

<https://helda.helsinki.fi>

Vuotohäiriöt hormonaalisen ehkäisyn aikana : viheliäisiä,
useasti vaarattomia ja ohimeneviä, monesti hoidettavissa

Kuortti, Marjo

2020

Kuortti , M & Rönö , K 2020 , ' Vuotohäiriöt hormonaalisen ehkäisyn aikana : viheliäisiä,
useasti vaarattomia ja ohimeneviä, monesti hoidettavissa ' , Duodecim , Vuosikerta. 136 ,
Nro 20 , Sivut 2289-2296 . < <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15841.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/334757>

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.

Marjo Kuortti ja Kristiina Rönö

Viheliäisiä, useasti vaarattomia ja ohimeneviä, monesti hoidettavissa

Vuotohäiriöt hormonaalisen ehkäisyn aikana

Hormonaalisen raskauden ehkäisyn aikaiset vuotohäiriöt ovat tavallisia erityisesti käytön alkuvaiheessa. Vuotohäiriöiden pelko voi estää ehkäisyn aloituksen tai niiden ilmaantuminen aiheuttaa ehkäisyn lopettamisen. Hormonaaliseen ehkäisyyn, epäsäännöllisiin vuotoihin ja muihin vuotohäiriöihin liittyy edelleen tabuja ja vääriä käsityksiä. Raskauden ehkäisystä keskusteltaessa tuleekin kertoa myös mahdollisista vuotomuutoksista, sillä ehkäisyn keskeyttämiseen liittyy suunnittelemattoman raskauden riski. Vuotohäiriöiden syyt ovat osin epäselviä, mutta useimmiten ne ovat vaarattomia. Vuotohäiriöiden hoitoon ei ole olemassa yksiselitteisen varmoja keinoja, mutta käytettävissä on monia tapoja vähentää niistä johtuvia haittoja.

Kokonaisvaltaisen seksuaalikasvatuksen tulisi kuulua varhaiskasvatuksesta aikuispalveluihin asti (1,2). Hormonaalinen raskauden ehkäisy on osa seksuaalikasvatusta ja -terveyttä. Vuotohäiriöt tai niiden pelko ovat tavallisimpia syitä hormonaalisen ehkäisyn lopettamiseen tai siihen, ettei sitä aloiteta ollenkaan (3,4). Tarkoitamme vuotohäiriöillä hormonaalisen ehkäisyn aikaisia haittaaviksi koettuja vuotoja vuodon määrästä riippumatta. Näitä ovat yhdistelmäehkäisyn aikaiset taukoon liittymättömät välivuodot ja progestiiniehkäisyn aikaiset pitkittyneet tai usein toistuvat vuodot.

Useampi kuin joka kolmas hormonaalisen ehkäisyn käyttäjä lopettaa tai vaihtaa valmistetta ensimmäisen vuoden aikana (5,6). Vuotohäiriön ilmoittaa syyksi lopettamiseen tai vaihtoon noin kolmannes (5). Vuotohäiriöt voivat vaikuttaa monin tavoin naisten elämänlaatuun, työhön, vapaa-ajan toimintoihin ja parisuhteeseenkin (3,4). Jokaisen ehkäisyä tarvitsevan tulisi saada asiallista ja luotettavaa tietoa eri ehkäisymenetelmistä sekä niiden hyödyistä ja haitoista.

Eri kulttuureissa ja uskonnoissa suhtaudutaan seksuaalisuuteen eri tavoin. Seksuaalisuutta käsittelevää tietoa voidaan pitää haitallisena,

ja maahanmuuttajataustaisten, erityisesti nuorten, tietämys seksuaaliterveydestä voi olla heikompaa kuin muilla (7,8). THL:n seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman mukaan tulisi kiinnittää huomiota erityisesti nuorten ja nuorten aikuisten sekä maahanmuuttajataustaisten seksuaaliterveyspalveluihin (2).

Hormonaalisen ehkäisyn käyttö Suomessa

Vuonna 2017 julkaistun pohjoismaisen tutkimuksen mukaan 40 % hedelmällisessä iässä olevista suomalaisista naisista käytti joko hormonaalista tai kierukkaehkäisyä, ja yhdistelmäehkäisytabletit olivat yleisin ehkäisymenetelmä (18 %). Hormonikierukan käyttö (15 %) yleistyi iän lisääntyessä. Pitkäkestoisten menetelmien (kierukan ja ehkäisykapselin) suosio kasvoi ajan saatossa (18 %) (9).

Vuoden 2019 kouluterveyskyselyn mukaan lyhytvaikutteista hormonaalista ehkäisyä (tabletit, laastarit, renkaat) oli viimeisimmässä yhdynnässään käyttänyt peruskoulun 8.–9.-luokkalaisista tytöistä 38 %, lukiolaistyöistä 56 % ja ammattioppilaitoksissa opiskelevista tytöistä 58 %. Kierukan käyttäjiä kyselyyn

Ydinasiat

- ▶ Hormonaalisen ehkäisyn aikaiset vuotohäiriöt ovat melko tavallisia ja voivat haitata merkittävästi elämää.
- ▶ On tärkeää kertoa mahdollisista vuotohäiriöistä ja niiden vaarattomuudesta ehkäisyn aloituksessa ja vaihdossa ja kysyä ehkäisyn sopivuudesta kaikilla seurantakäynneillä.
- ▶ Puutteellinen informaatio voi johtaa ehkäisyn käytön epäonnistumiseen, mikä lisää suunnittelemattomien raskauksien riskiä.
- ▶ Vuotohäiriöiden ilmaantuessa aiemmin hyvin sopineen ehkäisyn käytön aikana on suljettava pois raskaus ja seksitaudit – erityisesti klamydia – sekä tarvittaessa muut elimelliset syyt.
- ▶ Hormonaalisiin ehkäisyvalmisteisiin liittyviä vuotohäiriöitä voidaan usein hoitaa valmistetta tai annosta vaihtamalla.

vastanneista oli kouluasteen mukaan 2–4 % (julkaisematon tieto, Kouluterveyskysely 2019, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Suurin osa lienee käyttänyt hormonikierukkaa, sillä sen käyttö on nuorilla selvästi yleisempää kuin kuparikierukan käyttö.

Hormonaaliset raskauden ehkäisyvalmisteet

Yhdistelmäehkäisyvalmisteet sisältävät sekä naishormonia (estrogeeni) että syntetistä keltarauhashormonia (progестиini) (TAULUKKO 1). Yhdistelmäehkäisyvalmistetta käytetään pakkauksen ohjeen mukaan useimmiten 21–24 päivää, minkä jälkeen pidetään 4–7 päivän tauko tai käytetään vastaava aika lumetabletteja. Valtaosa yhdistelmäehkäisyvalmisteista on yksivaiheisia, eli jokaisessa tablettissa on samat hormonimäärät. Yksivaiheisia tabletteja voidaan käyttää yhtäjaksoisesti 2–12 kuukauden pitkinä sykleinä ilman tauko- tai lu-

metablettipäiviä. Pitkässä syklissä käyttäjä voi ajoittaa tauon oman toiveensa mukaan. Tauko voi olla pakkauksen ohjeen mukainen tai lyhyempi, 3–5 päivää. Myös ehkäisyrengasta ja -laastaria voidaan käyttää pitkinä sykleinä. On yksilöllistä, miten pitkiä syklejä nainen voi käyttää ilman epätoivottuja välivuotoja.

Pelkkää keltarauhashormonia sisältäviä ehkäisyvalmisteita ovat progестиinitabletit (progestin-only pills, POP) ja pitkäkestoiset ehkäisy menetelmät (long-acting reversible contraception, LARC) eli ihon alle asetettavat kapselit sekä hormonia vapauttavat kierukat (TAULUKKO 1). Progестиinitabletteja käytetään joka päivä ilman taukoja lukuun ottamatta markkinoiden uusinta 4 mg drospirenonia sisältävää tablettia, jossa 24 hormonia sisältävää tablettia seuraa neljä lumetablettia. Ehkäisykapseleiden ja kierukoiden myyntiluvan mukainen käyttöaika on 3–5 vuotta valmisteen mukaan. Levonorgestreelia 52 mg sisältävän kierukan käyttöaika voidaan kuitenkin jatkaa ainakin seitsemään vuoteen (10,11).

Hormonaalisen ehkäisyn vaikutukset kohdun limakalvoon

Progестиinitablettien pääasiallinen ehkäisyvaikutus on kohdunkaulan liman muuttuminen sitkeämmäksi, niin ettei se läpäise siittiöitä (12). Progестиiniehkäisy myös ohentaa kohdun limakalvoa. Eri progестиinien vaikutukset kohdun limakalvoon poikkeavat jossain määrin toisistaan, ja vasteet voivat olla yksilöllisiä. Progестиinitabletit voivat vähentää tai estää kohdun limakalvon proliferaatiota, ja limakalvon rakenne voi olla epäsäännöllisen sekretorinen (13). Progестиinia vapauttavien kapseleiden käytön aikana on todettu kohdun limakalvon atrofiaa mutta myös angiogeneesin häiriintymistä, joka johtaa hauraiden ja laajentuneiden laskimorakenteiden kehitykseen (13). Hormonikierukan käyttäjillä paikalliset levonorgestreelipitoisuudet kohdun limakalvolla ovat suuret. Limakalvolla on todettu rauhasepiteelin atrofiaa, stroomasolujen desidualisaatiota ja verisuonten morfologian muutoksia (13). Lisäksi keltarauhashormonit voivat aiheuttaa muutoksia kohdun limakalvon

TAULUKKO 1. Suomessa myynnissä olevat hormonaaliset raskauden ehkäisyvalmisteet

Vaikuttava aine (progestiinin polvi)	Valmistemuoto	Vahvuus (progestiini/estrogeeni)	Pakkaukset ¹ / Käyttöaika ²
Progestiinin ja etinyyliestradiolin yhdistelmät progestiinin mukaan			
Desogestreeli (III)	tabletti	150 µg/ 20 µg 150 µg/ 30 µg	21 vrk; 21 + 7 vrk 21 vrk
Dienogesti (IV)	tabletti	2 mg/ 30 µg	21 vrk; 21 + 7 vrk
Drospirenoni (IV)	tabletti	3 mg/ 20 µg 3 mg/ 30 µg	21 vrk; 24 vrk; 24 + 4 vrk 21 vrk; 21 + 7 vrk
Etonogestreeli (III)	rengas	120 µg /15 µg /24h	3 viikkoa/rengas
Gestodeeni (III)	tabletti	75 µg/ 20 µg 75 µg/ 30 µg	21 vrk 21 vrk
Levonorgestreeli (II)	tabletti	100 µg/ 20 µg 150 µg/ 30 µg	21 + 7 vrk 21 vrk; 21 + 7 vrk
Norelgestromiini (II)	laastari	203 µg/ 33,9 µg/24 h	3 laastaria; 1 viikko/laastari
Progestiinin ja estradiolin yhdistelmä			
Nomegestroliasetaatti (IV)	tabletti	2,5 mg / 1,5 mg	24 + 4 vrk
Dienogesti (IV)	tabletti	0/ 3 mg + 2 mg/ 2 mg + 3 mg/ 2 mg + 0/ 1 mg	26 + 2 vrk
Antiandrogeenin ja estrogeenien yhdistelmävalmisteet			
Syproteroni (I) ja etinyyliestradioli ³	tabletti	2 mg/ 35 µg	21 vrk
Progestiinit			
Desogestreeli (III)	tabletti	75 µg	28 vrk
Drospirenoni (IV)	tabletti	4 mg	24 + 4 vrk
Etonogestreeli (III)	kapseli	68 mg	3 vuotta
Levonorgestreeli (II)	tabletti	30 µg	35 vrk
	kapseli	2 x 75 mg	5 vuotta
	kierukka	52 mg 19,5 mg 13,5 mg	5 vuotta 5 vuotta 3 vuotta
Noretisteroni (I)	tabletti	0,35 mg	28 vrk

¹ vaikuttavat + lumetabletit syklää kohden

² myyntiluvan mukaan

³ valmisteyhteenvetdon mukaan aknen hoitoon

matriksin metalloproteiinaasin aktiivisuuteen, verenkiertoon ja verenvuodon tyrehtymiseen (14).

Vuotohäiriöiden etiologia progestiini- ja estrogeenivalmisteiden käytön aikana ei ole täysin selvä. Mahdollisia selityksiä ovat yksittäisten käyttäjien välillä ilmenevät progestiinin pitoisuuserot ja pillereiden käyttäjillä pitoisuuksien vuorokausvaihtelut, jotka johtuvat joko progestiinin puoliintumisajasta (12) tai mahdollisesta pillereiden unohtamisesta.

Yhdistelmäehkäisyvalmisteiden sisältämä estrogeeni stabiloi kohdun limakalvoa. Yhdistelmäehkäisyvalmisteet ohentavat kohdun

limakalvoa estämällä sen proliferaatiota (15). Etinyyliestradiolia ja eri keltarauhashormonia sisältävien yhdistelmien välillä ei vaikuta olevan tässä suhteessa eroa. Luonnollista estradiolia ja progestiinia sisältävien yhdistelmävalmisteiden vaikutuksesta kohdun limakalvoon tiedetään vähemmän. Kohdun limakalvo on yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käytön aikana usein atrofinen. Muutaman ensimmäisen käyttökuukauden aikana yhdistelmävalmisteiden keltarauhashormoni aiheuttaa kuitenkin sekä proliferaatiivisia että sekretorisia muutoksia kohdun limakalvolla (15). Ajan myötä keltarauhashormoni vähentää estrogeenireseptoreiden määrää ja toiminta-

taa, jolloin limakalvon rauhasrakenteet vastaavat sekretorista vaihetta, mutta rauhasepiteeli on kuitenkin atrofinen (15). Tämä muutos selittää osaltaan sen, miksi vuotohäiriöiden ilmaantuvuus yleensä vähenee ensimmäisten käyttökuukausien jälkeen.

Vuotohäiriöt eri ehkäisyvalmisteilla

Kaikkien hormonaalisten ehkäisyvalmisteiden aloitukseen saattaa liittyä vaarattomia vuotohäiriöitä, jotka yleensä loppuvat 1–6 kuukauden kuluessa valmisteen mukaan. Käyttöä kannattaa jatkaa ainakin kolme kuukautta, sillä usein vuotohäiriöt vähenevät tänä aikana. Ensiarvoisen tärkeää on kertoa mahdollisista vuotohäiriöistä aina ehkäisyä aloitettaessa tai menetelmää vaihdettaessa. Varsinkin nuorten kohdalla tämä on erityisen tärkeää.

Yhdistelmäehkäisyvalmisteilla on hyvä syklikontrolli, ja ne vähentävät monia kuukautiskiertoan liittyviä vaivoja, kuten runsaita, pitkiä tai epäsäännöllisiä vuotoja sekä kipuja (3,16,17). Vuotohäiriöitä esiintyy arviolta 20–30 %:lla ensimmäisten kuukausien aikana, mutta ne vähenevät nopeasti käytön jatkussa (10,18). Yhdistelmäehkäisyvalmisteiden eri progestiini-komponenttien välillä ei juuri ole todettu eroa vuotohäiriöiden osalta (19). Käytännössä joitakin eroja valmisteiden välillä saattaa kuitenkin olla, ja eri valmisteet sopivat eri tavoin yksittäisille naisille. Väluvuotoja esiintyy keskimäärin useammin 20 µg kuin 30 µg etinyliestradiolia sisältäviä yhdistelmäehkäisyvalmisteita käytettäessä (20,21). Ehkäisyrenkaan käyttäjillä vuotohäiriöitä esiintyy vähemmän verrattuna yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käyttäjiin (22).

Progestiinitabletit ovat turvallinen ja tehokas raskauden ehkäisymenetelmä, mutta ne aiheuttavat yli puolella käyttäjistä pitkittyneitä vuotoja, väluvuotoja tai tiputtelua (23). Jopa 40 %:lla käyttäjistä vuodot ovat epäsäännöllisiä (13). Vuotohäiriöt johtavatkin usein progestiiniehkäisyksen käytön lopettamiseen. Hiljattain markkinoille tulleen drospirenonivalmisteen lumetablettien tarkoituksena on säännöllistä vuotoja (24). Yhden julkaistun tutkimuksen mukaan sillä vaikuttaa olevan parempi vuo-

tokontrolli kuin tavanomaisilla desogestreelitableteilla (25).

Hormonikierukat ja ehkäisykapselit ovat turvallisia ja ehkäisytehoaan selvästi tehokkaampia kuin progestiinitabletit (14,26). Tuoreessa 52 mg:n levonorgestreelikierukkaa käsittelevässä meta-analyysissä yhteenlasketujen vuoto- ja tiputtelupäivien määrä ensimmäisen kolmen käyttökuukauden aikana oli 36 päivää (27). Vuoto- ja tiputtelupäivien määrä laskee ensimmäisen käyttövuoden aikana ja on 12 päivää viimeisen kolmen kuukauden aikana (27). Eri hormonikierukoita vertailevassa tutkimuksessa todettiin, että mitä suurempi kierukan levonorgestreelipitoisuus on, sitä vähemmän raportoitii epäsäännöllisiä vuotoja. Ensimmäisen kolmen kuukauden käytön aikana niitä esiintyi 38 %:lla 52 mg kierukan käyttäjistä, 43 %:lla 19,5 mg kierukan käyttäjistä ja

TAULUKKO 2. Ehkäisyvalmisteesta riippumattomia vuotohäiriöille altistavia tekijöitä (10,17,18,34).

Sairauksiin liittyvät

- Seksitaudit, etenkin klamydia
- Muut gynekologiset infektiot ja sairaudet (ml. endometrioosi, myoomat, kohdunkaulan dysplasia, polyypit)
- Kilpirauhasen toimintahäiriö
- Prolaktiinin liikatuotanto
- Hoitamaton diabetes
- Imeytymishäiriöt (ripuli, oksentelu, suolistosairaudet)

Lääkeaineet ja rohdosvalmisteet

- Osa epilepsialääkkeistä (karbamatsipiini, okskarbatsepiini, topiramaatti, felbamaatti, fenobarbitaali ja fenytoiini)
- Muut maksaentsyymejä aktivoivat lääkkeet (tuberkuuloosin hoidossa käytetty rifampisiini, sienilääke griseofulviini sekä HIV-lääkkeistä ritonaviiri, nelfinaviiri ja efavirensi)
- Mäkikuisma
- Prolaktiiniin tuotantoa lisäävät lääkkeet, erityisesti psykykenlääkkeet

Elintapoihin liittyvät

- Ehkäisyvalmisteiden käyttöön liittyvät virheet, ehkäisytablettien unohtelu
- Stressi
- Painon muutokset
- Nikotiiniuotteiden käyttö
- Kova fyysinen rasitus, etenkin kilpaurheilu
- Kasvisruokavalio, runsas soijan käyttö (kasviestrogeeni)

Raskaus

42 %:lla 13,5 mg kierukan käyttäjistä (28). Vastaavat luvut vuoden kuluttua olivat 14 %, 25 % ja 28 % (28). Kuitenkin kaikki hormonikierukat vähentävät kuukautisvuotoja ja -kipuja (29) sekä tarvetta käyttää muita vuotohäiriöihin tarkoitettuja hoitoja (30). Kierukan aikaisen vuotohäiriön yhtenä aiheuttajana on hyvä muistaa kierukan osittaisen ekspulSION mahdollisuus.

Yli puolella ehkäisykapselin käyttäjistä esiintyy vuotohäiriöitä (31,32). Verrattaessa 13,5 mg levonorgestreelikierukkaa etonogestreelikapseliin kapselin käyttäjät lopettivat ehkäisyn ensimmäisen käyttövuoden aikana lisääntyneen vuodon vuoksi useammin kuin kierukkaa käyttävät (11 % vs 3 %) (31). Kotimaisessa aineistossa ensimmäisen kahden vuoden aikana ehkäisykapselin käytön lopetti noin 33 % naisista, joista 71 % ilmoitti syyksi vuotohäiriön (runsaat, epäsäännölliset tai puuttuvat vuodot) (33). Hormonikierukan käyttäjillä lopettajien osuus oli noin 24 %, joista 21 %:lla synynä oli vuotohäiriö (33).

Ehkäisyvalmisteista riippumattomia syitä vuotohäiriöille

Monet ehkäisyvalmisteesta riippumattomat tekijät voivat altistaa vuotohäiriöille (**TAULUKKO 2**) (10,17,18,34). Tärkeimpiä selvitettäviä tekijöitä ovat seksitaudit, joista klamydia on merkittävin (35). Myös tippurin esiintyvyys on ollut viime vuosina nousussa (35). Erotusdiagnoositiikassa tulee lisäksi huomioida raskaus, muut tulehdukset ja synnytyselinten sairaudet (13,18,35). Yksittäisten tablettien unohtaminen on yleistä, raportoidut luvut 1–3 tablettin unohtuksista sykliä kohden vaihtelevat 10–51 %:n välillä (36).

Eräät lääkkeineet lisäävät maksaentsyymien toimintaa, mikä pienentää ehkäisyvalmisteiden sisältämien hormonien pitoisuuksia verenkierrossa. Hormonipitoisuuksien pienentyminen voi puolestaan johtaa välivuotoihin ja heikentää raskauden ehkäisytehoa. Tällaisia vaikutuksia on osalla epilepsia-, tuberkuloosi-, sieni- ja HIV-lääkkeistä. Rohdosvalmisteista mäkikuisma (*hypericum perforatum*) vaikuttaa ehkäisytehoon vastaavasti. Maksaentsyymien toimintaa lisäävien lääkkeiden käytön yhteydessä

ensisijainen ehkäisymenetelmä on kierukka tai kondomi. Erityistilanteena mainittakoon jälkiehkäisyn käyttö, joka tyypillisesti voi aiheuttaa ylimääräistä vuotoa (10).

Monet elintapoihin liittyvät tekijät voivat altistaa vuotohäiriöille. Näistä merkittävimpiä ovat painoon, stressiin ja nikotiinituotteiden käyttöön liittyvät yhteisvaikutukset. Tupakointi kiihdyttää estrogeenin metaboliaa, häiritsee kohdun limakalvon angiogeneesia sekä syto-kiinituotantoa ja altistaa näin vuotohäiriöille

TAULUKKO 3. Hormonaalisen ehkäisyn aikaisten vuotohäiriöiden selvittely (18,36).

Elintapoihin/ -tilanteeseen liittyvät

Kysy elämänmuutoksista/elämäntilanteesta. Monet tekijät voivat aiheuttaa stressiä.
Kysy uusista seksikumppaneista.
Kysy painon muutoksista, myös liikunnasta ja ruokavaliosta.
Kysy nikotiinituotteet kukin erikseen (tupakka, nuuska, sähkötupakka).
Tablettien unohtukset – Kysy suoraan ymmärtäen, että unohtukset ovat inhimillisiä: ”Milloin viimeksi unohdit pillerin?”

Terveystilaan liittyvät

Kysy terveystilasta ja perussairauksista sekä muista gynekologisista oireista.

Lääkkeisiin ja luontaistuotteisiin liittyvät

Kysy lääkitysmuutoksista (uusi lääkitys, säännöllisen lääkityksen annosmuutos).
Kysy luontaistuotteiden käytöstä, erityisesti mäkikuisma.

Tutkimukset

U-klamydia ja tippuri (tikkunäytteet tarvittaessa nielusta, kohdunsuulta, peräaukosta, silmästä). Kuppua ja HIV (harkinnan mukaan).
Raskaustesti
PVK (anemia, tulehdus), CRP (harkinnan mukaan)
TSH, T4V
Prolaktiini (muun muassa lääkkeet voivat nostaa pitoisuutta)
Veren glukoosi (harkinnan mukaan)
Papa (harvoin vuotohäiriön synynä, HPV-riskiharkinnan mukaan)
Kohdun limakalvonäyte (nuorilta vain erityisellä harkinnalla),
Kaikukuvaus (harkinnan mukaan)

Kierukan paikka

Kaikukuvaus, kun epäily ekspulsiosta (esim. langat pitkät tai eivät tunnu, yhdyntäkipuja)

TAULUKKO 4. Toimintaehdotuksia hormonaalisen ehkäisyn aikaisten vuotohäiriöiden hoitoon, kun muut syyt on suljettu pois (18,34).

<p>Välivuotoa tai tiputtelua yhdistelmäehkäisyn aikana</p> <p>Suurena estrogeeniannosta/vaihda estrogeenia</p> <p>Lyhennä tauko 3 päivään</p> <p>Vaihda progestiinia (huom. rinnakkaisvalmisteita on useilla eri nimillä – vaihda siis muutakin kuin valmisteen nimeä)</p> <p>Kokeile laastaria tai rengasta (erityisesti, jos ongelmana on tablettien unohtelu)</p>
<p>Pitkittyntä vuotoa/tiputtelua progestiini-pillereiden aikana</p> <p>2 x 1 -annos samalla valmisteella, kunnes vuoto loppuu ja viikko sen jälkeen/yhden kuukauden ajan</p> <p>Kokeile toista progestiinia tai vaihda hormonikierukkaan</p> <p>Lisää estradioli 2 mg x 1, kunnes vuoto loppuu ja viikko sen jälkeen/21 päivän ajaksi*</p>
<p>Pitkittyntä vuotoa tai tiputtelua pitkäkestoisen ehkäisyn aikana</p> <p>Lisää vastaavaa hormonia sisältävä (etonogestreeliä vastaava desogestreeli) progestiinitabletti 1 x 1 -annoksella, kunnes vuoto loppuu ja viikko sen jälkeen/1–3 kk ajan</p> <p>Lisää estradioli 2 mg x 1, kunnes vuoto loppuu ja viikko sen jälkeen/21 päivän ajaksi*</p> <p>Lisää vastaavaa progestiinia sisältävä yhdistelmäehkäisyvalmiste 1 x 1 -annoksella 21 päivän ajaksi*</p> <p>Lisää noretisteronitabletti (5–10 mg 1x1) 21 päivän ajaksi</p> <p>Vaihda kapseli hormonikierukkaan</p> <p>Hormonikierukan aloituksessa levonorgestreelitabletti 1 x 1 rinnalle 3 kk ajan (harkinnan mukaan joissain tilanteissa). Pitkittyneet, usein toistuvat vuodot ovat tavallisia ensimmäisten 3 kk aikana.</p>

*Huomioi estrogeenin vasta-aiheet

(10,37). Hypotalamus-hypofyyysi-munasarjaksi on herkkä painon muutoksille ja stressille. Niin yli- ja alipaino kuin fyysinen ja psyykinen stressikin altistavat vuotohäiriöille (17).

Ratkaisuja hormonaaliseen ehkäisyn liittyvien vuotohäiriöiden hoitoon käytännön työssä

Yleensä riittää, kun hormonaalisen ehkäisyn aloituksessa kerrotaan mahdollisten ylimääräisten vuotojen vaarattomuudesta ja ohimenevyydestä. Muut syyt (TAULUKKO 3) on syytä sulkea pois, kun vuotohäiriö ilmaantuu aiemmin hyvin sopineen ehkäisyn aikana tai ongelma pitkittyy. Hormonaaliseen ehkäisyn liittyvien

vuotohäiriöiden hoitoon ei ole olemassa yhtä yksiselitteisen hyvää keinoa. TAULUKOSSA 4 on esitetty kliinisessä käytössä olevia ratkaisuehdotuksia vuotohäiriöongelmiin hormonaalisen ehkäisyn aikana (18,34).

Mikäli läpäisyvuotoa esiintyy käytettäessä yhdistelmäehkäisyä pitkinä kiertoina, voidaan ratkaisuksi kokeilla annoksen suurentamista kahteen tablettiin vuorokaudessa muutamaksi päiväksi (38) tai vaihtoehtoisesti 4–7 vuorokauden tauon pitämistä, jotta saadaan aikaiseksi tyhjennysvuoto (10,38). Syklin kestosta riippumatta myös tauon tai lumetablettijakson lyhentämisestä kolmeen päivään voi olla apua (34). Pienihormonisia (20 µg etinyyli-estradiolia) yhdistelmätabletteja käytettäessä estrogeeniannoksen suurentamista kannattaa kokeilla. Vaihto toista progestiinia sisältävään yhdistelmävalmisteeseen voi olla kokeilemisen arvoista. Ehkäisyrenkaaseen tai -laastariin vaihtamalla voidaan vähentää hormonipitoisuuden vaihteluun tai tablettien unohtamiseen liittyvää vuotohäiriötä (34).

Progestiinitabletteja voi käytännön kokemuksen mukaan käyttää kaksinkertaisella annoksella, kunnes läpäisyvuoto loppuu (10). Mikäli vuodot ovat epäsäännöllisiä, vaihto drospirenonia sisältävään vaihtoehtoon, johon liittyy neljän päivän tauko, saattaa olla harkinnan arvoisen (24). Käytännössä toimivaksi havaittuna keinona pitkittyneen vuodon hoitoon LARC-ehkäisyn yhteydessä on vastaavan progestiinitabletin käyttäminen määrääjän (34).

Muista lääkkeistä tutkituimpia ovat tulehduskipulääkkeet (erityisesti ibuprofeeni ja mefenaamihappo) (13), joita käytetään runsaiden tai kivuliaiden vuotojen hoitoon. Arkielämässä vuotohäiriöiden hoitona kokeilemisen arvoisia ovat lisäksi traneksaamihappo runsaiden ja estrogeeni pitkittyneiden vuotojen hoitoon (35). Estrogeeniä käytettäessä tulee huomioida mahdolliset verisuonitukosriskin suurentumiseen liittyvät vasta-aiheet.

Lopuksi

Erityisesti hormonaalista ehkäisyä aloitettaessa mutta myös ehkäisyä vaihdettaessa on ensiarvoisen tärkeää kertoa mahdollisista vuoto-

häiriöistä. Raskauden ehkäisyn onnistumisen kannalta kaikilla ehkäisykäynneillä tulisi kysyä ehkäisyn sopivuudesta, myös mahdollisista haittavaikutuksista Käypä hoito -suosituksen mukaisesti.

Kulttuuriset erot tulee huomioida. Ne vaikuttavat muun muassa siihen, miten hyväksyttävänä vuotoprofiilin muuttumista pidetään. Eurooppalaiset ja yhdysvaltalaiset suhtautuvat myönteisimmin vuotojen poisjääntiin ja erityisesti eurooppalaiset kokevat elämänlaadun paranevan, kun vuodot tulevat harvemmin (3,4). Osa naisista kokee säännöllisen vuodon olevan luonnollista ja symboloivan ”oikeaa naiseutta” ja suhtautuu tämän vuoksi kielteisesti pitkäkestoihin ehkäisymenetelmiin (39). Valintoihin vaikuttavat myös elämänlaatuun vaikuttavat tekijät, kuten mahdollisuus säädellä yhdistelmävalmisteilla vuotoja haluamallaan tavalla tai varmistua vuotojen myötä, ettei ole raskaana (39,40). Ammatillaisen tehtävä on kertoa eri ehkäisymenetelmien edut ja haitat, jotta nai-

nen voi tehdä tietoisia päätöksiä ehkäisyä valitessaan. Monenlaisia nykytarinoita ehkäisyn haitoista elää edelleen suomalaistenkin keskuudessa (10).

Jotta kaikilla hormonaalisen ehkäisyn käytäjillä olisi tasavertainen mahdollisuus ajantasaiseen ja oikeaan tietoon, tulee huolehtia ehkäisyä hoitavien ammattilaisten koulutuksesta. Osaamista voidaan tukea monin eri tavoin ja koulutautumiseen on varattava mahdollisuus osallistua. Erityisesti hoitajien rooli ehkäisyn aloituksessa, seurannassa ja onnistumisessa on merkittävä.

Raskauden ehkäisy on tärkeä osa monien nuorten ja aikuisten elämää. Etsimällä kullekin sopivan raskauden ehkäisymenetelmän voivat terveydenhuollon ammattilaiset parantaa ehkäisyä tarvitsevien elämänlaatua merkittävästi. Parhaimmillaan tämä voi olla mielenkiintoista arkista salapoliisitoimintaa mainioin tuloksin. ■

MARJO KUORTTI, LT, yleislääketieteen erikoislääkäri, nuorisolääkäri

Tampereen kaupunki, Nuorisoneuvola

KRISTIINA RÖNÖ, LT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri

HUS Naistenklinikka, Lisääntymislääketieteen yksikkö
Twitter: @kristiina_rono

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJA

Oskari Heikinheimo

VASTUUTOIMITTAJA

Hanna Savolainen-Peltonen

SIDONNAISUUDET

Marjo Kuortti: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Gedeon Richter Nordics AB, Novartis Finland Oy, Stragen Finland Oy, Tampereen korkeakoulusäätiö), luottamustoimet (Suomen Nuorisolääkärit ry, varapuheenjohtaja)

Kristiina Rönö: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa: suuntaviivat poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Helsinki: THL, Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetoimisto, BZgA 2010.
2. Klemetti R, Raussi-Lahto E. Edistä, ehkäise, vaikuta: seksuaali- ja lisääntymis-terveyden toimintaohjelma 2014–2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen opas 33/2014.
3. Fiala C, Chabbert-Buffer N, Häusler G, ym. Women's preferences for menstrual bleeding frequency in 12 European countries: the inconvenience due to women's monthly bleeding (ISV) survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2017;22:268–73.
4. Polis CB, Hussain R, Berry A. There might be blood: a scoping review on women's responses to contraceptive-induced menstrual bleeding changes. *Reprod Health* 2018;15:114.
5. Simmons RG, Sanders JN, Geist C, ym. Predictors of contraceptive switching and discontinuation within the first 6 months of use among Highly Effective Reversible Contraceptive Initiative Salt Lake study participants. *Am J Obstet Gynecol* 2019;220:376.e1–12.
6. Sundell M, Ginstman C, Mansson A, ym. Patterns of prescription and discontinuation of contraceptives for Swedish women with obesity and normal-weight women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2019;24:192–7.
7. Nurmeksela S. Suomessa asuvien yläkouluikäisten maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystiedot. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto 2011.
8. Väestöliitto. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen – Tarpeita, tietoa ja yhdenvertaisuutta. Toimintasuunnitelma 15.6.2009.
9. Lindh I, Skjeldestad FE, Gemzell-Danielsson K, ym. Contraceptive use in the Nordic countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017;96:19–28.
10. Raskauden ehkäisy. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynäkologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017 [päivitetty 27.4.2017]. www.kaypahoito.fi.
11. Bahamondes L, Fernandes A, Bahamondes MV, ym. Pregnancy outcomes associated with extended use of the 52-mg 20 µg/day levonorgestrel-releasing intrauterine system beyond 60 months: a chart review of 776 women in Brazil. *Contraception* 2018;97:205–9.
12. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception* 1994;50:51–98.
13. Zigler RE, McNicholas C. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol* 2017;216:443–50.
14. Friedlander E, Kaneshiro B. Therapeutic options for unscheduled bleeding associated with long-acting reversible contraception. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2015;42:593–603.
15. Bastianelli C, Farris M, Bruni V, ym. Pharmacodynamics of combined estrogen-progestin oral contraceptives: 4. Effects on uterine and cervical epithelia. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2020;13:163–82.
16. Vieira CS, Fraser IS, Plagianos MG, ym. Bleeding profile associated with 1-year use of the segesterone acetate/ethinyl estradiol contraceptive vaginal system: pooled analysis from Phase 3 trials. *Contraception* 2019;100:438–44.
17. Hickey M, Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. *Hum Reprod Update* 2003;9:493–504.
18. FSRH Clinical Effectiveness Unit. FSRH clinical guideline: problematic bleeding with hormonal contraception. London: Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare 2015.
19. Lawrie TA, Helmerhorst FM, Maitra NK, ym. Types of progestogens in combined oral contraception: effectiveness and side-effects. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;5:CD004861.
20. Akerlund M, Rode A, Westergaard J. Comparative profiles of reliability, cycle control and side effects of two oral contraceptive formulations containing 150 micrograms desogestrel and either 30 micrograms or 20 micrograms ethinyl oestradiol. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:832–8.
21. Gallo MF, Nanda K, Grimes DA, ym. 20 µg versus >20 µg estrogen combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013:CD003989.
22. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, ym. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:CD003552.
23. Kovacs G. Progestogen-only pills and bleeding disturbances. *Hum Reprod* 1996;11:20–3.
24. Palacios S, Regidor PA, Colli E, ym. Oestrogen-free oral contraception with a 4 mg drospirenone-only pill: new data and a review of the literature. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2020;25:221–7.
25. Duijkers IJ, Heger-Mahn D, Drouin D, ym. A randomised study comparing the effect on ovarian activity of a progestogen-only pill (POP) containing desogestrel and a new POP containing drospirenone in a 24/4 regimen. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2015;20:419–27.
26. McNicholas C, Madden T, Secura G, ym. The contraceptive CHOICE project round up: what we did and what we learned. *Clin Obstet Gynecol* 2014;57:635–43.
27. Maldonado LY, Sergison JE, Gao X, ym. Menstrual bleeding and spotting with the Levonorgestrel Intrauterine System (52 mg) during the first-year after insertion: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2020;222:451–68.
28. Goldthwaite LM, Creinin MD. Comparing bleeding patterns for the levonorgestrel 52 mg, 19.5 mg, and 13.5 mg intrauterine systems. *Contraception* 2019;100:128–31.
29. Adeyemi-Fowode OA, Bercaw-Pratt JL. Intrauterine devices: effective contraception with noncontraceptive benefits for adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2019;32:52–6.
30. Meaidi A, Kuhr Skals R, Alexander Gerds T, ym. Decline in Danish use of oral tranexamic acid with increasing use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system: a nationwide drug utilization study. *Contraception* 2020;101:321–6.
31. Apter D, Briggs P, Tuppurainen M, ym. A 12-month multicenter, randomized study comparing the levonorgestrel intrauterine system with the etonogestrel subdermal implant. *Fertil Steril* 2016;106:151–7.
32. Lazorwitz A, Aquilante CL, Dindinger E, ym. Relationship between etonogestrel concentrations and bleeding patterns in contraceptive implant users. *Obstet Gynecol* 2019;134:807–13.
33. Salonranta T, Gyllenberg F, But A, ym. Long-acting reversible contraception free-of-charge: two-year discontinuation, its risk factors and reasons. *Am J Obstet Gynecol*, julkaistu verkossa 17.6.2020. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.06.023.
34. Ehkäisyyn hoitopolku [verkkosivut]. Suomen Nuorisolääkärit ry 2017 [päivitetty 26.11.2019]. <http://ehkaisyynhoitopolku.fi/>.
35. Rantsi T, Tuominen M, Virtanen S, ym. Sisäsynnytintulehdus. *Duodecim* 2019;135:719–26.
36. Chabbert-Buffer N, Jamin C, Lete I, ym. Missed pills: frequency, reasons, consequences and solutions. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2017;22:165–9.
37. Grossman MP, Nakajima ST. Menstrual cycle bleeding patterns in cigarette smokers. *Contraception* 2006;73:562–5.
38. Vuori-Holopainen E, Suhonen S. Kehitysvammaisen nuoren kuukautishäiriöt ja raskauden ehkäisy. *Suom Lääkäril* 2014;69:2879–82.
39. Newton VL, Hoggart L. Hormonal contraception and regulation of menstruation: a study of young women's attitudes towards 'having a period'. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2015;41:210–5.
40. DeMaria AL, Sundstrom B, Meier S, ym. The myth of menstruation: how menstrual regulation and suppression impact contraceptive choice. *BMC Womens Health* 2019;19:125.