

Vastine edelliseen

Kiitämme professori Sipposta Käypä hoito -suositukseen kohdistuneesta kritiikistä! Kuten Sipponen toteaa, helicobakteeri on merkittävä mahasyövän ja ulkustaudin riskitekijä. Helicobakteeri-infektion esiintyvyyttä ja mahasyövän ilmaantuvuutta on käsitelty tuoreessa katsausartikkelissa (1). Kun 25 vuotta sitten helicobakteeri-infektion esiintyvyys 15–75-vuotiailla Suomessa oli 31 %, se oli pienentynyt 19 %:iin vuosiina 2007–2009 (18–92-vuotiaat). Vuonna 1994 Suomessa 15–34-vuotiailla helicobakteerin esiintyvyys oli alle 10 %. Tänäkin nuot henkilöt ovat 40–59-vuotiaita. Helicobakteeri-infektion esiintyvyys heillä lienee alle 10 %, koska todennäköisesti osa heistä on saanut helicohäädön (helicobakteeri-infektion ei käytännössä sairastuta aikuisiällä). Jos helicobakteeri-infektion esiintyvyys on kehittynyt samoin kuin edeltävinä vuosikymmeninä, on infektion kokonaisuusiintyvyys Suomessa nykyisin noin 5 % (1).

Kun helikotestin ennakkotodennäköisyys on alle 20 %, positiivinen testituloks (hengitystesti) on epäluotettava (2). Nykykäsityksen mukaan toiminnallinen dyspepsia ja refluksitauti ovat useimmissa tapauksissa samaa sairautta (3). Helicobakteeripositiivisista dyspepsiapotilaista vain joka 17. hyötyy häätöhoidosta. Epigastrisen ylävatsakivun hoidossa suositellaan PPI-hoitoa ensisijaisena toimenpiteenä helikotestauksen asemesta dyspep-

siapotilaille (3), jos helicobakteeri-infektion esiintyvyys on pieni (4).

Sipposen mukaan mahalaukun helicobakteeri-infektion lisäksi epäsuorilla testeillä tulisi tutkia atrofista gastritista siihen liittyvän mahasyöpäriskin takia. Atrofisen gastritiin on useimmiten seurausta pitkäaikaisesta helicobakteeri-infektioista, joka nuorilla ja keski-ikäisillä on Suomessa erittäin harvinainen. Hollantilaisessa tutkimuksessa atrofisen gastritiin vuotuinen syöpäriski oli 0,1 %, suolimetaplasian 0,25 %, suolitalaisen dysplasian 0,6 % ja vaikean dysplasian 6 % (viiden vuoden seuranta). Mahasyövän vahvimmat riskitekijät olivat vaikea dysplasia ja 75–84 vuoden ikä (5). Atrofisen gastritiin noninvasiivinen testaaminen syöpäriskin vuoksi on potilaan kannalta hyödyttömiä ja terveydenhuollon resurssien haaskausta. Yli 55-vuotiaille dyspepsiapotilaille on tehtävä gastroskopia, joka biopsioiden kanssa on noninvasiivista testista luotettavampi mahalaukun limakalvon sairauksien ja pre-malignien muutosten diagnostiikassa.

Suomessa mahasyövän vuotuinen ilmaantuvuus on miehillä alle 7,5:100 000 ja naisilla alle 5:100 000. Edellisten 40 vuoden aikana mahasyövän ilmaantuvuus on pienentynyt jyrkästi kaikissa länsimaissa (1). Ylävatsavaiva ei ole ylempään ruuansulatuskanavan syöpien riskitekijä, sen sijaan hälyttävät oireet assosioituvat näihin syöpiin (6).

Pentti Sipponen esittää, että ylävatsavaivaisen potilaan hoidossa mahahapon sekreetion (noninvasiivinen) mittaaminen olisi suositeltavaa. Mahahapon erityys on nuorilla ja keski-ikäisillä samaa luokkaa, mutta stimuloitu erityys pienenee 30 % yli 65-vuotiailla (7). Ikääntyneillä haponerityksen pieneminen liittyy atrofiseen gastritiin ja tupakoinnin vähenemiseen. Heillä gastroskopia on ensisijainen tutkimus ylävatsavaivoissa. Hapon hypersekreetio ei ole patofysiologinen tekijä toiminnallisessa dyspepsiassa eikä refluksitautissa (8,9). Haposekreetion mittaaminen ei vaikuta hoitoratkaisuihin.

Ylävatsavaivojen Käypä hoito -suositus on tarkoitettu avohoidon lääkäreille oireisten potilaiden diagnostiikan avuksi. Kun oirekuvan perusteella herää epäily ruokatorven tai mahalaukun syövästä, on tähtystytutkimus ensisijainen tutkittavan iästä riippumatta (6), eikä aikaa ja resursseja pidä tuhata noninvasiivisiin tutkimuksiin. Helicobakteeri- ja ylempään ruuansulatuskanavan syövä ovat Suomessa harvinaisia sairauksia nuorilla ja keski-ikäisillä dyspepsia- ja refluksipotilailla (9). ■

Ylävatsavaivat ja refluksioireet Käypä hoito -työryhmä

MARKKU VOUTILAINEN, MARKKU HEIKKINEN, MIKKO KIVINIEMI, ARTO KOKKOLA, JORMA KOMULAINEN, JARI KOSKENPATO, LAURA MERRAS-SALMIO ja ILONA MIKKOLA

KIRJALLISUUTTA

1. Roberts SE, Morrison-Rees S, Samuel DG, ym. Review article: the prevalence of *Helicobacter pylori* and the incidence of gastric cancer across Europe. *Aliment Pharmacol Ther* 2016;43:334–45.
2. Roberts AP, Childs SM, Rubin G, ym. Tests for *Helicobacter pylori* infection: a critical appraisal from primary care. *Fam Pract* 2000;17:S12–20.
3. Talley NJ. Functional dyspepsia: new insights into pathogenesis and therapy. *Korean J Intern Med* 2016;31:444–56.
4. Vakil N. Proton pump inhibitors for dys-

pepsia. *Dig Dis* 2008;26:215–7.

5. De Vries AC, van Grieken NCT, Looman CWN, ym. Gastric cancer risk in patients with premalignant gastric lesions: a nationwide cohort study in the Netherlands. *Gastroenterology* 2008;134:945–52.
6. Astin MP, Martins T, Welton N, ym. Diagnostic value of symptoms of oesophago-gastric cancers in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2015;65:e677–91.
7. Feldman M, Cryer B, McArthur KE, ym. Effects of aging and gastritis on gastric

acid and pepsin secretion in humans: a prospective study. *Gastroenterology* 1996;110:1043–52.

8. Miwa H, Oshima T, Tomita T, ym. Recent understanding of the pathophysiology of functional dyspepsia: role of the duodenum as the pathogenic center. *J Gastroenterol* 2019;54:305–11.
9. Tack J, Pandolfino JE. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2018;154:277–88.