisen hoidon menetettyä tehonsa. Keskimääräinen elossaoloaika oli pembrolitsumabiryhmässä noin kolme kuukautta pidempi kuin solunsalpaajahoitoa saaneilla (10,3 kk vs 7,4 kk). Kasvainten merkitsevää pienenemistä havaittiin useammin pembrolitsumabiryhmässä. Keskimääräisessä ajassa taudin etenemiseen ei havaittu eroa, mutta useammalla pembrolitsumabia saaneella nähtiin yli vuoden kestoisia hoitovasteita. Pembrolitsumabilla hoidetuilla potilailla esiintyi vähemmän kaikenasteisia haittoja.

Tämä ensimmäinen satunnaistettu tutkimus vahvistaa aiempia tuloksia. Parhaillaan on meneillään satunnaistettuja tutkimuksia immunologisilla lääkkeillä uroteelisyövän ensilinjan hoitona ja suuren uusiutumiskismin potilailla leikkauksen jälkeen liittännäishoitona. (Bellmunt J ym. N Engl J Med 2017; 376:1015)



JOHANNA MATTSON
HYKS Syöpäkeskus