

MÄENPÄÄ, JUHO OSKARI:

Eturauhassyöpöpotilaiden passiiviseurannan toteutus Tyksin alueella vuosina 2010–2021

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 15 s.

Urologia

Kevät 2024

Eturauhassyövän yhtenä hoitomuotona on passiiviseuranta, joka ei sen määritelmän mukaan ole varsinaista seurantaa. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, kuinka paljon passiiviseurattuja potilaita on ja miten heidän hoitonsa on toteutettu Tyksin alueella annetulla aikavälillä.

Aineistona oli kaikki eturauhassyöpädiagnoosiin saaneet potilaat Tyksin alueella vuosina 2010–2021. Tutkimus tehtiin retrospektiivisesti potilasasiakirjojen ja urologian laaturekisterin pohjalta. Potilaat jaettiin ensin eri hoitomodaliteetteihin ja tämän jälkeen tarkasteltiin erikseen passiiviseurantaa. Lisäksi tutkittiin mitkä tekijät vaikuttivat passiiviseurannan valintaan hoitomuotona ja kuinka usein näitä potilaita seurattiin eturauhassyövän osalta.

Passiiviseurantaan päädytään diagnoosihetkellä verrattain harvoin. Noin 2 %:lla tutkimuspotilaista passiiviseuranta oli ensisijainen hoitomodaliteetti. Teksteissä korostui yleensä ns. watchful waiting -tyylinen lähestymistapa, joka ei täytä varsinaisen aktiiviseurannan kriteereitä. Yleensä PSA:ta seurattiin urologian poliklinikan puolelta harvakseltaan (6-12kk välein), kunnes siirryttiin avoterveydenhuollon vuosittaiseen PSA-seurantaan urologin ohjeiden sekä hälytysrajan kanssa. Passiiviseuranta on huomattavasti yleisempää toisen linjan hoitomodaliteettina, mutta tässä tutkimuksessa keskityttiin diagnoosihetken hoitomodaliteettien jakautumiseen ja muut passiiviseurattut potilaat rajattiin aineistosta pois.

avainsanat: eturauhassyöpä, passiiviseuranta, hoitomodaliteettien jakautuminen

Sisällysluettelo

1. Johdanto	3
1.1. Eturauhassyövän yleisyys, ennuste ja luokittelu	
1.2. Eturauhassyövän hoito yleisesti	
1.3. Syövän ennuste ja hoitojen haitat	
1.3. Aktiiviseuranta vai passiiviseuranta	
1.4. Passiiviseurannan toteutus	
1.5. Tutkimuksen tavoitteet	
2. Aineisto	7
3. Menetelmät	7
4. Tulokset	9
5. Pohdinta	12
6. Lähteet	14

1.1. Eturauhassyövän yleisyys, ennuste ja luokittelu

Suomessa todettiin vuonna 2021 uusia syöpätapauksia 36 543, joista n. 5200 oli eturauhassyöpiä. Keski-ikä diagnoosin toteamishetkellä on n. 70 vuotta. Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä, ja se kattaa 30 % miesten uusista syöpädiagnooseista. Syöpärekisterin ennusteen mukaan vuonna 2040 tullaan toteamaan vuosittain lähes 7000 uutta eturauhassyöpää.^[3] Yleisesti eturauhassyövän viisivuotisennuste on yli 90 %, mutta se aiheuttaa miehillä toiseksi eniten syöpäkuolemia keuhkosityövän jälkeen. Paikallisesti levinneen eturauhassyövän viisivuotisennuste on 60 %, kun taas luustoon levinneen syövän keskimääräinen elinajanennuste on 2–3 vuotta.^[12] Vuonna 2021 eturauhassyöpään kuoli 976 ihmistä. Suomessa eturauhassyövän ilmaantuvuus on ikävakioiduna 183/100 000 henkilövuotta.^[2]

Eturauhassyöpä poikkeaa monella tapaa muista syövistä. Eturauhassyöpää esiintyy latenttina 50-vuotiaista miehistä noin 30 %:lla ja yli 80-vuotiaista peräti 70–80 %:lla. Suurin osa latenteista, histologisesti löydettävistä eturauhassyövistä (n. 90 %) on kliinisesti merkityksettömiä, eikä syöpädiagnoosista huolimatta potilaalle tarvita koskaan mitään syöpähoitoja.^[1]

Eturauhassyövän ennusteeseen vaikuttaa sen riskiluokka, joka määritellään prostataspesifisen antigeenin (PSA), ultraäänilöydöksen ja Gleason-luokituksen avulla. PSA:ta nostavat syövän lisäksi myös eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvu sekä eturauhasen tulehdus, koska PSA ei ole syöpä- vaan elinspesifinen antigeeni. PSA:n viitevälit ovat iästä riippuvaisia. Gleason-luokituksen tekee kudoksenäytteen tutkiva patologi, ja se koostuu kahdesta luvusta ja niiden summasta. Ensimmäinen luku kuvaa yleisintä kasvutapaa, ja toinen huomattavasti erilaistunutta (=ärhäkämpää) komponenttia tai toiseksi yleisintä kasvutapaa. Molemmat luvut ilmoitetaan asteikolla 1-5 (1=hyvin erilaistunut, 5=huonosti erilaistunut), ja lisäksi ilmoitetaan näiden summa. Nykyisin käytetään enemmän perinteisen Gleason-luokittelun rinnalla Gleason grade group -luokittelua (GGG), joka jakautuu viiteen erilaistumisryhmään. Luokittelussa 1. ryhmä vastaa Gleasonin pisteitä 3+3, 2. ryhmä pisteitä 3+4, 3. ryhmä pisteitä 4+3, 4. ryhmä kokonaispisteitä 8 (3+5, 4+4 tai 5+3) ja 5. ryhmä kokonaispisteitä 9–10.^[10]

PSA:n ollessa alle 10 µg/l, ultraäänitutkimuksen ollessa puhdas ja Gleason-luokituksen ollessa <7 (GGG 1) puhutaan matalan riskin eturauhassyövästä. Keskiriskin eturauhassyövässä PSA on 10–20 µg/l, ultraäänessä on epäilyttävä löydös ja Gleason-luokitus on 7 (GGG 2 tai 3). Korkean riskin eturauhassyövässä PSA on >20 µg/l ja Gleason-luokitus >7 (GGG 4 tai 5).

Lisäksi kaikki levinneet syövät ovat korkean riskin syöpiä riippumatta PSA:sta tai Gleason-luokituksesta.^[5]

1.2. Eturauhassyövän hoito yleisesti

Eturauhassyövän hoito voidaan jakaa karkeasti paikallisen ja levinneen taudin hoitoon.

Paikallisen taudin hoitovaihtoehtoina ovat leikkaushoito, sädehoito sekä aktiivi- tai passiiviseuranta. Leikkaus- ja sädehoito ovat kuratiivistavoitteisia, eli tavoitteena on poistaa syöpä kokonaan. Leikkaushoitoa suositaan nuoremmilla leikkaukelpoisilla potilailla, joilla on paikallinen syöpä ja elinajanennuste yli kymmenen vuotta. Neljä viidestä leikkauksesta tehdään Suomessa robottiavusteisesti. Kuratiivinen sädehoito annetaan yleensä ulkoisesti, ja se soveltuu paikallisen eturauhassyövän hoitoon silloin, kun potilaat eivät ole halukkaita tai soveliaita leikkaukseen. Sädehoitoon liitetään melkein aina liitännäishormonihoito.

Aktiiviseurannassa potilasta seurataan ennalta määrätyllä tavalla. Sen tavoitteena on välttää tarpeetonta hoitoa matalan riskin syövissä, ja toisaalta tunnistaa milloin eturauhassyöpä täytyy hoitaa kuratiivisesti. Aktiiviseurantaan soveltuvat potilaat, joilla on paikallinen, pienen riskin eturauhassyöpä. Passiiviseuranta tarkoittaa lähtökohtaisesti sitä, että potilasta ei seurata, vaan mahdollinen hoito on oireenmukaista (virtsaamisvaivat, luustokivut). Passiiviseuranta soveltuu potilaille, joille parantavat hoidot katsotaan tarpeettomaksi elinajanennusteen tai muiden sairauksien vuoksi.

Levinneen eturauhassyövän hoitona käytetään ensisijaisesti hormonihoitoa. Eturauhassyöpä käyttää yleensä testosteronia kasvamiseen, minkä vuoksi hormonihoiton tavoitteena on estää androgeenien eritystä tai vaikutus eturauhasessa. Tällöin eturauhassyövän kasvu hidastuu ja parhaimmillaan jopa pysähtyy.^[11] Joskus myös ärhäkämmissä eturauhassyövissä voidaan päätyä passiiviseurantaan.

1.3. Syövän ennuste ja hoitojen haitat

Eturauhassyöpä on miehillä tavattoman yleinen ja sen ennuste on yleensä hyvä.

Ruumiinavauksen yhteydessä toteutettu eturauhasen histopatologinen tutkimus vainajille, joilla ei ole tiedossa eturauhassyöpää osoittaa, että 35 %:lla miehistä (keski-ikä 62.5 vuotta) löytyy eturauhassyöpä.^[14] Lähes 20 000 eturauhassyöpään sairastuneen miehen rekisteritutkimuksessa todettiin, että miehillä, joilla ei oltu aloitettu kuratiivistavoitteista hoitoa puolen vuoden aikana diagnoosihetkestä, ja joiden CCI-pisteet (Charlson Comorbidity Index)

olivat >2, kokonaiskuolleisuus oli 10 vuoden seurannassa joka tapauksessa erittäin suurta (64–94%) riippumatta syövän ärhäkkydestä tai potilaiden iästä.^[15] Eturauhassyövän kuratiivistavoitteeseen hoitoon liittyy useita haittoja. Leikkaushoidon yleisimpiä haittoja ovat vaikea virtsan pidätyskyvyn heikkous, jota tulee 0,5–1 %:lle potilaista, kun taas lievempää heikkoutta esiintyy 8–14 %:lla leikatuista potilaista. Erektiokyky säilyy 25–91 %:lla riippuen iästä ja lähtötilanteesta.^[12] Sädehoidon haittavaikutukset ovat virtsaoireet, suolen toiminnan muutokset ja erektiokyvyn heikkeneminen.^[1] Hormonihoidon yleisimpinä haittoina esiintyy kuumia aaltoja, seksuaalisen halukkuuden häviämistä sekä luuntiheyden ja lihasmassan vähenemistä. Koska kliinisesti merkityksetöntä, kilttiä eturauhassyöpää esiintyy varsinkin vanhemmilla miehillä paljon, on tärkeää välttää eturauhassyövän ylihoitoa, jolla ei vaikuteta elinajanodotteeseen, mutta altistetaan potilas merkittäville hoitojen haittavaikutuksille.

1.4. Aktiiviseuranta vai passiiviseuranta

Aktiiviseurannassa potilaan eturauhassyöpää seurataan ennalta määrätyn tavan mukaisesti, esimerkiksi PRIAS-ohjelmassa PSA mitataan kolmen kuukauden välein ja systemaattiset koepalat uusitaan ensimmäisen vuoden jälkeen. Jos tilanne vaatii, voidaan eturauhassyöpä yleensä hoitaa kuratiivisesti, joten aktiiviseurantaan soveltuva potilasryhmä pitää valikoida tarkasti. Passiiviseurantaan (englanninkielisessä kirjallisuudessa 'watchful waiting') valitaan yleensä potilaat, joilla on rauhallinen syöpä ja elinajanodote alle kymmenen vuotta, mutta myös aggressiivisempia tautimuotoja voidaan seurata passiivisesti. Passiiviseurannan periaatteena on valikoida potilaat, jotka tulevat kuolemaan todennäköisesti muuhun tautiin kuin eturauhassyöpään. Tällöin säästetään resursseja, vältetään syövän ylihoitamista ja hoitoon liittyviä haittoja. Arviointia helpottamaan on tehty erilaisia todennäköisyyksiin perustuvia laskureita kuten Memorial Sloan Kettering Cancer Centerin nomogrammi. Tähän sijoitettuna esimerkiksi 75-vuotias mies, jolla on eteisvärinä, astma, lievä verenpainetauti ja hyperkolesterolemia ja joka on nuoruudessaan tupakoinut, riski kuolla hoitamattomaan keskiriskin eturauhassyöpään (T1c, Gleason 3+4, PSA 10 µg/l) on kymmenen vuoden aikana 3 %, kun taas riski kuolla muihin sairauksiin on 81 %.^[16]

Päätös passiiviseurannasta ei ole aina helppoa, koska yksittäisen syövän progressiota on vaikea ennustaa. Yleisenä linjauksena on, että elinvuosia pitäisi arvion mukaan olla 10–15 vuotta jäljellä, jotta kuratiivistavoitteinen hoito olisi mielekäästä.^{[1][5]} Koska eturauhassyöpä diagnosoidaan keskimäärin 70-vuotiaalta mieheltä, tulee hoitavan urologin arvioida kattavasti

kokonaiskuvaa ja liitännäissairauksia. Joillakin potilailla voi olla korkeasta iästä huolimatta elinaikaa jäljellä kymmeniä vuosia.

1.5. Passiiviseurannan toteutus

Passiiviseurantaan ei ole olemassa yhtenäistä seurantaohjelmaa, joten seurannan toteutuksen tai sen toteuttamatta jättämisen suunnittelee hoitava urologi oman kliinisen arvionsa mukaan. Kirjallisuudessa puhutaan 'kliinisestä seuraamisesta' joka on hieman tulkinnanvarainen – lähtökohtaisesti potilas hakeutuu syövän oireiden ilmentyessä lääkäriin, mutta käytännössä ainakin PSA:ta seurataan harvakseltaan suurimmalta osalta passiiviseuratuista potilaista. Tuoreimmassa EAU:n Guidelines on Prostate Cancer -julkaisussa suositellaan vahvan näytön perusteella passiiviseurantaa potilaille, joilla on paikallinen, oireeton eturauhassyöpä ja elinajanodote alle kymmenen vuotta.^[5] Passiiviseurannan käytännön toteutuksesta ei ole suosituksessa mainintaa. Eturauhassyövän Käypä hoito -suosituksen mukaan passiivisen seurannan toteutus on 'potilaskohtainen', joka myös on tulkinnanvarainen käsite.

1.6. Tutkimuksen tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella passiiviseurattujen potilaiden määrää ja heidän seurantansa toteutusta Tyksin alueella vuosina 2010–2021.

2. Aineisto

Aineistona olivat kaikki Tyksin alueen potilaat, jotka olivat saaneet eturauhassyöpädiagnoosin aikavälillä 2010–2022. Tutkimus tehtiin retrospektiivisesti potilasasiakirjojen ja urologian laaturekisterin pohjalta. Potilaiden sisäänottokriteerinä oli diagnoositu eturauhassyöpä annetulla aikavälillä Tyksin alueella. Potilaat, joiden diagnoosi oli asetettu ennen vuotta 2010 tai joiden hoito toteutettiin muualla, rajattiin aineistosta pois. Passiiviseurantaa käytetään usein toisen linjan hoitomodaliteettina, mutta tässä aineistossa tarkastellaan vain diagnoosihetken hoitomodaliteettien jakautumista.

3. Menetelmät

Potilaiden valitseminen tutkimukseen tapahtui hakemalla potilastietojärjestelmästä potilaat, joille oli asetettu eturauhassyövän ICD-10 diagnoosikoodi C61, minkä jälkeen heidät jaettiin eturauhassyövän hoitomodaliteettien perusteella kuuteen ryhmään (leikkaus, hormonihoito, sädehoito, yhdistetty hormoni- ja sädehoito, aktiiviseuranta, passiiviseuranta). Osalla syövän hoitomodaliteeteista on oma toimenpidekoodi (leikkaus, sädehoito, hormonihoito, säde- ja hormonihoito), mutta aktiivi- tai passiiviseurannalle vastaavanlaista koodia ei ole.

Passiiviseurantaan valikoituneet potilaat tunnistettiin aluksi automaattisesti tekstinlouhinta-algoritmeilla. Tämän jälkeen valikoidun potilasryhmän tietoja tarkistettiin vielä potilastietojärjestelmätekstien perusteella, jotta tekstinlouhinta-algoritmin toimivuus saatiin varmistettua ja potilasryhmästä saatiin poimittua todellisuudessa passiiviseurattut potilaat. Potilaista kerättiin myös tiedot diagnoosihetken PSA-arvosta sekä Gleason-luokasta, joka jaettiin edelleen viiteen ISUP (International Study of Urological Patology 2019) Gleason Grade Group -ryhmiin (GGG).

Jokaiselle potilaalle määritettiin Charlson Comorbidity Index (CCI), joka kehitettiin alun perin ennustamaan kuoleman riskiä ensimmäisen vuoden aikana sairaalahoitoon joutuneiden potilaiden kohdalla, joilla oli tietyt komorbiditeetit. Nykyään sitä käytetään 10 vuoden kuolleisuuden ennustamiseen 16 muuttujan avulla, jotka ovat ikä, aikaisempi infarkti, sydämen vajaatoiminta, perifeerinen vaskulaaritauti, aivotapahtuma, dementia, COPD, sidekudostauti, ulkustauti, maksasairaus, diabetes, hemiplegia, munuaisten vajaatoiminta, tuumori, leukemia, lymfooma ja AIDS. Mitä enemmän pisteitä potilaalle kertyy, sitä heikompi on hänen elinajanennusteensa. ^[17] Potilaat jaettiin CCI-pisteytyksen pohjalta kolmeen ryhmään: alle kolme pistettä, 3–6 pistettä ja yli kuusi pistettä.

Tilastolliset menetelmät

Jatkuvat muuttujat kuvataan muodossa keskiarvo (IQR) ja luokitellut muuttujat muodossa lukumäärä (prosenttiosuus). Tulosten analysointiin käytettiin JMP Pro 17 -sovellusta. Potilaiden CCI-arvo saatiin ns. R-paketilla, joka poimii potilastiedoista CCI:n kannalta merkitykselliset ICD-10-diagnoosikoodit.

Eettiset näkökulmat

Koska kyseessä on retrospektiivinen tutkimus, eettisen toimikunnan lupaa potilastietojen keräämiselle ei tarvittu. Potilastietojen keräämiseen oli Varsinais-Suomen hyvinvointialueen lupa.

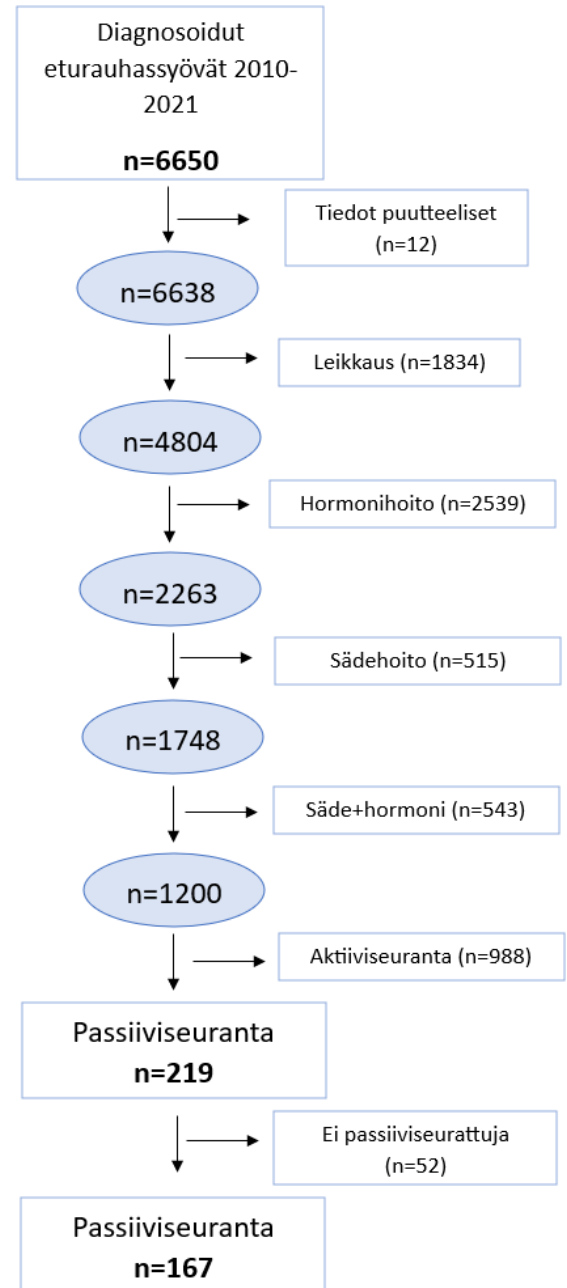
4. Tulokset

Potilaita oli yhteensä 6650. Potilasteksteistä huomattiin, että kahdentoista potilaan tiedot olivat puutteelliset. Yleisimpänä syynä oli ennen vuotta 2010 asetettu diagnoosi.

Eturauhassyöpäpotilaita diagnosoitiin aikavälillä 2010–2021 Tyksin alueella yhteensä 6638.

Heistä 1834:lle (28 %) valittiin ensisijaisena hoitomodalityettina leikkaushoito. Potilaista 2539:lle (38 %) toteutettiin hormonihoito ja 515:lle (8 %) sädehoito. Säde- sekä hormonihoitoon sai 543 (8 %) potilasta. Aktiiviseurattuja oli 988 (15 %) ja passiiviseurattuja alun perin 219, manuaalisen rajauksen jälkeen 167 (2 %). Rajatusta aineistoista 30 potilasta oli aktiiviseurattuja. Kaksi potilasta sai TULSA-hoidon, kaksi hormonihoitoon, viisi hormoni- ja sädehoitoon, sekä kolme potilasta hoidettiin muualla kuin Tyksissä. Kuudella potilaalla diagnoosi oli asetettu ennen vuotta 2010. Neljällä potilaalla diagnoosia ei ollut histopatologisesti määritelty.

Kaavio 1 Tutkimusjoukon valinta



Passiiviseuratut olivat diagnoosihetkellä keskimääräisesti vanhempia (80 v (IQR 8) verrattuna 71 v (IQR 12), ja heidän PSA oli diagnoosihetkellä matalampi (8.1 µg/l (IQR 11.0) verrattuna 9.3 µg/l (10.1).

Passiiviseuratuista potilaista 78:lla CCI oli <3 (47 %), 79:llä 3–6 (47 %) ja kymmenellä potilaalla >6 (6 %). Vastaavat luvut koko kohortissa olivat 4449 (67 %), 1876 (28 %) ja 167 (3 %). CCI puuttui tässä joukossa 146 potilaalla (taulukko 1).

Taulukko 1

	Kaikki hoitomodalityetit (n=6638)	Passiiviseuranta (n=167)
Ikä vuosina, mediaani (IQR)	71.0 (11.7)	80.3 (8.0)
PSA µg/l, mediaani (IQR)	9.3 (10.1)	8.1 (11.0)
CCI (%)		
<3	4449 (67)	78 (47)
3-6	1876 (28.2)	79 (47)
>6	167 (2.5)	10 (6)
Puuttuu CCI	146 (2.3)	-
Gleason grade group (%)		
Luokitus tiedossa	4709	98
Luokitus ei tiedossa	1929	69
GGG1	855 (18.2)	43 (44)
GGG2	1417 (30)	30 (31)
GGG3	944 (20)	11 (11)
GGG4	374 (8)	4 (4)
GGG5	1119 (23.8)	10 (10)

Passiiviseuratuista GGG1-ryhmään sijoittui 43 potilasta (44 %), GGG2-ryhmään 30 (31 %), GGG3-ryhmään 11 (11 %), GGG4-ryhmään 4 (4 %) ja GGG5-ryhmään 10 potilasta (10 %). Passiiviseuratuista 69:llä ei ollut kirjattuna Gleason-luokitusta. Koko kohortin vastaavat luvut olivat 855 (GGG1, 18 %), 1417 (GGG2, 30 %), 944 (GGG3, 20 %), 374 (GGG4, 8 %) ja 1119 (GGG5, 24 %). Luokitus puuttui 1929:llä potilaalta (taulukko 1).

Passiiviseuratuilta (n=167) mitattiin PSA keskimäärin kolme kertaa (IQR 5) diagnoosin jälkeen urologian poliklinikalla. Seuranta-aika oli keskimäärin 4.4 vuotta. Passiiviseuratuilla oli seuranta-aikana keskimäärin kuusi käyntiä tai puhelinkontaktia urologian poliklinikalle (1.5 kertaa/vuosi), ja heiltä mitattiin PSA keskimäärin kolme kertaa (IQR 5). Passiiviseuratuista 138:lle (83 %) ei aloitettu muuta eturauhassyövän hoitoa. Hormonihoito aloitettiin 29:lle (17 %) potilaalle (taulukko 2).

Taulukko 2

Passiiviseurattujen jatkotoimenpiteet (n=167)	
PSA:n mittaus dg:n jälkeen, kertaa	
Mediaani (IQR)	3 (5)
PSA:n mittaukset vuosittain, keskiarvo	1/vuosi
Yhteys urologialle, kertaa	
Keskiarvo, yhteensä	6
Mediaani	1.5/vuosi
Seuranta-aika vuosissa, keskiarvo (IQR)	4.4 (4)
Hoito passiiviseurannan jälkeen (%)	
Ei hoitoa	138 (83)
Hormonihoito	29 (17)

5. Pohdinta

Tyksin alueella ei ole aikaisemmin selvitetty passiiviseurattujen potilaiden hoidon toteuttamista. Tuloksista käy ilmi, että passiiviseurattujen potilaiden keski-ikä oli diagnoosihetkellä korkeampi verrattuna kaikkiin saman jakson aikana eturauhassyöpädiagnoosin saaneiden miesten keski-ikään. PSA oli heillä myös keskimäärin matalampi, CCI-indeksi korkeampi ja Gleason grade group 1 syövän osuus suurempi verrattuna koko tutkimusjoukkoon. Tulokset ovat linjassa yleisten passiiviseurantakriteerien kanssa – passiiviseurannan valintaa puoltavat korkea ikä, muut komorbiditeetit sekä vähemmän aggressiivinen tautimuoto ^{[18],[19]}.

Passiiviseurantaan päädytään eturauhassyöpädiagnoosin asettamishetkellä verrattain harvoin (2 % aineiston potilaista). Valtaosa Tyksin passiiviseurattujen potilaiden hoitopoluista toteutui siten, että PSA:ta seurattiin aluksi urologian poliklinikalla n. kuuden kuukauden välein muutamia kertoja, minkä jälkeen siirryttiin avoterveydenhuollon vuosittaisiin PSA-mittauksiin. Urologi määrittäi usein ns. hälytysrajan. Vaihtoehtona urologin uuteen hoitoarvioon on eturauhassyövän oireiden ilmaantuminen potilaalle (yl. virtsavaivat tai luustokivut). Puhtaasti passiiviseurattuja potilaita, joita ei seurattu ollenkaan, oli diagnoosihetkellä aineistossa todella vähän. Käytännössä lähes aina päädytään harvakseltaan seuraamaan PSA:ta. Tällöin potilasasiakirjoissa käytettiin termejä ”watchful waiting -tyylinen seuranta” tai ”passiivinen aktiiviseuranta”. Usein passiiviseurantaan päädytäänkin vasta toisen linjan hoitona. Erityisesti aktiiviseurannasta siirtyminen passiiviseurantaan on yleistä.

Valinta aktiivi- ja passiiviseurannan välillä diagnoosihetkellä voi olla vaikeaa, koska etukäteen ei voida tietää hyötyykö potilas enemmän aktiivi- vai passiiviseurannasta.^[8] Toisaalta vaatii tietynlaista uskallusta ja kokemusta terveydenhuollon ammattilaiselta jättää eturauhassyöpä aktiivisesti hoitamatta ja perustella tämä potilaalle yhteisymmärryksessä. Tämä varmasti myötävaikuttaa tilanteisiin, joissa ensin seurataan potilasta aktiivisemmin jonkin aikaa ja siirrytään sen jälkeen passiivisempaan seurantaan. Tämän tutkimuksen perusteella vaikuttaa kuitenkin siltä, että passiiviseurannan pitäisi olla passiivisempaa, sekä potilaan että resurssien kannalta. Useimmiten PSA:ta seurataan vähintään vuosittain, vaikka potilasasiakirjojen mukaan kuratiivistavoitteinen hoito on poissuljettu alusta asti, ja strukturoitua aktiiviseurantaa ei toteuteta. Vaikka eliniän odotteen arvioiminen on ajoittain hyvin vaikeaa, yleensä hoitava urologi kykenee arvioimaan, pystytäänkö potilasta ylipäätään kuratiivistavoitteisesti hoitamaan. Jos kuratiivistavoitteinen hoito on heti alusta poissuljettu, potilas tuskin hyötyy PSA:n

seurannasta, koska mahdollinen palliatiivinen (endokriininen) hoito aloitetaan joka tapauksessa vain oireiden ilmentyessä, ja siihenkin liittyy merkittäviä haittavaikutuksia.

Tutkimuksen heikkoutena on erityisesti passiiviseurattujen potilaiden tunnistaminen potilastietojärjestelmästä. Automaattiset tekstinlouhinta-algoritmit ovat epätäydellisiä ja poimivat paljon ns. vääriä positiivisia. Toistaiseksi vaaditaan passiiviseurattujen potilaiden tekstien manuaalista läpikäyntiä. Toisaalta meillä ei ole tietoa vääristä negatiivisista tuloksista. Aineiston aktiiviseuratuista tai hormonihoitetuista potilaista lähes varmuudella osa on todellisuudessa alun perin passiiviseurattuja. Toisena ongelmana on puhtaan passiiviseurannan ja protokollan mukaisen aktiiviseurannan välimaaston tulkinnanvaraisuus. Ideaalitilanne olisi, että hoitava urologi rekisteröisi yksiselitteisesti syövän hoitomodalityetin diagnoosihetkellä potilastietojärjestelmään tai esimerkiksi laaturekisteriin, koska jälkikäteen voi olla vaikea arvioida, onko hoitomodalityetin ajatuksena ollut passiiviseuranta, aktiiviseuranta vai jotain siltä väliltä. Ongelmana tässä on se, että passiiviseurannalle ei ole yksiselitteistä toimenpide- tai diagnoosikoodia.

Olisi ensiarvoisen tärkeää pyrkiä välttämään oireettomien ja iäkkäiden tai oireettomien ja sairaiden miesten eturauhassyövän diagnosointia. Aina tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, ja eturauhassyöpädiagnoosin saaneella miehellä, jolla arvioidaan olevan alle 10 vuotta odotettua olevaa elinikää jäljellä tulisi aktiivihoidoja pyrkiä välttämään, ja hoitomuodoksi pitäisi valita passiiviseuranta. Jotta eturauhassyövän hoidon laatua voitaisiin seurata, hoitopäätös passiiviseurannasta pitäisi merkitä potilastietojärjestelmään yksiselitteisesti. Näin ei toistaiseksi kuitenkaan ole, ja kirjaamiskäytäntöjä tulisi sen vuoksi parantaa.

6. Lähteet

1. Urologia, Duodecim
<https://www.oppiportti.fi/op/uro01901/do>
2. Eturauhassyövän Käypä hoito -suositus
<https://www.kaypahoito.fi/hoi11060>
3. Suomen syöpärekisteri, Syöpä 2021 -raportti
4. Eturauhassyöpä, Lääkärin käsikirja
<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00294>
5. European Association of Urology: Guidelines, Prostate Cancer
<https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer>
6. Kilpeläinen T, Talala K, Raitanen J, et al. Prostate cancer and socioeconomic status in the Finnish randomized study of screening for prostate cancer. Am J Epid 2016; 184:720–31
<https://academic.oup.com/aje/article/184/10/720/2332839>
7. Hugosson J, Roobol M, Månsson M, et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. Eur Urol. 2019;76(1):43–51
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30824296/>
8. Aktiivinen vai passiivinen eturauhassyövän seuranta? Duodecim 2022;138(7):561–2
9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4581108/>
10. Eturauhassyövän diagnostiikka murroksessa, Duodecim 2016;132(24):2351–8
11. Eturauhassyöpä, potilasversio, Käypä hoito
<https://www.kaypahoito.fi/khp00006>
12. Kirurgia, Duodecim
<https://www.oppiportti.fi/op/kia20030/do>
13. Esimerkki aktiivisen seurannan protokollasta - PRIAS tutkimuksessa käytetty seurantaohjelma, Käypä hoito
<https://www.kaypahoito.fi/nix03238>
14. Zlotta A et al. Prevalence of Prostate Cancer on Autopsy: Cross-Sectional Study on Unscreened Caucasian and Asian Men, JNCI 2013;105:1050–1058
<https://academic.oup.com/jnci/article/105/14/1050/965030>
15. Albertsen PC et al. Impact of comorbidity on survival among men with localized prostate cancer, J Clin Oncol 2011;29:1335–41
<https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2010.31.2330>
16. Prostate Cancer Nomograms, MSKCC
<https://www.mskcc.org/nomograms/prostate>
17. <https://www.mdcalc.com/calc/3917/charlson-comorbidity-index-cci>

18. Hongyan W. et al. Watchful Waiting and Factors Predictive of Secondary Treatment of Localized Prostate Cancer, Journal of Urology 2004;171:1111–1116

<https://www.auajournals.org/doi/pdf/10.1097/01.ju.0000113300.74132.8b>

19. Harlan S. et al. Time Trends and Characteristics of Men Choosing Watchful Waiting for Initial Treatment of Localized Prostate Cancer: Results From CaPSURE, Journal of Urology 2003;170:1804–1807

<https://www.auajournals.org/doi/abs/10.1097/01.ju.0000091641.34674.11>