

Syövän hoitopäätös

Antti Jekunen

Professoriluento 13.12.2017 Turun yliopisto

Syövän onkologinen hoito kohdistuu syöpäkasvaimeen. Parantavassa syövänhoidossa päästään kokonaan eroon syöpäkasvaimesta ns. tautivapaaseen tilaan. Valitettavasti parantavia hoitoja on vain muutamissa indikaatioissa, kuten lymfomassa ja testissyövässä. Mutta liitännäishoidoista on kehittynyt vastaavalla tavalla parantavia. Hoidon alussa kasvainta ei ole osoitettavissa, mutta tilastollisesti tiedetään, että tauti tulee tietyllä todennäköisyydellä uusimaan. Liitännäishoidolla pienennetään tilastollista uusimisriskiä, ja kun kasvain pysyy poissa, potilas parantuu. Liitännäishoidot ovat käytössä leikkausten jälkeen useassa syövässä, kuten rinta-, suolisto- ja keuhkosyövässä.

Valtaosa syövänhoidosta on ei-kuratiivista, kun tautivapaaseen tilaan ei todennäköisesti päästä. Erityisesti metastaatista syövän hoito on tässä suhteessa haasteellista. Käyttöön on tullut kroonisen syöpäpotilaan käsite. Tällöin potilas elää pitkäänkin lähes normaalia elämää syövän kanssa. Eikuratiivisissa hoidoissa voidaan erottaa stabiloivat hoidot ja jarruttavat hoidot. Stabiloivalla hoidolla pyritään kasvain pysäyttämään ja pienentämään. Stabilointivaiheen jälkeen seuraa jossain vaiheessa syövän kasvua ja käytännössä enää vain osassa kasvaimista on saavutettavissa stabiloituminen uudelleen. Loppuisissa tapauksissa ei enää saada kasvaimen kokoa pienentymään tai kasvua pysäyttämään, vaan syöpähoito on kasvainta jarruttavaa.

Hoitojen intensiteetit korreloituvat taudin vaiheeseen ja hoidon tavoitteeseen. Kuratiivisessa hoidossa sallitaan enemmän haittoja, koska hoidoista toipumisen jälkeen syöpä ei lyhennä potilaan ennustetta. Hoidoista ei kuitenkaan saisi koitua pitkäaikaisia ongelmia syöpäpotilaille. Eikuratiivisessa hoidossa, syövän stabilointiin pyritään aktiivisemmilla ja usein enemmän haittavaikutuksia aiheuttavilla hoidoilla kuin jarruttavassa onkologisessa hoidossa. Jos ei ole todennäköistä, että kasvain stabiloituu, on käytettävä jarruttavaa hoitoa. Se tulee säätää niin, että siitä koituu mahdollisimman vähän haittoja. Kun jarruttava teho hiipuu, tulee onkologinen hoito lopettaa ja siirtyä oireita lievittävään hoitoon. Jos onkologisia hoitoja jatketaan, hoidoista on enemmän haittaa kuin hyötyä, kun haittavaikutuksia ilmaantuu mutta kasvainvaikutusta ei enää saada.

Syövän hoitopäätös poikkeaa muun lääketieteen hoitopäätöksistä. Diagnoosi on pääsääntöisesti tehty, joskin sitä voidaan tarkentaa ja joissain tapauksissa, kuten kahden primaari syövän kanssa toimittaessa, diagnoosi voidaan joutua tekemään kun ensimmäisen diagnoosin hoitoa jo toteutetaan. Millään muulla lääketieteen hoitoalueella ei ole niin paljon haittavaikutuksia annetuista hoidoista. Aikaisemmin sytostaattihoitoihin liittyi hankala pahoinvointi, joka onneksi nykyään pystytään lievittämään lähes aina siedettäväksi. Samoin useat sytostaattihoidot laskevat verisoluarvoja, johon on saatu apua valkosolukasvutekijöistä. Haittavaikutusprofiilin tunteminen ja sen huomioiminen hoitoa valittaessa ja hoitoa modifioitaessa on tärkeä onkologin kokemukseen perustuva taito. Esimerkiksi neuropatian ilmaantuessa tulee siirtyä sytostaatteihin, jotka eivät aiheuta neuropatiaa. Samoin munuaisarvojen noustessa siirrytään sytostaatteihin, jotka eivät ole munuaistoksisia. Uusiin kohdentuviin syöpälääkkeisiin ladattiin paljon toiveita, että vihdoinkin päästäisiin haittavaikutuksista eroon. Ajatus oli, että syöpälääkkeet olisivat niin kohdentuneita, ettei niillä olisi vaikutuksia normaaleihin soluihin. Mutta toisin kävi. Kaikilla kohdentuvilla syöpälääkkeillä on haittavaikutuksia. Ne ovat kyllä sytostaatteihin nähden vähäisempiä ja helpommin siedettäviä. Toisaalta hoidot ovat usein pidempiä, kun kohdennettua hoitoa annetaan yleisesti syövän etenemiseen asti. Kohdentuvien syöpälääkkeiden tehoa yritetään lisätä yhdistämällä niitä keskenään tai sytostaatteihin. Tämä taas lisää haittoja.

Syövän hoitopäätös on monitahoinen ja siihen vaikuttavat useat tekijät. Hoitopäätöksen tekijät ovat potilas ja onkologi. Siihen liittyy tasapainoilu hoidon hyödyn ja mahdollisten haittojen välillä. Hoitopäätöksessä tehdään linjaus tavoitteesta ja siihen käytettävistä keinoista sekä haetaan yksilöllistämisen kautta potilaan hyväksyntä. Siihen sisältyy hoidon toteuttamisen yksityiskohdat ja käytettävät hoitomodaliteetit, ja syöpälääkkeet. Siihen voi liittyä hoidon rajauksia ja potilaan toiveita esim. hoitoajoista. Tärkeää on saada dialogin kautta sovitettua hoitoon liittyvät näkemykset yhteisymmärryksessä työstetyksi päätökseksi.

Onkologinen hoitopäätös tehdään potilaan kanssa. Potilaan täytyy hyväksyä hoito ja hoidosta koituvat mahdolliset haitat. Yleinen hankaluus keskustelussa on, että ei ole mitään varmuutta miten potilas reagoi lääkkeille, koska haitat ovat yksilöllisiä ja niitä on vaikea ennustaa yksilötasolla. Samoin hoitotulokset varioivat yksilöllisesti ja tarkan ennusteen antaminen yhdelle potilaalle on mahdotonta: joudutaan puhumaan todennäköisyyksistä. Ennen hoitoon lähtemistä punnitaan potilaan ja onkologin dialogiassa vaihtoehdot ja haetaan potilaalle sopiva yksilöllistetty hoitoratkaisu. Usein hoitoon joudutaan tekemään modifikaatioita haittojen vähentämiseksi.

Potilaan tietotaso ja kulttuuralliset tekijät vaikuttavat suuresti potilaan valintoihin. Potilaan tausta ja kulttuuri voivat rajata mahdollisia hoitoja. Esimerkiksi Jehovan todistajat kieltäytyvät verisolujen siirroista. Onneksi kuitenkin kasvutekijöitä voidaan käyttää, joten vaikutus on enemmänkin hoitoa modifioiva kuin kokonaan poissulkeva. Omaiset ja läheiset voivat potilaan puolesta arvottaa hoidot ja pitää jotain hoitoa merkityksettömänä ja toista huippu hyvänä. Usein tähän vaikuttaa muualla lähipiirissä koettu hoito ja siihen liittyneet asiat. Potilaaseen vaikuttaa myös saatavilla oleva informaatio, esim. mediasta ja internetistä. Valitettavasti näiden lähteiden informaatio voi olla täysin potilaan tapaukseen soveltumaton, mitä on joskus vaikea saada potilas ymmärtämään. Potilaan asenteeseen vaikuttavat arvostukset ja ennakkoluulot, joihin voi vaikuttaa tarjoamalla tutkittua oikeaa tietoa.

Onkologin tietopääoma rakentuu kliinisen uran kokemuksista ja potilastapauksista. Koulutuksella on tässä tärkeä merkitys. On osattava etsiä tietoa ja arvioida se kriittisesti. Samoin tiedon tulee olla nopeasti saatavilla, mihin tekninen kehitys on onneksi antanut apua, jopa siinä määrin että tietoa koetaan olevan saatavilla liikaa ja sen järjestäminen ja organisoiminen on tullut ongelmalliseksi. Tiedon määrä on progressiivisessa kasvussa, mutta lääkäreiden aika ja hahmotuskyky eivät ole aikaisemmasta juurikaan kasvaneet. Onkologin kliininen tieto pitää riittää potilaan kanssa käytävään hoitopäätösdialogiin.

Hoitavan lääkärin kokemuspohjan lisäksi hoitavan yksikön ja lääkärikollegoiden kokemukset, tiedot ja käsitykset vaikuttavat hoitopäätökseen. Yhdeksi työvälineeksi ovat nousseet monialameetingit, joissa saadaan hoitoon vaikuttavien eri erikoisalojen mielipiteet esille. Monialameetingissä patologi, röntgenlääkäri ja kirurgi sekä onkologi pohtivat yksittäisen tapauksen parasta hoitoa, jolla on suuri merkitys, jos potilaalle on ajateltavissa multimodalityhoitoja, kuten leikkausta, sädehoitoa, sytostaatti- ja biostaattihoitoja. Hoitotulokseen voi merkittävästi vaikuttaa annetaanko esim. sytostaatti-sädehoito ennen leikkausta, sen sijaan että ensin leikattaisiin.

Viimeisten 10 vuoden aikana valtakunnallisten hoitosuosittelujen merkitys on kasvanut: hoitavan lääkärin on helppo tukeutua yhteisesti sovittuun hoitoon, joka on mahdollinen toteuttaa Suomessa. Mutta kaikissa indikaatioissa ei ole suomalaisia suosituksia. Tällöin joudutaan käyttämään kansainvälisiä suosituksia, joista ESMOn guideline -ohjeet ovat käytetyimpiä. Ongelmaksi on noussut erilaiset lääkkeiden korvattavuuskäytännöt. Vaikka syöpälääke on hyväksytty koko Eurooppaan EMA:n toimesta, korvattavuus määritetään jokaisessa maassa erikseen, mikä tuo kirjavuutta ja lopulta rajoittaa uusien syöpälääkkeiden saatavuutta. Tällä on suuri merkitys

hoitopäätöksen teossa, jos syöpälääkkeitä ei ole saatavilla tai jos niiden hinta on niin korkea että potilaalla ei ole niihin varaa.

Onkologin hoitovalinta on haasteellista, koska riskejä sisältävien hoitojen välillä valinta on vaikeaa. Lisäksi lopputuloksessa on aina epävarmuus: joidenkin potilaiden kasvaimet respondoivat ja toisten eivät. Tällöin on syytä valita hoito, jonka lopputulos on keskimääräisesti parempi. Onkologiassa korostuu lääketieteessä aina läsnä oleva epävarmuus. Se voi olla sekä potilaan nykytilassa että tulevaisuuden tapahtumassa. Nykytilan arvioon vaikuttaa saatavilla oleva informaatio, jota klinikko käyttää rakentaessaan tilannearviota, johon taas yksilöllistetty hoitosuositus tulee perustumaan. Usein tässä arviossa käytetään klinikon omia kokemuksia. Mutta se on altis virheille, koska muistin tieto painottuu helposti virheellisesti kokemusten värikyyden mukaan. Omien hoitotulosten arviointi objektiivisesti klinisen tutkimuksen avulla onkin tärkeää.

Kliinikot käyttävät omia kokemuksiaan hoitopäätöksen teossa. Puhutaan heuristisesta lähestymistavasta, jossa arvioidaan potilaasta saatavien klinisten piirteiden sopivuutta keskimääräiseen. Tämä säättää alkuperäistä arviota. Toinen potilaan tilanteen alkuarvioon vaikuttava tekijä on julkaistun tiedon käyttö keskimääräistämisen kautta klinistä todennäköisyyttä arvioitaessa. Yleisesti käytössä ovat keskimääräiset eloonjäämisluvut ja haittavaikutusten todennäköisyys. Kuitenkin vaikka keskimääräinen todennäköisyys on arvioitavissa, ei ole lopullista varmuutta miten hyvin juuri kyseisen potilaan tilanne todella vastaa julkaistua keskimääräistä tutkimuspopulaatiota. Potilaan ominaisuudet otetaan huomioon todennäköisyysarvioissa. Kokenut klinikko käyttää sekä julkaistua tietoa että omaa kokemuspohjaa tehdessään arvion keskimääräiselle potilaalle. Tätä arviota säädetään sitten kunkin potilaan ominaisuuksilla. Hoitopäätöksessä lähdetään toteuttamaan yhtä useista vaihtoehdoista.

Tietokoneohjelmia, jotka auttavat klinikoita tai potilaita tekemään hoitopäätöksiä, kutsutaan päätöksen tukijärjestelmiksi. Tutkimus tällä alueella on vilkasta, mutta vielä ne eivät ole osoittaneet käyttökelpoisuuttaan jokapäiväisessä kliinisessä työssä. Toisaalta niitä ei ole tarkoitettukaan korvaamaan päätöksentekoa vaan avustamaan sitä. Tärkein kysymys tukiohjelmien suhteen on edelleen: voidaanko niillä saada aikaan parempia päätöksiä kuin ilman niitä. Informaatioon pohjautuvat päätöksen tukijärjestelmät tarvitsevat jatkuvaa päivitystä ja uusi tieto pitää pystyä liittämään systeemiin viivytyksettä. Tulevaisuudessa on nähtävissä tukijärjestelmien lisääntyminen ja käytettävyyden paraneminen. Jo nyt on olemassa useita mobiileja kännykkäsovelluksia, jotka sisältävät päätöksenteko algoritmeja ja malleja, joita voi käyttää missä tahansa. Tämän lisäksi jaettu

päätöksenteko ns. shared decision making tulee yleistymään, mikä sitten käyttää hyväkseen mobiileja päätöksenteko tukijärjestelmiä.

Onkologinen hoitopäätös on kompleksinen ja dynaamisesti kehittyvä, mutta sen perusta rakentuu nyt ja tulevaisuudessa onkologin ja potilaan dialogiin. Tulevaisuudessa tiedon hallinta kehittyy, päätöksentekoon tulevat jaetut päätöksentekometodit ja tietokoneistetut tukijärjestelmät. Kaikki tämä tarkoittaa parempia syövän hoitopäätöksiä jatkossa.