

Satu Wedenoja ja Seppo Heinonen

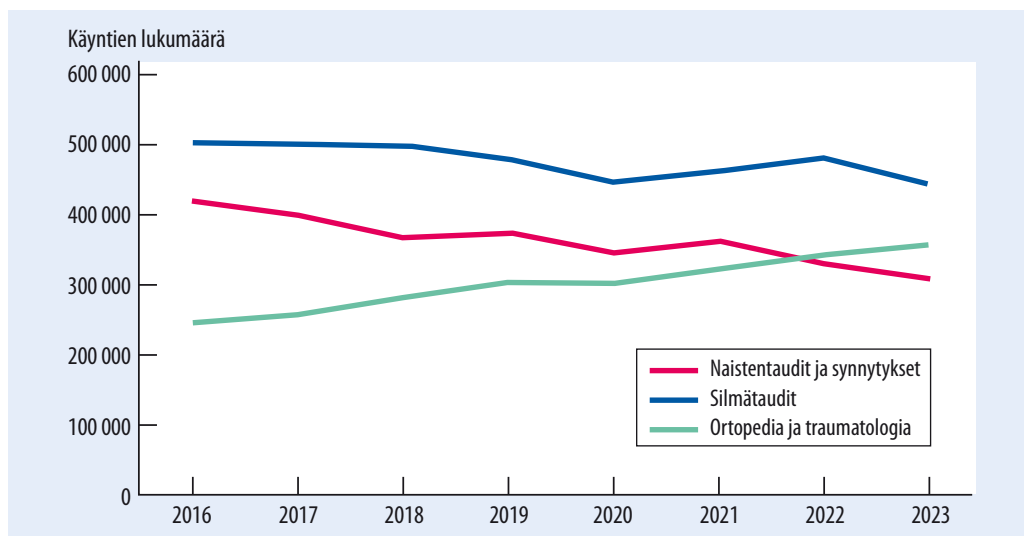
Onko oireettoman naisen gynekologisesta tutkimuksesta hyötyä?

Vuosittaiset gynekologiset tarkastukset ovat jäämässä historiaan. Tämä näkyy selvästi Kelan korvaamien gynekologikäyntien määrässä, joka on vähentynyt neljänneksellä vuosina 2016–2023 (KUVA). Siitä huolimatta gynekologikäyntejä oli vuonna 2023 edelleen yli 308 000. Erikoisaloista suurempia ovat Kelan tilaston mukaan vain silmätaudit sekä ortopedia ja traumatologia (1).

Gynekologikäyntien väheneminen on osa laajempaa trendiä – rutiinitutkimusten karsimista terveydenhuollosta (2). Myös maksuttoman ehkäisyn ja ehkäisyneuvonnan lisääminen sekä syntyvyyden väheneminen selittänevät ilmiötä (3,4). Taustalla vaikuttaa kuitenkin myös hoitokulttuurin muutos. Vuosikymmenten takaiset suositukset oireettomien naisten vuosittaisista tarkastuskäynneistä ovat vanhentuneet (5). Ammattilaiset ja mediakin ovat alkaneet

ehdottaa, että gynekologille on syytä hakeutua vain, jos on oireita. Kansallisen linjauksen puuttuessa monet potilaat ja lääkärit ovat kuitenkin epävarmoja siitä, onko rutiinitutkimuksesta hyötyä.

Terveystarkastusten hyötyjen mittaaminen on vaikeaa, jos kriteerinä pidetään terveiden ja laadukkaiden elinvuosien tuottamista. Siksi analyysit keskittyvätkin päätetapahtumiin: voidaanko tarkastusten myötä löytää sairauksia ja pidentävätkö tarkastukset elinikää? Kohdentamattomat terveystarkastukset vaikuttavat kuolleisuuteen ja sydänsairauksien tai aivohalvauksien estymiseen yleisesti vähän tai eivät lainkaan (6). Rutiinitutkimukset saattavat kuitenkin edistää kroonisten sairauksien toteuttamista, puuttumista sairauksien riskitekijöihin sekä lisätä syöpäseulontoihin osallistumista (7). Seulontatutkimusten yleiset periaatteet



KUVA. Kelan sairaanhoitokorvausten perusteella tilastoidut erikoislääkärikäynnit yksityissektorilla kolmella käyntimäärältään suurimmalla erikoisalalla vuosina 2016–2023 (1).



(**TAULUKKO**) ovat sairaudesta ja erikoisalasta riippumattomia (8). Gynekologisten rutiinitutkimusten osaltakin ydinkysymys on: voidaanko erikoislääkärin tutkimuksella tunnistaa sairauksia oireettomassa vaiheessa ja parantaa niiden ennustetta?

Gynekologisen rutiinitutkimuksen hyödyistä ja haitoista on vain vähän tutkimustietoa. Terveydenhuollon rekistereistä ei saada luotettavaa tietoa oireista tai oireettomuudesta. Harvoissa katsausartikkeleissa päädytään toteamaan, että sisätutkimuksesta ei ole hyötyä oireettomalle hormonihoidon käyttäjälle tai seksuaaliterveyteen liittyvän tarkastuksen yhteydessä (9). Lisäksi oireettomien naisten tutkimukset lisäävät terveydenhuollon kustannuksia ilman merkittävää terveyshyötyä (10). Palpaatiosta tai vuosittaisesta munasarjojen kaikukuvauksesta ei ole hyötyä munasarjasyövän havaitsemisessa varhaisemmassa vaiheessa tai munasarjasyöpäkuolleisuuden vähentämisessä (11–13). Luotettavan tiedon puuttuessa gynekologisen tutkimuksen hyödyt ovat epävarmoja, lukuun ottamatta kohdunkaulasyövän ja seksitautien seulontaa (14,15).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) on julkaissut kattavimman suosituksen gynekologisen tutkimuksen hyödyistä ja indikaatioista (16). Sen mukaan seulontatutkimuksesta on hyötyä vain rajallisesti, jos naisella ei ole oireita eikä riskitekijöitä syövän tai gynekologisten infektioiden osalta. Suositus kuitenkin korostaa, että oireettomien sairauksien tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on mahdollista – erityisesti ulkosynnyttimien, emättimen tai kohdunkaulasyövän sekä poikkeavien ihomuutosten osalta. Aiempi kohdunkaulan solumuutos ja gynekologinen syöpä ovat suosituksen mukaan tärkeitä gynekologisen tutkimuksen aiheita. Toisaalta gynekologista tutkimusta ei nähdä tarpeellisenä ennen ehkäisyn aloitusta tai seksitautien seulonnassa (16).

Oireiden painottaminen on ongelmallista. ACOG:n suosituksessa muistutetaan, että osa naisista ei tunnista, että heidän oireensa ovat poikkeavia ja että lääkäriin tulisi hakeutua (16). Gynekologisten syöpien ja erityisesti munasarjasyövän osalta oireet ovat usein epä-

TAULUKKO. Seulontatutkimusten kriteerit (Wilsonin kriteerit) (8).

Sairauden tulee olla tärkeä terveysongelma.
Sairauden luonnollinen kulku tulee ymmärtää.
Sairaudessa tulee olla tunnistettava piilevä tai varhainen oireinen vaihe.
Testin tulee olla helppo suorittaa ja tulkita, hyväksyttävä, täsmällinen, luotettava, herkkä ja tarkka.
Sairaudelle tulee olla hyväksytty hoito.
Hoidon tulee olla tehokkaampaa, jos se aloitetaan ajoissa.
On oltava linjaus, ketä hoidetaan.
Diagnoosin ja hoidon tulee olla kustannustehokasta.
Tapausten löytämisen tulee olla jatkuva prosessi.

määraisä, ja tauti todetaan vasta levinneessä vaiheessa (17). Potilasta tutkittaessa on ACOG:n suosituksen mukaan huomioitava myös riskitekijät, jotka ovat iästä, elintavoista ja perimästä riippuvaisia. Nuorten naisten kohdalla tulee muistaa erityisesti seksitautien mahdollisuus. Ikääntyneiden naisten osalta kohtu- ja munasarjasyöpä ovat viiden yleisimmän syöpäsairauden joukossa (18). Myös lihavuus on merkittävä riskitekijä ja suurentaa erityisesti kohtu- ja munasarjasyövän riskejä (19).

Rutiinitutkimuksiin liittyvistä haitoista kuten ylidiagnostiikasta ja tarpeettomasta hoidosta ei ole juuri tutkimustietoa. Munasarjasyövän seulontatutkimuksissa ei ole onnistuttu löytämään tautia varhaisemmin ja noin 3 %:lla leikkaukseen päätyneistä on todettu hyvänlaatuisen munasarjamuutos (11–13). Seulontamielessä tehtyjen tutkimusten tärkeimpiä haittoja ovat turhat tutkimukset ja toimenpiteet sekä näihin liittyvät komplikaatiot ja haitat. Poikkeavat löydökset johtavat myös psyykkisen kuormituksen lisääntymiseen (20). Toisaalta rutiinitutkimus voi myös rauhoittaa potilasta ja vähentää terveyteen liittyviä huolia (21). Seulontamielessä tehty tutkimus ja valheellinen turvallisuuden tunne voivat puolestaan viivästyttää sairauksien toteamista (22).

Gynekologisen rutiinitutkimuksen puolesta ei siis ole riittävästi tieteellistä näyttöä. Myös esille nostetut haitat ovat parhaimmillaankin arvioita. Puutteellisesta tutkimustiedosta huolimatta ACOG on päättänyt suositamaan kaikille naisille vuosittaista lääkärikäyntiä ("well-woman visit"), mutta gynekologista tutkimusta

vain tarpeen mukaan. Kansainvälinen linjaus lieene silti lähimpänä totuutta: gynekologisesta tutkimuksesta ei todennäköisesti ole hyötyä oireettomalle naiselle, jolla ei ole gynekologisen sairauden riskitekijöitä (14,16). Ei ainakaan,

jos mittarina pidetään gynekologisen syövän varhaisempaa havaitsemista tai syöpäkuolleisuuden vähentämistä. Tämä on tärkeä viesti sekä lääkärille että potilaalle. ■



SATU WEDENOJA, LT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri
Gynekologian erikoisalojohtaja, Terveystalo



SEPPO HEINONEN, professori, toimialajohtaja
HUS ja Helsingin yliopisto, Naistenklinikka

SIDONNAISUUDET

Satu Wedenoja: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Exeltis, Besins Healthcare), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Takeda), muut sidonnaisuudet (MediNice Group Oy, osakkeenomistaja)

Seppo Heinonen: Apuraha (Perkin-Elmer Oy, Dilafor, Obseva), luottamustoimet (HYKS-Instituutti Oy:n hallituksen pj, SGYN tutkimussäätiön hallituksen pj, Elämälle-yhdistyksen hallitus)

KIRJALLISUUTTA

1. Sairaanhoidonkorvausten saajat/Erikoislääkärit 2016–2023. Tilastotietokanta Kelasto. Helsinki: Kela 2024. <https://tietotarjotin.fi/tilastodata/2051231/tilastotietokanta-kelasto>.
2. Brett AS. The routine general medical checkup: valuable practice or unnecessary ritual? JAMA 2021;325:2259.
3. Klemetti R, Raussi-Lehto E. Edistä, ehkäise, vaikuta – seksuaali- ja lisääntymis-terveyden toimintaohjelma 2014–2020. Helsinki: THL 2013. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>.
4. Syntyvyys laski tilastohistorian matalimmalle tasolle vuonna 2023. Helsinki: Tilastokeskus 2024. <https://stat.fi/julkaisu/cfn4jsw103qcn0avxz5icrry3>.
5. Kivijärvi A. Ehkäisymenetelmien seuranta käytännössä. Duodecim 1987;103:609–14.
6. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Göttsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev 2019;1:CD009009.
7. Liss DT, Uchida T, Wilkes CL, ym. General health checks in adult primary care: a review. JAMA 2021;325:2294–306.
8. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organization 1968.
9. Stewart RA, Thistlethwaite J. Routine pelvic examination for asymptomatic women – exploring the evidence. Aust Fam Physician 2006;35:873–7.
10. Westhoff CL, Jones HE, Guihi M. Do new guidelines and technology make the routine pelvic examination obsolete? J Womens Health 2011;20:5–10.
11. Buys SS, Partridge E, Black A, ym. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the prostate, lung, colorectal and ovarian (PLCO) cancer screening randomized controlled trial. JAMA 2011;305:2295–303.
12. Jacobs IJ, Menon U, Ryan A, ym. Ovarian cancer screening and mortality in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKTOCS): a randomised controlled trial. Lancet 2016;387:945–56.
13. Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, ym. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKTOCS): a randomised controlled trial. Lancet 2021;397:2182–93.
14. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, ym. Screening for gynecologic conditions with pelvic examination: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA 2017;317:947–53.
15. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, ym. Screening for chlamydia and gonorrhea: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2021;326:949–56.
16. ACOG committee opinion no. 754: the utility of and indications for routine pelvic examination. Obstet Gynecol 2018;132:e174–80.
17. Ebell MH, Culp MB, Radke TJ. A systematic review of symptoms for the diagnosis of ovarian cancer. Am J Prev Med 2016;50:384–94.
18. Karihtala P, Puistola U. Syöpä iäkkäällä naisella. Duodecim 2015;131:1507–12.
19. Kalliala I, Markozannes G, Gunter MJ, ym. Obesity and gynaecological and obstetric conditions: umbrella review of the literature. BMJ 2017;359:j4511.
20. Kwong FL, Kristunas C, Davenport C, ym. Investigating harms of testing for ovarian cancer – psychological outcomes and cancer conversion rates in women with symptoms of ovarian cancer: a cohort study embedded in the multicentre ROCKETS prospective diagnostic study. BJOG 2024;131:1400–10.
21. Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, ym. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. Ann Intern Med 2007;146:289–300.
22. Malila N. Syöpäseulonnat, niiden hyödyt ja haitat. Duodecim 2014;130:1493–9.