

Sterilisaatio – edelleen varteenotettava vaihtoehto raskaudenehkäisyyssä

Sterilisaatio on tehokas ja turvallinen perhesuunnittelun menetelmä

Suomalaisen Klaus Härön tuore elokuva Uusi ihminen (Den nya människan) Ruotsin pakkosterilisaatioista on herättänyt suurta huomiota ja ihmetystä viime vuosisadan alkupuoliskon ajattelutavasta. Toisaalta Hufvudstadsbladetin viikkoliitteessä on ollut arvosteleva kirjoitus sterilisaation epäamisestä sitä haluavalta Downin syndroomaa sairastavalta nuorelta.

Suomen sterilointilaki vuodelta 1935 sisälsi pakkosteriloinnin ja perustui eugeeniseen ajattelutapaan. Vuoden 1950 laki oli pitkälti samanhenkinen. Vasta nykyinen vuodelta 1970 peräisin oleva sterilointilaki, johon tehtiin v. 1985 ikää, synnyttäneisyyttä ja lasten lukumäärää koskevia muutoksia, perustuu raskaudenehkäisyn ajatteluun.

Ennen vuotta 1970 tehtyjen naisten sterilisaatioiden lukumäärä vaihteli vuosittain 3 000:n ja 5 000:n välillä ja miesten sterilisaatioiden 10:n ja 50:n välillä. Vuoden 1970 jälkeen lukumäärä alkoi yllättäen pienentyä, ja vasta v. 1985 lakiin tehtyjen lisäysten myötä se alkoi kasvaa. Eniten sterilisaatioita tehtiin vuonna 1990, jolloin noin 12 800 naista ja noin 600 miehestä sterilointiin. Naisten sterilisaatioiden määrä on sittemmin pienentynyt tasaisesti. Vuonna 2005 sterilisaatioon päätyi 5 100 naista. Miesten sterilisaatioiden määrä oli suurimmillaan vuonna 1997, jolloin 2 200 miestä sterilointiin. Vuoden 2005 lukumäärä oli 1 800.

Sterilisaatio on maailman käytetyin ehkäisy menetelmä ja yleisimpiä naisille tehtävistä kirurgisista toimenpiteistä. Sterilisaatiota käyttää ehkäisykeinona nykyään Suomessa noin 210 000 naista ja 25 000 miestä. Vaikka sterilisaatio on niin yleinen, sen tehosta ja komplikaatioista on

julkaistu hämmästyttävän vähän tutkimuksia, saati että olisi tehty satunnaistettuja vertailevia tutkimuksia. Harvat raportit on julkaistu Yhdysvalloista ja Brasiliasta. Näissä maissa 35 % ja 40 % hedelmällisestä väestöstä käyttää sterilisaatiota ehkäisy menetelmänä.

Vastoin yleistä käsitystä sterilisaatio ei ole pettämätön ehkäisy menetelmä eikä edes varmin. Naisen sterilisaatio voidaan suorittaa heti synnytyksen jälkeen, jolloin yleensä tehdään osittainen molemminpuolinen salpingektomia eli Pomeroy sterilisaatio. Toinen mahdollisuus on tukkia munanjohtimet joko sähkökoagulaatiolla tai puristusklipseillä kuukautiskierron alkupuoliskolla, useimmiten laparoskopiateitse. Viiden vuoden kumulatiivinen pettämisosuus synnytyksen jälkeisessä Pomeroy sterilisaatiossa on 6,3 tapausta tuhatta naista kohden. Laparoskooppisia menetelmiä käytettäessä osuus on 16,5 sähkökoagulaation jälkeen ja peräti 31,7 puristusklipsin asennuksen jälkeen. Puristusklipsi on tavallisin Suomessa käytetty sterilisaatio menetelmä. Sterilisaation pettämisen riski suurenee kaksinkertaiseksi, jos steriloitu nainen on alle 30-vuotias. Ennen sterilisaatiota sairastettu sisäsynnyttimien tulehdus (PID) kolminkertaistaa pettämisen riskin (American College of Obstetrics and Gynecology 2003).

Menetelmän pettämiseksi vastakkainen ongelma on katuminen. Katumisen esiintyvyys vaihtelee määritelmän mukaan välillä 0,9–26 %. Toivomuksen sterilisaation purkamisesta esittävä huomattavasti pienempi osuus naisista, ja varsinaiseen purkuun päätyy hyvin pieni määrä (Curtis ym. 2006). Nuori ikä sterilisaation aikaan on merkittävin katumisen riskitekijä. Alle 30-vuo-

tialla katumisriski on 2,4-kertainen, purkutoivomuksen esittämisen mahdollisuus 3,5-kertainen ja purkuun päätyminen riski 7,6-kertainen yli 30-vuotiaisiin verrattuna. Mitä pitempi aika on kulunut viimeisestä synnytyksestä, sitä pienemmäksi katumisriski tulee (Hillis ym. 1999). Naisen katumisriski puolintuu, jos sterilisaatio on tehty miehelle. Katumisriski on suurempi lääketieteellisistä syistä tehtyjen sterilisaatioiden jälkeen. Kumppanin painostus ja puutteellinen tieto lisäävät katumisriskiä.

Sterilisaatio on verraten helppo ja turvallinen toimenpide. Prospektiivisessa vajaan 10 000 naisen monikeskustutkimuksessa vain 0,8 %:ssa laparoskooppisista sterilisaatioista päädyttiin laparotomiaan komplikaation takia. Lievimmätkin komplikaatiot mukaan luettuina kokonaiskomplikaatiotaajuus oli samassa tutkimuksessa vain 1,5 % (Jamieson ym. 2000). Miehen sterilisaatio vasktomia on vielä yksinkertaisempi, paikallispuudutuksessa tehtävä toimenpide, jonka kokonaiskomplikaatoriski (infektio, hemo- tooma, granulooma) on pienempi kuin naisen sterilisaatiossa.

Sterilisaatioon on liittynyt huolta sen aiheuttamista terveydellisistä haitoista. Vastoin aikaisempaa käsitystä perusteellisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, ettei sterilisaatio vaikuta kuu- kautiskiertoon (American College of Obstetrics and Gynecology 2003). Munasarjasyövän riski sterilisaation jälkeen jopa pienenee (riskisuhde

TAULUKKO. Eri ehkäisymenetelmien viiden vuoden kumulatiivisia raskauslukuja (%) (Trussell ja Vaughan 1999).

Kohdunsisäinen hormoniehkäisin	0,5
Naisen sterilisaatio	1,3
Kuparierukka	1,4
Progestiiniruiske	3,2
Ehkäisytabletit	7,0
Kondomi	9,0
Rytminen menetelmä	19,8

0,3–0,7) (Irwin ym. 1991, Green ym. 1997). Sen sijaan todennäköisyys joutua kohdunpoistoleikkaukseen sterilisaation jälkeen on 2–4-kertainen sterilioimattomiin verrattuna (Hillis ym. 1998). Syynä ajatellaan olevan mm. asianomaisten myönteinen suhtautuminen kirurgisiin ratkaisuihin. Vasektomia ei lisää arterioskleroosin, kiveskarsinooman eikä eturauhaskarsinooman riskiä (Schuman ym. 1993, Möller ym. 1994, Cox ym. 2002).

Suomalaisten kehittämä kohdunsisäinen hormoniehkäisin on tehokkain naisen ehkäisymenetelmä jossa pettämiskäsi on alle puolet pienempi kuin sterilisaatiossa (taulukko). Kaikille ei kuitenkaan kohdunsisäinen ehkäisin sovi. Sterilisaatio on varteenotettava vaihtoehto, kun katumisen riskitekijät huomioidaan ja korostetaan vasektomian etuja. Tutkimustulosten valossa Suomen nykyinen sterilointilaki tuntuu olevan hyvin kohdallaan.

Kirjallisuutta

- American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG practice bulletin. Benefits and risks of sterilization. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;83:339–50.
- Cox B, Sneyd MJ, Paul C, Delahunt B, Skegg DC. Vasectomy and risk of prostate cancer. *JAMA* 2002;287:3110–5.
- Curtis KM, Mohllajee AP, Peterson HB. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contraception* 2006;73:205–10.
- Green A, Purdie D, Bain C, ym. Tubal sterilization, hysterectomy and decreased risk of ovarian cancer. Survey of women's health study group. *Int J Cancer* 1997;71:948–51.
- Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Higher hysterectomy risk for sterilized than nonsterilized women: findings from the US Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol* 1998;91:241–6.
- Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol* 1999;93:889–95.

- Irwin KL, Weiss NS, Lee NC, Peres HB. Tubal sterilization, hysterectomy and the subsequent occurrence of epithelial ovarian cancer. *Am J Epidemiol* 1991;134:362–9.
- Jamieson DJ, Hillis SD, Duerr A, Marchbanks PA, Costello C, Peterson HB. Complications of interval laparoscopic sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol* 2000;96:997–1002.
- Möller H, Knudsen LB, Lyng E. Risk of testicular cancer after vasectomy: cohort study of over 73000 men. *BMJ* 1994;309:295–9.
- Schuman LM, Coulson AH, Mandel JS, Massey FJ jr, O'Fallon WM. Health status of american men – a study of post-vasectomy sequelae. *J Clin Epidemiol* 1993;46:697–958.
- Trussell J, Vaughan B. Contraceptive failure, method-related discontinuation and resumption of use: results from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect* 1999;31:64–72.

CARL GUSTAF NILSSON, professori
 carl.nilsson@hus.fi
 HYKS:n naistenklinikka
 PL 140, 00029 HUS