

Bölüm 46

ADOLESANLARDA ADET DÜZENSİZLİĞİ

Deniz BALSAK¹
Şerif AKSİN²

GİRİŞ

Adolesan dönemde menstrual problemler yaygın olarak görülmekte ve bu yaş grubuna ait jinekolojik şikayetlerin %50'sini oluşturmaktadır. Bu menstrual problemler başlıca amenore, düzensiz sikluslar, anormal uterus kanaması (AUK) ve dismenoreidir (1). Endometrium dokusun hormonal kontrolünün değişikliğe uğraması, endometrium rejenerasyonunu etkileyen mekanik ya da sistemik faktörler veya bu döngüyü etkileyecek genel metabolik değişiklikler olmak üzere birkaç neden düzenli menstruasyon bozulmasına neden olabilir (2). Adolesanlarda bu döngüyü bozan en sık neden anovulatuvar siklusdur. Anovulatuvar uterus kanaması, seks steroidlerinin anovulatuvar üretiminden kaynaklanan siklik olmayan adet kanaması anlamına gelir (3). Hipotalamik-hipofiz-over ekseninin olgunlaşmamışlığı, adolesanların en sık görülen anovulatuvar uterus kanama nedenidir ve menarştan sonraki ilk iki yıl için beklenmektedir (4,5). Bu bölümde adolesanlarda AUK'un sık görülen nedenlerinin değerlendirilmesi ve yönetimi üzerinde durulacaktır.

ADOLESANLARDA NORMAL MENSTRUAL DÖNGÜ

Normal adet döngüsü, hipotalamus, hipofiz, yumurtalık ve uterusu içeren kompleks feedback sisteminden kaynaklanır. Menstrual siklus menarştan

sonraki ilk birkaç yıl boyunca önemli ölçüde değişse de, adolesanlarda menstrual siklusların çoğu 2 ila 7 gün adet kanaması ile 21 ila 45 gün sürer. Menarş sonrası ilk üç yılda, döngülerin yüzde 95'i bu aralığa girmektedir. Ortalama yetişkin menstrual siklus dört ila altı gün adet kanaması ile 28 gün ile 35 gün arasında sürer. Her adet döneminde medyan kan kaybı 30 mL'dir; normalin üst sınırı 80 mL'dir (6). Adolesanlarda, menarştan sonraki ilk yıl, ortalama döngü uzunluğu 34,5 gün ve ilerleyen yıllarda azaldığı gözlenmiştir. Ortalama kanama süresi 4.9 ila 5.4 gün arasında olup, 7 günlük kanamalar siklusların sadece yüzde 2 ila 11'inde meydana gelmektedir (7).

Adolesan dönemde görülen adet düzensizlikleri 4 başlıkta incelenir (8).

- 1- Amenore
- 2- Düzensiz kanama
- 3- Aşırı adet kanaması
- 4- İntermenstrüel kanama

1- AMENORE

Primer amenore, 16 yaşında, normal seksüel gelişimi olan, ancak hiç âdet görmemiş veya 14 yaşında, sekonder seksüel gelişim izlenmeyen ve hiç âdet görmemiş hastaları tanımlamaktadır. Endokrin nedenler (% 40), gelişim problemleri (% 60) başlıca nedenleridir. Sekonder Amenore: Menstruasyon başladıktan sonraki herhangi bir dönemde 6 ay veya daha fazla süreyle adet olma-

¹ Doç. Dr. Deniz BALSACK, Özel Batı Hastanesi/Diyarbakır, denizbalsak@gmail.com

² Op. Dr. Şerif AKSİN, SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma, Kadın Doğum Kliniği /Diyarbakır serifaksin1@gmail.com

- Servikal polipler
- Servikal ektopion (endoserviksin ters çevrilmesi)
- Yabancı cisimler (tutulan tamponlar en çok erenler arasında yaygındır)
- Travma
- Bazı ilaçlar (örneğin, antikoagülanlar, valproik asit)

TEDAVİ

Patolojik nedenler göz ardı edilirse ve hasta düzensiz adetlerden rahatsız olmadığı takdirde, menarşandan sonraki ilk birkaç yıl boyunca anovulator kanamalar gözlem ile takip edilebilir. AUB yönetiminin amacı, normal adet siklusuna geri dönüşü ile kısa ve uzun vadeli sekellerin önlenmesini (örneğin, anemi, hemodinamik dengesizlik, kısırlık endometrial kanseri) içermektedir. Anovulator uterin kanama tedavisine başlamadan önce hamileliği ve pelvik enfeksiyonu dışlamak önemlidir. AUB ve anovulator uterin kanamanın diğer nedenleri klinik bulgulara dayanarak değerlendirilmelidir. Akut anovulator uterin kanama yönetimi hastanın aktif olarak kanamasına, hastanın ve ebeveynlerinin tercihlerine bağlıdır:

Hafif anovulator uterin kanaması ve hemoglobini 10 ila 12 g / dL arasında olan kızlarda, endometriyal proliferasyonu stabilize etmek ve sıklık dökülmesini teşvik etmek için gözlem veya hormonal tedaviyi öneririz. Orta derecede anovulator uterin kanama, her üç haftada bir orta derecede veya sık görülen adetler ve hemoglobin ≥ 10 g / dL ile karakterize edilir. Orta derecede anovulator uterin kanama genellikle ayaktan tedavi ile yönetilebilir. Aktif olarak kanaması olmayan orta derecede anovulator uterin kanaması olan kızlarda, sadece progestin-sadece hormon tedavisi veya kombine östrojen-progestin oral kontraseptifleri öneriyoruz (22).

Aktif olarak kanaması olan ılımlı anovulator uterin kanaması olan kızlarda, progestin içeren tedavilerden ziyade östrojen-progestin oral kontraseptifleri önermekteyiz. Traneksamik asit, hormonal terapiden kaçınmayı tercih edenler için bir alternatif olabilir (23). Ciddi anovulator uterin kanama, hemoglobinde azalmaya neden olan ($<<10$ g / dL'ye kadar) ve hemodinamik instabili-

teye neden olacak kadar ağır kanamalı menstruel cyclus ile tanımlanır.

Ağır anovulator uterin kanaması olan kızlarda, ilk müdahale olarak hormonal tedaviyi öneriyoruz. Kombinasyon oral kontraseptif hapları, şiddetli anovulator uterin kanamalarının akut tedavisi için ilk basamak hormon tedavisidir. Uzun süreli takip esastır. Hormon tedavisi mümkünse en az uc ila altı ay sürdürülmelidir. Ağır adet kanaması tekrarlırsa, hormon tedavisi tekrar başlanabilir.

SONUÇ

Adölesan dönemde sıklıkla karşımıza çıkan anovulator uterin kanama olgularının tedavi yaklaşımında hemodinamik dengeyi sağlamak, akut ya da kronik anemiyi düzeltmek, normal menstruel düzene dönüşü sağlamak, rekürrensi önlemek, anovulasyonun uzun etkilerinden hastayı korumak amaçlanır.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, adet düzensizliği, Yönetim

Kaynaklar

1. Minjarez DA, Bradshaw KD (2000). Anormal uterine bleeding in adolescents. *Obstetrics and Gynaecology Clinics of North America* 27(1):63-78
2. Jacot-Guillarmod, M., and S. C. Renteria. "Menstrual disorders in adolescents: commonplace or worrisome?." *Revue medicale suisse* 6.253 (2010): 1236-8.
3. APGO educational series on women's health issues. Clinical management of abnormal uterine bleeding. Association of Professors of Gynecology and Obstetrics, 2006.
4. World Health Organization multicenter study on menstrual and ovulatory patterns in adolescent girls. II. Longitudinal study of menstrual patterns in the early postmenarcheal period, duration of bleeding episodes and menstrual cycles. World Health Organization Task Force on Adolescent Reproductive Health. *J Adolesc Health Care* 1986; 7:236.
5. Flug D, Largo RH, Prader A. Menstrual patterns in adolescent Swiss girls: a longitudinal study. *Ann Hum Biol* 1984; 11:495.
6. ACOG Committee Opinion No. 651: Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Obstet Gynecol* 2015; 126:e143. Reaffirmed 2019.
7. Gunn HM, Tsai MC, McRae A, Steinbeck KS. Menstrual Patterns in the First Gynecological Year: A Systematic Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2018; 31:557.
8. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 113:3.
9. Slap GB. Menstrual disorders in adolescence. *Best Pract*

- Res Clin Obstet Gynaecol 2003; 17(1):75-92.
10. Gray SH, Emans SJ. Abnormal vaginal bleeding in the adolescent. In: Emans, Laufer, Goldstein's Pediatric & Adolescent Gynecology, 6th ed, Emans SJ, Laufer MR (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2012. p.159.
 11. Mitan LA, Slap GB. Adolescent menstrual disorders. Update. Med Clin North Am 2000; 84:851.
 12. Bravender T, Emans SJ. Menstrual disorders. Dysfunctional uterine bleeding. Pediatr Clin North Am 1999; 46:545.
 13. Pinola P, Lashen H, Bloigu A, et al. Menstrual disorders in adolescence: a marker for hyperandrogenaemia and increased metabolic risks in later life? Finnish general population-based birth cohort study. Hum Reprod 2012; 27:3279.
 14. Minjarez DA. Abnormal bleeding in adolescents. Semin Reprod Med 2003; 21:363.
 15. Fraser IS, Critchley HO, Broder M, Munro MG. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med 2011; 29:383.
 16. Díaz R, Dietrich JE, Mahoney D Jr, et al. Hemostatic abnormalities in young females with heavy menstrual bleeding. J Pediatr Adolesc Gynecol 2014; 27:324.
 17. Claessens EA, Cowell CA. Acute adolescent menorrhagia. Am J Obstet Gynecol 1981; 139:277.
 18. Díaz R, Dietrich JE, Mahoney D Jr, et al. Hemostatic abnormalities in young females with heavy menstrual bleeding. J Pediatr Adolesc Gynecol 2014; 27:324.
 19. O'Brien B, Mason J, Kimble R. Bleeding Disorders in Adolescents with Heavy Menstrual Bleeding: The Queensland Statewide Paediatric and Adolescent Gynaecology Service. J Pediatr Adolesc Gynecol 2019; 32:122.
 20. Demers C, Derzko C, David M, et al. Gynaecological and obstetric management of women with inherited bleeding disorders. Int J Gynaecol Obstet 2006; 95:75.
 21. Toth M, Patton DL, Esquenazi B, et al. Association between Chlamydia trachomatis and abnormal uterine bleeding. Am J Reprod Immunol 2007; 57:361.
 22. Strickland J, Gibson EJ, Levine SB. Dysfunctional uterine bleeding in adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol 2006; 19:49.
 23. Srivaths LV, Dietrich JE, Yee DL, et al. Oral Tranexamic Acid versus Combined Oral Contraceptives for Adolescent Heavy Menstrual Bleeding: A Pilot Study. J Pediatr Adolesc Gynecol 2015; 28:254.
 24. 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; 121:891. Reaffirmed 2017