

Kilpirauhasen syöpää ylidiagnosoidaan

Iris Pasternack

LL, työterveyshuollon erikoislääkäri, tietokirjailija

Summaryx Oy

Nelikymppiseltä naiselta löytyi kilpirauhasen ultraäänitutkimuksessa pieni tiivistymä ja neulanäytteen tuloksena oli "syöpäepäily". Näin potilaalle kerrottiin puhelimesta. Kilpirauhasessa ei alun perin ollut varsinaista vikaa, eikä mitään palpoitavaa kyhmyä, vaan tutkimuksia oli tehty kaulakystan vuoksi. Kilpirauhasen syöpäepäily oli siis sattumalöytö. Potilas on korkeasti koulutettu ja perehtyi asioihin. Hän tiesi, että kilpirauhassyövässä esiintyy myös hitaasti eteneviä muotoja ja tunsikin myös, että leikkaushoidolla voi olla haittoja ja että seurauksena on yleensä elinikäinen kilpirauhashormonin korvaushoito. Hän sanoi jo ensi puhelun saatuaan, että haluaa keskustella tilanteestaan ja vaihtoehdoistaan ennen mahdollista leikkausta. Saapuessaan vastaanotolle seuraavalla viikolla hänelle kuitenkin valkeni, että käynnin tarkoitus oli vain keskustella leikkaavan lääkärin kanssa siitä, mitä seuraavalle päivälle aikataulutetussa leikkauksessa tullaan tekemään.

Potilas tiedusteli lääkäriltään leikkauksen ja leikkaamatta jättämisen riskejä, mutta koki, että ei saanut selkeitä vastauksia. Äänen käheytyymisen riskin sanottiin olevan parin prosentin luokkaa, mikä vaikutti pienemmältä kuin kirjallisuudessa esitetyt luvut, jotka ovat kymmenen prosentin luokkaa (Brito 2014). Potilas kysyi, olisiko mahdollista seurata, miten kasvain käyttäytyy, sillä olihan toistatessa ultraäänessä jo todettu, että muutos ei ollut kasvanut puolessa vuodessa lainkaan. Mutta lääkäri oli vastustanut

asiaa ja sanonut sellaista päätöstä jopa epäeettiseksi. Potilas sai kuulla, että leikkaus on ainoa lähestymistapa, mitä sairaala tarjoaa, ja jos hän siitä kieltäytyy, hänet poistetaan jonosta.

Potilas oli pahoillaan tilanteesta. Hän koki, ettei ollut saanut tarvitsemiaan lisätietoja ja perusteluja ja päätti ottaa aikalisän ja hakea vielä toisen lääkärin mielipiteen ennen leikkaukseen ryhtymistä.

Puntarissa syöpäkuolema ja hoitojen haitat

Kilpirauhasen syöpä on ollut malliesimerkki viime vuosina paisuneessa ylidiagnostiikkakeskustelussa.¹ Uusien tapausten ilmaantuvuus on yksi nopeimmin lisääntyviä, samaan aikaan kuolleisuus pysyy samalla vakaalla tasolla, missä se on ollut pitkään. Suurin osa syövistä on pieniä, paikallisia papillaarisia tuumoreita, joiden ennuste on erinomainen: 99 % potilaista on elossa 20 vuoden kuluttua. Alhaisesta riskistä huolimatta hoito on yhtä aggressiivista kuin huonomman ennusteen kilpirauhassyövissä.

Pienten, piilevien kilpirauhassyöpien määrä väestössä on suuri. Tämä on selvitetty Suomessa 1980-luvulla tutkimalla tapaturmaisesti kuolleiden iäkkäiden ihmisten kilpirauhasia.² Joka kolmannella vainajalla todettiin kilpirauhassyöpä, kun leikkeitä mikroskoipoitiin kahden millimetrin välein. Koska suuri osa kasvaimista oli alle kahden millimetrin kokoisia, tutkijat päättelivät, että tiheämmällä leikesarjalla lähes kaikilta löytyisi syöpä. Kun tätä valtavaa piilevien syöpien varastoa aletaan löytää yhä lisääntyvillä kuvantamistutkimuksilla, niin seuraus on ilmeinen. Yhdysvalloissa on arvioitu, että kuvantamistutkimuksissa sattumalta todetuista löydöksistä ainakin puolet on alhaisen riskin papillaarisia syöpiä.³

Leikkaushoitoa pidetään edelleen kilpirauhassyövän hoidon

kulmakivenä, mutta vaihtoehtoista keskustellaan. Tyydytäänkö lohkon poistoon vai poistetaanko kilpirauhanen kokonaan uusimisen estämiseksi? Sellaisia satunnaistettuja tutkimuksia ei ole, jotka vertaisivat näitä kahta leikkaustekniikkaa alhaisen riskin syövässä. Miten suhtaudutaan profylaktiseen imusolmukkeiden poistoon? Entä radioaktiivinen jodi, jolla pyritään varmistamaan, että leikkauksen jälkeen alueelle mahdollisesti jäänyt syöpäkudos saadaan tuhottua? Sen vaikuttavuutta on tutkittu alhaisen riskin kilpirauhassyövässä ja näyttää siltä, että tehoa ei ole. Tehottomuudesta huolimatta hoitoa käytetään varsin paljon kyseiseen indikaatioon, ainakin Yhdysvalloissa. Etanoli- ja laserablaatiota on ehdotettu leikkausta korvaaviksi toimenpiteiksi, samoin aktiivista seuranta.⁴

Japanissa on tehty kaksi isoa ja pitkäkestoista, havainnoivaa tutkimusta alhaisen riskin kilpirauhassyöpäpotilaiden seurannasta, ja niiden tulosten rohkaisemana vastaavanlainen tutkimus on käynnistetty myös yhdysvaltalaisessa syöpäkeskuksessa. Potilaat ovat olleet viisissäkymmenissä ja enimmäkseen naisia. Heidän kasvaimensa ovat paikallisia, papillaarisia kasvaimia ja kooltaan alle 1,5 cm, eikä patologisia imusolmukkeita ollut. Seuranta-ajat ovat keskimäärin viisi ja pisimmillään melkein 20 vuotta. Keskimäärin 14 % potilaista päätyi leikkaukseen jossain vaiheessa seuranta. Tautispesifinen kuolleisuus on kaikissa tutkimuksissa nolla.⁴

Potilaat arvostavat tietoa

Miten siis varmistaa turvallinen ja tehokas hoito potilaalle? Miten määritellään tasapaino, jossa kuolleisuus on mahdollisimman alhainen, mutta samalla myös hoitojen aiheuttamat haitat mahdollisimman vähäisiä? Alhaisen riskin kilpirauhasen syövän hoidossa tasapaino ei ole selvästi hyötyjen puolella, vaan haittojen riskit ovat hyötymisen mahdollisuuteen verrattuna merkittäviä. Tällaisissa

tapauksissa potilaiden omat arvot ja näkemykset tulevat tärkeiksi. Jotkut heistä tekevät kaikkensa välttääkseen pienenkin lisäriskin sairastua ja kuolla syöpään. Toiset taas panevat enemmän painoa hoidon välittömille haittavaikutuksille ja seuraamuksille, kuten pysyväälle korvaushoidolle ja ovat taipuvaisempia valitsemaan seurannan, jos lääkäri sitä ehdottaa.

Lääkäreinä oletamme herkästi, että potilaat ovat aina turvallisuushakuisia ja haluavat välttää syöpäkuoleman hinnalla millä hyvänsä. Näin ei kuitenkaan läheskään aina ole. Olen hiljan kirjoittanut kirjan ylidiagnostiikasta suurelle yleisölle ja olen sen jälkeen kohdannut kymmeniä ihmisiä, jotka sanovat, että vihdoinkin heidän ajatuksillaan on ääni. He luottavat lääketieteeseen ja lääkäreihinsä mutta eivät pidä ajatuksesta, että vaivalloisilla toimenpiteillä saavutetaan vähän hyvää elämää tai vain hyvin epätodennäköisesti. Itsekkyuden sijaan olen törmännyt puheenvuoroihin, joissa korostetaan halua kohtuullisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Kalliita tutkimuksia ja hoitoja ei haluta, jos niiden tiedetään tuovan vain muutaman viikon lisää elinaikaa tai vain muutaman prosenttiyksikön suuruisen riskin alenemisen. Potilaat arvostavat tasapainoisesti esitettyä tietoa, myös numerotietoja riskistään ja mahdollisuuksistaan. Joskus ne vaikuttavat ennakkokäsityksiin ja muokkaavat päätöstä, mutta eivät aina. Mutta silloinkin tieto koetaan tärkeäksi.

Potilaiden näkökulman huomioimisen lisäksi toinen tärkeä asia vaatii huomiota. Jos todella on niin, että kilpirauhassyövän lisääntymisen merkittävä syy on kaulan alueen kuvantamisten lisääntyminen, niin oleellista lienee miettiä tarkkaan, millä perusteella kaulaa kuvannetaan ja miten mahdollisiin sattumalöydöksiin kuvissa suhtaudutaan.

YHTEENVETO

Kilpirauhasen syövän ilmaantuvuus lisääntyy maailmalla kuolleisuuden pysyessä vakaana. Kyse on ylidiagnostiikasta,

joka syntyy, kun kaulan alueen lisääntyvät kuvantamistutkimukset tuovat esiin piileviä syöpiä, joiden yleisyys väestössä on todella suuri. Sattumalöydöksistä ainakin puolet on alhaisen riskin syöpiä, joiden ennuste on erinomainen, todennäköisesti myös ilman hoitoa. Tarvitsemme keskustelua kuvantamisen aiheista ja suhtautumisesta sattumalöydöksiin sekä potilaiden informoimisen tärkeydestä.

Lähteet

1. Pasternack I. Tautitehdas. Miten ylidiagnostiikka tekee meistä sairaita? Atena kustannus Oy 2015. Keuruu, Otavan kirjapaino. ISBN 978-952-300-119-0.
2. Harach HR, Franssila KO, Wasenius VM. Occult papillary carcinoma of the thyroid. A "normal" finding in Finland. A systematic autopsy study. *Cancer* 1985;56(3):531-538.
3. Morris LG, Sikora AG, Tosteson TD, Davies L. The increasing incidence of thyroid cancer: the influence of access to care. *Thyroid* 2013;23:885-891.
4. Brito JP, Hay ID, Morris JC. Low risk papillary thyroid cancer. State of the art review. *BMJ* 2014;348:g3045doi: 10.1136/bmj.g3045.