

Sykli

Lapsettomuus ja syöpä
koulutuspäivien
aiheina

s. 10

Lyhdepoika
s. 6





Sykli

SISÄLTÖ

Pääkirjoitus 5

SGY täyttää vuosia
– toiminta jatkuu vireänä
Juha Tapanainen

”Viisikymppisenä ihminen älää, ettei ole kuolematon.” 6

– Risto Tuimala TAYS:sta
jäi eläkkeelle

SGY:n syyskouluspäivät – lapsettomuutta ja syövän hoitoa 10

Hallituksen uudet jäsenet esittäytyvät 14

Seth Wichmann -palkinto luovutettiin Teija Kulmalalle 16



SGY:n koulutuspäivien satoa 18

Unto Koistinen ja Eero Carpén – ystävyttä yli ammattirajojen 36

Keittiötaidetta 38

Serkut Pekan Bistrossa – Pekka
Venesmaan syksyinen menu

Gynecologi Practici toivottaa hyvää joulua! 42

Missä mennään sikiöseulonnoissa? 45

– kysyy Maija-Riitta Ordén
hallituskolumnissaan

Hallituksen pöydältä pudonnutta 45

koonnut Juha Mäkinen

Kokousraportti 46

– Tea Brummer: European Society
for Gynaecological Endoscopy

Apurahat 46

Koulutusta 49

Päätoimittajalta 58

Olen jouluihminen
Merja Metsä-Heikkilä

Sykli

Julkaisija ja kustantaja:

Suomen Gynekologiyhdistys ry –
Finlands Gynekologförening rf

Päätoimittaja:

Merja Metsä-Heikkilä
Rantakatu 3b C48
04400 Järvenpää
puh. 040 730 4283
s-posti: merja.metsa-heikkila@
kolumbus.fi

Toimitusneuvosto:

Tarja Olkinuora
Maija-Riitta Ordén
Aila Tiitinen
Antti Valpas

Suomen

Gynekologiyhdistys ry
– monipuolisesti naisten
terveyden hyväksi
vuodesta 1928
– jäseniä 982
– järjestöjäsenyydet:
Duodecim, Väestöliitto,
NFOG, FIGO, EBCOG,
UEMS ja IFFS

SGY:n tiedotussihteeri:

Maija-Riitta Ordén
KYS / Naistenlinnikka
PL 1777, 70211 Kuopio
puh. 044 717 2700,
040 594 4999
s-posti:
maija-riitta.orden@kuh.fi

Ilmoitusmyynti:

Merja Metsä-Heikkilä
Rantakatu 3b C48
04400 Järvenpää
puh. 040 730 4283
s-posti: merja.metsa-heikkila@
kolumbus.fi

Ulkoasu: Taitotasku Oy

Repro: A5 Plate Media Oy

Paino: PunaMusta

Sykli verkossa: www.sykli.gyn.fi

Osoitteenmuutokset:

SGY:n sihteeri
Kati Ojala
OYS / Naistenlinnikka
PL 24
90029 OULU
kati.ojala@oulu.fi

Seuraava Sykli 1/2008
ilmestyy 22.2.2008,
aineiston ja ilmoitusten
jättöpäivä on 18.1.2008

Sykli julkaisee myös
muiden yhdistysten
koulutusilmoituksia
hintaan 150 e/sivu tai
75 e/ puoli sivua.

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

SGY täyttää vuosia – toiminta jatkuu vireänä



Hallitus vaihtui Oulun vuosikokouksessa ja uuden hallituksen puheenjohtajana kiitän kaikkien vetovastuuseen valittujen jäsenten puolesta luottamuksesta, jota yritämme vaalia parhaamme mukaan. Juhan (JIM) luotsaama hallitus oli SGY:n perinteiden mukaan työtä pelkäämätön ja aktiivinen; tästä suurin kiitos kuuluu JIM:lle ja hänen loistavalle sihteerilleen Seijalle unohtamatta muita hallituksen työmyyriä. SGY:n toiminta on vakiintunutta ja suuriin muutoksiin ei ole tarvetta, mutta suunniteltu ja hallittu uudistuminen on jokaisen yhdistyksen elinehto. JIM:n ”legin” aikana SGY:n toiminnassa tapahtui useita näkyviä uudistuksia ja muutoksia: mm. strategia terävöityi, kotisivut uudistuivat, Sykli sai uuden päätoimittajan, pienryhmien toiminta profiloitui entisestään, yhdistys antoi eri tahojen pyytämiä lukemattomia lausuntoja ja tietysti koulutuksia suunniteltiin. Kiitokset entiselle hallitukselle ja erityistervehdys ”vaihtovuoroisille” Annelle, Eijalle, JIM:lle, Päiville ja Seijalle. Työ jatkuu hymyssä suin!

Koulutuspäivien sovittaminen siten, että ne eivät menisi päällekkäin tai lähekkäin muiden meille läheisten yhdistysten koulutusten kanssa on jo rullanssi sinänsä eikä aina onnistu yrityksistä huolimatta. Suurempi haaste on järjestää SGY:n jäsenille koulutusta, joka kiinnostaa sekä erikoistuvia lääkäreitä että senioreita. Yleensä koulutuspäivillä on varattu puoli päivää suppean alan erityiskysymyksiin ja muu ohjelma on ollut yleisemmällä tasolla. Tämä käytäntö on saanut kannatusta palautekyselyissä, ja tulevaisuudessa pienryhmät saavat enemmän vastuuta ohjelmien suunnittelussa. Mielestäni olisi erittäin toivottavaa, että yhdistyksen jäsenet ehdottaisivat ohjelma-aiheita muutenkin kuin palautekyselyn yhteydessä. Kaikki ehdotukset SGY:n toiminnan kehittämiseksi ja elävöittämiseksi ovat tervetulleita. Käyttäkää tätä mahdollisuutta! Hallituksen ja pienryhmien vetäjien yhteistiedot löytyvät Syklistä ja kotisivuilta.

SGY on eittämättä yksi aktiivisimmista erikoisalayyhdistyksistä, ja koulutuksiin osallistuu suuri osa yhdistyksemme jäsenistä. Kuitenkin pieni joukko nukkuu ammatillista talviuntaan eikä osallistu koulutuksiin ainakaan säännöllisesti. Potilaat hoidetaan vanhoilla tutuiksi ja turvalliseksi koetuilla käytännöillä, joita ei välttämättä ole kriittisesti arvioitu vuosiin. Erikoisalamme koulutusta ja ammatillista toimintaa koordinoivat kattojärjestöt (EBCOG ja UEMS) painottavat koko ammattiuran kattavan täydennyskoulutuksen merkitystä ja tulevat valvomaan sen toteutumista entistä tarkemmin. Todistukset jatko- ja täydennyskoulutuksista ovat välttämättömiä kansainvälistyville työmarkkinoilla. SGY:n hallitus ei yksin kykene herättämään nukkuvia; siihen tarvitaan kaikkien jäsenten aktiivisuutta.

SGY täyttää ensi vuonna 80 vuotta, mikä asettaa yhdistyksemme jäsenistölle ja hallitukselle erityisiä haasteita. Vuosi huipentuu marraskuussa pidettävään vuosikokoukseen Helsingissä. Ohjelma on nähtävissä tässä numerossa. SGY:n juhluvuoden näkyminen julkisuudessa on tärkeää, ja siihen tullaan panostamaan mm. järjestämällä yleisöluentoja ja ottamalla kantaa erikoisalaamme koskeviin kysymyksiin. Ensimmäinen rynnistys tapahtuu Lääkäripäivillä, missä SGY koordinoi kahta sessiota. Sosiaaliseen puoleen kiinnitetään myös erityinen huomio, ja vuosijuhlaan on luvassa arvokasta ja viihdyttävää ohjelmaa. Laittakaa päivämäärä 13.–14.11.2008 almanakkaan must-tapahtumana.

Vuosi on loppuillaan ja joulua odotellaan. Toivotan Rauhallista ja Rentouttavaa Juhlaa sekä Onnellista Uutta Vuotta, SGY:n juhluvuotta!

Ja vielä tiedoksi – uusi tunnussana on tapanainen.

Oulu 6.12.2007

JT

”Viisikymppisenä ihminen älyää, ettei ole kuolematon – sen jälkeen ikä ei ole ongelma”

Dosentti Risto Tuimala jäi eläkkeelle

Sovin haastattelua Risto Tuimalan kanssa sähköpostilla. Mietimme rauhallista paikkaa äänityksen vuoksi ja päädyimme Riston kotiin. Hän kirjoitti, että paikalla on kyllä hänen tyttärensä, 1v 9 kk, kiltti eikä vierasta. Rouva on töissä. Sähköpostilla hän myös neuvoi tien perille Kangasalan Ponsaan. Hyvin osasin, lukihan tavallisessa GT-kartassakin paikan kohdalla Tuimala.

Olimme sopineet, että puhutaan enemmän elämästä kuin urasta ja niin tehtiin. Risto asuu isänsä maille rakennuttamassaan kauniissa puutalossa, Längelmäveden rannalla. Veerуска, Riston iltatähti hääri ympärillämme ja oli juuri sellainen kuin isänsä oli luvannut: kiltti eikä vierastanut. Hyvin

jaksoi kaksituntisen meitä kertaakaan keskeyttämättä.

Lapsuudesta

– Lapsuuttani olen viettänyt kesäisin täällä Ponsassa, varsinaisesti asuimme Tampereella. Meitä oli kolme lasta, olin keskimäinen. Sisko oli vanhin ja tuppasi komentelemaan läksyjä lukemaan. Koulu meni kyllä muutenkin hyvin.

Lapsena kesät olivat lämpimiä ja aurinko paistoi ja maatyöt tulivat täällä tutuiksi. Täällä pidettiin paljon talkoita ja omilla maillakin oli peltoa ja kitkeä piti ja marjastaa. Isä antoi viikoksi aina tingin, joka piti viikolla hoitaa. Silloin huomasin, että sapuskaa ei tule ilman työntekoa.

Talvella oltiin kaupungissa, hiihdettiin, laskettiin Pyynikiltä tien yli Pyhäjärven rantaan ja pelattiin jääkiekkoa. Keskikoulussa aloitin sitten soitteleen, soitin saksofonia bändissä. Oli maksullisia keikkojakin, mutta kun haitaristi oli alaikäinen, se vähän rajoitti ravintolasoittoa.

Siihen aikaan myös luettiin paljon, kaunokirjallisuutta. Niistä ajoista jäi mieleen Mika Waltarin tuotanto, Hornblower, Zane Grey, Karl May ja

Aaro Hongan poikakirjat jne. Lukioaikana meitä oli porukka ja kuljettiin kaupungilla, silloin jäi vähän lukemisenkin. Puhevian vuoksi minua kiusattiin, samoin siitä kun menestyin aika hyvin koulussa. Pikku hiljaa löysin sitten luotettavia kavereita ja kiusaamisestakin selvisin.

Lapsilta odotettiin tottelevaisuutta. Sen muistan, etten koskaan saanut selkääni, se oli vanhempieni periaate. Rehellisyys oli tärkeää, sanaan piti voida luottaa. Hämäläisille oli myös tärkeää, että itseään ei saa millään tavalla korostaa. Se ei ollut hyväksyttävää ja nykymaailman cv:t ja portfolioit samoin kuin auditoinnit oudoksuttavat. Niissä katsotaan, miten hyvin olet kehunut itseäsi, mutta kukaan ei tarkastaa, miten ne pitävät paikkansa.

Lääkärinä olemisesta

– Ammatin valinnassa mietin mm. geologiaa ja arkkitehtuuria, mutta ei ainakaan kirurgiaa! Tulin nimittäin äitiini, jota jokainen haava pyörörytti. Yliopistossa opiskeleva serkkuni kuitenkin sanoi, että et sinä niin hvvä piirtäjä ole kuin arkkitehdin pitäisi, joten pyrin sitten Ouluun lääkkiseen. Klinikassa vähän jännitti veren näkeminen ►



Risto Johannes Tuimala

- 15.3.1944
- LL 1970 Oulun Yliopisto
- Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri 1975
- LKT 1978 Oulun Yliopisto
- Naistentautien ja synnytysopin dosentti 1979 Oulun yliopisto, 1980 Tampereen yliopisto
- Eläkkeelle TAYS:n osastonylilääkärin virasta 1.12.2007



Vuodet ovat vierineet.

mutta äkkiä siihen tottui ja kun itse tekee niin keskittyä vain siihen tekemiseen. Ei minulla opiskelemaan mennessä ollut tarkkaa mielikuvaa työstä tai lääkäriydestä.

Naistentautien kurssista jäi mukava muisto ja porukka Oulussa oli mukavaa; reilua ja näytti tulevan hyvin toimeen keskenään. Järvisen Pena oli professorina, meitä kandeja pidettiin ihan ihmisinä ja olin kurssiaikana paljon vapaaehtoisena assistenttina. Olin valmistumisen jälkeen kaverin pyytämänä kirralla Kemissä, viihdyin ja suunnittelin jääntiäkin. Töitä tehtiin paljon, mutta oppiminen innosti. Sitten kuitenkin Ylöstalon Pekka soitti ja pyysi sijaiseksi gynelle – silloin ei saanut kesälomaa, jos ei ollut sijaista. Sille tielle jäin.

Potilaiden kohtaaminen ja auttaminen on tässä työssä parasta – työnsä tuloksen näkeminen ja tyytyväinen potilas. Ajat ovat kuitenkin muuttuneet. Uusien tietojärjestelmien tulo ja moniportainen byrokratia tympii. Kandina kirjoitettiin varjosairaskertomus koneella; kun sitten oli valmistunut, sai sanella isoille levyille ja pääsi kirjoittamasta. Nyt on tultu takaisin siihen, että lääkäri taas kirjoittaa, vieläpä seisten. Ennen kirjoituskone sentään toimi heti, nyt saattaa kesken kaiken lakata toimimasta.

Minusta hyvällä lääkärillä on yhteys potilaaseen, hän pystyy auttamaan potilasta. On potilaita, joita ei voi parantaa, mutta kaikkia voi auttaa. Hyvä ei ole välttämättä aina sellainen, joka noudattaa hoitosuosituksia ehdotto-

man tarkasti vaan miettii, mikä milloinkin on potilaan parhaaksi.

Kaikille sattuu virheitä ja tulee pettymyksiä. Sanoinkin aina kandeille, että jos joku sanoo, että ei ole tehnyt virhettä, älkää uskonto, älkää uskonto muutakaan, mitä tuo kollega sanoo.

Tutkimisesta

Olin aina sitä mieltä, että käytännön hommiin vaan, en aikunut tutkijaksi. Kandiaikana on jäänyt mieleen väitöstilaisuuksista lause ”kehitettiin menetelmä” joka sitten oli aika yksinkertainen ja niille naureskeltiin. Ylikorkala, Kauppila ja Jouppilan Pena kysyivät sitten Oulussa, että kiinnostaisiko tutkiminen. Siihen mennessä oli jo selvittynyt, miten pinnallista oppikirjatieto oli ja tutkiminen alkoi kiinnostaa. Vilkas mielikuvitus auttoi keksimään aiheita ja kysymyksenasetteluja.

Kirjallisuuden seuraaminen on ollut kiinnostavaa ja suorastaan jännittävää. Siihen aikaan meidän tutkimusalalta (sikiön ja äidin stressihormonit) ei ollut kovin paljon julkaisuja. Vihreää ja harmaata lehteä aina odotettiin. Nettilehdet ovat kohdaltani vähentäneet tätä seuraamisen iloa. Debatti, jota käydään lehdissä jää huomaamatta, yleisvisitys kärsii kun seurataan vain omaa alaa.

Väittelin 1978. Olli Karjalainen oli vastaväittäjä, Timo Laatikainen ja Risto Erkkola olivat asiantuntijat, tapasin molemmat ennen väitöstä. Timo vei minut kotiinsa syömään vastaanottoonsa jälkeen ja kaiman kanssa aterioimme tarkastuksen jälkeen Hä-

meen Portissa. Kustos muuttui viime vaiheessa, kun Pentti Järvinen ilmoitti voittamattomasta esteestä kaksi viikkoa ennen väitöstä. Reijo Vihko toimi ”varakustoksena”. Ennen väitöstilaisuutta sherrillä Reijo sitten kysyi kirjan tärkeintä tulosta. En ollut ajatellut asiaa enkä osannut kunnolla vastata – minusta niitä tärkeitä löydöksiä oli niin monta.

Kunnianhimosta

– Kunnianhimolla kai tarkoitetaan pyrkimystä päälliköksi, että huomataan ja saa mainetta ja kunniaa. Jotkut näyttävät tykkävän siitä, haluat kuuluisiksi. Jos koululaisilta kysytään, niin suurin haave on tulla julkikseksi. Kunnianhimo sanana on pahamaineinen ja yhdistetään teräviin kyynärpäihin. Tervettä kunnianhimoa on halu edistyä vaikkapa tiedoissa tai tutkimuksessa. Kunnianhimoa voi olla myös hyvin tehty työ: kun kyntää, niin vaot on suorat. Ammatillinen kunnianhimo hyvässä mielessä on ammatitylpeyttä. On ylpeä siitä mitä tekee, tekee sen hyvin riippumatta siitä, mitä tekee. Tällainen ammatitylpeys on vähentynyt. Ehkä ei lääkäreillä, mutta monilla muilla aloilla näyttää siltä. Sairaalassa se näkyy esimerkiksi siinä, että tietotekniikka on mahdollistanut tiedon tallentamisen hutiloiden. Ennen asia voitiin kontrolloida, kun tieto oli isossa mustassa kirjassa. Nykyään tiedot laitetaan päätteelle ja kukaan ei pääse tarkastamaan, onko ne oikein tai puuttuuko jotain. Sairaaloissa tehdään leikkauksia, joita ei ole

tehty ja syntyy jatkuvasti lapsia, joilla ei ole lainkaan syntymäpainoa! Luota siinä sitten tilastoihin.

Naisesta

– Äitini oli kotiäiti. Vasta kun me olimme isoja, hän kouluttautui kotiavustajaksi. Hän oli oman äitinsä puolelta kansanparantajasukua. Tosin häntä pyörrytti helposti ja isoäiti tuli mm. sian teurastukseen. Isä oli paljon töissä, hän oli monessa mukana. Viikonloppuisin isän kanssa tehtiin kaupungille pitkä kävelylenkki ja siinä tuli puhuttua asioista. Isää kunnioitin, suhde äitiin oli välittömämpi.

Vaimo on tärkeä. Olen kolmatta kertaa naimisissa. Ensimmäinen avioliitto oli lapseton, toisen avioliiton aikaan olin kovin työsidonnainen, oli asuntovelkaa, paljon päivystyksiä ja vastaanottoa. Kirjallisia hommiakin piti tehdä jossain välissä. Saimme neljä poikaa, yksi pojista oli vammainen ja kuoli pienenä. Nykyisestä avioliitosta on sitten tämä tytär. Vaimo on nykyään paljon kiireisempi kuin minä. Tytärtä katselee ihan eri silmällä kuin poikia aikoinaan. Pojat saivat olla aika vapaasti, mutta tämän Veeruskan kohdalla ajattelee, mitä kaikkea saattaa tapahtua, paljon tiukemmin häntä vahtii. Onneksi täällä maalla on vielä toisenlaista kuin kaupungissa.

Kun tulin gynelle, lähes kaikki lääkärit olivat miehiä. Erikoistuesssa sentään jo kolmasosa oli naisia. Ala on ai-

**”Itsekäs pitää
siinä mielessä olla,
että asettaa
asioita tärkeysjärjes-
tykseen.
Pitää hyväksyä
itsensä!”**

ka raskas, etenkin synnytyspuoli. Ehkä siksi on helpompi ymmärtää, että naisia oli silloin vähemmän. Ehkä tässä liikaakin korostetaan sukupuolten eroa; palkat ainakin ovat meidän alalla samat. Ihmisillä on kuitenkin mielikuva että naisgynekologi ymmärtää jotenkin paremmin naista ja miesgynekologi olisi kummajainen. Se on suorastaan paradoksaalista, kun kuitenkin on tapahtunut tietynlaista seksuaalista vapautumista ja seksuaalisuudesta on tullut jokapäiväisten busikeskustelujen aihe. Lääkärin käsitys siitä, miltä potilaasta tuntuu perustuu potilaiden kertomuksiin eikä edellytä lääkärin omakohtaista kokemusta eikä sen hankkiminen ole aina mahdollistakaan – saati suositeltavaa!

Ikääntymisestä

– Ikä on kokemuksellinen käsite. Kaleri-ikä on tiedossa, mutta suhtautuminen riippuu itsestä. Meillä on pal-

jon stereotypioita, mikä sopii minkäkin ikäiselle. Kolotuksia on aika vähän, mutta vaivoja tietenkin tulee ja varsinkin kömpelyyttä ja notkeuden vähenemistä. Ei se ole kivaa ja rajoittaahan se vähän. Oikeastaan silloin kun täytti 50, alkoi ajatella asioita eri tavalla. Silloin ihminen älyää, että ei ole kuolematon. Alkaa ajatella kuolemaan liittyviä asioita. Itsekäs pitää siinä mielessä olla, että asettaa asioita tärkeysjärjestykseen. Pitää hyväksyä itsensä!

Pelottaako? Ei! Elämä tuo mitä tuo ja loppu tulee aina joskus. Veeran äiti on nuorempi, mutta toki tietysti on mukava katsella Veeruskan kehitystä. En ole kokenut vanhenemista tässä uhkana. Enemmän mietin sitä, miltä Veeruskasta tuntuu, kun isä on vanha, mutta tavattoman hieno asia on Veeran syntymä. Toivoo tietenkin osavansa olla oikeanlainen isä ja tukea tytärtä. Kyllä vaimo kommentaa tytärtä enemmän kuin minä!

Vapaa-ajasta

– Kotona on paljon ylläpitotyötä; puun hakkuuta, rakennusten huoltoa, kalastelua, marjastusta ja sienestystä. Ohjaan edelleen lääketieteen opiskelijoiden syventäviä opintoja. Vähän olen ajatellut vanhoja kerättyjä aineistojakin katsella. Parina päivänä viikossa, kun Veerуска on päiväkodissa, voisi kirjoitella. Parasta vapaa-aikaa? Kun saa herätä omia aikojansa, sitten lukea rauhallisesti sanomalehteä, mietiskellä ja toimitella näitä askareita. En kaipaa mölyä ja elämyksiä, niitä on tullut riittävästi koetuksi.

Tärkeintä elämässä

– Toimivat ihmissuhteet ovat tärkeitä elämässä. Terveys tietenkin, ettei ole kolotuksia. Tärkeintä on oma mielenrauha ja itsensä hyväksyminen. Jos se on kunnossa, pystyy kestämaan myös vastoinikäymisiä. Onni syntyy tavallisista pienistä asioista.

Nykyajan elämässä on menty ylenmääräiseen itsekkyyteen ja toisten huomioonottaminen tuppaa unohtumaan. Se näkyy niin liikenteessä kuin työpaikoilla. Jos meillä olisi vähän enemmän toisten huomioonottamista, niin kaikella tavalla elämä olisi mukavampaa ja vaateet vähäisempiä, kun sosiaalinen elämä antaisi enemmän tyydytystä eikä tarvitsisi hakea sitä työstä, rahasta ja kuluttamisesta. ■



”Veeruskaa vahtii paljon tiukemmin kuin poikia aikoinaan.”

Lapsettomuus ja syöpä SGY:n koulutuspäivien



Paavo ja Aila – tuttu näky vastaanottamassa kokousväkeä.



Vastaa – voit voittaa!

aiheina

Syksyn koulutuspäivät ja vuosikokous pidettiin tällä kertaa Oulussa 15.–16.11.2007. Koulutuspäivien aiheet käsittelivät lapsettomuuden tutkimusta ja hoitoa sekä gynekologisia syöpiä eri näkökulmista. Myös ajankoh-
taisuudelle annettiin tilaa "hot topics" osiossa. Ensimmäistä kertaa kokeiltiin toisena koulutuspäivänä myös Pyöreän pöydän keskusteluja lounastauolla.

■ Teksti ja kuvat MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Lähes 250 kuulijaa kokoontui oppimaan uutta, kertaamaan vanhaa ja tapaamaan tuttuja Ouluun. Ensimmäinen koulutuspäivä aloitettiin presymposiumilla, joka keskittyi sikiöultraääneseen. Pohjoisen Suomen kollegat vastasivat luennoista ja live-demosta vaikuttavasti ja vakuuttavasti. Tällaiselle tavalliselle munasarjojen katselijalle riitti ihmettelemistä sydämen ja aivojen anatomian kuvantamisen kiemuroissa.

Lapsettomuuden tutkimus ja hoito ovat aina ajankohtaisia

Lapsettomuuden ongelmaa lähestyttiin monelta eri kannalta ja antiin olivat tyytyväisiä sekä aloittelevat sairaalalääkärit että kokeneet erikoislääkärit.

Koulutuspäivien haaste on tarjota eväitä erikoistuvan, erikoistuneen ja kauan sitten erikoistuneen gynekologin arkeen ja silloin luennoitsijan vaikeaksi tehtäväksi jääkin löytää tuore näkökulma usein vanhaan mutta edelleen ajankohtaiseen aiheeseen. Tästä hyvänä esimerkkinä oli vaikkapa Maritta Hippeläisen luento ovulaatioinduktiosta. On hyvä pitää mielessä sekin, että vaikka 20 vuotta ammattia harjoittaneelle asia olisi kyllästy-
miseen saakka tuttu, aina tulee joukkoomme uusia nuoria lääkäreitä, jotka törmäävät aiheeseen ensimmäistä kertaa. Lisäksi monet meistä virkaikäntyneistä kaipaavat ajoittain vanhojenkin asioiden päivitystä. ►



Riitta Meri Jorvista, Päivi Pakarinen HYKSistä ja Päivi Tommola privaattista arvioivat kokouksen antia. Etenkin ultraäänissessio sai kiitosta.



Väistyvä puheenjohtaja Juha Mäkinen ojensi SGY:n lahjan yhdistyksen uudelle kunniajäsenelle, Erkki Kujansuulle Tampereelta.



Sairaalalääkärit Eeva Linna ja Ritva Nissi Länsi-Pohjan keskussairaalasta, erikoislääkäri Mira Rahikkala Oulaskankaan sairaalasta, sairaalalääkäri Kaisa Simonen ja kättilö Kaija Keinänen Länsi-Pohjan keskussairaalasta olivat tyytyväisiä luentoihin. Ajankohtaisten luentoaiheiden lisäksi he arvosivat mahdollisuutta tavata kollegoja.

Ajankohtaista gynekologisesta syövästä

Professori Jacobus Pfisterer Saksasta aloitti toisen luentopäivän käsittelemällä munasarjasyövän kirurgista hoitoa. Syöpäkudoksen mahdollisimman täydellinen poistaminen parantaa ennustetta, sen sijaan imusolmukkeiden poiston merkitys ennusteen kannalta puhuttaa edelleen. Munasarjasyöpää käsiteltiin myös pyöreän pöydän keskusteluissa lounastauolla ja kokemukset tästä uudesta koulutus- ja kokemustenvaihtomuodosta olivat kannustavia.

Syövän hoito ei ole ainoastaan kirurgiaa ja kemoterapiaa, tästä muistuttivat luennot syöpäpotilaan seurannasta ja selviytymisestä Ajattelemisen aihetta meille kaikille. Periytyvät syöpätyypit tarjoavat aivan uusia haasteita. Miten suojata syöpäaltis potilas taudilta, miten järjestää hänelle riittävän aktiivinen seuranta taudin varhais- toteamiseksi – siinä kysymyksiä, joita luennoissa valotettiin.

Hallitusta uusittiin

SGY sai erovuoroisen professori Juha Mäkisen tilalle uuden puheenjohtajan. Professori Juha Tapanainen

Oulusta luotsaa yhdistystämme seuraavat kaksi vuotta. Myös hallituksessa tapahtui muutoksia. Uuteen hallitukseen valittiin varapuheenjohtajaksi Aila Tiitinen Helsingistä ja sihteeriksi Kati Ojala Oulusta (uusi). Muiksi hallituksen jäseniksi tulivat Mikko Loukovaara Helsingistä (uusi; varainhoitaja), Pentti Kiilholma Turusta (uusi), Paavo Mäntyviita Helsingistä, Tarja Olkinuora Helsingistä, Maija-Riitta Ordén Kuopiosta, Antti Valpas Lappeenrannasta, Maarit Vuento Tampereelta (uusi) ja Riikka Tähtinen Tampereelta (uusi). Yhdistyksemme täyttää ensi vuonna 80 vuotta ja vaikka juhlallisuudet on-



Puheenjohtajan nuija siirtyy Juha Mäkiseltä Juha Tapanaiselle Ouluun.



Yhdistyksen lankoja kaksivuotiskauden käis- sään pidellyt sihteeri Seija Ala-Nissilä.



Yhdistyksen uusia jäseniä.

kin pitkälti suunniteltu edellisen hallituksen toimesta, toteuttamisessa riittää yllin kyllin puuhaa ja vastuuta uudellekin hallitukselle.

Ansioituneet palkittiin ja apurahoja jaettiin

Seth Wichmann -palkinnon sai tällä kertaa LT Teija Kulmala Tampereelta, hänestä enemmän toisaalla tässä lehdessä.

Uudeksi yhdistyksemme kunniajäseneksi kutsuttiin Erkki Kujansuu Tampereelta. Hänellä on harvinaisen pitkä SGY-ura: 12 vuotta, vuosina 1992–2003. Hän on toiminut hallituksen sihteerinä, tiedotussihteerinä, varapuheenjohtajana sekä puheenjohtajana – ainoastaan varainhoitajan ja klubimestarin pestit jäivät kokematta. Lisäksi Erkki on osallistunut yhdistyksen ultraääni- ja urogynekologisen pientyöryhmän toimintaan.

Sekä Astellas Pharma että Scheringin tutkimussäätiöt ovat perinteisesti kannustaneet nuoria ja hieman vart-

tuneempiakin tutkijoita apurahoilla. Astellas Pharman apurahan saivat Päivi Joki-Korpela, Titta Joutsiniemi ja Nanneli Pallasmaa ja Scheringin (nyk. Bayer) apurahat jaettiin Oskari Heikinheimolle, Nonna Heiskaselle, Anna Kanervalle, Juuso Mäkiselle ja Eija Pölläselle.

Yhdistys jatkaa naisistumistaan: uusista jäsenistä jäsenkirjansa olivat hakemassa Leena Alanne, Elina Salmittie, Niina Humalajärvi, Yana Leonova, Alja Kamneva, Paula Kuivasaari-Pirinen, Teija Kulmala, Sanna Oksjoki, Kalle Savolainen, Kaisa Simonen ja Tanja Skuthällä. ■



Konkarit näyttivät nuoremmille mallia.



Väistyvä varainhoitaja Päivi Pakarinen kiitti menneestä ja kannusti jatkavia.



Oululaiset olivat nähneet vaivaa yleisön viihdyttämiseksi – tällä kertaa ohjelma oli filmattu työtunteja laskematta etukäteen ja kertoi klinikan innovatiivisista rekrytointitavoista. Yleisöllä oli hauskaa ja vaikutelmaksi jäi, että niin oli ollut tekijöilläkin.

SGY:n hallitus sai viisi uutta jäsentä

■ Kuvat MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

SGY:n hallitustyöskentelyyn valittiin syyskokouksessa erovuoroisten tai eroavien tilalle viisi uutta jäsentä. Turun ja Tampereen sekä erikoistuvien lääkäreiden edustus uusiutui ja yhdistys sai uuden varainhoitajan. Puheenjohtaja ja sihteeri tulevat nyt Oulusta. Seuraavassa uudet jäsenet esittäytyvät ja kertovat myös ajatuksiaan SGY:stä.

1. Kuka olet?
2. Mitä odotat hallitustyöskentelyltä? Mikä sai lähtemään mukaan?
3. Mitkä ovat mielestäsi SGY:n tärkeimmät tehtävät ja lähivuosien tavoitteet?
4. Toiveita jäsenistölle?

Pentti Kiilholma TYKS, Naistenklinikka



1. Olen VII/2000 lähtien toiminut TYKS:n naistenklinikkan hallinnollisena osastonylilääkärinä ja klinikamme operatiivisen sektorin vastuulääkärinä. Olen ollut tyksiläinen vuodesta 1978 lukuun ottamatta niitä kolmea vuotta (1997–2000), jolloin toimin Turun kaupunginsairaalan gynekologian yliääkärinä.

Erikoistuin vuonna 1980 ja väittelin raskaudenajan hivenainemetaboliasta vuonna 1986. Vaikka väitöskirjani ai-

he olikin obstetriikan puolelta, niin pääasiallinen kiinnostukseni kohde on ollut erikoistumisestani lähtien gynekologinen kirurgia. Vuonna 1987 sain gynekologisen urologian suppean spesialiteetin, joka muutettiin myöhemmin gynekologiseksi endoskopiaksi. Naistentautien ja synnytysopin dosentin arvon sain vuonna 1989.

Vaimoni Pirkko toimii Turun ammattikorkeakoulussa opettajana. Lapsia (tai nyt jo aikuisia) meillä on kolme; kaksi tyttöä, yksi poika. Ensimmäinen lapsenlapseni syntyy helmikuussa.

Pääasialliset harrastukseni ovat viime vuosina keskittyneet Rymättylässä sijaitsevaan kelomökkiimme. Nuorempana juoksentelin maratoneja (yli 20 kertaa, joista 3 kertaa alle 3 tunnin). Myös pitkä hiihdot kiinnostivat ja niitä harrastan edelleenkin. Aika paljon myös lueskelen, ratkon (vaikeita) ristinähtäviä ja matkustelenkin.

2. SGY hallitukseen minut valittiin Turun edustajaksi sen jälkeen kun sekä puheenjohtaja että sihteeri jäivät hallituksesta pois. Vastasin myöntävästi kun kysyttiin. Kyseessä oli tarjous ”josta ei voi kieltäytyä” tai pikemmin sanoisin, että en halunnut kieltäytyä vaan otin tarjouksen mielihyvin ja uutena haasteena vastaan.

Olen jo saanut aika paljon ”kentältä” evästyksiä, lähinnä ne liittyvät gynekologiseen leikkaustoimintaan.

3. Eräs SGY:n tärkeimmistä tehtävistä on korkeatasoisten koulutustilaisuuksien järjestäminen. Juuri sellaisen kuin nyt viimeksi olivat Oulussa ja viime keväänä Espoossa. Yhdistys voisi myös valmistaa korkeatasoista opetusmateriaalia jäsenistön käyttöön; esimerkiksi hyvin editoituja videoita tavallisimmista leikkausmenetelmistä. Mutta, kuten professori Kirkinen Oulun SGY päivillä mainitsi, edellinen hallituskausi oli niin menestyksellinen, että töitä saamme tehdä, jos pystymme pistämään paremmaksi. Siinä meillä on haastetta ja tavoitetta.

4. Jäsenistöltä toivon aktiivisista yhteydenottoa hallituksen jäseniin ja runsasta osanottoa tuleviin koulutustapahtumiin näin yhdistyksemme juhlavuotena kuten myös tulevina-

kin vuosina. Kirjoitelkaa myös Sykliin ahkerasti.

Mikko Loukovaara HUS Naistenklinikka



1. Valmistuin naistentautien ja synnytysten erikoislääkäriksi Helsingin yliopistosta 2001, minkä jälkeen suoritin gynekologisen onkologian lisäkoulutuksen. HUS:n Naistenklinikkan osastonlääkärinä olen toiminut vuodesta 2004 lähtien. Väitöskirja valmistui ennen erikoistumisvaihetta Helsingin yliopiston Kliinisen kemian laitoksella. Kyseessä oli endokrinologinen tutkimus, joten on ollut luontevaa jatkaa tutkimusta enemmän tai vähemmän samalla linjalla, vaikka kliinisessä työssä olenkin suuntautunut onkologiaan. Perheeseen kuuluu silmälääkärivaimo ja tänä syksynä 9 ja 6 vuotta täyttävät tyttäret.

2. Uskon SGY:n hallituksen olevan näköalapaikka, joka tarjoaa mahdollisuuden seurata oman erikoisalamme kehitystä Suomessa. Pidän kutsua hallituksen toimintaan luottamuksen osoituksena. Toimintaan osallistuminen teettää luonnollisesti ylimääräistä työtä mutta ajatukseni oli, että tällaiseen tehtävään pyydettyäessä on otettava vastaan, jos varsinaista estettä ei ole. Kyseessä on talkootyö, johon kukin vuorollaan osallistuu, mahdollisuuksiensa mukaan.

3. SGY:n näkyvin ja jäsenten kannalta keskeisin tehtävä on varmastikin koulutuspäivien järjestäminen. On tärkeää, että saamme tulevaisuudessakin nauttia yhtä korkeatasoisista

koulutustilaisuuksista kuin viimeksi Oulussa. Lisäksi yhdistys osaltaan edesauttaa yhteistyötä ja yhteydenpitoa erikoisalamme lääkäreiden välillä Suomessa.

4. Ehdotukset koulutuspäivien luen-
tojen aiheiksi ja vinkit hyvistä kotimai-
sista tai ulkomaisista luennoitsijoista
ovat varmasti aina tervetulleita SGY:n
koulutuspäivien suunnittelussa.

Kati Ojala OYS Naistenklinikka



1. Olen käynyt kouluni ja opiskellut Oulussa. Valmistuin Oulun Naistenklinikasta gynekologiksi 2002. Sen jälkeen toimin apulaisopettajana 4 vuotta. Sain juuri perinatologian lisäpäte-
vyyden. Väitöskirja on työn alla. Tutkimukseni pääaihe on synnytyksen aikainen sikiövalvonta.

Perheeseeni kuuluu lääkäripuolison lisäksi kaksi lasta: 9-vuotias poika ja 7-vuotias tytär; lisäksi ruokakunnassa istuvat usein puolisoni 19-vuotias tytär ja 13-vuotias poika. Vapaa-ajallani harrastan kuntoliikuntaa: jumppaa, hiihtoa tai juoksua, sekä erityisen mielelläni telemark-hiihtoa Pyhäntunturin maisemissa. Lisäksi olen fanaattinen hyötyliikunnan ja työmatkapyöräilyn kannattaja.

2. Sihteeriksi minua pyysi Juha Tapanainen. Suostumustani mietin parin yön yli: eniten arvelutti kysymys ajan riittämisestä. Kilautin kaverillekin eli kysyin neuvoa SGY:n entiseltä sihteeriltä Anna-Leena Heikkilältä. Hän suositteli lämpimästi tehtävään ryhtymistä. Taisin suostua silkkää yllytys-hulluuttani. Eli kuten Napakymppissä: lähdin mukaan ihan seikkailumielellä ja uusien kokemusten toivossa.

3. SGY:n tärkeimmät tehtävät ovat jäsenistön jatko- ja täydennyskoulutuksesta huolehtiminen sekä sosiaalisten suhteiden luominen ja ylläpito. Nämä toteutuvat mielestäni melko

mukavasti koulutuspäivillä. Hallituk-
sella on vastuu koulutuspäivien suun-
nittelussa sellaisiksi, että ne houkut-
televat mahdollisimman laajan osal-
listujakunnan.

4. Jäseniltä toivon aktiivista osallistumista koulutuspäiville, kuten tähänkin asti. Ja oma-aloitteisuutta osoitteen muutosasioissa!

Riikka Tähtinen TAYS Naistenklinikka

1. Erikoistuva. Taysin edustaja EGO:ssa, sen puheenjohtaja ja siten myös EGO:n edustaja SGY:n hallituksessa. Valmistuin Tampereelta 2005 ja terveystes-
kuspalveluiden jälkeen aloitin TAYSissa 2006. Tällä hetkellä toimin Kanta-Hämeen keskussairaalassa kirurgialla. Urheilu on aina ollut rakkain harrastukseni. Lapsuuteni ja nuoruuteni vietin jäähallissa taitoluistelua harrastuen. Toimin myös taitoluistelutuomarina ennen kuin viikonloppupäivä-
tykset ajoivat ohi. Nykyään pääasiassa lenkkeilen ja käyn salilla. Perheeseeni kuuluu pian radiologiksi valmistuva aviomies.

2. Edeltäjäni Anne Rissanen houkutteli minut EGO:n puheenjohtajaksi ja tämä johti myös hallituksen jäsenyyteen. Ylilääkärimme Eija Tomás kertoi myös tällaiselle untuvikolle SGY:n toiminnasta ja innosti mukaan.

3. SGY:n toiminta on minulle vielä varsin uutta. Erikoistuvien osalta koulutus on tärkeää. EGO-päivät ovat käsitteäkseni ainoat erityisesti erikoistuville suunnatut päivät Suomessa. Toivon, että nämä jatkuvat myös tulevaisuudessa. Koulutuspäivät ovat myös erinomainen mahdollisuus tutustua kollegoihin.

4. EGO-laiset: muistitthän kaikki hakea SGY:n jäsenyyttä!

Maarit Vuento TAYS Naistenklinikka

1. Toimin osastonlääkärinä TAYS Naistenklinikalla. Olen syntynyt ja viettänyt lapsuuteni ja nuoruuteni Jyväskylässä, josta lähdin opiskelemaan Turkuun. Siellä vierähti 14 vuotta, tuona aikana erikoistuin ja tein väitöskirjani aiheesta "Early detection of ovarian and endometrial cancer". Gynekologiset syöpätaudit ovat kiinnostaneet minua niin, että olen hankkinut myös gynekologisen onkologian suppean spesialiteetin. Vaikka pidän itseäni ensisijaisesti klinikkona – potilastyö on mielestäni hyvin antoisaa – myös

tutkimustyö kiehtoo, mm. gynekologisten syöpien diagnostiikkaan liittyvät kysymykset.

Perheeseeni kuuluvat kollegamieheni sekä kaksi nyt jo omilla tahoillaan asuvaa opiskelijaelämää viettävää aikuista lasta. Liikuntakärpänen on puraissut minua jo lapsena, kun äitini kanssa osallistuimme mm. valtakunnallisiin voimistelun suurkisoihin. Nykyään liikunnan iloa tuottavat tennis, kuntoilu ja golf, joka tosin ajoittain aiheuttaa myös harmaita hiuksia. Elokuvat, teatteri ja ooppera ovat myös lähellä sydäntäni.

2. On mielenkiintoista päästä tutustumaan tällaisen isomman yhdistyksen hallitustyöskentelyyn. Aiemmin olen ollut Menopausitutkimusseuran ja Kolposkopiaiyhdistyksen hallituksissa. Mahdollisuus työskennellä SGY:n hallituksessa ja tutustua siinä toimiviin kollegoihin, joista toki suurin osa on ulkonäöltä tuttuja on innostavaa. Pyrin ns. urheilutermein sanottuna tekemään hallituksessa parhaani ja välittämään kentän, etenkin Pirkanmaan gynekologien toiveita hallitukselle. TAYS:n Naistenklinikkan edustajana SGY:n hallituksessa on toiminut ennen minua pitkään Eija Tomás. Hänen antamansa positiivinen kuva tästä toiminnasta sai minutkin kiinnostumaan ja ottamaan uuden haasteen vastaan.



3. Mielestäni SGY:n tärkeimmät tehtävät ovat erikoislääkärikoulutuksen tukeminen (koulutuspäivät), tutkimustyön tukeminen (tutkijaseminaarit, apurahat), pohjoismaisten ja kansainvälisten yhteyksien edesauttaminen (klinikkavierailut) sekä asiantuntijatahona toimiminen.

4. Toivon, että jäsenistö jaksaisi myös olla aktiivista, esittää risuja ja ruusuja, toiveita ja ideoita hallitukselle. ■

”Teija Kulmalan työ- ja tutkimusura kohdistuu globaalisti merkittäviin, naisen ja perheen terveyden keskeisiin asioihin. Tutkimustulokset ovat vaikuttaneet näkyvästi kohdemaiden oloihin. LT Kulmala on hyvä esimerkki laaja-alaisesti, humanisti ja vastuuntuntoisesti ajattelevasta lääkäristä ja tutkijasta. Hänellä on myös potentiaalia jatkaa uraansa yhä enemmän kansainvälisesti näkyväksi ja vaikuttavaksi ammattikuntamme edustajaksi.” Näin sanotaan Seth Wichmann -palkinnon saajaehdotuksessa Teija Kulmalasta.



Teija Kulmalalle Seth Wichmann -palkinto

Mikä sai nuoren vastavalmistuneen lääkärin suuntautumaan kehitysmaallääketieteeseen?

– Kiinnostuin 1995 valmistumiseni jälkeen tutkimustyöstä ja kansainvälisistä asioista. Samaan aikaan nykyinen kansainvälisen lääketieteen professori Per Ashorn etsi nuorta lääkäriä tutkimusryhmään käynnistämään äiti-lapsi-kohortti-tutkimusta Malawissa suomalaisena kehitysyhteistyöhankkeena. Minulla taas oli kiinnostus sekä kansainvälisyyteen että tutkimustyöhön erityisesti naisten ja lasten tautien alalla ja spontaanina luonteena en myöskään pelännyt lähtöä Malawiin!

– Pikakoulutin itseni tieteellisen tutkimuksen perusteisiin ja Per Ashorn perehdytti tutkimuksen kiinnostavaan maailmaan kehitysmaaoiloissa. Hän ja paikalliset yhteistyökumppanimme opettivat minut myös ”kävelemään Afrikassa”. Työni oli aluksi tutkimukseen tarvittavan infrastruktuurin pystytystä. Väitöskirja-aineiston keruussa Malawissa vierähti melkein kaksi vuotta. Väitöskirja ”Naisten raskaudenaikainen terveys ja vastasyntyneisyyskauden terveydelliset ongelmat Malawissa” valmistui vuonna 2000.

Malawin jälkeen Väestöliittoon

– Malawista paluun jälkeen suunnitelin paluuta kliiniseen työhön, mutta sitten tuli kutsu Väestöliiton kehitysyhteistyöyksikköön lisääntymisterveyden asiantuntijalääkäriksi. Tehtävä oli niin haastava, että päätin ottaa sen vastaan. Väestöliitolla on useita seksuaaliterveyden alan hankkeita eri maissa. Toimin niissä asiantuntijalääkärinä; sitten alkoi syntyä myös uusia tutkimushankkeita ja sain kiinnostavia konsulttitehtäviä useissa Afrikan maissa, Keski-Intiassa ja Afganistanissa.

– Väestöliitto on nostanut seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen osaksi suomalaista kehitysyhteistyötä ja kehityspolitiikkaa. Vaikuttamistyö onkin Väestöliiton tärkeä rooli, muistuttaa Kulmala.

Afrikka muuttaa ihmistä – muuttaako ihminen Afrikkaa?

Mitä työ kehitysmaissa ja kehitysyhteistyön parissa on antanut?

– Uudenlaisen näkökulman terveyden edistämiseen! Minusta tuskin tulee koskaan ”gynekologista endoskopiaa”, teen aina enemmän ”ektoskopiaa”. Tulen aina miettimään laajasti

terveyden tai sairauden syitä, sairauksia ja jakautumista. Työskentely kehitysmaissa avartaa niin, että on vaikea ajattella asioista kovin yksisilmäisesti vaan pohtii väistämättä työmme laajempia vaikutuksia.

Suurin haaste kehittyvissä maissa seksuaaliterveyden alalla?

– Näkisin, että tärkein haaste on kaikkien seksuaaliterveyspalvelujen laaja-alainen ja samanaikainen kehittäminen, sekä naisten oikeuksien kohentaminen. HIV on viimeisten vuosikymmenten aikana ollut paljon muita teemoja enemmän esillä, mutta se on vain yksi tärkeä asia. HIV on saanut paljon huomiota ja sen torjunta ja hoito korvamerkittyä rahoitusta jopa muiden tärkeiden seksuaali- ja lisääntymisterveyskomponenttien esim. äitiyshuollon kustannuksella.

– Kukaan tuskin pystyi 90-luvulla alussa arvioimaan pandemian laajuutta ja usein ei tulla ajatelleeksi sitä miten HIV tavallisimmin leviää. Se ei ole marginaaliryhmien tauti vaan se leviää tavallisten 15–24 -vuotiaiden avioituneiden naisten keskuudessa heteroseksissä. Nuoret naiset ovat asemansa vuoksi monesta syystä moninkertaisessa riskissä saada HIV eivätkä

pysty käytännössä mitenkään suojaamaan siltä.

– Ihmiset eivät koe näissäkään maissa, että HIV on meidän ongelma. He ajattelevat helposti, että riski on muiden uhka: rekkakuskien, yhteisön ulkopuolella töissä käyvien jne. Tämän asian saattaminen kaikkien tietoisuuteen olisi tärkeää, painottaa Kulmala.

Valkoinen nainen Afrikassa?

– Jos tätä työtä tekee, on tärkeää, että jaksaa kiinnostua ja kärsivällisesti opetella uusia taitoja ja kulttuureja. Hankkeiden toteutuksessa ja tulosten tulkinnassa tarvitaan monialaista asiantuntemusta; terveysalan tuntemuksen lisäksi ripaus vaikkapa terveystieteistä, geologiaa, kulttuuriantropologiaa jne.

– Kokemuksesta karaistuneena hyväksyn sen, että en koskaan ole kehitysmaissa yhteisön tasavertainen jäsen, mutta ulkopuolisuus voi olla myös hyvä asia: voi kyseenalaistaa yhteisön tapoja kuten naisen aseman polkemista tai muita kulttuurisia hai-

Teija Kulmala

Synt. 1969

Avioliitossa, kolme lasta

(synt -96, -01, -04)

LL 1994

LT 2000

2001– Tutkija, TAY

2001–2005 Asiantuntijalääkäri

Väestöliitto

2005– Erikoistuva lääkäri TAYS

2006– Kansainvälisen lääketieteen

apulaisopettaja TAY

Lukuisia erityisesti naisten ja lasten terveyteen liittyviä julkaisuja kehitys-

maalääketieteen alalta

tallisia tapoja. On mahdollisuus olla se ulkomainen hölmö, joka saa kysyä vaikeita kysymyksiä. Varsinkin konsulttitehtävissä käytän joskus tietoisesti hyväkseni ulkopuolisuutta.

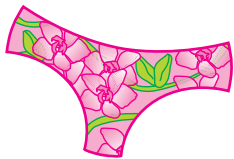
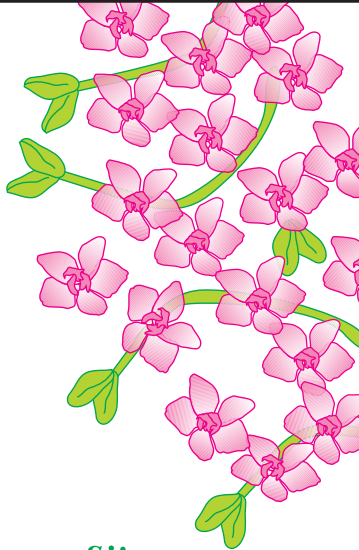
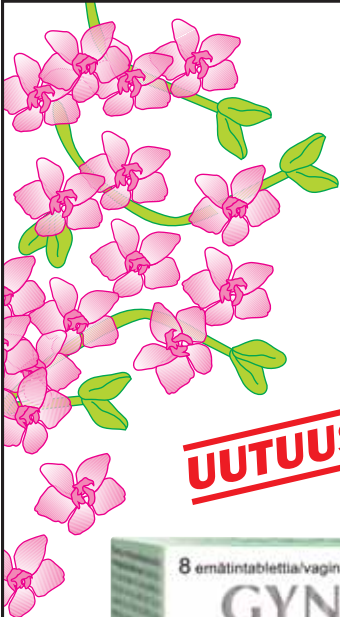
Kulttuurisokki mennessä ja palatessa?

– Klassisesti takaisin tulo on vaikeampaa; toisaalta ne ovat erilaiset saapu-

miset – edessä on aina hyvin erilainen todellisuus. Voi olla vaikea osoittaa empatiaa täällä nikkeliallergiselle, kun vähän ennen on nähnyt naisen kuolevan vaikeaan raskauskomplikaatioon, joka olisi meillä hoidettavissa. Resurssipulalla on niin monet kasvot. Meillä Suomessa on resursseja, kyse on niiden jakamisesta. Afrikassa on maita, joissa resursseja ei ole – käytettävissä oleva terveysbudjetti on 1–3 USD/henkilö, kun vähintään 30 USD tarvittaisiin, että saataisiin edes perusasiat kuntoon.

Maailmankuva

– Ihminen saa kaiken mitä haluaa (ja usein kaiken mitä pelkää). Maailmaa on mahdollista muuttaa niin, että vaikkapa hyvinvointi jakautuu tasaisemmin tai ihmisoikeudet toteutuvat paremmin. Työ kehitysmaissa on opettanut, että ei pidä turtua isoilta-kaan näyttävien ongelmien edessä vaan antaa oma panoksensa asioiden kehitykselle. Pienistä korsiasta syntyy iso keko! ■



GYNO-LACT

Emätintä suojaavia maitohappobakteereita

UUTUUS!

YLLÄPITÄÄ JA PALAUTTAA EMÄTTIMEN LUONNOLLISTA BAKTEERITASAPAINOA

Emättimen bakteeritasapainon häiriö aiheuttaa pahanhajuista vuotoa, kutinaa ja kirvelyä. Maitohappobakteerit normalisoivat tasapainon ja palauttavat emättimeen suojaavan pH:n.

1 tabletti sisältää 3 eri *Lactobacillus* -maitohappobakteerikantaa ja 2 miljardia maitohappobakteeria.

1 emätintabletti iltaisin 7 vrk:n ajan. Tutustu pakkausselosteeseen. Aptekeista ja terveystuokupoista.

Siisti käyttää ei valu eikä tahraa!

Vitabalans oy
www.vitabalans.com

Koulutuspäivien satoa

Sikiön rakenneultraäänitutkimus

Sikiön keskushermoston tutkiminen

■ MARJA VÄÄRÄSMÄKI, LT, OYS, Synnytys- ja naistentautien klinikka

Sikiön pään ja keskushermoston alueen tutkimisessa käytetään ensisijaisesti kahta perustasoa:

Ensimmäisessä leiketasossa pään poikkileikkauskuvasta mitataan cavum septum pellucidumin tasosta pään poikkimitta, päänympärys sekä aivojen lateraaliventrikkeliin leveys. Tällöin myös kallon keskiviivan tulisi olla luotettavasti näkyvissä. Pään poikkimitta mitataan kallon etummaisesta ulkoreunasta takimmaiseen sisäreunaan ja pään ympärys ulkoreunaa myöten. Lateraaliventrikkelin (atrium) leveys mitataan niin ikään ulommasta reunasta sisempään ja luupinnan jättämän katveen vuoksi mitataan aina anturista kauempana oleva sivukammio. Rakennne on plexus choreoiduksen täyttämä ja sen leveys pysyy suhteellisen konstanttina (keskiarvo n. 7 mm) läpi raskauden – normaalin ylärajana pidetään 10 mm. Lateraaliventrikkelin leveys kuvaa hyvin aivo-nestekierron tilaa ja sen kasvaminen onkin usein ensimmäinen merkki kehityksessä olevasta hydrocephaluksesta tai muusta nestekierron häiriöstä.

Toiseen leiketasoon päästään kallistamalla anturia kaudaalisesti, jolloin voidaan nähdä pikkuaivojen muoto, leveys sekä takakuopan (cisterna magna) syvyys. Pikkuaivot ovat kuorimattoman maapähkinän muotoiset ja niiden leveys mitataan ulkoreunasta toiseen. Pikkuaivojen leveys kasvaa raskauden myötä melko lineaarisesti. Leveyttä voidaan käyttää hyvin myös raskauden keston varmistamiseksi, sillä pikkuaivojen leveys millimetreinä vastaa hy-

vin raskausviikkoja ainakin 24 raskausviikkoon saakka. Pikkuaivojen takana sijaitseva cisterna magna mitataan keskiviivassa ja se ulottuu pikkuaivojen takareunasta kallon sisäreunaan. Sen leveys on keskimäärin 5 mm ja normaalin ylärajana pidetään 10 mm. Takakuoppa laajenee mm. Dandy-Walker -epämuodostumassa ja on poikkeavan kapea (≤ 2 mm) Arnold-Chiariin malformaatiassa.

Sikiön selkärangan kuvantaminen on myös osa sikiön keskushermoston tutkimista. Sagitaalisessa projektiossa selkäranka näkyy vetoketjumaista rakenteena, ja pehmytkudokset ja iho sen yläpuolella tasaisena ja intaktina. Aksiaalisessa ja koronaalisessa tasossa voidaan joskus nähdä selkeämmin nikamien rakenteet ja mahdolliset sulkeutumishäiriöt, ja selkäranka tulisikin aina tutkia myös näissä projektioissa. Epäily selkärangan sulkeutumishäiriöstä herää usein kraniaalisten löydösten perusteella, joihin lateraaliventrikkeliin laajenemisen ohella kuuluvat ohimoiden sisään painuminen ("lemon sign") ja pikkuaivojen komprimoituminen kohti takakuoppaa ("banana sign").

Luennossa käydään pääpiirteissään läpi yleisimmät sikiön keskushermoston poikkeavuudet. ■



Sikiön sydämen tutkiminen

■ Dos. KAARIN MÄKIKALLIO, OYS, Naistenklinikka

Synnyttäminen sydänvika on sikiön yleisin rakennepoikkeavuus. Synnyttäisiä sydämen rakennepoikkeavuuksia on raportoitu olevan noin prosentilla elävänä syntyneistä ja jopa 10 %:lla spontaanisti abortoituneista sikiöistä. Synnyttäminen sydänvika on merkittävin syy lapsikuolleisuuteen (4–13 kuolemaa/1000 elävänä syntynyttä). Kaiken kaikkiaan erilaisilla sydämen rakenteellisilla poikkeavuuksilla ajatellaan olevan merkitystä noin 42 %:ssa lapsikuolemista.

Sikiön sydämen rakennetutkimuksessa riittää haastetta, sillä kaikista rakennevioista juuri sydämen rakennepoikkeavuudet jäävät useimmin havaitsematta sikiöaikaisissa ultraäänitutkimuksissa. Haasteelliseksi ja myös antoisaksi

rakennevikojen diagnosoinnin tekee se, että tutkimusten mukaan sekä lyhyt- että pitkäaikaissennuste paranee tietyissä sydänvioissa, mikäli diagnoosiin päästään jo sikiöaikana.

Sydämen ultraäänidiagnostiikka on haastavaa

Sikiöaikaiseen sydämen rakennevian havaitsemiseen vaikuttavat useat tekijät: tutkijan kokemus, äidin obesiteetti, vatsanalueen arvot, lapsiveden määrä, sikiön asento ja käytettävissä oleva laitteisto. Vuosituhannen vaihteessa



Englannissa todettiin sikiön sydänvikoihin kohdennetun ultraäänikoulutuksen kaksinkertaistavan sikiöaikana diagnosoitavien rakenteellisten sydänvikojen määrän. Kuitenkin Euroscan työryhmän tekemässä kartoituksessa rakenteellisten sydänvikojen sikiöaikainen havaitseminen vaihteli suuresti. Noin 18 % rakennevioista löytyi sikiöaikana ilman rutiinomaista ultraäänitutkimusta. Osuvuus nousi 47 %:iin jos ädit osallistuivat yhteen seulontatutkimukseen, mutta ultraäänitutkimuksen toistaminen 2–3 kertaa kasvatti diagnosoierkkyyttä vain kymmenisen prosenttia (56 %:iin). Aikaisempien tutkimusten mukaan optimaalisin aika sikiön sydämen rakenteiden selvittämiseksi on 18–22 raskausviikolla. Mikäli tutkimus ajoitetaan 20–22 raskausviikolle, toistettujen tutkimusten tarve vähenee.

Obstetrikon on kuitenkin hyvä muistaa, että sikiön verivolyymi ja rakenteet kasvavat raskauden edetessä ja tämän vuoksi raskauden puolen välin jälkeenkin tehtävissä ultraäänitutkimuksissa on hyvä tarkastaa sikiön sydämen rakenteet ja toiminta.

Sikiön sydämen ultraäänitutkimuksessa kiinnitetään huomio sikiön sydämen sijaintiin, kokoon, rakenteisiin ja rakenteiden välisiin yhteyksiin sekä sydämen toimintaan. Koska kuva kertoo enemmän kuin tuhat sanaa, viitataan varsinaisen tutkimuksen osalta seuraaviin tietolähteisiin: www.echocharity.org.uk, www.centrus.com.br ja www.isuog.org (educational series of CD-ROMs: cardiac screening examination of the fetus) ja toivotan mukavia oivaltavan haasteellisia hetkiä. ■

Lapsettomuuden tutkimus

Lapsettomuushoitoja koskeva lainsäädäntö ja ohjeet

■ Dos. ANNE-MARIA SUIKKARI, Väestöliiton klinikat Oy Helsinki

Vuodesta 1984 valmisteilla ollut ja monia vaiheita läpikäynyt hedelmöityshoitolaki tuli voimaan 1.9.2007. Suomi oli viimeinen Pohjoismaa, joka otti käyttöön hedelmöityshoitoja säätelevän lain. Muualla lainsäädäntö on toiminut jo parinkymmenen vuoden ajan ja ehtinyt kokea useita muutoksia kehittyvien hoitojen ja muuttuvien asenteiden myötä. Erillisen hedelmöityshoitoja säätelevän lain puute ei ole kuitenkaan johtanut villiin tai ongelmalliseen toimintaan maassamme. Päinvastoin, suomalaiset hedelmöityshoitojen asiantuntijat ovat olleet aktiivisesti kehittämässä turvallisia hedelmöityshoitojen menetelmiä ja toimineet mm. IVF-hoitojen suurimman ongelman, monisikiöraskauksien vähentämisen puolesta. Lisäksi maamme terveydenhuoltoa koskeva yleinen lainsäädäntö sekä laki lääketieteellisestä tutkimuksesta ja ihmisen elimien ja kudosten lääketieteellisestä käytöstä ovat antaneet raamit korkeatasoiselle palvelulle ja tutkimukselle myös hedelmöityshoitojen osalta. Tärkeimmät keskustelua herättäneet kysymykset ovat olleet lapsen tiedonsaantioikeus, luovuttajien henkilötietojen rekisteröiminen, hoitojen ikärajat ja naisparien ja itsellisten naisten oikeus hedelmöityshoitoihin.

Laki määrittelee hoidon rajat

Uuden lain mukaan hedelmöityshoidossa saa käyttää hoitoa saavien omia tai luovutettuja sukusoluja sekä omia tai luovutettuja alkioita. Lisäksi hoidossa saadaan käyttää maa-hantuotuja sukusoluja ja alkioita, jos laissa säädetty luovuttaja, luovutusta ja luovutettuja sukusoluja ja alkioita koskevat vaatimukset täyttyvät. Parisuhdevaatimusta ei ole, mutta hoitoa ei saa antaa, jos on ilmeistä, että syntyvälle lapselle ei voida turvata tasapainoista kehitystä. Laissa ei säädetä itse hoitomenetelmistä muuten kuin kieltämällä

sellaisten sukusolujen tai alkioiden käytön, joiden perimään on puututtu, jotka on kloonattu tai joita on käytetty tutkimustoitinnassa. Myöskään kuolleen tai suostumuksensa peruneen henkilön sukusoluja tai alkioita ei saa käyttää. Voimassa oleva lain 10 § mukainen hoitosuostumus on edellytys hoidon antamiselle. Saman luovuttajan sukusoluja saa käyttää enintään viidelle hoitoa saavalle. Luovutettuja sukusoluja ja alkioita saa käyttää kymmenen vuoden ajan niiden luovutuksesta. Sukusoluja saa luovuttaa 18 vuotta täyttänyt henkilö, joka on hyväksytty terveystarkastuksessa. Luovutetusta sukusolusta syntyneellä lapsella on 18 vuotta täytettyään oikeus saada tietää sukusolun luovuttajan henkilöllisyys. Sijaissyntyttäjän käyttöä ei sallita. Terveystieteiden tutkimuskeskus pitää rekisteriä sukusolujen luovutuksista ja luovuttajien henkilöllisyydestä. Hedelmöityshoitoa saavat antaa ja varastoida sukusoluja ja alkioita siihen luvan saaneet terveydenhuollon toimintayksiköt sekä hedelmöityshoitoon perehtyneet erikoislääkärit. Luvan myöntää hakemuksesta Terveystieteiden tutkimuskeskus (TEO). Isyyslakiin tehtyjen muutosten mukaan lapsen isä on se mies, joka on antanut suostumuksensa hedelmöityshoitoon. Aviomiehen isyyttä ei voida kumota, jos lapsi on syntynyt hänen suostumuksellaan annetusta hedelmöityshoidosta. Avioliiton ulkopuolella hedelmöityshoidon avulla syntyneen lapsen osalta miehen isyys voidaan vahvistaa tunnustamisella tai oikeudenkäynnissä. Sama koskee sellaisen miehen isyyttä, joka on suostunut siihen, että hänen luovuttamiinsa siittiöitä saadaan käyttää hedelmöityshoitoon naiselle, joka ei elä parisuhteessa miehen kanssa, sekä siihen, että hänen isyytensä voidaan vahvistaa.



Muutokset kudoslaisissa johtivat laboratorioremontteihin

Lapsettomuusklินิกoiden toimintaan vaikuttavat lisäksi merkittävästi 1.6.2007 voimaan tulleet muutokset lakiin ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä. Muutokset panevat täytäntöön Euroopan unionin kudosten ja solujen laatu- ja turvallisuusvaatimuksia koskevat direktiivit. Näillä direktiiveillä on tarkoitus saada aikaan

yleiseurooppalainen ohjeisto, joka varmistaa kudoslaitostoiminnan korkean laadun ja turvallisuuden sekä estää sairauksien ja infektioiden leviämisen kudosten ja solujen välityksellä. Tämän lainsäädännön myötä lapsettomuusklínikoilla on otettu käyttöön laatujärjestelmät ja tehty vaadittavat muutokset esimerkiksi laboratoriotiloihin. Aikaisemmin toiminta on edellyttänyt lääninhallituksen myöntämän toimiluvan, mutta 1.9. alkaen vaaditaan lisäksi sekä TEO:n että Lääkelaitoksen myöntämät toimiluvat. ■

Elintavat ja hedelmällisyys

■ Dos. LEENA ANTTILA, Väestöliiton klinikat Oy Turku

Elintavat vaikuttavat yksilön yleiseen terveydentilaan ja lisääntymiskykyyn. Haitallisia elintapoja korjaamalla voidaan parantaa spontaania raskauden alkamisen mahdollisuutta sekä hedelmöityshoitojen tuloksia.

Ikääntyminen tärkein fertilititeetin alentaja

Suomalaisten ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut neljän vuosikymmenen aikana lähes 5 vuotta, 28 vuoteen (Virtanen ja Kunttu 2006). Vaikka naisen iän vaikutus hedelmällisyyteen ja keskenmenoriskin lisääntymiseen on hyvin dokumentoitu (Baird ym. 2005), ovat naiset tästä edelleen yllättävän tietämättömiä (Virtanen 2006). Ruotsalaisessa kyselytutkimuksessa todettiin, että valtaosa vastanneista lapsettomista yliopisto-opiskelijoista halusi tulevaisuudessa lapsia. Vastaajat tiedostivat huonosti naisen ikävaikutuksen hedelmällisyyteen (Lampic ym. 2006). Tuoreessa brittitutkimuksessa ikävaikutus tunnettiin, mutta samalla virheellisesti ajateltiin, että hedelmöityshoidot voisivat kompensoida naisen ikääntymiseen liittyvää hedelmällisyyden heikkenemistä (Maheshwari ym. 2007). Riippumatta lapsettomuuden syystä yli 40-vuotiaiden naisten hedelmöityshoitojen tulokset ovat huonommat kuin nuorempien ikäryhmien. Stakesin ylläpitämän Suomen IVF-tilaston mukaan vuonna 2005 40-vuotta täyttäneillä naisilla raskauden mahdollisuus koeputkihoidoissa oli 15,4 % ja 30–34-vuotiailla naisilla 28,4 %. Myös miehen ikä vaikuttaa raskauden alkamiseen (Hassan ja Killick 2004, Kühnert ja Nieschlag 2004).

Tupakointi on haitallista sekä ennen raskautta että raskauden aikana

Vuonna 2006 Suomessa 19 % 15–64-vuotiaista naisista ja 24 % miehistä tupakoi päivittäin. Miesten tupakointi on vähentynyt 1980-luvulta alkaen, naisten tupakointi on pysynyt lähes ennallaan. Nuorista miehistä (15–24-v) vuonna 2006 tupakoi päivittäin noin 21 % ja naisista 18 %. Valtaosa tutkimuksista tupakoinnin vaikutusta hedelmällisyyden selvittelleistä tutkimuksista viittaa siihen, että runsas tupakointi heikentää hedelmällisyyttä sekä hedelmöityshoidon onnistumisen mahdollisuutta (Hoffman ym. 2007). Lisäksi äidin raskauden aikainen tupakointi voi vaikuttaa negatiivisesti syntyvän poikalapsen siemennesteen laatuun (Jensen ym. 2004, Ramlau-Hansen ym. 2007) sekä tyttölapsen hedelmällisyyteen (Jensen ym. 2006).

Ylipaino heikentää sekä naisen että miehen fertilititeettiä

Ylipaino ja syömishäiriöt lisääntyvät kehittyneissä maissa. Painon ja hedelmällisyyden välinen suhde noudattaa U-käyrää. Ylipainoisten TTP (time to pregnancy) on kaksinkertainen ja alipainoisten nelinkertainen verrattuna normaali-painoisen naisen vastaavaan aikaan (Hassan ja Killick 2004). Yli- ja alipaino lisäävät ovulaatiohäiriöiden varaa. Naisen ylipaino lisää raskausriskiä ja hedelmöityshoidon epäonnistumisen vaaraa. Miehen yli- ja alipaino heikentävät sperman laatua (Jensen ym. 2004). Naisen lisääntymismekanismit häiriintyvät voimakkaan painon laskun ja alipainoisuuden seurauksena herkemmin kuin miehen. Noin 1–5 % lisääntymisikäisistä naisista kärsii alipainon aiheuttamasta amenorrheasta. Vaikka rasvan määrä ja munasarjojen normaali toimita kytkeytyvät toisiinsa, pelkkä painon lasku tai alipainoisuus ei kuitenkaan yksinään pysty selittämään kaikkia syömishäiriöihin liittyviä endokriinisia muutoksia.

Alkoholi on selvästi eniten haittoja aiheuttava päihde Suomessa. Runsa ja pitkäaikainen alkoholin kulutus voi johtaa heikentyneeseen hedelmällisyyteen sekä miehellä että naisella. Tutkimustulokset kohtuikäikäytön vaikutuksista lisääntymisterveyteen ovat ristiriitaisia (Apter SJ 2006). Tutkimusnäyttö monien mahdollisesti hedelmällisyyteen negatiivisesti vaikuttavien elämäntapojen (huumeidenkäyttö, runsas kahvinjuonti, muut ravintotekijä, stressi, jne) on niukkaa tai ristiriitaista. ■

VIITTEET:

Apter SJ. Alkoholi ja Hedelmättömyys. Suomen Lääkärilehti 2006;23: 2479-82.

Baird, ym. :Fertility and ageing. Hum Reprod Update 2007;11:261–276.

Hassan ja Killick, Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. Fertil Steril 81:384–392.

Homan GF ym.: The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergo-



ing infertility treatment: a review. Human Reproduction Update 2007 13(3):209-223.

Jensen, ym.: Association of In Utero Exposure to Maternal Smoking with Reduced Semen Quality and Testis Size in Adulthood: A Cross-Sectional Study of 1,770 Young Men from the General Population in Five European Countries. Am J Epidemiol 2004; 159:49-58.

Jensen, ym.: Body mass index in relation to semen quality and reproductive hormones among 1,558 Danish men. Fertil Steril 2004 82: 863-70.

Jensen ym.: Early exposure to smoking and future fecundity among Danish twins. Int J Andrology 2006;26:603-13.

Kühnert ja Nieschlag: Reproductive functions of the ageing male. Hum Reprod Update 2004;10:327-339.

Maheshwari, ym.: Women's awareness and perceptions of delay in childbearing, Fertil Steril, 2007, painossa.

Ramlau-Hansen, ym.: Is Prenatal Exposure to Tobacco Smoking a Cause of Poor Semen Quality? A Follow-up Study. American Journal of Epidemiology 2007 165(12):1372-1379.

Virtanen A. Family planning among university students in Finland. Väitöskirja, Tampereen yliopisto, 2007.

Virtanen ja Kunttu: Yliopisto-opiskelijoiden lastensaaminen – jääkö toiveet haaveeksi? Suomen Lääkärilehti 2006: 62, 27-32.

Lapsettomuuden tutkimus: Ensi vaiheen tutkimukset

■ LT SINIKKA NUOJUA-HUTTUNEN, Väestöliiton klinikat Oy Oulu

Lapsettomuustutkimuksilla pyritään ennen kaikkea selvittämään, onko kyseessä hedelmättömyys (esimerkiksi molemminpuolinen munatorvitukos tai siittiöiden puuttuminen siemennesteestä) vai alentunut hedelmällisyys. Jos todetaan hedelmättömyys, hoitoja tarvitaan raskauden mahdollistamiseksi. Jos kyseessä on alentunut hedelmällisyys, spontaanin raskauden mahdollisuus on olemassa. Hoidoilla voidaan kuitenkin pääsääntöisesti nopeuttaa raskauden alkamista ja parantaa raskaustodennäköisyyttä.

Tutkimukset kannattaa aloittaa vuoden kestäneen asianmukaisen yrittämisen jälkeen. Jos tiedossa on seikkoja, jotka voivat alentaa jommankumman hedelmällisyyttä (esimerkiksi naisen ikä yli 35 vuotta, selkeät kuukautispoikkeavuudet, sairastettu munatorvitulehdus tai kives-tulehdus, oireileva endometrioosi, poikkeavuus kiveksessä, kohdussa tai munasarjassa), selvittelyt pitää aloittaa aikaisemmin.

Ensi vaiheen tutkimukset voidaan aloittaa avohoitopuolella esimerkiksi terveyskeskuslääkärin tai yksityisgynekologin toimesta, ja tarvittaessa (resursseista ja tutkijan perehtyneisyydestä riippuen) niitä jatketaan sairaalatasolla. Selvittelyt voidaan tehdä myös kokonaisuudessaan sairaalatasolla tai yksityisissä lapsettomuusklinikoissa.

Hedelmällisyys on kahden kauppaa

Sekä nainen että mies tutkitaan ja on muistettava, että hedelmättömyyden taustalla voi olla useampia tekijöitä. Karkeasti ottaen syy tilanteeseen löytyy noin kolmasosassa naisesta, kolmasosassa miehestä ja kolmasosassa molemmista. Syy jää tuntemattomaksi 10-20 %:lla.

Anamneesi on halpa ja helppo tutkimus

Molempien puolisoitten anamneesi on perustutkimusten pohjana, ja jo pelkästään esitietojen perusteella tietyt lisätutkimukset voivat muodostua tarpeellisiksi. Sekä naisen että miehen anamneesi kannattaa käydä läpi systemaattisesti

jonkinlaista esitietokaavaketta apuna käyttäen.

Tärkeimpiä molemmilta kysytäviä asioita ovat pituus ja paino, ikä, lapsettomuuden kesto, mahdollinen aikaisempi hedelmällisyys (eri puolison kanssa), sukuelinten tulehdukset (erityisesti sukupuolitaudit), perussairaudet, lääkitykset, leikkaukset (erityisesti vatsan ja sukuelinten alueelle), tupakan ja alkoholin käyttö, altisteet, sukupuolielämän sujuminen ja yhdyntätiheys sekä lapsettomuuteen liittyvän stressin merkitys ja parisuhteen tilanne.

Naiselta tiedustellaan lisäksi kuukautis-, raskaus- ja synnytystiedot, aikaisempi ehkäisy ja alavatsakipujen esiintyminen. Miehellä selvennetään kivesten laskeutuminen, sikotaudin sairastaminen, murrosiän kulku, sukuelinten vammat ja erektio- ja ejakulaatio-ongelmat.

Kliininen tutkimus tehdään myös molemmille puolisoille. Yleistä arvioidaan kummastakin eli feminiininen/maskuliininen olemus, painon jakaantuminen (vyötärön ympärysmitta), karvoitus ja sekundaariset sukupuolimaisuudet. Gynekologisen tutkimuksen lisäksi naiselta tarkistetaan papa- ja klamydianäyte. Miehen tutkimuksessa huomioidaan mahdolliset kiveskohjut, kivesten koko ja konsistenssi, lisäkivekset, siemennuorat ja eturauhanen. Lisätietoa miehen poikkeavista löydöksistä saadaan esimerkiksi kivesten UÄ-tutkimuksella, jonka tekeminen vaatii perehtyneisyyttä tutkijalta.

Ovulaation toteamiseen on monta konstia

Naisen tutkimisessa ovulaation toteaminen, munatorvien aukiolon varmistaminen ja gynekologisten elinten rakenteellisten poikkeavuuksien poissulkeminen ovat ensisijaisia.

Ovulaation todennäköisyydestä saadaan tietoa jo kuukautisanamneesin yhteydessä. Alkututkimuksissa potilailta tarkistetaan tyreotropiini ja prolaktiini-pitoisuudet, jotka poikkeavina voivat vaikuttaa ovulaatioon. Keskiluteaalivaiheen progesteroni-arvo yli 15 nmol/l viittaa ovula-



tion tapahtumiseen.

Ovulaation tapahtumista voidaan ennakoida virtsasta tehtävällä LH-testauksella, mikä ilmoittaa ovulaatiota edeltävän LH-pitoisuuden nousun. Myös UÄ-tutkimuksella voidaan arvioida ovulaation tapahtumista seuraamalla johtofollikkelin kokoa ja endometriumien kehitystä. Ovulatorisen kierron varmistukseen voidaan yhdistää alkukieirron UÄ-tutkimus, virtsan LH-testaus ja loppukieirron progesteroniarvon mittaaminen.

Jos kuukautiskieirrossa on selkeitä häiriöitä, alkukieirron FSH ja LH-pitoisuudet tarkistetaan.

(Yli 40-vuotiailta FSH-arvo on syytä tarkistaa, jos hoito vaikuttaa todennäköiseltä ja siitä halutaan anoa KELA:lta korvausta.)

HSSG on korvannut munatorvien röntgentutkimuksen

Munatorvien aukiolon varmistus tehdään tavallisimmin hysterosalpingosonografialla (HSSG) eli vaginaalisella UÄ-tutkimuksella, johon on yhdistetty keittosuola-ilmatai varjoaineruiskutus kohtuonteloon. Tutkimuksella nähdään munatorvien avoimuus ja kohtuontelon säännöllisyys. Jos löydös on poikkeava, jatkotutkimusten (tavallisimmin hystero- ja laparaskopia) tarve riippuu kokonaistilanteesta.

Tutkimus voidaan tehdä yksinkertaisissa olosuhteissa, mutta tekijän on oltava perehtynyt tutkimuksen suorittamiseen ja löydösten merkitykseen.

Munatorvitilanteen selvittelyn tarpeellisuutta/ajoitusta voi miettiä silloin, kun mitään poikkeavaa ei tule esille anamneesissa, kliinisessä tutkimuksessa ja lantion UÄ-tutkimuksessa tai hoitomalliksi valikoituu suoraan koeputkihoito.

Vaginaalinen UÄ on lapsettomuuspotilaan perustutkimus

Vaginaalinen UÄ-tutkimus on naisen lapsettomuuden perustutkimuksia. Paras tutkimusajankohta on alkukieirto vuodon loppumisen jälkeen. Tutkimuksessa todetut kohdun, munasarjojen ja munatorvien poikkeavuudet voivat

selittää hedelmättömyyttä ja johtaa lisätutkimuksiin. Poikkeavuudet voivat olla rakenteellisia (kuten kohdun myomat, väliseinä, epämuodostumat, endometriumien polyyypit, nestetäyteiset munatorvet, munasarjan kasvaimet, kystat, monirakkalaisuus) tai kuukautiskieirron aikaisiin fysiologisiin tapahtumiin liittyviä (kuten endometriumien korreloimattomuus kierron vaiheeseen, johtofollikkelin kehityshäiriö). Alkukieirrossa todettu munasarjan pieni koko ja munarakkuloitten vähäisyys viittaavat heikentyneeseen munasarjan reserviin. Monirakkalaisista munasarjoista on hyvä muistaa, ettei kyseessä ole aina varsinainen PCOS. (PCOS on heterogeeninen oireyhtymä, jonka diagnoosin kriteerit täyttyvät, kun kaksi kolmesta löydöksestä, oligo/anovulaatio, hyperandrogenismi, monirakkalaiset munasarjat, todetaan.)

Sperma-analyysi on miehen tärkein tutkimus

Spermanäyte annetaan noin 2–7 päivän sisällä edellisestä siemensyöksystä. Näyte ei saa kylmettyä ja olisi hyvä saada tutkittavaksi tunnin kuluessa näytteen annosta. Näytteestä tutkitaan mm. siittiöiden määrä, liikkuvuus ja normaalin morfologian omaavien siittiöiden osuus. Myös siittiöiden pintaan kiinnittyvät vasta-aineet (IgG ja IgA-vasta-aineet) testataan MAR-testillä (mixed antiglobulin reaction). Analyysitulosta pidetään normaalina, kun siittiöitiheys on yli 20 miljoonaa/ml, eteenpäin liikkuvien siittiöiden osuus on yli 50 %, normaalin morfologian omaavien siittiöiden osuus yli 10–15 % ja yli 50 %:ssa siittiöistä ei todeta vasta-aineita.

Poikkeava analyysituloksesta kannattaa kontrolloida parin kuukauden kuluttua. Selkeästi poikkeava löydös (siittiömäärä alle 5–10 miljoonaa/ml) johtaa lisäselvittelyihin, joita ovat hormoni-, kromosomi- ja y-deleetiomääritykset, kivesten UÄ-tutkimus ja kivesbiopsia.

Ensi vaiheen lapsettomuustutkimukset ovat suhteellisen yksinkertaiset toteuttaa ja ne voidaan tehdä avopuolella. Lisätutkimukset, kokonaistilanteen ja hoitojen arviointi tapahtuvat kuitenkin asiaan perehtyneen erikoislääkärin johdolla sairaalatasolla tai yksityisessä lapsettomuus klinikassa. ■

Mitä sperma-analyysi kertoo?

■ Dos. ANTTI PERHEENTUPA, Naistenklinikka, TYKS

Lapsettomuudessa on tavallisesti kysymys pariskunnan ongelmasta. Miehen hedelmällisyyden selvittely kuuluu jo lapsettomuuden alkuvaiheen tutkimuksiin ja perustuu sperma-analyysiin. Analyysin ollessa normaali ei juuri muita selvityksiä miehen osalta tarvita. Spermanalysoiminen ei ole helppoa, siihen vaaditaan kokenut tutkija. Toisaalta huolellisesti tehdyn analyysituloksenkin voi tulkita väärin. Lievästi poikkeavasta analyysituloksesta ei tule vetää liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä hedelmällisyyden suhteen, toisaalta siittiöiden puuttuessa on selvää että hedelmällisyys on voimakkaasti alentunut.

Tällaisessa tilanteessa myös kiveksen muuta toimintaa ja sen säätelyä tulee selvittää.

Laboratorioiden käytännöt poikkeavat toisistaan

Laboratorioiden välillä esiintyy huomattavaa vaihtelua sperma-analyysin toteuttamisessa ja käytetyissä viitearvoissa (nimenomaan morfologian osalta). Eri laboratorioiden analyysijä ei tule suoraan vertailla keskenään. WHO on julkaissut Laboratory Manual for



the Examination of Human Semen -käsikirjaa, viimeisin painos on vuodelta 1999. Uutta opasta valmistellaan vuodeksi 2008. Käsikirjan mukainen sperma-analyysi tulee jatkossakin perustumaan siittiöiden määrän, liikkuvuuden ja rakenteen mikroskooppiseen arvioimiseen. Näiden parametrien luokittelua on tarkoitus selkeyttää, on myös mahdollista että viitearvoja joiltakin osin muutetaan.

Sperma-analyysi muodostaan kokonaisuuden, jossa "kaikki vaikuttaa kaikkeen"

Analyysissä siittiötiheys ja -määrä ilmoitetaan absoluuttisina lukuina, sen sijaan liikkuvuus ja rakenteeltaan normaaleiden siittiöiden osuus prosentteina. Liikkuvuuden ja rakenteen merkitystä arvioitaessa on siis huomioitava siittiöiden määrä. Yksittäisen parametrin poikkeama ei välttämättä vaikuta huomattavasti hedelmällisyyteen, sen sijaan kaikkien parametrien ollessa poikkeavia on hedelmällisyys usein merkittävästi alentunut.

Aglutinaatio viittaa siittiövasta-aineiden olemassaoloon. MAR-testi mittaa IgA- ja IgG-luokan vasta-aineita. Aglutinaation lisäksi vasta-aineet voivat heikentää siittiöiden liikkuvuutta tai olla sytotoksisia. Yli 50 % vasta-ainetasoja pidetään merkityksellisenä.

Poikkeavan suuri leukosyyttipitoisuus viittaa reproduktioelinten tulehdukseen, tavallisimmin kyse on eturauhasen tulehduksesta. Satunnainen hemospermia ei ole har-

vinaista, löydöksen toistuessa tausta on syytä selvittää vaikka nuorilla miehillä kyse onkin tyypillisesti idiopaattisesta löydöksestä.

Jotta sperma-analyysin tulos olisi luotettava, on näytteen antamiseen liittyviä ohjeita noudatettava huolellisesti. Näytteen yhteydessä on syytä kerätä tutkittavalta myös riittävät esitiedot niiden seikkojen osalta, joiden tiedetään vaikuttavan sperman laatuun. Esitiedot helpottavat poikkeavan analyysin tuloksen syiden arvioimista.

Toistetuksi poikkeava sperma-analyysi edellyttää jatkotutkimuksia

Mikäli sperma-analyysi on selvästi normaalista poikkeava, on se syytä toistaa ennen kuin tehdään merkittäviä johtopäätöksiä. Mikäli siittiöiden määrä on huomattavan alhainen (<5 milj/ml) on perusteltua tutkia kiveksen toimintaa kuvaavat hormonit (testosteroni, FSH ja LH) sekä Y-kromosomin mikroleetiot. Lisääntyneen kivessyövän riskin takia on syytä arvioida kiveksen tila ultraäänien avulla. Siittiöiden puuttuessa siemennesteestä kokonaan tutkitaan lisäksi kromosomit. Inhibiini B -pitoisuus heijastelee FSH:n ohella mahdollisuutta löytää kiveksestä siittiöitä kivesbiopsian avulla. Tärkeää on myös arvioida onko kives normaalikokoinen ja konsistenssinen. Normaalikokoiset kivekset, sekä normaalit testosteroni- ja FSH-pitoisuudet viittaavat obstruktiiviseen azoospermiaan. ■

Lapsettomuuden hoito

Yleissairauksien vaikutus naisen fertiilitettiin

■ LT VARPU RANTA, HYKS Naistenklinikka

Kaikki sairaudet, jotka heikentävät yleistilaa tai joihin liittyy merkittävä tulehdustila, voivat heikentää fertiilitettä. Yleissairauden vaikutus fertiilitettiin tulee lääkärin pohdittavaksi tavallisimmin silloin, kun lapsettomuuden vuoksi tutkimuksiin tulevalle naisella on todettu jokin yleissairaus. Joskus kuitenkin yleissairauden ensimmäinen oire voi olla infertiilitetti. Toisaalta sairaus, josta potilas on täysin parantunut, voi joskus olla synnä myöhempään lapsettomuuteen. Paitsi itse sairaus, hedelmällisyyttä voi heikentää myös sairauden hoitoon käytettävä lääkitys. Lapsettomuutta tutkittaessa ja varsinkin sen hoitoa suunniteltaessa pitää selvittää, onko naisen yleissairaus niin hyvin hoidettu, ettei raskauden alkamiselle ole estettä. Moniin yleissairauksiin liittyy raskauden ajan ongelmia. Lapsettomuushoidoissa pyritään silloin tavallistaikin tarkemmin välttämään monisikiöraskauksia.

Diabetes voi alentaa fertiilitettä

Nuoruustyyppin diabetesta sairastavilla viivästynyt puberteetti, kuukautishäiriöt ja ennenaikainen menopaussi ovat

tavallisempia kuin terveillä. Diabeteksen huonon tasapainon on todettu häiritsevän hypotalamus-aivolisäkeakselin toimintaa. Diabeetikoilla esiintyy keskimääräistä useammin kilpirauhasen vajaatoimintaa, joka yksinäänkin heikentää hedelmällisyyttä. Diabeetikoilla on väestötutkimuksissa todettu alentunut fertiilitetti, mikä todennäköisesti johtuu osittain näistä hormonaalisista syistä. Fertiliiteettiä alentavasti voivat vaikuttaa myös huoli raskauden sujumisesta, lisääntynyt lasten epämuodostumariski sekä diabeteksen komplikaatiot ja huono tasapaino, jolloin raskaus voi olla vasta-aiheinen. Tuoreen ruotsalaistutkimuksen mukaan niiden naisten, joilla on komplisoitumaton nuoruusiän diabetes, fertiilitetti on viimeisten 20 vuoden aikana kohenut lähes normaaliksi.

Diabeteksen on oltava hyvässä tasapainossa ennen raskauden alkua. Folaattilisä on suositeltu raskautta suunnitteleville diabeetikoille. ▶



Sekä epilepsia että sen hoito voivat häiritä munasarjan toimintaa

Epilepsiaa sairastavat naiset synnyttävät vähemmän lapsia kuin muut naiset. Osittain tämä johtuu varmasti epilepsian vaikutuksesta elämään yleensä ja suunnitelmiin lasten hankkimisesta. Toisaalta epilepsiaan liittyy endokriinisia häiriöitä, jotka heikentävät hedelmällisyyttä. Epilepsiaan voi liittyä hypotalamus-aivolisäkeakselin toimintahäiriöitä, ja epilepsiaa sairastavilla naisilla esiintyy hypogonadotrooppista hypogonadismia ja amenorreaa useammin kuin terveillä. Kuukautiskierron toimiessakin anovulaatiota on todettu 30 %:lla. Viivästynyt puberteetti ja ennenaikainen menopaussi ovat epilepsiapotilailla tavallisempia kuin terveillä.

Monet epilepsialääkkeistä indusoivat maksan CYP450-entsyymiä, mikä aiheuttaa sukuhormonien seerumipitoisuuksien laskua ja toisaalta SHBG-pitoisuuden nousua. Valproaatti on CYP450-entsyymien inhibiittori, ja sen käyttöön liittyy androgeenipitoisuuksien kohoaminen ja munasarjojen PCO-rakenne. Valproaatin käyttäjistä jopa 40 %:lla on raportoitu PCOS, nuoret käyttäjät ovat herkimpiä tälle valproaatin vaikutukselle. Tilannetta pahentaa vielä valproaatin käyttöön usein liittyvä painonnousu. PCOS voi olla palautuva, jos valproaatin käyttö lopetetaan.

Epilepsiaa sairastavien naisten lapsilla on suurentunut kehityshäiriöiden riski. Epilepsiapotilaan suunnitelmassa raskautta pyritään lääkityksen yksinkertaistamiseen ja jos mahdollista, valproaatista luopumiseen. Foolihapolisää suosittelaa kaikille jo ennen raskauden alkua (4mg/vrk).

Keliakiakiakin voi löytyä lapsettomuuden takaa

Keliakiaa sairastavilla menarke on keskimääräistä myöhempi ja menopaussi keskimääräistä varhaisempi. Hoitamaton keliakiaa sairastavilla on todettu esiintyvän tavallista enemmän kuukautishäiriöitä, infertiliteettiä ja keskenmenoja. Ainakin osittain syny on raskauden alkamiselle välttämättömien aineiden kuten raudan, folaatin ja mahdollisesti B12-vitamiinin puute. Keliakian poissulkeminen lapsettomuuden vuoksi tutkimuksiin hakeutavalta naiselta on aiheellista, kun todetaan anemia ilman muuta ilmeistä syytä, vatsavaivoja tai laihtumistaipumus. Tutkimuksia on hyvä harkita myös jos potilaalla on autoimmunisairauksia tai suvussa on keliakiaa. Keliakiapotilaan suunnitelmassa raskautta suositetaan tarkkaa dieettiä ja folaattilisää (0,4mg/vrk).

Kilpirauhasen vajaatoiminnasta seuraa kuukautishäiriöitä

Kilpirauhasen vajaatoiminta häiritsee normaalia munarakulan kehitystä ja aiheuttaa siten kuukautiskierron häiriöitä, useimmiten oligomenorreaa, ja infertiliteettiä. Lisäksi se lisää monien raskaushäiriöiden ja sikiön aivovaurion riskiä. Hypotyreoosin tavallisin syy on autoimmuunireoidiitti, johon joissakin tutkimuksissa ilman hypotyreoosiaakin on liittynyt lisääntynyt keskenmenoriski. Infertiliteetti on joskus lievän kilpirauhasen vajaatoiminnan ainoa oire, TSH-määritys kuuluukin infertiliteetin perustutkimuksiin. Lievästi koholla oleva TSH, jolloin T4v on yleensä vielä viitealueella, on aihe tyroksiinihoitoon lapsettomuuspotilaalla. Sentraalinen hypotyreoosi, jossa TSH on matala,

on harvinainen ja vaatii aina lisäselvittelyjä. Kun hypotyreoosi todetaan lapsettomuuspotilaalla, todetaan usein myös ovulaatiohäiriö. Muuta lääkitystä kuin tyrokseeni ei kannata ovulaation aikaansaamiseksi aloittaa ennen kuin hypotyreoosi on hoidettu, usein ei muuta hoitoa tarvita. Kilpirauhasperäiseen hypotyreoosiin liittyy usein hyperprolaktinemia, joka korjaantuu hypotyreoosin hoidon myötä. On tärkeää, että aiemmin todetun tai lapsettomuustutkimuksissa ilmenneen hypotyreoosin korvaushoito on riittävä raskauden alkaessa, pyritään TSH-arvoon 1–2 mU/l. Heti kun raskaudesta on positiivinen, suositellaan vielä tyrokseeniannoksen lisäämistä 25 ug/vrk.

Krooniset suolistotulehdukset ja reumataudit

Tulehdusellisiin sairauksiin kuten reumatauteihin, Crohnin tautiin ja colitis ulcerosaan voi liittyä alentunut fertilititeetti tautien ollessa aktiivisia. Crohnin taudissa imeytymishäiriöt ovat tavallisia ja potilaalla voi olla mm raudan, folaatin tai B12-vitamiinin puute, jotka voivat olla infertiliteetin osasyinä. Folaatin puutteelle altistaa myös mahdollinen sulfasalatsiinin käyttö. Foolihapposubstituutio on suositeltava jo raskautta suunniteltaessa, myös raudan ja B12-vitamiinin riittävästä saannista pitää huolehtia. Chronin taudissa vatsan alueen tulehdusprosessit voivat aiheuttaa munatorvivaurioita ja siten infertiliteettiä.

Tulehduskipulääkkeet voivat häiritä ovulaatiota, ja raskautta suunnittelevan kannattaa välttää niiden käyttöä ovulaation aikaan. Sulfasalatsiinia voi käyttää koko raskauden ajan. Kulta, biologiset lääkkeet ja sytostaatit lopetetaan ennen raskauden alkua. Sytostaateista varsinkin alkyloivat aineet ovat munasarjatoksisia.

Syöpähoito yleensä pahempi kuin tauti fertilititeetin kannalta

Syöpäsairaudet vaikuttavat fertilitettiin dramaattisesti silloin, kun kohtu tai munasarjat joudutaan gynekologisen syövän vuoksi poistamaan. Monien syöpäsairauksien hoidossa käytetyistä sytostaateista varsinkin alkyloivat aineet, samoin munasarjojen alueelle tuleva sädehoito tuhoavat primordiaali-follikkeleita ja voivat lamaannuttaa munasarjatoiminnan tilapäisesti tai pysyvästi. Varsinkin lapsena saatu hoito voi tuhota follikkeleista vain osan, jolloin puberteetti ja kuukautiskierto voivat käynnistyä normaalisti. Kuitenkin munasoluvaramon pieneminen johtaa fertiilin iän joskus huomattavaankin lyhenemiseen, mikä potilaan on hyvä tietää elämänsä suunnitellessa. Tiedolla on merkitystä myös jos tarvitaan lapsettomuushoitoja. Yksittäisen potilaan munasarjareservin arvioimiseen siinä vaiheessa, kun munasarja vielä toimii moitteettomasti ei ole hyviä keinoja toistaiseksi käytettävissä. Jos omia munasoluja ei enää ole, voidaan harkita lahjamunasolujen käyttöä. Lapsena saatu kohdun alueen sädehoito heikentää kohdun kasvupotentiaalia, mihin liittyy lisääntynyt keskenmenojen ja ennenaikaisten synnytysten riski.

Silloin kun syövän hoito todennäköisesti tuhoaa fertilititeetin, voidaan joskus yrittää säilyttää mahdollisuus saada lapsia. Käytännössä keinona on koeputkihedelmöitys, alkioiden pakastus ja niiden käyttö myöhemmin, kun hoidettava sairaus on voitettu. Tulevaisuudessa kliinisessä käytössä ovat todennäköisesti tuloksellisia myös munasolujen ja munasarjakudoksen pakastus. ■

Milloin ja miten ovulaatioinduktiohoito?

■ LT MARITTA HIPPELÄINEN, KYS

Ovulaatioinduktiohoidon tavoite on varmistaa ovulaatio raskautta yrittävällä naisella. Ovulaatiohäiriö on tavallisin syy viivästyneeseen raskauden alkueen. Ongelma näkyy joko epäsäännöllisinä kiertoina tai täydellisenä amenorreana. Ovulatoriseen häiriöön viittaavat myös lyhenevä kierto, tiputtelut ennen ja jälkeen kuumakautisten sekä niukat vuodot. Tavallisimmin taustalta löytyy PCOS-tyyppinen tilanne (80–90 %:ssa), jolloin nainen on normogonadotrooppinen (WHO II-tyyppinen ovulaatiohäiriö). Näillä naisilla vuoto on yleensä käynnistettävissä progestiinilla. Hypogonadotrooppinen hypoestrogeninen häiriö (WHO I) on selvästi harvinaisempi.

Ovulaation edellytyksenä ovat toimivat munasarjat, sopiva paino ja iloinen mieli

Erityisesti pyöreän PCOS-potilaan kannattaa laihduttaa: jo 5 %:n painonlasku parantaa insuliiniresistenssiä ja korjaa ovulaatiohäiriötä. Toisaalta alipainoisen syömishäiriön pitäisi myös olla korjaantunut ennen hoitoja. Painoindeksi (BMI) olisi suotavaa olla 18–30 kg/m² jo raskaudenkulkuakin ajatellen. Perussairaudet on saatava mahdollisimman hyvään tasapainoon. Kilpirauhasen toimintahäiriöt ja mahdollinen hyperprolaktinemia on suljettava jo ensivaiheessa pois. Anamneesin ja statuksen perusteella selviää, kuinka tarkkoja selvittelyjä tarvitaan ennen hoitoja. Viimeistään ennen gonadotropiinihoitoja on varmistettava munatorvi-
en aukiolo ja siemennesteen riittävyys.

Klomifeenisitraatti, gonadotropiinit, metformiini...

Ovulaatioinduktiohoitoina on käytetty jo 1960-luvulta lähtien klomifeenisitraattia ja gonadotropiineja erilaisin hoitokaavioin. Metformiini, muut uudemmat insuliinin vaikutusta parantavat valmisteet sekä aromataasistäjät ovat uudempiä tulokkaita. Hoidon tavoitteena on yhden tai korkeintaan kahden johtofollikkelin valikoituminen.

Klomifeenisitraatti on perinteisesti ollut ensisijainen vaihtoehto normogonadotrooppiselle potilaalle (WHO II). Se sitoutuu estrogeenireseptoreihin, mutta vaikutus antiestrogeninen: FSH erityis kiihtyy ja yleensä johtofollikkeli valikoituu ja ovulatooriset kierrot palautuvat suurimmalle osalle (70–90 %:lle). Klomifeenia käytetään tavallisimmin kierronpäivinä 3–7 tai 5–9 aloittaen annoksella 50 mg/vrk. Annosta nostetaan ad 150 mg/vrk (jopa 250 mg/vrk on käytetty) kunnes kierto säännöllistyy ja ovulaatio tapahtuu. Raskauksia tulee kuitenkin vain noin 30–50 %:lle riippuen kohderyhmästä; yleensä 3–6 kuumakauden sisällä. Taustalla saattaa olla muita syitä lapsettomuuteen tai klomifeenin epäedullinen vaikutus kohdunkaulan limaan ja endometriumille. Ylistimulaatoriski on mahdollinen erityisesti hoikilla, nuorilla naisilla. Kaksosuusi on noin 5–10 %. Hoitoa on siis monitoroitava ensi kierrosta lähtien ultraäänellä avulla! Clomifenin etuja

ovat käytön vaivattomuus, edullisuus, vähäiset sivuvaikutukset sekä suurempi todennäköisyys lapsen saantiin kuin metformiinihoidolla viimeisten tutkimusten mukaan.

Metformiinin käyttö on räjähdysmäisesti lisääntynyt PCOS-potilailla, vaikka ei ole selkeää näyttöä, kuka lääkityksestä hyötyy. Metformiinin empiiristä käyttöä ensivaiheen valmisteenä voi perustella sen monofollikulaarisella vasteella ja turvallisuudella. Edullista lienee myös metabolisen tilanteen korjautuminen potilaan kannalta. Metformiini näyttää myös tehostavan klomifeenin vaikutusta. Hoitoannoksina käytetään 1.5–2 g (BMI >27 kg/m²) jaettuna yleensä kahteen annokseen.

Aromataasin estäjäistä on raportoitu lupaavia tuloksia ovulaatioinduktiossa. Ne estävät estrogeenisynteesin kudostasolla, jolloin FSH erityis lisääntyy. Käytetyt annokset ovat toistaiseksi samoja kuin rintasyövässä, 2.5–5 mg/vrk, kp 3–7 klomifeenin tapaan. Etuna on monofollikulaarinen vaste. Käyttöönottoa ovat rajoittaneet hinta ja mahdolliset sikiöriskit, joista ei vielä ole riittävästi tietoa.

Gonadotropiinihoitoihin päädytään, ellei klomifeenihoidosta tulosta tai potilaalla on hypogonadotrooppinen tilanne. Hoitoon käytetään vaihdevuosi-ikäisen naisen virtsasta puhdistettua FSH:tä ja LH/ HCG:tä sisältävää valmistetta tai geeniteknologian avulla valmistettua ns. rekombinantti FSH:tä ihonalaisina päivittäisinä injektioina. Hypogonadotrooppinen nainen (WHO I) tarvitsee myös LH:tä stimulaatiossa. Hoitokaavioita on monenlaisia: perinteisesti pyritään löytämään yksilöllinen kynnysannos aloittaen matalalla annostuksella 5–7 päivän ajan, esim. 50–75 IU/ vrk. Annosta nostetaan vasteen mukaan 37.5–75 IU/vrk, kunnes johtofollikkeli valikoituu. Ovulaatio aikaansaadaan istukan gonadotropiinihormonilla (HCG, 5000–10000 IU sc.), jolla on LH-kaltainen vaikutus, johtofollikkelin ollessa 18–20 mm. Ongelmana hoidossa on multifollikulaarinen vaste ja ylistimulaatio erityisesti, jos ovariot ovat PCO-tyyppiset. Hoitoja on monitoroitava tarkasti 3–7 päivän välein ultraäänellä avulla. Tarvittaessa hoito on keskeytettävä tai muutettava koeputkihedelmöitykseksi.

Ovulaatioinduktiohoito on taitolaji: parhaaseen tulokseen päästään yksilöllisellä suunnittelulla ja huolellisella vasteen seurannalla. Näin voidaan vähentää myös erityisesti gonadotropiinihoitoihin liittyvää ylistimulaatio- ja monisikiöisyysriskiä. ■

KIRJALLISUUTTA:

Messinis IE. Ovulation induction, a mini review. Hum Reprod 2005;20:2688-2697

Legro RS, et al. Clomiphene, metformin or both for infertility in PCOS. NEJM 2007; 356:551-566



Miten lapsettomuuden hoito Suomessa toteutuu

■ AILA TIITINEN, professori, HYKS Naistenklinikka

Naisten lisääntymisterveyttä selvittäneen FINRISKI 2002 -tutkimuksen mukaan kaikista naisista 16 %:lla oli joskus ollut vaikeuksia tulla raskaaksi, ja 9 % oli ollut tutkimuksissa tai saanut hoitoa lapsettomuuteen. Suurta osaa lapsettomuudesta kärsiviä pareja voidaan näillä hoidoilla auttaa.

IVF-tulokset paranevat huolimatta yhden alkion siirrosta

Vuonna 2005 aloitettiin vajaat 7700 koeputkihedelmöityshoitoa ja vuonna 2006 ennakkotietojen mukaan runsaat 7900 hoitoa eli 3 % enemmän kuin edellisessä vuonnassa. Tämä johtuu pakastettujen alkoiden siirtojen määrän lisääntymisestä. Luovutettujen munasolujen, siittiöiden ja alkoiden käyttö on pysynyt samalla tasolla viime vuodet. Vuoden 2005 tilastojen mukaan yhden alkion siirtoja oli 49,7 % IVF- ja ICSI-siirroista. Vuonna 2005 hedelmöityshoitojen tulokset paranivat hieman edelliseen vuoteen nähden. Elävän lapsen synnytykseen eteni 21,2 % sekä IVF- että ICSI-siirroista. Pakastetun alkion siirroista 16,6 % johti elävän lapsen syntymään.

Tietoja myös inseminaatioista

Nyt on kerätty ensimmäisen kerran inseminaatiotiedot IVF-hoitoja antaneilta klinikoilta. Vuonna 2005 tehtiin 3218 inseminaatiota puolison siemennesteellä ja 780 luovutetulla siemennesteellä. Hoitokerroista 464 (12 %) eteni raskauteen

ja 323 (8 %) synnytykseen. Hoitotulokset olivat paremmat luovutetulla siemennesteellä (16 % ja 11 %) kuin puolison siemennesteellä (11 % ja 7 %). Synnytyksistä 5 % oli monisikiöisiä. Tämä on korkeampi kuin spontaaneissa raskauksissa (noin 1,2 %) hoidon yhteydessä käytettyjen hormonien takia.

Viisi prosenttia lapsista syntyy lapsettomuushoitojen tuloksena

Vuosittain syntyy noin 1500 koeputkihedelmöityksen avulla alkunsa saanutta lasta, mikä tarkoittaa n. 2,5 % syntyvistä lapsista. Kun mukaan liitetään muut lapsettomuushoidot, voidaan arvioida että tämä edustaa ainakin 5 % kaikista vastasyntyneistä. Tämä on merkittävä osuus myös äitiysneuvoloiden ja synnytyssairaaloiden toiminnassa.

Kiireettömän hoidon perusteet eli ns. hoitotakuu sisältää myös ohjeita lapsettomuuden hoidosta. Tähän päädyttiin, koska lapsettomuuden tutkimus ja hoito on yksi keskeinen osa naistentautien erikoisalasta. Lapsettomuushoidot kuuluvat hoitotakuun piiriin silloin, kun hoidolle on asetettu yhtenäiset hoitoon otton perusteet ja hoidon tiedetään olevan tuloksellista. Suomalaiseen terveydenhuollon ajatteluun kuuluu, että kaikilla on taloudellisesta tilanteesta tai asuinpaikasta riippumatta mahdollisuus saada tarvitsemaansa apua. ■



Gyneekologinen syöpä – muuttuvatko hoidot?

The role of surgery in primary and recurrent ovarian cancer

■ Professor JACOBUS PFISTERER, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel, Germany

The role of surgery in newly diagnosed advanced ovarian cancer is widely accepted, although there is no level I evidence for its role and prospectively randomized trials comparing surgery to no surgery are lacking. However supportive level II and III evidence indicates a benefit for primary cytoreductive surgery. Surgical cytoreduction of tumor volume is highly correlated with prolonged survival. A recent metaanalysis demonstrated that with each 10 % increase in maximal cytore-

duction a 5.5 % increase in median survival time was observed (Bristow RE et al. 2002). There is also supportive evidence that the cutpoint for optimal is not any longer 1cm residual tumor, it is rather macroscopic no residual tumor. Unfortunately, despite several attempts, it is up today not possible to define valid preoperative predictors for optimal cytoreduction. Surgery for



advanced stage ovarian cancer requires the addition of complex procedures such as radical pelvic surgery, bowel resection, removal of diaphragmatic disease to reduce tumor burden.

The role of systematic pelvic and paraaortic lymphadenectomy for advanced ovarian carcinoma is less clear. A recent randomized prospective study of 427 debulked patients showed an improvement of progression free, but not for overall survival (Benedetti Panici 2005). However this study has been criticized for its design and the inclusion and exclusion criteria. There is level III evidence that systematic pelvic and paraaortic lymphadenectomy might improve survival. Thus, the AGO study group is preparing a prospectively randomized trial comparing lymphadenectomy with no lymphadenectomy in macroscopically completely debulked patients.

The term "interval debulking surgery" has been used to refer to the clinical scenario of secondary surgical cytoreduction after primary chemotherapy in cases where a primary cytoreduction was technically not possible. In the meantime it has been shown by a prospectively randomised GOG study with 550 patients that a second surgical approach is of no benefit for the patients when the primary approach has been carried out by a trained and experienced gynecologic oncologist (Rose 2004). The role

of primary chemotherapy followed by surgery ("neoadjuvant chemotherapy") is unclear. The EORTC has performed a randomized study, however the results are pending.

The role of cytoreductive surgery for recurrent ovarian cancer has not been clearly defined, randomized studies are lacking. In an exploratory study based on retrospective analyses of hospital records of 267 patients with cytoreductive surgery for recurrent ovarian cancer we were able to show that complete resection was associated with significantly longer survival (Harter 2006). Variables associated with complete resection were performance status, residual tumor after primary surgery and absence of ascites. Currently we are investigating the identified criteria in a prospective study. If we could confirm these criteria, a prospective randomized trial will follow.

From a surgical perspective the challenges for gynecologic oncologists are to define the role of systematic lymphadenectomy as part of the primary surgery for advanced ovarian cancer patients and to define the role of surgery for recurrent disease. Nevertheless, referral of patients with ovarian cancer to gynecologic oncologists and to include these patients in clinical studies addressing the above mentioned questions may be one of the best strategies currently available for improving survival of ovarian cancer patients. ■

Munasarjasyövän leikkaushoito suomessa

■ Dos. SEIJA GRÉNMAN, TYKS, Naistenklinikka

Kehittyneissä maissa munasarjasyöpä on kuudenneksi yleisin naisten syöpä vastaten 4 % kaikista naisten syöpätapauksista. Suomessa naisilla todettiin vuonna 2005 kaiken kaikkiaan 12451 syöpätapausta, joista lähes 1600 oli gynecologisia syöpiä. Näistä noin 500 luokiteltiin munasarjasyöväksi. Tässä luvussa ovat mukana myös borderline-tuumorit. Gynecologisiin syöpiin kuolee vuosittain noin 600 naista, näistä munasarjasyöpään noin 300. Munasarjasyövän 5-vuotiselossaololuku Suomessa on 49 %. Kohdunrungon ja kohdunkaulan syövän vastaavat luvut ovat 85 % ja 70 % eli munasarjasyöpä on edelleenkin gynecologisen onkologian suurin haaste.

Kirurginen hoito on munasarjasyövän hoidon kulmakivi

Leikkauksen tarkoituksena on toisaalta varmistua syövän leviämistasesta, toisaalta poistaa kasvainkudos mahdollisimman tarkasti. Optimaalisessa tilanteessa staging-leikkaus tehdään FIGO:n ohjeiden mukaan ja vatsaonteloon ei jää näkyvää kasvainkudosta leikkauksen päättyessä. Ikä, taudin levinneisyys ja jäännöskasvaimen määrä ovat



vakiintuneita munasarjasyövän ennustetekijöitä. Jäännöstuumorin koon ja sijainnin kuvaaminen leikkauskertomuksen loppuun tulisi aina sisällyttää saneluun.

Principles of surgical staging by FIGO guidelines

- Careful evaluation of all peritoneal surfaces
- 4 washings of the peritoneal cavity: diaphragm, right and left abdomen, pelvis
- Infracolic omentectomy
- Selected lymphadenectomy of the pelvic and para-aortic lymph nodes
- Biopsy and/or resection of any suspicious lesions, masses and any adhesions
- Random blind biopsies of normal peritoneal surfaces, including that from the undersurface of the right hemidiaphragm, bladder reflection, cul-de-sac, right and left paracolic recesses, and both pelvic sidewalls
- Total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy
- Appendectomy for mucinous tumors

Leikkaavien yksiköiden määrä vähentynyt

Sairaaloiden leikkausmäärän, leikkaavan lääkärin koulutuksen sekä kirurgisen hoidon keskittämisen merkitystä on pohdittu laajalti viime vuosina sekä Suomessa että muualla. 1980-luvun alkupuolella munasarjasyöpäleikkauksia ►

tehtiin Suomessa yli 80:ssä eri sairaalassa, 1990-luvun lopussa leikkaavien yksiköiden määrä oli 41 ja se on edelleen vähentynyt 2000-luvulla.

Leikkaushoidon keskittäminen parantaa hoitotuloksia

Leikkaushoidon toteutusta Suomessa on selvitetty sekä retrospektiivisessä että prospektiivisessä tutkimuksessa. Tutkimukset on tehty SGY:n gynekologis-onkologisen pienryhmän ja Suomen Syöpärekisterin yhteistyönä.

Retrospektiivinen työ koostui 3851:stä vuosina 1983–1994 leikatusta munasarjasyöpäpotilaasta. Sairaalat luokiteltiin yliopistollisiin-, keskus- ja muihin sairaaloihin sekä sairaaloiden leikkausmäärää kuvaaviin kvartileihin. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että niillä potilailla, jotka leikattiin suurimman leikkausmäärän omaavissa sairaaloissa oli korkeimmat elossaololuvut. Kun analysoitiin ajanjakson vaikutusta tuloksiin jakamalla tutkimusaika kahtia (1983–1988 ja 1989–1994), hoitotulosten todettiin parantuneen eniten yliopistosairaaoloissa.

Prospektiivinen OVA 1999 -tutkimus tehtiin nimensä mukaisesti vuonna 1999 ja koostui invasiivisen munasarjasyövän vuoksi leikatusta 307 potilaasta sekä 65 borderline-tuumorin vuoksi leikatusta potilaasta. Sekä peruskartoitus että viiden vuoden seuranta tutkimus tehtiin leikkaneen lääkärin täyttämän kysely-kaavakkeen tietojen pohjalta. Viiden vuoden seuranta tutkimuksessa sairaalat jaettiin kolmeen ryhmään leikkausmäärän mukaisesti (<10, 10–20, >20 leikkausta vuonna 1999). Vuosittaista leikkausmäärää tutkittiin myös jatkuvana muuttujana (1–47 leikkausta/vuosi).

Vuonna 1999 leikattiin 51 % (n=156) munasarjasyöpäpotilaista yliopistosairaaoloissa, 36 % (n=109) keskussairaaoloissa ja 13 % (n=42) aluesairaaoloissa. Leikkauslaajuus erosi yliopistosairaaloiden ja muiden sairaaloiden välillä eniten imusolmukkeiden poiston ja jäännöstuumorin osalta. Yliopistollisissa sairaaloissa pelvinen imusolmukkeiden poisto suoritettiin 88 %:lle ja para-aortaalisalueen imusolmukkeiden poisto 73 %:lle levinneisyysasteen I potilaista. Vastaavat prosenttiluvut muissa sairaaloissa vaihtelivat välillä 11–21 %. Gynekologisen onkologin leikkaamalla levinneisyysasteen III potilaalla oli kolme kertaa suurempi (95 % CI 1.2–7.5) todennäköisyys päästä makroskooppisesti tautivapaaksi ensimmäisessä leikkauksessa kuin yleisgynekologin leikkaamalla potilaalla.

Sairaaloiden suuremman leikkausmäärän todettiin olevan tilastollisesti merkitsevä ennustetekijä sekä munasarjasyövän 5-vuoden tautivapaalle- ($p=0.036$) että elossaolotilalle ($p=0.048$). Solunsalpaajahoidon toteutus ei eronnut merkittävästi sairaaloiden välillä.

Borderline-tuumorit

Borderline-tuumoreiden leikkausmäärät vuonna 1999 eri sairaaloissa olivat 43 %, 32 % ja 25 %. Sekä yliopistosairaaoloissa että muissa sairaaloissa vain pienelle osalle potilaista tehtiin asianmukainen staging-leikkaus. Peritoneumbiopsiat ja omentektomia olivat useimmiten laiminlyötyjä toimenpiteitä ja niiden suorittamiseen tulisikin kiinnittää enemmän huomiota. Mainittakoon, että imusolmukkeiden poisto ei kuulu borderline-tuumorin leikkaukseen. Käytännössä se tehdään, mikäli kliinisesti on vahva epäily invasiivisesta munasarjasyövästä.

Lopuksi

Viime vuosina on julkaistu useita sekä Pohjoismaissa että muualla tehtyjä tutkimuksia, jotka puhuvat munasarjasyövän leikkaushoidon keskittämisen puolesta. Käytettävissä on nyt myös suomalaiseseen käytäntöön perustuvaa tietoa, jonka pohjalta voidaan suunnitella hoidon porrastusta.

Tietojen keräämisestä ja analysoinnista on päävastuun kantanut LL Salla Kumpulainen, jonka väitöskirja esitetään julkisesti tarkastettavaksi 5.12.2007 Turun Yliopistossa. Kaikki tietoja lähettäneet ja tarkistaneet kollegat ansaitsevat suuret kiitokset! Salla kiittää SGY:tä saamastaan apurahasta. ■

Kumpulainen S, Grénman S, Kyyrönen P, Pukkala E, Sankila R: Evidence of benefit from centralised treatment of ovarian cancer: A nationwide population-based survival analysis in Finland. *Int J Cancer* 2002;102:541-544.

Kumpulainen S, Kuoppala T, Leminen A, Penttinen J, Puistola U, Pukkala E, Sankila R, Mäkinen J, Grénman S. Surgical treatment of ovarian cancer in different hospital categories - A prospective nation-wide study in Finland. *Eur J Cancer* 2006;42:388-395.

Kumpulainen S, Kuoppala T, Leminen A, Komulainen M, Puistola U, Sankila R, Mäkinen J, Grénman S. Surgical staging, treatment and follow-up of borderline tumors in different hospital categories - a prospective nationwide survey in Finland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2007;86:610-614.

Intraperitoneaalinen solunsalpaajahoido

■ Dos. JOHANNA MÄENPÄÄ, TAYS/Naistentautien ja synnytysten vastuualue

Interperitoneaalisen solunsalpaajahoidon käyttö epiteliallisessa munasarjasyövässä perustuu munasarjasyövän taipumukseen pysyä pitkään intraperitoneaalisenä ja siihen, että monella solunsalpaajalla, erityisesti sisplatiinilla ja paklitakselilla, saadaan intraperitoneaalisiin

pieniin pesäkkeisiin tällä annostelumuodolla laskimonsisäiseen annosteluun verrattuna moninkertaiset pitoisuudet.

Intraperitoneaalisesta annos-



telusta on julkaistu kolme isoa satunnaistettua tutkimusta, joista ensimmäisessä verrattiin i.p. sisplatiinia (100 mg/m²) yhdistettynä i.v. syklofosfamiidiin (600 mg/m²) yhdistelmään, jossa molemmat lääkkeet samoin annoksin annettiin i.v. (1). Kaikki potilaat saivat kuusi hoitojaksoa. Seuraavassa tutkimuksessa kontrolliryhmän lääkitys oli paklitakseli 135 mg/m² i.v. ja sisplatiini 75 mg/m² i.v. kuusi hoitojaksoa. Eksperimentaalisisessa haarassa annettiin kaksi kertaa karpoplatiinia AUC 9 i.v. ja sen jälkeen kuusi jaksoa paklitakselia 135 mg/m² i.v. ja sisplatiinia 100 mg/m² i.p. (2). Viimeisimmässä tutkimuksessa annettiin joko kuusi jaksoa paklitakselia 135 mg/m² i.v. ja sisplatiinia 75 mg/m² i.v. tai kuusi jaksoa sama i.v.-annos paklitakselia sekä sisplatiinia 100 mg/m² i.p. ja viikon kuluttua vielä paklitakselia 60 mg/m² i.p. (3). Kaikissa tutkimuksissa oli mukana useita satoja optimaalisesti sytoreduoituja levinneisyysasteen III munasarjasyöpöpotilaita.

Koska jokaisessa tutkimuksessa saavutettiin i.p. hoidolla selkeä elinaikaetu (8–16 kk), näitä tutkimuksia on pidettävä merkittävänä, vaikka vain ensimmäinen niistä on puhdas intraperitoneaalisen ja laskimonsisäisen annostelun vertailu. Tuoreen meta-analyysin mukaan kokonaiselinajan suhteen intraperitoneaalisen sisplatiiniannostelun riskisuhde laskimonsisäiseen annosteluun verrattuna on 0.799 intraperitoneaaliannostelun eduksi (95 % luottamusväli 0.702–0.919, $p = 0.0007$) (4).

Intraperitoneaaliseen annosteluun liittyy kuitenkin vielä monia ongelmia, jotka liittyvät peritoneaalikatetreihin ja sivuvaikutuksiin; esimerkiksi Armstrongin ym. tutkimuk-

sessä intraperitoneaalisisessa haarassa vain 42 %:lle potilaita pystyttiin antamaan täydet kuusi hoitojaksoa (3). Tästä syystä tarvitaan vielä tutkimuksia optimaalisten annosten ja annostelutapojen (katetrit, mahdollinen hypertermian käyttö ym.) selvittämiseksi, ennen kuin intraperitoneaalista hoitoa voidaan ottaa rutiinikäyttöön. Sitä on kuitenkin pidettävä tulevaisuuden vaihtoehtona hyväkuntoisille potilaille, joilla saavutetaan optimaalinen (jäännöstuumorien koko < 1 cm) leikkaustulos. ■

VIITTEET:

1. Alberts DS, Liu PY, Hannigan EV, ym. Intraperitoneal cisplatin plus intravenous cyclophosphamide versus intravenous cisplatin plus intravenous cyclophosphamide for stage III ovarian cancer. *N Engl J Med* 1996; 335: 1950-5.
2. Markman M, Bundy BN, Alberts DS, ym. Phase III trial of standard-dose intravenous cisplatin plus paclitaxel versus moderately high-dose carboplatin followed by intravenous paclitaxel and intraperitoneal cisplatin in small-volume stage III ovarian carcinoma: An intergroup study of the Gynecologic Oncology Group, Southwestern Oncology Group, and Eastern Cooperative Oncology Group. *J Clin Oncol* 2001; 19: 1001-7.
3. Armstrong DK, Bundy B, Wenzel L, ym. Intraperitoneal cisplatin and paclitaxel in ovarian cancer. *N Engl J Med* 2006; 354: 34-43.
4. Hess LM, Benham-Hutchins M, Herzog TJ, ym. A meta-analysis of the efficacy of intraperitoneal cisplatin for the front-line treatment of ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2007; 17: 561-70.

Imusolmukkeiden poiston merkitys kohdun limakalvon syövässä

■ Dos ULLA PUISTOLA, Gynekologinen Onkologia, OYS

Kohdun limakalvon syöpä (endometriumkarsinooma, EC) on Suomessa naisten yleisin gynekologien syöpä. Vuosittain siihen sairastuu noin 780 ja kuolee 150 potilasta, viiden vuoden eloonjäämisennusteen ollessa noin 80 %. Suurin osa endometriumkarsinoomista on tyypin I karsinomia, jotka ovat histologialtaan endometroidia ja ennusteeltaan hyviä. Tyypin II karsinomien osuus on 10 %. Ne ovat histologialtaan seröösejä papillarisia tai kirkassolukarsinomia ja niiden viiden vuoden eloonjäämisennuste on vain 40 %. Tärkeimmät tunnetut ennusteeseen vaikuttavat tekijät ovat ikä, taudin levinneisyys, histologia ja erilaistumisaste, invaasiosyvyys myometriumiin ja imusolmukeaffisio. Matalan riskin kasvaimia ovat kohtuonelon rajoittuneet, endometroidit, gradus 1–2 ja alle puolen välin myometriuminvasion omaavat kasvaimet. Korkean riskin kasvaimia ovat endometroidit gradus 3 kasvaimet, yli puolenvälin myometriuminvasion omaavat, kohtuontelon ulkopuolelle edenneet kasvaimet sekä kaikki tyypin II karsinomat. Levinneisyysaste voidaan määrittää luotettavasti vain sellaisen leikkauksen avul-

la joka sisältää lantion ja tarvittaessa para-aortaali alueen imusolmukkeiden poiston.

Kenelle imusolmukkeiden poisto tulisi tehdä?

Lantion alueen imusolmukemetastaasien todennäköisyys korkean riskin Stage I potilailla on 25–40 % ja para-aortaali alueen imusolmukemetastaasien todennäköisyys 17 % luokkaa. Lantion LAE tulisi tehdä kaikille korkean riskin potilaille, ja lisäksi para-aortaali alueen imusolmukemetastaasien poisto tyypin I gr3 potilaille, kaikille tyypin II potilaille sekä edenneissä syövässä.

Kuinka laaja imusolmukkeiden poiston tulisi olla?

Mikäli poistettujen imusolmukkeiden määrä on alle 5, havaitaan vain 25 % todellisesta imusolmukelevinneisyydestä. ►



tä. Poistettujen imusolmukkeiden määrä vaikuttaa potilaan ennusteeseen siten, että mikäli imusolmukkeita on poistettu yli 11, on ennuste Stage I korkean riskin taudeissa ja edenneissä taudeissa merkitsevästi parempi kuin niillä potilailla, joille ei ole tehty lyfadenektomiaa tai poistettujen imusolmukkeiden määrä on alle 11. Para-aortaalisten imusolmukkeiden poisto parantaa ennustetta erityisesti niillä potilailla, joilla joko lantion tai para-aortaalialueen imusolmukkeet ovat affisioituneet.

Imusolmukkeiden poisto ohjaa adjuvanttihoitoa sitä tarvitseville

Stage I korkean riskin potilaille annettu lantion alueen sädehoito vähentää taudin uusiutumisriskiä. Edennyt tautia sairastavat potilaat näyttäisivät lisäksi hyötävän solusolupääjähoidosta. Näihin adjuvanttihoitoihin liittyy kuitenkin myös huomattavia sivuvaikutuksia ja se tulisi pystyä suuntaamaan vain niille potilaille, jotka hoidosta todella

hyötyvät. Ilman lymfadenektomia leikatujen Stage I potilaiden todellinen levinneisyys jää avoimeksi ja näin arviolta joka neljäs pelkällä kohdun ja sivuelinten poistolla leikattu potilas saa lantion sädehoidon tarpeettomasti.

Yhteenvedo

Lantion alueen lymfadenektomia tulisi mahdollisuuksien mukaan aina liittää Stage I korkean riskin sekä edennyt tautia sairastavien potilaiden leikkaushoitoon. Imusolmukestatuksen tunteminen auttaa oleellisesti adjuvanttihoitoa tarpeen suunnittelussa ja vähentää tarpeettomia sädehoitoja. Lymfadenektomia voi myös tietyissä tilanteissa korvata lantion alueen sädehoidon. Poistettujen imusolmukkeiden määrä tulee olla riittävä luotettavan levinneisyyden selvittämiseksi. Poistettujen imusolmukkeiden määrä vaikuttaa myös taudin ennusteeseen korkean riskin potilailla.

Viitteet saatavana tarvittaessa kirjoittajalta ja nähtävänä luennon slideissa. ■

Gynekologinen syöpä, elämä sen jälkeen ja perinnöllinen alttius

Syöpäpotilaan seuranta

■ LT MARJA KOMULAINEN, KYS

S yöpäpotilaiden määrä lisääntyy ja nykyisten hoitomenetelmien myötä myös syövästä parantuneiden potilaiden määrä kasvaa. Samalla syöpähoitojen jälkeisessä seurannassa olevien potilaiden määrä kasvaa. Kuinka meidän pitäisi suhtautua tähän poliklinikkakapasiteettia kuormittavaan potilasmäärään? Mikä on oikea seuranta-aika? Parantaako tiivis seuranta yleensäkin syöpäpotilaiden ennustetta?

Syöpäpotilaan seurannan voi kapeakatseisesti ajatella käsittävän ainoastaan taudin uusinnan varhennettua toteamista. Meillä ei kuitenkaan ole selvää näyttöä siitä, että rutiinitarkastuksissa oireettomien potilaiden syövän uusinnan toteaminen selvästi parantaisi taudin ennustetta. Näinpä onkin olennaista ymmärtää, että syövän seuranta on paljon laajempi potilaan hoitotapahtuma kuin pelkästään uusinnan toteaminen.

Syöpäpotilaan diagnoosin jälkeisen hoidon ja seurannan voi jakaa kolmeen jaksoon:

- 1) aktiivinen syövän hoito ja hoidon seuranta
- 2) erikoissairaanhoidon seuranta
- 3) myöhempi perusterveydenhuollon seuranta

Monet syövät uusiutuvat useimmiten kolmen ensimmäisen vuoden aikana aktiivihoidon loputtua. Tiiviimmän

erikoissairaanhoidon seurannan loppuvaiheessa olisi tarpeellista tehdä yhteenvedo hoidosta ja samalla "survivorship-plan", jonka avulla syövästä parantuneen potilaan selviytymistä tuettaisiin perusterveydenhoidon mahdollisuudet huomioiden. On olennaista, että potilaiden kokonaistilanne kartoitettaisiin ja arvioitaisiin ne tekijät, joilla avulla toipumista tuettaisiin (kuntoutus, apuvälineet) tai ehkäistäisiin uusia sairauksia (esim. osteoporoosi, tupakointi, ylipaino).

Syöpäpotilaan seuranta ei saisi olla rutiinia

Syöpäpotilaan seuranta ei pidä ajatella vain uusinnan toteamisena. Tämä on se potilasjoukko, jossa voimme hoitaa potilasta kokonaisuutena ylläpitäen hänen terveyttään ja toipumistaan syövästä ja sen aiheuttamista jälkiseurauksista. Toivottavasti näiden käyntien kautta saamme myös positiivisia palautteita, vaikka tautien uusintoja tulee ja hoitojen negatiiviset vaikutukset voi olla vaikeita. Seurantojen kautta pystymme myös arvioimaan hoidon laatua. ■



Vaihdevuosisoireiden hoito gynekologisen syövän jälkeen

■ LT MAARIT VUENTO, TAYS

Gynekologisten syöpien hoidon seurauksena osalle potilaista vaihdevuodet tulevat ennenaikaisesti, jos munasarjat on jouduttu poistamaan leikkauksessa tai hoitoon liittyy säde- tai sytostaattihoito.

Vaihdevuosisien aikana suurin osa naisista kokee joka-päiväistä elämää haittaavia oireita, kuumia aaltoja, uni-häiriöitä ja mielialan laskua. Limakalvojen kuivuminen aiheuttaa virtsatie- ja emätintulehduksia sekä yhdyntäkipuja. Myös säde- ja sytostaattihoidot voivat pahentaa näitä paikallisia limakalvo-oireita. Sydän- ja verisuonisairauksien riski kasvaa ja luun haurastuminen alkaa kiihtyä vaihdevuosisien jälkeen.

Pääsääntöisesti gynekologisen syöpäpotilaan vaihdevuosisoireita hoidetaan samojen periaatteiden mukaan kuin muidenkin naisten oireita. Terveelliset elämäntavat, liikunta ja monipuolinen ruokavalio auttavat kestäämään myös syöpähoidot paremmin. Vaihdevuosisoireiden hoitomuoto valitaan yksilöllisesti huomioiden myös potilaan muut kuin syöpään liittyvät riskitekijät. On tärkeä tietää, missä tilanteissa hormonihoidoa ei suositella gynekologisen syövän sairastaneelle naiselle. Tällöin hormonien mahdollinen osuus gynekologisten syöpien etiologiassa on yksi hoitoratkaisuihin vaikuttava tekijä.

Estrogeeni on sallittu kohtu- ja kohdunkaulasyövän tai munasarjasyövän sairastaneelle

Pelkän estrogeenin käyttö hormonihoidona lisää kohdunrunгон syövän vaaraa. Tämän vuoksi vakiintuneen hoitokäytännön mukaan käytetään estrogeenin ja progestiinin yhdistelmähoitoa naisille, joilla on kohtu tallella. Progestiinin liittäminen hoitoon poistaa pelkkään estrogeenihoidoon liittyvän kohdunrunгон syövän riskin ja jatkuva estrogeeni-progestiinihoito näyttää jopa vähentävän kohdunrunгон syövän ilmaantuvuutta. Kohdunrunгон syövän vuoksi hoidetulle, syövän suhteen oireettomalle naiselle voidaan antaa hormonihoidoa lisäämättä taudin uusiutumisriskiä. Hormonihoidon ja kohdunkaulan syövän välillä ei ole todettu yhteyttä. Kohdunkaulansyövän hoidon jälkeen gynekologiset onkologit ovat käyttäneet suhteellisen yleisesti hormonihoidoa vaihdevuosisoireiden lievittämiseksi.

Hormonikorvaushoidosta ja munasarjasyövän riskistä julkaistut tutkimukset ovat ristiriitaisia. Useissa tutkimuksissa ei ole todettu yhteyttä hormonikorvaushoidon ja munasarjasyövän välillä. Kahdessa tuoreessa meta-analyysissä, joissa selvitettiin hormonihoidon ja munasarjasyövän yhteyttä, toisessa ei todettu suurentunutta riskiä (RR 1.1; CI 0.9-1.3), toisessa todettiin hieman suurentunut, kuitenkin merkitsevä riski sairastua munasarjasyöpään (RR 1.15; CI 1.05-1.27). Yhdessä meta-analyysissä yli 10 vuoden estrogeenin käyttö lisäsi riskiä sairastua munasarjasyöpään (RR 1.27; CI 1.00-1.61). Jatkuva estrogeeni-progestiiniyhdistelmä ei näytä kasvattavan munasarjasyövän riskiä. Munasarjasyöpään sairastuneelle voidaan antaa tar-

vittaessa hormonihoidoa kasvatamatta taudin uusiutumistodennäköisyyttä.

Kohdun sarkooma voi uusiutua herkemmin estrogeenin käyttäjillä

Kohdun leiomyosarkoomista noin 30 % on estrogeenireseptorien suhteen positiivisia ja endometriaalisista stromaalista sarkoomista (ESS) jopa 70 %. Hiljattain julkaistussa tutkimuksessa todettiin lisääntynyt taudin uusiutumariski ESS potilailla, jotka saivat hormonikorvaushoidoa (80 % vs 45 %) ja vähentynyt uusiutumariski progesteronia saavilla potilailla (31 % vs 67 %). Sarkoomapotilailla estrogeenisen korvaushoidon käyttö ei ole suositeltavaa.

Tehokkaat vaihtoehdot vähissä

Mikäli hormonihoidon on gynekologisen syövän jälkeen potilaalle vasta-aiheinen tai nainen ei halua käyttää hormonaalista hoitoa, voidaan harkita muita hoitovaihtoehtoja, kuten serotoniinilääkkeitä, beetasalpaajia tai oireenmukaista, hikoilua vähentävää ergotamiinivalmistetta. Erilaisia luontaistuotteita, soijaa, E-vitamiinia ym. on kokeiltu ja tutkittu; tuoreen systemaattisen katsauksen mukaan ei kuitenkaan ole näyttöä, että soija tai kasviestrogeenit helpottaisivat vaihdevuosisoireita, ja yhdessä pitkäkestoises- sa tutkimuksessa todettiin jonkun verran haitallisia vaikutuksia kohdun limakalvolla. Lisäksi ns. luontaistuotteista tähtäkimikin on epäilty aiheuttaneen muutamia vakavia maksasivuvaikutuksia Euroopassa.

Paikallishoidolle ei ole estettä

Paikallisoireita, limakalvojen kuivumista ja kirvelyä voidaan turvallisesti hoitaa emättimeen annosteltavilla estrogeenivalmisteilla. Tuoreen suomalaisen, Kelan ja Suomen Syöpärekisterin tilastoihin perustuvan, tutkimuksen mukaan estrogeenipaikallishoitoon ei liittynyt lisääntynyttä rintasyöpäriskiä yli 18000 naista käsittäneessä aineistossa. ■

KIRJALLISUUTTA:

Creasman WT. Hormone replacement therapy after cancers. Current opinion in oncology 2005; 17: 493-499.
Lyytinen H, Pukkala E, Ylökorkala O. Breast cancer risk in postmenopausal women using estrogen-only therapy. Obstet Gynecol 2006; 108: 1354-60.
Suvanto-Luukkonen E, Tapanainen J. Serotoniinilääkkeistä hyötyä vai vaihdevuosisoireiden hoidossa? Pääkirjoitus. Duodecim 2006; 122: 2064-6.
Tiitinen A. Onko luontaistuotteista apua vaihdevuosisoireisiin? Pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 2006; 51-52; 5307-8.
Vaihdevuosisien hormonihoidon. Konsensuslausuma. Duodecim 2004; 120: 85-102.



Perinnöllinen gynekologinen syöpäalttius

■ LT ANNIKA AURANEN, TYKS, Naistenklinikka

1990-luvun alussa tunnistettiin alttiusgeenit kahdelle yleisiin syöpiin liittyvälle syöpäalttiusoireyhtymälle. Molempiin periytyviin syöpäalttiusoireyhtymiin liittyy olennaisena osana gynekologinen syöpä: BRCA1- ja BRCA2 -geenien mutaatiot altistavat rintasyövälle ja munasarjasyövälle, ja HNPCC (hereditary non-polyposis colorectal cancer) -oireyhtymään liittyvien geenien mutaatiot altistavat paksusuolisyövälle ja kohdunrungon syövälle sekä vähemmässä määrin myös munasarjasyövälle. Viimeisten 10 vuoden aikana on syöpäalttiuden tunnistamisen lisäksi kehitetty syövän ennaltaehkäisyyn ja varhaistoteamiseen liittyviä toimenpiteitä, joiden ansiosta geenivirheen kantajien syöpäkuolleisuuden on pystytty vaikuttamaan. Tästä johtuen syöpäalttiuden tunnistaminen on hyödyllistä ja jokaisen gynekologin on hyvä tuntea nämä alttiusoireyhtymät.

Miten geenivirheet altistavat syövän synnylle?

Sekä BRCA1- ja BRCA2 -geenien että HNPCC-geenien mutaatiot periytyvät autosomissa dominantisti eli viallinen alttiusgeeni saadaan joko isältä tai äidiltä. Oireyhtymien ilmiäisistä eli fenotyypistä johtuen miespuoliset kantajat eivät kuitenkaan yleensä ilmennä BRCA-mutaatiokantajuuttaan, joskin BRCA2-geenin mutaatioihin liittyy miesten rintasyöpä. Molemmissa oireyhtymissä mutaatiot häiritsevät DNA-virheiden korjaustoimintaa. BRCA-mutaatioissa häiriintyy ns. kaksisäikeisen DNA:n korjaus, HNPCC -oireyhtymään liittyvien geenien mutaatiot häiritsevät virheellisesti syntyneiden emäsvastinparien ”oikolukua” ja korjausta. Elämän aikana solujen perimäainekseen syntyy jatkuvasti mutaatioita jotka korjataan. Kun korjausmekanismi toimivat puutteellisesti, virheet jäävät korjaamatta ja johtavat vähitellen syövän syntyyn. Tästä johtuen mutaationkantajilla syöpä syntyy yleensä selkeästi nuoremmalla iällä kuin henkilöillä, joilla korjausmekanismi toimivat moitteettomasti. Syövän ilmaantuminen tavanomaisista sairastumisista nuorempaan onkin perityn syöpäalttiuden yksi tunnusomainen piirre.

Perityn syöpäalttiuden tunnistaminen

Epäily peritystä syöpäalttiudesta syntyy yleensä sukuhistorian pohjalta. Ainakin seuraavien kriteerien täyttyessä voisi epäillä perittyä BRCA-mutaatiota:

- suvussa kolmella lähisukulaisella rinta- tai munasarjasyöpä, näistä ainakin yksi alle 50-vuotias
- suvussa kahdella lähisukulaisella rinta- tai munasarjasyöpä, näistä ainakin yksi alle 40-vuotias
- suvussa yhdellä alle 30-vuotiaana todettu rintasyöpä tai miehellä rintasyöpä
- lähisuvussa samalla henkilöllä sekä rinta- että munasarjasyöpä

BRCA -geenivirheen kantajalle syntynyt rintasyöpä tai munasarjasyöpä ei ole erotettavissa muista rinta- tai munasarjasyövistä histopatologisten ominaisuuksien perusteella.

HNPCC -oireyhtymää voi epäillä, mikäli kolmella lähi-

sukulaisella todetaan suolisto-syöpä (tai naisella kohtusyöpä) ja sairastuneista ainakin yksi on alle 50-vuotias. HNPCC -mutaation pohjalta syntyneen syövän voi tunnistaa HNPCC -geenien proteiinien värjäytymistä selvittävällä immunohistokemiallisella värjäyksellä. Poikkeava värjäystulos voi viitata perittyyn alttiusmutaatioon, ja mutaationkantaus on varmistettava veritestillä.

Mikäli naisella epäillään perittyä syöpäalttiutta ja nainen myös itse on halukas jatkoselvittelyihin, hänet voidaan lähettää yliopistosairaaloiden kliinisen genetiikan yksiköön, Väestöliittoon tai Folkhälsanin perinnöllisyyspoliklinikalle. Myös maakunnallisissa Syöpäyhdistyksissä annetaan syövän perinnöllisyysneuvontaa ja lähetetään tarvittaessa jatkoselvittelyihin yliopistosairaalaan. Ilman asianmukaista perinnöllisyysneuvontaa ei perittyä alttiusmutaatioita selvittävää veritestä voi tehdä.

Geenivirheen kantajien seurantasuosituks

BRCA- tai HNPCC-mutaationkantajien seurannasta ei ole olemassa valtakunnallisia sitovia ohjeistuksia. BRCA-mutaationkantajille suositellaan yleisesti rintojen mammoграфияa ja ultraäänitutkimusta vuosittain 50 vuoden ikään asti, tämän jälkeen joka toinen vuosi. Seulonta aloitetaan 35-vuotiaille tai 5 vuotta nuoremmille kuin nuorin suvussa sairastunut. Rintojen magneettitutkimus saattaa jatkossa osoittautua paremmaksi seulontamenetelmäksi. Lisäksi suositellaan gynekologista ultraäänitutkimusta vuosittain. Munasarjasyövän varhaistoteaminen on kuitenkin vaikeata, eikä vuosittaisella ultraääniseulonnalla yhdistettynä Ca12-5 -määritykseen ole voitu osoittaa olevan vaikutusta munasarjasyöpäkuolleisuuteen.

HNPCC-mutaationkantajille suositellaan kolonoskopiaa 2–3 vuoden välein sekä gynekologista tutkimusta yhdistettynä vaginaaliseen ultraäänitutkimukseen vuosittain. HNPCC -mutaatiokantajuuteen liittyy noin 50 % elinikäinen riski sairastua kohtusyöpään, sekä noin 10 % riski sairastua munasarjasyöpään. On tutkimuksia, joissa endometriumnäyte on ollut poikkeava (atyyppinen hyperplasia tai syöpä) mutaationkantajanaissilla joilla endometriummin vaginaalinen ultraäänilöydös on ollut normaali. Vakuuttava näyttö rutiininomaisen vuosittaisen endometriumnäytteen hyödyistä kuitenkin puuttuu. ■

SUOSITELTAVAA LUKEMISTA:

Mecklin Jukka-Pekka ja Järvinen Heikki J. Paksusuolisyöpä suvussa – mitä tehdä? Suomen Lääkärilehti 2007;62:14-15.

Oivanen Tiina ja Holli Kaija. Periytyvä rintasyöpäalttius – voidaan riskiryhmien ennustetta parantaa? Suomen Lääkärilehti 2005;60:30-32.

Vasen HFA, Möslin G, Alonso A ym. Guidelines for the clinical management of Lynch syndrome (hereditary non-polyposis colorectal cancer) Journal of Medical Genetics 2007;44:353-362.



Perinnölliseen syöpäalttiuteen liittyvän riskin vähentämismahdollisuudet

■ LT JOHANNA AALTONEN, Keski-Suomen keskussairaala



Perinnöllisten geenimuutosten arvioidaan olevan merkittävä sairastumisriskiä lisäävä tekijä noin 10 % munasarjasyövistä ja 1–5 % kohtusyövästä (Karlän ym). Tunnetuimmat munasarjasyövän riskiä lisäävät perinnölliset tekijät ovat myös rintasyöväälle altistavat geenivirheet BRCA1 ja BRCA2 geeneissä. Erityisesti BRCA1 kanta-jilla on myös lisääntynyt munanjohdin- ja peritoneaalikarsinooman riski. Kohtu- ja munasarjasyöpäalttiutta lisäävät geenivirheet HNPCC syndrooman taustalla (MLH1, MSH2, MSH6 ja PMS2 geenit).

Taulukossa on esitetty yleisimmien esiintyvien syöpien elinaikainen riski näillä potilailla verrattuna normaaliväestöön. (%)

	rinta	paksusuoli	munasarja	kohtu
Normaali väestö	12.3	2.7	1.7	2.8
BRCA1	65–87		20–60	
BRCA2	45–85		10–40	
HNPCC		40–60	3–13	27–71

Syöpäriskin vähentämisessä olennaista on tunnistaa suurentuneessa riskissä olevat potilaat (BRCA1/2 ACMG kriteerit ja sovelletut Lundin kriteerit, HNPCC Amsterdam I/II kriteerit). Yllä mainitut geenit periytyvät dominantisti Mendelin sääntöjen mukaisesti eli yksi virheellinen peritty kopio lisää syöpäriskiä. Kun toiseen normaaliin geeniin tulee elämän aikana mutaatio jossain solussa, käynnistyy syöpään johtava kehitys. Tutkimusten perusteella on näyttöä siitä, että syöpäriski vaihtelee riippuen siitä, millaisesta mutaatiosta on kysymys. Kliinisessä päätöksenteossa tällä ei toistaiseksi ole ollut suurta merkitystä, joskin potilaan neuvonnassa huomioidaan suvun muiden jäsenten syöpäsairastuvuus. Syövän ilmaantumiseen vaikuttavat perityn mutaation ohella myös muu perimä, ympäristötekijät ja olennaisesti potilaan ikä. Suomessa on pyritty järjestämään hoidonporrastus siten, että geenitestausta edeltää aina perinnöllisyyslääkärin neuvonta (Leminen).

Miten korkean riskin potilaita hoidetaan?

Selvää konsensusta korkean syöpäriskin potilaiden hoidosta ei ole Suomessa eikä myöskään kansainvälisesti. Käytännössä vaihtoehtoina tulevat kyseeseen tehostettu seuranta, lääkkeellinen ehkäisy ja sairastumisriskiä vähentävät leikkaukset (Rosen ym). Potilaille on tarjottu tehostettua gynekologista seuranta sisältyen gynekologisen ultraäänitutkimuksen ja CA 125 määrittelyn 6–12 kk välein. Seuranta ei vähennä syöpään sairastumisen riskiä, vaan pyrkimyksenä on mahdollisimman varhainen diagnoosi. Tämä tavoite ei toteudu ainakaan munasarjasyövän osalta (Olivier ym). BRCA1/2 potilailla on profylaktisen leikkauksen yhteydessä todettu yllätyslöydöksenä ovariokarsinomia (ns. occult carcinoma) vasta histologisessa tutkimuksessa (Finch ym). HNPCC potilailla rutiininomainen endometriumnäytteiden otto lisää seurannan tehoa ja mahdollis-

taa kohtusyövän esiasteiden diagnostiikan (Renkonen-Sinisaalo ym). Tehostettua seuranta suositellaan aloitettavaksi 25–30 vuoden iästä alkaen tai viisi vuotta ennen sitä ikää, jolloin nuorin sukulainen on sairastunut.

Yhdistelmäehkäisytablettien munasarjasyövältä suojaava vaikutus (40–50 % riskin väheneminen) on todettu myös BRCA1/2 potilailla. Huolta on herättänyt mahdollinen rintasyöpäriskin kasvu, mutta uusimpien tutkimusten mukaan viiden vuoden ehkäisytablettien käyttö ei tuottaisi lisäriskiä näilläkään korkean riskin potilailla. Tuore tutkimus kehottaa kuitenkin varovaisuuteen tulosten viittatessa siihen, että yli 4 vuoden käyttö erityisesti ennen ensimmäistä raskautta saattaisi lisätä BRCA1/2 potilaiden rintasyöpäriskiä (Brohet ym). HNPCC potilailla yhdistelmäehkäisytablettien käyttö on suositeltavaa ajatellen suojavai- kutusta myös kohtusyövältä, kunnan tutkimuksia aiheesta ei kuitenkaan ole. BRCA1 potilailla sterilisaatio suojaa munasarjasyövältä, erityisesti silloin, kun sitä edeltää ehkäisytablettien käyttö. BRCA2 potilaita sterilisaatio ei suojannut (Narod ym).

Leikkaushoito on tehokkainta ennaltaehkäisyä

Korkean riskin potilaille suositellaan ennaltaehkäisevää leikkaushoitoa. Eniten on tutkittu BRCA1/2 potilaiden kohdun ja sivuelinten poistoa. Tämä on todettu parhaaksi ja kustannustehokkaimmaksi syövän ennaltaehkäisyssä. HNPCC potilaille suositellaan profylaktista kohdun ja sivuelinten poistoa (Vasen ym). Myös BRCA1/2 potilailla kohdunpoistoa profylaktisen leikkauksen yhteydessä puoltaa kohonnut munanjohdinsyöpäriski, pelkän estrogeenin tarve hormonikorvaushoitona sekä mahdollinen tamoksifeenin käyttö. Ennaltaehkäisevän kirurgian mahdollisuudesta hyötyineen ja haittoineen tulee keskustella jokaisen geeninkantajan kanssa. Huomattavaa on, että gynekologisenkaan syövän riski ei täysin häviä toimenpiteen jälkeen, vaan pieni peritoneaalikarsinooman riski säilyy erityisesti BRCA1 potilailla (Casey ym). HNPCC potilaiden kohdalla tätä riskiä ei ole raportoitu. Ongelmallista profylaktista kirurgiaa ajatellen on toimenpiteen ajankohta. Kirjallisuuden perusteella profylaktista kirurgiaa suositellaan yli 35 ikävuoden jälkeen tai kun lapsiluku on täynnä, BRCA2 potilailla viimeistään menopausissa. BRCA1 potilailla munasarjasyöpäriski alkaa nousta jo 30 vuotiaana kun taas BRCA2 potilailla vasta 45–50 ikävuoden tienoilla. Rintasyöpäriski alkaa merkitsevästi nousta BRCA1/2 potilailla 30 ikävuoden jälkeen. Munasarjojen poiston on todettu vähentävän merkitsevästi rintasyöpäriskiä (50–60 %) ja parantavan ennustetta jo sairastuneilla potilailla (Eisen ym). Suurin hyöty saavutetaan silloin, kun munasarjat poistetaan alle 40 vuotiaana ja jos rintasyöpä on todettu potilaalla alle 40 vuoden iässä. HNPCC potilailla endometriumkarsinoma todetaan keskimäärin 50 vuoden

iässä, munasarjasyöpäriski alkaa kasvaa 40 ikävuoden jälkeen. HNPCC kantajilla endometriumien karsinoma käytäytyy yleensä samoin kuin sporadinen syöpä ja ennuste on varhaisessa vaiheessa hoidetussa taudissa hyvä. Kun profylaktinen leikkaus tehdään ennen menopausia, suositellaan potilaille estrogeenikorvaushoitoa luonnolliseen menopausi-ikään saakka (Armstrong ym).

Perinnöllisen syöpäalttiuden omaavien potilaiden hoito olisi ideaalitalanteessa yhteistyötä perinnöllisyyslääkäriin, onkologin, gynekologin, gastrokirurgin ja patologin välillä. Hoitopäätökset syöpäriskin vähentämismahdollisuuksista tulisi tehdä yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla potilaan mielipidettä kuunnellen. Valitettavasti paikalliset resurssit tähän ovat usein riittämättömät. Potilaita on kuitenkin suhteellisen vähän ja yksittäisen potilaan perinnölliseen alttiuteen liittyvää syöpäriskiä sekä geeninkantajuu-

teen liittyvää ahdistusta voidaan oikein ajoitetuilla ennaltaehkäisevillä toimilla olennaisesti vähentää. ■

VIITTEET:

- Armstrong et al, J Clin Oncol 2004
- Brohet et al, J Clin Oncol 2007
- Casey et al, Gyn Oncol 2005
- Eisen et al, J Clin Oncol 2005
- Finch et al, JAMA 2006
- Karlan et al, Obst Gyn 2007
- Leminen, Duodecim 2006
- Narod et al, Lancet 2001
- Olivier et al, Gyn Oncol 2006
- Renkonen-Sinisalo et al, Int J Cancer 2006
- Rosen et al, Gyn Oncol 2004
- Vasen et al, J Med Genet 2007

Mikä auttaa syöpäpotilasta selviytymään?

■ PÄIVI HIETANEN, syöpätautien dosentti, Suomen Lääkärilehti

Ihmisen mieli on rakentunut jatkuvuuden tunteelle. Vaikka tiedämme, että ihminen on kuolevainen, emme omakohtaisesti ajattele kuolemaa elämän tasaisessa virrassa. Vakava sairaus merkitsee uhkaa, johon liittyy tuskallisia psyykkisiä oireita kuten ahdistusta ja masennusta. Ihmisellä on käytettävissään monia keinoja näiden hankalien tunteiden vaimentamiseksi ja hallinnan tunteen lisäämiseksi. Terveystenhuolto voi toiminnallaan auttaa potilasta tässä.

Luottamuksellinen hoitosuhde, läsnäolo ja välittäminen auttavat potilasta pitämään yllä toivoa, mikä ei ole ainoastaan ajatuksia paranemisesta, vaan sairauden kanssa selviytymisestä. Hyvä hoitosuhde syntyy siitä, että lääkäri on tavoitettava, puhuteltava, henkilökohtainen ja kiinnostunut. Luottamuksen löytymistä edesauttaa, jos potilas tuntee olevansa tervetullut hoitopaikkaansa.

Samalla kun useimmat ihmiset tietävät sairautensa vakavuudesta, he luovat mieleensä mahdollisuuksien tilan, joka jättää tilaa unelmille ja auttaa jatkamaan elämää. He etsivät toivoa useista lähteistä, jotka vähentävät sairauden aiheuttamaa uhkaa:

- Fyysinen vointi ja oma ruumis voivat toimia toivon lähteenä: kun vointi on hyvä, potilas ajattelee: "en voi olla kovin sairas". Syöpäleikkauksen jälkeen potilas ja lääkäri toteavat: "kaikki saatiin pois", vaikka jatkohoitoja tarvittaisiinkin. Hoidon haittavaikutukset voidaan tulkita tehokkuuden merkiksi.

- Lääketiede tuo toivoa: "lääkärit voivat nykyisin tehdä ihmeitä", "annan itseni heidän käsiinsä", "tunnen oloni aina turvallisesti sairaalassa".

- Potilas etsii merkitystä tapahtuneelle. Hän voi tulkita sairastumisen Jumalan tahdoksi tai itselleen psyykkisen kasvun lähtökohdaksi. Hän voi ajatella, että sairau-

den oli parempi sattua itselle kuin jollekin läheiselle. Monet kokevat arvojen muuttumisen rikastuttaneen elämää ja ihmisuhteiden syventyneen. Elämän rajallisuuden tajuaminen tuo arkipäivään syvyyttä.

- Potilas voi luoda "sairausvapaita alueita" sulkemalla sairauden välillä pois mielestään. Hän saattaa löytää mielekkyyttä ja hallita ahdistustaan jatkamalla sairaanakin opiskelua tai työtään.

- Potilas voi rajata informaatiota ja tulkita sitä myönteisesti näkökulmasta. Hän ei kysy ennusteestaan tai valitse tarkasti, keneltä ja milloin kysyy.

- Potilas voi etsiä helpottavia näkökulmia vertaamalla tilannettaan vielä sairaampaan potilaaseen tai omaan aiempaan vointiinsa. Toisaalta positiivinen esikuva, sairautensa kanssa selvinnyt potilastoveri, on parhaita toivon lähteitä.

Lääkäri voi auttaa potilasta pitämään yllä "mahdollisuuksien tilaa" kunnioittamalla potilaan sopeutumiskeinoja. Se ei merkitse epärehellisyyttä eikä surun tai menetyksen mitätöintiä. Monet lääkärit ovatkin herkkätuntoisia potilaan kulloisellekin sopeutumisvaiheelle ja löytävät toivoa tukevia sanoja. Sellaisista lääkäreistä pidetään eniten. ■

Merete Mazzarella. Silloin et koskaan ole yksin. Lukemisen taidosta. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki 1999.

Salander P. et al. The creation of protection and hope in patients with malignant brain tumors. Soc Sci Med 1996;42:992.

Salander P. et al. Does denial really cover of everyday experiences in oncology: A critical view from a psychoanalytic perspective. Br J Med Psychol 1999;72:269.



Unto Koistinen ja Eero Carpén – ystävyyttä yli ammattirajojen

Pidin pitkään vastaanottoa samassa vastaanottohuoneessa Eero Carpénin kanssa. Huoneen seinällä tutkimuspöydän takana oli litografia, joka esitti alastomia naisia rannalla. Ihailin työtä, mutta vaikka olin ihastunut vuonna 1998 Unto Koistisen postuumissa näyttelyssä erityisesti hänen omakuviinsa, en heti oivaltanut, että kyseessä on saman taiteilijan litografia. Vastaanotolla hoitajat kertoivat minulle, että työn omistaa Eero Carpén, joka oli ollut Koistisen läheinen ystävä hänen eläessään.



Kuva Hille Erolia

Sittenmin Eero kertoi työn päättymisestä vastaanoton seinälle. KaisaRaakel Koistinen, Unton puoliso, tuli kerran vastaanotolle työn kanssa ja sanoi, että tämä varmasti sopisi tänne. Sopi totisesti!

Muutama vuosi sitten sain tilaisuuden hankkia tuon samaisen grafiikan myös itselleni. Nyt katselen sitä omassa kodissani ja niin syntyi ajatus kertoa muillekin gynekologista, joka oli Unto Koistiselle sekä lääkäri että hyvä ystävä.

Mitä taide merkitsee sinulle?

– Taide on kodin A ja O, huudahtaa Eero Carpén. On kiva, kun tulee kotiin, että on vastassa jotain sellaista, josta todella pitää. Meillä on ollut puolisoni Irmelin kanssa samanlainen maku, hankinnoista ei ole tullut erimielisyyksiä. Irmeli on ollut meillä innoittaja, ehkä en olisi itse ilman häntä ihan niin aktiivinen taiteen ihailija.

– En tiedä perintötekijöistä, mutta meillä on kaikilla lapsilla taidetta, ki-

vaa ja erilaista. Tauluja, mutta myös keramiikkaa ym. Esimerkiksi poikamme Ollin täyttäessä tasavuotia ostimme hänelle Outi Heiskasen teoksen, jossa on erirotuisia koiria – olemme myös koiraihmisii. Tämän työn olimme nähneet jo vuosia sitten, mutta vasta nyt syntyi sopiva tilaisuus hankkia se. Ostamme lapsille ja lapsenlapsille lahjoiksi taidetta, aina miettien, mikä kullekin kävisi.

– Positiivinen merkitys on sillä, että tuntee taiteilijan teosten takana. Tutustuin mm Kimmo Kaivantoon, sekä töihin että persoonaan ja olen ostanut häneltä töitä joskus taiteilijan suosituksen perusteelta. Unto on ehkä taiteilijoista sellainen, jonka parhaiten olen tuntenut.

Unto oli erityinen

– Unto Koistisen taiteeseen tutustuin ja ihastuin ystäviemme luona 50 vuotta sitten, he olivat ostaneet Purnun näyttelystä Unton maalaaman äitiään esittävän naisfiguurin. 1960-luvun lopupuolella rohkaistuini ja soitin Kois-

tisille, koska halusin ostaa Irmelilleni jotakin sellaista, josta tiesin hänen pitävän. Makutuomariksi otin 12-vuotiaan esikoisemme Ollin. Se sydämelisyys, jolla Raakel ja Unto meidät ottivat vastaan jäi mieleeni lähtemättömästi, se oli ystävyyttä ensi silmäyksellä ja se ystävyys vain lujittui vuosien myötä. Ensitapaaminen oli tosin jäädä viimeiseksi, sillä sanoin jonkin teoksen olevan ”ihana” ja Unton mielestä ilmaus oli sopimaton ja naisellinen. Hän kuitenkin antoi ilmaukseni anteeksi ja ystävyysimme pääsi syvenemään. Unton kanssa se jatkui hänen kuolemaansa asti ja jatkuu tietyksi KaisaRaakelin kanssa edelleen.

– Untolla oli paljon ystäviä myös lääkäripiireissä, hänen teoksensa koristavat useiden kollegojen koteja. Ystävyyshän on yleensä molemminpuolista ja jos Unto sairasteli, löytyi tarvittaessa helposti apua. Minun apuni näitten vuosikymmenien aikana oli vain perheen akuuttien tulehdussairauksien hoitoa, ”gynekologisia vaivoja nääs kun Untolla ei ilmennyt”. Ve-

Unto Koistinen

27.7.1917–9.5.1994

Taidemaalari ja -graafikko

Opintoja 30–40 -luvuilla

Taideteollisessa keskuskoulussa,
Suomen Taideakatemian koulussa
ja Ruotsin kuninkaallisessa
taideakatemiassa.

Pro Finlandia -mitali 1963.

Professori h.c. 1970.

Kymmeniä yksityis- ja ryhmä-
näyttelyitä sekä Suomessa että
ulkomailla.

Töitä lukuisissa merkittävässä
suomalaisissa taidemuseoissa ja
yksityiskokoelmissa.

Eero Carpén

5.11.1929

Naistentautien ja synnytysten (1966)
sekä gynekologisen sädehoidon
(1972) erikoislääkäri.

LKT 1975.

Pitkä ja potilaiden suuresti
arvostama ura yksityislääkärinä
Syöpäjärjestöjen poliklinikalla.

Toimittanut SGY:n
50-vuotishistoriikin.



Kuva KaisaRaakel Koistisen arkisto

renpainemittari ja stetoskooppi olivat ainoita työvälineitäni, mutta jo melko varhain havaitsin, että tärkeintä olivat kuuntelu ja seurustelu, niitä Unto arvosti, pienet vaivatkin siinä unohtuivat. Puhuimme taiteesta, maailmanmenosta, jokapäiväisistä asioista. Minä tietysti olin ennen kaikkea kuuntelija ja yritin imeä taiteeseen liittyviä totuuksia ja salaisuuksia.

Mikä Unto Koistisen taiteessa viehättää?

– Kaikki – tekniikka, toteutuksen helppous, objektien valinta, taulujen ja kehysten sopusointu, sanoo Eero siteeraten Unton ajatuksia: ”Viiva on tärkein. Kuvataiteessa on jalointa ja hienointa juuri piirtäminen. Viivahermo on kehittynyt ja pelkistynyt vuosien työssä, sen on elettävä. Nainen on ajaton ja tutkimaton, naisessa on se jokin. Minulla on paljon ollut naismalleja. Naiset, varsinkaan vanhemmat naiset, joita erityisesti rakastan, eivät puhu urheilusta eivätkä jauha politiikkaa”. Unto vertasi työskentelyään

silmäkirurgin työhön: ”Elävä, sinänsä oikullinen viiva ei synny sattumalta, taiteilijan käden on oltava varma kuin mikroskooppisia hermoja viiltävän kirurgin.”

– Useilla henkilöillä on omat ”tavaramerkkinsä”, Untolla ne olivat leijona ja ”Unto täällä”. Horoskooppimerkkinä leijonan omaksuneen ja piiloleikkiin innostuneen maalarin omakuvasarja jatkui läpi elämän milloin leijonan, milloin ihmisen hahmossa tunnusmerkkinä kuitenkin aina iso nenä. Vuosikymmenten vakiovastaus puhelimen soidessa oli ”Unto täällä”.

– Varsinaista suosikki-aulua on vaikeata nimetä. Kaikissa on oma viehättyksensä, rehevämuotoiset naiset, äitilapsi asetelmat, puhallininstrumenttia soittava Unto, niitten ”paremmuusjärjestykseen” asettaminen on mahdollonta. Erikoisen rakkaat ovat kuitenkin ensimmäiset Unton cameo-sarjan tauluni.

– Unto sai elämänsä aikana paljon arvostusta, tunnustuspalkintoja sekä täysin ansaitusti myös professo-

rin arvonimen 1970. Tällaisista asioista ei kuitenkaan koskaan keskusteltu, niitten korostaminen ei kuulunut vaatimattoman miehen luonteenpiirteisiin.

Ystävyys on vierelläkulkemista

– Taide oli vuosikymmenten ajan Koistisen perheessä tärkein puolisoita yhdistävä tekijä. Unton tekemät omakuvat olivat Raakelin maisterintutkinnon pro gradu -aiheena. Mitä pitemmälle vuodet kuluivat sitä voimakkaammaksi tuli Unton riippuvaisuus Raakelistä.

– Unton viimeiset elinvuodet eivät olleet toiminnan miehelle mitenkään suurta herkkua. Unto kaatui 1990 saatuttaen selkensä. Raakel hoiti häntä uskollisesti kotona – Unto oli kolme vuotta pyörätuolipotilas. Viimeiset ajat hän oli Puolarmetsän sairaalassa, missä kävin häntä joitakin kertoja tervehtimässä. Unto kuoli 76-vuotiaana vuonna 1994. Kaunis, tunnelmallinen siunaustilaisuus oli Temppeliaukion kirkossa. ■



Serkut Pekan Bistrossa

Suku on pahin – sanotaan. Väittäjä ei pidä lainkaan paikkaansa, kun ajattelen sitä iloista serkkujoukkoa puolisoineen, joka on jo useiden vuosien ajan kokoontunut kotiimme syksyisenä lauantaina iloiseen yhdessäoloon muistelemaan menneitä ja nauttimaan keittiömme antimista.

Aitini suku on kotoisin Pohjanmaalta, mistä isovanhempani muuttivat Hämeenlinnan lähistölle 1900-luvun alkupuolella. Useimmat äitini sisaruksista asettuivat asumaan näille seutuille ja tämä mahdollisti läheisen yhteydenpidon ja vahvan sukusiteen muodostumisen tälle seudulle jääneiden kesken. Omat vanhempani muuttivat sodan jälkeen Kolariin, mutta joka kesä

vietimme kesäloman sukulaisten luona ja itse suoritin lukioni Hämeenlinna lyseossa asuen tätini luona Le teensuolla. Vajaan parin kymmenen kilometrin koulumatka syksyisin ja keväisin taittui kätevästi pyörällä. Lukioaikani tarjosi myös hyvän mahdollisuuden vierailuihin tätiäni ja enojeni luo ja samalla myös serkkujeni tapamiisiin. Luulisin, että näiltä ajoilta on peräisin tämä tarve yhteydenpitoon muulloinkin kuin syntymäpäivien ja hautajaisten merkeissä.

Vanhaa ja uutta, kotimaista ja kansainvälistä

Alkuvuosien serkkutapaamisissa ruoat haettiin seisovasta pöydästä, jossa alkuruoat olivat monasti erilaisia kalajuttuja: valkosipuli- ja sinappisalakoi- ta, lohta eri muodoissa. Pääruoka oli useimmiten padassa valmistettua lihaa, esim Burgundin pataa kasvis- ja perunalisukkeineen. Ikäihmisten ruokailun helpottamiseksi Kaarina on viime aikoina kattanut valmiiksi kolme

pöytää ruokailuhuoneeseemme bistrossi. Olen myös pyrkinyt ateriakonaisuuksiin ja siihen, että ruoka annostellaan valmiiksi lautasille keittiössä ja tarjoillaan pöytiin. Niinpä tässä matkan varrella olen tarjonnut serkuilleni mm. italialialais- ja marokkolaisvaikutteisten menujen lisäksi Ritva ja Risto Lehmusoksan keittokirjan ”Marskin pöydässä” innoittaman menun, jonka pääruoan, vorschmackin, teko kesti kolme vuorokautta.

Lammasta se on kielikin...

Tämän vuotinen ruokalista muovautui useamman vuoden aikana hyviksi koetuista resepteistä. Kalamureke



on mukaelma useankin eri keittokirjan ohjeista. Ennakkoluulojen välttämiseksi en uskaltanut nimetä pääruokaa lampaankieligratiiniksi vaan pelkästään lammassgratiiniksi. Hakaniemen hallissa Hakkaraisen lihakauppa keräsi pakkaseen 5 kiloa lampaankieliä eli noin 50–60 kappaletta. Tällaisen määrän saaminen ei aivan yhdessä viikossa onnistu. Algerialaisen maakoudan ohjeen sain ystäväni Alin vaimolta, Sanaalta. Lampaankieligratiini ja sen seurana nautittu Pinot Noir-rypäleistä tehty Côte de Nuits Villages saivat runsaasti kiitosta. Kahvin ja avecin aikana kaikki paikalla olleet 22 henkeä intoutuivat laulamaan Hä-

mäläisten laulun, Eldankajärven jään ja muita tilanteeseen sopivia lauluja. Erotessa sovittiin jälleen tapaamisesta vuoden kuluttua.

Menu 20.10.2007 serkkujen seurassa Kalamureke

*Vihreä salaatti
Lammassgratiini
Maakouda
Suklaakakku
Vadelmakastike
Kahvi avec*

*Wolfberger Crémant d'Alsace
Gisselbrect Riesling 2005
Joseph Drouhin
Côte de Nuits Villages 2005*

Kalamureke

(12–15 annosta)

*½ kg lohifilettä
½ kg haukifilettä
100 g kylmäsavustettua lohta
3 kananmunaa
3 dl kermaa
1 tl merisuolaa, valkopippuria
pieni nippu tilliä
150 g pinaattia nopeasti
ryöpättynä*

Leikkaa kalat paloiksi ja jauha ne monitoimikoneessa. Lisää joukkoon kananmunat ja sitten vähitellen myös kerma ja mausteet sekä silputtu tilli. Jauha tasaiseksi tahnaksi. Suolan sopivuuden ja maun voit tarkistaa paistamalla lusikallisen tahnaa kevyesti molemmin puolin paistinpannulla.

Leikkaa kylmäsavulohi pieniksi kuutioiksi ja silppua erikseen mahdollisimman kuivaksi puserrettu, ryöpätty pinaatti.

Voitele uunivuoka voilla ja jauhota se korppujauhoilla. Laita vuoaan pohjalle noin puolet tahnasta ja tee tämän jälkeen kylmäsavulohesta ja pinaattisilpusta tasainen välikerros, jonka peität lopulla tahnalla. Peitä vuoka alumiinifoliolla ja kypsennä vesihautessa 200-asteisessa uunissa vajaan tunnin ajan. Annos on kohtalaisen suuri, joten halutessasi voit käyttää kahta pienempää vuokaa.

Anna jäähtyä vuoassa, jolloin vapautunut neste imeytyy takaisin mukkeeseen ja se säilyttää kosteustensa.

Vihreä salaatti

Itse käytän mieluiten roomansalaattia ja rukolaa. Molemmat huuhton kylmällä vedellä ja kuivaan salaattilingossa. Roomansalaatin revin käsin sopiviksi paloiksi, mutta rukolan silppuan karkeasti veitsellä. Joskus lisään joukkoon, ohuita kevätsipulin siivuja, karkeasti silputtua lehtipersiljaa ja basilikaa. Värikkyyttä salaattin saa retiisi-siivuilla ja sumakilla (kuivatuista marjoista tehty libanonilainen mauste).

Salaatin lehdet maustan ripauksella maldonsuolarakeita ja mustapippurilla myllystä. Salaattikastikkeen teen liottamalla hivenen hunajaa pieneen määrään viinietikkaa ja sekoittamalla tähän sitten sopivan määrän oliiviöljyä. Kastikkeen lisään salaattin vasta välittömästi ennen tarjoilua.

Lampaankieligratiini

(10–12 annosta)

*1,5–2 kg lampaankieliä
1–2 varsisellerin vartta
1–2 porkkanaa
pala palsternakkaa
1–2 sipulia
5–6 valkosipulin kynttä
10 maustepippuria
10 valkopippuria
pari laakerinlehteä
1 tl juustokuminaa
2–3 tl merisuolaa*

Liota kieliiä kylmässä vedessä muutama tunti ja vaihda vesi muutaman kerran.

Kuori porkkanat, sipulit ja palsternakka. Lohko ne ja viipaloi varsiselleri.

Kiehauta suuressa kattilassa vesi ja lisää kielet siihen niin, että ne jäävät veden peittoon. Keitä voimakkaasti 5 minuuttia ja kaada keitinvesi pois. Huuhdo kielet puhtaiksi kylmässä, juoksevassa vedessä.

Laita kielet takaisin puhdistettuun kattilaan ja peitä ne kylmällä vedellä. Kiehauta ja kuori pois pinnalle muodostuva vaahto. Lisää tämän jälkeen porkkanat, selleri, palsternakka ja sipulit sekä pippurit, laakerinlehdet, kumina ja merisuola. Kiehauta ja keitä hiljalleen vielä reilun tunnin verran.

Kun kielet ovat kypsiä, nahka irtaa helposti ja tällöin voit ottaa kattilan liedeltä. Nylje kielet kuumina, koska silloin nahka irtaa helposti. Sormien palamista voit estää lorauttamalla kyl-

mää vettä kielen päälle ennen nylkemistä. Siivilöi liemi ja laita kielet nylkemisen jälkeen siihen odottelemaan käyttöä.

Tomaattikastike ja gratinointi

*Pari sipulia biennonnettuna
2 valkosipulin kynttä biennonnettuna
Sellerin varsi biennonnettuna
200–300 g sienä (kanttarelleja, tatteja, herkkusieniä) paloitteluna
2 tlk (ä 400 g) tomaattimurskaa
3–3 ruokalusikallista tomaattipyreettä
Tuoreita yrttejä (lehtipersiljaa, rosmariinia, timjamia, basilikaa) silputtuna
2 dl kuivaa valkoviiniä
Merisuolaa ja mustapippuria
2–3 dl parmesaaniraastetta*

Kuullota sipulit ja selleri tilkassa öljyä. Paista sienet voissa ja lisää ne ja tomaattimurska kasvien joukkoon. Lisää mukaan myös valkoviini, tomaattipyreä ja yrtit. Mausta suolalla ja mustapippurilla myllystä. Hauduta niin, että kastike sakeutuu.

Siisti kielet poistamalla niiden tyvestä ylimääräinen liha (sästä perkuujätteet keittoon yms) ja puolita ne pitkittäissuunnassa. Lado puolikkaat laakeaan vuokaan yhtenä kerroksena ja levitä tomaattikastike kielten päälle.

Laita vuoka 250-asteiseen uuniin 10–15 minuutiksi, jotta kielet lämpiäisivät. Ota pois ja sirottele päälle parmesaaniraaste ja laita vuoka uudelleen uuniin gratinoitumaan 10–15 minuutin ajaksi.

Maakouda

Tarvikkeet:

*500 g perunoita
(puikulat ovat ebkä parhaita)
3 lusikallista silputtua korianteria tai persiljaa
1 kananmuna
hyppysellinen saframia
1 murskattu valkosipulinkynsi
mustapippuria
korppujauboja
öljyä paistamiseen (auringonkukka- tai maapähkinäöljyä)*

Keitä perunat kypsiksi suolalla maustetussa vedessä, valuta vesi pois ja survo perunat muusiksi. Jäähdytä ja lisää sitten kananmuna, korianteri- ja/tai persiljasilppu, saframi, hyppysellinen

suolaa, valkosipuli ja mustapippuri. Sekoita ainekset hyvin. Tee taikinas- ta pähkinän kokoisia pallukoita, pyörittele ne yksitellen korppujauhoissa. Kuumenna öljy paistinpannussa ja paista litistetyt maakoudat molemin puolin. Asettele ne kypsennyksen jälkeen talouspaperille valumaan liian öljyn poistamiseksi.

Lisukkeeksi ja koristeeksi lautaselle voi laittaa sokeriherneitä, jotka kypsennetään kevyesti voissa paistamalla hienonnetun valkosipulin ke- ra. Maustetaan merisuolalla ja mustapippurilla.

Kuohkea tummasuklaatorttu

(Gero Hottingerin kokkikoulussa opittua)

*200 g hyvää tummaa suklaata
(esim Lindt 85 %)
4 dl kuohukermaa
kaakajauhetta koristeluun*

1. Ota matala, sileäreunainen paistovuoka (halkaisijaltaan 20–24 cm) ja leikkaa sen pohjalle koko pohjan peittävä leivinpaperi. Irtopohjavuoka, jonka pohjalle on pingotettu leivinpaperi helpottaa loppuvaiheessa kakun irroittamista.

2. Sulata suklaa hitaasti miedonlämpöisessä (60°) vesihauteessa. Nosta suklaa hauteesta, kun se on kokonaan sulanut. Kiehauta sillä välin 1 dl kuohukermaa ja sekoita se sulaneeseen suklaaseen. Anna jäähtyä.

3. Vispaa loput kermasta vaahdoksi ja sekoita suklaamassaan. Täytä vuoka suklaamassalla ja laita jääkaappiin vähintään neljäksi tunniksi.

4. Irroita tortun reunat vuoasta ja kumoa se tarjoiluvadille. Irtopohjavuoan avulla toimenpide on helpompi reunojen irroittamiseksi ja laittamalla vati tortun päälle onnistuu sen kääntäminen helposti ja leivinpaperin alta tulee kaunis pinta esille, Leikkaa torttu annospaloiksi ja ripottele päälle kaakajauhetta tiheän siivilän läpi, Nosta palat lautasille ja kaada viereen vadelmakastiketta,

Vadelmakastike

*3–4 dl vadelmia
3 dl vettä
250g sokeria*

Keitetään sokeriliemi ja annetaan jäähtyä hivenen. Lisätään vadelmat sokeriliemeen ja soseutetaan sitten esimerkiksi sauvasekoittimella, minkä jälkeen siivilöidään kivet pois. ■

LYHENNELMÄ VALMISTEYHTEENVEDOSTA

Vesicare® 5 mg ja 10 mg kalvopäällysteiset tabletit.

Valuttava aine: Solifenasiini.

Käyttöaiheet: Yliaktiivisesta virtsarakosta johtuvan pakkokontinenssin ja/tai tihtyneen virtsaamistarpeen ja virtsapakon oireenmukainen hoito.

Annostus ja antotapa: Suositusannos on 5 mg:n tabletti kerran päivässä. Annosta voidaan suurentaa tarvittaessa 10 mg:aan kerran päivässä. Vaikessa munuaisten ja maksan vajaatoiminnassa potilaita tulee hoitaa varoen ja maksimiannos on 5 mg päivässä. Turvallisuutta ja tehokkuutta ei ole vielä lapsilla vahvistettu. Siksi Vesicare-valmistetta ei pidä käyttää lapsille.

Vasta-aiheet: Virtsauampi, vaikea gastro-intestinaalinen sairaus (mukaan lukien toksinen megacolon), myasthenia gravis tai ahdaskulmaglaukooma tai näiden tilojen kohonnut riski.Yliherkkyys solifenasiinille tai valmisteen apuaineille.

Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet: Muut tihtyneen virtsaamistarpeen aiheuttamat syöt (sydänvika tai munuaissairaus) tulee selvittää ennen Vesicare-hoidon aloittamista. Mahdollinen virtsatieinfektio on hoidettava asianmukaisesti bakteerilääkkeellä. Vesicare-valmistetta tulee käyttää varoen, kun on kliinisesti merkitsevä virtsarakon ulosvirtauksesta ja virtsaampi, gastrointestinaalinen obstruktiivinen häiriö, maha-suolikanavan motiliteetin vähenemisriski, vaikea munuaisten vajaatoiminta, kohtalainen maksan vajaatoiminta, samanaikainen potentin CYP3A4-estäjän, esim. ketokonatsolin käyttö, hiatushernia/gastroesofagiaalinen refluksi ja/tai esofagiittia mahdollisesti aiheuttavien tai pahentavien lääkevalmisteiden (kuten bifosonaatin) samanaikainen käyttö ja autonominen neuropatia. Turvallisuutta ja tehokkuutta ei ole vielä varmistettu potilailla, joilla detrusor-lihaksen yliaktiivisuuteen on neurogeeninen syy. Potilaiden, joilla on harvinainen perinnöllinen galaktoosi-intoleranssi, saamelaisilla esiintyvä laktaasipuutos tai glukosidi-galaktoosi-imetyshäiriö, ei pidä käyttää tätä valmistetta. **Yhteisvaikutukset:** Solifenasiinin ja potentin CYP3A4-estäjän samanaikainen käyttö on vasta-aiheinen potilailla, joilla on vaikea munuaisten vajaatoiminta tai keskivaikea maksan vajaatoiminta. Vesicare-valmisteen enimmäisannos on 5 mg annettaessa samanaikaisesti ketokonatsolia tai terapeuttisin annoksin muita potentteja CYP3A4-estäjiä (esim. ritonaviri, nefinaviiri, itrakonatsoli).

Raskaus ja imetus: Solifenasiinihoidon aikana raskaaksi tulleet naiset ei ole kliinisiä tutkimustuloksia. Valmistetta tulee määrätä varoen raskaana oleville naisille. Vesicare-valmisteen käyttöä tulee välttää imetyksen aikana.

Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttöön: Koska solifenasiini voi muiden antikolinergisten aineiden tavoin aiheuttaa näön hämärtymistä ja harvoin uneliaisuutta ja väsymystä, ajokyky ja koneiden käyttökky voi heikentyä.

Haittavaikutukset: Lieviä tai kohtalaisia antikolinergisiä haittavaikutuksia, jotka ovat annosriippuvaisia. Vesicare-valmisteen yhteydessä useimmin ilmoitettu haittavaikutus oli suun kuivuminen. Sitä esiintyi 11 %:lla potilaista, jotka saivat 5 mg kerran päivässä, 22 %:lla potilaista, jotka saivat 10 mg päivässä ja 4 %:lla potilaista, jotka saivat lumelääkettä. Suun kuivuminen oli yleensä lievää ja johti vain satunnaisesti hoidon keskeyttämiseen.

Pakkaukset ja hinnat 1.1.2006 (VMH): Vesicare 5 mg 30 tabl. läpipainopakkaus 57,72 €, Vesicare 5 mg 90 tabl. läpipainopakkaus 148,88 €, Vesicare 10 mg 30 tabl. läpipainopakkaus 68,46 €, Vesicare 10 mg 90 tabl. läpipainopakkaus 174,02 €.

Korvattavuus: SV-peruskorvattava. Reseptilääke. **Lisätiedot:** Pharmacia Fennica.

Myyntiluvanhaltija: Astellas Pharma a/s, Glostrup, Tanska.

Markkinoija Suomessa: Algot Pharma Oy, PL 13, 02611 ESPOO



Pekka Nieminen: Käypä hoito -suositus kohdunkaulan solumuutoksissa, Jari Sinkkonen: Hyvän lapsuuden eväät, Leo Dunkel: Kypsyvätkö nuoret entistä varhemmin, Kari Uusikylä: Hyvän nuoruuden eväät, Markus Färkkilä: MS-tauti gynekologin kannalta, Tarja Olkinuora: Ikääntyvä munasarja, Kaija-Maria Junkkari: Naisen elämän vuodenaikat ja henkinen hyvinvointi, Mikael Fogelholm: Hyvinvoinnin resepti 50+ naiselle, Olli Polo: Uni, vireystila, hengitys – estrogeeni älä jätä, Yvonne Schenkel: Säteilyriskit ja säteilysuojaus **GYNAECOLOGI** sukukypsässä iässä ja raskauden aikana, EeroVarila: Uusi hedelmöityshoitolaki, Kaisa Elomaa: Ehkäisyn interaktiot, Eila Sailas: Naisen depressio eri ikävaiheissa sekä Depression lääkehoito, **PRACTICI** Tarja Olkinuora: Kuu-kautiskierron hormonaalinen säätely, Tuija Foudila: Miten stressi vaikuttaa hormonitoimintaan, Ari Ristimäki: Miten syöpä syntyy, Petteri Kilpinen: Markkinointi ja terve business, **TOIVOTTA** Ilkka Perttilä: Urodynamiikka, Ilmari Anttinen: Rintasyövän kuvantamistutkimukset, Jaana Vironen: Rintasyövän hoito Päivi Pakarinen /Päivi Hietanen: Rintasyöpäpotilaan seuranta, **HYVÄÄ JOULUA!** Päivi Hietanen Toivon ylläpitäminen, Vesa Lepola: Pienenergisistä luunmurtumista – ortopedin näkökulma osteoporoosista gynekologeille, Kalevi Laitinen: Miten valitsen luulääkkeen, Saku Torvinen: Kannattaako kohdunkaulan syöpää vastaan rokottaa, Kari Varkila: Rokottamisen kehitysnäkymät ja tulevaisuuden haasteet, Pekka Taipale: PID:n ultraäänidiagnostiikka, Ben Malinen: Häpeä, syyllisyys ja potilaskohtaukset.



Missä mennään sikiöseulonnoissa?

Valtioneuvosto antoi loppuvuodesta 2006 asetuksen sikiöseulontojen järjestämisestä maassamme. Taavoitteena on nykyisten varsin kirjavien seulontojen yhdenmukaistaminen ja laadun parantaminen. Asetusta täydennettiin perustelumistiolla. Asetuksen mukaan kunnat ovat velvollisia tarjoamaan kaikille raskaana oleville naisille varhaisraskauden yhdistelmäseulonnan (NT-UÄ + PAPP-A + hCG) sekä rakenneultraäänitutkimuksen vuoden 2010 alkuun mennessä. Vaihtoehtoina ovat alkuraskauden yleinen ultraäänitutkimus ilman NT-mittausta ja rakenneultraääni H24 jälkeen, mikäli perhe ei halua Down-seulontaa tai raskauden keskeytystä sikiövian perusteella. Toisen raskauskolmanneksen veriseulaa tarjotaan, mikäli äiti myöhästyy alkuraskauden yhdistelmäseulasta.

Allekirjoittanut on mukana Finohtan työryhmässä, joka on valmistellut neuvoloissa jaettavan tiedotusmateriaalin vanhemmille. Tämä tiedotusmateriaali pilotoidaan alkuvuodesta 2008 Kuopion ja Helsingin alueen neuvoloissa. Työryhmä on valmistellut myös koulutusmateriaalin, joka jaetaan sairaanhoitopiirien alueellisille kouluttajille. Alueellisten kouluttajien koulutustilaisuudet pidetään alkuvuodesta Helsingissä (alustavasti 11.3. ja 9.4.2008). Koulutuksessa puhutaan seulonnan perusteista, eettisistä erityispiirteistä, raskaudenajan ultraääniseulonnoista, seulontavaihtoehtoista ja riskeistä, synnynnäisistä kromosomi- ja

rakennepoikkeavuuksista sekä vanhemmille suunnatusta ensitiedosta. Alueelliset kouluttajat jatkavat sitten oman piirinsä sairaaloiden ja neuvoloiden henkilökunnan kouluttamisella.

STM on parhaillaan nimittämässä toista asiantuntijatyöryhmää, jonka tehtävänä on seurata seulonnan toteutumista ja laatua sekä tarvittaessa esittää ehdotuksia asetuksen sisällön muutostarpeista.

Oleellista seulontojen uudelleen järjestämisessä on niiden keskittäminen riittävän suuriin yksiköihin, seulojien koulutus ja konsultaatiomahdollisuudet, hyvät UÄ-laitteet sekä laaduntarkkailu. Asetuksen perustelumistiosta vaaditaan 200 NT-tutkimusta/vuosi/tutkija ja rakenneultraäänitutkimuksia 2000/vuosi/seulontayksikkö. Uusi asiantuntijatyöryhmä tulee pohtimaan näitäkin lukuja ottaen huomioon alueelliset erityispiirteet kuten välimatkat ja sen, tekeekö seula kätilö vai erikoislääkäri.



Hallituksen pöydältä

14.11.2007 OULU

– Hallitus päätti ehdottaa vuosikokoukselle uuden hallituksen kokoonpanoksi seuraavaa: Juha Tapanainen (pj), Aila Tiitinen (vpj), Kati Ojala (siht), Mikko Loukovaara (varainhoit), Tarja Olkinuora (Gynecologi Practici), Maija-Riitta Orden (tiedotussiht), Antti Valpas, (keskussairaalat), Riikka Tähtinen (EGO), Paavo Mäntyviita (klubimestari), Pentti Kiilholma ja Maarit Vuento.
– Actan päätoimittajalle prof Reynir Geirssonille ilmoitetaan mahdollisuudesta puhua toivomuksensa mukaisesti Actasta Helsingin 2008 vuosikokouksen yhteydessä, kohdassa muut asiat.
– Helmikuun seminaarin kokousaiheiksi valittiin 2009 endokrinologia ja 2010 tutkijaseminaari.

Syyskokous 2009 pidetään Turussa (19.–20.11.2009) ja kokouspaikaksi valittiin Caribia sekä iltajuhlien pito- paikaksi Turun Linna.
– Arviointineuvoston symposiumiin 13.2.2008 valtuutettiin SGY:n edustajaksi Juha Mäkinen.
– Hallitus totesi, että Duodecimin Käypä hoito -työryhmä oli hyväksynyt yhdistyksemme ehdotuksen Ennen aikainen synnytys uudeksi Käypä hoito -aiheeksi ja hallitus pyytää obstetrisen pienryhmän puheenjohtajalta Tytti Raudaskoskelta ehdotusta työryhmän puheenjohtajaksi.
– SGY:n edustajaksi seulontoja koskevaan kuulemisseminaariin 22.11.2007 valittiin Seppo Heinonen.
– Väestöliiton vuosikokoukseen 23.11.2007 valittiin SGY:n edustajiksi Satu Suhonen ja Arimo Vallasto.

– Hallitus päätti pyytää HPV-rokotuksia koskevaa kannanottoa onkologiasiantuntijoilta Ulla Puistola, Jorma Paavonen, Seija Grénman ja Pekka Nieminen, jotta SGY:llä voisi olla oma näkemys asiasta.
– FIGOn osalta todettiin että jäsenmaksu on organisaation sisäisten järjestelyjen vuoksi nousemassa 2,40 €:sta 3,20 €:oon/jäsen v. 2008.
– NFOG:n koulutusvaliokuntaan valittiin seuraavaksi SGY:n edustajaksi Aila Tiitinen.
– Todettiin, että SGY oli antanut Stakesille lausunnon koskien 'Erityistason sairaanhoidon keskittämistä' sekä Käypä hoito -työryhmälle lausunnon hoitosuosituksista 'Leikkausta edeltävä arviointi ja hoito'.

Suomen Turussa 20.11.2007 / JIM

European Society for Gynaecological Endoscopy 16th Annual Meeting

Slovenia 5.–8. syyskuuta 2007

Kongressin ohjelma oli monipuolinen ja tiivis ja käsitti gynekologista kirurgiaa tai sitä sivuavia aiheita samanaikaisesti neljässä eri luentosalissa – vaadittiin sukkulointia aihepiiristä toiseen ja valinta oli toisinaan vaikeaa eri sessioiden välillä. Torstai käynnistyi komealla telesurgery-sessiolla kahdesta klinikasta Itävallasta ja Italiasta: operatiivista hysteroskopiaa, laskeumaleikkausta verkkotekniikalla, laparoskooppista myomektomiaa, laparoskooppinen sigmaresektio DIE-potilaalle (joka potilaan onneksi tarkoittaakin ”vain” deep infiltrating endometriosis). Luentosessioista mieleenpainuvimmat käsittelivät hysterektomiaa ja DIE-diagnostiikkaa ja ”skoorausta”. Seurasin kiinnostuneena myös lantiopohja-sessiota, vaikka omakohtaisia

kokemuksia verkkotekniikoista ei minulla olekaan. Kaikki esitetty kirurgia ei suinkaan ollut livenä, vaan myös videossessioita oli tarjolla – tapana näytti poikkeuksetta olevan musiikin, lähinnä joko dramaattista tai kepeää ilmaisuvoimaa välittävän klassisen musiikin yhdistäminen leikkaustallenteihin, mikä ensialkuun jäyhästä suomalaisesta vaikutti jotenkin oudolta, kunnes itsekkin alkoi aistia joutsenlammen ja bipolaarisaksien yhteistanssin. Oma ”Finhyst 2006 – early results from a national hysterectomy study out of 53 hospitals”-esitykseni oli perjantai-iltana. Norjalainen professori esitti kysymyksiä vuoden 1996 Finhystistä, joka siis muistetaan maailmalla ja on myös paljon referoitu kirjallisuudessa. Oli ilo kuulla myös toinen kotimainen



ESGE -luento, sillä Pohjois-Karjalan keskussairaalan ylilääkäri Jaana Fraser puhui sterilisaation hysteroskooppisesta menetelmästä. Suomalainen osanotto kongressissa oli yli 10 henkeä, mielestäni kohtalaisen runsas joskin Etelä-Suomi -painotteinen. SGY:n tuella erikoistuvan lääkärin matka-apurahan turvin oli minullakin mahdollisuus osallistua ja ilo käydä puhumassa alustavista Finhyst 2006 -tuloksista maailmalla. Kiitos tuesta! Voin suositella myös muille kollegoille visiittitulevissa ESGE:n kokouksessa (esim. 9/2008 Amsterdam), oli erittäin mielenkiintoista seurata keskusteluja tällä foorumilla kliinikonkin silmin; samalla huomasin myös kohdunpoistotutkijan näkövinkkelistä kotimaisen työmme tason korkeaksi. ■

Apurahat

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön apurahat

Säätiön sääntöjen mukaan sen tarkoituksena on tukea synnytys- ja naistentautiopin tutkimustyötä, tulosten tunnetuksi tekemistä ja alan tutkijakoulutusta. Vuoden 2008 apurahojen hakuaika päättyy 8.3.2008.

Säätiön perinteiset apurahat on tarkoitettu väitöskirjaansa tekeville tutkijoille, jotka apurahan turvin ottavat 1–2 kk palkatonta virkavapautta päätyöstään. Heidän osaltaan apuraha-anomuksen tulee sisältää hyvin jäsennellyn, korkeintaan 4-sivuisen tutkimussuunnitelman, josta käy ilmi tutkimuksen tausta, tavoitteet, suoritus, tähänastiset tulokset ja julkaisut sekä apurahan käyttösuunnitelma.

Toisen apurahojen kohderyhmän muodostavat post doc-tutkijat, jolloin tarkoituksena on tukea väitöskirjavaiheen jälkeistä jatkotutkimusvaihetta ulkomaille. Tähän tarkoitettu hakemuksen tulee sisältää tiedot väitöskirjan nimestä, ajankohdasta ja paikasta sekä hakijan julkaisuluettelon ja Curriculum vitae’n. Edelleen hakemuksessa tulee esittää tiedot

jatkotutkimusklinikasta tai -laitoksesta ja sen esimiehestä, suunniteltu jatkotutkimus-ajanjakso, tutkimussuunnitelma (korkeintaan 4 sivua) sekä kutsukirje tai vastaava varmistus. Rahoitussuunnitelman tulee sisältää kaikki ko. koulutukseen haettu/saatu kotimainen tai ulkomainen rahoitus. Post doc-tutkijan kotimaahan paluusuunnitelma tulee esittää.

Hakemukset osoitetaan Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön hallitukselle ja toimitetaan kymmenenä kappaleena säätiön sihteerille opetushoitaja Leena Vaaralle 8.3.2008 mennessä (os.: Naistenklinikka, HYKS, Haartmanink. 2, 00290 Helsinki). Myöhästyneitä tai puutteellisia hakemuksia ei hyväksytä.

Apurahat jaetaan SGY:n kevätkokouksessa Hämeenlinnassa 24.4.2008.

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön hallitus

Suomen Menopausitutkimusseura ry:n matka-apurahat

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

Abstrakti ja julkaisuluettelo seitsemänä kappaleena pyydetään lähettämään 15.2.2008 mennessä Suomen Menopausitutkimusseuran sihteerille; Jarna Moilanen, Väestöliiton klinikat OY, Helsingin klinikka, Fredrikinkatu 47, 00100 Helsinki.

Päivi Polo
Suomen Menopausitutkimusseuran puheenjohtaja

Käyttäjätunnus ja salasana vaihtuvat kotisivujen ”Vain jäsenille” -sivustoilla. Sekä nimi että salasana ovat uuden puheenjohtajan sukunimi pienin kirjaimin.

Kouluta ja kommunikoi Tuohilampi 7.–8.2.2008

Seminaari on tarkoitettu erikoistuville lääkäreille ja heidän kouluttajilleen. Myös muut koulutuksesta kiinnostuneet ovat tervetulleita. Seminaariin otetaan 30 osallistujaa kaikista yliopistoklinikoista ja sekä mahdollisuuksien mukaan keskus- ja aluesairaaloista. Seminaarin tarkoituksena on käsitellä koulutusta ja vuorovaikutustaitoja. Seminaari on interaktiivinen kahden päivän tapahtuma ja kaikki osallistuvat pientyöryhmä-keskusteluihin. Kaikkien osallistujien toivotaan yöpyvän Tuohilammella. Seminaariin liittyy myös ennakoon lähetettävää materiaalia, johon on hyvä tutustua.

Kurssi ja yöpyminen ovat maksuttomia. Tiedusteluihin vastaavat tarvittaessa allekirjoittaneet.

Ilmoittautumiset Kati Ojalalle sähköpostitse:
kati.ojala@oulu.fi, viimeistään 31.12.2007.

Kouluta ja kommunikoi Tuohilampi 7.–8.2.2008

Torstai

- 10.00 Avaus, esittäytyminen, SGY:n Pj
- 10.20 Aikuinen oppijana
Juha Nieminen, HY
- 11.00 Tutkimustiedon kriittinen arviointi
Eeva Ketola, Duodecim
- 12.30 Lounas
- 13.30 Uusia pedagogisia menetelmiä
Ritva Hurskainen, HUS

- 14.15 Interaktiivinen: Tehokas palaute opettaa
– kliininen työ
– luento
Kaarin Mäkikallio-Anttila, OYS
- 15.30 Kahvi/tee/kaakao
- 16.00 Ryhmätyöt: teemat myöhemmin
Hurskainen, Mäkikallio, Mäkinen,
Tapanainen, Tiitinen
- 17.30 Ulkoilua, sauna
- 19.30 Illallinen

Perjantai

- 8.30 Ryhmätöiden purku, ryhmien vetäjät + Juha Nieminen
- 10.00 Kahvi
- 10.30 Vuorovaikutuskoulutus
– tehokas viestiminen
– vakuuttaminen ja vaikuttaminen
– onnistuneen kommunikoinnin kulmakivet
Essi Aulanko, Bene Oy
- 13.00 Lounas
- 13.45 Median kohtaaminen
– mitä media odottaa
Marjut Lindberg, toimittaja, HS
- 14.30 – mitä vastaat vai vastaatko
Juha Tuominen, johtajaylilääkäri, HYKS
- 15.00 Millainen on hyvä tiedote
Riitta Lehtonen, viestintäpäällikkö, HUS
- 15.30–15.45 Lopetus, SGY:n Pj

Ilmoittautuminen SGY ry:n koulutuksiin muuttuu Yhteistyötä Duodecimin kanssa testataan

■ Teksti PAAVO MÄNTYVIITA

Suomen gynekologiyhdistys ry:n koulutus- ja kokoustilaisuuksien järjestelyissä siirrytään uuteen käytäntöön kevästä 2008 (Hämeenlinna) alkaen. Olemme suunnitelleet yhteistyötä Duodecimin kanssa. Duodecim on aiemmin hoitanut käytännön järjestelyitä useiden lääkäriyhdistysten kanssa, joten hallitus päätti katsoa, kuinka yhdistyksemme yhteistyö heidän kanssaan onnistuu. Tarkemmat ohjeet ja muutokset ovat varsinaisen kokousilmoituksen yhteydessä. **Ilmoittautuminen on tehtävä ohjeen mukaan ja annettussa määräajassa – pelkkä osallistumismaksun maksaminen ei riitä.** Duodecimin ryhtyessä hoitamaan ilmoittautumisia on joustaminen aikataulusyistä mahdollista.

Osallistumisoikeus SGY ry:n koulutustilaisuuksiin on vain jäsenillä

Hallitus haluaa tässä yhteydessä muistuttaa kaikkia tärkeästä asiasta. Toivomme varsinkin erikoistuvien lääkäreiden ja heidän koulutuksestaan vastaavien kollegojen muistuttavan koulutukseen osallistuvia nuoria kollegoja siitä, että osallistumisoikeus yhdistyksen ja sen pienryhmien järjestämiin koulutuksiin on vain yhdistyksen jäsenillä. Se, että on erikoistuvan lääkärin virassa ja/tai sijaisena ei oikeuta osallistumaan yhdistyksen järjestämiin koulutuksiin. Tämä perustuu siihen, että vain jäsenille suunnatun koulutuksen perusteella toimintamme on ALV-vapaata. Yhdistys on varautunut varmentamaan tämän verovapauden toimittamalla tilintarkastajien kehotuksesta yhdistyksen vuosikertomuksen ja tilitiedot verovirastolle, tarkoituk-

senaan perustella koulutuksen olevan voittoa tuottamatonta ja vain jäsenille tarkoitettua. Yhdistys ottaa (ylilääkärin) suosituksesta jäsenikseen Suomessa laillistettuja lääkäreitä Tämä tapahtuu kahdessa hallituksen kokouksessa/vuosi. Kuukausi ennen varsinaista vuosi- tai kevätkokousta hallitus käsittelee jäsen suosituksia, jonka jälkeen hakijat saavat kirjallisen vahvistuksen jäseneksi kutsumisesta. Jäsenkirjan voi noutaa sitten tätä kirjetä seuraavista vuosi- tai kevätkokouksista. Tuolloin osallistumismaksua ei tarvitse maksaa ja yhdistys korvaa matka- ja majoituskulut kuitteja vastaan, matkalaskulomake on jäsenvahvistuskirjeen mukana. Hallitus toivoo tämän tiedon leviävän niille erikoistuville, joille ei Sykli vielä tule. Käytäntö koskee myös pienryhmien, erityisesti EGO:n koulutuksia. ■

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 24.–25.4.2008 Aulanko, Hämeenlinna

Torstai 24.4.2008

9.00–11.00 Presymposium: Nuorisogynekologiaa
(SGY+SLANGY yhteinen ohjelma)

Synnyttelinten anomaliat

Pj. Dos Dan Apter ja LT Saila Piippo

9.00– 9.10 Avaus, Dos Dan Apter, Väestöliitto

9.10– 9.40 Sukupuolielinten normaali ja poikkeava kehitys,
Prof. Leo Dunkel, KYS

9.40–10.10 Miten hoidan – konservatiivinen vaihtoehto,
Dos Mervi Halttunen, HYKS

10.10–10.35 Leikkaus lapsuusiässä, Prof. Risto Rintala, HYKS

10.35–10.55 Leikkaus myöhemmin, Prof. Pentti Heinonen,
TaYS

10.55–11.00 Yhteenveto, LT Saila Piippo, Lasten ja nuorten
sairaala, HUS

11.00–12.00 Lounas

12.00–12.05 Koulutuspäivien avaus, SGY:n pj

Teema: Infektioista raskauden aikana

Pj. LT Tytti Raudaskoski, OYS

12.05–12.40 Hepatiitit, Dos Jukka Lumio, TAYS

12.40–13.20 HIV, LT Jussi Sutinen, erikoislääkäri,
Infektioklinikka, HYKS, HUS

13.20–14.00 Hepatiitti- ja HIV-positiivisen äidin lapsen hoito,
Dos Marjo Renko, OYS

14.00–14.40 Vanhat klassikot: kuppa ja tippuri, LL Pekka
Suomalainen, infektioyliklääkäri, EKKS

14.40–15.20 Kahvitauko ja näyttelyyn tutustuminen

Teema: jatkuu

Pj. LT Jukka Uotila, TAYS

15.20–15.45 Herpesvirukset, LKT Mika Nuutila, HYKS

15.45–16.10 Toksoplasma, vihurirokko ja sytomegalo,
LT Leea Keski-Nisula, KYS

16.10–16.35 Parvorokko, Dos Anna Alanen, TYKS

16.35–17.00 GBS-seulonta ja hoito, Dos Anna-Liisa
Järvenpää, HUS

17.00 SGY:n kevätkokous

SLL:n Suomen Gynekologit alaostaston
vuosikokous

19.30 Iltajuhla

Perjantai 25.4.2008

Teema: Sikiöasfyksia synnytyksen aikana

Pj. Prof. Seppo Heinonen, KYS

8.30– 9.00 Sikiön verenkierron säätely asfyksiassa,
Dos Kaarin Mäkilallio-Anttila, OYS

9.00– 9.30 KTG:n tulkinta ja käyttö, LT Jukka Uotila, TAYS

9.30–10.15 Tauko ja näyttelyyn tutustuminen

10.15–10.45 STAN sikiöseurannassa, LL Kati Ojala, OYS

10.45–11.15 Suomen STAN-vahingot, Dos Tapio Kurki,
Potilasvakuutuskeskus

11.15–11.30 Johtopäätökset, Prof. Seppo Heinonen, KYS

11.30–12.00 SGY tutkii.

Säätiön apurahan saajien raportit (3x10 min tai
2x15 min), SGY:n varapj.

12.00–13.00 Lounas

Teema: Repeämät alatesynnytyksissä

Pj. LT Merja Vainio, ylilääkäri, Kanta-Hämeen Keskussairaala

13.00–13.30 Repeämien riskitekijät ja synnytystapa seuraava-
vassa raskaudessa, LT Tytti Raudaskoski, OYS

13.30–14.15 Klassinen menetelmä peräaukon sulkijalihaksen
repeämän estossa, Prof. Jouko Pirhonen,
Ullevål lin yliopistosairaala, Oslo

14.15–14.30 Kättilön puheenvuoro, Opetuskättilö
Tiina Pirhonen, Stavanger/Oslo

14.30–15.00 Tauko ja näyttelyyn tutustuminen

15.00–15.30 Synnytysrepeämien primäärikorjaus,
LL Tapio Väyrynen, Jorvin sairaala

15.30–16.00 Peräaukon sulkijalihaksen repeämän
sekundaarikorjaus, LT Tarja Pinta,
Seinäjoen keskussairaala

16.00– Päivien päätös SGY:n pj

Seuraavat sgy ry:n koulutukset

7. –8. 2.2008 Kouluta ja kommunikoi, Helsinki

24.–25. 4.2008 Kevätkokous, Hämeenlinna ja Aulanko

13.–14.11.2008 SGY ry 80 vuotta, Juhlavuosisikokous ja
syyskoulutuspäivät, Kansallisooppera, Almin Sali (päivän
ohjelmat); Vanha Ylioppilastalo – iltajuhla ja Hotelli Crowne
Plaza, majoitus, Helsinki.

Jo tässä vaiheessa on Helsingin hotellien varaustilanne varsin
täysi syksyllä 2008.

Ilmoittautumiset ja hotellivaraukset (ainakin) tulevat tehtäviksi
osallistujille jo n. jopa 4 kk ennen tilaisuutta eli mahdollisesti
heinäkuun loppuun 2008 mennessä.

23.–24. 4. 2009 Kevätkokous ja koulutuspäivät, Jyväskylä.

Ulkomaiset kokoukset

14.–17. 6.2008 NFOG XXXVI Congress 2008,
Reykjavik, Islanti

Yhdistyksen jäsenille tullaan tekemään matkatarjouspyyntö
pohjoismaisen kokouksen matkalle 2008, tarjoukset myöhem-
min SYKLissä.

27.9.–2.10.2009 XIX Figo World Congress, Kapkaupunki,
Etelä-Afrikka

Tähän kokoukseen tullaan järjestämään yhteismatka jäsenille
ja perheenjäsenille erillisten tarjousten perusteella.

Kevätkokous ja -koulutuspäivät 24.–25.4.2008, Hotelli Rantasipi, Aulanko, Hämeenlinna

Kevään 2008 koulutustapahtuma järjestetään Hämeenlinnassa. Erillinen ohjelma on tässä lehdessä. SGY ry ja SLANGY ry järjestävät presymposiumin nuorisogynekologiasta. Tähän presymposiumiin saavat osallistua molempien yhdistysten jäsenet. Keskiviikkona 23.4.2008 järjestää yhteistyöyrittäjä GSK iltasymposiumin, johon jäsenet saavat erillisen kutsun. Varsinaiset koulutuspäivien luentoaiheet liikkuvat raskauden aikaisten infektioiden, sikiöasfyksian ja repeämien ympärillä.

Osallistumismaksut: Erikoislääkärit 120 €/ 1 päivä ja 220 €/ 2 päivää, vastaavasti erikoistuvat lääkärit: 100 €/ 1 päivä ja 180 €/ 2 päivää. SGY ry:n ja SLANGY ry:n esisymposiumin osallistumismaksu on 20 €. Osallistumismaksut on maksettava 11.4.2008

mennessä, tili: SGY ry 217238 - 2380. Ilmoittautuminen tapahtuu mieluiten sähköpostitse ohessa olevaan e-mail osoitteeseen. Ilmoittautua voi myös postitse ja faxilla. Ilmoittautumiset 11.4.2008 mennessä. Myöhästyneistä maksuista ja ilmoittautumisista joudutaan hallituksen päätöksen mukaan perimään kirjaamismaksuna 15 €.

Majoittuminen: Majoitusta varten on varattuna Hotelli Rantasipi Aulangolta kiintiö, johon majoitusvaraukset on tehtävä 28.03.2008 mennessä, tuolloin kiintiö vapautuu. Huonehinnat (noin): 110 €/ vrk 1-hh ja 160 €/ 2-hh. Aulangolla on eri maksusta käytettävissä kylpylä, keilarata ja golf-kentät.

Varaukset: Restel Group, p. 0800 1 2868, fax (09) 733 5399. e-mail: my.reservation@restel.fi. Kontaktihenkilö: Jaana Jokisalo, Aulanko, p. (03) 658 801.

ILMOITTAUTUMISLOMAKE

Suomen Gynekologiyhdistyksen kevätkokous ja -koulutuspäivät, 24. – 25.4.2008, Aulanko, Hämeenlinna

Ilmoittautuminen on tehtävä 11.4.2008 mennessä!

Osallistuja (nimi selvästi):
Osallistun: to-pe: ☐ vain to: ☐ vain pe: ☐
Osallistun to 24.4. SGY ry:n ja Slangy ry:n presymposiumiin: ☐
Iltajuhlaan avec mukaan: ☐ (avec in illallismaksu 60 €) ☐ En osallistu iltajuhlaan: ☐
Olen erikoislääkäri: ☐ Olen erikoistuva: ☐ Uusi jäsenkirjan saava: ☐
Erikoisruokavalio (iltajuhlaa varten):
Sähköpostiosoite:

Ilmoittautuminen mieluiten sähköpostilla, johon yo tiedot: anne.teeriaho@duodecim.fi
Muut mahdollisuudet: fax: (09) 6188 5259
posti: Anne Teeriaho, Suomalainen lääkäriseura Duodecim,
Kalevankatu 11 A, 00100 Helsinki

Suomen Gynekologiyhdistyksen 80-vuotisjuhlakokous 13.–14.11.2008

Suomen Kansallisooppera, Almin Sali, Helsinki

Torstai 13.11.08

Presymposium: Edunvalvonta, Suomen Gynekologit ry

Juhlavastaanotto

11.00–12.00 Lounas

12.00–12.05 Koulutuspäivien avaus, SGY:n pj

Teema: Naisten parhaaksi vuodesta 1928

Pj. Juha Tapanainen

12.05–12.40 SGY 1928–2008

Prof. Juha Mäkinen, TYKS

12.40–13.15 Huomispäivän gynekologi – virkamies, yrittäjä vai kutsumustyöläinen?

Kansleri Kari Raivio, HY

13.15–13.50 Suomen gynekologian merkitys naisen terveydelle

Dos. Seija Grenman, TYKS

13.50–14.45 Kahvitauko ja näyttely

14.45–14.50 Seth Wichmann luennoitsijan esittely
SGY:n pj

14.50–15.15 Seth Wichmann luento

Teema: Honorary Lectures

Pj. Juha Tapanainen

15.15–15.45 ”Erikoisalamme auditoinnista Euroopassa”
Prof. Yuriy Wladimiroff, Erasmus University,
Rotterdam, Hollanti

15.45–16.20 ”Onkologian koulutus erikoisalamme osana”
Prof. Ignace Vergote, U.Z. Gasthuisberg,
Leuven, Belgia

16.20–16.55 Koti ja sen valtiatar – naisten elinympäristön
muutos uuden ajan Euroopassa
Prof. Kaari Utrio

17.00 SGY:n vuosikokous

20.00 Iltajuhla

Perjantai 14.11.08

Teema: Vaihdevuosisoireiden hoito

Pj: Prof. Aila Tiitinen, HUS

9.00– 9.30 Estrogeeni ja sydänvaikutukset
Dos. Tomi Mikkola, HUS

9.30–10.00 Onko hormonihoitolla sijaa osteoporoosin
hoidossa
Prof. Marjo Tuppurainen, KYS

10.00–10.30 Kahvitauko

10.30–11.00 Hormonihoito ja rintasyöpäriski – suomalaista
tutkimustietoa
EL Heli Lyytinen, HUS

11.00–11.30 SERMit – onko niistä apua vaihdevuosisoireiden
hoitoon
Prof. Aila Tiitinen, HUS

11.30–12.00 Voisiko menopaussi-ikää tulevaisuudessa siirtää
Prof. Juha Tapanainen, OYS

12.00–13.15 Lounas

Teema: Keisarileikkaus ja monisikiöraskaudet

Pj. LT Tytti Raudaskoski, OYS

13.15–13.20 Opening of the Obstetric Session
LT Tytti Raudaskoski, OYS

13.20–14.00 Techniques of Caesarean Section
Prof. Michael Stark, The New European
Surgical Academy (NESA), Berliini

14.00–14.40 Suomalainen keisarileikkaus
LL Nanneli Pallasmaa, TYKS

14.40–15.10 Kahvitauko

15.10–15.45 Monisikiöraskauden komplikaatiot ja seuranta
Dos. Aydin Tekay, OYS

15.45–16.15 Monisikiösynnytys
Dos. Erja Halmesmäki, HYKS

16.15– Päivien päätös, SGY:n pj

Invitation to Iceland

June 14th–17th 2008

NFOG Congress 2008

On behalf of The Icelandic Society of Obstetrics and Gynecology (FÍK) we warmly invite you to the XXXVI Congress of the Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology to be held in Reykjavik, Iceland, June 14th–17th 2008. Our goal is to offer a programme of high scientific quality and at the same time give you an opportunity to enjoy memorable encounters with Iceland's nature and culture.

The NFOG Congress 2008 will cover a wide range of subjects as well as new aspects of modern obstetrics and gynecology, and feature an outstanding educational and scientific programme with plenary and overview lectures, oral and poster presentations.

Please notice the deadline for abstract submission and registration.

For further information see www.nfog2008.is

Welcome to Iceland

Thora Steingrimsdottir, Congress President



FÍK



Reykjavik kutsuu!

**NFOGn XXXVI kokous järjestetään
Islannissa, Reykjavíkissa
14.–17.6.2008.**

Tärkeitä päivämääriä:

- **HETI** merkitse kokous kalenteriisi
- **17.2.2008** abstraktien viimeinen lähetyspäivä
- **31.3.2008** viimeinen päivä ilmoittautua edulliseen hintaan

Lisätietoja löydät jatkuvasti päivitettävältä www.NFOG.org kotisivulta.

Tervetuloa Reykjavikiin!

Oskari Heikinheimo

Jäsen / NFOGn tieteellinen toimikunta

Matkatarjous, NFOG, Reykjavik, Islanti, 14.–17.6.2008

Matkatoimisto Kaleva Travel tarjoaa yhdistyksen jäsenille ja aveceille kongressimatkaa NFOG kokoukseen Reykjavikiin seuraavasti:

Lennot: la 14.6. H:ki–Reykjavik 15.20–15.55 Icelandair 3 h 25
pe 20.6. Reykjavik–H:ki 07.55–14.20 Icelandair 3 h 25

Majoitus: Hotelli Icelandair Loftleidir ***+. 1,5 km keskustasta, lentokentän (kotimaan) laidalla, remontoitu 1997, tasokkaat huoneet, sauna, poreallas ja kuntosali maksutta käytettävissä. Lisämaksusta Superior ja Delux huoneet.

Hinnat: 995 Eur/ henkilö/ 2-hh 1.340 EUR/ henkilö/ 1-hh

Hotelli Grand Hotel Reykjavik ****. 1-luokan hotelli vaativalle asiakkaalle. 2 km keskustasta, erittäin tilavat huoneet, varustelu laadukas. 2007 valmistunut kaksoistorni-lisärakennus, joissa luksussisustus. Matka kongressikeskukseen 4 km.

Hinnat: Standard 1.260 Eur/ h/ 2-hh ja 1.695 Eur/ h/ 1-hh
Deluxe (torni) 1.340 Eur/ h/ 2-hh ja 1.785 Eur/ h/ 1-hh

Hinnat sisältävät: Lennot reittilennoilla turistiluokassa, verot ja matkustajamaksut, lentokenttäkuljetukset, majoituksen valitussa hotellissa ja buffetaamiaiset.

Hinnat edellyttävät 20 hengen ryhmää samoin matkajärjestelyin.

Reykjavikissa voidaan lisämaksusta järjestää erilaisia retkiä päiväretkinä.

Lisätiedot ja varaukset: Kaleva Travel; Pirjo Koljonen.

pirjo.koljonen@kalevatravel.fi, puh: 0205 61 5320, fax 0205 61 5333

Suomen Menopausitutkimusseuran kevätkokous

Tahko Spa, Ahopellontie 1, Tahkovuori pe–la 7.–8.3.2008
Pääsponsori Bayer Schering

Perjantai 7.3.2008

Mielen valot ja varjot

- Ilmoittautuminen, kevyt lounas ja tutustuminen näyttelyyn
- 15.00 Koulutuspäivien avaus, Pj. Päivi Polo
- 15.00–15.25 Rakkaus ja ikä, Timo Partonen
- 15.30–15.55 Ikääntyvien seksuaalisuus, Pirkko Brusila
- 16.00–16.25 Miten estää mielen ja kehon haurastumista, Timo Strandberg
- Pääsponsoriin puheenvuoro
- Kahvi ja tutustuminen näyttelyyn
- 17.30–17.55 Uneton Tahkolla?, Paula Alhola
- 18.00–18.25 Valo?, Timo Tuovinen
- 18.30 Suomen Menopausitutkimusseuran sääntömääräinen kevätkokous Illallinen



Lauantai 8.3.2008

Matkalla menopausiin- pelkkää alamäkeä?

- Aamiaisen ja tutustuminen näyttelyyn
- 9.00 Aamun avaus, Pj. Marjo Tuppurainen
- 9.00– 9.25 Mitä perimenopauksissa tapahtuu, Kimmo Vihko
- 9.30– 9.55 Miksi toinen hikoilee, toinen ei?, Tomi Mikkola
- 10.00–10.25 Perimenopausaalinen oireileva nainen – miten hoidan, Aila Tiitinen

Kahvi ja tutustuminen näyttelyyn

- 11.15–11.40 Miksi hoito ei auta?, Maritta Hippeläinen
- 11.45–12.10 Vihdoinkin vaihdevuodet, Jorma Penttinen
- Päätössanat
- Lounas

Osallistumismaksu seuran jäsenille 80 € maksetaan Suomen Menopausitutkimusseuran tilille: Tampereen seudun osuuspankki TSOP 573 257-214649. **Ilmoittautuminen kokoukseen** katsotaan jäsenanomukseksi Menopausitutkimusseuralle, jäsenmaksu 15 €/ vuosi peritään keskitetysti Lääkäriliiton kautta. Koulutusta anotaan erikoislääkäriskoulutuksen teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi 6 tunnin ajalta endokrinologian, geriatrian, naistentautien ja synnytysten, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoisalaille (Helsingin yliopisto). Matkajärjestelyistä ja -kustannuksista vastaa kukin itse.

Ilmoittautumiset (HUOM! ilmoitathan osoitteesi, osallistutko illalliselle sekä mahd. erityisruokavalion) on majoitusvarausten vuoksi pyydetty jäsenkirjeissä jo 5.12.2007 mennessä olli.heikkila@bayer.fi. (ohjeet pyritään päivittämään myös Menopausitutkimusseuran nettiosoitteeseen www.menopausiseura.net).

Mikäli majoitusta ei tarvita, voi päiville ilmoittautua 15.2.2008 asti olli.heikkila@bayer.fi.

Tiedustelut näyttelyasioista: rahastonhoitaja Tomi Mikkola, e-mail: tomi.mikkola@hus.fi, puh gsm: 050 427 1187.

Muut tiedustelut: sihteeri Jarna Moilanen, e-mail: jarna.moilanen@vaestoliitto.fi, p. (09) 616 221.

Kutsu Menopausitutkimusseuran kevätkokoukseen

Suomen Menopausitutkimusseura ry:n kevätkokous pidetään Tahko Spa:n tiloissa, Ahopellontie 1, Tahkovuori, Nilsia, perjantaina 7.3.2008 klo 18.30 alkaen. Kokouksessa käsitellään sääntöjen määräämät asiat.

Tervetuloa

Hallitus

2008 TAMMIKUU

- 2.–5.1. The 18th Nordic Fertility Society Conference, Oslo, Norway. www.nordicfs.org
- 10.–11.1. Endoscopic training course on cadavers. Treatment of functional and organic bleeding. Liege, Belgium. Colette. gerday@chrcitadelle.be
- 18.–19.1. XXIV NUGA Congress 2008 (Nordisk Urogynekologisk Arbetsgrupp), Tukholma. www.nuga-info.org
- 18.–19.1. Gynaecologi Practici, Helsinki. www.fimnet.fi/gynpract
- 25.1. Theme day on adnexal surgery for the general gynaecologist. Abtwerp, Belgium. chrisvdm@beline.be; www.etca.be
- 28.1.–2.2. Society for Maternal-Fetal Medicine, Dallas, USA. www.smfm.org
- 31.1.–3.2. The 1st World Congress on Controversies in Urology (CURY), Barcelona, Spain. www.comtecmed.com

HELMIKUU

- 1.–3.2. Congenital Anomalies and Fetal Echocardiography Course, London, UK. www.isuog.org
- 7.–8.2. Kouluta ja kommunikoi, Tuohilampi. www.gynekologiyhdistys.fi

- 28.2.–2.3. 13th World Congress of Gynecological Endocrinology, Florence, Italy. www.gynecologicalendocrinology.org/congressi/finenze08/index.htm
- 29.2. Gynaecologi Practici, vuosikokous, Helsinki. www.fimnet.fi/gynpract

MAALISKUU

- 4.–8.3. 20th European Congress of Obstetrics and Gynaecology, Lisbon, Portugal. www.mundiconvenius.pt/2008/ebcog/
- 7.–8.3. Suomen Menopausitutkimusseuran kevätkokous, Tahkavuori, Nilsia. www.menopausseura.net
- 11.–14.3. 10th World Congress on Endometriosis, Melbourne, Australia. www.wce2008.com
- 13.–14.3. 12th Reinier de Graaf Symposium on Embryo Quality, Groningen, the Netherlands. www.wenckebachinstituut.nl (international conferences)
- 28.3. Suomen Lääketieteellisen-Biologisen Ultraääniseura, Helsinki. Gynekologinen ultraäänidiagnostiikka. www.fimnet.fi/ultraaaniseura
- 29.3. Gynaecologi Practici. www.fimnet.fi/gynpract
- 30.3.–4.4. Doppler Ultrasound in the

Fetal Examination, 15th International Symposium and Workshop, Oberlech-Arlberg, Austria. Lisätietoja: <http://web.mac.com/g.tulzer>

HUHTIKUU

- 3.–4.4. Perinatologisen seuran kevätkokous, Dipoli, Espoo. www.terveysportti.fi/perinatologinenseura
- 3.–6.4. Gynaecologi Practici, Ruka. www.fimnet.fi/gynpract
- 8.–11.4. Congress of International Pelvic Floor Dysfunction Society, Moscow, Russia. www.ipfds2008moscow.com
- 24.–25.4. SGY:n kevätkokous, Hämeenlinna. www.gynekologiyhdistys.fi
- 30.4.–3.5. 10th Congress of the European Society of Contraception, Prague, Czech Republic. www.contraception-esc.com
- 30.4.–4.5. 40th Annual Meeting of the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Chicago, IL, USA. www.soap.org/meetings.htm

TOUKOKUU

- 8.–9.5. EGO (erikoistuvien gynekologien koulutuspäivät), endokrinologia, Helsinki. www.sgy-ego.org

Oikea

osaaminen vaatii kunnon välineet.



Huipputuotteet



Käyttökoulutus



Huoltopalvelu

Tuotteet gynekologiaan ja obstetriikkaan.
Tutustu tuotteisiimme ja uusittuihin kotisivuihimme www.sonar.fi



puh. 020 7411 990 • sonar@sonar.fi

- 19.–23.5. 12th World Congress on the Menopause, Madrid, Spain. www.imsmadrid2008.com
- 31.5.–3.6. The XXth Congress of European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology. Timisoara, Romania. www.euroson2008.ro

KESÄKUU

- 12.–14.6. The Fetus as a Patient. XXIV International Congress. Frankfurt/Main, Germany. www.fetus2008.com
- 14.–17.6. NFOG XXXVI Congress, Reykjavik, Islanti. www.congress.is/nfog2008/
- 15.–18.6. 34th European Congress of Cytology, Rovaniemi, Finland. www.cytology2008.fi

HEINÄKUU

- 6.–9.7. 24th Annual Meeting of the European Society for Human Reproduction and Embryology, Barcelona, Spain. www.eshre.com

ELOKUU

- 24.–28.8. 18th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Chicago, USA. www.isuog.org

SYYSKU

- 10.–13.9. XXIst European Congress of Perinatal Medicine, Istanbul, Turkey. www.kenes.com/ecpm
- 11.–14.9. 33rd Annual Meeting of the International Urogynecological Association, Taipei, Taiwan. www.iuga2008.org
- 21.–25.9. 16th World Congress of International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, Washington DC, USA. www.isshp.com
- 25.–26.9. Gynekologisen kirurgian seuran koulutuspäivät, Helsinki. www.terveysportti.fi/gks
- 26.–27.9. Gynaecologi Practici, Tuohilampi. www.fimnet.fi/gynpract

LOKAKUU

- 9.–11.10. 17th Annual Congress of European Society for Gynaecological Endoscopy, Amsterdam, The Netherlands. www.esge.org
- 16.–17.10. EGO (erikoistuvien gynekologien koulutuspäivät), obstetriikka, Tampere. www.sgy-ego.org
- 17.–18.10. Gynaecologi Practici, Helsinki. www.fimnet.fi/gynpract
- 20.–24.10. 38th Annual Meeting of International Continence Society, Cairo, Egypt. www.icsoffice.org
- 25.–28.10. 12th Biennial meeting of International Gynecologic Cancer Society. Bangkok, Thailand. www.kenes.com/igcs

MARRASKUU

- 7.11. Suomen Menopausseuran syyskokous, Helsinki, yhdessä Rintaryhmän kanssa. www.menopausseura.net
- 13.–14.11. SGY:n vuosikokous (80 v), Helsinki. www.gynekologiyhdistys.fi
- 27.–30.11. The 11th World Congress on Controversies in Obstetrics Gynecology & Infertility, Paris, France. www.contecmec.com/cogi/cogi11

JOULUKUU

- 12.12. Gynaecologi Practici, Helsinki. www.fimnet.fi/gynpract

2009 MAALISKUU

- 5.–8.3. 13th World Congress on Human Reproduction, Venice, Italy. www.comtecmec.com

HUHTIKUU

- 23.–24.4. SGY:n kevätkokous, Jyväskylä. www.gynekologiyhdistys.fi

ELOKU

- 30.8.–3.9. 12th World Congress of the World Federation for Ultrasound on Medicine and Biology, Sydney, Australia. www.wfumb2009.com

SYYSKU

- 13.–17.9. 19th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Hamburg, Germany. www.isuog.org
- 24.–28.9. 9th World Congress of Perinatal Medicine, Berlin, Germany. www.perinatology2009.de
- 27.9.–2.10. XIX FIGO World Congress, Kapkaupunki, Etelä-Afrikka. www.figo2009.org.za

Tuorein versio kalenterista löytyy SGY:n nettisivuilta www.gyn.fi kohdasta Koulutus
Jos sinulla on ehdotuksia koulutuskalenteriin, lähetä ne osoitteella maiya-riitta.orden@kuh.fi

Syklin ilmestymisaikataulu

Numero	Ilmestyy	Aineistopäivä
1. 2008	Helmikuu	22.02. 18.01.
2. 2008	Huhtikuu	18.04. 14.03.
3. 2008	Kesäkuu	18.06. 16.05.
4. 2008	Syyskuu	12.09. 15.08.
5. 2008	Lokakuu	24.10. 19.09.
6. 2008	Joulukuu	19.12. 14.11.

Päätoimittaja Merja Metsä-Heikkilä, Rantakatu 3b C48, 04400 Järvenpää
puhelin: 040 730 4283 sähköposti: merja.metsa-heikkila@kolumbus.fi

SGY:n hallitus

Puheenjohtaja Juha Tapanainen

OYS / Naistenklinikka,
PL 24, 90029 OYS
p. (08) 315 3172 fax (08) 315 4310
juha.tapanainen@oulu.fi

Varapuheenjohtaja Aila Tiitinen

HYKS / Naistenklinikka,
PL 140, 00029 HUS
p. 050 427 1217, fax (09) 4717 4801
aila.tiitinen@hus.fi

Sihteeri Kati Ojala

OYS / Naistenklinikka
PL 24, 90029 OYS
p. (08) 315 3052, 040 744 1688
fax (08) 315 4310
kati.ojala@oulu.fi

Varainhoitaja Mikko Loukovaara

HYKS / Naistenklinikka
PL 140, 00029 HUS
p. 050 427 2526
mikko.loukovaara@hus.fi

Klubimestari Paavo Mäntyiita

HYKS / Kättilöopiston sairaala,
PL 610, 00029 HUS
p. 0400 464 123, fax (09) 694 2788,
paavo.mantyiita@ap-pine.inet.fi
paavo.mantyiita@hus.fi

Tiedotussihteeri Maija-Riitta Orden

KYS / Naistenklinikka,
PL 1777, 70211 Kuopio
p. 044 717 2700, 040 594 4999
maiya-riitta.orden@kuh.fi

Jäsenet

Maarit Vuento

TAYS / Naistenklinikka
PL 2000, 33521 Tampere
p. (03) 3116 5539, 050 367 8767
fax (03) 3116 4360
maarit.vuento@pshp.fi

Pentti Kiilholma

TYKS / Naistenklinikka
PL 52, 20521 Turku
p. (02) 313 2303, 040 841 3570
fax (02) 313 2340
pentti.kiilholma@tyks.fi

Antti Valpas

EKSHP / Naistentaudit,
Valto Käkelänkatu 1,
53130 Lappeenranta
p. (05) 611 11, 044 791 5514,
fax (05) 611 5360
antti.valpas@ekshp.fi

Tarja Olkinuora

Felicitas, 00100 Helsinki
p. (09) 612 2750, 040 545 9565
tarja.olkinuora@felicitas.fi

Riikka Tähtinen

Verstaankatu 1 B 43
33100 Tampere
050 548 2577
riikka.tahtinen@uta.fi

Jäsenhakemus Suomen Gynekologiyhdistyksen hallitukselle

Anon kunnioittavasti Suomen Gynekologiyhdistyksen jäsenyyttä.

HENKILÖTIEDOT:

Täydellinen nimi (alleiviivaa puhuttelunimi):

Syntymäaika ja -paikka:

Ylioppilaaksitulovuosi ja -koulu:

Lääket. lis. tai laill. lääk. vuosi/yliopisto:

LKT ja muut oppiarvot vuosi/yliopisto:

Tärkeimmät virat, toimet ja luottamustoimet:

Nykyinen virka, mistä alkaen:

Osoite:

S-posti:

Allekirjoitus ja päiväys:

____ / ____ 20____

Puollan

ottamista Suomen Gynekologiyhdistyksen jäseneksi

Ylilääkäri

Hallitus käsittelee jäsenanomukset kahdesti vuodessa, noin 1–2 kk ennen kevät- ja syyskoulutuspäiviä olevassa kokouksessaan.

Aion osallistua seuraaville: a) ☐ syyskoulutuspäiville b) ☐ kevät-koulutuspäiville

Täytä lomake selkeällä käsialalla tai koneella, kiitos!

Palautusosoite: **Kati Ojala, OYS / Naistenklinikka, PL 24, 90029 OULU**

OSOITTEENMUUTOS

Nimi:

Vanha osoite:

Uusi osoite:

S-posti:

Puhelin:

Osoitteen saa ☐ ei saa ☐ julkaista jäsenluettelossa

Lähetys sähköisesti osoitteella **kati.ojala@oulu.fi**

Kati Ojala
OYS / Naistenklinikka
PL 24
90029 OULU

Olen jouluihminen

Häpeän tunnustaa: olen jouluihminen. Jouluvalot saisi sytyttää jo lokakuun puolivälissä tuomaan valoa ankeaan pimeyteen. Ei haittaa, vaikka kauppohen joulusomistus alkaa jo marraskuun alkupuolella. Eteläsuomalainen syksy on melankolisen ankeuden perikuva ja kaikki, mikä rikkoo sitä on tervetullutta.

Minusta on alkanut tuntua siltä, että haluaisimme kielittää pitkitetyn jouluintoilun siksi, että ajattelemme, että pitkä ilo on syntiä ja vain nopea onnen häivähdys ansaittua. Pelkäämme, että pitkittämällä joulua saamme aikaan vain väljähtyneen tunnelman itse h-hetkellä. Kärsi, kärsi – saat kirkkaamman kruunun.

Entä jos ajattelisimme päinvastoin: pitkä jouluilo antaa valoa ja jouluun lapsuudesta tarttunutta tunnelmaa pariksi kuukaudeksi mutta itse joulu ei olisi niin suurilla odotuksilla ladattu ja siksi niin häiriöaltis? Jos voisimme hyvällä omatunnolla antautua hitaasti ja pikkuhiljaa joulun viettäväksi eikä tulisi sitä jokavuotista ruoka- ja lahjapaniikkia, joka useimmin kaatuu perheissä naisten niskaan?

Ehkä silloin ei olisi elämän ja kuoleman kysymys, Onko aattoillan pöytä katettu juuri trendin mukaisilla hopeisilla tai maalaisromanttisilla somistuksilla tai jokaisen perheenjäsenen lempijoulukerku pöydässä? Sujuisiko joulunvietto pienemmin painein? Olisiko päivystyspolkilinikoiden joulu vähemmän kuormitettu?

Tiedän, että pitkitetyn joulun kritiikin kärki osuu joulun kaupallistumiseen. Mutta millä ei tehtäisi nykyisin rahaa? Uusia juhlan aiheita tuodaan naapurista ja kauempaakin, muodilla on neljän sesongin lisäksi



TAUN©

nykyään jo välikausisesonkinakin. Kaupallisuuden möröstä emme siis täysin pääse, mutta ei meidän ole pakko antaa sen hallita tekemisiämme.

Minulle joulu on aika, jolloin Suomen pimeimmän vuodenajan selkä taivuttaa ja taas herää toive keväästä ja eräänlaisesta uudesta elämästä. Vaikka muu-
tosta ei heti huomaa, jo tietoisuus lisääntyvästä valosta helpottaa. Valon odotus sävyttää jouluvalmistelujani. En ole joulun mallikansalainen, vaikka aloitankin jouluvalmistelut marraskuussa. Se on minun terapiaani pimeyttä vastaan. Ajattelen lapsiamme

ja lapsenlapsiamme, kummilapsiani. Mietin, mitähän kaukaisemmille kuuluu ja mitä he toivoisivat lahjaksi. Käyn ostoksilla jo silloin, kun muut eivät täytä kaupoja. Kerään lahjat odottamaan tietyllä hyllyllä ja kielitämättä: tunnen tyytyväisyyttä.

Syklin vuoden viimeistä numeroa tehdessä ajatukset ovat joulun lisäksi jo vahvasti tulevassa. Ensi vuosi on yhdistyksen juhluvuosi ja toivon, että lehdes-
sä voimme katsoa tulevaisuuden lisäksi myös menneeseen. Oma historiani lehdessä on neljän numeron mittainen. Monet lehdelle ideoita antaneet kollegat ovat olleet kullannarvoisia, samoin hallituksen ja toimitusneuvoston jäsenet. Kiitän lukuisia jäseniämme kannustavasta palautteesta! Lisäksi haluan kiittää erityisesti yhdistyksen erovuoroista puheenjohtajaa: kommunikaattori näyttää kasvaneen kiinni Juhaan ja hän on jaksanut vastata kysymyksiini, tuottanut uusia ideoita ja antanut palautetta missä ikinä onkin sattunut liikku-
maan.

Leppoisaa joulunaikaa Syklin lukijoille, valoa ja jaksamista tulevalle vuodelle!

