

Sykli

**Erikoistuvien gynekologien
leikkauskoulutuksen haasteet s. 36**

SGY:n hallituksen uusi kokoonpano s. 41

Suomen Gynegologiyhdistyksen
Kevätkoulutuspäivät
8.–9.05. Tampereella

Kevätkoulutuspäivät 2014
järjestetään jälleen Tampereella,
Presidentin juhlista tutussa
Tampere-talossa.
Ilmoittautuminen SGY ry:n
kotisivujen kautta:
www.gyneekologiyhdistys.fi

Tervetuloa!





Sykli

SISÄLTÖ 1/14

Puheenjohtajalta 5

Juha Räsänen kiittää luottamuksesta ja lähtee luotsaamaan yhdistystämme innolla

Pihtejä ja perätiloja norjalaisittain 6

Mervi Haapsamon matkaraportti Haukelandista

Saksalaista ja belgialaista huippuosaamista 10

Marjatta Anttilan matkaraportti Berliinistä ja Leuvenista

Väittelet 14

Gynaecologi Practici 17

Palaute pistää miettimään

Professori Jobanna Mäenpää täytti 60 vuotta 18

Professori Seija Grénman 60 vuotta 21

Gynekologista kirurgiaa italialaisittain 22

Päivi Härkki vieraili Veronassa endometriosikirurgian parissa



SGY syyskoulutuspäivät 2013 Helsingissä 24

Seth Wichmann -palkitut 28

Jorma Paavonen ja *Synnöve Staff* pitivät Wichmann-luentonsa SGY-päivillä

Hallituskolumni 34

Anna-Maija Tapper viehättyi pohjoismaisen yhteistyön historiasta

Leikkaustaitojen arviointi gynekologin koulutuksessa 36

Reita Nyberg

SGY:n hallituksen uusi kokoonpano esittelyssä 41

Hallituksen pöydältä 44

Korpeimme kuiskintaa 45

Maisa Mäntymaa on valmis kapinaan kapasiteettikordinaattoriksi joutumista vastaan

Päätoimittajalta 46

Syntymäseppä ei tarvitse simulaattoria

Apurahoja 48

Koulutusta 49

Koulutuskalenteri 53

Pekka Ylitalo

Sykli

Suomen Gynekologiyhdistys ry

– monipuolisesti naisten terveyden hyväksi vuodesta 1928

– järjestöjäsenyydet: Duodecim, Väestöliitto, NFOG, FIGO, EBCOG, UEMS ja IFFS

Julkaisija ja kustantaja

Suomen Gynekologiyhdistys ry –
Finlands Gynekologförening rf
www.gynekologiyhdistys.fi

Päätoimittaja

Mari Aaltonen
p. 050 3536 460
mari.aaltonen@sll.fimnet.fi

Sykli verkossa: www.sykli.gyn.fi

Ilmoitusmyynti

Mari Aaltonen
Viikinsaarenkatu 1 B
33250 TAMPERE
p. 050 3536 460
mari.aaltonen@sll.fimnet.fi

Osoitteenmuutokset

SGY:n sihteeri
Henna Kärkkäinen
Lähettiläimistö,
PL 100, 70029 KYS
henna.karkkainen@kuh.fi

Ulkoasu: Taitotasku Oy
Repro / Paino: PunaMusta Oy

Sykli (Painettu) ISSN 1795-0503
Sykli (Verkkolehti) ISSN 1795-0511

Sykli julkaisee myös muiden
yhdistysten koulutusilmoituksia,
vuonna 2014 hintaan 300 e/sivu
ja 150 e/puoli sivua.

Seuraava Sykli 2/2014
ilmestyy 11.4.2014,
aineiston ja ilmoitusten
jättöpäivä on 7.3.2014

■ Kannessa vaihtuvat
tänä vuonna vuodenajat.



Jaydess®

Vapautta ehkäisyyn rutiineista

Uusi
hormoni-
kierukka



Ei päivittäistä, viikoittaista tai kuukausittaista muistamista

- Nuoren naisen tehokas ehkäisy jopa 3 vuodeksi
- Pieni hormonikierukka -> helppo asettaa^{1,2}
- Hormonaalisen ehkäisyyn matalahormonisin vaihtoehto

1. Gemzell-Danielsson K, et al. Fertil Steril. 2012;97(3):616-22. 2. Nelson A, et al. Obstet Gynecol. 2013;122(6):1205-13.

Vaikuttavat aineet ja niiden määrät: Levonorgestreeliä 13,5 mg depotlääkevalmiste, kohtuun. **Käyttöaika:** Raskauden ehkäisy. **Annostus ja antotapa:** JAYDESS® asetetaan kohtuonteloon ja siellä sen teho säilyy kolme vuotta. JAYDESS® asetetaan kohtuonteloon seitsemän päivän kuluessa kuukautisten alkamisesta. Kohdussa olevan JAYDESS®-valmisteen erottaa muista hormonikierukoista ultraäänitutkimuksessa näkyvä hopearengas. Vaihdaminen uuteen sekä muut asettamiseen liittyvät tiedot ks. Pharmacia Fennica (PF). **Vasta-aiheet:** Raskaus, akuutti tai toistuva sisäsynnytintulehdus tai tila, joka lisää sisäsynnytintulehdusten riskiä, akuutti kohdunkaulan tulehdus tai emätintulehdus, synnytysten jälkeinen kohtutulehdus tai tulehduksellinen keskenmeno viimeisen kolmen kuukauden kuluessa, hoitamaton kohdunkaulan epiteelisoluautypia, pahanlaatuinen kohdun tai kohdunkaulan kasvain, progesteriini riippuvaiset kasvaimet, kuten rintasyöpä, epänormaali emätinverenvuoto, jonka syytä ei ole selvitetty, synnyttynäinen tai hankittu kohdun anomalia, mukaan lukien myoomat, jotka voivat häiritä hormonikierukan asetusta ja/tai paikallaan pysymistä, akuutti maksasairaus tai maksakasvain, yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset:** Valmisteen käyttöä voidaan jatkaa varovaisuutta noudattaen erikoislääkärinkonsultaation perusteella, tai sen poistoa on harkittava, jos potilaalla ilmenee ensimmäistä kertaa jokin seuraavista tiloista: migreeni, aurallinen migreeni, johon liittyy epäsymmetristä näön menetystä, tai muita ohimenevää aivoverenkiertohäiriöön viittaavia oireita, poikkeuksellisen voimakas päänsärky, keltaisuus, voimakas verenpaineen nousu, vakava valtimoperäinen sairaus, kuten aivohalvaus tai sydäninfarkti. Naisille, jotka harkitsevat valmisteen käyttöä, tulee kertoa kohdunulkaisen raskauden merkeistä, oireista ja riskeistä. Jos nainen tulee raskaaksi valmistetta käyttäessään, kohdunulkaisen raskauden mahdollisuus täytyy ottaa huomioon ja poissulkea. Noin puolet valmisteen käytön aikana alkaneista raskauksista on todennäköisesti kohdunulkaisia. JAYDESS® ei ole ensisijainen valinta ehkäisy menetelmäksi synnyttämättömille naisille, koska kliininen kokemus on rajallista. Muut, ks. PF. **Haittavaikutukset:** Hyvin yleisiä ovat kuukautismuutokset, päänsärky, kipu vatsan tai lantion alueella, akne, seborrea, munasarjakysta ja vulvovaginiitti. Yleisiä ovat masennus, migreeni, pahoinvointi, alopesia, sisäsynnytintulehdus, rintojen kipu/arkuus, ekspulsiot ja valkovuoto. Ks. harvinaiset haittavaikutukset PF. **Pakkaus ja hinta:** 1 kpl 153,02 € (vmh+alv 11.2014). Reseptilääke. Ei SV-korvattava. Lisätietoja PF ja Bayer Oy, puh. 020 785 21, www.bayer.fi.

 jaydess®
13,5 MG LEVONORGESTREELI



Nuija vaihtoi haltijaa

Hyvät kollegat! Syklin ilmestymiskertojen harvenemisen takia pääsen vasta nyt kiittämään teitä kaikkia yhdistyksen jäseniä suuresta luottamuksesta valitessanne minut uudeksi puheenjohtajaksi, lämmin kiitos siis teille! Tässä yhteydessä haluan välittää suuret kiitokset Johanna Mäenpäälle erinomaisesti tehdystä työstä kaikkien yhdistyksen jäsenten puolesta. Johannan puheenjohtajakaudelle osui useita suuritöisiä projekteja, muun muassa yhdistyksen sääntöjen uudistaminen. Hän selvitti nämä karikot kunnialla kuten kokenut purjehtija konsanaan. Varapuheenjohtajan ominaisuudessa panin merkille Johannan tarmokkuuden ja energisyyden, jolla hän yhdistyksemme asioita vei eteenpäin. Nuijan vaihdon lähestyessä tämä sai jopa minut hieman huolestumaan, en niinkään siitä, etteikö Johanna selviytyisi työmäärästä, vaan lähinnä siitä, mikä minua odottaa puheenjohtajana.

Viime syksynä Suomen Gynekologiyhdistys vietti 85-vuotissyntymäpäiviään. Iästään huolimatta yhdistyksemme ei ole seniili, dementoitunut vanhus, vaan mielestäni teini-iän sivuuttanut nuorukainen, joka innokkaasti ja optimistisesti katsoo tulevaisuuteen. Jäsenmäärämme on koko ajan kasvusuuntainen. Yhdistyksen kokouksiin osallistutaan aktiivisesti. Syklistä on muotoutunut erinomainen jäsenkunnan lehti, jonka ilmestymistä odotellaan innokkaasti ja jossa monipuolisesti tuodaan esille tapahtumia ja jäsenistöämme.

Toki edessä on myös suuria haasteita. Mielestäni yksi suurimmista haasteista on yhdistyksemme, ja samalla myös tutkimussäätiömme, näkyvyyden ja tunnettavuuden parantaminen suuren yleisön keskuudessa. Yleismaailmallinen

talouden ahdinko on vaikuttanut myös tutkimusrahoitukseen ja kilpailu olemassa olevasta rahoituksesta on raadollista. Myönteinen imago toisi taloudellista tukea yhdistyksellemme yksityisiltä tahoilta esimerkiksi lahjoitusten muodossa. Tällä tavoin voisimme paremmin tukea erikoisalamme nuoria ja lahjakkaita tutkijoita. Hallitus pohtii tätä asiaa kevään strategiakokouksessa.

Olemme myös hieman muokanneet koulutuspäivien ohjelmarunkoa. Jatkossa järjestämme keskiviikkoiltapäivänä workshop-tyyppisen koulutustapahtuman. Kevään koulutuspäivillä avai-lemme obstetrinen ultraäänitutkimuksen solmuja ja saloja. Kouluttajina toimii joukko alan kansallisia ja kansainvälisiä asiantuntijoita. Workshop on jaettu advanced- ja basic-tasolle eli jokaiselle asian harrastajalle löytyy jotain uutta. Ilmoittautumisohjeet löytyvät tämän Syklin sivuilta. Osallistujamäärä on rajoitettu! Jatkossa workshopin teemoina ovat mm. gynekologinen ultraääni sekä kolposkopia. Toivomme myös teiltä ehdotuksia workshopin aiheiksi.

Marraskuun vuosikokouksessa verenvaihto hallituksessa oli huomattava. Henkilökohtaisesti haluan erityisen lämpimästi kiittää kaikkia erovuoroisia hallituksen jäseniä erinomaisesta yhteistyöstä. Toivotan myös uudet hallituksen jäsenet tervetulleiksi. Mielestäni uuden hallituksen kokoonpano erinomaisesti kattaa erikois-alamme kaikki osa-alueet. Näin lopuksi haluan vielä koko uuden hallituksen puolesta kiittää saamastamme luottamuksesta.

Toivotan kaikille oikein rattoisaa talven jatkoa! Nähdään kevään koulutuspäivillä Tampereella! ■

Haukelandin sairaalan naistenlinikassa elämä ja kuolema kulkevat rinnakkain. Rakennus sijaitsee vanhan hautausmaan laidalla ja synnytyshuoneiden ikkunat (alin ikkunarivi) suuntautuvat hautausmaalle päin.



Pihtejä ja perätiloja

Mervi Haapsamo Haukelandissa
SGY matka-apuraha 2013

Vanhanaikainen bakulaite alkaa piipata kimeästi Haukelandin sairaalan synnytyssalilääkärin taskussa. Pubelimeen juokseminen ja vastausnumeron näppäileminen sujuvat rutinoidusti. Hetken kuuntelun jälkeen kuuluu lyhyt ja ytimekäs vastaus "Jeg kommer".

Synnyttämässä oleva aasialaistaustainen toissynnyttäjä oli ponnistanut jo yli tunnin ja alkanut uupua. Lisäksi kätilö oli huolissaan sikiön sykekäyrään ilmaantuneista muutoksista. Synnytyssalilääkäri, yksi niistä kolmesta, riensi puolijuksua kohti synnytyssaleja soittaen samalla seniorilääkärin avukseen ja itseään kokemattomamman erikoistuvan lääkärin katsomaan ja oppimaan tapauksesta. Synnytyshuoneessa seniorilääkäri ja erikoistumisensa loppuvaiheessa oleva lääkäri vaihtoivat muutaman sanan liki kuiskaten samalla kun arvioivat tilannetta. Tutkimustulokset selitettiin myös nuorimmalle kollegalle nopeasti ja rauhallisesti. Sikiön luinen tarjoutuva osa oli +1-tasossa, vaikka pahka ulottui selvästi alemmas ja lakisauma oli suoran mitan puolella. Sykekäyrässä todettiin vaihtelevia komplisoituneita hidadumisia, joiden kesto piteni supistus supistukselta. Synnyttäjä voivotteli silmät ummessa, eikä ollut enää yhteistyökykyinen hoitohenkilökunnan kanssa. Tuleva isä katsoi tapahtumia silmät suurina vaimonsa vierellä ja yritti toimia tulkkina parhaan kykynsä mukaan. Vaimo ei tosin reagoinut enää edes miehensä puheeseen. Kätilökunta oli jo ennakoanut tilanteen ja laittanut synnytyspöydän valmiiksi. Pöydällä olivat Malmströmin kova imukuppi ja Simpsonin pihdit. Sikiön välitön synnyttäminen oli tarpeen ja ►



niinpä synnytystä hoitanut lääkäri otti pöydältä pihdit ja alkoi asettaa pihvilusikoita paikoilleen...

Norjalaista obstetriikkaa

Haukelandin sairaala Bergenissä tunnetaan obstetrisesta osaamisestaan. Sairaalan yli 5000 synnytyksestä noin 1500 hoidetaan ”Haikara” -osastolla, jossa vallitsevat kodinomaiset synnytysolosuhteet. Sikiön sykettä seurataan intermittoivasti eikä lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä käytetä. Riskisynnyttäjät ja synnyttäjät, jotka toivovat lääkkeellistä kivun hoitoa tai synnyttäjät, joiden synnytyksissä ilmenee epä säännöllisyyttä, ohjataan tarkemmin monitoroitujen synnyttäjien osastolle. Tällä osastolla käytetään jatkuvaa sikiön syke-seurantaa ST-analysaattorilla ja lääkkeellisistä kivunlievityksistä eniten käytetty menetelmä on epiduraalipuudutus. Tällä osastolla hoidetaan myös kaikki perätarjontaiset alatisynnytykset.

Perätila-alatiesynnytysten puolesta

Perätarjonnassa olevien sikiöiden synnytysten hoidossa länsimaissa tapahtui selvä muutos vuonna 2000, kun Hannah ym. (2000) julkaisi randomisoidun monikeskustutkimuksen, jossa elektiiivinen sektio osoitettiin turvallisemmaksi synnyttäväksi täysiaikaisessa perätarjonnassa verrattuna suunniteltuun alatiesynnytykseen, käytettäessä lopputulosmuuttujina sekä lapsen että äidin sairastavuutta ja kuolleisuutta. Myöhemmin tutkimuksen protokollaa on kritisoitu ja pitkäaikaistulokset ovat osoittaneet, ettei lasten neurologisessa ja kognitiivisessa pärjäämisessä ole eroja ryhmien välillä (Whyte ym. 2004). Vastaavanlaista perätarjontaisen alatiesynnytysten määrän laskua, joka oli huomattavissa kaikissa länsimaissa, ei kuitenkaan tapahtunut Haukelandin sairaalassa, vaan siellä on edelleen 2000-luvullakin synnetty alateitse noin puolet perätiloista.

Talossa on säilynyt taito hoitaa perätarjontoja alateitse Jørgen Løvsetin ajoista lähtien. Hän toimi klinikan professorina vuosina 1946–66. Kuka pa meistä ei olisi kuullut Løvsetin menetelmästä auttaa hartiat ulos perätarjonnan alatiesynnytyksessä. Menetelmän etuna on saada myös ylhäällä tai



Professori Jørgen Løvset.

peräti niskan takana sijaitseva käsi tai kädet ulos. Pään ulosauttamisessa käytetään usein Piperin pihtejä. Monilla bergeniläisillä kollegoilla onkin tapana avustaa pää ulos pihdeillä, ellei se synny spontaanisti nostettaessa sikiötä nilkoista ja kääntäen vartaloa kohti synnyttäjän vatsaa avustajan painaessa sikiön päätä alaspäin synnyttäjän symfyysin yläpuolelta. Mauriceaun otetta käytetään selvästi harvemmin kuin meillä Suomessa. Perusteluna on lähinnä se, että sikiön päätä ei saada ohjattua kunnolla fleksioon vetämällä suussa olevalla sormella pelkästään alaleukaa kohti rintakehää. Jotta pää saataisiin taivutettua kunnolla fleksi-

oon, tulisi sitä ohjata yläleuan alueelta, mikä taas menetelmänä on hankala varottaessa silmiä. Suunniteltaessa perätarjonnan alatiesynnytystä Haukelandissa lantio kuvataan vain naisilta, joiden pituus on alle 165 cm, mikäli he eivät ole synnyttäneet aiemmin alateitse yli 3000 g painavaa lasta. Myöskään 4000 g ei ole ehdoton painoarvion yläraja ja syy raskauden päättämiseen elektiiivisellä sektiolla, vaan pitkällä ja hyvälantioisilla naisilla on mahdollisuus synnyttää alakautta jopa lähellä 4500 g olevat sikiöt perätarjonnassa.

Viettäessäni kuusi pitkää päivää viime elokuussa sairaalan synnytysosas-

**Tilastolukuja synnytyksistä vuodelta 2012
Haukelandin sairaalasta Bergenistä ja Suomesta.**

	Haukelandin sairaala	Suomi
Synnytyksiä	5084	59038
Sektiot %	12,6	16,3
Imukupit %	4,8	8,7
Pihdit %	6,2	0,00022
	315 kpl	13 kpl
Perätarjonnan alatiesynnytys % (kaikista synnytyksistä)	1,9	0,6
Synnytyksen käynnistäminen %	25,0	20,0
AUmb pH <7.00	0,7	0,4
AUmb pH <7.00 ja BD >12mmol/l	0,4	-
Episiotomia (% alateitse synnyttäneistä)	21,6	22,0
Välilihan repeämät (3–4 aste)	1,9	1,2
AUmb = arteria umbilicalism BD = base deficit		

tolla näin neljä perätarjonnan alatiesynnytystä. Näistä yhdessä käytettiin Piperin pihtejä pään ulosautossa. Yksi perätarjonnoista huomattiin toissynnyttäjällä kohdunsuun ollessa jo 8 cm auki, mutta kuten tutkimukset osoittavat, hyvää lopputulosta alatiesynnytyksessä ennustaa parhaiten säännöllisesti etenevä synnytyksen kulku, kuten tässäkin tapauksessa. Yhtään perätarjontaa ei vierailuviikkoni aikana sektoitu.

Pihtitoimenpiteitä metsästämissä

Vierailuni varsinainen tavoite oli nähdä pihtiulosautto raivotarjontasyntytyksessä. Vaikka olen toiminut pääsääntöisesti synnytyspuolella lääkärinä jo yli kymmenen vuotta ja perinatologinakin seitsemän vuotta, en ole koskaan nähnyt alatiesynnytyksen päättämistä pihtiulosautolla. Osallistuminen Vaasa-Bergen-symposiumiin syksyllä 2011 herätti mielenkiintoni tutustua pihtisynnytyksiin syvällisemmin. Suorittamistekniikan näkemisen ja oppimisen lisäksi halusin kuulla enemmän indikaatioista, kontraindikaatioista ja komplikaatioista sellaisilta kollegoilta, jotka käyttävät pihtejä jatkuvasti omassa arkityössään. Haukelandissa instrumentaalisten alatiesynnytysten osuus on hieman korkeampi kuin Suomessa (11 vs. 9 %). Näistä pihtisynnytyksiä on reilu puolet ja imukuppi-synnytyksiä vajaa puolet. Sikiön ulosauttaminen pihdeillä opetetaan jokaiselle klinikassa erikoistuvalla lääkärille.

Vierailuviikkoni aikana näin viisi pihtisynnytystä, joista neljä tehtiin var-

sinaisen synnytyssalin puolella ja yhden "Haikarassa". Näistä kolmet pihdit tehtiin ensisynnyttäjälle ja kahdet uudelleensynnyttäjälle. Yhdelle ensisynnyttäjälle, jolla ulosautto oli selvästi haastava, tuli neljännen asteen välilihan repeämä. Vaurio ommeltiin synnytyssalissa hyvin toimivan epiduraalipuudutuksen turvin lapsen ollessa ihokontaktissa äitinsä rinnalla.

Vertailua kotimaahan ja uutta oppia

Sfinkterruptuuriden esiintyvyys Haukelandissa oli viime vuonna 1.9 % eli hieman korkeampi kuin Suomessa, vaikka episiotomia leikataan yhtä paljon (taulukko). Tulokseen ovat todennäköisesti vaikuttamassa pihtisynnytykset, joissa välilihan repeämien tiedetään olevan yleisempiä kuin imukuppiavusteisissa synnytyksissä. Lisäksi instrumentaalisten alatiesynnytysten jälkeen hoitavat lääkärit tarkastavat aina itse synnytyskanavan, joka voi lisätä vaikeiden repeämien diagnosointitarkkuutta. Valitettavasti kaikilla lääkäreillä Suomessa ei taida olla tapana tarkastaa synnytyskanava automaattisesti itse instrumentaalisen alatiesynnytyksen yhteydessä. Vuonna 2012 Haukelandin sairaalan sektioprosentti oli 12.6, kun se Suomessa oli 16.3. Vastasyntyneiden metabolisen asidoosin (ApH <7.00 ja base deficit >12 mmol/l) esiintyvyys oli kyseisenä vuonna 0.4 % eli vertailukelpoinen Suomen hyvien lukujen kanssa. Ohessa olevassa taulukossa on vertailtu synnytyslukuja Haukelandin sairaalassa ja Suomessa viime vuodelta.

Viikon tutustumisjakson aikana Haukelandissa näin ja koin useita ennen matkaa tavoitteena olleita tapauksia. Lisäksi opin jotain ihan uutta, kuten reverse-Løvset-otteen, jota voidaan käyttää yhtenä manööverinä hartiadystokiassa. Kun sairaalasta saamani antiin lisätään vielä tutustumisen muutamiin ystävällisiin ihmisiin ja Bergenin upeat maisemat, oli vierailuni enemmän kuin onnistunut ja ennen kaikkea motivoiva ja kannustava omien synnytyssalitaitojen kehittämiseen. Kiitän lämpimästi SGY:tä saamastani matka-apurahasta, joka mahdollisti klinikkavierailun!

Mutta miten synnyttäjälle lopulta kävikään?

Pihtiutusikat asettuivat helposti paikalleen ja lukkoon. Synnyttäjä oli edelleen vaipuneena syvään voivottelemaan horrokseen uupumisesta, eikä häneen saatu kontaktia. Sikiön ulosveto pihdeillä tapautui elegantisti ilman synnyttäjän ponnistamista tai avustajan funduspainamista. Väliliha oli puudutettu, mutta leikkausta ei ollut tarvetta tehdä, koska toissynnyttäjänä perineum myötäsi ja pelkkä tukeminen oli riittävä toimenpide kudoksen suojaamiseksi. Loppuvaiheen vakavista syke- ja muutoksista huolimatta, vastasyntynyt virkosi nopeasti ja hänet nostettiin äidin rinnalle. Väsymys katosi synnyttäjän kasvoilta välittömästi ja hän katsoi ihmeissään ja hämmennyneenä sylissään olevaa lastaan. Lopuksi boitava lääkäri tarkasti synnytyskanavan ja ennen buoneesta poistumista koko lääkärijoukkomme toivotti vanhemmille "gratulera." ■

Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 2000 Oct 21;356(9239):1375-83.

Whyte H, Hannah ME, Saigal S, ym. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol 2004;191:864-71.

Katsastamassa eurooppalaisia gynekologisen onkologian huippuyksiköitä

SGY Erikoislääkärin matka-apuraha 2013

Maaliskuussa 2013 tutustuin kahteen eurooppalaiseen huippuyksikköön gynekologisessa onkologiassa: Charite -yliopiston gynekologiseen klinikkaan Berliinissä ja KU Leuvenin naistentautiklinikkaan Belgiassa. Yhteydenotto molempiin klinikoihin tapahtui laittamalla sähköpostia klinikan johtajalle.

Berliinissä minulta kaivattiin todista tai referenssiä siitä, kuka olen ja missä työskentelen. Leuvenissa oli lisäksi kirjoittauduttava yliopistolle ja suoritettava tästä maksu.

Tavoitteenani oli erityisesti tutustua kirurgiseen hoitoon näissä paikoissa, mutta myös selvittää, mikä näistä paikoista tekee huippuyksiköitä. Molemissa vastaanotto ja suhtautuminen oli hyvin ystävällistä, vaikka vierailijoita käy usein. Berliinissä toiminta oli rakkaita; siitä hetkestä, kun saavuin klinikalle, meni vain 15–20 minuuttia siihen, kun olin jo leikkaussalitamaisissa, vaikka ensin professorin sihteerin ihmetteli, kuka minä olen ja mitä minulle tehdään. (Hiukan vielä muistan saksan kielestä jotain).

Leuvenissa oli vähän hidassoutuisempaa, kaavamaistakin, sillä minulle oli tehty ihan lukujärjestys, jota noudattaa. Toki se osoitti myös huolenpitoa.



Charite sisäpiha



Charite pääsisäänkäynti

Munasarjasyöpäkirurgiaa Charitessa

Charite on yksi Euroopan suurimmista yliopistosairaaloista. Vuonna 2011 siellä kävi 593 000 poliklinistä potilasta ja sairaalahoidossa oli 139 000 po-

tilasta. Töissä siellä on 3700 lääkäriä ja tieteentekijää. Yli puolet saksalaisista Nobel-palkinnon saajista lääketieteessä ja fysiologiassa ovat harjoittaneet tieteellistä uraansa tässä sivistyksen kehossa. Tästäkin, mutta myös



Naistenklinikan pääovi, Charite

nykyajan tieteellisestä tasosta johtuen, Charite on kansainvälisesti korkealle arvostettu kouluttaja. Yliopisto muodostuu neljästä pääkampusalueesta, joihin kuuluu yli 100 klinikkaa ja instituuttia, joista naistentautien klinika sijaitsee Campus Wirchow-klinikumissa. Yliopistosairaalassa työtehtäviä on 13 000 ja sairaanhoito tuottaa n. 1,2 biljoonaa euroa vuodessa, mistä johtuen se on yksi Berliinin suurimpia työnantajia. Tämä tieteen kehitys juhli 300-vuotissyntymäpäiviään vuonna 2010.

Charite Campus Wirchow-Klinikumin naistentautiklinikan johtaja vuodesta 2011 on ollut professori Jalid Sehoul. Tämä tieteellisesti hyvin aktiivinen, leijonaksi itseään kutsuva mies on väitellyt vuonna 1998 ja saanut professuurin 2007. Professori Sehoulin johdolla klinikka on saanut tunnustuksen "European Competence Centre for Ovarian Cancer." Hän on ollut perustamassa myös Saksan munasarjasyöpäkirurgiaa, joka jo aiemman yhden päivän vierailun perusteella näytti sangen perusteelliselta. Klinikassa leikataan keskimäärin neljä munasarjasyöpää viikossa ja kaikkiaan leikkauksia on 300 vuodessa. Heidän tilastojensa mukaan leikkaus päättyy



Koko peritoneumin kuorintaresekaatti "en bloc"

makroskooppisesti puhtaaseen tulokseen 70–80 prosentissa toimenpiteistä, mikä vaatii suoliresektion 40 prosentille potilaista. Saumalekaasiprosentti on 3. Kun jäännöskasvain ei ole, 5-vuotiseloönjäämisennuste on 57 % ja jos jäännöskasvaimen koko on alle 1 cm, viiden vuoden kuluttua elossa on 19 %. Kun jäännöskasvain on yli 1cm, viiden vuoden eloonjäämisprosentti jää nolnaan. Tuon noin 20 prosentin eloonjäämisedun perusteella heidän mielestään on syytä yrittää poistaa tuumoria mahdollisimman radikaalisti, vaikka täysin puhtaaseen tulokseen ei päästäisikään.

Leikkaussalissa totesin, radikaalista asenteesta johtuen, "compartment" ja "en bloc" -tyyppisten vatsaontelon eri alueiden ja palleankaarten peritoneu-

min kuorinnan, maksan mobilisaation ja suoliresektioiden olevan jokapäiväistä toimintaa. Gastrokirurgi tuli paikalle lähinnä kirjaimellisesti suolisauman tekoon, jos ehti. Suomalaisista käytännöistä poiketen Charitessa oli standardina dreenin pitäminen paikallaan viisi vuorokautta leikkauksen jälkeen. Antibiootteja jatkettiin viikon ajan postoperatiivisesti. Suoliresektioiden yhteydessä pidettiin rektaalista dreeniä, joka heidän mukaansa esti sfinkterin spasmia ja siten paineen muodostumista suolisaumaan. Suojavia avanteita ei tehty lainkaan puuttuvan tieteellisen näytön takia.

Työpäivän aikana samalla pöydällä tehtiin kaksi debulking -leikkausta. Leikkauspäivä alkoi kello kahdeksan ja päättyi viiden aikoihin. Mielenkiintoista tässä vakuutus pohjaisessa terveydenhuoltomaassa oli munasarjasyövän liitännäishoito: kaikille kuului bevasitumabi kemoterapian oheen. Residiivien kirurginen hoito oli myös tavallista. Okklusiotapaukset pyrittiin operoimaan kahden vuorokauden kuluessa sairaalaan tulosta käytännössä poistamalla tarvittava määrä suolistoa. Näkemässäni potilastapauksessa jejunumia jäi jäljelle noin 20 cm. Tämä sai vierailijan haukkomaan henkeä, mutta Chariten lääkäreiden mukaan potilaat ovat kivuttomampia ja elinaikaa voi olla tarjolla lisää, vaihdellen vuorokaudesta puoleen vuoteen. Eräs nuori, sitkeä potilas oli elänyt jopa seitsemän vuotta – tosin epäselväksi jäi, paljonko suolistoa lopulta oli poistettu. Vaakakupissa painaa sentraalisen ravitsemuksen tarve. Chariten kollegoiden loppuvuodesta julkaisemassa artikkelissa otetaan kuitenkin hiukan konservatiivisempi linja.

Ylipäätään Chariten klinikassa toimittiin hyvin strukturoidusti, intranetistä löytyivät SOP:t (standard operating procedure) käytännössä kaikesta.

Leikkaussalissa tarkistuslista oli käytössä. Preoperatiivisesti käytettiin hyvin vähän radiologista kuvantamista, lähinnä thorax-röntgeniä ja maksan ultraäänitutkimusta. Leikkaustilanteessa merkittiin tarkasti karttakuvaa (IMO = intraoperative mapping of ovarian cancer) kasvainkudoksen sijainti ja jäännöskasvain. Erikoistuvalla lää-



Yliopistosairaala, Leuven

kärillä oli leikkaussalissa paljon tehtäviä: potilaan asettelu, peseminen ja peittäminen, assisteeraus ja haavan sulku sekä kirjallisten jatkohoito-ohjeiden tekeminen. Mielenkiintoista oli myös se, miten erikoistuva lääkäri aina leikkauksen alussa tarkkaan esitteli potilaan leikkaustiimille ja seniorille. Laparoskopialla Charitessa tehtiin myös jonkin verran. Muun muassa kohdunkaulasyövän laparoskooppinen kirurgia oli aloitettu. Robottikirurgiaa ei tässä klinikassa tehty.

Sytostaatti-infuusioita annettiin päivässä 12–25 potilaalle varsin vaatimattomalla infuusiopoliklinikalla, eli lähinnä parin reilumman poliklinikahuoneen kokoisessa tilassa, yhden lääkärin ja parin hoitajan voimin. Noin 30 kliinistä eri vaiheissa olevaa lääketutkimusta oli myös meneillään.

Työpäivä klinikassa alkoi klo 7.30 kirjastokabinetissa, missä käytiin läpi päivystysraportti, päivän leikkaukset ja eri työpisteiden tulevat tapahtumat. Kerran viikossa pidettiin karsinoomameeting, jossa potilastapauksia oli runsaasti. Kerran kahdessa viikossa oli myös ”Online Tumor Konferenz”, jossa käsiteltiin muualta Saksasta lähetettyjä potilastapauksia. Sen edellytys oli kirjautuminen, eli piti olla ilmoittautunut

jäseneksi, jotta tietosuoja-asiat olisivat kunnossa. Tiedot potilaasta piti lähettää hyvissä ajoin, ja Chariten tiimi antoi potilaalle hoitosuosituksen, perustuen sen kattavaan kirjallisuushakuun ja hoitosuosituksiin, jos niitä oli. Tuumorikonferenssin aikana jäsenet pääsivät kirjautumaan läsnäolevaksi tähän virtuaaliseen kokoukseen.

Tutkimustyö on aktiivista, ja koko ajan kasvatetaan kasvainnäytepankkia, jossa sillä hetkellä oli yli 2000 potilaan näytteet, sekä jäädytettynä että parafiiniblokeissa ja lisäksi potilaiden kliiniset tiedot netissä olevassa SPSS-ohjelmassa.

Nuorten kollegoiden kertomuksen mukaan koulutus gynekologiseksi onkologiksi Charitessa on strukturoitumatonta ja etenee kliinisen työn tahdissa kisälli-periaatteella. Klinikassa pyöri paljon nuoria gynekologisesti onkologiasta kiinnostuneita ”wannabe” -lääkäreitä, eri Euroopan maistakin. Se, miten varsinaiseen koulutukseen valikoituminen tapahtuu, ei haastattelussa oikein selvinnyt, mutta tutkimustyön tekeminen ei kuitenkaan heidän käsityksensä mukaan ollut ”pakollista,” vaikka useimmat sitä kuitenkin tekivät. Ilmeisesti merkittävien karsija olivat 12 -tuntisiksi veny-



Leuvenissa sairaalan ruokajumavaliokoma poikkeaa vastaavasta suomalaisesta.

vät työpäivät erityisesti osastolla, jossa leikkauspotilaita hoidetaan. Lisäksi tuli todettua paikkansa pitäväksi se tieto, että kahvi saksalaisen sairaalan vuodeosastolla on todella pahan makuista.

Gynekologista onkologiaa Leuvenissa

Toinen matkaviikko vierähti Leuvenissa, Belgiassa. Siellä sijaitsee Belgian suurin yliopisto, Katholieke Universiteit Leuven, jo vuodesta 1425 lähtien. Opiskelijoita siellä oli lukuvuonna 2012–2013 vähän yli 41 000. UZ Leuven on yliopiston opetussairaala (Universitair ziekenhuis Leuven). Suurin ja tunnetuin kampuksista on Gasthuisberg.

Naistentautien klinikkaa johtaa professori Ignace Vergote, joka tuskin esitelyitä kaipaa. Mies lienee tunnettu läpi Euroopan. Klinikassa hoidetaan vuosittain 350 uutta munasarjasyöpää. Leikkaus päättyy makroskooppisesti puhtaaseen lopputulokseen 85 prosentilla potilaista, mikä edellyttää suoliresektiota neljännekselle heistä. Omien sanojensa mukaan kollegat Leuvenissa käyttävät laparoskopiaa arvioitaessa debulking -mahdollisuutta. Sekundäärikirurgiassa leikataan ylipäätään mitään vain, jos päästään puhtaaseen lopputulokseen. Preoperatiivisessa kuvantamisessa käytetään lähinnä diffuusio-MRI -kuvausta. CT -kuvantamisesta on luovuttu. Tässä verorahoin kustannetussa terveydenhuollossa munasarjasyövän liitännäishoidossa bevasitumabia ei anneta ensilinjassa kenellekään, paitsi kliinisten tutkimusten yhteydessä.

Tuon Leuvenin-viikon aikana, ilmeisesti huonosta tuurista johtuen, en nähnyt yhtään selkeää radikaalia debulking-leikkausta. Erään neoadjuvanttihoitoa saaneen potilaan vatsa avattiin, todettiin pientä karsinoosia 1–3 mm ohutsuolen pinnassa, ja vatsa laitettiin kiinni. Laparoskopiaa en nähnyt käytettävän lainkaan. Kohtusyövät leikattiin avoimesti. Ainoa robottikirurgi klinikassa oli sangen kiireinen mies, professori Vergote itse. Antoisinta Leuvenissa oli seurata ultraäänipoliklinikkaa, jota johti professori Timmerman. Aikataulut oli upeata seurattavaa. Vaikka käyntejä oli paljon ja professorillakin oma vastaanotto, konsultointi sujui hienosti. Ensin nuorempi tohtori ja professori menivät koneelle katsomaan yhdessä ultraäänikuvia, jotka otettiin systemaattisesti pyrkien tiettyihin projektiioihin. Jos selvyyttä ei tullut, professori me-



Leuvenin kaupungintalo

ni itse uusimaan ultraäänitutkimuksen poliklinikkahuoneeseen. Munasarjamuutokset arvioitiin aina käyttäen IOTA-sääntöjä.

Karsinoomameeting oli kerran viikossa kello 16.30–19 (sic!), ja läsnä oli myös sekä patologi että radiologi. Kaikki uudet ja residivitaupaukset käsiteltiin, minun läsnäolonni takia englannin kielellä, sillä flaamini on vähän ruosteessa. Myös tuumoripankkia kerättiin: leikkaussalin vierestä löytyi nestetyyppisiä. Kliininen tutkimusyksikkö näytti tehtaalta: se oli erittäin kookas huone täynnä sermein eroteltuja työpöytiä. Aktiivisesti oli meneillään 35 kliinistä lääketutkimusta työllistäen 12 täysipäiväistä työntekijää. Yksikön johtaja oli filosofian tohtori, joka laati eettiselle toimikunnalle hakemukset melko lailla valmiiksi ja ne esitteli professori Vergote. Luonnollisesti työntekijöiltä löytyy motiivia tutkimusten toteuttamiseen. Silmiinpistävää oli, että potilaat hakeutuivat ympäri Eurooppaa professori Vergoten tutkimuspotilaiksi. Sytostaattihoidot toteutettiin vuodeosastolla, jossa oli sekä gynekologisia että gynekologiso-onkologisia potilaita. Kierto toteutettiin juhlavasti huonekiertona, professori etunenässä.

Koulutus gynekologiseksi onkologiksi on strukturoitu kestäen viisi vuotta ja sivutuotteena on aina myös väitöskirja.

Huippuyksikön jäljillä

Miten huippuyksikkö sitten syntyy? Näkemäni perusteella tarvitaan runsas potilasmäärä sekä vuosien työ systemaattisin kliinisin käytännöin. Tutkimusta on tehtävä usealla rintamalla. Ennen kaikkea tarvitaan innostunut ja innostusta levittävä johtaja, joka perustaa päätökset tieteelliseen näyttöön ja vankkaan kokemukseen, ja omaa hiukan myös leijonan sielua. Tarvitaan myös nuorta polvea, joka on kehitystyössä aktiivisesti mukana.

Turismille ei näin lyhyillä vierailuilla jäänyt aikaa. Berliini antaa todellakin ison kaupungin vaikutelman ja Leuven pienen, hyvin kauniin, historiallisen kaupungin vaikutelman.

Kiitän sydämestäni Suomen gynekologiyhdistystä saamastani matkapurahasta. Sen turvin pääsin tutustumaan kahteen eurooppalaiseen, mielestäni todelliseen gynekologisen onkologian huippuyksikköön. Palasin monta – ainakin kirurgista – evästystä rikkaampana. ■

Valtimo- jäykkyys raskauden aikana

Lääketieteen lisensiaatti
Henna Kärkkäisen väitöskirja
"The ambulatory arterial stiff-
ness index and carotid stiffness in
pregnancy" tarkastettiin
Kuopiossa Itä-Suomen yliopis-
tossa 1.11.2013.
Vastaväittäjänä toimi dosentti
Eeva Ekholm TYKS:sta ja
kustoksena professori Seppo
Heinonen.

Raskaus haastaa äidin veren-
kiertoelimistön ja antaa mah-
dollisuuden nähdä hänen tai-
pumuksensa sydän- ja verisuonisai-
rauksiin. Tässä vaiheessa naisen elä-
mäntapoihin puuttuminen olisi hyvin
hyödyllistä myöhemmän sairastumi-
sen estämiseksi.

Raskauskomplikaatiotutkimukseen
osallistui KYS:ssä 2002–2007 123 nais-
ta. Tutkimuksessa oli kaksosia odotta-
via, raskaudenaikaista diabetesta sai-
rastavia sekä raskaudenaikaisesta ve-
renpainetaudista tai pre-eklampsia-
stä kärsiviä naisia. Vertailuryhmänä toimi-
vat naiset, joilla oli normaali, yksisi-
kiöinen raskaus. Naiset tutkittiin ras-
kauden viimeisen kolmanneksen ai-
kana sekä noin kolmen kuukauden
kuluttua synnytyksestä. Valtimojäyk-
kyden määrittämiseksi käytetty me-
netelmä oli laskennallinen AASI-in-
deksi, joka perustuu koko vuorokau-
den kestoiseen jatkuvaan verenpaine-
mittaukseen.

Tutkimuksessa havaittiin haitalli-
sia muutoksia valtimojäykkyudessa
AASI:lla mitattuna ainoastaan insuliini-
hoitoisilla raskausdiabeetikoilla kolme
kuukautta synnytyksen jälkeen. Ruo-
kavaliohoitoista raskausdiabetesta sai-
rastaneilla AASI laski synnytyksen jäl-
keen, vaikka naiset luultavasti luopui-
vat tiukasta ruokavaliostaan. Molem-
missa raskausdiabetesryhmissä nähtiin



synnytyksen jälkeisissä tutkimuksissa
normaaliraskausryhmää korkeammat
veren rasva- ja glukoosiarvot ja kor-
keampi painoindeksi. Varsinkin näi-
den naisten kohdalla tuleviin riskei-
hin ja naisen elämäntapoihin kannat-
taa kiinnittää huomiota.

Koko tutkimuksessa AASI-arvojen
muutokset olivat pieniä, joten AASI
ei todennäköisesti ole tarpeeksi her-
kä menetelmä mittaamaan muutoksia
valtimojäykkyudessa raskaana olevil-
la naisilla.

Väitöstutkimuksessa selvitettiin ras-

kaudenaikaisia muutoksia kaulavalti-
mon jäykkyudessa LASERI:n aineis-
tosta ultraäänimittauksin. Löydökse-
nä oli raskauden edetessä tapahtu-
va kaulavaltimon jäykistyminen, joka
ei liittynyt odottavan äidin veren ras-
va-arvojen nousuun eikä raskauteen
kuuluvaan kaulavaltimon läpimitan
kasvuun. Väitöstutkimus arvelee, että
kaulasuonten jäykistyminen on fysio-
loginen vaste raskauden aiheuttamiin
verenkiertoelimistön muutoksiin, ku-
ten sydämen iskutilavuuden ja plas-
man tilavuuden kasvuun. ■

Metformiinin käyttö raskausdiabeteksen hoidossa

Lääketieteen lisensiaatti
Kristiina Tertin väitöskirja
"Metformin in gestational
diabetes mellitus" tarkastettiin
Turun yliopistossa 22.11.2013.
Vastaväittäjänä toimi dosentti
Marja Vääräsmäki OYS:sta ja
kustoksena professori Juha
Mäkinen.

Raskausdiabeteksella tarkoite-
taan sokeriaineenvaihdunnan
häiriötä, joka todetaan ensim-
mäisen kerran raskauden aikana.
Vuonna 2012 Suomessa 12.7 %:llä ras-
kaana olevista naisista todettiin ras-
kaudiabetes. Hoidolla voidaan vä-
hentää raskausdiabetekseen liittyviä
äidin ja vastasyntyneen haittoja, joi-
ta ovat mm. sikiön liiallinen kasvu ja
äidin verenpaineongelmat. Lääkitys-
tä tarvitaan, jos ruokavaliohoidolla
ei saavuteta hyvää sokeritasapainoa.
Perinteisesti lääkityksenä on käytetty

insuliinia, mutta metformiinin käyttöä
insuliinin vaihtoehtona on ehdotettu.
Metformiini läpäisee istukan, mutta
sen läpäisymekanismi ei ole selvillä.

Tässä väitöskirjassa tutkimuskoko-
naisuuden pääasiallinen tarkoitus oli
verrata metformiinin tehokkuutta ja
turvallisuutta insuliiniin raskausdia-
beteksen hoidossa selvittämällä lääk-
keen vaikutusta äitiin ja vastasynty-
neeseen. Lisäksi haluttiin tutkia, mit-
kä tekijät ennustavat tilannetta, jol-
loin tarvitaan insuliini metformiinin
lisänä, jotta saavutetaan hyvä sokeri-
tasapaino. Tutkimuksen yhdessä osa-
työssä lääkehoitoa tarvitsevat 221 ras-
kaudiabeetikoaitia satunnaistettiin
saamaan joko insuliinia tai metfor-
miinia. Toisessa osatyössä arvioitiin
metformiinin annoksen ja pitoisuu-
den vaikutusta äitiin ja vastasyntynee-
seen mittaamalla metformiinin pitoi-
suus äidistä ja sikiön puolelta napa-
nuoran verestä. Tässä väitöskirjatut-
kimuksessa selvitettiin myös aktiivi-
sen kuljetusproteiinin (organic cation



transporter, OCT) merkitystä metformiinin kulkeutumiseen istukan läpi perfusoidulla istukoita *ex vivo*.

Insuliiniin verrattuna metformiini ei lisännyt äidin, sikiön tai vastasyntyneen haittatapahtumia, insuliini- ja metformiiniyhtymien välillä ei todettu merkitsevää eroa mm. vastasyntyneiden syntymäpainoissa ja hypoglykemian esiintyvyydessä tai synnytystavoissa. Sokeritasapaino insuliini- ja

metformiinilääkityksen aikana oli yhtäläinen arvioitaessa sitä HbA1c- ja fruktosamiinimittauksilla, mutta 21 % metformiinin käyttäjistä tarvitsi lisäksi insuliinia hyvän sokeritasapainon saavuttamiseksi. Tutkimuksessa todettiin myös, että mitä iäkkäämpi äiti oli, mitä varhaisemmassa raskauden vaiheessa sokerirasitus oli tehty ja lääkitys aloitettu, ja mitä korkeammat HbA1c ja fruktosamiinipitoisuudet olivat, si-

tä suuremmalla todennäköisyydellä metformiinin lisänä tarvittiin insuliinia.

Metformiinin pitoisuusmittaukset synnytyksen yhteydessä äidin ja napa-suonen verestä (n=58) osoittivat metformiinin siirtyvän sikiöön istukan läpi suuressa määrin (keskimäärin 96 % äidin metformiinipitoisuudesta). Metformiinin pitoisuudella, napasuoneesta mitattuna, ei ollut vaikutusta vastasyntyneen hyvinvointiin kun sitä arvioitiin napa-arterian pH-arvolla ja vastasyntyneen hypoglykemian esiintyvyydellä. Maksimaalisella metformiinin annostuksella ja korkealla äidin metformiininipitoisuudella todettiin olevan suotuisa vaikutus äidin painon nousuun raskauden aikana.

Ex vivo istukkaperfuusiotutkimuksen tulokset viittasivat siihen, että aktiivilla OCT-kuljetusproteiinilla ei ollut todennäköisesti merkittävää osuutta metformiinin kulkeutumisesta istukan läpi. ■



elonva®
korifolliotropiini alfa



Todistettu teho:

- 38,9 % jatkuvia raskauksia aloitettua hoitosykliä kohti¹

Potilasystävällinen hoito:

- 1 korvaa 7²

Viite 1: Devroey P, et al. Hum Reprod 2009; 24(12):3063-72.

Viite 2: Elonva® -valmisteyhteenveto

Tutustu Elonva® -valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä.

ELONVA®

Vaikuttavat aineet ja niiden määrät: ELONVA 100 mikrogrammaa injektioneste, liuos. Yksi esitäytetty ruisku sisältää 100 mikrogrammaa korifolliotropiini alfaa 0,5 ml:ssa injektionestettä. ELONVA 150 mikrogrammaa injektioneste, liuos. Yksi esitäytetty ruisku sisältää 150 mikrogrammaa korifolliotropiini alfaa 0,5 ml:ssa injektionestettä. **Lääkemuoto:** Injektioneste, liuos (injektioneste). Kirkas ja väritön vesiliuos. **Käyttöaiheet:** ELONVA on tarkoitettu hallittuun munasarjojen stimulaatioon yhdessä GnRH-antagonistin kanssa useiden munarakkulojen kypsyttämiseksi naisille, jotka osallistuvat hedelmöityshoito-ohjelmaan. **Annostus ja antotapa:** ELONVAA suositellaan käytettäväksi vain hedelmättömyyden hoitoon erikoistuneen erikoislääkärin valvonnan alaisena. **Annostus:** Enintään 60 kg painaville naisille annetaan 100 mikrogrammaa kerta-annoksena. Yli 60 kg painaville naisille annetaan 150 mikrogrammaa kerta-annoksena. Stimulaatiopäivä 1: ELONVA annetaan kertainjektiona ihon alle, mieluiten vatsan alueelle varhaisen follikulaarivaiheen aikana. Stimulaatiopäivä 5 tai 6: Hoito gonadotropiinia vapauttavan hormonin (GnRH) antagonistilla aloitetaan 5. tai 6. stimulaatiopäivänä riippuen munasarjavasteesta. Stimulaatiopäivä 8: seitsemän vuorokautta ELONVA-pistoksen jälkeen hoitoa voidaan jatkaa antamalla päivittäisiä injektioita (rekombinantia) follikkelia stimuloivaa hormonia (rFSH:tä), kunnes kriteerit munasolun lopullisen kypsymisen käynnistymisestä (kolme ≥ 17 mm:n munarakkula) täyttyvät. **Eriyisryhmät:** Munasolujen vajaatoiminta: Munasolujen vajaatoimintaa sairastavilla ei ole tehty kliinisiä tutkimuksia. Koska korifolliotropiini alfaa eliminoituu voimakkaasti munasolujen vajaatoimintaa sairastavilla potilailla, ELONVAn käyttöä ei suositella näille naisille. Maksan vajaatoiminta: Vaikka tietoa maksan vajaatoimintaa sairastavilla potilailla ei ole saatavilla, maksan vajaatoiminta ei todennäköisesti vaikuttaisi korifolliotropiini alfan eliminoitumiseen. **Antotapa:** ELONVA-pistoksen voi antaa ihon alle tai ihon sisään, jos se on mahdollista. **Käyttö:** ELONVAA käytetään yhdessä GnRH-antagonistin kanssa. ELONVAA ei ole tarkoitettu potilailla, joilla on munasarjojen toimintahäiriö (PCOS). ELONVAn käyttöä ei suositella näiden naisten hoidossa. Munasarjavasteen todettiin olevan voimakkaampi ELONVA-hoidon kuin päivittäin annettavien rFSH-annosten jälkeen. Tästä johtuen naiset, joilla on voimakkaan munasarjavasteen tunnettuja riskitekijöitä, saattavat silti olla erityisen alttiita OHSS:n kehittymiselle ELONVA-hoidon aikana tai sen jälkeen. Suositellun ELONVA-annoksen ja hoito-ohjelman noudattaminen ja huolellinen munasarjavasteen seuranta on tärkeää OHSS-riskin pienentämiseksi. Monisikiöriskiä ja -synnytyksiä on raportoitu kaikkien gonadotropiinihoitojen yhteydessä. Synnytyksen epämuodostumien ilmaantuvuus saattaa olla jonkin verran suurempi hedelmöityshoidon jälkeen kuin spontaanin hedelmöitymisen jälkeen. Katso tarkemmat tiedot valmisteyhteenvedosta. **Yhteisvaikutukset:** ELONValla ei ole tehty yhteisvaikutustutkimuksia muiden lääkkeiden kanssa. **Raskaus ja imetys:** ELONVAA ei pidä käyttää raskauden tai imetyksen aikana. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttöön:** Tutkimuksia valmisteen vaikutuksesta ajokykyyn tai koneiden käyttökykyyn ei ole tehty. **Haittavaikutukset:** Kliinisissä tutkimuksissa yleisimpiä ELONVA-hoidon aikana raportoituja haittavaikutuksia ovat OHSS (5,2%), lantion alueen kipu (4,1%) ja väsymys (3,2%), päänsärky (3,2%), pahoinvointi (1,7%), väsymys (1,4%) ja rintojen oireet (1,2%). Katso tarkemmat tiedot valmisteyhteenvedosta. **Kestoaike:** 3 vuotta. **Säilytys:** Säilytä jääkaapissa (2° C - 8° C). Mukavuuksia ajatellen potilas voi säilyttää valmistetta 25° C:ssa tai sen alle olevassa lämpötilassa enintään yhden kuukauden ajan. Ei saa jäätää. Pidä ruisku ulkopakkauksessa. Herkkä valolle. **Pakkaukset ja hinnat** (VOH-alv 01/2014): ELONVA 100 mikrogrammaa 633,59 €, ELONVA 150 mikrogrammaa 633,59 €. **Korvattavuus:** Peruskorvattava. **Lisätiedot:** Valmisteyhteenveto (tekstin muuttamispäivämäärä 19.9.2013) tai MSD, Keilaranta 3, 02150 Espoo, puh. (09) 804 650, www.msd.fi, www.parempaalamaa.fi

Copyright © 2014 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved. 01-2016-WOMN-1106337-0000



Endometriumkarsinooman leikkausta edeltävä tutkiminen

Lääketieteen lisensiaatti Sami Saarelaisen väitöskirja "Preoperative assessment of endometrial carcinoma" tarkastettiin Tampereen Yliopistossa 13.12.2013. Vastaväittäjänä toimi professori Seija Grénman TYKS:sta ja kustoksena professori Johanna Mäenpää.



Endometriumkarsinooma eli kohdunrungon syöpä on länsimaisissa naisten yleisin gynekologinen syöpä. Endometriumkarsinooman hoidon kulmakivi on leikkaus, johon kuuluu kohdun ja munasarjojen sekä munanjohtimien poisto. Lisäksi niille potilaille, joilla todetaan olevan kohonnut riski kasvaimen etäpesäkkeille, tulisi tehdä lantion ja para-aorta-alueen imusolmukkeiden poisto. Laajemmalla leikkauksella voidaan arvioida syövän levinneisyyttä ja kohdentaa leikkauksen jälkeinen säde- tai solunsalpaajahoido niille potilaille, joille näistä hoidoista arvellaan olevan hyötyä.

Imusolmukkeiden poisto lisää leikkausaikaa ja voi lisätä verenhukkaa sekä riskiä leikkauksen jälkeisiin infektioihin. Imusolmukkeiden poiston jälkeen mahdollisesti ilmaantuva alaraajojen turvotus voi olla hankalahoitoon ja huonontaa potilaan elämänlaatua. Koska imusolmukkeiden poistolla on näitä haitallisia sivuvaikutuksia, tulisi levinneisyyden riskin arvioimiseksi olla käytössä riittävän tarkkoja menetelmiä leikkauksen laajuudesta päätettäessä. Tällä hetkellä riskin arviointi pääosin perustuu kasvaimen histologisen erilaistumisasteen tutkimiseen sekä kasvaimen kohtulihasinvaasion arvioimiseen kuvantamismenetelmillä, tavallisimmin kaksikulotteisella ultraäänitutkimuksella tai mag-

neettikuvantamisella. Näiden menetelmien osuvuus kuitenkin vaihtelee.

Kasvaimen syvän kohtulihasinvaasion (yli puolet kohtulihaksen paksuudesta) on todettu olevan itsenäisen taudin leviämistä ennustava tekijä. Väitöskirjatutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kolmiulotteisen energiadopplerkuvantamisen, kolmiulotteisen ultraäänitutkimuksen sekä magneettikuvantamisen hyödyllisyyttä kasvaimen invaasion arvioimisessa. Lisäksi selvitettiin seerumista mitattujen biomarkkereiden sekä verisuonikasvutekijöiden käyttökelpoisuutta leikkausta edeltävässä levinneisyyden riskin arvioinnissa.

Kolmiulotteisella energiadopplerkuvantamisella arvioitu endometriumverisuonitus oli voimakkaampaa niillä potilailla, joilla kasvaimen kohtulihasinvaasio oli syvä. Kuvantamisella arvioitu verenvirtausta kuvaava indeksi sekä endometriumtilavuus olivat itsenäisiä kasvaimen invaasiota ennustavia tekijöitä. Immunohistokemiallisilla menetelmillä arvioitu kasvaimen verisuonitiheys todettiin korreloivan kolmiulotteisella energiadopplerkuvantamisella arvioituun verisuonituksen määrään.

Magneettikuvantaminen oli herkempi kohtulihasinvaasion arvioimisessa, kun taas kolmiulotteinen ultraäänitutkimus oli tarkempi. Näiden kuvantamismenetelmien peräkkäinen yhdis-

täminen tuotti parhaan diagnostisen osuvuuden.

Potilaiden seerumista mitattiin tavallisimmin munasarjasyövässä käytettyjen merkkiaineiden CA 12-5 ja HE4 pitoisuudet. Näiden biomarkkereiden yhdistelmä ennusti paremmin taudin levinneisyyttä kuin nämä merkkiaineet yksinään käytettynä. Lisäksi tutkimuksessa arvioitiin potilaiden seerumista mitatun verisuonten endotelialaisen kasvutekijän VEGF:n, tämän liukoisen reseptorin sFLT-1:n sekä uuden verisuonikasvutekijän endogliinin pitoisuuksia verrattuna taudin levinneisyyteen. Leikkausnäytteistä arvioitiin immunohistokemiallisilla värjäysmenetelmillä endogliinin, VEGF:n ja tämän solukalvon reseptoreiden VEGFR1:n ja VEGFR2:n ilmentymistä. Seerumin kohonneen VEGF-pitoisuuden todettiin liittyvän levinneeseen tautiin. Immunohistokemiallisella menetelmällä arvioidun kasvaimen verisuonitiheyden todettiin korreloivan kolmiulotteisella energiadopplerkuvantamisella määritetyn verisuonitiheyden kanssa.

Kasvaimen kohtuinvaasion arviointi endometriumtilavuutta ja verenkiertoa mittaamalla voi helpottaa ennen leikkausta tehtävää levinneisyyden riskin arviointia. Tämän lisäksi CA 12-5:n ja HE4:n määrittäminen voi olla hyödyllinen ja ei-invasiivinen tutkimus, joka auttaa leikkaushoidon suunnittelussa. ■

Palautteesta

Vuosi on vierähtänyt käyntiin ja Gynaecologi Practicin vuoden ensimmäinen kahden päivän koulutusrupeama on ohi. Kiitettävän runsas, lähes ennätysellinen jäsenmäärä kokoontui kuuntelemaan ja keskustelemaan aktiivisesti, kuten tavallista. Tämänkertainen aihepiiri oli koottu hedelmällisyyden ja genetiikan ympärille, osin jäseniltämme saatujen toiveiden perusteella. Suuri osallistujamäärä ja kokouksessa sekä jo sitä ennenkin saatu runsas positiivinen palaute kannustavat yhdistystä ja hallitusta tulevan toiminnan suunnittelussa.

Olin arkaillut koulutuspäivien aihevalintaa, mutta saadun palautteen perusteella hallitus oli osunut oikeaan. Myönnettävä on, että luento, joka käsitteli alkoholin vaikutusta sikiön epigenetiikkaan, sai minut miettimään antamaani potilasinformaatiota. Tähän asti raskautta suunnittelevan kysyessä alkoholin käytön lopettamisajankohtaa olen todennut, ettei kukaan tiedä olevansa raskaana ennen kuin raskauskoe on positiivinen. Nyt kuitenkin selvisi, että ainakin runsas alkoholin käyttö vaikuttaa jo kehittyvän munasolun geenien ilmentymiseen.

Palaute on toiminnan kehittymisen kannalta erittäin tärkeää. Sen antamiseen toivoisi kynnyksen olevan matalalla. Kuitenkin sen antaminen ja

vastaanottaminen on vaativaa. Kannustavaa palautetta voi hyvin antaa suuremmankin joukon kesken, mutta korjaavan palautteen antamisessa on hyvä olla läsnä vain ne, joita asia koskee. Me vastaanottoa pitävinä kollegoina joudumme sekä antamaan että myös vastaanottamaan palautetta erilaisissa muodoissa. Antaessamme palautetta, ainakin sitä niin sanottua korjaavaa palautetta, on hyvä rauhoittua itse ensin, esittää sitten asia ystävällisesti, suoraan ja selkeästi ja mielellään hyvin perustellen. Huutaminen ei kuulu nykyajan työelämään. Palautetta ei myöskään tarvitse pehmittää tai vesittää hymistelyyn, silloin vastaanottajan voi olla vaikea ymmärtää viestiä. Sarkasmin ja tilanteeseen sopimattoman huumorin esittäminen tässä tilanteessa voi estää koko viestin vastaanottamisen.

Palautetta vastaanottaessa helposti asettuu välittömästi puolustuslinjalle eikä malta ottaa palautetta vastaan. Aiempi Mauno Koiviston presidentillinen neuvo nukkua yön yli on tässäkin kohtaa hyvä. Kannattaa rauhassa miettiä onko asiassa perää ja kannattaa uskaltaa käydä sisäistä palautekeskustelua.

Me lääkärit edustamme tyyppillistä asiantuntijajoukkoa, laajan ja korkean erityistietämyksen omaavia ammattilaisia. Palaute on meidän asiantuntijoiden työmotivaatiossa keskei-



sellä sijalla. Meitä motivoi työn vaihtelevuus, identiteetti ja työn merkityksellisyys. Niitäkin tärkeämpiä ovat työn itsenäisyys ja palaute. Ilman palautetta ja itsenäisyyttä muut työn motivoinnin tekijät menettävät merkityksensä.

Koulutuspäivillä kuultu kommentti ”tällaista koulutusta emme muualta saa” motivoi varsin tehokkaasti hallitusta seuraavienkin kokousten suunnittelussa. Perjantaina 28.3. on vuosikokouksemme aika.

Tämän kokouksen niin kuin aiempienkin koulutuksien luentolyhennelmät löytyvät yhdistyksen sivuilta: www.fimnet.fi/kumppanit Gynaecologi Practici. Fimnet-tunnuksilla pääsee sivuille. ■



Kolme professoria yhteiskuvassa. Reijo Punnonen oli Tampereen yliopiston synnytys- ja naistentautiopin professori vuosina 1988–99 ja Pertti Kirkinen vuosina 2000–2009.

Synnytys- ja naistentautiopin professori Johanna Mäenpään 60-vuotissyntymäpäivän kunniaksi järjestettiin 22.11.2013 juhlasymposium Tampereen yliopiston lääketieteen laitoksella. Päivänsankari oli saanut mielenkiintoisia luennoitsijoita paikalle puhumaan oman lämmihenkinen puheenvuoronsa lisäksi.

Tampereella juhlittiin omistautunutta lääkäriä, innostavaa opettajaa ja gynekologisen syövän asiantuntijaa

TAYS naistentautien ja synnytysten vastualuejohtaja Kari Nieminen avasi tilaisuuden.

Tampereen yliopiston rehtori Kaija Holli puhui aiheesta yliopisto muuttuvassa yhteiskunnassa.

Oulusta luennoimaan tulleen professori Ulla Puistolan luento käsitteli bevasitumabia gynekologisten syöpien hoidossa.

Professori Jorma Isola puhui BRCA-mutaatioista ja gynekologisesta syövästä.

Professori Antti Jekunen Vaasasta luennoi kliinisistä lääketutkimuksista gynekologisissa syövässä.

Lopuksi päivänsankari itse puhui kolmikymmenvuotisesta urastaan lääkärinä ja tutkijana. ■



Professori Mäenpään väitöskirjaoppilas Sami Saarelainen soitti viulua tilaisuudessa.



SGY:n uusi puheenjohtaja Juha Räsänen Kuopiosta.



Rehtori Kaija Holli
Sykli 1.2014



Professorit Antti Jekunen, Jorma Isola ja Ulla Puustola

Professori Johanna Mäenpää 60 vuotta

Onnittelemassa Jyväskylän gynekologiset onkologit, ylilääkäri Jyrki Jalkanen ja Merja Yliskoski.



Eläkkeelle vetäytyneitä onnitelijoita: ylilääkäri Matti Heikkilä Seinäjoelta ja Mäenpään kanssa pitkään gynekologisia syöpäpotilaita hoitanut Tapio Kuoppala sekä hänen Kaisa -rouvansa.



Risto Tuimala onnittelee pitkäaikaista työtoveriaan.

Professori Seija Grénmanista muotokuva

Arvoisa vastaanottaja,
VSSH:n naistentautien ja synnytysten toimialuejohtaja sekä Turun yliopiston synnytys- ja naistentautiopin professori Seija Grénman täyttää 60 vuotta 20.3.2014. Sen kunniaksi hänen ystävänsä ja työtoverinsa ovat päättäneet maalauttaa hänestä muotokuvan liitettäväksi Turun Yliopiston kokoelmiin. Olemme saaneet hänen suostumuksensa hankkeelle ja taiteilija Hilkka Könönen on lupautunut maalaamaan muotokuvan.

Seija Grénman (os. Eskelinen) valmistui lääketieteen lisensiaatiksi Turun yliopistosta vuonna 1980, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäriksi 1990, väitteli lääketieteen kirurgian tohtoriksi 1989, sai gynekologisen sädehoidon pätevyyden 1993 ja hallinnon pätevyyden 2007. Vuonna 1996 hänet nimitettiin Turun yliopiston synnytys- ja naistentautiopin dosentiksi ja osa-aikaiseksi professoriksi 2010. Tällöin hänet nimitettiin myös Tyksin naistenklinikan ylilääkäriksi ja 2013 alkaen VSSH:n naistentautien ja synnytysten toimialuejohtajaksi.

Seijan määrätietoinen ja eteenpäinpyrkivä luonne johti jo vuosina 1986–1987 tutkimusyhteistyöhön Michiganissa Ann Arborissa USA:ssa, mikä loi pohjan hänen väitöskirjalleen "Establishment and characterization of new cell lines derived from gynecological cancer". Tutkimustoiminta on sen jälkeen jakautunut pääasiassa syöpäsolulinjoilla tehtyyn soveltavaan perustutkimukseen, HPV ja munasarjasyöpätutkimukseen sekä kansallisiin klinisiin tutkimusprojekteihin, kuten Finova ja Vuokko-tutkimus. Hän on toiminut ohjaajana kahdeksassa väitöskirjatyössä, toiminut vastaväittäjänä 13, väitöskirjan asiantuntijana 14 ja dosentuurin asiantuntijana 6 kertaa sekä pyydettyä arvioijana monissa eri julkaisusarjoissa, erityisesti gynekologisen onkologian alueella. Seija Grénmanilla on kansainvälisiä ja tieteellisiä vertaisarvioituja alkupe-
räisarvikkeita yli 150, lukuisia ko-

kouslyhennelmiä ja esityksiä kansallisissa sekä kansainvälisissä kokouksissa ja tämän lisäksi hän on kirjoittanut kappaleita alan oppikirjoihin.

Seija Grénmanin aktiivisuus on johtanut lukuisiin luottamustehtäviin. Näistä mainittakoon mm. toimiminen Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa tutkimus- ja kehittämisyksikön neuvottelukunnassa, ammatillisessa jaoksesta ja dosenttitoimikunnassa sekä Tyksin EVO-työryhmän jäsenenä. Lisäksi hän on toiminut suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen akatemian konsensuskokouksen "Vaihdovuotien hormonihoito" -paneelin puheenjohtajana, sekä menorragea että munasarjasyöpää käsittelevän käypähoitosuosituksen työryhmässä ja Finohdan tieteellisessä toimikunnassa. Viimeaikaisia ansioita ovat Suomen Syöpäsäätiön ja Syöpätautien tutkimussäätiön hallituksen pitkäaikainen jäsenyys ja vuodesta 2011 alkaen Syöpäsäätiön hallituksen puheenjohtajuus. Suomen Gynekologiyhdistyksen sihteerinä hän toimi vuosina 1997–1999, yhdistyksen gynekologisen onkologian pienryhmän jäsenenä 2001–2010 ja aloitti yhdistyksen varapuheenjohtajana marraskuussa 2013. Hän on toiminut myös pohjoismaisen gynekologisen-onkologiseuran hallituksen jäsenenä ja sen kirurgisen toimikunnan puheenjohtajana sekä pohjoismaisen gynekologiyhdistyksen (NFOG) tieteellisen toimikunnan puheenjohtajana ja järjestön varsinaisena puheenjohtajana 2006–

2010. Vuonna 2009 hänet valittiin kansainvälisen gynekologiyhdistyksen FIGO:n hallituksen jäseneksi.

Seija on tullut ansioistaan palkituksi vuonna 1987 J. George Moore Outstanding Fellow Paper -palkinnolla ja NFOG:n Young Scientist -palkinnolla 1992. Opetus ja opiskelijat ovat aina olleet hänelle tärkeitä. Ennen valintaa gynekologisen syövän hoidon osastonylilääkäriksi 2007 hän toimi kahdeksan vuotta sivuvirkaisena klinisenä opettajana ja sai TLKS:n Vuoden luennoitsija -palkinnon 2001. Opiskeluajanaan hän toimi sekä kurssinsa että Turun Lääketieteenkandidaattiseuran emäntänä ja valittiin TLKS:n Wanhimmaksi vuonna 2012.

Toivomme, että haluat olla mukana sekä muotokuvakeräyksessä että myöhemmin muotokuvan paljastustilaisuudessa Tyksin U-sairaalan (rakennus 3) ruokasalissa to 20.3.2014 klo 14.00. Osallistuminen keräykseen tapahtuu parhaiten suorittamalla haluamasi summan professori Seija Grénmanin muotokuvarahaston tilille FI47 4309 0010 3060 25. Samalla pyydämme erityisesti huomioimaan, että maksun viesti-kohtaan merkitään maksajan nimi/nimet sekä osoite siinä muodossa kuin ne myöhemmin kirjoitetaan professori Grénmanille luovutettavaan adressiin.

Ilmoittautumiset muotokuvan paljastustilaisuuteen sihteerin Riitta Ulénille viimeistään 14.3.2014, sähköposti: riitta.ulen@tyks.fi, puh: 02 313 2300.

Professori Seija Grénmanin muotokuvarahaston puolesta:

Riikka Aaltonen
Risto Erkkola
Sakari Karjalainen
Marja Komulainen
Aki Linden
Johanna Mäenpää
Jorma Paavonen
Tapani Rönnemaa
Jukka Sipilä
Eija Tomas

Olli Carpén
Sakari Hietanen
Marjo Kauppila
Olli-Pekka Lehtonen
Hannu Martikainen
Juba Mäkinen
Ulla Puistola
Samuli Saarni
Stina Syrjänen
Kalervo Väänänen

Ulla Ekblad
Ritva Hurskainen
Rasmus Kentala
Arto Leminen
Jussi Mertsola
Hanna Mäkäpäinen
Juba Räsänen
Tuula Salmi
Juba Tapanainen
Ari Ylä-Outinen

Endometrioosikirurgiaa Veronassa

SGY:n matka-apurahan
mahdollistamana 1.–7.12.2013

Kuuma aihe endometrioosikirurgiassa on viime aikoina ollut säästävä suolikirurgia. Luca Minelli kollegoineen julkaisi vuonna 2010 tapaus-verrokkitutkimuksen endometrioosin takia tehdystä paikallisesta diskoidi suoliresektiosta ja yleisemmin käytetystä suolen segmenttiresektiosta. Paikallinen suoliresektio oli nopeampi tehdä

ja siihen liittyi vähemmän postoperatiivista kuumeilua ja virtsaretentiota. Sen sijaan postoperatiivista rektumin verenvuotoa oli enemmän paikallisen suoliresektion jälkeen. He suosittelivat paikallista resektiota pienen, alle 3 cm suolipesäkkeen poistoon. Artikkelin innoittamana hain Suomen Gynäkologiyhdistyksen apurahaa klinikavierailuun.



Härkki ja Minelli

Modernia ja perinteikästä gynekologista kirurgiaa Pohjois-Italiassa

Sacro Cuore Don Calabrian yksityissairaala sijaitsee Negrarin kylässä 10 km Veronasta pohjoiseen. Sairaala täytti 80 vuotta joulukuussa 2013 ja koko lääketieteen kirjo on siellä hyvin edustettuna. Vuodepaikkoja on 466, joista 47 on naistentaudeilla ja 55 synnytyspuolella.

Minulla oli kunnia vierailla tohtori Luca Minellin perustamassa gynekologian klinikassa, joka on kuuluisa laparoskooppisesta benignistä kirurgiasta. Kaikki syöpäleikkaukset, mukaan lukien gynekologinen syöpä, hoidetaan talon onkologisessa yksikössä. Sairaalassa on 14 leikkaussalia, joista neljässä leikataan benigniä gynekologista kirurgiaa. Leikkaussalit olivat moderneja, hyvin varustettuja ja kaikki laitteet oli kiinnitetty kattoon. Leikkauksissa käytettävä hiilidioksidi oli lämmitettyä ja optiikkaa kirkastettiin välillä lämpimällä vedellä täytetyssä termospullossa. Leikkausteamiin



Minelli leikkaa



Verona



Julian parveke

kuului passarin lisäksi intrumenttihoitaja, jonka toimenkuvaan kuului vain instrumenttien huolto ja ojentaminen leikkaajille. Instrumenttihoitaja seisoi pääoperatöörin vieressä. Leikkaavaa gynekologia avusti senioriassistentti ja kohtua liikutteli usein myös nuorempi kollega. Monitoreja oli kolme, joista kaksi oli potilaan jalkopäässä ja

yksi pääpuolella kohtumanipulaattoria pitelevälle kollegalle.

Naistentautien klinikka on akkreditoitu vuonna 2000 ja potilaita hakeutuu sinne ympäri maata. Luca Minellin klinikka on kuuluisa varsinkin endometrioosin hoidosta. Toiminnan laajuutta kuvaa hyvin vuosittain tehdyt 300 suoliresektiota endometrioosin takia. Klinikassa työskentelee 16 gynekologia ja viisi tai kuusi heistä leikkaa vaikeata endometrioosia. Minun onnekseni klinikassa oli vierailuviikollani 3-päiväinen vaikean endometrioosin live-kurssi. Kahden leikkaussalin leikkaukset välitettiin videoyhteydellä luentosaliin, mutta minä sain seurata leikkauksia paikan päällä ja keskustella aina välillä englanniksi eri leikkausvaiheista. Viikon aikana näin seitsemän laparoskooppista suoliresektiota, kaksi rakkoresektiota ja yhden laparoskooppisen ureteroneokystostomian. Endometrioosin hoito oli sielläkin moniammatillista yhteistyötä; gynekologit irrottivat ja poistivat syvät pesäkkeet gynekologisista elimistä, gastrokirurgit tekivät suoliresektiot ja urologit laitoivat ureterstentit, tekivät rakkoresektiot ja ureteroneokystostomiat. Työnjakoa he perustelivat juriidisilla syillä, enkä sen jälkeen tohtinut kertoa, että Suomessa gynekologi

yleensä laittaa stentit ja tekee rakkoresektiot. Gynekologit olivat kuulemma opettaneet urologit ompelemaan ja leikkaamaan endometrioosia laparoskooppisesti ja hyvin se heiltä sujuikin. Gynekologit ja urologit käyttivät leikkauksissa etupäässä monopolaari- tai bipolaarisaksia ja gastrokirurgit ultraääniniveistä. Suolen segmenttiresektiot tehtiin samaan tapaan kuin omassa sairaalassani, mutta harmikseni yhtään diskoidiresektiota ei sattunut vierailuviikolleni. Tämä leikkaustapa valitaan vain, jos suolipesäke on alle 2 cm ja silloinkin sen teosta päättää gastrokirurgi. Suosituin suolipesäkkeen poistotapa on siis heilläkin segmenttiresektio.

Vierailu toiseen klinikaan on aina erittäin piristävä ja uusia ajatuksia stimuloiva kokemus. Olenkin erittäin kiitollinen Suomen Gynekologiyhdistykselle, että pääsin tutustumaan yhteen Euroopan johtavaan endometrioosikeskukseen.

Klinikkavierailun lisäksi sain nauttia Veronan kuuluisasta vanhasta kaupungista, sen joulutoreista, kauniista rakennuksista, silloista, muureista, italialaisista vaatteista, kengistä, suussa sulavasta ruuasta ja makunystyjä hiivelevästä viinistä. Viikko kului vähän liiankin nopeasti! ■

Perinteitä ja uudistumista pääkaupungissa

Suomen Gynekologiyhdistyksen syyskoulutuspäivät järjestettiin Helsingissä 14.–15.11.2013.

Mielenkiintoiset luennot kuultiin tuttuun tapaan Biomedicumissa ja iltajuhlaa vietettiin kauniissa ja perinteikkäässä Pörssitalossa.

Yhdistyksemme uusi hallitus kokoontui näiden koulutuspäivien aikana ensimmäistä kertaa. Puheenjohtajan vaihtuminen tapahtui lämpimässä yhteishengessä ja juhlavissa puitteissa iltajuhlan yhteydessä.

Seth Wichmann -palkinnon saajat pitivät kiintoisat luentonsa koulutuspäivillä.

EL Antti-Jussi Ämmälä
HYKS:sta piti erittäin kiintoisan
luennon puerperaalipsykoosista.



Torstaina 14.11. suurimpana teemana oli gynekologinen akutologia. Erinomaiset luennot keskittyivät lähinnä raskauden ja puerperaalijan akuutteihin tilanteisiin, joissa muiden erikoisalojen kollegoiden apu voi olla tarpeen. Päivän puheenjohtajina toimivat Oskari Heikinheimo ja Merja Metsä-Heikkilä.

Iltapäivällä kuulin vielä muutamman hyödyllisen luennon pienemmällä ”vaivaisia vastaanotolla” -teemalla.

Torstain aamupäiväsession lopuksi julistettiin Seth Wichmann -palkintojen saajat. Tänä vuonna jaettiin sekä nuoren tutkijan että senioritutkijan Wichmann -palkinnot.

Nuoren tutkijan palkinnon sai Synnöve Staff Tampereelta ja varttuneen tutkijan palkinnon professori Jorma Paavonen elämäntyöstään tutkimuksen parissa. Voittajien tiivistelmät Seth Wichmann -luennoistaan julkaistaan

Puheenjohtaja onnitteli Seth Wichmann -palkittua Jorma Paavosta.

Nuoren tutkijan Seth Wichmann -palkinnon saaja Synnöve Staff puheenjohtaja Johanna Mäenpää onnittelavana.



tässä Syklissä. Yhdistys ja Syklin toimitus onnittelee vielä kerran lämpimästi palkintojen saajia!

SGY:n vuosikokouksessa iltapäivällä esiteltiin yhdistyksemme hallituksen uudet jäsenet ja hyväksyttiin heille myös varajäsenet esitysten mukaisesti.

Torstai-iltana juhlittiin kauniissa ja tunnelmallisessa Pörssitalossa. Tarjoilu oli maistuvaa ja ohjelmana oli ilahduttavia musiikkiesityksiä Ylioppilaskunnan Laulajien Kvartetin ja HYKS:n patologisanatomisen Dr Jazz -orkesterin toimesta, joista jälkimmäinen sai tanssilattiallekin liikettä. ►

LL Päivi Galambosi
HYKS:sta luennoi
raskaudenaikaisista
akuuteista tromboem-
bolioista.

Berliinistä luennoi-
maan saapunut pro-
fessori Jalid Sehouli
professori Mäenpään
seurassa.



Torstain puheenjohtajat Oskari Heikinheimo ja Merja Metsä-Heikkilä.



Dosentti Jari Koskenpato
HYKS:sta
perehdytti
gynekologeja
toiminnalli-
siin vatsavai-
voihin.



Yhdistyksemme puheenjohtajan nuija vaihtoi perinteikkäästi omistaansa iltajuhlan aikana. Entinen puheenjohtaja Johanna Mäenpää ja nuijan uusi paukuttaja Juha Räsänen pitivät toisilleen lämpimät puheet. Professori Mäenpäälle yhdistys lahjoitti kiitokseksi ja muistoksi puheenjohtajakaudesta purjehdusaiheisen taideteoksen.

Perjantaiamu alkoi virkeästi Hot topics -sessioilla, joista etenkin HPV-rokote oli erityisen ajankohtainen. Tärkeä ja potilasturvallisuutta lisäävä obstetrisen anestesian tarkistuslista käytiin myös läpi.

Muuten perjantain teemana olivat onkologia ja puheenjohtajana toimi Mikko Loukovaara. Asiantuntemus oli korkeaa ja kuulumme erittäin mielenkiintoisia luentoja eri gynekologisista syövästä ja uusistakin hoitomuodoista. Vierailevana luennoitsijana oli professori Jalid Sehoul Berliinistä. Hän kertoi ultraradikaalista kirurgiasta ova-

riokarsinooman hoidossa kokeneen operatöörin ja aiheen asiantuntijan äänenpainoin.

Lounastauolla kokoontui järjestäyty-

miskokoukseen uuden puheenjohtajansa johdolla SGY:n hallitus, jonka uudet jäsenet esittelään lähemmin omassa artikkelissaan tässä Syklissä. ■



Yhdistyksen hallitus kokoontui ensimmäistä kertaa uudella kokoonpanolla.





Juha Räsänen
ilahdutti Jo-
hanna Mäen-
päättä taululah-
jalla.

Nuija vaihtoi
paukuttajaansa.

Iltajuhlan mil-
jöö oli tunnel-
mallinen.



Tämän päivän tutkimus on huomispäivän hoitoa

HYKSin naistentautien ja synnytysten osaamiskeskus on yksi Euroopan suurimpia, ellei suurin synnytysten ja naistentautien klinikka. Synnytyksiä on noin 15 000 vuodessa, seniorilääkäreitä on noin 70, erikoistuvia lääkäreitä 33, henkilökunnan vakansseja 820 ja budjetti on noin 100 miljoonaa vuodessa. Erikoislääkäreitä valmistuu keskimäärin 10 per vuosi, mikä on noin 40 % kaikista valmistuvista erikoislääkäreistä maassamme. Synnytys- ja naistentautiopin kurssilla on 120 lääketieteen kandidaattia. Osaamiskeskuksemme strategiset päämäärät ovat potilaslähtöinen ja oikea-aikainen hoito sekä korkea-tasoinen tutkimus ja opetus. Yliopistoklinikan tukijalat ovat tutkimus, opetus ja potilastyö, joista mikään ei saa pettää. Synnytys- ja naistentautien yksikkö tuottaa keskimäärin 150 tieteellistä julkaisua vuodessa. Kahdeksan väitöskirjaa valmistui vuonna 2012.



Klamydiatutkimus

Oma kliininen tutkimuksemme alkoi 1970-luvun puolivälissä toimiessani apulaislääkärinä Naistenklinikalla. Väitöskirja klamydian aiheuttamista genitaali-infektioista valmistui 1979 (1). Klamydiatutkimus on jatkunut ja johtanut useisiin väitöskirjaprojekteihin, joista viimeiset ovat valmistuneet 2012–2013 liittyen klamydia-infektioiden epidemiologiaan (2) sekä geneetiikkaan (3). Uusimmat tulokset osoit-

tavat klamydia-infektioiden aiheuttaman tautitaakan vähentyneen. Tämä havainto perustuu ensinnäkin seerumipankkilöydöksiin klamydiavasta-aineiden esiintyvyydestä väestössä (*Kuva 1*) ja toiseksi hoitoilmoitusrekisteriin (HILMO) sisäsynnytintulehduksesta, kohdunulkopuolisista raskauksista, tuubaperäisestä infertiliteetistä (*Kuva 2*). Osoitimme lisäksi että klamydian herättämän puolustusreaktion

voimakkuus on geneettisesti säädelty ja geneettinen alttius voimakkaaseen tulehdusvasteeseen lisää alttiutta kudosaurioiden kehittymiselle.

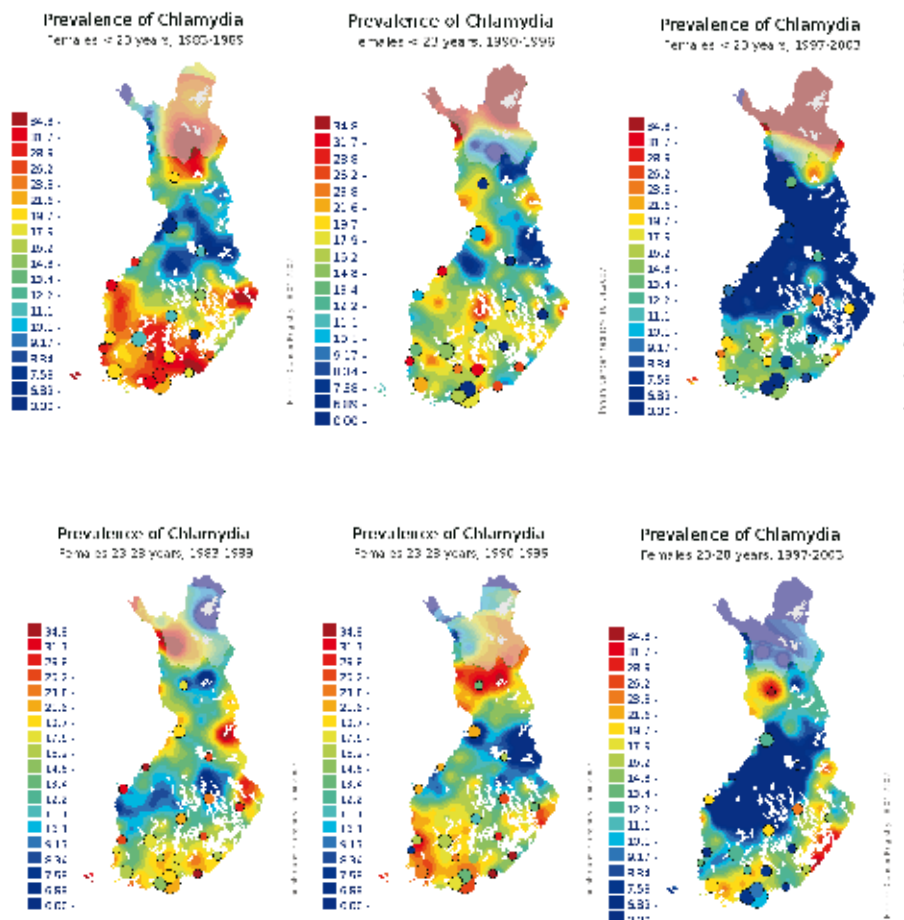
HPV-tutkimus

Toinen tutkimuslinjamme liittyy papilloomavirusinfektioiden (HPV) aiheuttamaan tautitaakkaan. Papa-kokeeseen perustuva organisoitu joukkotarkastustoiminta alkoi Suomessa 1963, jonka

jälkeen kohdunkaulan syövän ilmaantuvuus väheni nopeasti noin 80 %. Vaikuttavuus oli niin merkittävä, että Suomella uskottiin olevan syöväntorjunnan maailmanennätys. Sekundääriprevention myötä tautitaakka siirtyi syövästä esiasteiden diagnostiikkaan ja hoitoon. Papa-muutosten takia tehdään vuosittain yli 16 000 kolposkopiaa ja yli 3 000 kohdunnapukan sähkösilvikkakonisatiota. Papilloomavirusinfektioiden aiheuttaman tautitaakan kustannukset ovat noin 45 miljoonaa euroa vuodessa (4). Organisoidusta joukkotarkastustoiminnasta huolimatta on kohdunkaulan syövän ilmaantuvuus nuorilla naisilla ikäryhmässä 25–40 kääntynyt 2000-luvulla nousuun.

HPV osoitettiin kohdunkaulan syövän aiheuttajaksi runsaat 30 vuotta sitten. Viruksenkaltaisten partikkelien keksiminen 1990-luvun alussa johti ennaltaehkäisevän rokotteen kehittämiseen kohdunkaulansyövän primääriprentioon. Globaali tehotutkimus nelivalenttisella rokotteella (Gardasil, Merck Co.) alkoi vuonna 2002 ja kaksivalenttisella rokotteella (Cervarix, GlaxoSmithKline) vuonna 2004. Suomi on ollut vahvasti mukana HPV-rokotetutkimuksissa alusta alkaen yhteistyössä rokotevalmistajien kanssa. Molemmat rokotteet ovat osoittautuneet hämmästyttävän tehokkaiksi korkean riskin HPV-tyyppien aiheuttamia kohdunkaulansyövän vaikeita esiasteita (cervical intraepithelial neoplasia, CIN3) vastaan (5, 6). Nelivalenttinen rokote suojaa myös kondyloomilta ja kaksivalenttinenkin rokote ylättävän hyvin (7). Rokotteilla on hyvä ristisuojavaikutus HPV16/18:n lähisukuisia korkean riskin HPV-tyyppejä vastaan (8).

Jo kolmen vuoden seurannassa HPV-rokotetuilla todettiin merkittävästi vähemmän papa-muutoksia ja kolposkopioiden ja sähkösilvikkakoni-



Kuva 1. Chlamydia trachomatis vasta-aineiden esiintyvyys väestössä alle 23-vuotiailla ja 23–28-vuotiailla naisilla. Huomaa vasta-aineiden ilmaantuvuuden väheneminen ajan myötä.

saatioiden määrät vähenivät merkittävästi. Minkäänlaisia signaaleita rokotteen terveyshaitoista ei ole todettu sen enempää tehotutkimuksiin liittyvässä aktiivisessa seurannassa kuin rekisterilinkkauksiin perustuvassa passiivisessa seurannassakaan (5, 6, 9). Rokotteiden ei myöskään ole todettu aiheuttavan raskaushäiriöitä. Rokottaminen vähentää kohdunkaulan syövän esiasteiden uusimisia (10).

HPV-rokote onkin otettu rokotusohjelmaan useissa EU-maissa ja EU:n ulkopuolisissa maissa. Esimerkiksi Australiassa HPV-rokotus otettiin rokotusohjelmaan vuonna 2007, jonka jälkeen HPV-tautitaakka on dramaattisesti pienentynyt. Suomessa HPV-rokote tuli rokotusohjelmaan marraskuussa 2013 sen jälkeen, kun THL:n asiantuntijatyöryhmä oli perusteellisesti selvittänyt HPV-rokotteen haitat ja hyödyt. Suomessa on parhaillaan

menossa paikkakuntasatunnaistettu HPV-rokotetutkimus, jolla haetaan vastausta kysymykseen parhaasta rokotusstrategiasta sekä poikien rokotamisella saavutettavasta lisähyödyistä. On outoa, että HPV-rokote on otettu kansalliseen rokotusohjelmaan ainoastaan tytöille, vaikka HPV-tautitaakkaa on myös miehillä. Koska rokotusohjelma toteutetaan kouluissa, päästäneen Suomessa korkeaan rokotuskattavuuteen. Rokotuskattavuuden on oltava huomattavan korkea, jotta saavutetaan ns. laumaimmuneetti, joka suojaa koko väestöä ja voi johtaa HPV:n tautitaakan poisuurimiseen.

HPV-rokottamista kritisoidaan sillä, että rokotteen tehosta invasiivista kohdunkaulan syöpää vastaan ei ole näyttöä. Tähän saamme pian vastauksen syöpärekisterilinkkauksilla. Jos rokotteet suojaavat vaikeilta kohdunkaulan syövän esiasteilta (CIN3), suojaavat ne

mitä suurimmalla todennäköisyydellä myös invasiiviselta kohdunkaulan syövältä, koska CIN3 on paras kohdunkaulan syövän surrogaattimarkkeri. Toinen kritiikki liittyy siihen, että ei ole näyttöä, että HPV-rokote suojaisi kohdunkaulan syövältä tehokkaammin kuin organisoitu joukkotarkastus. Vaikka papa-koe onkin tarkka testi, sen herkkyys on korkeintaan tyydyttävä. Primääriseulonnassa tullaankin joka tapauksessa siirtymään HPV DNA-testaukseen. HPV-rokotettujen ikäkohorttien seulonnassa voitaneen turvallisesti siirtyä jopa ns. "once-in-a-lifetime" tai "twice-in-a-lifetime" HPV DNA-seulontaan.

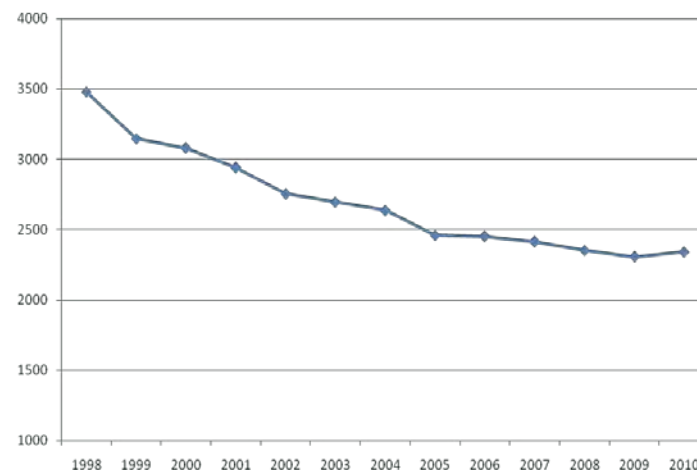
Tietorekisterit

Suomi on biopankkien ja terveysrekisterien paratiisi. Kliiniset tutkijatkin ovat oppineet hyödyntämään terveysrekistereitä. Tästä yksi oiva esimerkki kohdunkaulan syövän esiasteiden kirurgisten hoitojen ja raskaushäiriöiden yhteys. Rekisteritutkimukset osoittavat kiistatta että nämä hoidot vähintään kaksinkertaistavat ennenaikaisen synnytyksen vaaran (11). Myöhempi mortaliteetti on lisääntynyt naisilla, joille on tehty esiasteen kirurginen hoito (12). Toinen hyvä esimerkki rekisteritutkimuksista on istukan ennenaikainen irtoamisen (13) ennustama tautitaakka, koska raskaus on ikkuna naisen myöhempään terveyteen.

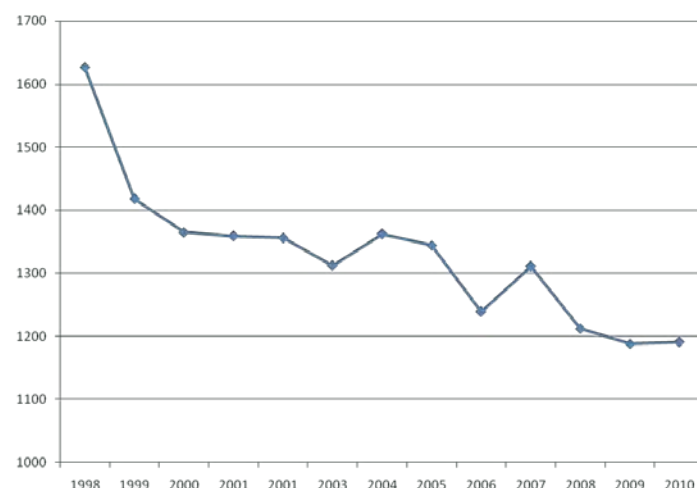
VuoKKo-tutkimus

Hormonikierukka (Mirena, Bayer) on loistava esimerkki suomalaisesta innovaatiivisesta tuotekehityksestä. Kaikki maailmalla myydyt Mirenat on valmistettu Suomen Turussa. Satunnaistettu kliininen tutkimus hormonikierukasta tai kohdunpoistoleikkauksesta runsaiden kuukautisvuotojen hoidossa (Vuodot, Kierukka, Kohdunpoisto eli VuoKKo) alkoi Suomen Akatemian rahoittamana kaikkien yliopistoklinikkoiden yhteisenä tutkimusprojektina 1994. Niihin aikoihin Suomessa tehtiin noin 13 000 kohdunpoistoleikkausta. Menorragia eli runsaat kuukautisvuodot on yksi tavallisimpia kohdunpoistoleikkauksen syitä. VuoKKo-tutkimukseen rekrytoitiin suuri määrä menorragiapotilaita. Tuloksia on raportoitu yhden vuoden, 5 vuoden ja nyt myös 10 vuoden seurannasta (14–16). VuoKKo-tutkimus osoitti,

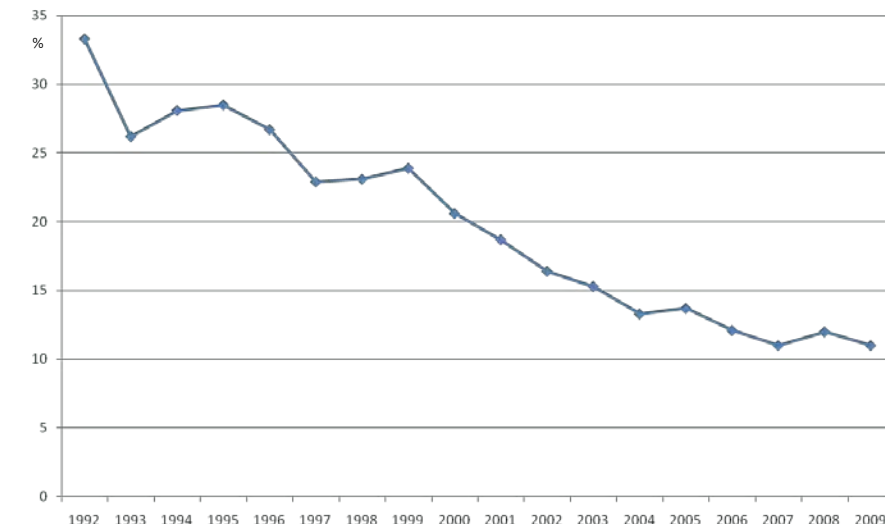
Kuva 2A



Kuva 2B

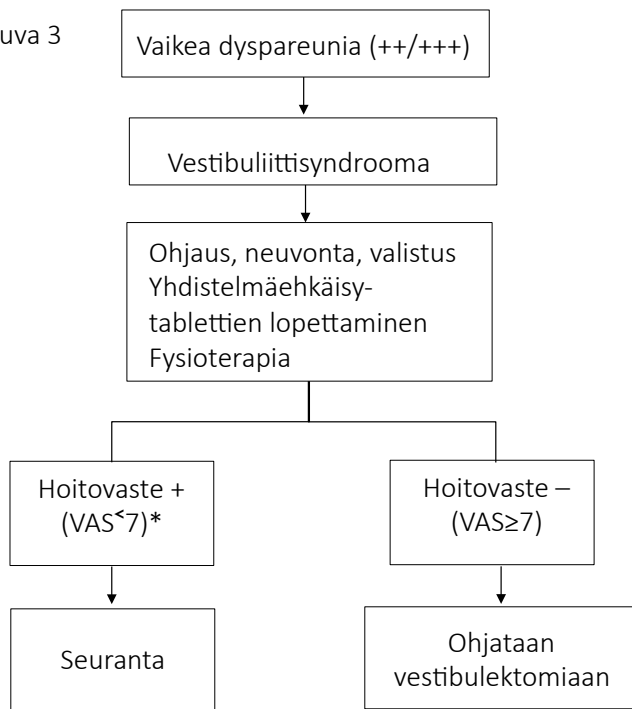


Kuva 2C



Kuva 2. PID-tapausten (A), kohdunulkopuolisten raskauksien (B) ja munatorviperäisen infertiliteetin (C) esiintyvyys Suomessa. Huomaa tapausten väheneminen.

Kuva 3



*VAS = Visual analogic scale (kipujana)

Kuva 3. Vaikea dyspareunia-potilaan hoitopolku.

Taulukko 1. Päivystysobstetriikan tutkimusprojektit.

- Lapsivesipunktio subkliinisen lapsivesi-infektion diagnostiikassa
- Ennenaikaisen synnytyksen ennustaminen uusilla biomarkkereilla
- Vaikea plasentaatiohäiriö: EU-yhteistyö hoitokäytäntöjen parantamiseksi
- Lääkkeellinen istukan irrottaminen synnytyksen jälkeen
- Bakriallonki massiivisessa synnytyksen jälkeisessä verenvuodossa
- Lapsiveden erytropoetiini sikiön asfyksian diagnostiikassa
- Foley-katetri synnytyksen käynnistämisessä
- Lapsiveden lamellaarikappaleet sikiön keuhkojen kypsytyksen arvioimisessa

että hormonikierukka parantaa elämänlaatua ja on kustannusvaikuttavampi hoito kuin kohdunpoistoleikkaus. Vuokko-tutkimus on muuttanut menorragian hoitokäytäntöjä ja koko hoitoprosessin meillä ja muualla. Vuokko-tutkimuksen vaikuttavuus väestötasolla näkyy kohdunpoistoleikkauksien määrän vähentymisenä yli puolella.

Obstetrinen tutkimus

Obstetrinen huippututkimuksemme alkoi LKT Minna Tikkasen (PlacentalAbruptio: Studies on Incidence, RiskFactors and PotentialPredictive-

Biomarkers, Helsingin yliopisto 2008) (17) ja LT Leena Rahkosen (Preterm Delivery and SelectedBiomarkers – PhosphorylatedInsulineLikeGrowth-Factor-Binding Protein-1 and Matrix Metalloproteinase-8 in Cervical-Fluid, Helsingin yliopisto 2010) (17) väitöskirjatutkimuksista ja on sittemmin kasvanut suureksi tutkimusohjelmaksi päivystysobstetriikan haasteista ja hoitokäytäntöjen parantamisesta. Obstetriikka muodostaa noin 2/3 HYKSin naistentautien ja synnytysten koko toiminnasta. Taulukkoon 1 olemme koonneet obstetrin tutkimusohjelmamme projektit. Yksi tärkeimpiä

Tutkimus, opetus ja kliininen praktiikka muodostavat yliopistosairaalan toiminnan tukijalat. Tätä kolminaisuutta pitää kaikin keinoin ylläpitää, vaalia ja vahvistaa. Innostus kliniseen tutkimukseen on lisääntynyt muutaman viime vuoden aikana.

tavoitteita on parantaa piilevän kohdunsisäisen lapsivesi-infektion (intra-amniotic infection, IAI) diagnostiikkaa käyttämällä aktiivisesti lapsivesipunktiota ja evaluoimalla uusia lapsiveden biomarkkereita. Tavoitteena on hyvän Point-of-Care (POC)-pikatestinkehittäminen. Piilevän lapsivesi-infektion diagnoosi perustuu nykyään lapsiveden matalaan sokeripitoisuuteen ja kohonneeseen laktatidehydrogenaasipitoisuuteen, mutta näiden testien toimivuus vaihtelee.

Istukan vaikeat kiinnittymishäiriöt ovat lisääntymässä johtuen keisari-leikkausten lisääntymisestä. Olemme mukana EU-yhteistyössä vaikeiden istukan kiinnittymishäiriöiden (abnormallyinvasive placentation, AIP) diagnostiikasta ja hoidosta. AIP eli istukan kiinnikasvaminen kohtulihakseen on harvinainen, mutta hengenvaarallinen raskauskomplikaatio, joka johtaa massiivisiin verenvuotoihin sekä suuriin kirurgisiin vitaali-indikaatiolla tehtäviin päivystystoimenpiteisiin kuten kohdunpoistoon. Obstetrikot kymmenestä EU-maasta ovat perustaneet yhteistyöverkoston (EW-AIP) (18), joka kokoaa kokemuksia AIP-tapauksista. Tarkoituksena on parantaa ja yhdenmukaistaa vaikean plasentaatiohäiriön hoitokäytäntöjä sekä laatia Käypä hoito-ohjeistus kliniseen praktiikkaan.

Obstetrinen tutkimusohjelmamme sisältää useita projekteja joissa evaluoidaan uusia hoitokäytäntöjä, jotka ovat välittömästi sovellettavissa kliniseen praktiikkaan. Yksi hyvä esimerkki uusista innovaatioista on ns. lamellaarikappaleiden määrittäminen lapsi-

Meidän tulee pitää mielessä, että tämän päivän tutkimus on huomispäivän hoitoa, josta potilaamme tulevat hyötymään.

vedestä, kun tutkitaan ennenaikaisen sikiön keuhkojen kypsyttää. Lamellaarikappaleet ovat pneumosyyttien-surfaktanttigranuloita, jotka voidaan laskea 24/7 yksinkertaisella menetelmällä. Tämä korvaa lapsiveden lesitiini-sfingomyeliini (L/S)-suhteen määrittämisen, joka sitoo laboratoriotyövoimaa, koska määrittäminen vie aikaa vähintään 5 tuntia. L/S-suhdemäärityksiä tehdään isoissakin laboratorioissa vain 2 päivänä viikossa (19).

Vulvodynia

Vulvodynia on yllättävän yleinen ja alidiagnostisoitu ulkosynnyttimien kiputila, jonka syy on epäselvä ja hoito ongelmallista. Vulvodyniapotilaista tulee usein terveystalvelujen suurkuluttajia. Vulvodynia voi olla jatkuva hermo-kipu eli pudendaalneuralgia, jota hoidetaan vaihtelevalla menestyksellä hermopikulaakityksellä (esim. amitriptyliini tai pregabaliini). Yhdyntäkipua eli dyspareuniaa aiheuttava vulvodynia eli vestibuliitti on ongelmalisempi. Potilaat ovat pääsääntöisesti nuoria naisia, joille kehittyä emättimen eteisen kosketusarkuus. Meillä on pitkä kliininen kokemus vulvodyniapotilaista. Nämä potilaat kuormittavat konsultaatiopoliklinikkaamme. Olemme kehittäneet pragmaattisen algoritmin vestibuliittipotilaiden hoitokäytäntöön (*Kuva 3*), jonka olemme testanneet kliinisessä praktiikassa. Vaikeat vestibuliitit, joihin konservatiivisella hoidolla ei saada hyvää tai edes tyydyttävää hoitovastetta, ohjaamme vestibulektomialeikkaukseen. Nämä päiväkirurgiset toimenpiteet aloitimme jo lähes 20 vuotta sitten. Olemme sittemmin seuranneet operaation läpikäyneitä potilaita, potilaiden elämälaatua ja hoitotyytyväisyyttä sekä myöhempää terveyttä. Hoitotulokset ovat hämmästyttävän hyviä. Hyvä vaste saadaan noin 90 %:ssa (20, 21). Olemme pyrkineet selvittämään vestibuli-

tinimmunopatogeneesia tutkimalla vestibulektomiatilaiden kudospereparaatteja. Tulokset viittaavat siihen, että kyseessä on autoreaktiivinen inflammatio vestibulumin limakalvossa (ns. vestibulum associated lymphoid tissue-, VALT-oireyhtymä). Koska kyseessä on krooninen inflammatio, joka johtaa hermosäikeiden proliferatioon epiteelissä ja sen myötä kosketusarkuuteen ja dyspareuniaan, kipeän limakalvon poistaminen ja paikkaaminen vapautetulla emättimen limakalvolla selittää hyvän hoitovasteen. Vestibulektomiaa käytetään toistaiseksi ainoastaan vaikeissa hoitoresistenteissä tapauksissa, kunhan potilaita huolellisesti informoidaan kirurgiseen toimenpiteeseen liittyvistä riskeistä. ■

JORMA PAAVONEN
 Professori, ylilääkäri
 HYKS, Naistenklinikka
 PL 140, 00029 HUS
 Puh. 050 4272060;
 s-posti: jorma.paavonen@hus.fi

KIRJALLISUUTTA

1. Paavonen J. Chlamydia trachomatis infections in the female genital tract. Academic dissertation. University of Helsinki 1979.
2. Wikström E. Epidemiology of Chlamydia trachomatis infection in Finland during 1983-2009. Academic dissertation. University of Oulu, 2013.
3. Ohman H. Immunogenetic risk factors of Chlamydia-induced tubal factor infertility. Academic dissertation. National Institute for Health and Welfare, Oulu, 2012.
4. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asettaman papillomavirustautien torjuntaryhman selvitys. THL- Raportti 28/2011.
5. Munoz N, Kjaer SK, Sigurdsson K, Iversen O-E, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, ym. Impact of human papillomavirus (HPV)-6/11/16/18 vaccine on all HPV-associated genital diseases in young women. J Natl Cancer Inst 2010;102:325-39.
6. Lehtinen M, Paavonen J, Wheeler CM, Jaisamran U, Garland SM, Castellsagué X, ym. Overall efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against grade 3 or greater cervical intraepithelial neoplasia: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. Lancet 2012;13: 89-99.
7. Szarewski A, Skinner SR, Garland SM, Romanowski B, Schwarz TF, Apter D, ym. Efficacy of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against low-risk HPV types (PATRICIA randomized trial): an unexpected observation. J Infect Dis 2013;208:1391-6.
8. Wheeler CM, Castellsagué X, Garland SM, Szarewski A, Paavonen J, Naud P, ym. Cross-protective efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by non-vaccine oncogenic HPV types: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. Lancet Oncology 2012;13:100-10.
9. Rana MM, Huhtala H, Apter D, Eriksson T, Luostarinen T, Natunen K, ym. Understanding long-term protection of human papillomavirus vaccination against cervical carcinoma: cancer registry-based follow-up. Int J Cancer 2012;132:2833-8.
10. Joura EJ, Garland SM, Paavonen J, Ferris DG, Perez G, Ault KA, ym. Effect of the human papillomavirus (HPV) quadrivalent vaccine in a subgroup of women with cervical and vulvar disease: retrospective pooled analysis of a trial data. BMJ 2012;344:e1401.
11. Jakobsson M, Gissler M, Sainio S, Paavonen J, Tapper A-M. Preterm delivery after surgical treatment for cervical intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol 2007;109:309-13.
12. Jakobsson M, Gissler M, Paavonen J, Tapper A-M. Long-term mortality in women treated for cervical intraepithelial neoplasia. BJOG 2009;116:838-44.
13. Tikkanen M. Placental abruption: Studies on incidence, risk factors and potential predictive biomarkers. Academic dissertation. University of Helsinki 2008.
14. Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto A-M, Grenman S, Kivelä A, ym. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial. Lancet 2001;357:273-7.
15. Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto A-M, Grenman S, Kivelä A, ym. Clinical outcomes and costs with the levonorgestrel-releasing intrauterine system of hysterectomy for treatment of menorrhagia: randomised trial 5-year follow-up. JAMA 2004;291:1436-63.
16. Heliövaara-Peippo S, Hurskainen R, Teperi J, Aalto A-M, Grenman S, Halmesmaki K, ym. Quality of life and costs of levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy in the treatment of menorrhagia: A 10-year randomised controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2013;209:535.e1-14.
17. Rahkonen L. Preterm delivery and selected biomarkers – phosphorylated insulin-like growth factor-binding protein-1 and matrix metalloproteinase-8 – in cervical fluid. Academic dissertation. University of Helsinki 2010.
18. www.ew-aip.org
19. Kirves S. Amniotic fluid lamellar body count and phospholipids in fetal lung maturity assessment. Tutkielma, Helsingin yliopisto 2013.
20. Tommola P, Unkila-Kallio L, Paavonen J. Long-term follow up of posterior vestibulectomy for treating vulvar vestibulitis. Acta Obstet Gynecol Scand 2011;90:1225-31.
21. Tommola P, Unkila-Kallio L, Paavonen J. Long-term well-being after surgical or conservative treatment of severe vulvar vestibulitis. Acta Obstet Gynecol Scand 2012;91:1086-93.

Syöpägenetiikan tutkimusta



Väitöskirjatutkimuksen ajan-kohtaan sijoittui useita merkittäviä syöpägenetiikan edistysaskeleita, mukaan lukien 1993 ja 1996 identifioitujen BRCA1- ja BRCA2-geenien, joiden ituradan mutaatiot aiheuttavat merkittävän osan periytyvästä rint- ja munasarjasyöpä-syndroomasta.

1990-luvulla kartoitettiin tärkeimpien kiinteiden syöpäkasvainten kromosomaaliset muutokset ja ihmisen perimän sekvensointiin tähtäävä Human Genome Project aloitettiin vuonna 1990. Syöpägenetiikan alan väitöskirjaan tähtäävä tutkimustyö aloitettiin vuonna 1997 ja suoritettiin professori Jorma Isolan tutkimusryhmässä Syöpäbiologian laboratoriossa Tampereen Yliopistossa, missä tutkimustyö edelleenkin jatkuu.

Väitöskirjatutkimuksen aineisto koostui sekä periytyvistä BRCA1- ja

BRCA2-positiivisista että sporadisista rintasyöpäkasvaimista. Tutkimusprojektin teoreettisena taustana voidaan pitää Knudsonin kahden osu-
man teoriaa ("two hit hypothesis") kasvunrajoitegeenien, kuten BRCA1 ja BRCA2, roolista syövän synnyssä. Väitöskirjatutkimuksessa selvitettiin miten BRCA1- ja BRCA2-geenien vilittyypin eli normaalit alleelit inaktivoituvat periytyvässä rintasyövässä. Tutkimuksessa selvitettiin myös BRCA1-geenin osuutta sporadisen rintasyövän patogeneesissä mekanismilla, jolla yksi geenialleeli inaktivoituu ja johtaa pikemminkin geenin toiminnan heikentymiseen kuin täyteen toimimattomuuteen (ns. Haploinsufficienssi-teoria). Tämä alkuperäistutkimus julkaistiin Cancer Research -lehdessä otsikolla "Haplo-insufficiency of BRCA1 in sporadic breast cancer" vuonna 2003.

Väitöskirjatutkimuksessa myös kehitettiin ja karakterisoitiin uusi rintasyöpäsolulinja, joka oli peräisin BRCA1-mutaationkantajan rintasyöpäkasvaimesta. Tällaista solulinjaa voidaan käyttää kokeellisena mallina BRCA1-mutaatioihin liittyvän rintasyövän patogeneesin selvityksessä ja hoitojen kehityksessä.

Väitöskirja, jonka otsikkona oli "Somatic genetic changes of BRCA1 and BRCA2 in breast cancer", valmistui vuonna 2003.

Tutkimustyö jatkuu

Jatkotutkimukset ovat keskittyneet rinta-, endometrium- ja munasarjasyöpään sekä kudosten histopatologisten stabilointimenetelmien kehittämiseen. Formaliinia on perinteisesti käytetty kudosten fiksaatioon, mutta vaikka hyvä morfologia saavutetaan, ongelmana on nukleinihappojen, etenkin RNA:n, hajoaminen. Eri-tyisesti kudospankkien kehitys edellyttäisi sellaisia fiksaatiomenetelmiä, jotka mahdollistaisivat sekä morfologiset että molekyylogeneettiset analyysit. Olemme vertailleet useita eri mo-

lekulaarisia fiksaatiomenetelmiä formaliniin ja kultaisena standardina pidetyn nestetyypijäädätyksen rinnalla gynekologisilla näytteillä. Tutkimustulosten perusteella eräs kaupallinen valmiste (PAXgene) on lupaava, jopa RNA:n säilyttävä helppokäyttöinen fiksatiivi, jota nyt tutkitaan vilkkaasti eturauhassyöpänäytteillä Tampereella Fimlab Oy:n laboratorioissa.

Rintasyöpätutkimus jatkuu HER2-positiiviseen sporadiseen rintasyöpään keskittyen. HER2-positiivisesta rintasyöpäkohortista pyritään kartoittamaan hoidon ja ennusteen kannalta merkittäviä alaryhmiä sekä selvittämään trastusumabihoidon vaikutusta HER3-reseptorin ilmentymiseen analysoimalla HER2-positiivisia primaarikasvaimia ja niiden metastaaseja.

Tärkein jatkotutkimusten kohde on BRCA1- ja BRCA2-mutaatioihin liittyvä high-grade seroosi munasarjasyöpä (HGSC). Profylaktiseen leikkaukseen tulevalta BRCA1- ja BRCA2-mutaationkantajilta kerätään prospektiivisesti suunnitellut munasarja- ja munatorvinäytteet ja näistä kudoksista tutkitaan koko genomien kattavasti microarray-menetelmällä geenien ekspresiota verrattuna terveisiin kontrolleihin. Näin on identifioitu muutamia satoja merkitsevän eroavasti ekspressoituvia geenejä, joilla voi olla merkitystä munasarjasyövän patogeneesin kannalta. Verrokkeihin nähden eroavasti ekspressoituvien geenien joukossa näyttää olevan paljon sellaisia geenejä, joita ei ole aikaisemmin liitetty munasarjasyöpään ja jotka ovat täydentävien jatkotutkimusten kandidaattigeenejä. High-grade seroosista munasarjasyöpäkasvaimista on myös kerätty prospektiivinen aineisto, joka muodostaa microarray-tutkimuksesta esille nousseiden mielenkiintoisten geenien validointiaineiston. Tätä prospektiivista munasarjasyöpäkohorttia voidaan käyttää myös uusien lupaavien täsmähoitojen biomarkkereiden testaamiseen. ■



Pohjoismaisen yhteistyön historiaa – 1919 på trappen

Pohjoismainen yhteistyö on monitahoista ja välillä varsin hauskaa. Kollega Norjasta otti yhteyttä omien sanojensa mukaan merkellisissä merkeissä. Kirjoittaessaan klinikansa historiikka hän oli löytänyt valokuvan pohjoismaisen yhteistyön alkulähteiltä. Johtolangat ulottuivat aina Suomeen saakka ja yhteydenotto johti salapoliisityöhön valokuvasta. ”Kvinne-klinikken Gruppebilde: Skandnaviens gynækologiske Klinikchefer samlede på Kvindeklinikken juli 1919. På trappen foran Brandts bolig. Navn på baksiden: (Albeck, Wegelius, Essen Möller, Gammeltoft, Forssner, Brandt, Westermark, Hauch (Bauer i bakgrund).” Epäillyiksi suomalaisედustajiksi oli ehdotettu Wegelius ja Albeck.



Kulttuuriemiessä Ervo Vesterisen ja professori Karri Wichmannin avustuksella selvisi professori Valter Wegeliuksen osanotto. Valter Wegeliuksesta oli Karri Wichmannilla isänsä kertomia muistikuvia – Seth Wichmann kun joutui hoitamaan lapsenpäästöopin ja lastentautien professuuria Wegeliuksen paljon sairastellessa. Seth Wichmann nimitettiin hänen jälkeensä professoriksi 1924, ja oppiaineen nimeksi tuli naisten-tauti- ja synnytysoppi. Kollega Albeck sen sijaan jäi edelleen tuntemattomaksi. Häntä ei ole mainittu missään suomalaisessa bibliografiassa – vai tunteeko joku lukijoista hänen historiansa?

Pohjoimaisella yhteistyöllä on pitkä historia, eikä se näy sammuneen sotien ja myrskyjen myötä. Se on meille edelleen luontevaa, edes globalisoituminen ei ole siihen purrut. Yhteisen kiinteän historiataustamme vuoksi myös terveydenhuoltojärjestelmämme ovat kehittyneet samankaltaisiksi – mutta myös riittävän erilaisiksi vertailuun. Alkuaikojen yhteydenpidossa painottui nykyhetken raportointi, löydetty uudet sairaudet ja hoitomuodot. Nyt pohjoismainen yhteistyö mahdollistaa meille mainioiden rekistereidemme pohjalta myös laajoja pitkäaikaissurantoja, laadun seuranta ja vaikuttavuuden arviointeja. Pienimuotoisista professoritapaamisista on kehkeytynyt pohjoismainen osaajaverkosto, joka mahdollistaa tieteellisen annin lisäksi kongressit, workshopit, koulutukset ja klinik-kavieraailut. Kansanluonteemme sopivat mutkattomasti toisiinsa ja tapaamisiin on sisällytynyt myös olennaisena osana yhteisöllistä pohjoista ulottuvuutta.

Yhteistyössä on voimaa. Nykyisenä pirstaleisena huippuerikoistumisen aikana on erityisesti vaalittava yhtenäisyyttä. Pohjoimaisella tasolla NFOG on siitä erinomainen esimerkki, samoin oma yhdistyksemme SGY Suomessa. SGY:n näkyvyys yhteisten etujen vartijana ja kantaa ottavana tahona onkin parin viime vuoden aikana korostunut.

Viimeisenä, vaan ei vähäisimpänä on mainittava yhdessäolon sosiaalinen anti. Yhdistyksemme kokouksissa tieteellinen anti ja mukava yhdessäolo ovat olleet kohdallaan. Gynekologien atmosfääri – kuten joku kollegamme nimesi – on meissä jokaisessa.

Jotkut asiat eivät muutu; nykyäänkin asettaudutaan portaille ja otetaan yhteistyön ja mukavan yhdessäolon sinetiksi valokuva – todisteeksi jälkipolville. Leena Vaaran ylläpitämä SGY:n historiallinen arkisto on arvokasta perimää, jota tulee vaalia. Vuonna 1919 kuvan takana oli raapustettuna nimet, minkä johdosta henkilöt ja historia löytyivät – siinäpä meille liki sata vuotta nuoremmille nettikuvakansalaisille haastetta! ■

UUTUUS!

MILLOIN VIIMEKSI SINULLA OLI TARJOTA JOTAIN UUTTA YLIAKTIIVISESTA RAKOSTA KÄRSIVILLE POTILAILLES?

- Uusi vaikutusmekanismi^{1,2}
- Tehoa kaikkein keskeisiin yliaktiivisen rakon oireisiin^{1,2}
- Suun kuivuminen plasebon luokkaa^{1,2}



Betmiga™ 50 mg
mirabegroni

Ensimmäinen yliaktiivisen rakon hoitoon
hyväksytty β_3 -agonisti.



Viitteet: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. 2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395. **Betmiga** 50 mg ja 25 mg depottabletti. **Vaikuttava aine:** Mirabegroni. **Käyttöaiheet:** Yliaktiivisen virtsarakon aiheuttaman äkillisen virtsaamisepäilyn, tihtyneen virtsaamistarpeen ja/tai virtsan pakkokarkailun oireenmukaiseen hoitoon aikuisilla potilailla. **Annostus ja antotapa:** Suositeltu annos on 50 mg kerran vuorokaudessa ruoan kanssa tai ilman. Munuaisten ja maksan vajaatoiminta: Betmiga-valmistetta ei ole tutkittu potilailla, joilla on loppuvaiheen munuaissairaus (GFR < 15 ml/min/1,73 m² tai hemodialyysiä tarvitsevat potilaat) tai vaikea maksan vajaatoiminta (Child–Pugh-luokka C), eikä sitä siksi suositella käytettäväksi näille potilasryhmille. Seuraavassa taulukossa ovat vuorokausiannoksia koskevat suositukset henkilöille, joilla on munuaisten tai maksan vajaatoiminta ja jotka joko saavat tai eivät saa vahvoja CYP3A:n estäjiä.

		Vahvat CYP3A:n estäjät ³	
		Ei estäjiä	Estäjä
Munuaisten vajaatoiminta ¹	Lievä	50 mg	25 mg
	Kohtalainen	50 mg	25 mg
	Vaikea	25 mg	Ei suositella
Maksan vajaatoiminta ²	Lievä	50 mg	25 mg
	Kohtalainen	25 mg	Ei suositella

1. Lievä: GFR 60–89 ml/min/1,73 m²; kohtalainen vaikea: GFR 30–59 ml/min/1,73 m²; vaikea: GFR 15–29 ml/min/1,73 m².
2. Lievä: Child–Pugh-luokka A; kohtalainen vaikea: Child–Pugh-luokka B.
3. Vahvat CYP3A:n estäjät, kuten itrakonatsoli, ketokonatsoli, ritonaviiri ja klaritromysiini.
Turvallisuutta ja tehoa alle 18-vuotiaiden lasten hoidossa ei ole varmistettu. Tabletti otetaan kerran vuorokaudessa nesteiden kanssa. Tabletti pitää niellä kokonaisuutena, eikä sitä saa pureskella, jakaa eikä murskata. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys valmisteen sisältämille aineille. **Varoitukset ja varoitoimet:** Ei suositella potilaalle, joilla on loppuvaiheen munuaissairaus; joilla on vaikea munuaisten vajaatoiminta, ja jotka saavat samanaikaisesti vahvoja CYP3A:n estäjiä; joilla on vaikea maksan vajaatoiminta;

Peruskorvattava 1.11.2013 alkaen hoitavan lääkärin B-lausunnolla*

joilla on kohtalaista maksan vajaatoimintaa, ja jotka saavat samanaikaisesti vahvoja CYP3A:n estäjiä. Betmiga-valmistetta ei ole arvioitu potilailla, joilla on vakava hallitsematon hypertensio; siksi sitä ei suositella käytettäväksi tälle potilasryhmälle. Tietoa asteen 2 hypertensiota sairastavista potilaista on niukasti. Varovaisuutta on noudatettava potilailla, joilla tiedetään esiintyneen QT-ajan pidentymistä tai joiden käyttämien lääkevalmisteiden tiedetään pidentävän QT-aikaa. **Yhteisvaikutukset:** Potilailla, joilla on lievä tai kohtalainen vaikea munuaisten tai lievä maksan vajaatoiminta ja jotka saavat samanaikaisesti vahvoja CYP3A:n estäjiä (itrakonatsoli, ketokonatsoli, ritonaviiri, klaritromysiini), suositeltu annos on 25 mg kerran vuorokaudessa. Varovaisuuteen on syytä, jos mirabegronia annetaan samanaikaisesti lääkevalmisteiden kanssa, joilla on kapea terapeuttinen indeksi ja jotka metaboloituvat pääasiassa CYP2D6:n välityksellä (tiordatsiini, ryhmän 1C rytmihäiriölääkkeet, trisykliset masennuslääkkeet), ja kun mirabegronia annetaan samanaikaisesti sellaisten CYP2D6-substraattien kanssa, joiden annos titrataan yksilöllisesti. Potilailla, jotka aloittavat Betmiga-valmisteen käytön yhdessä digoksiinin kanssa, tulisi aluksi määrätä digoksiinin pienin annos. Seurauksena digoksiinipitoisuuksia on seurattava ja digoksiiniannos on titrattava niiden perusteella halutun kliinisen vaikutuksen saamiseksi. **Raskaus ja imetys:** Ei suositella raskauden aikana, eikä naisille, jotka voivat tulla raskaaksi eivätkä käytä ehkäisyä. Mirabegroni erittyy jyräjoiden maitoon ja siksi sitä oletetaan olevan ihmisen rintamaidossa. Ei pidä käyttää imetyksen aikana. **Ajaminen ja koneiden käyttö:** Ei vaikutusta ajokykyyn tai koneiden käyttökykyyn. **Haittavaikutukset:** Yleiset: virtsatieinfektio, takykardia. Melko harvinaiset: eteisvärinä. **Reseptilääke. Pakkaukset ja hinnat 17.1.2014 (VMH):** Betmiga 25 mg 30 tabl. 53,15 €, 25 mg 90 tabl. 137,87 €, 50 mg 30 tabl. 53,15 €, 50 mg 90 tabl. 137,87 €. ***Korvattavuus:** Betmiga 50 mg on rajoitetusti peruskorvattava 1.11.2013 alkaen. **Erilliselvitys:** Lääkärinlausunto B hoitavalta lääkäriltä. **Lääketeolliset edellytykset:** Yliaktiivisen virtsarakon aiheuttaman äkillisen virtsaamisepäilyn, tihtyneen virtsaamistarpeen ja/tai virtsan pakkokarkailun oireenmukaiseen hoitoon aikuisille potilailla, jotka eivät siedä antikolinergisesti vaikuttavaa lääkettä tai joille antikolinergisesti vaikuttava lääke ei tehoa tai on vasta-aiheinen. **Lisätiedot:** Pharmacia Fennica. **Myyntiluvanvalvonta:** Astellas Pharma Europe B.V. **Markkinoija Suomessa:** Astellas Pharma, Falcon Business Park, Vaisalanatie 2-8, 02130 Espoo, info.fi@astellas.com. Teksti perustuu 20.12.2012 päivättyyn valmisteyhteenvetoon. Muokattu 17.10.2013

Leikkaustaitojen arviointi osana gynecologista leikkauskoulutusta

Leikkaustaitojen arvioinnin kehittäminen lähti liikkeelle vuonna 2011 tekemästäni Pirkanmaan sairaanhoitopiirin esimieskoulutuksen harjoitustyöstä. Harjoitustyö koski leikkauskoulutuksen kehittämistä, ja sen puitteissa kartoitin koulutuksen silloista tilaa Tampereen yliopistollisen sairaalan naistenklinikassa. Erikoistuvilta lääkäreiltä tuolloin saadun palautteen mukaan koulutus oli sattumanvaraista eikä systemaattista palautetta saanut. Meillä kouluttajilla ei myöskään ollut juuri työkaluja edistymisen arviointiin. Erikoislääkärikoulutuksessa käytetty lokikirja kertoo tehtyjen toimenpiteiden määrän, mutta osaamistasoa ei sen perusteella voi arvioida kuin viitteellisesti. Leikkausaikaa voidaan tuki käyttää suorituksen automatisoitumisen mittarina, mutta sekään ei varsinaisesti kerro lopputuloksesta. Komplikaatioiden määrää ei seurata säännönmukaisesti.

Kun opetukseen soveltuvia toimenpiteitä on rajoitetusti, opetuksen laatu väistämättä korostuu. Meillä ei ole varaa hukata yhtään tilaisuutta opettamiseen. Palautteen antamiseen täytyisi kiinnittää erityistä huomiota, sillä se on kaiken oppimisen perusta. Kokematon leikkaaja ei vielä pysty arvioimaan omaa suoritustaan. Väärät toimintamallit eivät korjaannu itsestään ja niistä on myöhemmin vaikea oppia pois. Hyvä palaute annetaan positiivisessa hengessä. Se on välitöntä, interaktiivista, kuvailevaa ja toimintaan, ei ominaisuuksiin keskittyvää. Sen tulisi myös tarjota ratkaisuehdotuksia.

Harjoitustyön yhteydessä tutustuin erilaisiin kirjallisuudessa esitet-

tyihin leikkaustaitojen arviointimenetelmiin¹. Useat menetelmät sisältävät toimenpidekohtaisia listoja osattavista asioista. Tarvittavien lomakkeiden määrä on suuri, ja näin arvioinnin tekeminen kliinisen työn ohessa olisi aika hankalaa. Tässä yhteydessä löysin OSATS-menetelmän (Objective Structured Assessment of Technical Skills)², jota on testattu niin taitolaboratorioissa, simulaattoreilla kuin leikkaussali-työssä³. OSATS-menetelmä soveltuu käytettäväksi koulutettavien etenemisen arviointiin ja palautteen antamiseen. Sitä ei kuitenkaan pitäisi käyttää esimerkiksi valmistumisen tai pätevyuden mittarina⁴. On muistettava, että leikkaussalissa jokainen potilas on erilainen eikä sen takia täydellis-

tä toistettavuutta eri arviointikertojen välillä voida saavuttaa.

Alkuperäinen OSATS koostuu toimenpidekohtaisesta tarkistuslistasta, suoritusarviosta (hyväksytty/hylätty) ja yleisestä arviointiasteikosta (global rating scale of operative performance)². Viimeksi mainittu osio vaikutti käyttökelpoiselta ja riittävän yksinkertaiselta apuvälineeltä työn ohella tehtävissä arvioinnissa. Se on sovellettavissa oikeastaan mihin toimenpiteeseen hyvänsä. Suomensin arviointiasteikon ja koekäytimme sitä klinikassa. Kokeemukset olivat varsin positiivisia. Niinpä arviointikaavake otettiin klinikassa pysyvään käyttöön toista vuotta sitten.

Arvioinnin suorittaminen

Leikkaustaitojen arviointikaavake (*kuva 1*) on tarkoitettu leikkaajan teknisten taitojen arviointiin. Leikkaamiseen liittyy toki paljon muutakin kuin esimerkiksi instrumenttien käsittelytaito, kudostuntemus tai leikkaustekniikan osaaminen. Tilannetaju, päätöksentekokyky, kommunikaatio-, tiimityöskentely- ja johtamistaidot – niin sanottu ei-tekniset taidot – ovat olennainen osa kirurgista osaamista ja työskentelyä leikkaussalissa. Niiden arvioimiseen on kehitetty omia menetelmiä⁵.

Referenssinä arvioinnissa on kokeen erikoislääkäriin taitotaso. Tämän takia pisteytyksen perusteet ovat kaikille samat kokemustasoon katsomatta. Kokematon leikkaaja saa luonnollisesti alhaisemman pistemäärän kuin kokenut leikkaaja, mutta saatua pistemäärää nousee harjoituksen myötä². Arvioitsijan pitää itse olla niin kokenut,

että tietää miten arvioitava toimenpide kuuluisi suorittaa. Erikoistuvien vertaisarviointia tämä ei ole.

Osaaminen on jaettu kuuteen osa-alueeseen, jotka arvioidaan erikseen. Arvioitsijan apuna ovat sanalliset kuvailut siitä mitä eri pistemäärät (1, 3 ja 5) tarkoittavat. Pisteet lasketaan lopuksi yhteen, minimi on kuusi ja maksimi 30. Joidenkin lähteiden mukaan suorituksen vakiintuminen pistemäärään 24 tai sen yli voisi olla turvallisen itsenäisen työskentelyn merkki⁶, mutta mitään tieteellistä näyttöä tästä ei varsinaisesti ole.

Seuranta ja oppimiskäyrien luomista varten lomakkeeseen kirjataan myös toimenpiteen tekijä ja arvioitsija, tehdyn toimenpiteen ajankohta ja mikä toimenpide oli kyseessä. Näin eri toimenpiteiden pistemäärien tallentaminen onnistuu suoritusjärjestyksessä mahdollistaen oppimiskäyrän piirtämisen. Olen myös lisännyt lomakkeeseen kohdan, johon arvioitsija merkitsee toimenpiteen vaikeusasteen. Tämä on tarkoitettu avuksi leikkauskoulutuksen edistymistä seura-

valle ohjaajalle, joka ei välttämättä ole nähnyt itse suoritusta leikkaussalissa.

Arvioinnin integrointi työhön ja koulutukseen

Nykyisin Taysissa jokainen toimenpide, jonka erikoistuva lääkäri tekee erikoislääkärin avustamana, pyritään arvioimaan. Erikoistuva saa samalla systemaattisen palautteen suoriutumisestaan. Tämä pitäisi tehdä pian leikkauksen jälkeen, kun toimenpiteen kulku on vielä hyvin mielessä, esimerkiksi ennen leikkauskertomuksen sanelua. Arviointikaavake täytetään edellä kuvatulla tavalla ja palautetaan kaavakkeille osoitettuun paikkaan, josta minä kerään ne talteen. Erikoistuvan lääkärin olisi hyvä vaikka ottaa kopio täytetystä kaavakkeesta ja liittää omaan portfolioonsa. Olen pitänyt kirjaa jokaisen erikoistuvan lääkärin taitojen kehitymisestä ja samalla myös seurannut koko klinikan oppimiskäyriä eri toimenpidetyypeittäin. Tiedot ovat myös erikoistumiskoulutuksen vastuuhenkilöiden käytettävissä. Lomakkeiden avulla voidaan arvioida mitkä ovat

erikoistuvan tekniset vahvuudet ja mitä asioita pitäisi pyrkiä harjoittelemaan lisää. Näitä asioita voidaan lisäksi käydä ohjaajien kanssa läpi säännöllisissä arviointikeskusteluissa.

Erikoislääkäreiden kesken olemme useamman kerran käyneet läpi sitä mitä arviointilomakkeen eri osiot tarkoittavat käytännössä. Esimerkiksi instrumenttien asiantuntevaan käyttöön sisältyy se, että pystytään vaikkapa kaksikätiseen laparoskooppiseen työskentelyyn, kohteeseen osutaan haparoidmatta ja sujuvasti, osataan valita oikea ja turvallinen instrumentti kuhunkin työvaiheeseen ja sitä myös käytetään asianmukaisella tavalla. Toimenpiteen kulku vaivatta ja sujuvasti taas tarkoittaa esimerkiksi kohdunpoistossa sitä, että toimenpiteen eri vaiheet suoritetaan loogisessa järjestyksessä ja pysähtelemättä. Eri kudokset valmistellaan seuraavaa vaihetta varten riittävän hyvin että vaikkapa kohtuvaltimoiden sulku sujuu turvallisesti. Assistenttien käytön arviointi on mielestäni hankalin kohta, sillä erikoislääkärillä saattaa olla taipumus "liian hyvään" avustami-

Leikkaustaitojen arviointilomake (Tays NaSy)

Leikkaaja: _____

Päivämäärä: _____

Toimenpide: _____

Arvioija: _____

Toimenpiteen vaikeusaste:

" helppo

" tavallinen

" vaikea

	1	2	3	4	5
Kudosten käsittely	kohdisti kudoksiin toistuvasti liikaa voimaa tai aiheutti vaurioita instrumenttien väärällä käytöllä		käsitteli kudoksia asianmukaisella tavalla suurimman osan aikaa, mutta aiheutti ajoittain tahattomasti vaurioita		käsitteli kudoksia jatkuvasti asianmukaisesti, vauriot olivat minimaalisia
Ajankäyttö ja liikkeet	paljon turhia liikkeitä ja ajankäyttöä		tarkoituksenmukaiset liikkeet ja ajankäyttö suurimman osan aikaa		tehokas ajankäyttö, ei turhia liikkeitä
Instrumenttien tuntemus ja käsittelytaidot	puutteellinen instrumenttien tuntemus ja käsittelytaito		käytti instrumentteja asiantuntevasti suurimman osan aikaa, ajoittain kömpelyyttä		käytti instrumentteja asiantuntevasti
Toimenpiteen kulku	toimenpiteen kulku pysähtyi toistuvasti, oli epävarma seuraavasta vaiheesta		toimenpide eteni kohtuullisesti, osoitti kykyä suunnitella seuraavaa vaihetta		toimenpide eteni vaivatta ja suunnitelmallisesti
Assistenttien käyttö	ei hyödyntänyt assistenttia tai asetti assistentin toistuvasti väärin		osasi hyödyntää assistenttia suurimman osan aikaa oikealla tavalla		käytti assistenttia optimaalisesti
Toimenpiteen tuntemus	puutteellinen ymmärtämys, tarvitsi toistuvasti yksityiskohtaista ohjausta		tunsi toimenpiteen tärkeimmät vaiheet		osoitti tuntevansa toimenpiteen kaikki osa-alueet

Ympyröi joka kategoriassa se numero, joka parhaiten vastaa erikoistuvan lääkärin suoriutumista hänen kokemustasoonsa katsomatta

Pisteet (maksimi 30): _____

Kuva 1. Taysin Naistenklinikassa käytetty leikkaustaitojen arviointikaavake.

seen odottamatta erikoistuvan pyyntöä. Nuoren leikkaajan on kuitenkin tulevaisuutta ajatellen tärkeää oppia, miten assistenttia hyödynnetään näkyvyyden tekemisessä ja komplikaatioiden välttämisessä.

Sen lisäksi että arvioinnin avulla me kouluttajat pystymme paremmin seuraamaan erikoistuvien lääkäreiden oppimisen etenemistä, erityisen paljon se vaikuttaa palautteen antamiseen. Strukturoidun kaavakkeen kanssa toimenpiteen kulkua ja erikoistuvan suoritusta tulee mietittyä paljon syvällisemmin. Uskon että annetut neuvotkin ovat näin paljon kohdenetumpia. Kaavakkeen täyttäminen ja palautteen anto vievät viitisen minuuttia. Sen ajan jokainen erikoistuva on ansainnut! Erikoistuvat lääkärit ovat kokeneet saavansa hyödyllistä ja rakentavaa palautetta, joka auttaa omien taitojen kehittämisessä. Muistuttamista lomakkeen käytöstä on tarvittu jonkun

verran etenkin käytön alkuvaiheessa. Nyt erikoistuvat taitavat osata jo vaatia lomakkeen täyttämistä ja palautteen antoa.

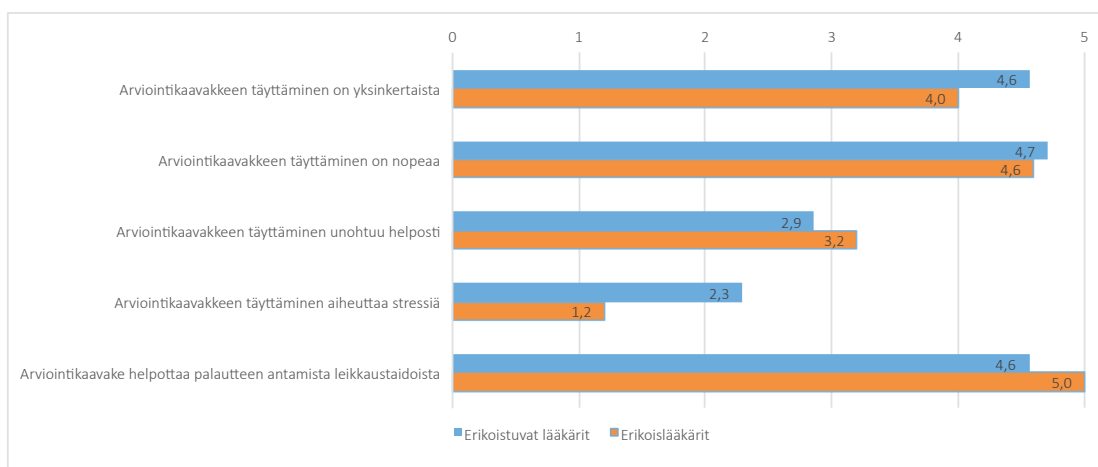
Kokemuksia arvioinnista ja leikkaustaitojen kehittämisestä

Koska klinikassamme palvelee lähinnä koulutuksensa loppuvaiheessa olevia erikoistuvia lääkäreitä, jotka ovat jo saaneet leikkauskoulutusta muualta, oppimiskäyrät eri toimenpidetyypeissä (kohdunpoistot, rafiat, laparoskopiat) lähtevät yleisesti ottaen melko korkeista pistemääristä (mediaani 22–25 pistettä). Lomaketta on kokeiltu myös leikkauskoulutuksen alkuvaiheessa olevilla erikoistuvilla Hyvinkäällä. Tällöin ensimmäisten toimenpiteiden pistemäärät olivat keskimäärin 10 pistettä matalampia kuin kokeneemmilla erikoistuvilla. Tämä käy hyvin yksiin kirjallisuudessa raportoitu- jen kokemusten kanssa².

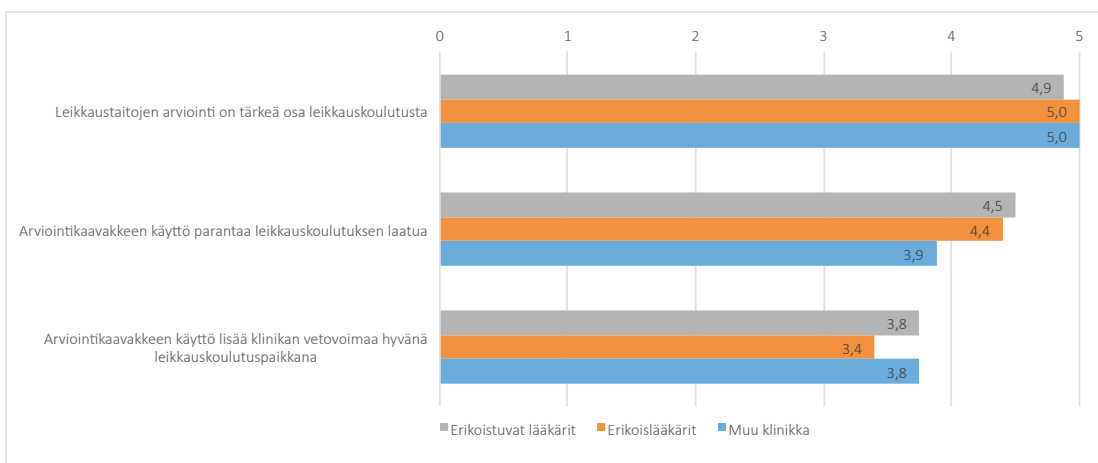
Tammikuun 2014 puoliväliin mennessä klinikassamme oli arvioitu jo yli 200 toimenpidettä. *Kuvassa 3* on klinikamme eri koulutusvaiheissa olevien erikoistuvien lääkäreiden yhteinen oppimiskäyrä kohdunpoistojen suhteen. Siinä esitetään 19 erikoistuvan lääkärin tekemän yhteensä sadan arvioitun kohdunpoistonleikkauksen mediaanipisteet, jotka on sijoitettu käyrään toimenpiteiden suoritusjärjestyksessä. Tehtyjen kohdunpoistojen mediaani erikoistuvaa kohti oli 3 vaihteluvälin ollessa 2–15.

Tein viime vuonna klinikassa webropol-kyselyn lääkäreiden kokemuksista (*kuva 3*). Kyselyssä arvioitiin kaavakkeen käyttöä ja leikkaustaitojen arviointia koskevia väittämiä asteikolla 1–5 (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä). Vastaajina oli lomaketta käyttäneitä ja arviointeja tehneitä erikoislääkäreitä (n=5), arvioinnin kohteena olleita erikoistuvia lääkäreitä (n=8) sekä

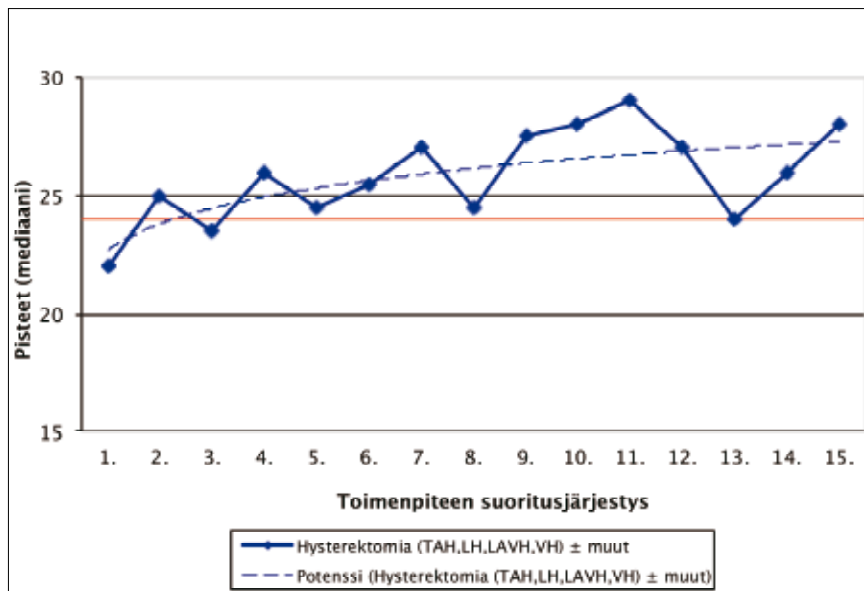
Kuva 2. Mielipiteet arviointikaavakkeesta.



Kokemuksia arviointikaavakkeen käytöstä (Tays NaSy 2013)



Mielipiteitä leikkaustaitojen arvioinnista (Tays NaSy 2013)



Kuva 3. Erikoistuvien lääkärin leikkaustaitojen kehitys kohdunpoistoleikkauksissa.

muuta klinikan lääkäreitä, jotka tunsivat asian, mutta eivät itse olleet tehneet arviointia (n=8). Vastausten perusteella kaavakkeen käyttö koettiin varsin helppona ja nopeana. Lisäksi sen koettiin selvästi helpottavan palautteen antamista. Kaikki vastaajat olivat varsin yksimielisiä siinä, että leikkaustaitojen arviointi on tärkeä osa leikkauskoulutusta. Kaavakkeen käytöstä koettiin olevan hyötyä etenkin, jos se muistetaan täyttää heti arvioitavan toimenpiteen jälkeen ja samalla annetaan erikoistuvalla palautetta suorituksesta. Kerättyjen tietojen käyttöä laajemmin leikkaustaitojen kehittymisen seurannassa ja kehityskeskusteluissa pidettiin myös edellytyksenä sille, että arviointikaavakkeen käyttö olisi hyödyllistä.

Tulevaisuuden näkymiä

Erikoistuvien leikkauskoulutukseen on viime aikoina kiinnitetty meillä ja muuallakin paljon huomiota. On muistettava, että myös vastavalmistuneet erikoislääkärit tarvitsevat harjoitusta ylläpitääkseen ja kehittääkseen jo hankittuja taitoja. Leikkaustaitojen arviointi ja systemaattinen palautteen anto on vain yksi keino parantaa koulutuksen laatua. Paljon muutakin voitaisiin tehdä. Sairaaloista löytyy enenevässä määrin leikkaussimulaattoreita, joiden käyttö pitäisi integroida leikkauskoulutukseen. Niiden satunnainen valvomon käyttö ei ole niin tehokasta kuin ohjattu systemaattinen koulutus. Simulaattorit ovat hyödyllisimmillään leikkauskoulutuksen alkuvaiheessa tai pitkien taukojen jälkeen, jolloin stressitön, turvallinen oppimisympäristö on tärkeä. Kaikkea ei kuitenkaan voi opiskella simulaattoreilla tai malleilla, koska mm. kudostun-

tuma ei koskaan vastaa täysin todellisuutta. Tampereelle on hiljan avattu uusi kirurgian koulutuskeskus, jossa leikkaustoimenpiteitä voi harjoitella vainajilla. Tämä toivottavasti avaa tulevaisuudessa mahdollisuuksia harjoitella gynekologista kirurgiaa todenmukaisissa olosuhteissa myös Suomen rajojen sisäpuolella.

Kuten mikä tahansa työ, myös leikkauskoulutuksen kehittäminen ja ohjauksen toteuttaminen vie aikaa. Kaikkien ei kuitenkaan tarvitsisi keksiä pyörää uudelleen. Suomi on sen verran pieni maa, että yhteistyö eri klinikoiden välillä on mahdollista. Toiveenani olisi muodostaa leikkauskouluttajien verkosto, jossa voitaisiin vaih-

taa tietoja ja kokemuksia erilaisista opetusmenetelmistä ja niiden hyödyntämisestä sekä mahdollisesti järjestää koulutusta leikkaustaitojen opettamiseen. SGY:n hallitus on viime syksynä päättänyt, että yhdistyksen verkkosivuja voidaan käyttää leikkauskoulutuksen edistämiseen. Tällä ajatuksella julkaisemmekin leikkaustaitojen arviointikaavakkeen ohjeineen myös verkkosivuilla, jotta kiinnostuneet voivat ottaa sen omassa yksikössään kokeiluun. ■

¹ Sugden C, Aggarwal R. Assessment and feedback in the skills laboratory and operating room. Surg Clin N Am 2010; 90: 519-533

² Martin JA et al. Objective structured assessment of technical skills for surgical residents. Br J Surg 1997; 84: 273-278

³ Niitsu H et al. Using the Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS) global rating scale to evaluate the skills of surgical trainees in the operating room. Surg Today 2013; 43: 271-275

⁴ van Hove PD et al. Objective assessment of technical surgical skills. Br J Surg 2010; 97: 972-987

⁵ Yule S, Paterson-Brown S. Surgeon's non-technical skills. Surg Clin North Am 2012; 92: 37-50

⁶ Hiemstra E et al. Value of an objective assessment tool in the operating room. Can J Surg 2011; 54: 116-122.

Hyvään suuntaan

Tuore erikoislääkäri, nyt Satakunnan Keskussairaalassa työskentelevä Laura Kyhä-Österlund kommentoi tässä artikkelissa esiteltyä palauteomakkeen käyttöä ja erikoistuvan gynekologin leikkausopetusta TAYS:n naistentautien klinikassa.



”On todella hyvä että erikoituville räätälöidään omia opetusleikkauksia, vaikka siihen soveltuvia potilaita välillä onkin vähänlaisesti. Operatiivisilla jaksoillani oli myös melko paljon toimenpiteiden assisteeria, siinäkin oppii,” Laura arvioi.

Lauran mukaan palautekaavake varmistaa että jotain palautetta leikkauksesta ainakin saa, vaikka avustava erikoislääkäri ei puhelista sorttia olisikaan.

”Erikoistumisaikanani otettiin käyttöön laparoskopioverkkokurssi mikä oli hyvä, samoin simulaattori,” Laura kertoo, ja toteaa että on hyvä ajatus vaatia jatkossa erikoistuvalla gynekologilta simulaattorikurssin läpikäyminen ennen operatiivista jaksoa. ■

Uusi hallitus, uudet kujeet?



SGY:n hallituksen uusi kokonpano ja uusien hallituksen jäsenien esittely

Marraskuun SGY-päivien yhteydessä kokoontui SGY:n uusi hallitus. Uutena asiana hallituksessa on sääntömuutoksen mukanaan tuoma mahdollisuus nimetä jokaiselle hallituksen jäsenelle varajäsen, jolloin turvataan kokousten laillisuus ja päästösvaltaisuus, vaikka jäsenet eivät aivan joka kerta pääsisi osallistumaan kokouksiin.

Hallituksen nykyinen kokoonpano on seuraava:

Puheenjohtaja Juha Räsänen, KYS,
Varapuheenjohtaja Seija Grénman, TYKS (uusi),
Sihteeri Henna Kärkkäinen, KYS (uusi),
Rahastonhoitaja Taru Ahava (uusi),
Klubimestari Anna-Maija Tapper, Helsinki,
Pekka Ylitalo, EGO:n edustaja, Helsinki (uusi),
Annika Tulenheimo-Silfvast, Gynaecologi Practicin edustaja, Helsinki,

Kaarin Mäkilallio-Anttila, OYS (uusi),
Kirsi Kuusmanen, TAYS (uusi),
Mervi Halttunen-Nieminen, HYKS (uusi),
Marja-Liisa Mäntymaa, keskussairaalaedustaja, Kotka,

varajäsen Marja Komulainen
varajäsen Virpi Rantanen
varajäsen Kristina Veskimäe
varajäsen Pauli Wirta
varajäsen Veli-Matti Ulander
varajäsen Riina Katainen
varajäsen Maarit Pauku
varajäsen Tytti Raudaskoski
varajäsen Johanna Mäenpää
varajäsen Oskari Heikinheimo
varajäsen Antti Valpas

Lisäksi hallituksen kokouksiin kutsutaan aiempaan tapaan osallistumaan SGY:n Webmaster Johanna Hautala ja Syklin päätoimittaja Mari Aaltonen.



Seija Grénman

Professori Seija Grénman toimii ylläkkärinä ja toimialuejohtajana Turun yliopistollisen keskussairaalan Naistenklinikassa. Erikoisumisajan loppuvaiheista lähtien hänen erityisenä mielenkiinnon kohteenaan on ollut gynekologinen onkologia. Väitöskirja syöpäsolulinjoja käyttäen valmistui samoihin aikoihin.

Sittemmin Grénmanin tutkimusinto on kohdistunut erityisesti papilloomaviruksiin ja ovariokarsinomaan.

"Nykyisin hallinto, opetus ja tutkimus vievät valtaosan ajastani, mutta pidän sinnikkäästi kiinni pienestä poliklinikastani."

Seijan perheeseen kuuluu mies, kolme aikuista lasta ja yksi lapsenlapsi. Harrastuksiin kuuluu lukeminen, liikunta sekä hyvä ruoka hyvine juomineen.

Yhdistystoiminnasta Grénmanilla on jo vankka kokemus: SGY:ssä hän toimi sihteerinä vuosina 1997–99 ja hallituksen jäsenenä vuosina 1999–2001. 2000-luvulla hän on kuulunut lisäksi NSGO:n hallitukseen ja toimi-

nut NFOG:ssa sekä hallituksen että tieteellisen toimikunnan puheenjohtajana. Hän on ollut Syöpäsäätiön hallituksen puheenjohtaja vuodesta 2011 ja FIGO:n Executive Board Member vuodesta 2009 lähtien.

"SGY:n hallituksessa on hyvä edustus gynekologian ja obstetriikan eri osa-alueilta," Seija toteaa. "Toivon, että toimintaa kehittämällä pystymme ylläpitämään ja vahvistamaan SGY:n roolia erikoisalamme lääkäreitä kokoavana järjestönä. Odotan aktiivista, tarpeen mukaan uudistuvaa toimintaa."



Henna Kärkkäinen

Henna Kärkkäinen on suorittanut erikoistumispalvelunsa Keski-Suomen Keskussairaalassa ja KYS:ssä ja valmistunut naistentautien ja synnytysten erikoislääkäriksi vuonna 2009 Kuopiossa, missä asuu edelleen.

Hänen tuore väitöskirjansa raskausajan valtimojäykkyudesta vuodelta 2013 esitellään tässä Syklin numerossa.

Henna on toiminut naistentautien ja synnytysten kliinisenä opettajana Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Itä-Suomen yliopiston yhteisvirassa kahden vuoden ajan. Nyt hän aloittelee gynekologisen onkologian suppean erikoisalan palveluita.

SGY:n sihteerin vaativan tehtävän lisäksi Hennan aika menee perheen parissa. Kärkkäisen perheeseen kuuluu ortopedimies ja kolme lasta. Aikaa löytyy myös juoksulle ja muutenkin lii-



Puheenjohtaja Juha Räsänen on hallituskonkari, joka pääsi nyt tarttumaan puheenjohtajan nuijaan Kuopiosta käsin.

kunnalle, johon Hennan ajoi väitöskirjatyöhön kerätty tieto raskauskomplikaatioiden jälkeisestä sairastuvuudesta. Ystävät, hyvä ruoka, olut ja viini eivät myöskään pääse unohtumaan.

Aiempaa kokemusta yhdistystoiminnasta Hennalla ei ole. "Paitsi ehkä vuoden verran KuoLon liikuntavastaavana."

Sihteerikaudeltaan Kärkkäinen odottaa uusiin ihmisiin tutustumista ja yhdistyksen toimintaan paneutumista aitiopaikalta – sekä realistina "kohtuullisen paljon työtä."

"Toivon, että erikoisalamme pysyy yhtenäisenä, etteivät eri suppeat erikoisalat erkane liikaa omikseen, kuten esimerkiksi kirurgialla on käynyt. Toivon, että SGY pysyy jokaisen erikoisalamme lääkärin työtä tukevana yhdistyksenä."

Uusi hallitus, uudet kujeet?



Taru Ahava

Taru Ahava on valmistunut lääkäriksi Oulun Yliopistosta vuonna 1983 ja naistentautien ja synnytysten erikoislääkäriksi vuonna 1993 Helsingin Yliopistosta.

Hän on työskennellyt pääasiassa yksityisillä lääkäriasemilla pääkaupunkiseudulla parinkymmenen vuoden ajan. Viimeiset kymmenen vuotta Ahava on asunut Nurmijärven Klaukkalassa.

Tarun perheeseen kuuluu puoliso ja kaksi teini-ikäistä tytärtä.

Harrastuksikseen Ahava mainitsee pakkomielleisen sienestyksen, jota pääsi viimeksi toteuttamaan vielä Tapaninpäivänä, sekä erilaisten luonnonilmiöiden, kuten norppien ja eteläsvolaisten ihmisten seuraamisen mökillä Puumalassa. Hän kertoo opiskelleensa pitkään italian kieltä vaihtelevalla intensiteetillä ja ennättävänsä lisäksi lukemaan ja laskettelemaankin.

Yhdistystoiminnastaan Taru Ahava muistaa Naistenklinikan apulaislääkäriyhdistyksen sihteeriyden parinkymmenen vuoden takaa.

”Järjestelmällisenä neurootikkona raha-asoiden hoito sopii minulle hyvin, varsinkin kun edeltäjäni Paulin jäljiltä asiat ovat hyvällä mallilla. Tästä on hyvä jatkaa,” Taru toteaa.

Hänen mielestään on myös mielenkiintoista nähdä nyt oman yhdistyksen toimintaa sisältä päin.

Kaarin Mäkikallio-Anttila

Kaarin Mäkikallio-Anttila on naisten tautien ja synnytysten sekä perinatologian erikoislääkäri ja perinatologian dosentti Oulusta. Hän työskentelee OYS:n Naistenklinikassa perinatologina.

Nykyiseen pestiinsä hän on päätenyt OYS:n lisäksi Lapin keskussairaalan ja Harvardissa/MIT:ssa ja Toron-

ton yliopistossa kierrelyjen mutkien kautta.

”Perheeseeni kuuluu neljä maailman parasta miestä – siippa ja kolme poikaa,” Kaarin kertoo.

Harrastuksikseen hän mainitsee hiihtelyn ja käsityöt.

Muista yhdistyksistä Mäkikallio-Anttila on toiminut aiemmin NFOG:ssa ja Suomen Lääketieteellisbiologisessa Ultraääniseurassa.

”Odotan hallitustyöskentelyltä uusia haasteita, näkemyksiä ja ystäviä,” Kaarin kiteyttää.

Pekka Ylitalo

Pekka Ylitalo erikoistuu naistentautihin ja synnytyksiin HYKS:n Naistenklinikalla. Lisäksi hän on tohtorikoulutuksessa. Hän asuu Helsingissä Munkkiniemessä perheensä kanssa, johon kuuluu vaimo, tytär ja pian toinenkin tytär. Pekka ilmoittaa ytimekkäästi harastavansa triathlonia ja kitaransoittoa, mikä edellä mainittuihin tietoihin yhdistettynä vaikuttaa varsin riittävältä.

Pekka on aiemmin ollut mukana Lääketieteen kandidaattiseurau hallituksessa vuosina 2004–2007 ja puheenjohtajana vuonna 2006. Lisäksi hän on ollut HY:n Lääketieteellisen





tiedekunnan tiedekuntaneuvoston jäsen vuosina 2006–2009.

"Hallituskaudeltani EGO:n edustajana toivon mukavaa yhteistyötä ja tutustumista uusiin kollegoihin." Ylitähti kertoo. "On hienoa, että erikoisalallamme on taustavoimana näin aktiivinen yhdistys!"

Kirsi Kuismanen

Kirsi Kuismanen on naistentautien ja synnytysten sekä urogynekologian erikoislääkäri. Hän työskentelee apulaisylilääkärinä TAYS:n naistentautien

ja synnytysten klinikassa ja asuu Tampereen Petsamossa.

Kirsin perheeseen kuuluu kolme omaa lasta, mies sekä uusioperheessä myös miehen kaksi lasta.

Harrastukseksi Kirsi kukailee lapsiaan moninaisiin harrastuksiinsa, mutta ehtii myös itse toimia Tampereen Ilveksen B-poikien jalkapallojoukkueen joukkueenjohtajana. Jakamista edesauttavat jooga, lenkkeily ja flamenco.

Opiskeluaikana Kuismanen osallistui kandidaattiseuran ja medisiinariiliton toimintaan.

Hän on toiminut myös Tampereen Flamencoviikko ry:n puheenjohtajana vuosina 2008–2010.

"Odotan hallitustyöskentelyltä uusiin ihmisiin ja erilaisiin toimintamalleihin tutustumista, gynekologeja kiinnostaviin asioihin perehtymistä ja mahdollisesti vaikuttamista ja gynekologi-identiteetin vahvistamista," Kirsi kertoo. Hänen mielestään SGY on tärkeä eri subspecialiteetteja yhdistävä järjestö, toimii tärkeänä yhteyskanavana eri sairaaloiden ja toisaalta sairaalamaailman ja yksityisten toimijoiden välillä.

"Gynekologiyhdistyksessä kuuluu paitsi vankka kokemus, myös nuo-

ri into ja näen tärkeänä nimenomaan nuorten kollegoiden aktivoimisen mukaan yhdistyksen toimintaan."

Mervi Halttunen-Nieminen

Dosentti, naistentautien ja synnytysten sekä gynekologisen endokrinologian erikoislääkäri Mervi Halttunen-Nieminen asuu Espoossa ja työskentelee HYKS:n Naistenklinikan hormonipoliklinikalla erikoislääkärinä sekä Helsingin Yliopistolla naistentautien ja synnytysten kliinisenä opettajana.

Hänet valittiin vastikään Helsingin Yliopiston Opettajien Akatemian pysyväksi jäseneksi.

Halttunen-Niemen perheeseen kuuluu kolme omaa ja kolme "bonuslasta," he kaikki jo aikuisia. Mervin pitävät kiireisenä myös neljä lastenlasta... tai ehkä jo useampikin, sillä kaksi lisää on luvassa helmi-maaliskuussa.

Mervi kertoo harrastavansa liikuntaa kaikissa muodoissaan, mieluiten purhjehtusta, pyöräilyä ja laskettelua. Aikaa jää myös löhöämiseen, lukemiseen ja ruoanlaittoon.

"SGY on kuin suurperhe," Halttunen-Nieminen toteaa. "Hallituskaudeltani odotan ideoita, tasokkaita koulutuksia ja yhteistoimintaa." ■



- Erovuorossa oleva hallitus kokousti viimeisen kerran syksyn koulutuspäivien yhteydessä marraskuussa Helsingissä. Yhdistyksen varainhoitajan tilannekatsaus oli myönteinen. Lyhyesti ja ytimekkäästi voidaan todeta, että taloustilanteemme on hyvä. Hallitus tutustui Duodecimilta saatuun sopimusluonnokseen, joka koskee yhdistyksen Duodecimilta jatkossa ostamia koulutuspalveluita, joihin sisältyy myös koulutuspäivien osallistumismaksujen laskutus ja perintä. Hallitus ei todennut mitään erityistä estettä sopimuksen allekirjoittamiselle mutta päätettiin että kohta aloittava uusi hallitus tutustuu vielä sopimusluonnokseen ja tekee mahdolliset korjausehdotuksensa ennen sopimuksen allekirjoittamista.
- Varainhoitaja kertoi 23.10.2013 pidetystä yhdistyksen tilintarkastuskokouksesta. Tilintarkastaja Jaana Salmella ja toiminnantarkastaja Päivi Pakarisella ei ollut huomautettavaa yhdistyksen tilinpäätöksestä eikä yhdistyksen toiminnasta. Molemmat antoivat tarkastuskertomuksensa. Tilintarkastuskokouksessa keskusteltiin yhdistyksen tekemistä sopimuksista ja mahdollisista toimintaan liittyvistä verotusriskeistä. Suomen Lääkäriliitto huolehtii yhdistyksen jäsenmaksujen keräämisestä. Tilintarkastuskokouksessa keskusteltiin myös suunnitelmasta järjestää yhdistyksen koulutuspäivät ja Operatiiviset päivät yhtä aikaa samassa paikassa sekä kysymyksestä liittykö suunnitelmaan mahdollisesti verotuksellisia seuraamuksia.
- Yhdistyksen sääntöjen muutos on Patentti- ja Rekisterihallituksessa (PRH) vahvistettu 9.9.2013. Syksyn vuosikokouksessa valittiin myös varajäsenet hallituksen jäsenten lisäksi. Varajäsenet esittelään tämän kolumnin lopussa.
- Vuoden 2014 kevään koulutuspäivät järjestetään toukokuun alkupuolella Tampereella. Ohjelmaa on uudistettu siten, että keskiviikkoiltapäivällä järjestetään obstetrista ultraääntä käsittelevä workshop-tyyppinen koulutus. Syksyn 2014 Turussa pidettävien koulutuspäivien ohjelma on

kunnossa. Nämä koulutuspäivät järjestetään samanaikaisesti Operatiivisten päivien kanssa. Kevään 2015 koulutuspäivien kokouspaikaksi on valittu Kotka. Ohjelman suunnittelu on käynnissä, perjantain ohjelmasta vastaa obstetrinen pienryhmä. Syksyn 2015 koulutuspäivät järjestetään samanaikaisesti Operatiivisten päivien kanssa ja olemme käyneet alustavia keskusteluja koulutuspäivien pitämisestä yhdessä kirurgien ja anestesiologien kanssa.

- Syklin uuden päätoimittajan Mari Aaltosen ensimmäinen oma numero sai erittäin lämpimän vastaanoton ja hallituksen mielestä se oli erittäin onnistunut. Yhdistyksen kotisivut ovat ajan tasalla ja sähköpostijakelussa esiintyneet ongelmat ovat vähentyneet.
- Hallituksesta erovuorossa olivat Johanna Mäenpää, Kristina Veskimäe, Pauli Wirta, Virpi Rantanen, Tytti Raudaskoski, Annika Tulenheimo-Silfvast, Oskari Heikinheimo ja Outi Uimari.
- Uuden hallituksen kokoonpanoksi esitettiin seuraavaa: Puheenjohtaja Juha Räsänen (KYS), sihteeri Henna Kärkäinen (KYS), varapuheenjohtaja Seija Grénman (TYKS), rahastonhoitaja Taru Ahava, klubimestari Anna-Maija Tapper (HYKS), Kaarin Mälikallio-Anttila (OYS), Mervi Halttunen-Nieminen (HYKS), Annika Tulenheimo-Silfvast (Gynecologi Practici), Marja-Liisa Mäntymaa (keskussairaalat) ja Pekka Ylitalo (EGO).
- Uudistettujen sääntöjen mukaisesti valittiin myös hallituksen varajäsenet. Varajäseniksi ehdolla olivat: Johanna Mäenpää (TaYS), Kristina Veskimäe (TaYS), Marja Komulainen (KYS), Veli-Matti Ulander (HYKS), Pauli Wirta, Virpi Rantanen (TYKS), Tytti Raudaskoski (OYS), Oskari Heikinheimo (HYKS), Maarit Paukku (Gynecologi Practici), Antti Valpas (keskussairaalat) ja Riina Katainen (EGO).
- Hyvää talven jatkoa kaikille jäsenille toivottelee puheenjohtaja! ■

Klaus Teisala eläkkeelle

Tampereen Yliopistollisen sairaalan naistentautien ja synnytysten klinikka joutui luovuttamaan pitkäaikaisen ja ammattitaitoisen työntekijän muihin tehtäviin, kun dosentti Klaus Teisala jäi eläkkeelle. Huhu kertoo että uudet tehtävät saattaisivat liittyä mm. vesistöliikenteeseen ja urheiluun.

Teisalan kunniaksi järjestettiin lämminhenkinen juhlatilaistus Tampereella 24.1.2014. Paikalla oli ystäviä ja työtovereita vuosien varrelta. Puheita oli sopivasti eikä kukaan puhunut liian kauaa, ei edes päivänsankari. Työtoverit klinikasta järjestivät sopivassa määrin soveliaista ohjelmaa ja ilta kului oikein rattoisasti.

TAYS NaSy kiittää Klasua!





Organisaatioita ja osaamiskeskuksia

Allekirjoittanut sai kunnian osallistua loppusyksyn aikana usean erilaisen toimintaa suunnittelevan työryhmän kokoukseen. Rutiininomaisten melko matalalla profiililla pidettyjen ylilääkäriskousten sijaan syksy olikin täynnä erilaisia moniammatillisia ja -taisoisia työryhmiä, joiden yhteisenä tavoitteena oli koko sairaalan virtaviivaistaminen ja näin saatava säästö. Vaikka olenkin kohtuullisen kuuliainen hallintoalamainen, joka kunnioittaa esivaltaansa, en voinut olla päätytmättä raadolliseen johtopäätökseen: Kun toimintaa on kehitettävä muutenkin kuin paperilla, on korkean hallinnonkin pakko kääntyä lattiataason – hienosti sanottuna substanssiosaamisen – puoleen.

Kokouksissa saimme nähdäksemme suuren määrän hallinnon työnä tehtyjä toiminnankuvauksia. En ole aiemminkaan suuresti välittänyt näiden tuotosten usein niin paperinmakuisesta ja hienostelevia hallintotermejä vilisevästä kielestä, mutta sairaalaosastojen toiminnankuvausta lukiessani koin suoranaisen järkytyksen. Vai miten kommentoisitte seuraavaa suoraa lainausta, jonka otsikkona oli osastotoiminnan johtaminen ja organisointi:

”Koko osastotoiminnan johtamisesta, resursoinnista ja organisoinnista vastaa yksi palvelujohtaja. Hänen apunaan toimii kapasiteettihajauksessa, resurssihajauksessa ja toimintamallien kehittämisessä ”palvelukoordinaatio” -työpanosta...

Kerrostasolla toiminnan organisoinnista ja koordinoinnista vastaa yksikköesimies, jonka tehtävä on kliininen ja painottuu kerroksen päivittäisjohtamiseen ja osaamisen varmistamiseen.”

Samassa 16-sivuisessa asiakirjassa käsiteltiin lääkärin työnkuvaa noin kymmenellä rivillä – vähemmän kuin osaston vaatehuoltoa. Toisessa osaston toimintaa kuvaavassa vuokaaviossa ei mainittu lääkäreitä lainkaan.

En ollut ainoa kyseisen asiakirjan painotuksia ihmetellyt henkilö. Keskustelussa kävikin siten selväksi, että yksikään lääkäri ei ollut osallistunut dokumentin laatimiseen. Tekijätkin myönsivät nöyrästi, että ”lääkärin osuuden aukikirjoittaminen on jäänyt hiukan ohueksi”. Palvelujohtajan, kapasiteetti- resurssi- ja palvelukoordinaattorien sekä yksikköesimiesten työn syvempi olemus tai suunniteltu ammattitaita jäi minulta tiheän hämärän peittoon.

Muallakin kuin omassa työpaikassani näyttää olevan myös suuri into nimetä yksiköitä, toimintoja ja ammattinimikkeitä uudelleen. Vuodeosasto ei ole enää vuodeosasto, vaan hoito- ja kuntoutusosasto. Naistentautien ja synnytysten vastuuyksikkö tai osastoryhmä vääntyy osaamiskeskukseksi, ja ylilääkäreistä tehdään vaikkapa tulosityksikön johtajia. Erikoisalojen mukainen osastojako ei ole muodissa, vaan sen sijaan

muodostetaan sydän-, aivo- ja synnytyskeskuksia. Tuntemattoman Sotilaan Lahtista mukaillen kysynkin, miten käy, kun tulee vastaan se yhdestoista potilas, jolle ei ole omaa osaamiskeskusta?

Ehkä olen vanhanaikainen, mutta ainakin ylilääkäri, ylihoitaja ja osastonhoitaja ovat kaikille selvän ja täsmällisen mielikuvan tuottavia nimikkeitä. Voin vakuuttaa ja luvata tämän lukijoille, että jos oma kunniallinen virkani muutetaan kapasiteettikoordinaattoriksi, aion ryhtyä sairaalamaailman Sini Saarelaksi. Köysikiipeilyyn olen liian kömpelö, mutta näyttävä banderolli ja kahliutumisen paikka on jo katsottuna.

Hallinnolliset tehtävät eivät ole tunnetusti kaikkien erikoislääkäreiden mieliherkkua, mutta ei niiltä kukaan karkuunkaan pääse. Onhan jo sujuvan osastokierron tai vilkkaan poliklinikkapäivän menestyksellinen hoitaminen pieni-muotoinen hallinnollinen saavutus. Yksityislääkärinkin on kyettävä hallinnoimaan omaa työtään ja tunnistamaan ne vastaanottoympäristönsä asiat, jotka vaarantavat järkevän työnteon. Edellä siteeraamani tekstikatkelma on myös terveellinen muistutus vanhasta viisaudesta: Jos et itse ole valmis hallinnoimaan, niin joku muu kyllä ottaa vallan käsiinsä. Sairaalakollegan kannalta sen jonkun muun on edelleenkin parasta olla lääkäri. ■



Seppä syntyessään?

Aloittaessani erikoistumistani naistentautien ja synnytysten alalla assisteerasin heti alkuun kokeneita operatöörejä melko vaativissakin leikkauksissa. He eivät välttämättä olleet asiasta yhtä innoissaan kuin minä, mutta itse sain arvokasta kokemusta ja samalla kipinän, että minäkin joskus.

Assisteeraaminen olikin sitten kaikki, mitä gynekologisen kirurgian puolella pääsin tekemään moniin kuukausiin. Synnytyspuolella kyllä riitti sektioita ja niiden tekeminen kehittää toki kirurgisia valmiuksia tiettyyn rajaan asti. Tuntuihan sekin toimenpide aluksi käsittämättömän haastavalta ja sellainen se edelleen ajoittain onkin. Mutta toistaiseksi sektio ei vielä lisää esimerkiksi laparoskopiavalmiuksia. Epäilen ettei jatkossakaan.

Leikkauksissa avustaessani kuitenkin pääsin näkemään, miten toimenpide etenee ja opin poimimalla vinkkejä eri operatööreiltä. Vähitellen sain instrumentteja omiinkin käsiini ja pääsin tekemään erilaisia vaiheita toimenpiteistä. Monikin kollega odotti kärsivällisesti harrasta troakaarien asettelua. Kiitos siitä!

Ensimmäisissä omissa toimenpiteissäni minulla oli kokenut kollega kaverina. Aina ei ole helppoa katsoa vierestä opetteluaiheen tekijää ja välillä tuskastuminen oli molemminpuolista. Tuli mietittyä sitäkin, kuinka paljon minkäkin toimenpiteen kesto venyi ja samalla mahdollisesti potilaan riskit kasvoivat hitauteni johdosta. Sellaisten asioiden pohtiminen kesken leikkauksen ei mitenkään vähennä tuskastumista. Ja miten pahaan sotkuun ne instrumenttien piuhat oikein voikaan saada skopian yhteydessä, kun jouluvaloilmio iskee?

Taitaa olla niin, että vain syntymäseppä selviää heti leikkaussalissa ilman pienintäkään kompastelua.

Gynekologin on selvittävä tavallisimmista leikkauksista, jotta päivystäminen olisi mahdollista. Leikkauspotilaita on kuitenkin koko ajan vähemmän ja käytännön leikkausopetus alkaa olla kortilla. Asiaan on kiinnitetty huomiota ja leikkausopetukseen etsitään toimivia käytäntöjä.

Sopivassa vaiheessa erikoistumistani pääsin Jyväskylän klinikkaan simulaattorikurssille ja totesin harjoittelun erittäin hyödylliseksi vielä siinäkin vaiheessa, kun oli tullut jo elävää kudostakin käsiteltyä laparoskooppisesti useampia kertoja. Simuloidessa ei tarvinnut miettiä toimenpiteen mielekkyyttä ja kulunutta aikaa ja pääsi kokeilemaan myös sellaisia tekniikoita, joita oikeassa leikkaussalissa osuu harvakseltaan kohdalle. Niin, eikä ollut sitä johtos-pagettia.

Nyt simulaattori taitaa löytyä jo klinikasta kuin klinikasta.

Niiden ottaminen kategorisesti mukaan erikoistuvien leikkauksikoulutukseen vaikuttaa erittäin hyvältä idealta sekä erikoistuvan lääkärin että potilaiden kannalta. Uskon simulaattoriharjoittelun antavan rutiinia ja varmuutta liikkeisiin, vaikka tilanne onkin erilainen kuin elävän potilaan kanssa.

Erinomaisia ovat myös (rauha heidän possun-sieluilleen) sikakurssit ja arvatenkin myös kadaveriharjoitukset, vaikka viimeksi mainittuun en itse erikoistumisaikanani ehtinytkään osallistumaan. Jokin tällainen kurssi erikoistumistaipaleen varrella olisi ensiarvoisen tärkeää mahdollistaa jokaiselle.

Peräänkuuluttaisin kuitenkin myös sitä, että oppiminen on osaltaan jokaisen omalla vastuulla. Leikkauksista kilpaillaan päiväaikaan, mutta voisiko olla hyödyllistä jäädä välillä iltasella vapaaehtoiseksi tekijäksi päivystystoimenpiteisiin ja ehkä vähän kilpailla assistentin paikoistakin? Kaikki leikkausten avustustehtävät eivät ole pelkkää spekulassa roikkumista. Kokeneen operatöörin touhuista oppii. Väijymisestä leikkaussalin liepeillä silloin, kun satunnaisesti muut työtehtävät eivät paina päälle, lienee tuskin ainakaan haittaa. Erikoistuminen on työssä oppimista, mutta jos jotain oikein todella haluaa osata hyvin, kaiken oppimisen ei voi olettaa tapahtuvan kuin itsestään pal-kallisena virka-ajan puitteissa. Vai mitä mieltä olette? ■

Kolmen vuoden ehkäisy voi näyttää tältä

1 095
pilleriä

tai

1 Nexplanon®
implantaatti

- Helppo asettaa¹
- Ei vaadi käytönaikaisia toimenpiteitä²
- Pitkäaikainen tehokas ehkäisy²
- Sopii myös synnyttämättömälle²

NEXPLANON® Vaikuttavat aineet ja niiden määrät: NEXPLANON on säteilyä läpäisemätön, biologisesti hajoamaton, pelkästään progestiinia sisältävä taipuisa implantaatti, joka on pakattu steriiliin kertakäyttöiseen asetimie. Yksi säteilyä läpäisemätön implantaatti sisältää 68 mg etonogestreeliä, jonka vapautumisnopeus on noin 60–70 mikrog/vrk 5–6 ensimmäisen käyttöviikon ajan ja hidastuu siten, että se on ensimmäisen vuoden lopussa noin 35–45 mikrog/vrk, toisen vuoden lopussa noin 30–40 mikrog/vrk ja kolmannen vuoden lopussa noin 25–30 mikrog/vrk. Asetin on tarkoitettu käytettäväksi yhdellä kädellä ja se on suunniteltu helpottamaan implantaatin asettamista oikein ihon alle. **Lääkemuoto:** Implantaatti ihon alle. Säteilyä läpäisemätön, biologisesti hajoamaton, valkoinen tai melkein valkoinen, pehmeä, joustava sauva, jonka pituus on 4 cm ja läpimitta 2 mm. **Käyttöaiheet:** Raskauden ehkäisy. **Annostus ja antotapa:** Raskauden mahdollisuus on suljettava pois ennen NEXPLANONin asettamista. Ennen implantaatin asettamista lue huolellisesti implantaatin asettamista ja poistamista koskevat ohjeet valmisteyhteenvetodon kohdista "NEXPLANONin asettaminen" ja "NEXPLANONin poistaminen" ja noudata näitä ohjeita. **Miten Nexplanonia käytetään:** NEXPLANON on pitkävaikutteinen hormonaalinen ehkäisyväline. Ihon alle asetetaan yksi implantaatti, joka voi olla paikoillaan kolmen vuoden ajan. Implantaatti poistetaan viimeistään kolmen vuoden kuluttua sen asettamisesta. Painavammilla naisilla terveydenhuollon ammattilainen voi harkita implantaatin vaihtamista uuteen aikaisemmin (ks. Valmisteyhteenveto kohta "Varoitukset"). Jos heti implantaatin poiston jälkeen asetetaan uusi implantaatti, ehkäisy suoja jatkuu. Jos nainen ei halua jatkaa NEXPLANONin käyttöä, mutta haluaa ehkäisy suojan jatkuvan, hänelle on suositeltava toista ehkäisy menetelmää. NEXPLANON-implantaatti asetetaan aivan ihon alle olkavarren sisäpuolelle varoen syvemmällä sidekudoksessa kolmipäisen olkalihakseen ja hauislihaksen välissä sijaitsevia suuria verisuonia ja hermoja. Implantaatin sijainti on varmistettava palpoinnalla välittömästi sen asettamisen jälkeen. Jos implantaatti ei ole palpoitavissa tai sen paikallaan olo on epävarmaa, asia tulee varmistaa muilla menetelmillä (ks. Valmisteyhteenveto kohta "NEXPLANONin asettaminen"). Naista on kehoitettava käyttämään lisäksi muuta kuin hormonaalista ehkäisyä, kunnes on varmistettu, että implantaatti on asetettu oikein. NEXPLANON-pakkaus sisältää potilaalle annettavan kortin, johon merkitään implantaatin eränumero. Terveydenhuollon ammattilaisen on kirjattava korttiin implantaatin asettamispäivämäärä, kumpaan käteen implantaatti asetettiin sekä implantaatin suunniteltu poistopäivämäärä. Pakkaus sisältää myös terveydenhuollon ammattilaisten potilasarkistoja varten tarraetiketkejä, joihin on painettu implantaatin eränumero. **Vasta-aiheet:** Aktiivinen laskimopuolen tromboembolinen häiriö. Todetut tai epäillyt maligniteetit, joihin sukupuolihormonit vaikuttavat. Parhailaan esiintyvä tai aiemmin esiintynyt maksasairaus (hyvän- tai pahanlaatuisen). Maksasairaus, niin kauan kuin maksat arvot eivät ole palautuneet normaaleiksi. Veren emätinvuoto, jonka syytä ei ole selvitetty. Yhlerkkyy NEXPLANONin vaikuttavalle aineelle tai jollekin apuaineelle. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset:** Progesteriiniin käytön etuja on verrattava mahdollisiin riskeihin tapauskohtaisesti ja niistä on keskusteltava käyttäjän kanssa ennen kuin hän tekee päätöksen NEXPLANONin käytöstä (ks. valmisteyhteenveto: Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset). Käyttäjää on neuvottava ottamaan yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen, jos jokin valmisteyhteenvetodon kohdassa "Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset" mainituista tiloista tai riskitekijöistä pahenee, uusiutuu tai jos uusia oireita ilmenee. Tällöin terveydenhuollon ammattilainen päättää, lopetetaanko NEXPLANONin käyttö. **Yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa sekä muut yhteisvaikutukset:** Ks. valmisteyhteenveto. **Raskaus ja imetys:** NEXPLANONia ei ole tarkoitettu käytettäväksi raskauden aikana. Jos nainen tulee raskaaksi NEXPLANONin käytön aikana, implantaatti pitää poistaa. Kliiniset tiedot viittaavat siihen, että NEXPLANON ei vaikuta rintamaidon tuotantoon tai maidon laatuun (proteiini-, laktoosi- tai rasvapitoisuuksiin). Saatavilla olevan tiedon perusteella NEXPLANONia voidaan käyttää imetyksen aikana ja se tulisi asettaa, kun synnytuksesta on kulunut neljä viikkoa. Tästä huolimatta lapsen kehitystä ja kasvua pitää seurata tarkoin. **Haittavaikutukset:** Hyvin yleisiä (>1/10) NEXPLANONin kliinisissä tutkimuksissa raportoituja haittavaikutuksia, jotka mahdollisesti liittyvät NEXPLANONin käyttöön ovat: emätintulehdus, päänsärky, akne, rintojen aristus ja kipu, kuukautisten epäsäännöllisyys ja painon nousu sekä yleisiä (<1/10, ≥1/100) lisääntynyt ruokahalu, mielialan labiileetti, masentunut mieliala, hermostuneisuus, libidon heikentyminen, heitehuimaus, kuumat aallot, vatsakipu, pahoinvointi, ilmavaivat, alopesia, dysmenoreea, munasarjakystat, kipu asetuskohtassa, asetuskohtan reaktiot, väsymys, influenssan kaltainen sairaus, kipu ja painon lasku. Muut haittavaikutukset, ks. valmisteyhteenveto. **Säilytys:** NEXPLANON ei vaadi erityisiä säilytysolosuhteita. **Pakkaukset ja valmisteen kuvaus:** Pakkaus sisältää yhden säteilyä läpäisemättömän, biologisesti hajoamattoman, pelkästään progestiinia sisältävän taipuisan implantaatin (pituus 4 cm, läpimitta 2 mm), joka on pakattu ruostumattomasta teräksestä valmistettuun neulaan kertakäyttöisessä, steriilissä, käyttövalmiissa asetimie. Vahingoittumattoman ja avaamattoman läpipainopakkauksen sisältö on steriili. **Hinta ja hoitokustannus (VOH+alv 01/2014):** 1 implantaatti asettamilla 184,02 € (5,11 €/kk). **Korvattavuus:** Ei SV-korvattava. **Lisätiedot:** Valmisteyhteenveto (tekstin muuttamispäivämäärä 7.8.2013) tai MSD, Keilaranta 3, 02150 Espoo, puh. (09) 804 650. www.parempaaelamaa.fi, www.ehkaisy.com

1. Mansour D., et al. Contraception 2010;82:243-49. 2. Nexplanon valmisteyhteenveto.

Tutustu NEXPLANONin valmisteyhteenvetoon ennen implantaatin asettamista
www.msd.fi • www.ehkaisy.com



Gynekologisen kirurgian seura ry

julistaa haettavaksi henkilökohtaisia 500–1000 € apurahoja klinikka- tai kongressivierailuun

Apurahoilla tuetaan seuran jäsenien osallistumista gynekologisen kirurgian tai leikkaussalihoitoalan kansainväliseen kongressiin. Vaihtoehtoisesti apurahoja voidaan käyttää tukemaan klinikkavierailua joko kotimaiseen tai ulkomaiseen kirurgisessa osaamisessa ansioituneeseen klinikkaan. Apurahaa ei myönnetä takautuvasti.

Suomenkieliset hakemukset tulee toimittaa sähköisesti seuran sihteerille 31.5.2014 mennessä ja hakemukseen tulee liittää hakijan henkilötiedot, lyhyt ansioluettelo ja apurahan käyttötarkoitus (kongressiosallistumisen osalta kongressin tiedot sekä kustannusarvio matka- ja majoitussuunnitelmineen, klinikkavierailun osalta kohdekliniikka, vierailuajankohda sekä matka- ja majoitussuunnitelma) sekä tieto mahdollisesta muusta rahoituksesta. Hakemuksen kokonaispituus saa olla korkeintaan viisi sivua. GKS:n hallitus päättää apurahan jakamisesta ja apurahat jaetaan GKS:n koulutuspäivillä Biomedicumissa 18.–19.9.2014.

Apuraha on käytettävä myöntämistä seuraavan kalenterivuoden loppuun mennessä. Apuraha maksetaan matkan jälkeen alkuperäistositteita vastaan. Apurahojen maksamisen edellytyksenä on apurahan saajan GKS:n hallitukselle laatima yhden sivun mittainen yhteenvedo apurahan käytöstä alkuperäistositteiden toimittamisen yhteydessä.

Helsingissä 17.1.2014

Päivi Härkki
GKS:n puheenjohtaja
paivi.harkki@fimnet.fi

Pia Suvitie
GKS:n sihteeri
sihteeri@gks.fi

Gynekologisen kirurgian seura ry, Roche Oy sekä GlaxoSmithKline Oy

julistavat haettavaksi kaksi 3000 euron suuruista henkilökohtaista apurahaa gynekologisen syövän hoidon kehittämistutkimukseen

Molemmat apurahat jaetaan Gynekologisen kirurgian seuran jäsenille hakemusten perusteella. Suomenkielinen hakemus tulee toimittaa sähköisesti seuran sihteerille 31.5.2014 mennessä. Hakemukseen tulee liittää hakijan CV, tutkimussuunnitelma ja apurahan käyttösunnitelma sekä selvitys mahdollisesta muusta rahoituksesta. Hakemuksen kokonaispituus saa olla korkeintaan viisi sivua. GKS:n hallitus päättää apurahan jakamisesta ja apurahat jaetaan GKS:n koulutuspäivillä Biomedicumissa 18.–19.9.2014.

Helsingissä 17.1.2014

Päivi Härkki
GKS:n puheenjohtaja
paivi.harkki@fimnet.fi

Pia Suvitie
GKS:n sihteeri
sihteeri@gks.fi



Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön apurahat

Säätiön tarkoituksena on tukea synnytys- ja naistentautiopin tutkimusta. Säätiön apurahat on tarkoitettu väitöskirja- ja postdoc-tutkijoille.

Vuoden 2014 apurahahakemus on jätettävä viimeistään maanantaihin 3.3.2014 klo 16.00 mennessä, jolloin myös postitettujen hakemusten on oltava perillä Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön sihteerillä. Myöhästyneitä hakemuksia ei käsitellä.

Hakulomake löytyy Suomen Gynekologiyhdistyksen verkkosivuilta: www.gynekologiyhdistys.fi kohdasta apurahat, palkinnot.

Säätiön sääntöjen mukaisesti apuraha myönnetään vain kerran samalle hakijalle.

Hakemuspohja on täytettävä ja tulostettava allekirjoitusta varten. Hakemus osoitetaan Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön hallitukselle ja lähetetään kymmenenä kappaleena säätiön tekniselle sihteerille Maaria Puupposelle (os.: HUS, Naistenklinikka, Haartmaninkatu 2, PL 140, 00029 HUS), jolta saa lisäohjeita (e-mail: maaria.puupponen@hus.fi).

Apurahat jaetaan SGY:n kevätkokouksessa Tampereella 8.5.2014.

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön hallitus



Suomen Menopausseuran matka-apurahat

Suomen Menopausseuran tutkimusseura julistaa seuran jäsenille haettavaksi matka-apurahat (enintään 3 1000 €) vaihdevuosisäksitteleviin kongresseihin. Etusijalla ovat nuoret tutkijat ja matka-apurahan saamisen edellytyksenä on kongressiin lähetettävä abstrakti.

Vapaamuotoinen hakemus, julkaisu-luettelo, abstrakti sekä tiedot kongressista pyydetään lähettämään sähköpostilla 28.2.2014 mennessä Suomen Menopausseuran sihteerille: pauliina.tuomikoski@hus.fi

Apurahan saaja sitoutuu esittelemään tutkimustyönsä tuloksia lyhyenä raporttina seuran kotisivuilla (www.menopausseura.net) sekä pyydettyäessä myös seuran kokouksessa.

Eila Suvanto
Suomen Menopausseuran
puheenjohtaja



Kurssi/projekti/vierailu ulkomailla – muista NFOG:n apurahat

NFOG:lla on rahasto, josta voi kaksi kertaa vuodessa hakea apurahaa seuraaviin tarkoituksiin:

1. Clinical or scientific visits outside country of residence with the purpose of improving skills and/or developing and sharing expertise.
2. Voluntary or project work in developing countries.
3. Courses outside the applicants country of residence.
4. Collaborative clinical or scientific projects between members of the national societies of NFOG.

Dead line hakemuksille on vuosittain

1.3. ja 1.10.

2013 haussa suomalaisista apurahoja saivat mm Marianne Hallamaa, Mikko Anttonen ja Jaana Seikkula. Apurahojen hakuohjeet löytyvät www.nfog.org sivuilta. Hakemuksen tekeminen ei ole monimutkaista. Jos suunnittelee klinikkavierailua, tärkeintä on ottaa ajoissa yhteyttä klinikan ylilääkäriin tai muuhun yhteyshenkilöön. Vastaan mielelläni mahdollisiin kysymyksiin.

Seija Grénman
seija.grenman @tyks.fi

Koulutusta



Kevätkoulutuspäivät Tampereella 8.–9.05.2014, Tampere-talo

Kevätkoulutuspäivät 2014 järjestetään jälleen Tampereella, Presidentin juhlista tutussa Tampere-talossa Yliopistonkatu 55, 33100 Tampere. www.tampere-talo.fi
Ilmoittautuminen tapahtuu SGY ry:n kotisivujen kautta: www.gynekologiyhdistys.fi
Ilmoittautumislomakkeessa ovat pakolliset osiot, jotka täyttämällä lomakkeen saa lähetetyksi suoraan Duodecimiin.

Ilmoittautuminen on tehtävä 24.4.2014 mennessä. Ilmoittautumisia koskevat tiedustelut: koulutussihteeri@duodecim.fi. Sähköposti on tärkeä ilmoittaa, koska halutessasi todistuksen osallistumisesta saat kokouksen jälkeen arviointilomakkeen sähköpostilla.

Osallistumismaksu: Erikoislääkärit 160 €/ yksi päivä ja 260 €/ kaksi päivää.
Erikoistuvat 120 €/ yksi päivä ja 200 €/ 2 päivää.

HUOM! Maksukäytäntö on muuttunut. Osallistumismaksusta lähetetään lasku kaksi viikkoa ennen koulutuspäiviä ilmoittautujan antamaan osoitteeseen. 24.4. jälkeen tehtävissä peruutuksissa osallistumismaksua ei palauteta. 24.4. jälkeen ilmoittautuneilta peritään osallistumismaksun lisäksi toimistokuluja 15 €.

Iltajuhla vietetään Hotelli Ilvesen uudistetussa Ball Roomissa
www.kokoustampereella.fi/tila/ball-room. Avcien iltajuhlamaksu on 80 €.

Majoituskiintiöt:

Hotelli Cumulus, Koskikatu 5, 33100 Tampere, puh +358 0 32424111
Tunnuksella SGY varattavissa 3.4.2014 saakka 100/125 € (yhden/ kahden hengen huone) www.cumulus.fi/hotellit/koskikatu/fi_FI/koskikatu

Sokoshotelli Ilves, Hatanpään valtatie 1, 33100 Tampere, puh +358 20 1234631
Tunnuksella SGY varattavissa 21.2.2014 saakka 115/135 € (yhden/ kahden hengen huone) www.sokoshotels.fi/fi/tampere/sokos-hotel-ilves

Tervetuloa !!!

Hands on -koulutusta sikiödiagnostiikasta SGY-päivien yhteydessä

SGY:n kevään 2014 koulutuspäivien yhteydessä, keskiviikkona 7.5.2014 klo 16–18.30 järjestämme sikiön ultraäänidiagnostiikkaa käsittelevän koulutuksen SGY-päiville osallistuville. 30 nopeinta mahtuu mukaan.

Advanced-tason kurssin vetäjinä toimivat professori Roya Sohaey, Portland, Oregon, USA (sikiön keskushermosto ja vatsan alueen elimet), professori Torvid Kiserud, Bergen, Norja (sikiön verenkierto) ja professori Juha Räsänen, Kuopio (sikiön sydän ja keskeinen verenkierto). Tälle kurssille otamme 15 osallistujaa. Tämä kurssi sopii erinomaisesti henkilöille, joilla on jo hieman kokemusta sikiön ultraäänidiagnostiikasta.

Basic-tason kurssin vetäjinä toimii kolme kotimaista alan ammattilaista: Maija-Riitta Orden, Jukka Uotila ja Aydin Tekay. Tämä kurssi keskittyy sikiön rakenneultraäänitutkimukseen ja se on erinomainen henkilöille, jotka ovat uransa alkutaipaleella. Basic-tason kurssille otamme myös 15 osallistujaa.

Sekä Advanced- että Basic-tason kursseilla on luvassa runsaasti hands on-koulutusta. Molemmille kurseille osallistujat valitaan ilmoittautumisjärjestyksessä. Osallistumismaksu Advanced-tason kurssille on 150 € ja Basic-tason kurssille 100 €.

Kurssimaksuun sisältyy illallinen.
Ilmoittautumiset sähköpostitse opetushoitaja Tarja Koposelle Itä-Suomen yliopisto; sähköposti: tarja.a.koponen@uef.fi. Muista laittaa ilmoitukseen kurssitaso, jolle haluat osallistua.

Maksuohjeet ja tarkemmat tiedot kurssista lähetetään ilmoittautuneille. Osallistumismaksua ei palauteta.

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 8.–9.5.2014 Tampere-talo



Torstai 8.5.2014

Tietoisku:

- 9.00 Synnytys sairaalan ulkopuolella
Kätilö, obstetriikko, pediatri

- 10.00 **Koulutuspäivien avaus**
SGY:n pj. Juha Räsänen

Teema: Ultraääni

Pj: Juha Räsänen ja Veli-Matti Ulander

- 10.10 Sikiöseulonnat Suomessa tänään
LT Veli-Matti Ulander, HYKS
- 10.40 Subtle but important fetal brain anomalies
(Ultrasound and MRI)
Prof. Roya Sohaey, OHSU, Portland, USA
- 11.25 Fetal GU tract anomalies
Prof. Roya Sohaey, OHSU, Portland, USA

12.00–13.00 Lounas

Pj: Juha Räsänen ja Veli-Matti Ulander

- 13.00 Ultraäänitutkimuksen/doppler-UÄ fysiologiset
perusteet
Prof. Juha Räsänen, KYS
- 13.45 Brain or liver: fetal priorities
Prof. Torvid Kiserud, Bergen

14.30–15.30 Kahvitauko ja näyttely

Teema: jatkuu

Pj: Juha Räsänen ja Veli-Matti Ulander

- 15.30 Complicated Adnexal Diagnoses: Everything but
the ovaries
Prof. Roya Sohaey, OHSU, Portland, USA
- 16.15 Ultrasound case reports
- 17.00 **SGY:n kevätkokous**
SLL:n Suomen Gynekologit alaostaston vuosikokous
- 19.30 Iltajuhla

Perjantai 9.5.2014

Teema: Perhesuunnittelu

Pj: Antti Perheentupa ja Mervi Halttunen-Nieminen

- 8.30 Miten näkemyksemme steroidihormonien
vaikutuksesta on vuosien saatossa jalostunut ?
Prof. Olli Jänne, HY
- 9.00 Ehkäisyhormonien metaboliset vaikutukset
LT Terhi Pilttonen, OYS
- 9.30 Onko estrogeenin ja progestiinin valinnalla vaikutusta
ehkäisyssä?
Dos. Oskari Heikinheimo, HYKS

10.00–10.45 Kahvitauko ja näyttely

Teema: Perhesuunnittelu jatkuu

Pj: Antti Perheentupa ja Mervi Halttunen-Nieminen

- 10.45 Mitä uutta kohdunsisäisestä ehkäisystä?
LT Merja Metsä-Heikkilä
- 11.15 Synnytyksen jälkeinen raskauden ehkäisy
Dos. Satu Suhonen, Helsingin kaupunki
- 11.45 SGY tutkii 3 x 15 min
SGY:n varapj. Seija Grénman

12.30–13.30 Lounas

Teema: Perhesuunnittelu jatkuu

Pj: Antti Perheentupa ja Mervi Halttunen-Nieminen

- 13.30 Abortion from the European perspective
Prof. Kristina Gemzell-Danielsson, KI
- 14.00 Ehkäisevätkö eurooppalaiset itsensä hengiltä?
Prof. Mika Gissler, THL
- 14.30 Ehkäisyneuvonnan yhteydessä annettava
fertiliteettineuvonta
Dos. Mervi Halttunen, HYKS
- 15.00 Vaikuttaako raskaudenkeskeytys tulevaan
lisääntymisterveyteen?
EL Jaana Männistö, OYS

15.30 **Päivien päätös** SGY:n pj. Juha Räsänen

Ultraäänipotilastapauksia SGY:n kilpailuun

Järjestämme kevään 2014 SGY:n koulutuspäivillä **Ultrasound case reports-session**.

Jos sinun mieltäsi on jäänyt kalvamaan jokin erikoinen sikiön ultraäänilöydös, lähetä siitä lyhyt yhteenveto (enintään yksi sivu ja liitteenä edustavimmat kuvat/videoklipit) Juha Räsäselä sähköpostiosoitteeseen (juha.rasanen@kuh.fi) 31.03.2014 mennessä.

Valitsemme kolme mielenkiintoisinta tapausta esitettäväksi tähän sessioon. Parhaalle esitykselle on luvassa 200 € palkinto! Lisäksi kaikille kolmelle valitulle esittäjälle osallistuminen koulutuspäiville on ilmainen.



Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 27.–28.11.2014 Turku



Torstai 27.11.2014

9.00–10.00 Edunvalvontasymposium:
Valinnanvapaus terveydenhuollossa
SLL, Suomen gynekologit-alaosasto

10.00 Koulutuspäivien avaus
SGY:n pj. Juha Räsänen

Teema: Raskauden suunnittelu erityistilanteissa
Pj: Tytti Raudaskoski, Anna-Maija Tapper

10.10 Lisääntymisterveyden trendejä
Prof. Mika Gissler, THL
10.40 Hedelmöityshoidot erityistilanteissa
Prof. Aila Tiitinen, HYKS
11.20 Eettisiä ja lainsäädännöllisiä näkökulmia
hedelmöityshoitoihin
OTT, Dos Riitta Burrell, STM

12.00–13.00 Lounas ja näyttely

Teema: jatkuu
Pj: Tytti Raudaskoski, Anna-Maija Tapper

13.00 Naisen synnyttäminen sydänvika
Prof. Risto Kaaja, TY/SatKS
13.30 Raskaus elinsiirron jälkeen
Dos. Risto Tertti, TYKS
14.00 Lapsuusiän syöpähoidon jälkeinen raskaus
Dos. Eeva Ekholm, TYKS

14.30 Kahvitauko ja näyttely

15.20 Seth Wichmann-luento

Teema: jatkuu
Pj: Tytti Raudaskoski, Anna-Maija Tapper

15.50 Raskaus ja komplisoitunut diabetes
Dos. Marja Vääräsmäki, OYS
16.25 Obstetrisen katastrofin jälkeinen raskaus
LT Kati Ojala, OYS
17.00 SGY:n vuosikokous
19.30 Iltajuhla

Perjantai 28.11.2014

8.30 Hot topics

9.30–10.00 Kahvitauko ja näyttely

Teema: Suomalainen gynekologi auttajana maailmalla
Pj. Merja Metsä-Heikkilä

10.00 Suomen kehityspolitiikka
LL, Senior Adviser Gisela Blumenthal
10.30 Lääkärin Sosiaalinen Vastuu – suomalaisten
lääkäreiden kehitysyhteistyöjärjestö
LL Miira Klemetti, EKKS
10.50 Rotary -järjestön avustusprojektit lääkäreille
EL Liisa Raatema, EKKS
11.10 Lääkärit SPR:n delegaatteina erilaisissa tehtävissä
HR Coordinator Lotta Vallaskangas, SPR
11.30 Millaisia tehtäviä Suomen Lähetysseura tarjoaa
gynekologeille työalueillaan
luennoitsija avoin

11.50 Kysymykset ja keskustelu
pj. Merja Metsä-Heikkilä

12.00–13.00 Lounas ja näyttely

Teema: Seksologiaa gynekologille
Pj: Pirkko Brusila

13.00 Mielen seksuaalisuus – avain oman seksuaalisuuden
ymmärtämiseen
Prof. Osmo Kontula, Väestöliitto
13.30 Naisen kokema haluttomuus
Psyko- ja seksuaaliterapeutti Tarja Santalahti,
Väestöliitto
14.00 Naisen seksuaalisilla toimintahäiriöillä
geneettinen tausta?
FT Annika Gunst, Åbo Akademi
14.30 Herkän siemensyöksyn vaikutus parisuhteeseen
Dos. Juhana Piha, Mehiläinen Turku
15.00 Päivien päätös
SGY:n pj. Juha Räsänen

Suomen Menopausitutkimusseuran kevätkokous Perjantaina 14.3.2014 Turussa



"Pätkiikö muisti ja uni menopauksissa – mikä avuksi?"

Ravintola Aitiopaikka, Turun virastotalo, Itsenäisyydenaukio 2, 20800 Turku

Perjantai 14.3.2014

- | | |
|-------------|---|
| 12.00–13.00 | Seuran kustantama lounas, ilmoittautuminen ja näyttelyyn tutustuminen |
| 13.00–13.10 | Tervetulosanat Pj. Eila Suvanto |
| 13.10–13.30 | Apurahan saaja esittäytyy: Kuumat aallot ja autonomisen hermoston toiminta
LL Hanna Hautamäki, HUS Jorvin sairaala |
| 13.30–14.10 | Miksi muisti pätkii?
Professori Anne Remes, Itä-Suomen yliopisto |
| 14.10–14.50 | Miten muistihäiriöitä voi estää tai hoitaa?
LT Merja Hallikainen, Itä-Suomen yliopisto |
| 14.50–15.10 | Yhteistyökumppanin puheenvuoro |
| 15.10–16.00 | Kahvi ja tutustuminen näyttelyyn

Pj. Eija Tomás |
| 16.00–16.30 | Unen aikaiset hengityshäiriöt menopauksissa
Prof. Tarja Saaresranta, TYKS Keuhkoklinikka, Turun yliopisto |
| 16.30–17.00 | Milloin menopausaalinen nainen nukkuu huonosti?
LL Laura Lampio, Turun yliopisto |
| 17.00–17.30 | Suomen Menopausitutkimusseuran kokous |
| 18.00– | Menopausitutkimusseuran järjestämä sosiaalinen ohjelma (J & J laulu ja piano) ja illallinen Ravintola Aitiopaikassa |

TERVETULOA!

Osallistumismaksu 100 € maksetaan Suomen Menopausitutkimusseuran tilille:

Tampereen seudun osuuspankki

FI29 5732 5720 014649.

Ilmoittautuminen kokoukseen katsotaan jäsenanomukseksi Menopausitutkimusseuralle.

Menopausitutkimusseuran jäsenmaksu 15 € / vuosi peritään keskitetysti Lääkäriliiton kautta.

Koulutus anotaan erikoislääkärikoulutuksen teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi 4 tunnin ajalta naistentautien ja synnytysten, työterveyshuollon, yleislääketieteen, sisätautien runkokoulutuksen sekä endokrinologian erikoisaloille (Helsingin yliopisto).

Ilmoittautumiset 28.2.2014 mennessä

sähköpostitse: info@concreator.com

Ilmoittautumisaajan mentyä umpeen on jälki-ilmoittautumismaksu 120 €.

Ilmoittautuessasi kerrothan nimesi, toimipaikkasi, sähköpostiosoitteesi, matkapuhelinnumerosi, mahdollisen erityisruokavaliosi sekä osallistutko Seuran järjestämään sosiaaliseen ohjelmaan.

Näyttelyasiat rahastonhoitaja Heli Lyytinen, e-mail: heli.lyytinen@hus.fi.

Muut tiedustelut ja jäsenasiat sihteeri Pauliina Tuomikoski, e-mail: pauliina.tuomikoski@hus.fi

Kutsu Suomen Menopausitutkimusseuran kevätkokoukseen

Suomen Menopausitutkimusseura ry:n kevätkokous pidetään perjantaina 14.3.2014 klo 17.00 alkaen Turussa kevätkoulutuspäivän yhteydessä (Ravintola Aitiopaikka, Itsenäisyydenaukio 2, 20800 Turku).

Kokouksessa käsitellään sääntöjen määräämät asiat.

Eila Suvanto

Suomen Menopausitutkimusseuran puheenjohtaja

Tervetuloa!

IV Dan Apter-symposium

27.3.2014 klo 12.30–16.30
Niilo Hallman -sali, Lasten ja
nuortensairaala,
Stenbäckinkatu 11, Helsinki



SLANGY

Puberteetin kirjo

Torstai 27.3.2014

12.30 Ilmoittautuminen
Kahvi

12.55 Symposiumin avaus
Satu Suhonen

Pj. Laure Morin-Papunen

13.00–13.30 Ennenaikainen puberteetti
Dosentti Tiina Laine, HYKS

13.30–14.00 Viivästyneen puberteetin genetiikka
Professori Taneli Raivio, HYKS

14.00–14.30 Munasarjojen ennenaikainen hiipuminen – Premature
ovarian failure, POF
Dosentti Viveca Söderström-Anttila, Väestöliitto

14.30–15.00 Kahvitauko

Pj. Elina Vuori-Holopainen

15.00–16.00 Puberteettikehitys ja mielenterveys
Professori Riittakerttu Kaltiala-Heino, TAYS

16.00–16.30 Puberteetti poikanaäkökulmasta
Professori emeritus Martti Siimes

Suomen Lapsi- ja Nuorisogynekologisen yhdistyksen vuosikokous klo 16.30

Koulutus on tarkoitettu yhdistyksen jäsenille. Ilmoittautumisen yhteydessä voi anoa jäsenyyttä. Yhdistykseen voivat kuulua lääkäreiden lisäksi myös muut terveydenhuollon tai sosiaalitoimen alalla toimivat henkilöt. Slangyn jäsenmaksu on 10 €/v. Kts. yhdistyksen kotisivut www.slangy.fi.

Koulutusta anotaan erikoislääkäriskoulutuksen teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi lastentautien, lasten- ja nuorisopsykiatrian, naistentautien ja synnytysten, psykiatrian sekä yleislääketieteen erikoisalueille (HY).

Ilmoittautuminen sähköpostitse 14.3.2014 mennessä maarit.mentula@hus.fi. Pyydämme samalla ilmoittamaan mahdolliset katu- ja sähköpostiosoitteen muutokset. Jäsenyyttä hakevat, ilmoittakaa ammatin, toimipaikan, katu- ja sähköpostiosoitteenne, puhelinnumeronne ja syntymäaikanne jäsenrekisteriä varten.

Ilmoittautumiseen maininta erityisruokavalioista!

Osallistumismaksu **50 €** (sisältää luennot ja ohjelmaan liittyvän tarjoilun) maksetaan **14.3.2014** mennessä Slangyn tilille **Nordea 111230-379567, viitenro 1009**. Osallistujan nimi pitää mainita laskussa. Koulutukseen voidaan ottaa 100 ensinnä ilmoittautunutta.

Tiedustelut Slangyn sihteeri sirpa.vilksa@fimnet.fi

Suomen Lapsi- ja Nuorisogynekologinen yhdistys ry
Barn- och Ungdomsgynekologisk förening i Finland rf

Koulutuskalenteri S G Y

■ PEKKA YLITALO

Koulutuskalenteri
päivitetty 21.1.2014
Pekka Ylitalo
pekka.ylitalo@helsinki.fi
Ilmoitusehdotuksia
otetaan vastaan!

2014

TAMMIKUU

- 24.-25.1. Progress and Controversies in Gynecologic Oncology Conference, Barcelona Espanja. www.primeoncology.org/gyncongress2014
- 31.1.2014 Suomen Kolposkopiayhdistyksen vuosikokous ja luennot, Helsinki. www.kolposkopiayhdistys.fi

HELMIKUU

- 3.-8.2. 34th Annual meeting of SMFM (Society for Maternal-Fetal Medicine), New Orleans Yhdysvallat. www.smfm.org
- 10.-12.2. 6th International Conference on Drug Discovery and Therapy, Dubai. icddt.com
- 20.-23.2. The 3rd International Congress on Cardiac Problems in Pregnancy, Venetsia Italia. www.cppcongress.com

MAALISKUU

- 5.-7.3. Symposium Office of Imperial College London: Neonatal Cranial Ultrasound, Lontoo Iso-Britannia. www.symposia.org.uk
- 5.-8.3. 16th ISGE World Congress of Gynecological Endocrinology (International Society of Gynecological Endocrinology, Firenze Italia. <http://isge2014.isgesociety.com>
- 14.3. Suomen Menopausseutkimusseuran kevätkokous, Turku. www.menopausseutkimusseura.net
- 20.-22.3. Ultraääniseuran koulutuspäivät, Helsinki. www.ultraaaniseura.fi
- 26.-29.3. SGI (Society for Gynecologic Investigation) Annual Scientific Meeting, Florence Italia. www.sgionline.org
- 28.-30.3. RCOG World Congress (Royal College of Obstetricians & Gynaecologist), Hyderabad, Intia. www.rcog.org.uk/rcog2014

HUHTIKUU

- 3.-4.4. Suomen Perinatologinen Seura ja SOAT: Kevätkoulutuspäivät, Helsinki. www.perinatologinenseura.net
- 23.-27.4. Fifth Phoenix Fetal Cardiology Symposium, Phoenix USA. www.fetalcardio.com
- 30.4.-3.5. 12th World Congress on Endometriosis, Sao Paulo Brasilia. www.endometriosis.ca/world-congress/wce2014

TOUKOKUU

- 5.-8.5. SFOG (Svenska Förening för Obstetrik & Gynekologi) Advanced course in gynecological ultrasound, Malmö Ruotsi. SFOG.se
- 7.-10.5. 23rd EBCOG (European Board & College of Obstetrics and Gynaecology), Glasgow Skotlanti. www.ebcog2014.org
- 8.- 9.5. SGY kevätkokous, Tampere
- 16.-18.5. 3rd Regional IGCS Meeting 2014, Kapkaupunki Etelä-Afrikka. www.igcsreg2014.com
- 22.-23.5. EGO-päivät: Endokrinologia, Helsinki
- 26.-28.5. Euroson 2014 (Congress of the European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology), Tel Aviv Israel. www.euroson2014.org
- 26.-30.5. 15th World Congress for Cervical Pathology and Colposcopy (IF-CPC), Lontoo Iso-Britannia icfpc2014.com
- 30.5.-3.6. The 50th ASCO Annual

Meeting, Chicago, Yhdysvallat.
http://am.asco.org

KESÄKUU

- 4.-7.6. 19th ECPM (European Congress on Perinatal Medicine), Firenze Italia. www.europerinatal.eu
- 9.-11.6. British Maternal and Fetal Medicine Society, British Association of Perinatal Medicine and The Neonatal Society Joint Meeting, Harrogate Iso-Britannia. www.perinatalmedicine2014.ukevents.org
- 10.-12.6. 39th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology, NFOG 2014, Tukholma
- 13.-14.6. NSGO Annual Meeting, Selfoss, Islanti. www.nsgo.org
- 29.6.-2.7. 30th Annual Meeting - ESHRE 2013, München Saksa. www.eshre.eu
- 29.6.-3.7. 13th World Congress in Fetal Medicine, Nizza Ranska. www.fetalmedicine.com

HEINÄKUU

- 20.-23.7. 18th International conference of ISPD (International Society for Prenatal Diagnosis), Brisbane Australia. www.ispdhome.org
- 21.-26.7. Annual meeting of IUGA (International Urogynecological Association), Washington DC Yhdysvallat. www.iuga.org

SYYSKU

- 2.-4.9. World Congress of Reproductive Biology, Edinburgh Skotlanti. www.wcrb2014.org
- 7.-11.9. 33rd Annual Meeting IFMSS, Massachusetts, Yhdysvallat. www.ifmss.org
- 11.-13.9. Follow Up in Gynaecological Malignancies, Torino Italia. www.esgo.org
- 14.-17.9. ISUOG 24th World Congress, Barcelona Espanja. www.isuog.org
- 18.-19.9.2014. Gynekologisen Kirurgian Seuran koulutuspäivät, Helsinki. www.gks.fi

Olen lääkäri - en talousmies.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri Miikka Peltomaa, Korvalääkärikeskus Aino

JO LÄHES 180 YKSITYISLÄÄKÄRIÄ ON VALINNUKSEEN PLUSTERVEYDEN.

Me PlusTerveystessä haluamme tarjota asiakkaillemme yksilöllistä hoitoa yksilöllisiin tarpeisiin. Meillä sinä saat keskittyä omaan ammattiosaamiseesi. Suuren ja kotimaisen terveydenhoito-organisaation edut yksilöllisten ammattilaisten osaavissa käsissä - siitä PlusTerveystessä on kyse.

PlusTerveys on:

- suomalainen yhtiö
- olemme lääkäreiden omistama
- vaihtoehto itsenäiselle ammatinharjoittamiselle

Työsuhteemme etuja:

- samat edut kuin omassa osakeyhtiössä
- työsuhteen helppous
- vapaudet ennakkoerojen maksamisesta
- eläketurva kertyy automaattisesti
- voit kartuttaa varallisuuttasi osakkeenomistajana
- hallintopalvelut kuten kirjanpito, luvat ja vakuutukset
- hankintojen rahoitus
- vastaanoton perustaminen helppoa



Urheilleva muusikkolääkäri

Kehon ja mielen hyvinvointiin vaikuttavat monet asiat - eikä vähimpänä musiikki. Oma vapaa-aikani on aina seurannut musiikkiharrastus.

Kädet ovat hyvinvoinnin jatke

Pitämällä yleisen hyvinvointini kunnossa pidän huolta myös tärkeimmistä instrumenteistani, käsistä.

Hyvässä seurassa

Suurin syy PlusTerveysteen liittymiseeni oli, että koen olevani lääkäri enkä talousmies. Nyt se onnistuu, vieläpä täysin kotimaisessa organisaatiossa. Korvalääkärikeskus Aino syntyi, kun ystäväni ehdotti oman korvalääkäri vastaanoton perustamista Järvenpäähän. Päätin kokeilla ja nyt on kuudes vuosi menossa.

OTA YHTEYTTÄ - KYSY LISÄÄ

yhteydenotto@plusterveys.fi
www.plusterveys.fi/ammattilaisille

 **plusterveys**
LÄÄKETIETEEN KÄSITYÖLÄISET



LOKAKUU

- 2.-3.10. Perinatologipäivät, Oulu.
www.perinatologinenseura.net
- 8.-10.10. 60th Congress of DGGG (German Society of Obstetrics and Gynecology), München Saksa.
www.dggg.de/dggg-kongress
- 15.-18.10 NAMS 25th Annual Meeting (North American Menopause Society), Maryland Yhdysvallat.
www.menopause.org
- 18.-22.10. 70th Annual Meeting of the ASRM, Hawaiji USA. www.asrm.org
- 20.-24.10 ICS Annual Meeting (International Continence Society), Rio de Janeiro, Brasilia. www.ics.org/2014
- 26.-29.10. ISSHP World Congress, New Orleans Yhdysvallat. www.isshp.org
- 27.-31.10. Annual Congress of ICS (the International Continence Society), Rio de Janeiro, Brasilia.
www.icsoffice.org
- 31.10.2014. Suomen Lääketieteellisen Biologinen Ultraääniseuran koulutus, Helsinki. www.ultraaaniseura.fi

MARRASKUU

- 8.-11.11.2014 15th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society (IGCS), Melbourne Australia.
www.igcs.org
- 16.-19.11. The 15th Congress of the International Society of Twin Studies, Budapest Hungary. www.twinstudies.org
- 27.-28.11. SGY Vuosikokous, Turku.

2015

MAALISKUU

- 18.-21.3 16th World Congress on Human Reproduction, Berliini Saksa.
www.humanrep2015.com
- 25.-28.3. SGI Annual Scientific Meeting, San Francisco USA.
www.sgonline.org

HUHTIKUU

- 16.-17.4. SGY Kevätkokous

LOKAKUU

- 4.-9.10. XXI FIGO World Congress, Vancouver, Kanada. www.figo.org
- 10.-15.10. ISUOG 25th World Congress, Montreal Kanada. www.isuog.org
- 17.-21.10. 71st Annual Meeting of the ASRM, Baltimore USA.
www.asrm.org
- 21.-24.10. 11th Congress of the European Society of Gynaecology, Praha Tšekki. www.seg2015.com
- 24.-27.10. European Gynaecological Oncology Congress 2015, Nizza Ranska.
www.esgo.org

- 31.10. Ultraääniseuran koulutuspäivät, Helsinki. www.ultraaaniseura.fi

MARRASKUU

- 26.-27.11. SGY Vuosikokous

2016

MAALISKUU

- 16.-19.3. SGI Annual Scientific Meeting, Montreal Kanada. www.sgonline.org

SYYSKUU

- 24.-29.9. IFFS 22nd World Congress on Fertility and Sterility, New Delhi Intia.
www.iffs-reproduction.org

2017

MAALISKUU

- 15.-18.3. SGI Annual Scientific Meeting, Florida USA. www.sgonline.org

Sykli on facebookissa!

Syklille on perustettu suljettu ryhmä. Päästäksesi mukaan sinun on itsesi oltava fb:ssä ja lähetettävä kaveripyynnöksi Sykli -ryhmään. Ryhmässä on mahdollista keskustella, kommentoida, kysyä, ehdottaa – pääset mukaan tekemään lehteä.



Syklin ilmestymisaikataulu

Numero	Aineistopäivä	Ilmestyy
2014		
2. Huhtikuu	7.3.	11.4.
3. Syyskuu	15.8.	19.9.
4. Marraskuu	3.10.	7.11.

SGY:n hallitus

www.gynekologiyhdistys.fi

Puheenjohtaja

Juha Räsänen
KYS Naistenklinikka
PL 1777
70211 Kuopio
juha.rasanen@kuh.fi

Varapuheenjohtaja

Seija Grénman
TYKS Naistenklinikka
Kiinamyllynkatu 4-8
PL 52 20521 Turku
seija.grenman@tyks.fi

Sihteeri

Henna Kärkkäinen
Lähettoimisto,
PL 100
70029 KYS
henna.karkkainen@kuh.fi

Varainhoitaja

Taru Ahava
yksityisgynekologi
Syrjäläntie 10
01840 Klaukkala
taru.ahava@kolumbus.fi

Klubimestari

Anna-Maija Tapper
HYKS
Naistenklinikka
Haartmaninkatu 2
00290 HKI
anna-maija.tapper@hus.fi

Jäsenet

Annika Tulenheimo-Silfvast
yksityisgynekologi
Kaakkurikuja 1
00200 Helsinki
annika.tulenheimo-silfvast@fimnet.fi

Kirsi Kuusmanen

TAYS
PL 2000
33521 Tampere
kirsi.kuusmanen@pshp.fi

Kaarin Mäkilallio

OYS, Naistenklinikka
PL 24
90029 OYS
kaarin.makikallio@oulu.fi

Mervi Halttunen-Nieminen

HYKS/Nkl PI 140
00029 HUS
mervi.halttunen@hus.fi

Marja-Liisa Mäntymaa

Kymenlaakson KS/Naistentaudit
Kotkantie 41
48210 Kotka
marja-liisa.mantymaa@careia.fi

Pekka Ylitalo

HYKS, Naistenklinikka
Haartmaninkatu 2
00290 Helsinki
pekka.ylitalo@helsinki.fi

TYÖPÄIVÄ MAAILMALLE
2014



Ilmoittaudu mukaan

WWW.LSV.FI/TYOPAIVAMAAILMALLE

Poliisihallituksen rahankeräyslupa: N:o 2020/2012/3582, myöntämispäivä 10.12.2012. Toimeenpanoajaksi ja -alue: 01.01.2013-31.12.2014 koko Suomen alueelle, Ahvenanmaata lukuun ottamatta.

TÄNÄÄN KOULULÄÄKÄRINÄ NIGERIASSA

**Lahjoita yhden työpäivän palkka kehitysyhteistyyölle ja osallistut
kehittyvien maiden terveyden edistämiseen.**

Kampanjan tuotoilla tuetaan peruskouluikäisten terveydenhuoltoa Nigeriassa, kehitetään nuorten lisääntymis- ja seksuaaliterveyttä Intiassa ja Perussa, parannetaan mielenterveyspalveluiden saatavuutta Nepalissa ja vähennetään tuberkuloosista johtuvia kuolemia Somaliassa. Osallistumalla kampanjaan tuet tasapuolisesti kaikkia LSV:n kehitysyhteistyöhankkeita.



LÄÄKÄRIN SOSIAALINEN VASTUU
LÄKARES SOCIALA ANSVAR