

Anormal Uterin Kanamalarda Yaklaşım

Ayşe Dişli Gürler¹

Özet

Uterin kanamalar, menarş döneminden menapozal döneme kadar, gebelik dönemleri hariç, hormon etkisi altında olan endometriumun organizasyonu ile belli periyotlarda olması beklenen kanamalardır. Anormal uterin kanama (AUK) olarak adlandırılan kanamalar ise miktar ve sıklık açısından düzensiz seyreden kanamalara denir. AUK reproduktif zamanlarda daha az görülürken, perimenapozal zamanlarda daha sık görülmektedir. AUK şikayeti olan bir hastada, kanama sebebine yönelik patolojilerin değerlendirilmesi gerekir. Altta yatan patolojinin tanısının koyulması, tedavinin belirlenmesi açısından önemlidir. Değerlendirme sonucu, kanama nedeni olarak bir patolojiye rastlanmazsa medikal tedavi seçenekleri tercih edilebilir. Hormonal veya hormonal olmayan medikal tedavilere cevap beklendiği şekilde gelişmezse, cerrahi tedavi seçenekleri de denenebilir. Cerrahi yaklaşım hastanın durumuna göre törepatik küretaj, endometrial ablasyon, histerektomi gibi seçeneklerdir. Histerektomi prosedürü uygulanan hastaların % 20'si medikal tedaviye yeterli yanıt alınamayan uterin kanama endikasyonu ile yapılmaktadır. Menorajiye yönelik tedavi gören kadınların % 80'inde anatomik bir patoloji bulunmamaktadır; bu nedenle histerektomi yapılan kadınların üçte birinde uterus anatomik olarak normal bulunmuştur. Medikal tedavinin, uygulanan cerrahi tedavileri ve dolayısıyla bu cerrahilere sekonder gelişen komplikasyonları önlemede önem kazanmaktadır. Histopatolojik örneklemenin sonucuna göre bir takip ve tedavi şeması belirlenir.

ANORMAL UTERİN KANAMA

Kadınların reproduktif döneminde, uterus kavitesinden kaynaklanan, miktarı, meydana gelme sıklığı ve süresi açısından normalden farklı seyreden vajinal kanamalara anorma uterin kanama adı verilir (1,2). Ani gelişen, yoğun kanamalarla seyreden, müdahale gerektirecek kadar fazla miktarda kanama görülen durumlara akut anormal uterin kanama adı verilir. Anormal uterin kanamalar 6 ay ve üzerinde görülme eğilimindeyse kronik olarak değerlendirilir (3,4).

1 Acıbadem Kayseri Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ayseadisligurur@icloud.com, Orcid No: 0000-0001-6581-584X

FIGO-AUK SINIFLANDIRMASI

2018’ de güncellenen FIGO AUK sınıflandırması iki sistem şeklinde oluşturuldu (5,6,7). Bu sınıflamanın 1. sistemine göre, ardarda seyreden iki menstrüel siklus aralığının 24 ila 38 gün arasında olması, menstrüel siklusun 8 gün ve altında sürmesi normal olarak sınıflandırıldı. Sınıflamanın 2. sisteminde ise bu anormal uterin kanamaların muhtemel nedenleri sıralandı. Sistem 2’ de PALM-COEIN kısaltmaları kullanılmaktadır (1).

P Polip

A Adenomyozis

L Leiomyom

M Malignite ve hiperplazi

C Koagülopati

O Ovulatuvar disfonksiyon

E Endometrial

I İatrojenik

N Sınıflandırılmamış

Polip, adenomyozis, leiomyom, malignite ve hiperplaziler görüntülemelerle veya yapılacak histopatolojik değerlendirmelerle ortaya koyulabilir.

POLİP

Uterus endometrial kavitesinin bez ve stroma yapısından kaynaklanan epitel proliferasyonudur. Ultrasonografik olarak değerlendirildiğinde, menstrual dönem özellikleri de göz önünde bulundurularak endometriyumun kalınlık ve düzensizliğinden şüphe edilmesi durumunda, sonografi yapılarak tanı koyulabilir. Sonografi, poliklinik şartlarında, muayene masasında, uterin kavitenin salin infüzyonu ile şişirilerek, ultrasonografik görüntülemenin tekrarlanması işlemidir. Sonografinin yanı sıra ofis histereskopi işlemiyle de polip tanısı koyulabilir. Ofis histeroskopinin, sonografiye üstünlüğü işlem sırasında örneklemeye izin vermesidir. Endometrial örneklemenin gerekli olduğu durumlarda, tanısal amaçlı ofis histereskopi tercih edilmelidir. Histopatolojik olarak polip tanısı alan hastalarda örnekleme total eksizyon şeklinde yapılmamışsa tedavi olarak histereskopik rezeksiyon uygulanır (8).

ADENOMYOZİS

Uterus endometrium, myometrium ve en dış tabaka olarak serozadan oluşur. En iç tabaka olan endometiumu oluşturan bez ve stromal yapıların, myometriumu oluşumuna da katılması durumuna adenomyozis denir. Ultrasonografik muayene sırasında görüntüsel olarak adenomyozisten şüphe edilebilse de kesin tanısı histopatolojik olduğundan postoperatif olarak tanı alır. Adenomyozisten şüphe edilen anormal uterin kanamalı hastalarda tedavi histerektomidir. Hasta için fertilitte isteği veya başka nedenlerle uterus koruyucu tedavi tercih edilmesi gereken durumlarda hormonal tedavi yaklaşımları (oral kontraseptifler, progestinler, GnRH agonistleri, progesteronlu RİA) denenebilir (3).

LEİOMYOMA

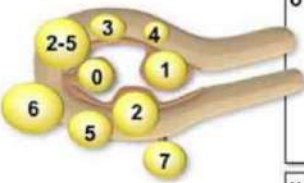
En sık görüle iyi huylu uterus tümörleridir. Uterusun myometrium tabakasında yeralan düz kas yapısından kaynaklanırlar. İnsidental olarak veya semptomatik hale gelerek tanı alabilirler. Yerleşim yeri olarak farklılık gösterebilirler (Tablo 1). Kanamaya neden olan ve semptom veren türleri en çok submukozal olarak adlandırılan endometriumla ilişkili leiomyomlardır. Myomlar kanama, karında ele gelen şişlik, sık idrara çıkma, kabızlık, ağrı gibi bir çok semptom gösterebilirler. Kesin tedavileri cerrahidir. Cerrahinin şekli ve zamanı gibi prosedürler belirlenirken myomun özellikleri kadar (myomun yeri, büyüklüğü, görüntüsel özellikleri, endometrial kaviteyle ilişkisi), hastanın fertilitte isteği, yaşı, sosyal durumu da önem arz etmektedir (2).

Leiomyom tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan hastaların histopatolojik tanımları leiomyosarkom olarak sonuçlanabilir. Leiomyomlarla aynı muayene özelliklerine sahiptirler. İntraoperatif frozen değerlendirilmesi tanı koydurmaz. Mitoz özelliklerine göre histopatolojik tanı alırlar. Bazı çalışmalar son dönemlerde leiomyoma tanısıyla cerrahi tedavi yapılan hastalarda leiomyosarkom tanı sıklığının arttığını ifade etmektedir. Postmenapozal dönemde semptomatik olan ve hızlı büyüme eğiliminde olan leiomyomlar için leiomyosarkom açısından dikkatli olunmalıdır (8).

Leiomyomlarda cerrahi seçeneğin olası olmadığı durumlarda, medikal tedaviler de denenebilir. Cerrahi tedavi seçeneğinin olmadığı durumlarda semptomları gidermek için hormonal tedavi seçeneklerine başvurulur. Bu tedaviler parenteral uygulanan Gonadotropin Salgılatıcı Hormon (GnRH) agonistleri ve oral olarak günlük kullanılan Östrojen-Progesteron üretimini kontrol eden hormonları baskılayıcı tedavi (Noretisteron 0,5 mg, Estradiol 1 mg, Relugolix 40 mg) seçenekleridir (4)

Leiomyomlar için başka bir tedavi seçeneği de minimal invaziv tedavilerdir. Uterin arter embolizasyonu, yüksek frekanslı ultrasonografi ile termoblasyon tedavisi, radyofrekans yöntemiyle myom ablasyonu bu tedavilerden bazılarıdır. Uterin arter embolizasyonu uygulanacak hastaların fertilizasyon beklentisi olmaması önemlidir. Radyofrekans tekniğinde ise uygulamanın laparoskopik veya histeroskopik uygulanması gerekir (8).

Tablo 1: Uterin leiomyoma FIGO sınıflandırması

FIGO SINIFLAMA		
Leiomyoma subclassification system 	SM - Submucosal	0 Pedunculated intracavitary
		1 <50% intramural
		2 ≥50% intramural
	O - Other	3 Contacts endometrium; 100% intramural
		4 Intramural
		5 Subserosal ≥50% intramural
		6 Subserosal <50% intramural
		7 Subserosal pedunculated
8 Other (specify e.g. cervical, parasitic)		
Hybrid leiomyomas (impact both endometrium and serosa)	Two numbers are listed separated by a hyphen. By convention, the first refers to the relationship with the endometrium while the second refers to the relationship to the serosa. One example is below	
	2-5	Submucosal and subserosal, each with less than half the diameter in the endometrial and peritoneal cavities, respectively.

MALİGNİTE VE HİPERPLAZİ

Anormal uterin kanama şikayeti ile gelen, özellikle endometriyal hiperplazi tespit edilen hastalarda, malignite şüphesine karşın endometriyal örneklemeye önem arzetmektedir. Mevcut obezite, anovulasyon öyküsü, östrojen hormonu kullanımı, tamoksifen kullanımı progesteron tarafından karşılanmamış östrojen maruziyeti anlamına geldiğinden malignite riskini artırır. Yaşla birlikte de malignite riski artabilir. Postmenapozal endometriyal hiperplazide ve karşılanmamış östrojen maruziyeti durumlarında endometriyal örneklemeye mutlaka yapılmalıdır. Bazı yayınlar BMI > 30 kg/m² olan hastalarda malignite gelişme olasılığının 4 kat arttığını bildirmiştir (10).

KOAGULOPATİ

Koagulopati meydana getiren hematolojik bir takım hastalıklar (en sık von Willebrand hastalığı) anormal uterin kanama nedeni olabilirler. Genelde koagülopati nedenli anormal uterin kanamalar premenarş döneminde karşımıza gelse de, bazı hastalarda ileri yaşta bulgu verebilirler. İlk değerlendirme tam kan sayımı ile yapılarak, hematoloji yönlendirmesi yapılması gerekir (2). Hemostaz bozukluğu tespit edilen hastalara gerekli tedaviler başlandığında anormal uterin kanamanın da önüne geçilebilir.

ANOVULASYON

Normal ovulasyon düzeninin bozulduğu durumlardır. Bu durum endometriyumun karşılanmamış östrojen maruziyeti anlamına gelir. Endometriyumda bu maruziyet neticesinde hiperplazi gelişir. Premenarş ve perimenapozal dönemde hipotalamus-hipofiz-over aksında ki değişikliklere bağlı olarak anovulasyon sıkça görülmekle birlikte, polikistikover hastalığı, obezite, stres, ağır egzersiz, hiperprolaktinemi ve hipotiroidizm de diğer anovulasyon nedenleri arasında yer alır (11).

İYATROJENİK

Anormal uterin kanamalar, kullanılan bir takım tedavilere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bu tedaviler bazen anormal uterin kanama nedenlerine yönelik uygulanan medikal tedaviler, bazen de kontrasepsiyon nedeniyle başlanan tedaviler olabilirler. Levonorgestrelli rahim içi araç, bakırlı veya alaşımli rahim içi araç, dolaşımdaki gonadal hormon seviyelerini etkileyen antiepileptikler ve tüberküloz tedavileri, antikoagülanlar, dopamin üzerine etkili antidepresanlar, fenotiazinler iyatrojenik anormal uterin kanama yapan tedavilerin bazılarıdır. Anormal uterin kanamalı hastalarda sorgulanmaları gerekir (1).

SINIFLANDIRILMAMIŞ AUK NEDENLERİ

Geçirilmiş sezaryen cerrahisi sonrası uterusun insizyon hattında oluşan endometriyum defektine bağlı (istmosel, niş) bağlı olarak anormal uterin kanama gelişebilir. Az görülmesine karşı arteriovenöz malformasyonlar da sınıflandırılmamış anormal uterin kanama nedenleri arasında sayılabilir (3).

ANORMAL UTERİN KANAMAYA YAKLAŞIM

Akut anormal uterin kanamalı hasta klinik olarak ivedilikle değerlendirilmelidir. Hemodinamik açıdan stabil olduğundan emin olunmalı, hemodinamisi bozuk hastalarda ilk yaklaşım nu açıdan olmalıdır. Periferik veya santral katater yardımıyla kan transfüzyonu, pıhtılaşma faktörleri replasmanı, hid-

rasyon sağlanmalıdır. Kanamayı kontrol altına almakta bir diğer önemli faktördür. Hastanın öyküsü etiyolojiye varmak açısından dikkatle alınmalıdır. Uygun hastalarda vajinal muayene mutlaka yapılmalıdır. Anamnez ve muayene, uygun laboratuvar ve görüntüleme teknikleri eklenmelidir. En önemli görüntüleme tekniklerinden biri ultrasonografik değerlendirmedir (2).

Hastanın 45 yaş üzeri olması, kanamanın kronik olması, ultrasonografide endometrial düzensizlik izlenmesi, tedaviye dirençli anormal uterin kanama öyküsü, tamoksifen kullanım öyküsü, Lynch veya Cowden sendromu varlığı, polikistikover görüntüsü, anovulatuvar siklus durumlarında endometrial örnekleme mutlaka yapılmalıdır (8).

KAYNAKÇA

1. Munro MG, Critchley HOD, 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 Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. Nisan 2011;113(1):3-13.
2. Diagnosis of Abnormal Uterine Bleeding in Reproductive-Aged Women [Internet]. [a.yer 18 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://www.acog.org/en/clinical/clinicalguidance/practice-bulletin/articles/2012/07/diagnosis-of-abnormal-uterine-bleeding-inreproductive-aged-women>
3. Hysterectomy [Internet]. [a.yer 18 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://www.acog.org/en/womens-health/faqs/hysterectomy>
4. Abnormal Uterine Bleeding [Internet]. [a.yer 18 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://www.acog.org/en/womens-health/faqs/abnormal-uterine-bleeding>
5. Munro MG, Lukes AS, Abnormal Uterine Bleeding and Underlying Hemostatic Disorders Consensus Group. Abnormal uterine bleeding and underlying hemostatic disorders: report of a consensus process. *Fertil Steril*. Kasım 2005;84(5):1335-7.
6. Munro MG. Practical aspects of the two FIGO systems for management of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. Nisan 2017;40:3-22.
7. 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 Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. Aralık 2018;143(3):393-408.
8. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Heavy Menstrual Bleeding [Internet]. London: RCOG Press; 2007 [a.yer 25 Ağustos 2022]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56536/>
9. Singh SS, Belland L. Contemporary management of uterine fibroids: focus on emerging medical treatments. *Curr Med Res Opin*. 02 Ocak 2015;31(1):1-12.
10. Wise MR, Gill P, Lensen S, Thompson JMD, Farquhar CM. Body mass index trumps age in decision for endometrial biopsy: cohort study of symptomatic premenopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. 01 Kasım 2016;215(5):598.e1-598.e8.
11. Munro MG, Balen AH, Cho S, Critchley HOD, Díaz I, Ferriani R, vd. The FIGO 46 ovulatory disorders classification system. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. [a.yer 22 Ağustos 2022];n/a(n/a). Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.14331>