

## Mitä lääkärin ja potilaan tulee tietää eturauhassyövän seulonnasta?

**Eturauhassyöpä** on nykyään huomattava lääketieteen ja kansanterveyden haaste. Se on miesten yleisin syöpä ja toiseksi merkittävien syöpäkuolemien aiheuttaja miehillä Suomessa sekä koko Euroopan unionissa. Silti eturauhassyövän aiheuttajia tunnetaan huonosti, ennusteen arvioiminen on vaikeaa eikä tärkeimpiä kuratiivistavoitteisia hoitomuotoja – leikkausta ja sädehoitoa – vertailevia satunnaistettuja tutkimuksia ole tehty.

Plasman PSA-pitoisuuden määrittämiseen perustuva seulonta on yksi keino vähentää eturauhassyövän aiheuttamaa kuolleisuutta. Äskettäin julkaistun laajan eurooppalaisen satunnaistetun seulontakokeen tulokset tarkentavat arviota seulonnan vaikuttavuudesta: 13 vuoden seurannassa eturauhassyövän aiheuttama kuolleisuus oli viidenneksen pienempi seulontaryhmässä ja absoluuttinen pienenemä oli yksi estetty kuolema 781 seulontaan kutsuttua miestä kohti (1). Noin 20 %:n kuolleisuuden pienenemä on samaa suuruusluokkaa kuin rintasyövän ja suolistosyövän seulonnoilla saavutettava kuolleisuushyöty (2).

PSA-pitoisuuden määrittäminen perustuvan seulonnan keskeisin haitta on yli diagnostiikka (3). Eurooppalaisessa tutkimuksessa ilmaantuvuuskerroin oli seulontaryhmässä 1,4-kertainen vertailuryhmään nähden (10,2/100 ja 6,8/100). Ero saattaa jossain määrin tasoittaa seurannan jatkuessa, sillä seulonnalla syöpä löydetään keskimäärin kuusi vuotta aiemmin (4). Silti jopa 40 % seulonnassa todetuista syövästä olisi jäänyt piileviksi koko miehen elinajaksi (4). Näiden tapausten hoitamista ei siis ole miehelle hyötyä, mutta hoidon aiheuttamat haitat saattavat olla tuntevia. Ne

kuormittavat myös turhaan terveydenhoitojärjestelmäämme, olipa sitten kyse indolenttien syövän kajoavasta hoidosta tai aktiivisesta seurannasta, jolla vältetään edellisen mahdolliset haitat.

Koska seulonta aiheuttaa sekä kiistatonta hyötyä (eturauhassyöpäkuolleisuuden pienenemä) että huomattavaa haittaa (ylidiagnostiikka ja tarpeettomien hoitojen haittavaikutukset), on sitä koskeva päätöksenteko vaikeaa. Hyötyjen ja haittojen punnitseminen vaatii tarkkaa pohjatietoa seulonnan vaikutuksista. Hyödyt ja haitat eivät ole yhteismittallisia. On mahdotonta sanoa, kuinka monta tarpeettomasti hoidettua syöpätapausta aiheuttaa haitan, joka vastaa yhtä eturauhassyöpäkuolemaa. Koska objektiivista totuutta ei ole, nämä tulisi punnita yksilökohtaisesti. Jos erektiokyky on jo hiipunut tai seksielämää ei enää ole, erektiohäiriön riski on sivuseikka. Jos taas virtsanpidätyskyky huononee ja mies joutuu käyttämään vaippoja, tämä saattaa heikentää jyrkästi koettua elämänlaatua, mitä tulee painottaa arvioissa.

Koska nykyiset suositukset oireettomien miesten PSA-mittauksista perustuvat väestöpohjaisen seulontaohjelman tuloksiin, niitä ei voi ekstrapoloida yksittäisen miehen opportunistiseen PSA-mittaukseen. Tällöin olisi myös selkeintä käyttää ilmaisua PSA-mittaus seulonnan sijasta.

Useat lääketieteelliset yhdistykset kuten Euroopan urologiyhdistys sekä yhdysvaltalaiset organisaatiot ovat korostaneet potilaan informointia ja sen perusteella yksilökohtaisesti tehtävää päätöstä PSA-mittauksesta parhaana lähestymistapana tilanteessa, jossa väestöpoh-

## PÄÄKIRJOITUS

**TAULUKKO.** Lääketieteellisten yhdistysten suosituksia eturauhassyövän seulonnasta. Ne kaikki suosittelevat keskustelua potilaan kanssa PSA-mittauksen hyödyistä ja haitoista sekä sen soveltuvuudesta juuri hänelle.

Organisaatio (vuosi)	Ketä pitäisi seuloa / määrittää PSA?	Seulontaväli
Euroopan urologi-yhdistys (2013)	Kaikilta PSA:n peruspitoisuus 40–45 vuoden iässä	Mikäli PSA >1,0 µg/l, määrittäminen 2–4 vuoden välein 45–59 vuoden iässä, mikäli <1,0 µg/l 8 vuoden välein
Yhdysvaltain urologi-yhdistys (2013)	55–69-vuotiaat ja ≥ 70, joiden oletettu elinikä 10–15 vuotta. Myös < 55-vuotiaat, jos riski suuri. Informointi ja yksilöllinen päätös yhdessä potilaan kanssa	Kahden vuoden välein ennemmin kuin vuosittain. Yksilöllisesti perus-PSA:n perusteella.
Yhdysvaltain syöpä-yhdistys (2012)	Yli 50-vuotias normaaliriskin mies, jonka oletetaan elävän yli 10 vuotta 45-vuotiaat suuren riskin miehet (1. asteen sukulainen sairastunut alle 65-vuotiaana) 40-vuotiaat erityisen suuren riskin miehet (useita 1. asteen sukulaisia sairastunut alle 65-vuotiaana)	Jos perus-PSA ≥ 2,5 µg/l, vuosittain; jos < 2,5 µg/l, kahden vuoden välein Biopsia kaikille mikäli PSA > 4 µg/l Mikäli PSA 2,5–4 µg/l, biopsia yksilöllisesti
Kanadan urologi-yhdistys (2011)	Yli 50-vuotias mies, jonka oletetaan elävän ainakin 10 vuotta. Informointi ja päätös yhdessä miehen kanssa ≥ 40-vuotias suuren riskin mies Harkitse PSA:n peruspitoisuuden määrittämistä 40–49-vuotiaalta	Harkitse välejä ad 4 vuotta
US Preventive Services Task Force (2012)	Seulonta ei perusteltua	

jaisia seulontoja ei voi suositella (**TAULUKKO**). Näin päätökset voidaan tehdä parhaan tutkimustiedon pohjalta ja painottaen kuolleisuus-hyötyä ja elämänlaatuhaaitta potilaan omaan näkemykseen pohjautuvan painotuksen mukaisesti. Tämä onnistuu parhaiten, jos oleellinen tieto on koottu valmiiksi paketiksi tukemaan päätöksentekoa. Tällaisia päätöksentuki-instrumentteja on laadittu Yhdysvalloissa useita (American Society for Clinical Oncology) (American Cancer Society) ja muualla (UK National Health Service, Informed Medical Decisions Foundation), mutta Suomeen sellaista ei vielä ole sovellettu, mikä onkin selvä puute (5, 6).

Ihanteellista olisi, jos tehtäessä päätöstä PSA-mittauksesta pystyttäisiin arvioimaan, mikä hyötyjen ja haittojen todennäköisyys on yhden nimenomaisen potilaan kohdalla. Joitain malleja yksilöllisen riskin arvioitiin onkin kehitetty (tunnetuimpina ERSPC Rotterdam/SWOP <http://www.prostatecancer-riskcalculator.com/> ja Sunnybrook [\[brook.ca/content/?page=occ-prostatecalc\]\(http://brook.ca/content/?page=occ-prostatecalc\)\), mutta niissä arvioidaan vain syövän toteamisen todennäköisyyttä, ei pitkän aikavälin hyötyjä ja haittoja. Tätä rajoittaa se, ettei toistaiseksi ole löydetty sellaisia riskitekijöitä, geneettisiä polymorfismeja tai biomerkkiaineita, jotka parantaisivat merkittävästi PSA:n ennustearvoa. Tutkimustyö jatkuu intensiivisesti, ja toivomme, että jatkossa tutkimustuloksia olisi käytettävissä päätöksen teon apuna \(7, 8, 9\).](http://sunny-</a></p></div><div data-bbox=)

Tällä hetkellä ei ole perusteita aloittaa PSA:n määrittämiseen perustuvia väestöpohjaisia eturauhassyövän seulontaohjelmia, vaan tarvitaan seulonnan tarkempaa kohdentamista hyötyjen maksimoimiseksi ja haittojen minimoimiseksi. Tämä on monen tutkijaryhmän tavoitteena sekä Suomessa että muualla. Meillä tutkimustyölle antaa erinomaiset edellytykset jo pian 20 vuotta jatkunut laaja satunnaistettu seulontatutkimus, jonka edelleen jatkuvan seurannan tuottamat tiedot voidaan hyödyntää tähän tarkoitukseen. ■

## KIRJALLISUUTTA

1. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, ym. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet* 2014;384:2027–35.
2. Malila N. Syöpäseulonnat, niiden hyödyt ja haitat. *Duodecim* 2014;130:1493–9.
3. Esserman LJ, Thompson IM, Reid B, ym. Addressing overdiagnosis and overtreatment in cancer: a prescription for change. *Lancet Oncol* 2014;15:e234–42.
4. Draisma G, Etzioni R, Tsodikov A, ym. Lead time and overdiagnosis in prostate-specific antigen screening: importance of methods and context. *J Natl Cancer Inst* 2009;101:374–83.
5. Cuzick J, Thorat MA, Andriole G, ym. Prevention and early detection of prostate cancer. *Lancet Oncol* 2014;15:e484–92.
6. Gulati R, Inoue LY, Gore JL, Katcher J, Etzioni R. Individualized estimates of overdiagnosis in screen-detected prostate cancer. *J Natl Cancer Inst* 2014;106:djt367.
7. Nordström T, Aly M, Eklund M, Egevad L, Grönberg H. A genetic score can identify men at high risk for prostate cancer among men with prostate-specific antigen of 1–3 ng/ml. *Eur Urol* 2014;65:1184–90.
8. Al-Olama AA, Kote-Jarai Z, Berndt SI, ym. A meta-analysis of 87,040 individuals identifies 23 new susceptibility loci for prostate cancer. *Nat Genet* 2014;46:1103–9.
9. Pashayan N, Duffy SW, Neal DE, ym. Implications of polygenic risk-stratified screening for prostate cancer on overdiagnosis. *Genet Med* 2015 Jan 8 [Epub ahead of print].



**ANSSI AUVINEN, LT, epidemiologian professori**  
Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö



**TEUVO TAMMELA, LKT, kirurgian professori**  
Tampereen yliopisto, Lääketieteen yksikkö  
urologian ylilääkäri, vastuualuejohtaja,  
Kirurgian vastuualue, TAYS

## SIDONNAISUUDET

**Anssi Auvinen:** Asiantuntijapalkkio (Astellas, Janssen-Cilag, Orion Pharma, Pfizer)

**Teuvo Tammela:** Ei sidonnaisuuksia