

Jämesoolevähk – aeg järelemõtleamiseks?

Tiit Suuroja – Põhja-Eesti
Regionaalhaigla

Kasvajalised haigused on kogu maailmas, sealhulgas Eestis, oluliseks tervishoiuprobleemiks. Maailmas esineb igal aastal peaaegu 11 miljonit esmast vähijuhtu, mis on aastas 6,7 miljoni vähisurma põhjustajaks. Sagedasemateks vähipaikmeteks maailmas tervikuna on kops (1,4 miljonit esmasjuhtu), rind (1,2 miljonit esmasjuhtu) ja jämesool (umbes 1 miljonit esmasjuhtu). Meie Euroopa ühiskodus diagnoositakse igal aastal 2,8 miljonit uut vähijuhtu, mis põhjustavad aastas 1,7 miljoni inimese surma. Sagedasemateks paikmeteks on kopsu-, jämesoole- ja rinnavähk.

Meil Maarjamaal on pahaloomuliste kasvaja esmasjuhtude arv viimastel aastatel püsivalt ületanud 6000 piiri. Olulisimaks paikmeks esinemissageduselt on meil tõusnud nahavähk, järgneb jämesoolevähk.

Vaadeldes vähktõve esinemise üldist suundumust Eestis ajateljel, on sedastatav aeglane, kuid pidev vähi esmasjuhtude arvu kasv. See annab tunnistust vähiprobleemi jätkuvast ja pigem kasvavast aktuaalsusest. Eeltoodu asetub tulevikus vananeva ja ahenenud tulubaasiga ühiskonna konteksti, mida iseloomustab vanemapoolse rahvastiku osakaalu suurenemine ja kriitilise piiri peal balansseeriv sündimus. See manitseb iga olulisema, tänasel päeval lahendamist vajava meditsiinipoliitilise probleemiga tegelemisel silmas pidama tulevikuperspektiive ja just headel aegadel ressursse osaliselt

suunama jätkusuutlikesse preventiivsetesse kontseptsioonidesse. Vähktõve puhul tähendab see kindlasti kaheldamatult oluliste, aga põhimõtteliselt täitmatute meditsiinihetkevajaduste parema rahuldamise kõrval ka vähktõve preventioonile ja varajasele avastamisele suunatud tegevust. Sõeluuringutel on eeltoodus oluline ja üha suurenev osa.

Vähiprobleem on oma laiemas tähenduses olemuslikult kompleksne ja mitmeti mõistetav. Kitsendades tema tähendust taotluslikult meditsiini ja tervishoiupoliitikaga, pörkame mõõdetavuse küsimusele. Kuidas mõõta ühe või teise vähiprobleemi olulisust? Milline vähipaige on ühiskonna tervise seisukohalt eriti oluline (niivõrd kui selline pingereastamine üleüldse eetilise ja rakendatav on)? Vastuseks on loomulikult tõdemus, et hinnang peaks olema multifaktoriaalne, kus erinevaid näitajaid üksteisega suhestades üritame piiratud ressursse suunata just oluliste paikmete problemaatikaga tegelemiseks. Selles suhtes on igal vähipaikmel oma spetsiifiline „nägu“, mis tingib lahendamissoovi olemasolu korral iga paikme puhul eriviisilise käsitlusviisi, erineva rõhuasetuse. Nii näiteks iseloomustab nahavähki suur iga-aastane esmasjuhtude arv (2005. aastal 749 esmasjuhtu), patsiendipoolse ja arstliku tähelepanu olemasolu korral minimaalseid vahendeid eeldav diagnoosimine, süsteemravi suhteliselt vähene efektiivsus, aga ka vähene vajadus selle järele ning piisavalt suur, enamasti õnneks väikesemahulise lokaalse ravi vajadus. Hästi tuntud, uuritud ja rahvastikupõhiselt teadvustatud on ka ohutegurid (nt ultraviolettkiirgus).

Kopsuvähki teise näitena iseloomustab suur esinemissagedus (kuni viimase ajani sagedasim pahaloomuline kasvaja Eestis), meeste osakaalu oluline domineerimine haigestumuse soolises struktuuris, kirurgilise ja süsteemravi parimal juhul mõõdukas tulemuslikkus samaaegse märkimisväärse kulukusega. Hoolimata pingutustest aktiivravi alal ja mõõdukast arengust sel suunal on elulemusnäitajad kehvad ning võimalus haigust välja ravida jätkuvalt murettekitavalt väike. Tegemist on sagedasima vähisurmade põhjustajaga meie rahvastikus. Põhjuseks on eelkõige lokaalselt ja süsteemselt kauglearenenud juhtude suur osakaal diagnoosimise ajal ning tõhusate teaduspõhiste elanikkonna skriiningu-meetodite puudumine. Samas on inimesed teadlikud suitsetamise osast kopsuvähi tekkel. See ei pruugi alati resulteeruda käitumusliku mudeli muutustes.

Jämesoolevähk on meil nagu ka enamikus arenenud riikides oluliseks ja vahest ka seni teenimatult mõnevõrra hooletusse jäänud probleemiks. Mõtlemapanev on teadmine, et jämesoolevähi nagu ka mitmete teiste kasvaja paikmete ravitulemused erinevad riigiti oluliselt. Nii on Eestis jämesoolevähi 5 a elulemusnäitajad enamiku Euroopa riikide ja ka Euroopa keskmise tasemega võrreldes oluliselt halvemad. Nii näiteks on Prantsusmaal, Soomes ja Norras jämesoolevähi 5 a elulemus kaugelt üle 50% (s.t et üle poolte kõigist jämesoolevähihaigetest terve ne), rääkimata Ameerika Ühendriikidest, kus see ulatub oluliselt üle 60% (täpsemalt 64%). Eestis jääb see alla 40%, mis asetab meid ühte gruppi Slovakkia, Tšehhi ja Poolaga. Väikesed kõikumised meeste ja naiste haigestumuses, samuti kasvaja erinevas paiknemises jämesooles ei muuda oluliselt üldpilti. Esineb selge korrelatsioon meditsiini üldise rahastatuse ja rahvastiku elulemuse vahel ning elulemus sõltub selgelt kasvaja diagnoosimise ajast. Ravi, ka kuluka nüüdisaegse ravi osatähtsus ja tulemuslikkus üldise elulemuse parandamisel on mõnevõrra paradoksaalsena üsna väike.

Esmasjuhtude arvult (700 esmast vähi juhtu aastas) asetub jämesoolevähk Eestis pingereas teisele kohale. Seejuures on jämesoolevähk erinevalt mitmest teisest sagedasest paikmest (rind 567 esmasjuhtu, eesnäärre 584 esmasjuhtu) võrdselt oluline probleem nii meeste kui ka naiste seas vastavalt 324 ja 376 esmasjuhuga. Viimase 35 aasta jooksul on jämesoolevähi esinemissagedus meil näidanud pidevat kasvutendentsi, seda nii pära kui käärsoole osas. Maksimaalse väärtuse saavutavad esinemusnäitajad just üle 70aastastel või vanematel. Seda on oluline teada rahvastiku keskmise vanuse dünaamikast silmas pidades. Jämesoolevähk põhjustab aastas umbes 400 inimese surma (2005. a 413 vähisurma) ning moodustab 11% meeste ja 14% naiste vähisurmast. Üldine haigestumus-kordaja 100 000 inimese kohta aastas on 52,0 ja suremuskordaja 30,7.

Jämesoolevähk on muude paikmete osashalbade ravitulemustega silma paistvate seedesüsteemikasvajate hulgas (näiteks kõhunäärmevähk, kus esinemus võrdub praktiliselt suremusega) hea näide mõistliku tulemuslikkusega ravitavast kasvaja paikmest, viimaste aastate arengu taustal isegi teatud eduloost. See tähendab, et üldised elulemusnäitajad on sel juhul veidi paremad, kirurgiline ravi on suhteliselt tulemuslik ja viimasel kümnendil on ka süsteemravi võimalused oluliselt paranenud. Oluliselt on laienenud meie teadmised jämesoolevähi geneetilise tingituse mõistmisel, mis on praeguseks kristalliseerunud tõdemuseks, et umbes 5% kõigist esmasjuhtudest on seotud konkreetselt teadaolevate ja kaardistatud geneetiliste muutustega. Mis aga veelgi olulisem, needsinatsed geenimutatsioonid on nüüdseks ka igapäevapraktikas diagnoositavad, nende (s.t mutatsioonide) olemasolu korral on rakendatavad konkreetsed, vähi varajase avastamise programmid, mis aitavad suurenenud riskiga rahvastikurühmades kasvajat õigel ajal diagnoosida ja tulemuslikult ravida. Olulisemateks geneetiliselt tingitud jämesoolevähi sündroomideks on pärilik, mittepölvupoosne

kolorektaalvähk ehk Lynchi sündroom ja perekondlik adenomatoosne polüpoos.

Veel 20–30% moodustavad kindlasti pärilikud, samas praegu täpselt teadmata geenimutatsioonidest või viimaste kombinatsioonidest tingitud vähijuhud. Sellistel juhtudel räägime perekondlikust jämesoolevähist. Ülejäänud moodustavad nn sporadilised vähijuhud, mis esinevad nn sporaadilised riskiga tavapopulatsiooni hulgas. See patsiendirühm on ka suurima mõjuga üldistele jämesoolevähi elulemusnäitajatele ja seetõttu võimalike sõeluuringute potentsiaalne sihtrühm.

Teiseks on jämesoolevähi diagnostika ja ravi viimasel 10–15 aastal läbi teinud olulise evolutsiooni. Ravi näidustuste täpsustamiseks ja tulemuste hindamiseks on juurutatud kõrgtehnoloogilised, aga ka kõrgehinnalised meetodid. Samas on oma esialgse tähenduse kvaliteetse ravikompleksi osana, aga ka olulise potentsiaaliga ravimeetodina säilitanud endoskoopiline uurimine.

Kirurgilises ravis on toimunud paradigma nihe väiksema invasiivsuse ja suurema anatoomilise säästlikkuse poole. Pärasoolevähi ravis on üldtunnustatud totaalse mesorektumekstsisiooni rakendamine, mis patsientidele tähendab paranenud postoperatiivset elukvaliteeti paremate ravitulemuslikkuse näitajatega. Laparoskoopiline meetod on jämesoolevähi kirurgilises ravis samaväärsete ravitulemustega kui traditsioonilised avatud kirurgilised meetodid. Laienenud on kaugmetastaaside kirurgilise ravi näidustused ja kasutusel on invasiivradioloogilised meetodid (radiosageduslik ablatsioon).

Eriti on pärasoolevähi ravis kompleksne lähenemine, eelkõige kiiritusravi laialdasem rakendamine mõnevõrra suurendanud ravi tõhusust koos ravijuhu keskmise maksumuse märkimisväärse tõusuga.

Jämesoolevähi süsteemravi tulemused on samuti läbi teinud olulise arengu, mida võiks väikese reservatsiooniga ka revolutsiooniga võrrelda. Põhjuseks on eelkõige bioloogiliste ainete lisandumine raviarsenali. Tulemuseks ei ole siiski olnud mitte niivõrd süsteemravi

teel täielikult tervenunud patsientide osakaalu kasv, kuivõrd oluliselt on paranenud üldine elulemus, retsidiivvaba elulemus ja ravivastus.

Kõik eeltoodu kinnitab tõsiasi, et me parandame lisandunud võimaluste arvel sümptomaatilist ravikompleksi ebaproportsionaalselt kõrge maksumusega ühiskonnale. Tulemuseks on mõningane ravi kaugtulemuste paranemine, samas lähenevad raviga seotud kulud meie, aga mitte ainult meie jaoks astronoomilistele väärtustele. Nii näiteks maksaks juba praegu keskmise patsiendi nüüdisaegne palliatiivne süsteemravi hinnanguliselt miljon krooni. Siit tuleneb loogilise järeldusena tõdemus, et põhimõtteline läbimurre vähisurumuse vähendamisel on selgelt seotud kasvaja varajase avastamise efektiivsesüsteemi, sealhulgas sõeluuringute poliitika ellukutsumise ja rakendamisega.

Rahalised vahendid või täpsemalt nende nappus on suuremal või vähemal määral alati probleemiks. On seda ka Eesti kui Euroopa vaesemate keskmike hulka kuuluva riigi jaoks. See sunnib tegema tarku, tulevikku suunatud otsuseid. See tähendab näiteks, et haiglate võidurelvastumine aparatuuri soetamisel, spetsialistide üleostmisel, mõju- piirkondade laiendamisel ja kattuvate tegevusalade arendamisel piiratud regionaalses kontekstis ei pruugi olla kvalifitseeritud piiratud ressursside mõistlik kulutamine. Ka aktiivravi, mis nõuab üha suuremaid ressursse, aga kokkuvõttes tegeleb siiski vaid tagajärgede likvideerimisega, pole jätkusuutlik nagu selle rahastamise poliitikagi. Ka vaid piiratud ressursside eraldamine ennetusele ja kasvaja varajasele avastamisele annab aastate pärast olulist tulemit päästetud eludes ja loodetavasti ka vähenenud kulutustes.

Jämesoolevähi sõeluuringud on, korrates eespool öeldut, tõendus põhisel kulutõhusad ja vähendavad vähisurumust. Kogu kontseptsioon toetub tõdemusele, et pahaloomulise kasvaja teke on jämesoole limaskestalt aset leidvate astmeliste muutuste tulemus (sporaadiliste juhtude korral kestusega 5–15 aastat): esialgu mittepahaloomulised muu-

tused on järk-järgult transformeerunud pahaloomuliseks. Nende vähieelsete seisundite avastamine ja ravi toob kaasa vähi esinemuse ja vähisuremuse tõestatud vähenemise.

Kuigi jämesoolevähi aktsepteeritud sõeluringumeetodeid on mitu, igal oma tugevad ja nõrgad küljed, on tugevaima tõendus põhisusega peitevere määramine väljaheites. Iga-aastase või üleaastase peitevereskrüiningu rakendamine toob uuringute järgi kaasa vähisuremuse vähenemise 20–30% võrra. Endiselt guajakipõhiselt meetodilt on märgata nihet immunokeemilisele peitevere määramisele. Mõningaseks probleemiks selle puhul on vajadus luua toetav organisatsiooniline struktuur, et organiseerida testide kätetoimetamist, hinnata tulemusi ja vajaduse korral suunata haigeid edaspidistele uuringutele.

Halvema teadusliku kvaliteediga, kuid väga veenvad endoskoopilise skrüiningu tulemuslikkust käsitlevad uuringud, mis toovad kaasa vähisurma vähenemise 60–70% võrra ja võimaldavad ka sekundaarset preventsiiooni vähieelsete muutuste eemaldamise kaudu. Radioloogilised skrüinimismeetodid on veel vähe tõendatud ja ühiskonnale küllaltki kulukad, samas täiesti vastuvõetavad kui üks võimalikest valikutest.

Jämesoolevähi sõeluringud on teaduspõhiselt kulutõhusad, võimaldavad jämesoolevähi diagnoosida varajases staadiumis (üle 70% juhtudest) ja vähendavad vähisuremust.

Mida öelda kokkuvõtteks? Kõigepealt seda, et aeg mõelda tõsiselt jämesoolevähi sõeluringutele Eestis tundub olevat küps. Algatuseks oleks vahest mõistlik käivitada katseuuring. Edasise arutelu teemaks on kindlasti eelistatavim skrüinungemeetod ja katseuuringu maht. Esmapilgul tundub ühe eluvõimelise variandina siiski peitevere uurimine ja vajaduse korral sellele järgnev endoskoopiline uuring. Arvesse tuleb muidugi võtta Eesti endoskoopilise teenistuse võimekust toime tulla suurema töömahuga ning eeldada, et sümptomaatiliste patsientide juurdepääs uuringutele ja nende kvaliteet säilib endisel tasemel. Vähiprobleemidele parimate lahenduste leidmine olemasolevate võimaluste ja inimressursi korral tähendab valikute tegemist. Halvim võimalikest valikutest on keskendumine vaid hetkesituatsiooni nii põletavana tunduvate probleemide lahendamisele. Halb on koostöö puudumine turuvõitluse hundiseaduste olukorras, halb eelkõige patsientidele.

Mis oleks parem? Hea oleks rääkida inimete ja kolleegidega, poliitikute ja rahastajatega. Hea oleks alustada ka vähesest, sest me kõik mõistame, kus peituvad lahendused. Ja need peituvad probleemi teadvustamises ja tegutsemises eesmärgiga nihutada kasvaja haiguse avastamismomenti ajateljel. Ikka ettepoole.

suuroja333@prontomail.com

KIRJANDUS

1. Hewitson P, Glasziou P, Watson E, et al. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. *Am J Gastroenterol* 2008; online early: May 12.
2. Wolpin BM, Mayer RJ. Systemic treatment of colorectal cancer. *Gastroenterology* 2008;134(5):1296–310.
3. Wolpin BM, Meyerhardt JA, Mamon HJ, et al. Adjuvant treatment of colorectal cancer. *CA Cancer J Clin* 2007;57(3):168–85.
4. Kuhry E, Schwenk W, Gaupset R, et al. Long-term outcome of laparoscopic surgery for colorectal cancer: A cochrane systematic review of randomised controlled trials. *Cancer Treat Rev* 2008; online early: May 9.