

اختلالات قاعدگی

مقدمه و تعریف:

اختلالات قاعدگی در دوران نوجوانی و بعد از آن مشکل شایعی است که در والدین و فرد ایجاد اضطراب میکند. بسیاری از بیماریهای هورمونی اولین بار با تاثیر بر روی سیکلهای قاعدگی در بلوغ آشکار میشوند (بیماری تخمدان پلی کیستیک) یا PCOS

سن متوسط منارک با قاعدگی در دختران ۱۲/۷ سالگی و فاصله زمانی بین پیدایش جوانه پستانی تا اولین قاعدگی حدود ۲ سال است. منارک (قاعدگی) در بیش از ۹۰ درصد موارد در مرحله ۴ بلوغ پستان و موهای زهار رخ میدهد. فاصله دو قاعدگی بطور متوسط بین ۲۱ تا ۳۵ روزه است و مدت خونریزی ۳ تا ۱۰ روز و میزان خونریزی ۳۰ تا ۴۰ سی سی است.

در 2 سال اول بعد از منارک به علت عدم تخمک گذاری سیکلهای قاعدگی نامنظم میباشد.

اختلالات قاعدگی به سه دسته زیر تقسیم بندی میشوند:

۱) آمنوره: فقدان قاعدگی یا خونریزیهای بسیار کم

۲) دیسمنوره: قاعدگی دردناک

۳) منوراژی: خونریزی زیاد در قاعدگی

آمنوره:

آمنوره اولیه: فقدان قاعدگی تا سن 16 سالگی در دختری که صفات ثانویه جنسی در وی ظاهر شده است.

آمنوره ثانویه: فقدان قاعدگی برای سه ماه متوالی در کسی که قبلاً دوره های قاعدگی داشته است.

نوع ثانویه شایعتر از نوع اولیه است و شایعترین علت آن اختلال در محور هیپوتالاموس و هیپوفیز است.

علل آمنوره:

الف- اگر رحم وجود داشته باشد:

الف-۱- آمنوره اولیه همراه با فقدان صفات ثانویه جنسی (عدم وجود پستان)

✓ تاخیر بلوغ سرشتی

✓ کمبود گنادوتروپین (سندرم کالمن)

✓ انجام فعالیتهای ورزشی سنگین

✓ استرس

✓ اختلال در هیپوفیز

- ✓ بیماریهای مزمن
- ✓ نارسایی اولیه تخمدان
- ✓ نقص تشکیل غدد جنسی (سندرم ترنر و سویر)

الف-۲- آمنوره اولیه همراه با تکامل پستان

- سوء تغذیه
- آمنوره هیپوتالاموسی
- بیماریهای مادرزادی قلبی
- دیابت کنترل نشده
- بیماریهای التهابی روده (IBD)
- بی اشتهایی عصبی
- پرکاری تیروئید
- مصرف داروهای مثل فنوتیازینها
- هیپرآندروژنیسم (افزایش هورمون مردانه)
- کم کاری تیروئید
- افزایش پرولاکتین خون
- عدم تشکیل واژن، پرده بکارت بدون سوراخ

ب- اگر رحم وجود نداشته باشد:

بزرگی پستان وجود دارد:

- مقاومت به آندروژن
- عدم تشکیل مجاری مولر (مجاری داخلی دستگاه تناسلی زنانه)

تشخیص:

ارزیابی بالینی

الف - شرح حال

در مورد شروع و روند بلوغ، بیماریهای مزمن، سر درد، اختلال بینایی، ورزش سنگین، استرس، کاهش وزن، رژیم غذایی، سابقه اختلالات بلوغ، نازایی در خانواده و سن شروع قاعدگی در نزدیکان باید سؤال شود.

ب- معاینه فیزیکی شامل بررسی:

- قد، وزن و نمودار رشد

• سندرمها ((پرده گردنی، قد کوتاه))

• آکنه، پرمویی و کلیتوریس بزرگ

• معاینه لگن برای رد اشکالات آناتومیک (در صورت شک سونوگرافی یا MRI)

• علائم بیماریهای مزمن

• رشد پستان و موهای زهار

• معاینه دقیق عصبی، تعیین میدان دید

• علائم کم کاری تیروئید

• رد وجود حاملگی

آمنوره ثانویه یعنی نبود قاعدگی برای مدت سه سیکل خود فرد و یا نبود قاعدگی بمدت 6 ماه در کسی است که قاعده می شده است.

در آمنوره ثانویه اولین مورد بررسی و رد کردن حاملگی است.

✓ در آمنوره اولیه عدم حساسیت به آندروژن، کمبود 5 آلفا ردوکتاز - کمبود 17 هیدروکسیلاز (هیپرپلازی مادرزادی آدرنال) و یا کمبود 17 بتا هیدروکسی دهیدروژناز مدنظر باشد که مشخصه تمامی اینها: (نبود رحم درسونوگرافی و 46XY در کاریوتایپ)).

❖ در بیمارانی که پرولاکتین بالا داشته و یا در کسانی که هیپوگنادوتروپیک هیپوگنادیسم دارند (یعنی اختلال در هیپوفیز و هیپوتالاموس) انجام MRI از هیپوفیز و هیپوتالاموس لازم است.

درمان:

درمان بستگی به علت زمینهای دارد . اگر آمنوره ثانویه است و کلیه معاینات و بررسیها طبیعی است، مدروکسی پروژسترون استات در موقع خواب داده میشود، اگر با قطع آن خونریزی اتفاق افتاد وضعیت استروژن و نیز آناتومی دستگاه تناسلی داخلی زنانه طبیعی است.

اگر خونریزی رخ ندهد تشخیص های افتراقی عبارتند از:

• کمبود استروژن در اندومتر

• رحم غیرطبیعی از نظر آناتومیک

• انسداد در مسیر خروج خون

اگر اسمیر واژن اثرات وجود استروژن را نشان می دهد، ۱۰ تا ۱۲ روز آخر هر دوره استروژن خوراکی داده می شود، که با قطع آن خونریزی ایجاد میشود.

درمان تخمدان پلی کیستیک با داروهای ضد بارداری خوراکی یا داروهای مشابه آنها است.

در صورتیکه آمنوره به علت مواردی مثل کم کاری غده تیروئید است، درمان بیماری اصلی باعث شروع قاعدگی خواهد شد .
در صورتی که نمی توان علتی برای آن یافت ایجاد قاعدگی کاذب با داروهای استروژن خوراکی و افزایش تدریجی مقدار آن تا ۲۱روزو اضافه کردن پروژسترون از روز دهم تا دوازدهم تا روز بیست و یکم ضروری است.

محدودیت مصرف و عوارض دارویی:

مدوکسی پروژسترون در مبتلایان به بیماریهای کبدی، ترومبو فلبیت، آپوپلکسی مغزی و در خونریزیهایی که علت آن مشخص نیست نباید استفاده شود و در مبتلایان به آسم، بیماریهای قلبی و کلیوی، افسردگی و بیماران در معرض حوادث ترومبو آمبولی باید با احتیاط مصرف شود.

دیس منوره:

وجود درد در زمان قاعدگی علت 14 درصد موربیدیتی(ناراحتی وبیماری) در جوانان است، که میتواند بصورت اولیه و ثانویه باشد. نوع اولیه شایعتر است .علامت آن درد کرامپی در قسمت تحتانی شکم و لگن است که به پشت و رانها انتشار می یابد. دیس منوره اولیه ناشی از افزایش پروستاگلاندین در فاز لوتئال و خونریزی است اما نوع ثانویه بیشتر به علت وجود ضایعه ای در لگن از قبیل اندومتريوزیس ، انسداد مجرای خروج خون از رحم و توده های دستگاه تناسلی زنانه است.

تشخیص:

ارزیابی بالینی:

- شرح حال: در افراد دچار دیسمنوره باید به ارتباط درد با زمان قاعدگی، وجود سابقه مورد مشابه یا اندومتريوزیس در خانواده توجه کرد .در کسانی که درد شدیدلگنی دارند معاینه دقیق لگن ضروری است.
- معاینه فیزیکی: دیدن نمودار رشد، تعیین اندازه تیروئید، معاینه پستان از نظر وجود ترشح شیر، توجه به محلهای دیگر خونریزی در معاینه فیزیکی لازم است.
- در موارد دیسمنوره ثانویهMRI و سونوگرافی لگن لازم است.

درمان:

برای رفع علامت درد، داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی توصیه میشود.

ناپروکسن دوز اولیه 550 میلیگرم و سپس 275 میلیگرم چهار بار در روز، داروهای دیگری مثل بروفن و آسپیرین (650 میلی گرم 4 بار در روز) نیز مؤثر است. بهتر است درمان را دو روز قبل از شروع تشدید درد شروع کرده برای درمان جانشین. در مواردی که به داروهای فوق پاسخی دیده نمی شود، استفاده از قرصهای جلوگیری از بارداری خوراکی به مدت ۳ تا ۶ ماه تا 90 درصد موارد باعث بهبود درد می شود . در صورت عدم پاسخ به این ترکیبات بررسی از نظر دیسمنوره ثانویه توصیه میشود.

در موارد مقاوم به درمان استفاده از ترکیباتی چون تاموکسیفن با نتایج خوبی همراه بوده است. چون سیگار، مصرف الکل و چاقی عوامل خطر ساز دیسمنوره هستند، اجتناب از آنها نیز ضروری است.

سندرم قبل از قاعدگی (PMS):

تعریف: تغییرات خلقی که به صورت دوره‌های در نیمه دوم سیکل قاعدگی درحد ناتوانکننده یا مختلکننده روند معمول زندگی است. نشانه‌های این اختلال شامل اختلالات خلقی مانند افسردگی، تحریک پذیری، صرع، رفتارهای عجیب و غریب است. اگر علائم افسردگی غالب شود اصطلاح Premenstrual dysphoric disorder اطلاق میشود.

درمان:

آگونیست GnRH و یا مقدار زیاد استروژن به شکل استروژن کنژوگه ممکن است در بهبود علائم کمک کننده باشد.

منوراژی و خونریزیهای غیرطبیعی رحمی:

اغلب در نوجوانان ناشی از سیکلهای بدون تخمک گذاری است و در سال اول شروع اولین قاعدگی (منارک) دیده میشود. اصطلاح DUB وقتی بکار میرود که علت ارگانیکی برای خونریزی یافت نشود علت 9 درصد خونریزیهای افراد در سنین 10 تا 20 سال ارگانیک است. شایعترین علل آن حاملگی خارج رحمی، تهدید به سقط، اندومتريت و مصرف دارو هایی مثل OCP است. موارد شدیدی که منجر به بستری بیمار میشود، اغلب در اختلالات انعقادی، لوسمی، بیماری گلازمن کم کاری تیروئید، تالاسمی ماژور، سندرم فانکونی و آرتریتروماتوئید دیده میشوند.

تشخیصهای افتراقی خونریزیهای غیر طبیعی رحمی:

1. فیزیولوژیک (حوالی قاعدگی)
2. کم کاری تیروئید
3. بیماریهای مزمن
4. خونریزی های ناشی از حاملگی از قبیل سقط ناقص
5. افزایش آندروژنهای خون
6. عدم تخم گذاری ناشی از بیماری های هیپوتالاموسی
7. نارسایی زودرس تخمدان
8. مول، حاملگی خارج رحمی
9. افزایش پرولاکتین خون
10. هیپرآستروژنیسم
11. نقص فاز لوتئال

۱۲. ضربه و تومورهای واژن

تعریف منوراژی:

خونریزی بیش از ۸ تا ۱۰ روز طول یا حجم خونریزی بیش از ۸۰ سی سی را منوراژی مینامند. منوراژی اولیه یا بدون علت شایع ترین علت در جوانان است.

تشخیصهای افتراقی مهم منوراژی شامل منوراژی اولیه، اختلالات انعقادی، تومورهای رحمی، پولیپ آدنومیوزیس و استفاده از آی.یو.دی

تشخیص:

ارزیابی بالینی:

- شرح حال: در افراد دچار منوراژی گرفتن سابقه از سن منارک، بیماریهای مزمن، سابقه خانوادگی، اختلالات انعقادی، سابقه مصرف داروهای ضدبارداری های خوراکی، آسپیرین و وارفارین، اختلالات سیستم عصبی مرکزی، آکنه و پرمویی کمک کننده است.

- در معاینه فیزیکی بررسی عفونت کلامیدیا و عفونتهای گنوره در افراد فعال از نظر جنسی اهمیت دارد.

ارزشیابی آزمایشگاهی:

- (۱) تست حاملگی
- (۲) شمارش گلبولهای سفید و رتیکولوسیت
- (۳) مطالعات انعقادی
- (۴) در موارد شدید کراسماچ و تعیین گروه خونی لازم است
- (۵) اندازه گیری تیروئیدی، پرولاکتین، FSH و آندروژنها در صورتی که شواهدی از افزایش آندروژنهای خون وجود داشته باشد ضروریست و در مواردی که مشکوک به توده لگنی یا ضایعه در لگن هستیم، سونوگرافی لگن توصیه میشود.

درمان:

در موارد خفیف مکمل آهن کافی است و در موارد با خونریزی متوسط قرصهای ضدبارداری خوراکی چهار بار در روز به مدت چندروز و بعد از آن یک عدد روزانه تا روز حداقل به مدت 3 ماه تجویز میشود

درمان جانشین دیگر شامل استفاده از مدروکسی پروژسترون هر سه هفته یکبار است. در موارد شدید خونریزی، بستری کردن بیمار در بیمارستان و استروژن کنژوگه (پره مارین) وریدی تا 24 ساعت یا تزریق عضلانی مدروکسی پروژسترون 150 میلیگرم توصیه میشود.

در موارد مقاوم به درمانهای طبی معاینه زیر بیهوشی و کورتاژ رحمی الزامی است، و یا بکارگیری اقدامات جراحی دیگر شامل:

- (۱) برداشتن آندومتر با استفاده از بالون حرارتی
- (۲) برداشتن آندومتر رحم از طریق دهانه رحم
- (۳) برداشتن رحم
- (۴) روش دیگری که اخیراً توصیه شده است استفاده از وسایل داخل رحمی حاوی لوونورژسترون است

ترجمه و تلخیص دکتر سید حسین دهقان منشادی فوق تخصص غدد-متابولیسم و رشد کودکان

برگرفته از کتاب مرجع طب غدد ویلیامز و کتاب مرجع نلسون

گرد آوری: دکتر سید حسین دهقان منشادی

آدرس مطب: تهران خ شریعتی، متروی شریعتی، جنب حسینیه ارشاد، کوچه ارشاد، پلاک ۱، طبقه ۳، واحد ۲۱

تلفن:

۰۹۱۰۶۸۲۵۰۹۹

۰۲۱-۲۲۸۹۴۱۰۸