

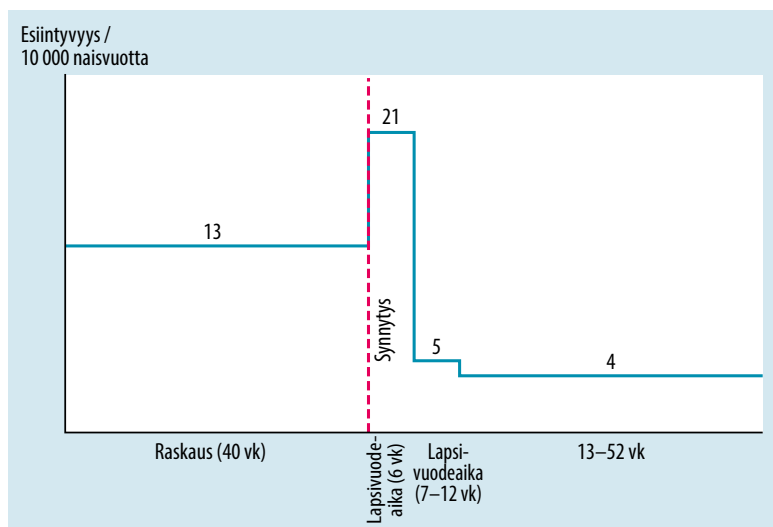
Päivi Galambosi, Veli-Matti Ulander ja Risto Kaaja

Raskaus ja laskimotukos

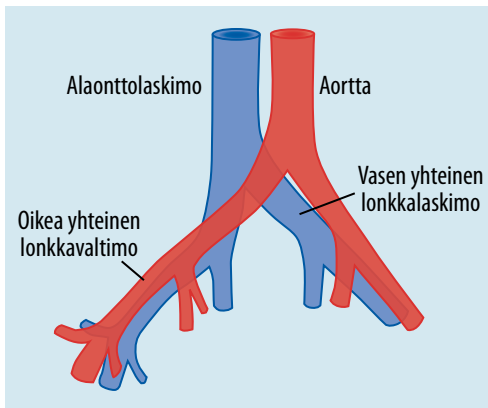
Raskaudenaikainen riski sairastua laskimotromboemboliaan on 5–10-kertainen, ja se suurenee lapsivuodeaikana 15–35-kertaiseksi verrattuna niihin, jotka eivät ole raskaana. Tähän liittyvä keuhkoembolia on Suomessa yleisin äitikuolleisuuden syy. Niiden, jotka ovat sairastaneet aiemmin laskimotromboembolian, tukosriski on suurin – etenkin, jos aiempaan tukokseen on liittynyt estrogeenialtistus. Keuhkoembolia voidaan diagnosoida raskaudenkin aikana keuhkovaltimoiden TT-angiografian avulla. Raskaudenaikainen laskimotromboembolia hoidetaan pienimolekyylisellä hepariinilla, jonka aiheuttama vuotoriski on vähäinen. Mahdollisen tukosprofylaksin tarve tulee arvioida raskauden alkaessa, jos nainen on aiemmin sairastanut laskimotromboembolian, hänellä on todettu tukostaipumus tai hänen ensimmäisen asteen sukulaisellaan on ollut laskimotromboembolia tai tukostaipumus.

Keuhkoembolia on Suomessa yleisin äitikuolleisuuden syy, joka aiheuttaa joka kolmannen äitikuoleman (1). Laskimotromboembolioita esiintyy kaikissa raskauden vaiheissa, ja niiden esiintyvyys on 0,5–2,2/1 000 raskautta (2–4). **KUVASSA 1** esitetään raskaudenaikaisten ja synnytyksenjälkeisten laskimotromboembolioiden esiintyvyyttä

(5–7). Raskaudenaikainen riski sairastua on 5–10-kertainen ja suurenee lapsivuodeaikana jopa 15–35-kertaiseksi verrattuna ei-raskaana oleviin naisiin, jotka ovat hedelmällisessä iässä (2). Riski sairastua laskimotromboemboliaan on suurin ensimmäisellä viikolla synnytyksen jälkeen (8). Se pienenee kahdentoista seuraavan synnytyksenjälkeisen viikon aikana siten,



KUVA 1. Laskimotromboembolian esiintyvyys raskauden aikana 10 000:ta naisvuotta kohden, lapsivuodeaikana ja naisilla, jotka eivät ole raskaana (5–7).



KUVA 2. May-Thurnerin anatomia.

että se on kymmenkertainen ei-synnyttäneeseen naiseen verrattuna kuuteen viikkoon asti ja kaksinkertainen 7–12 viikkoa synnytyksestä (5,9). Omassa tutkimuksessa laskimotromboemboolian riski oli jopa 37-kertainen ensimmäisellä viikolla synnytyksen jälkeen, mikä jälkeen se säilyi kaksinkertaisena lähes puoli vuotta synnytyksen jälkeen (9).

Tukostaipumus lisääntyy raskauden aikana

Estrogeenin määrän lisääntyminen lisää hyytymistekijäsynteesiä siten, että von Willebrandin tekijän sekä hyytymistekijöiden V ja VIII pitoisuudet lisääntyvät raskauden aikana. Trombiinin aktiivisuus ja sitä kautta fibriniin määrä lisääntyy. Samaan aikaan luonnollinen antikoagulaatio heikkenee proteiini S:n määrän vähenemisen ja aktivoituneen proteiini C:n resistenssin lisääntyessä. Fibrinolyysi vähenee raskauden aikana. Nämä kaikki muutokset johtavat raskausajan trombofiliaan, jonka tärkeänä tehtävänä on vahvistaa hemostaasia synnytyksen yhteydessä (10).

Progesteronin aikaansaama laskimoiden laajeneminen yhdessä kasvavan kohdun ja vähentyneen fyysisen aktiivisuuden kanssa aiheuttavat laskimoveren tungoksen. Laskimoveren tungosta lisää vielä kasvavan kohdun aiheuttama vasemman yhteisen lonkkalaskimon puristuminen oikean yhteisen lonkkavaltimon alle näiden risteämiskohdassa, mikä hidastaa va-

semman alaraajan laskimopaluuta (11). Tämä niin kutsuttu May-Thurnerin anatomia esitetään KUVASSA 2.

Laskimotromboembooliat raskauden aikana

Laskimotromboembolioista 75–80 % on syvää laskimotukoksia, jotka painottuvat vasempaan alaraajaan. Loput 20–25 % tapauksista ovat keuhkoembolioita (12). Toisin kuin eiraskaana olevilla potilailla, raskaudenaikaiselle laskimotromboembolialle tyypillistä on sen proksimaalinen esiintyminen lonkka- tai reislaskimossa 70 %:ssa tapauksista. Vain noin 6 % laskimotromboembolioista esiintyy pohkeen alueella (13).

Vaikka yläraajan laskimotukos on harvainen, se voi liittyä koeputkihedelmöityshoidolla aikaansaatuun raskauteen, etenkin jos raskauden alussa on esiintynyt munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymä. Tällöin tukos sijaitsee yleisimmin kaula- tai solislaskimossa (14).

Sinustromboosi on harvainen (1,3/100 000/vuosi länsimaissa), mutta senkin esiintyvyys lisääntyy raskauden yhteydessä siten, että tapauksia todetaan 9/100 000 raskautta (15). Sinustromboosi aiheuttaa noin kolmasosan raskaudenaikaisista aivohalvauksista. Koska kuvantamistutkimusten, etenkin pään magneettikuvauksen käyttö akuutin päänsäryn ja kouristusten diagnostiikassa on lisääntynyt, sinustrombooseja diagnosoidaan aiempaa enemmän.

Muut raskaudenaikaista tukosriskiä lisäävät tekijät

TAULUKOSSA 1 esitetään raskaudenaikaisen tukoksen riskiä lisäävät tekijät. Tukosriski on suurin niillä, jotka ovat sairastaneet aiemmin laskimotromboemboolian. Se lisää raskaudenaikaisen uusintatukoksen riskin 3–4-kertaiseksi verrattuna niihin, jotka eivät ole sairastaneet tukosta aiemmin. Peräti 15–25 % raskaudenaikaisista laskimotromboembolioista onkin uusintatukoksia. Aiempaan laskimotromboemboliaan altistaneet tekijät vaikuttavat merkittävästi riskin suuruuteen. Ohimeneviin riskitekijöihin

(vamma, kirurgia tai yli neljän tunnin paikallaan istuminen, esimerkiksi lentomatkustaminen) liittynyt aiempi laskimotromboembolia lisää uusintatapahtuman riskiä vain vähän.

Jos aiempaan tukokseen on sen sijaan liittynyt estrogeenialtistus (aiempi raskaus tai yhdistelmäehkäisy), on uusintatukoksen riski merkittävä, seuraavien raskauksien yhteydessä arviolta noin 10 %. Mikäli aiempi tukos ei ole selitettävissä millään riskitekijällä, on uusintatukoksen riski kuitenkin suurentunut verrattuna niihin, joiden tukoksen taustalla oli ohimenevä riskitekijä. Positiivisen sukuanamneesinkin on todettu lisäävän raskaudenaikaisen embolian riskiä (16).

Tukostaipumus aiheuttaa muutoksia hyytymistekijöihin ja altistaa laskimotromboembolioille. Perinnöllinen tai hankinnainen tukostaipumus todetaan myöhemmin jopa 20–50 %:lla laskimotromboembolian sairastaneista (17). Valkoihoisessa väestössä yleisin tukostaipumus on hyytymistekijä V -geenin mutaatio (FV Leiden), joka aiheuttaa resistenssin aktivoituneelle proteiini C:lle. Tämä mutaatio todetaan noin 2–3 %:lla suomalaisista (18). Protrombiinigeenin mutaatio lisää puolestaan trombiinin tuotantoa, ja sen esiintyvyys valkoihoisessa väestössä on noin 2 %. Tukosriskiä eniten lisäävänä tukostaipumuksena pidetään harvinaista antitrombiinin perinnöllistä vajausta, jonka esiintyvyys on 5–17/10 000 ihmistä. Antitrombiinivajauksen aiheuttama tukosriski on 7 % raskauden aikana ja 11 % lapsivuodeaikana.

Muita perinnöllisiä tukostaipumuksia ovat proteiini C:n ja proteiini S:n vajakset, joiden vuoksi veren hyytyminen lisääntyy hyytymistekijöiden V ja VIII hajottamisen vähenemisen seurauksena (17). Pysyvästi suuri FVIII:n pitoisuus on liitetty myös lisääntyneeseen raskaudenaikaiseen tukosriskiin etenkin niillä, joiden FVIII-pitoisuus on yli 166 IU/dl eli jotka kuuluvat ylimpään 5–10 persenttiin. Tukosriskin on todettu myös suurenevan 10 %:lla aina, kun FVIII-pitoisuus suurenee 10 IU/dl (19).

Fosfolipidivasta-aineoireyhtymä on yleisin hankinnainen tukostaipumus, joka diagnosoidaan, jos fosfolipidivasta-ainetestin on positiivinen kahdessa vähintään 12 viikon välein otetussa näytteessä (lupusantikoagulantti, kar-

TAULUKKO 1. Raskauteen liittyvää tukosriskiä lisäävät tekijät.

| Riskitekijä | Riskisuhte (95 %:n luottamusväli) | Viite |
|---|-----------------------------------|-------|
| Sairastettu laskimotromboembolia | 24,8 (17,1–36,0) | (4) |
| Perinnöllinen tukostaipumus | | |
| Antitrombiinin vajuus | 4,7 (1,3–17,0) | (43) |
| Heterosygoottinen FV-geenimutaatio | 8,3 (5,4–12,7) | (43) |
| Homosygoottinen FV-geenimutaatio | 34,4 (9,9–120,1) | (43) |
| Heterosygoottinen protrombiinigeenin mutaatio | 6,8 (2,5–18,8) | (43) |
| Homosygoottinen protrombiinigeenin mutaatio | 26,4 (1,2–559,3) | (43) |
| Proteiini C:n vajuus | 4,8 (2,2–10,6) | (43) |
| Proteiini S:n vajuus | 3,2 (1,5–6,9) | (43) |
| Hankinnainen tukostaipumus | | |
| Fosfolipidivasta-aineoireyhtymä | 15,8 (10,9–22,8) | (4) |
| Muut riskitekijät | | |
| Systeeminen lupus erythematosus | 8,7 (5,8–13,0) | (4) |
| Sydänsairaus | 7,1 (6,2–8,3) | (4) |
| Ikä yli 35 vuotta | 1,5 (1,1–2,2) | (33) |
| Lihavuus (painoindeksi yli 30 kg/m ²) | 9,7 (3,1–30,3) | (44) |
| Raskauspahoinvointi | 2,5 (2,0–3,2) | (4) |
| Liikkumattomuus | 7,7 (3,2–19,0) | (4) |
| Keinohedelmätyshoito | 4,4 (2,6–7,5) | (33) |
| Diabetes | 2,0 (1,4–2,7) | (4) |
| Kaksosraskaus | 2,7 (1,6–4,5) | (33) |
| Suunniteltu keisarileikkaus | 1,3 (0,7–2,2) ¹ | (4) |
| Kiireellinen keisarileikkaus | 4,0 (3,3–5,3) ¹ | (33) |
| Keisarileikkaus ja infektio | 6,2 (2,4–16,2) ¹ | (4) |
| Synnytyksen jälkeinen vuoto vähintään litran | 4,1 (2,3–7,3) ¹ | (4) |
| Tupakointi | 1,7 (1,4–2,1) | (4) |
| Anemia | 2,6 (2,2–2,9) | (4) |
| Enemmän kuin 3 aiempaa synnytystä | 1,9 (1,2–3,0) ¹ | (33) |
| Raskausmyrkytys | 3,1 (1,8–5,3) ¹ | (4) |

¹Synnytyksen jälkeinen riskisuhte FV = hyytymistekijä V

diolipiini- tai beeta2-glykoproteiini I -vastaaineet). Tämä löydös aiheuttaa laskimotromboembolian 0,5–30 %:lle potilaista (20). Suu-

rin tukosriski raskauden aikana on niillä, joilla kaikki kolme fosfolipidivasta-ainetta esiintyvät yhtä aikaa (21). Myös niiden tukosriski on suuri, joiden fosfolipidivasta-aineoireyhtymään liittyy aiempi laskimotromboembolia. Noin 5 %:lla tromboembolia voi esiintyä jopa tukosprofylaksista (pienimolekyylinen hepariini) tai varfariinihoidosta huolimatta raskauden aikana tai lapsivuodeaikana (22).

Muut raskaudenaikaista tukosriskiä lisäävät tekijät ovat lihavuus, tupakointi, keisarileikkaus, liikkumattomuus ja yli neljän tunnin matkustaminen (6). Koeputkihedelmoityshoito lisää etenkin niiden tukosriskiä, joilla hoitoon liittyy munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymä (6). Myös kirurgiseen toimenpiteeseen joutuminen raskauden aikana lisää tukosriskiä, raskauspahoinvointi puolestaan kuivumisen vuoksi (4). Raskaudenaikainen tukosriski on suurin tummaihoisilla ja pienin aasialaisperäisillä (4).

Laskimotromboemboolian diagnostiikka raskauden aikana

Alaraajaturvotus ja kipu ovat tyyppisiä syvän laskimotukoksen oireita. Keuhkoemboolian tyyppisiä oireita ovat puolestaan hengenahdistus ja tiheä sydämen syke. Näitä oireita esiintyy raskaana olevilla hyvin usein myös normaalitilanteessa. Siksi laskimotromboemboolioiden kliininen diagnosointi raskauden aikana on vaikeaa (23). Raskauden edetessä D-dimeeripitoisuus lisääntyy joka tapauksessa, joten sen käyttöä diagnostiikassa ei suositella (24). Alaraajalaskimoiden kaikukuvausta suositellaan, jos epäillään alaraajan laskimotukosta. Mikäli epäillään säären alueen syvää laskimotukosta ja ensimmäisen kaikukuvausten tulos on negatiivinen, on kaikukuvaus oireiden jatkuessa syytä uusia seitsemän vuorokauden kuluessa, koska se on epäherkkä tutkimus säären alueen syvissä laskimotukoksissa (25).

Keuhkoemboliaa epäiltäessä on hyvä ensin sulkea keuhkokuvan avulla pois muut oireita aiheuttavat syyt, kuten keuhkokuume ja ilmarrinta (10). Alaraajalaskimoiden kaikukuvauskin kannattaa, sillä jos todetaan alaraajan syvä laskimotukos, se hoidetaan samoin kuin keuh-

koembolia ja vältetään tarpeetonta säderasitusta (26). Mikäli edellä mainittujen tutkimusten löydökset ovat normaaleja ja keuhkoemboliaepäily säilyy, tehdään keuhkovaltimoiden TT-angiografia tai ventilaatio-perfuusiokuvaus, jotka ovat keuhkoemboolian diagnosoinnissa yhtä hyviä (26). Keuhkovaltimoiden TT-angiografialla voidaan myös havaita keuhkoemboliaan liittyvän sydämen oikean puolen kuormituksen merkit ja diagnosoida aortan dissekoituminen (27).

Näistä kuvantamistutkimuksista sikiölle koitua säderasitus on suunnilleen samansuuruisen ja selvästi alle epämuodostumia aiheuttavan riskirajan (28). Sen sijaan keuhkovaltimoiden TT-angiografia altistaa äidin rintarauhas-kudoksen 20–100-kertaiselle säderasitukselle ventilaatio-perfuusiokuvaukseen verrattuna, mikä on herättänyt huolen myöhemmästä rintasyöpäriskistä. Raskaana olevan naisen metabolisesti aktiivinen rintakudos on herkkä säteilylle (28).

Laskimotromboemboolian hoito raskauden aikana

Diagnoosin varmistuttua aloitetaan hoito pienimolekyylisellä hepariinilla. Tämä on vakiintunut yleisimmäksi raskaudenaikaisten laskimotromboemboolioiden hoitomuodoksi 1990-luvulta lähtien, koska se ei läpäise istukkaa, toisin kuin varfariini. Pienimolekyylisen hepariinin aiheuttama vuotoriski on myös vähäinen verrattuna aiemmin käytettyyn fraktioimattomaan hepariiniin (29). Toisin kuin fraktioimattoman hepariinin, raskauden aikana tai lapsivuodeaikana käytetyn pienimolekyylisen hepariinin ei ole todettu aiheuttavan osteoporoosia eikä siihen liittyviä nikamamurtumia (30).

Pienimolekyylisen hepariinin vaikutus perustuu antitrombiinin aktivoimiseen, joka puolestaan inaktivoi hyytymistiessä aktivoituneen hyytymistekijän X. Suomessa käytössä olevat kolme pienimolekyylistä hepariinia, daltepariini, enoksapariini ja tintsapariini, ovat yhtä tehokkaita ja turvallisia raskauden aikana (31).

TAULUKOSSA 2 esitetään eri valmisteiden painonmukaiset hoitoannokset. Pienimolekyylistä hepariinia jatketaan hoitoannoksella läpi ras-

TAULUKKO 2. Suositetut ihon alle annettavat pienimolekyylisen hepariinin annokset syvän laskimotukoksen tai keuhkoembolian hoidossa ja estossa sekä suositetut estohoitoannokset (25,30).

| Hoitoon suositetut annokset | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Aloitussanos | Paino raskauden alussa (kg) | | | |
| | < 50 | 50–69 | 70–89 | 90–109 ¹ |
| Enoksapariini (IU x 2/vrk) | 4 000 | 6 000 | 8 000 | 10 000 |
| Daltepariini (IU x 2/vrk) | 5 000 | 6 000 ² | 8 000 ³ | 10 000 |
| Tintsapariini IU x 1 | 8 000 ⁴ | 10 000 | 14 000 | 18 000 |

| Estohoitoon suositetut annokset | |
|---|------------------|
| Normaali estolääkitysannos ⁵ | |
| Enoksapariini | 4 000 IU x 1/vrk |
| Daltepariini | 5 000 IU x 1/vrk |
| Tintsapariini | 4 500 IU x 1/vrk |

¹ Jos potilas painaa yli 110 kg, konsultoi hyytymishäiriöiden hoitoon perehtynyttä sisätautilääkärää.

² Toteutus: 0,5 ml x 12 500 IU/ml x 2/vrk

³ Toteutus: 0,8 ml x 10 000 IU/ml x 2/vrk tai 3 500 IU/ml + 4 500 IU/ml x 2/vrk

⁴ Toteutus: 0,8 ml x 10 000 IU/ml x 1/vrk

⁵ Suurempia estolääkeannoksia voidaan käyttää, kun paino lisääntyy:

Enoksapariini 4 000 IU x 2/vrk

Daltepariini 10 000 IU x 1/vrk

Tintsapariini 10 000 IU x 1/vrk

IU = kansainvälinen yksikkö

kauden ja vähintään kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen tai ainakin siihen asti, kunnes laskimotromboemboolian toteamisesta on kulunut kolme kuukautta. Kolmen kuukauden hoidon jälkeen voidaan harkita annoksen vähentämistä 75 %:iin hoitoannoksesta tai profylaktiseen annokseen. Tällä pienennetyllä annoksella voidaan jatkaa, kunnes synnytyksestä on kulunut vähintään kuusi viikkoa (26,31). Plasman antifaktori X:n aktiivisuuden mittaamisen avulla tapahtuvaa rutiinimaista monitorointia ei suositella. Jaksoittaiset plasman antifaktori X:n aktiivisuuden mittaukset esimerkiksi 1–3 kuukauden välein voivat hyödyttää vain tiettyjen potilasryhmien annoksen säätelyssä. Tämä koskee esimerkiksi ali- ja ylipainoisia (< 50 kg tai > 90 kg), munuaisten vajaatoiminnan tai muun synn vuoksi vuotoriskissä olevia sekä asianmukaisesta estolääkityksestä huolimatta laskimotukoksen saaneita naisia. Jos plasman antifaktori X:n aktiivisuutta mitataan, tulisi pyrkiä pitoisuuteen 0,6–1,0 IU/ml 4–6 tunnin kuluttua ruiskeesta (31). Tukisukkien käyttöä suositellaan tukosraajan kivun ja turvotuksen vähentämiseksi (26). Hoito voidaan verenkierröllisesti epävakaita keuhkoemboliapotilaita lu-

kuun ottamatta toteuttaa kotona, eikä varhaisen mobilisaation ole todettu lisäävän alaraajan laskimotukoksesta kärsivän potilaan keuhkoemboliariskiä (32).

Laskimotromboemboolian hoito synnytyksen yhteydessä

Mikäli raskaana oleva nainen saa pienimolekyylistä hepariinia hoitoannoksena, synnytys suositellaan ajoitettavaksi niin, että viimeisestä ruiskeesta ennen mahdollista epiduraali- tai spinaalipuudutusta on kulunut vähintään 24 tuntia. Tällöin esimerkiksi lähellä laskettua aikaa olevan synnyttäjän synnytys voidaan käynnistää aamulla, jolloin edeltävän illan ja synnytysaamun annos voidaan jättää antamatta.

Mikäli pienimolekyylisen hepariinin antamista ennen synnytystä ei ollut mahdollista ajoittaa optimaalisesti, suureni synnytyksen jälkeisen vuodon ja hematoomien riski hoitoannosta käytettäessä 15 %:iin ja profylaktista annosta käytettäessä 9 %:iin tutkimuksessa, jossa mediaaniaika edeltävästä annoksesta synnytykseen oli vajaat yhdeksän tuntia. Vuotoriski on siten suurempi kuin synnyttäjillä, jotka eivät

TAULUKKO 3. Tukosprofylaksi pienimolekyylisellä hepariinilla raskauden aikana (42). Suositus on laadittu vertaamalla neljää eri raskaudenaikaista tukosprofylaksisuositusta (26,31,35 ja Hyks Naistensairaalan Haikarakansio, www.terveyskyla.fi).

| Aikaisempi syvä laskimotukos tai keuhkoembolia ja väistynyt riskitekijä (vamma, kirurgia, ≥ 4 tunnin matkustaminen) | |
|--|---|
| Tukosprofylaksi 6 viikkoa synnytyksen jälkeen | |
| Harkitse profylaksia raskausviikosta 28 alkaen, jos ≥ 3 muuta riskitekijää: | |
| Perussairaus (SLE, tulehduksellinen suolistotauti, sirp-pisolauti, talassemia, suonensisäisten huumeiden käyttö) | ≥ 3 aiempaa synnytystä |
| Painoindeksi > 30 kg/m ² | Koeputkihedelmoitus |
| Ikä > 35 vuotta | Munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymä (vain ensimmäisellä raskauskolmanneksella) |
| Aiempi pinnallinen tromboflebiitti | Kaksosraskaus |
| Hankalat suonikohjut | Raskausmyrkytys |
| Tupakointi | Kiireellinen keisarileikkaus (synnytys käynnissä) |
| Liikkumattomuus (esim. paraplegia) | Pitkittynyt synnytys (≥ 24 tuntia) |
| Sairaalahoito ≥ 3 päivää | Synnytykseen liittyvä kirurgia, ei repeämän korjaus |
| Kirurginen hoito raskauden aikana | Synnytyksenjälkeinen vuoto yli litran |
| | Ennenaikainen synnytys (< 37 raskausviikkoa) |
| | Kohtukuolema |
| Aikaisempi syvä laskimotukos tai keuhkoembolia ja trombofilia tai estrogeenialtistus | |
| Tukosprofylaksi ennen synnytystä (ensimmäiseltä raskauskolmannekselta alkaen) ja 6 viikkoa sen jälkeen | |
| Oireeton heterotsygootti FV/FII¹ | |
| Proteiini S:n tai C:n vajuus ² | |
| Heikko fosfolipidivasta-ainetilanne (pelkkä kardioliipinivasta-aine) | |
| Suvussa ³ tukostausta: tukosprofylaksi 6 viikkoa synnytyksen jälkeen | |
| Suvussa ³ ei tukostausta: tukosprofylaksia ei välttämätön edes synnytyksen jälkeen | |
| Oireeton homotsygootti FV/FII | |
| Yhdistynyt trombofilia (kaksi tai useampi eri trombofilia yhtaikaisesti) | |
| Antitrombiinivajaus | |
| Vahva fosfolipidivasta-ainetilanne (lupusantikoagulantti, beeta2-glykoproteiinivasta-aine tai ≥ 2 vasta-ainetta yhtaikaa) | |
| Ennen synnytystä (ensimmäiseltä raskauskolmannekselta alkaen) ja ainakin 6 viikkoa synnytyksen jälkeen | |
| Konsultoi herkästi hyyttymishäiriöihin perehtynyttä sisätautilääkärää | |

¹Kliinikko voi harkintansa mukaan suojata tilapäiset riskitilanteet (pitkä auto- tai lentomatka) kerta-annoksella pienimolekyylisiä hepariinia.

²Konsultoi herkästi hyyttymishäiriöihin perehtynyttä sisätautilääkärää.

³Ensimmäisen asteen sukulainen (vanhemmat, sisarukset, lapset)

FV = tekijä V Leiden -mutaatio, FII = protrombiinigeenin mutaatio

saaneet pienimolekyylisiä hepariinia (vuotorisiki 6 %) (33).

Jos synnytys alkaa spontaanisti, kovakalvon-ulkaisen verenpurkauman ja sen aiheuttaman parapareesin riskin vuoksi epiduraali- tai spinaalipuudutus voidaan antaa vasta, kun edellisestä hoitoannoksesta pienimolekyylisiä hepariinia on kulunut 24 tuntia. Profylaktisen annoksen jälkeen epiduraali- tai spinaalipuudutus voidaan antaa 10–12 tunnin kuluttua. Pienimolekyylinen hepariini voidaan aloittaa uudestaan 4–6 tuntia epiduraalikatettrin poiston jälkeen,

kunhan alaraajojen toiminnan palautuminen ja vuodottomuus on varmistettu (34).

Laskimotromboembolian esto raskauden aikana

Laskimotromboembolian estosta raskauden aikana on useita kansainvälisiä suosituksia. Ne eroavat toisistaan, koska ne perustuvat havainnoiviin tutkimuksiin tai ovat yleistyksiä ei-raskaana oleville tehdystä tutkimuksista. Satunnaisia eteneviä tutkimuksia aiheesta pi-

detään epäeettisinä, joten ne puuttuvat (34). **TAULUKOSSA 3** esitetään laskimotukoksen riskin arviointi ja hoito raskauden aikana ja lapsivuodeaikana (26,31,35).

Aiemmin laskimotukoksen sairastaneen naisen laskimotromboemboliariskin huolellinen arviointi ennen raskautta tai sen alkaessa on välttämätöntä, samoin niiden naisten, joilla on todettu tukostaipumus ja joiden ensimmäisen asteen sukulaisella on todettu laskimotukos tai tukostaipumus. Aiempaan laskimotukokseen liittyneet olosuhteet selvitetään. Uusintatukoksen riski on suurin, kun naisen aiempi tukos on ollut estrogeenialtistinen (36,37). Toiseksi suurimman riskin aiheuttaa ilman altistusta kehittänyt aiempi laskimotukos (31). Sen sijaan muun ohimenevän tekijän aiheuttama aiempaa tukosta pidetään tilana, jossa uusintatukosriski on pieni (38). Aiemmin laskimotukoksen sairastaneelle suositellaan tilanteen mukaan joko koko raskauden ajan kestävää tukosprofylaksia tai yleisimmin vähintään kuusi viikkoa kestävää lapsivuodeaikaista profylaksia.

Raskaudenaikaisen tukosprofylaksin hyöty oireettomille naisille, joilla on todettu tukostaipumus mutta ei aiempaa tukosta, on epäselvä. Suositukset ehdottavat yleensä raskaudenaikaista tukosprofylaksia naisille, joilla on todettu antitrombiinivajaus tai fosfolipidivasta-aineoireyhtymä, joiden tukostaipumus on homotsygoottinen tai joilla on todettu kaksi tai useampia trombofilioita yhtäaikaisesti (34).

Muutkin tukoksille altistavat tekijät tulee huolellisesti kartoittaa, kun pohditaan tukosprofylaksin aloittamista. Näitä tekijöitä ovat erityisesti ensimmäisen asteen sukulaisen laskimotukos, yli 35 vuoden ikä, ylipaino, liikkumattomuus, sairaalahoidot ja raskautta edeltäneet lapsettomuushoidot (etenkin, jos potilaalla on munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymä) sekä muut perussairaudet (sydän- ja munuaistaudit, systeeminen lupus erythematosus ja tulehdukselliset suolistotaudit).

Laskimotromboembolian eston kultainen standardi on pienimolekyylinen hepariini kerran päivässä ihon alle ruiskutettuna (39). **TAULUKOSSA 2** esitetään eripainoisille raskaana oleville suositellut profylaktiset annokset. Profylaksia pohdittaessa on myös huomioitava

Ydinasiat

- ▶ Raskaus on trombogeeninen tila.
- ▶ Keuhkoembolia on Suomessa yleisin äitiyskuolleisuuden syy.
- ▶ Laskimotromboembolian esiintyvyys raskauden aikana on 5–10-kertainen raskaana olemattomiin verrattuna.
- ▶ Suurimmillaan laskimotromboemboliariski on heti synnytyksen jälkeen.
- ▶ Raskaudenaikainen laskimotromboembolia hoidetaan pienimolekyylisellä hepariinilla.

naisen vuotoriski ja pienimolekyylisen hepariinilääkityksen vasta-aiheet. Vuotoriskiä lisäävät aktiivinen raskauden- tai lapsivuodeaikainen vuoto, etisistukka, perinnöllinen vuototaipumus kuten von Willebrandin tauti, trombosytopenia, hallitsemattomasti kohonnut verenpaine sekä vakavat maksa- ja munuaistaudit (32).

Osalla laskimotromboembolian sairastaneista naisista uusintatukosriski on niin suuri, että tavanomainen profylaktinen annos pienimolekyylistä hepariinia ei ole riittävä. Erityisiä riskipotilaita ovat (etenkin tyyppin 1) antitrombiinivajauspotilaat, jotka ovat sairastaneet laskimotromboembolian ja ovat ennen raskautta useimmiten käyttäneet varfariinia. Heille voidaan suositella jopa hoitoannosta tai suurennettua profylaktista annosta (50 % hoitoannoksesta). Pienimolekyylisen hepariinin teho on heidän osaltaan epäselvä, koska lääkkeen vaikutus on antitrombiinista riippuvainen. Siksi jaksoittainen plasman antifaktori X:n aktiivisuuden seuranta ja antitrombiinikorvaushoito synnytyksen aikana voivat olla tarkoituksenmukaisia (40). Myös fosfolipidivasta-aineoireyhtymään liittyneen laskimotromboembolian sairastaneet sekä useamman kuin yhden laskimotromboembolian aiemmin sairastaneet naiset voivat tarvita hoitoannoksen tai suurennettua profylaktisen annoksen uusintatukoksen estämiseksi (34,41).

Lopuksi

Vaikka raskaudenaikainen laskimotromboembolia on suhteellisen harvinainen, sitä on osattava epäillä siihen viittaavien oireiden ilmaantuessa. Synnyttävien naisten keski-ikä vanhennee ja sitä kautta sairastavuus lisääntyy vuosi vuodelta, mikä lisää tukosriskiä. Kiireellinen

diagnosointi ja hoidon aloitus ovat avainasemassa äitikuolemien välttämiseksi. Tukosriskin huolellinen yksilöllinen arviointi raskauden alussa on erityisen tärkeää laskimotromboembolioiden ehkäisyssä. ■

PÄIVI GALAMBOSI, LT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri

HYKS, Naistensairaala

VELI-MATTI ULANDER, dosentti, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri

HYKS, Naistensairaala

RISTO KAAJA, professori

Turun yliopisto, kliininen laitos, sisätautioppi

SIDONNAISUUDET

Päivi Galambosi: Apuraha (Pfizer), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Olympus, Bayer, Covidien, Sanofi)

Veli-Matti Ulander: Apuraha (Pfizer), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Pfizer)

Risto Kaaja: Apuraha (Pfizer), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Pfizer)

KIRJALLISUUTTA

1. Suomen virallinen tilasto (SVT). Kuolemansyyt [verkkójulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus 2017. www.stat.fi/til/ksyyt/index.html.
2. Heit JA, Kobbervig CE, James AH, ym. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Ann Intern Med* 2005;143:697–706.
3. Lindqvist P, Dahlback B, Marsal K. Thrombotic risk during pregnancy: a population study. *Obstet Gynecol* 1999;94:595–9.
4. James AH, Jamison MG, Branciazio LR, ym. Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period: incidence, risk factors, and mortality. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1311–5.
5. Kamel H, Navi BB, Sriram N, ym. Risk of a thrombotic event after the 6-week postpartum period. *N Engl J Med* 2014;370:1307–15.
6. Jacobsen AF, Skjeldestad FE, Sandset PM. Ante- and postnatal risk factors of venous thrombosis: a hospital-based case-control study. *J Thromb Haemost* 2008;6:905–12.
7. Reid RL, Westhoff C, Mansour D, ym. Oral contraceptives and venous thromboembolism consensus opinion from an international workshop held in Berlin, Germany in December 2009. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2010;36:117–22.
8. Tepper NK, Boulet SL, Whiteman MK, ym. Postpartum venous thromboembolism: incidence and risk factors. *Obstet Gynecol* 2014;123:987–96.
9. Galambosi PJ, Gissler M, Kaaja RJ, ym. Incidence and risk factors of venous thromboembolism during postpartum period: a population-based cohort-study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017;96:852–61.
10. Brenner B. Haemostatic changes in pregnancy. *Thromb Res* 2004;114:409–14.
11. Goulart VB, Cabral AC, Reis ZS, ym. Anatomical and physiological changes in the venous system of lower limbs in pregnant women and findings associated with the symptomatology. *Arch Gynecol Obstet* 2013;288:73–8.
12. Blanco-Molina A, Rota LL, Di Micco P, ym. Venous thromboembolism during pregnancy, postpartum or during contraceptive use. *Thromb Haemost* 2010;103:306–11.
13. Chan WS, Spencer FA, Ginsberg JS. Anatomic distribution of deep vein thrombosis in pregnancy. *CMAJ* 2010;182:657–60.
14. Kaaja R, Sieberg R, Tiitinen A, ym. Severe ovarian hyperstimulation syndrome and deep venous thrombosis. *Lancet* 1989;2:1043.
15. Swartz RH, Caylor ML, Foley N, ym. The incidence of pregnancy-related stroke: a systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke* 2017;12:687–97.
16. McLean K, Cushman M. Venous thromboembolism and stroke in pregnancy. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2016;2016:243–50.
17. Croles FN, Nasserinejad K, Duvekot JJ, ym. Pregnancy, thrombophilia, and the risk of a first venous thrombosis: systematic review and bayesian meta-analysis. *BMJ* 2017;359:j4452.
18. Hiltunen L, Rautanen A, Rasi V, ym. An unfavorable combination of Factor V Leiden with age, weight, and blood group causes high risk of pregnancy-associated venous thrombosis: a population-based nested case-control study. *Thromb Res* 2007;119:423–32.
19. Bank I, Libourel EJ, Middeldorp S, ym. Elevated levels of FVIII:C within families are associated with an increased risk for venous and arterial thrombosis. *J Thromb Haemost* 2005;3:79–84.
20. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, ym. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost* 2006;4:295–306.
21. James AH. Thrombosis in pregnancy and maternal outcomes. *Birth Defects Res C Embryo Today* 2015;105:159–66.
22. Bramham K, Hunt BJ, Germain S, ym. Pregnancy outcome in different clinical phenotypes of antiphospholipid syndrome. *Lupus* 2010;19:58–64.
23. Scarsbrook AF, Evans AL, Owen AR, ym. Diagnosis of suspected venous thromboembolic disease in pregnancy. *Clin Radiol* 2006;61:1–12.
24. Wang M, Lu S, Li S, Shen F. Reference intervals of D-dimer during the pregnancy and puerperium period on the STA-R evolution coagulation analyzer. *Clin Chim Acta* 2013;425:176–80.
25. Fraser JD, Anderson DR. Deep venous thrombosis: recent advances and optimal investigation with US. *Radiology* 1999;211:9–24.
26. Thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium, reducing the risk (Green-top guideline No. 37a). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2015.
27. Ryu JH, Swensen SJ, Olson EJ, ym. Diagnosis of pulmonary embolism with use of computed tomographic angiography. *Mayo Clin Proc* 2001;76:59–65.
28. Schembri GP, Miller AE, Smart R. Radiation dosimetry and safety issues in the investigation of pulmonary embolism. *Semin Nucl Med* 2010;40:442–54.
29. Greer IA, Nelson-Piercy C. Low-molecular-weight heparins for thromboprophylaxis and treatment of venous thromboembo-

- lism in pregnancy: a systematic review of safety and efficacy. *Blood* 2005;106:401–7.
30. Galambosi P, Hiilesmaa V, Ulander VM, ym. Prolonged low-molecular-weight heparin use during pregnancy and subsequent bone mineral density. *Thromb Res* 2016;143:122–6.
 31. Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, ym. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis. 9th ed. American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2012;141:e691–736.
 32. Cohen H, O'Brien P, toim. Disorders of thrombosis and hemostasis in pregnancy. a guide to management. 2. painos. London: Springer-Verlag 2015.
 33. Wang EH, Marnoch CA, Khurana R, ym. Haemorrhagic complications of peripartum anticoagulation: a retrospective chart review. *Obstet Med* 2014;7:77–83.
 34. Bates SM, Middeldorp S, Rodger M, ym. Guidance for the treatment and prevention of obstetric-associated venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis* 2016;41:92–128.
 35. Lindqvist PG, Helligren M. Obstetric thromboprophylaxis: the Swedish guidelines. *Adv Hematol* 2011;2011:157483.
 36. Pabinger I, Grafenhofer H, Kaider A, ym. Risk of pregnancy-associated recurrent venous thromboembolism in women with a history of venous thrombosis. *J Thromb Haemost* 2005;3:949–54.
 37. De Stefano V, Martinelli I, Rossi E, ym. The risk of recurrent venous thromboembolism in pregnancy and puerperium without antithrombotic prophylaxis. *Br J Haematol* 2006;135:386–91.
 38. James A. Committee on practice bulletins-obstetrics. Practice bulletin no. 123: thromboembolism in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2011;118:718–29.
 39. Quinlan DJ, McQuillan A, Eikelboom JW. Low-molecular-weight heparin compared with intravenous unfractionated heparin for treatment of pulmonary embolism: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2004;140:175–83.
 40. Haemostasis and Thrombosis Task Force, British Committee for Standards in Haematology. Investigation and management of heritable thrombophilia. *Br J Haematol* 2001;114:512–28.
 41. Galambosi PJ, Ulander VM, Kaaja RJ. The incidence and risk factors of recurrent venous thromboembolism during pregnancy. *Thromb Res* 2014;134:240–5.
 42. Lindqvist PG, Helligren M. Obstetric thromboprophylaxis: The Swedish guidelines. *Adv Hematol* 2011;2011:157483.
 43. Robertson L, Wu O, Langhorne P. Thrombophilia in pregnancy: a systematic review. *Br J Haematol* 2006;132:171–96.
 44. Larsen TB, Sørensen HT, Gislum M, Johnsen SP. Maternal smoking, obesity, and risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium: a population-based nested case-control study. *Thromb Res* 2007;120:505–9.

SUMMARY

Pregnancy and venous thromboembolism

During pregnancy, the risk of venous thromboembolism is increased five to tenfold compared with non-pregnant women. This risk is highest during the postpartum period – 15 to 35-fold. Venous thromboembolism may manifest as pulmonary embolism, which is the leading cause of maternal mortality in Finland. Pulmonary embolism can be diagnosed by computer tomography angiography even during pregnancy. The most important risk factor for pregnancy-associated venous thromboembolism is a prior history of thrombosis – especially if it was related to estrogen use. During pregnancy, venous thromboembolism is treated by low-molecular-weight heparin with only a low risk of bleeding. The need for thromboprophylaxis during pregnancy must be estimated for women with prior venous thromboembolism, for women with thrombophilia and for those, whose first degree relative have had a prior venous thromboembolism and/or thrombophilia.