

Pirjo InkiLT, dosentti, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri
Ylilääkäri, Fimea

Tarkastelussa naisten ja miesten yleiset terveysongelmat

Gynekologian ja urologian alaan liittyvät ongelmat ovat yleisiä. Esimerkiksi raskauden ehkäisy koskettaa lähes jokaista jossain elämän vaiheessa.

Tämän Sic!-lehden teemana on gynekologia ja urologia. Numero on omistettu naisten ja miesten yleisille terveysongelmille ja niiden lääkehoidolle. Etenkin apteekkien henkilökuntaa ajatellen mukana on kuukautiskipujen itsehoitoa ja hiivasien aiheuttamaa emätintulehdusta koskevat artikkelit.

Gynekologian ja urologian alaan liittyviä syöpäsairauksia ei käsitellä tässä numerossa. Sic!-lehdessä on hiljattain julkaistu syöpälääkkeitä koskeva teemanumero (numero 3/2015), jossa on esitelty muun muassa rinta- ja eturauhassyövän hormonaalisen hoidon mahdollisuudet (Kataja 2015).

Hormonaalisessa ehkäisyssä on vaihtoehtoja

Raskauden ehkäisy koskettaa lähes jokaista naista ja miestä jossain elämän vaiheessa. Euroopassa ensimmäinen

ehkäisytabletti (kauppanimeltään Anovlar) sai myyntiluvan yli 50 vuotta sitten. Yksi tabletti sisälsi 50 mikrogrammaa etinyyliestradiolia ja 1 milligramman noretisteroniasta. Sitten etinyyliestradiolin määrä on vähentynyt jopa 15 mikrogrammaan. Keltarauhashormoneja, eli progestiineja, on markkinoilla useita, ja kullakin niistä on hieman erilaisia ominaisuuksia muun muassa progesteroni- ja androgeenireseptoreihin sitoutumisessa.

Estradiolihemihydraattia sisältäviä ehkäisytabletteja käyttivät alun perin etenkin yli 40-vuotiaat naiset. Ensimmäisenä markkinoille tuli Femilar, ja uudempien valmisteiden myötä estradiolihemihydraatista on tullut etinyyliestradiolin vaihtoehto myös nuoremmille naisille.

Annostelureitteihin on tullut vaihtoehtoja kuten ehkäisylaastari ja -rengas.

”Euroopassa ensimmäinen ehkäisytabletti sai myyntiluvan yli 50 vuotta sitten.

Käyttöön on tullut yhä suosittumia, pelkkää progestiinia sisältäviä ehkäisyvalmisteita, kuten hormoniekurukat ja ihonalaiset ehkäisykapselit. Vaikka nykyään suurin osa myyntiluvan saavista ehkäisyvalmisteista on geneerisiä, myös uuden vaikuttavan aineen tai annosmuodon sisältäviä valmisteita tulee tarjolle tasaiseen tahtiin (Heikinheimo, tässä numerossa).

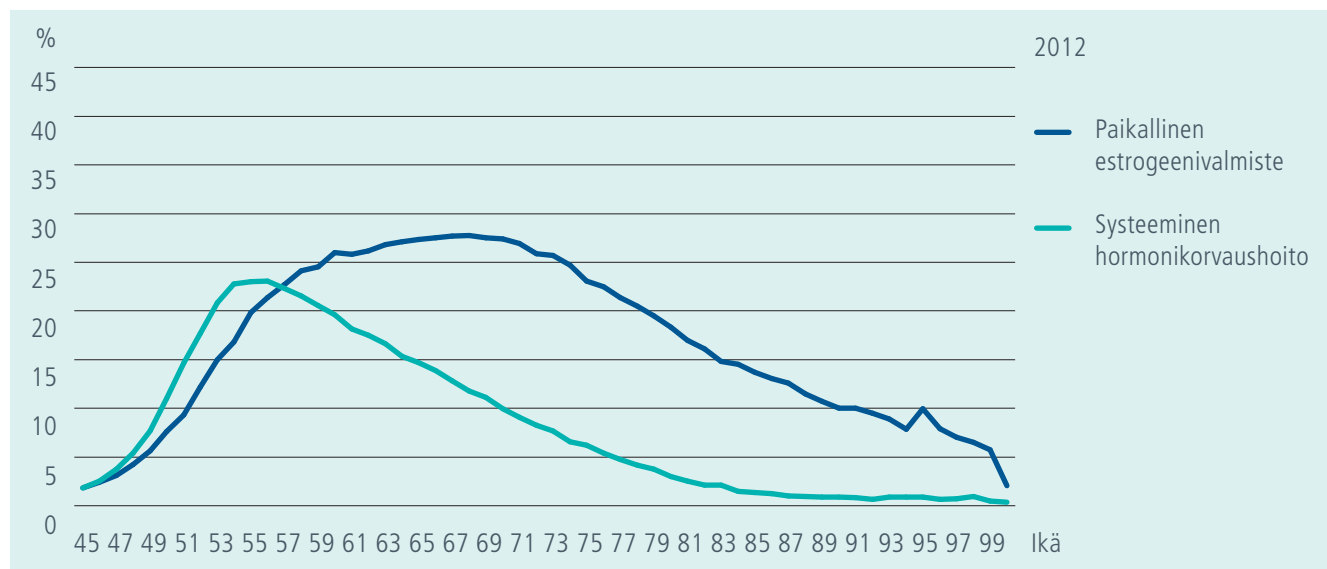
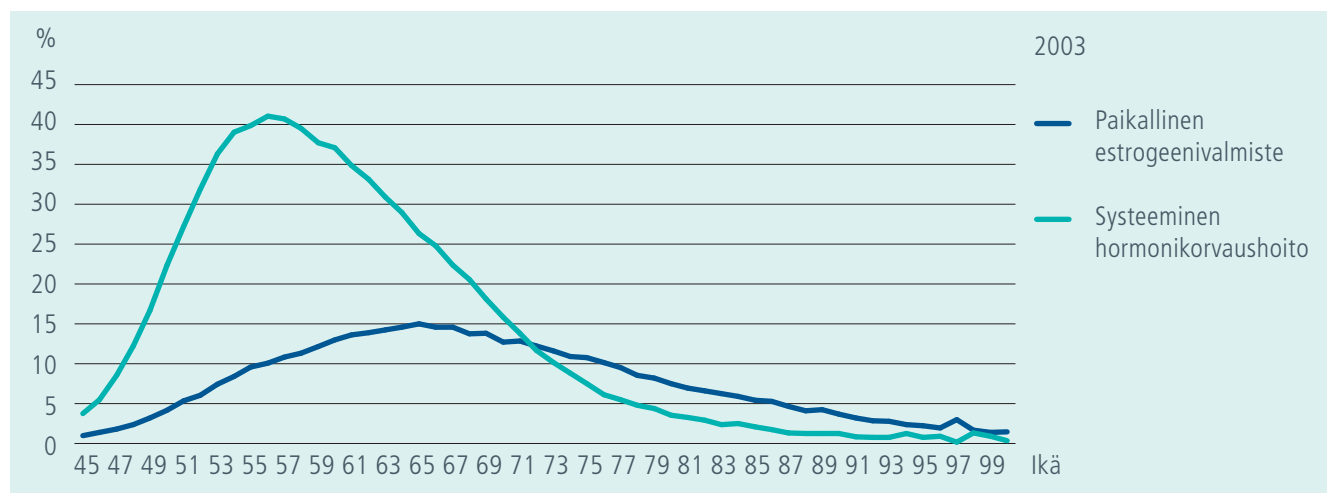
Ehkäisymenetelmän valinnan tulee perustua sitä käyttävän toiveisiin ja realistiseen tilanneselvitykseen,

kuten marraskuussa 2015 julkaistussa ehkäisyä koskevassa Käypä hoito -suosituksessa todetaan. Useimmat käyttäjät pitävät ehkäisyn tehokkuutta tärkeimpänä tekijänä, mutta turvallisuuskäsitteet, käytön helppous ja hinta ovat myös tärkeitä tekijöitä, joilla on eri käyttäjille erilainen painoarvo. Esimerkiksi tietoisuus yhdistelmäehkäisyn laskimotromboosiriskistä lienee viime vuosina entisestään lisääntynyt ja ohjannut käyttöä pelkkää keltarauhashormonia sisältävien valmisteiden tai hormonnittoman kuparikierukan suuntaan

(Nurminen, tässä numerossa). Käyttäjän näkökulman huomioiminen ja ehkäisymenetelmän sopivuus parantaa käytön jatkuvuutta ja ehkäisee siten ei-toivottuja raskauksia.

Jälkiehkäisytablettien käytön ei pitäisi koskaan korvata pysyvämpää ehkäisyä, vaan toimia vain hätävarana esimerkiksi kondomin rikkoutuessa. Hormonaalinen jälkiehkäisy on sitä tehokkaampaa, mitä nopeammin suojaamattoman yhdynnän jälkeen se otetaan, mutta kuitenkin viimeistään 3 vrk:n (levonorgestreelia sisältävät

Kuvio 1. Ikäryhmittäiset prosenttiosuudet naisista, jotka olivat saaneet sairausvakuutuskorvausta paikallisesta estrogeenivalmisteesta ja ainakin yhdestä systeemisestä hormonikorvaushoitovalmisteesta vuosina 2003 ja 2012. Lähde: Kela.



Naisten hormonikorvaushoidon käytössä on tapahtunut suuri muutos systeemisestä hoidosta paikallisten emätinvaivojen hoidon suuntaan.



Kuva: Jussi Vierimaa

valmisteet) tai 5 vrk:n kuluessa (ulipristaalia sisältävät valmisteet). Jälkikiekkäisytablettien toimittamisessa ei enää ole ikärajaa, mutta apteekissa asiakkaalle tulee antaa lisäneuvontaa ja ohjata hänet tarvittaessa hakemaan myös pysyvämpää ehkäisyä.

Harkintaa hiivasieni-infektion itsehoitoon

Useimmat naiset sairastavat vähintään yhden emättimen ja ulkosynnyttimien hiivasienitulehduksen elämänsä aikana. Paikalliset antimykootit, kuten atsolijohdoksia sisältävät voiteet ja emätinpuikot, muodostavat hoidon kulmakiven. Ne ovat olleet jo varsin pitkään saatavilla itsehoitovalmisteina, ja ovat oikein käytettyinä tehokkaita ja turvallisia. Antimykootteille ominaiset runsaat lääkeaineinteraktiot eivät ole ongelma, koska paikallishoidosta verenkiertoon imeytyvän annoksen määrä on hyvin pieni.

Viime vuosina myös suun kautta otettavat kerta-annosvalmisteet ovat

tulleet itsehoitoon. Mainonta on luonut mielikuvia, että hiivatulehduksen hoito on ikään kuin siistimpää tai kätevää, kun voi nielaista kapselin paikallisesti käytettävien emätinpuikojen tai -voiteiden sijaan. Asialla on myös kääntöpuolensa: moni gynekologi tunnistaa asiakkaan, joka on toistuvasti itsehoitanut hiivatulehduksensa suun kautta otettavilla kapseleilla, vaikka kyse ei alunperin ole ollut hiivasta (Nieminen, tässä numerossa).

Systeemistä hormonikorvaushoidosta paikalliseen

Naisten hormonikorvaushoidon käytössä on tapahtunut viimeisten 15 vuoden kuluessa suuri muutos systeemisestä menopaussioireiden hoidosta ja mahdollisesta osteoporoosin estosta paikallisten emätinvaivojen hoidon suuntaan (**kuvio 1**). Noin neljännes suomalaisista yli 45-vuotiaista naisista käytti jotakin Kela-korvattavaa hormonikorvaushoitovalmistetta vuosina 2003 ja

2012. Tällä aikavälillä kuitenkin systeemisiä valmisteita käyttävien osuus on pudonnut 21 %:sta 12 %:iin, ja vastaavasti paikallisia estrogeenivalmisteita käyttävien osuus noussut 9 %:sta 19 %:iin. Estriolia sisältävät itsehoitovalmisteet eivät sisällä näihin lukuihin.

Ravintolisiksi luokiteltavien kasviestrogenien käytöstä ei ole saatavilla luotettavia tilastoja. Monet naiset kuitenkin turvautuvat näihin ”luonnollisempina” vaihtoehtona. Kasviestrogeneja on hiljattain käsitelty tässä lehdessä (ks. Tiitinen 2015). Tutkimusnäyttö ei puolla puhdistettujen kasviestrogenivalmisteiden käyttöä, vaan soijaa sisältävä ruokavalio on vaihtoehtoista turvallisin.

Testosteronikorvaushoito

Miesten testosteronivajeesta johtuvan hypogonadismien hoito testosteronivalmisteilla on vakiintunut, ja hyödyt ovat selvät. Miehen ikääntymiseen liittyy luonnollisena

osana testosteronipitoisuuden lasku (andropaussi), jonka hoitoon voidaan harkita testosteronikorvaushoitoa, hieman samaan tapaan kuin naisten menopaussioireiden hoito estrogeenivalmisteilla. Iäkkäiden miesten testosteronikorvaushoidon aloittamisen aiheista ei kuitenkaan olla kansainvälisestikään täysin yksimielisiä, ja pitkäaikaiseen hoitoon liittyy riskejä etenkin sydän- ja verisuoniterveyden sekä eturauhasen suhteen (Vehkavaara, tässä numerossa).

Lääkkeet ja seksuaaliterveys

Terve seksuaalielämä on merkittävä osa hyvää elämänlaatua myös ikään-tyvillä naisilla ja miehillä. Monilla lääkkeillä on seksuaaliterveyden kannalta negatiivisia vaikutuksia (**taulukko 1**). On kuitenkin huomioitava, että tietomme asiasta on vajavaista. Seksin ongelmat ovat normaaliväestössä yleisiä ja niiden mekanismit ovat moninaisia, ja lääkkeiden seksuaaliset haitat ovat usein epäspesifisiä.

Seksuaalisuuteen liittyviin lääkehaittoihin ei välttämättä kiinnitetä systemaattisesti huomiota kliinisissä tutkimuksissa. Tunnettuja seksuaaliterveyteen kohdistuvia lääkehaittoja on koottu Terveystieteen Duodecimin lääketietokantaan. Ne löytyvät Huomioitavaa-kohdassa alaotsikon Seksi ja lääke alla, kun lääkehaku tehdään normaalisti joko lääkevalmisteen kaupananimellä tai vaikuttavalla aineella.

Taulukko 1. Yleisimpiä seksuaaliterveyteen vaikuttavia lääkkeitä. Lähde: Duodecimin lääketietokannan Seksi ja lääke -sisältö ja Vuola 2011.

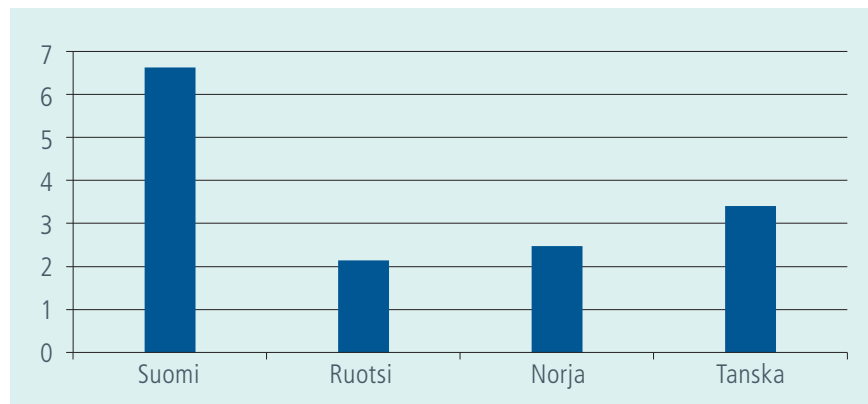
Lääke/lääkeaineryhmä	Vaikutus seksuaaliterveyteen
Gynekologisten sairauksien lääkkeet	
Pelkkää progesteriinia sisältävät ehkäisytabletit	Libidon lasku
Yhdistelmäehkäisytabletit	Yleensä ei vaikutusta, joskus libidon lisääntyminen tai vähentyminen
Paikalliset estrogeenivalmisteet	Menopausiin liittyvien limakalvo-oireiden lievittyminen
Systeemiset hormonikorvaushoitovalmisteet	Seksuaalitoimintojen parantuminen
Urologisten sairauksien lääkkeet	
Alprostadili, fosfodiesteriini tyypin 5:n estäjät	Käytetään erektiohäiriöiden hoitoon
Prostatahyperplasialääkkeet (alfa-1-salpaajat, 5-alfa-reduktaasin estäjät)	Seksuaalitoimintojen parantuminen eturauhasen liikakasvun oireiden vähentyessä Erektiohäiriöt (ejakulaation puuttuminen, retrogradinen ejakulaatio), libidon lasku
Testosteronikorvaushoito	Libidon lisääntyminen, erektiokyvyn paraneminen
Psykenlääkkeet	
Bentsodiatsepiinit	Libidon muutokset
Psykoosilääkkeet (klooripromatsiini, risperidoni, haloperidoli, olantsapiini)	Libidon lasku, limakalvo-ongelmat, erektiohäiriöt
Serotonergiset masennuslääkkeet	Libidon lasku, erektiohäiriöt, ejakulaatiohäiriöt
Muut	
Epilepsialääkkeet	Libidon lasku, erektiohäiriöt, sukupuolihormonitasojen muutokset
Levodopa	Yliseksuaalisuus
Opioidit	Libidon lasku, erektiohäiriöt

Lyhyillä lääkekuureilla ei ole seksuaaliterveyden kannalta juurikaan merkitystä. Pitkäkestoisten lääkkeiden käytön osalta tilanne on toinen. Aina lääkkeiden vaikutus ei ole negatiivinen, vaan jotkin lääkkeet voivat myös parantaa seksuaalitoimintoja. Esimerkiksi paikalliset estrogeenivalmisteet lievittävät emättimen kuivuutta ja limakalvoärsytystä ja siten helpottavat yhdyntäongelmia. Joskus vaikutus voi olla kaksitahoinen: esimerkiksi eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun hoitoon käytettävät alfa-1-salpaajat parantavat seksuaalitoimintoja liika- kasvuun liittyvien oireiden lieventyessä ja toisaalta voivat aiheuttaa erektiohäiriöitä haittavaikutuksena. Lääkkeiden väärinkäyttöön, kuten steroididopingiin, liittyvät seksuaaliterveyden haittavaikutukset ovat yleisiä (Hämäläinen, tässä numerossa).

Erektiohäiriölääkkeiden kulutus on lisääntynyt

Fosfodiesteriini-tyyppi 5:n estäjien käyttö miehen erektiohäiriöiden hoidossa on varsin vakiintunutta, ja käyttö on viime vuosina lisääntynyt huomattavasti sildenafilin hinnan voimakkaan laskun jälkeen. Suomessa erektiohäiriölääkkeiden kulutus on pohjoismaisessa vertailussa suurta, esimerkiksi Ruotsiin verrattuna kulutus on noin kolminkertainen (kuvio 2).

Kuvio 2. Erektiohäiriölääkkeiden hoidossa käytettävien lääkkeiden (G04BE) kulutus DDD/1 000 as.lvrk vuonna 2015 suurimmissa Pohjoismaissa. Lähde: Kela.



Erektiohäiriölääkkeiden kulutus ilmeisesti heijastelee paitsi lääkkeiden hinnan laskua ja saatavuuden helpoutta myös erektiohäiriöiden esiintyvyyttä. Erektiohäiriöhän on usein ensioire kansantaudeistamme sydän- ja verisuonitaudeista sekä aikuistyyppin diabeteksestä (Ettala, tässä numerossa). Erektiohäiriön hoito on paljon muutakin kuin sildenafilireseptin kirjoittamista – kokonaisvaltainen lähestymistapa ja mahdolliset elämäntapoihin liittyvät ja lääkemuu- tokset saattavat parantaa lievät häiriöt ilman spesifistä lääkitystä.

Naisten seksuaalioireisiin ei toistaiseksi ole tehokasta lääkitystä

Menopaussiin liittyy hyvin usein seksuaaliongelmia, kuten haluttomuutta ja estrogeenin puutteen aiheuttamia paikallisia limakalvo-oireita. Myös psykologiset ja parisuhteeseen liittyvät ongelmat ovat keskeisiä haluttomuuden syytä selvitettäessä. Paikallisoireet, kuten limakalvojen kuivuminen ja ohentuminen, lievit- tyvät estrogeenihoidolla. Muutoin menopaussiin liittyviin seksuaalioireisiin ei toistaiseksi ole tehokasta lääkitystä.

Fertiili-ikäisten naisten haluttomuuden hoitoon hyväksyttiin hiljattain USA:ssa naisten viagraksikin kutsuttu

flibanseriini. Sitä käytetään päivittäin, toisin kuin useimpia erektiohäiriölääkkeitä, ja se on tarkoitettu tilanteisiin, joissa haluttomuus ei johdu sairaudesta, muiden lääkkeiden haittavaikutuksista tai psyykkisistä syistä. Hyväksymisprosessia edelsi voimakas keskustelu puolesta ja vastaan. Tuoreen JAMAssa julkaistun meta-analyysin perusteella flibanseriinia pitäisi vielä tutkia erityisryhmissä, kuten somaattisten ja psyykkisten sairauksien, muiden lääkkeitä ja kirurgisen menopaussin yhteydessä, ennen kuin sitä voidaan suositella laajempaan kliniseen käyttöön. Toistaiseksi lääke ei ole ollut Euroopassa hyväksymisprosessissa. ●

KIRJALLISUUTTA

- Jaspers L, ym. Efficacy and safety of flibanserin for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in women: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2016; 176(4): 453–62.
- Kataja V. Rinta- ja eturauhasyövän hormonaalinen hoito: kokeellisesta kirurgiasta molekyylien muokkaukseen *Sic!* 2015; 5(3): 34–7.
- Saastamoinen L, ym. Erektiohäiriölääkkeiden käyttö terhakassa nousussa. *Suom Lääkäril* 2016; 71(17): 1244–7.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Raskauden ehkäisy. Käypä hoito -suositus (13.11.2015). www.kaypahoito.fi
- Tiitinen A. Kasviestrogeenit ja naisen terveys. *Sic!* 2015; 5(3): 50–1.
- Vehkavaara S, Hämäläinen E. Miehen matala testosteronitaso – miten diagnosoin ja hoidan? *Suom Lääkäril* 2015; 70: 723–7.
- Vuola T. Seksuaalisuuteen liittyvät lääkkeiden haittavaikutukset. *Suom Lääkäril* 2011; 35: 2493–6.

