

Katri Hamunen, Reetta Sipilä, Vuokko Jernfors ja Päivi Härkki

Endometriosis kivun hoito

Endometriosis on hedelmällisessä iässä olevien naisten sairaus, joka aiheuttaa kuukautiskierron mukaan toistuvia voimakkaita alavatsan ja lantion alueen kipuja. Lisäksi voi esiintyä pitkäaikaista jatkuvaa kipua, kuukautiskierrosta riippumattomia kivun pahenemisvaiheita sekä yhdyntään, ulostamiseen tai virtsaamiseen liittyvää kipua. Luottamuksellinen hoitosuhde, kivun systemaattinen arviointi sekä yksilöllinen ohjaus luovat lähtökohdat kivun hoidon onnistumiselle. Endometriosispotilaista suurimman osan kipu saadaan hyvin hallintaan tavallisilla särkylääkkeillä ja yhdistelmäehkäisy- tai keltarauhashormonivalmisteilla yhdessä lääkkeettömien menetelmien kanssa. Osalla potilaista esiintyy voimakkaita elämänlaatua sekä työ- ja toimintakykyä heikentäviä kipuja. Vaikean endometriosis kivun moniammatillisessa hoidossa käytetään neuropaattisen kivun lääkkeitä, fysioterapeuttisia ja psykologisia kivunhallintakeinoja sekä sakraalista neuromodulaattoria. Heikkojen opioidien käyttö tulee rajata kivun pahenemisvaiheisiin ja vahvojen opioidien käyttö sairaalahoitoon.

Endometriosis on krooninen, hyvänlaatuinen ja tulehduksellinen tauti. Noin 5–10 %:n hedelmällisessä iässä olevista naisista arvioidaan sairastavan sitä. Taudilla on perinnöllisyyden taipumus, sillä endometriosisa sairastavan naisen siskon tai tyttären riski sairastua samaan tautiin on kaksinkertainen (1).

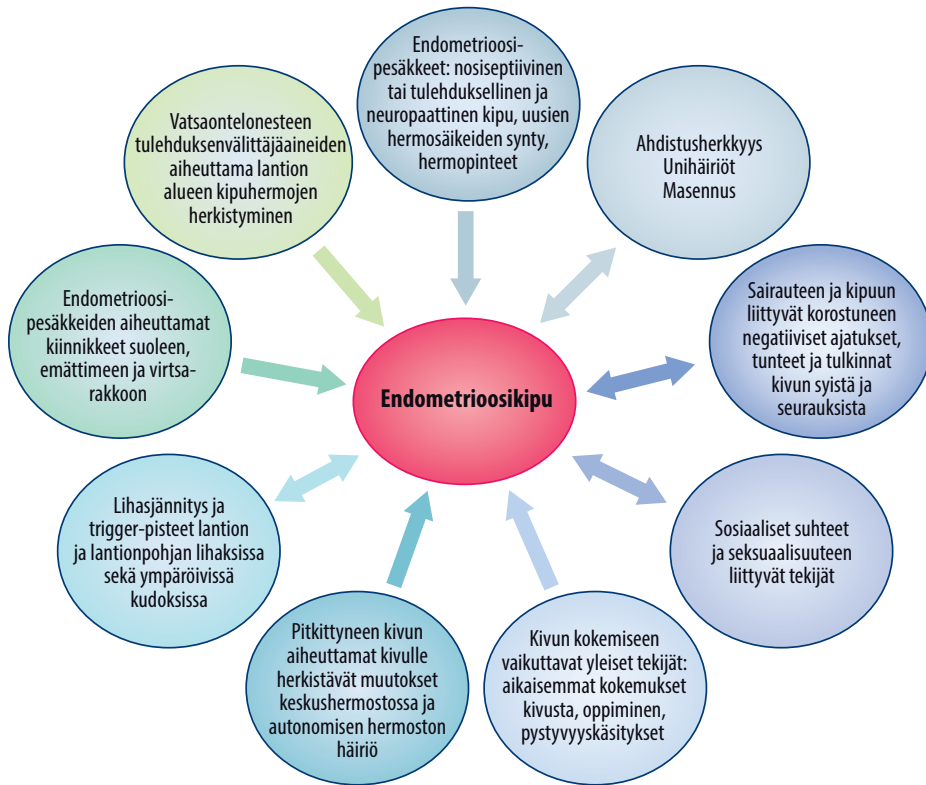
Endometriosis voi pahimmillaan aiheuttaa voimakkaita kipuja tai lapsettomuutta, ja vaikutus naisen elämänlaatuun voi olla huomattava. Tyypilliset oireet ovat useita päiviä ennen kuukautisvuotoa alkavat kivut, joihin tulehduskipulääkkeet eivät tehoa riittävästi ja jotka aiheuttavat poissaoloja koulusta tai töistä. Diagnoosi voidaan tehdä tyypillisten oireiden perusteella ilman vatsaontelon tähytystä. Endometriosis voi esiintyä pinnallisina vatsaontelon pesäkkeinä, munasarjan endometriosisikystina tai lantion alueen elinten syvinä pesäkkeinä (2). Vaihdevuosien jälkeen munasarjojen estrogeenituotanto vähenee ja tauti vähitellen sammuu.

Endometriosiskipu

Useimmilla endometriosispotilailla on syklisesti toistuvaa kuukautisten yhteydessä ilme-

nevää kipua. Tämän lisäksi voi esiintyä pitkäaikaista jatkuvaa kipua, ajoittaisia voimakkaita kivun pahenemisvaiheita kuukautiskierrosta riippumatta sekä yhdyntään, ulostamiseen tai virtsaamiseen liittyvää kipua. Koetun kivun voimakkuus ei liity endometriosisipesäkkeiden kokoon. Kuten kaikki kipukokemukset, myös endometriosisista kärsivän potilaan kipukokemus on monitekijäinen ja moniulotteinen (**KUVA 1**).

Endometriosisin aiheuttama kipu voi olla nosiseptiivista, pääosin tulehduksellista, neuropaattista tai yhdistelmä näistä. Endometriosispotilaiden vatsaontelonesteessä on runsaasti tulehduksenvälittäjäaineita, prostaglandiineja, sytokiineja, hermo- ja verisuonikasvutekijöitä sekä kemokiineja, jotka aktivoivat ja herkistävät perifeerisiä nosiseptoreita (3). Muita kivun syntyyn osallistuvia mekanismeja ovat uusien hermosäikeiden synty endometriosisipesäkkeissä sekä autonomisen hermoston häiriö. Syvät endometriosisipesäkkeet voivat aiheuttaa hermopinteen tyypistä kipua kasvamalla hermojen ympärille. Kiinnikkeet sekä suolen tai emättimen seinämän endometriosisipesäkkeet voivat aiheuttaa mekaanista kipua. Kipu ai-



KUVA 1. Endometriosis kivun mekanismit ja kipukokemukseen vaikuttavia tekijöitä.

heuttaa lihasjännitystä lantionpohjan ja lantion alueelle.

Pitkittynyt kipu saa aikaan muutoksia keskushermostossa ja ääreiskudoksissa, jotka osaltaan ylläpitävät kipua ja voivat aiheuttaa

sen laajentumista alkuperäistä suuremmalle alueelle. Sairauteen ja kipuun liittyvät negatiiviset kognitiiviset, emotionaaliset, sosiaaliset ja seksuaalisuuteen liittyvät tekijät voivat voimistaa kipukokemusta sekä vaikeuttaa kivun kanssa pärjäämistä. Vaikeaan kipuun liittyy usein kuormittuneisuutta, mielialan huononemista, ahdistusta, unihäiriöitä sekä toiminta- ja työkyvyn heikkenemistä.

TAULUKKO 1. Endometriosispotilaan kivun arviointi.

Kivun sijainti, voimakkuus, luonne (särky, kouristus, viiltävä kipu jne.) ja suhde kuukautiskiertoon
Ajoittaisen tai jatkuvan kivun esiintyminen
Kivun suhde suolen ja rakon toimintaan
Yhdyntäkivun esiintyminen
Aiemmat endometriosisleikkaukset ja niiden vaikutus kipuun
Kipua pahentavat ja lievittävät tekijät
Kivun vaikutus toimintakykyyn, uneen ja mielialaan
Potilaan voimavarat ja kuormitustekijät
Muut pitkittyneet kiputilat
Käytössä oleva kipulääkitys ja sen vaikutus kipuun, lääkeyksen haittavaikutukset
Käytössä olevat lääkkeettömät kivunlievityskäytännöt

Endometriosispotilaan kivun arviointi

Endometriosis kivun hyvään hoitoon kuuluu alusta lähtien potilaan kiputilanteen kokonaisvaltainen arviointi **TAULUKON 1** mukaisesti. Näiden lisäksi on hyvä kartoittaa, onko potilas korostuneen huolestunut tai toivoton kivun suhteen (”mikään ei auta”), onko hänellä ollut paljon päivystyskäyntejä kivun vuoksi sekä onko viitteitä kipulääkkeiden, erityisesti opioidien, lääkärin ohjeen vastaisesta käytöstä tai



KUVA 2. Endometriosikivun hoitopolku.
GnRH = gonadotropiinin vapauttajahormoni

ei-lääkinnällisestä käytöstä. Mainitut seikat antavat aiheen ohjata potilas moniammatilliseen arvioon, jotta potilas saa ohjausta yksilölliseen ja monipuolisempien kivunhallintakeinojen käyttöön sekä taitoa havainnoida kipuaan neutraalimmin.

Kipuja ja muita oireita voi seurata kipujanalla (VAS-asteikko) esimerkiksi endometriosin potilasyhdistys Korento ry:n kehittämällä Moona-mobiilisovelluksella.

Endometriosikivun hoito

Hoidon tavoitteena on kivun lievittäminen, elämänlaadun, työ- ja toimintakyvyn parantaminen sekä kivun mahdollisten seurannaisvaikutusten kuten masennuksen, ahdistuksen ja uniongelmiin varhainen tunnistaminen ja hoitaminen.

Luottamuksellinen hoitosuhde, potilaan omien näkemysten ja tavoitteiden kartoittaminen sekä informaatio pitkittyneestä kivusta ja sen hoitomenetelmistä luovat lähtökohdat kivun hoidon onnistumiselle. Vaikeasta kivusta kärsivälle potilaalle kokemus kuulluksi tulemisesta on erityisen tärkeää. Hyvän hoitosuhteen rakentaminen vaatii alkuvaiheessa riittävän pitkän vastaanottoajan mutta maksaa itsensä takaisin myöhemmin.

Lääkkeettömät menetelmät kuuluvat gynekologisten hoitomuotojen ja kipulääkityksen rinnalle hoidon alusta lähtien (**KUVA 2**). Ammatillaisen tuki lääkkeettömien menetelmien käyttöön on tärkeää. Vakuuttavuutta potilasohjaukseen antaa, kun hoitava henkilö on ensin perehtynyt suositteliemiinsa materiaaleihin. Potilaille suunnattuja materiaaleja endometriosista ja kivun hoidosta esitetään **TAULUKOSA 2**.

Endometriosipotilaan kivun hoitopolku esitetään **KUVASSA 2**. Perusvastuu pitkäaikaisen kivun hoidosta kuuluu perusterveydenhuololle (4). Erikoissairaanhoidossa tehdyn arvioinnin ja hoitointerventioiden jälkeen hoito palaa perusterveydenhuoltoon tai avohoidon gynekologin vastaanotolle. Työkyvyn ja kuntoutuksen tarpeen arviointi kuuluvat perusterveydenhuoltoon. Selvät hoitovastuut ja sujuvat konsultaatioreitit erikoissairaanhoitoon tukevat pitkäaikaisen kivun hoidon jatkuvuutta.

Gynekologinen hoito. Endometriosikipua pyritään lievittämään erilaisilla hormonihoidoilla, jotka vähentävät tautia ylläpitävää estrogeenituotantoa ja kipuhermojen määrää pesäkkeissä sekä rauhoittavat tulehdusta. Yleisimmin käytetyt hormonihoitot ovat yhdistelmäehkäisyvalmisteet (tabletit, laastarit, emätinrenkaat), keltarauhashormonit tai hormonikierukat.

TAULUKKO 2. Hyödyllisiä materiaaleja endometriosisipotilaan ohjaukseen ja itsehoitoon.

Lähde	Sisältö
www.naistalo.fi	Potilaille suunnattua tietoa endometriosisista ja sen hoidosta
https://korento.fi	Potilasjärjestö Korennon sivusto, josta löytyy tietoa ja vertaistukea gynekologisista sairauksista kärsiville potilaille
https://www.moona.info	Korento ry:n Moona-oirepäiväkirja kuukautiskierron, oireiden ja kivun seurantaan
www.kivunhallintatalo.fi	Tietoa pitkäaikaisesta kivusta ja sen hoidosta, itsehoito-ohjeita kivunhallinnan ja lääkehoidon tueksi
www.kuntoutumistalo.fi	Oppaita omahoitoon: Lantionpohjan lihasten harjoitteluopas, Lantionpohjan lihassjännityksen kuntoutusopas, Opas omien voimavarojen tunnistamiseen ja vahvistamiseen, Opas virtsarakon kouluttamiseen, Ulostamisongelmien kuntoutusopas, Opas hyvään ryhtiin
www.mielenterveystalo.fi	Oppaita omahoitoon: TYYNI – hyväksyvä tietoinen läsnäolo, Unettomuuden omahoito, Ahdistuksen omahoito, Seksuaalisuuden omahoito
www.oivamieli.fi	Harjoitteita kehon ja mielen rauhoittamiseen ja psykologiseen työskentelyyn
www.retrainpain.org	Tietoa pitkäaikaisesta kivusta, sen hoidosta ja elämisestä sen kanssa. Sisältöä saatavilla useilla eri kielillä (mm. suomi, ruotsi, englanti, venäjä)

Kipu lievittyy tehokkaimmin, jos vuodot saadaan loppumaan lääkkeillä. Edellä mainituista lääkkeistä valitaan naiselle parhaiten sopiva vaihtoehto. Mikäli kipuja ei saada hallintaan näin, valitaan toissijaiset hormonilääkkeet (GnRH-agonisti ja aromataasin estäjä) (**KUVA 2**). Näillä pyritään vähentämään vielä voimakkaammin sekä munasarjojen että lihass- ja rasvakudoksen estrogeenituotantoa (5,6).

Leikkaushoito on aiheellinen, mikäli lääkehoito ei auta. Leikkauksessa pyritään poistamaan endometriosisipesäkkeet, palauttamaan normaali anatomia ja säilyttämään hedelmällisyys. Tauti voi uusiutua leikkauksen jälkeenkin, joten hormonihoidon on edelleen tarpeen. Lääkehoitoa suositellaan jatkettavaksi vaihdevuosiin asti, ja se tautotetaan vain raskaustoiveen aikana (5).

Pitkittyneen kivun lääkehoito. Tutkimusnäyttö endometriosisikivun muusta kuin hormonaalisesta lääkehoidosta on niukka. Tulehduskipulääkkeet ovat ensisijainen hoitovaihtoehto. Hoitovaste perustuu niiden tehoon vähentää kohdun limakalvon erittämää prostaglandiinia, vaimentaa kipuhermopäätteiden herkkyyttä sekä endometriosisikivun tulehdus-sellista komponenttia.

Tulehduskipulääkkeillä saadaan katkaistuksi noidankehä, jossa estrogeeni stimuloi prostaglandiinin tuotantoa, joka puolestaan stimuloi

estrogeenisynteesiä. Cochrane-katsauksessa, jossa selvitettiin tulehduskipulääkkeiden tehoa endometriosisikivun hoidossa, löydettiin aiheesta ainoastaan yksi pieni 20 henkilön tutkimus (7). Kliinisen kokemuksen perusteella tulehduskipulääkkeiden tehossa ja siedettävyydessä voi olla potilaskohtaisia eroja. Tulehduskipulääkkeen vaikutuksen tehostamiseksi sen rinnalle voidaan liittää parasetamoli, mikäli potilas kokee hyötyvänsä yhdistelmästä (4). Näyttöä rutiinimaisen yhdistämisen tueksi ei ole.

Endometriosisikivun mekanismien ja kliinisen kokemuksen perusteella pitkäaikaisen kivun hoitoon käytettäviä lääkkeitä kannattaa kokeilla silloin, kun ensisijainen lääkitys ei lievitä kipua riittävästi (**KUVA 2**) (4). Tutkimusnäyttöä näiden lääkkeiden tehosta tai siedettävyydestä endometriosisikivun hoidossa ei ole. Neuroopaattisen kivun ensisijaiset lääkkeet on esitetty **TAULUKOSSA 3**.

Gabapentiini ja pregabaliini ovat yleensä melko hyvin siedettyjä. Niiden ahdistusta lievitävä vaikutus voi olla hyödyllinen vaikeasta kivusta kärsivälle potilaalle. Ami- tai nortriptyliini on hyvä valinta, jos potilaalla on unettomuutta tai yöaikaista kipuja. Venlafaksiini tai duloksetiini kannattaa valita kipulääkkeeksi erityisesti silloin, kun potilaalla on samanaikaista mielialan heikkenemistä tai ahdistusta. Gabapentiinin tai pregabaliinin rinnalle voidaan

TAULUKKO 3. Neuropaattisen kivun ensisijaiset lääkkeet.

Lääke	Aloitusannos	Enimmäisannos	Huomioitavaa
Gabapentiini	300 mg x 1–2 Suurena annosta 300–600 mg 3–7 vrk:n välein	1 200 mg x 3	Ei farmakokineettisiä yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa
Pregabaliini	75 mg x 1(–2) Suurena annosta 75–150 mg/vk	300 mg x 2	Ei farmakokineettisiä yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa
Amitriptyliini tai nortriptyliini	10–25 mg iltaisin 1–2 tuntia ennen nukkumaanmenoa Suurena annosta 10 mg/vk annokseen 30–75 mg x 1	75–100 mg iltaisin	Serotonerginen vaikutus Antikolinergiset häiritsevät vaikutukset, erityisesti suun kuivuminen, ummetus, sydämen tykytys, väsyttävä
Duloksetiini	20–30 mg aamuisin aterian jälkeen, suurena annosta 3–4 viikon välein annokseen 120 mg x 1	120 mg aamuisin	Yhteisvaikutuksia muiden serotonergisesti vaikuttavien lääkkeiden kanssa (masennuslääkkeet, tramadoli) Estää kodeiinin aineenvaihduntaa morfiiniksi (heikentää tehoa)
Venlafaksiini	37,5–75 mg x 1 aamuisin, suurena annosta 3–4 viikon välein annokseen 150 mg x 1	150 mg aamuisin	Yhteisvaikutuksia muiden serotonergisesti vaikuttavien lääkkeiden kanssa (masennuslääkkeet, tramadoli)

yhdistää jokin edellä mainituista masennuslääkkeistä, kun yhdellä lääkkeellä ei saavuteta riittävää vastetta. Lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutusriskit tulee arvioida potilaskohtaisesti (TAULUKKO 3).

Pitkäaikaisen kivun toissijaisia lääkkeitä ovat lamotrigiini ja okskarbatsepiini. Näiden lääkkeiden käytöstä kannattaa konsultoida kivun hoitoon perehtynyttä lääkärää. Estrogeenit ja niitä sisältävät ehkäisyvalmisteet voivat pienentää lamotrigiinin pitoisuutta plasmassa jopa 50 %. Okskarbatsepiini puolestaan heikentää hormonaalisten ehkäisyvalmisteiden tehoa.

Opioideja käytetään usein vaikean endometriosikivun hoitoon, vaikka näyttää lääkityksen tehosta tai turvallisuudesta pidempiaikaisessa käytössä ei ole. Opioidilääkitykseen liittyy muun muassa riippuvuuden, toleranssin, mielialaongelman pahentumisen ja kivulle herkistymisen riski, joten niiden käyttöä on harkittava huolellisesti (4,8). Potilaan nuori ikä, ahdistusherkkyys ja kipuun liittyvä kuormittuneisuus näyttävät lisäävän opioidien käytön pitkittymistä. Heikot opioidit tulee varata pahentumisvaiheiden tilapäiseen hoitoon ja vahvat opioidit vain sairaalakäyttöön. Sairalahoidossakin opioidit tulee antaa suun kautta. Kivun pahentumisvaiheessa aloitetun opioidilääkityksen purkamisesta tulee tehdä selvä suunnitelma ja varmistaa potilaan seuranta.

Fysioterapeuttiset menetelmät. Endometriosisin aiheuttama pitkittynyt kipu lisää lantionpohjan lihasten tiukkuutta ja heikentää niiden joustavuutta (9). Lihaksen lyhentymisen haittaa rentoutumista ja voiman tuottamista. Samalla lihasta ympäröivä kudus kiristyy, ja lihasjuosteessa olevat trigger- eli liipaisinpisteet voivat herkistyä. Jännittyneisyys ja kipu voivat siirtyä lantionpohjasta koko lantiorenkkaan alueelle.

Fysioterapian tavoitteena on lievittää kipua, parantaa lantionpohjan ja lantiorenkkaan kudosten rentoutumista sekä lantion asentoa ja ryhtiä tai vähentää kivun pelkoa. Käytettävät menetelmät, hoitokertojen tiheys ja hoitajakson pituus vaihtelevat potilaan yksilöllisen lähtötilanteen ja erilaisten tutkimuslöydösten perusteella (10).

Terapeuttisen harjoittelun avulla voidaan vähentää lantionpohjan lihasten yliaktiivisuutta ja parantaa lantiorenkkaan kiinnittyvien lihasten yhteistoimintaa. Biopalautehoidon avulla potilas oppii tunnistamaan lantionpohjan lihasten rentouttamisen. Potilas saa myös tarvittavat kotiharjoitteet koko lantiorenkkaan stabiiliuden ja joustavuuden parantamiseen. Erilaisten manuaalisten terapioiden ja tekniikoiden avulla voidaan lisätä lantion ulkopuolisten kudoksien joustavuutta ja venyttää lantionpohjan lihaksia intravaginaalisesti.

Transkutaanisen hermostimulaation (TENS,

Ydinasiat

- ▶ Pitkäaikaisen kivun hoito perustuu luotamukselliseen hoitosuhteeseen, kivun systemaattiseen arviointiin sekä ammatilaisen ohjaamaan itsehoitoon.
- ▶ Paras tulos endometriosisivun hoidossa saadaan yhdistämällä potilaskohtaisesti räätälöity lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito.
- ▶ Vaikean endometriosisivun hoidossa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä.

TNS) ajatellaan lievittävän kipua estämällä kipusignaalin kulkua kyseisen segmentin alueella selkäytimessä, aktivoimalla kivun laskevaa jarrujärjestelmää sekä lisäämällä muun muassa kivun säätelyyn osallistuvien serotoniinin, endogeenisten opioidien ja noradrenaliinin eritystä. Elektrodit voidaan sijoitella kipeälle alueelle, spinaaliselle tasolle L1–S3 tai intravaginaalisesti joko kahdella tai neljällä elektrodilla (11,12). Rauhallisen hengittämisen, lämpö- ja kylmähoidon, välilihan hieronnan tai emättimen dilataattorien avulla pyritään rauhoittamaan hermoston yliaktiivisuutta. Myös akupunktiosta voi olla hyötyä (13).

Fysioterapeutin antamalla elämäntapaohjauksella motivoidaan potilasta säännölliseen liikkumiseen, esimerkiksi joogan, pilateksen tai kävelyn harrastamiseen. Nämä liikuntamuodot auttavat muun muassa kehon ja mielen rauhoittamisessa. Tarvittaessa potilasta ohjataan virtsarakon harjoittamiseen sekä optimaaliseen virtsaamis- ja ulostamisasentoon.

Psykologinen konsultaatio. Kuten kaikessa pitkittyneessä kivussa, myös endometriosisiin liittyvässä kivussa psykologiset tekijät ovat mukana sekä kivun herkistymisprosessissa että kivun pysymisessä yllä. Kivun perimmäinen tehtävä on hälyttää vaarasta ja vahingosta, ja siksi kipu aktivoi luontaisesti ahdistusta, huolta ja pelkoa. Voimakas ja ennakoimaton kipu horjuttaa herkästi turvallisuuden tunnetta ja nostaa esiin pelkoja kivun syystä, alkuperästä ja merkityksestä. Mikäli pitkittynyt kipu aina voimistuessaan herättää voimakkaita tunnereaktioita ja

huolijatuksia, muuttuu se hiljalleen noidankehämäisesti kipua ylläpitäväksi tekijäksi.

Korostuneimmillaan kipuun liittyvä huolitaipumus näyttäytyy katastrofointina. Sillä tarkoitetaan irrationaalista negatiivista tulkintaa kivusta ja sen vaikutuksesta potilaan elämään. Katastrofointi pitää sisällään liioitellun huolen kivun vaikutuksesta sekä oireen vakavuudesta. Potilaan on vaikea suunnata huomiotaan pois kivusta sekä hallita kipuun ja sen uhkaan liittyviä ajatuksiaan. Korostuneen huolen ja katastrofoinnin yhteydessä potilaan mieli ja keho askaroivat jatkuvasti kivun aiheuttaman epämiellyttävän tunteen parissa. Kivun hyvä hallintaan saaminen edellyttää myös näiden negatiivisten tunteiden sekä huolijatusten tunnistamista yhdessä potilaan kanssa. On tärkeää löytää keinoja, joilla potilas voisi itse rauhoittaa kehoaan ja mieltään. Hyvän hoidon kannalta on tärkeää, että korostunut huoli- ja katastrofointitaipumus tunnistettaisiin varhain.

Nukkumiseen liittyvät ongelmat ovat tavallisia kivusta kärsivillä. Kipu ja huono uni vaikuttavat toisiinsa kahdensuuntaisesti. Pitkään jatkuneen unettomuuden tiedetään herkistävän kivulle ja lisäävän riskiä esimerkiksi leikkauksen jälkeisen kivun pitkittymiselle. Toisaalta kipu häiritsee unta monin tavoin, vaikeuttaa tyypillisimmin nukahtamista ja herättelee yön aikana. Ne psykologiset tekijät, jotka vaikuttavat myös kivun pitkittymisen riskiin (esimerkiksi ahdistus, huolitaipumus ja oiretarkkailu), ovat myös tekijöitä, jotka voivat olla taustalla unettomuuden noidankehän syntymisessä (14). Hyvä unen huolto sekä samat kehon ja mielen rauhoittamiseen tähtäävät harjoitukset, joita käytetään kivunhallinnassakin, toimivat hyvin molempien oireiden hallinnassa.

Kipukokemukseen vaikuttavat kaikki elämänvarrella koetut asiat, muun muassa varhainen kiintymyssuhde, ihmissuhteet, tunteiden ilmaisun helppous tai vaikeus sekä tunnesäätelyyn liittyvät tekijät. Näiden asioiden tunnistaminen osana psykologista arviota on tärkeää.

Psykologin tulee selvittää myös kivun yhteydessä mahdollisesti esiintyvää masennusoireilua tai ahdistusta. Mielialatekijöiden hyvä hoito kivun hoidon rinnalla on välttämätöntä, jotta kivun hoitoon suunnitellut toimenpiteet toimi-

vat. Mielialaoireet vaikuttavat siihenkin, kuinka potilas jaksaa sitoutua hoitoonsa, ja niiden hoito auttaa potilasta löytämään tapoja tulla kivun ja muiden endometrioosin aiheuttamien vaivojen kanssa paremmin toimeen.

Mielialaoireet, ahdistus, uniongelmat, kipuun liittyvät korostuneet tunnereaktiot ja huolitaipumus sekä katastrofointi ovat aiheita lähettää potilas psykologin konsultaatioon. Yleensä tällainen on saatavilla osana moniammatillista arviota kipu(poli)klinikassa.

Moniammatillinen hoito. Vaikean endometrioosikivun hoidossa tarvitaan useiden erikoisalojen ja ammattiryhmien yhteistyötä. Endometrioosin hoitoon perehtyneitä työryhmiä on Suomessa perustettu useisiin sairaaloihin. HUS:n Naistenklinikkan endometrioosityöryhmään kuuluu endometrioosiin perehtyneitä gynekologeja, hedelmällisyyslääkäreitä, kivun hoitoon perehtynyt anestesiologi, psykologi, fysioterapeutteja ja sairaanhoitajia. Muiden erikoisalojen, kuten radiologian, gastrokirurgian, urologian, seksologian, ravitsemusterapian ja psykiatrian edustajia konsultoidaan tarpeen mukaan. Työryhmä suunnittelee ja seuraa vaikeasta endometrioosista kärsivien potilaiden hoitoa.

Sakraalinen neuromodulaattori on implantoitava laite, joka lähettää heikkoja sähkö-

signaaleja rakon ja suolen toiminnasta vastaaville hermoille. Sen avulla hoidetaan esimerkiksi ulosteepidätysvaikeuksia, ummetusta, yliaktiivista rakkoa, virtsaumpea ja lantionpohjan kipua. Suomessa on käynnissä monikeskustutkimus laitteen tehosta vaikean endometrioosikivun hoidossa, ja alustavia tuloksia odotetaan lähiaikoina.

Lopuksi

Suurimman osan endometrioosipotilaista kipu saadaan hyvin hallintaan tavallisilla särky lääkkeillä, yhdistelmäehkäisy- tai keltarauhashormonivalmisteilla ja lääkkeettömällä menetelmällä. Pienellä osalla kipu voimistuu tai kroonistuu. Tällöin turvaudutaan voimakkaisiin hormonihoitoihin, kipulääkkeisiin, leikkauksiin ja laajempiin lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin. Kroonisen kivun hoitaminen onnistuu parhaiten moniammatillisesti, jolloin pystytään suunnittelemaan hoitoa kokonaisvaltaisesti ja ottamaan huomioon kunkin naisen yksilölliset tarpeet. Endometrioosia tutkitaan laajalti, ja tulevaisuudessa toivotaan saatavan uusia, turvallisia, ei-hormonaalisia taudin syntymekanismiin vaikuttavia lääkkeitä (1). ■

KATRI HAMUNEN, dosentti, anestesiologian erikoislääkäri

Helsingin yliopisto ja HUS, leikkaussalit, teho- ja kivun hoito, kipuklinikka

REETTA SIPILÄ, psykologian tohtori, psykologi

Helsingin yliopisto ja HUS, Uusi lastensairaala, Kansallinen lasten ja nuorten kivunhoidon- ja tutkimuksen keskus

VUOKKO JERNFORS, fysioterapeutti

HUS, sisätaudit ja kuntoutus, fysioterapia

PÄIVI HÄRKKI, dosentti, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri

Helsingin yliopisto ja HUS, naistentaudit ja synnytykset

VASTUUTOIMITTAJA

Hanna Savolainen-Peltonen

SIDONNAISUUDET

Katri Hamunen: Apuraha (Kyowa Kirin), luottamustoimet (Nordic Education in Advanced Pain Medicine, puheenjohtaja), hankkeet (STM Kroonisen ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma 2017–2020, Palliatiivinen hoito ja saattohoito Käypä hoito suositus 2019)

Reetta Sipilä: Luottamustoimet (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry (SKTY), Psykologitoimikunnan jäsen, tutkimustoimikunnan jäsen, Scandinavian Association for the Study of Pain (SASP), board member)

Vuokko Jernfors: Luottamustoimet (Terveyskylän Kuntoutumistalon avoimien sivujen ja digihoitopolkujen sisällöntuotto: naisten lantionpohjan kuntoutus)

Päivi Härkki: Apuraha (Valtion tutkimusraha endometrioositutkimukseen 2021), luottamustehtävät (Gynekologisen kirurgian seuran hallitus 2002–2019, Nordic Society on Gynaecological Endoscopy hallitus 2015–)

KIRJALLISUUTTA

1. Taylor HS, Kotlyar AM, Flores V. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *Lancet* 2021;397:839–52.
2. Suvitie P. Milloin epäilen endometriosia? *Suom Lääkäril* 2020;75:884–90.
3. Huhtinen K, Perheentupa A, Poutanen M, ym. Endometriosisin patogeneesistä. *Duodecim* 2011;127:1827–35.
4. Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim 2017 (viitattu 6.9.2021). www.käypähoito.fi
5. Härkki P, Heikkinen A-M, Setälä ML. Endometriosisin nykyhoito. *Duodecim* 2011;127:1837–47.
6. Uimari O, Terho A, Koivurova S, ym. Endometriosisin lääkkeellinen hoito. *Suom Lääkäril* 2020;75:896–901.
7. Brown J, Crawford TJ, Allen C, ym. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;1:CD004753.
8. Heiskanen T. Opioidien pitkäaikainen käyttö – punnitse turvallisuus. *Duodecim* 2020;136:2567–9.
9. Aredo J, Heyrana K, Karp B, ym. Relating chronic pelvic pain and endometriosis to signs of sensitization and myofascial pain and dysfunction. *Semin Reprod Med* 2017;35:88–97.
10. Bradley MH, Rawlins A, Brinker CA. Physical therapy treatment of pelvic pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2017;28:589–601.
11. de Bernardes NO, Marques A, Ganunny C, ym. Use of intravaginal electrical stimulation for the treatment of chronic pelvic pain: a randomized, double-blind, crossover clinical trial. *J Reprod Med* 2010;55:19–24.
12. Mira TA, Giraldo PC, Yela DA, ym. Effectiveness of complementary pain treatment for women with deep endometriosis through transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS): randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015;194:1–6.
13. Yang Xu, Wenli Zhao, Te Li, ym. Effects of acupuncture for the treatment of endometriosis-related pain: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0186616. DOI: 10.1371/journal.pone.0186616.
14. Partonen T, Tuisku K, Nikolakaras G, ym. Mistä unettomuushäiriössä on kyse? *Duodecim* 2020;136:2470–7.