

Bölüm 6

DİSFONKSİYONEL UTERİN KANAMALAR VE YÖNETİMİ

Fikriye KARANFİL YAMAN¹
Emine ARSLAN²

Anormal uterin kanama (AUK), gebelik dönemi dışında, menstrüel siklüste sıklık, regülarite, süre ve miktarda meydana gelen düzensizlikleri tanımlayan geniş bir terimdir. Kadınların yaklaşık üçte biri, en sık menarş ve perimenopoz dönemlerinde olmak üzere AUK yaşamaktadırlar (1).

Normal bir menstrüel döngü; 24 ile 38 gün arasında sıklıkla oluşan, 7 ile 9 gün süren kanama süresine sahip olan ve menstrüel kanamanın 5 ile 80 mililitre olduğu bir döngüdür (2).

Bu 4 parametreden herhangi birindeki değişiklik anormal uterin kanama olarak adlandırılır. Oligomenore, menoraji ve disfonksiyonel uterus kanaması gibi eski terimlerin yerine terminolojiyi sadeleştirmek adına anormal uterin kanama terimi kullanılmaktadır. Terminolojideki revizyonlar ilk olarak 2007’de, ardından 2011 ve 2018’de Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FIGO) tarafından yapılan güncellemelerde yayınlanmıştır (3).

PALM-COEIN, anormal uterin kanamanın altında yatan etiyolojileri sınıflandırmak için FIGO tarafından oluşturulan bir kısaltmadır. İlk kısım olan PALM yapısal olan patolojileri, ikinci kısım olan COEIN yapısal olmayan patolojileri açıklar. N, “başka şekilde sınıflandırılmamış” anlamına gelir.

P: Polip

A: Adenomyozis

L: Leiomyom

M: Malignite veya hiperplazi

¹ Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

² Dr., Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Tedavide ilk amaç, kanamayı kontrol etmek, varsa anemiye tedavi etmek ve yaşam kalitesini düzeltmektir. Başlangıç tedavisi tipik olarak farmakolojiktir. Birincil tedavi hedeflerine ulaşıldığında, bazı kadınlar sürekli kronik tıbbi tedaviden memnunken, diğerleri daha az bakım gerektiren veya kesin olan bir tedavi istemektedir.

Ağır menstrüel kanamsı olan çoğu kadın için, birinci basamak tedavi olarak ilk tercih östrojen-progestin kontraseptiflerdir. Oral veya enjekte edilebilir sadece progestin içeren tedaviler de ilk basamak tedavi tercihi olarak uygundur. Elli iki mg levonorgestrel salan, 20 mcg / gün başlangıç progestin salınımı olan, 5 yıl boyunca etkili olan rahim içi araç (LNg52 / 5; Mirena), ağır menstrüel kanama için en etkili tıbbi tedavi seçeneğidir.

Traneksamik asit veya non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, hormonal tedavi kullanımı için kontrendikasyonları olan veya hormonal tedavi kullanmak istemeyen ağır menstrüel kanamalı hastalar için bir tedavi seçeneği olabilir.

Anormal uterin kanamalı kadınlar için östrojen-progestin ilaçlar, oral progestin tedavisi veya LNg52 / 5 birinci basamak tedavi seçenekleridir. Bu tedaviler kanamayı azaltmanın yanı sıra, endometriyal hiperplazi veya kanser riskini de azaltır.

Endometrial ablasyon, fertilitate isteği olmayan ve RİA kullanmak da istemeyen kadınlar için makul bir seçimdir.

Histerektomi, fertilitatesini tamamlamış, kesin tedavi isteyen ve anestezi ve peroperatif komplikasyon riskinin farkında olan kadınlarda makul bir seçenektir.

Östrojen-progestin kontraseptifleri, venöz tromboembolizm öyküsü, bilinen trombojenik mutasyonlar, ≥ 35 yaş ve ≥ 15 sigara / gün sigara kullanımı gibi venöz veya arteriyel tromboz risk faktörleri olan kadınlarda kontrendikedir. Progestinler bu gibi risk faktörleri olan bazı kadınlar için daha uygun bir seçenek olabilir. Ancak yakın takip gerekmektedir. Progestinlerle anormal uterin kanama tedavisi alan, venöz veya arteriyel tromboz riski yüksek olan kadınlar için, depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) veya yüksek doz oral progestinler yerine LNg52/5 önerilmektedir.

REFERANSLAR

1. Spencer CP, Whitehead MI. Endometrial assessment re-visited. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106:623.
2. Fraser IS, Critchley HO, Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? Hum. Reprod. 2007 Mar;22(3):635-43.
3. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS., FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet. 2018 Dec;143(3):393-408.

4. Liu Z, Doan QV, Blumenthal P, Dubois RW. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and health-care costs and utilization in abnormal uterine bleeding. *Value Health*. 2007 May-Jun;10(3):183-94
5. Cheong Y, Cameron IT, Critchley HOD. Abnormal uterine bleeding. *Br. Med. Bull.* 2017 Sep 01;123(1):103-114.
6. Whitaker L, Critchley HO. Abnormal uterine bleeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016 Jul;34:54-65
7. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 113:3.
8. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 136: management of abnormal uterine bleeding associated with ovulatory dysfunction. *Obstet Gynecol* 2013; 122:176. Reaffirmed 2018.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*. 2013 Apr;121(4):891-6
10. Timor-Tritsch IE, Haynes MC, Monteagudo A, et al. Ultrasound diagnosis and management of acquired uterine enhanced myometrial vascularity/arteriovenous malformations. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214:731.e1.
11. Khan F, Jamaat S, Al-Jaroudi D. Saline infusion sonohysterography versus hysteroscopy for uterine cavity evaluation. *Ann Saudi Med* 2011; 31:387
12. APGO educational series on women's health issues. Clinical management of abnormal uterine bleeding. Association of Professors of Gynecology and Obstetrics, 2006.
13. Bradley LD. Diagnosis of abnormal uterine bleeding with biopsy or hysteroscopy. *Menopause* 2011; 18:425.
14. La Sala GB, Blasi I, Gallinelli A, et al. Diagnostic accuracy of sonohysterography and transvaginal sonography as compared with hysteroscopy and endometrial biopsy: a prospective study. *Minerva Ginecol* 2011; 63:421.
15. Kelekci S, Kaya E, Alan M, et al. Comparison of transvaginal sonography, saline infusion sonography, and office hysteroscopy in reproductive-aged women with or without abnormal uterine bleeding. *Fertil Steril* 2005; 84:682.
16. Farquhar C, Ekeroma A, Furness S, Arroll B. A systematic review of transvaginal ultrasonography, sonohysterography and hysteroscopy for the investigation of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82:493.
17. Van den Bosch T, Verguts J, Daemen A, et al. Pain experienced during transvaginal ultrasound, saline contrast sonohysterography, hysteroscopy and office sampling: a comparative study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31:346.
18. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/chapter/Recommendations#history-physical-examination-and-laboratory-tests> (Accessed on October 29, 2018).).
19. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*. 2012 Jul;120(1):197-206.