

Bölüm 8

Adolesan Jinekoloji

Dr. Alper BAŞBUĞ

Adolesan kelimesi Latince “adolescere” kökünden gelir ve büyümek anlamındadır. Bu süreç ergenlikten yetişkinliğe kadar olan dönemde ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik gelişimi içerir. Çocukların yetişkin rolüne hazırlanması için çocukluk ve yetişkinlik arasında bir geçiş dönemi olarak görülür.

Dünya Sağlık Örgütü adolesan dönemi 10-19 yaşlar arasındaki dönem olarak kabul etmektedir (1). Dünyada bu yaş grubunda 1,2 milyardan fazla insan yaşamaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlıklı geçirilmiş adolesan dönem, sağlıklı bir yetişkin hayatının da anahtarıdır. Sağlıklı bir adolesan dönem ise prenatal ve erken çocukluk dönemlerinin etkisi altındadır. Geçtiğimiz 50 yılda prenatal ve erken çocukluk döneminde sağlık alanında çok önemli gelişmeler olsa da adolesan sağlığındaki gelişmeler

bunlara kıyasla oldukça geride kalmıştır. Bu nedenle bu bölümde adolesan dönemde sık karşılaşılan jinekolojik sorunlar ve bunlara yaklaşım değerlendirilecektir.

Adolesan dönem, puberte ile eş zamanlı ve benzer belirtilerle başlamakla birlikte pubertetamamlandıktan sonra da kişinin bilişsel, sosyal ve duygusal olgunlaşması gerçekleşinceye kadar devam eden ve pubertedendaha uzun süren bir evreyi tanımlamaktadır(2).

Dünya sağlık örgütü 2017 yılında adolesan sağlığı alanındaki boşluğu görmüş ve bu konuda “WHO Recommendations On Adolescent Health” kılavuzunu yayınlamıştır (3). Bu kılavuza göre önde gelen adolesan sağlık sorunları ve çözüm önerileri şunlardır.

Tablo 1. Adolesan dönemin gelişimsel özellikleri

	Fiziksel gelişim	Bilişsel gelişim	Sosyal ve duygusal gelişim
Erken adolesan dönem (10-14 yaş)	Puberte ile birlikte vücut kıllarının büyümeye, saç ve ciltte terleme ve yağ üretimi artar, akselere fiziksel büyüme başlar (hem boy hem kilo), meme ve kalça gelişimi olur ve menarş başlar	Soyut düşünce kapasitesinde artar, gelecek ile ilgili düşünme ve azda olsa kaygı başlar, entelektüel düşüncelere verilen önem artar, ahlaki düşüncenin derinleşir	Kimlik duygusu ile mücadele etmeleri gerekebilir, kendi vücutları hakkında garip hissedebilirler ebeveynlerle çatışma artar, akran grubu tarafından daha fazla etkilenirler; bağımsızlık arzusu artar, ruh hali değişimlerine eğilimlidirler, kurallar ve limitlere karşı değişik tutum gösterebilirler; sexe artan bir ilgi duyarlar
Geç adolesan dönem (15-19 yaş)	Fiziksel büyüme yavaşlar	Hedef belirleme kapasitesi artar, ahlaki değerler ve akıl yürütmeye ilgi beceriler artar; hayatın anlamı hakkında fazla düşünürler	Kendilerini ebeveynlerinden uzak tutma eğilimindedirler, arkadaş edinmek isterler ve onlara daha fazla güvenirler (popülarlık isteği önemli bir sorun olabilir), değişen vücutlarına uyum sağlamaya çalışırlar, deneyimleme arzusu, sevgi-tutku duygularını daha yoğun yaşarlar, sexe artan ilgi duyarlar

cushingsendromu, virilizan tümörler, hiperprolaktinemi, akromegali, tiroiddisfonksiyonu, anaboliksteroid kullanımı akılda tutulmalıdır.

Tedavide ana semptomların her biri ele alınmalıdır. PKOS'un ilk basamak tedavisi genellikle kombine oral kontraseptiflerin (KOK) ile başlar, çünkü bunlar hem menstürel düzensizlikleri hem de hiperandrojenemin klinik belirtilerini tedavi ederler. Genel olarak, adolesanlarda KOK yan etkileri açısından riski altında değilse, en az 30 ugetinilestradiol içeren bir KOK seçilmesi önerilir, 20ugve altında etinilestradiol içeren KOK'ların, daha az kardiyovasküler risk oluşturma riskine rağmen, özellikle obez hiperandrojenik adolesanlarda menstürel düzensizlikleri ve hirsutizmi tedavi etmede yetersiz kalırlar. KOK içeriğindeki progestinler ise ya antiandrojenik özellik göstermeli ya da androjenik etkisi göz ardı edilecek seviyede olmalıdır. Bunlar arasında drospirenon, norgestimat ve etinodiol diasetat sayılabilir.

Siklik progestinmenstrüel düzensizliği olan ancak klinik olarak hiperandrojenizm bulgu olmayan genç hastalarda ve KOK'lerin yan etkilerini tolere edemeyen adolesanlarda yararlıdır.

Hirsutizm kozmetik ve KOK tedavisi ile tatmin edici bir şekilde kontrol edilmezse, antiandrojenik tedavi eklenebilir. Yaşam tarzı değişikliği, bu sendromla ilişkili olabilecek aşırı kilo ve obezite için birinci basamak tedavidir. Metabolik sendromda görülen anormal glukoz toleransı veya lipit anormallikleri kilo kaybı ile normalleştirilemezse insülin direncine yönelik biguanidlerden metformin önerilir (28). Nadiren Nadiren KOK tedavisi yerini tolere edemeyen veya etkisinin yetersiz olduğu düşünülen adolesanlarda Gonadotropin-releasing hormone (GnRH) agonistleri kullanılır. Obez olmayan PKOS'lu adolesanlarda KOK'ler serum androjen seviyelerinin düşürülmesinde etkili olamıyorsa ve dexametazon supresyon testinde dahil olmak üzere yapılan endokrinolojik testler ile hiperandrojenimye neden olabilecek diğer klinik durumlar dışlandı ise birkaç ayı geçmemek koşulu glukokortikoid tedavi başlanabilir (29).

Kaynaklar

1. WHO. Theseconddecade: improvingadolescenthealthanddevelopment. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundationforfuturehealth.Lancet. 2012 Apr 28;379(9826):1630-40.
3. WHO recommendations on adolescenthealth: guidelinesapprovedbythe WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.08). Licence: CCBY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Primaryandpreventivecareforfemaleadolescents. In: AmericanCollege of ObstetriciansandGynecologists, editor. Guidelinesforadolescenthealthcare. 2nd ed. Washington, DC: AmericanCollege of ObstetriciansandGynecologists; 2011.25-42.
5. Theinitialreproductivehealthvisit. Committee Opinion No. 598. AmericanCollege of ObstetriciansandGynecologists. ObstetGynecol 2014;123:1143-7.
6. Association of PublicHealthLaboratories. LaboratorydiagnostictestingforChlamydia, trachomatisandNeisseriagonorrhoeae: Expert Consultation Meeting summaryreport. Silver Spring (MD): APHL; 2009.
7. Hoebe CJ, Rademaker CW, Brouwers EE, ter Waarbeek HL, vanBergen JE. Acceptability of self-takenvaginalswabsandfirst-catchurinesamplesforthediagnosis of urogenitalChlamydia, trachomatisandNeisseriagonorrhoeaewith an amplified DNA assay in youngwomenattending a publichealthsexuallytransmitteddiseaseclinic. SexTransmDis 2006;33:491-5.
8. Venturoli S, Porcu E, Fabbri R, et al. Longitudinalevaluation of the differentgonadotropin pulsatile patterns in anovulatorycycles of younggirls. J ClinEndocrinolMetab 1992; 74: 836-41.
9. World healthorganizationtaskforce on adolescent-reproductivehealth. World healthorganizationmulticenterstudy on menstruelandovulatorypatterns in adolescentgirls. II. longitudinalstudy of menstruel-patterns in theearlypostmenachealperiod, duration of bleedingepisodesandmenstruelcycles. J Adolesc-HeathCare 1986; 7: 236-44.
10. Evliyaoğlu O, Alikışıoğlu M, Ercan O. Menstrualcycledisorders in adolescence. Turk Pediatri Ars . 2010; 45(1): 6-12.
11. Fleischman A, Gordon C. Adolescentmenstruelabnormalities. In: Lifshitz F (ed). PediatricEndocrinology. New York: Informa Healthcare USA, Inc; 2007: 349-63.
12. American Academy of PediatricsAmericanCollege of ObstetriciansandGynecologists. Menstruation in girlsandadolescents: usingthemenstruelcycle as a vitalsign. Pediatrics 2006; 118: 2245-50.

13. Bevan JA, Maloney KW, Hillery CA, Gill JC, Montgomery RR, Scott JP. Bleeding disorders: A common cause of menorrhagia in adolescents. *J Pediatr* 2001; 138: 856-61.
14. Claessens EA, Cowell CA. Acute adolescent menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 277-80.
15. Ünsal A., Ayrancı Ü., Tozun M., Arslan G., Çalık E. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students, *Upsala Journal Of Medical Sciences*. 2010; 115: 138-145.
16. Çetin Ö, Aslan E. Common Gynecological Problems of Adolescents. *Istanbul University Institute of Health Sciences Journal of Advanced Research in Health Sciences*. 2019; 2: 36-42.
17. Bernardi M., Lazzeri L., Perelli F., Reis F. M., Petraglia F. Dysmenorrhea and related disorders, *F1000Res*. 201; 5: 1645-51.
18. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology*. 2003; 28: 25-37.
19. Johnson SR. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 845-59.
20. Halbreich U. The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes. *Psychoneuroendocrinology*. 2003; 28: 55-99.
21. Nevatte T, O'Brien PM, Bäckström T, et al. ISPMDC consensus on the management of premenstrual disorders. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16: 279.
22. Forhan SE, Gottlieb SL, Sternberg MR, et al. Prevalence of sexually transmitted infections among female adolescents aged 14 to 19 in the United States. *Pediatrics* 2009; 124: 1505.
23. Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *Sex Transm Dis* 2013; 40: 187.
24. Kleppa E, Holmen SD, Lillebø K, et al. Cervical ectopy: associations with sexually transmitted infection and HIV. A cross-sectional study of high school students in rural South Africa. *Sex Transm Infect* 2015; 91: 124.
25. Potter J, Soren K. Long-Acting Reversible Contraception and Condom Use: We Need a Better Message. *JAMA Pediatr* 2016; 170: 417.
26. Azziz R, Woods KS, Reyna R, et al. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 2745.
27. Witchel SF, Oberfield S, Rosenfield RL, et al. The Diagnosis of Polycystic Ovary Syndrome during Adolescence. *Horm Res Paediatr* 2015.
28. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, et al. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98: 4565.
29. Rosenfield RL, Ehrmann DA. The Pathogenesis of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): The Hypothesis of PCOS as Functional Ovarian Hyperandrogenism Revisited. *Endocr Rev* 2016; 37: 467.