

Juha Taavela, Katri Kaukinen ja Kalle Kurppa

Keliakian esiintyvyys Suomessa lisääntyy yhä

Suomessa terveydenhuolto tuntee keliakian hyvin ja sairauden kliininen esiintyvyys on maailmanlaajuisesti yksi suurimmista. Lisäksi diagnostiikan ja hoidon osalta Suomi on ollut edelläkävijä jo pitkään. Etenkin aikuisten keliakian diagnosointi, hoito ja seuranta on hajautettu pääosin perusterveydenhuoltoon, sairauden riskiryhmät tiedetään melko hyvin ja gastroskopiaita on hyvin saatavilla. Uusin suomalainen keliakian Käypä hoito -suositus on mul-listava, sillä se salli ilmestyessään diagnoosin tekemisen lasten ohella myös osalle aikuispotilaista ilman ohutsuolen

kudosnäytteitä ensimmäisenä maailmassa (1). Aiheesta käydään laajaa kansainvälistä keskustelua, ja vasta-aineisiin perustuvan kajoamattoman diagnosoinnin rooli lisääntyy selvästi myös muissa maissa (2–4).

Keliakian kliininen esiintyvyys Suomessa alkoi lisääntyä etenkin vuoden 1997 jälkeen, jolloin julkaistiin ensimmäinen Käypä hoito -suositus. Samoihin aikoihin löydetty kudostransglutaminaasivasta-aine helpotti edelleen keliakiaepäilyn selvittelyä sekä mahdollisti laajojen väestöpohjaisten seulontatutkimusten suorittamisen (5). Kyseiset tutkimukset ovat osoittaneet, että keliakia on paljon aiemmin luultua yleisempi. Suomesta on saatavilla maailmanlaajuisesti arvioituna poikkeuksellisen edustavaa tietoa keliakian väestötason esiintyvyydestä muun muassa Mini-Suomi-, Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusaineistojen pohjalta. Näistä aineistoista julkaistujen tutkimusten perusteella myös sairauden todellinen esiintyvyys on lisääntynyt selvästi vuosien saatossa, sillä se

Vaikka näyttö diagnosoimattomien potilaiden komplikaatioriskistä on vielä vähäistä ja osin ristiriitaista, seulottujen henkilöiden elämänlaadun ja luuntiheyden on muun muassa osoitettu paranevan gluteenittoman ruokavalion aikana.

oli vuonna 1980 noin 1 %, vuonna 2000 noin 2 % ja vuonna 2011 jo noin 2,4 % (6,7). Luvut perustuvat todettujen keliakiadiagnoosien ja vasta-ainepositiivisuuden (kudostransglutaminaasi- ja endomysiumvasta-aineet) yhteismäärään.

Vastaavia tutkimuksia keliakian esiintyvyydestä eri aikapisteissä samaa väestöä edustavista kohorteista ei ole saatavilla, mutta epäsuoraa tukea suomalaisille löydöksille on saatu myös muualta. Esimerkiksi yhdysvaltalais tutkimuksessa keliakian seropositiivisuus lisääntyi armeijakohortissa 1950-luvun 0,2 %:sta 2000-luvun

0,8–0,9 %:iin. Luvut ovat todennäköisesti aliarvio, sillä kohortit sisälsivät pelkästään miehiä, joilla keliakia on naisia harvinaisempi (8). Vastaavasti niin sanotussa NHANES-kohortissa esiintyvyys oli 0,6–0,8 % vuosien 2009–2014 välillä (9). Kaiken kaikkiaan keliakian maailmanlaajuisen esiintyvyyden arvioidaan olevan noin 1,4 % vasta-ainemittausten perusteella ja 0,7 % tähystyskudosnäytteiden perusteella (10). Lähes Suomea vastaavia suuria lukuja on kuitenkin havaittu viime vuosina myös monista muista maista, kun taas toisaalla esiintyvyys on ollut selvästi vähäisempi (10–13).

Keliakian todellinen esiintyvyys on siis melko suuri ja vaikuttaa lisääntyneen, mutta tässä on huomattavia maakohtaisia eroja. Nopea lisääntyminen selittyy huonosti muutoksilla perimässä tai – ainakaan Suomessa – gluteenia sisältävien viljojen käytössä (14,15). Toisaalta Ruotsissa koettiin 1980- ja 1990-luvuilla ilmaantuvuuden moninkertaistuminen pienten lasten joukossa, minkä yhdeksi syyksi uskotaan

ravinnon gluteenimäärän lisääntyminen (16). Alueelliseen vaihteluun voivat vaikuttaa myös erot gluteeninkäytössä, sillä runsaasti vehnää kuluttavassa Pohjois-Intiassa keliakian esiintyvyys on moninkertainen verrattuna vähäisen kulutuksen Etelä-Intiaan (17).

Havaittuihin eroihin voivat kuitenkin vaikuttaa muutkin ympäristötekijät. Ajatusta tukevat keliakian yleisyyden vaihtelu etnisyyden ja gluteeninkäytön kannalta samankaltaisten alueiden välillä sekä leveysasteen ja syntymävuodenajan vaikutus ilmaantuvuuteen (17–19). Mielenkiintoinen havainto on Venäjän Karjalan huomattavasti Suomea pienempi esiintyvyys, jonka taustalla on arveltu olevan erojen elinolosuhteissa ja yleisessä hygieniatasossa (20). Muita keliakian ilmaantuvuuteen mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi varhaislapsuuden infektiokuormitus, väestön rokotuskattavuus ja D-vitamiinin saanti (18,19). Kaiken kaikkiaan syyt keliakian esiintyvyyden ajallisiin muutoksiin ja maantieteellisiin eroihin ovat kuitenkin epäselviä.

Edellä kuvatuista asioista voidaan tehdä mielenkiintoisia päätelmiä. Keliakian todellinen ilmaantuvuus näyttää edelleen lisääntyvän, joskin ainakin Suomessa kovin yleistymisvauhti

on hidastunut. Aiheesta tulisi kuitenkin saada lisätietoa myös muista maista. Suuret esiintyvyyshuiput kertovat myös, että keliakia on edelleen huomattavan alidiagnosoitu. Tämä on huolestuttavaa, sillä hoitamattomaan tautiin liittyy suurentunut erilaisten pitkäaikaiskomplikaatioiden riski (21). Vaikka näyttö diagnosoiduttomien potilaiden komplikaatoriskistä on vielä vähäistä ja osin ristiriitaista, seulottujen henkilöiden elämänlaadun ja luuntiheyden on muun muassa osoitettu paranevan gluteenittoman ruokavalion aikana. Tämä yhdistyneenä ruokavaliohoidon turvallisuuteen tukee aktiivista riskiryhmäseulontaa.

Suomessa on saavutettu paljon muun muassa Käypä hoito -suositusten ja diagnosoinnin hajauttamisen avulla, mutta alidiagnosoinnin merkittävä vähentäminen lienee jatkossa mahdollista vain väestöseulontojen avulla (22). Aiheeseen liittyy kuitenkin vielä monia avoimia kysymyksiä, kuten optimaaliset menetelmät, aloitusikä ja taajuus sekä seulonnan kustannusvaikuttavuus. Toisaalta keliakian käynnistymiseen vaikuttavien uusien ympäristötekijöiden löytäminen olisi myös tärkeää, sillä nämä saattaisivat tarjota uusia mahdollisuuksia jopa sairauden ehkäisyyn. ■



JUHA TAAVELA, LT, sisätautien erikoislääkäri, gastroenterologian erikoistuva lääkäri
TAYS, gastroenterologia ja Keliakiatutkimuskeskus, Tampereen yliopisto

KATRI KAUKINEN, professori, sisätautien ja gastroenterologian erikoislääkäri
Keliakiatutkimuskeskus, Tampereen yliopisto ja TAYS, sisätaudit

KALLE KURPPA, professori, lastentautien erikoislääkäri
Lasten, nuorten ja äitien terveyden tutkimuskeskus, Tampereen yliopisto
TAYS lastenkliniikka
Seinäjoen korkeakoulukeskus

SIDONNAISUUDET

Juha Taavela: Konsultti (Teva Pharmaceuticals, Dr. Falk Pharma), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Ferring, Janssen, Celltrion), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Keliakiayhdistykset), luottamustoimet (Keliakialiiton asiantuntijaneuvoston jäsen), muut sidonnaisuudet (Pihlajalinna Oy, StudyCor Oy)

Katri Kaukinen: Luottamustoimet (Suomen Keliakialiiton tieteellisen asiantuntijaneuvoston puheenjohtaja, Keliakian Käypä hoito -työryhmän puheenjohtaja)

Kalle Kurppa: Luottamustoimet (Keliakialiiton asiantuntijaneuvoston jäsen; The International Society for the Study of Celiac Disease, johtoryhmä; STM:n valtakunnallinen tutkimuksen arviointiryhmä, varajäsen; DIPP-tutkimus, johtoryhmä), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Keliakiayhdistykset, Thermo Fisher), apuraha (Lastentautien tutkimussäätiö, valtion tutkimusrahoitus, Seinäjoen korkeakoulukeskus, Päivikki ja Sakari Sohlbergin säätiö)

KIRJALLISUUTTA

1. Keliakia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Gastroenterologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1997 [päivitetty 18.12.2018]. www.kaypahoito.fi.
2. Nationellt vårdprogram för celiaki. Svensk förening för Pediatrisk Gastroenterologi, Hepatologi och Nutrition 2020. www.celiaki.se/wp-content/uploads/2020/01/SPGHN_Celiaki_v%C3%A5rdprogram_20200114.pdf.
3. Zingone F, Maimaris S, Auricchio R. Guidelines of the Italian societies of gastroenterology on the diagnosis and management of coeliac disease and dermatitis herpetiformis. *Dig Liver Dis* 2022;54:1304–19.
4. Robert ME, Ciacchi C, Lebwahl B. Opportunities for improving biopsy and non-biopsy-based diagnosis of celiac disease. *Gastroenterology*, julkaistu verkossa 30.1.2024. DOI:10.1053/j.gastro.2024.01.031.
5. Sulkanen S, Halttunen T, Laurila K, ym. Tissue transglutaminase autoantibody enzyme-linked immunosorbent assay in detecting celiac disease. *Gastroenterology* 1998;115:1322–8.
6. Lohi S, Mustalahti K, Kaukinen K, ym. Increasing prevalence of coeliac disease over time. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:1217–25.
7. Taavela J, Kurppa K, Jääskeläinen T, ym. Trends in the prevalence rates and predictive factors of coeliac disease: a long-term nationwide follow-up study. *Aliment Pharmacol Ther* 2024;59:372–9.
8. Catassi C, Kryszak D, Bhatti B, ym. Natural history of celiac disease autoimmunity in a USA cohort followed since 1974. *Ann Med* 2010;42:530–8.
9. Choung RS, Unalp-Arida A, Ruhl CE, ym. Less hidden celiac disease but increased gluten avoidance without a diagnosis in the United States: findings from the national health and nutrition examination surveys from 2009 to 2014. *Mayo Clin Proc* 2017;92:30–8.
10. Singh P, Arora A, Strand TA, ym. Global prevalence of celiac disease: systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2018;16:823–36.
11. Horwitz A, Skaaby T, Kårhus LL, ym. Screening for celiac disease in Danish adults. *Scand J Gastroenterol* 2015;50:824–31.
12. Lionetti E, Pietraj D, Gatti S, ym. Prevalence and detection rate of celiac disease in Italy: Results of a SIGENP multicenter screening in school-age children. *Dig Liver Dis* 2023;55:608–13.
13. Lukina P, Andersen IL, Eggen PT, ym. Coeliac disease in the Trøndelag Health Study (HUNT), Norway, a population-based cohort of coeliac disease patients. *BMJ Open*, julkaistu verkossa 9.1.2024. DOI:10.1136/bmjopen-2023-077131.
14. Kårhus LL, Thuesen BH, Skaaby T, ym. The distribution of HLA DQ2 and DQ8 haplotypes and their association with health indicators in a general Danish population. *United European Gastroenterol J* 2018;6:866–78.
15. Kaartinen NE, Tapanainen H, Männistö S, ym. Changes in food consumption and nutrient intake in Finnish adults 1997–2017: the National FinDiet Survey. *Finnish Med J* 2021;5:273–80.
16. Ivarsson A, Persson LA, Nyström L, ym. Epidemic of coeliac disease in Swedish children. *Acta Paediatr* 2000;89:165–71.
17. Ramakrishna BS, Makharia GK, Chetri K, ym. Prevalence of adult celiac disease in India: regional variations and associations. *Am J Gastroenterol* 2016;111:115–23.
18. Stahl M, Li Q, Lynch K, ym. Incidence of pediatric celiac disease varies by region. *Am J Gastroenterol* 2023;118:539–45.
19. Celdir MG, Jansson-Knodell CL, Hujoel IA, ym. Latitude and celiac disease prevalence: a meta-analysis and meta-regression. *Clin Gastroenterol Hepatol*, julkaistu verkossa 30.9.2020. DOI:10.1016/j.cgh.2020.09.052.
20. Kondrashova A, Mustalahti K, Kaukinen K, ym. Lower economic status and inferior hygienic environment may protect against celiac disease. *Ann Med* 2008;40:223–31.
21. Laurikka P, Kivelä L, Kurppa K, ym. Systemic consequences of coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther*, julkaistu verkossa 11.7.2022. DOI:10.1111/apt.16912.
22. Kivelä L, Kurppa K. Screening for coeliac disease in children. *Acta Paediatr* 2018;107:1879–87.