

Paragraafid

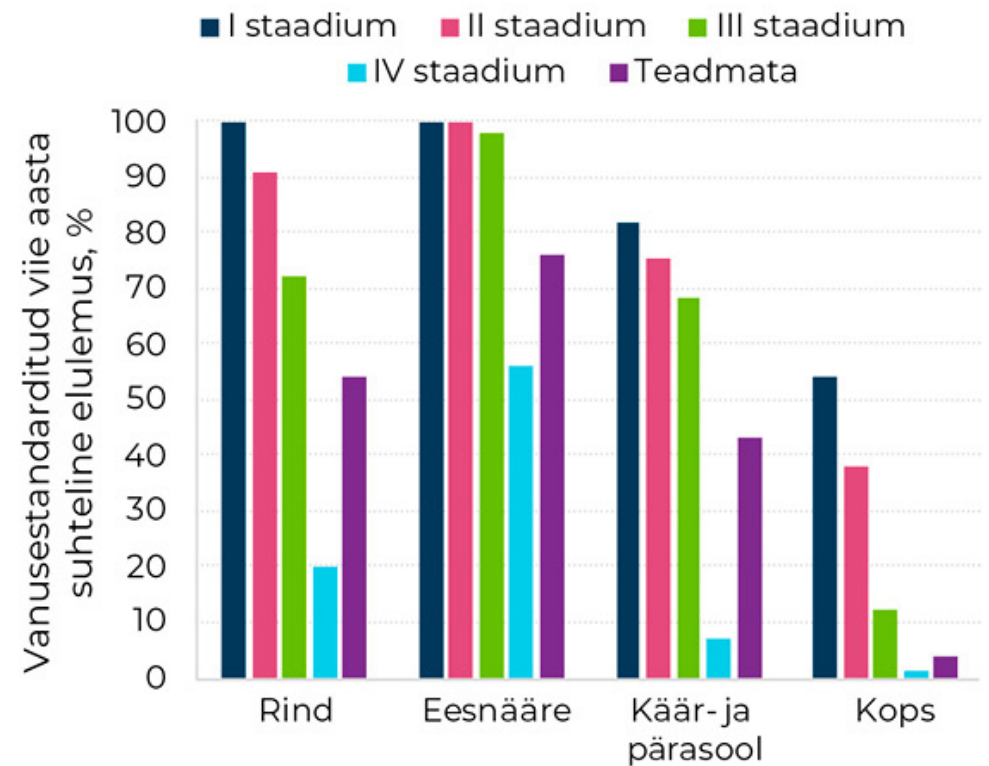
Lehekülje nr.

5.3. Diagnostika ja ravi

1

5.3. Diagnostika Ja Ravi

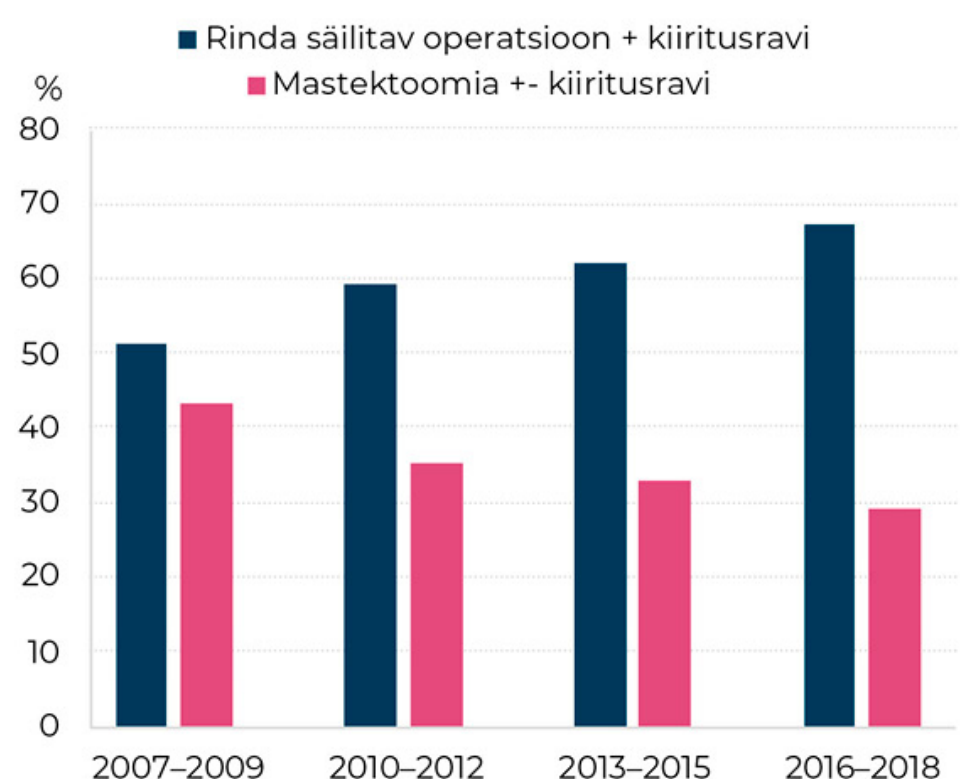
Viie aasta suhteline elulemus on üks olulisemaid näitajaid vähitõrje üldise tõhususe hindamisel, summaarselt kajastades õigeaegse diagnoosimise ja ravi tulemusi (vt ka 5.1). Vähiravi edukust eraldi aitab hinnata staadiumispetsiifilise elulemuse jälgimine (joonis 91).



Viimase 27 aasta jooksul on rinnavähi viie aasta suhteline elulemus Eestis suurenenud 19% võrra (Baburin, 2024). Võrdluses Põhjamaadega on Eesti naiste rinnavähielulemus umbes 10% võrra väiksem (tabel 2)

(Zimmermann jt, 2024), mis on tõenäoliselt seotud sõeluuringul diagnoositud kasvajate väiksema osatähtsusega Eestis. Varases staadiumis diagnoositud **rinnavähi** elulemus on Eestis olnud heal tasemel juba pikemat aega (joonis 91), viimastel aastakümnetel on enim paranenud kolmanda ja neljanda staadiumi elulemus (Baburin, 2024; Baburin jt, 2014).

Üldine kiiritusravi kasutus ja samuti rinda säilitava operatsiooni ning kiiritusravi kombinatsiooni kasutus varase rinnavähiga patsientidel on Eestis tõhusalt suurenenud (joonis 92) (Innos jt, 2021; Shahrabi Fazarani, 2021; Shahrabi Farahani jt, 2021). Hormoonravi kasutus Eestis oli Euroopa teiste riikidega võrreldes suur ja vastas ravijuhistele, kuid vähi taasteket täheldati Eesti patsientidel sagedamini (Sant jt, 2020). Ühtlasi on Eesti rinnavähipatsientidel rohkem kaasuvaid haigusi Euroopa teiste riikidega võrreldes, mis võib mõjutada ravitulemusi (Minicozzi jt, 2019).



Käär- ja pärasoolevähi elulemuses on toimunud kiire areng, kuigi Eesti näitajad jäävad endiselt veidi maha Põhjamaade tulemustest (tabel 2). Varases avastamises ei ole märgatavaid muutusi toimunud, ent eriti kiiresti on kasvanud kolmandas staadiumis diagnoositud patsientide elulemus (joonis 91), mis viitab peamiselt diagnostika ja ravi tõhustumisele (Reima, 2022). Võrreldes 1997. ja 2011. aastal kasutatud diagnoosi- ja ravimeetodeid, leiti, et peamised elulemust parandanud tegurid on tõenäoliselt põhjalikud muutused diagnostikas ja ravis, eelkõige patoloogias ja adjuvantravis (Reima, 2022; Reima jt, 2020). Uurides käärsoolevähi täpse lokalisatsiooni mõju elulemusele, näidati, et parempoolse käärsoolevähi kehvem elulemus on seotud maksanurga

kasvajatega, mis on tõenäoliselt tingitud kirurgilise ravi kehvemast kvaliteedist selle alapaikme korral (Reima jt, 2021). Rahvusvahelistes võrdlusuuringutes täheldati suuri erinevusi diagnostiliste protseduuride ja ravimeetodite kasutamises Euroopa riikides (Bouvier jt, 2021; Minicozzi jt, 2020).

Euroopa üheksa riigi andmeid hõlmanud uuringus ilmnes, et käär- ja pärasoolevähi viie aasta suhteline elulemus erines riigiti märkimisväärselt, samal ajal kui vähi taastekke esinemissagedus oli sarnane. Eesti elulemuse mahajäämus oli tingitud kaugelearenenud juhtude suurest osatähtsusest. Kirurgiliselt ravitud metastaasideta soolevähijuhtude elulemus oli Eestis sama hea nagu Euroopa teistes riikides (Bouvier jt, 2024).

Kopsuvähi elulemus Eestis püsib madal sarnaselt Põhjamaade näitajatega (tabel 2). Esimese staadiumi korral ulatub viie aasta elulemus üle 50%, kuid hilisema staadiumi korral on see oluliselt halvem (joonis 91).

Rahvusvahelises uuringus võrreldi kopsuvähi diagnostikat, ravi ja elulemust Euroopa riikides (Belgia, Eesti, Portugal, Hispaania ja Šveits), kasutades andmeid aastatel 2010–2013 diagnoositud kopsuvähijuhtude kohta. Varases staadiumis kopsuvähi korral said Eesti patsiendid osalenud riikide keskmisest rohkem kirurgilist ravi, kuid kaugelearenenud haiguse korral said Eesti patsiendid teiste riikidega võrreldes vähem kiiritus- ja keemiaravi. Eesti elulemusnäitajad jäid teiste riikidega võrreldes madalamaks (Sant jt, 2023). Kuue Euroopa riigi (sh Eesti) ja USA võrdluses ilmnesid suured erinevused kirurgilise ja kiiritusravi kasutuses varases staadiumis mitteväikerakulise kopsuvähi korral, mis viitab ravijuhiste erinevale tõlgendamisele. Eesti paistis silma kirurgilist ravi saanud patsientide suure osatähtsusega, kuid kiiritusravi sai vähem patsiente kui teistes riikides. Kopsuvähi elulemuses erinevusi ei täheldatud (Baum jt, 2024).

Eestis täheldati perioodide 2004–2008 ja 2014–2018 võrdluses kirurgilist, kiiritus- või süsteemravi saanud kopsuvähipatsientide osatähtsuse suurt tõusu, eriti kolmanda ja neljanda staadiumi korral (Innos & Paapsi, 2023). Euroopa Komisjon on andnud liikmesriikidele soovitusi uurida riskipõhise kopsuvähi sõeluuringu teostatavust, asjaomased uuringud on Eestis ka käimas.

Eesnäärmevähk on Eestis meestel kõige sagedamini diagnoositav kasvaja, mille korral ligi 60% juhtudest diagnoositakse esimeses või teises staadiumis. Eesnäärmevähi elulemus on kiiresti kasvanud ja ulatub 93%-ni ning on samal tasemel Põhjamaadega (tabel 2). Nii esimese, teise kui ka kolmanda staadiumi eesnäärmevähi viie aasta elulemus on Eestis 100% või selle lähedal, ka neljanda staadiumi elulemus ületab 55% (joonis 91). Viimastel andmetel on eesnäärmevähi suremus Eestis samuti üsna lähedal Põhjamaade näitajatele. Eesnäärmevähi suremuse kohta loe ka peatükist 5.6.

Euroopa Komisjon on andnud eesnäärmevähi suremuse vähendamiseks liikmesriikidele soovitusi uurida riskipõhise eesnäärmevähi sõeluuringu teostatavust, et selgitada kulutõhusalt välja suure riskiga kasvajakasvaja, vältides samal ajal tarbetuid ning meeste elukvaliteeti mitte parandavaid diagnostika- ja raviprotseduure, Eestis on esimene teostatavusuuring käimas.

Pea- ja kaelapiirkonna vähkide elulemuses ilmneb Eestis suur mahajäämus Põhjamaade näitajatest, eriti meestel (tabel 2). Üks Eestis silmatorkav probleem on kasvajate diagnoosimine hilises staadiumis: suu- ja neeluvähkidest diagnoositi neljandas staadiumis üle 60%, alaneelu vähkidest lausa 80% (Kase jt, 2021). Pea- ja kaelakasvajatest kõige parema elulemusega on kilpnäärmevähk ja kõrivähk, mille korral viie aasta suhteline elulemus ulatub vastavalt 90%-ni ja üle 60%. Kõige

halvem on elulemus suu- ja neeluvähi korral (viie aasta suhteline elulemus 33%), eriti suuneelu ja alaneelu korral (vastavalt 24% ja 17%).

Pea- ja kaelapiirkonna vähkide korral on väga suur erinevus meeste ja naiste elulemuses, nt suu- ja neeluvähi korral täheldati erinevust lausa 20% võrra. Võimalike selgituste hulka kuuluvad hilisem diagnoosimine, tervisekäitumine, kaasuvad haigused ja ravi järgimine (Innos jt, 2015; Kase jt, 2021).

Nahamelanoomi elulemus on viimastel aastakümnetel kiiresti paranenud ning on naistel jõudnud lähedale Põhjamaade näitajatele (tabel 2). Rahvusvahelise uuringu tulemused näitasid, et Eesti melanoomijuhtude staadiumijaotus oli sarnane Lääne-Euroopa osalenud riikidega (üle poole juhtudest diagnoositi esimeses staadiumis) (Sant jt, 2022). Uuringus vaadeldi diagnostikaprotseduuride vastavust ravijuhistele ja seoseid elulemusega. Hinnati patoloogiaraporti vastavust ravijuhistele (kas patoloogiaraport sisaldas täpseks diagnoosimiseks vajalikke andmevälju, nagu kasvaja paksus, haavandumine, mitooside arv jms) ning täheldati madalamat elulemust nendel patsientidel, kelle patoloogiaraport ei olnud täielik. Eesti patsientide seas oli vähem neid, kelle patoloogiaraport sisaldas kõiki vajalikke andmevälju, ent vähi leviku hindamiseks vajalikku valvurlümfisõlme uuringut tehti Eestis sama sageli nagu teistes osalenud riikides (Sant jt, 2022).

Harvaesinevateks nimetatakse kasvajaid, mida esineb vähem kui kuus juhtu 100 000 inimese kohta. Sellesse rühma kuulub umbes 200 erinevat kasvajat, mis kokku moodustavad 25% kõigist uutest Euroopas diagnoositud vähijuhtudest (Trama jt, 2025). Harvikkasvajate esinemissageduse muutusi saab seostada muutustega teadaolevate riskitegurite esinemises. Nii on Euroopas vähenenud haigestumus suitsetamisega seotud kasvajatesse, nagu näiteks kõri-, alaneelu- ja

hingetoruvähk, ent kasvanud haigestumus HPV-ga seotud kasvajatesse, nagu suuneelu-, anaalkanali-, peenise-, häbeme- ja tupevähk.

Harvaesinevate kasvajate prognoos ei ole Euroopa riikides paranenud eelkõige diagnoosi hilinemise, esialgse ebakorrekse diagnoosi ja ravi tõttu. Elulemus oli madalaim rindkere, kesknärvisüsteemi ja seedesüsteemi kasvajate korral (vastavalt 12%, 20%, 27%) ja kõrgeim endokriinsete ning meeste suguelundite ja urogenitaalsete kasvajate korral (vastavalt 93% ja 77%). Riikide vahel täheldati olulisi erinevusi pea- ja kaelapiirkonna mitme kasvaja elulemuses, ent ühtmoodi kõrge oli elulemus munandivähi korral (85–98%). Uuringus järeldati, et kuigi harvikkasvajate ravis ei ole toimunud olulisi läbimurdeid, mõjutavad tervishoiusüsteemi investeeringud nende kasvajate elulemust siiski oluliselt (Trama jt, 2025).

Hematoloogilistest kasvajatest diagnoositi Eestis aastatel 2011–2015 ja 2016–2020 nii meeste kui ka naiste seas kõige sagedamini B-rakulist kroonilist lümfotsüüt-leukeemiat/ väikerakklümfoomi ja difuusset B-suurrakklümfoomi. Nii meeste kui ka naiste seas oli viie aasta suhteline elulemus aastatel 2016–2020 kõrgeim Hodgkini lümfoomi (89%) ja krooniliste müeloproliferatiivsete haiguste korral (meestel 74%, naistel 87%). Viie aasta suhteline elulemus oli nii meestel kui ka naistel madalaim ägedate müeloidleukeemiate korral (vastavalt 10% ja 15%) (Zimmermann jt, 2023).

Üleeuroopalise uuringu tulemused näitasid, et riikide erinevused lümfoidkasvajate pikaajalises elulemuses püsivad ja on seotud tervishoiu kogukuludega. Täheldati aga ka erinevusi sarnaste tervishoiu kogukuludega riikides, mis viitab tervishoiupoliitika mõjule. Hodgkini lümfoomi korral on Eesti patsientide elulemus Euroopa keskmisega sarnane, kuid mitte-Hodgkini lümfoomi korral üks Euroopa madalamaid (Sant jt, 2024).

Ka **müeloidkasvajate** peamiste alarühmade (äge müeloidleukeemia, müeloproliferatiivsed kasvaja, müelodüsplastilised sündroomid) elulemus Euroopas oli kõrgem suuremate riiklike teravishoiu kogukuludega riikides ja elulemus vähenes kulukvartiilides. Kõige kõrgem oli elulemus müeloproliferatiivsete kasvaja korral ja madalaim ägeda müeloidse leukeemia korral. Naiste elulemus oli üldjuhul parem kui meestel ning elulemus vähenes vanusega (Vener jt, 2025).

Kiiritusravi on kirurgilise ja süsteemravi kõrval tähtis raviviis, mis võimaldab vähist tervistuda või elukvaliteeti parandada. Aastatel 2018–2020 tehti Eestis kiiritusravi 7227 kasvajakorral (neist pahaloomulised 7102). Pärast diagnoosi kahe kalendriaasta jooksul kiiritusravi saanud vähijuhtude osatähtsus suurenes neil aastatel 24%-lt 26%-le (kõik paikmed, v.a naha mittemelanoom). Sagedamatest paikmetest suurenes kiiritusravi saanud juhtude osatähtsus enim pärasoolevähil (39% vs. 49%), emakakehavähil (23% vs. 33%), peajukasvajate (60% vs. 67%) ja rinnavähil (60% vs. 65%) korral. Rahvusvahelised ajakohased võrdlusandmed puuduvad, seetõttu ei ole võimalik anda täpset hinnangut, milline on kiiritusravi senine kasutus Eestis võrreldes optimaalse kasutusega.

Tabel 4. Kahe aasta jooksul pärast diagnoosiaastat kiiritusravi saanud

vähijuhtude osatähtsus diagnoosiaasta juhtudest valitud paikmete korral staadiumi või morfoloogia järgi, Eesti, 2018–2020

Paige	TNM staadium/ morfoloogia	Osatähtsus diagnoosiaasta juhtudest; %
Söögitoru	II–III	78
Pärasool	III	69
Kops	IIIB	58
Rind	III	73
Emakakael	IB2–IV	86
Peaaju	Glioblastoom	79

Allikas: TAI

Tabelis 4 näidatud valitud paikmete staadiumi- või morfoloogiarühmades võib ekspertide hinnangul pidada optimaalseks kiiritusravi kasutust emakakaelavähi ja glioblastoomi korral, ent raviviis on alakasutatud söögitoru-, pärasoole-, kopsu- ja rinnavähi korral. Lisaks võib ekspertide hinnangul pidada optimaalseks kiiritusravi kasutust emakakehavähi korral, kuid alakasutus esineb tõenäoliselt kusepõievähi, pea- ja kaelapiirkonna kasvaja ning kõhunäärmevähi korral. Kiiritusravi võimalikud alakasutuse põhjused on patsientide kehv üldseisund, mis ei võimalda kiiritusravi teha, patsientide eelistused (nt keeldumine), kiiritusravi puudulik kättesaadavus (sh voodikohtade kättesaadavus) ja meditsiinipersonali suhtumine.