

Raskauden ehkäisyn aloitus ja seuranta

Raskauden ehkäisyn aloitus ja ehkäisyyn liittyvät seurantakäynnit ovat yleisiä terveyspalveluiden käytön syitä. Tässä kirjoituksessa käsitellään keskeisten Suomessa tarjolla olevien hedelmällisyyden säilyttävien ehkäisymenetelmien käytön aloittamista ja ehkäisyyn liittyvää seuranta. Suuri osa ehkäisyä tarvitsevista voi iästä riippumatta käyttää turvallisesti kaikkia saatavilla olevia ehkäisymenetelmiä. Jokaisella menetelmällä on silti omat vasta-aiheensa. Ne on syytä kartoittaa huolellisen anamneesin ja suunnatun kliinisen tutkimuksen avulla naisen aloittaessa ehkäisyn ja pitää mielessä myös ehkäisyn käytön seurannan aikana. Gynekologisen tutkimuksen tekeminen ei ole edellytys hormoniehkäisyn aloittamiselle, mutta verenpaineen seuraaminen on tärkeää. Klamydia- ja muita sukupuolitautitutkimuksia kannattaa tehdä herkästi. Seurantakäynnit tarjoavat tilaisuuden naisen tai nuoren seksuaaliterveyden kokonaisvaltaiseen tukemiseen.

Arviolta jopa neljännes 18–44-vuotiaiden naisten lääkärikäynneistä tehdään raskauden ehkäisyn vuoksi (Hemminki ym. 1997). Terveyskeskuksissa on toteutettu kansanterveyslain nojalla maksutonta ehkäisyneuvontaa 1970-luvun alusta alkaen. Vuonna 2009 annettu asetus neuvolatoiminnasta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta edellyttää ehkäisyneuvonnan sisältyvän näihin palveluihin osana seksuaaliterveysneuvontaa. Erikoissairaanhoidossa ehkäisyn suunnittelu ja toteutus ovat tärkeä osa esimerkiksi raskaudenkeskeytykseen tulevan potilaan hyvää hoitoa. Ehkäisyneuvontapalveluita tarjoavat myös muun muassa yksityislääkärit, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö ja Väestöliitto.

Tässä kirjoituksessa käsitellään keskeisten Suomessa kyseeseen tulevien hedelmällisyyden säilyttävien ehkäisymenetelmien (yhdistelmähormoniehkäisy, progestiiniehkäisy, koh-

dunsisäinen ehkäisy) käytön aloittamista ja ehkäisyyn liittyvää seuranta. Tarjolla olevaan ehkäisyvälineiden valikoimaan kuuluvat lisäksi kondomi (myös naisen kondomi), spermisidimätinpuikot, jälkiehkäisytabletit sekä tilauksesta pessaari. Pysyvää ehkäisyä tarvittaessa voidaan harkita miehen tai naisen sterilisaatiota.

Raskauden ehkäisystä ei ole jälkiehkäisyä lukuun ottamatta Käypä hoito -suositusta, mutta Terveysportin Lääkärin käsikirjassa on käytettävissä useita aihetta käsitteleviä artikkeleita. Maailman terveysjärjestö ylläpitää tieteelliseen näyttöön ja asiantuntijakonsensusukseen perustuvia ehkäisymenetelmien käyttöä ohjaavia säännöllisesti päivitettäviä suosituksia (WHOSPR 2008, WHOMEK 2010). Niitä on käytetty kansallisten suositusten (esim. Englanti, Yhdysvallat) pohjana, ja niitä voidaan hyödyntää myös suoraan kliinisessä käytössä. Väestöliitto on laatinut suomenkielisen lyhennelmän brittiläisestä kansallisiin suosituksen pohjautuvasta yhdistelmähormoniehkäisyn aloitusta koskevasta ohjeistuksesta (<https://vaestoliitto-fi.directo.fi/@Bin/618706/Ehk%C3%A4isyohjeet22062010.pdf>).

Yhdistelmähormoniehkäisy

Yhdistelmähormonivalmisteet sisältävät sekä estrogeenia (tavallisesti etinyyliestradiolia) että progestiinia, joita on Suomessa käytössä olevissa valmisteissa useita erilaisia. Tavallisimmin käytetään 20 tai 30 µg etinyyliestradiolia sisältäviä niin sanottuja yksivaihetabletteja, joissa hormonien määrä on jokaisessa tablettissa sama. Markkinoilla on myös kolme luonnollista estrogeenia (estradiolia) sisältävää yhdistelmäehkäisytablettia. Tavoitteena on ollut kehittää etinyyliestradiolia sisältäviä tabletteja turvallisempia ja paremmin siedettyjä yhdistelmävalmisteita, mutta epidemiologinen näyttö näistä eduista vielä puuttuu. Uusimpia monivaihevalmisteita käytettäessä kuukautiskierron hallinta on hyvä.



Yhdistelmähormoniehkäisy voidaan toteuttaa myös emättimeen sijoitettavan ehkäisyrenkaan tai iholle asetettavan laastarin avulla. Ehkäisy näillä valmisteilla edellyttää käyttäjältä vähemmän muistamista kuin tabletteja käytettäessä, ja siten riski unohduksille on vähäisempi. Vuonna 2008 laaditun Cochrane-katsauksen mukaan kaikkien kolmen valmistemuodon ehkäisyteho on kuitenkin samanlainen (Lopez ym. 2008).

Annostelu. Tavanomaisessa annostelussa yhdistelmäehkäisyvalmistetta käytetään kolmen viikon ajan, jonka jälkeen pidetään viikon tauko. Suomessakin 2000-luvulla on yleistynyt niin sanottu pidennetyn syklin (esimerkiksi 2–3 pillerilevyä peräkkäin) käyttö, ja aihetta on myös tutkittu aiempaa enemmän. Tiedot pidennetyn tai jatkuvan käytön pitkäaikaisvaikutuksista tosin vielä puuttuvat (Edelman ym. 2005). Mahdollisuudesta kokeilla pidempää sykliä ja siten pidentää tyhjennysvuotojen väliä ainakin tarvittaessa on kuitenkin aiheellista kertoa kaikille yhdistelmävalmisteiden käyttäjille ja erityisesti niille, joilla esiintyy pilleritaukoon liittyviä oireita. Myös rutiinimaista seitsemän päivän pilleritaukoa voidaan lyhentää neljään päivään, mikä näyttää parantavan ehkäisytehoa (Dinger ym. 2011).

Vasta-aiheet. Yhdistelmäehkäisyn tärkeimmät vasta-aiheet liittyvät tilanteisiin, joissa joko laskimo- tai valtimotukoksen riski on suurentunut (TAULUKKO 1). Harvinaisista mutta vakavista haittavaikutuksista merkittävin

on lisääntynyt laskimotromboosin (alaraajan laskimot, sinustromboosi) ja keuhkoembolian riski. Laskimotukoksen absoluuttinen riski on kuitenkin pieni. Yhdistelmäehkäisyä käyttämättömillä naisilla laskimotukoksen ilmaantuvuus on eri tutkimusten mukaan noin 1–4 tukosta 10 000:ta naista kohti vuodessa. Yhdistelmäehkäisyn käyttö suurentaa riskin keskimäärin noin 3–6-kertaiseksi, jolloin absoluuttinen riski on noin 4–10/10 000 (van Hylckama Vlieg ym. 2009, Lidegaard ym. 2011). Vaara on suurimmillaan käytön ensi kuukausien aikana. Hormonaaliseen ehkäisyyn liittyvä laskimotukosriski on kuitenkin pienempi kuin raskauden ja synnytyksen yhteydessä, jolloin tukosriski jopa 12-kertaistuu (Martinez ja Avecilla 2007). Yhdistelmäehkäisyyn liittyvän riskin suuruus riippuu muun muassa käytetystä progestiinista, estrogeenin määrästä ja naisen iästä. Progestiineista pienin riski näyttää liittyvän levonorgestreeliin ja norgestimaattiin (Martinez ym. 2012).

Yhdistelmäehkäisyn käyttöön liittyy lisäksi suurentunut sydän- ja aivoinfarktin sekä kohonnon verenpaineen riski (Amy ja Tripathi 2009). Niiden välttämiseksi on arvioitava mahdolliset muut vaskulaariset riskitekijät ja niitä on hyvä myös seurata. Yhdistelmävalmisteiden käytön keskeiset vasta-aiheet WHO:n suositusta (WHOMEC 2010) (TAULUKKO 1) ja niiden brittiversiota (UKMEC 2009) mukailten on koottu TAULUKKON 2. WHOMEC- ja UKMEC-suositusten välillä on pieniä eroja.

TAULUKKO 1. WHOMEC:n (2010) ja UKMEC:n (2009) mukainen luokittelu (luokat 1–4) eri ehkäisy menetelmien käyttömahdollisuuksista.

Luokka	Selitys	Soveltaminen	Esimerkki
1	Tila, jossa menetelmän käytölle ei ole rajoituksia	Ei rajoitusta	Suonikohjut eivät ole este yhdistelmäehkäisyn käytölle
2	Tila, jossa menetelmän käytön edut yleensä ovat teoreettisia tai osoitettuja riskejä suuremmat	Ei yksin menetelmän käytön este, käyttö edellyttää huolellista seurantaa	Painoindeksi 30–34 kg/m ² yhdistelmäehkäisyn käyttäjällä
3	Tila, jossa riskit yleensä ylittävät menetelmän käytön edut	Menetelmän käyttöä ei suositella, käyttö asiantuntijan päätöksellä vain jos muut menetelmät eivät sovellu	Painoindeksi ≥ 35 kg/m ² yhdistelmäehkäisyn käyttäjällä
4	Tila, jossa menetelmän käyttöön liittyvät terveysriskit eivät ole hyväksyttävissä	Ehdoton vasta-aihe	Laskimotukostaipumus yhdistelmäehkäisyn käyttäjällä

Suosituksissa luokitellaan vakavien haittavai-
kutusten riski eri tilanteissa (lääketieteelliset,
fysiologiset ja käyttäytymiseen liittyvät teki-
jät) tiettyä ehkäisy menetelmää käytettäessä
neljään luokkaan. Kaikkia yhdistelmäehkäisyn
valmistemuotoja koskevat samat vasta-aiheet.
Lisäksi on muistettava lääkeaineinteraktioi-
den mahdollisuus tiettyjä epilepsia-, HIV- ja
tuberkuloosilääkkeitä sekä mäkikuismaa
käytettäessä.

Ikäraajat. Kuukautiskierron käynnistyttyä ei
yhdistelmähormonivalmisteiden käytölle ole
lääketieteellistä estettä (WHOMEK 2010).
Mikäli nainen on terve, tupakoimaton ja nor-
maalipainoinen, hyvin sujunutta synteettis-
tä estrogeeniä sisältävän valmisteen käyttöä
voi jatkaa vaihdevuosiin asti. Tupakoiville 35
vuotta täyttäneille naisille tulisi valita estroge-
eniton ehkäisy menetelmä. Luonnollista estro-
geeniä sisältävä valmiste on hyvä vaihtoehto 40
vuotta täyttäneelle naiselle, etenkin jos yhdis-
telmähormoniehkäisyä vasta aloitetaan.

Alkukartoitus. Naisen aloittaessa ehkäisyä
huolellinen anamneesi on keskeisin työkalu sel-
vitettäessä kunkin menetelmän sopivuutta. Tie-
donkeruu tapahtuu systemaattisesti kattavalla
esitietolomakkeella. TAULUKKON 3 on koottu
seikkoja, jotka tulisi kartoittaa alkuhaastattelus-
sa. Merkittävistä pitkäaikaissairauksista, kuten
aurallisesta migreenistä tai tukostaipumuk-
sesta, on syytä kysyä erikseen. Haastattelussa
olisi hyvä selvittää myös asiakkaan käsityksiä
valitun menetelmän hyödyistä ja haitoista, jotta
neuvonta voidaan kohdentaa oikein.

Ehkäisyn aloituksen ja seurantakäyntien
yhteydessä tehdään usein rutiiniluonteisia
kliinisiä ja laboratoriotutkimuksia (Sannisto
ja Kosunen 2010). On tärkeää erottaa, mitä
tutkimuksia todella tarvitaan ehkäisy menetel-
män sopivuuden ja turvallisuuden varmista-
miseksi ja mitä tarjotaan seulontaluonteisina
tutkimuksina, joilla pyritään tukemaan naisen
tai nuoren seksuaali- ja lisääntymis-terveyttä.
Etenkin nuorten osalta tulee välttää tarpeet-
tomien tutkimusten tekemistä. Vain veren-
paineen mittausta voidaan pitää välttämättö-
mänä ennen yhdistelmäehkäisyn aloittamista
(Stewart ym. 2001, Scott ja Glasier 2004,
WHOSPR 2008). Lisäksi painoindeksin mää-

TAULUKKO 2. Yhdistelmähormoniehkäisyn¹ vasta-
aiheet (WHOMEK/UKMEK-luokka 4, keskeiset kohdat
luokasta 3).

Luokka 4

Imetys, synnytyksestä alle 6 viikkoa
Sairastettu syvä laskimotukos tai tiedossa oleva
tukostaipumus
Suuret leikkaukset, joihin liittyy pitkä immobilisaa-
tioaika
SLE, positiivinen antifosfolipidivasta-ainelöydös
Sekundaarinen Raynaud'n oireyhtymä, positiivinen
lupusantikoagulanttilöydös
Komplisoitunut läppävika
Sepelvaltimotauti tai muu iskeeminen verisuoni-
sairaus
Aurallinen migreeni
Aivoverisuonisairaus (myös aiempi TIA)
Rintasyöpä
Aktiivinen virushepatiitti, vaikea maksakirroosi tai
maksakasvain

Luokka 3/4

Ikä \geq 35 vuotta + tupakointi
Verenpaine toistuvasti luotettavissa mittauksissa
 \geq 140/90 mmHg
Useita verisuonisairauksien riskitekijöitä
Diabetes, johon liittyy merkittävä kohde-elinvaurio
Diabetes ja muu verisuonisairaus tai diabetes
yli 20 vuotta

Luokka 3

Täysimetys (ad 6 kk synnytyksestä)
Laskimotukos ensimmäisen asteen sukulaisella alle
45 vuoden iässä
Painoindeksi \geq 35 kg/m²
Oireiset sappikivet

¹ yhdistelmäehkäisytabletit, ehkäisyrenkas ja -laastari

rittäminen on suositeltavaa. Rutiininomaisesta
gynekologisesta sisätutkimuksesta ja rintojen
palpaatiosta naisen aloittaessa yhdistelmä-
ehkäisyä ei ole osoitettu olevan hyötyä, eikä
niitä siten yleensä ole aiheellista tehdä (Ste-
wart ym. 2001, Scott ja Glasier 2004, Faculty
of Family Planning & Reproductive Health
Care 2007). Gynekologinen tutkimus voi-
daan tehdä nuorelle asiakkaalle tämän aloit-
taessa ehkäisyä, jos tutkimusta tarvitaan jon-
kin oireen tai huolen selvittämiseksi. Muussa
tapauksessa se voidaan tehdä myöhemmin
seurantakäynnillä. Tavallisesti tutkimusta ei
pidä tehdä nuorelle, joka ei ole vielä aloitta-
nut yhdyntöjä. Potilaalle selvitetään etukäteen

TAULUKKO 3. Ehkäisyn aloituksessa kartoitettavat esitiedot.

Pitkäaikaissairaudet, erityisesti näkö- tai tunto-
oireinen migreeni

Allergiat

Lääkitys (säännöllinen tai tarvittaessa käytettävä),
luontaistuotteiden käyttö (mäkikuisma)

Tupakointi, päihteiden käyttö

Lähisuvun sairaudet (hyttymistekijähäiriö, laski-
mo-, keuhko- tai aivoveritulppa, sydäninfarkti,
verenpainetauti, suuri kolesteroliarvo, muu vakava
sairaus)

Menarke, kuukautiskierron pituus ja säännöllisyys,
vuodon kesto ja määrä, kuukautiskivut, viimeisten
kuukautisten alkamispäivä

Yhdyntöjen aloittamisikä, kumppaneiden määrä

Aiemmin käytössä olleet ehkäisy menetelmät ja
nykyinen menetelmä, niiden sopivuus

Parisuhde, ehkäisyn tarpeen säännöllisyys

Raskaudet ja niiden päättymisen

Gynekologiset sairaudet ja niiden hoito, mahdolli-
set ajankohtaiset oireet

Sairastetut sukupuolitaudit, suojaamattomat yh-
dynnät

Aiemmat sisätutkimukset, papanäytteet, mahdolli-
nen HPV-rokotus

Seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset tai ongelmat

Mahdolliset kokemukset seksuaalisesta häirinnästä
tai väkivallasta

tutkimuksen kulku. Myös sen keskeyttämi-
sen mahdollisuudesta kerrotaan. Tutkimuk-
sen tulos (tavallisesti normaali) ilmoitetaan
selväsanaisesti. Mikäli yhdyntöjä on jo ollut,
suositellaan klamydiatutkimusta. Papanäytettä
ei aloituksen yhteydessä tarvita. Raskauden
mahdollisuus tulee sulkea pois kaikkien ehkäi-
symenetelmien käyttöä aloitettaessa.

Yhdistelmähormonien ehkäisyn aloittaminen käytännössä. Huolellisen alkukartoituksen jälkeen lääkäri, ehkäisyneuvontaan perehtynyt terveydenhoitaja, sairaanhoitaja tai kättilö voi terveyskeskuksessa antaa maksuttoman aloituspakkauksen (Lääkelaki 395/1987, STM ja Stakes 2002, STM 2007). Lisäksi tulevaisuudessa erityiskoulutetut terveyskeskusten sairaanhoitajat voivat huolehtia 12–34-vuotiaan naisen hormonaalisen ehkäisyn aloittamisesta (ns. rajattu lääkkeenmääräämis-oikeus). Hoitajalla tulee olla käytettävissään selkeä ohjeistus ja mahdollisuus konsultoida lääkäreitä. Asiakas ohjataan lääkärin vastaanotolle, mikäli hänel-

lä on pitkäaikaissairauksia tai riskitekijöitä (WHOMEK/UKMEK-luokka > 1). Asiakkaalle annetaan esimerkiksi kolmen kuukauden aloituspakkaus ja häntä neuvotaan huolellisesti valmisteen käytössä. Tavallisimmin yhdistelmäehkäisy ohjeistetaan aloitettavaksi seuraavien kuukautisten alkamispäivänä, mutta aloitus on mahdollinen kierron viidennen päivään asti ehkäisytehon kärsimättä (WHOSPR 2008). Etenkin jos kuukautiskierto on epäsäännöllinen, voidaan ehkäisy aloittaa heti, jolloin lisäehkäisynä käytetään kondomia viikon ajan.

Myös tavallisimmista haittavaikutuksista (mielialamuutokset, seksuaalinen haluttomuus, päänsärky ja vuotohäiriöt) ja siitä, että ne usein häviävät käytön jatkuessa, on syytä kertoa ehkäisyn jatkuvuuden turvaamiseksi. Lisäksi neuvotaan, miten tulee toimia haittavaikutusten jatkuessa sekä mahdollisiin vakaviin haittavaikutuksiin viittaavien oireiden, kuten äkillisen alaraajakivun, ilmetessä. Haittojen ja riskien ohella myös yhdistelmäehkäisyn hyödyistä tulisi antaa tietoa.

Progестиinien ehkäisy

Progестиinien ehkäisyn eri muotoja ovat tauotta käytettävät tabletit (ns. minipillerit), olkavarren ihon alle asetettavat kapselit (implantit) sekä Suomessa harvoin käytetyt lihaksensisäiset ruiskeet. Progестиini- ja progesteronivalmisteet soveltuvat monille naisille, joille yhdistelmähormonien ehkäisy on vasta-aiheinen.

Annostelu. Tavallisesti progестиinien ehkäisy aloitetaan tableteilla, joita käytetään tauotta. Jos käyttäjä on menetelmään tyytyväinen, voidaan siirtyä pitkäaikaisen ja varman ehkäisytehon tarjoavaan kapselien ehkäisyyn. Suomessa on markkinoilla kolmen vuoden ehkäisyyn tarkoitettu etonogestreeli-implantti sekä enimmillään viiden vuoden ehkäisysojan antava kahden implantin levonorgestreelivaihtoehto. Nykyiset asettimet on suunniteltu varsin helpokäyttöisiksi, mutta ainakin pienissä yksiköissä voi olla hyödyllistä keskittää asetukset ja poistot tietyille lääkäreille riittävän rutiinin ylläpitämiseksi. Kapselien ehkäisyn tulee olla saatavilla kaikissa terveyskeskuksissa. Se on hyvä

vaihtoehto niille naisille, joilla on vaikeuksia käyttää esimerkiksi muistamista ja motivaatiota vaativaa tablettiehkäisyä. Kapseli voidaan asettaa välittömästi raskauden keskeytyksen ja tarvittaessa myös synnytyksen jälkeen.

Vasta-aiheet. Ainoa täysin ehdottomana (luokka 4) pidetty progestiiniehkäisyyn vasta-aihe on rintasyöpä. Luokkaan 3 luetaan aiemmin sairastettu rintasyöpä, SLE (elleivät fosfolipidivasta-ainemääritysten tulokset ole negatiiviset), iskeemisen sydän- tai aivosairauden ilmeneminen käytön aikana, epäselvä emätinverenvuoto (kapseliehkäisy), vaikea maksakirroosi ja maksakasvain (UKMEC 2009). WHO:n suosituksen mukaan myös akuutti syvä laskimotukos tai keuhkoembolia kuuluvat tähän luokkaan. Ruiskemuotoiselle progestiiniehkäisylle luokan 3 vasta-aiheita on enemmän. Mahdolliset lääkeaineinteraktiot on suljettava pois. Ehdottomia ikärajoja ei progestiiniehkäisylle ole. Myöskään imetys ei ole käytön este.

Aloitus. Progestiiniehkäisy suunnitellaan esitietojen pohjalta. Verenpaineen mittaus, painoindeksin määrittäminen, sisätutkimus ja sukupuolitautilien seulonta voidaan toteuttaa edellä kuvattuja periaatteita noudattaen yleis- ja seksuaaliterveyttä tukevinä toimina, mutta ne eivät ole edellytys progestiiniainemateriaalin käytön aloitukselle. Hoitaja voi huolehtia naisen progestiinitablettiehkäisyyn aloittamisesta, mikäli näin on paikallisesti ohjeistettu.

Keskeisen tärkeää on kertoa aloittajalle progestiiniehkäisyyn tyypillisimmästä haittavaikutuksesta eli lisääntyvästä vuotohäiriöriskistä. Vuotoprofilin muutokset voivat vaihdella vuodottomuudesta pitkittyneisiin ja tihtyneisiin vuotoihin sekä jatkuvaan tiputteluvuotoon. Vuotohäiriöitä esiintyy eniten käytön ensimmäisinä kuukausina. Huolellinen neuvonta ehkäisee tarpeetonta huolta, ja se saattaa vähentää ehkäisyyn keskeyttämisä. Muita melko tavallisia haittavaikutuksia ovat akne ja emättimen limakalvojen kuivuminen.

Kohdunsisäinen ehkäisy

Suomessa kohdunsisäisen ehkäisyyn muotoja ovat kuparikierukka sekä kohdunsisäinen

levonorgestreelia vapauttava, tavallisesti hormonikierukaksi kutsuttu ehkäisin. Suomessa markkinoilla olevien kuparikierukoiden ja hormonikierukan valmisteyhteenvetodon mukainen käyttöaika on viisi vuotta. Saatavilla on myös erityisesti synnyttämättömille naisille suunniteltu tavanomaista pienempi kuparikierukka. Nykyisin niin kupari- kuin hormonikierukan katsotaan soveltuvan myös synnyttämättömille naisille (Suhonen ym. 2004, Society of Family Planning 2010). Vaikka kierukka ei ole nuoren, synnyttämättömän naisen ensisijainen ehkäisymenetelmä, se on tärkeä vaihtoehto, kun tarvitaan tehokasta raskauden ehkäisyä mutta hormonaaliset menetelmät eivät sovellu käytettäviksi. Vaikka kuparikierukan käyttäjän sisäsynnyttämätöntulehdusriskin on todettu suurentuvan kierukan asettamisen jälkeen ja silloin kun nainen ei elä vakituudessa parisuhteessa, kierukkaa käyttäneiden hedelmällisyys vastaa muun väestön hedelmällisyyttä. Kierukkaehkäisy ei myöskään lisää kohdunulkaisen raskauden riskiä.

Vasta-aiheet. Kupari- ja hormonikierukan asettamisen vasta-aiheet (UKMEC 2009) on koottu TAULUKKOOKSI 4. Emättimen mikrobitasapainon häiriöt, kuten erityisesti bakteerivaginoosi, ei ole ehdoton este kohdunsisäisen ehkäisimen asetukselle. Mikäli ehkäisyyn aloituksella ei ole kiire, kannattaa kuitenkin bakteerivaginoosi hoitaa ensin. Useimmille kovista kuukautiskivuista tai runsaista vuodoista kärsiville naisille hormonikierukka on kuparikierukkaa suotuisampi vaihtoehto.

Suurentuneen perforaatoriskin takia kupari- tai hormonikierukan asetusta ei suositella ennen kuin synnytyksestä on kulunut vähintään neljä viikkoa (ellei asetusta tehdä heti synnytyksen jälkeen). Käytännössä luonteva ajankohta kierukan asetukselle on synnytyksen jälkitarkastus 6–8 viikon kuluttua synnytyksestä. Kierukka, myös hormonikierukka, voidaan asettaa myöhemminkin riippumatta siitä, imettääkö nainen tai ovatko kuukautiset alkaneet. Lisääntyneen perforaatoriskin takia kierukoiden asetus imetysaikana kannattaa keskittää kokeneille lääkäreille (Suhonen 2010).

Alkututkimukset. Gynekologinen tutkimus on tarpeen aina kierukkaehkäisyä suunnitelta-

TAULUKKO 4. Kupari- ja hormonikierukan asettamisen vasta-aiheet (WHOMEC/UKMEC-luokat 3 ja 4).

Luokka 4	Luokka 3
Kuparikierukka ja hormonikierukka	
Selvittämätön emätinverenvuoto	Kohdun asento- tai rakennepoikkeamat
Märkäinen kohdunkaulatulehdus	Munasarjakarsinoma
Akuutti sisäsynnytintulehdus	Synnytyksestä yli 48 tuntia tai alle 4 viikkoa
Todettu kohdun tai kohdun limakalvon karsinoma (ei lievät kohdunkaulan solumuutokset)	
Klamydia- tai tippuri-infektio (myös oireeton klamydia)	
Pahanlaatuinen trofoblastisairaus	
Lantion alueen tuberkuloosi	
Lapsivuodekuume	
Kuparikierukka	SLE + vakava trombosytopenia
Hormonikierukka	
Ks. progestiinihökäisyn vasta-aiheet	Ks. progestiinihökäisyn vasta-aiheet

essa kohdun asennon sekä mahdollisten tulehdusten ja rakennepoikkeamien toteamiseksi. Sukupuolitautien mahdollisuus tulee arvioida, ja tarvittaessa otetaan näytteet ennen asetusta. Etenkin klamydiatutkimus tulee tehdä herkästi. Papanäytettä ei tarvita. Mikäli kierukan asetuksella on kiire, esimerkiksi kun kuparikierukka asetetaan jälkiehkäisytaikoituksessa, voidaan ilmeinen tulehdusriski huomioida antamalla profylaktinen mikrobilääkehoito odottamatta tutkimustulosten valmistumista.

Asetus. Käyttäjälle kerrotaan etukäteen tavanomaisista asetuksen jälkeisistä oireista (kohdun supisteluun liittyvät kivut, niukka tiputteluvuoto), mahdollisesta vuotoprofiilin muutoksesta ja muista oireista. Kuparikierukka lisää kuukautisvuotoa keskimäärin 30 %. Vuodot voivat olla tavallista pidempiä, ja tiputteluvuotoakin saattaa esiintyä. Hormonikierukan asettamisen jälkeen tiputteluvuoto on tavallista ensimmäisten 3–6 kuukauden ajan. Tämän jälkeen kuukautisvuodot yleensä niukkenevat ja jäävät jopa kokonaan pois joka viidennellä käyttäjällä. Hormonikierukan käyttöön voi liittyä systeemisiä progestiinin aiheuttamia haittavaikutuksia, kuten päänsärkyä, turvotusta, rintojen aristusta, aknea tai mielialamuutoksia, etenkin käytön alkuvaiheessa (Heikinheimo ym. 2011).

Kierukan asettaa Suomessa yleensä aina lääkäri. Toimenpiteet voi olla mielekästä kes-

kittää esimerkiksi terveyskeskuksessa muutamille lääkäreille. Asetus suoritetaan aseptisesti valmistajan ohjeita noudattaen. Mikäli asetuksessa on vaikeuksia, asiakas ohjataan paikkaan, jossa on erityisosaamista ja mahdollisuus tilanteen arvioon kaikukuvauksella.

Harvinainen mutta potentiaalisesti vakava komplikaatio on ehkäisimen perforoituminen kohdun läpi, mikä tapahtuu tavallisimmin juuri asetuksen yhteydessä. Mikäli perforaatioepäily herää, tilanne on varmistettava kaikukuvauksella. Ellei kierukkaa löydetä kohtuontelosta eikä sen tiedetä poistuneen itsestään (ekspulsio), tehdään natiiviröntgenkuvaus kierukan paikantamiseksi. Perforaatioon tai ekspulsioon voivat viitata kierukan lankojen puuttuminen tai vuotojen tai kipujen lisääntyminen.

Seuranta

Seurantakäyntien tarkoituksena on taata ehkäisyn jatkuminen turvallisesti ja tehokkaasti sekä tarjota käyttäjälle mahdollisuus seksuaali- ja yleisterveyttä tukevaan keskusteluun ja tarvittaessa tutkimuksiin. Käynneillä kartoitetaan käyttäjän tyytyväisyys ehkäisyyn ja mahdolliset sivuoireet, varmistetaan menetelmän oikea käyttö, päivitetään käytön turvallisuuteen vaikuttavat tekijät ja arvioidaan sukupuolitautitutkimusten tarve. Seksuaaliseen hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä on hyvä ottaa aktii-

visesti esille. Myös kumppani voidaan pyytää mukaan vastaanotolle.

Ensimmäinen seurantakäynti toteutetaan menetelmästä riippumatta yleensä 3(–6) kuukauden kuluttua aloituksesta. Jos hoitaja on huolehtinut ehkäisyn aloittamisesta, seuraavasta käynnistä vastaa lääkäri. Jatkoseuranta toteutetaan yksilöllisesti, tavallisesti vuoden välein. Ehkäisyn käyttäjällä tulee olla mahdollisuus ottaa herkästi yhteyttä, mikäli ehkäisyyn tai seksuaaliterveyteen liittyviä kysymyksiä tai ongelmia nousee esiin. Jos ongelmia ei ilmene, seurantakäynneistä voi huolehtia merkittävä osin hoitaja. Lääkärikäynti mahdollisine sisätutkimuksineen 2–3 vuoden välein riittää useimmille ehkäisyn käyttäjille. Reseptin uusinta voidaan toteuttaa muina vuosina hoitajan välityksellä; tarvittaessa konsultoidaan lääkäriä. Vaikka kapseliehkäisyn vuosittainen seuranta ei yleensä ole lääketieteellisesti välttämätöntä, on etenkin nuoret naiset aiheellista tavata vuosittain. Sen sijaan vakiintuneessa parisuhteessa elävät kierukkaehkäisyä käyttävät naiset voidaan ensimmäisen seurantakäynnin jälkeen ohjeistaa ottamaan yhteyttä tarvittaessa sekä viimeistään ehkäisymen poiston tai vaihdon tullessa ajankohtaiseksi, mikäli esiin ei ole noussut säännöllistä seurantaa edellyttäviä tekijöitä.

Tutkimukset. Jokaisella seurantakäynnillä mitataan verenpaine ja määritetään painoindeksi. Brittiläisen raskauden ehkäisyn käsikirjan mukaan sisätutkimus tulisi suorittaa yhdistelmäehkäisyn käyttäjälle vain, jos siihen on kliiniset perusteet, kuten alavatsakipujen selvittäminen (Guillebaud 2009). Myöskään kierukkaehkäisyä käyttävien rutiiniluonteiselle vuosittaiselle sisätutkimukselle ei ole tarvetta (WHOSPR 2008). Kierukan oikea sijainti tulisi varmistaa ensimmäisellä seurantakäynnillä.

Klamydiatutkimusta tarjotaan ensimmäisellä seurantakäynnillä ainakin kaikille alle 25-vuotiaille ja vuosittain kaikille niille, joilla kumppani on vaihtunut tai jotka ovat anamneesin perusteella aiemmin sairastaneet klamydiainfektion (STM 2007). Herkästi tutkitaan myös tippuri sekä HIV-vasta-aineet, erityisesti jos klamydiatestin tulos on positiivinen. Oireiselta potilaalta (vuoto-oireet, poikkeava valkovoito ym.) papanäyte tulee ottaa herkästi.

YDINASIAIAT

- ▶ Raskauden ehkäisyn aloitus ja ehkäisyyn liittyvä seuranta ovat yleisiä terveyspalveluiden käytön syitä, ja ne tarjoavat mainion tilaisuuden terveysneuvontaan.
- ▶ Yhdistelmähormoni- tai progestiiniehkäisyn aloittaminen ei edellytä sisätutkimuksen tekemistä, mutta verenpaineen mittaaminen on tärkeää.
- ▶ Kierukkaehkäisyn voi yleensä aloittaa synnytyksen jälkitarkastuksen yhteydessä.
- ▶ Hoitaja voi huolehtia terveen naisen hormonaalisen ehkäisyn aloittamisesta ja hoitaa myös merkittävän osan seurantakäynneistä.
- ▶ Klamydiatutkimusta kannattaa tarjota ainakin kaikille alle 25-vuotiaille ehkäisyn aloittajille sekä aina kumppanin vaihduttua.

Näytteenotto alle 20-vuotiaalta on kuitenkin harvoin aiheellista, eikä seulontaluonteinen näytteenotto ole tarpeen ainakaan ennen 25 vuoden ikää (Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyntien solumuutokset – diagnostiikka, hoito ja seuranta: Käypä hoito -suositus 2010). Lääkärin yksilöllisen harkinnan mukaan näytteenotto voidaan kuitenkin aloittaa 2–3 vuoden kuluttua yhdyntöjen alkamisesta, etenkin jos yhdynnät ovat alkaneet varhain, jos kumppaneita on ollut lukuisia tai jos ehkäisyn käyttäjä tupakoi tai hän on sairastanut sukupuolitautia. Valtakunnalliseen organisoituun kohdunkaulasyövän seulontaan osallistumista on tärkeä tukea. Oman alueen kuntien seulontakäytännöt kannattaa myös selvittää. Kuparikierukan käyttäjien hemoglobiiniarvot on aiheellista määrittää ensimmäisessä vuositarkastuksessa ja myöhemmin harkinnan mukaan. Muulle rutiininomaiselle näytteenotolle, kuten yhdistelmäehkäisyn käyttäjien maksarvojen seurannalle, ei ole perusteita.

Lopuksi

Ehkäisyn valinnassa on tärkeää yksilöllinen harkinta. Lääkäri, terveydenhoitaja tai kättilö 1271

voi tarjota asiakkaalle tutkittua tietoa eri menetelmien hyödyistä ja haitoista ja antaa hänelle siten tilaisuuden muuttaa virheellisiä käsityksiä, joita ehkäisyyn saattaa liittyä. On silti tärkeää tiedostaa, että naisen oma käsitys hänelle sopivimmasta ehkäisymenetelmästä ohjaa

keskeisesti ehkäisyn valintaa ja siihen sitoutumista. Ehkäisykäynti on luonteva tilaisuus seksuaalisuuteen liittyvälle neuvonnalle ja terveyden edistämiseksi. Se edellyttää avointa ja luottamuksellista ilmapiiriä sekä ammattihenkilön hyviä kliinisiä sekä vuorovaikutustaitoja. ■

TUIRE SANNISTO, LT, erikoislääkäri, ylilääkäri

Tampereen kaupunki, avopalvelut, lasten ja nuorten terveystalot

MARJO KUORTTI, LL, erikoislääkäri, terveyskeskuslääkäri

Tampereen kaupunki, avopalvelut, lasten ja nuorten terveystalot, nuorisoneuvola

AKI KUUKANKORPI, LL, erikoislääkäri

Tampereen kaupunki, avopalvelut, lasten ja nuorten terveystalot, perhesuunnitteluneuvola

SIINA NIITY, LL, erikoislääkäri, vastaava lääkäri

Tampereen kaupunki, avopalvelut, lasten ja nuorten terveystalot, opiskeluterveydenhuolto

SIDONNAISUUDET

Tuire Sannisto: Ei sidonnoisuuksia. **Marjo Kuortti:** Apuraha (Pirkanmaan kulttuurirahasto, Tampereen kaupungin tiedeapuraha, Yrjö Jahnssonin säätiö), luontopalkkio (Bayer, MSD). **Aki Kuukankorpi:** Asiantuntijapalkkio (Bayer, Estetra ag, Leiras, MSD, Organon, Orion), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (MSD, Organon). **Siina Niity:** Ei sidonnoisuuksia

Summary

Initiation and monitoring of contraception

The majority of those requiring contraception may safely use any available contraceptive method. Each method has, however, its particular contraindications, which should be screened by applying careful anamnesis and focused status, when contraception is being initiated. Gynecologic examination is not a prerequisite for the initiation of hormonal contraception, but measurement and monitoring of blood pressure is important. Testing for sexually transmitted diseases is readily worthwhile. Follow-up visits provide a chance for comprehensive support for a woman or a young person concerning sexual health.

KIRJALLISUUTTA

- Amy JJ, Tripathi V. Contraception for women: an evidence based over-view. *BMJ* 2009;339:b2895.
- Dinger J, Minh TD, Buttman N, Bardenheuer K. Effectiveness of oral contraceptive pills in a large U.S. cohort comparing progestogen and regimen. *Obstet Gynecol* 2011;117:33–40.
- Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care. Clinical Effectiveness Unit. First prescription of combined oral contraception. *FFPRHC Clinical Guidance*. July 2006 [päivitetty 2007]. www.fsrh.org/pdfs/archive/FirstPresCombOralCont06.pdf.
- Guillebaud J. Contraception – your questions answered. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone Elsevier 2009.
- Heikinheimo O, Suhonen S, Lähteenmäki P. Raskauden ehkäisy ja sterilisaatio. Kirjassa: Ylikorkala O, Tapanainen J, toim. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim 2011, s. 154–74.
- Hemminki E, Sihvo S, Koponen P, Kosunen E. Quality of contraceptive services in Finland. *Qual Health Care* 1997;6:62–8.
- Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyntien solu- ja kudostaudit – diagnostiikka, hoito ja seuranta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Kolposkopiyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2006 [päivitetty 14.6.2010]. www.kaypahoito.fi.
- Lidegaard Ø, Hougaard Nielsen L, Wessel Skovlund C, Skjeldstad FE, Løkkegaard E. Risk of venous thrombo-

- embolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001–9. *BMJ* 2011;343:d6423.
- Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:1.
- Martinez F, Vecilla A. Combined hormonal contraception and venous thromboembolism. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007;12:97–106.
- Martinez F, Ramirez I, Pérez-Campos E, Latorre K, Lete I. Venous and pulmonary thromboembolism and combined hormonal contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012;17:7–29.
- Sannisto T, Kosunen E. Practices of contraceptive prescribing: a survey among primary care physicians in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:636–45.
- Scott A, Glasier AF. Are routine breast and pelvic examinations necessary for women starting combined oral contraception? *Hum Reprod Update* 2004;10:449–52.
- Society of Family Planning. Clinical guidelines. Use of Mirena™ LNG-IUS and Paragard™ CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception* 2010;81:367–71.
- Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, Grimes DA, Sawaya GF, Trussell J. Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception: Current practice vs evidence. *JAMA* 2001;285: 2232–9.
- STM. Seksu- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuuaali_

- [lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf](http://www.stm.fi/lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf).
- STM ja Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuoltoa, peruskouluille ja kunnille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002. www.stakes.fi/verkojulkaisu/muut/Oppaia51_2002.pdf.
- Suhonen S. Raskauden ehkäisy synnytyksen jälkeen. *Suom Lääkäril* 2010;65:3033–6.
- Suhonen S, Haukkamaa M, Jakobsson T, Rauramo I. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. *Contraception* 2004;69:407–12.
- UKMEC. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. UK medical eligibility criteria for contraceptive use 2009. www.fsrh.org/pdfs/UKMEC2009.pdf.
- van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 2009;339:b2921.
- WHOME. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use, neljäs painos 2009. WHO 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf.
- WHOSPR. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use, toinen painos 2004. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf>, 2008 päivitetty osa: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08_17_eng.pdf.