Satakunnan hyvinvointialue

Koeputkihedelmöityshoito

Hoidon tarkoituksena on kasvattaa joukko munasoluja, jotka poimitaan ja hedelmöitetään laboratoriossa. Hedelmöittyneitä alkioita viljellään 2 – 3 (5) pv ajan, minkä jälkeen alkio siirretään kohtuun kasvamaan (yleensä yksi alkio).

Koeputkihedelmöitystä (IVF) varten munasarjoista poimitut munasolut erotetaan laboratoriossa munarakkulanesteestä. Munasolut siirretään yhdessä siittiöiden kanssa elatusnestettä sisältävään maljaan lämpökaappiin, jossa varsinainen hedelmöittyminen tapahtuu.

Mikroinjektiohedelmöityksessä (ICSI) pistetään yksi siittiö lasineulalla munasolun sisään. Alkioiden kasvatus ja kehittyminen tapahtuu kuten koeputkihedelmöityksessä. Hedelmöitysmuotoa käytetään, kun siemennesteen hedelmöityskyvyn katsotaan olevan voimakkaasti alentunut siittiöiden vähäisen määrän, heikon liikkuvuuden, rakennevikojen tai siittiövasta-aineiden vuoksi tai mikäli aiemmissa IVF-hoidoissa munasolujen hedelmöittyminen ei ole onnistunut. Mikrohedelmöitystä varten siittiöt voidaan ottaa tavallisesta siemennestenäytteestä tai ohuella neulalla kiveksestä.

Munasolujen hedelmöittyminen tarkastetaan keräystä seuraavana aamuna. Alkiot muodostuvat hedelmöittyneen munasolun jakautuessa. Alkion solut jakaantuvat kerran 18 – 24 tunnissa. Alkio siirretään kohtuun yleensä 2-5 päivää munasolun poiminnan jälkeen

Jos hoitokierrosta jää ylimääräisiä hyvänlaatuisia alkioita, ne voidaan syväjäädyttää / pakastaa myöhempää käyttöä varten.

Hoidon suunnittelu

Hoidon alkuvaihe koostuu lääkehoidosta, jolla stimuloidaan munarakkuloiden kasvua ja estetään munasolujen ennenaikainen irtoaminen. Potilaan vaste hoidolle on yksilöllinen, joten hoito-ohjelma on suunniteltava yksilöllisesti hoidonsuunnittelukäynnillä.

Hoidon kulkua seurataan tarkasti ultraäänitutkimuksin ja tarvittaessa myös verikokein, jotta hoidon ajoitus onnistuisi ja mahdolliset haittavaikutukset saataisiin minimoitua.

Hoito voidaan toteuttaa kahdella eri tavalla. Yleensä puhutaan pitkästä (agonisti) ja lyhyestä (antagonisti) hoidosta. Tulokset ovat molemmissa hoidoissa samanlaiset ja hoitokaavaan valintaan vaikuttaa lapsettomuuden syy ja aikataulut.

Munasolujen poiminta

Munasolujen keräys tehdään ultraääniohjatussa munarakkulapunktiossa. Toimenpiteessä punktioneula viedään emättimen seinämän läpi munarakkulan sisälle ja munarakkulaneste sekä siihen irronnut munasolu imetään koeputkeen. Munarakkulaneste tutkitaan välittömästi solulaboratoriossa, munasolut erotellaan munarakkulanesteestä viljelynesteeseen ja siirretään soluviljelykaappiin.

Munarakkuloiden määrästä riippuen toimenpide kestää 10-20 minuuttia. Toimenpiteen aluksi voidaan emättimen pohjukkaan laittaa tarvittaessa puudutus, joka vähentää munasolujen poimintaan liittyvää kiputuntemusta. Lisäksi voidaan antaa kipu- ja rauhoittavaa lääkettä. Puoliso voi olla mukana toimenpiteessä. Koronaepidemian aikana puoliso ei välttämättä pääse mukaan toimenpiteeseen.

Toimenpiteen jälkeen naisen vointia seurataan noin kahden tunnin ajan, minkä jälkeen hän pääsee saattajan kanssa kotiin. Annettujen lääkkeiden vuoksi auton ajaminen sekä alkoholin nauttiminen 24 tuntia toimenpiteen jälkeen on kiellettyä. Sairauslomaa kirjoitetaan naiselle 2 vuorokautta munasolujen keräyspäivä mukaan lukien, miehelle munasolujen keräyspäivä.

Siemennestenäyte

Munasolujen keräyspäivänä mies antaa siemennestenäytteen klinikan näytteenantohuoneessa. Liikkuvat siittiöt erotellaan siemennesteestä pesukäsittelyllä. Mikäli liikkuvien siittiöiden määrä on ennakoitua alhaisempi, voidaan miestä pyytää antamaan toinen siemennestenäyte. Pidättäytymisaika siemennestenäytettä varten tulisi olla 1-3 vuorokautta. **Huom! Mikäli yhdyntöjä viiden vuorokauden sisällä ennen munasolujen keräystä, on käytettävä kondomia.**

Mahdollisia ongelmia

Joskus hoito ei etene suunnitellussa aikataulussa tai se joudutaan keskeyttämään poikkeavan hoitovasteen, huonon hedelmöittymisen tai poikkeavan alkiolaadun vuoksi. Vaste stimulaatiohoidolle voi olla liian vähäinen, jolloin munarakkulat eivät lähde kasvamaan, vaikka lääkeannosta lisätään. Munarakkuloita voi myös kehittyä liikaa, jolloin munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymän riski kasvaa. Huonon hedelmöittymisen tai poikkeavan alkiolaadun vuoksi hoitoja joudutaan keskeyttämään harvoin.

Munasarjojen hyperstimulaatio

OHSS-oireyhtymä (OHSS) on koeputkihoitojen yleisin ja merkittävin komplikaatio. Lievä oirehdinta on melko yleistä. Vaikean, sairaalahoitoa vaativan OHSS:n riski on koeputkihedelmöityshoidoissa noin 0,5 - 2 %. Erityisen alttiita OHSS:lle ovat naiset, joilla on todettu polykystiset munasarjat (PCO) sekä nuoret, alipainoiset naiset. OHSS:n tyypillisiä oireita

ovat vatsan turpoaminen, vatsakivut, huonovointisuus ja hengenahdistus. Oireet aiheutuvat nesteen kertymisestä vatsa- ja/tai rintaonteloon. Vaikeimmillaan OHSS voi aiheuttaa veritulppia ja munuaisten toiminnanvajausta sekä altistaa munasarjojen kiertymiselle.
Voimakas vatsan turvotus ja kipu, hengenahdistus ja virtsantulon vähentyminen ovat aiheita ottaa yhteyttä sairaalaan. Koska alkanut raskaus voi pahentaa oireita, alkion siirtoa ei OHSS -tilanteessa tehdä, vaan kaikki alkiot pakastetaan.

Infektio

Vaikka kaikkiin emättimen kautta tehtäviin toimenpiteisiin liittyy lisääntynyt infektion mahdollisuus, antibioottihoitoa vaativat tulehdukset ovat harvinaisia hoidon komplikaatioita.

Monisikiöraskaudet

Spontaanisti alkaneista raskauksista noin 1,2% on monisikiöraskauksia, viime vuosina koeputkihedelmöityksellä alkaneista raskauksista noin 1,4 -1,7 %. Suurin osa näistä on kaksosraskauksia. Monisikiöraskauksiin liittyy tavanomaista enemmän keskenmenoja sekä raskaus- ja sikiökomplikaatioita, minkä vuoksi Suomessa tehdään yleensä yhden alkion siirtoja.

Keskenmeno ja kohdunulkoinen raskaus

Keskenmenon ja kohdunulkoisen raskauden riski koeputkihedelmöityshoidoissa on hieman suurempi kuin väestössä yleensä. Hoitoihin liittyvät keskenmenot ja kohdunulkoiset raskaudet hoidetaan samoilla hoitoperiaatteilla kuin muillakin potilailla.

Sikiön epämuodostumat

Koeputkihedelmöityshoidoilla alkunsa saaneilla lapsilla on todettu hieman lisääntynyt epämuodostumien riski. Synnynnäisiä epämuodostumia esiintyy normaalisti noin kolmella sadasta vastasyntyneestä, mutta koeputkihedelmöityshoidoilla alkunsa saaneista lapsista noin neljällä sadasta. Suurin osa näistä epämuodostumista on leikkauksilla korjattavissa. Tutkimustulosten perusteella pieni epämuodostumariskin lisäys liittyy ensisijaisesti lapsettomuuden taustatekijöihin, ei itse hedelmöityshoitoihin. Syntyvien lasten ennusteen kannalta suurimman riskin aiheuttaa monisikiöisyys, minkä vuoksi nykyään pyritään ensisijaisesti yhden alkion siirtoon.

IVF- ja ICSI -hoitojen tulokset

Suomessa noin 30-33 % IVF- ja ICSI-hoitojen alkionsiirroista ja n. 25 % pakastealkion siirroista johtaa raskauden alkamiseen (www.thl.fi). Hoidon tulokseen vaikuttavat monet tekijät kuten hedelmättömyyden syy ja kesto sekä naisen ikä. Synnytykseen saakka etenee IVF- ja ICSI-hoidoista 24-25 % ja pakastealkion siirroista n. 21 %.

Yhteydenotot

Jos Sinulla on kysyttävää koeputkihedelmöityshoitoon liittyen, voit ottaa yhteyttä lapsettomuuspoliklinikan hoitajaan tiistaina klo 7.30–8.00 ja klo 15.15–15.45, keskiviikkona klo 15.00-15.45 sekä perjantaina klo 8.00-9.00, puhelin (02) 627 7820.

Lapsettomuushoidot | Naistalo | Terveyskylä.fi (terveyskyla.fi)
(https://www.terveyskyla.fi/naistalo/lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys/lapsettomuus/lapsettomuushoidot)