

Üreme siklusu anomalileri

Araş. Gör. Uzm. Betül Mammadov

Menstrual düzensizlikler

- Normal siklusu yöneten hipotalamus-hipofiz-ovaryum fonksiyon ünitesinin her basamağındaki bir yetersizlik anormal siklus kanamalarıyla ya da amenore ile sonuçlanır.
- Bütün bu değişikliklere düzensiz sikluslar denir.
- Siklus anomalilerine en çok âdetin ilk başladığı yıllarda, menopoz öncesinde, doğum ve düşüklerden sonra rastlanır.

Menstrual düzensizlikler

- Normalde menstruel siklus 28 günlük periyotlar hâlinde olmaktadır.
- Klinik olarak 28 + 4 gün olan sikluslar normal kabul edilir.
- Yine menstruasyonun 4 + 2 gün devam etmesi normal kabul edilir.
- 2 günden az ve 7 günden daha fazla süren menstruasyon patolojik kabul edilir.
- Her menstruasyonda kaybedilen kan miktarı ortalama 50-100 ml arasında değişmektedir. Klinik olarak bu değerlerin dışında tarif edilen menstrual sikluslar, düzensiz siklus olarak kabul edilir.

Menstrual düzensizlikler

Düzensiz sikluslar şu başlıklar altında toplanır:

- Amenore
- Hipermenore
- Oligomenore
- Polimenore
- Hipomenore
- Menoraji
- Metroraji

Menstrual düzensizlikler

- Âdet düzensizlikleri, organik ve hormonal nedenlere bağlı olabilir.
- Organik kökenli âdet düzensizlikleri, üreme organları ile ilgili çeşitli problemlerden kaynaklanır (Uterusta myom, polip, tümör veya over kisti) Yaklaşık %25 sıklıkla görülür.
- Yalnızca hormonal problemlere bağlı âdet düzensizlikleri ise yaklaşık %75 sıklıkla görülür.

Amenore

- Pubertenin tamamlandığı yaş sınırı olan 16 yaşına kadar menstrüel siklusun başlamaması veya başlayan siklusun ortadan kalkması ya da 3–4 aylık aralarla gelmesine amenore denir.
- Siklus bozukluklarının en ağır şekli olarak kabul edilir. Amenore bir hastalık değil jinekolojinin hemen her alanını ilgilendiren ve pek çok nedeni olan bir belirtidir.

Amenore

- Amenoreler primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır.
- 17–18 yaşında âdetin hiç başlamamasına primer amenore, başladıktan sonra ortadan kalkmasına veya 3–4 aylık aralarla gelmesine sekonder amenore denir.
- Primer amenore daha çok konjenital anomalilerle ilgilidir ve tedavisi olmayabilir. Sekonder amenore ise çoğunlukla gebelik, stres veya kilo kaybına bağlıdır ve tedavisi vardır.
- Etyolojilerine göre amenoreler, fizyolojik ve patolojik olmak üzere iki büyük gruba ayrılır...

Fizyolojik Amenore

- Kadınların bazı dönemlerde normal olarak âdet görmeme durumları vardır.
- Bu âdet olamama durumlarına fizyolojik amenore veya normal amenore adı verilir;
- Puberteden önceki amenore
- Gebelik esnasındaki amenore
- Laktasyon (emzirme) devrindeki amenore
- Menopozda görülen amenore (Fizyolojik amenoredir, tedaviye gerek yoktur.) Bu dönemlerde âdet görmemenin sebebi ovulasyonun olmamasıdır.

Patolojik Amenore

- Fizyolojik bir nedeni olmayan her amenore, patolojik amenore olarak kabul edilir. Patolojik amenoreler iki grup altında toplanabilir:
- 1-Fonksiyonel amenore,
- 2- Organ menşeiili amenoreler.

1-Fonksiyonel amenore:

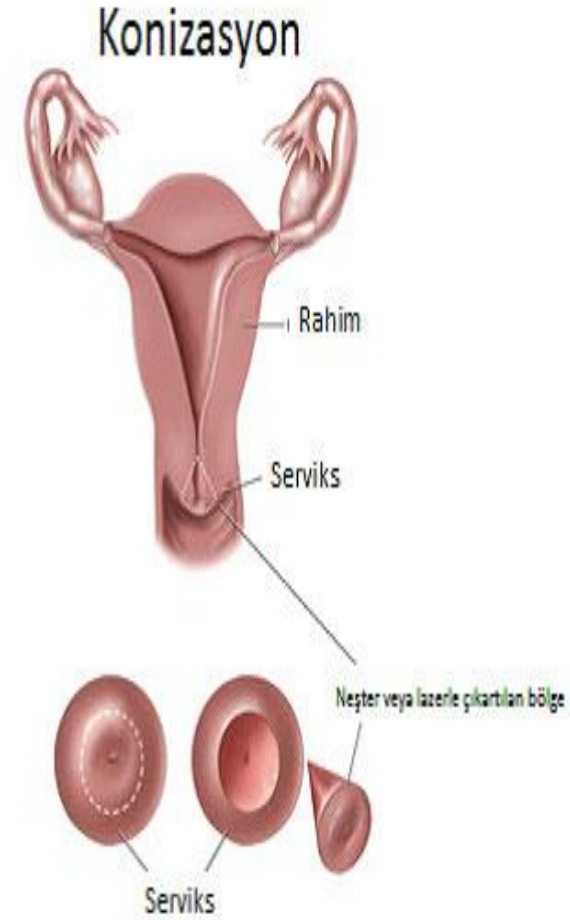
Ağır, akut ve kronik hastalıklar (kızıl, tbc, diyabet vb.), korku, üzüntü, ızdırap, aile içinde ölüm, boşanma, ruh hastalıkları gibi çevresel ve psişik faktörler, aşırı zayıflama rejimleri, psödosiyezis (yalancı gebelik) gibi çeşitli durumlar fonksiyonel amenoreye neden olabilmektedir.

2- Organ menşeyli amenoreler: Periferik amenoreler, ovaryal amenoreler, santral amenoreler olmak üzere dört grupta incelemek mümkündür...

A-Periferik amenoreler:

- Vajina, servix ve uterus ile ilgili amenorelerdir.
- vaginanın olmaması, embriyoner gelişme hatası olarak hymen deliğinin olmaması (atresiya hymenalis) ameneroye neden olur.
- Atresia hymenalis menarştan itibaren uterustan gelen kanın önce vajinada (hematokolpos), sonra uterus içinde (hematometra), daha sonra da tubalarda (hematosalpinks) toplanması söz konusudur.

- Serviksin konjenital atrezisi ya da iltihaplar, koterizasyon, konizasyon gibi işlemlerden sonra tıkanarak atrezi oluşmasında âdet kanı dışarı akamaz ve amenore görülür.
- Uterusun konjenital olarak olmaması, yetersiz gelişmiş olması, endometriyumda geçirilmiş iltihabi durumlar veya derin kürtajlardan sonra yapışıklık olması (Asherman sendromu) gibi nedenler amenoreye neden olur.



B-Ovaryal amenoreler:

- Overlerin olmaması veya yetersiz gelişmesi sonucunda gonadotrop hormonlara cevap veremez.
- Ovaryum tümörleri, kistleri, iltihapları amenore yapabilir. Kesin teşhis için ovaryal biopsi uygundur.

C- Santral amenoreler:

- Hipotalamus ve hipofiz nedenli amenorelerdir.
- Eş ölümü, ayrılma, göçler gibi çeşitli psişik faktörler hipotalamus fonksiyonuna etki ederek, FSH ve LH'nın sekresyonunu bozar.
- Hipotalamusta tümör, iltihap, travma gibi organik bir bozukluk varsa amenore görülür.

D- Disregulatorik amenoreler:

- Endokrin bozukluklar sonucu meydana gelen amenorelerdir.
- Özellikle tiroid ve böbreküstü bezi fonksiyon bozukluklarında amenoreler oluşabilir. Aşırı tiroid salgılaması veya yetersizliği, âdet düzensizliği ve amenore yapabilir.
- Androjenin aşırı dozda salgılanması hipofizden FSH ve LH'nin salınımını bozarak overlerden östrojen ve progesteron salınımına engel olur. Sonuçta amenore görülür.

- Âdet gecikmesi olan normal üreme çağındaki bir hastada ilk yapılması gereken şey gebelik testidir.
- Gebelik olmadığı tespit edildikten sonra âdet gecikmesine neden olan durumla ilgili ayrıntılı muayene ve laboratuvar tetkikleri yapılır.
- Amenore tedavisi için hormonal tetkikler yapıldıktan sonra sonuca göre tedavi planlanır.

Hipermenore

- Âdet kanamasının hem miktarı hem de süresinin uzun olmasıdır. Hipermenerode bir menstruasyon sırasında kaybedilen kan miktarı 150 ml'den fazladır. Anemiye yol açabilir.
- Uterus myomları, iltihap, polip, endometriosis gibi genital sebeplerden olabileceği gibi koagülasyon bozukluğu, trombositopeni gibi kan hastalıkları, hipertansiyon, arterial ve venöz staz, kalp, akciğer ve damar hastalıkları da buna neden olabilir.

Hipermenore

- Şiddetli ve uzun kanamalarda hormonal tedavi için androjen, östrojen, ve progesteron kullanılır. Anemiye karşı gerekli tedaviye başvurulur. Tedaviden sonuç alınamıyorsa 40 yaşını geçmiş hastalarda histerektomi düşünülür.

Hipomenore

- Âdet döneminde kaybedilen kan miktarının 20 ml'den az olması hipomenore olarak kabul edilir.
- Çok doğum yapanlarda, androjen fazlalığında, derin kürtajlardan sonra hipomenore görülür.
- Bu durum, menarştan itibaren (primer) mevcut olabileceği gibi âdet bir süre normal seyrettikten sonra ani veya yavaş yavaş azalarak da (sekonder) meydana gelebilir. Nedene yönelik tedavi yapılır.

Oligomenore

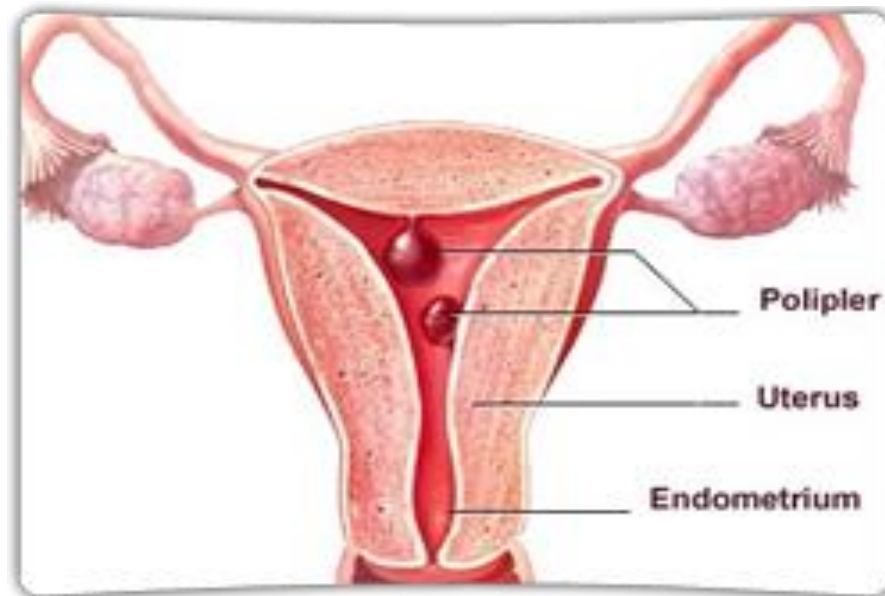
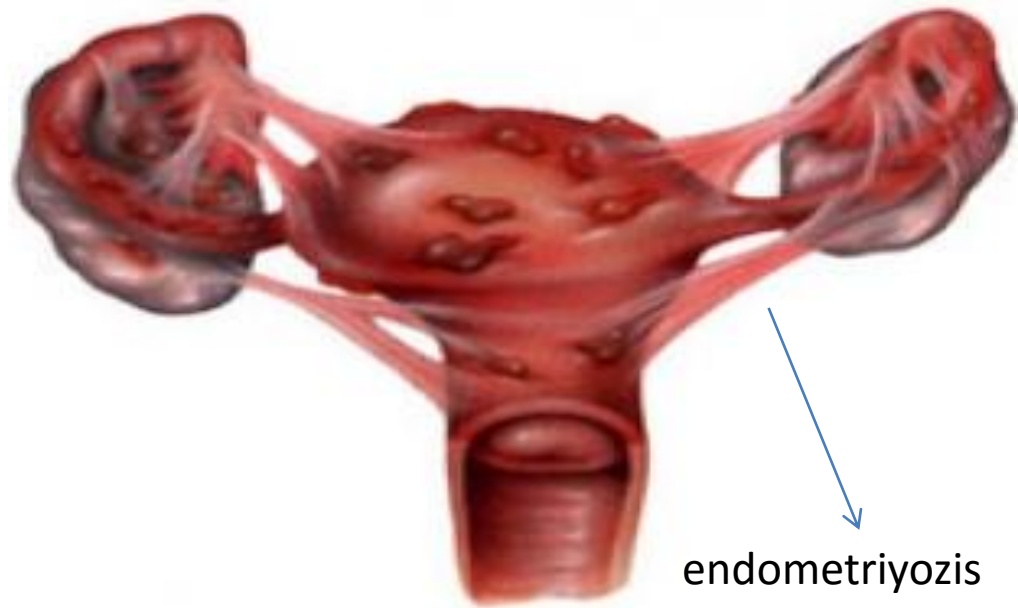
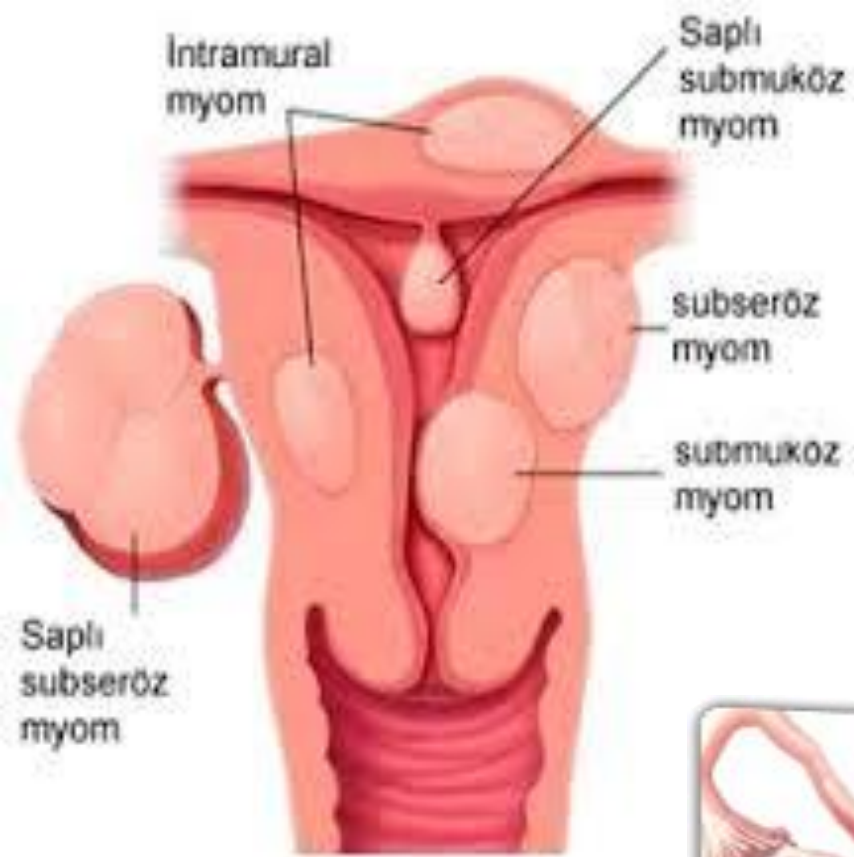
- Siklus süresinin 35 günden fazla olmasıdır.
- Oligomenorede kanama miktarı normaldir.
- Âdetler 5-7 haftada bir veya 2-3 ayda bir görülebilir.
- En çok puberte ve klimakteryum devrelerinde görülür.
- Ovulasyonlu sikluslarda tedaviye gerek yoktur, gebe kalabilirler.

Polimenore

- Kanama miktarı normal olup 21 günden az aralıklarla âdet görülmesidir.
- Polimenorede ya folikül fazı kısadır ya da korpus luteum fazı kısadır.
- Kısırlık tedavisi için hangi siklus fazının kısalmış olduğu tespit edilip ona göre hormonal tedavi verilir.

Menoraji

- Düzenli aralıklarla gelen kanamanın aşırı miktarlarda olmasıdır.
- Menorajide siklus süresi normal fakat kanama süresi ve miktarı fazladır.
- Bu durum anemiye neden olabilir. Myom, polip, endometriozis gibi organik bozukluklar, pıhtılaşma bozuklukları ve hormonal bozukluklar menoraji nedeni olabilir.
- Tedavi nedene yönelik yapılır.



Metroraji

- İki menstruasyon arasında herhangi bir zamanda, kısa veya uzun süren, miktarı az veya çok olan kanamalardır.
- İltihap, tümör gibi sebepler ve ağır over fonksiyon bozuklukları metrorajiye neden olur.
- Probe (tanısal) kürtaj yapıldıktan sonra kesin tanı konarak tedavi planlanır.

Dismenore

- Aşırı ağrılı âdet görmeye dismenore denir.
- Âdet sancısı alt karın bölgesine lokalize olup bel, sırt ve bacaklara da yayılabilir.
- Ağrı genellikle âdet başlamadan 1 gün önce başlar. Özellikle âdetin ilk günü çok şiddetlidir ve en çok 2-3 gün sürer.
- Âdet sancısı olan kadınlarda aynı zamanda bulantı, baş ağrısı, kabızlık veya ishal gibi yakınmalar da olabilir.

Dismenore

- Âdet sancısına neden olabilecek altta yatan herhangi bir hastalık saptanmaz ise bu duruma primer dismenore denir.
- Genellikle ilk âdet kanamalarından itibaren başlar ve ilerleyen yaşla birlikte veya gebeliklerden sonra şiddeti azalır.
- Kadın genital organlarınınin hastalığına bağlı olarak sonradan ortaya çıkan dismenoreye sekonder dismenore denir.

Dismenore

- Âdet döneminde oluşan sancının nedeni, uterustaki dolaşımın azalması ve âdet kanının atılması için uterusta oluşan kasılmalardır.
- Uterustan salgılanan prostaglandin sinir uçlarını uyararak ağrı hissetmeye sebep olur.
- Uterusun ileri derecede geriye dönük olması ve servikal darlık dismenore yapan sebeplerdendir. Böyle durumlarda uterusun kasılarak kanı dışarıya atmaya çalışması ağrıya neden olmaktadır.

Dismenore

- Sekonder dismenore özellikle endometriozisin belirtileri arasındadır.
- Myomlar, uterus ve tüplerin iltihabi hastalığı (PID) ile RİA kullanımı da sekonder dismenorenin diğer nedenleri arasında sayılabilir.
- Ayrıca servisit ve geçirilmiş kürtajlara bağlı daralmalar da âdet kanının dışarıya akmasını engelleyerek dismenoreye yol açabilir.
- Sekonder dismenorede tedavi nedene yönelik yapılır.

Dismenore

- Primer dismenorelerin %25'inde hiçbir tedavi gerekmez. Non-steroid anti inflamatuvar (NSAİ) grubuna giren ağrı kesiciler verilebilir.
- Ağrı kesicilerin kullanımına âdet başlamadan bir gün önce başlandığında etkileri daha iyi görülür.
- Ağrı kesicilere rağmen ağrı kesilmezse doktor istemine göre doğum kontrol hapları kullanılabilir. Doğum kontrol hapları ile ovulasyon baskılanarak etkili bir tedavi sağlanabilir.

Juvenil Kanamalar (Gelişme Dönemine Ait Kanamalar)

- Kız çocuğunda puberte öncesi, pubertede veya puberteden sonra bazen ilk menstruasyonda bazen de daha sonra ortaya çıkan patolojik kanamalara juvenil kanamalar denir.
- Juvenil kanamalarda anovülasyona bağlı olarak yüksek doz östrojen salgılanır.

- Hormonal disfonksiyon, endometrial polipler, pıhtılaşma faktörlerinde bozukluk, endometrit gibi çeşitli hastalıklar juvenil kanamalara zemin hazırlar.
- Juvenil kanamalar, hormonal bozukluğa bağlı ise progesteron ile tedavi edilir. Ancak organik bir lezyona veya kanama bozukluğuna bağlı ise nedene yönelik tedavi planlanır.

Premenstruel Sendrom

- Yalnız ovulasyonlu sikluslarda görülen, 30 yaşından sonra sıkça rastlanan, kanamadan yaklaşık 5-7 gün önce başlayan ve âdet kanaması ile son bulan bedeni ve ruhi şikayetlerin hepsine birden premenstruel sendrom denir.

PMS'da en sık görülen şikâyetler üç büyük grupta toplanır:

- **Su-tuz tutulmasına bağlı semptomlar:** Karında, memelerde gerginlik, ağrı, bacaklarda ödem, kilo alma...
- **Nöro-vejetatif semptomlar:** Baş ağrıları, baş dönmesi, bulantı, kolay yorulma, taşikardi...
- **Psişik semptomlar:** Huzursuzluk, uykusuzluk, sinirlilik, depresyon, alınganlık, ajitasyon, sıcak basmaları, ciltte yağlanma ve sivilcelenme...

- Âdet öncesi gerilimin nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte âdet periyodu boyunca hormonlardaki değişikliklere bağlanmaktadır.
- Kişinin sosyal hayatını olumsuz etkileyen ve her ay görülen bir grup yakınmalar, kadının kendine olan güvenini yitirmesine ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilir.

- Premenstruel sendromun nedeni tam bilinmediğinden kesin olarak tedavisi de yoktur.
- Tedavide temel prensip ovulasyonu baskılayarak kanda oluşan hormon değişikliklerini ayarlamaktır. Bu amaçla en çok doğum kontrol hapları kullanılmaktadır.
- Özellikle âdet öncesi dönemlerde şeker, kırmızı et, cips, fast food ürünleri, alkol, kafeinli gıdalar ve donmuş yağ tüketiminin azaltılması; yeşil sebze, meyve, bakliyat tüketiminin arttırılması ve kalsiyumdan zengin bir diyet tavsiye edilir.

- Premenstruel sendrom nedeni ile baş, bel, bacak veya kasık ağrısının ön plana çıktığı durumlarda doktor önerisine uygun ağrı kesiciler kullanılabilir.
- Ancak salisilik asit (aspirin), âdet kanamasını arttırabileceği için bu dönemde kullanılmamalıdır.
- İleri düzey psikolojik problemler yaşayan kişilerde hipnoz tedavileri ve psikolog desteği sağlanabilir.

Disfonksiyonel Uterus Kanamaları

- Disfonksiyonel uterin kanama, hormonal mekanizmalar sonucu oluşan ve uterustan kaynaklanan anormal vajinal kanama olarak tanımlanabilir.
- Hormonal dengenin bozulduğu bazı hâllerde fazla ya da az, lekelenme tarzında veya beklenilmedik kadar kısa ya da uzun kanama olabilir. Bu tip düzensiz kanamalar disfonksiyonel ya da anormal uterin kanamalar olarak adlandırılır.
- Disfonksiyonel uterin kanama tanısı; öykü, fizik muayene ve diğer yardımcı tanı yöntemleri ile özellikle endometrial biyopsi ile konur.

Uygun tedavi ve takip planı;

- Ovülasyon olup olmamasına,
- Endometrial kalınlık ve üreme fazına,
- Kanamanın miktarı ve süresine,
- Yaş ve doğurganlık durumuna göre her hasta için ayrı ayrı oluşturulur.

Beş farklı hormonal durum disfonksiyonel uterin kanamaya neden olabilir;

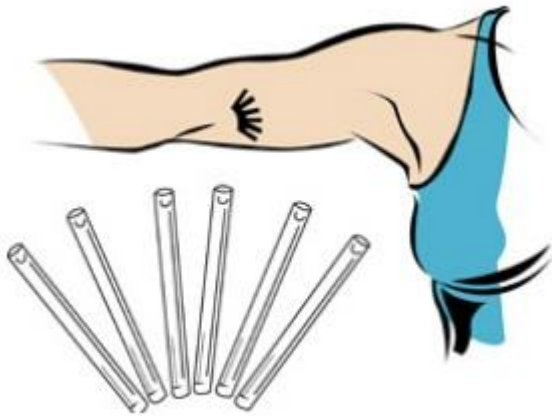
- **Progesteron ve östrojen çekilme kanaması:**
- Perimenapozal hastalara verilen replasman tedavileri ve doğum kontrol haplarının kullanımı kesildiği zaman progesteron ve östrojen çekilme kanaması görülür.

- **Östrojen çekilme kanaması:**
- Ovulasyon öncesi östrojen seviyelerindeki hafif düşme, bazı aylarda lekelenme tarzında kanamalara neden olabilir.
- Tek başına östrojen tedavisi verilen bir kadının ilacı kesilirse yine östrojen çekilme kanaması olur.

- Progesteron çekilme kanaması:
- Korpus luteumun cerrahi olarak çıkarılması veya dışarıdan ilaç olarak progestin verilmesi ve sonra ilacın kesilmesi sonucunda bu tür kanama şekli görülebilir.

- **Östrojen yıkılma kanaması:**
- Hem yüksek hem düşük düzeyde östrojenik ortamda yıkılma kanaması olabilir.
- Düşük doz östrojenli doğum kontrol haplarında uzun süreli ama lekelenme tarzında hafif uterin kanamanın görülmesi, verilen östrojen dozunun yetersiz olmasına bağlıdır.
- Yüksek östrojen seviyeleri ve uzun süreli tek başına östrojen etkisi, endometriumu fazlaca kalınlaştırır. Menstruel kanama gecikir ve arkasından aşırı ve ani uterin kanama başlar.

- **Progesteron yıkılma kanaması:**
- Diğer kanama tiplerine göre daha az görülen progesteron yıkılma kanamasına, tek başına progestin içeren oral kontraseptif , Norplant ve Depo-provera kullanan kadınlarda rastlanılmaktadır.



- Disfonksiyonel uterin kanamalarda tedavi şekli, kanamanın miktarı ve nedenine göre değişir.
- Anormal uterin kanamalarda veya anovulatuvar sikluslarda, östrojen ve progesteron hormonları içeren doğum kontrol hapları kanamaları azaltabilir ve düzenli hâle getirebilir.
- Ağır kanamalar, yüksek dozda östrojen ya da progesteron içeren ilaçlarla tedavi edilebilir.

- Kanama daha da şiddetli ise hastaneye yatarak tedavi gerekebilir.
- Hormonal tedavi başarılı olamazsa probe küretaj bu tip şiddetli kanamaları durdurabilir.
- Bu tedavi yönteminde dejenere olmuş endometriumun cerrahi olarak dökülmesi sağlanarak yerine daha sağlıklı bir endometriumun gelmesi amaçlanır.

Teşekkürler...

