

Kohdunulkoinen raskaus

Keskeistä

- Kohdunulkoista raskautta tulee epäillä aina fertiili-ikäisellä naisella, jolla esiintyy alavatsakipuja ja/ tai ylimääräistä veristä vuotoa.

Epidemiologia

- Kohdunulkoisia raskauksia on n. 2 % kaikista raskauksista.
- Kohdunulkoisen raskauden incidenssi on viime vuosina ollut selkeästi laskussa. Suomessa kohdunulkoiseen raskauteen sairastuu vuosittain alle yksi tuhannesta fertiili-ikäisestä naisesta.
- Suurin ilmaantuvuus on ikäryhmässä 25–34 v.

Sijainti

- Valtaosa (95–97 %) sijaitsee munajohtimessa. Vatsaontelossa, munasarjassa tai kohdunkaulassa sijaitseva raskaus on harvinainen.

Riskiryhmät

- Vain osalla potilaista todetaan jokin anamnestinen riskitekijä, kuten
 - + sairastettu lantion alueen tulehdus (tavallisimmin klamydia)
 - + aikaisemmat lantion alueen leikkaukset
 - + aiempi kohdunulkoinen raskaus
 - + kuparikierukka – suojaa paremmin kohdunsisäiseltä kuin kohdunulkoiselta raskaudelta (hormonikierukan yleistynyt käyttö on vähentänyt kierukkehkäisyn pettämiseen liittyviä kohdunulkoisia raskauksia)^C

- + infertilitteetti ja lapsettomuushoidot
- + tupakointi

Oireet

- Oirekuva voi vaihdella lähes oireettomasta hyvin rajoituneeseen.
- Poikkeava verinen emätinvuoto ja/ tai (toispuoleinen) toistuva alavatsakipu
- Osalla potilaista esiintyy kuukautisia muistuttavia vuotoja.
- Vakavissa rajoituneissa tapauksissa äkillinen voimakas vatsakipu, hartiapistos ja pyörtyminen ovat merkkejä munanjohtimen repeämisestä ja verenvuodosta vatsaonteloon.

Diagnostiikka

- Ensisijainen tutkimus on seerumin raskaustesti.
 - + Herkimmät testit (S-hCG 10–20 IU/ml) ovat positiivisia jo n. viikko ennen kuukautisten poisjäämistä.
 - + Raskaustesti virtsasta ei ole yhtä herkkä: positiivinen tulos on merkitsevä, mutta negatiivinen ei poissulje kohdunulkoista raskautta.
- Raskaustestin ollessa positiivinen, raskauden sijainti selvitetään emättimen kautta tehtävällä kaikukuvauskella.
- Seerumin kvantitatiivinen hCG-pitoisuus ja emättimen kaikukuvaus auttavat diagnostiikassa.
 - + Kun seerumin hCG on 1 000–2 000 IU/ml eikä emättimen



kaikukuvauksessa näy kohdunsisäistä raskautta, on kyseessä noin 95 %:n varmuudella kohdunulkoinen raskaus.

- + Vaginaalisesti tutkittaessa kohdunsisäinen raskaus (sikiön sydämen syke) voidaan lähes aina todeta keskimäärin 41 vrk:n kuluttua viimeisistä kuukautisista.
- + Mikäli vaginaalisessa kaikukuvauksessa ei todeta kohdunsisäistä raskautta, mutta todetaan nestettä fossa Douglasissa, löydös viittaa kohdunulkoiseen raskauteen.

Komplikaatiot

- Kasvava raskaus munanjohtimessa voi revetä (viimeistään noin 10.–12. rv) ja aiheuttaa vatsaonteloon runsaan verenvuodon, joka voi olla henkeä uhkaava.

NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

- A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ
- C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista

www.terveysportti.fi

Lääkärin käsikirja 21.4.2010
Eija Tomás

© 2010 Kustannus Oy Duodecim

- Ns. persistoiva kohdunulkoinen raskaus, joka spontaanisti tai hoidon jälkeen alkaa uudelleen kasvaa.

Hoito

- Pelkkä seuranta hoito on osassa (18–33 %:ssa) tapauksista mahdollinen (hCG-pitoisuus pieni < 1 000 – 2 000 IU/l ja raskauspesäke pienikokoinen < 4 cm). Tällöin hCG-pitoisuuden pieneminen on varmistettava toistuvilla mittauksilla lääkärin seurannassa.
- Lääkeaineilla voidaan aiheuttaa raskausmateriaalin resorboituminen. Metotreksaattihoitoa tulee harkita^B, kun potilas on vähäoireinen, maksan ja munuaisten toimintakokeet ovat normaalit, raskauspesäkkeen koko on <

4 cm, hCG on < 5000 IU/l ja hCG-seuranta on mahdollinen.

- + Metotreksaatti^B annetaan lihakseen (50 mg/m²) tai suun kautta kerta- tai sarjahoitona. Foolihappolisää ei tarvita kerta-annoshoidon yhteydessä.
- + 70–90 % ektooppisista raskauksista on saatu hoidetuksi antamalla metotreksaattia kerta-annoksena lihakseen.
- + Hoito onnistuu varmimmin, jos S-hCG-pitoisuus on matala^C
- + Hoidon tavallisin haittavaikutus on vatsakipu. Sitä esiintyy n. 75 %:lla hoitoa saaneista
- Huonokuntoiselle, matalapaineiselle potilaalle (sokin vaara) asetetaan välittömästi i.v.-tiputus ja heti hemodynaamisen tilan sallissa leikataan mahdollisimman pian. Nykyään enää n. 5 % tarvitsee epästabiiliin hemodynamiikan tai hankalan hemoperitoneumtilanteen vuoksi laparotomian.
- + Radikaali hoito (munatorven poisto) on aiheellinen, jos munatorvi on hankalasti revennyt, kohdunulkoinen raskaus on uusiutunut entiseen paikkaan, potilas ei halua enää raskauksia (mahdollisuus tehdä samalla sterilisaatio), raskaus on alkanut sterilisaation jälkeen, suunnitteilla on IVF-hoito tai kyseessä on IVF-raskaus.
- + Säästävät kirurgiset hoidot tulevat kyseeseen, jos potilaalla on raskaustoiveita ja tekniset

mahdollisuudet säästävään toimenpiteeseen ovat olemassa. Yleisin säästävä toimenpide on munatorven avaus (salpingostomia).

- + Kirurgisen tai muun hoidon valintaan vaikuttavat oireiden määrä, kohdunulkoinen raskauspesäkkeen koko ja luonne, hCG-arvo ja potilaan oma toive.

Jatkohoito ja ennuste

- Rh-negatiivisille naisille suositellaan anti-D-immunoglobuliinin antamista.
- Säästävien hoitojen tulos varmistetaan seuraamalla hCG-pitoisuuden pienemistä (ad < 10 IU/l).
- Jos hCG-pitoisuus pienenee huonosti tai epäillään primaarihoidon epäonnistumista, voidaan tehosteena antaa metotreksaattia lihakseen tai suun kautta.
- Seuraavan raskauden alussa (raskausviikoilla 5–6) on syytä varmentaa emättimen kaikkuvauksella raskauden sijainti.
- Kuparikierukkaa ei suositella jatkoehkäisyksi uusiutumisen riskin vuoksi.
- Konservatiivisella leikkauksella ja/tai lääkehoidoilla hoidettujen myöhempien raskauksien ennuste on hyvä; kohdun ulkoisen raskauden uusiutumisen riski on 5–15 %.
- Uutta raskautta voi yrittää, kun on ollut yhden normaaliit kuukautiset.