

Adolesanın Akut Menorajisi: Olgu Sunumu

ACUTE ADOLESCENT MENORRHAGIA: CASE REPORT

Dr. Mehmet KESKİN,^a Dr. M. Emre ATABEK,^a Dr. Selim KURTOĞLU,^a
Dr. Mustafa KENDİRCİ,^a Dr. Harun YILMAZ^a

^aÇocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, KAYSERİ

Özet

Disfonksiyonel uterus kanaması adolesan dönemde çok yaygın gözlenmekte olup normal üreme gelişiminin bir parçası olarak görülmektedir. Bu durum, hipotalamo-hipofizer-over aksının yetersiz matürasyonunun sonucudur. Disfonksiyonel uterus kanamaları bazen hastaneye yatış gerektirecek kadar şiddetli olabilmektedir. On bir yaşında bir kız olgu menoraji nedeni ile acil servisimize başvurdu. Üç gün süren ve hemoglobin düzeyini 5.5 g/dL'ye düşüren ağır kanaması mevcuttu. Başlangıçta eritrosit transfüzyonu ile izleminde ise yüksek doz estrogen ve oral kontraseptif kullanımı ile hemostaz kısa sürede sağlandı.

Anahtar Kelimeler: Menoraji, adolesan

Türkiye Klinikleri J Pediatr 2005, 14:84-86

Abstract

Disfunctional uterus bleeding is extremely common in adolescence and can even be looked upon as a part of normal reproductive development. It is caused by an immature hypothalamic-pituitary-ovarian axis. It occasionally can be severe enough to require hospitalization. A 11 year-old girl with menorrhagia was admitted to our Emergency Unit. She had heavy bleeding for 3 days resulting in a hemoglobin level of 5.5 gr/dL. She was first treated with erythrocyte transfusion and hemostasis was achieved rapidly through high doses of estrogen and combination oral contraceptives.

Key Words: Menorrhagia, adolescent

Disfonksiyonel uterus kanaması, menstrüel dönemde şiddetli kanama (menoraji) veya sık ve düzensiz kanama (metroraji) veya her ikisinin birlikteliği ile beraber olan menometroraji ile karakterizedir.¹ Disfonksiyonel uterus kanaması organik bir patolojiye veya hastalığa bağlı olmaksızın gözlenen anormal uterus kanaması olarak tanımlanmaktadır.² Adolesan dönemindeki anormal vajinal kanamaların en sık nedeni hipotalamo-hipofizer-over aksının yetersiz matürasyonuna bağlanan anovülatuar kanama olmakla beraber, ayırıcı tanıda gebelik, uterus veya vajinal patolojiler, endokrin veya diğer sistemik bozukluklar ve koagülopatiler düşünülmelidir.¹⁻⁴ Disfonksiyonel uterus kanaması ve periyotlardaki

düzensizlik veya gecikmeler menarşi izleyen ilk yılda daha sık gözlenmektedir.

Yazıda, eritrosit transfüzyonu gerektirecek ölçüde ağır disfonksiyonel kanama tablosuyla getirilen menoraji olgusu sunulurken, literatür bilgileri gözden geçirildi.

Olgu Sunumu

On bir yaşında kız hasta, 3 gündür süregelen kanama şikayetiyle adolesan servisine yatırıldı. Öyküsünden günde 6 ped kullanımını gerektiren şiddetli kanama, bulantı, kusma ve baş dönmesi şikayetleri olduğu, 2. adetini gördüğü, travma, cinsel ilişki, ilaç, alkol ve sigara kullanımı olmadığı, daha öncesinde tamamen sağlıklı olduğu, anne menarşının da 11 yaşta başladığı ve düzenli periyotları olduğu öğrenildi.

Fizik muayenede, hasta soluk ve halsiz görünümdeydi. Vücut ağırlığı 48 kg (75-90 persentil), boy 133 cm (3-10 persentil), nabız 104/dk., kan basıncı 110/70 mmHg idi. Hirsutizm, akne,

Geliş Tarihi/Received: 31.10.2003

Kabul Tarihi/Accepted: 30.11.2004

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Mehmet KESKİN
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD,
38039, KAYSERİ
keskinm@erciyes.edu.tr

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

galaktore, akantozis ve enfeksiyon bulgusu yoktu. Tiroid bezi nonpalpabl, telarş ve pubik kıllanma Tanner evre 4 ile uyumlu idi.

Laboratuvar incelemede, hemoglobin 5.5 g/dl, hematokrit %14.8, MCV 80.1 FL, beyaz küre 18000/mm³, trombosit 154000/mm³ idi. PTT 23 sn, PT 16 sn, kanama zamanı 5.5 dk. ölçüldü. Periferik yaymada hipokromi veya mikrositözise rastlanmadı ve trombositler bol kümeliydi. Pelvik ultrasonografide, uterus 55 x 32 x 69 mm boyutlarında, endometrium kalınlığı 7 mm ve uterin kavite içerisinde sıvı mevcuttu. Overlerin değerlendirilmesinde ise sağ over 44 x 23 mm, sol over 38 x 16 mm olup kist mevcut değildi. Kontrol ultrasonografisinde endometriumda incelmeye saptanmamış olup uterus ve overler normaldi. Hormon profilinde ise FSH 2.41 mIU/mL, LH 2.29 mIU/mL, estradiol 37.53 pg/mL, progesteron 1.19 ng/mL idi. Tiroid fonksiyonları ve prolaktin düzeyi normaldi.

Hastaya düşük hemoglobin düzeyi nedeniyle 7 ünite eritrosit transfüzyonu yapıldı. Yüksek doz konjüge estrogen (2 x 0.625 mg) p.o. 7 gün süre ile dozu azaltılarak verilirken beraberinde 30 µg ethinyl estradiol ve progesteron içerikli oral kontraseptif verildi. İkinci günde hemostazı sağlanan hastanın hormonal tedavisi 7 güne tamamlandı. Kombine oral kontraseptif ile 6 ay süre siklik tedavi verilen ve takipde düzenli adetleri olan olguya demir depoları tamamlanana kadar demir desteği yapıldı.

Tartışma

Disfonksiyonel uterus kanaması, anatomik lezyon veya gebelik olmaksızın endometrium tabakasından düzensiz, uzamış veya şiddetli kanama ile karakterizedir. Disfonksiyonel uterus kanaması, adolesan döneminin en sık görülen jinekolojik problemi olup yaklaşık %75'i anovülatuar siklusla birlikte dir.¹⁻⁵ Menarşın ilk yıllarında hipotalamo-hipofizer-over aksının matürasyonunun yetersiz olduğu bilinmektedir. Ovülasyon yokluğunda korpus luteum oluşumu ve progesteron salınımı gerçekleşmez. Bu durumda endometrium estrogen ile uyarılır ancak progesteronun stromal desteği oluşmaz ve endometriumda vasküler ve glandüler

yapılar dengesiz olarak gelişir. Endometrium oranatsız kalınlığa eriştiğinde ağır bir kanama potansiyeli taşımaktadır. Ovülasyon gerçekleşmeyince kanda artmış bulunan estrogen düzeyi gonadotropin salınımı üzerine inhibe edici etki göstererek estrogen salınımının azalmasına ve endometrial kanamaya yol açar.⁵

Normal menstrüel siklus 28 gün (21 gün ile 40 gün arasında değişmektedir) sürer ve ortalama kanama süresi 2 ile 8 gün arasındadır. Her siklusta kan kaybı ortalama 30 mL'dir. Kaybedilen kanın miktarı 80 mL'den fazla ise, ağır kan kaybı olarak değerlendirilir. Günlük kullanılan ped sayısına göre kaybedilen kanın volümü hesaplanabilir. Bir ped yaklaşık 3 mL kan absorbe edebilmektedir. Menstrüel siklusun 21 günden kısa veya 45 günden uzun olduğu durumlarda ve uterus kanamasının 8 günden uzun veya 80 mL'den fazla olduğu durumlarda anormal uterus kanaması düşünülmelidir.^{1,5} Uzamış veya kısalmış menstrüel dönemleri olan ve başvuru anında aktif kanaması olmayıp, hemoglobin düzeyi 12 gr/dL'nin üzerinde olan olgular "hafif", hemoglobin düzeyini 10-12 gr/dl'ye düşürecek kanamaları olan olgular "orta", hemoglobin düzeyini 10 gr/dL'nin altına düşüren şiddetli kanamaları olan olgular ise "ağır" derece disfonksiyonel uterus kanaması olarak kabul edilmektedir.⁵ Hafif derece disfonksiyonel uterus kanamalarında demir desteği ile 3-6 ay aralarla takip, orta derece disfonksiyonel uterus kanamalarında demir desteği ile beraber düşük doz estradiol ve progesteron içerikli oral kontraseptifler, ağır derece disfonksiyonel uterus kanamalarında ise hastane koşullarında yakın izleyerek transfüzyon tedavisi ve beraberinde yüksek doz kombine oral kontraseptif verilmesi önerilmektedir.⁵ Olgumuz, ağır derece disfonksiyonel uterus kanaması kabul edilerek eritrosit transfüzyonunu takiben yüksek doz konjüge estrogen ile kombine oral kontraseptif tedavisi verilerek hemostaz sağlandı.

Adolesanlarda anormal uterus kanamasının %75'i anovülasyon ile birlikte olmakla beraber düzensiz veya ağır vajinal kanamaya neden olabilecek gebelik, enfeksiyonlar, kanama bozuklukla-

rı, endokrinolojik problemler ve ilaç kullanımı gibi diğer nedenler de araştırılmalıdır. Adolesan dönemde görülen anormal kanamaların, ikinci sıklıkla görülme nedeni olarak kanama ve pıhtılaşma bozuklukları bildirilmiştir.^{6,7} Hastamızda koagülasyon testlerini normal olarak değerlendirmiştik. İlk 48 saatte hormonal tedaviye yanıt vermeyen olgularda diğer nedenlere yönelmek gerekir.

Yazıda ağır derecede kanamayla transfüzyon gereksinimi duyulan ve yüksek doz konjüge estrogen ve oral kontraseptifle kontrol altına alınan menoraji olgusu sunularak literatür bilgileri gözden geçirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Bravender T, Emans J. Menstrual disorders, dysfunctional uterine bleeding. *Pediatr Clin North Am* 1999;46:545-53.
2. Polaneczky MM, Slap GB. Menstrual disorders in the adolescent: Dysmenorrhea and dysfunctional uterine bleeding. *Pediatr Rev* 1992;13:83-7.
3. Deligeoroglou E. Dysfunctional uterine bleeding. *Ann N Y Acad Sci* 1997;816:158-64.
4. Kanbur NO, Derman O, Aksu T, Ozsarı M, Kutluk T. Menorrhagia at menarche: A case report. *Int J Adolesc Med Health* 2003;15:161-4.
5. Levine LJ, Catalozzi M, Schwarz DF. An adolescent with vaginal bleeding. *Pediatric Case Reviews* 2003;3:83-90.
6. Smith YR, Quint EH, Hertzberg RB. Menorrhagia in adolescents requiring hospitalization. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1998;11:13-5.
7. Claessens EA, Cowell CA. Acute adolescent menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:277-80.