

Eetu Heervä, Pia Vihinen ja Sirkku Jyrkkiö

## Tupakoinnin lopettaminen kannattaa aina – myös syöpää sairastavalle

**T**upakkatuotteet tulivat Eurooppaan 400 vuotta sitten löytöretkien myötä. Toisen maailmansodan aikana tupakkaa jaettiin sotilaille ilmaiseksi ja samaan aikaan sitä markkinoitiin tehokkaasti. Sotaveteraanien keuhkosyöpäkuolleisuus herätti Yhdysvaltojen valtiojohdon vuonna 1964 ensimmäisiin valtiollisiin tupakoinnin rajoitustoimiin (1,2).

Tupakoinnin haitat olivat tiedeyhteisön tiedossa jo ennen toista maailmansotaa. Tupakointi lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, keuhkohtaumatautiin ja useisiin eri syöpiin. Tupakkatuotteiden käyttö vähentää ihmisen elinikää keskimäärin 5–10 vuotta (3). Tupakoinnin lopettaminen on tärkeä osa näiden tupakkasairauksien hoitoa. Sen lisäksi, että tupakointi aiheuttaa syöpää, tupakoivien syöpäpotilaiden elinajan ennuste on huonompi tupakoimattomiin verrattuna (1,4). Tupakoinnin lopettaminen keuhkosyöpädiagnoosin yhteydessä parantaa potilaiden elinajan ennustetta (5), mutta näyttö ei ole yhtä vahva muissa syövissä (1).

Tupakointitieto on tärkeä osa potilaan terveystietoja. Tekoölyavusteinen tekstianalytiikka mahdollistaa suurien tekstimäärien louhinnan ja käsittelyn sairaalan tietoaltaista. Ohjelma luo matemaattisen mallin suomen kielelle ja ohjelmalle opetetaan lauseet, joita halutaan tunnistaa. Esimerkiksi ”potilas ei tupakoi” tarkoittaa että potilas ei tupakoi juuri sillä hetkellä. Mikäli lauseita on vain yksi, lopullinen tupakointistatus on tekoöllylle selvä. Jos lauseita on useampi, osaa ohjelma arvioida tupakointistatusta koko sairaskertomushistorian ajalta.

Mitä enemmän lauseita, sitä tarkempi on lopputulos.

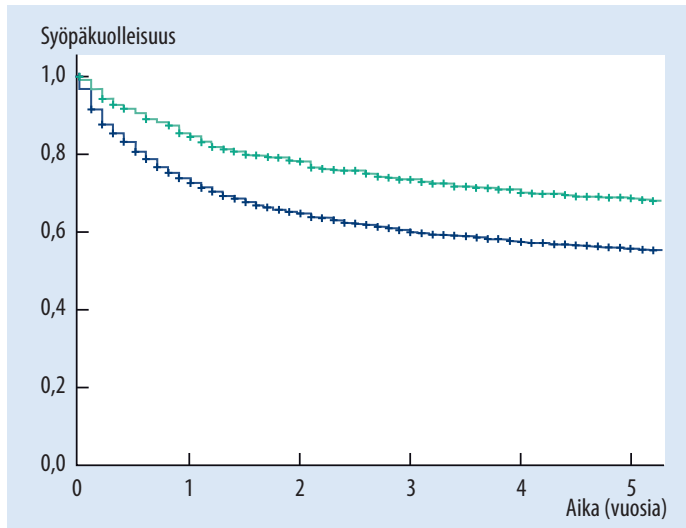
Tätä tekoölyohjelmaa sovellettiin Tyksin juoksevaan sairauskertomustekstiin (6). Tutkimuksen tärkein löydös oli, että tupakoinnin lopettaminen syöpädiagnoosin aikana oli yhteydessä pidempään elinaikaan.

Tässä aineistossa tupakoinnin syöpädiagnoosin lopettaneet elivät pidempään riskisuhteella 0,80 (luottamusväli 0,74–0,87) verrattuna tupakointia jatkaneisiin. Tietokonemallin perusteella voidaan arvioida tämän tarkoittavan keskimäärin 14 kuukauden pidempää elinaikaa (KUVA). Havainto on merkittävä, etenkin kun sen suhteuttaa uusien syöpälääk-

keiden avulla saatavaan yleensä vain muutaman kuukauden mittaiseen elinaikahyötyyn. Aineistossa oli yhteensä 29 823 syöpäpotilasta, joiden ensimmäinen syöpä oli todettu vuosien 2009 ja 2018 välillä (6).

Tupakoimattomien potilaiden elin aika oli pidempi lähes kaikissa syöpätyypeissä. Elin aika oli pidempi myös levinnyttä syöpää sairastavilla ja riippumatta potilaan iästä, painoindeksistä, sukupuolesta, liitännäissairauksista tai toimintakyvystä.

Selitys suuremmalle syöpäkuolleisuudelle tupakoitsijoilla on varmasti monisyinen. Tupakoitsijoilla on keuhko- ja sydänsairauksia tupakoimattomia enemmän, mikä rajoittaa syövän hoidon sietoa. Kirurgisia komplikaatioita kuten haavan parantumisen hidastumista esiintyy tupakoitsijoilla enemmän. Pään ja kaulan alueen syövästä tiedämme, että sädehoidon teho on heikentynyt tupakoitsijoilla. Tupakointi suu-



**KUVA.** Syöpäkuolleisuus vuosina syöpädiagnoosin jälkeen Tyksin potilailla, joilla syöpä oli todettu 2009–2018. Kaplan–Meierin menetelmä 5 863 tupakointia jatkavalla (sininen) ja sen syöpädiagnoosin yhteydessä 524 lopettaneella (vihreä) potilailla (6).

rentaa riskiä toisen, uuden syövän kehittymiselle (7).

Tyksin potilaskertomusteksteistä löytyy tekstianalytiikan avulla ainakin yksi lause tupakoinnista lähes 90 %:lla potilaista, kun kyseessä on pään ja kaulan alueen syöpä tai keuhkosyöpä. Muissa syöissä tupakointitieto löytyi 70–80 %:lla miespotilaista ja 50–90 %:lla naispotilaita. Vain puolella gynekologisia syöpiä sairastavista potilaista tupakointitieto oli kirjattuna. Tupakointiin oli otettu kantaa keskimäärin seitsemän kertaa syöpäpotilaan sairaskertomushistorian aikana. Tupakoimattomat potilaat tunnistettiin 92 %:n tarkkuudella. Tekstianalytiikka voi olla siis vaihtoehtona rakenteiselle kirjaamiselle, jossa työntekijä joutuu ”klikkailemaan” tupakointitiedot siihen tarkoitettuun tietokantaan muun potilastyön ohella.

Lääkäreiden asenteissa tupakoinnin lopettamiseen osana potilaiden kokonaisuhoitoa on korjattavaa. Jopa joka neljäs syöpälääkäri ei usko tupakoinnin lopettamisen vaikuttavan syövän hoidon lopputulokseen eurooppalaisessa kyselytutkimuksessa (8). Vaikka tupakointi vaikuttaa merkittävästi potilaan elinajan ennusteeseen, kliinisistä syöpätutkimuksista vain joka kolmannessa kerätään tutkittavien tupakointitieto. Tupakointitieto otetaan huomioon

tutkimustuloksia analysoitaessa vielä harvemmin (9).

Potilaan vieroittaminen tupakkatuotteiden käytöstä ei ole helppoa. Parhaimmillaan intensiivinen savuttomuusohjelma johtaa pysyvään savuttomuuteen noin 40 %:lla potilaista. Ohjelma kesti 8–12 viikkoa ja sisälsi 6–8 noin 30 minuutin puhelinkeskustelua, nikotiinikorvaushoitoa sekä lääkehoitoa nikotiiniriippuvuuteen. Lisäksi mielenterveysongelmista kärsivät potilaat ohjattiin psykiatrilta (10). Tyksin aineistossa vain 524 (8 %) potilasta lopetti tupakoinnin syöpädiagnoosin yhteydessä. Luku on toivottavasti aliarvio todellisuudesta, mutta kuvastaa valitettavasti ongelman laajuutta. Nikotiiniriippuvuus on vaikea sairaus, josta toipuminen ei ole helppoa, varsinkaan kun samalla pitäisi käydä läpi raskaat syöpähoidot. Terveydenhuollon ammattilaisilla ei välttämättä ole riittävää osaamista eikä kapasiteettia tukea savuttomuutta riittävästi.

Jokaiselta potilaalta on syytä kysyä tupakkatuotteiden käytöstä ja kannustaa häntä lopettamaan. Tämä yksinkertainen asia ei kuormita terveydenhuoltoa. Tupakasta vieroituksen tulisi olla osa jokaista hoitoprosessia. Tupakoinnin vieroituksen tulee perustua tutkittuun tietoon ja hyviin käytäntöihin. Koskaan ei ole liian myöhäistä tukea savuttomuutta. ■

## KIRJALLISUUTTA

1. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking cessation. A report of the surgeon general. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health 2020. [https://cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2020-smoking-cessation/index.html](https://cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2020-smoking-cessation/index.html).
2. Warren G, Cummings M. Tobacco and lung cancer: risks, trends, and outcomes in patients with cancer. American Society of Clinical Oncology book 332013, s. 359–64.
3. Woloshin S, Schwartz L, Welch H. The risk of death by age, sex and smoking status in the United States: putting health risks in context. J Natl Cancer Inst 2008;100:845–53.
4. Wang Y, Tao H, Paxton RJ, et al. Post-diagnosis smoking and risk of cardiovascular, cancer, and all-cause mortality in survivors of 10 adult cancers: a prospective cohort study. Am J Cancer Res 2019;9:2493–514.
5. Parsons A, Daley A, Begh R, ym. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. BMJ 2010;340:b5569.
6. Karlsson A, Ellonen E, Irljala H, ym. Impact of deep learning-determined smoking status on mortality of cancer patients: never too late to quit. ESMO OPEN 2021;6:e100175.
7. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the surgeon general. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (US) 2014.
8. Derksen JWG, Warren GW, Jordan K, ym. European practice patterns and barriers to smoking cessation after a cancer diagnosis in the setting of curative versus palliative cancer treatment. Eur J Cancer 2020;138:99–108.
9. Peters E, Torres E, Toll B, ym. Tobacco assessment in actively accruing National Cancer Institute cooperative group program clinical trials. J Clin Oncol 2012;30:2869–75.
10. Cinciripini PM, Karam-Hage M, Kypriotakis G, ym. Association of a comprehensive smoking cessation program with smoking abstinence among patients with cancer. JAMA Netw Open 2019;2:e1912251.



**EETU HEERVÄ, LT, erikoislääkäri,  
kliininen opettaja**  
TYKS, syöpäklinikka

**PIA VIHINEN, dosentti**  
FICAN West

**SIRKKU JYRKKIÖ, dosentti, toimialuejohtaja**  
TYKS, syöpäklinikka

## SIDONNAISUUDET

**Eetu Heervä:** Luentopalkkio (Roche, Amgen, Bayer, MSD, Merck, Sanofi, Pierre Fabre), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Roche, Amgen, Bayer, MSD, Merck, Sanofi, Pierre Fabre, Servier, Eisai)

**Pia Vihinen:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Roche, BMS, Ipsen, Novartis, MSD, Pierre-Fabre), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Roche, BMS, MSD, Ipsen, Novartis, Pierre-Fabre, Amgen, Bayer), luottamustoimet (Suomen Melanoomaryhmän hallitus), hankkeet (FICAN yhteistyöryhmä, Syövän hoidon laaturekisterien kehitys, Syöpäseulontojen FICAN ohjausryhmä)

**Sirkku Jyrkkiö:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Lilly), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Roche, Gilead), luottamustoimet (Palko Lääkejaos jäsen, STM kansallinen syöpäkeskus, VSSHP eettinen toimikunta), hankkeet (Kansallinen syöpäkeskus)