

Alkuraskauden keskenmenon hoito

Alkuraskauden verinen vuoto on yleisin gynekologisen päivystyskäynnin syy. Kaikukuvauslaitteiden yleistyttyä keskenmenojen diagnostiikka on yhä useammin mahdollista myös perusterveydenhuollossa. Ennen hoitopäätöstä lääkärin tulee erottaa luotettavasti elinkykyinen raskaus keskenmenosta ja tunnistaa kohdunulkoisen raskauden mahdollisuus. Keskenmenoja voidaan hoitaa kohdun mekaanisella tyhjennyksellä (kaavinta) tai supistusta aiheuttavien lääkkein, tai tilannetta voidaan jäädä seuraamaan. Hoito määräytyy pitkälti keskenmenotyyppin perusteella. Lääkehoito on todettu turvallisiksi ja vakiinnuttanut asemansa. Alkuraskaudessa lääkehoito on usein mahdollista toteuttaa kotona. Hoitomyöntyvyyden parantamiseksi potilaita tulee kuitenkin informoida lääkehoitoon liittyvän verenvuodon ja kohdun epätäydellisen tyhjennemisen riskeistä.

Keskenmeno tarkoittaa raskauden spontaania keskeytymistä ennen 22. raskausviikon täyttymistä. Kliinisesti todetuista raskauksista noin 15–20 % päättyy keskenmenoon, useimmiten ennen 12. täyttä raskausviikkoa (Ulander ja Tulppala 2004). Joka viidettä raskautta komplisoi verinen vuoto (Sotiriadis ym. 2004). Usein verinen vuoto ja alavatsakivut johtavat päivystyskäyntiin. Hoitavan lääkärin tehtävänä on arvioida ensisijaisesti naisen yleistila (kipu, vuodon määrä ja hemodynamiikka) ja pyrkiä selvittämään, onko kyseessä keskenmeno vai elinkykyinen raskaus. Keinot uhkaavan keskenmenon estämiseksi ovat vähäiset. Hoitavan lääkärin tulee tuntea keskenmenotyyppit ja hoitovaihtoehdot ja mahdollisuuksien mukaan huomioida potilaan toiveet hoidon toteutuksesta.

Keskenmenotyyppit

Keskenmenon diagnostiikka perustuu esitietoihin, kliiniseen tutkimukseen ja kaikukuvaukseen. Esitietojen selvittelyssä huomioitavia kysymyksiä ovat vuodon määrä ja laatu sekä kipujen voimakkuus ja sijainti. Kliininen löydös tulee suhteuttaa raskauden keston, joka arvioidaan viimeisten kuukautisten ajankohdan tai positiivisen raskaustestin päivämäärän tai molempien perusteella. Emättimen kautta tehtävässä kaikukuvauksessa sikiön sydämen syke voidaan havaita jo kuudennella raskausviikolla ja vatsanpeitteiden läpi noin viikkoa myöhemmin (Royal College of Radiologists / Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 1996). Vatsanpeitteiden läpi tehtävässä tutkimuksessa paksu rasvakudos ja tyhjä virtsarakko saattavat tosin heikentää näkyyvyyttä.

Istukkahormonin (hCG) määrittämisen käyttö raskauden keston arvioinnissa ei ole yksiselitteinen, koska hCG-pitoisuudessa esiintyy suuria yksilöllisiä vaihteluita. Istukkahormonipitoisuuden alle 50 %:n kasvu kahden vuorokauden aikana viittaa keskenmenoon tai kohdunulkoiseen raskauteen (Chung ja Allen 2008).

Täydellisessä spontaanissa keskenmenossa raskausmateriaali on jo pääosin poistunut kohtuontelosta vuodon mukana. Kliinisessä tutkimuksessa voidaan havaita vuotoa kohdunsuulta sekä syntyvää raskausmateriaalia. Kaikukuvauksessa kohdun sisällä nähdään kaikurakenteita (hyytymiä, raskauskudosta) alle 15 mm:n paksuudelta anterio-posteriorissa suunnassa. Joskus kohtu on tutkittaessa joksikin tyhjä. Tällöin lääkärin tulee huomioida kohdunulkoisen raskauden mahdollisuus ja tarvittaessa järjestää hoito ja seuranta



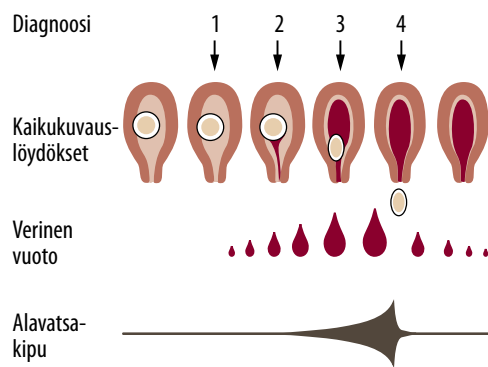
(Kohdunulkoinen raskaus: Käypä hoito -suositus 2008).

Epätäydellisessä spontaanissa keskenmenossa kohtu ei ole tyhjentynyt vaan epähomogeenista massaa on kohtuontelossa yli 15 mm:n paksuudelta. Tyhjä sikiöpussi (ns. tuulimunaraskaus) tarkoittaa kohdun sisällä olevaa yli 20 mm:n raskauspussia ilman sikiökaikua.

Keskeytyneessä keskenmenossa (abortus inhibitus, missed abortion) todetaan sikiökaiku, jonka pää-perämitta on yli 6 mm, mutta sikiöllä ei havaita sydämen sykettä (Royal College of Radiologists / Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 1996). Epäselvissä tilanteissa kaikukuvauslöydös kannattaa varmistaa viikon kahden kuluttua, jotta varmistetaan, ettei raskaus ole alkanut oletettua myöhemmin.

Keskenmenon tyyppi ja sen diagnoosi riippuu usein siitä, missä vaiheessa keskenmeno todetaan. Tuulimunaraskaus tai keskeytynyt keskenmeno etenee tavallisimmin kohti spontaania, täydellistä keskenmenoa **KUVAN 1** mukaisesti. Täydellisen keskenmenon luonnollista kulkua ja siihen vaikuttavia tekijöitä ei juuri tunneta. Meta-analyysin perusteella noin 40 % keskenmenoista hoituu seurannalla, ilman kaivoavaa hoitoa (Sotiriadis ym. 2005).

Harvinaisessa trofoblastisairauksiin kuuluvassa rypäleraskaudessa (mola hydatidosa)



KUVA 1. Keskenmenon ”luonnollinen” kulku. 1) Tuulimunaraskaus tai keskeytynyt keskenmeno. 2) Uhkaava keskenmeno. 3) Epätäydellinen spontaani keskenmeno, jossa raskauserä on jäänyt kohtuun. 4) Täydellinen spontaani keskenmeno.

istukka voi olla osittain rakkulainen tai koko kohtuontelo täyttyy rakkulaisesta kudoksesta. Täydellinen rypäleraskaus näkyy kaikukuvauksessa lumisademaisena, koko kohtuontelon täyttävänä kudoksena. Seerumin hCG-pitoisuus voi olla täydellisessä rypäleraskaudessa ja istukkasyövässä huomattavasti suurempi kuin normaalissa raskaudessa. Osittaisessa rypäleraskaudessa pitoisuus on usein normaalin yksisikiöisen raskauden viitealueella (alle 200 000 KY/l)(Loukovaara ja Lehtovirta 2001).

Niin sanottu biokemiallinen raskaus, jossa raskaustestin tulos on positiivinen mutta kuu-kautisvuodon kaltainen verinen vuoto tulee muutamia päiviä myöhässä, ei oireettomalla potilaalla vaadi lääkärin tutkimuksia ja seuranta.

Hoitovaihtoehdot

Vuosikymmenien ajan keskenmenot hoidettiin yksiselitteisesti tyhjentämällä kohtuontelo mekaanisesti raskauserästä. Käytäntö perustui käsitykseen, jonka mukaan tulehdusriski olisi huomattavan suuri ilman kohdun tyhjennystä. Tämä käytäntö kyseenalaistettiin 1990-luvulla, jolloin tutkimukset osoittivat pelkän seurannan ja lääkehoidon toimivan kaavinnan vaihtoehtoina. Brittiläisen monikeskustutkimuksen mukaan tulehdusten esiintymisessä ei ole eroa kirurgisen ja lääkehoidon ja pelkän seurannan välillä (Trinder ym. 2006). Kirurgisen ja lääkehoidon vertailua on esitetty **TAULUKOSSA**. Näyttöä rutiinimaisen antibioottiprofylaksin hyödyistä ei myöskään ole (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2006).

Kohdun mekaaninen tyhjennys kaavinnalla käyttäen joko imu- tai silmukkakyyrettä (ns. kirurginen menetelmä) voidaan toteuttaa joko puudutuksessa tai yleisanestesiassa. Suomessa yleisanestesia on käytetyin menetelmä. Kohdunsuu laajennetaan toimenpiteessä, ellei se ole keskenmenon myötä avautunut. Synnyttämättömällä naisilla kohdunsuu saattaa olla tiukka, jolloin kohdunsuuta pehmentävä lääke (esim. prostaglandiini misoprostoli) voi helpottaa toimenpidettä. Kirurginen hoito on

TAULUKKO. Keskenmenon kirurgisen ja lääkehoidon vertailua.

	Lääkehoito	Kirurginen hoito
Edut	'Luonnollinen'	Nopea ja kerralla toteutettu
Hoitopaikka	Usein kotona	Leikkaussaliolosuhteet tarvitaan
Tavallisimmat haitat	Kipu ja runsas/pitkittynyt vuoto Kohtu ei tyhjene kunnolla	Kaavinnan ja anestesian riskit
(Uusinta)kaavinnan tarve	15–20 % kaavitaan	Uusintakaavinta noin 5 %:ssa tapauksista
Vaikutukset tulevaan hedelmällisyyteen	Ei vaikutusta	Ei vaikutusta
Kustannukset	Ylimääräiset sairaalakäynnit ja toimenpiteet aiheuttavat lisäkustannuksia	Gynekologin lisäksi tarvitaan leikkaussaliitiimi

turvallinen. Harvinaisia komplikaatioita ovat kohdunsuun repeäminen, kohdun puhkeaminen, verenvuoto ja anestesiakomplikaatiot (Chen ja Creinin 2007).

Lääkehoito voidaan toteuttaa joko pelkällä prostaglandiinilla tai antiprogestiinin ja prostaglandiinin yhdistelmällä. Tavallisimmin käytetty prostaglandiini on misoprostoli, joka on edullinen, tehokas ja hyvin siedetty ja säilyy huoneenlämmössä. Sitä annetaan yleensä emättimeen. Käytetyin annos on ensimmäisen raskauskolmanneksen keskenmenoissa 0,8 mg:n kerta-annos. Mikäli potilaalla esiintyy runsasta verenvuotoa, voidaan misoprostoli antaa suun kautta tai kielen alle. Suositeltu annos on tällöin 0,4 mg (K. Gemzel-Danielsson, suullinen tiedonanto). Kielen alle annettuna misoprostoli imeytyy nopeasti – tabletit sulavat noin 15 minuutin kuluessa. Suun puutumistyyppiset tuntemukset ovat tavallisia, mutta vaarattomia sivuvaikutuksia. Misoprostolin muita haittavaikutuksia – mm. maha-suolikanavan oireita, vilunväristyksiä ja lämmönnousua – esiintyy selvästi enemmän, kun lääke annetaan suun kautta tai kielen alle.

Myöhäisissä keskenmenoissa, joissa löydökset vastaavat raskausviikkoja 12–22, antiprogestiini mifepristonia voidaan antaa 1–3 vuorokautta ennen prostaglandiinia samaan tapaan kuten lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä (Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito-suositus 2007). Näyttö mifepristonin tehosta keskenmenopotilailla on puutteellinen (Chen ja Creinin 2007). On tärkeä huomata, että keskenmenon lääkehoito on tehokas noin 80–85 %:ssa tapauksista (Demspey ja Davis

2008). Noin joka viides tai kuudes lääkehoidon valinneista naisista joudutaan siten lopulta kaapimaan.

Seurantaan jäätessä odotetaan keskenmenon hoituvan luonnollisesti ilman toimenpiteitä. Potilaalle kerrotaan mahdollisista haittavaikutuksista ja ohjelmoidaan jälkitarkastus tai seurantakäynti tilanteen varmistamiseksi. Cochrane-katsauksen perusteella pelkkään seurantaan liittyy kohdun epätäydellisen tyhjenemisen, pitkittyneen ja runsaan verenvuodon sekä suunnittelemtoman kaavinnan lisääntynyt riski verrattuna primaariin kirurgiseen hoitoon, kun kaikki keskenmenotyytit (alle 14 viikkoa) otetaan huomioon. Sen sijaan infektion riski on merkitsevästi pienempi kuin kaavinnan jälkeen (RR 0,29, LV 0,09–0,87) (Nanda ym. 2006).

Keskenmenon hoitomuodolla (kirurginen, lääkkeellinen, seuranta) ei näyttäisi olevan vaikutusta myöhempään hedelmällisyyteen. Laajan kyselytutkimuksen aineistossa 80 % naisista oli synnyttänyt keskenmenoita seuranneiden viiden vuoden aikana eikä eri tavoin hoidettujen raskauslukuissa ollut eroa (Smith ym. 2009).

Psykologinen näkökulma

Keskenmenoon liittyy jopa puolella naisista psyykkistä oireilua – kuten ahdistusta ja mäsennusta – joka saattaa kestää kuukausia keskenmenon jälkeen (Lok ja Neugebauer 2007, Brier 2008). Surun ja pettymyksen kohtaaminen onkin usein haastavin osa keskenmenopotilaan hoitoa. Keskenmenoon liittyvän

surureaktion voimakkuuteen ja sen kestoon vaikuttavia tekijöitä tunnetaan huonosti (Brier 2008). Potilaan informointi keskenmenojen esiintyvyydestä, taustatekijöistä ja tulevien raskauksien yleensä hyvästä ennusteesta vähentää ahdistusta. Mahdollisuus vaikuttaa hoitomuodon valintaan lisää keskenmenopotilaiden tyytyväisyyttä (Wieringa-de Waard ym. 2004). On tärkeää antaa naiselle mahdollisuus esittää toiveensa, vaikka hoitava lääkäri viime kädessä päättääkin hoitomuodon. Hoitavan lääkärin velvollisuutena on kertoa eri ratkaisujen eduista ja haitoista.

Naisten motiivia valita kirurginen hoito tai seuranta analysoitiin brittiläisessä kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Seurantaan päätyneet naiset halusivat välttää toimenpiteen ja arvostivat keskenmenon luonnollista hoitumista. Kirurgisen hoidon valinneet pitivät tärkeänä, että hoito tapahtui nopeasti (Ogden ja Maker 2004).

Omassa satunnaistetussa tutkimuksessamme sekä lääkityksellä että kirurgisesti hoide- tuista naisista valtaosa oli tyytyväisiä. Lääki- tyksellä hoidetuista merkittävästi useampi oli tyytymätön ja oli kokenut hoidon kivuliaaksi (Niinimäki ym. 2006). Samansuuntaisia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa. Yhdysvaltalaisessa satunnaistetussa tutkimuk- sessa lääkityksellä ja kirurgisesti hoidetut keskenmenopotilaat eivät eronneet toisistaan elämänlaadun tai hoitomyöntyvyyden suh- teen, mutta lääkityksellä hoidetut olivat kivu- liaampia ja hyväksyivät huonommin hoitoon liittyvät oireet (Harwood ja Nansel 2008). Naisten kokemuksia keskenmenojen kolmesta hoitomuodosta kartoittaneessa laadullisessa tutkimuksessa todettiin naisten odotusten ja uskomusten vaihtelevan suuresti. Mitään men- etelmää ei koettu muita paremmaksi vaan kaikilla oli etunsa ja haittansa (Smith ym. 2006).

Kustannukset

Kirurgisen hoidon on ajateltu olevan muita hoitomuotoja kalliimpi, koska sekä kaavintaan että anestesiaan tarvitaan lääkärin työpanos. Tämän osoitti myös laaja brittiläinen monikes-

kustutkimus: kirurgisen hoidon kustannukset olivat suurimmat, kun huomioitiin sekä po- tilaalle että palvelujen tuottajalle koituneet suorat ja epäsuorat kustannukset (Petrou ym. 2006). Omassa tutkimuksessamme lääkehoi- to ei ollut edullisempaa kuin kirurginen, kun ylimääräiset sairaalahoidot ja poliklinikka- käynnit huomioitiin. Lääkityksellä hoidetuilla naisilla oli enemmän suunnittelemattomia tutkimuksia ja hoitoja (Niinimäki ym. 2009). Koska selvää kustannuseroa ei välttämättä saa- vuteta, taloudellisille perusteille ei saa antaa hoidon valinnassa suurta painoarvoa tervey- denhuollon säästöpainesta huolimatta.

Milloin ja miten hoidan

Tärkeintä on arvioida potilaan kliininen tilanne. Mikäli vuoto on runsasta tai potilaalla on kovia kipuja, hänet tulee lähettää viivytte- lemättä gynekologiseen päivystyksikköön. Tällöin kaavinta on usein ainut soveltuva hoi- to, jos kohdussa on vielä kudospainetta. Jos vuoto on niukkaa ja kivut lieviä, potilas voi turvallisesti odottaa tutkimusta seuraavaan ar- kipäivään.

Jos potilaan kliininen tila on hyvä, hoidon valintaan vaikuttaa eniten keskenmenon tyyppi. Mikäli kohtu on tyhjentynyt itsestään, ei hoitoa tarvita. Epätäydellisessä spontaanissa keskenmenossa seuranta, lääkitys ja kirurginen hoito ovat yhtä hyviä vaihtoehtoja (Neilson ym. 2010). Jos kyseessä on tyhjä raskauspussi tai eloton sikiö, lääkehoito on tehokkaampaa pelkkään seurantaan nähden. Dempsey ja Davisin (2008) katsauksen mukaan lääke- hoito epäonnistuu 13–38 %:ssa ja seuranta 50–71 %:ssa tapauksista. Lääkehoito soveltuu epätäydelliseen spontaanin keskenmenoon, tuulimunaraskauteen ja keskeytyneeseen kes- kenmenoon. Tutkimuksissa ei ole voitu osoit- ta, että mifepristonin rutiinimainen lisäämi- nen hoitoon parantaisi tuloksia, mutta asiasta tarvitaan lisätutkimuksia.

Mikäli kaikkokuvauslöydöksen tai suurien is- tukkahormonipitoisuuksien perusteella epäil- lään rypäleraskautta, kohtu tulee tyhjentää imukyrettiä käyttäen. Kaavintamateriaalista on tällöin otettava näyte patologille diagnoo-

sin varmistamiseksi (Loukovaara ja Lehtovirta 2001).

Jos potilaalla on aiempia huonoja kokemuksia lääkähoidosta tai pelkää seurannasta tai jos hoitomyöntyvyys on huono eikä lääkähoidoa lääkärin arvion mukaan todennäköisesti pystytä toteuttamaan asianmukaisesti, on kaavinta vaivattomin vaihtoehto.

Keskenmenon hoidolle misoprostolilla ei juuri ole vasta-aiheita. Hyvässä hoitotasapainossa oleva astma ei myöskään ole vasta-aihe misoprostolin käytölle. Keskenmenon onnistunut lääkähoido edellyttää, että potilas ymmärtää siihen liittyvät asiat. Siten yhteisen kielien puute on ainakin suhteellinen vasta-aihe.

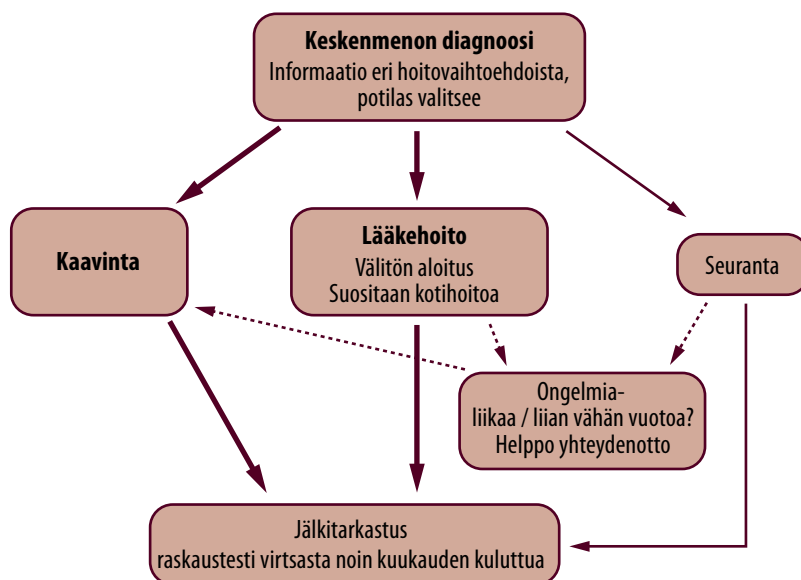
Ehdotus keskenmenopotilaan hoidon käytännön järjestelyistä on esitetty **KUVASSA 2**.

Lääkehoito kotona on usein hyvä vaihtoehto

Valtaosa keskenmenoista tapahtuu raskauden ollessa vasta alkuvaiheessa. Käytännön kokemuksen perusteella kotona emättimen kautta otettava misoprostoli sopii usein keskenmenopotilaille. Jos alkuraskauden keskenmeno hoidetaan kerta-annoksella misoprostolia, hoito sairaalan vuodeosasto-olosuhteissa on tarpeen vain erityistapauksissa (esim. pitkä

matka sairaalaan, seuranta vaativa sairaus). Kotihoitoa tulisikin tarjota herkästi. On kuitenkin tärkeää, että potilas ymmärtää hoitoon liittyvän vuotoa ja kipua, jotka voivat yllättää runsaudellaan. HYKS:n naistentautien ja synnytysten klinikkaryhmässä kotihoitoa tarjotaan, jos löydökset vastaavat alle kymmenettä raskausviikkoa, kun taas toisen raskauskolmanneksen aikana todetut keskenmenotapaukset hoidetaan osasto-olosuhteissa. Löydösten vastatessa 10.–12. raskausviikkoa on potilaskohtainen harkinta tärkeää.

Hyvät potilasohjeet ja riittävä profylaktinen kipulääkitys edistävät hoidon onnistumista ja hoitomyöntyvyyttä. Kannustamiseen lääkähoidoon kotona on perusteita myös siksi, että hoito voidaan usein ohjelmoida diagnoosin tehneessä yksikössä eikä potilaan tarvitse jäädä odottamaan kaavinta- tai osastohoitoaikaa. Jos kotihoito ei onnistu eikä vuoto ala muuttaman päivän kuluessa, voidaan vaihtoehtoja harkita uudelleen. Onkin tärkeää, että potilas saa selkeät ohjeet ottaa yhteyttä gynekologiseen päivystyspisteeseen, mikäli vuotoa ei ole, se on kovin runsasta tai voimakasta kipua esiintyy. Ehdotelma eri hoitovaihtoehdoista ja hoidon käytännön järjestämisestä on esitetty **KUVASSA 2**.



KUVA 2. Ehdotus keskenmenopotilaan eri hoitomahdollisuuksien käytännön järjestelyistä.

YDINASIAT

- ▶ Alkuraskauden keskenmeno on tavallisin gynekologisen päivystyskäynnin aihe.
- ▶ Hoitolinja voi olla seuranta, lääkkeellinen tai kirurginen. Eri vaihtoehtojen valinnalla ei ole vaikutusta potilaan pitkäaikaisennusteeseen.
- ▶ Keskenmenon lääkehoito on lisääntynyt, mutta noin 15–20 % potilaista joutuu kaavintaan.
- ▶ Keskenmenoon liittyy usein psyykkistä oireilua, kuten ahdistusta ja masennusta. Hoidossa on tärkeää erityinen hienotunteisuus sekä keskenmenon syiden, tavallisesti hyvän ennusteen ja eri hoitovaihtoehtojen läpikäyminen.
- ▶ Hoito kannattaa keskittää sairaaloihin, joissa on gynekologinen päivystys.

Milloin Rh-profylaksi?

Suomalaisista 13 % on negatiivisia Rh-tekijän suhteen. Rh-negatiivisen äidin raskaudenaikaisen immunisaation esto anti-D-immunoglobuliinilla on yksi synnytysopin merkittävistä saavutuksista. Rh-immunisaation riskin on arvioitu olevan vähäinen spontaanissa täydellisessä keskenmenossa ja lääkkeellisessä kohduntyhjenyksessä ennen 12. raskausviikkoa (Fiala ym. 2003). Kansainvälistä tai kansallista konsensusta Rh-profylaksin käytöstä ei kuitenkaan ole (Fiala ym. 2003, Jabara ja Barnhart 2003, Jones ym. 2004). HYKS:n naistentauti- ja synnytysklinikoiden hoito-ohjeen mukaan Rh-tekijää ei tutkita eikä anti-D-immunoglobuliinia anneta, kun keskenmeno todetaan raskauden kestänyttä alle kahdeksan raskausviikkoa.

Entäpä jälkitarkastus?

Jälkitarkastuksen tarkoituksena on varmistaa, että kohtu on tyhjentynyt ja että toipuminen on sujunut normaalisti. Kohdun normaali koko gynekologisessa tutkimuksessa ei varmistaa kohdun tyhjenemistä. Kaikukuvauksen tulkinta on sekin haasteellista, varsinkin lää-

kehoidon jälkeen. Vaarana on, että ryhdytään hoitamaan kaavinnalla kliinisesti merkityksentöntä kaikukuvauslöydöstä. Lisäksi potilaiden suuri määrä täyttäisi nopeasti maamme gynekologiset poliklinikat. Monissa sairaaloissa potilaat ohjataankin varmistamaan hoidon teho virtsasta tehtävällä raskaustestillä. Hyvä vointi ja kotona noin kuukauden kuluttua tehdyn raskaustestin negatiivinen tulos kertovat hoidon onnistuneen. Istukkahormonin puoliintumisaika on pitkä, ja siten herkkä raskaustesti saattaa antaa positiivisen tuloksen jopa kuukauden kuluttua raskauden päättymisestä. Jos vuoto on alkanut ja loppunut odotetusti ja vointi on hyvä, voidaan raskaustesti virtsasta tarvittaessa toistaa viikon tai kahden kuluttua.

Hoidon epäonnistuminen kotona johtaa nopeasti oireiden (vuoto, infektio-oireet) hankaloitumiseen jo muutamien päivien kuluessa. Tällöin potilaan tulee palata hoitavaan yksiköön. Siten selkeät ohjeet siitä, milloin yhteydenotto on tarpeen ja minne potilaan tulee hakeutua, varmistavat hoidon onnistumisen.

Lopuksi

Keskenmenon hoitovaihtoehtojen vertailua vaikeuttavat tutkimusten vaihtelevat termit ja mukaanottokriteerit, lääkehoidon moninaiset annokset ja antoreitit sekä hoidon epäonnistumisen erilaiset määritelmät (Chen ja Creinin 2007). Keskenmenon varhainen diagnoosi ja hoito edistävät naisen toipumista keskenmenosta. Lääkehoito soveltuu suurelle osalle keskenmenopotilaista, mutta potilasta tulee informoida mahdollisesta kohdun epätäydellisestä tyhjenemisestä ja viikkojakin kestävästä jälkivuodosta. Pelkkä seuranta sopii tilanteisiin, joissa keskenmenoprosessi on jo itsestään käynnissä (vuoto alkanut, kouristusmaisia alavatsakipuja). Kaavinta on yhä käyttökelpoinen menetelmä, ja valmius päivystyskaavintaan tulee säilyttää gynekologisissa yksiköissä akuutteja vuototilanteita varten. ■

MAARIT NIINIMÄKI, LT, erikoislääkäri
OYS:n synnytys- ja naistentautien klinikka
PL 24, 90029 OYS

OSKARI HEIKINHEIMO, dosentti, osastonylilääkäri
HYKS, Kätilöopiston sairaala

KIRJALLISUUTTA

- Brier N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *J Wom Health* 2008;17:451–64.
- Chen BA, Creinin MD. Contemporary management of early pregnancy failure. *Clin Obstet Gynecol* 2007;50:67–88.
- Chung K, Allen R. The use of serial human chorionic gonadotropin levels to establish a viable or a nonviable pregnancy. *Semin Reprod Med* 2008;26:383–90.
- Dempsey A, Davis A. Medical management of early pregnancy failure: how to treat and what to expect. *Semin Reprod Med* 2008;26:401–10.
- Fiala C, Fux M, Gemzell Danielsson K. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:892–903.
- Harwood B, Nansel T. National Institute of Child Health and Human Development Management of Early Pregnancy Failure Trial. Quality of life and acceptability of medical versus surgical management of early pregnancy failure. *BJOG* 2008;115:501–8.
- Jabara S, Barnhart K. Is Rh immune globulin needed in early first-trimester abortion? A review. *AJOG* 2003;188:623–7.
- Jones ML, Wray J, Wight J, ym. A review of the clinical effectiveness of routine antenatal anti-D prophylaxis for rhesus-negative women who are pregnant. *BJOG* 2004;111:892–902.
- Kohdunulkoinen raskaus Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1998 [päivitetty 2.4.2008]. www.kaypahoito.fi.
- Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21:229–47.
- Loukovaara M, Lehtovirta P. Trofoblasti-

titaudit – ryhmä harvinaisia sairauksia. *Duodecim* 2001;117:2539–46.

- Nanda K, Peloggia A, Grimes D, Lopez L, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, Issue 2. Art. No.: CD003518. DOI: 10.1002/14651858.CD003518.pub2.
- Neilson JP, Gyte GML, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 1. Art. No.: CD007223. DOI: 10.1002/14651858.CD007223.pub2.
- Niinimäki M, Jouppila P, Martikainen H, Talvensaari-Mattila A. A randomized study comparing efficacy and patient satisfaction in medical or surgical treatment of miscarriage. *Fertil Steril* 2006;86:367–72.
- Niinimäki M, Karinen P, Hartikainen AL, Pouta A. Treating miscarriages: a randomised study of cost-effectiveness in medical or surgical choice. *BJOG* 2009;116:984–90.
- Ogden J, Maker C. Expectant or surgical management of miscarriage: a qualitative study. *BJOG* 2004;111:463–7.
- Petrou S, Trinder J, Brocklehurst P, Smith L. Economic evaluation of alternative management methods of first-trimester miscarriage based on results from the MIST trial. *BJOG* 2006;113:879–89.
- Raskaudenkeskeytys Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2001 [päivitetty 4.9.2007]. www.kaypahoito.fi.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of early pregnancy loss. Green-top Guideline No.25. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2006.

- Royal College of Radiologists / Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Early pregnancy assessment. London: RCR/RCOG Working Party 1996.
- Smith LF, Ewings PD, Quinlan C. Incidence of pregnancy after expectant, medical, or surgical management of spontaneous first trimester miscarriage: long term follow-up of miscarriage treatment (MIST) randomised controlled trial. *BMJ* 2009;339:b3827.
- Smith LF, Frost J, Levitas R, Bradley H, Garcia J. Women's experiences of three early miscarriage management options: A qualitative study. *Br J Gen Pract* 2006; 56:198–205.
- Sotiriadis A, Papatheodorou S, Makrydimas G. Threatened miscarriage: evaluation and management. *BMJ* 2004; 329:152–5.
- Sotiriadis A, Makrydimas G, Papatheodorou S, Ioannidis JPA. Expectant, medical, or surgical management of first trimester miscarriage: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2005;105:1104–13.
- Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, Read M, Vyas S, Smith L. Management of miscarriage: Expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ* 2006;332:1235–40.
- Ulander VM, Tulppala M. Keskenmeno. Kirjassa: Ylikorkkala O, Kauppila A, toim. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2004, s. 392–400.
- Wieringa-de Waard M, Bindels PJ, Vos J, Bonsel GJ, Stalmeier PF, Ankum WM. Patient preferences for expectant management vs. surgical evacuation in first-trimester uncomplicated miscarriage. *J Clin Epidemiol* 2004;57:167–73.

SIDONNAISUODET

Maarit Niinimäki: Ulkomaan kongressimatka lääkeyrityksen tuella (Merck Serono, MSD, Nordic Drugs).

Oskari Heikinheimo: Kutsuttuna luennoitsijana lääkeyritysten järjestämissä koulutustilaisuuksissa (Algol-Pharma Ab, Bayer-Schering Pharma Ag, Novo Nordisk ja Schering Plough). Bayer-Schering Pharma Ag:n kotimaan markkinoinnin advisory boardin jäsen. Luentoja kansainvälisissä koulutustilaisuuksissa Bayer-Schering Pharma Ag:n kutsumana ja kansainvälisen advisory boardin jäsenenä. Lääkäriasema Femedan hallituksen jäsen.

Summary

Treatment of early miscarriage

Bloody discharge in early pregnancy is the most common cause of gynecological out-of-hours consultation. With the ultrasound equipment becoming more common, the diagnostics of miscarriages is also increasingly possible within primary health care. Before the treatment decision, the doctor should reliably distinguish a viable pregnancy from miscarriage, and recognize the possibility of extrauterine pregnancy. Miscarriages can be treated with mechanical emptying of the uterus (curettage) or with anti-contraction medication, or the situation may be left under surveillance. The treatment is largely dictated by the type of miscarriage. Drug therapy has been found to be safe and has consolidated its position.