

AMENORE ve ANOVULASYON

Yeşim TEKİN BAYOĞLU¹

GİRİŞ

Amenore menslerin hipotalamus, hipofiz, ovaryan, uterus, vajinayla ilişkili bozukluklara bağlı olarak geçici, aralıklı veya kalıcı olarak yokluğudur. Klasik olarak amenore primer ve sekonder olarak iki grupta sınıflandırılır. Primer amenore daha önce hiç menstruasyon görmeyen kişiyi ifade ederken sekonder amenore daha önce menstruasyon görmüş ancak şimdi görmeyen kadınları ifade etmektedir. Her ikisinin ayırıcı tanısı farklılık göstermektedir.

- ◆ Sekonder seks karakterlerinin ve boy uzamasının olmaması ile birlikte 14 yaşında adet olmaması
- ◆ Normal büyüme ve sekonder seks karakterlerinin oluşmasına rağmen 16 yaşında mens olmaması
- ◆ Daha önce menstruasyon kanaması olan bir kadının 6 aydır adet görmemesi ya da önceki siklus süresine göre toplam en az üç siklus süresince mens olmamasıdır. (1)

Normal bir menstruasyon için fonksiyonel bir hipotalamo-pituitar-ovaryan (HPO) aks ve normal uterovajinal anatomi gereklidir. Over-

lerde ön hipofizden salgılanan FSH (follikuler stimulan hormon) ve LH (luteinizan hormon) gonadotropinlerinin uyarısına cevap veren folliküller bulunmalıdır. Hipofizer gonadotropinlerin salgılanması hipotalamusun mediobasal bölgesinden salgılanan ve portal vasküler sistem aracılığıyla ön hipofize ulaşan GnRH(gonadotropin releasing hormon) etkisi ile oluşmaktadır. Hipotalamik GnRH sekresyonunun pulsatil patterni, çevresel uyarıların yorumlayan, çeviren ve ovaryan seks steroidlerinin feedback etkileri tarafından modüle edilen daha yüksek merkezlerden gelen inputlar tarafından yönetilir. Uterus ovaryan steroid hormonlarına yanıt veren fonksiyonel endometriuma sahip olmalıdır. Ayrıca genital kanal menstrual kan akımına izin verecek bütünlükte olmalıdır. Sonuç olarak normal menstrual fonksiyon için hem anatomik hem de fonksiyonel bütünlük önemlidir. Şekil 1

¹ Prof. Dr. Yeşim TEKİN BAYOĞLU, Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Trabzon Kanuni Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.



5. Uterusu olan primer amenorede prolaktin, TSH, FSH değerleri, meme gelişimi, anatomik anormallikler değerlendirilmelidir.
6. Uterusu olmayan primer amenorede karyotip analizi ve testosteron düzeyi bakılmalıdır
7. Sekonder amenorenin en sık nedeni gebeliktir.
8. Sekonder amenorenin en sık nedenleri sırasıyla over, hipotalamus, hipofiz ve uterus kaynaklıdır.
9. Hipotalamik amenore en sık nedenleri kilo kaybı, aşırı egzersiz, beslenme yetersizliği ve strese bağlı fonksiyonel hipotalamik amenoredir. Sistemik hastalıklar GnRH salınımını azaltarak amenoreye neden olur.
10. Hiperprolaktineminin en sık nedeni laktotrop adenomlardır.
11. PCOS ovaryan disfonksiyon, androjen artışı, polikistik overler, metabolik bozukluk ve obezite ile birlikte olan amenoreye neden olan en sık endokrin bozukluktur.
12. POY 40 yaşından önce gelişen menapozdur. X kromozomunun parsiyel ya da komplet kaybı, frajil X premutasyonu, otoimmün over hasarlanması ile ilişkili olabilir.
13. Asherman sendromu sekonder amenoreye neden olan tek uterin faktördür.
14. Sekonder amenorenin değerlendirilmesinde bHCG, prolaktin, FSH, TSH hiperprolaktinemi, gebelik, tiroid hastalığı ve ovaryan yetmezlik için bakılır.

KAYNAKLAR

1. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea. *Fertil Steril* 2006; 86:S148.
2. Reindollar RH, Byrd JR, McDonough PG. Delayed sexual development: a study of 252 patients. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 140:371.
3. Krasna IH, Lee ML, Smilow P, et al. Risk of malignancy in bilateral streak gonads: the role of the Y chromosome. *J Pediatr Surg* 1992; 27:1376.
4. Santoro N, Filicori M, Crowley WF Jr. Hypogonadotropic disorders in men and women: diagnosis and therapy with pulsatile gonadotropin-releasing hormone. *Endocr Rev* 1986; 7:11.
5. Sophie Gibson ME, Fleming N, Zuijdewijk C, Dumont T. Where Have the Periods Gone? The Evaluation and Management of Functional Hypothalamic Amenorrhea. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2020; 12:18.
6. Broome JD, Vancaillie TG. Fluoroscopically guided hysteroscopic division of adhesions in severe Asherman syndrome. *Obstet Gynecol* 1999; 93:1041.
7. Krassas GE, Pontikides N, Kaltsas T, et al. Disturbances of menstruation in hypothyroidism. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1999; 50:655.
8. Laufer MR, Floor AE, Parsons KE, et al. Hormone testing in women with adult-onset amenorrhea. *Gynecol Obstet Invest* 1995; 40:200.
9. Nakamura S, Douchi T, Oki T, et al. Relationship between sonographic endometrial thickness and progestin-induced withdrawal bleeding. *Obstet Gynecol* 1996; 87:722.
10. Molteni N, Bardella MT, Bianchi PA. Obstetric and gynecological problems in women with untreated celiac sprue. *J Clin Gastroenterol* 1990; 12:37.
11. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod* 2004; 19:41.
12. Groff TR, Shulkin BL, Utiger RD, Talbert LM. Amenorrhea-galactorrhea, hyperprolactinemia, and suprasellar pituitary enlargement as presenting features of primary hypothyroidism. *Obstet Gynecol* 1984; 63:86S.