

Sirkka-Liisa LauronenLT, erikoislääkäri
TAYS, Anestesiatoiminta
sirkka-liisa.lauronen@pirha.fi

Obstetrasta anestesiologiaa käytännönläheisesti ja muuan Mauri Hakkarainen

Obstetric Anaesthesia Research into Practise 9th ESRA Sunny Autumn Meeting

Ajankohta
6.–10.10.2025

Paikka
Algarve, Portugal

ESRAn yhdeksäs Sunny Autumn Meeting järjestettiin jälleen Algarvessa Portugalissa lokakuun alussa. Viikko

oli tiivis paketti synnyttäjän kivunhoidosta ECMO-hoitoon ja inhimillisten tekijöiden huomioimiseen.

Ajankohtaista obstetrisesta anestesiologiasta

Koulutus alkoi professori Sarah Devroen (Belgia) katsauksella siitä, mitä parin viime vuoden aikana on obstetrisen anestesiologian alalla julkaistu. Seuraavia aiheita käsiteltiin myös varsinaisilla luennoilla.

Skotlantilaiset tutkivat epiduraalisen kivunhoidon vaikutuksia äidin sairastavuuteen takautuvasti vuosilta >>

Kuva 1. Kongressihotelli Conrad Algarve. Kuva Sirkka-Liisa Lauronen, 2025.



2007–2019 (1). Epiduraalialgesialla on kivunhoidon ohella muitakin suotuisia vaikutuksia, kuten verenpaineen, sydämen minuuttitilavuuden ja stressihormonitasojen lasku sekä mahdollisuus muuttaa analgesia anestesiksi. Tutkimuksessa epiduraalisen kivunhoidon oli saanut 22 % aineiston äideistä. Sen todettiin vähentävän äidin vakavan sairastumisen riskiä 35 %. Ennenaikaisen synnytyksen (< 37 rvko) yhteydessä ja kun äidillä oli perussairauksia (esim. sydän- tai keuhkosairauksia, pre-eklampsia) tai BMI \geq 40, riskin vähenemä oli jopa 50 %. Yhteenvetona todettiin, että epiduraalipuudutuksen saatavuuden lisääminen parantaisi äitien terveyttä.

Sektion jälkeisen kivunhoidon kulmakivi on intratekaalinen morfiini, jolla on kuitenkin haittavaikutuksia. Tuoreessa katsauksessa verrattiin QLB-, TAP- ja erector spinae plane block (ESP)-puudutuksia ja intratekaalista morfiinia (2). Intratekaalinen morfiini oli tehokkaampi kuin TAP 6 h ja 12 h kohdalla postoperatiivisesti. QLB ja ESP puolestaan olivat yhtä tehokkaita kuin intratekaalinen morfiini. Katsauksen mukaan QLB olisi paras vaihtoehto sektion kivunhoidoksi hyöty-haitta-näkökulmasta, mutta tulosten luotettavuutta laskee tutkimusten metodologiset puutteet. Lisäksi QLB:n laittaminen vaatii taitoa ja aikaa, mikä rajoittaa sen saatavuutta ympäri vuorokauden. Prospect-sivustolla (www.postopain.org) voi tutustua sektion jälkeisen kivunhoidon suosituksiin.

Hollantilaiset selvittivät korkean spinaalipuudutuksen esiintyvyyttä obstetriikassa (3). Tapauksia oli onneksi vain 5/148 871, mutta kolmessa niistä sektion spinaalipuudutusta edelsi epiduraalinen kivunhoito synnytyssalissa. Neljännessä oli tahaton subduraalinen/intratekaalinen katetri ja viides tapahtui elektiivisen sektion yhteydessä. Kaikki äidit intuboitui, mutta paineluelvytystä ei tarvittu. Yhteenvedossa suositeltiin, että sektion anestesia hoidetaan epiduraalipuudu-



Kuva 2. Tutustuimme Katin kanssa Mamdouh Haddaraan, joka toimi kipulääkärinä Saudi-Arabiassa. Kuva Kassiani Theodoraki, 2025.

tuksessa, mikäli epiduraalikatetri on ja se toimii. Näin vältetään mahdollinen tahaton korkea spinaali, jolla voi olla fataalit seuraukset sekä äidille että sikiölle.

Synnyttäjän halvaus

Torstain luennoilla käsiteltiin synnytykseen liittyviä komplikaatioita ja kriittisiä tilanteita. Lääkäri Eva Roofthoof (Belgia) puhui aiheesta

Obstetric palsyn spontaani paranemistaipumus on hyvä.

”Synnytyksen jälkeiset neurologiset oireet”. Heti luennon alkuun todettiin, että 95 % synnytykseen liittyvistä neurologisista oireista kuuluu ns. maternal obstetric palsy -kategoriaan ja vain 5 %:lla on vakavia neurologisia vaurioita.

Maternal obstetric palsy määritellään synnytyksen aikana tai sen jälkeen ilmenevänä perifeerisenä hermovauriona. Sen oireena on

toispuoleinen tuntopuutos tietyn hermon alueella ja/tai yksittäisen lihaksen/lihasryhmän motorinen heikkous. Yleisin oireileva hermo on n. cutaneous femoralis lateralis, jonka vaurio aiheuttaa puutuneisuutta ja parestesiaa reiden ulkosyrjään, mutta motorista puutosta ei esiinny. Tavanomaisia muita oireilevia hermoja ovat n. femoralis, n. obturatorius ja n. peroneus communis. (4)

Obstetric palsyn ilmaantuvuus on 0,3–0,92 %. Sille altistaa ensisynnyttäjäisyys, pidentynyt synnytyksen toinen vaihe, instrumentaalinen alatiesynnytyksensä sekä lonkkien hyperfleksio. Hermovauriolla on hyvä spontaani paranemistaipumus, ja oireet väistyvät tavallisimmin 1–2 kuukaudessa, mutta paranemista tapahtuu vielä vuodenkin jälkeen. (5) Vakavan neurologisen vaurion merkkejä sen sijaan ovat oireiden molemminpuolisuus sekä kipu-, tunto- ja motoriset puutokset. Vakaviin vaurioihin kuuluvat spinaali- ja epiduraalihakematooma, traumaattinen selkäydin- tai juurivaurio sekä meningiitti ja epiduraaliabskessi. Jos tällaisesta herää epäily oireiden taustalla, tulee konsultoida neurologia ja harkita kuvantamistutkimuksia.

Obstetric palsy -potilasta hoitaessa tärkeää on potilaan tutkiminen, potilaan ja hoitohenkilökunnan informoiminen tilanteesta, paranemisen seuranta ja tilanteen dokumentoiminen.

Ei-niin-benigni postpunktiopäänsärky

Viimeisenä aamupäivänä aiheina oli synnytysosaston ulkopuolella tapahtuva raskaana olevan/synnyttäneen hoito. Kongressin toinen puheenjohtaja, belgialainen professori Marc Van de Velde, luennoi kovakalvopiston jälkeisestä päänsärystä (postdural puncture headache, PDPH), josta vuonna 2024 julkaistiin kansainvälinen hoitosuositus (6).

Tahattoman kovakalvopiston saaneista 70 %:lle kehittyi PDPH. Luennolla käsiteltiin PDPH:n oireita ja näyttöön perustuvaa hoitoa, mutta mielestäni luennoin tärkein asia oli subduraalihakematooman (SDH) yhteys synnyttäjän postpunktiopäänsärkyyn. Yli 22 miljoonan synnytyksen aineistossa PDPH:n sai 68 374 äitiä

(insidenssi 0,31 %). SDH:n sai 342 synnyttäjää, ja sen riski koko aineistossa oli 1,5/100 000, mutta PDPH-äideillä riski oli 145/100 000 ja täten OR 199! (7) Postpunktiopäänsärkyyn liittyy kohonnut riski muillekin neurologisille komplikaatioille, kuten aivolaskimoiden tromboosille ja bakteerimeeningiitille. Mikäli äidillä on jatkuva päänsärky, joka ei helpota veripaikalla ja/tai fokaalisia oireita, pyydetään MRI-tutkimus.

Epiduraalipuudutus vähentää äidin vakavan sairastumisen riskiä 35 %.

Muuta koulutuksessa kuultua

Luenoitsijat tulivat yhtä lukuun ottamatta Britteinsaarilta ja Belgiasta. Hoitokäytännöissä oli eroja sekä heidän välillään että verrattuna Suo-

meen. Sen sijaan Suomen ja Norjan hoitokäytännöt vaikuttivat yhteneväisiltä. Synnytyksanalgesia hoidetaan Belgiassa combined spinal epidural (CSE) -tekniikalla ja Britteinsaarilla perinteisellä epiduraalilla. Menetelmien eduista ja puutteista olikin päivien aikana tiukkaa keskustelua. Britteinsaarilla karbetosiini ei ole käytössä eikä toimenpideradiologiaa voi juuri-kaan hyödyntää synnyttäjän hoidossa. Belgiassa molemmat ovat tarvittaessa käytettävissä. Sektion aikainen hypotensio hoidetaan molemmissa maissa fenyylifriinillä. Lounaan yhteydessä kysyin asiasta norjalaiselta ja kreikkalaiselta kollegalta, ja he molemmat käyttivät sektioäideillä rutiinisti noradrenaliinia, kuten me Tampereellakin.

Viikon aikana tapasimme Katin kanssa myös sujuvaa suomea puhuvan Mamdouh Haddaran, savolaisittain Mauri Hakkaraisen. Hän on syntynään Egyptistä, mutta erikoistui anestesiaan 90-luvulla Kuopiossa ja valmistumisen jälkeen oli mm. Vaasassa ylilääkärinä ja vietti Suomessa kaikkiaan 14 vuotta. Hän oli miellyttävä ja erittäin mielenkiintoinen persoona.

Kiitän Suomen Anestesiologi-yhdistystä saamastani apurahasta! ■



Kuva 3. Viikko oli antoisa myös kelien puolesta. Kuva Sirkka-Liisa Lauronen, 2025.

Viitteet

1. Kearns R, Kyzayeva A, Halliday L ym. Epidural analgesia during labour and severe maternal morbidity: population based study. *BMJ* 2024; 385: e077190.
2. Hussain N, Brull R, Thaete L ym. The analgesic effects of novel fascial plane blocks compared with intrathecal morphine after caesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *BJA* 2025; 134: 1415e1431.
3. Beenackers I, Schaap T, van den Bosch O. High neuraxial block in obstetrics: A 2.5-Year nationwide surveillance approach in the Netherlands. *Anesth Analg* 2024; 139: 1165–1169.
4. Wong G. Nerve injuries after neuraxial anaesthesia and their medicolegal implications. *Best Pract Res Clin Obst Gyn* 2010; 24: 367–381.
5. Tournier A, Doremieux A, Drumez E ym. Lower-limb neurologic deficit after vaginal delivery: a prospective observational study. *IJOA* 2020; 41: 35–38.
6. Uppal V, Russell R, Sondekoppam R ym. Evidence-based clinical practice guidelines on postdural puncture headache: a consensus report from a multisociety international working group. *Reg Anesth Pain Med* 2024; 49: 471–501.
7. Moore A, Wiczorek P, Carvalho J. Association Between Post-Dural Puncture Headache After Neuraxial Anesthesia in Childbirth and Intracranial Subdural Hematoma. *JAMA Neurology* 2020; 77: 65–72.