



UNIVERSITY OF HELSINKI



<https://helda.helsinki.fi>

Helda

Suolistosyövän seulonta toimii

Färkkilä, Martti

Suomen lääkäriliitto
2023

Färkkilä, M 2023, 'Suolistosyövän seulonta toimii', Suomen lääkärilehti, Vuosikerta. 78, Nro 51-52, Sivut 2099-2099. < <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2023/SLL51-52-2023-2099.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/569830>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Suolistosyövän seulonta toimii

Suolistosyövät ovat toiseksi yleisimpiä syöpiä. Ennakkotietojen mukaan vuonna 2022 niitä todettiin Suomessa yli 3 900. Miehillä ikävaikioitu ilmaantuvuus on kasvanut 2000-luvulla 18 % ja naisilla 13 %. Elämän aikana suolistosyöpään sairastuu 5,6 % miehistä ja 4,9 % naisista. Kolorektaalisyöpä selittää kokonaiskuolleisuudesta ainoastaan alle 3 %, ja se aiheutti yli 1 300 kuolemaa vuonna 2021 (1).

Suomessa aloitettiin suolistosyövän seulonta vuonna 2022. Se perustuu veren osoittamiseen immunologisella testillä (FIT). Testin etuja ovat automatisoitu analytiikka ja kynnyksarvon säädettävyyden eikä ruokarajoituksia tarvita. Testin herkkyys suolistosyövän toteamisessa on 69–100 %, ja sen on osoitettu vähentävän suolistosyövän esiintyvyyttä 10 % ja siihen liittyvää kuolleisuutta 22–62 % (2).

Vuonna 2023 seulonta koskee 60–70-vuotiaita, ja vuodesta 2031 alkaen se laajenee 56–74-vuotiaisiin. Seulontaan kutsutaan kahden vuoden välein. Toiminnasta vastaa hyvinvointialueilla Seulontakeskus. Positiivisen tuloksen saanutta kehoitetaan ottamaan yhteyttä seulontahoitajaan. Hyvinvointialue organisoi positiivisen tuloksen saaneiden kolonoskopioiden toimintanaan tai ostopalveluna. Kummassakin tapauksessa skopistien tulee täyttää tietyt kriteerit ja suorittaa verkkokoulutusohjain kurssi tentteineen.

Osallistuminen seulontaan on Suomessa ollut kansainvälisestikin erittäin aktiivista, 74–80 %, naisilla 82 % ja miehillä 74 %. Positiivisten testitulosten osuus on ollut 5–5,5 %, ja syöpiä on löytynyt 5–6 %:lta positiivisen näytteen antaneista (3,4).

Tänä vuonna seulonnan kohdeväestö on 420 000. Jos osallistujia on keskimäärin 77 % ja positiivisia löydöksiä 5 %, päädytään noin 16 300 kolonoskopiaan. Se on noin 16 % kolonoskopioiden vuosittaisesta määrästä.

Löydösten suuri määrä on yllättänyt skopistit. Vähintään yksi adenoomamuutos löytyy 80–100 %:ssa kolonoskopiaista (5), ja esimerkiksi tulehduksellisen suolistosairaudesta vuoksi järjestettyyn dysplasiaseurantaan verrattuna löydöksiä on merkittävästi enemmän. Tulehdukselliseen suolistosairauteen liittyvän dysplasian esiintyvyyttä oli 4 % ja vain 0,7 %:lla todettiin tautiin liittyvä syöpä (6).

Koska poistoa edellyttäviä löydöksiä on paljon, seulontaskopiat ovat vaativia ja aikaavieviä. Merkittävät muutokset tulee poistaa jo ensimmäisessä skopiassa, ja toimenpideaika on vähintään puolitoistakertainen tavanomaiseen verrattuna. Löydökset ja niiden edellyttämät seurannat huomioiden seulonta sitoo skopia-kapasiteettia arvioitua enemmän.

Seulontaskopiat koetaan mielekkäiksi ja vaikuttaviksi, mutta toiminnan laadun seurannan kannalta vastuulääkärillä tulee olla ajankohtaiset tulokset löydöksistä. Ongelmana on ollut skopiajonojen venymisen. Vain osalla alueista positiivisen löydöksen saanut pääse tähtystykseen tavoiteajassa eli kuukaudessa, ja usein tähtystystä joutuu odottamaan jopa puoli vuotta. Vaikka ennuste heikkenee vasta 6 kuukauden jälkeen todetusta positiivisesta tuloksesta (7), tutkittavalle on raskasta odottaa epä tietoisena siitä, onko kyseessä syöpä.

Endoskopian aiheet olisivat arvioitava uudelleen ja suunnattava resurssit vaikuttavuuden mukaan (8). Yhdistämällä veritestiin riskitekijäkyselyn tulokset seulontaskopioita voidaan suunnata vielä tarkemmin (9) ja vähentää paksusuolisyövän esiintyvyyttä, kuolleisuutta ja jatkossa myös leikkaustarvetta. ●

SIDONNAISUUDET

Martti Färkkilä: Suolistosyövän seulonnan asiantuntijaryhmän jäsen.



MARTTI FÄRKKILÄ

professori emeritus
Helsingin yliopisto ja Hus
Vatsakeskus

KIRJALLISUUTTA

- 1 <https://syoparekisteri.fi/tilastot/tautitilastot>
- 2 Ladabaum U, Dominitz JA, Kahi C ym. Strategies for colorectal cancer screening Gastroenterology 2020;158:418–32.
- 3 Rauhaniemi E, Salminen K, Koffert J. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen paksusuolisyövän seulontatutkimuksen tuloksia 2022. Suom Lääkäril, käsikirjoitus hyväksytty julkaistavaksi.
- 4 Njor SH, Friis-Hansen L, Andersen B ym. Three years of colorectal cancer screening in Denmark. Cancer Epidemiol 2018;57:39–44.
- 5 Carballal S, Sánchez A, Moreira L ym. Prevalence of adenomatous polyposis in a fecal immunochemical test-based colorectal cancer screening program and risk of advanced neoplasia during follow-up. Endoscopy 2022;54:688–97.
- 6 Puolanne A-M, Qadri S, Vesterinen T ym. Can dysplasia surveillance be better targeted in ulcerative colitis by using faecal calprotectin? Scand J Gastroenterol 2022;57:1304–11.
- 7 Mutneja HR, Bhurwal A, Arora S, Vohra I, Attar BM. A delay in colonoscopy after positive fecal tests leads to higher incidence of colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. J Gastroenterol Hepatol 2021;36:1479–86.
- 8 Färkkilä M. Gastroenterologien tautikirjo muuttuu – muuttuvatko tähtystyksen aiheet? Suom Lääkäril 2016;71:2315.
- 9 Helsingin LM, Vandvik PO, Jodal HC ym. Colorectal cancer screening with faecal immunochemical testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a clinical practice guideline. BMJ 2019;367:15515.