

ALKUPERÄISTUTKIMUS

Suom Lääkäril 2024; 79 : e39220 www.laakarilehti.fi/e39220 (Julkaistu 27.3.2024)

Paksusuolisyövän seulonta toi esiin tähystysten tarpeen

Lähtökohdat Varsinais-Suomessa alkoi keväällä 2022 paksusuolisyöpäseulonta. Se lisää alueen tähystysresurssien käyttöä ja paksusuolisyövän ilmaantuvuutta. Selvitimme seulonnassa todettuja löydöksiä sekä komplikaatoriskejä.

Menetelmät Tutkimukseen kerättiin Varsinais-Suomen hyvinvointialueelta paksusuolisyövän seulonnassa 1.3.–16.9.2022 ulostenäytteen antaneet henkilöt (n = 6 356). Positiivisen näytteen antoi 331 henkilöä, joista 261 osallistui seulontatähystykseen. Aineistosta selvitettiin tähystyslöydökset, komplikaatiot sekä veren hyytymiseen vaikuttavaan lääkitykseen liittyvä verenvuotoriski.

Tulokset Paksusuolisyövän ilmaantuvuus tähystykseen osallistuneiden joukossa oli 6,5 % (n = 17). Polyyppeja löytyi suurimmalta osalta (n = 190; 73,4 %). Tähystyksen aikana vain yhdellä potilaalla ilmeni lievä komplikaatio. Veren hyytymiseen vaikuttavien lääkkeiden ei havaittu vaikuttavan vuotoriski.

Päätelmät Paksusuolisyövän seulonta lisää suolistosyövän ilmaantuvuutta oireettomien ja vähäoireisten potilaiden joukossa. Seulonta vähentää kuolleisuutta, sillä syövä voidaan havaita jo esiasteina. Komplikaatiot ovat harvinaisia, joten tähystystä voidaan pitää turvallisena seulontamenetelmänä.

Elli Rauhaniemi, Kimmo Salminen, Jukka Koffert



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

Paksusuolisyövän seulonnan tarkoituksena on havaita paksu- ja peräsuolisyövä jo varhaisvaiheessa. Tavoitteena on parantaa syöpäpotilaiden ennustetta sekä vähentää syöpiin liittyvää kuolleisuutta.

Euroopan unioni suosittelee jäsenmaitaan seulomaan suolistosyöpää 50–74-vuotiailta kansalaisiltaan (1). Suomessa seulonta käynnistyi maanlaajuisesti vuonna 2022, jolloin kohderyhmänä olivat 60-, 62-, 64-, 66- ja 68-vuotiaat miehet ja naiset. Seulonnan on tarkoitus laajentua koskemaan kaikkia 56–74-vuotiaita vuoteen 2031 mennessä.

Seulontaan kutsutaan kahden vuoden välein. Kutsutut saavat postitse seulonnassa käytettävän ulostetestin (ulosteen kvantitatiivinen immunokemiallinen veritesti (FIT)) sekä näytteenotto-ohjeet. Valmis ulostenäyte lähetetään seulontakeskukseen analysoitavaksi. Mikäli ulostenäytteen hemoglobiini on > 25 µg/g, henkilö kutsutaan paksusuolen tähystykseen. Seulontatähystykseen ei kutsuta niitä, joilla suoliston tilannetta kontrolloidaan säännöllisesti esimerkiksi tulehduksellisen suolistosairauden tai hoidetun suolistosyövän vuoksi.

Varsinais-Suomen hyvinvointialueella tähystykset järjestetään Tyksin gastroenterologian poliklinikalla. Hyvinvointialueen kunnat tekivät ennen seulontatoiminnan aloitusta päätöksen siirtää vastuun seulonnan järjestämisestä erikoissairaanhoidolle.

Kansainvälisen syöväntutkimuslaitoksen IARC:n suolistosyöpäseulontaa koskevan raportin mukaan suolistosyövästä johtuvaa kuolleisuutta voidaan seulonnan avulla vähentää merkittävästi, jopa 10–40 % (2). Myös Suomessa on jo ennen maanlaajuisen suolistosyöpäseulonnan käynnistymistä saatu tuloksia seulonnasta pilottihankkeen perusteella.

Seulontapilottiin osallistui noin 22 000 henkilöä, joista positiivisen ulostenäytteen sai 2,6 %. Syöpiä löydettiin yhteensä 37 ja edenneitä adenoomia eli syövän esiasteita yhteensä 116. Suomalaisten osallistumisprosentti (79,3 %) seulontapilottiin oli kiitettävä ja muihin Euroopan maiden suolistosyöpäseulontoihin verrattuna korkein. (3)

Tutkimuksen tavoitteena oli analysoida seulontatähytysten löydöksiä. Syöpälöydösten osalta selvitettiin syövän sijainti paksusuolella sekä hoitoon pääsyn kesto Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Lisäksi tutkimuksessa analysoitiin tähytystoimenpiteeseen liittyvien komplikaatioiden ilmenemistä ja veren hyytymiseen vaikuttavan lääkityksen vaikutusta komplikaatoriskien.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimukseen kerättiin Varsinais-Suomen hyvinvointialueelta suolistosyövän seulontaan 1.3.–16.9.2022 aikana osallistuneet henkilöt. Koko vuoden 2022 aikana seulontaan kutsuttiin yhteensä 30 990 henkilöä, joista 23 914 (77,2 %) osallistui antamalla ulostenäytteen. Tutkimallamme ajanjaksolla osallistujia oli 6 356.

Positiivisen ulostenäytteen antoi 331 (5,2 %) henkilöä. Positiivisen tuloksen saaneista 261 (78,9 %) osallistui paksusuolen tähytykseen.

Tutkimusaineiston keräämiseen käytettiin REDCap-järjestelmää. Potilaista kirjattiin ikä, sukupuoli, toimenpiteen päivämäärä, tähytykseen liittyvät tiedot (esilääkitys, tyhjennyksen onnistuminen, tähytyksen ulottuvuus, rajoittavat tekijät, löydökset, tehdyt toimenpiteet, komplikaatiot), veren hyytymiseen vaikuttava lääke, kontrollitähystyksen ajankohta sekä myöhäiskomplikaatiot.

Tiedot kerättiin potilastietojärjestelmästä. Rekisteritutkimukselle haettiin sairaanhoitopiirin tutkimuslupa T216/22.

Tähytyslöydöksistä erityistä huomiota kiinnitettiin polyyppi- ja karsinomalöydöksiin. Polyyppien osalta huomioitiin polyyppien lukumäärä, suurimman polyypin läpimitta sekä poistettujen polyyppien histologinen löydös patologis-anatomisen diagnoosin (PAD) perusteella. Polyyppien lukumääräksi kirjattiin joko 1–3, 4–10 tai yli 10 kappaletta. Suurimman polyypin läpimitaksi kirjattiin joko 0–5 mm, 5–10 mm, 10–20 mm tai yli 20 mm. Mikäli polyyppeja poistettiin 1–3, histologinen löydös kirjattiin 1–3 polyypista. Mikäli polyyppeja poistettiin 4–10 tai yli 10, histologinen löydös kirjattiin enintään viiden polyypin osalta.

Karsinomalöydöksistä kirjattiin aika (päivissä) tähytyksestä gastrokirurgin vastaanotolle ja leikkaukseen, karsinoman pTNM-luokitus ja läpimitta, sekä leikkauksen jälkeisen neoadjuvanttihoitoon tarve. Huomioitavaa on, että kaikkien karsinomalöydösten osalta ei päädytty leikkaushoitoon.

Potilaan mahdollisesta veren hyytymiseen vaikuttavasta lääkityksestä kirjattiin käytössä oleva lääke ja annos sekä lääkityksen tauon pituus (päivissä) ennen toimenpidettä.

Myöhäiskomplikaatioiksi laskettiin 30 vuorokauden sisällä toimenpiteestä ilmenneet oireet/vaivat (vatsakipu, verenvuoto, kuume, anemisoituminen, perforaatio), joiden vuoksi potilas oli yhteydessä sairaalaan tai joutui sairaalahoitoon. Mikäli potilaalla ilmeni jokin edellä mainituista komplikaatioista, kirjattiin vielä sairaalahoidon kesto (päivissä).

Tulokset

Seulontatähystykseen osallistuneista (n = 261) miehiä oli 148 (56,7 %) ja naisia 113 (43,3 %). Seulonta kohdistui 60-, 62-, 64-, 66- ja 68-vuotiaisiin, joista tähystyksissä eniten edustettuina olivat 68-vuotiaat (26,4 %). Veren hyytymiseen vaikuttava lääkitys oli käytössä 30 potilaalla (11,5 %).

Suurimmalta osalta (n = 190; 73,4 %) seulontaan osallistuneista henkilöistä löydettiin polyyppeja, jotka poistettiin tähystyksen yhteydessä. Näistä potilaista yli puolella polyyppeja löytyi 1–3 kappaletta (n = 122; 64,6 %), noin kolmasosalla 4–10 kappaletta (n = 58; 30,7 %) ja lopuilla yli 10 kappaletta (n = 9; 4,8 %). Suurimman polyypin läpimitta oli enemmistöllä (30,1 %) 5–10 mm (taulukko 1). Polyyppilöydösten vuoksi yhteensä 101 (38,7 %) henkilölle varattiin kontrollitähystys, jonka ajankohdan mediaani oli kolme vuotta seulontatähystyksestä.

TAULUKKO 1.

Suurimman tähystyksessä havaitun polyypin läpimitta

Suurimman polyypin läpimitta, mm	%
0–5	24,9
5–10	30,1
10–20	29,0
Yli 20	16,1

Polypektomianäytteen histologinen löydös kirjattiin yhteensä 510 muutoksesta. PAD-lausuntojen perusteella lähes puolet (47,3 %) polyypeista oli histologisesti matalan dysplasia-asteen tubulaarisia adenoomia (taulukko 2).

TAULUKKO 2.

Poistettujen polyypin histologinen jakauma patologis-anatomisen diagnoosin perusteella

Polyypin histologia	n	%
Tubulaarinen adenooma, matala dysplasia-aste	241	47,3
Tubulovilloottinen adenooma, matala dysplasia-aste	37	7,3
Tubulaarinen adenooma, korkea dysplasia-aste	7	1,4
Tubulovilloottinen adenooma, korkea dysplasia-aste	7	1,4
Sessiili sahalaitaleesio	59	11,6
Sessiili sahalaitaleesio, dysplasia	7	1,4
Hyperplastinen polyyppi	74	14,5
Adenokarsinooma	14	2,7
Karsinooma polyypissa	2	0,4
Normaali kudos / Ei diagnostista / Ei näytettä	62	12,2

Seulonnan avulla syöpä löydettiin yhteensä 17 (6,5 %) potilaalta. Näistä yksi todettiin tietokonekerroskuvauksella ja muut tähystyksessä otetussa koepalassa.

Miehiä oli lievä enemmistö (58,8 %) syöpäpotilaista. Syöpälöydökset jakautuivat melko tasaisesti sekä nuorempien että vanhempien ikäryhmien kesken. Kaikki syövät, lukuun ottamatta yhtä maksamutkan (flexura hepatica) alueelta löytynyttä syöpää, löydettiin vasemmanpuoleisesta paksusuolesta tai peräsuolesta (taulukko 3).

Syöpälöydösten kohdalla tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota aikaan, jonka kuluessa potilas pääsi seulontatähystyksen jälkeen gastrokirurgin vastaanotolle sekä leikkaukseen. Kaikkien syöpäpotilaiden (n = 17) tilanne arvioitiin gastrokirurgin vastaanotolla, mutta leikkaushoitoon päädyttiin 15 potilaan kohdalla. Vastaanotolle pääsi keskimäärin alle kuukaudessa (mediaani 20 päivää) ja leikkaukseen alle kahdessa kuukaudessa (mediaani 49 päivää). Tuloksissa huomioitavaa on, että osalle potilaista tehtiin muita toimenpiteitä ennen vastaanottoaikaa tai leikkausta.

Yhdelle potilaalle tehtiin seulontatähystyksen jälkeen uusi tähystystoimenpide, jonka vuoksi vastaanotolle pääsy kesti kauemmin (107 päivää). Kyseistä potilasta ei myöskään leikattu, sillä syöpämuutos saatiin poistettua radikaalisti toisen tähystyksen yhteydessä ja päädyttiin seurantalinjaan. Lisäksi yhdelle potilaalle tehtiin ennen paksusuolisyövän leikkausta munuaisresektio, jonka vuoksi leikkauksen ajankohta oli keskimääräistä pidempi (88 päivää).

Veren hyytymiseen vaikuttava lääkitys oli käytössä 30 henkilöllä. Yleisin käytössä oleva lääke oli asetyylisalisyylihappo (n = 13; 43,3 %) (taulukko 4). Keskimääräinen lääkityksen tauon pituus ennen tähystystoimenpidettä oli 0,8 päivää (vaihteluväli 0–2).

TAULUKKO 3.

Syöpälöydösten sijainti paksusuolella sekä levinneisyysaste

Sijainti, levinneisyysaste (T)	n	%
Rektum, T1–3	7	41,2
T1	2	11,8
T2	4	23,5
T3	1	5,9
Sigma, T1–3	8	47,1
T1	1	5,9
T2	3	17,6
T3	4	23,5
Flexura lienalis, T2	1	5,9
Flexura hepatica, T3	1	5,9

TAULUKKO 4.

Veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet ja annokset sekä lääkityksestä pidetyn tauon pituus ennen tähystystoimenpidettä

Lääkeaine	Annos	n	%	Tauon pituus (päivissä)
Asetyyilisalisyylihappo	100 mg	13	43,3	0
Rivaroksabaani	20 mg	8	26,7	1
Apiksabaani	5 mg	4	13,3	2
Dabigatraani	150 mg	2	6,7	1
DOAC	–	1	3,3	1
Klopidogreeli	75 mg	1	3,3	1
Varfariini	1,5 mg	1	3,3	0

DOAC = Suora oraallinen antikoagulantti, lääkevalmisteen nimeä tai vahvuutta ei tiedossa.

Tutkimuksessa selvitettiin myös veren hyytymiseen vaikuttavan lääkityksen vaikutusta verenvuotokomplikaatioihin. Komplikaatioksi tutkimuksessa katsottiin tilanne, jossa vuoto ei ollut endoskooppisesti hallittavissa. Potilailla, joilla oli käytössä veren hyytymiseen vaikuttava lääkitys, ei ilmennyt vuotokomplikaatioita toimenpiteen aikana tai sen jälkeen.

Kaikista seulontatähystyksistä ainoastaan yhdellä potilaalla (n = 1; 0,4 %) ilmeni tähystyksen yhteydessä komplikaatio. Kyseessä oli pieni suolen puhkeama, joka todettiin ja suljettiin tähystyksen aikana eikä potilaalle koitunut komplikaatiosta pitkäaikaisempaa haittaa.

Lisäksi vain yksi potilas (n = 1; 0,4 %) otti yhteyttä sairaalaan 30 vuorokauden sisällä toimenpiteestä ja hakeutui päivystykseen kuumeen vuoksi. Potilaalla ei ollut muita tutkimuksessa huomioituja oireita tai löydöksiä, kuten vatsakipua, verenvuotoa tai anemisoitumista. Hän kotiutui päivystyksestä saman päivän aikana.

Päätelmät

Paksusuolisyöpälöydöksiä oli tutkimassamme aineistossa yhteensä 17 (6,5 % tähystetyistä). Tutkimallamme ajanjaksolla suolistosyövän ilmaantuvuus oli seulontaan osallistuneiden varsinaissuomalaisten (n = 6 356) keskuudessa 267,5/100 000.

Suolistosyövän seulonnasta on muualla Euroopassa saatu lähes vastaavia tuloksia. Alankomaissa ensimmäisen seulontavuoden (2014) aikana seulontatähystykseen osallistui 31 759 henkilöä, joiden joukosta syöpiä löydettiin yhteensä 2 483 (7,8 %) (4).

Tanskassa syöpälöydösten osuus seulontatähystyksistä oli miehillä 6,3 % ja naisilla 5,1 % (5). Siellä paksusuolisyövän ilmaantuvuuden havaittiin olevan seulottujen joukossa noin kaksinkertainen ei-seulottuun väestöön verrattuna (339,4/100 000 vs. 169,6/100 000). Lisäksi syövän esiasteita löydettiin ei-seulottuihin verrattuna lähes kolminkertaisesti (6).

Varsinaissuomalaisten seulottujen syöpälöydöksistä lähes kaikki olivat vasemmanpuoleisen paksusuolen tai peräsuolen syöpiä. Vastaavia löydöksiä tulee esiin myös muissa Euroopassa tehdyissä tutkimuksissa.

Alankomaissa seulonnan avulla löydetty syövä sijaitsivat todennäköisemmin paksusuolen vasemmalla puolella verrattuna kliinisesti löydettyihin syöpiin (7). Sloveniassa seulonnan avulla löydettyistä paksusuolisyövästä jopa 80 % oli vasemmanpuoleisen paksusuolen tai peräsuolen syöpiä (8). Mielenkiintoista on, löytääkö käytössä oleva seulontamenetelmä enemmän vasemmanpuoleisia ja distaalisia syöpiä.

Käytössä olevaa seulontamenetelmää voidaan pitää turvallisena tapana seuloa suolistosyöpää. Kokeneiden tekijöiden suorittamana komplikaatioiden ilmeneminen tähystyksen aikana tai sen jälkeen on harvinaista. Tutkimassamme kohderyhmässä ainoastaan yhdellä potilaalla ilmeni tähystyksen aikainen komplikaatio, joka sekin todettiin ja hoidettiin tähystyksen aikana aiheuttamatta potilaalle pitkäaikaisempaa haittaa.

Komplikaatioiden vähäisyys tulee esiin myös muissa tutkimuksissa. Sloveniassa vuosien 2009–2014 aikana tehdyissä yli 44 000 seulontatähystyksessä vakavampia komplikaatiota ilmeni yhteensä vain 59, ja näistäkin operatiivista hoitoa vaati vain 17 (8). Lisäksi eräässä vuonna 2017 julkaistussa systemaattisessa katsauksessa todettiin seulontatähystysten aiheuttaman vakavan verenvuodon riskin olevan 0,8/1 000 ja perforaatoriskin 0,07/1 000 (9).

Tutkimassamme aineistossa veren hyytymiseen vaikuttavalla lääkityksellä ei havaittu olevan vaikutusta tähystyksen aikana tai sen jälkeen ilmenevään vuotoriskiin.

Seulonnan järjestäminen vaatii resursseja hyvinvointialueilta. Tyksin gastroenterologian poliklinikan toimipisteissä seulontatähystyksiä teki tutkimallamme ajanjaksolla kuusi kokenutta gastroenterologian erikoislääkärinä. Lisäksi toiminnan käynnistyessä saatiin yksi uusi apulaisylilääkärin virka ja kolme hoitajan toimea.

Pisimmillään viive positiivisen ulostenäytteen antamisesta seulontatähystykseen oli syksyllä 2022 noin kaksi kuukautta, mutta tällä hetkellä tähystysaikaa tarjotaan noin neljän viikon päähän. Seulottava kohderyhmä laajenee vuosittain uusiin ikäryhmiin, jolloin tähystettävien määrä tulee kasvamaan. Tähystysten määrää lisäävät myös jo seulontaan osallistuneiden kontrollitähystykset.

Mikäli seulontatähytyksessä havaitaan syöväle altistavia muutoksia, seurataan suoliston tilannetta kontrollitähystyksen kansallisen seurantasuosituksen mukaisesti. Jos syöpää tai sen esiasteita ei havaita, henkilö kutsutaan uudelleen seulontaan kuuden vuoden kuluttua.

Tutkimassamme aineistossa seulontatähytykseen osallistuneiden joukosta noin 39 %:lle varattiin kontrollitähystys kolmen vuoden päähän. Tähytysresurssien priorisoiminen vaatii tulevaisuudessa kansallista keskustelua.

Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää aineiston edustavuutta. Tulosten voidaan olettaa kuvaavan hyvin varsinaissuomalaista väestöä. Kaikki Varsinais-Suomen hyvinvointialueen seulontatähytykset tekivät Tyksin gastroenterologian poliklinikan toimipisteiden kokeneet gastroenterologit, sillä alueen kunnat tekivät päätöksen seulontatutkimusten tekemisestä erikoissairaanhoidossa.

Tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää sitä, että seulonnan alkaessa Varsinais-Suomen hyvinvointialueella seulottujen potilaiden määrä jäi melko vähäiseksi ensimmäisen kuuden kuukauden aikana ja muutama positiivisen ulostenäytteen saanut henkilö hakeutui yksityiselle jatkotutkimuksiin. Käytössä olevia resursseja rajoittivat myös hoitohenkilökunnan työtaistelut sekä kesäajan sulut.

Lue lisää: [Suolistosyövän seulonta toimii](#)

Kirjoittajat

Elli Rauhaniemi
lääketieteen kandidaatti
Turun yliopisto ja Tyks, gastroenterologian poliklinikka

Kimmo Salminen
erikoislääkäri, lääketieteen tohtori
Tyks, gastroenterologian vastuualue ja Turun yliopisto

Jukka Koffert
erikoislääkäri, lääketieteen tohtori
Tyks, gastroenterologian vastuualue, gastroenterologian poliklinikka

Sidonnaisuudet

Elli Rauhaniemi: Ei sidonnaisuuksia.

Kimmo Salminen: Työsuhde (Varha).

Jukka Koffert: Työsuhde (Varha), asiantuntijalausunto (Varha), luentopalkkiot (lääkeyrityksen kustantama tilaisuus käsikirjoituksessa esiteltävistä tuloksista).

Faktat

Tämä tiedettiin

- Maanlaajuinen seulonta tulee lisäämään paksusuolisyövän ilmaantuvuutta Suomessa, sillä käytössä olevan seulontamenetelmän avulla syöpä voidaan havaita jo oireettomassa varhaisvaiheessa.
- Seulonnalla voidaan ehkäistä syövän esiasteiden kehittyminen syöväksi, jolloin potilaiden ennuste paranee ja paksusuolisyöpään liittyvä kuolleisuus vähenee.

Tutkimus opetti

- Tähytysten määrän lisääntyminen tulee johtamaan resurssitarpeiden kasvuun.
 - Komplikaatioiden ilmeneminen tähytyksen aikana tai sen jälkeen on harvinaista, joten seulontamenetelmää voidaan pitää turvallisena.
-

Kirjallisuutta

- 1 Euroopan komissio. European Health Union: Commission welcomes adoption of new EU cancer screening recommendations (9.12.2022). (siteerattu 1.5.2023). ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_7548
 - 2 International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 17: Colorectal cancer screening (27.3.2018). (siteerattu 1.5.2023). www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/07/pr256_E.pdf
 - 3 Sarkeala T, Färkkilä M, Anttila A ym. Piloting gender-oriented colorectal cancer screening with a faecal immunochemical test: Population-based registry study from Finland. *BMJ Open* 2021;11.
 - 4 Toes-Zoutendijk E, van Leerdam ME, Dekker E ym. Real-time monitoring of results during first year of dutch colorectal cancer screening program and optimization by altering fecal immunochemical test cut-off levels. *Gastroenterology* 2017;152.
 - 5 Njor SH, Friis-Hansen L, Andersen B ym. Three years of colorectal cancer screening in Denmark. *Cancer Epidemiol* 2018;57.
 - 6 Larsen MB, Njor S, Ingeholm P, Andersen B. Effectiveness of colorectal cancer screening in detecting earlier-stage disease – a nationwide cohort study in Denmark. *Gastroenterology* 2018;155.
 - 7 Breekveldt ECH, Lansdorp-Vogelaar I, Toes-Zoutendijk E ym. Colorectal cancer incidence, mortality, tumour characteristics, and treatment before and after introduction of the faecal immunochemical testing-based screening programme in the Netherlands: a population-based study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2022;7.
 - 8 Tepeš B, Mlakar DN, Stefanovič M, Štabuc B, Grazio SF, Zakotnik JM. The impact of 6 years of the National Colorectal Cancer Screening Program on colorectal cancer incidence and 5-year survival. *Eur J Cancer Prev* 2021;30.
 - 9 Vermeer NCA, Snijders HS, Holman FA ym. Colorectal cancer screening: Systematic review of screen-related morbidity and mortality. *Cancer Treat Rev* 2017;54.
-

English summary

Results of the colon cancer screening study in wellbeing services county of Southwest Finland in 2022

Background Colon cancer screening started in Finland in 2022. Screening will increase the incidence of colon cancer. The purpose of this study was to examine the findings and complication risks of the screening.

Methods People who participated in colon cancer screening in the wellbeing services county of Southwest Finland area between 1st of March and 16th of September 2022, were collected for the study. 6356 people participated by giving a stool sample. 331 people gave a positive sample, which of 261 participated in the colonoscopy. The findings of screening, complications and the risk of bleeding related to medication affecting blood coagulation were analyzed from the data.

Results The incidence of colon cancer among those who participated in colonoscopy was 6.5% (n = 17). Polyps were found in the majority of those who participated (n = 190, 73.4%). Only one patient had a mild complication. Anticoagulative medication was found to have no effect on the risk of bleeding.

Conclusions Screening increases the incidence of colon cancer among asymptomatic and mildly symptomatic patients. Screening can reduce the mortality rate of colon cancer, as cancers can be detected in their early stages. Complications are rare, so screening can be considered a safe way to screen for colon cancer.

Elli Rauhaniemi, Kimmo Salminen, Jukka Koffert

Copyright Lääkärilehti