

MARIA RAJECKI

LT, erikoistuva lääkäri
HYKS Naistenklinikka, HUS
maria.rajecki@helsinki.fi

RITVA HURSKAINEN

dosentti, ylilääkäri
Hyvinkään sairaala, naisten- ja
lastentautien tulosyksikkö, HUS

Alkuraskauden keskenmenon hoitovaihtoehdot

- Alkuraskauden keskenmenon hoitovaihtoehtoja ovat seuranta, lääkkeellinen hoito tai kirurginen toimenpide.
- Hoidon valintaan vaikuttavat naisen yleisvointi ja vuodon määrä, aikaisemmat hoitotoimenpiteet sekä naisen oma toive. Mikään hoitomuoto ei ole ylitse muiden.
- Suurin osa keskenmenoista on hoidettavissa seurannalla tai lääkkein. Lääkehoito voidaan yleensä toteuttaa kotiolosuhteissa.
- Terävään kyrettikaavintaan liittyy eniten komplikaatioita, ja sen vaihtoehtona voidaan käyttää imukaavintaa, joka voidaan toteuttaa myös polikliinisena hoitona.
- Hoidon seurannaksi riittää kotona tehtävä raskaustesti 3–4 viikon kuluttua hoidosta.

Keskenmenosta on kyse raskauden keskeytyessä ei-toivotusti ennen 22. raskausviikkoa tai sikiön painon ollessa alle 500 g syntymähetkellä. Suurin osa keskenmenoista tapahtuu raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana eli 12. raskausviikkoon mennessä (1,2). Alkuraskauden spontaanin keskenmenon riski vaihtelee eri tutkimuksissa välillä 15–25 %. Kliinisesti todetun ensimmäisen keskenmenon riski on

don spontaani alkua ja määrä sekä naisen toiveet määrittävät hoidon valintaa enemmän kuin keskenmenon mekanismi.

Alkuraskauden keskenmenon hoito on kehittynyt viime vuosina. Hoitovaihtoehdot ovat vähemmän kajoavia, ja potilaan toiveet pyritään huomioimaan paremmin. Keskenmenon hoitoa valittaessa tulee ottaa huomioon naisen toiveet, aikaisemmat sairaudet ja hoidot sekä yleis-
oireiden ja vuodon määrä.

Arviolta 80 % komplisoitumattomista keskenmenoista hoituu itsestään.

oppikirjojen mukaan noin 15 %, mutta keskenmenon on esitetty tapahtuvan todellisuudessa jopa 50 %:ssa raskauksista. Näissä tapauksissa keskenmeno tapahtuu jo ensimmäisten solunjakaantumisten aikana ennen alkion kiinnittymistä, eikä kuukautisten alkua silloin juurikaan myöhästy. Nuorilla naisilla 25 % kaikista alkaneista raskauksista päättyy keskenmenoon, mutta yli 40-vuotiailla naisilla luku on jo yli 50 % (3). Suurin osa keskenmenoista johtuu sattumanvaraisista kromosomien mutaatioista, jotka eivät toistu seuraavissa raskauksissa (4,5).

Keskenmenosta on kyse myös silloin, kun kohdussa todetaan sykkeetön alkio (abortus inhibitus eli keskeytynyt keskenmeno) tai raskauspussi ilman alkiota (ovum abortivum eli tuulimunaraskaus). Tuulimunaraskaudessa hedelmöitynyt munasolu ei ala kehittyä alkioksi, mutta sikiökalvot sekä istukka kehittyvät. Vuo-

Hoitovaihtoehdot

Alkuraskauden keskenmenon hoitovaihtoehtoja ovat lääkkeellinen tai kirurginen kohdun tyhjennys tai luonnollisen tyhjenemisen seuranta (taulukko 1). Suuri osa keskenmenoista hoituu itsestään, etenkin jos vuoto alkaa spontaanisti. Ennen hoitomuodon valintaa on kuitenkin tärkeää varmistaa kaikututkimuksella, ettei kyse ole alkuraskauden komplikaatiosta, kuten kohdunulkoisesta raskaudesta tai rypäleraskaudesta.

Useat tutkimukset ovat vertailleet hoitovaihtoehtojen tehoa, eikä mikään vaihtoehto näytä nousevan ylitse muiden (6,7). Keskenmenon kokeneet naiset ovat olleet yleensä valitsemaansa vaihtoehtoon yhtä tyytyväisiä (8). Tärkeintä on ottaa huomioon eri hoitovaihtoehtoihin liittyvät riskit, informoida naista niistä ja suhteuttaa hoitovaihtoehdot mahdollisiin aikaisempiin hoitoihin. On myös kuunneltava naisen omia toiveita hoidosta henkisesti kuormittavassa tilanteessa.

Suomessa on vakiintunut käytäntö antaa anti-D-immunoglobuliinihoito kaikille RhD-negatiivisille naisille, jos tehdään kirurginen kaavin-

KIRJALLISUUTTA

- 1 Wang X ym. Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study. *Fertil Steril* 2003;79:577–84.
- 2 Zinaman MJ ym. Estimates of human fertility and pregnancy loss. *Fertil Steril* 1996;65:503–9.
- 3 Brezina PR, Kutteh WH. Classic and cutting-edge strategies for the management of early pregnancy loss. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2014;41:1–18.
- 4 Ljunger E ym. Chromosomal anomalies in first-trimester miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:1103–7.
- 5 Byrne J ym. Morphology of early fetal deaths and their chromosomal characteristics. *Teratology* 1985;32:297–315.
- 6 Chen BA, Creinin MD. Contemporary management of early pregnancy failure. *Clin Obstet Gynecol* 2007;50:67–88.
- 7 Committee on Practice B-G. The American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin no. 150. Early pregnancy loss. *Obstet Gynecol* 2015;125:1258–67.
- 8 Smith LF ym. Women's experiences of three early miscarriage management options: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2006;56:198–205.
- 9 Fiala C ym. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:892–903.
- 10 Luise C ym. Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study. *BMJ* 2002;324:873–5.
- 11 Bagratee JS ym. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Hum Reprod* 2004;19:266–71.
- 12 Nanda K ym. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;3:CD003518.
- 13 Neilson JP ym. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;3:CD007223.
- 14 Sotiriadis A ym. Expectant, medical, or surgical management of first-trimester miscarriage: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2005;105:1104–13.
- 15 Trinder J ym. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ* 2006;332:1235–40.
- 16 Neilson JP ym. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev* 2010;CD007223.
- 17 Hamoda H ym. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *BJOG* 2005;112:1102–8.

ta tai jos raskauden kesto on ollut sikiön kaikutkimuksessa arvioidun koon perusteella yli 8 viikkoa. Anti-D-suojauksen käyttö immunisaation estossa ei kuitenkaan perustu tutkimusnäyttöön, koska luotettavaa näyttöä varhaisesta immunisaatiosta ei ole (9).

Seuranta

Arviolta 80 % komplisoitumattomista keskenmenoista hoituu itsestään (10). Tutkimuksissa on saatu varsin ristiriitaisia tuloksia seurannalla hoidettavista keskenmenoista, sillä mukana on yleensä useita erilaisia keskenmenotyyppisiä. Spontaanin tyhjenemisen todennäköisyys kasvaa, kun vuoto on alkanut itsestään ja jatkunut jo muutaman päivän. Keskeytynneiden keskenmenojen ja tuulimunaraskauksien hoitotulokset ovat olleet huonompia (11).

Cochrane-katsauksessa vuodelta 2012 vertailtiin kirurgista hoitoa ja aktiivista seuranta (expectant management) keskenmenojen hoitoa. Seurantaryhmässä noin joka kolmas potilas tarvitsi jossain vaiheessa kirurgista hoitoa ja heillä oli useammin verensiirtoja kuin kirurgisesti hoidetuilla potilailla. Infektioiden tai kivun määrässä ei todettu merkittäviä eroja (12). Toisessa Cochrane-katsauksessa vuodelta 2013 verrattiin lääkkeellistä hoitoa seurantaan ja niiden todettiin olevan yhtä tehokkaita keskenmenon hoidossa, joskin teho vaihteli laajalti tutkimuksesta toiseen (13). Katsauksen analyysistä pyrittiin myös sulkemaan pois keskeytynneet keskenmenot. Kolmannessa laajassa meta-analyysissä lääkkeellinen hoito todettiin huomattavasti tehokkaammaksi kuin seuranta, mutta toisaalta kirurgisen ja seurannalla toteutettavan hoidon välillä ei ollut eroja (14). Näiden vaihtelevien tulosten taustalla on se, että tutkimusasetelmat ovat olleet varsin heterogeenisiä, hoidon onnistumisen arvioinnin ajankohdat vaihtelevia eikä vielä ole pystytty täysin tunnistamaan keskenmenotyyppiä, johon seuranta sopisi parhaiten.

Seurannalla hoidettavissa keskenmenoissa haittapuolena on pitkittänyt vuoto. Tämä on lähinnä kiusallinen vaiva, sillä tutkimuksissa ei ole ollut näyttöä siitä, että vuoto altistaisi infektiolle (12,15). Seurantaan päädyttäessä naiselle tulee kertoa, että jos kohtu ei tyhjene täysin, saattaa edessä olla myöhemmin kirurginen tai lääkkeellinen hoito. Potilaita tulee ohjeistaa ottamaan yhteyttä hoitopaikkaan voinnin hu-

ontuessa, jälkivuodon muuttuessa haisevaksi, runsaaksi tai pitkittyneeksi. Seuranta hoitomuotona ei sovi potilaille, joilla on jo vaikea anemia, septinen kohtutulehdus tai aikaisempia vaikeita vuotohäiriöitä.

Lääkkeellinen hoito

Lääkkeellisessä hoidossa käytetään misoprostolia yleensä 400–800 µg:n annoksina. Misoprostoli on prostaglandiini E1 -analogi ja aiheuttaa kohdun supistelua sekä kohdunkaulakanavassa välittäjäaineiden muutoksia, jotka avaavat kanavaa. Misoprostoli voidaan antaa suun tai peräsuolen kautta, kielen alle tai vaginaalisesti. Useat tutkimukset ovat vertailleet eri antoreittejä, eikä niiden välillä ole ollut suuria eroja hoidon kannalta (16). Suun kautta tai kielen alle annettuna misoprostoli on kuitenkin aiheuttanut enemmän sivuvaikutuksia (tärinä, ripuli, kuume) (17). Runsaamman vuodon alettua vaginaalinen anto ei kuitenkaan ole suotava, sillä tabletit saattavat poistua nopeasti vuodon mukana.

Misoprostolin vaikutus alkaa yksilöllisesti ja vaikutuksen alkamista voidaan odottaa muutama vuorokaudenkin ajan. Jos ensimmäinen annos ei aiheuta vuotoa, voidaan parin päivän päästä antaa uusi annos. Lääkkeellisen hoidon onnistumista puolttaa itsestään alkanut runsaampi vuoto (18), ja sen teho on ollut tutkimuksesta riippuen verrattavissa kirurgisen hoidon tehoon sekä useimmiten yhtäläinen tai parempi kuin seurannan (13,14,16,19). Misoprostolille on harvoja vasta-aiheita allergiaa tai vaikeaa astmaa lukuun ottamatta.

Lääkkeellisen hoidon etuina ovat mahdollisuus toteuttaa hoito useimmiten kotona sekä sen vähäiset kustannukset kirurgiseen hoitoon verrattuna (20,21). Lääkkeellinen hoito ei onnistu 3–15 %:ssa tapauksista, ja tällöin lääkehoito joudutaan uusimaan tai tarvitaan kirurgista hoitoa (22,23,24). Hyvin runsas vuoto misoprostolin vaikutuksesta voi vaatia joskus jopa verensiirtoja.

Aikaisemmin Suomessa on lääkkeelliseen hoitoon yhdistetty antiprogesteroni mifepristoni, mutta sen käytöstä on suurimmaksi osaksi luovuttu. Syynä tähän ollut näytön puuttuminen tehosta keskenmenon hoidossa sekä hoitoajan pidentyminen, sillä mifepristoni otetaan 1–3 vuorokautta ennen misoprostolia (25,26,27).

Useimmiten keskenmenon onnistuneen hoidon mittariksi riittää kotona 3–4 viikon kuluttua tehtävä raskaustesti.

- 18 Rausch M ym. A cost-effective analysis of surgical versus medical management of early pregnancy loss. *Fertil Steril* 2012;97:355–60.
- 19 Niinimäki M ym. A randomized study comparing efficacy and patient satisfaction in medical or surgical treatment of miscarriage. *Fertil Steril* 2006;86:367–72.
- 20 Graziosi GC ym. Economic evaluation of misoprostol in the treatment of early pregnancy failure compared to curettage after an expectant management. *Hum Reprod* 2005;20:1067–71.
- 21 You JH, Chung TK. Expectant, medical or surgical treatment for spontaneous abortion in first trimester of pregnancy: a cost analysis. *Hum Reprod* 2005;20:2873–8.
- 22 Davis AR ym. Bleeding patterns after misoprostol vs surgical treatment of early pregnancy failure: results from a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:31.e1–7.
- 23 Creinin MD ym. Endometrial thickness after misoprostol use for early pregnancy failure. *Int J Gynaecol Obstet* 2004;86:22–6.
- 24 Graziosi GC ym. Misoprostol versus curettage in women with early pregnancy failure after initial expectant management: a randomized trial. *Hum Reprod* 2004;19:1894–9.
- 25 Gronlund A ym. Management of missed abortion: comparison of medical treatment with either mifepristone + misoprostol or misoprostol alone with surgical evacuation. A multi-center trial in Copenhagen county, Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:1060–5.
- 26 Blum J ym. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;99 suppl 2:S186–9.
- 27 Kollitz KM ym. Mifepristone and misoprostol for early pregnancy failure: a cohort analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204:386.e1–6.
- 28 Hakim-Elahi E ym. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990;76:129–35.
- 29 Wen J ym. Manual versus electric vacuum aspiration for first-trimester abortion: a systematic review. *BJOG* 2008;115:5–13.
- 30 Mahomed K ym. A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the management of incomplete abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;46:27–32.

Kirurginen hoito

Kirurgisella hoidolla tarkoitetaan kohdun tyhjentämistä kaavinnalla, imulla tai näiden yhdistelmällä. Kaavinta on yleisanestesiassa tehtävä leikkaussalitoimenpide, jossa reunoiltaan terävällä kyretillä poistetaan kohdusta raskausmateriaali ja paksuntunut kohdun limakalvo.

Imukaavinnassa kohdussa oleva raskausmateriaali poistetaan joko sähköllä tai manuaalisesti toimivalla imulla. Puhtaassa imukaavinnassa ei käytetä terävää instrumentaatiota, joten kohdun limakalvon vahingoittuminen on hyvin epätodennäköistä. Imukaavinta on toimenpiteenä turvallinen: vakavia haittavaikutuksia esiintyy alle 0,1 %:lla potilaista (28). Suomessa on perinteisesti ollut käytössä sähkökäyttöinen imu, jolloin toimenpide on tehty leikkaussalissa yleisanestesiassa. Imukaavinnan päätteeksi on kuitenkin ollut tapana tehdä vielä tarkistuskaavinta kyretillä. Kirjallisuuden perusteella kyretikkaavinnan aiheuttamat hai-

tat, erityisesti kiinnikkeiden kehittyminen, eivät puolla tarkistuskaavintaa kuin tilanteissa, joissa kohdun tyhjeneminen on jäänyt epävarmaksi.

Viime vuosina perinteisten (imu)kaavintojen rinnalle on tullut polikliinisesti toteutettava manuaalinen imutyhjennys (manual vacuum aspiration, MVA). Se pystytään tekemään lähes aina samalla käynnillä, jolla keskenmeno havaitaan, eikä leikkaussalivalmisteluita tarvita. Useimmiten imutyhjennyksessä käytetään kohdunsuun paikallispuudutusta ja imuna toimii 60 ml:n ruisku. Ruiskuun liitetään tarvittavan kokoinen imukärki, joka viedään kohtuonteloon. Ruiskuun vedetään alipaine, joka vapautetaan katetrin ollessa kohdussa. Imutyhjennykseen liittyy vähemmän kipua (29) ja komplikaatioita (30) kuin perinteiseen kaavintaan.

Selvitimme Hyvinkään sairaalaan seuranta-aineistosta imutyhjennystoimenpiteen onnistumista ja potilaiden tyytyväisyyttä siihen. Toimenpide tehtiin polikliinisenä paikallispuudutuksessa 30 potilaalle residuan vuoksi. Se oli lyhyt, keskimäärin 6,2 minuuttia, ja kivun suhteen hyvin siedetty. Toimenpide onnistui primaaristi lähes kaikilla, mutta jatkossa 13 %:lle jouduttiin tekemään vielä joko hysteroskopia tai

TAULUKKO 1.

Keskenmenon hoitovaihtoehtojen edut ja haitat.

	Edut	Haitat
Seuranta	Helppo toteuttaa Halpa Ei altista potilasta interventioille Vähäinen kiinnikeriski Ei tarvetta odottaa toimenpideaikaa	Mahdollisuus hoidon epäonnistumiseen ja tilanteen pitkittymiseen Jälkivuoto 2–4(6) viikkoa
Lääkkeellinen hoito	Helppo toteuttaa Voidaan usein toteuttaa kotona Päästään toteuttamaan nopeasti Halpa kirurgiseen hoitoon verrattuna Vähäinen kiinnikeriski	Mahdollisuus hoidon epäonnistumiseen ja tilanteen pitkittymiseen Runsas vuoto voi vaatia sairaalahoitoa tai verensiirtoja Jälkivuoto 2–4 viikkoa
Kaavinta	Nopea hoito Vähäinen jälkivuodon määrä Raskausmateriaali saadaan PAD:ksi, jos on epäily patologisesta tilasta, kuten rypäleraskaudesta	Kiinnikkeiden muodostumisen riski ¹ Kohdun perforaation riski Kallis verrattuna muihin hoitovaihtoehtoihin Yleisanestesiaan liittyvät riskit ² Toimenpideaikaa voi joutua odottamaan

¹ Imukaavintaan ilman terävää kaavintaa ei liity suurentunutta kiinnikevaaraa.

² Manuaalinen imutyhjennys (manual vacuum aspiration, MVA) voidaan tehdä polikliinisesti paikallispuudutuksessa, jolloin siihen ei liity riskiä yleisanestesiaan liittyviin komplikaatioihin.

Keskenmeno on perheelle kuormittava, sillä raskaus on jo odotus tulevasta lapsesta.

- 31 Tuncalp O ym. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;CD001993.
- 32 Rein DT ym. Hysteroscopic management of residual trophoblastic tissue is superior to ultrasound-guided curettage. *J Minim Invasive Gynecol* 2011;18:774-8.
- 33 Hooker AB ym. Systematic review and meta-analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome. *Hum Reprod Update* 2014;20:262-78.
- 34 Cogendez E ym. Post-abortion hysteroscopy: a method for early diagnosis of congenital and acquired intrauterine causes of abortions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;156:101-4.
- 35 Fedele L ym. Septums and synechiae: approaches to surgical correction. *Clin Obstet Gynecol* 2006;49:767-88.
- 36 Heinonen PK. Kohtukiinnikkeet ja Ashermanin oireyhtymä. *Duodecim* 2010;126:2486-91.
- 37 Kodaman PH, Arici A. Intra-uterine adhesions and fertility outcome: how to optimize success? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19:207-14.
- 38 Gilman Barber AR ym. Curettage and Asherman's syndrome: lessons to (re-) learn? *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36:997-1001.
- 39 Tam WH ym. Intrauterine adhesions after conservative and surgical management of spontaneous abortion. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9:182-5.
- 40 Fiala C ym. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;109:190-5.
- 41 Barnhart K ym. Decline of serum human chorionic gonadotropin and spontaneous complete abortion: defining the normal curve. *Obstet Gynecol* 2004;104:975-81.
- 42 Rai R, Regan L. Recurrent miscarriage. *Lancet* 2006;368:601-11.

imukaavinta leikkaussalissa. Muita komplikaatioita ei esiintynyt. Imutyhjennys osoittautui lähes puolta halvemmaksi kuin perinteinen yleisanestesiassa tehtävä kaavinta, joten toimenpiteenä se on kustannusvaikuttava.

Kirurgisen hoidon etuna on nopea hoito ja lyhempi jälkivuodon aika (22). Riskit liittyvät paitsi itse toimenpiteeseen, myös sen yhteydessä tarvittavaan yleisanestesiaan. Toimenpiteeseen liittyy kohdun perforaation riski. Jos keskenmeno tapahtuu lähellä 12. raskausviikkoa ilman kohdun spontaanin tyhjenemisen alkamista, voi kirurgisessa kohduntyhjennyksessä vuoto olla huomattavan runsas. Tähän vaikuttaa kookas istukka sekä suurentuneen kohdun huono spontaani supistuminen. Kaikkeen kajoavaan hoitoon liittyy myös infektioriski. Toimenpidettä edeltävästi suositellaankin rutiinimaista antibioottiprofylaksiaa, joka voidaan elektiiivisessä toimenpiteessä toteuttaa suun kautta otettavana tai päivystyksellisesti suonensisäisenä infuusiona. Tämä koskee niin polikliinisiä kuin leikkaussalissa tehtäviä toimenpiteitä. Vakuuttavaa tutkimusnäyttöä antibioottisuojausta toimenpiteen yhteydessä ei kuitenkaan ole.

Cochrane-katsauksessa vuodelta 2010 todetaan, että imukaavinta on perinteistä yleisanestesiassa tehtävää kyrettikaavintaa halvempi, nopeampi ja turvallisempi keskenmenojen hoidossa (31). Teräviin kaavintoihin liittyy merkittävä kohtuontelon kiinnikkeiden riski (32,33); tuoreessa meta-analyysissä kiinnikkeitä esiintyi 18,5 %:lla kaavinnalla hoidetuista potilaista (33), mutta suurimmalla osalla potilaista kiinnikkeet olivat lieviä, ja on epäselvää, onko tällaisilla kiinnikkeillä kliinistä merkitystä. Mikäli tilanne ei vaadi akuuttia hoitoa, suositellaan kohtuun hoidon jälkeen jääneen raskausmateriaalin poisto tehtäväksi aikaisintaan neljän viikon jälkeen keskenmenosta (34), sillä herkin aika kiinnikkeiden muodostumiselle on 1-4 viikkoa (35). Pelätty komplikaatio on Ashermanin oireyhtymä, jossa kohtuonteloon muodostuu tiukkoja kiinnikkeitä arpeutumisen seurauksena (36,37). Riskiä kasvattavat toistuvat

terävät kaavinnat, ja jo useampi kuin yksi kaavinta kaksinkertaistaa kiinnikeriskin (33). Oireyhtymä voi ilmaantua kuitenkin jo ensimmäisenkin terävän kaavinnan seurauksena (38). Kohtukiinnikkeistä voi seurata lapsettomuutta, toistuvia keskenmenoja sekä syklisiä alavatsakipuja. Imukaavinnalla tai lääkkeellisesti hoidetuilla potilailla Ashermanin oireyhtymää ei ole juurikaan todettu (38,39).

Terävää kyrettikaavintaa hellempi ja tarkempi toimenpide on myös kohdun täyhystys, ja tarvittaessa siinä residua voidaan pilkkoa sähkökäytöllä silmukalla tai ns. morsellaattoreilla, jotka näyttävät toimivan erittäin hyvin. Suurin osa hysteroskooppisista toimenpiteistä voidaan tehdä polikliinisesti. Näkyvyyden takaamiseksi edellytyksenä on kuitenkin vuodon loppuminen tai määrältään hyvin niukka vuoto. Kiinnikkeitä ei hysteroskooppisessa toimenpiteessä käytännössä tule, koska poisto tapahtuu pinnallisesti eikä ulotu kohdun lihaskerrokseen asti.

Hoidon jälkeinen seuranta

Hoidon onnistumista arvioitaessa herkkä ja hyvä mittari on hCG (40), mutta sen rutiinikäytön hyödyistä ei ole laajoja tutkimuksia. Epäselvässä alkuraskauden vuototilanteessa keskenmenon ja kohdunulkoisen raskauden erotusdiagnoosissa voidaan käyttää pariseeruminäytteiden hCG-mittausta. Keskenmenossa hCG:n pitoisuus pienenee 20-35 % lähtöarvosta muutamassa päivässä ja vähintään puolittuu viikossa (41). Kaikututkimus ei ole hyvä rutiininomaisessa seurannassa epäspesifisyytensä vuoksi: sillä voidaan ainoastaan nähdä, että raskauspussi on poistunut, mutta endometriumin paksuudesta ei voi tehdä päätelmiä hoidon onnistumisesta, etenkin jos potilas on oireeton (23).

Useimmiten keskenmenon onnistuneen hoidon mittariksi riittää kotona virtsasta tehtävä raskaustesti 3-4 viikon kuluttua hoidosta, jolloin testin tulisi olla negatiivinen. Joskus pienikin residua riittää pitämään hCG-tason koholla ja aiheuttamaan useimmiten myös vuotohäiriöitä.

Kuukautiset alkavat tyyppillisesti 4-6 viikon kuluttua hoidosta, jos kuukautiskierto on ollut aikaisemmin säännöllinen. Nykykäsityksen mukaan raskautta toivovan ei tarvitse odottaa kuukautiskierron käynnistymistä, vaan uutta raskautta voi yrittää heti negatiivisen raskaustestin jälkeen.

English summary

www.laakarilehti.fi

› in english

Treatment options for
early pregnancy loss

Lopuksi

Alkuraskauden keskenmenot ovat yleisiä, mutta naisen ja perheen elämässä aina merkittävä tapahtuma. Hoidon valinnassa on syytä huomioida keskenmenon vaihe, potilaan aikaisemmat hoitotoimenpiteet, perussairaudet sekä kuunnella potilaan toivetta. Potilaalle tulee kertoa eri hoitomuodoista ja myös ensimmäisen hoitoyrityksen epäonnistumisen mahdollisuudesta.

Keskenmenoon liittyy myös paljon henkistä kuormittuneisuutta, sillä vasta alkanut raskaus

on jo odotus tulevasta lapsesta. Keskenmenon kokeneille pariskunnille tulisi tarjota henkistä tukea niin vastaanotolla kuin sen jälkeenkin. Keskenmenon ollessa ensimmäinen on myös tärkeää selvittää tilanteen yleisyys, sillä naiset usein kokevat itsesyytöksiä omasta käyttäytymisestäään tai terveydestään. Jos alkuraskauden keskenmenoja on peräkkäin tapahtunut kolme tai enemmän, potilas on syytä ohjata jatkoselvitelyihin (42). ●

MARIA RAJECKI

M.D., Ph.D., Specialising in
Obstetrics and Gynaecology
Women's Hospital, Helsinki
University Hospital, HUCH

RITVA HURSKAINEN

M.D., Ph.D., Chief Physician
Department of Gynaecology and
Pediatrics, Hyvinkää Hospital,
HUCH

Treatment options for early pregnancy loss

Miscarriages are common in early pregnancy. Treatment options include expectant management, medical treatment with misoprostol or surgical evacuation of retained products. No treatment option is superior to any of the others.

When making the treatment choice, the patient's previous treatments, general condition, bleeding pattern and treatment preferences should be taken into account. Patients should be counselled about the risks and benefits of each option. Most on-going miscarriages can be managed with expectant management, and misoprostol is the first-line treatment to induce bleeding. In complicated cases surgical treatment results in faster and more predictable complete evacuation, but also carries the most risks. Long-term complications, such as adhesion formation, are related to sharp curettage. Manual vacuum aspiration (MVA) is a cost-effective and safe way to treat miscarriages with retained products of conception. Most MVAs can be performed in an office setting under local anaesthesia.

hCG is a sensitive measure for evaluating treatment success. In most cases it is sufficient to do a home-pregnancy test 3–4 weeks after uncomplicated miscarriage. If the test result is negative, there is no need to delay conception.