

<https://helda.helsinki.fi>

Maahanmuuttajan raskaus

Myntti, Tarja

2018

Myntti , T , Saisto , T & Wartiovaara-Kautto , U 2018 , ' Maahanmuuttajan raskaus ' ,
Duodecim , Vuosikerta. 134 , Nro 22 , Sivut 2181-2188 . <
<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo14602> >

<http://hdl.handle.net/10138/285169>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Tarja Myntti, Terhi Saisto ja Ulla Wartiovaara-Kautto

Maahanmuuttajan raskaus

Maahanmuuttajien raskautta voivat komplisoida erilaiset infektiotaudit, raudanpuute- tai perinnöllinen anemia, kantaväestöä suurempi riski raskausmyrkytykseen ja psyykkisen terveyden häiriöihin ja erilaiset kommunikaation ongelmat. Ennenaikaisen synnytyksen riski on suurentunut Etelä- ja Kaakkois-Aasiasta ja Saharan eteläpuolisesta Afrikasta tulleilla. Perinataalikuolleisuus on suurempi kuin kantaväestön raskauksissa, minkä syynä on pidetty muun muassa sukulaisavioliittoja, uskonnollista vakaumusta ja sosiaalisia ongelmia. Äitiyskuolemat ovat länsimaissa maahanmuuttajilla valtaväestöä yleisempiä. Monissa lähtömaissa imettämistä on tullut harvinaista tai lyhytaikaista. Siten imettämiseen kannustaminen ja sen tukeminen olisi erityisen tärkeää maahanmuuttajien parissa.

Maahanmuuttajien raskauden ja synnytyksen seurannan haasteina ovat kantaväestöstä eroava sairauksien ja riskien epidemiologia, psykososiaaliset ja kulttuuriset tekijät sekä vaikeudet kommunikaatiossa. Vuonna 2016 Suomen väestöstä oli maahanmuuttajia noin 6,6 %, pääkaupunkiseudulla noin 12 % (1). Maahanmuutto lisääntyy, mikä tarkoittaa myös erityisesti maahanmuuttajilla esiintyvien sairauksien yleistymistä. Suomessa vuonna 2016 syntyneistä lapsista noin 12 % syntyi maahanmuuttajaäideille, joista suurin osa on kotoisin Venäjältä (27 %), Somaliasta (13 %), ja Itä-Euroopasta (9 %) (2,3).

Perinataaliterveys

Perinataalikuolleisuuden riski on maahanmuuttajien raskauksissa suurempi kuin kantaväestöllä. Suomen maahanmuuttajilla riski on yksikiöraskauksissa suurin Afrikan muista maista kuin Somaliasta tai Pohjois-Afrikan maista tulleilla (29,6/1 000 synnytystä) ja toiseksi suurin Somaliasta tulleilla (12,2/1 000 synnytystä), kun kantasuomalaisilla vastaava luku on 5,1/1 000 synnytystä (2,4). Riskiä suurentaa erityisesti sikiön havaitsematon kasvun hidastuminen pelkästään tai yhdistettynä äidin tu-

pakointiin tai istukan irtoamiseen (2). Ranskalais tutkimuksen mukaan maahanmuuttajien tutkimuslöydöksiin ei suhtauduta yhtä vakavasti kuin kantaväestön, mikä on hyvä tiedostaa terveydenhuollon yksiköissä (5). Maahanmuuttajilla on myös suurentunut kohtukuolemien ja sikiöpämuodostumien riski, johon suurimpana syynä ovat etenkin Pohjois-Afrikan ja Lähi-Idän alueilta tulevilla sukulaisavioliitot. Vähäisempi sikiöseulontoihin osallistuminen ja uskonnollinen vakaumus, joka estää raskauden keskeytyksen, vaikka sikiöpämuodostuma on todettu, ovat muita selittäviä tekijöitä. Maahanmuuttajien sosioekonominen asema on monissa Euroopan maissa heikko, ja lisäksi he ovat suvustaan erotettuina, mikä yksinäisyyden ja masennuksen kautta vaikuttaa myös perinataaliterveyteen.

Kansanterveys

Suomessa maahanmuuttajanaisten raskaudenaikaiset terveystottumukset ovat tavallisesti hyviä, ja tupakointi ja alkoholin käyttö on vähäistä. Raskausdiabetes on yleisempi maahanmuuttajilla kuin kantaväestöllä (6). Näiden potilaiden raskausdiabeteksen hoito voi olla vaikeaa kieli- ja kulttuurierojen vuoksi.



TOIMINTAOHJELAATIKKO. Keuhkokuivauksen tarve tuberkuloosin seulomiseksi.

Suuren ilmaantuvuuden maista (THL) tulleille suositellaan jokaisen raskauden viimeisen kolmanneksen aikana

Vitamiinilisät

D-vitamiinin käyttöä 10 µg (400 IU) vuorokaudessa suositellaan kaikille raskaana oleville, mutta erityisen tärkeää se on tummaihoisille ja talassemiaa tai sirppisoluanemiaa sairastaville odottajille. Maahanmuuttajien tietämyksessä foolihapon käytön tarpeesta raskauden suunnitteluvaiheessa ja alkuraskaudessa on puutetta (7). Jatkuva foolihappolisä on tarpeen hemolyttisiä anemioita sairastaville (9). Sirppisoluanemiapotilaille annosmääräksi on suositeltu 5 mg/vrk (8).

Psykykinen terveys

Maahanmuuttajista on 2000-luvulla ollut pakolaisia noin kahdeksasosa (9), ja erityisesti heillä traumaattiset kokemukset ja sopeutumisongelmat voivat johtaa traumaperäiseen stressihäiriöön (PTSD), masennukseen ja psykosomaattiseen oireiluun. Pakolaisten keskuudessa PTSD:n ja masennuksen esiintyvyys on noin 30 % (Elina Ahvenus, henkilökohtainen tiedonanto). Kidutus on merkittävin PTSD:n ja kumulatiivinen trauma merkittävin masennuksen ennustekijä. Suomalaisista turvapaikanhakijoista 30–50 % on kokenut kidutusta, puolet ollut vangittuna ja 12 % kokenut muuta väkivaltaa (10).

Parisuhde- tai muuta seksuaalista väkivaltaa kokevat maahanmuuttajista yleisimmin thaimaalaiset, venäläiset ja virolaiset (7). Ensi- ja turvakotien asiakkaista on väestöosuutta suurempi osa maahanmuuttajia. Näistäkin syistä maahanmuuttajanaisen tutkimisessa on huomioitava yksityisyys ja potilaan toiveiden kunnioittaminen.

Maahanmuuttajanaisilla esiintyy kantaväestöä enemmän raskaudenaikaista masennusta (11). Tämä voi näyttäytyä somaattisten oirei-

den raportointina. Masennusriski lisääntyy sosiaalisen verkoston ja taloudellisen tilanteen ollessa huonoja.

Ennenaikaisuus ja pienipainoisuus

Maailmanlaajuisesti noin 11 % kaikista synnytyksistä on ennenaikaisia (ennen 37. raskausviikkoa), ja ilmaantuvuus on suurin Saharan eteläpuolisen Afrikan maissa, Kaakkois-Aasiassa ja Etelä-Aasiassa (12). Tummaihoisilla ennenaikaisuus on yleisempää kuin valkoihoisilla (13). Syyt ovat monitekijäisiä, ja suurentunut riski säilyy myös teollisuusmaihin muuton jälkeen. Suomessa Lähi-Idästä ja Afrikasta tulleilla on todettu kantaväestöä enemmän ennenaikaisia synnytyksiä ja sikiön pienipainoisuutta, erityisesti sirppisoluanemiaa sairastavilla (14). Toisaalta pienipainoisuuden arviointi valkoihosten kasvukäyrien perusteella johtaa jopa 15 %:lla muista kuin valkoihoisista pienipainoisuusarvioon (15).

Pre-eklampsia

Saharan eteläpuolisesta Afrikasta, Karibialta tai latinalaisesta Amerikasta tulevilla maahanmuuttajilla on kaksinkertainen pre-eklampsian ja eklampsian riski verrattuna länsimaiseen väestöön (16). Lisäksi maahanmuuttajien keskuudessa huomioitavaa on sirppisoluanemiaan liittyvä suurentunut pre-eklampsian riski (14).

Anemiat

Maahanmuuttajien raskausajan anemioiden (hemoglobiini < 110 g/l) syyt ovat pääpiirteittäin samoja kuin kantaväestön; raudanpuuteanemia on tavallisin ja hoitolinjat yhtäläiset. Osalla Afrikasta, Aasiasta, Lähi-Idästä ja Välimeren alueelta tulleista odottajista esiintyy lisäksi perinnöllisiä, hemoglobiinipoikkeavuuksien aiheuttamia hemolyttisiä anemioita (talassemiat ja sirppisoluanemia). Niihin liittyy äidin ja sikiön merkittäviä terveysriskejä, ja epäilyn herätessä viiveettömät jatkotoimet ovat tarpeen (17).

TAULUKOSSA 1 on kuvattu maahanmuuttaja-äidin anemiatutkimukset ja niihin liittyvät toimenpiteet. Hemoglobiinipoiikkeavuuksia ei voi erottaa raudanpuutteesta pelkän hemoglobiinin ja punasolujen koon perusteella. Raskaana olevan naisen luotettavin rautavarastojen mittari on plasman ferritiinipitoisuus. Jos se on pieni, potilaalla on ainakin raudanpuute ja rautakorvaushoidon tarve. Jos arvo on anemian yhteydessä normaali tai suurentunut, tarvitaan lisäselvittelyjä. Erotusdiagnostiikassa on huomioitava hemoglobiinipoiikkeavuuksien ohella myös muut anemian syyt ja muistettava, että ferritiini on akuutin vaiheen proteiini, jonka määrä lisääntyy tulehduksellisissa tiloissa rautavarastotilanteesta riippumatta. Tämän vuoksi suositellaan myös CRP:n mittaamista (18).

Sirppisoluanemia (hemoglobiinifraktioissa todettu suuri, yleensä yli 70 %:n HbS-pitoisuus tai HbSC- tai HbSβ-talassemiayhdistelmä) on vaikea, peittyvästi periytyvä verisairaus, jota esiintyy eniten Saharan eteläpuolisessa Afrikassa ja Intiassa. Sitä sairastavien punasoluilla on taipumus sirppiytyä, mikä aiheuttaa merkittävän riskin raskauskomplikaatioihin (**TAULUKKO 2**) (19). Sirppisoluanemian kantajuus (hemoglobiinifraktioissa noin 30 %:n HbS-pitoisuus) ilman muita globiinimuutoksia ei yleensä vaikuta raskauden kulkuun tai hemoglobiiniin.

Sirppisolukriisissä punasolujen sirppiytymistäipumus kiihtyy akuutisti. Pienet suonet tukkeutuvat, minkä potilas kokee kovana iskemisenä kipuna. Kriisit voivat ilmetä myös esimerkiksi keuhkojen, munaisten tai aivotoinnin häiriöinä. Ensihoitona käytetään kipulääkitystä, nesteytystä ja happilisiä (20). Kriisien tiheys lisääntyy raskaudessa toisesta kolmanneksesta lähtien, ja raskaana oleva sirppisoluanemiapotilas kuuluu aina sairaalaseurantaan. Krooniset elinvauriot, kuten nefropatia ja retinopatia, vaikeutuvat yleensä raskauden aikana, ja äitikuolleisuus on lisääntynyt (19,21). Valkuaisvirtsaus on yleistä ja voi pahentua raskauden aikana (8). Kaikki raskaana olevat sirppisoluanemiapotilaat kuuluvat moniammatillisen tiimin (synnytyslääkäri, hematologi ja anestesiologi) hoitoon ja äitiyspoliklinikan seurantaan. Asetyylisalisyylihapon (100 mg/vrk) käyttöä alkuraskaudesta lähtien voi harkita

TAULUKKO 1. Maahanmuuttajaäidin anemiatutkimukset.

B-PVK, P-Ferriit, P-CRP

Mikrosyyttinen anemia, ferritiini- ja CRP-pitoisuus pienet → hoida rautavalmisteella; seuraa, että Hb suurenee
 Reagoimattomuus suun kautta otettuun rautaan → lähettä äitiyspoliklinikkaan suonensisäiseen rautahoitoharkintaan/jatkotutkimuksiin
 Anemia, ferritiinipitoisuus normaali tai suuri* → B-Hb-Fr
 Sirppisoluanemia → lähettä äitiyspoliklinikkaan ja hematologille
 Epäily talassemiaista → jos Hb alle 90 g/l, lähettä äitiyspoliklinikkaan ja hematologille; jos yli 90 g/l seuraa Hb:tä

B-Hb-Fr = hemoglobiinifraktiot

* Jos potilas kertoo sairastavansa sirppisoluanemiaa tai vakavaa talassemiää HbFr-vastausta ei odoteta, vaan lähete erikoissairaanhoidon tehdään heti.

Muistettava myös perinnöllisyysneuvonnan ja mahdollisen sikiödiagnostiikan tarve.

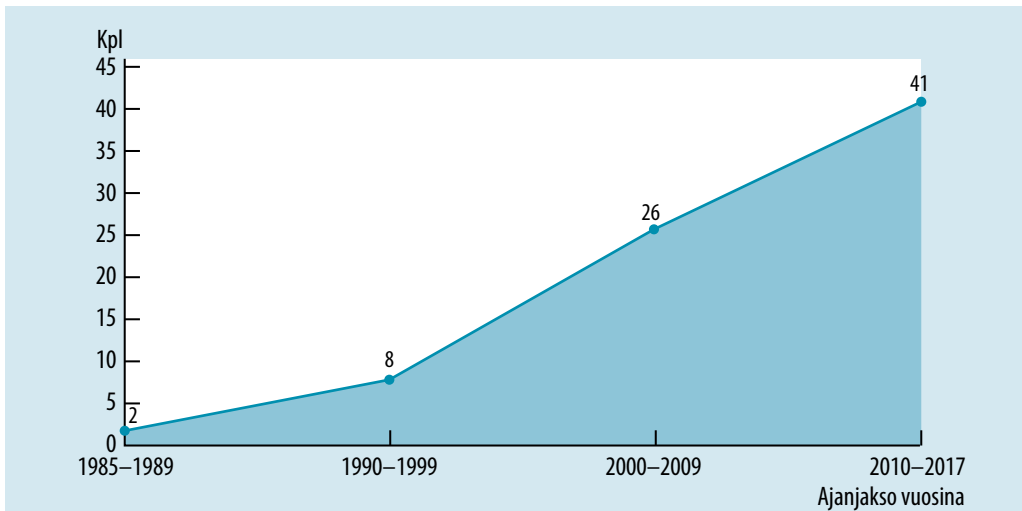
TAULUKKO 2. Sirppisoluanemian aiheuttamat raskausriskit (19).

Pre-eklampsia/eklampsia
 Raskaushypertensio
 Keskenmeno
 Kohtukuolema
 Sikiön pienipainoisuus
 Laskimotukos/keuhkoembolia
 Infektio
 Ennenaikainen synnytys
 Äitikuolema

raskauskomplikaatioiden ehkäisyksi. On kiistanalaista, tulisiko potilaille antaa säännöllisiä punasolusiiroja raskauskomplikaatioiden välttämiseksi (22).

Punasolusiiroihin käytetään fenotyypitettyjä punasoluja, sillä sirppisoluanemiaa sairastavilla on suuri riski punasoluvasta-aineiden muodostamiseen. Viikoittaista raskauden seuranta suositellaan raskausviikosta 38 lähtien. Alatiesynnytys on ensisijainen synnytystapa (8). Brittiläiset RCOG-ohjeet suosittelevat rutiinimaista tromboosiprofylaksia synnytyksen jälkeen (23).

Talassemiä (alfa- tai beetatalassemiä) on syytä epäillä, jos raskaana oleva potilas on geneettisesti muualta kuin maapallon pohjoisilta alueilta ja hänellä on mikrosyyttinen anemia



KUVA 1. Ulkomaalaisten naisten (Suomen ulkopuolella syntyneet) todetut HIV-tartunnat (todettua tartuntaa/vuosi, ajanjakson keskiarvo). Kirsi Liitsola, THL, henkilökohtainen tiedonanto.

ilman raudanpuutetta (17,24). Lievimmissä talassemioissa erityistoimenpiteitä ei tarvita. Vakavampi talassemia voi aiheuttaa raskauden aikana sikiön hydrosia (25). Tyypillisimmillään keskivaikeaa talasemiaa sairastavien odottajien hemoglobiini pienenee aiemmasta noin 100–110 g/l:n pitoisuudesta arvoon 70–80 g/l ilman raudanpuutetta. Sikiön hapensaanti ja kasvu saattavat tällöin vaarantua, ja hoidoksi suositellaan punasolusiirtoja fenotyypitettyillä punasoluilla (26). Talasemia altistaa tukoksille, joten potilaat tarvitsevat usein loppuraskauden ja lapsivuodeajaksi tukosprofylaksin (27).

Hemoglobiinipoikkeavuuspotilaat pitää lähettää perinnöllisyysneuvontaan mieluiten ennen raskaaksi tuloa. Jos raskaana olevalla todetaan talasemia tai sirppisoluanemia tai hän

on niiden kantaja, on pikainen yhteydenotto sikiölääkietieteen keskuskeskukseen aiheellinen sikiön sairastumisriskin selvittämiseksi.

Infektiot

Suomessa pakolaisilta ja turvapaikanhakijoilta seulotaan maahantulovaiheessa aktiivinen tuberkuloosi, B-hepatiitti, HIV, kuppa ja alle 16-vuotiailta suolistolaiset (28). Infektioiden yksilölliseen seulontaan vaikuttavat myös potilaan lähtö- ja mahdolliset kauttakulkumat (28). Infektioiden esiintymistä Suomessa kuvataan **TAULUKOSSA 3** (28).

Malaria. Suomessa matkailijalla tai maahanmuuttajalla todetaan vuosittain 20–40 malaria-tapausta (29). Malariaan liittyviin raskausongelmiin kuuluvat äidin anemia, lapsen pieni syntymäpaino, istukan infektio ja kohtukuolema (29,30). Lisäksi sikiöllä on riski saada synnynäinen malaria (31). Plasmodium falciparum -malaria aiheuttaa 1,8-kertaisen ja P. vivax -malaria 2,8-kertaisen kohtukuoleman riskin (32).

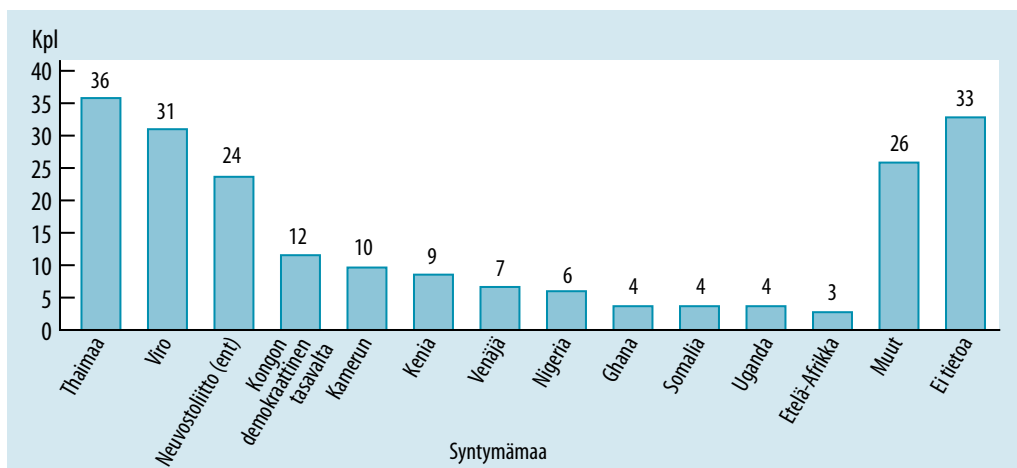
Estolääkityksen unohtuminen ja immuniteetin häviäminen tekevät entisellä kotiseudullaan kyläilevistä maahanmuuttajista merkittävän riskiryhmän. Maahanmuuttajan malaria voi olla joko oireinen (kuumeinen) tai oireeton. Ainoana oireena odottajalla voi olla anemia

TAULUKKO 3. Infektioiden esiintyvyys Suomessa, tapaus-tapausta/vuosi.

Kuppa 200, maahanmuuttajilla puolet
Tuberkuloosi 340 (v. 2008), maahanmuuttajilla hieman alle puolet
Malaria 30–40, maahanmuuttajilla 2/3
HIV 200, maahanmuuttajilla 55 % (v. 2014)*
B-hepatiitti 250, maahanmuuttajilla 90 %*
C-hepatiitti 1150, maahanmuuttajilla 14 %

Lähde THL – Infektioaudit 2016

*lähde (28)



KUVA 2. Ulkomaalaisten naisten HIV-tartunnat (kpl) Suomessa syntymämaan mukaan jaoteltuna vuosina 2013–2017. Kirsi Liitsola, THL, henkilökohtainen tiedonanto.

(33). Raskauden aikana infektiotaltius lisääntyy ja piilevä malaria voi muuttua oireiseksi milloin tahansa. Samanaikainen HIV-infektio lisää raskaudenaikaisen malarian riskiä. Siinä parasitemiaosuus on suuri, jopa 40 %. Raskaana olevat ovat muita alttiimpia myös vakaville tautimuodoille. Malaria voidaan todeta istukasta, vaikka sitä ei ole osoitettavissa perifeerisestä verestä.

Alkuraskaudessa tehtävää malariaseulontaa (paksupisara- ja sivelynäytteet) lähivuosina Saharan eteläpuolisesta Afrikasta tulleille on suositettu liitettäväksi äitiysneuvolanäytteisiin nimenomaan malarian piilevän muodon löytämiseksi (29).

HIV. Vuosina 2013–2017 kaikista Suomen HIV-positiivisista naisista 82 % oli maahanmuuttajia. Ulkomaalaisten naisten HIV-tartunnat ovat lisääntyneet viime vuosina (**KUVA 1**). Lukumääräisesti eniten HIV-tartuntoja on Thaimaasta, Virosta ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulijoilla (**KUVA 2**) (Kirsi Liitsola, THL, henkilökohtainen tiedonanto). Suurta osuutta on selitetty sekä lähtömaan suuremmalla esiintyvyydellä että puutteilla perustiedoissa HIV-viruksen leviämisestä. Jopa kolmannes tartunnoista saadaan maahanmuuton jälkeen, mikä puoltaa toistuvaa testaamista (30). Suomessa HIV-vasta-aineet kuuluvat äitiysneuvolan alkuraskauden rutiininäytteisiin. Maahanmuutta-

jien HIV-infektio diagnosoidaan kantäväestöä useammin vasta loppuraskaudessa (34). Raskauden ja synnytyksen aikana HIV-infektion hoito tähtää lapsen tartunnan ehkäisemiseen, ja tällöin retroviraalista lääkitystä käyttävien tartuntariski onkin alle 2 % (35). HIV-lääkkeet altistavat raskausdiabetekselle. Raskaana oleville HIV-potilaille tulisi tehdä glukoosirasituskoete 26.–28. raskausviikolla. HIV-positiiviset odottajat hoidetaan äitiyspoliklinikan ja infektiolääkärin yhteistyönä.

Hepatiitit. Suomessa vuosittain todetuista kroonisista B-hepatiiteista 90 % todetaan maahanmuuttajilla (28). Valtaosa heistä on saanut B-hepatiittitartunnan jo varhaislapsuudessaan. Hepatiittien diagnostiikkaa raskausaikana on kuvattu **TAULUKOSSA 4**. B-hepatiittipotilaiden raskauden seuranta äitiyspoliklinikassa ei yleensä tarvita, sillä raskaus ei yleensä vaikuta B-hepatiitin aktiivisuuteen tai taudinkulkuun. Lasten suojaus heti syntymän jälkeen rokotuksella ja immunoglobuliinilla suojaa tartunnalta yli 90-prosenttisesti (29).

Pääkaupunkiseudun synnyttäjistä noin 1 %:lla on C-hepatiittivirusvasta-aineita. Äidin C-hepatiitti ei vaikuta raskauden kulkuun, ellei tauti ole kirroositasainen. C-hepatiittia sairastavien äitien lapsilla on 5,8 %:n tartuntariski raskauden tai synnytyksen aikana, jos äidillä ei ole samanaikaista HIV-infektioita, mutta riski

TAULUKKO 4. B- ja C-hepatiitit raskauden aikana.

B-hepatiitti
HBsAg+ neuvolassa → jatkotutkimuksiin
HB-virusmäärä suuri → Tenofoviirilääkityksen harkinta raskausviikolta 28 lähtien
Vastasyntyneelle rokote + immunoglobuliini
C-hepatiitti
Riskiryhmiltä neuvolassa HCV-vasta-aineet
HCV-positiivisilta loppuraskaudessa HCV-Nh0
Jos PCR+ → sikiön ihon vaurioittamisen välttäminen synnytyksessä

kaksinkertaistuu samanaikaisen HIV-infektion myötä (36). C-hepatiitti ei estä imetystä.

Tuberkuloosi. Saharan eteläpuolisen Afrikan sekä Aasian väestöstä 30–50 %:lla on latentti tuberkuloosi, kun taas länsieurooppalaisista vain 15 %:lla (29). Suomen lähialueista Venäjällä ja Baltian maissa tuberkuloosia, myös lääkeresistenttiä, esiintyy selvästi enemmän kuin Suomessa. Pakolaisilla tuberkuloosia esiintyy enemmän kuin muilla maahanmuuttajilla (37). Maahanmuuttajilla sekä moniresistentti että keuhkojen ulkopuolinen tuberkuloosi on yleisempää kuin muulla väestöllä (28).

Raskauden aikana ja erityisesti synnytyksen jälkeen tuberkuloosi voi aktivoitua. Koska raskaana olevat ovat yleensä nuoria ja muuten terveitä, voivat tuberkuloosioireet olla vähäisiä ja muistuttaa raskauden aiheuttamia oireita. WHO suositaa raskaana olevien ja imettävien seulontaa keuhkoröntgenkuvauksella kuumeen, yskän, yöhikoilun ja laihtumisen perusteella. Hoitamaton tuberkuloosi raskauden aikana aiheuttaa sikiön tai vastasyntyneen kuusinkertaisen kuoleman riskin, kaksinkertaisen ennenaikaisen synnytyksen ja sikiön pienipainoisuuden riskin sekä lisääntyneen riskin vastasyntyneen sairastumiseen ja äidin kuolemaan (28).

Kuppa. Suomessa todetaan vuosittain noin 200 kuppataapausta, joista puolet on ulkomaalaistaustaisilla ja kolmasosa Venäjältä kotoisin olevilla (30). Äitiysneuvolan ensikäynnin kuppaseulonnessa todetaan noin 10–15 vuotuisia tapauksia, joista valtaosa on vanhoja serologisia arpia. Loppuraskauden tartunnat jäävät hel-

posti diagnosoimatta. Kuppa tarttuu sikiöön kaikissa raskauden vaiheissa ja voi aiheuttaa sikiön synnynnäisen kupan ja merkittävän sikiövaurion. Hoitamattoman kupan vuoksi jopa 25 %:ssa raskauksista seuraa keskenmeno tai kohtukuolema (38).

Ympärileikkaus ja sen purku

Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus on yleistä Saharan eteläpuolisen Afrikan maissa, ja 15–49-vuotiaista somalinalaisista noin 98 % on ympärileikattu (39). Valtaosalle on tehty ympärileikkauksen laajin muoto, jossa poistetaan ulkosynnyttimet kokonaan ja emättimen suuaukoksi jätetään pieni reikä. Ympärileikkaus voi johtaa moniin synnytyksen aikaisiin ongelmiin, kuten keisarileikkauksiin, pitkittyneeseen tai pysähtyneeseen synnytykseen, ympärileikkausarven repeämiseen ja verenvuotoon (40).

Suosituksot vaihtelevat sen suhteen, pitäisikö ympärileikkaus purkaa synnytyksen aikana vai keskiraskaudessa (41). Sen sijaan, raskaussuunnittelusta riippumatta, purku kannattaisi tehdä kaikille ympärileikatuille naisille, jos yhdynnät eivät muuten onnistu, virtsaamiseen liittyy ongelmia, tai kuukautisveri keräytyy emättimeen. Neuvolassa keskustellaan ympärileikkauksesta ja tieto kirjataan neuvolakorttiin. Varsinkin laajimmin ympärileikatut ensisynnyttäjät kannattaisi lähettää äitiyspoliklinikkaan jo raskauden aikana. WHO ja FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) eivät suosittele emättimen suuaukon uudelleenompelua synnytyksen jälkeen (41).

Kommunikaatio-ongelmat

Maahanmuuttajat hakeutuvat terveydenhuollon pariin raskauden aikana kantaväestöä myöhemmin ja osallistuvat harvemmin sikiöseulontoihin. Suomessa kuitenkin lähes kaikki maahanmuuttajat käyvät neuvolassa (2). Viivästyneen hoitoon hakeutumisen syitä voivat olla ymmärtämättömyys raskaudenaikaisen seurannan tärkeydestä, heikot kansalaistaidot, vaikeus päästä vastaanotolle tai taloudelliset vaikeudet (7). Maahanmuuttajanaisten luku- ja kirjoitustaito voi olla heikko, jolloin kirjallisten

hoito-ohjeiden noudattaminen tai tiedon etsiminen esimerkiksi internetistä voi olla vaikeaa.

Ulkomaa-laistaustaiset saavat vähemmän raskaudenaikaista neuvontaa muun muassa pähteettömyyden tärkeydestä, tupakoinnin lopetuksesta ja imetyksestä. Maahanmuuttajat eivät välttämättä osaa kuvata raskauskomplikaatioita kantaväestön termein, jolloin esimerkiksi pre-eklampsian diagnoosi voi viivästyä. Jos kommunikaatio-ongelmien takia ei ymmärretä sikiön liikkeiden vähentymistä tai tulkitaan synnytyksen kulkua väärin, saattavat perinataalivaiheen sairastuvuus ja kuolleisuus lisääntyä tai sikiön kasvuhäiriön seuranta olla puutteellista.

Suomalainen terveydenhoitajavetoinen äitiysneuvolatoiminta on maahanmuuttajille vierasta, jos he ovat tottuneet luottamaan vain lääkärin hoitoon. Toisaalta suomalainen hoitohenkilökunta kokee maahanmuuttajien hoitamisen monella tavoin ongelmalliseksi molemmipuolisen huonon kulttuurituntemuksen vuoksi: erilainen aikakäsitys, hoitomääräysten noudattamatta jättäminen, kielivaikkeudet, tulkin käytön vaikeudet, ja henkilökunnan oma tiedonpuute koetaan ongelmallisiksi (42).

TARJA MYNTTI, synnytysten ja naistentautien erikoislääkäri, LT, osastonlääkäri

TERHI SAISTO, synnytysten ja naistentautien erikoislääkäri, dosentti, osastonylilääkäri
HYKS naistentaudit ja synnytykset

ULLA WARTIOVAARA-KAUTTO, kliinisen hematologian ja kliinisen kemian erikoislääkäri, dosentti, osastonylilääkäri
HYKS Syöpäkeskus, hematologian linja ja Helsingin yliopisto

Ydinasiat

- ▶ Maahanmuuttajien raskauksien seurannassa tulee ottaa huomioon erilainen sairauksien ja riskien epidemiologia kuin kantaväestöllä.
- ▶ Tautien esiintymiseen vaikuttavat lähtö- ja kauttakulkumaat sekä maahanmuuton syy.
- ▶ Perinataalikuolleisuuden riski maahanmuuttajilla on kantasuomalaisia suurempi.

Lopuksi

Maahanmuuttajien määrä Suomessa todennäköisesti lisääntyy, ja siten terveydenhuoltohenkilökuntakin kohtaa useammin erityisesti maahanmuuttajilla esiintyviä tauteja. Olisikin tärkeää huomata mahdollinen oireiden ja tutkimuslöydösten tiedostamaton vähättely ja pohtia, millä keinoin maahanmuuttajien keskuudessa perinataalikuolleisuus saataisiin pienennettyä kantaväestön tasolle. ■

SIDONNAISUUDET

Tarja Myntti: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Obstetristen anesthesiologinen pohjoismainen yhdistys)

Terhi Saisto: Ei sidonnaisuuksia

Ulla Wartiovaara-Kautto: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Amgen, Novartis, Pfizer, Sanofi-Genzyme, Shire), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Amgen, Celgene, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi-Genzyme), muut sidonnaisuudet (Päätutkija akuutin lymfoblastileukemian hoitotutkimuksissa: Amgen, Pfizer, Sanofi-Genzyme)

VASTUUTOIMITTAJA

Oskari Heikinheimo

SUMMARY

Features of pregnancy in immigrants

Pregnancies in immigrant women need special attention. Immigrants have an increased risk of infectious diseases, iron deficiency or hereditary anemia, pre-eclampsia and mental disorders, and often present with numerous problems of communication. Compared with Finnish population, preterm delivery is more prevalent, especially in women originating from South or Southeast Asia, and from Sub-Saharan Africa. Also perinatal mortality is more frequent among immigrants. This may be linked to the risks related to consanguineous marriages, religious background, and social problems. Immigrant mothers are also in need of encouragement of breastfeeding.

KIRJALLISUUTTA

1. Maahanmuuttajat väestössä. Helsinki: Tilastokeskus 2017. www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa.html#tab1485503695201_1.
2. Malin M, Gissler M. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health* 2009. DOI:10.1186/1471-2458-9-84.
3. Maahanmuuttajat väestössä. Helsinki: Tilastokeskus 2017. www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa.html#tab1485503695201_2.
4. Almeida LM, Caldas J, Ayres-de-Campos D, ym. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Matern Child Health J* 2013;17:1346–54.
5. Sauvegrain P, Azria E, Chiesa-Dubruille C, ym. Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy: a qualitative study. *BJOG* 2017;124:1858–65.
6. Gagnon AJ, McDermott S, Rigol-Chamovich J, ym. International migration and gestational diabetes mellitus: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2011;25:575–92.
7. Khanlou N, Haque N, Skinner A, ym. Scoping review on maternal health among immigrant and refugee women in Canada: prenatal, intrapartum, and postnatal care. *J Pregnancy* 2017. DOI: 10.1155/2017/8783294.
8. Howard J, Oteng-Ntim E. The obstetric management of sickle cell disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2012; 26:25–36.
9. Maahanmuuton perusteet 2010 [verkko-sivut]. Väestöliitto. www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/maahanmuuttajat/maahanmuuton-perusteet/.
10. Pirinen I. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto 2008.
11. Castaneda A, Larja L, Nieminen T, ym. Ulkomaalaistaustaisten psyykinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus 2014 (UTH). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 18/2015.
12. Cappelletti M, Della Bella S, Ferrazzi E, ym. Inflammation and preterm birth. *J Leukoc Biol* 2016;99:67–78.
13. Menon R, Dunlop AL, Kramer MR, ym. An overview of racial disparities in preterm birth rates: caused by infection or inflammatory response? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:1325–31.
14. Boافر TK, Olayemi E, Galadanci N, ym. Pregnancy outcomes in women with sickle-cell disease in low and high income countries: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2016;123:691–8.
15. Buck Louis GM, Grewal J, Albert PS, ym. Racial/ethnic standards for fetal growth: the NICHD Fetal Growth Studies. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213. DOI: 10.1016/j.ajog.2015.08.032.
16. Urquia ML, Glazier RH, Gagnon AJ, ym. Disparities in pre-eclampsia and eclampsia among immigrant women giving birth in six industrialised countries. *BJOG* 2014;121:1492–500.
17. Jahnukainen K, Helminen-Pacius P, Anttonen A, ym. Maahanmuuttajien perinnölliset hemoglobiinipolkeavuudet. *Suom Lääkäril* 2016;71:901–5.
18. Pavord S, Myers B, Robinson S, ym. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *Br J Haematol* 2012;156:588–600.
19. Boga C, Ozdogu H. Pregnancy and sickle cell disease: a review of the current literature. *Crit Rev Oncol Hematol* 2016; 98:364–74.
20. Wartiovaara-Kautto U, Jahnukainen K. Sirppisolukriisi – Kun selkäkipu ei olekaan noidannuoli tai kuume flunssaa. *Duodecim* 2017;133:2161–7.
21. Elenga N, Adeline A, Balcaen J, ym. Pregnancy in sickle cell disease is a very high-risk situation: an observational study. *Obstet Gynecol Int* 2016. DOI: 10.1155/2016/9069054.
22. Lao TT. Obstetric care for women with thalassemia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2017;39:89–100.
23. Management of sickle cell disease in pregnancy. RCOG green-top guideline No. 61. Sussex: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2011. www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_61.pdf. 2011.
24. Rajantie J. Mitä suomalaisen lääkärin tulee tietää talassemioista. *Duodecim* 2010; 126:1137–44.
25. Li CK. New trend in the epidemiology of thalassaemia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2017;39:16–26.
26. Petrakos G, Andriopoulos P, Tsironi M. Pregnancy in women with thalassemia: challenges and solutions. *Int J Womens Health* 2016;8:441–51.
27. Cassinerio E, Baldini IM, Alameddine RS, ym. Pregnancy in patients with thalassemia major: a cohort study and conclusions for an adequate care management approach. *Ann Hematol* 2017;96:1015–21.
28. Valve K. Maahanmuuttajien seulottavat infektiot. *Suom Lääkäril* 2016;71:885–92.
29. Valve K. Maahanmuuttajien tärkeimmät trooppiset taudit. *Suom Lääkäril* 2016; 71:893–900.
30. Carolan M. Pregnancy health status of sub-Saharan refugee women who have resettled in developed countries: a review of the literature. *Midwifery* 2010;26:407–14.
31. Omer SA, Idress HE, Adam I, ym. Placental malaria and its effect on pregnancy outcomes in Sudanese women from Blue Nile State. *Malar J* 2017;16:374.
32. Moore KA, Simpson JA, Scoullar MJL, ym. Quantification of the association between malaria in pregnancy and stillbirth: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017;5:e1101–12.
33. Kantele A, Siikamäki H, Hannila-Handelberg T, ym. Plasmodium falciparum-malaria in pregnant African immigrants often goes unrecognized. *J Travel Med* 2012;19:380–2.
34. Favarato G, Bailey H, Burns F, ym. Migrant women living with HIV in Europe: are they facing inequalities in the prevention of mother-to-child-transmission of HIV? The European Pregnancy and Paediatric HIV Cohort Collaboration (EPICC) study group in EuroCoord. *Eur J Public Health* 2018;28:55–60.
35. Barral MF, de Oliveira GR, Lobato RC, ym. Risk factors of HIV-1 vertical transmission (VT) and the influence of antiretroviral therapy (ART) in pregnancy outcome. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2014;56:133–8.
36. Hughes BL, Page CM, Kuller JA. Hepatitis C in pregnancy: screening, treatment, and management. *Am J Obstet Gynecol* 2017;217:B2–12.
37. Norredam M, Olsbjerg M, Petersen JH, ym. Mortality from infectious diseases among refugees and immigrants compared to native Danes: a historical prospective cohort study. *Trop Med Int Health* 2012;17:223–30.
38. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, ym. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy and neonatal mortality. *BMC Public Health* 2011;11(Suppl 3):S9.
39. Moxey JM, Jones LL. A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *BMJ Open* 2016. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009846.
40. Wuest S, Raio L, Wyssmueller D, ym. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *BJOG* 2009; 116:1204–9.
41. Abdulkadir J, Dugerdil A, Yaron M, ym. Obstetric care of women with female genital mutilation attending a specialized clinic in a tertiary center. *Int J Gynaecol Obstet* 2016;132:174–8.
42. Ahonen S. Monikulttuurisuus ja suomalainen terveydenhuolto tänään. Kirjassa: Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. ETENE-julkaisu 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. <http://etene.org/dokumentit/ETENE%2011.pdf>.