

Päivi Rahkola-Soisalo, Päivi Härkki, Piia Pulkkinen ja Hanna Savolainen-Peltonen

Fertiili-ikäisen naisen akuutti alavatsakipu ja sen erotusdiagnostiikka

Äkillinen alavatsakipu on diagnostinen haaste, sillä taustalta löytyvät etiologiset syyt voivat liittyä moneen vatsaontelon sisäiseen elimeen ja joskus jopa vatsaontelon ulkopuoliseen sairauteen. Fertiili-ikäisillä naisilla gynekologiset syyt ovat kuitenkin yleisiä. Niihin viittaavat etenkin poikkeava verinen vuoto tai valkovuoto. Erotusdiagnostiikan perusta ovat huolellinen anamneesi ja kliininen tutkimus. Huomiota kiinnitetään muun muassa kivun alkamisnopeuteen, sijaintiin ja luonteeseen sekä infektio-oireisiin. Tärkein alkuvaiheen tutkimus on raskaustesti, jonka avulla voidaan sulkea pois erityisesti kohdunulkoinen raskaus. Kivun voimakkuus ja hemodynamiikka ohjaavat erikoissairaanhoidon lähettämisen tarpeen. Vaginaalisella kaikukuvauksella nähdään useimmat gynekologiset ongelmat, kun taas tietokonetomografia on osuva kirurgisten ongelmien diagnostiikassa. Laparoskopialla voidaan tarvittaessa täydentää diagnoosia ja hoitaa useimmat alavatsakivun syyt.

Akuutti vatsakipu on yleinen (5–10 %) päivystyskäynnin syy (1, 2). Iästä ja sukupuolesta riippumatta kaikista akuuteista vatsakipukäynneistä yliopistosairaalan kirurgian päivystyksessä vain 4,2–4,6 % oli gynekologisperäisiä (2,3). Fertiili-ikäisten naisten joukossa gynekologiset syyt ovat kuitenkin yleisiä (4). Hoidon viivästyminen voi heikentää hedelmällisyyttä, joten diagnostiikassa ei tule viivyttää. Gynekologisten ongelmien erotusdiagnostisia vaihtoehtoja ovat suoliston ja virtsateiden sairaudet, mutta jopa kolmasosalla syy voi jäädä epäselväksi (3, 5).

Vatsakipu luokitellaan akuutiksi, mikäli kivun kesto on alle viisi päivää eikä se ole helppottunut kuuden tunnin aikana. Krooniseksi kipu luokitellaan, jos sen kesto ylittää kolme kuukautta (6). On kuitenkin pidettävä mielessä, että krooniseen kipuun voi liittyä akuutteja pahenemisvaiheita.

Vinkkejä alavatsakipupotilaan haastatteluun

Alavatsakivuista kärsivän naisen haastattelussa keskeiset asiat kuvataan **TAULUKOSSA 1**.

TAULUKKO 1. Alavatsakipuisen fertiili-ikäisen naisen keskeiset asiat haastattelussa.

Nykyongelma	Kivun alku, luonne, sijainti, säteily ja provosoivat tekijät Oksentelu Suolen toiminnan muutos, ripuli Veriulosteet Virtsatieoireet, virtsan väri Poikkeava valkovuoto tai verinen vuoto emättimestä Kuume
Yleiset taustatiedot	Ikä Pitkäaikaissairaudet ja lääkitys Aikaisemmat vatsanalueen leikkaukset ja toimenpiteet Päihteiden käyttö
Gynekologiset taustatiedot	Viimeiset kuukautiset (ensimmäinen vuotopäivä) Raskauden ja sukupuolitautilien mahdollisuus Käytössä oleva ehkäisymenetelmä Kuukautiskierron pituus ja vuodon kesto Raskauksien ja synnytysten määrä ja kulku Sairastetut sukupuolitaudit tai gynekologiset infektiot

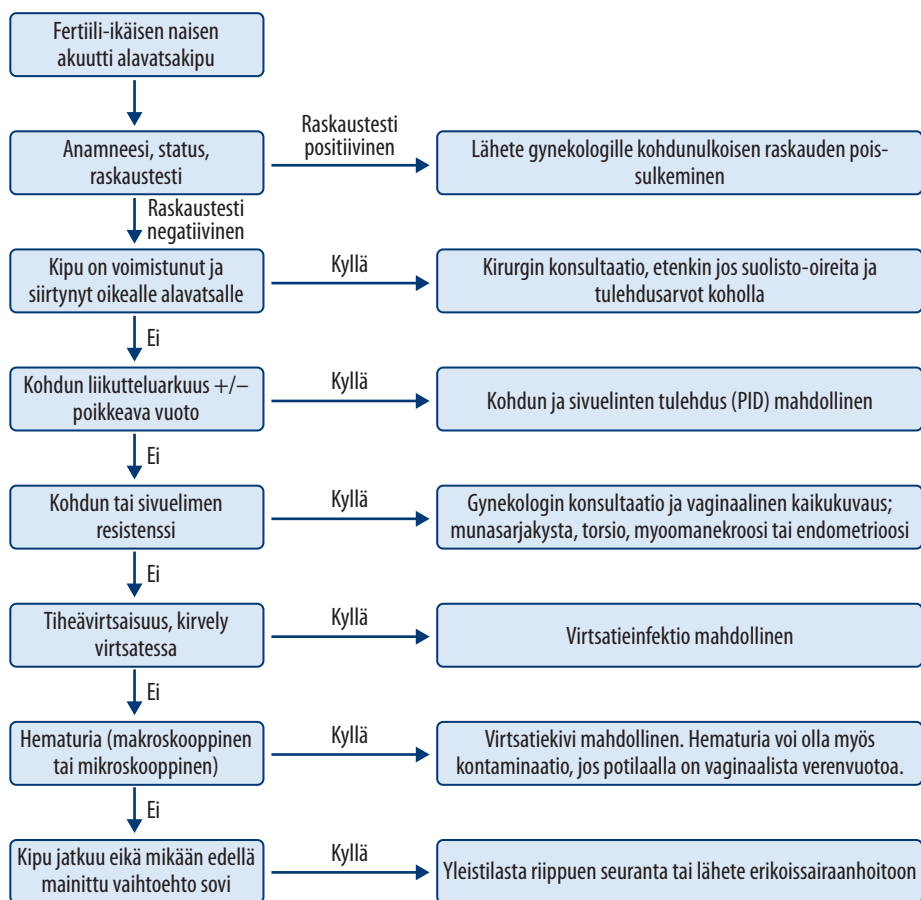
TAULUKKO 2. Fertiili-ikäisen naisen alavatsakivun erotusdiagnoosiikan kulmakiviä.

Etiologia	Kivun alkuperä	Kivun voimakkuus	Muuta
Gynekologinen			
Ovulaatiokipu	Äkillinen	Lievästä voimakkaaseen, helpottuu	Liittyy kuukautiskiertykseen
Munasarjarakkulan puhkeaminen	Äkillinen	Kova, helpottuu	Tiedossa voi olla kysta
Munasarjan / munanjohtimen kiertyminen	Äkillinen	Kova, ei helpotu	Yleensä taustalla on munasarjakysta tai -kasvain
Sisäsynnytintulehdus	Vähitellen	Vaihtelee lievästä voimakkaaseen	Poikkeava valkovuoto tai verinen vuoto, kuume, tulehdusarvojen nousu
Endometrioosi / adenomyoosi	Syklinen	Vaihteleva	Liittyy kuukautisiin, yhdyntäkipuja
Myomanekroosi	Vähitellen	Vaihteleva, tyypillisesti lisääntyvä	Mahdollisesti tiedossa olleet myoomat
Alkuraskautteen liittyvä			
Poikkeavat kohdunsisäiset raskaudet	Vähitellen	Tyypillisesti lisääntyvä	Verinen vuoto
Kohdunulkoinen raskaus	Vähitellen – äkillinen	Lievästä voimakkaaseen, toispuolisuus	Usein verinen vuoto
Suolistoperäinen			
Umpilisäketulehdus	Vähitellen	Lisääntyvä, paikantuu taudin edetessä oikealle alavatsalle	Tulehdusarvojen suurentuminen
Divertikuliitti	Vähitellen	Lisääntyvä, vasemmalla alavatsalla	Tulehdusarvojen suurentuminen, divertikkelit tiedossa
Suolitukos	Vähitellen	Kohtauskittainen, voimistuva, vaihteleva	Oireet riippuvat tukoksen tasosta, kipu usein koko vatsalla
Virtsatieperäinen			
Virtsatieulehdus	Vähitellen	Vaihteleva	Bakteereita virtsanäytteessä
Virtsatiekivi	Äkillinen	Kova, toispuoleinen	Punasoluja virtsanäytteessä
Akuutti virtsaretentio	Äkillinen	Kova	Suurentunut rakko palpatoitaessa

Kivun alkamisnopeus auttaa erotusdiagnoosissa (TAULUKKO 2). Munasarjoihin liittyvät kivut, kuten ovulaatiokipu, munasarjarakkulan puhkeaminen tai munasarjan kiertyminen alkavat äkillisesti. Voimakkaaseen kipuun voi liittyä alkuvaiheessa pahoinvointia ja oksentelua (7). Sisäsynnytintulehdukset sen sijaan alkavat vähitellen, ja kipu pahenee hiljalleen. Tulehdukseen liittyy usein poikkeava valkovuoto, joskus verinen vuoto (8). Ylimääräinen verenvuoto on tavallista myös alkuraskauden ongelmassa. Mikään käytössä oleva ehkäisymenetelmä ei suojaa raskaudelta täydellisesti, joskin ei-toivotut raskaudet ovat pitkäaikaisia ehkäisymenetelmiä (hormonikierukka, ehkäisykapseli) käytävillä harvinaisia (9).

Fertiili-ikäisten naisten yleisin pitkäaikainen kipu johtuu endometrioosista, josta kärsii noin 10 % naisista. Endometrioosikipu voi myös akutisoitua esimerkiksi endometriooman puhjetessa. Endometrioosiin liittyy usein myös yhdyntäkipua ja harvemmin ulostamiseen tai virtsaamiseen liittyviä kipuja (10).

Akuutti umpilisäketulehdus on yleisin kirurgisesti hoidettava akuutin alavatsakivun syy fertiili-ikäisillä naisilla. Siihen sairastuu elämänsä aikana arviolta noin 7 % naisista, ja tauti on yleisin 10–30-vuotiailla (11). Kipu on aluksi epämääräistä ja laaja-alaista, ja siihen voi liittyä pahoinvointia, alavatsan tärinäarkuutta ja lämpöilyä. Tyypillioire, kivun paikantuminen oikealle alavatsalle Mc Burneyn pisteeseen, tulee



KUVA 1. Keskeisimmät diagnostiset vaihtoehdot päivystyksessä, kun fertiili-ikäisen naisen tulos on akuutti alavatsakipu. Muut tutkimukset määräytyvät työdiagnoosin mukaisesti. Suosittelemme herkästi sukupuolitauti-näytteiden (etenkin klamydia) seulomista. PID, pelvic inflammatory disease

esiin vasta taudin edetessä. Paksusuolen umpi-pussitulehduksen (divertikuliitin) esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Ensioireena on vähitellen kehittyvä vasemmanpuolinen alavatsakipu ja lihasten suojaava puolustusjännitys (défence) sekä usein lämpöily.

Virtsarakkotentulehdus voi joskus aiheuttaa voi-makkaan alavatsakivun, mutta useimmiten ki-puun liittyy tihentynyt virtsaamisen tarve. Virtsatiekiven aiheuttama kipu on äkillisesti alkava, kova ja kohtausittainen. Se tuntuu kyljessä ja säteilee alavatsalle ja nivusiin. Kipukohtaukseen voi liittyä pahoinvointia ja oksentelua sekä virtsaamiskipua ja koputusarkuutta munuais-seudussa.

Perusterveydenhuollon tutkimukset ja lähettämisaiheet

Alavatsakipuisen naisen klininen tutkimus aloitetaan arvioimalla yleistila. Verenpaine, syketaajuus ja lämpö mitataan. Kaikilta kuun-nellaan suoliäänet ja tehdään vatsan palpaatio, tuseerataan sekä tehdään gynekologinen spe-kulum- ja sisätutkimus. Keskeisimmät diagnos-tiset vaihtoehdot esitetään **KUVASSA 1**.

Alkuraskauden ongelmat. Raskaustestin avulla voidaan erottaa alkuraskauden ongelmat muista vatsakivun syistä.

Virtsasta tehtävien raskaustestien herkkyys on riittävä perusterveydenhuollossa, kvantita-tiivista istukagonadotropiinin (hCG) määri-

TAULUKKO 3. Fertiili-ikäisen naisen alavatsakivun päivystykselliset erikoissairaanhoitoon lähettämisen aiheet ja ensisijaiset gynekologiset päivystystutkimukset.

Päivystykselliset lähettämis-aiheet	Perusterveydenhuollossa tarvittavat tutkimukset	Erikoissairaanhoidossa tarvittavat tutkimukset
Kohdunulkaisen raskauden epäily	hCG (virtsa tai verestä)	kvantitatiivinen hCG, pvk vaginaalinen kaikukuvaus tarvittaessa laparoskopia
Hemodynaamiikkaan vaikuttava verinen vuoto	hCG (virtsa tai verestä), pvk	pvk vaginaalinen kaikukuvaus tarvittaessa laparoskopia
Yleisoireinen, suonensisäistä mikrobilääkehoitoa vaativa tulehdus	sukupuolitautiläytteen (klamydia + gonokokki), pvk, CRP, nestetasapaino, puhtaasti laskettu virtsanäyte	vaginaalinen / vatsan kaikukuvaus tarvittaessa vatsan TT/MK
Voimistuva, kipulääkkeelle reagoimaton kipu	pvk, CRP, nestetasapaino	vaginaalinen/vatsan kaikukuvaus vatsan TT/MK tarvittaessa laparoskopia

hCG, istukagonadotropiini; pvk, perusverenkuva; CRP, C-reaktiivinen proteiini, TT, tietokonekuvaus; MK, magneettikuvaus

tystä tarvitaan lähinnä epäselvien alkuraskauden ongelmien seurannassa erikoissairaanhoidossa. Positiivinen raskaustesti, toispuolinen alavatsakipu ja erityisesti hartiapistos viittaavat kohdunulkoiseen raskauteen, ja potilas tulee lähettää päivystyksellisesti erikoissairaanhoitoon (**TAULUKKO 3**). Hartiapistos on seurausta pallea-hermon ärsytyksestä, jonka syy voi olla vatsaontelon sisäinen verenvuoto. Kohdunulkoiselle raskaudelle altistavat aiempi sisäsynnytintulehdus, aiempi kohdunulkoinen raskaus, tupakointi, endometrioosi sekä lapsettomuus ja hedelmöityshoidot. (12)

Normaaliinkin alkuraskauteen liittyy usein lievää alavatsakipua, ja jopa viidesosalla esiintyy veristä vuotoa. Tilannetta voi olla vaikea erottaa keskenmenosta, mutta spontaanissa keskenmenossa vuodon määrä lisääntyy (13). Keskenmenoon liittyvä kipu on syklistä, sillä kohtu supistaa itseään tyhjäksi. Kipu helpottuu raskausmateriaalin synnyttyä, mutta vuoto voi kestää runsaana päiviä ja niukkana parikin viikkoa. Keskenmenopotilasta ei tarvitse lähettää päivystykseen, mikäli hemodynaamiikka on vakaa eikä tulehdusta epäillä. Jos vuoto jatkuu runsaana odotettua pidempään tai raskaustesti on positiivinen vielä neljä viikkoa keskenmenon jälkeen, tulee potilas ohjata kaikukuvaukseen mahdollisen kohtuun jääneen raskausmateriaalin toteamiseksi. Kiireellinen lähete on tällöin riittävä.

Gynekologiset tulehdukset. Akuutissa sisäsynnytintulehduksessa valkovuoto on tyyppillisesti poikkeavaa – jopa märkäistä ja sisä-tutkimuksessa sisäsynnyttimet aristavat voimakkaasti liikuttelua. Leukosyytit lisääntyvät, CRP suurenee, ja potilaalla voi olla kuumetta. On muistettava, että CRP-pitoisuus suurenee 24–48 tunnin viiveellä, joten potilaan yleistila ratkaisee lähettämisen tarpeen.

Sisäsynnytintulehdukset ovat useimmiten sekainfektioita, joissa on mukana sekä aerobisia että anaerobisia bakteereja (14). Lievän sisäsynnytintulehduksen voi hoitaa avoterveydenhuollossa (doksisykliini ja metronidatsoli 10–14 vrk), mutta korkea kuume, huono yleistila ja lääkkeelle reagoimaton kipu edellyttävät erikoissairaanhoidon konsultaatiota. A-ryhmän streptokokit voivat aiheuttaa rajuoireisen, jopa hengenvaarallisen sisäsynnytintulehduksen. Emättimen bakteeriviljely kannattaa ottaa A-streptokokkiepäilyssä, mutta muutoin sitä ei suositella (15).

Sisäsynnytintulehdukselle altistavat sukupuolitautilisiksi kohtuun kohdistunut aiempi toimenpide, kuten kohdun limakalvon näytteenotto tai kierukan asennus. Kierukka tulee poistaa vaikeassa tulehduksessa tai jos paraneminen ei edisty nopeasti mikrobilääkkeen aloittamisen jälkeen (14). Jos kohtutulehdus pitkittyy, hyvä diagnostinen apuväline on kohdun limakalvon imunäyte, josta patologi voi toden-

taa krooniseen tulehdukseen liittyviä löydöksiä (9). Näytteen voi ottaa perusterveydenhuollossa, mutta mikäli se ei ole mahdollista, tulee potilas lähettää kiireettömään konsultaatioon.

Endometrioosipotilaiden kohdun palpatoarkuus kivun pahentumisen yhteydessä voidaan tulkita virheellisesti sisäsynnytintulehdukseksi. Anamneesi ja normaalit laboratoriotulokset voivat helpottaa erotusdiagnostiikkaa.

Kohdun ja sivuelinten muutokset. Sisätutkimus voi paljastaa resistenssin, toki pelkän palpation perusteella munasarja- ja kohtuperäistä muutosta voi olla vaikea erottaa. Myoomanekroosiin liittyvä kudostuho voi aiheuttaa kipua ja tulehdusarvojen suurentumista. Myooma voi myös syntyä kohdunkaulakanavasta ja aiheuttaa kipua. Diagnoosin varmistamiseksi tarvitaan vaginaalinen kaikukuvaus, ja mikäli se ei ole avoterveydenhuollossa mahdollista, potilas lähetetään erikoissairaanhoidon. Kivun voimakkuus ratkaisee lähteen kiireellisyyden.

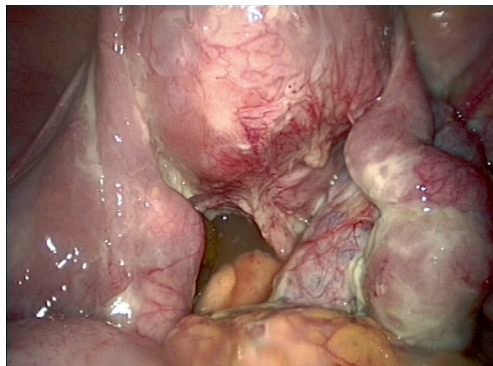
Joskus munasarjassa oleva kasvain voi kiertyä tai revetä ja aiheuttaa akuutin kivun. Munasarjakystan puhkeamiseen voi liittyä äkillinen, kova kipu. Follikkelikystan puhkeamiskipu tai ovulaatiokipu helpottuvat tunteissa, kun taas keltarauhasen vuoto voi joskus johtaa hemoglobiinin pienentymiseen ja kivun jatkumiseen ovulaation jälkeisessä kuukautiskierron vaiheessa. Munasarjakystan puhkeaminen johtaa vain harvoin leikkaushoitoon, mutta riittämätön vaste kipulääkitykselle ja hemoglobiinin lasku ovat lähettämisen aiheita.

Munasarjan kiertyessä kipu on erittäin kovaa iskemian vuoksi. Kiertymäepäily tulee aina arvioida erikoissairaanhoidossa päivystyksellisesti. Nuorilla naisilla torsion pitkittyminen voi johtaa munasarjan toiminnan loppumiseen ja siten heikentää hedelmällisyyttä. Jos torsioita ei vapauteta leikkauksessa, kipu helpottuu yleensä 2–3 päivän kuluessa, kun munasarja menee kuolioon, mutta kipu voi alkaa uudelleen kudostuhon aiheuttaman tulehdusreaktion myötä. Seurantahoito valitaan vain hedelmällisen iän loppuvaiheessa, jolloin raskaustoiveita ei enää ole. Syöpää epäiltäessä tulee lisätutkimukset tehdä ennen leikkausta.

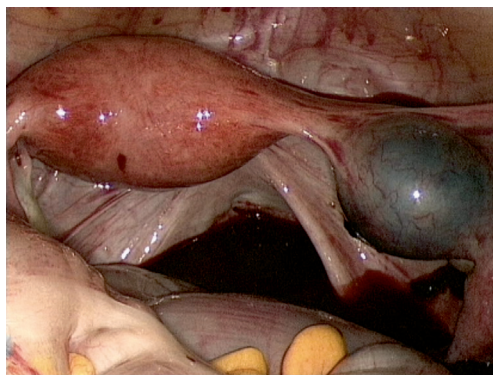
Endometrioosipotilaille on tyypillistä, että sykliiset, hyvinkin voimakkaat vatsakivut ovat



KUVA 2. Vasemman munasarjan kookas kysta ja kiertymä.



KUVA 3. Sisäsynnytintulehdus.



KUVA 4. Kohdunulkoinen raskaus oikeassa munajohdossa.

jatkuneet vuosia. Kohdunkaulan takainen palpatio aristaa sisätutkimuksessa ja kohturistiluukannatinsiteet voivat tuntua kireiltä. Joskus emättimen takapohjukassa voi tuntua kova ja aristava endometrioosipesäke. Kaikkia hormonaalisia ehkäisyvalmisteita voidaan käyttää endometrioosin hoitoon (16), mutta jos vaste on riittämätön, tulee potilas lähettää erikoissairaanhoidon kiireettömään konsultaatioon.

Suolistoperäiset syyt. Umpilisäketulehdukseen viittaavat etenevät oireet ja kivun

Ydinasiat

- ▶ Fertiili-ikäisen naisen alavatsakivun tärkein ensi tutkimus on raskaustesti.
- ▶ Kivun alkamisnopeus, kuukautiskierron vaihe, mahdollinen poikkeava vuoto tai suolioireet auttavat erottamaan gynekologisia syitä kirurgisista.
- ▶ Erikoissairaanhoidon konsultaatiokynnys tulee pitää matalana, sillä hoidon viivästyminen voi heikentää hedelmällisyyttä.
- ▶ Kaikukuvaus on ensisijainen fertiili-ikäisen naisen kuvantamistutkimus. Sitä voidaan tarvittaessa täydentää tietokone-tomografialla, etenkin kirurgisten syiden erotusdiagnoosissa.

siirtyminen oikealle alavatsalle Mc Burneyn pisteeseen. Palpaatiossa voidaan todeta vatsalla *défence*. Valkosolujen määrä ja neutrofiilien suhteellinen osuus kasvavat jo taudin alkuvaiheessa. CRP suurenee hitaammin ja saavuttaa huippunsa 24–48 tunnin kuluessa. Jos nämä tulehdusarvot ovat normaalialueella, on umpilisäketulehdus epätodennäköinen.

Noin 15–25 % umpilisäketulehduksista komplisoituu (17), jolloin tulehdukseen liittyy umpilisäkkeen puhkeaminen tai vieruspaise. Puhjetessaan umpilisäkkeen tulehdus voi johtaa yleistyneeseen vatsakalvotulehdukseen, jolloin palpaatioaristus ja *défence* paikantuvat laajemmin koko vatsalle. Jos potilaan alavatsaoireet ovat kestäneet jo kauemmin, on hyvä pitää mielessä umpilisäkkeen vieruspaiseen mahdollisuus. Tuolloin oireena voi olla ripuli. Paise voi olla myös tunnettavissa vatsanpeitteiden läpi tai peräaukon kautta tuseeraten. Nainen, jolla epäillään umpilisäkkeen tulehdusta, ohjataan päivystyksellisesti yksikköön, jossa on kirurgisen hoidon mahdollisuus.

Divertikuliitti aiheuttaa vasemmanpuoleisen alavatsakivun ja *défence*n lisäksi usein lämpöilyä ja tulehdusarvojen suurentumista. Divertikuliittiin ei tavallisesti liity oksentelua, mutta suolen toiminta voi hidastua. Suuri osa divertikuliiteista hoituu konservatiivisesti, jopa ilman mikrobilääkehoitoa (18). Yleisvointi ratkaisee

erikoissairaanhoitoon lähettämisen tarpeen ja kiireellisyyden.

Alavatsakivun erotusdiagnoosissa tulee huomioida myös suolitukos, mutta se aiheuttaa usein kipua koko vatsan alueelle, ei pelkästään alavatsalle. Suolitukoksen oireena on kohtauksittainen, vähitellen voimistuva ja sitten laantuva tai hetkellisesti jopa häviävä vatsakipu koko vatsalla. Suolen toiminta yleensä lakkaa ja potilaalle voi ilmaantua vatsan turvotusta ja oksentelua. Mekaanisen suolitukoksen tavallisimpia syitä ovat vatsaontelon kiinnikkeet, tyrät, ummetus, suolen kiertymä ja ruoansulatuskanavan kasvaimet tai tulehdukselliset muutokset. Diagnostisia vinkkejä voivat olla vatsan leikkausarvet tai pullistumat vatsalla tai nivusissa. Jos suolitukospotilaan vatsakipu on voimakasta ja jatkuva, on epäiltävä strangulaatiota eli suolen kureumaa. Tämä voi johtaa suolenseinämän kuolioon ja perforaatioon, ja potilas tuleeikin ohjata päivystyksenä kirurgiseen yksikköön.

Virtsatieperäiset syyt. Virtsan kemiallisen seulan ja bakteeriviljelyn avulla suljetaan pois virtsatietulehdukset. Virtsatiekivi johtaa usein (90 %) mikroskooppiseen hematuriaan, mutta makroskooppista hematuriaa esiintyy harvoin. Mikäli avoterveydenhuollossa on mahdollisuus kaikukuvaukseen, tulee hydronefroosi sulkea pois. Kivun voimakkuus sekä tulehdusarvojen ja kreatiniinin suureneminen ratkaisevat lähettämisen kiireellisyyden. Virtsatiekivitaudilla on taipumus uusiutua, joten aiempi virtsatiekivianamneesi johtaa usein diagnoosiin.

On kuitenkin hyvä muistaa, että jos kyseessä ei ole raskaushäiriö tai tulehdus eikä kipua seurannassa helpota, tulee kuvantamistutkimusten avulla sulkea pois kasvaimet ja niistä aiheutuvat komplikaatiot. Syöpäkasvaimet ovat melko harvinaisia fertiili-ikäisillä naisilla, mutta niiden ilmaantuvuus suurenee iän myötä.

Erikoissairaanhoidon tutkimukset

Erikoissairaanhoidossa diagnostiikkaa voidaan tarkentaa kuvantamistutkimuksilla. Vaginaalisella kaikukuvauksella voidaan todeta kohdun sisäinen raskaus raskausviikosta viisi alkaen. Kohdunulkoinen raskaus ei sen sijaan aina ole luotettavasti todennettavissa. Diagnostiikan

apuna käytetään kvantitatiivista hCG-määrittystä. Normaalissa alkuraskaudessa raskaushormonipitoisuus suurenee 48 tunnissa vähintään 35–50 %, toisin kuin poikkeavassa raskaudessa. Karkeana nyrkkisääntönä voidaan pitää, että kvantitatiivisen raskaushormoniarvon ollessa yli 1 000 kohdussa tulisi näkyä kohdunsisäiseen raskauteen viittaava raskausontelo (12).

Vaginaalisella kaikukuvauksella nähdään myös kohtuun ja munasarjoihin liittyvät poikkeavuudet. Fossa douglasissa oleva neste yhdistettynä litistyneeseen kystaan viittaa munasarjanrakkulan puhkeamiseen. Sisäsynnytintulehduksessa voi kehittyä munajohtimeen tai munasarjaan liittyvä märkäkertymä, joka kaikukuvauksessa todennetaan kaikukirjavana muutoksena. Tietokonetomografialla voidaan tarkentaa epäselväksi jääviä muutoksia.

Umpilisäketulehdusepäilyssä nuorilla potilailla ensisijainen kuvantamistutkimus on vatsan kaikukuvaus. Kaikukuvauksella ei voida sulkea pois appendisiitin mahdollisuutta, mutta jos tulehtunut umpilisäke näkyy, voidaan välttää lisäkuvantamistutkimuksiin liittyvä turha sädeerasitus (19). Tarvittaessa lisäselvityksenä tehdään vatsan tietokonetomografia, jonka avulla saadaan diagnoisoitua muita vatsakivun syitä (nuorilla potilailla pieniannoksisena) (20).

Umpilisäketulehduksen kliinisen diagnostiikan tueksi on kehitetty myös erilaisia pisteytysjärjestelmiä (esimerkiksi Adult Appendicitis Score) (21). Niiden avulla voidaan määrittää umpilisäketulehduksen todennäköisyys ja kohdentaa tarvittavat kuvantamistutkimukset niistä eniten hyötyvälle potilasryhmälle ja toisaalta ohjata suoraan leikkaukseen potilaat, joilla umpilisäketulehdus on todennäköinen.

Ensimmäisen divertikuliitin kliininen diagnoosi voi olla vaikea, ja siksi vatsan tietokonekuvaus onkin suotavaa tehdä diagnoosin varmentamiseksi ja mahdollisen komplisoituneen taudin (suolen puhkeama, paise) havaitsemiseksi (22). Myös suolitukosepäilyissä kannattaa tehdä herkästi vatsan tietokonekuvaus. Virtsatiekivien diagnoosi varmistetaan puolestaan spiraali-TT:llä.

Päivystykselliseen laparoskopiaan edetään, mikäli potilaan hemodynamiikka on epävakaa tai kipu sitä vaatii. Myös sisäsynnytintuleh-

dukseen liittyvä märkäkertymä on useimmiten laparoskopian aihe. Kynnystä laparoskopian tekemiseen ei tule pitää liian korkealla, koska toipuminen on nopeaa ja komplikaatiot ovat harvinaisia. Lisäksi laparoskopiaa pidättäytyminen voi johtaa hedelmällisyyden heikentymiseen tai taudin komplisoitumiseen tai uusiutumiseen.

Lopuksi

Perusterveydenhuollon lääkärin ei välttämättä ole helppo päättää, kuuluuko alavatsakipuinen nainen lähettää naistentaudeille vai kirurgialle. Erikoissairaanhoidossa sisäinen konsultaatio on varsin vaivatonta ja useimmiten potilaat ohjataan gynäkologiseen konsultaatioon. Nuoren naisen lantion alueen epäselvissä tulehduksissa suositellaan herkästi laparoskopiaa, sillä esimerkiksi umpilisäkkeen puhkeaminen tulehduksen yhteydessä voi vaurioittaa munajohtimia ja heikentää merkittävästi fertiliteettiä. Uuden suomalaisen tutkimuksen mukaan umpilisäkkeen tulehdusta voidaan hoitaa myös mikrobilääkkeillä (23), mutta hoidon vaikutavuutta ei vielä toistaiseksi ole tutkittu hedelmällisyyden kannalta.

Valitettavasti osalle alavatsakivuista ei aina löydy selkeää syytä. Kipu voi kuitenkin kroonistua elämänlaatua heikentäväksi ja jopa työkykyä uhkaavaksi. Tällöin joudutaan konsultoimaan kivunhoidon erikoisosaamisyksikköjä. Nämä naiset hyötyvät perusterveydenhoidon lääkäristä, joka pystyy hallitsemaan potilaan tilanteen kokonaisvaltaisesti, sillä usein kivut eivät rajoitu vain vatsan alueelle. ■

PÄIVI RAHKOLA-SOISALO, dosentti, naistentautilien ja synnytysten erikoislääkäri, osastonlääkäri naistentaudit ja synnytykset
HUS Naistenklinikka

PÄIVI HÄRKKI, dosentti, naistentautilien ja synnytysten erikoislääkäri, osastonylilääkäri naistentaudit ja synnytykset
HUS Naistenklinikka

PIIA PULKKINEN, LL, gastroenterologisen kirurgian erikoislääkäri
HUS Vatsakeskus

HANNA SAVOLAINEN-PELTONEN, dosentti, naistentautilien ja synnytysten erikoislääkäri, osastonylilääkäri naistentaudit ja synnytykset
HUS Naistenklinikka

KIRJALLISUUTTA

1. Natesan S, Lee J, Volkamer H, ym. Evidence-based medicine approach to abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 2016;34:165–90.
2. Cervellin G, Mora R, Ticinesi A, ym. Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban Emergency Department: retrospective analysis of 5,340 cases. *Ann Transl Med* 2016;419:362.
3. Miettinen P, Pasanen P, Lahtinen J, ym. Acute abdominal pain in adults. *Ann Chir Gynaecol* 1996;85:5–9.
4. Miettinen P, Pasanen P, Lahtinen J, ym. Acute abdominal pain in adults. *Ann Chir Gynaecol* 1996;85:5–9.
5. Saarelainen H. Aikuisen akuutti vatsakipu Kuopion yliopistollisessa sairaalassa 2012. Itä-Kuopio: Itä-Suomen yliopisto 2015. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20150657>.
6. Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015 [päivitetty 22.8.2017]. www.kaypahoito.fi.
7. Robertson JJ, Long B, Koyfman A. Myths in the evaluation and management of ovarian torsion. *J Emerg Med* 2017;52:449–56.
8. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med* 2015;372:2039–48.
9. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, ym. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med* 2012;366:1998–2007.
10. Shafir AL, Farland LV, Shah DK, ym. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018;51:1–15.
11. Viniol A, Keunecke C, Biroga T, ym. Studies of the symptom abdominal pain—a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract* 2014;31:517–29.
12. Ektooppinen (kohdunulkoinen) raskaus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1998 [päivitetty 23.10.2014]. www.kaypahoito.fi.
13. Niinimäki M, Heikinheimo O. Alkurasikauden keskenmenon hoito. *Duodecim* 2011;127:67–73.
14. Rantsi T, Tuominen M, Virtanen S, ym. Sisäsynnytintulehdus. *Duodecim* 2019;35:719–26.
15. Gustafson LW, Blaakaer J, Helmig RB. Group A streptococci infection. A systematic clinical review exemplified by cases from an obstetric department. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;215:33–40.
16. Uimari O, Terho A, Koivurova S, ym. Endometriosisin lääkkeellinen hoito. *Suom Lääkäril* 2020;75:896–901.
17. Andersson RE. The natural history and traditional management of appendicitis revisited: spontaneous resolution and predominance of prehospital perforations imply that a correct diagnosis is more important than an early diagnosis. *World J Surg* 2007;31:86–92.
18. Mali JP, Mentula PJ, Leppaniemi AK, ym. Symptomatic treatment for uncomplicated acute diverticulitis: a prospective cohort study. *Dis Colon Rectum* 2016;59:529–34.
19. van Randen A, Bipat S, Zwinderman AH, ym. Acute appendicitis: meta-analysis of diagnostic performance of CT and graded compression US related to prevalence of disease. *Radiology* 2008;249:97–106.
20. Kim K, Kim YH, Kim SY, ym. Low-dose abdominal CT for evaluating suspected appendicitis. *N Engl J Med* 2012;366:1596–605.
21. Sammalcorpi HE, Mentula P, Leppaniemi A. A new adult appendicitis score improves diagnostic accuracy of acute appendicitis—a prospective study. *BMC Gastroenterol* 2014;14:114.
22. Andeweg CS, Wegdam JA, Groenewoud J, ym. Toward an evidence-based step-up approach in diagnosing diverticulitis. *Scand J Gastroenterol* 2014;49:775–84.
23. Salminen P, Tuominen R, Paajanen H, ym. Five-year follow-up of antibiotic therapy for uncomplicated acute appendicitis in the APPAC randomized clinical trial. *JAMA* 2018;320:1259–65.

SIDONNAISUUDET

Päivi Rahkola-Soisalo: Apuraha (Lääketieteen Säätiö 2018–2019), Korvaukset koulutus -ja kongressikuluista (Olympus)

Päivi Härkki: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Gedeon Richter Nordics AB)

Piia Pulkkinen: Ei ilmoitusta sidonnaisuuksista

Hanna Savolainen-Peltonen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Mylan, Exeltis), korvaukset koulutus -ja kongressikuluista (MSD),

luottamustoimet (Suomen Menopausitutkimusseura (puheenjohtaja), Synnytys- ja naistentautien tutkimussäätiö (sihteeri), Suomen fertilitetiyhdistys (hallituksen jäsen), Runsaat kuukautiset Käypä hoito -suosituksen päivitys 2018)

VASTUUTOIMITTAJA

Merja Laine