

DİSFONKSİYONEL
UTERİN KANAMAMohammad İbrahim HALİLZADE ¹

GİRİŞ

Normal menstrüel siklus 28 ile 35 gün arası süren periyotlarda yaklaşık 2-6 gün süren ve ortalama 20-60 mL miktarında kanama olarak tanımlanır. Bu tanımın dışında kalan bütün kanama şekilleri anormal uterin kanama olarak adlandırılır. Bu anormal kanama şekilleri geleneksel bir tanımlama ile adlandırılır (Tablo-1) (1).

Tablo-1: Menstrüel Siklus Düzensizliklerinin Adlandırılması

Oligomenore	35 günden daha uzun süren aralıklarla oluşan kanamadır.
Polimenore	21 günden daha kısa süren aralıklarla oluşan kanamadır.
Menoraji	Menstrüel kanama döneminde olan 80 mL'den fazla kanamadır.
Metroraji	Menstrüel kanama dönemi dışında olan düzensiz ara kanamalardır.

Üreme çağındaki kadınlarda anormal kanamaları evrensel olarak tanımlamak için 2011 yılında FIGO (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu) PALM-COEIN isimlendirme sistemini ortaya çıkarmıştır (Tablo-2) (2).

Tablo-2: PALM- COEIN Sınıflaması

Yapısal Nedenler	PALM	Polip Adenomyozis Leiomyoma Malignite ve hiperplazi
Yapısal Olmayan Nedenler	COEIN	Koagülopati Ovulatuvar Disfonksiyon Endometrial İatrojenik Not yet classified (Henüz Sınıflandırılmamış)

Disfonksiyonel uterin kanamalar (DUK), organik bir nedene bağlı olmayan anormal uterin kanamalardır. Anormal uterin kanaması olan kadınların yarısı disfonksiyonel uterin kanamadır. Ovulatuvar DUK ve anovulatuvar DUK olmak üzere iki gruba ayrılırlar ve %80-90'ı anovulatuvar DUK olarak tanımlanır ve PALM-COEIN sınıflamasının "O" harfini oluşturur. (3).

Patofizyoloji

Kanama Mekanizmaları

Organik nedene bağlı olmayan bir kanamada östrojen ve progesteron kanama mekanizmasında yer alan iki temel hormondur. Bu hormonlara göre dört kanama mekanizması tariflenmiştir (Şekil-1).

¹ Uzm. Dr. Mohammad İbrahim HALİLZADE, Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Hastalıkları Bölümü
ibrahim_halilzade@hotmail.com



BİLİNMESİ GEREKEN ÖNEMLİ NOKTALAR

1. Disfonksiyonel uterin kanamalar (DUK), organik bir nedene bağlı olmayan anormal uterin kanamalardır.
2. Ovulatuvar DUK ve anovulatuvar DUK olmak üzere iki gruba ayrılırlar ve %80-90'ı anovulatuvar DUK olarak tanımlanır.
3. Östrojen çekilme kanaması, östrojen ile uyarılmış endometriumda, östrojen seviyesinin aniden düşmesi nedeniyle endometriumun dökülmesi ile oluşan kanamadır. Nedenleri arasında, ekzojen östrojen tedavisinin aniden kesilmesi, bilateral ooforektomi, intermenstrüel kanama bulunur.
4. Östrojen kırılma kanaması reproduktif dönemde en sık rastlanan disfonksiyonel uterin kanama tipidir. En sık polikistik over sendromu olarak ortaya çıkar.
5. Progesteron çekilme kanaması olması için önce endometriumun östrojen etkisi altında proliferasyonu gerekir. Normal menstrüel siklus da bu şekilde oluşmaktadır.
6. Progesteron kırılma kanaması, artmış progesteron etkisi ile incelen endometrium sonucu oluşan kanamalardır. Uzun etkili progesteron içeren kontraseptif kullanımında görülebilir.
7. Perimenarşal dönem ve perimenapozal dönem anovulatuvar siklusların en çok olduğu fizyolojik dönemlerdir.
8. Tanıda öncelik anormal uterin kanama yapan organik nedenlerin dışlanmasıdır. Detaylı bir anamnez ile değerlendirilmeli ve jinekolojik muayene yapılmalıdır.
9. Genellikle medikal tedavi efektiftir ve cerrahi müdahaleden önce denemelidir.
10. Medikal tedavi; nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, traneksemik asit, oral progestinler, levonorgestrol içeren rahim içi araç, kombine oral kontraseptifler, GnRH agonistleri ve androjenleri içerir.
11. Cerrahi tedavide dilatasyon ve küretaj diagnostik olduğu kadar tedavi amaçlı da yapılır.
12. Histerektomi, tedaviye dirençli kanamalarda son çare olarak kullanılan cerrahi yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Fraser IS, Critchley HO, Munro MG, Broder M. A process designed to lead to international agreement on terminology and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding. Writing Group for this Menstrual Agreement Process [published erratum appears in Fertil Steril 2007;88:538]. Fertil Steril 2007;87:466-76.
2. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. FIGO Working Group on Menstrual Disorders. Int J Gynaecol Obstet 2011;113:3-13.
3. Hickey M, Fraser IS. Clinical implications of disturbances of uterine vascular morphology and function. Baillieres' Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000b; 14:937.
4. de Ziegler D, Bergeron C, Cornet C, et al. Effects of luteal estradiol on the secretory transformation of human endometrium and plasma gonadotropins. J Clin Endocrinol Metab 1992; 74:322.
5. Belsey EM. Vaginal bleeding patterns among women using one natural and eight hormonal methods of contraception. Contraception 1988; 38:181.
6. Rogers PA, Abberton KM. Endometrial arteriogenesis: vascular smooth muscle cell proliferation and differentiation during the menstrual cycle and changes associated with endometrial bleeding disorders. Microsc Res Tech 2003; 60:412.
7. Singh RH, Blumenthal P. Hormonal management of abnormal uterine bleeding. Clin Obstet Gynecol 2005; 48:337.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. Committee Opinion No.349.



- Obstet Gynecol 2006;108:1323-1328.
9. Bignardi T, Van den Bosch T, Condous G. Abnormal uterine and post-menopausal bleeding in the acute gynaecology unit. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23:595-607.
10. Lethaby A, Augood C, Duckitt K, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;4:CD000400.
11. Lukes AS, Moore KA, Muse KN. Tranexamic Acid Treatment for Heavy Menstrual Bleeding. *Obstet Gynecol* 2010; 116:865.
12. Lethaby A, Irvine G, Cameron I. Cyclical progestogens for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 1:CD001016.
13. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4:CD002126.
14. Bayer HealthCare Pharmaceuticals. Mirena (levonorgestrel-releasing intrauterine system): full prescribing information. 2009. Available at: http://www.berlex.com/html/products/pi/Mirena_PI.pdf. Accessed November 15, 2020.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of anovulatory bleeding. *Practice Bulletin. Int J Gynaecol Obstet* 2001; 72:263-271.
16. Zreik TG, Odunsi K, Cass I, et al. A case of fatal pulmonary thromboembolism associated with the use of intravenous estrogen therapy. *Fertil Steril* 1999; 71:373.
17. Beaumont H, Augood C, Duckitt K, et al. Danazol for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 2:CD001017.
18. Nickelsen C. Diagnostic and curative value of uterine curettage. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65:693-697.
19. American Society for Reproductive Medicine: Indications and options for endometrial ablation. *Fertil Steril* 2008; 90:236.
20. Kuppermann M, Learman LA, Schembri M, et al. Predictors of hysterectomy use and satisfaction. *Obstet Gynecol* 2010; 115:543-551.