

Anormal Uterin Kanamalar

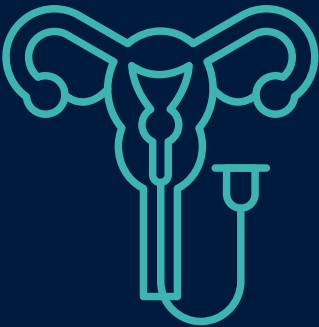


Türk Jinekoloji ve Obstetri Vakfı

YAZAR: : PROF. DR. MEHMET
ŞÜKRÜ BUDAK

EDİTÖR:
DR. DUYGU KURTULUŞ,
DR. UFUK ATLIHAN

11



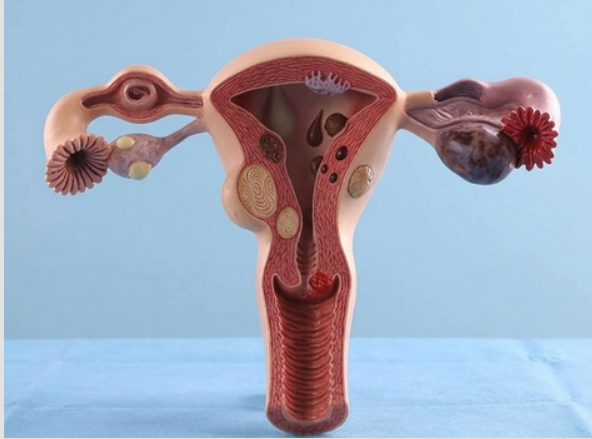
E-BÜLTEN

ANORMAL UTERİN KANAMALAR

Yazar: Prof. Dr. Mehmet Şükrü BUDAK
Editör: Dr. Duygu KURTULUŞ, Dr. Ufuk ATLIHAN

Giriş

Anormal uterin kanaması (AUK), üreme çağındaki kadınlarda, adet döngüsündeki sıklık, düzenlilik, süre ve kanama miktarındaki düzensizlikleri tanımlayan geniş bir terimdir. Üreme çağındaki kadınların üçte birinde gözükmeyle birlikte, menarş sonrası ile perimenopoz döneminde daha sık gözükmeyle birlikte, AUK tanımlanmasında uluslararası bir standart oluşması için The International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO) 2007 yılında, gebelik ile ilgili sebepler dışında, kanamanın sıklığı, düzenliliği, süresi ve hacmine dayanarak FIGO System I sınıflamasını tanımlamıştır. FIGO System I sınıflama sisteminde AUK üç ayrı başlık altında toplanmıştır. Ağır menstrüel kanama, kadının fiziksel, sosyal, duygusal ve/veya maddi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen aşırı menstrüel kanama olarak tanımlanır. Araştırmalarda kullanılan 80 mL sınırı klinik pratikte rutin olarak ölçülebilir bir eşik değildir. İkincisi, iki adet siklusu arasında olan siklus arası kanamalardır. Üçüncüsü ise hormonal tedavi alan kadınlardaki kırılma kanamalarıdır. FIGO 2011 yılında tanımladığı FIGO System 2' de ise, AUK'ları nedenlerine göre PALM (yapısal; polip, adenomyoz, leiomyoma, malignite/hiperplazi) - COIN (yapısal olmayan; koagülasyon bozukluğu, ovülasyon bozukluğu, endometriyal, iyatrojenik, başka şekilde sınıflandırılmamış) klasifikasyon sistemi ile tanımlanmıştır. FIGO bunun yanında düzensiz kanamayı, normal menstrüel parametrelerin (örneğin: düzenlilik, sıklık, süre ve hacim) 5. veya 95. persantilinin dışında kalan kanamlar olarak tanımladı. Ayrıca AUK'lar akut ve kronik diye de iki gruba ayrılmaktadır. Akut AUK aniden başlayacağı gibi, kronik AUK'ya süperempoze de olabilir.



Etiyoloji

FIGO tarafından oluşturulan PALM-COEIN sınıflandırması, AUK'nın olası nedenlerini yapısal ve yapısal olmayan kategorilere ayırarak AUK'nı etkili bir şekilde teşhis edilip, yönetilmesini amaçlamaktadır:

Yapısal Sebepler-PALM (polip, adenomyozis, leiomyoma, malignite/hiperplazi)

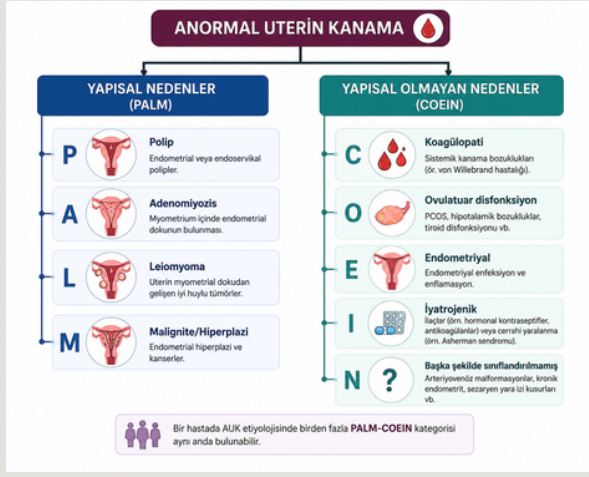
- Polip (P): Endometrial veya endoservikal polipler, asemptomatik olabilen veya adetler arası kanamaya neden olabilen, dokunun bölgesel olarak büyüyen kısımlarıdır. Çoğu iyi huylu olsa da, nadiren kötü huylu olma riski taşırlar.

- Adenomyozis (A): Myometrium içinde endometrial dokunun bulunması durumudur. Genellikle yoğun, ağrılı veya uzun süren adet kanamalarıyla ilişkili olup rahim büyümesine yol açabilir.
- Leiomyoma (L): Uterin myometrial dokudan gelişen iyi huylu tümörlerdir. Yoğun, uzamış ve ağır kanamalara yol açabileceği gibi, asemptomatikte olabilirler. Myomların yerleşim yeri kanama paternini en çok belirleyen faktördür.
- Malignite/hiperplazi (M): Genellikle öngörülemez kanamalarla sebep olan endometrial hiperplazi ve kanserler bu grupta yer almaktadır.

Yapısal Olmayan Sebepler-COEIN (koagülasyon bozukluğu, ovulatuvar bozukluklar, endometriyal, iyatrojenik, başka şekilde sınıflandırılmamış)

- Koagülopati (C): Sistemik kanama bozuklukları, örneğin von Willebrand hastalığı, özellikle ergenlerde ve genç yetişkinlerde aşırı adet kanamasının yaygın nedenlerindendir.
- Ovulatuvar Disfonksiyon (O): Polikistik over sendromu (PCOS), hipotalamik bozukluklar veya tiroit disfonksiyonu gibi durumlar seyrek, düzensiz, yoğun veya uzun süren kanamalara yol açabilir.
- Endometrial Bozukluklar (E): Endometriyal infeksiyon ve enflamasyona bağlı olarak uterin kanama esnasında endometriyal hemostaz yeteneğinin kaybolması.
- İyatrojenik (I): İlaçlar (örneğin, hormonal kontraseptifler, antikoagülanlar, ortamoksifen) veya cerrahi yaralanma (örneğin, Asherman sendromu) anormal kanamaya neden olabilir.
- Başka şekilde sınıflandırılmamış (N): Bu gruba, arteriyovenöz malformasyonlar, kronik endometrit veya sezaryen yara izi kusurları gibi nadir veya yeterince anlaşılmamış nedenler dahildir.

Bir hastada AUK'ya aynı anda birden fazla faktör katkıda bulunabilir, yapısal anormallikler (örneğin, polipler veya leiomyomlar) her zaman birincil neden değildir. Görüntüleme teknikleri yapısal nedenlerin belirlenmesinde hayati öneme sahipken, yapısal olmayan nedenlerin teşhisi genellikle klinik ve laboratuvar değerlendirmelerini gerektirir. Etiyolojideki çeşitlilikten dolayı AUK'sı olan hastaların tanı ve tedavisi bireyselleştirilmedi

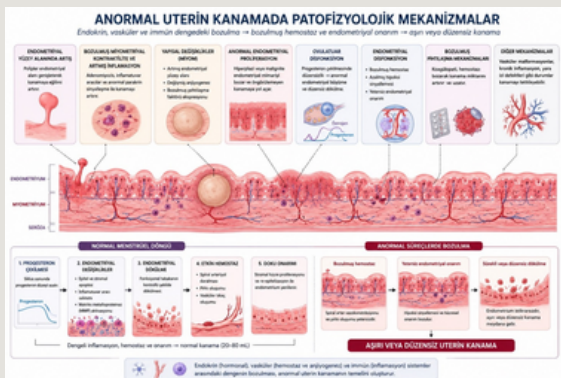


Not: Bu şekil OpenAI ChatGPT (GPT-5.5) desteğiyle hazırlanmış; bilimsel içerik, terminolojik doğruluk, doğrulama ve nihai düzenlemeler yazar tarafından gerçekleştirilmiştir.

Patofizyoloji

Endometriumda ki endokrin, vasküler ve bağışıklık sistemi arasında ki dengenin bozulması AUK'ların patofizyolojisinin temelini oluşturmaktadır. Normal adet döngüsü, adet siklusunun sonunda progesteronun çekilmesiyle başlar ve bu da iyi koordine edilmiş bir dizi endometrium değişikliğini tetikler. Bunlar arasında epitel ve stromal apoptoz, inflamatuvar aracı madde salınımı ve matriksmetalloproteinaz aktivasyonu yer alır; bu da endometriumun dökülmesini ve ardından onarımını kolaylaştırır. Etkin hemostaz, spiral arteriyol daralmasını, pıhtı oluşumunu ve doku yenilenmesini gerektirir. AUK'lı bireylerde bu süreçler düzensizdir. Buda aşırı veya düzensiz kanamaya yol açar.

AUK'nın etiyolojileri hormonal ve yapısal etkilere bağlı olarak farklılık gösterse de, kesin patofizyolojik mekanizmalar belirsiz olabilir. Örneğin, hipotalamus-hipofiz-yumurtalık ekseninin bozulmasına yol açan ovulasyon disfonksiyonu, öngörülemez progesteron çekilmesinden kaynaklanır, bu da düzensiz endometrium büyümesine ve dökülmesine neden olur. Buna karşılık, endometrium disfonksiyonu, genellikle azalmış hipoksi sinyalleme ve anormal endometrium onarımı içeren bozulmuş vasküler ve hemostatik yanıtlarla bağlantılıdır. Miyom ve adenomyoz gibi yapısal nedenler, miyometriyum kasılmasını, parakrin sinyalleşmeyi ve vasküler fonksiyonu bozarak durumu daha da karmaşık hale getirir. Örneğin, miyomlar, artmış endometrium yüzey alanı, değişmiş anjiyogenez ve bozulmuş pıhtılaşma faktörü ekspresyonu gibi mekanizmalar yoluyla aşırı kanamaya neden olabilir.



Not: Bu şekil OpenAI ChatGPT (GPT-5.5) desteğiyle hazırlanmış; bilimsel içerik, terminolojik doğruluk, doğrulama ve nihai düzenlemeler yazar tarafından gerçekleştirilmiştir.

Klinik Hikaye

AUK'nın klinik değerlendirmesi, altta yatan nedenleri belirlemeye ve kanamanın şiddetini değerlendirmeye yardımcı olmak için sistematik bir değerlendirmeyi içerir. Menstrüel Sıkıntı Anketi (MEDI-Q) gibi tarama araçları, aşırı adet kanamasının günlük yaşam üzerindeki etkisini değerlendirmeye yardımcı olabilir. Akut AUK'sı olan, stabil olmayan hastalarda, ayrıntılı bir öykü alınmadan önce öncelikle hastanın hemodinamik stabilitesi sağlanmalıdır. Hemodinamik olarak stabil olan AUK'lı hastalarda ise ayrıntılı klinik öykü alınmalıdır. Ayrıntılı klinik öyküde aşağıdaki hususlar irdelenmelidir;

Başlık	Değerlendirilecek Unsurlar
Menstrüel öykü	• Menarş yaşı • Son adet tarihi • Adet sıklığı, düzenliliği, süresi ve kanama miktarı – Sıklık: 24–38 gün – Düzen: 7 ± 2 gün değişkenlik – Süre: ≤8 gün – Kanama miktarı: 5–80 mL • Adetler arası kanama • Cinsel ilişki sonrası kanama
Cinsel ve reproduktif öykü	• Obstetrik öykü (gebelik sayısı, doğum şekli vb.) • İnfertilite öyküsü ve fertilité arzusu • Kullanılan kontrasepsiyon yöntemi • Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon öyküsü • Servikal kanser taraması (Smear/HPV testi)
Eşlik eden sistemik semptomlar	• Kilo kaybı • Ağrı • Vajinal akıntı • Bağırsak ve üriner sistem semptomları • Anemi bulgu ve semptomları • Kanama bozukluğu öyküsü ve semptomları • Endokrin bozukluk öyküsü ve semptomları
İlaç öyküsü	• Düzenli kullanılan ilaçlar ve hormonal tedaviler
Aile öyküsü	• Pıhtılaşma bozuklukları • Malignite öyküsü • Endokrin hastalıklar
Sosyal öykü	• Meslek • Tütün, alkol ve madde kullanımı • Semptomların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi
Cerrahi öykü	• Önceki jinekolojik ve diğer cerrahi girişimler

Fizik Muayene

Öncelikle hemodinamik instabilite belirtileri (örneğin ortostatik hipotansiyon veya taşikardi) değerlendirilmelidir. Fiziksel muayene, aşağıda sıralanmış, olası altta yatan nedenlere dair belirtileri hedeflemelidir;

- Vital bulgular (kan basıncı ve beden kitle indeksi-BKİ).
- Anemi veya pıhtılaşma bozukluklarının dermatolojik belirtileri, örneğin solukluk, peteşi ve morarma.
- Ergenlerde kanamanın cinsel olgunlukla (örneğin, Tanner Evre III veya üzeri) uyumlu olduğunu doğrulamak için Tanner evrelemesi kullanılır.
- Endokrin bozukluklarının belirtileri
 - Tiroid bezinin büyümesi veya hassasiyeti açısından muayenesi.
 - Aşırı veya anormal kıl büyüme paterni, klitoromegali, akne, potansiyel olarak hiperandrojenizmi gösterebilir.
 - Ay yüzü görünümü, anormal yağ dağılımı, Cushing sendromuna işaret edebilecek çatlaklar.
- Karın bölgesinde herhangi bir kitle olup olmadığını kontrol etmek için yapılan karın muayenesi.
- Pelvik muayene
 - Spekulum ve bimanuel muayene yapılmalıdır.
 - Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (örneğin, gonore ve klamidya) taranması için Pap smear ve vajinal kültür örnekleri gerekli görüldüğü takdirde alınmalıdır.

Değerlendirme

AUK'nın tanısal değerlendirmesi; ayrıntılı anamnez ve fizik muayenenin ardından laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ve gerektiğinde endometrial örneklemeyi içeren bütüncül bir yaklaşımla yapılmalıdır. Amaç, altta yatan etiyolojiyi belirlemek, yapısal nedenleri yapısal olmayan nedenlerden ayırt etmek ve uygun tedaviyi planlamaktır. Tanısal değerlendirmede önerilen temel laboratuvar testleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. AUK'da önerilen laboratuvar değerlendirmesi

Test	Endikasyon	Amaç
Gebelik testi (idrar veya serum β -hCG)	Üreme çağındaki tüm kadınlarda	Gebeliği dışlamak
Tam kan sayımı (CBC)	Tüm hastalarda	Anemi ve trombositopeniyi değerlendirmek
Tiroid fonksiyon testleri	Tiroid hastalığı düşündüren bulgular veya açıklanamayan AUK	Tiroid disfonksiyonunu değerlendirmek
Hormonal değerlendirme (prolaktin, androjenler, östrojen vb.)	Endokrin disfonksiyon şüphesinde	Hormonal nedenleri araştırmak
Koagülasyon testleri (PT, aPTT, trombosit sayısı)	Kanama bozukluğu şüphesinde	Koagülopatileri araştırmak
Serum ferritin	Ağır adet kanaması olan hastalarda	Demir depolarını değerlendirmek
Kan grubu ve Cross-match	Hemodinamik olarak instabil akut kanamalarda	Olası transfüzyona hazırlık

Kanama bozukluğu şüphesi bulunan hastalarda ilk değerlendirme; tam kan sayımı, trombosit sayısı, protrombin zamanı (PT) ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) testlerini içermelidir. Ancak özellikle von Willebrand hastalığında rutin koagülasyon testleri normal olabileceğinden ileri hematolojik incelemeler gerekebilir. Özellikle adolesanlarda; ≥ 7 gün süren adet kanaması, iki saatten kısa sürede ped veya tampon değiştirmeyi gerektiren yoğun kanama, anemi tedavisi öyküsü, ailede kanama bozukluğu öyküsü veya diş çekimi, doğum, düşük ya da cerrahi girişim sonrası aşırı kanama öyküsü kanama bozukluğunu düşündürmeli ve ileri değerlendirme yapılmalıdır.

Tanısal görüntüleme öncelikle AUK'nın yapısal nedenlerini değerlendirmek amacıyla yapılır. Bimanuel muayenede anormallik saptanması veya ilk tedaviye rağmen semptomların devam etmesi durumunda görüntüleme önerilir. Ergenlerde ise ilk tedavi başarısız olmadıkça rutin görüntüleme gerekli değildir. AUK'nın değerlendirilmesinde kullanılan başlıca görüntüleme yöntemleri ve endometrial örneklem endikasyonları Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. AUK'da görüntüleme yöntemleri ve endometrial örneklem

Yöntem	Endikasyon	Temel kullanım alanı
Transvajinal ultrasonografi (TVUS)	İlk basamak görüntüleme (uygun hastalarda)	Polip, adenomyozis, leiomyoma ve endometrial patolojilerin değerlendirilmesi
Transabdominal ultrasonografi	Özellikle adolesanlarda	İlk tercih edilen görüntüleme yöntemi
Salin infüzyon sonohisterografi (SIS)	İntrakaviter lezyon şüphesinde	Endometrial kavitenin, polip ve submukoz miyomların daha ayrıntılı değerlendirilmesi
Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)	TVUS'nin yetersiz olduğu veya kompleks olgularda	Özellikle adenomyozis ve leiomyomların değerlendirilmesi; difüzyon ağırlıklı görüntüleme benign-malign ayırımına katkı sağlayabilir
Endometrial biyopsi	≥45 yaş, endometrium kanseri risk faktörü bulunanlar, persistan AUK, kontrolsüz östrojen maruziyeti veya tedaviye yanıtız genç hastalar	Endometrial hiperplazi ve malignitenin dışlanması
Histeroskopi ± dilatasyon ve küretaj	Ofis biyopsisinin başarısız, yetersiz veya yapılamadığı olgular ile biyopsi normal olmasına rağmen semptomları devam eden hastalar	Fokal intrauterin lezyonların doğrudan değerlendirilmesi ve gerektiğinde tedavisi

45 yaş altındaki hastalarda; uzamış karşılanmamış östrojen maruziyeti, obezite/PCOS ve kronik anovülasyon, persistan AUK, medikal tedaviye yanıtızlık, tamoksifen kullanımı, Lynch sendromu veya güçlü aile öyküsü örnekleme endikasyonları olarak kabul edilir.

Tedavi ve Yönetim

AUK'lar da tedavi kararı, altta yatan neden, kanamanın şiddeti, fertilitate isteği, kontrasepsiyon istemi, eşlik eden hastalıklar, tedavi etkinliği, tedavinin yan etkiler ve maliyet gibi faktörlere bağlıdır. Belirlenebilir bir neden tedavi edilebildiğinde, belirtiler ek müdahaleye gerek kalmadan ortadan kalkabilir. AUK'nın anemiye yol açması veya hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemesi durumunda tedavi gereklidir.

Anovülatuar AUK'larda, östrojenin kontrolsüz etkilerini hafifletmek için yumurtlama döngülerinin uyarılması veya progesteron uygulanması gerekmektedir.

- Akut&Acil AUK'ların yönetim ve tedavisi: Şiddetli AUK'sı olan hemodinamik olarak stabil olmayan hastalarda, acil yapılacak müdahaleler arasında balon, Foley kateteri veya gazlı bez kullanılarak intrauterin tamponlama ile mekanik kontrol, yüksek doz ilaçlar (örneğin, kontrendikasyon yoksa intravenöz (IV) veya oral östrojen), kombine oral kontraseptifler (KOK), oral progestinler veya IV traneksamik asitler kullanılabilir. Nadir durumlarda, dilatasyon ve küretaj, uterin arter embolizasyonu veya histerektomi gerekebilir. Hemodinamik olarak stabil olmayan veya ayakta tedaviye rağmen 24 saat boyunca şiddetli ve dirençli kanaması olan hastalar için hastaneye yatış gereklidir; bu hastalar arasında saatte 1'den fazla ped kanaması olan veya 2 saat içinde pedi taşıyacak şekilde kanama olan, hemoglobin düzeyi <8 g/dL olan veya hipovolemi veya ortostatik hipotansiyon belirtileri gösteren hastalar yer almaktadır. Akut AUK'sı olan hastalarda tıbbi tedavi, klinik stabiliteye ile etiyolojiye bağlıdır:

1. Hormonal: Konjuge östrojen 25 mg intravenöz olarak 4-6 saatte bir 24 saat boyunca veya 35 µg yüksek dozlu KOK'ler günde 3 kez 7 gün boyunca, daha sonra günde bir kez. KOK'lerin kullanım süresi toplamda 21 güne tamamlanır. Östrojen içeren tedaviler, tromboz riski yüksek olan hastalarda kontrendikedir. Sadece progestin içeren seçenekler arasında 7 gün boyunca günde 3 kez 20 mg medroksiprogesteron veya 20 mg noretindron bulunur.
2. Non-hormonal: Traneksamik asit 10 mg/kg intravenöz veya 5 gün boyunca her 8 saatte bir 500 mg oral olarak verilebilir. NSAİ'ların Traneksamik asit ile birlikte kullanılması tedavinin etkinliğini artırır.
3. Yardımcı önlemler: Destekleyici tedaviler arasında hormon tedavisine bağlı olarak oluşan bulantı için antiemetikler ve anemi için de demir takviyesi yer almaktadır.

- Acil Olmayan AUK'nın yönetim ve tedavisi: Hemodinamik olarak stabil olan ve şiddetli kanaması bulunan hastalar genellikle oral hormonal ve hormonal olmayan tedavilerle yönetilebilir. Acil olmayan AUK'lar da, özellikle ameliyattan kaçınmak ve doğurganlığı korumak isteyen hastalar için tıbbi tedavi tercih edilir; bu tedaviler şunları içerir:

Hormonal seçenekler:

1. Levonorgestrel salgılayan rahim içi sistem (LNG-IUS): Özellikle 52 mg levonorgestrel içeren intrauterin sistem, uygun hastalarda ağır menstrüel kanamanın ilk basamak tedavi seçeneklerinden biridir ve menstrüel kan kaybında belirgin azalma sağlayabilir. Yaşam kalitesini neredeyse histerektomi ile karşılaştırabilecek düzeyde iyileştiriyor. LNG-IUS tedavide ilk seçenek olarak tercih edilmelidir.
2. Östrojen-progestin oral kontraseptifler: 30-35 µg östrojen içeren monofazik doğum kontrol hapları kanama kaybını %35 ila %69 oranında azalmaktadır.

3. Sadece progestin tedavisi: Medroksiprogesteron 5-10 mg/gün veya noretindron 5-10 mg/gün yada depo progestinler olarak Medroksiprogesteronun. 150 mg: intramüsküler formu ya da 104 mg: subkutan formunun 3 ayda bir uygulanması kanamayı önemli ölçüde azaltır.
4. Bunun yanında menstural siklusun 16. ve 25. günleri arası günde 10 mg Didrogesteron kullanılmasının kanamayı önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir. Ancak sadece progestin tedavisinde hasta memnuniyeti düşüktür

- Non-hormonal seçenekler:

1. Traneksamik asit: Beş gün boyunca günde 3 kez (500 mg/8 saat) olacak şekilde traneksamik asitin kullanılması kanama miktarını %26-54 arasında azaltır.
2. NSAİİ: Kanama miktarını %10-52 oranında azaltır. NSAİİ'lerden İbuprofen 6 saatte bir 600 mg veya 8 saatte bir 800 mg; naproksen 500 mg 3-5 saat ara ile iki doz, ardından günde iki kez 250-500 mg; mefenamik asit ise günde 3 kez 500 mg olacak şekilde kullanılabilir. NSAİİ'lerin koagülopatisi bulunan hastalarda uygun olmayabileceği bilinmelidir.

Sürekli veya uzun süreli tedavi rejimleri kanamayı stabilize edebilir. Bu tedaviler ile birlikte anemi için oral demir ve diyet optimizasyonu gibi hormonal olmayan tedaviler de kullanılabilir. Gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) agonistleri veya antagonistleri, fibroid kaynaklı kanamalarda etkilidir; elagolix ve relugolix gibi seçenekler semptomları hafifletir ve hacim azalması sağlar, ancak kemik kaybı gibi yan etkiler nedeniyle "ek tedavi" (örneğin, günde bir kez 1 mg estradiol ve 0,5 mg norethisteron asetat) gerekebilir.

- AUK'ların cerrahi yönetim: Genellikle tıbbi tedaviye yanıt vermeyen veya kesin tedavi isteyen hastalarda cerrahi tedavi tercih edilmektedir. Cerrahi tedaviler içinde ki minimal invaziv metodlar ilk seçenek olmalıdır.

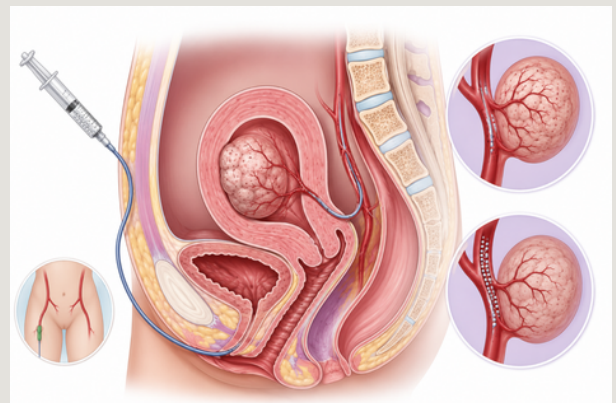
1. Dilatasyon&küretaj: Dilatasyon ve küretaj (D&C), anormal uterin kanamanın rutin tanı veya tedavisinde tek başına önerilen bir yöntem değildir. İşlem kanamayı geçici olarak azaltabilse de altta yatan nedeni tedavi etmeyebilir ve özellikle fokal intrauterin lezyonların gözden kaçmasına neden olabilir. Medikal tedaviye yanıt vermeyen akut ve şiddetli kanamalarda veya endometrial örnekleme gerekli olduğu seçilmiş hastalarda cerrahi müdahale düşünülebilir. Bu durumda kör küretaj yerine, mümkün olduğunda histeroskopi eşliğinde kavitenin doğrudan değerlendirilmesi ve hedefe yönelik endometrial örnekleme veya lezyon eksizyonu tercih edilmelidir. Hemodinamik instabilitesi devam eden hastalarda uygulanacak girişim; kanamanın şiddeti, olası etiyoloji, hastanın fertilitte isteği ve kurumun olanakları dikkate alınarak bireyselleştirilmelidir.
2. Histerektomi: Bu yöntem, yüksek memnuniyet oranlarına sahip kesin bir çözümdür. Histerektomi, doğurganlığı korumak istemeyenlerde adenomiyozis için sıklıkla düşünülen bir yöntemdir.

3. Ø Leiomyomlar: Myomlar medikal veya cerrahi olarak tedavi edilebilir. Bu tedavi hastanın septomlarına, çocuk istemine, endometrial kavitedeki deformasyona ve uterin kavite içindeki myom nedeniyle oluşan basınca bağlı olarak değişir.

o Cerrahi seçenekler: Uterin arter embolizasyonu, endometrial ablasyon veya histeroktomi.

o Medikal seçenekler: LNG-IUS, GnRH agonistleri, sistemik progestinler, traneksamik asit ve NSAİİ.

4. Malignite veya hiperplazi: Tedavi, malignite türüne ve evresine bağlı olarak, adjuvan terapi ile birlikte veya ayrı olarak cerrahiye içerir. Cerrahi müdahalenin mümkün olmadığı durumlarda, yüksek doz progestinler veya radyoterapi gibi palyatif tedaviler düşünülebilir.
5. Koagülasyon Bozuklukları: Koagülasyon bozuklukları (örneğin, von Willebrand hastalığı) traneksamik asit veya desmopressin (DDAVP) ile tedavi edilebilir.
6. Ovulatuvar disfonksiyon: Tedavi, obezite, PCOS veya anovulatuvar döngülerin diğer nedenleri olan hastalar için yaşam tarzı değişiklikleri ve hiperprolaktinemi için kabergolin veya hipotiroidizm için levotiroksin gibi uygun ilaçlar kullanılarak endokrin bozukluklarının düzeltilmesi de dahil olmak üzere altta yatan durumların ele alınmasına odaklanır.
7. Endometrial bozukluklar: Mekanizmalar tam olarak anlaşılamadığı için spesifik bir tedavi yöntemi mevcut değildir.
8. İyatrojenik nedenler: İlaç kaynaklı anormal uterin kanamanın tedavisi, nedene ve kanamanın şiddetine bağlı olarak değişir. Örneğin, sürekli KOK tedavisine başlanmasının ardından ortaya çıkan kırılma kanaması vakalarında başlangıçta sadece güvence verilmesi yeterli olabilir. Tedavi, soruna neden olan ilacın belirlenmesini ve ele alınmasını da içerebilir. Eğer gebelikten korunma isteniyorsa, alternatif yöntemler (örneğin, LNG-IUS veya sistemik progestinler) düşünülebilir.
9. Başka şekilde sınıflandırılmayan nedenler: Tedavi, duruma bağlı olarak değişir; endometrit için antibiyotikler, arterio venöz malformasyonlar için ise uterin arter embolizasyonu uygulanabilir.



Ayrı Tani

Genitoüriner sistemden veya gastrointestinal sistemden kaynaklanan herhangi bir kanama, AUK'yı taklit edebilir. Genital sistem kanamasının anatomik bölgeye veya sisteme göre ayrı tani aşağıda belirtilmiştir;

Anatomik bölge	Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken nedenler
Vulva	Benign ve malign tümörler
Vajina	Vajinit, CYBE, travma, yabancı cisim, benign/malign tümör
Serviks	Servisit, CYBE, benign/malign tümör
Uterus	PALM-COEIN nedenleri
Fallop tüpleri/Over	Pelvik inflamatuvar hastalık, malignite
Üriner sistem	Enfeksiyon, malignite
Gastrointestinal sistem	İnflamatuvar bağırsak hastalığı, Behçet hastalığı
Gebelik	İntrauterin gebelik, düşük, ektopik gebelik, plasenta previa

Prognoz

AUK'nın prognozu olumlu olmakla birlikte, etiyolojisine de bağlıdır. Kronik AUK'nın tedavisinin temel amacı, malignite gibi ciddi durumları ekarte etmek, hastanın doğurganlık hedeflerini korumak ve yaşam kalitesini iyileştirmektir. Tedavi şekli tıbbi mi yoksa cerrahi mi olduğuna bağlı olarak da prognoz farklılık gösterir. Antifibrinolitik ve NSAİİ ilaçlarla yapılan hormonal olmayan tedavinin, adet dönemindeki kan kaybını %50'ye kadar azalttığı gösterilmiştir. Oral kontraseptif haplar etkili olmakla birlikte, bu hususta randomize çalışmalar eksiktir. Aşırı kanaması olan AUK'lı kadınlarda LNG-IUS'nin diğer tıbbi tedavilerden daha etkili olduğu ve hastanın yaşam kalitesini iyileştirdiği kanıtlanmıştır. Enjekte edilebilir progestojenler ve GnRH agonistleri, kadınların sırasıyla %50 ve %90'ında amenoreye neden olabilir. Bununla birlikte, enjekte edilebilir progestojenler kırıma kanamasına neden olabilir. GnRH agonistleri, düşük östrojen durumuyla ilişkili yan etkileri nedeniyle genellikle yalnızca 6 aylık bir kür için kullanılır. Cerrahi tekniklerle ilgili randomize klinik çalışmalar ve incelemeler, endometrial ablasyonun ameliyat sonrası 4. ayda kanamayı daha etkili bir şekilde kontrol ettiğini, ancak 5 yıl sonunda tıbbi tedaviye kıyasla herhangi bir fark görülmediğini göstermiştir. Histerektomi ile LNG-IUS'in karşılaştırıldığı çalışmalarda, histerektomi grubunda 1 yıl sonununda daha iyi sonuçlar elde edildiği, 5 ve 10 yıl sonunda yaşam kalitesinde bir fark görülmediği ve ancak LNG-IUS grubundaki birçok kadında 10 yıl içinde histerektomi gerektiği gösterilmiştir.

Komplikasyonlar

Kronik AUK'nın komplikasyonları arasında anemi, infertilite ve endometrial kanser yer alabilir. Akut AUK da ise, acil tedavi ve destekleyici bakım başlatılmadığı takdirde, ciddi kan kaybıyla ilişkili komplikasyonlara, örneğin şiddetli anemi, hipotansiyon, böbrek yetmezliği, şok ve hatta ölüme yol açabilir.

Kaynaklar

1. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS., FIGO Menstrual Disorders Committee. The twoFIGO 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. 2018 Dec;143(3):393-408. [PubMed: 30198563]
2. Wouk N, Helton M. Abnormal Uterine Bleeding in Premenopausal Women. Am Fam Physician. 2019 Apr 01;99(7):435-443. [PubMed: 30932448]
3. Leal CRV, Vannuccini S, Jain V, Dolmans MM, Di Spiezio Sardo A, Al-Hendy A, Reis FM. Abnormal uterine bleeding: The well-known and the hidden face. J Endometr Uterine Disord. 2024 Jun;6 [PMC free article: PMC11101194] [PubMed: 38764520]
4. Marnach ML, Laughlin-Tommaso SK. Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding. Mayo Clin Proc. 2019 Feb;94(2):326-335. [PubMed: 30711128]
5. ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. Obstet Gynecol. 2013 Apr;121(4):891-896. [PubMed: 23635706]
6. Jain V, Munro MG, Critchley HOD. Contemporary evaluation of women and girls with abnormal uterine bleeding: FIGO Systems 1 and 2. Int J Gynaecol Obstet. 2023 Aug;162 Suppl 2(Suppl 2):29-42. [PMC free article: PMC10952771] [PubMed: 37538019]
7. Liu Z, Doan QV, Blumenthal P, Dubois RW. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and health-care costs and utilization in abnormal uterine bleeding. Value Health. 2007 May-Jun;10(3):183-94. [PubMed: 17532811]
8. Cheong Y, Cameron IT, Critchley HOD. Abnormal uterine bleeding. Br Med Bull. 2017 Sep 01;123(1):103-114. [PubMed: 28910998]
9. ACOG Committee Opinion No. 785, Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: Correction. Obstet Gynecol. 2023 Jan 01;141(1):228. [PubMed: 36701629]
10. Whitaker L, Critchley HO. Abnormal uterine bleeding. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016 Jul;34:54-65. [PMC free article: PMC4970656] [PubMed: 26803558]
11. Expert Panel on GYN and OB Imaging. Robbins JB, Sadowski EA, Maturen KE, Akin EA, Ascher SM, Brook OR, Cassella CR, Dassel M, Henrichsen TL, Learman LA, Patlas MN, Saphier C, Wasnik AP, Glanc P. ACR Appropriateness Criteria® Abnormal Uterine Bleeding. J Am Coll Radiol. 2020 Nov;17(11S):S336-S345. [PubMed: 33153547]

12. Vitale SG, Della Corte L, Ciebiera M, Carugno J, Riemma G, Lasmar RB, Lasmar BP, Kahramanoglu I, Urman B, Mikuš M, De Angelis C, Török P, Angioni S. Hysteroscopic Endometrial Ablation: From Indications to Instrumentation and Techniques-A Call to Action. *Diagnostics (Basel)*. 2023 Jan 17;13(3) [PMC free article: PMC9914843] [PubMed:36766443]
13. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*. 2012 Jul;120(1):197-206. [PubMed: 22914421]
14. Mikes BA, Vadakekut ES, Sparzak PB. Abnormal Uterine Bleeding. 2025 Feb 21. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. PMID: 30422508.
15. Wang L, Guan HY, Xia HX, Chen XY, Zhang W. Dydrogesterone treatment for menstrual-cycle regularization in abnormal uterine bleeding - ovulation dysfunction patients. *World J Clin Cases*. 2020 Aug 6;8(15):3259-3266. doi: 10.12998/wjcc.v8.i15.3259. PMID: 32874980; PMCID: PMC7441273.