

LASTEN JA NUORTEN GYNEKOLOGISTEN KÄYNTIEN SYYT

Hanna Vanhala

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Tampereen yliopisto

Lääketieteen laitos

Helmikuu 2013

Tampereen yliopisto
Lääketieteen laitos

HANNA VANHALA: LASTEN JA NUORTEN GYNEKOLOGISTEN KÄYNTIEN SYYT

Kirjallinen työ, 30 s.
Ohjaaja: professori Pentti Heinonen
Tammikuu 2013

Lapsi- ja nuorisogynekologia, gynekologinen tutkiminen, seksuaalirikosepäily, murrosiän kehityshäiriö, kuukautishäiriö, ulkogenitaaliongelman, esiintyvyys, etiologia

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää lapsi- ja nuorisogynekologian alalla tapahtuneita muutoksia yliopistosairaalan näkökulmasta. Erityiseksi tarkastelun kohteeksi valittiin ensikäyntien syyt mutta tietoa kerättiin myös potilaiden iästä, lähettäneistä tahoista, käyntien määristä, tehdyistä tutkimuksista ja potilaiden kroonisista sairauksista. Kolmen vuoden seuranta-ajalta (1.1.2007–31.12.2009) saatiin aineiston kooksi 256 alle 16-vuotiasta lasta ja nuorta. Aineisto kerättiin potilaiden sähköisistä potilaskertomuksista ja analysoitiin käyttäen apuna Microsoft Excel -ohjelmaa.

Tuloksia vertailtiin aiempaan vastaavaan tutkimukseen, näin saatiin havainnoitua Tampereen yliopistollisen keskussairaalan lapsi- ja nuorisogynekologian poliklinikalla vuosien 1989–1991 ja 2007–2009 välillä tapahtuneita muutoksia. Käyntien määrät lähes kolminkertaistuivat seurantavälillä eli tarve on lisääntynyt huomattavasti sen jälkeen, kun tietoisuus alasta on kasvanut. Potilaat saapuvat lisäksi aiempaa useammin terveyskeskuksista, vaikka suurin osa lähetteistä tehdään edelleen muista sairaalan klinikoista. Kaikkein merkittävin muutos käyntien syissä nähtiin seksuaalirikosepäilyjen tutkimisen runsastumisena kaikissa ikäryhmissä. Potilaiden taustalla vaikuttavista sairauksista psyykkiset ongelmat olivat tässäkin tutkimuksessa yleisiä. Tutkimus vahvistaa käsitystä siitä, että lapsi- ja nuorisogynekologista erityisosaamista tullaan tulevaisuudessa tarvitsemaan entistä enemmän.

Sisältö

| | |
|------------------------------|----|
| JOHDANTO..... | 4 |
| Tutkimuksen tarkoitus | 15 |
| Aineisto ja menetelmät | 15 |
| Tulokset | 16 |
| Pohdinta | 22 |
| Lopuksi..... | 26 |
| Lähteet..... | 28 |
| Liite 1 | 30 |

JOHDANTO

Tampereen yliopistollisen keskussairaalan (Tays) lapsi- ja nuorisogynekologian poliklinikka perustettiin naistentautien poliklinikan alaisuuteen vuonna 1988, jolloin alle 15 -vuotiaiden tyttöjen gynekologiset ongelmat haluttiin keskittää yhden lääkärin hoidettavaksi. Klinikkan potilasmateriaalia analysoitiin retrospektiivisesti kolmen vuoden seuranta-ajalta 1989–1991 (Piippo, Lenko & Laippala 1998). Kyseinen artikkeli oli osatyö lapsi- ja nuorisogynekologian alan ensimmäisessä väitöskirjassa *Survey of Gynecological problems During Childhood and Early Adolescence in an Academic Center* (Piippo 2004).

Vuosina 1989–1991 yleisimmät syyt lapsi- ja nuorisogynekologian poliklinikalla tehtyihin tutkimuksiin olivat konsultaatiot puberteettikehityksestä, ulkoisten sukupuolielinten vaivat sekä seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn tutkiminen (Piippo ym. 1998). Muita tytöille tyypillisiä gynekologisia ongelmia ovat kuukautishäiriöt, vatsakivut, munasarjojen kasvaimet ja sukupuolielinten kehityshäiriöt eli anomaliat. Ehkäisyyn liittyvät asiat ja raskaudenkeskeytykset muodostavat suuren osan hieman vanhemman ikäryhmän gynekologisista käynneistä mutta näihin seksuaali- ja lisääntymisterveydellisiin ongelmiin ei perehdytä tarkemmin tässä katsauksessa.

Lapsi- ja nuorisogynekologia on käytännössä tiivistä yhteistyötä muiden erikoisalojen, kuten lastentautien, psykiatrian ja kirurgian kanssa (Apter 2005, Piippo, Makkonen & Cacciatore 2005). Lisäksi suurella osalla potilaista on jokin krooninen fyysinen tai psyykkinen sairaus, joka tulee ottaa huomioon gynekologista tilaa hoidettaessa. Omat erityisryhmänsä

muodostavat lisäksi vaikeasti fyysisesti tai psyykkisesti kehitysvammaiset nuoret, joilla voi olla esimerkiksi ongelmia kuukautistensa kanssa pärjäämisessä. (Piippo ym. 1998.)

Potilaiden kokonaisvaltainen hoito ja ei-traumatisoiva tutkiminen sekä ennaltaehkäisevä ote esimerkiksi psyykkisten ongelmien suhteen on kaikki panostusta lapsen tai nuoren tulevaisuuteen. Ensimmäinen gynekologinen tutkiminen voi parhaimmillaan auttaa nuorta hahmottamaan ja hyväksymään omaa muuttuvaa kehoaan sekä tarjoaa otollisen hetken lisääntymisterveydelliselle neuvonnalle (Apter 2005). Joskus kyse saattaa olla tytön aikuisiän hedelmällisyydestä, joka voidaan usein turvata oikean hoidon valinnalla.

Tytön gynekologinen tutkiminen

Tyttöjen gynekologinen tutkiminen on haastavaa, sillä se edellyttää hyvää tietämystä eri ikäisten nuorten sukupuolielinten normaalista anatomiasta sekä vaatii myös hienotunteisuutta ja oikeita tutkimustekniikoita. Erityisesti seksuaalisen hyväksikäytön merkkien erottaminen normaaleista löydöksistä on tärkeää ja taitoa vaativaa. (Lara-Torre 2008, Piippo ym. 1998).

Tutkimustavan ratkaisee tytön kehityksen aste sekä ongelman laatu. Ennen murrosikää tyttöjen tutkimiseen riittää useimmiten huolellinen ulkosynnyttimien, immenkalvon sekä emättimen ulko-osan inspektio ja vatsanpeitteiden läpi tehtävä ultraäänitutkimus (Piippo ym. 2005). Tutkimisen tulee tapahtua lapsen ehdoilla ja yhteistyössä lääkärin kanssa, tätä helpottaa esimerkiksi se, että lapselle selitetään iästä riippumatta tutkimuksen kulku huolellisesti etukäteen (Lara-Torre 2008). Ulkogenitaalien havainnoinnin onnistumiseksi potilas tulee osata asettaa hyvään asentoon, esimerkiksi istumaan vanhemman syliin tai sammakkoasentoon selälleen tutkimuspöydälle (Lara-Torre 2008, Piippo ym. 2005). Emättimen ulkokolmanneksen pystyy usein näkemään paremmin potilaan koukistaessa jalkojaan rintakehää kohti selinmakuulla (Lara-Torre 2008). Pienten tyttöjen spekulatutkimusta ja muita invasiivisia menetelmiä tarvitaan harvoin ja ne voidaan tarvittaessa tehdä nukutuksessa (Piippo ym. 2005).

Vaikka hieman vanhemmat potilaat saattavat ymmärtää tutkimuksen syyn ja sen kulun paremmin, tarjoavat murrosikäiset nuoret muita haasteita klinikolle. Näiden potilaiden kehityksen aste ja asenteet gynekologiseen tutkimukseen vaihtelevat huomattavasti, joten tutkimustapa tulee aina valita yksilöllisesti nämäkin seikat huomioiden. (Lara-Torre 2008.) Spekulatutkimus ja sisätutkimus eivät ole usein tarpeellisia murrosikäisilläkään ennen ensimmäistä yhdyntää (Piippo ym. 1998, 2005).

Yhä useammin lapsi- ja nuorisogynekologisia potilaita tutkitaan seksuaalirikosepäilyn vuoksi. Tällöin tutkimus noudattaa aina tiettyä kaavaa ja se sisältää somaattisen tutkimuksen lisäksi lastenpsykiatrisen arvion. Yleisimmin tutkimuksiin päädytään poliisilta tulleen virka-apupyynnön perusteella. On hyvä muistaa, että normaalitkaan löydökset eivät poissulje hyväksikäyttöä (Piippo ym. 2005). Mikäli lääkäri epäilee alle 16 – vuotiaan seksuaalista hyväksikäyttöä, on hän velvollinen ottamaan yhteyttä sosiaalitoimeen (www.finlex.fi).

Ulkoisten sukupuolielinten oireilu

Ulkoisten sukupuolielinten ongelmat ovat yleinen vaiva pienillä tytöillä ja ne oireilevat tyypillisesti pitkään (Piippo, Lenko & Vuento 2000). Paikalliset ärsykkeet, bakteeri- ja hiivainfektiot sekä vieraat esineet aiheuttavat oireita ulkoisten sukupuolielinten alueelle sekä joskus emättimeenkin asti. Pienillä tytöillä ulkoiset sukupuolielimet ovat alttiita ärsytykselle ja infektioille, sillä estrogeenin limakalvoja suojaava vaikutus alkaa vasta murrosiässä. Myös rakenteellinen suoja on heikompi ennen murrosikää; suuret häpyhuulet ovat vielä litteät ja pienet häpyhuulet sekä karvoitus puuttuvat kokonaan. Tays:n lapsi- nuorisogynekologian klinikalla tutkittiin ulkogenitaaliongelmien vuoksi klinikalle lähetettyjen potilaiden oireita ja löydöksiä. Aineistoon kertyi 30 kuukauden aikana 68 alle 16 – vuotiasta tyttöä, joista 71 % oli prepubertaalisia. (Piippo ym. 2000.)

Piipon ym. (2000) tutkimuksessa yleisimpiä syitä tutkimuksiin lähettämislle olivat emättimestä tuleva erite, punoitus, kutina, kirvely sekä häpyhuulten yhteenliittyminen eli synekia. Oireettomista potilaista (n = 6) neljä tutkittiin seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn vuoksi ja hyväksikäytön mahdollisuus otettiin huomioon myös yhdeksässä oireilevien ryhmään (n = 62) kuuluvassa tapauksessa. Oireilevista potilaista joitakin löydöksiä todettiin 70 %:lla. Mikrobiologisissa tutkimuksissa löydöksiä oli eniten prepubertaalisilla tytöillä ja useimmiten oireita aiheuttivat *S. Pyogenes* (n = 11) sekä *Candida* (n = 6). Mikäli mikrobiologinen etiologia todettiin laboratoriotutkimuksella, hoitona käytettiin suun kautta annosteltavia antibiootteja. Muissa tapauksissa hoidoksi suositeltiin paikallisia hoitoja sekä ennen kaikkea hyvän hygienian ylläpitoa. (Piippo ym. 2000)

Murrosiän kehityksen arviointi

Gynekologista arviota tarvitaan, kun tytöllä epäillään ennenaikaista tai myöhästynyttä murrosiän kehitystä. Normaali murrosiän kehitys on laaja käsite, sillä siihen vaikuttavat monet tekijät, kuten perimä, ravitsemustila ja krooniset sairaudet. Tyttöjen murrosiän kehityksen alkamista voidaan arvioida pituuskasvun kehityksellä ja sekundaaristen sukupuoliominaisuuksien avulla eli määrittelemällä rintojen ja karvoituksen kasvu Tannerin asteikolla. Muita tutkimuksia ovat esimerkiksi sukupuolihormonien pitoisuuksien määritykset sekä luuston iän mittaus (Mogensen, Aksglaede & Mouritsen 2011). Erikoissairaanhoidon lisätutkimuksiin on aihetta, jos rintarauhasen kasvu alkaa ennen kahdeksaa ikävuotta ja tai vastaavasti, mikäli kasvu ei ole alkanut 13 ikävuoteen mennessä (Laine 2005, Mogensen ym. 2011, Teilmann, Pedersen & Jensen 2005). Useimmiten kyseessä on vain normaalista poikkeava varhainen tai myöhäinen kypsyjä, jolla ei todeta mitään poikkeavaan kehitykseen johtanutta sairautta. Kumpikin näistä tiloista voi kuitenkin aiheuttaa merkittävää sosiaalista tai psykologista haittaa, mikä tulee ottaa huomioon potilaan tilaa arvioitaessa. (Laine 2005.)

Varsinaisten hoitoa vaativien puberteettihäiriöiden etiologia on monimuotoinen. Murrosikä käynnistyy, kun hypothalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakseli aktivoituu ja lisämunaaiskuoren steroidihormonien tuotannossa tapahtuu muutoksia (Laine 2005). Näin ollen kehityshäiriöiden takaa voi löytyä esimerkiksi keskushermoston rakenteellinen

poikkeavuus kuten aivokasvain, joka vaikuttaa gonadotropiinien eritykseen (Mogensen ym. 2011). Sukupuolirauhasen tai lisämunuaiskuoren hormonieritys voi niin ikään olla poikkeavaa. Esimerkiksi Turnerin oireyhtymässä kehittymättömät munasarjat eivät kykene tuottamaan estrogeeniä kun taas McCune-Albrightin oireyhtymän eräessä ilmenemismuodossa munasarjojen hormonieritys aktivoituu enneaikaisesti itseksien ilman aivolisäkkeestä tulevaa stimulaatiota. Lisämunuaiskuoren androgeenisynteesin liian varhainen käynnistyminen ilman muita murrosiän merkkejä on lähes aina hyvänlaatuinen tila ja vain harvoin taustalta löytyy steroidisynteesin häiriö tai hormoneja erittävä kasvain. On kuitenkin tavallista, että puberteettihäiriölle ei pitkäaikaisessa seurannassakaan löydetä mitään selittävää tekijää ja jopa 80 % tyttöjen enneaikaisista puberteeteista on luonteeltaan idiopaattisia. (Laine 2005.)

Tanskalaisen tutkimuksen mukaan enneaikaisen puberteetin ilmaantuvuus on säilynyt 1993–2001 samalla tasolla sen ollen 0,5/10 000 alle 2 -vuotiailla tytöillä ja 8/10 000 5–9 -vuotiailla (Teilmann ym. 2005). Toisessa tanskalaisessa tutkimuksessa läheteiden määrä yliopistosairaalaan enneaikaisen puberteetin poissulkua varten kasvoi huomattavasti 16 vuoden seuranta-ajalla 1993–2008 ja kaikista lähetetyistä potilaista 19,3 % diagnosoitiin todellinen enneaikainen puberteetti (Mogensen ym. 2011). Joka neljännellä potilaalla todettiin rintojen kehittyminen eli telarke tai karvoituksen ilmaantuminen eli adrenarke ilman muita enneaikaisen puberteetin merkkejä ja suuren osan kehitysasteen määriteltiin olevan ikään nähden normaalia.

Munasarjakasvaimet

Kaikista lasten ja nuorten pahanlaatuisista kasvaimista 1–2 % sijaitsee munasarjoissa (Cass, Hawkins & Brandt 2001, Deligeoroglou, Eleftheriades & Shiadoes 2004, Piippo, Mustaniemi & Lenko 1999). Hyvänlaatuiset munasarjojen kasvaimet ovat kuitenkin yleisempiä kuin pahanlaatuiset. Kaikista Tampereen yliopistosairaalassa 1971–1995 leikatuista munasarjakasvaimista (n = 67) pahanlaatuisia oli 9 % (Piippo ym. 1999). Vastaavassa kreikkalaisessa tutkimuksessa (n = 44) pahanlaatuisien osuus oli vain 2,1 % (Deligeoroglou ym. 2004). Hyvänlaatuiset munasarjakasvaimet ovat useimmiten tyyppiltään toiminnallisia ja

ne saattavat olla hormonaalisesti aktiivisia (Cass ym. 2001, Deligeoroglou ym. 2004, Piippo ym. 1999).

Munasarjakasvainten yleisimmät oireet ovat vatsakipu, turvotus, palpaatioherkkyys tai – löydökset sekä pahoinvointi (Cass ym. 2001, Deligeoroglou ym. 2004, Piippo ym. 1999). Huomattava osa kasvaimista on kuitenkin kliinisesti täysin oireettomia. Äkillinen voimakas vatsakipu saattaa olla merkki revenneestä munasarjakystasta tai sen kiertymästä. Oireina esiintyy myös kasvaimen tyypistä riippuen hormonitoiminnan häiriöitä ja kuukautishäiriöitä. Käytännössä oireet ovat hyvin epäspesifejä ja erotusdiagnostiikka esimerkiksi umpilisäkkeen tulehduksen ja munasarjaongelman välillä on haastavaa. (Cass ym. 2001, Deligeoroglou ym. 2004.)

Ultraääni- eli kaikututkimus on munasarjakasvainten diagnostiikan perusta. Tutkimus voidaan suorittaa vatsanpeitteiden läpi tai emättimen kautta riippuen tytön iästä ja neitseellisyydestä. Ultraäänellä voidaan arvioida kasvaimen kokoa, kiinteyttä ja lokeroisuutta. Muita kuvantamistutkimuksia ei välttämättä edes tarvita. Kreikkalaisessa tutkimuksessa 13,7 % leikatuista potilaista oli käynyt tietokonetomografiassa ja 2,3 % magneettitutkimuksessa (Deligeoroglou ym. 2004). Huolellinen vatsan ja imusolmukkeiden palpaatio sekä sukupuolihormonien tuotannon tilan selvittäminen kuuluvat aina tutkimuksiin kasvainta epäiltäessä. Munasarjaperäisten kasvainmerkkiaineiden, esimerkiksi CA-125 ja alfafetoproteiinin, perusteella voidaan arvioida kasvaimen pahanlaatuisuutta (Cass ym. 2001, Deligeoroglou ym. 2004).

Tutkimusten perusteella arvioidaan leikkaushoidon tarvetta ja tyyppiä. Huolellisuus tässä on tärkeää, sillä suuri osa hyvänlaatuisista kasvaimista voidaan hoitaa konservatiivisesti seurannassa ja toisaalta pahanlaatuisten kasvainten kohdalla leikkaushoito suoritetaan aina sen ollessa mahdollinen. Leikkaukseen päädyttäessä on aina pyrittävä mahdollisimman kudoksia säästävään tekniikkaan tytön lisääntymisterveyden turvaamiseksi. (Cass ym. 2001, Deligeoroglou ym. 2004, Piippo ym. 1999.)

Kuukautishäiriöt

Kuukautishäiriöihin kuuluvat primaarinen ja sekundaarinen amenorrea, oligomenorrea, polymenorrea, menorragia sekä dysmenorrea (taulukko 1). Häiriöt liittyvät kuukautiskierron pituuteen tai vuodon keston ja määrään. Hyvin kivuliaat kuukautiset ovat myös oma häiriötyypinsä. Ensimmäisten kuukautisten eli menarken jälkeen kierron normaalistumiseen kuluu usein noin 2–3 vuotta, joten osa häiriöistä on ohimeneviä (Apter 2005, Chung, Chan & Yiu 2011). Kuukautishäiriön taustalla voi kuitenkin olla vakava sairaus, joiden mahdollisimman varhainen toteaminen on tärkeää tytön normaalin kasvun turvaamiseksi.

| Kuukautishäiriö | Selitys |
|-------------------------|---|
| Primaarinen amenorrea | Kuukautiset eivät ole alkaneet 16 ikävuoteen mennessä |
| Sekundaarinen amenorrea | Kuukautisvuotoa ei ole tullut 6 kuukauteen |
| Oligomenorrea | Kuukautiskierron kesto yli 35 vuorokautta |
| Polymenorrea | Kuukautiskierron kesto alle 23 vuorokautta |
| Menorragia | Poikkeuksellisen runsas kuukautisvuoto |
| Dysmenorrea | Kivuliaat kuukautiset |

Taulukko 1: Kuukautishäiriöiden tyypit. (Lähde: Ylikorkala ja Tapanainen 2011 kirjassa Naistentaudit ja synnytykset.)

Kuukautishäiriöt ovat yleisiä nuorilla naisilla (Chung ym. 2011, Halttunen & Suhonen 2005). Australialaisessa kyselytutkimuksessa (n = 1051) kuukautishäiriöiden esiintyvyydeksi lukioikäisillä tytöillä arvioitiin 25 % ja joka kolmas tyttö ilmoitti hakeutuneensa lääkärin vastaanotolle kuukautistensa vuoksi (Parker, Sneddon & Arbon 2010). Kuukautiskipuja esiintyy 60–90 % teini-ikäisistä ja ne ovat yleisin syy murrosikäisen vatsakivuille (Härkki & Heiskanen 2005). Prospektiivisessä kohorttitutkimuksessa (n = 1014) Hong Kongilaisen lapsi- ja nuorisogynekologian poliklinikan potilaista kaikkiaan 69 %:lla ongelmana oli jokin kuukautishäiriö, joista yleisimpiä olivat menorragia, polymenorrea ja amenorreat. Seurantatutkimukseen osallistuneilla potilailla joka neljänneksellä kuukautishäiriö oli pysyvä neljän vuoden seuranta-ajalla. (Chung ym. 2011.)

Kuukautiset aikaansaava naishormonien erityisjärjestelmä on herkkä muutoksille ja esimerkiksi energiatasapainon häiriöt vaikuttavat gonadotropiinin vapauttajahormonin pulssimaiseen erittymiseen hypotalamuksesta. Hypotalamusperäinen kuukautishäiriö voi syntyä myös leikkauksen tai sädehoidon jälkeen. (Halttunen ym. 2005.) Muita harvinaisia etiologisia syitä ovat esimerkiksi sukupuolielinten rakenteelliset poikkeavuudet sekä keskushermoston tai munasarjojen kasvaimet (Deligeoroglou ym. 2004). Amenorreaan johtavia geneettisiä sairauksia ovat Turnerin oireyhtymä, fragiili X –oireyhtymä ja suomalaiseseen tautiperintöön kuuluva 46XX-gonadidysgenesisia (Chung ym. 2011, Halttunen ym. 2005).

Syömishäiriöt ovat yleinen ja tunnettu kuukautishäiriöiden riskitekijä. Poyastro, Thornton & Plotnicov (2007) selvittivät 1705 syömishäiriötä sairastavan naisen kuukautisongelmia ja totesivat, että kuukautishäiriöt ovat yhteydessä kaikkiin eri syömishäiriötyyppeihin ja niiden riski kasvoi painoindeksin laskiessa. Anoreksiaa sairastavat kärsivät lähes poikkeuksetta primaarisesta tai sekundäärisestä amenorreasta ja kierto oli normaali vain 4,5 % tapauksista. Bulimiaan liittyi useimmiten sekundäärinen amenorrea tai oligomenorrea ja kierto oli normaali 40,0 % potilaista. (Poyastro ym. 2007.) Toinen liian vähäiseen energiansaantiin liittyvä riskiryhmä kuukautishäiriöiden suhteen ovat nuoret urheilijat. Erään tutkimuksen mukaan kuukautishäiriöiden esiintyvyys lukiolaisilla kilpaurheilijoilla on 23,5 % (Nichols, Rauh & Lawson 2006).

Painoindeksi vaikuttaa kuukautishäiriöihin molemmissa ääripäissään. Ylipaino altistaa kuukautishäiriöille (Chung ym. 2011, Samara-Boustani, Colmenares & Elie 2012, Shayya & Chang 2009, Halttunen ym.). Jo 23 kg/m² ylittävä painoindeksi on yhteydessä pysyvästi pidentyneisiin kiertoihin ja huomattavasti ylipainoisilla tytöillä kuukautishäiriöiden esiintyvyys voi olla jopa 42 %. Riski kasvaa lihavuuden pitkittyessä ja painoindeksin noustessa. (Chung ym. 2011, Samara-Boustani ym. 2012.)

Tyypin 1 diabetesta sairastavien tyttöjen kuukautishäiriöiden esiintyvyys painoindeksistä riippumatta on yhtä suuri kuin huomattavasti ylipainoisten nuorten (Samara-Boustani ym.

2012). Toinen kuukautisiin vaikuttava endokriininen sairaus on munasarjojen monirakkulatauti eli PCO, jonka taudin kuvaan anovulatoriset ja epäsäännölliset kierrot tyypillisesti kuuluvat (Shayya ym. 2009). Chungin ym. (2011) aineistossa (n = 1014) kuukautishäiriön vuoksi lapsi- ja nuorisogynekologin vastaanotolle tulleista 16 % diagnosoitiin PCO.

Seksuaalirikosepäilyt

Joka koskettelemalla tai muulla tavoin tekee kuuttatoista vuotta nuoremmalle lapselle seksuaalisen teon, joka on omiaan vahingoittamaan tämän kehitystä, tai saa tämän ryhtymään sellaiseen tekoon, on tuomittava lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä vankeuteen vähintään neljäksi kuukaudeksi ja enintään neljäksi vuodeksi.

Suomen rikoslaki luku 20 6 § (20.5.2011/540)

Suomen rikoslain mukaan lapsen seksuaaliseksi hyväksikäytöksi määritellään alle 16 -vuotiaaseen kohdistuva rikos. Mikäli tekijä on lapsen vanhempi tai vanhempaan rinnastettavassa asemassa, laajennetaan ikää kuitenkin alle 18 -vuotiaisiin. Erikseen määritellään myös lapsen törkeä seksuaalinen hyväksikäyttö, jonka tuomio on vähintään yksi ja enintään kymmenen vuotta vankeutta. Myös yritykset ovat rangaistavia. (Suomen rikoslaki. www.finlex.fi.)

Eri tutkimuksissa määritelmä lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä vaihtelee suuresti. Kapea määritelmä pitää usein sisällään vain kajoavan hyväksikäytön, kuten koskettelun ja yhdynnän. Laajemman määritelmän mukaan myös esimerkiksi seksuaalisten tekojen ehdottelu tai itsensä paljastelu lasketaan hyväksikäytöksi. Osassa julkaisuja ikäraja lapsen hyväksikäytölle on 16 ja toisissa 18 vuotta. Eroja syntyy myös siinä, määritelläänkö hyväksikäytöksi vain tapaukset, joissa teon suorittaja on vähintään viisi vuotta uhria vanhempi. (Pereda, Guilera & Fornis 2009, Stoltenborgh, van Ijzendoorn & Euser 2011.)

Lasten seksuaalisen hyväksikäytön tutkimiseen liittyy käytettyjen määritelmien vaihtelevuuden lisäksi myös muita metodologisia ongelmia (Pereda ym. 2009, Stolteborgh ym. 2011, Bebbington, Jonas & Brugha 2011, Laaksonen, Sariola & Johansson 2011, Priebe & Svedin 2009). Aiheesta tehdyt epidemiologiset tutkimukset ovat useimmiten haastattelu- tai kyselytutkimuksia mutta käytetyn tutkimustyyppin vaikutus tuloksiin on edelleen epäselvä. Lisäksi kysymysten tyypillä ja määrällä on todettu olevan vaikutusta. (Priebe ym. 2009.)

Suomalaisessa kyselytutkimuksessa (n = 8361 naiset ja n = 4561 miehet) lasten seksuaalisen hyväksikäytön esiintyvyyttä ennen 16 ikävuotta vertailtiin eri kohorttien välillä (Laaksonen ym. 2011). Ikäjakauman oli 18–49 vuotta. Tutkimuksessa arvioitiin myös hyväksikäytön riskitekijöiden esiintyvyyttä eri ryhmissä. Hyväksikäyttökokemuksia kartoitettiin viiden kysymyksen avulla. Naisten keskimääräiseksi esiintyvyydeksi saatiin kysymyksestä riippuen 2,4 – 9,3 % ja miesten 0,7 – 4,6 %. Tutkimuksen mukaan seksuaalisen hyväksikäytön esiintyvyys on Suomessa laskenut, sillä vanhemmat ikäryhmät ilmoittivat enemmän hyväksikäyttökokemuksia kuin nuoremmat kohortit. (Laaksonen ym. 2011.) Virallisten tilastojen mukaan voisi olettaa, että tapausten määrä on merkittävästi kasvussa, sillä vuonna 2011 lapsen seksuaalisia hyväksikäyttöjä tuli poliisin tietoon 82 prosenttia enemmän kuin vuosittainen keskiarvo ajanjaksolla 2001-2010 oli (Suomen virallinen tilasto 2011). Aihe on kuitenkin noussut parin viime vuosikymmenen aikana julkisuuteen, mikä on luultavimmin johtanut ilmoitusten määrän moninkertaistumiseen. Laaksonen ym. (2011) tutkimuksessa todettiin myös, että nuoremmat ikäryhmät ilmoittivat vähemmän hyväksikäyttökokemuksia mutta myös vähemmän seksuaalisen hyväksikäytön riskitekijöitä kuin vanhemmat ikäryhmät. Riskitekijöiksi luokiteltiin perheeseen liittyvät emotionaalinen ja fyysinen pahoinpitely tai hyväksikäyttö sekä vanhempien päihteiden väärinkäyttö.

Kansainvälisissä tutkimuksissa lasten seksuaalisen hyväksikäytön esiintyvyydet ovat pääosin suurempia kuin edellä mainitussa suomalaisessa tutkimuksessa. Ruotsissa lukiolaisille tehdyn kyselytutkimuksen (n = 2324 naiset, n = 2015 miehet) mukaan minkä tahansa vastentahtoisen penetroivan (yhdyntä, suuseksi, anaaliseksi) hyväksikäytön oli kokenut koko elämänsä aikana 13,5 % naisista ja 5,5 % miehistä (Priebe ym. 2009). Keski-ikä penetroivan hyväksikäytön tapahtuessa oli naisilla 14,41 vuotta ja miehillä 15,43 vuotta.

Kyseisissä tapauksissa tekijän ja uhrin välinen ikäero oli alle viisi vuotta 43,1 %:ssa ja yli viisi vuotta 40,6 % tapauksista.

Englantilaisessa tietokoneavusteisessa haastattelututkimuksessa (n = 7353) osallistujalle esitettiin kysymyksiä koko elämän aikana tapahtuneista hyväksikäyttökokemuksista (Bebbington ym. 2010). Vastauksista eriteltiin lapsuuden aikaiset (ennen 16 ikävuotta) ja tätä myöhäisemmät tapahtumat. Lasten seksuaalisen hyväksikäytön esiintyvyys oli naisilla 11,1 % ja 5,3 % miehillä. Määritelmänä oli tällöin vastentahtoinen yhdyntä tai seksuaalinen koskettelu. Mikäli määritelmää laajennettiin koskemaan myös epämiellyttäviä seksuaalisia puheita, saatiin luvuiksi naisille 17 % ja miehille 8 %.

Stoltenborghin ym. (2011) meta-analyysissä vertailtiin lasten seksuaalisen hyväksikäytön esiintyvyyksiä 217 julkaisussa (n= 9 911 748) kaikilta eri mantereilta. Julkaisut kerättiin aikaväliltä 1982–2008 ja niissä esitettiin yhteensä 331 eri vertailuryhmän tulokset. Tutkimukset jaettiin haastattelututkimuksiin (n = 9 500 797) ja kyselytutkimuksiin (n = 410 951), sillä näiden tutkimustyyppien esiintyvyyksien välille oletettiin suurta vaihtelua. Haastattelututkimuksista laskettuna hyväksikäytön esiintyvyydeksi saatiin 0,4 % ja kyselytutkimuksista 12,7 %. Kyselytutkimuksista selvitettiin lisäksi sukupuolten välisiä eroja. Naisilla esiintyvyys oli 18,0 % ja miesten 7,6 %. Eri mannerten välisissä esiintyvyyksissä todettiin merkittäviä eroja siten, että korkeimmat esiintyvyydet raportoitiin Australiassa ja alhaisimmat Aasiassa. (Stoltenborgh ym. 2011.)

Toisessa, hieman suppeammassa kuvailevassa tutkimuksessa vertailtiin 39 julkaisun (10 haastattelututkimusta ja 29 kyselytutkimusta) hyväksikäytön esiintyvyyksiä 21 eri maasta (Pereda ym. 2009). Suurimmassa osassa tutkimuksia lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ikärajana käytettiin 18 vuotta. Esiintyvyydet vaihtelivat 0–60 % välillä mutta useimmiten esiintyvyydet sijoittuivat naisilla 10 ja 20 % väliin ja miehillä alle 10 %:iin. Alhaisin esiintyvyys raportoitiin kiinalaisessa tehdastyöläisille suoritetussa tutkimuksessa ja korkein Etelä–Afrikkalaisessa tutkimuksessa. (Pereda ym. 2009)

Kaikki edellä mainitut tutkimukset tukevat käsitystä siitä, että lapsuuden ajan seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi joutuminen on yleisempää naisilla kuin miehillä. Eri mannerten ja maiden välillä on todettu eroavaisuuksia seksuaalisen hyväksikäytön esiintyvyyksissä mutta maan sosioekonomisen aseman perusteella ei voi päätellä hyväksikäytön yleisyyttä (Pereda ym. 2009). Eroja saattaa syntyä ennemminkin kulttuurillisista syistä, esimerkiksi yksilöä tai yhteisöä korostavien kansojen välille (Stoltenborgh ym. 2011). Ruotsissa raportoidut korkeat esiintyvyydet voivat johtua myös osittain maan liberaalista suhtautumisesta alaikäisten seksuaalisiin suhteisiin (Priebe ym. 2009). Toisaalta hyväksikäytön esiintyvyyteen vaikuttavat sen riskitekijät, joiden hallinnalla voitaisiin vaikuttaa sen yleisyyteen (Laaksonen ym. 2011).

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, onko Tays:n lapsi- ja nuorisogynekologian poliklinikan potilasmateriaali muuttunut Piipon ym. (1998) aineistoon verrattuna. Tavoitteena oli kerätä samankaltainen aineisto kyseisen klinikan potilaista vuosilta 2007–2009 ja selvittää, oliko potilaiden ikäjakaumassa, lähettävissä tahoissa, käyntien syissä ja lukumäärissä, tutkimusmetodeissa tai kroonisissa sairauksissa tapahtunut muutoksia.

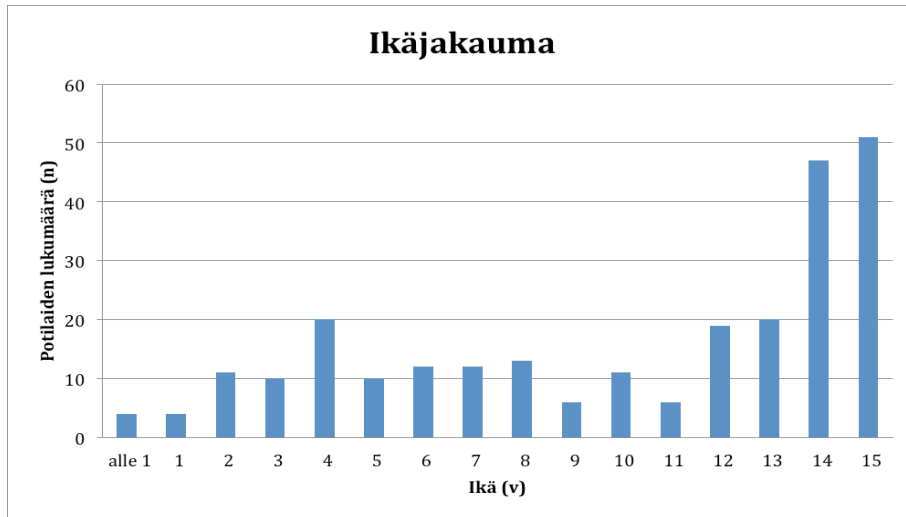
Aineisto ja menetelmät

Aineisto koottiin Tampereen yliopistollisen keskussairaalan lapsi- ja nuorisogynekologian poliklinikan potilaiden sähköisistä potilaskertomuksista ajalta 1.1.2007–31.12.2009. Poliklinikalla käyneiden potilaiden selvittämiseksi tehtiin haku, jonka kriteereinä käytettiin hoitotiedon koodia tai merkintää palvelusta nuorisopoliklinikalla. Tällä menetelmällä löytyi 1080 käyntiä. Näistä rajattiin pois kaikki uusintakäynnit sekä 16 täyttäneet tapaukset, jolloin jäljelle jäivät 0–15 -vuotiaiden potilaiden ensikäynnit poliklinikalla. Aineiston lopulliseksi kooksi saatiin 256 lasta ja nuorta.

Aineistoon taulukoitiin potilaan ikä ensikäynnillä, käyntien lukumäärä seurantavälillä (1.1.2007 - 31.12.2009), lähettänyt taho, käynnin syy, tehdyt tutkimukset, diagnoosit, muut hoitotahot sekä potilaan muut sairaudet (katso liite 1). Tässä tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan erityisesti käyntien syitä eri ikäryhmissä eli sitä, minkä ongelman vuoksi lähete tehtiin tai mikä mainittiin tekstissä tulossyynä. Eri-ikäisten tyttöjen gynekologiset ongelmat vaihtelevat iän mukaan, joten käyntien syitä käsitellään erikseen 0–10 -vuotiaiden ja 11–15 -vuotiaiden osalta. Seksuaalisen hyväksikäytön epäilyä tutkittaessa tarkemmat tiedot tallennetaan erillisiin arkistoihin, joten tässä tutkimuksessa ei ole kirjattu näiden käyntien yhteydessä tehtyjä tutkimuksia eikä oteta kantaa tutkimusten tuloksiin. Tämän vuoksi poliklinikalla yleisesti tehtyjen tutkimusten analyysi ei sisällä seksuaalisen hyväksikäytön epäilyjä. Muut muuttujat analysoitiin koko ryhmän tietojen pohjalta. Analysointiin käytettiin Microsoft Office Excel- ohjelmaa. Tilastolliseen analyysiin käytettiin khii-neliötestiä.

Tulokset

Ikäjakauma (kuva 1) Potilaiden (n = 256) keski-ikä ensikäynnillä oli 10,1 vuotta nuorimman potilaan ollessa 3 kk ja vanhimman 15 vuoden ikäinen. Suurimmat ikäryhmät muodostivat 14- ja 15-vuotiaat nuoret (yhteensä 38 %).

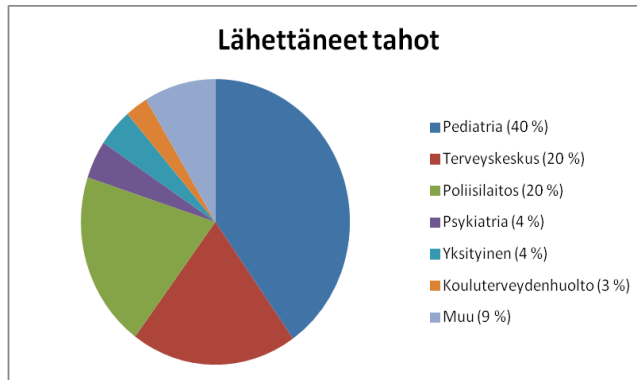


Kuva 1: Potilaiden ikäjakauma (n = 256)

Käyntien määrät Käyntimäärät laskettiin ensikäynnistä seuranta-ajan loppuun (31.12.2009), jolloin 256 lapsen ja nuoren käyntien kokonaismääräksi saatiin 503. Jokainen potilas vieraili poliklinikalla keskimäärin kaksi kertaa vaihteluvälin ollessa 1–7 käyntiä.

Lähettäneet tahot (kuva 2) Suurin osa potilaista saapui poliklinikalle lastenlääkärien lähettämänä (40 %). Muiden sairaalaklinikoiden (psykiatria, sisätaudit, kirurgia) osuus oli yhteensä 6 %. Terveyskeskusten osuus lähetteistä oli 20 %, kouluterveydenhuollon 3 % ja joitakin potilaita saapui neuvolan kautta. Yksityisen sektorin osuus lähetteistä oli 4 %.

Poliisin lapsen seksuaalisen hyväksikäyttöepäilyjen virka-apujen määrä oli suuri (20 %). Muutamia potilaita saapui myös muiden viranomaistahojen lähettämänä.



Kuva 2: Lähtäneet tahot (n = 256)

Käyntien syyt (taulukko 1 ja taulukko 2) Nuoremmassa ikäryhmässä (0–10 -vuotiaat, n = 113) seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn tutkiminen oli syynä 50 % ensikäynneistä. Potilaista 26 % oli tutkittavana erilaisten ulkosynnyttinongelmien vuoksi. Endokrinologiset syyt olivat indikaationa 12 % potilaista.

Vanhemmassa ikäryhmässä (11-15 -vuotiaat, n = 143) yleisin syy käynnille olivat erilaiset kuukautishäiriöt, joiden osuus kaikista oli 36 %. Tässä ikäryhmässä seksuaalisten hyväksikäyttöepäilyjen määrä oli melko suuri (14 %). Endokrinologiset ongelmat muodostivat 11 % käyntien syistä. Raskaudenkeskeytystä varten vastaanotolle tuli 10 % potilaista, joista kaikki olivat 14-15- vuotiaita. Niin ikään kaikki aineiston ehkäisykäynnit (n = 4) sekä genitaaliantomaliat (n = 3) löytyivät 14-15- vuotiaiden ryhmästä ja niiden tyypit olivat emättimen väliseinä, munasarjojen synnyntäinen puuttuminen sekä yksisarvinen kohtu. Ulkosynnyttimien ongelmat eivät olleet yhtä yleisiä kuin nuoremmassa ikäryhmässä, niiden osuus kaikista käynneistä oli 6 %.

Taulukko 1: Käyntien syyt ikäryhmittäin

| Ikäryhmä (v) / Käynnin syy (n) | 0–1 | 2–6 | 7–10 | 11–13 | 14–15 | Yhteensä |
|---|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------|
| Kuukautishäiriö | 0 | 0 | 1 | 14 | 38 | 53 |
| Endokrinologinen ongelma | 0 | 6 | 7 | 8 | 8 | 29 |
| Ulkogenitaalivaiva | 2 | 19 | 8 | 7 | 1 | 37 |
| Hyväksikäyttöepäily | 2 | 34 | 21 | 8 | 12 | 77 |
| Anomalia | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| Ehkäisy | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 |
| Raskaudenkeskeytys | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 14 |
| Vatsakivut | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Virtsaongelmat | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| Psyykkiset syyt | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| Muu | 4 | 2 | 4 | 7 | 13 | 30 |
| Yhteensä | 8 | 63 | 42 | 45 | 98 | 256 |

Taulukko 2: Käyntien syyt kahdessa eri ikäryhmässä

| Ikäryhmä (v) / Käynnin syy (n) | 0–10 | 11–15 | Yhteensä |
|---|------------|------------|-----------------|
| Kuukautishäiriö | 1 | 52 | 53 |
| Endokrinologia | 13 | 16 | 29 |
| Ulkogenitaalivaiva | 29 | 8 | 37 |
| Hyväksikäyttöepäily | 57 | 20 | 77 |
| Anomalia | 0 | 3 | 3 |
| Ehkäisy | 0 | 4 | 4 |
| Raskaudenkeskeytys | 0 | 14 | 14 |
| Vatsakivut | 1 | 3 | 4 |
| Virtsaongelmat | 1 | 2 | 3 |
| Psyykkiset syyt | 1 | 1 | 2 |
| Muu | 10 | 20 | 30 |
| Yhteensä | 113 | 143 | 256 |

Ulkogenitaaliongelmien vuoksi tutkittiin molemmat ikäryhmät yhteenlaskettuna 37 potilasta (taulukko 3). Heistä suurin osa oli 2–6 -vuotiaita (n = 19). Useimmiten ongelmana olivat kuukautisiin liittymätön vuoto (valkovuoto tai verinen vuoto) ja tulehdukselliset tilat (vulviitti tai vulvovaginiitti). Myös valkojäkäliä ja ulkogenitaalialueen traumat olivat suhteellisen yleisiä.

Taulukko 3: Ulkogenitaaliongelmien ikäryhmittäin (n = 37)

| Ikäryhmä/ ongelma | 0-1 | 2-6 | 7-10 | 11-13 | 14-15 | Yhteensä |
|--------------------------------|----------|-----------|----------|----------|----------|-----------------|
| Vulviitti/vulvovaginiitti | 0 | 4 | 1 | 2 | 0 | 7 |
| Valkojäkäliä | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 5 |
| Kuukautisiin liittymätön vuoto | 0 | 5 | 4 | 2 | 0 | 11 |
| Epäspesifit iho-oireet | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Traumat | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| Muu | 2 | 4 | 0 | 1 | 0 | 7 |
| yhteensä | 2 | 19 | 8 | 7 | 1 | 37 |

Endokrinologiset ongelmat olivat molemmissa ikäryhmissä yleisiä ja koko aineistossa kyseisiä käyntejä oli yhteensä 29 (taulukko 4). Nuorempia potilaita tutkittiin useimmiten ennenaikaisen ja vanhempia puolestaan viivästyneen puberteetin epäilyn vuoksi.

Hypergonadotrooppista hypogonadismia epäiltiin kymmenellä potilaalla, jotka kaikki olivat 11–15 -vuotiaita.

Taulukko 4: Endokrinologiset ongelmat ikäryhmittäin (n = 29)

| Ikäryhmä/ ongelma | 2-6 | 7-10 | 11-13 | 14-15 | Yhteensä |
|-------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------------|
| Ennenaikainen puberteetti | 4 | 7 | 0 | 0 | 11 |
| Viivästynyt puberteetti | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 |
| Hypergonadotrooppinen hypogonadismi | 0 | 0 | 7 | 3 | 10 |
| Muu | 2 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| Yhteensä | 6 | 7 | 8 | 8 | 29 |

Kuukautishäiriöitä esiintyi luonnollisesti vain vanhemmassa ikäryhmässä mutta joukkoon mahtui yksi alle 11 -vuotiaskin (taulukko 5). Koko aineistossa niiden osuus käyntien syistä

oli 21 %. Häiriötyypeistä yleisin oli menorragia eli poikkeavan runsaat kuukautiset, joiden osuus kaikista oli 30 %. Sekä sekundaarinen amenorrea (n = 12) että primaarinen amenorrea (n = 7) olivat myös melko yleisiä.

Taulukko 5: Kuukautishäiriöt ikäryhmittäin (n = 53)

| Ikäryhmä/ kuukautishäiriö | 7-10 | 11-13 | 14-15 | Yhteensä |
|--------------------------------------|-------------|--------------|--------------|-----------------|
| Menorragia | 1 | 9 | 6 | 16 |
| Primaarinen amenorrea | 0 | 0 | 7 | 7 |
| Sekundaarinen amenorrea | 0 | 2 | 10 | 12 |
| Oligomenorrea | 0 | 1 | 5 | 6 |
| Dysmenorrea | 0 | 0 | 7 | 7 |
| Muu | 0 | 2 | 3 | 5 |
| Yhteensä | 1 | 14 | 38 | 53 |

Käynnin syyksi määriteltiin "muu syy" 30 tapauksessa (taulukko 6). Näitä olivat munasarjakystien epäily, munasarjojen monirakkulatauti, terapeuttisen amenorrean harkinta kehitysvammaisille tytöille ja syöpien sädehoitojen toteutukseen liittyvät käynnit.

Taulukko 6: Muut syyt

| Ikäryhmä/ongelma | 0-1 | 2-6 | 7-10 | 11-13 | 14-15 | Yhteensä |
|----------------------------------|------------|------------|-------------|--------------|--------------|-----------------|
| Kystaepäily | 4 | 0 | 1 | 0 | 4 | 9 |
| Munasarjojen monirakkulatauti | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 6 |
| Terapeuttinen amenorrea | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Sädehoidot | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 | 6 |
| Muu | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 6 |
| Yhteensä | 4 | 2 | 4 | 7 | 13 | 30 |

Tehdyt tutkimukset (taulukko 7) Potilaille (n = 179) yleisimmin tehdyt tutkimukset olivat inspektio (87 %) sekä ultraääni vatsanpeitteiden läpi (84 %). Sisätutkimus tehtiin 12 % potilaista ja spekulatutkimus 11 %. Laboratoriokokeita määrättiin poliklinikalla 35 %

potilaista ja mikrobiologisia näytteitä otettiin 19 % tapauksista. Muita, harvinaisempia tutkimusmenetelmiä olivat ultraääni emättimen tai peräaukon kautta, tuseeraus, luuntiheysmittaus ja magneettikuvaus (MRI).

Taulukko 7: Yleisimmät potilaille ensikäynnillä tehdyt tutkimukset (n = 179)

| Inspektio | Transabdomi- naalinen UÄ | Sisätutkimus | Spekula | Laboratorio- kokeet | Mikrobiologi- set näytteet |
|-----------|-----------------------------|--------------|---------|------------------------|-------------------------------|
| 87 % | 84 % | 12 % | 11 % | 35 % | 19 % |

Potilaiden muut sairaudet Potilaista (n = 256) 35 %:lla oli gynekologisen ongelman lisäksi jokin muu taustalla vaikuttava sairaus tai ongelma. Yleisimpänä näistä esille tulivat erilaiset psyykkiset ongelmat (n = 29), joista 19 tapausta oli syömishäiriöitä. Eriasteiset henkiset kehityshäiriöt olivat myös yleisiä (n = 16), kuten endokrinologiset sairaudet (n = 9) sekä obeseettikin (n = 8). Viisi tapausta sairasti tyypin 1 diabetesta.

Pohdinta

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvailla Tays:n lapsi- ja nuorisogynekologian poliklinikan potilasmateriaalia ja verrata tuloksia aiempaan vastaavaan tutkimukseen (Piippo ym. 1998). Erityisenä mielenkiinnon kohteena oli selvittää, tulivatko tytöt poliklinikkakäynneille samoista syistä kuin aiemmin vai oliko jotain muutosta havaittavissa.

Käyntimäärät ovat lisääntyneet. Vuosina 1989–1991 Tays:n lapsi- ja nuorisogynekologisella poliklinikalla tutkittiin 204 alle 16 -vuotiasta potilasta, käyntejä heille tuli yhteensä 357 (Piippo ym. 1998). Tutkimuksessa otettiin huomioon kaikki käynnit, ei vain ensikäyntejä. Tässä tutkimuksessa kolmen vuoden seuranta-ajalla pelkästään uusia potilaita tutkittiin 256 kappaletta ja käyntejä heille kertyi seuranta-ajalta 503.

Ikäjakaumassa ei ole tapahtunut muutosta. Potilaiden ikäjakauma on pysynyt hyvin samankaltaisena. Tutkimuksessa keski-ikä ensikäynnillä oli 10,0 vuotta, Piipon ym. (1998) aineistossa vastaava luku oli 10,3 vuotta. Suurimmat ryhmät muodostivat edelleen 14- ja 15-vuotiaat nuoret.

Suurin osa potilaista lähetetään edelleen lastentautien poliklinikalta. Potilaista 46 % saapui poliklinikalle muilta sairaalan klinikoilta ja aiemmassa tutkimuksessa vastaava määrä oli 87 % (Piippo ym. 1998). Molemmissa tutkimuksissa lastenlääkärin tekemien lähetteiden osuus oli selvästi suurin. On hyvin luonnollista, ettei tämä ole muuttunut, sillä monet lasten ja nuorten sairaudet kuten kasvuhäiriöt tai tietyt syöpätapaukset vaativat gynekologista arviota.

Terveyskeskusten osuus läheteistä on kasvanut. Tutkimuksessa 20 % läheteistä oli terveyskeskuslääkärin tekemiä. Kouluterveydenhuollon vastaava osuus oli 3 % ja muutamia potilaita saapui tutkimuksiin myös lastenneuvolasta. On vaikeaa arvioida, kuinka paljon perusterveydenhuollon osuus lähettäneistä on kokonaisuudessaan kasvanut, sillä aiemmassa tutkimuksessa ei tämän osalta mainita lukuja. Voisi kuitenkin arvioida, että perusterveydenhuollosta tehtiin aiempaa enemmän läheteitä, sillä Piipon ym. (1998) tutkimuksessa vain noin 10 % läheteistä tehtiin muualta kuin lastenlinikalta. Tämä olisi luonnollinen seuraus siitä, että myös perusterveydenhuollon lääkäreitä on pyritty tiedottamaan lapsille ja nuorille tarjotuista erityisistä gynekologisista palveluista.

Potilaiden ohjautuminen eteenpäin myös terveyskeskuksista on tärkeää. Lasten ja nuorten gynekologinen arviointi saattaa olla usein haastavaa mutta tästä huolimatta terveydenhuollon eri tasojen tulisi oppia tuntemaan ja hoitamaan tavallisimmat lapsuusiän ja nuorten tyttöjen gynekologiset ongelmat sekä tarvittaessa ohjaamaan potilaat oikeantasoiseen jatkohoitoon (Apter 2005).

Tutkimuksiin tullaan samojen ongelmien vuoksi kuin aiemminkin (taulukko 8).

Käyntien syissä tapahtuneita muutoksia arvioitiin vertaamalla vuosien 1989-1991 aineistoa vuosien 2007-2009 aineistoon suurimpien ryhmien osalta. Vuosina 2007-2009 0-10-vuotiaiden ikäryhmässä seksuaalisen hyväksikäytön epäilyjen tutkiminen lisääntyi tilastollisesti merkittävästi verrattuna vuosien 1989-1991 aineistoon. Endokrinologiset ongelmat puolestaan vähentyivät merkittävästi. Ulkogenitaalivaivat olivat edelleen yleinen käynnin syy. Nämä tulokset tukevat aiempia käsityksiä pienten tyttöjen yleisimmistä gynekologisista ongelmista (Apter 2005, Piippo ym. 1998).

Aiemmin yleisimmät syyt 11-15-vuotiaiden nuorten käynneille olivat vatsakivut, endokrinologiset ongelmat sekä ulkogenitaaliongelmat (Piippo ym. 1998). Nyt kolme eniten tutkimuksia vaatinutta syytä olivat kuukautishäiriöt, seksuaalinen hyväksikäyttö sekä endokrinologiset ongelmat. Seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn tutkimisen määrät olivat kasvaneet tilastollisesti merkittävässä määrin myös tässä ikäryhmässä (taulukko 8). Ulkogenitaaliongelmiensa määrä vähentyi merkittävästi. Vatsakipujen osuus itsenäisenä käynnin syynä oli tässä työssä melko pieni (2 %) verrattuna vuosien 1989-1991 vastaavaan lukuun (24 %). Ero saattaa selittyä sillä, että osa näistä käynneistä on tässä tutkimuksessa kirjattu esimerkiksi kuukautishäiriöiksi kipuoireen sijaan. Tätä havaintoa tukee se, että laskettaessa yhteen 11-15-vuotiaiden vatsakivut ja kuukautishäiriöt molempien tutkimusten osalta, saadaan yhteensä lähes sama määrä potilaita (36% ja 38%).

Seksuaalisten hyväksikäyttöepäilyjen tutkiminen on lisääntynyt merkittävästi. Aiemmassa tutkimuksessa kolmen vuoden aikana lapsi- ja nuorisogynekologian poliklinikalla tutkittiin 11 % (23/204) alle 16 -vuotiasta lasta ja nuorta seksuaalirikosepäilyn vuoksi (Piippo ym. 1998). Tässä tutkimuksessa vastaava luku oli 30 % (77/256; $p = 0.007$). Seksuaalirikokset ovat saaneet valtavasti mediahuomiota viime aikoina ja suuri osa näistä otsikoista tuntuu käsittelevän alaikäisiin kohdistuneita tekoja. Seksuaalisen hyväksikäytön yleistymisestä on julkaistu ristiriitaista tietoa mutta melko tuoreen suomalaisen julkaisun mukaan hyväksikäyttötapausten esiintyvyys olisi jopa hieman pienentynyt (Laaksonen ym. 2011).

Taulukko 8: Käyntien syiden vertailu vuosien 1989–1991 tutkimukseen (Piippo ym. 1998)

| | <u>0–10 -vuotiaat</u> | | <u>11–15 -vuotiaat</u> | |
|---------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| | 1989–1991 | 2007–2008 | 1989–1991 | 2007–2009 |
| | n = 61 (%) | n = 113 (%) | n = 143 (%) | n = 143 (%) |
| Hyväksikäyttöepäily | 17 (28) | 57 (50) ^a | 6 (4) | 20 (14) ^a |
| Endokrinologiset | 24 (39) | 13 (11) ^b | 28 (20) | 16 (11) |
| Ulkogenitaalivaivat | 15 (25) | 29 (26) | 21 (15) | 8 (6) ^c |
| Vatsakivut | 0 | 1 (1) | 35 (24) | 3 (2) |
| Kuukautishäiriöt | 0 | 1 (1) | 17 (12) | 52 (36) |
| Muut | 5 (8) | 12 (11) | 36 (25) | 44 (31) |

^ap = 0.007 ^bp = 0.0001 ^cp = 0.02 verrattuna vastaavaan vuosien 1989-1991 ryhmään

Gynekologisten tutkimusten luonne ei ole muuttunut. Tutkimus tukee aiempia havaintoja siitä, että lasten ja nuorten gynekologiseen tutkimiseen riittää useimmissa tapauksissa ulkosynnyttimien ja vaginan ulkokolmanneksen inspektio sekä vatsapeitteiden läpi tehtävä ultraääni (Piippo ym. 1998, 2005). Kuvantamismenetelmien käyttö tytön normaalin anatomian ja puberteettistatuksen arvioinnissa on lisääntynyt 52 % aiempaan verrattuna. Tässä aineistossa ultraäänitutkimus yhdistettiin jo lähes kaikkien potilaiden kohdalla ulkosynnyttimien inspektioon.

Sisätutkimusta tarvitsevat lähinnä vanhemman ikäryhmän murrosikään ehtineet nuoret. Prepubertaalisten tyttöjen sisätutkimus tulee vain harvoissa tapauksissa ja tällöin tutkimus tulisi suorittaa varoen pienellä spekulalla, tarvittaessa jopa nukutuksessa (Piippo ym. 2005). Tärkeintä on, että tutkiminen tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa iästä riippumatta (Lara-Torre 2008, Piippo ym. 2005). Laboratoriokokeet ja mikrobiologiset näytteet otetaan tapauskohtaisesti tarvittaessa. Tutkimuksessa otettiin huomioon vain lapsi- ja nuorisogynekologian poliklinikan kautta ohjatut tutkimukset, joten aiemmin esimerkiksi toisilla poliklinikoilla otetut laboratoriokokeet ja muut näytteet eivät näy tuloksissa.

Gynekologisen ongelman lisäksi taustalla vaikuttaa usein jokin krooninen sairaus.

Potilaista 35 %:lla oli jokin muu taustalla vaikuttava sairaus tai ongelma ja tämä tulos oli lähes identtinen aiemmin havaittuun esiintyvyyteen (Piippo ym. 1998). Huomattavaa on, ettei tuloksissa ole eroa huolimatta siitä, että potilaat saapuivat vastaanotolle yhä useammin perusterveydenhuollosta.

Perussairauksista yleisimpiä olivat edelleen psyykkiset ongelmat kuten syömishäiriöt. Suurinta osaa näistä potilaista oli hoidettu aiemmin jossain muualla psyykkisen ongelmansa vuoksi ja suositeltu lähetettäväksi gynekologin arvioon esimerkiksi ehkäisyneuvontaan. Seksuaaliterveyden näkökulma onkin erittäin tärkeää pitää mielessä vastaanotolla, sillä seksuaalisen riskikäyttäytymisen ehkäisyllä on ymmärrettävästi merkitystä nuoren tulevaisuudelle.

Mielenkiintoinen havainto on, että huomattavasti ylipainoisten potilaiden määrä ylitti tyyppin I diabetesta sairastavien osuuden. Ylipainoisuus ja myös merkittävä sellainen alkaa nykyään yhä nuoremmalla iällä ja tämä tulee todennäköisesti lisäämään gynekologisista vaivoista ainakin kuukautishäiriöiden esiintyvyyttä.

Lopuksi

Tutkimus osoittaa ennen kaikkea, että lapsi- ja nuorisogynekologisia poliklinikoille on kasvavaa kysyntää. Omaan sukupuoleen, sukupuolielimiin ja seksuaalisuuteen liittyvät asiat ovat lapsen ja nuoren kehitykselle tärkeitä, koko aikuiselämään vaikuttavia tekijöitä.

Parhaimmillaan onnistunut gynekologinen tutkimus voi auttaa tyttöä arvostamaan itseään ja kasvavaa kehoaan (Apter 2005). Tämä tutkimus käsitteli lasten ja nuorten gynekologisia ongelmia vain yliopistosairaalan näkökulmasta, mutta on varmaa että lääkärit kaikissa terveydenhuollon yksiköissä, etenkin kouluterveydenhuollossa ja nuorille suunnatuissa palveluissa, ovat tekemisissä samojen ongelmien kanssa. Perusterveydenhuollossa seksuaaliterveyteen liittyvät asiat, kuten ehkäisy, sukupuolitaudit ja raskaudenkeskeytykset ovat mitä luultavimmin yleisempiä kuin mitä tämä tutkimus antaa ymmärtää.

Suuri haaste nykyään ovat seksuaalisen hyväksikäytön epäilyjen kasvanut määrä kaikissa ikäryhmissä. Vaikka todettujen hyväksikäyttötapausten esiintyvyys ei olisikaan kasvanut (Laaksonen ym. 2011), ei yhtäkään tapausta voi jättää tutkimatta ilman tarvittavaa osaamista. Tämän turvaaminen vaatii riittävästi koulutusta ja yhteistyön toimivuuden varmistamista eri viranomaistahojen kanssa. Hoitosuositusten mukaan seksuaalista hyväksikäyttöä epäiltäessä tutkimukset tulisi suorittaa aina yksikössä, josta löytyy perehtyneisyyttä aiheeseen. Tässä tutkimuksessa 14–15 -vuotiaita potilaita tutkittiin kolmen vuoden aikana seksuaalirikosepäilyn vuoksi vain 12 kappaletta vaikka juuri tämän ikäryhmän potilailla hyväksikäyttökokemusten esiintyvyys on suhteellisen suuri (Priebe ym. 2009). On siis todennäköistä, että nämä potilaat ohjautuvat muualle tutkimuksiin, vaikka laillisesti he ovat vielä lapseen verrattavassa asemassa seksuaalisen hyväksikäytön suhteen.

Lähteet

Apter D. Lapsi- ja nuorisogynekologia – muutakin kuin ehkäisyä. *Duodecim* 2005;121:1863-5.

Bebbington PE, Jonas S, Brugha T, ym. Child sexual abuse reported by an English national sample: characteristics and demography. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [verkkolehti]* 2011;46:255-62:Mar.

Cass DL, Hawkins E, Brandt ML, ym. Surgery for ovarian masses in infants, children, and adolescents: 102 consecutive patients treated in a 15-year period. *J Pediatr Surg* 2001;36:693-9.

Chung PW, Chan SS, Yiu KW, Lao TT ja Chung TK. Menstrual disorders in a Paediatric and Adolescent Gynaecology Clinic: patient presentations and longitudinal outcomes. *Hong Kong Med J* 2011;17:391-7.

Deligeoroglou E, Eleftheriades M, Shiadoes V, ym. Ovarian masses during adolescence: clinical, ultrasonographic and pathologic findings, serum tumor markers and endocrinological profile. *Gynecol Endocrinol* 2004;19:1-8.

Halttunen M ja Suhonen S. Tytön kuukautisten puuttuminen ja poikkeavat vuodot. *Duodecim* 2005;121:1881-8.

Härkki P ja Heiskanen K. Murrosikäisen tytön toistuvat vatsakivut – gynekologinen vai muu ongelma?. *Duodecim* 2005;121: 1889-98.

Laaksonen T, Sariola H, Johansson A, ym. Changes in the prevalence of child sexual abuse, its risk factors, and their associations as a function of age cohort in a Finnish population sample. *Child Abuse Negl [verkkolehti]* 2011;35:480-90:Jul.

Laine T. Tytöstä naiseksi – murrosiän normaali kehitys ja tavallisimmat poikkeavuudet. *Duodecim* 2005;121:1875-9.

Lara-Torre E. The physical examination in pediatric and adolescent patients. *Clin Obstet Gynecol [verkkolehti]* 2008;51:205-13:Jun.

Mogensen SS, Aksglaede L, Mouritsen A, ym. Diagnostic work-up of 449 consecutive girls who were referred to be evaluated for precocious puberty. *J Clin Endocrinol Metab [verkkolehti]* 2011;96:1393-401:May.

Nichols JF, Rauh MJ, Lawson MJ, Ji M ja Barkai HS. Prevalence of the female athlete triad syndrome among high school athletes. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:137-42.

Parker MA, Sneddon AE ja Arbon P. The menstrual disorder of teenagers (MDOT) study: determining typical menstrual patterns and menstrual disturbance in a large population-based study of Australian teenagers. *BJOG [verkkolehti]* 2010;117:185-92:Jan.

Pereda N, Guilera G, Fornis M ja Gomez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl [verkkolehti]* 2009;33:331-42:Jun.

Piippo S, Lenko H ja Vuento R. Vulvar symptoms in paediatric and adolescent patients. *Acta Paediatr* 2000;89:431-5.

Piippo S, Makkonen K ja Cacciatore R. Tytön gynekologinen tutkiminen – monialainen haaste. *Duodecim* 2005;121:1867-73.

Piippo S, Mustaniemi L, Lenko H, Aine R ja Maenpaa J. Surgery for ovarian masses during childhood and adolescence: a report of 79 cases. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999;12:223-7.

Piippo S, Lenko HL ja Laippala PJ. Experiences of special gynaecological services for children and adolescents: a descriptive study. *Acta Paediatr* 1998;87:805-8.

Piippo S. Survey of Gynecological problems During Childhood and Early Adolescence in an Academic Center. Tampere University Press 2004.

Poyastro Pinheiro A, Thornton LM, Plotonicov KH, ym. Patterns of menstrual disturbance in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2007;40:424-34.

Priebe G ja Svedin CG. Prevalence, characteristics, and associations of sexual abuse with sociodemographics and consensual sex in a population-based sample of Swedish adolescents. *J Child Sex Abuse* 2009;18:19-39.

Samara-Boustani D, Colmenares A, Elie C, ym. High prevalence of hirsutism and menstrual disorders in obese adolescent girls and adolescent girls with type 1 diabetes mellitus despite different hormonal profiles. *Eur J Endocrinol* [verkkolehti] 2012;166:307-16:Feb.

Shayya R ja Chang RJ. Reproductive endocrinology of adolescent polycystic ovary syndrome. *BJOG* [verkkolehti] 2010;117:150-5:Jan.

Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM ja Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat* [verkkolehti] 2011;16:79-101:May.

Suomen rikoslaki luku 20 6 § (20.5.2011/540).

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001#e-22>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Poliisin tietoon tullut rikollisuus [verkkojulkaisu].

ISSN=1797-3651. 2011, 1. Katsaus poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen tietoon tulleeseen rikollisuuteen . Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 7.12.2012].

Saantitapa: http://www.stat.fi/til/polrik/2011/polrik_2011_2012-04-02_kat_001_fi.html

Teilmann G, Pedersen CB, Jensen TK, Skakkebaek NE ja Juul A. Prevalence and incidence of precocious pubertal development in Denmark: an epidemiologic study based on national registries. *Pediatrics* [verkkolehti] 2005;116:1323-8:Dec.

Ylikorkala ja Tapanainen 2011. Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus oy Duodecim .Helsinki.

Liite 1

Tiedonkeruulomake

1. Lomakkeen numero
2. Käyntipäivämäärä (pp.kk.vvvv)
3. Potilaan ikä (pp.kk.vvvv)
4. Lähettävä taho
5. Käynnin syy (yksi seuraavista)
 - 5.1 kuukautishäiriö, mikä?
 - 5.2. endokrinologinen ongelma
 - 5.3 ulkosynnytinvaiva
 - 5.4. epäily seksuaalisesta hyväksikäytöstä
 - 5.5. ehkäisy
 - 5.6. raskauden keskeytys
 - 5.7. vatsakipu
 - 5.8. genitaali anomalia
 - 5.9. muu, mikä?
6. Tutkimustapa
 - 6.1 inspektio
 - 6.2 spekula
 - 6.3.1 vaginoskopia hereillä
 - 6.3.2 vaginoskopia nukutuksessa
 - 6.4 rektaali palpaatio
 - 6.5 sisätutkimus emättimen kautta
 - 6.6.1 UÄ vatsanpeitteiden kautta
 - 6.6.2 UÄ peräaukon kautta
 - 6.6.3 UÄ emättimen kautta
 - 6.7.1 laboratorio tutkimukset
 - 6.7.2 mikrobiologiset tutkimukset
 - 6.7.3 DEXA
 - 6.7.4 MRI
 - 6.7.5 CT
 - 6.7.6 muu, mikä?
7. Diagnoosit
8. Muut hoitotahot
9. Muut sairaudet