

Miten parantaa suusyövän hoitotuloksia?

Lainaan aluksi Syöpäjärjestöjen 19.9.2001 mietintöä syövän hoidon porrastamisen tärkeydestä: ”Sairauden hoidon keskittävä porrastaminen on perusteltua, jos keskittäminen parantaa hoitotuloksia eli vähentää komplikaatioita ja parantaa hoidettavan ennustetta (kuratiivinen hoito) tai elämänlaatua (palliativinen hoito). Useissa syöpätaudeissa kirurgisella hoidolla on edelleen keskeinen asema. Leikkaushoitojen tulokset paranevat jatkuvasti uusien tekniikoiden, materiaalien ja välineiden kehittyessä mutta myös diagnostiikan parantuessa. Toisaalta samat syyt lisäävät paineita leikkaushoidon keskittämiseen.

Syöpätautien sädehoidon ja kemoterapian osalta keskittämis- ja porrastuskysymykset ovat suurelta osin ratkaistut.

Syöpätautien yksilöllisen hoidon suunnittelu ja hoitojen toteuttaminen vaatii usein moniammatillisen, erityiskysymyksiin perehtyneen hoitotiimin.”

Saman mietinnön mukaan pään- ja kaulan alueen syöpien, siis myös suusyöpien, hoidon katsotaan kuuluvan yliopistosairaaloille.

Mikä on hammaslääkärin osuus suusyöpähoidon onnistumisessa? Tässä numerossa julkaistavasta Suusyövän Käypä hoito -suosituksesta ilmenee mitä selvimmin, että hammaslääkäri kantaa monitahoisen vastuun suusyöpähoidon onnistumisesta.

Kaikkien potilaiden valistaminen syöpävaarallisista elämäntavoista on hammaslääkärin, kuten myös kaikkien muiden terveydenhuollon piirissä työskentelevien, velvollisuus. Runsas tupakointi ja alkoholinkäyttö ovat ensisijaiset tunnetut ulkoiset suusyövälle altistavat tekijät.

Syöpävaaraa lisäävien muutosten ja tilojen sekä varhaisen syövän kliininen toteaminen ja varmistaminen kudoksenäytteellä kuuluvat jokaisen hammaslääkärin tehtäväkenttään. Potilaan välitön toimittaminen hoitopaikkaan hoidon viivästymisen estämiseksi kuuluu myös hammaslääkärin velvollisuuksiin.

Todetun suusyövän hoitosuunnittelussa hammaslääkärin tulee olla mukana hoitotiimin jäsenenä ja toteuttaa leikkausta edeltävä hampaiden ien- ja tukikudosten saneeraus. Mahdollinen purennan kuntoutuksen tarve on kartoitettava ennen leikkausta ja kuntoutus toteutettava

sen jälkeen.

Erityisesti syljen erityksen mahdollisen vähenemisen takia on hammaslääkärin osuus seurannassa haasteellinen kaikkien suun kudosten kannalta. On myös pidettävä mielessä, että suusyöpä voi uusiutua.

Miksi läntisen naapurimaamme suusyövän hoitotulokset ovat paremmat kuin meillä? Mistä kiikastaa, vaikka elinolosuhteet lienevät jotakuinkin samanlaiset? Ovatko Ruotsin maahanmuuttajien – jotka usein tulevat maista, joissa suusyöpä on yleisempää kuin Pohjoismaissa – suusyövät hoitomyönteisempiä?

Löytyisikö vika Suomessa tähän asti puuttuneesta hoidon porrastuksesta? Onko monien leikkaavien erikoisalojen kauan jatkunut väittely omasta paremmuudesta yhteisen hoitotiimin perustamisen asemesta huonontanut tuloksia? Mikä on yleislääkäreiden valmius tunnistaa suun kudosten muutoksia? Tuijottavatko hammaslääkärit yhä edelleen vain osaa suun alueen kudoksista, hampaita ja niiden tukikudoksia, katsomatta suuta kokonaisvaltaisesti? Pelkäävätkö hammaslääkärit suumuutoksia, joiden hoitoon eivät katso taitojensa riittävän? Onko lähettämisen kynnyks yhä edelleen liian korkea?

On monia avoimia kysymyksiä, joihin jokainen henkilökohtaisesti voi vastata ja siten selvittää omaa osuuttaan suusyövän hoitotulosten parantamisessa.

MARIA MALMSTRÖM

Vad göra för att förbättra behandlingsresultaten för oral cancer?

Cancerorganisationerna har den 19 september 2001 utgivit ett betänkande om vikten av rätt behandlingsnivå inom all cancervård. Eftersom detta betänkande inte föreligger på svenska återger jag i det följande en del av innehållet fritt översatt:

“En centralisering av vården till behandlingsenheter på rätt nivå är berättigad om den förbättrar vårdresultaten eller ger färre komplikationer och förbättrar prognosen för patienten (kurativ behandling) eller ger patienten en bättre livskvalitet (palliativ behandling). Den kirurgiska behandlingen spelar fortfarande en central roll vid behandling av flertalet cancertyper. Tack vare en fortsatt teknisk utveckling, förbättrade material och instrument och inte minst pga en bättre diagnostisering blir behandlingsresultaten kontinuerligt bättre. Dessa fakta påkallar även behoven av centralisering av den operativa behandlingen.

Frågan om centralisering av strålbehandling och kemoterapi vid cancerfall är redan till stor del löst.

Planering och förverkligande av en individuell behandling fordrar ofta ett fungerande behandlingsteam bestående av många specialister som är insatta i sjukdomen.”

Enligt samma betänkande anser man att samtliga cancerformer på huvudets och halsens område, alltså även den orala cancer, bör behandlas inom universitetssjukhusen.

Vilken roll har tandläkaren i behandlingen av oral cancer?

Av rekommendationen Gångse Vård av Oral Cancer, som publiceras i detta nummer framgår det med all önskvärd tydlighet att tandläkaren har ett stort ansvar för ett lyckat behandlingsresultat vid muncancer-vård.

Tandläkare samt övrig hälsovårdspersonal bör informera samtliga patienter om cancerframkallande levnadsvanor. Riklig användning av främst tobak, men även av alkohol är de främsta kända yttre muncancerframkallande faktorerna.

Samtliga tandläkare bör kliniskt känna igen förändringar och tillstånd som eventuellt predisponerar för muncancer samt ett tidigt oralt carcinom och med hjälp av vävnadsprov kunna fastställa den rätta diagnosen.

Tandläkaren är även skyldig att omelbart remittera patienten till rätt vårdenhet för undvikande av dröjsmål.

Då oral cancer konstaterats bör tandläkaren vara en del av det behandlande teamet. Tandläkaren bör preoperativt sanera tänderna samt stödjevävnaderna. Behovet av bittrekonstruktion bör kartläggas preoperativt och genomföras postoperativt.

Vid uppföljning av patienten bör tandläkaren kunna bemöta alla de problem som förorsakas av den vid muncancerbehandling ofta förekommande sialopenin. Man bör också komma ihåg möjligheten att canceren recidiverar.

Vad beror det på att behandlingsresultaten för muncancer är bättre i vårt västra grannland än hos oss? Var brister det då man kan anse att levnadsväpnaderna i Sverige och Finland är likartade? Kan det tänkas att invandrarnas muncancer är mindre behandlingsresistent?

Kan det bero på att det hos oss tillsvidare inte tillämpats en nivåbaserad centralisering av muncancerbehandling? Kanske har resultaten påverkats av de många dispyter som förts mellan de operativa specialiteterna beträffande var och ens suveränitet på bekostnad av ett konstruktivt samarbete. Vilken är allmänläkarens kunskap om munnens vävnader? Stirrar tandläkare fortfarande främst på tänderna och deras stödjevävnader i stället för att undersöka munnens samtliga vävnader? Skyggar tandläkare för sådana munslemhinneförändringar, vilka de anser sig vara oförmögna att behandla? Är tröskeln för remittering fortsättningsvis alltför hög?

Vi har många öppna frågor som var och en kan försöka besvara, och på det sättet klarlägga sin egen möjlighet att förbättra terapieresultaten för oral cancer.

MARIA MALMSTRÖM