

Janina Kaislasuo, Oskari Heikinheimo ja Satu Suhonen

## Synnyttämättömän naisen raskaudenehkäisy – kierukkaehkäisy laajemmin käyttöön

**E**rityisesti synnyttämättömien ja nuorten naisten raskaudenehkäisyä on viime vuosina tutkittu paljon. Tuoreissa vertailevissa tutkimuksissa pitkävaikutteiset ehkäisymenetelmät (kierukka ja kapseli) ovat tehokkuudeltaan ylivoimaisia verrattuna lyhytvaikutteisiin valmisteisiin (tabletti, rengas, laastari). Uusi tutkimustieto ja tuore raskauden ehkäisyn Käypä hoito -suositus suosittavat myös kierukkaehkäisyä ensisijaisena menetelmänä kaikille ehkäisyä tarvitseville, myös synnyttämättömille, nuorille ja teini-ikäisillekin (1,2). Kapseli-ehkäisyä on jo pitkään suositeltu näille naisille.

Ensisynnyttäjien keski-ikä Suomessa on 28,6 vuotta, osassa Eurooppaa jopa yli 30 vuotta (3). Toisaalta ensimmäiset yhdynnit koetaan Suomessa keskimäärin 16–17 vuoden iässä, ja nainen on hedelmällisimmillään alle 30-vuotiaana. Siten suomalainen nainen tarvitsee tehokasta ehkäisyä keskimäärin puolet fertiili-iästään, eikä ehkäisyn tarvetta voida ajatella lyhytaikaisena tai lyhytkestoisena. Myös lapsettomuuden valinneiden osuus fertiili-ikäisistä naisista nousee jatkuvasti. Väestöliiton tuoreessa perhebarometrissa 15 % vastanneista piti ihanteenaan lapsettomuutta (4).

Pitkävaikutteisia ehkäisymenetelmiä kutsutaan yleisesti LARC (long-acting reversible methods of contraception) -menetelmiksi. Pitkävaikutteista ehkäisyä käyttävät nuoret ja synnyttämättömät naiset ovat yleensä tyytyväisiä ehkäisynsä. Kierukankäyttäjät ovat kapselinkäyttäjiiä tyytyväisempiä, yleensä paremman vuotokontrollin vuoksi. Edelleen hormonikierukkaa käyttävät ovat hieman kuparikierukkaa käyttäviä tyytyväisempiä. Tyytyväisyyttä lisää menetelmän helppokäyttöisyys; ehkäisyä ei tarvitse muistaa päivittäin. Kahden vuoden kuluttua vain 40–45 % naisista jatkaa lyhytvaikutteisen ehkäisymenetelmän (pilleri, rengas,

laastari) käyttöä, kun kierukan käyttöä jatkaa 80 % ja kapselin käyttöä noin 70 % naisista (5). Vastaavat jatkavuusluvut ovat kolmen vuoden kuluttua kierukalla 70 %, kapselilla 56 % ja lyhytvaikutteisilla menetelmillä 31 % (6). Synnyttämättömyys tai nuori ikä eivät vaikuta epädullisesti kierukan siedettävyyteen eivätkä käyttäjän tyytyväisyyteen (7,8). Sekä hormoni-että kuparikierukkaa käyttävät synnyttämättömät naiset ovat yhtä tyytyväisiä kuin synnyttäneet naiset. Heidän vuoto- ja kipuprofilinsa on vastaava kuin synnyttäneillä naisilla, eikä kierukan ulostyöntymisiä (ekspulsioita) ole todettu enemmän (9,10).

Suuret raskaudenkeskeytysluvut maailmalla ovat motivoineet pitkävaikutteisten ehkäisymenetelmien tutkimusta ja käytön laajentamista. Länsimaista tilanne on huonoin Yhdysvalloissa, jossa joka toinen raskaus keskeytetään ja puolet näistä raskauksista on ilmoitettu alkaneen ehkäisyn käytön aikana (11). Suomessa luvut ovat selvästi paremmat. Meillä suurin raskaudenkeskeytystä hakevien ryhmä on 20–24-vuotiaat, yleensä synnyttämättömät naiset (12). Toinen huomionarvoinen seikka ovat toistuvat raskaudenkeskeytykset. Suomessa 36 %:lla keskeytystä hakevista naisista on ollut aiempi keskeytys (12). Oikein käytettynä kaikki nykyaikaiset ehkäisyvalmisteet ovat luotettavia. Ongelmana on kuitenkin ohjeistuksesta poikkeava käyttö ja unohdukset. Tämä korostuu entisestään alle 21-vuotiaiden keskuudessa. Tässä ikäryhmässä riski tulla raskaaksi ehkäisyn käytön aikana on kaksinkertainen aikuisiin verrattuna (11). Suosimalla pitkävaikutteisia valmisteita eliminoidaan sekä ehkäisyn käyttövirheet että unohdukset. Näin saavutetaan merkittävä lasku sekä suunnittelemattomien raskauksien luvuissa että uusintakeskeytysten määrässä (11,13). Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa todettiin hiljattain



22-kertaiset raskausluvut lyhytvaikutteisia valmisteita käyttävillä verrattuna pitkävaikutteisia valmisteita käyttäviin naisiin kolmen vuoden seuranta-aikana (11).

Pitkävaikutteisen ehkäisyn hyödyistä ja sopivuudesta myös nuorille ja synnyttämättömille on jo runsaasti tutkimusnäyttöä. Viimeistään nyt meidänkin on aika siirtyä suosittelemaan kierukkaehkäisyäkin hyvänä vaihtoehtona synnyttäneisyydestä ja iästä huolimatta. Muita ehkäisyvalintojahan on jo aiemmin suositeltu va-

paasti. Raskaudenehkäisyä määräävä ja neuvoja antava hoitohenkilökunta ovat avainasemassa suositellessaan eri ehkäisyvalintoja asiakkaille. Myös palvelujärjestelmä tulisi organisoida asianmukaisesti. Kuten THL:n seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa todetaan, ehkäisyvalintojen tulisi olla helposti saavutettavissa ja asiakkaille ilmaisia (14). Eri-tyisesti nuorten kohdalla suositellaan myös menetelmän maksuttomuutta, sillä myös ehkäisyn hinta voi olla este ehkäisyn käytölle (15). ■



**JANINA KAISLASUO, LT,**  
**erikoistuva lääkäri**  
Naistentaudit ja synnytykset, HUS,  
Naistenklinikka

**OSKARI HEIKINHEIMO, professori, osastonylilääkäri**  
Naistentaudit ja synnytykset, Helsingin yliopisto ja Naistentautien ja synnytyksen klinikaryhmä, HYKS

**SATU SUHONEN, dosentti, vastaava lääkäri**  
Keskitetty ehkäisyneuvonta, Sosiaali- ja terveysvirasto, Helsingin kaupunki

#### SIDONNAISUUDET

**Janina Kaislasuo:** Ei sidonnoisuuksia

**Oskari Heikinheimo:** Apuraha (eri säätiöt, HUS-evo, Concept foundation), asiantuntijapalkkio (Bayer AG, Bayer Oy, Bayer AG, Gedeon-Richter, MSD, Potilasvakuutuskeskus), lisenssitulo tai tekijänpalkkio (Kustannus Oy Duodecim), luontopalkkio (Bayer AG, MSD, Gedeon Richter), osakeomistus (OHeikinheimo Consulting Oy)

**Satu Suhonen:** Asiantuntijapalkkio (Kustannus Oy Duodecim, MSD), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (MSD), luontopalkkio (MSD, Bayer)

#### KIRJALLISUUTTA

1. Raskauden ehkäisy [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynäkologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015 [julkaistu 13.11.2015]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
2. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539: adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 2012;120:983–8.
3. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 19/2015. <http://www.julkari.fi/handle/10024/126971>.
4. Miettinen A. Miksi syntyvyys laskee? Suomalaisen lastensaantiin liittyviä toiveita ja odotuksia. Väestötutkimuslaitoksen katsauksia E49/2015. [http://www.vaestoliitto.fi/tieto\\_ja\\_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/](http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/).
5. O’neil-Callahan M, Peipert JF, Zhao Q, Madden T, Secura G. Twenty-four-month continuation of reversible contraception. *Obstet Gynecol* 2013;122:1083–91.
6. Diedrich JT, Zhao Q, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Three-year continuation of reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213:662.
7. Friedman JO. Factors associated with contraceptive satisfaction in adolescent women using the IUD. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015;28:38–42.
8. Abraham M, Zhao Q, Peipert JF. Young age, nulliparity, and continuation of long-acting reversible contraceptive methods. *Obstet Gynecol* 2015;126:823–9.
9. Kaislasuo J, Heikinheimo O, Lähteenmäki P, Suhonen S. Menstrual characteristics and ultrasonographic uterine cavity measurements predict bleeding and pain in nulligravid women using intrauterine contraception. *Hum Reprod* 2015;30:1580–8.
10. Madden T, McNicholas C, Zhao Q, Secura GM, Eisenberg DL, Peipert JF. Association of age and parity with intrauterine device expulsion. *Obstet Gynecol* 2014;124:718–26.
11. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, ym. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med* 2012;366:1998–2007.
12. Raskaudenkeskeytykset 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 22/2015. <http://www.julkari.fi/handle/10024/127103>.
13. Pohjoranta E, Mentula M, Gissler M, Suhonen S, Heikinheimo O. Provision of intrauterine contraception in association with first trimester induced abortion reduces the need of repeat abortion: first-year results of a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2015;30:2539–46.
14. Klemetti R, Raussi-Lehto E, toim. Edistä, ehkäise, vaikuta – seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.
15. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol* 2012;120:1291–7.