

Oskari Heikinheimo ja Hanna Savolainen-Peltonen

Gynekologisten vuotohäiriöiden kehittyvä hoito – polikliinista diagnostiikkaa ja yhä spesifisempää hoitoa

Gynekologiset vuotohäiriöt ovat yksi merkittävimmistä gynekologisista syistä hakeutua lääkärin vastaanotolle niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa (1). Kuitenkin vuotohäiriöstä kertova potilas voi aiheuttaa lääkärissä melkoista ahdistusta – saattaahan poikkeava vuoto liittyä lähes kaikkiin gynekologisiin sairauksiin. Systemaattinen lähestyminen ja todennäköisten etiologisten syiden kertaaminen auttaa. Minkä ikäinen potilas on? Onko potilas raskaana, voisiko kyseessä olla tulehdus? Onko vaiva akuutti vai kestänyt jo joitain kuukausia? Käyttääkö potilas ehkäisyä tai hormonaalista lääkitystä?

Aikakauskirjan tässä numerossa esitellään gynekologisten vuotohäiriöiden nykyluokitusta, alkuraskauteen sekä hormonaaliseen ehkäisyyn liittyviä vuotohäiriötä sekä polikliinisen hoidon mahdollisuuksia.

Kroonisten vuotohäiriöiden diagnostiikka ja hoito on tapahtunut paljon. Aiemmin käytössä olleet kreikkalais-latinalaiset oirediagnoosit ovat korvautumassa maailman gynekologijärjestö FIGOn laatimalla vuotohäiriön todennäköiseen etiologiaan perustuvalla PALM-COEIN-luokituksella (2). Luokitus jakaa vuotohäiriöiden syyt rakenteellisiin PALM (polyyppi, adenomyoosi, (leio)myooma ja hyperplasia/maligniteetti) tai systeemisiin COEIN (koagulaatio- tai ovulaatiohäiriö, kohdun limakalvon toimintaan liittyvä, iatrogeenisiin ja vielä määrittelemättömiin) syihin. Luokitus jäsentää diagnostiikkaa ja ohjaa kohti oikeita hoitovalintoja. Kansainvälisessä käytössä olevat ja hyväksytyt määritelmät normaalille ja

poikkeavalle kuukautiskierrolle selkeyttävät määritelmiä, mahdollistavat kansainväliset tutkimukset ja tekevät julkaistuista tutkimuksista vertailukelpoisia.

Käytössä olevassa ICD-10-diagnoosiluokittelussa vuotohäiriöt luokitellaan edelleen oireperusteisesti esimerkiksi säännöllisiin tai epäsäännöllisiin, runsaisiin tai tiheisiin kuukautisvuotoihin. Tässäkin siirtyminen kohti etiologian mukaista luokittelua mahdollistaisi eri etiologisten tekijöiden yleisyyden ja hoidon vaikutusten seuranta sekä helpottaisi alan tutkimusta.

Käytännön kliiniseen työhön tarkoitettu etiologian mukainen luokittelu on mahdollistunut bed-side-diagnostiikan kehittymisen myötä. Yksi tärkeimmistä on emättimen kautta tehtävän kaikukuvauksen leviäminen laajaan käyttöön 1990-luvulla. Polikliininen diagnostiikka ja näytteenoton mahdollisuudet täydentävät diagnostiikkaa. Usein diagnoosi selviääkin jo ensimmäisellä käynnillä naistentautien poliklinikassa.

Vuotohäiriötä aiheuttavien muutosten ja syiden joko kirurginen tai lääkkeellinen täsmähoito mahdollistuu yhä enemmän. Paikalliset vuotohäiriötä aiheuttavat hyvänlaatuiset muutokset – kohdun limakalvon polyypit sekä limakalvon alaiset leiomyoomat – voidaan usein hoitaa poliklinikassa hysteroskooppisesti. Kohdun leiomyoomien patofysiologian ymmärrys tarjoaa mahdollisuuksia lääkehoidoille. Tällaisia ovat muun muassa jo kliinisessä käytössä olleet selektiiviset progesteronireseptorimodulaattorit, SPRM-lääkkeet (3), tai suun kautta

otettavat aktiiviset GnRH-analogit (4). Ulipristaaliasettaatti, ensimmäisenä markkinoille tullut leiomyomien ja niihin liittyvien runsaiden vuotojen hoitoon tarkoitettu SPRM-lääke vedettiin tätä kirjoitusta laadittaessa pois markkinoilta siihen liittyvien maksaan kohdistuvien harvinaisten mutta vakavien haittavaikutusten takia. Kehitystyö tämän lääkeaineryhmän parissa kuitenkin jatkuu (5).

Vuotohäiriöiden lääkkeellisistä hoitovaihtoehtoisista merkittävin ”täsmähoito” lienee paikallisesti vaikuttava Suomessa kehitetty levonorgestreelia vapauttava hormonikerukka, jonka useat kansainväliset runsaiden kuukautisvuotojen hoitosuositukset ovat nostaneet ensilinjan hoidoksi (6,7). Nämä hoitosuositukset ovat useissa maissa johtaneet kohdunpoistoleikkausten merkitsevään vähenemiseen, Suomessa noin 50 % viime vuosikymmenten aikana (8).

Myös vuotohäiriöiden kansainväliset hoitosuositukset heijastavat näitä kehityskaaria. Ensimmäiset hoitosuositukset on laadittu eniten sairastuvuutta aiheuttavista runsaista kuukautisvuodoista, niiden eri etiologiasta huolimatta. Tällä on myös globaalia merkitystä. Maailmalla hedelmällisessä iässä olevista naisista noin 30 %:n arvioidaan kärsivän kuukautisvuotoon liittyvästä raudanpuutteesta (9). Tavallisista elämänlaatua heikentävistä mutta yleisterveyttä vaarantamattomista vuotohäiriöistä, kuten epä säännöllisistä vuodoista, ei hoitosuosituksia löydy. Tämä teemanumero täyttää osaltaan tätä katvealuetta.

Lääketiede elää ja kehittyy jatkuvasti. Edistysaskeleet gynekologisten vuotohäiriöiden patofysiologiassa, diagnostiikassa ja hoitomahdollisuuksissa ovat oiva esimerkki näistä lääketieteen kehityskaarista. ■



OSKARI HEIKINHEIMO, professori
Naistenklinikka, HUS ja Helsingin yliopisto



HANNA SAVOLAINEN-PELTONEN, dosentti, osastonylilääkäri
Naistenklinikka, HUS ja Helsingin yliopisto

SIDONNAISUDET

Oskari Heikinheimo: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Bayer AG, Exeltis, Gedeon Richter, MSD/Merck, Sandoz), muut sidonnaisuudet (O Heikinheimo Consulting Oy, osakeomistus)

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

KIRJALLISUUTTA

1. Sareila H, Vuorma S, Raitanen J, Luoto R. Kuukautisiin liittyviä vaivoja on noin joka kolmannelle suomalaisnaisella. *Suom Lääkäril* 2008;63:1495–9.
2. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynaecol Obstet* 2018;143:393–408.
3. Sarvilinna N, Unkila-Kallio L, Härkki P, ym. Selektiiviset progesteronireseptorin muuntelijat: uusia mahdollisuuksia gynekologiseen hormonihoitoon. *Duodecim* 2017;133:27–33.
4. Simon JA, Al-Hendy A, Archer DF, ym. Elagolix treatment for up to 12 months in women with heavy menstrual bleeding and uterine leiomyomas. *Obstet Gynecol* 2020;135:1313–26.
5. Islam MS, Afrin S, Jones SI, Segars J. Selective progesterone receptor modulators –mechanisms and therapeutic utility. *Endocr Rev* 2020;41:bnaa012.
6. Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, ym. Clinical outcomes and costs with the levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy for treatment of menorrhagia: randomized trial 5-year follow-up. *JAMA* 2004;291:1456–63.
7. Bitzer J, Heikinheimo O, Nelson A, ym. Medical management of heavy menstrual bleeding: a comprehensive review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2015;70:115–30.
8. Jokinen E, Brummer T, Jalkanen J, ym. Hysterectomies in Finland in 1990-2012: comparison of outcomes between trainees and specialists. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015;94:701–7.
9. Percy L, Mansour D, Fraser I. Iron deficiency and iron deficiency anaemia in women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2017;40:55–67.