

Vastine edelliseen

KIITÄN DOSENTTI ARTO ALANKOA ja akatemiaprofessori Märten Wikströmiä mielenkiinnosta ja kommenteista artikkeliini.

Kirjoittajat kysyvät, minne dyspepsian hoitostrategiasta ovat unohtuneet serologiset tutkimukset, eritoten helikobakteerivasta-ainemääritys sekä sen yhdistäminen gastriini 17:n ja pepsinogeenien 1 ja 2 pitoisuuden määrittämiseen. Kyseisellä yhdistelmätestillä (kauppanimeltään GastroPanel) ei ole kliinistä merkitystä dyspepsia- tai refluksoireisten potilaiden diagnostiikassa eikä seulonnassa jatkotutkimuksiin, minkä takia aihetta ei myöskään artikkelissani käsitelty. Helikobakteerin toteamiseksi serologia on liian epätarkka pienen esiintyvyyden maissa, kuten Suomessa, eikä sitä suositella infektion primääridiagnostiikkaan (Malfertheiner ym. 2002, Gatta ym. 2003).

Atrofinen gastriitti sinänsä on oireeton, eikä sen seuranta voida pitää aiheellisena ainakaan alle 55-vuotiaiden dyspepsiapotilaiden osalta, sillä gastroskopiassakaan todettu atrofinen gastriitti ei ole aihe seurantaan, kuten Kokkola (1999) väitöskirjassaan osoitti. Kokkolan tutkimuksessa selvitettiin hapottomaan mahaan ja pernisiöosiin anemiaan liittyvää karsinoidituumoreiden ja mahasyövän riskiä. Tutkimuksessa seurattiin alun perin 72:ta potilasta, joilla oli todettu atrofinen gastriitti. Kokonaisseuranta-aika oli 869 potilasvuotta ja seurannan keskimääräinen pituus 12,2 vuotta (vaihteluväli 2,5–27,6 v) atrofisen gastriitin ja pernisiöosin anemian diagnosista. Alkuperäisessä seulonnassa karsinoidituumoreita todettiin viidellä potilaalla (7 %). Jatkoseurannassa todettiin kahdeksan karsinoidia ja kaksi mahasyöpää. Tutkimus vahvisti potilasvuosien perusteella suurimmalla julkaistulla aineistolla aiempien tutkimusten tulokset ja osoitti, että atrofista gastriittia ja pernisiöosia anemiaa potevien endoskooppinen seuranta ei ole tarpeen, kuten myös American Society for Gastrointestinal Endoscopyn suosituksessa todetaan (ASGE 1998).

Atrofisen gastriitin seuranta on yksi tavallisimmista syistä aiheettomiin gastroskopiaihin

(Minoli ym. 1995). Duodecimien kustantamassa Endoskopiakäsikirjassa (Pikkarainen ym. 2002) ei todettua atrofista gastriittia pidetä aiheena seurantaskopiaan. Näin ollen ei ole mitään perusteita myöskään seuloa dyspepsiapotilailta atrofista gastriittia määrittämällä pepsinogeeni 1:n ja gastriini 17:n pitoisuuksia. Helikobakteeriserologian, gastriini 17:n ja pepsinogeeni 1:n yhdistelmästä (GastroPanel) ei ole yhtään julkaistua tutkimusta, joka olisi selvittänyt sen merkitystä alle 55-vuotiaitten valikoimattomien dyspepsiapotilaiden diagnostiikassa ja hoidossa. Lisäksi atrofisen gastriitin esiintyminen hengitystestillä tai monoklonalisella ulosteantigeenitestillä negatiiviseksi osoitetuilla alle 55-vuotiailla on poikkeuksellista, eikä sen seulonnalle ole perusteita tai tarvetta edellä mainituista syistä. Jos potilaalla on endoskopiassa todettu atrofinen gastriitti mutta helikobakteeripikatesti sekä histologinen tutkimus ja viljely antavat negatiiviset tulokset, saattaa tässä erityistapauksessa olla aihetta vielä sulkea serologisesti pois helikobakteerin osuus, mutta gastriinin tai pepsinogeeni 1:n määrittäminen ei ole tarpeen. Helikobakteeri-infektion harvinaistuesssa myös atrofisen gastriitin esiintyvyys vähenee edelleen. Seulomalla ja hoitamalla helikobakteeri-infektio jo nuoremmilta dyspepsiapotilailta voidaan myös atrofista gastriittia ja mahasyöpää estää.

Yhdistelmätesti ei ole alle 55-vuotiaitten dyspepsiapotilaiden diagnostiikassa tai hoidossa aiheellinen, ja lisäksi se on seulontatestinä kallis eikä korvaa gastroskopiaa. Edes yli 55-vuotiaille potilaille, joille suositellaan uuden dyspepsiaoireen vuoksi primaaritutkimukseksi gastroskopiaa, yhdistelmätesti ei ole riittävä, sillä sen avulla ei voida sulkea pois mm. refluksitaudin komplikaatioita eikä myöskään mahasyöpää, sillä ainoastaan osa syövästä kehittyy atrofian kautta. Yhdistelmätestin käyttö dyspepsian diagnostiikassa lisää kustannuksia eikä kuitenkaan vähennä endoskopian tarvetta ja ohjaa näin terveydenhuollon resursseja epätarkoituksemukaisesti.

Kirjallisuutta

- ASGE. The role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper gastrointestinal tract. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1998;48:663–8.
- Gatta L, Ricci C, Tampieri A, Vaira D. Non-invasive techniques for the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. *Clin Microbiol Infect* 2003;9:489–96.
- Kokkola A. *Helicobacter pylori* infection, atrophic gastritis, and cytogenetic changes as risk factors for gastric carcinoma. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto, 1999.
- Malfertheiner P, Mégraud F, O'Morain C, ym. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection – The Maastricht 2-2000 Consensus Report. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:167–80.
- Minoli G, Prada A, Gambetta G, ym. The ASGE guidelines for the appropriate use of upper gastrointestinal endoscopy in an open access system. *Gastrointest Endosc* 1995;42:387–9.
- Pikkarainen P, Karvonen A-L, Kunnamo I. Gastroskopia – Käypä hoito. Teoksessa: Pikkarainen P, Karvonen A-L, Kunnamo I, toim. Endoskopistin käsikirja. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Gastroenterologiyhdistys ry., 2002, s. 42–50.

MARTTI FÄRKKILÄ, dosentti, ylilääkäri
HUS, sisätaudit, gastroenterologian klinikka
PL 340, 00029 HUS