

## Kehitystä kierukkaehkäisyssä – vai onko sitä?

**Pitkävaikutteisista** raskauden ehkäisymenetelmistä hormonikierukka on Suomessa lähes korvannut kuparikierukan käytön. Naisten sterilisaatioiden määrä on pienentynyt 1990-luvun huipusta noin viidennekseen (1). Näin on tapahtunut paljolti hormonikierukan käytön lisääntymisen ansiosta. Suosioon vaikuttanee vaivattomuuden lisäksi se, että sekä vuotojen että vuotopäivien määrät vähenevät. Näin käy myös silloin, kun nainen kärsii runsaista kuukautisista. Lähes joka kolmannella vuodot jäävät käytön edessä kokonaan pois. Käypä hoito -suositus ohjaakin kokeilemaan hormonikierukkaa ennen kohdun poistoa vuotohäiriöiden vuoksi.

Vaikka kohdunsisäistä ehkäisyä on pidetty ensisijaisesti synnyttäneiden naisten ehkäisyinä, hormonikierukkaa käyttävät enemmän myös nuoret synnyttämättömät naiset. Tälle on hyviä perusteita. Nuoren kiireisessä elämänrytmissä saattaa olla vaikea muistaa ehkäisytabletin päivittäinen ottaminen. Hormonikierukka vähentää sisäsynnyntulehduksen riskiä (2). Seksielämän alettua useilla naisilla on edessä yli kymmenen vuoden ehkäisytarve.

Suomessa jo yli 20 vuotta käytössä olleen hormonikierukan rinnalle on tullut vähän pienempi ja ohuempi hormonikierukka. Siitä vapautuu alkuun vain puolet isomman kierukan päivittäin vapauttamasta hormonimäärästä (3). Uuden kierukan käyttöaika on kolme vuotta, kun isommalle kierukalle käyttöajaksi on hyväksytty viisi vuotta.

Naisen fertiilistä elämänvaiheesta vain pieni osa on raskaaksi tulemisen odotusta, valtaosa on ehkäisystä huolehtimista. Kun sopiva menetelmä on löytynyt, ehkäisyn toivoisi olevan vaivatonta ja pitkäkestoista. Ehkäisyn keskeyttäminen tarvittaisiin vain raskauksien ajaksi. Hormonikierukka täyttää useimmilla naisilla tämän tarpeen. Ehkäisytablettejen tavoin sen

käytöstä on myös useita terveyshyötyjä, ilman että käyttöön liittyisi vakavia terveyshaittoja. Hyödyistä vahvin näyttö on menorrhagian paranemisen lisäksi kuukautiskipujen vähenemisestä, anemian korjaantumisesta (4) ja endometriumin syöpärisikin vähenemisestä (5).

Jos ehkäisyn valinnassa päädytään hormonikierukkaan, nainen ja lääkäri joutuvat päättämään, kumpi kierukka asennetaan. Kierukat ovat samanhintaisia. Sen takia ehkäisyn tarpeen arvioidulla kestolla ei ole suurtakaan merkitystä; ainoastaan viisivuotisesta kierukasta on niin tarvittaessa suurempi kustannushyöty. Kumpikin kierukka voidaan poistaa helposti, jos raskaus tulee ajankohtaiseksi.

Kierukan tärkeimmäksi valintakriteeriksi jää ennakoarvio asennukseen liittyvistä vaikeuksista ja potilaan tuntemasta kivusta. Nämä liittyvät usein toisiinsa. Synnyttämättömyys ei sinänsä tarkoita vaikeaa tai kivuliasta asennusta. Kierukan asennus onnistuu kokeelta asentajalta helposti yhdeksälle kymmenestä synnyttämättömästä naisesta (6).

Kierukan asennuksen komplikaatioista merkittävimmät ovat sisäsynnyntulehdus ja kohdun seinämän perforaatio. Jälkimmäinen liittyy useimmiten vaikeaan asennukseen, jonka syynä voi olla kohdunkaulan kanavan anomalia tai ahtaus, tai kohdun jyrkkä fleksio. Ensisijaisen tärkeää on selvittää nuppikoettimellä tilanne ja asennuksen oikea reitti. Jos asennus on varmaton, ohuempi asetinputki saattaa jopa lisätä perforaation riskiä. Vaikka molemmat ovat harvinaisia komplikaatioita, niitä ei ainakaan synnyttämättömälle naiselle soisi. Niinpä tiheämmin vaihtoa edellyttävä kierukka ei tuntuisi paremmalta ensisijaisena vaihtoehtona.

Kipu on potilaan kannalta tärkeä subjektiivinen kokemus, joka vaikuttaa vielä asennuksen jälkeenkin hänen suhtautumiseensa

ehkäisymenetelmään. Harmillista on se, että asennusta edeltävällä kivunlievityksellä ei tutkimusten mukaan ole merkittävää vaikutusta. Pientä ja isoa kierukkaa vertailevassa toisen vaiheen tutkimuksessa kovaa kipua koki noin 5 % naisista kummassakin ryhmässä eikä kierukoiden välillä siis ollut eroa (7). Kohtalaista kipua isomman kierukan saajista koki 35 %, kun pienemmän kierukan asennuksessa sitä koki 22 % naisista (7). Naisista viidennes oli synnyttämättömiä.

Valintahetkellä kannattaa keskustella potilaan kanssa myös kierukan käyttöajasta. Myyntilupien sisältö on FIMEAn hyväksymä ja perustuu luvan hakijan tekstiin. Vaikka isompi kierukka on hyväksytty vain viiden vuoden käyttöön, kliiniset tutkimukset ovat osoittaneet tehon säilyvän ainakin seitsemän vuotta (8). Tätä tukee teoreettinen laskelmakin. Isompi kierukka vapauttaa alussa 20 µg/vrk levonorgestreelia. Viiden vuoden käytön jälkeen isossa kierukassa on vielä hormonia jäljellä enemmän kuin pienessä kierukassa alun perin. Voisi siis päätellä, että iso hormonikierukka

olisi vielä ainakin kolme lisävuotta tehokas ehkäisyyn. Näillä käytön lisävuosilla olisi jo kansantaloudellinenkin merkitys. Kela korvaa menorragian hoitoon asennettuja hormonikierukoita vuosittain noin 17 000 kappaletta, ja korvausten määrä on noin 1,2 miljoonaa euroa. Näin ollen 60 % pidempi käyttöikä toisi Kelallekin merkittäviä säästöjä. Viittä vuotta pidempi käyttö jää kuitenkin hoitavan lääkärin ja potilaan keskusteltavaksi ja sovitavaksi.

Hormonikierukan käyttö on muuttanut voimakkaasti ehkäisyruutiineja ja menorragian hoitoa kahden vuosikymmenen aikana. Pienemmän hormonikierukan tulo ei ilmeisesti tule aiheuttamaan isoja muutoksia suomalaiseen ehkäisykäytäntöön. Kierukan asennukset kannattaa keskittää asennustekniikan osaaville lääkäreille. Silloin synnyttäneellä naisella ei juuri löydy syytä pienemmän hormonikierukan asennukseen. Synnyttämättömälläkin naisella mielestäni ensisijainen vaihtoehto on isompi hormonikierukka, ellei kliininen tutkimus koetinmittoineen anna viitteitä hyvin pienestä kohdusta. ■



**PEKKA LÄHTEENMÄKI, LKT, dosentti**  
Helsingin yliopisto

#### **SIDONNAISUDET**

Kirjoittajalla ei ole sidonnaisuuksia

#### **KIRJALLISUUTTA**

1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 28/2013: Suomen virallinen tilasto, Steriloinnit 2012 [verkkodokumentti]. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/steriloinnit](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/steriloinnit).
2. Toivonen J, Luukkainen T, Allonen H. Protective effect of intrauterine release of levonorgestrel on pelvic infection: three years' comparative experience of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 1991;77:261-4.
3. Valmisteyhteenvedo JAYDESS 13,5 mg depotlääkevalmiste kohtuun SPC 2013 [verkkodokumentti]. [www.fimea.fi/laaketieto/valmisteyhteenvedot/humspc](http://www.fimea.fi/laaketieto/valmisteyhteenvedot/humspc).
4. Pakarinen P, Toivonen J, Luukkainen T. Therapeutic use of the LNG IUS, and counseling. *Semin Reprod Med* 2001;19:365-72.
5. Jaakkola S, Lyytinen H, Pukkala E, Ylikorkala O. Endometrial cancer risk in postmenopausal women using estradiol-progestagen therapy. *Obstet Gynecol* 2009;114:1197-204.
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.
7. Gemzell-Danielsson K, Schellschmidt I, Apter D. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. *Fertil Steril* 2012;97:616-22.
8. Sivin I, Stern J, Coutinho E, ym. Prolonged intrauterine contraception; a seven-year randomized study of the levonorgestrel 20 mcg/day (LNg 20) and the Copper T380 Ag IUDs. *Contraception* 1991;44:473-80.