

Pääkirjoitus | tiede



MARTTI FÄRKKILÄ
professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto, HUS
Vatsakeskus, gastroenterologian
klinikka
martti.farkkila@hus.fi

Gastroenterologinen tautikirjo muuttuu – muuttuvatko tähystyksen aiheet?

Ruoansulatuselinsairauksien esiintyvyydessä on tapahtunut selviä muutoksia, joilla on vaikutusta tutkimus- ja hoitostrategioihin ja endoskopiaresurssien käyttöön.

Helikobakteerin esiintyvyys on useissa länsimaissa pudonnut 30 %:sta 10 %:iin. Niinpä peptisen haavataudin ilmaantuvuus on vähentynyt koko 2000-luvun (1), siitäkin huolimatta, että Kelan lääketilaston mukaan tulehduskipulääkkeiden käyttö on jatkuvasti kasvanut. Ulkustautiin sairastuneiden miesten keski-ikä on noussut 60 vuoteen ja naisten 66 vuoteen. Iän myötä myös ulkustauti komplikaatioineen lisääntyy merkittävästi. Kuolleisuus ulkustaudin välittömiin komplikaatioihin ei ole yli kymmenen vuoteen vähentynyt lainkaan, huolimatta kehittyneistä endoskopiatekniikoista, sillä se liittyy potilaan muihin sairauksiin, erityisesti sydän- ja verisuonitauteihin (2). Ulkustauti onkin muuttunut merkiksi monisairastavuudesta

osuus on vielä suurempi. Refluksitaudin ja dyspepsian tähystystutkimusten aiheet tulisikin arvioida uudelleen. Ensimmäinen strategia on hoitokeilu protonipumpun estäjillä (4).

Vaikka väestön vanheneminen ja mm. makrosakirroosin ja sen vuotokomplikaatioiden yleistyminen lisäävät gastroskopioiden tarvetta, jatkossa näitä tutkimuksia voidaan vähentää ja ohjata resurssit kolonoskopiaihin. Suomessa tehdään vuosittain noin 100 000 kolonoskopiaa ja lähes sama määrä gastroskopiaita. Kolorektaalisyöpä on kuitenkin jatkuvasti lisääntymässä: Syöpärekisterin mukaan 25 viime vuoden aikana ilmaantuvuus on kasvanut 45 %. Vuonna 2014 Suomessa todettiin 3 051 uutta kolorektaalisyöpää ja 1 218 sen aiheuttamaa kuolemaa.

Suolistosyövällä on useimmiten todettavissa oleva esiaste, adenooma, jonka poisto endoskooppisesti vähentää suolistosyövän ilmaantuvuutta ja siihen liittyvää kuolleisuutta. Kun syöpä todetaan varhaisvaiheessa, potilaiden viiden vuoden elossaoloennuste on yli 90 %, mutta levinneinä, jo metastasoituneina löytyvissä syövissä vain 0–5 %. Laajassa meta-analyysissä kolonoskopian todettiin vähentävän kolorektaalisyövän ilmaantuvuutta 61–89 % ja kuolleisuutta siihen 61 % (6).

Endoskopiaseulonnan suuntaamiseksi kustannustehokkaasti on esitetty riskipisteytystä (7,8), joka perustuu mm. potilaan ikään, sukupuoleen, sukuhistoriaan suolistosyövän suhteen, painoindeksiin ja tupakointiin. Mikäli suolistosyövän riskitekijöitä on runsaasti, suositellaan suoraan kolonoskopiaseulontaa, muille ulosteen immunologista veritestä.

Nykyisin suurin osa rajallisista resursseista kuluu suolistosyövän hoitoon vaiheessa, jossa syöpä on jo metastasoinut eikä enää parantavan hoidon ulottuvissa (9). Tautikirjon muutokset edellyttävät myös tutkimus- ja hoitolinjausten muutoksia. Kun arvioimme gastroskopioiden ja kolonoskopioiden aiheet kriittisesti uudelleen ja ohjaamme osan resursseista suolistosyövän seulontaan, voimme merkittävästi vähentää suolistosyöpäkuolleisuutta ja lisätä laatupainotteisia elinvuosia. ●

Gastroskopiaita voidaan vähentää ja ohjata resurssit kolonoskopiaihin.

ja kasvaneesta kuolemanriskistä, joka näkyy ainakin vielä viiden vuoden ajan lisääntyneenä kuolleisuutena (2).

Helikobakteerin harvinaistuminen näkyy sekä atrofisen gastriitin että mahasyövän esiintyvyyden ja mahasyöpäkuolleisuuden jatkuvana vähenemisenä. Syöpärekisterin mukaan mahasyövän ilmaantuvuus on pienentynyt 20 vuodessa lähes puoleen, eikä atrofisen gastriitin tai mahasyövän seulontaa serologisin menetelmin tai endoskopiain pidetä perusteltuna vähäisen ilmaantuvuuden maissa (4), kuten Suomessa.

Gastroskopian tavallisin syy on nykyisin ylävatsavaiva, jota esiintyy väestössä 20–25 %:lla. Avoterveydenhuollossa ylävatsavaivojen vuoksi gastroskopiaa ohjatuista potilaista yli 80 %:lla endoskopiaalöydös on normaali (5). Mikäli tutkittava ei kannata helikobakteeria eikä käytä tulehduskipulääkkeitä, normaali löydös

KIRJALLISUUSLUETTELO
pdf-versiossa
www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 38/2015

KIRJALLISUUTTA

- 1 Malmi H, Kautiainen H, Virta LJ, Färkkilä N, Koskenpato J, Färkkilä MA. Incidence and complications of peptic ulcer disease requiring hospitalisation have markedly decreased in Finland. *Aliment Pharmacol Ther* 2014;39:496–506.
- 2 Malmi H, Kautiainen H, Virta LJ, Färkkilä MA. Increased short- and long-term mortality in 8146 hospitalised peptic ulcer patients. *Aliment Pharmacol Ther* 2016;44:234–45.
- 3 Agréus L, Talley NJ, Jones M. Value of the "Test & Treat" strategy for uninvestigated dyspepsia at low prevalence rates of *Helicobacter pylori* in the population. *Helicobacter* 2016;21:186–91.
- 4 Stomach (Gastric) Cancer Screening (PDQ®): Health Professional Version. PDQ Screening and Prevention Editorial Board. PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US) 2002-2015 Feb 12.
- 5 Ford AC, Marwaha A, Lim A, Moayyedi P. What is the prevalence of clinically significant endoscopic findings in subjects with dyspepsia? Systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8:830–7.
- 6 Pan J, Xin L, Ma YF, Hu LH, Li ZS. Colonoscopy reduces colorectal cancer incidence and mortality in patients with non-malignant findings: A meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2016;111:355–65. doi: 10.1038/ajg.2015.418.
- 7 Kaminski MF, Polkowski M, Kraszewska E, Rupinski M, Butruk E, Regula J. A score to estimate the likelihood of detecting advanced colorectal neoplasia at colonoscopy. *Gut* 2014;63:1112–9.
- 8 Sung JJ, Ng SC, Chan FK ym. An updated Asia Pacific Consensus Recommendations on colorectal cancer screening. *Gut* 2015; 64:121–32.
- 9 Färkkilä N, Torvinen S, Sintonen H ym. Costs of colorectal cancer in different states of the disease. *Acta Oncol* 2015;54:454–62.