

Pia Suvitie

## Nuoren tytön kuukautiskivut

Kuukautiskipu on yleinen elämänlaatua heikentävä oire, jonka hoito teini-ikäisillä on usein riittämätöntä. Hoidon perusta on riittävän ajoissa ja riittävällä annoksella aloitettu tulehduskipulääke. Rinnalle voidaan aloittaa yhdistelmäehkäisyvalmiste, mikäli tulehduskipulääke ei riittävästi auta tai tarvitaan myös luotettava ehkäisy. Myös hormonikierukka on hyvä hoitovaihtoehto nuorelle. Valtaosalla nuorista oireet helpottavat lääkehoidolla ja elämänlaatu paranee. Vaikeiden kipuoireiden jatkuessa nuori tulee lähettää erikoissairaanhoidoon gynekologin arvioon. Yleisin kovia kuukautiskipuja aiheuttava sairaus on endometriooosi, jonka oireet alkavat usein jo teini-ikässä.

**P**rimaarilla dysmenorrealla tarkoitetaan kuukautiskipua, jolle ei ole osoitettavaa elimellistä syytä. Kipu kestää tyypillisesti 8–72 tuntia ja alkaa ensimmäisenä vuotopäivänä (1). Kuukautiskivut alkavat yleensä 6–24 kuukautta menarken jälkeen kiertojen säännölistyessä (1). Oireen ajatellaan liittyvän ovulatorisiin kiertoihin, joskin ristiriitainenkin tutkimustulos on esitetty (1). Primaarin dysmenorreaan arvellaan johtuvan kohdun limakalvon liiallisesta prostaglandiinin tuotannosta kuukautiskierron luteaalivaiheen lopussa. Kuukautisvuodon aikana kohdun limakalvolta vapautuvat prostaglandiinit aiheuttavat kohdun verisuonten supistumisen ja kohtulihaksen voimakkaan supistelun. Seurauksena on kohtulihaksen hapenpuute ja iskeeminen kipu sekä kipuhermopäätteiden herkistyminen kivulle (1). Prostaglandiinit aiheuttavat myös kuukautisiin liittyviä yleisoireita, kuten pahoinvointia, oksentelua, ripulia ja väsymystä. Prostaglandiinin vaikutuksen vähentäminen onkin kuukautiskipujen lääkehoidon kulmakivi.

Suomalaistytöillä kuukautiset alkavat tyypillisesti 12–13-vuoden iässä (2,3). Maailmanlaajuisesti valtaosalla (68–93 %) teini-ikäisistä on ainakin ajoittain kuukautiskipuja (1,3). Tuoreessa varsinaissuomalaisessa kyselytutkimuksessa 68 prosentilla 15–19-vuotiaista tytöistä oli kuukautiskipuja ja heistä joka toinen koki kuukautiskivun hyvin voimakkaaksi (numerical

rating scale eli NRS 8–10) (3). Kaikista 1 103 vastaajasta 8 prosenttia ilmoitti olevansa kuukausittain tai lähes joka kuukausi poissa koulusta kuukautiskipujen vuoksi.

Nuorten kuukautiskipu on aliarvioitu ja huonosti hoidettu oire (1,3). Kuukautiskipu mielletään herkästi normaaliksi ilmiöksi, eivätkä nuoret tytöt aktiivisesti hae oireisiinsa apua (1,4). Erityisesti vaikeat kuukautiskivut heikentävät merkittävästi tyttöjen elämänlaatua; ne häiritsevät koulunkäyntiä, unen laatua, sosiaalista elämää ja seksuaalisuutta (5,6). Systemaattisen neuvonnan ja vaikeiden oireiden seulonnan tulisi olla osa kouluterveydenhuoltoa.

Huonosti hoidetulla nuoren kuukautiskivulla voi olla kauaskantoisia seurauksia. On esitetty, että voimakkaaseen primaariin dysmenorreaan liittyvä kohdun liiallinen supistelu ai-



Kuva: iStock



**TAULUKKO 1.** Nuoren tytön kuukautiskipujen hoitoon soveltuvat painonmukaiset kipulääkitykset.

| Vaikuttava aine             | Paino, kg | Aloitusannos, mg                       | Ylläpitoannos, mg | Suurin sallittu vrk-annos, mg |
|-----------------------------|-----------|--|-------------------|-------------------------------|
| Ibuprofeeni                 | 40–50     | 600                                    | 400 × 3–4         | 1 600–2 000                   |
|                             | >50       | 800                                    | 400–600 × 3–4     | 3 200                         |
| Ketoprofeeni                | 40–50     | 50                                     | 25–50 × 2–3       | 100                           |
|                             | >50       | 100                                    | 25–50 × 2–3       | 200                           |
| Naprokseeni                 | 40–50     | 250                                    | 250 × 2           | 500                           |
|                             | >50       | 500–550                                | 250–550 × 2       | 1 100                         |
| Diklofenaakki <sup>1</sup>  | 40–50     | 50 <sup>2</sup>                        | 25 × 2–4          | 100                           |
|                             | >50       | 50                                     | 25–50 × 2–4       | 200                           |
| Mefenaamihappo <sup>3</sup> | 40–50     | 500                                    | 500 × 2–3         | 1 500                         |
|                             | >50       | Annostelu kuten 40–50 kg:n painoiselle |                   |                               |
| Tolfenaamihappo             | 40–50     | Ei suositella                          |                   |                               |
|                             | >50       | 200                                    | 200 × 3           | 600                           |
| Parasetamoli <sup>4</sup>   | 40–50     | 500                                    | 500 × 2–3         | 2 000–2 500                   |
|                             | >50       | 1 000                                  | 500–1 000 × 3     | 3 000                         |

<sup>1</sup> Nopeavaikutteiset ”rapid”-valmisteet eivät sovellu alle 14-vuotiaille.

<sup>2</sup> 50 mg:n kerta-annosta ei suositella alle 16-vuotiaille tai alle 55 kg:n painoisille.

<sup>3</sup> Soveltuu yli 14-vuotiaille.

<sup>4</sup> Tulehduskipulääkkeeseen yhdistettynä tai ensisijaisena, jos tulehduskipulääkkeen käytölle vasta-aiheita. Maksimiannoksia suositellaan käytettäväksi vain lyhytaikaisesti.

heuttaa kohdun limakalvon basaalikerrokseen ja kohtulihaksen sisäpintaan toistuvia mikroskooppisia vaurioita ja altistaa adenomyosille ja endometriosisille (7,8). Lisäksi toistuva voimakas nuorena koettu kipu saattaa nykytiedon mukaan herkistää keskushermoston kivulle ja näin altistaa krooniselle kivulle aikuisiässä (1,9). Primaarista dysmenorreaa potevilla on todettu metabolisia muutoksia useilla kipuun liittyvillä aivoalueilla sekä aivojen rakenteellisia muutoksia kivuttomiin naisiin verrattuna (1). Kuukautiskivuista kärsivillä aikuisilla naisilla on todettu kokeellisissa kiputuntomittauksissa matalampi lihaskipukynnys verrattuna naisiin, joilla ei ole kuukautiskipuja (1). Kivulle herkistymiseen liittyy todennäköisesti myös yksilöllinen geneettinen alttius. Toistuvan kivun aiheuttamat muutokset aivoissa voivat myös normalisoitua kipuärsykkeiden loppuessa (1).

## Hoito

**Kipulääkitys.** Nuorten kuukautiskipuja voidaan hoitaa oireenmukaisesti, eikä gynekologinen tutkimus ole tarpeen. Ensisijainen ja tärkein hoito on tulehduskipulääke (NSAID),

jonka teho perustuu prostaglandiinien erityksen vähenemiseen. Tarvittaessa hoitoon voidaan yhdistää parasetamoli, joka yksin käytettynä on tehottomampi kuin tulehduskipulääke (10). Sokkoutetuissa lumekontrolloiduissa tutkimuksissa on osoitettu ibuprofeenin, ketoprofeenin, naprokseenin, diklofenaakin ja mefenaamihapon hyvä teho kuukautiskipujen hoidossa (1). Aikuisista naisista 64–100 % saa riittävän avun tulehduskipulääkkeistä (1,10). Suomessa markkinoilla olevat nuorten kuukautiskipujen hoitoon soveltuvat kipulääkkeet ja painonmukainen annostelu löytyvät **TAULUKKOTA 1**. Parasetamolin maksimiannoksia ei pidä ylittää maksavaurion riskin vuoksi.

Tulehduskipulääke tulee aloittaa mahdollisimman varhain heti oireiden alkaessa tai mieluiten jo ennakoivasti 1–2 vuorokautta ennen vuodon alkua, jos kuukautiskierto on säännöllinen (11). Hoito kannattaa aloittaa maksimaalisella aloitusannoksella ja sen tulisi jatkua säännöllisesti ylläpitoannoksella, kunnes kipu alkaa olla ohi (**TAULUKKO 1**) (11). Kahta eri tulehduskipulääkettä ei tule käyttää samanaikaisesti, eikä vuorokauden maksimiannoksia pidä ylittää.

Tulehduskipulääkkeiden lyhytaikaiseen käyttöön ei yleensä liity merkittäviä haittavaikutuksia ja nuorilla on harvoin käytölle vasta-aiheita. Nuoria voi neuvoa ottamaan särkylääkkeen ruokailun yhteydessä vatsaärsytyksen vähentämiseksi sekä juomaan riittävästi munuaishaittojen minimoimiseksi. Mikäli tavanomaiset tulehduskipulääkkeet ärsyttävät vatsaa tai nuorella on tiedossa oleva vuototaipumus, voidaan harkinnan mukaan käyttää COX-2-inhibiittoria. Etorikoksibi 120 mg:n kerta-annoksella ja selekoksibi 400 mg:n aloitusannoksella ja 200 mg:n ylläpitoannoksella 12 tunnin välein on todettu tehokkaaksi yli 18-vuotiailla primaarin dysmenorrean hoidossa (10). Valmisteita ei kuitenkaan ole tutkittu teini-ikäisillä.

**Hormonilääkitys.** Ellei tulehduskipulääkkeillä saada riittävästä vastetta tai nuori tarvitsee myös luotettavan ehkäisyä, voidaan iästä riippumatta aloittaa hormonaalinen ehkäisy. Gynekologinen tutkimus ei ole yleensä tarpeellinen hoidon alkaessa. Tavallisin ja ensisijainen kuukautiskipujen hormonihoito on yhdistelmäehkäisytabletti (11). Aloituksessa tulee huomioida yhdistelmäehkäisyvasta-aiheet (12) ja mahdollinen tupakointi on hyvä ottaa puheeksi. Tupakointi lisää kuukautiskipujen, kohdunkaulan solumuutosten ja yhdistelmäehkäisyyn liittyvien tromboembolisten komplikaatioiden riskiä ja heikentää hedelmällisyyttä (1,12).

Yhdistelmäehkäisyvalmisteiden progestiini jarruttaa hypotalamus–aivolisäke–munasarjakselin toimintaa estäen ovulaatiot ja estrogeeni tehostaa tätä vaikutusta. Progestiini estää kohdun limakalvon kasvua, jolloin prostaglandiiniin muodostuminen vähenee. Valmisteiden sisältämä estrogeeni parantaa vuodon hallintaa pelkkään progestiinihoidon verrattuna. Yhdistelmävalmisteiden välillä ei ole merkittävää tehoeroa kuukautiskipujen hoidossa, ja valinta voidaan tehdä samoin perusteiden kuin ehkäisytablettien (12). Myös ehkäisytabletti tai -rengas tehoaa kuukautiskipuihin (11). Monesti kivuliaat kuukautiset ovat myös runsaat ja yhdistelmäehkäisyvalmisteiden ja tu-

lehduskipulääkkeiden käytön aikana on tällöin myös vuotojen niukkeneminen ja mahdollisen raudanpuuteanemian korjaantuminen (13).

Yhdistelmäehkäisy voidaan toteuttaa syklisenä, niin sanotulla pidennetyllä syklillä tai tauottomana. Hoito voidaan aloittaa syklisenä pakkauksen ohjeen mukaisesti, jolloin tyhjennysvuoto tulee neljän viikon välein. Mikäli kipu on edelleen häiritsevää kolmen hoitosyklin jälkeen, voidaan siirtyä pidennettyyn sykliin tai tauottomaan käyttöön (12,14,15). Tällöin vuoto tulee vain muutaman kerran vuodessa tai jää kokonaan pois hoidon ajaksi, jolloin hoidon teho kuukautiskipuun paranee.

Pidennetty sykli toteutetaan monofaasisella yhdistelmätablettillä jatkamalla käyttöä päivittäin ilman hormonitonta taukoa yleensä 2–3 lääkeliuskan ajan, minkä jälkeen pidetään tauko vuodon indusoimiseksi. Tauon pituudeksi riittää neljä vuorokautta, ja se voidaan pitää missä vaiheessa pilleriliuskaa tahansa. Vuoto alkaa yleensä 3–4 päivän kuluttua viimeisen pillerin ottamisesta. Nuori voi itse päättää syklin pituuden ja ”ottaa” vuodon silloin, kun se parhaiten hänelle sopii.

Tauottomalla yhdistelmäehkäisyllä hoitetaan vaikeimpia kuukautiskipuja, ja hoito voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa. Tällöin tabletteja otetaan päivittäin ilman taukoja ja tavoitteena on vuodottomuus. Noin 60 % tauottoman ehkäisytablettien käyttäjistä on vuodottomia, mutta varsinkin hoidon alussa tiputteluvuodot ovat yleisiä (14). Tiputtelu vähenee hoidon jatkuessa, joten nuorta kannattaa motivoida jatkamaan tauotonta käyttöä (14). Mikäli tiputtelu pitkittyy tai runsastuu, voi lääkityksessä pitää neljän päivän tauon. Sen jälkeen hoitoa jatketaan taas ilman taukoja mahdollisimman pitkään. Jos tiputtelu häiritsee toistuvasti, voi kokeilla pillerimerkin vaihtoa eri progestiinia sisältävään valmisteeseen tai siirtymistä 20 µg etinyyliestradiolia sisältävästä pilleristä 30 µg sisältävään. Raskauden mahdollisuus tulee ottaa huomioon, jos käyttöön on liittynyt unohduksia. Myös ehkäisyrengasta tai -laastaria voidaan käyttää tauottomassa hoidossa.

### Endometriosisi on yleisin vaikea kuukautiskipua aiheuttava sairaus, ja sen oireet alkavat usein jo teini-ikässä.

Yhdistelmäehkäisyn käytöllä on enemmän terveyshyötyjä kuin haittoja, kunhan ehdottomat vasta-aiheet huomioidaan (12). Tauoton käyttö tai pidennetty sykli eivät lisää riskiä sykliseen käyttöön verrattuna, eikä hyvin toimivaa tauotonta hoitoa ole tarpeen välillä keskeyttää (12,14). Yhdistelmäehkäisy tehoa myös akneen, vähentää sisäsynnytintulehdusriskiä, säännöllistä kuukautiskierron ja suojaa ei-toivotuilta raskauksilta ja raskaudenkeskeytyksiltä.

Luuston massa lisääntyy voimakkaimmin 11–14 ikävuoden välillä ja 90 % luun huipputiheydestä saavutetaan 17 vuoden ikään mennessä, mutta yhdistelmäehkäisyn luustovaikutuksista nuorilla on vain vähän tutkimustietoa (12,16). Luumassan kasvuun vaikuttaa eniten perimä, mutta myös säännöllinen liikunta, kalkan ja D-vitamiinin riittävä saanti sekä tupakoimattomuus vaikuttavat (17). Tavanomaiset 30 µg etinyyliestradiolia sisältävät e-pillit, ehkäisyrenkas tai -laastari eivät näytä vaikuttavan haitallisesti luun terveyteen 16–18-vuotiailla verrattuna hormoniehkäisyä käyttämättömiin (18,19). Sen sijaan pienessä aineistossa niukemmin estradiolia sisältävää yhdistelmäehkäisyä (20 µg etinyyliestradiolia) käyttävien 12–19-vuotiaiden luuston massa lisääntyi merkittävästi vähemmän vuoden seurannassa kuin hormonia käyttämättömien (17). Hormonaalisen ehkäisyn mahdolliset luustovaikutukset voivat palautua käytön lopettamisen jälkeen ja vahvuudesta riippumatta ne eivät näytä lisäävän nuorten murtumia (20). Yhdistelmäehkäisyn vaikutuksesta myöhempään murtumariskiin on hyvin vähän tutkimustietoa, mutta selvää yhteyttä ei ole osoitettu (21). Tavanomaiset 30 µg etinyyliestradiolia sisältävät pillerit ovat muutoin yhtä turvallisia kuin vähähormoniset pillerit ja vahvemmillä pillereillä vuodon hallinta voi olla parempi, joten niitä voi pitää ensisijaisena valintana teini-ikäisen kuukautiskipujen hoitoon (12).

Mikäli yhdistelmäehkäisylle on vasta-aiheita tai valmisteilla on häiritseviä haittavaikutuksia, voidaan kokeilla pelkkää progestiinia sisältäviä ehkäisyvalmisteita, jotka yhdistelmäehkäisyn tapaan jarruttavat hypothalamus-aiivolisäke-munasarja-akselin toimintaa. Pilleri, joka si-

sältää 75 µg desogestreeliä, estää tehokkaasti ovulaatiot toisin kuin muut markkinoilla olevat pieniannoksisemmat progestiinipillerit, ja siitä on tutkimusnäyttöä myös endometrioosiin liittyvien kipujen hoidossa (22). Tyypillisin haittavaikutus ovat epäsäännölliset vuodot, jotka eivät kuitenkaan yleensä ole kivuliaita eivätkä huononna ehkäisytehoa. Alustavien tutkimusten mukaan myös 4 mg drospirenonia sisältävä progestiinipilleri ehkäisee tehokkaasti ovulaatiot ja kontrolloi hyvin vuotoa, mutta valmiste ei ole vielä markkinoilla (23). Sekä desogestreelin että drospirenonin käytön aikana seerumin estrogeenitasot vastaavat kuukautiskierron alun tai keskisen follikulaarivaiheen tasoja (23). Pelkkää progestiinia sisältävät ehkäisyvalmisteet eivät lisää valtimo- tai laskimotukoksen vaaraa (12).

Hormonikierukka on tehokas kuukautiskipujen ja runsaiden vuotojen hoidossa aikuisilla naisilla, mutta sen käytöstä teini-ikäisillä on vähemmän näyttöä (1). Hormonikierukka vähentää merkittävästi kuukautisvuodon määrää ehkäisemällä kohdun limakalvon kasvua estämättä ovulaatiota. Kahden ehkäisy tutkimuksen perusteella hormonikierukka lievittää myös teini-ikäisten kuukautiskipuja (15). Suomalaisen sokkoutetun tutkimuksen mukaan nuorilla aikuisilla (18–25 vuotta) hormonikierukka auttoi jopa paremmin kuukautiskipuihin kuin yhdistelmäehkäisy pilleri (24). Myös uudempi vähemmän hormonia sisältävä kierukka lievittää 12–17-vuotiailla kuukautiskipuja, ja sen asetus nuorille onnistuu lähes aina (25). Kuukautiskipuja kokevien osuus väheni vuoden seurannassa 62:sta 38 prosenttiin ja vaikean tai keskivaikean kuukautiskivun osuus 38:sta 18 prosenttiin. Tarvittaessa kierukka voidaan asettaa kevyessä yleisanestesiassa.

Etonogestreelia sisältävän ehkäisykapselin on myös todettu lievittävän kuukautiskipuja (11). Kapseli on hyvä vaihtoehto, jos nuori tarvitsee myös luotettavan ehkäisyn ja päivittäisen pillerin muistaminen tuottaa ongelmia. Progestiiniehkäisyn luustovaikutuksista teini-ikäisillä on hyvin vähän tutkimustietoa (15).

Endometrium- ja ovulaatiovaikutusten lisäksi progestiinit voivat muuntaa kivun kokemusta. Niiden kipukynnystä kohottavan eli antino-

**TAULUKKO 2.** Hormonaalinen kuukautiskipujen lääkehoito.

| Valmiste   | Hoidossa huomioitavaa  |
|--|--|
| <b>Yhdistelmäehkäisytabletti, -laastari tai -rengas</b>  |  |
| Ensisijainen vaihtoehto iästä ja ehkäisyn tarpeesta riippumatta, mikäli käytölle ei ole vasta-aiheita. Eri valmisteiden välillä ei näyttöä erosta tehossa. | Hoito aloitetaan syklisenä pakkauksen ohjeen mukaan.<br>Mikäli syklinen hoito ei riittävästi tehoa kolmen syklin aikana, voidaan valmistetta käyttää pitkällä syklillä tai ilman hormonittomia taukoja. Tällöin hoidon tavoitteena on vuodottomuus tai harvoin tulevat kuukautiset. Tauoton käyttö ei lisää riskejä sykliseen käyttöön verrattuna.<br>Teini-ikäisillä 30 mikrogrammaa etinyliestradiolia sisältävän pillerin luustovaikutus voi olla edullisempi matalahormonisiin pillereihin verrattuna. |
| <b>Pelkkää progestiinia sisältävä ehkäisyvalmiste</b>  |  |
| Kun yhdistelmäehkäisylle vasta-aiheita tai ne aiheuttavat häiritseviä sivuvaikutuksia.   | Kuukautiskipujen hoidossa näyttöä tehosta:<br>75 mikrogrammaa desogestrelia (tai drospirenonia) sisältävä tabletti<br>Etonogestrelia vapauttava kapseli<br>Hormonikierukka molemmilla vahvuuksilla<br>Myös muista kuin ehkäisyyn tarkoitetuista progestiineista on todennäköisesti apua.   |

siseptiivisen vaikutuksen arvellaan välittyvän androgeenireseptoreihin kohdistuvan agonisti-vaikutuksen kautta (26). Tuoreessa tutkimuksessa todettiin pelkkää progestiinia sisältäviä ehkäisyvalmisteita käyttävillä naisilla korkeampi kipukynnys verrattuna yhdistelmäehkäisyä käyttäviin tai hormonia käyttämättömiin naisiin (26). Ero oli merkitsevin etonogestrelikap-selin ja hormonikierukan käyttäjillä. Kuukautiskipujen hoitoon soveltuvat hormonaaliset hoidot on koottu **TAULUKKON 2**.

**Lääkkeiden hoito.** Kuukautiskipuihin on kokeiltu monenlaisia lääkkeettömiä hoitoja, kuten akupunktiota, iholle annettavaa sähkö-ärsytyshoitoa, lämpötyynyjä, joogaa, liikuntaa, ruokavaliohoitoa, yrtejä, sinkkiä, kalsiumia ja D-vitamiinia (1). Näiden hoitojen tehosta ei kuitenkaan ole vakuuttavaa näyttöä.

### Milloin tarvitaan jatkotutkimuksia?

Jos tulehduskipulääkkeen ja hormonihoiton yhdistelmä ei riittävästi tehoa, tulee nuori lähettää erikoissairaanhoidon gynekologin arvioon. Noin viidellä prosentilla 15–19-vuotiaista kuukautiskivut eivät lieviy riittävästi yhdistelmähoidolla ja jatkotutkimukset ovat tarpeen (3,5). Sisäsynnytintulehdus voi aiheuttaa kuu-

kautiskipuja ja klamydian mahdollisuus pitäisi-kin aina sulkea pois perusterveydenhuollossa. Kipujen syytä voidaan selvittää gynekologisella ultraäänitutkimuksella ja tarvittaessa vatsaontelon tähytyksellä.

Arviolta noin kymmenellä prosentilla naisista vaikean kuukautiskivun taustalta löytyy gynekologinen sairaus, jolloin kyseessä on sekundaarinen dysmenorrea (27). Mikäli kuukautiskivet alkavat yli kaksi vuotta kuukautiskierron käynnistymisestä, puhutaan myös sekundaarisesta dysmenorreasta (1). Tavallisin kuukautiskipuja aiheuttava sairaus on endometrioosi, josta löytyy erinomainen suomenkielinen katsaus (28). Useita päiviä kestävä ja jo päiviä ennen kuukautisvuotoa alkava kipu viittaavat endometrioosiin. Tautiin liittyy usein myös muita lantion alueen kipuja, kuten ulostamiskipua, yhdyntäkipua sekä kroonisia kuukautisiin liittymättömiä alavatsakipuja.

Endometrioosiin liittyvät kipuoireet alkavat usein jo teini-ikässä, mutta teinitytöt odottavat aikuispotilaita kauemmin ennen kuin hakevat oireisiinsa apua (6 vs. 2 vuotta) (4). Jopa 70 prosentilta teini-ikässä kroonisista vatsakivuis-ta tai hankalista kuukautiskivuista kärsivistä tytöistä löytyy vatsaontelon tähytyksessä endometrioosia (29). Aikuisiällä vaikeaa endo-

### **Ydinasiat**

- ▶ Nuorten tyttöjen kuukautiskipu on aliarvioitu ja huonosti hoidettu oire.
- ▶ Kuukautiskipu heikentää elämänlaadun tavoin ja aiheuttaa esimerkiksi poissaoloja koulusta.
- ▶ Hoidon perusta on riittävän ajoissa ja riittävällä annoksella aloitettu tulehduskipulääke.
- ▶ Tarvittaessa tulehduskipulääkkeen rinnalle voidaan aloittaa iästä ja ehkäisyntarpeesta riippumatta yhdistelmäehkäisy.
- ▶ Nuorena koettu toistuva voimakas kipu voi herkistää kivulle ja altistaa aikuisiän krooniselle lantiokivulle.

metrioosia sairastavat naiset myös raportoivat terveitä naisia useammin joutuneensa teini-iässä olemaan toistuvasti poissa koulusta tai käyttäneensä ehkäisytabletteja kuukautiskipujen vuoksi. Endometrioosioireita hoidetaan ensisijaisesti hormoni- ja kipulääkkeillä samoin periaattein kuin kuukautiskipuja, ja hoito voidaan hyvin aloittaa perusterveydenhuollossa ilman diagnoosin varmistamista (30). Leikkaushoitoa harkitaan, mikäli lääkehoidon teho on riittämätön, ja tuolloin leikkauksen tavoitteena on kaikkien endometriosipesäkkeiden hoitaminen.

Muita harvinaisempia sekundaarisen dysmenorran syitä ovat adenomyoosi, myoomat sekä erilaiset synnynnäiset emättimen väliseinät ja kohdun epämuodostumat, joissa kuukautisvuoto ei pääse normaalisti poistumaan (ns. obstruktiiviset anomaliat).

### **Lopuksi**

Nuoret tytöt eivät aktiivisesti hae kuukautiskipuihin apua, joten kouluterveydenhuollon tulisi systemaattisesti seuloa oireita. Suomalaistut-

kimuksen mukaan valtaosa kuukautiskivuista kärsivistä nuorista käyttää kipulääkitystä, mutta lähes puolet kokee lääkehoidon riittämättömäksi (3). Todennäköisesti syynä on usein riittämätön ja liian myöhään aloitettu hoito tai muun kuin tulehduskipulääkkeen käyttö. Kouluterveydenhuollolla ja koulujen terveystieteiden osastolla onkin keskeinen rooli nuorten valistamisessa.

Valtaosaa oireilevista tytöistä voidaan auttaa perusterveydenhuollossa asianmukaisella lääkehoidolla. Nuori tarvitsee hyvän, luottamuksellisen hoitosuhteen, jossa hän kokee tulevan kuulluksi. Kipuoireita ei koskaan pidä vähätellä, ja oireiden syyn selittäminen potilaalle ymmärrettävällä tavalla voi lisätä lääkehoidon hoitomyöntyvyyttä ja optimaalista käyttöä.

Nuoret voivat pelätä gynekologista tutkimusta. Tieto siitä, ettei sisätutkimusta tarvita hoitoa aloitettaessa, voi madaltaa kynnystä haakeutua hoitoon. Hormonaaliseen ehkäisyyn liitetyt perusteettomat perimätietona kulkevat pelot, kuten kuviteltu haitallinen vaikutus hedelmällisyyteen, tulee myös oikaista (12). Nuori tulee lähettää viiveettä erikoissairaanhoidon, mikäli asianmukaisesta lääkehoidosta huolimatta hankalat kuukautiskivut jatkuvat, jotta mahdollinen endometrioosi tai muut sekundaarisen dysmenorran syyt saadaan diagnosoitua ja hoidettua. ■

\* \* \*

Kiitän Suomen Kivututkimusyhdystä ja sen lasten ja nuorten kivunhoidon alajaostoa, erityisesti lastenreumatologi Heini Pohjankoskea Päijät-Hämeen keskussairaalarasta, arvokkaista kommentista nuorten kipulääkitykseen.

**PIA SUVITIE, erikoislääkäri**  
Tyks, Naistenklinikka

**SIDONNAISUUDET**  
Apuraha (ERVA-rahoitus), asiantuntijapalkkio (Gedeon Richter, Olympus), luontopalkkio (Gedeon Richter)

## KIRJALLISUUTTA

1. Iacovides S, Avidon J, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update* 2015;21:762–78.
2. Widholm O. Dysmenorrhea during adolescence. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1979;87:61–6.
3. Suvitte PA, Hallamaa MK, Matomäki JM, ym. Prevalence of pain symptoms suggestive of endometriosis among Finnish adolescent girls (TEENMAPS Study). *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29:97–103.
4. Greene R, Stratton P, Cleary SD, ym. Diagnostic experience among 4,334 women reporting surgically diagnosed endometriosis. *Fertil Steril* 2009;91:32–9.
5. Parker MA, Sneddon AE, Arbon P. The menstrual disorder of teenagers (MDOT) study: determining typical menstrual patterns and menstrual disturbance in a large population-based study of Australian teenagers. *BJOG* 2010;117:185–92.
6. Zannoni L, Giorgi M, Spagnolo E, ym. Dysmenorrhea, absenteeism from school, and symptoms suspicious for endometriosis in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014;27:258–65.
7. Seikkula J, Niinimäki M, Suvitte P. Kohdun adenomyoosi – diagnostinen ja hoidollinen haaste. *Duodecim* 2016;132: 836–43.
8. Leyendecker G, Bilgicyildirim A, Inacker M, ym. Adenomyosis and endometriosis. Re-visiting their association and further insights into the mechanisms of auto-traumatisation. An MRI study. *Arch Gynecol Obstet* 2015;291:917–32.
9. Hardi G, Evans S, Craigie M. A possible link between dysmenorrhoea and the development of chronic pelvic pain. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2014;54:593–6.
10. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;CD001751. DOI 10.1002/14651858.CD001751.pub3.
11. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: an update on pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opin Pharmacother* 2012;13:2157–70.
12. Raskauden ehkäisy. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015 [julkaistu 13.11.2015]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
13. Runsaat kuukautisvuodot. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009 [julkaistu 27.11.2009]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
14. Hee L, Kettner LO, Vejtorp M. Continuous use of oral contraceptives: an overview of effects and side-effects. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013;92:125–36.
15. Ott MA, Sucato GS; Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics* 2014;134:e1257–81.
16. Teegarden D, Proulx WR, Martin BR, ym. Peak bone mass in young women. *J Bone Miner Res* 1995;10:711–5.
17. Biason TP, Goldberg TB, Kurokawa CS, ym. Low-dose combined oral contraceptive use is associated with lower bone mineral content variation in adolescents over a 1-year period. *BMC Endocr Disord* 2015;15:15.
18. Gai L, Jia Y, Zhang M, ym. Effect of two kinds of different combined oral contraceptives use on bone mineral density in adolescent women. *Contraception* 2012; 86:332–6.
19. Massaro M, Di Carlo C, Gargano V, ym. Effects of the contraceptive patch and the vaginal ring on bone metabolism and bone mineral density: a prospective, controlled, randomized study. *Contraception* 2010;81:209–14.
20. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Fracture risk in very young women using combined oral contraceptives. *Contraception* 2008;78:358–64.
21. Lopez LM, Chen M, Mullins Long S, ym. Steroidal contraceptives and bone fractures in women: evidence from observational studies. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;CD009849. DOI 10.1002/14651858.CD009849.pub3.
22. Leone Roberti Maggiore U, Remorgida V, Scala C, ym. Desogestrel-only contraceptive pill versus sequential contraceptive vaginal ring in the treatment of rectovaginal endometriosis infiltrating the rectum: a prospective open-label comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014;93:239–47.
23. Duijkers IJ, Heger-Mahn D, Drouin D, Skouby S. 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.
24. 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.
25. Gemzell-Danielsson K, Buhling KJ, Dermout SM, ym. A phase III, single-arm study of LNG-IUS 8, a low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system (total content 13.5 mg) in postmenarcheal adolescents. *Contraception* 2016; 93:507–12.
26. Máximo MM, Silva PS, Vieira CS, ym. Low-dose progestin-releasing contraceptives are associated with a higher pain threshold in healthy women. *Fertil Steril* 2015;104:1182–9.
27. Bayer LL, Hillard PJ. Use of levonorgestrel intrauterine system for medical indications in adolescents. *J Adolesc Health* 2013;52(4 Suppl):S54–8.
28. Härkki P, Heikkinen AM, Setälä M. Endometriosisin nykyhoito. *Duodecim* 2011; 127:1837–47.
29. Janssen EB, Rijkers AC, Hoppenbrouwers K, ym. Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhoea or chronic pelvic pain: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2013;19:570–82.
30. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, ym. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014;29:400–12.

## SUMMARY

### Dysmenorrhea in teenagers

Dysmenorrhea affects quality of life, but is often inadequately treated in teenagers. The mainstay of treatment is NSAID, which must be started pre-emptively and in adequate dose. If NSAID provides insufficient pain relief, or when contraception is required, combined oral contraceptives can be prescribed concomitantly. Hormonal IUD can also be used in teenagers. If dysmenorrhea persists despite appropriate treatment, the patient must be referred to a gynecologist. Endometriosis, the most common cause of severe dysmenorrhea, can manifest already during adolescence.