Bölüm
47

ADOLESANLARDA ANORMAL UTERİN KANAMA

Adnan BARUTÇU[1]

GİRİŞ

Anormal uterin kanama (AUK) adölesanlarda en sık görülen jinekolojik sorun olup aşırı, uzamış veya düzensiz bir uterin kanama ile karakterizedir (1). Menstrüel siklusun ergenlik döneminde genellikle düzensiz olduğu bilindiğinden, çoğu adölesan kanama düzenlerinin anormal olduğunun farkına bile varamamaktadır. AUK ve / veya AUK' nin kendisine neden olan temel faktörler, uzun dönemde sağlık sorunları için potansiyel bir risk oluşturmakla beraber, yaşam kalitesini düşürür ve okula devam etmeyi etkiler. Adölesanlarda anormal uterin kanamaların tedavisi altta yatan sebebe göre gözlem, medikal ya da cerrahi olabilir. En uygun tedavi için etyolojinin doğru belirlenmesi gerekmektedir. Aksi takdirde hayatı tehdit eden sonuçlar ortaya çıkabilir.

ADÖLESANLARIN NORMAL MENSTRÜEL SİKLUSU

Menarş genellikle 12-13 yaşları arasında görülür (2,3). Adelosanlarda normal bir menstrüel döngü her 21-45 günde bir gerçekleşir ve kanama iki ila yedi gün sürer (4-6). Erken menstrual yaşam; henüz olgunlaşmamış hipotalamus-hipofiz-over (HPO) aksı nedeniyle anovulatuvar döngüler ile karakterize olup, adölesanların %60-80' inde menstrüasyon döngüsü, menarştan sonraki üçüncü yıla kadar erişkinlere benzer şekilde 21-34 günde bir olarak devam eder (6,7). Normal bir adet döngüsü sırasında ortalama kan kaybı 30-40 ml' dir; günde 3-6 ped veya döngü başına 10-15 ıslatılmış ped kullanılmasını gerektirir (8). Menstrüasyon kanamasının %50' sinden fazlası bir endometrial transudattır ve % 30-50' si tam kan bileşenlerinden oluşur (9). 80 ml' nin üzerinde kan miktarının kronik kaybı, anemi ile ilişkilidir (10).

ANORMAL UTERİN KANAMA

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO), gebe olmayan bir kadındaki adet volümünde, regülasyonunda, süresinde ve / veya sıklığında gelişmiş olan herhangi bir bozulmayı saptamak için AUK teriminin kullanılmasını önerir. FIGO ayrıca, "menoraji", "metroraji", "hiper / hipomenore", "polimenore" ve "disfonksiyone uterin kanama" gibi bazı tanımları tartışmalı, kafa karıştırıcı ve yetersiz tanımlanmış olarak görmekte ve artık kullanılmamasını da önermektedir (11,12).

Şiddetli menstrüel kanama AUK' nin en sık görülen klinik sunumudur. Eskiden "disfonksiyonel uterin kanaması" olarak adlandırılan uterusun yapısal lezyonlarından kaynaklanmayan AUK anlamına gelir (13).

FIGO, AUK etiyolojisini tanımlarken PALM-COEIN [Polip, Adenomiyozis, Leiomiyoma, Malignite ve Hiperplazi (yapısal nedenler); Koagülopati, Ovulatuar işlev bozukluğu, Endometrial, İyatrojenik ve Henüz sınıflandırılmamış

[1] Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Halfeti Devlet Hastanesi/Şanlıurfa, E-mail: adnan_barutcu@hotmail.com

60-120 mg elementer demir takviyesi, hasta ağızdan hap alabilecek kadar stabil olduğunda başlamalıdır. Hemoglobin düzeyi 8-10 g/dL olan hastalar için önerilen hormon tedavisi; 2-4 gün boyunca 6 saatte bir, takip eden 3 gün boyunca aynı dozda 8 saatte bir, bundan sonra ise 14 gün boyunca her 12 saatte bir verilen 30-50 mcg etinil östradiol içeren monofazik KOK' lardır. Bu tedavi sırasında antiemetik ajanlara ihtiyaç duyulabilir. Hemoglobin düzeyi <7 g / dL veya <10 g / dL olan ve ağır kanaması olan hastalarda kanama azalana kadar her dört saatte bir KOK verilir, ardından 2-3 gün boyunca altı saatte bir, üç gün boyunca sekiz saatte bir hap verilir ve daha sonra 2 hafta boyunca her 12 saatte bir ve bunu takiben hemoglobin seviyesi ≥10 g / dL ulaşana kadar ve en az toplam 21 güne kadar günde bir hapla devam edilir. Hemoglobin seviyesi 10 g / dL' yi aştığında, KOK' lar üç ila altı ay boyunca 12 g / dL' lik bir hemoglobin seviyesine ulaşılana kadar döngüsel bir düzende kullanılır (22).

Kanama 24 saatlik KOK uygulamasından sonra ağır şekilde devam ederse veya hasta oral hap alamıyorsa, kanama azalıncaya kadar her 4-6 saatte bir 25 mg IV konjuge östrojen verilir. Sonra tedaviye yukarıda anlatıldığı gibi devam edilir. Bu tedavi sırasında tromboembolizm riskinin artmış olduğu unutulmamalıdır (39). Yalnızca progestin içeren preparatlar, KOK' ların kontrendike olduğu hastalarda bir seçenek olabilir. Akut tedavi için oral progestinler, DMPA' dan veya levonorgestrel içeren RİA' dan daha iyi bir seçenektir. Kanama; yüksek doz KOK' lara rağmen 24 saati aşarsa veya bilinen trombosit fonksiyon bozukluğu varsa, traneksamik asit, aminokaproik asit ve desmopresin gibi hemostatik ajanlara ihtiyaç duyulabilir. Traneksamik asidin 4-5 gün boyunca günde 3 doz şeklinde 3.9-4 g/gün şeklinde verilmesi, şiddetli kanamalarda plaseboya göre daha etkili bir tedavi olduğu gösterilmiştir (40). Hormonal ve hemostatik tedavi 24-36 saat içinde kanamayı azaltamazsa, anestezi altında muayene, endometrial örnekleme ve terapötik kürtaj gerekebilir (22,41).

TAKİP ET

Düzensiz adetler veya şiddetli mentruel kanama, hormon tedavisi altında üç ay boyunca devam ederse veya tedavinin kesilmesinden sonra tekrarlarsa, hastanın olası hipotalamik-hipofiz-over ekseni, PKOS ve yapısal nedenlerle ilgili problemleri değerlendirilmelidir. Tedavi görmemiş ve 2-3 yıldır anovulatuar siklus öyküsü olan adölesanlar artmış endometrial karsinom riski nedeniyle endometrial biopsi ile değerlendirilmelidir.

SONUÇ

Anormal uterin kanama yaygın görülmekle birlikte adölesanlarda yaşam kalitesini önemli ölçüde bozabilmektedir. Genellikle henüz olgunlaşmamış HPO aksının bir sonucu olarak görülse de dikkatli bir öykü, fizik muayene, laboratuar desteği ve şüpheci bir yaklaşım altta yatan bir kanama bozukluğunu ortaya çıkarabilir. Her iki durumda da birçok etkili tedavi seçeneği mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, uterin kanama, kombine oral kontraseptif, anovulatuar kanama

Kaynaklar

1. James AH. Bleeding disorders in adolescents. Obstet Gynecol Clin North Am. 2009; 36:153-62.
2. Finer LB, Philbin JM. Trends in ages at key reproductive transitions in the United States, 1951-2010. Womens Health Issues. 2014;24:271–279. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
3. Esen İ, Oğuz B, Serin HM. Menstrual Characteristics of Pubertal Girls: A Questionnaire-Based Study in Turkey. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2016;8:192–196. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
4. No authors listed. 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;7:236–244. [PubMed] [Google Scholar]
5. Flug D, Largo RH, Prader A. Menstrual patterns in adolescent Swiss girls: a longitudinal study. Ann Hum Biol. 1984;11:495–508. [PubMed] [Google Scholar]
6. Widholm O, Kantero RL. A statistical analysis of the menstrual patterns of 8,000 Finnish girls and their mothers. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl. 1971;14(Suppl 14):1–36. [PubMed] [Google Scholar]
7. Hickey M, Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. Hum Reprod Update. 2003;9:493–504. [PubMed] [Google Scholar]
8. Bennett AR, Gray SH. What to do when she's bleeding through: the recognition, evaluation, and management of abnormal uterine bleeding in adolescents. Curr Opin Pediatr. 2014;26:413–419. [PubMed] [Google Scholar]
9. Fraser IS, Warner P, Marantos PA. Estimating menstrual blood loss in women with normal and excessive menstrual fluid volume. Obstet Gynecol. 2001;98:806–814. [PubMed] [Google Scholar]
10. No authors listed. ACOG Committee Opinion No. 651: Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menst-

rual Cycle as a Vital Sign. Obstet Gynecol. 2015;126:143–146. [PubMed] [Google Scholar]
11. 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;29:383-390. Epub 2011 Nov 7
12. 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;22:635-643. Epub 2007 Jan 4
13. Khrouf M, Terras K. Diagnosis and Management of Formerly Called "Dysfunctional Uterine Bleeding" According to PALM-COEIN FIGO Classification and the New Guidelines. J Obstet Gynaecol India 2014;64:388-393. Epub 2014 Nov 19
14. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynaecol Obstet 2011;113:3-13. Epub 2011 Feb 22
15. Pecchioli Y, Oyewumi L, Allen LM, Kives S. The Utility of Routine Ultrasound in the Diagnosis and Management of Adolescents with Abnormal Uterine Bleeding. J Pediatr Adolesc Gynecol 2017;30:239-242. Epub 2016 Oct 6
16. Claessens EA, Cowell CA. Acute adolescent menorrhagia. Am J Obstet Gynecol 1981;139:277-280.
17. Lemarchand-Beraud T, Zufferey MM, Reymond M, Rey I. Maturation of the hypothalamo-pituitary-ovarian axis in adolescent girls. J Clin Endocrinol Metab 1982;54:241-246.
18. Meijer WE, Heerdink ER, Nolen WA. Association of risk of abnormal bleeding with degree of serotonin reuptake inhibition by antidepressants. Arch Intern Med. 2004;164(21):2367-70.
19. ACOG Committee Opinion No. 605: Primary ovarian insufficiency in adolescents and young women. Obstet Gynecol 2014: 124:193.
20. Kouides PA, Conard J, Peyvandi F, et al. Hemostasis and menstruation: Appropriate investigation for underlying disorders of hemostasis in women with excessive menstrual bleeding. Fertil Steril 2005; 84:1345.
21. ACOG Committee Opinion No. 651: Menstruation in girls and adolescents: Using the menstrual cycle as a vital sign. Obstet Gynecol 2015; 126:e143.
22. 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.
23. Committee on Practice Bulletins: Gynecology. Practice bulletin no. 136: management of abnormal uterine bleeding associated with ovulatory dysfunction. Obstet Gynecol 2013;122:176-85. http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000431815.52679.bb
24. Gray SH. Menstrual disorders. Pediatr Rev 2013;34:6-17. http://dx.doi.org/10.1542/pir.34-1-6
25. 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;121:891-6. http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000428646.67925.9a
26. Gray SH, Emans SJH. Abnormal vajinal bleeding in the adolescent. In: Emans SJ, Laufer MR, editors. Emans, Laufer, Goldstein's pediatric, adolescent gynecology. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott; 2012. pp. 159-67.
27. Benjamins LJ. Practice guideline: evaluation and management of abnormal vajinal bleeding in adolescents. J Pediatr Health Care 2009;23:189-93. http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.02.003
28. Frishman GN. Evaluation and treatment of menorrhagia in an adolescent population. J Minim Invasive Gynecol 2008;15: 682-8. http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2008.08.014
29. Hickey M, Higham JM, Fraser I. Progestogens with or without oestrogen for irregular uterine bleeding associated with anovulation. Cochrane Database Syst Rev 2012:CD001895.
30. Deligeoroglou E, Karountzos V, Creatsas G. Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology. Gynecol Endocrinol 2013;29:74-78. Epub 2012 Sep 5
31. Bradley LD, Gueye NA. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Am J Obstet Gynecol 2016;214:31-44. Epub 2015 Aug 5
32. Rimsza ME. Dysfunctional uterine bleeding. Pediatr Rev 2002;23:227-233.
33. Santos M, Hendry D, Sangi-Haghpeykar H, Dietrich JE. Retrospective review of norethindrone use in adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol 2014;27:41-44. Epub 2013 Dec 4
34. Cowan BD, Morrison JC. Management of abnormal genital bleeding in girls and women. N Engl J Med 1991;324:1710-1715.
35. Files JA, Ko MG, Pruthi S. Bioidentical hormone therapy. Mayo Clin Proc 2011;86673-680. Epub 2011 Apr 29
36. de Lignieres B. Oral micronized progesterone. Clin Ther 1999;21:41-60.
37. Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. Breast Cancer Res Treat 2008;107:103-111. Epub 2007 Feb 27
38. 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.
39. Zreik TG, Odunsi K, Cass I, Olive DL, Sarrel P. A case of fatal pulmonary thromboembolism associated with the use of intravenous estrogen therapy. Fertil Steril 1999;71:373-375.
40. Leminen H, Hurskainen R. Tranexamic acid for the treatment of heavy menstrual bleeding: efficacy and safety. Int J Womens Health 2012;4:413-421. Epub 2012 Aug 17
41. No authors listed. Committee opinion no. 606: Options for prevention and management of heavy menstrual bleeding in adolescent patients undergoing cancer treatment. Obstet Gynecol 2014;124:397-402.