

Patoloģiska dzemdes asiņošana

Rekomendācijas diagnostikai un ārstēšanai

**2005
Rīga**

Rekomendācijas izstrādājusi un izdevusi Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija sadarbībā ar



Darba grupa:

Dr. Dace Matule

Dr. Nellija Lietuviete

Dr. Ilze Vīberga

Dr. Ilona Auziņa

Dr. Ineta Vasaraudze

Dr. Vēsma Kalviņa

Dr. Lilita Ertmane

Dr. Jekaterina Vasiljeva

Izmantotā literatūra:

1. SOGC Clinical Practice Guidelines No.106 "Guidelines of the Management of Abnormal Uterine Bleeding" August 2001
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. National Evidence-Based Clinical Guidelines "The Management of Menorrhagia in Secondary Care" 2001
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. National Evidence-Based Clinical Guidelines "The Initial Management of Menorrhagia" 2001
4. The Norwegian Medical Association, Ole-Erik Iversen, Haukeland University Hospital "Bleeding Disturbance (Meno-metrorrhagia)
5. Marlies Y.Bongers, Ben W.J.Mol, Hans A.M.Brölmann „Current treatment of dysfunctional uterine bleeding" The European Menopause Journal Maturitas 47 (2004) 159-174
6. "Abnormal and Dysfunctional Uterine Bleeding" ACNM Clinical Bulletin No.6 – January 2004
7. Prodigy Guidance – Menorrhagia, Last revised in February 2005
www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Menorrhagia

SATURS

DEFINĒJUMS	5
SASTOPAMĪBA	5
ETIOLOĢIJA	5
RISKA VECUMA GRUPAS	6
DIAGNOSTIKA	6
KOMPLIKĀCIJAS	8
ĀRSTĒŠANA	9
TERAPIJAS ALGORITMS	10

Cienījamie kolēģi!

Mūsu mērķis bija apkopot pēdējās jaunākās atziņas par patoloģiskas dzemdes asiņošanas ārstēšanas iespējām, iepazīstināt kolēģus ar ārstnieciskās taktikas rekomendācijām.

Problēmas zemūdens akmeņi ir vairāki – terapijas ilgums, pacientes līdzestība, reprodūktīvās un seksuālās veselības saglabāšanas iespējas. Ir vairākas konservatīvās ārstēšanas iespējas, pirms izšķirties par histerektomiju.

Domāju, ka mums visiem kopā arī jādome par endometrija ablācijas un destrukcijas iespēju paplašināšanu.

Rekomendācijas un vadlinijas ir dinamiskas savā būtībā, tādēļ ceru, ka nākošās pēc 2–3 gadiem turpinās apkopot pasaules jaunākās atziņas, kā arī kolēģi var sniegt savus ieteikumus nākošo rekomendāciju sagatavošanā.

Dace Matule

DEFINĒJUMS

Dzemdes patoloģiska asiņošana ir neregulāra (acikliska) asiņošana (metrorāģija) vai cikliska pagarināta un/vai pastiprināta menstruāla-asiņošana (menorāģija).

- **Hipermenoreja un menorāģija** – ilgstoša asiņošana ilgāk par 7 dienām un/vai pastiprinātu asins zudumu (lielāku par 80ml).
- **Polimenoreja** – biežas menstruācijas, intervāls īsāks par 21 dienu. Visbiežāk disfunkcionālu ovulatoru (saistīta ar saisinātu folikulāro vai luteīno fāzi) traucējumu gadījumā.
- **Metrorāģija** – ar menstruālo ciklu nesaistīta, neregulāra dzemdes asiņošana.

SASTOPAMĪBA

- Patoloģisku dzemdes asiņošanu sastop 9–30% reprodūktīvā vecuma sievietēs.

ETIOLOĢIJA

Cēloņi: 1) organiski 2) disfunkcionāli

1. Organiskie cēloņi:

AR DZEMDI SAISTĪTI

- dzemdes mioma
- adenomioze
- endometrija polipi
- endometrija hiperplāzija
- endometrija vēzis (karcinoma)
- endometrīts, endometriozis
- mehāniski iemesli (IU spirāle, trauma)

AR DZEMDI NESAISTĪTI

- citu mazā iegurņa orgānu patoloģijas (olnīcas, olvadi, dzemdes kakls un maksts, urīnceļi, gastrointestinālais trakts)
- endokrinopātija
- koagulopātija
- eksogēna hormonu lietošana
- sistēmiskas pārmaiņas

2. Disfunkcionālās asiņošanas:

10% - OVULATORAS

- saīsināta folikulārā fāze
- pagarināta folikulārā fāze
- saīsināta luteīnā fāze
- pagarināta luteīnā fāze

90% - ANOVULATORAS

- īslaicīga nobriedušu folikulu persistence
- ilgstoša nobriedušu folikulu persistence
- ilgstoša nobriedušu – atrētisku folikulu persistence

RISKA VECUMA GRUPAS

- pubertātes periods (hipotalāma-hipofīzes-olnīcu ass nestabilitāte)
- perimenopauzes periods

DIAGNOSTIKA

ANAMNĒZE

- vecums
- asiņošanas raksturs
 - saistība ar menstruālo ciklu
 - asiņošanas stiprums, ilgums
- kontracepcijas līdzekļu lietošana
- simptomi, kas norāda uz organisku patoloģiju
 - kontaktasiņošana
 - starpmenstruāla asiņošana
 - mazā iegurņa sāpes
 - dispareūnija
 - dismenoreja
- iespējamās ekstraģenitālas patoloģijas
 - vairogdziedzera saslimšanas
 - koagulācijas traucējumi
- medikamentu lietošana, kas var ietekmēt asins recēšanu
- ģimenes anamnēze (dzemdes mioma, koagulopātija, endokrinopātija, onkoloģiskas saslimšanas)

OBJEKTĪVIE IZMEKLĒJUMI

- apskate
 - anēmija (ādas krāsa)
 - endokrīnas saslimšanas (hirsutisms, strijas, palielināts vairogdziedzeris, vairogdziedzera mezgli, ādas pigmentācija)
 - koagulopātija (zilumi, petehijas)
- mazā iegurņa izmeklēšana
 - maksts un dzemdes kakla apskate spoguļos
 - OC uztriepe
 - urīnizvadkanāla apskate
 - bimanuāla dzimumorgānu izmeklēšana
 - izmeklēšana *per rectum*
- US izmeklēšana
 - abdomināla
 - transvagināla
 - papildus dzemdes dobumā ievadot fizioloģisko šķidrumu
- endometrija biopsija
 - bez dzemdes kakla dilatācijas ar *Pipelle* tipa aspirācijas sistēmu vai *Vatra* kireti rekomendē sievietēm:
 - vecākām par 40 g. ar patoloģisku dzemdes asiņošanu
 - jaunākām par 40 g., ja ir endometrija vēža risks:
 - kuras saņem tikai estrogēnu terapiju kuru svars ir 90 kg vai vairāk nav bijusi grūtniecība, ir neauglība kurām ir PCOS ar izmainīto OC (CIN II-III) kurām ģimenes anamnēzē ir endometrija vai kolo-rektāls vēzis

Diagnostiskā vērtība endometrija karcinomas gadījumā 91% premenopauzālā periodā un 99,6% postmenopauzālā periodā.

- ar dzemdes kakla dilatāciju un dzemdes dobuma kiretāžu nav rekomendējama organisku patoloģiju gadījumos:
 - polipi
 - submukozi miomas mezgli
 - endometrija hiperplāzija

Diagnostiskā vērtība organisku patoloģiju gadījumos ir tikai 50%, tādēļ rekomendē veikt histeroskopiju.

- histeroskopija
 - diagnostiska
 - ar mērķbiopsiju
- laboratoriskie izmeklējumi
 - hematoloģiskie rādītāji
 - asins analīze, tai skaitā ferritīns
 - koagulācijas testi (vadoties pēc klīniskās situācijas)
 - hormonu līmenis asinīs
 - LH, FSH, estradiols, progesterons, prolaktīns, testostērions, vairogdziedzera hormoni, βHCG (vadoties pēc klīniskās situācijas)
- laparoskopija (lai diagnosticētu hormonus producējošo olnīcu audzēju)

KOMPLIKĀCIJAS

- dzelzs deficīta anēmija
- dzīves kvalitātes pasliktināšanās
- *exitus letalis*

ĀRSTĒŠANA

Ārstēšanas veidi:

1) konvencionāla jeb medikamentoza 2) ķirurģiska

Terapijas izvēle ir atkarīga no konkrētās klīniskās situācijas, patoloģiskās dzemdes asiņošanas cēloņiem un iemesliem, kā arī no pacientes vecuma, reproduktīvajām iecerēm nākotnē, konkrētās terapijas veida piemērojamības konkrētajai pacientei un arī konkrētās terapijas metodes pieejamības.

1. Medikamentozā terapija.

Medikamentozā terapija dzemdes asiņošanas gadījumā nav etiopatoģenētiska, bet tās uzdevums ir mazināt simptomus un uzlabot dzīves kvalitāti. Pārtraucot terapiju, simptomi atjaunojas.

MEDIKAMENTOZAS TERAPIJAS IZVĒLES PAMATĀ:

- pavadošo simptomu esamība (piemēram, dismenoreja)
- kontracepcijas nepieciešamība
- terapijas blakusefektu profils
- sievietes vēlmes

REKOMENDĒJAMĀ TERAPIJA:

- antifibrinolītiski līdzekļi
- nesteroidie pretiekaisuma preparāti
- levonorgestrelu atbrīvojoša intrauterīna sistēma (LNG IUS)
- kombinētā orālā kontracepcija (KOK)
- progresīni p/o vai i/m
- androgēni p/o
- GnRH analogi
- trombocītu agregāciju ietekmējošie preparāti

2. Ķirurģiskā terapija

DZEMDES KAKLA DILATĀCIJA UN DZEMDES DOBUMA KIRETĀŽA

nav uzskatāma par pilnvērtīgu ārstēšanas metodi.

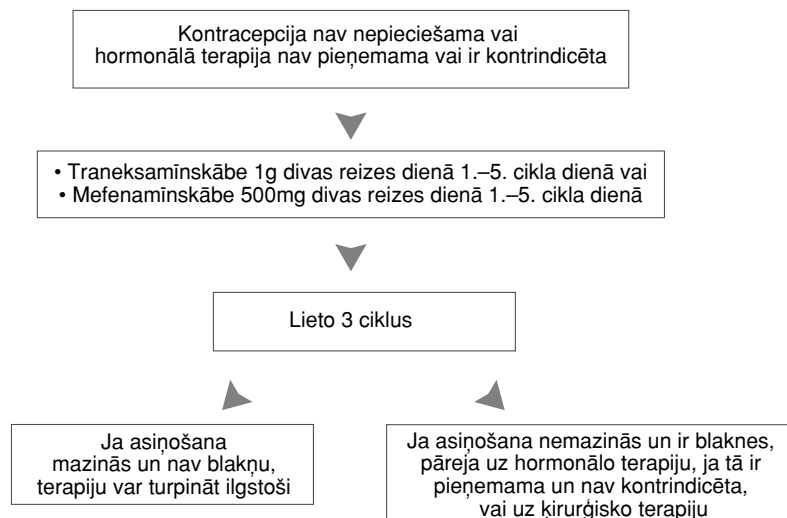
HISTEROREZEKTOSKOPIJA:

- dzemdes dobuma polipu rezekcija
- submukozu mezglu rezekcija
- endometrija ablācija

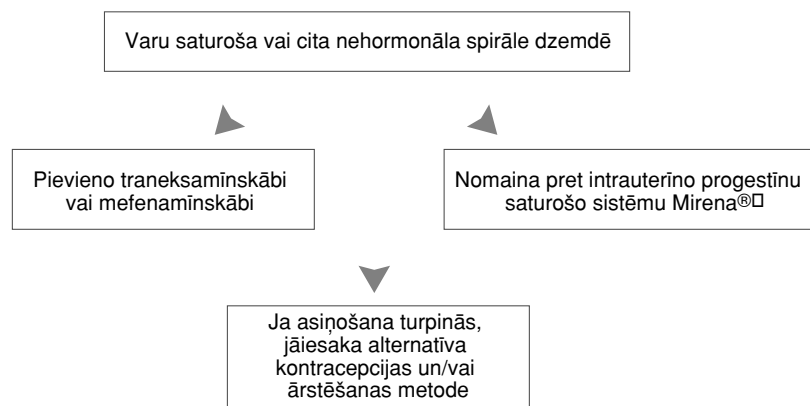
HISTEREKTOMIJA

TERAPIJAS ALGORITMS

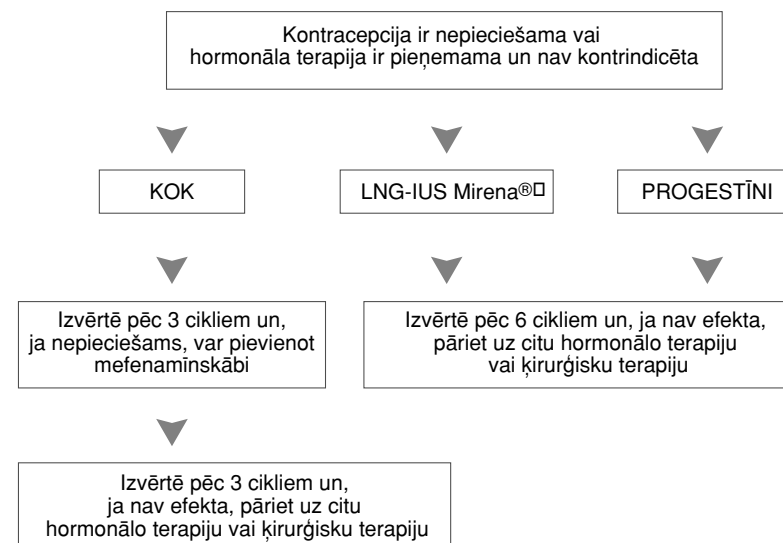
1. SHĒMA



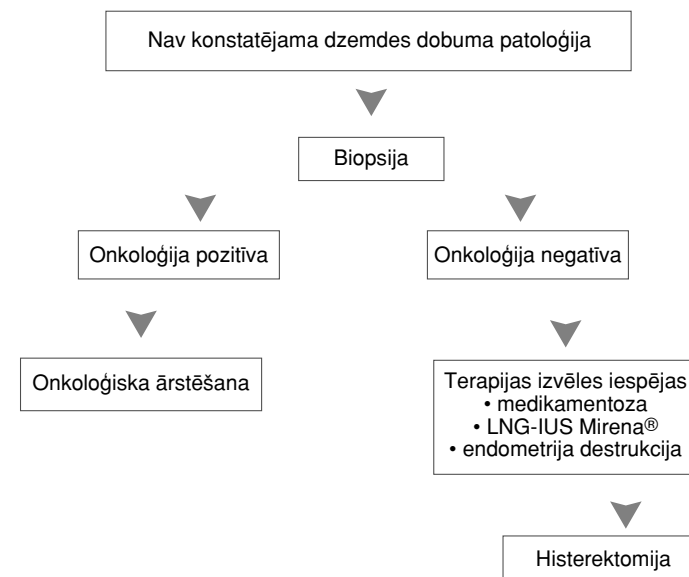
2. SHĒMA



3. SHĒMA



4. SHĒMA



Ārstēšanas metode	Asins zuduma samazināšanās menstruāciju laikā	Preparāts	Devas, lietošana	Iespējamās blaknes
Antifibrinolītiskie līdzekļi	47–54%	Traneksamīnskābe	1g ik 6h pirmās piecas menstruālā cikla dienas, 3–6 cikli	Slikta dūša, vemšana, caureja, reti krāsas redzes traucējumi
Nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi	20–50%	Ibuprofēns	600–1200mg/dienā pirmās piecas menstruālā cikla dienas, 3–6 cikli	Gastrointestinālās blaknes
LNG-IUS	74–97%	Mirena®	0,02mg LNG diennaktī, darbojas 5 gadus	Iespējama starpmenstruāciju asiņošana pirmajos 3 ciklos
KOK	43%	Ieteicami 30 mcg etinilestradiolu saturošie	3–6 cikli	Slikta dūša, vemšana, galvassāpes, krūšu jutīgums
Androgēni	50–80%	Danazols	200mg/dienā 3 mēnešus vai pēc shēmas (200mg/dienā 1. mēnesī, 100mg/dienā 2. mēnesī, 50mg/dienā 3. mēnesī)	Bieži novērotas izteiktas androgēn-atkarīgas blaknes: krampji, nogurums, svara pieaugums, tūskainība, akne, taukainā āda, hirsutisms, atrofisks vaginīts
Progestīni	30–90%	Medroksiprogesterona acetāts, noretisterons, didrogesterons, norgestrols, megestrols, linestrols	5–10mg no 15. līdz 26. menstruālā cikla dienai vai no 1. līdz 21. menstruālā cikla dienai, 3–6 cikli vai i/m injekcijas ik pēc 3 mēnešiem	Vēdera uzpūšanās, šķidrums aizture, svara pieaugums, krūšu jutīgums, silkta dūša, galvassāpes, akne, hirsutisms, alopēcija
GnRH analogi	>90%	Dipherelin, Zoladex	3–4 mēnešus parenterāli	Bieži vēro izteiktas hipostrogēnatarīgas blaknes
Trombocītu agregāciju ietekmējošie preparāti	~13% (nav klīniski ticami)	Etamzilāts	500mg 4 reizes dienā 5 dienas pirms paredzamās menstruācijas un turpināt 10 dienas pēc to sākuma, 3 cikli un ilgāk	