

Timo Muhonen ja Maija Tarkkanen

Parantumaton syöpä sairastavalle lisää elinaikaa ilman merkittäviä kustannuksia – totta vai tarua?

Maailman suurimmassa vuosittaisessa syöpätautien kongressissa (ASCO) uutisoidaan kuumimmat tutkimustulokset, jotka muuttavat usein hoitokäytäntöjä. Tämän vuoden kiinnostavimmassa tutkimuksessa oli lähes 800 potilasta (1). Potilailla oli parantumaton levinnyt syöpä, kuten suku- ja virtsaelin-, gynekologinen, rinta- tai keuhkosityöpä. Kokeelliseen menetelmään satunnaistetut elivät keskimäärin viisi kuukautta pitempään kuin standardimenetelmän hoidetut potilaat (31,2 kuukautta vs 26 kuukautta). Jos kyseessä olisi uusi lääke, sen kuukausihinta olisi todennäköisesti useita tuhansia euroja potilasta kohden kuukaudesta, kyseisen lääkeyrityksen osakkeen hinta olisi nousussa, sairaaloiden talousvastaavien otsarypyt syvenemässä ja lehtien uutispalstoilla kävisi huomattava kuhina. Kyseessä oli kuitenkin yksinkertainen nettipohjainen oirekysely, johon kokeelliseen haaraan satunnaistetut potilaat vastasivat viikoittain polikliinisen solunsalpaajahoidon aikana. Oirekysely kattoi 12 tavallista oiretta, jotka ulottuivat pahoinvoinnista hengenahdistukseen ja potilaat asettivat ne viisiportaiselle asteikolle.

Miksi näin yksinkertainen menetelmä pidenisi potilaiden elinaikaa? Yksi syy on tutkijoiden mukaan se, että potilaan oireiden paheneminen havaittiin aiemmin, jolloin tilanteen heikkeneminen voitiin estää. Potilaan tukilääkitystä voitiin säätää, solunsalpaajien annoksia muuttaa ja mahdollisesti tehoton hoito katkaista ajoissa ja

vaihtaa se toiseen potilaan ollessa vielä hoitokuntoinen. Hoitavalla lääkärillä oli vastaanotokäynnillä käytössään potilaan vastausten kooste, jolloin mikään oireista ei jäänyt katveeseen. Tutkimushaaraan kuuluneet potilaat myös saivat solunsalpaajahoidon pitempään kuin verrokkihaaraan kuuluneet (8,2 kuukautta vs 6,3 kuukautta).

Miksi normaali käytäntö, jossa potilas ottaa spontaanisti yhteyttä hoitopaikkaan käyntien välillä tai raportoi oireistaan käyntinsä yhteydessä, ei riitä? Vastaanotolla selvitetään paljon

Potilaan oireiden paheneminen havaittiin aiemmin, jolloin tilanteen heikkeneminen voitiin estää

asioita, joista potilaalle tärkein lienee, onko hoito tehonnut ja voidaanko sitä jatkaa. Kiireen tuntu voi välittyä potilaalle, jolloin potilas voi vähätellä oireitaan eikä välttämättä nosta niitä esille. Parantumattomasti sairas

potilas voi pelätä, että oireiden raportointi johtaa solunsalpaajahoidon päättymiseen, jos hän vastaanotolla tuo esille kokemiensa haittojen todellisen laadun. Kasvoton nettikysely saattaa toimia paremmin. Viikoittainen kysely paljastaa juuri sen hetkiset oireet, joista osa on voinut jo unohtua, kun potilas tulee seuraavan kerran vastaanotolle. Nettipohjainen, kotona rauhassa vastattava kysely kannustaa potilasta keskittymään omaan vointiinsa sekä miettimään, ovatko jotkin oireet selvästi pahenemassa. Joskus potilas panttaa vointinsa huononemista ja odottaa lääkärin vastaanottoajan koittamista, jolloin tilanne on voinut kääntyä jo hyvinkin huonoksi. Joskus potilaan voi olla vaikea tavoittaa hoitohenkilökuntaa käyntiensä välillä.



Paljonko tämä elinajan lisäys maksoi? Tästä ei ole vielä julkaistu perusteellista laskelmaa, mutta ainakin päivystyskäyntien määrä väheni. Vastaavan pituisia elinaikavaikutuksia on saavutettu esimerkiksi edenneen HER2-positiivisen rintasyövän hoidossa. Kesäkuussa brittien arviointielin NICE hyväksyi korvattavaksi rutiinihoidoksi suomalaisenkin hoitosuosituksen mukaisen trastutsumabiemtansiinin, jonka potilaskohtainen hinta on noin 100 000 euroa. Hyviä hoitotuloksia voidaan näemmä saavuttaa edullisemminkin. Toki jäämme odottamaan tarkempia laskelmia kustannuksista.

Syöpää hoitavilla kollegoilla on eettinen ja moraalinen velvollisuus ottaa nämä tulokset vakavasti. Mobiiliteknologia syöpäpotilaiden voinnin seurantaan on onneksi nopeasti kehittyneessä Suomessa (2). Potilaan oman vointinsa raportoinnin lisäksi esimerkiksi nykyiset

aktiivisuusrannekkeet voisivat tarjota reaaliaikaista, objektiivista tietoa potilaan voinnista. Tällainen tiedonkeruu olisi varmaankin pitkälle automatisoitavissa, jolloin henkilökunnan työkuormitus ei juuri lisääntyisi. Oirekyselyjen vastaanottavaan eturintamaan voidaan asettaa syöpään vihkiytyneet sairaanhoitajat, joilla on erinomainen tietotaito. Uusissa potilastietojärjestelmissä potilaalle avautuu helppo kanava oman hoitoyksikkönsä tavoittamiseen suojatussa yhteydessä. Ehkä tarvitaan jonkin verran myös asennemuutosta: potilas on aktiivinen toimija, jonka sanomaa pitää kuunnella herkäällä korvalla nopeasti reagoiden. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Basch, Deal AM, Dueck AC, ym. Overall survival results of a trial assessing patient-reported outcomes for symptom monitoring during routine cancer treatment. *JAMA* 2017;318:197–8.
2. Mattson J, Auvinen P, Bärlundtson M, ym. Rintasyöpäpotilaan seuranta. *Duodecim* 2016;132:2317–20.



TIMO MUHONEN, dosentti, erikoislääkäri
Kymenlaakson keskussairaala

SIDONNAISUUDET

Timo Muhonen: Asiantuntijapalkkio/luentopalkkio (AbbVie, Amgen, Biogen Idec, BMS, Celgene, Janssen-Cilag, Lundbeck, Merck, MSD, Orion, Otsuka, Roche, Sanofi, SoBi, Teva), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Celgene, Pierre Fabre, MSD, Pfizer, Sanofi, Roche, Merck, BMS)



MAIJA TARKKANEN, dosentti, linjajohtaja
HYKS Syöpäkeskus ja Helsingin yliopisto

SIDONNAISUUDET

Maija Tarkkanen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Novartis, Mediuutiset, Ipsen, Teva, Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Teva, MSD), luottamustoimet (Lääkkeiden hintalautakunnan asiantuntijaryhmän varajäsen, Palkon lääkejaoksen jäsen), muut sidonnaisuudet (Tale Verum Oy)