



matkakertomus

Matti Kuukasjärvi

LL, erikoislääkäri, MRCP(UK), FRCA(UK)
Hyks, ATEK, Naistenklinikka ja Kätilöopiston sairaala
matti.kuukasjarvi[a]hus.fi

SOAP

Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology 46th Annual Meeting

14.–18.5.2014

Toronto

Kanada



► Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology (SOAP) perustettiin vuonna 1968 päämääränä parantaa tieteellisen tutkimustyön ja opetuksen kautta raskaana olevien naisten ja vastasyntyneiden hoitoa ja ennustetta Pohjois-Amerikassa. SOAPIin kuuluu anesthesiologeja, obstetrikkoja, pediatreja ja perustieteen tutkijoita, ja tällä hetkellä jäsenistöä on ympäri maailman. SOAP järjesti 46. vuosikokouksensa Kanadan suurimmassa kaupungissa Torontossa, joka on Ontarion provinssin pääkaupunki. Toronto sijaitsee suurten järvien alueella Ontario-järven pohjoisrannalla noin 100 kilometrin päässä Yhdysvaltain rajalla sijaitsevilta Niagaran putouksilta. Se on tunnettu jääkiekosta ja monikansallisesta ilmapiiristä; kaupunkiin on muuttanut asumaan ihmisiä yli 140 maasta. Epätavallisen kylmän talven jälkeen kevät oli vasta tuloillaan, sen sijaan ihmiset olivat jo täysin kevätmielellä.

Tämän vuoden kokouksen teemaksi oli valittu 'New approaches to old problems in obstetric anesthesia'. Koulutus koostui pienistä workshoppeista, luennoista ja erinomaisista postereista. Kokouksessa pääpaino todellakin oli tuttujen ongelmien käsittelyssä; pre-eklampsian ja postpartum-vuodon hoito tulivat esille usein. Uusia tutkimustuloksia esiteltiin luennoilla ja postereilla. Ensimmäisenä päivänä nuoret tutkijat saivat esitellä omia tutkimustuloksiaan. Heti alkuun Dr. D. Monks Torontosta esitti tutkimuksensa gabapentiiniin

vaikutuksesta elektiivisen sektion postoperatiivisen kivun hoidossa. Tutkimuksessaan he randomoivat 204 tervettä synnyttäjää gabapentiini- tai plaseboryhmään. Molemmat ryhmät saivat spinaalianestesian (bupivakaiini + 10 µg fentanylä ja 100 µg morfiinia IT). Molemmat ryhmät saivat myös parasetamolia, diklofenaakkia sekä tarvittaessa morfiinia postoperatiivisesti. Gabapentiiniryhmälle annettiin 600 mg oraalista gabapentiiniä preoperatiivisesti ja 200 mg postoperatiivisesti kolme kertaa vuorokaudessa 48 tunnin ajan. Tutkijaryhmä mittasi kipua VAS-asteikolla ja morfiinintarvetta 24 ja 48 tunnin kuluttua viillosta. Plaseboryhmään verrattuna gabapentiiniryhmän kipu VAS-asteikolla oli merkittävästi alhaisempi, ja heidän morfiinintarpeensa oli myös pienempi 24 tunnin kohdalla. 48 tunnin kohdalla etua ei ollut enää havaittavissa. Gabapentiinin saaneiden ryhmässä sedaatio oli kuitenkin yleisempää, mutta äidit olivat tässä ryhmässä tyytyväisempiä kivunhoitoon. Gabapentiinillä ei ollut vaikutuksia vastasyntyneeseen.

Sektion jälkeistä kipua on tutkittu myös Oxfordissa. Ryhmä raportoi tuloksiaan laajasta prospektiivisestä pitkittäistutkimuksesta, jossa he postikyselyllä tutkivat elektiivisen sektion jälkeisen kivun insidenssiä 4 ja 12 kuukautta leikkauksen jälkeen. Neljä kuukautta sektion jälkeen 25% naisista koki vielä kipua ainakin viikoittain, ja 12 kuukauden kohdalakin insidenssi oli yhä 14%. Heidän laaja meneillään oleva tutkimuksensa

pyrkii vielä kartoittamaan riskitekiöitä sektiokivun kroonistumiselle. Heidän tuloksensa olivat linjassa suomalaisen tutkimuksen kanssa, jota he myös työssään referoivat (1).

Muita mielenkiintoisia alkuperäis-tutkimuksia oli esimerkiksi Stanfordin yliopistossa tehty tutkimus onnistuneen perätilan ulkokäännöksen vaikutuksista äidin peripartum-komplikaatioihin (Peripartum maternal outcomes of term breech presentation delivery: impact of successful external cephalic version). He käyttivät aineistonaan Yhdysvaltain Nationwide Inpatient Sample-tietokantaa (NIS), joka kattaa 20% USA:n sairaalahoitoista. He keräsivät vuosilta 1998–2011 sekä onnistuneet ulkokäännökset että pysyvät perätilat synnytykseen tullessa. Aineistossa oli huikeat 1 079 576 perätilaraskautta, joista 56 409 (5,2%) ulkokäännettiin onnistuneesti. Sektiolla synnytetään 20,2% onnistuneista ulkokäännöksistä ja 94,9% pysyvistä perätiloista. Onnistunut ulkokäännös vähensi merkittävästi synnyttäjien riskiä sairastua peripartum-sepsikseen (adjusted OR 0,35). Myös keuhkoembolian, verensiirron, hysterektomian ja anestesiaan liittyvien komplikaatioiden riski väheni, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkittäviä. Onnistunut ulkokäännös vähensi sairaanhoidon kustannuksia sekä sairaalapäiviä. Tutkijaryhmä peräänkuuluttaakin ulkokäännökseen panostamista ja kannustaa neuraksiaalisen analgesian käyttöä käännösyritysten tulosten parantamiseksi – tässä ilmeinen rooli >>>

Kohtuatonian incidenssin nousu on suurin syy massiivisen verenvuodon yleistymiseen.

tulevaisuudessa obstetrista anesthesiologiaa harjoittaville.

Yksi kokouksen keskeisiä aiheita oli pre-eklampsian hoito. USA:n Preeclampsia Foundationin puheenjohtaja Eleni Tsigas kertoi yleisölle omasta kokemuksestaan sairastuttuaan ensimmäisessä raskaudessaan pre-eklampsiaan ja menetettyään lapsensa tälle taudille. Hän peräänkuulutti lähinnä oireiden tehokasta tutkimista ja taudin aggressiivista hoitoa heti alkuvaiheessa.

Dr. Kingdom Torontosta luennoi myös aiheesta; Recent Advances in Obstetrics: Pathogenesis, Prevention and Management of Severe Preeclampsia. Hän ennusti tämänhetkisen meneillä olevan tutkimustyön johtavan seuraaviin kliinisesti merkittäviin muutoksiin pre-eklampsian hoidossa seuraavan viiden vuoden aikana: 1) pre-eklampsian varhaisen diagnoosin mahdollistavan optimoidun seulonnan ja diagnostisten testien paranemiseen, 2) hepariinin uudelleentuloon vaikean pre-eklampsian ehkäisyssä ja 3) non-invasiivisen sydämen minuutivirtauksen (NICOM) mittauksen rutiinomaisen käytön yleistymiseen vaikean hypertension hoidossa. Nyt tiedetään, että suuren sairastumisriskin potilaat hyötyvät pienestä annoksesta aspiriinia päivittäin, mikäli hoito aloitetaan ennen 16. raskausviikkoa. Viimeaikaiset tutkimustulokset hepariinin hypertensiivistä vaskulopatiaa ehkäisevistä vaikutuksista ovat olleet myös lupaavia. Vaikea hypertensio on hoidettava tehokkaasti, ja tässä anesthesiologien osuus on merkittävä.

NICOM, ja mahdollisesti myös ECHO, tulevat todennäköisesti ohjaamaan vaikean hypertension hoitoa tulevaisuudessa. Albetoli ja kalsiumsalpaajat ovat yhä ensisijaiset lääkkeet hypertension hoidossa.

Massiivisesta verenvuodosta saatiin myöskin mielenkiintoista tietoa. Yhdysvalloissa postpartum-verenvuoto (PPH) aiheuttaa 12% peripartum-kuolemista. NIS-tiedostosta kerätty data vuosilta 1994–2006 sisälsi yli 10 miljoonaa synnytystä. Tänä aikana massiivin verenvuodon incidenssi nousi 26%:lla (2,3%:sta synnytyksistä 2,9%:iin). Saman suuntainen trendi oli atonian aiheuttamalla vuodolla (1,6%:sta 2,4%:iin), mikä antaa olettaa, että nimenomaan atonian incidenssin nousu on suurin syy massiivisen verenvuodon yleistymiseen. Stanfordin yliopiston tutkijat esittelivät tuloksiaan retrospektiivisestä kohorttitutkimuksesta sektorin yhteydessä ilmaantuvan atonian hoidossa toissijaisesti käytettävien lääkkeiden turvallisuudesta. Heidän kohorttinsa sisälsi 1 335 synnyttäjää, joilla atonia ei korjaantunut riittävästi oksitosiiniin ja kohdun painannan jälkeen. Näistä potilaista 870 sai toissijaisena lääkkeenä metyyliergometriiniin ja 465 potilasta prostaglandiini E2-johdannaisen (hemabate, Suomessa sulprostoni). Tuloksissa he totesivat PGE2-johdannaisen saaneessa ryhmässä enemmän verenvuotoon liittyvää morbiditeettiä (intra- tai postoperatiivinen transfuusio, arteria uteriin tai hypogastriiin ligaatio) (OR 1,88). Tämä tutkimus viittaisi ergometriiniin

olevan tehokkaampi ja turvallisempi toissijainen lääke atonian hoidossa kuin PGE2-johdannaisen, mutta RCT tutkimuksia asiasta tarvitaan. Luennoilla käsiteltiin myös synnytyksen jälkeisen anemian hoitoa. Dr. R Russell Oxfordista muistutti luennoissaan suonensisäisen rautavalmisteen hyödyistä postpartum-anemian hoidossa verensiirtoon verrattuna, mutta muistutti myös hoitoon liittyvästä anafylaktisen reaktion riskistä.

Tapausselostuksia esiteltiin lähinnä postereilla. Useassa tapauksessa esiteltiin neuraksiaalisen analgesian/anestesian jälkeisen päänsäryn etiologiaa, jota löytyi aina aivojen intraparenkymaalista ja subaraknoidaalivuodosta harvinaiseen Sheenanin oireyhtymään saakka. Viestinä oli, että päänsärky ei aina ole durapunktion aiheuttamaa, varsinkin jos siitä puuttuu tyyppillinen posturaalinen elementti. Neurologin konsultaatio ja pään kuvantaminen on viisasta tehdä aikaisessa vaiheessa epätavallisen päänsäryn selvittelyssä. Tapausselostuksissa kerrottiin myös jo ennen raskautta pulmonaalihypertensioon sairastuneesta naisesta, jolle 35. raskausviikolla tehtiin kiireellinen sektio pahenevan hypoksian, sydämen oikean kammion vajaatoiminnan ja sikiön takykardian vuoksi. Yleisanestesiassa tehdyn sektorin jälkeen toipuminen oli alun rauhallisen vaiheen jälkeen myrskyisää, ja äiti kuoli teho-osastolla 3. postoperatiivisena päivänä sydämen vajaatoimintaan. Ryhmä haluaa muistuttaa

pulmonaarihypertensiota sairastavan gravidan suuresta mortaliteettiriskistä (30–56%) parhaasta hoidosta huolimatta. Exitus usein tapahtuu juuri peripartum-aikana fysiologisten muutosten saattamana.

Mielenkiintoinen tapauselostus oli myös dexmedetomidiniin käyttö synnytysanalgesiassa. Tapauksen synnyttäjällä diagnosoitiin AML 34. raskausviikolla, ja synnytys käynnistettiin sytostaattihoitoja varten. Matalan trombosyyttitason ja kiertävien blastisolujen vuoksi epiduraalia ei pistetty ja potilaalle aloitettiin fentanyl-PCA. Ponnistusvaiheessa fentanyyliin lisättiin IV dexmedetomidini 0,5 µg/kg. Tällä saavutettiin riittävä analgesia, ja potilas synnytti normaalisti alateitse ilman komplikaatioita. Dexmedetomidini toimii synergisesti fentanyylin kanssa ja menee klonidiinia vähemmän istukan läpi.

SOAP tarjosi kaiken tämän lisäksi suuren määrän muitakin mielenkiintoisia luentoja ja postereita. Nämä kaikki ovat vapaasti löydettävissä SOAPin sivuilta. (2)

Vuonna 2015 kurssi järjestetään Colorado Springsissä. Suosittelemme kurssia lämpimästi kaikille obstetrisesta anestesiologyasta kiinnostuneille kollegoille. Kiitän SAY:tä saamastani apurahasta. ■

Viitteet

1. Kainu JP, Sarvela J, Tiippana E, ym. Persistent pain after caesarean section and vaginal birth. *Int J Obstet Anesth.* 2010; 19: 4-9.
2. <http://www.soap.org/annual-meeting-syllabus-5-8-14.pdf>

