

Kuolleen sikiön synnyttäminen

Tapio Kurki ja Mika Nuutila

Arviolta 0.5 % yli 22-viikkoisista sikiöistä voi menehtyä kohtuun. Tapahtuma on suuri tragedia, ja hoitavalta lääkäriltä vaaditaan tilanteen hallitsemiseksi empatiaa kliinisten taitojen ohella. Useimmat naiset toivovat synnytyksen pikaista käynnistämistä ikävän uutisen kuultuaan. Pelätyt hyytymistekijähäiriöt ilmaantuvat kuitenkin vasta noin kuukauden kuluttua sikiön menehtymisestä. Äidin ahdistusta synnytyksen ripeä käynnistys näyttäisi sen sijaan vähentävän. Synnytyksen induktio onnistuneen parhaiten synteettisellä prostaglandiinilla, misoprostolilla. Kuolleen lapsen synnyttäneen tukihoito on tärkeää. Syy sikiön menehtymiseen saadaan selvitettyä yli 90 %:ssa tapauksista.

Noin puoli prosenttia yli 22-viikkoisista sikiöistä voi menehtyä kohtuun. Tapahtuma on aina tragedia synnyttäjälle ja hänen läheisilleen. Synnytyslääkäriltä vaaditaan empaattista mutta silti jämäkkää kliinistä otetta asioihin. Kirjoituksessa keskitytään synnytykseksi (raskauden kesto ≥ 22 viikkoa, sikiön paino ≥ 500 g) katsottavan sikiökuoleman hoitoon.

Oireet ja diagnoosin varmistaminen

Synnyttäjät ottavat yleensä ensiksi yhteyttä äitiysneuvolaan, jos raskauden kuluessa ilmenee ongelmia: sikiö ei ole liikkunut kunnolla tai sen liikkeet ovat vähentyneet. Synnyttäjällä voi esiintyä myös ennenaikaisia supistuksia tai niukkaa verenvuotoa. Äitiysneuvolassa sikiön sydäntäniä ei todeta doppler-laitteella. Synnyttäjän häpyliitos-kohdunpohjamitta voi olla normaalia pienempi, mikä viittaa sikiön kasvun pysähtymiseen tai lapsiveden määrän vähenemiseen.

Epäiltäessä kohdunsisäistä sikiökuolemaa synnyttäjä tulee lähettää päivystyspotilaana äitiysneuvolasta synnytyssairaalaan. Sairaalassa diagnoosi varmistuu, kun sikiöstä ei saada kardiokografiaa eikä kaikukuvauslaitteella nähdä sikiön sydämen sykettä; yleensä todetaan vain verihyytymiä sydämen sisällä. Jos sikiön

menehtymisestä on jo pitempi aika, kallon saumat voivat olla limittäin ja sikiö saattaa olla autolyyttisen näköinen (epäselvät kudokset).

Hoito synnytyssairaalassa

Tieto sikiön menehtymisestä kohtuun on suuri järkytys, sillä useimmat raskaudet ovat nykyisin suunniteltuja ja hyvin toivottuja. Sikiön menetykseen liittyvä suru ja tuska on lähiomaisen kuolemaan verrattava asia. Synnyttäjän on myös vaikea uskoa, että näin voi käydä vielä nykyaikana. Niinpä hän tai omaiset saattavat ensireaktiona etsiä syyllistä terveydenhoitohenkilöstöstä (Kurki 1995). Hoitavalta synnytyslääkäriltä vaaditaan myös kärsivällisyyttä ja oman ahdistuksen hallintaa.

Useimmat synnyttäjät perheineen haluavat synnyttää menehtyneen sikiön mahdollisimman pian. Synnytyksen käynnistykseen ei kuitenkaan ole välitöntä somaattista aihetta, sillä pelätyt hyytymistekijähäiriöt (hypofibrinogenemia, trombosytopenia) kehittyvät vasta 4–5 viikon kuluttua; tällöinkin kyseessä on yleensä ns. hidas DIC-oireyhtymä. Kuolleen sikiön ripeä synnyttäminen näyttäisi kuitenkin vähentävän merkittävästi äidin ahdistusta (Radestad ym. 1996).

Synnytyksen käynnistys ja hoito

Kuolleen sikiön synnyttäminen on suoravii-
vaisempaa toimintaa kuin elävän lapsen synny-
tys, sillä sikiön voimien valvonnasta ei tarvitse
huolehtia (Hiilesmaa ja Nuutila 1994). Lähes
poikkeuksetta pyritään alatiesynnytykseen, jon-
ka aikana äidin kivunhoidon on oltava liberaa-
lia ja tehokasta. Keisarileikkauksen aiheina voi
olla vain äidin terveystä tai henkeä uhkaava tila
(esim. runsas verenvuoto istukan ablaatiassa,
hyvin vaikea pre-eklampsia) tai absoluuttinen
synnytyksestä (sikiön poikkitiila, täydellinen eteis-
istukka).

Käynnistuksen edellytykset ja riskit

Synnytyksen käynnistystapa riippuu ras-
kauden kestosta ja siihen läheisesti liittyvästä
kohdunsuun kypsyydestä. Käynnistuksen onnis-
tuminen arvioidaan tarkasti modifioitujen Bi-
shopin pisteiden avulla (Hiilesmaa ja Nuutila
1994). Mahdollinen hyperstimulaatio voi ai-
heuttaa kohdun repeämän vaaran, varsinkin jos
kohdussa on jo arpi (aikaisempi keisarileikkaus
tai kohtumyöoman poisto).

Prostaglandiinit

Jos kohdunsuu on riittävän kypsä (3–4 cm
auki), synnytys voidaan indusoida suoraan si-
kiökalvojen puhkaisulla. Tavallisesti tilanne ei
ole kohdunsuun suhteen näin edullinen, vaan
kohdunsuuta joudutaan »kypsyttämään». Tällä
hetkellä käytetään lähinnä synteettisiä prosta-
glandiineja (PG) (gemeprosti, misoprostoli), sil-
lä ne ovat tehokkaampia kuin luonnolliset PG:t.
Vasta-aiheita PG:n käytölle ovat (harvinainen)
yliherkkyys, vaikea sydän- ja verisuonisairaus ja
vaikea obstruktiivinen keuhkosairaus (astma).
HYKS:n naistenklinikassa on jo muutaman vuo-
den ajan käytetty ensisijaisesti PGE₁-johdosta
misoprostolia. Sitä annetaan 0.1 mg:n tabletti-
na emättimeen kohdunsuun lähelle kahdeksan
tunnin välein. Synnytyksen käynnistymiseen tar-
vitaan yleensä vain 1–2 tablettia. Eräessä 156
synnyttäjällä tehdyssä tutkimuksessa vaginaali-
nen 0.1 mg:n misoprostoliannos riitti käynnis-

tämään synnytyksen 81 %:ssa myöhäisistä si-
kiön menetyksistä (Bugalho ym. 1994). Miso-
prostolin avulla kohdunsuu avautuu yleensä 3–
4 cm, ja sen jälkeen synnytystä voidaan joudut-
taa edelleen sikiökalvojen puhkaisulla. Miso-
prostolin vaihtoehtona on teholtaan samanve-
roinen PG gemeprosti (emätinpuikko 3–6 tunnin
välein), mutta se aiheuttaa synnyttäjälle enem-
män sivuvaikutuksia ja on lisäksi misoprostolia
100 kertaa kalliimpaa (Halmesmäki ja Nuutila
1998). Myös PGE₂-johdosta dinoprostonia voi-
daan käyttää kuolleen täysiaikaisen sikiön syn-
nyttämiseen; (0.5 mg kohdunkaulankanavaan tai
2 mg emättimeen kuuden tunnin välein) (Hiiles-
maa ja Nuutila 1994). Vaste synnytyksen induk-
tion on hyvin yksilöllinen. Prostaglandiineja
voidaan siten joutua antamaan useita päiviä.

Oksitosiini

Kohtuun menehtyneen sikiön synnytys voi-
daan käynnistää suoraan myös oksitosiinilla. In-
duktion onnistuminen riippuu kuitenkin oksito-
siinireseptoreiden määrästä kohdussa ja koh-
dunkaulan kanavassa. Määrien tiedetään lisääntyvän
raskauden loppua kohden (Fuchs ym.
1982). HYKS:n naistenklinikassa on annettu
oksitosiinia infuusiona 30–50 yksikköä 500
ml:ssa Ringerin liuosta aloittaen nopeudella
kaksi tippaa minuutissa. Infuusionopeutta voi-
daan suurentaa kahdella tipalla minuutissa 30–
45 minuutin välein kohdun vasteen mukaan.
Oksitosiini-infuusio voidaan toistaa tarvittaessa
seuraavana päivänä. Infuusion käytössä on silti
noudatettava varovaisuutta, sillä yksilöllinen
herkkyys voi altistaa patologisille supistuksille.
Varotoimet ovat siten pitkälti samanlaisia kuin
PG:n käytön yhteydessä.

Muita synnytyksen käynnistyskeinoja

Mifepristoni (RU 486) on antiprogестиini, jota
on käytetty raskauden keskeytyksissä yksinään ja
yhdessä misoprostolin kanssa. Sitä on käytetty
myös onnistuneesti yli 16-viikkoisten kuolleiden
sikiöiden synnyttämiseen: Cabrolin ym. (1990) 46
naisen aineistossa 29 (63 %) synnytti, kun mife-
pristonia annettiin 600 mg kahdesti päivässä.

Kohtuun menehtyneen sikiön synnyttäminen voi onnistua myös käyttämällä vesikalvon ulkopuolista keittosuolahuuhtelua, jossa katetri ohjataan kohdunkaulan kanavan kautta ja yhdistetään keittosuolainfuusioon. Sikiöt on sen avulla saatu syntymään äidin kannalta turvallisesti, ja menetelmän tehokin on verrattavissa lapsivesitilaan ruiskutettavaan PG-annokseen (Mahomed ja Jayaguru 1997). Tämäntyyppinen synnytyksen käynnistysmuoto voisi sopia myös kehityksmaaolosuhteisiin.

Kuolleen lapsen synnyttyä

Vanhempien olisi hyvä nähdä syntynyt lapsi, vaikka hän olisi epämuodostunutkin. Poikkeavat kehon alueet voidaan tarvittaessa peittää liinoilla. Näin toimien heille jää realistinen kuva syntyneestä lapsesta ja vältetään myöhempi epä-tietoisuus sekä ahdistus. Lapsesta annetaan vanhemmille myös valokuva.

Syntynyt lapsi tutkitaan tarkkaan, valokuvataan ja röntgenkuvataan. Lapsesta otetaan infektiönäytteitä (bakteeriviljelyt, virusvasta-aineet), ja hänen kromosominsa tutkitaan (verinäyte, ihobiopsia). Uusi hyödyllinen tutkimus voisi olla lapsiveden erytropoietiiniääritys, jonka avulla akuutti ja krooninen hypoksia voidaan paremmin erottaa toisistaan (Husari ym. 1998, Teramo ym. 1998). Lapsivesipistonäyte pitäisi kuitenkin ottaa ennen synnytyksen käynnistystä, joten menetelmä soveltuu lähinnä yliopistosairaaloihin.

Kuolleen lapsen synnyttäneelle on syytä järjestetään tukihoito. Olisikin hyvä, jos sairaalossa voisi olla gynekologin, pediatriin, psykologin tai psykiatriin ja kättilön muodostama kriisiryhmä tällaisten tilanteiden varalle. Jotkut kuolleen lapsen synnyttäneet haluavat tavata sairaalaporin keskustellakseen lapsen siunaukseen ja hautaamiseen liittyvistä asioista. Kuolleen lapsen synnyttänyt on ehkä viisasta sijoittaa synnytyksen jälkeen muualle kuin tavanomaiselle lapsivuodeosastolle, sillä vastasyntyneiden näkeminen ja itku voivat ahdistaa häntä entisestään. Yleensä kotiutus voikin tapahtua mahdollisimman pian synnytyksen jälkeen. Maidon erityis lopetetaan prolaktiinin estäjillä.

Synnytyksen jälkitarkastus on tärkeä asia, sillä vanhemmat haluavat tietää syyn lapsensa menehtymiseen. Onneksi vain 9 %:ssa tapauksista sikiön menehtymisen syy jää epäselväksi (Hovatta ym. 1983). Erityinen sikiönsä tai lapsensa menettäneiden poliklinikka (HYKS:n naistenklinikassa fetus mortus -poliklinikka) olisi paras paikka jälkitarkastukseen, mutta se voidaan tehdä gynekologian poliklinikassakin. Edellä mainittu kriisi- tai tukihoito on kuitenkin jo tätä ennen tarpeen, sillä jälkitarkastus on yleensä vasta 3–6 kuukauden kuluttua kaikkien tutkimustulosten valmistuttua. Uuden raskauden suunnittelusta ja riskien kartoituksesta voidaan myös keskustella jälkitarkastuksessa. Tarvittaessa synnyttäjälle ja hänen puolisolleen voidaan järjestää perinnöllisyyslääkärin konsultaatio.

Kirjallisuutta

- Bugalho A, Bique C, Machungo F, Bergström S. Vaginal misoprostol as an alternative to oxytocin for induction of labor in women with late fetal death. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 194–8.
- Cabrol D, Dubois C, Cronje H, ym. Induction of labor with mifepristone (RU 486) in intrauterine fetal death. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 540–2.
- Fuchs A, Fuchs F, Husslein P, Soloff M, Fernström M. Oxytocin receptors and human parturition: a dual role for oxytocin in the initiation of labor. *Science* 1982; 215: 1396–8.
- Halmesmäki E, Nuutila M. Misoprostoli gynekologiassa ja obstetriikassa. *Duodecim* 1998; 114: 1422–4.
- Hiilesmaa V, Nuutila M. Alatiesynnytyksen käynnistäminen. *Duodecim* 1994; 110: 826–30.
- Hovatta O, Lipasti A, Rapola J, Karjalainen O. Causes of stillbirth: a clinicopathological study of 243 patients. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90: 691–6.
- Husari M, Markkanen H, Puttonen H, Teramo K. Lapsiveden erytropoietiiniipitoisuus normaaleissa ja patologisissa raskauksissa. *Duodecim* 1998; 114: 2315–21.
- Kurki T. Potilasvahingot synnytyksissä. *Suom Lääkäril* 1995; 50: 2831–2.
- Mahomed K, Jayaguru A. Extra-amniotic saline infusion for induction of labour in antepartum fetal death: a cost effective method worthy of wider use. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1058–61.
- Radestad I, Steineck G, Nordin C, Sjogren B. Psychological complications after stillbirth-influence of memories and immediate management: population based study. *BMJ* 1996; 312: 1505–8.
- Teramo K, Glemons G, Schwartz R, Witness J. Can amniotic fluid erythropoietin levels differentiate between acute or chronic causes of fetal death. Abstrakti. *J Soc Gynecol Invest* 1998; (1) Suppl: 5.

TAPIO KURKI, LKT, dosentti, apulaisopettaja
Helsingin yliopisto, naistenklinikka
tapio.kurki@huch.fi
PL 140, 00029 HYKS

MIKA NUUTILA, LL, perinatologian sairaalalääkäri
HYKS:n naistenklinikka
PL 140, 00029 HYKS

Aikakauskirjan pyytämä artikkeli
Jätetty toimitukselle 21.12.1998