

# Lapsettomuushoito

Lääkärikirja Duodecim

22.9.2022

*Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri Aila Tiitinen*



- Munarakkulan kypsytyshoidot
- Kirurginen hoito
- Hedelmöityshoidot
- Kirjallisuutta

## Keskeistä

- Hoito suunnitellaan lapsettomuuden syyn ja keston, naisen iän ja parin toiveiden mukaan.
- Kaikkien lapsettomuushoitojen käytön edellytyksenä on tutkimusten perusteella tehty diagnoosi.
- Ovulaatiohäiriöissä munarakkula kysytetään joko tabletti- tai pistoshoidolla.
- Inseminaatiohoitoa voidaan käyttää miehestä johtuvassa lapsettomuudessa.
- Selittämättömän lapsettomuuden hoidossa munarakkulan kypsytyshoitoon liitetään inseminaatio.
- Kirurgista hoitoa voidaan tarvita endometrioosin hoidossa.

Lapsettomuushoidot suunnitellaan lapsettomuuden syyn ja keston mukaan. Niistä saa avun 80 % pareista, kun naisen ikä on korkeintaan 35 vuotta. Osalle paras vaihtoehto voi olla [adoptio](#) tai hoidoista pidättäytyminen. On myös tärkeää muistaa, että hoitoa ei kannata aloittaa liian aikaisin, jos spontaanin raskauden mahdollisuus vielä arvioidaan hyväksi. Ehkäisyn poisjättämisen jälkeen raskaus alkaa 80–85 %:lla pareista vuoden kuluessa, jos nainen on alle 38-vuotias. Tämän jälkeen vielä puolet tulee raskaaksi ilman hoitoja seuraavan vuoden kuluessa. Toisaalta on muistettava, että naisen ikä on tärkeimpiä hoidon onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Naisen täytettyä 40 vuotta alkavat hoitotulokset nopeasti heikentyä. Ensimmäiseksi pitää aina puuttua hedelmällisyyttä heikentävien tekijöiden korjaamiseen; paino-ongelmat ja tupakointi ovat näistä tekijöistä tärkeimmät.

## Munarakkulan kypsytyshoidot

Hoidon tulokset ovat hyvät, mutta edellytyksenä on oikea diagnoosi. Jos syynä on kilpirauhasen toimintahäiriö tai hyperprolaktinemia, ne hoidetaan lääkehoidolla. Jos ovulaatiohäiriön taustalla on ali- tai ylipaino, pyritään normaaliin painoon ennen lääkehoitoa. Kaikki perussairaudet kannattaa hoitaa mahdollisimman hyvään tasapainoon. [Foolihappo](#) kannattaa aloittaa ennen lapsettomuushoitojen käynnistämistä.

Varsinainen munarakkulakypsytyshoito eli ovulaation induktio kuuluu lapsettomuuden hoidon asiantuntijoille. Tavallisin ovulaation induktioon käytettävä lääke on tablettimuotoinen letrotsoli, joka on korvannut aiemmin käytetyn klomifeenin. Letrotsoli on ns. aromataasi-inhibiittori, jota käytetään rintasyövän hormonihoitoon. Sitä voidaan käyttää, kun seerumin maitohormonin (prolaktiinin) ja muiden aivolisäkehormonien pitoisuudet ovat normaalit. Yleisin tämäntyyppisen lapsettomuuden syy on [munasarjojen monirakkulaoireyhtymä, PCOS](#). Letrotsolitabletteja otetaan yleensä viitenä päivänä, aloittaen kuukautiskierron 3. päivänä. Hoidon vastetta seurataan eri tavoin; kuukautiskierron säännöllistyminen on yksi merkki ovulaation käynnistymisestä. Gynekologisessa ultraäänitutkimuksessa

varmistetaan, että munasarjaan kypsyy yksi tai enintään kaksi hyvää munarakkulaa ja että samanaikaisesti kohdun limakalvo paksunee riittävästi. Virtsan ovulaatiotestillä voidaan varmistaa munasolun irtoamisen ajankohta. Hyvä keltarauhasen toiminta voidaan sen jälkeen varmistaa mittaamalla veren keltarauhashormonipitoisuus (progesteroni) noin viikko arvioidun ovulaation jälkeen. Tutkimusten mukaan ovulaatio tapahtuu noin 80 %:lla naisista ja kolmasosa heistä tulee hoidon avulla raskaaksi.

Ylipainoisella PCOS-potilaalla hoitovaihtoehtona voi joskus olla diabeteslääke metformiini. Osalla naisista se voi helpottaa painon putoamista, mutta kyse ei ole laihdutuslääkkeestä. Metformiini voidaan myös yhdistää muihin varsinaisiin munarakkulakypsytyshoitoihin.

Aivolisäkehormoneja (gonadotropiinihoitoja) käytetään, jos aromataasi-inhibiittori ei toimi tai munarakkulan kypsymishäiriön taustalla on gonadotropiinien puutos tai vajuus. Gonadotropiinivalmisteet annetaan päivittäisinä ihon alaisina pistoksina. Tavallisesti munarakkulan kasvatus kestää 1–2 viikkoa, mutta joskus lääkitystä tarvitaan pidempäänkin, jopa kuukauden ajan. Hoidon seuranta toistetuilla ultraäänitutkimuksilla on tärkeää. Hoito toteutetaan pienimmällä mahdollisella lääkemannoksella pyrkien yhden munarakkulan kasvatukseen. Ovulaatio laukaistaan istukkahormonipistoksella. Tähän pistokseen yhdistetään inseminaatio tai neuvotaan yhdyntöjen ajoitus. Hoitoon liitetään usein keltarauhashormonia loppukierron ajaksi.

Edellä mainittuja lääkevalmisteita voidaan myös yhdistää saman hoitokierron aikana. Munarakkulan kypsytyshoitoja voidaan tarvittaessa toistaa useita kiertoja. Yhden hoitokierron onnistumistulos on noin 10–15 %. Munarakkulan kypsytyshoidoissa 70–85 % raskauksista alkaa ensimmäisten kolmen hoitokierron aikana.

## Kirurginen hoito

Lapsettomuuteen liittyvä kohtalainen tai vaikea [endometrioosi](#) voidaan hoitaa leikkauksella, jos se aiheuttaa hankalia kipuja tai jos munasarjassa on iso endometrioosikysta ("suklaakysta"). Endometriooman poistoon liittyy riski munasarjan toiminnan heikkenemisestä, joten toistuvia leikkauksia on syytä välttää. Suomessa leikkaus ei kuitenkaan ole ensisijainen hoito potilailla, joiden lapsettomuuden syyksi epäillään lievää endometrioosia, koska raskauden todennäköisyys on suurin koeputkihedelmöityshoidolla. Jos laparaskopia on päädytty tekemään, kannattaa kuitenkin pinnalliset endometrioosipesäkkeet poistaa, koska sen on todettu parantavan hedelmällisyyttä.

Kohdun limakalvon alaiset (submukoottiset) ja isot (yli 5 cm) intramuraaliset [myoomat](#) on syytä poistaa. Samoin poistetaan isot [kohtuontelon polyypit](#).

Munanjohdinvaurion korjaaminen lievissä vioissa kannattaa, jos muita hedelmällisyyttä heikentäviä tekijöitä ei ole. Vaikeissa munanjohdinvaurioissa leikkaustulokset ovat huonoja. Leikkaus voi olla myös niin sanottu valmistava hoito ennen koeputkihedelmöitystä. Nestetäyteisten, laajentuneiden munanjohtimien poisto parantaa koeputkihedelmöityksen onnistumisen mahdollisuutta.

## Hedelmöityshoidot

Hedelmöityshoidot tarkoittavat hoitoja, jossa sukusoluja (munasoluja tai siittiöitä) käsitellään elimistön ulkopuolella laboratoriossa. Suomessa nais-miespareilla, naispareilla ja yksin lasta toivovilla naisilla on oikeus saada hedelmöityshoitoa. Sijaissynnytyks on lain mukaan kielletty.

Sperman laadun heikkenemisen syy ei usein ole tiedossa, joten syhyyn kohdistuvia hoitoja ei miehelle paljoa ole. Lievissä spermavioissa käytetään inseminaatiota (keinosiemennystä) tai koeputkihedelmöitystä.

[Inseminaatiohoidossa](#) siittiöt ruiskutetaan naisen kohtuonteloon. On tärkeää, että

inseminaatio tehdään oikealla hetkellä eli munasolun irtoamisvaiheessa. Onnistumismahdollisuutta lisätään käyttämällä hoitokierrossa ovulaation induktiota. Inseminaatiohoidon onnistumistulos on 10–15 % hoitokiertoa kohti.

[Koeputkihedelmöitystä \(IVF\)](#) joko omilla tai luovutetuilla sukusoluilla voidaan käyttää lähes kaikista syistä johtuvassa lapsettomuudessa. Siittiön mikroruiskuttamisesta (mikroinjektiosta) munasoluun (ICSI-menetelmä) on viime vuosien aikana kehittynyt tärkein miehestä johtuvan lapsettomuuden hoito.

Hoidon yhteydessä naiselle annetaan hormonihoitoa, jolla kypsytetään useita munarakkuloita. Munasolut kerätään emättimen kautta ultraääniohjatulla punktiolla. Munasolut hedelmöitetään niin sanotulla maljahedelmöityksellä tai mikroinjektiolla siittiötilanteen mukaisesti. Kun alkion kehitys on lähtenyt alkuun, kohtuun siirretään yleensä vain yksi alkio. Jos alkioita saadaan enemmän, ne voidaan pakastaa ja siirtää tarvittaessa myöhemmin.

Hoidon tuloksiin vaikuttavat naisen ikä, hoidon aihe, aiempi hedelmällisyys ja hoitokertojen määrä. Keskimäärin joka kolmas alkionsiirto johtaa raskauteen.

Hoitoja toteutetaan sekä julkisen terveydenhuollon puitteissa, jolloin hoitoonpääsyä säätelee ns. hoitotakuu, että yksityisissä lapsettomuuden hoitoon perehtyneissä klinikoissa.

---

Artikkelin tunnus: dlk00732 (021.064)

© 2023 Kustannus Oy Duodecim