

GRAŻYNA JARZĄBEK-BIELECKA<sup>1</sup>, WOJCIECH TRUSZ<sup>2</sup>, GRZEGORZ BRĘBOROWICZ<sup>1</sup>, WITOLD KĘDZIA<sup>1</sup>,  
MAŁGORZATA MIZGIER<sup>3</sup>

## Krwawienia młodocianych i inne problemy związane z krwawieniami w ginekologii – z uwzględnieniem aspektów medycyny rodzinnej

Juvenile bleeding and other bleeding problems in gynecology – including the aspects of family medicine

<sup>1</sup>Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>MEDIX Krosno Odrzańskie

<sup>3</sup>Zakład Dietetyki, Katedra Nauk Biomedycznych i Nauk o Zdrowiu, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

### SŁOWA KLUCZOWE

bleeding, gynecology, girls

### SUMMARY

The issue of uterine bleeding is important not only in gynecology, but also in family medicine. Patients with abnormal uterine bleeding often report to family doctor's outpatient clinics. However, such situations usually require further specialist gynecological care – abnormal uterine bleeding is the most common cause of hospitalization of women in gynecological wards. These patients need detailed diagnosis, and many of them require hospitalization and specialist treatment. The problem of heavy uterine bleeding also affects patients of developmental age, with juvenile bleeding (metrorrhagia juvenilis) being a particular issue here. This is acyclic bleeding in girls that lasts over 10 days up to 3 months. These bleeds are very heavy and prone to relapse. They can cause anemia. Severe cases and other hemorrhages in gynecology can be life-threatening.

Most often pathological changes in the uterine cavity may manifest as abnormal bleeding concern menstruating patients at reproductive age, as well as those in the peri- and postmenopausal period.

However, juvenile bleeding is an important problem in gynecology

Zarówno dojrzałe pacjentki, jak i pacjentki w okresie dojrzewania nierządki, zanim do ginekologa, zgłaszają się do Poradni Lekarza Rodzinnego z powodu nieprawidłowych krwawień macicznych. Bardzo ważna jest specjalistyczna opieka lekarza rodzinnego, jednak sytuacje krwawień macicznych zazwyczaj wymagają skierowania z poradni lekarza rodzinnego do dalszej specjalistycznej opieki ginekologicznej – często w warunkach szpitalnych. Nieprawidłowe krwawienia maciczne są najczęstszą przyczyną hospitalizacji kobiet na oddziałach ginekologicznych, gdzie poddawane są one szczegółowej diagnostyce i specjalistycznemu leczeniu.

Najczęściej zmiany patologiczne w jamie macicy mogące manifestować się nieprawidłowym krwawieniem dotyczą pacjentek miesiączkujących, będących w wieku reprodukcyjnym, jak również w okresie około- i pomenopauzalnym (1-10).

Istotnym problemem w ginekologii są jednak także krwawienia młodocianych (11-15).

W 2009 roku na kongresie FIGO zostały ustalone kryteria tzw. normalnej miesiączki: częstość miesiączkowania (od 24 do 38 dni), regularność miesiączkowania w okresie powyżej 12 miesięcy, długość trwania krwawienia (od 4,5 do 8,0 dni), objętość utraconej krwi (od 5 do 80 ml).

Podczas normalnej miesiączki 90% krwi traconej jest w ciągu pierwszych trzech dni, a krwawienie w dwóch pierwszych dniach jest najbardziej obfite. Krwawienie nie spełniające powyższych warunków traktowane jest jako nieprawidłowe krwawienie maciczne (ang. *abnormal uterine bleeding* – AUB) (1).

Obfite krwawienie miesiączkowe (ang. *heavy menstrual bleeding* – HMB), czyli powyżej 80 ml, o charakterze cyklicznym dotyczy kobiet najczęściej w wieku

przedmenopauzalnym. Definicja kliniczna określona przez NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) w 2007 roku jest bardziej praktyczna. Według niej HMB jest to nadmierna utrata krwi miesięczkowej, ingerująca i zakłócająca fizykalną, emocjonalną, socjalną oraz materialną jakość życia kobiety, która może występować również w połączeniu z innymi objawami. Częstość występowania jest według różnych autorów określana w przedziale 4-9% (2).

HPMB (ang. *heavy and prolonged menstrual bleeding*) jest to obfite i przedłużone krwawienie miesięczkowe powyżej 80 ml i trwające ponad 8 dni, podczas gdy IMB (ang. *intermenstrual bleeding*) to krwawienie międzymiesiączkowe. PMB (ang. *postmenopausal bleeding*) określa krwawienie pomenopauzalne. Możliwe jest stosowanie określenia amenorrhea (ang. *absent menstrual bleeding* – AMB) w przypadku braku krwawienia miesięczkowego w okresie ponad 90 dni.

Przyczyny nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych (np. z pochwy) można podzielić na dwie grupy: strukturalne oraz niestrukturalne. Do przyczyn strukturalnych należą: zmiany dotyczące szyjki macicy (np. erozje części pochwowej szyjki macicy, rak szyjki macicy, polipy szyjki macicy), zmiany dotyczące trzonu macicy (rozrosty endometrium, polipy jamy macicy, mięśniaki, adenomioza, rak trzonu). Do przyczyn niestrukturalnych należą: zaburzenia/brak owulacji (np. niedobór progesteronu, niedobór estrogenów, niedobór inhibin, PCOS, hiperprolaktynemia), choroby tarczycy (niedoczynność), choroby nadnerczy (choroba Cushinga), choroby hematologiczne (np. koagulopatia, trombocytopenia), choroby innych narządów (np. guzy jajnika, nadnerczy lub przysadki, marskość wątroby, niektóre choroby nerek). Spośród innych przyczyn wymienić należy: otyłość, urazy, ciało obce, stres, stosowane leki (np. przeciwpadaczkowe, antydepresyjne, antykoagulanty, NLPZ, hormony) (3-6).

W 2009 roku komitet FIGO zarekomendował wprowadzenie nowej klasyfikacji nieprawidłowych krwawień z macicy (AUB) – The PALM-COEIN Classification System. Nazwa stanowi akronim od pierwszych liter przyczyn mogących wywoływać krwawienie z jamy macicy:

- P – polip,
- A – adenomioza,
- L – mięśniaki macicy,
- M – nowotwory i rozrosty endometrium,
- C – koagulopatie,
- O – zaburzenia owulacji,
- E – inne przyczyny zaburzeń,
- I – jatrogenne (wkładka IUD, hormony steroidowe, antykoagulanty, antydepresanty),
- N – jeszcze niesklasyfikowane (2).

The PALM-COEIN Classification System został opublikowany przez ACOG (Practice Bulletin No. 128, July 2012). AUB dotyczy kobiet w wieku reprodukcyjnym, około- i menopauzalnym [3].

Dużym wyzwaniem diagnostycznym są te nieprawidłowości błony śluzowej jamy macicy, które mogą przebiegać bezobjawowo lub skąpoobjawowo, takie jak rozrosty atypowe i nowotwory trzonu macicy.

Osobnym problemem jest potwierdzenie dobrostanu pacjentki przy kwalifikacji do terapii hormonalnej: antykoncepcji (DTA – Doustna Terapia Antykoncepcyjna), hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), terapii tamoksifenem przy raku gruczołu piersiowego, jak również monitorowanie bezpieczeństwa terapii hormonalnej.

AUB są najczęstszą przyczyną hospitalizacji kobiet na oddziałach ginekologicznych (3, 6). Wymagają one szczegółowej diagnostyki, często hospitalizacji, tym samym generują wysokie koszty opieki medycznej. Według danych NFZ w 2014 roku w Polsce odnotowano 178 083 pacjentki leczone z tego powodu. Stanowiło to 2,47% wszystkich hospitalizacji; ponad 34% były to przyjęcia nagłe, 66% to przyjęcia planowe (7).

Wprowadzenie w ostatnich dekadach do diagnostyki narządu rodowego nowych metod poprawiło wskaźniki wykrywalności zaburzeń w zakresie tego narządu. Do metod tych zalicza się: ultrasonografię 2D w skali szarości z zastosowaniem głowic dopochwowych z częstotliwością powyżej 7,5 MHz, ultrasonografię Color Doppler i Power Doppler, ultrasonografię 3D, ultrasonografię z domacicznym podaniem kontrastu (TV SIS), histeroskopię (HSC), tomografię komputerową (TK), rezonans magnetyczny (NMR) oraz pozytonową tomografię emisyjną (PET/CT) (8-10).

Ultrasonografia dopochwowa 2D w skali szarości jest obecnie najpowszechniej stosowaną metodą diagnostyczną w badaniu narządu rodowego i stała się niemal nieodłącznym elementem badania ginekologicznego [9].

Istnieje też termin „czynnościowe krwawienie maciczne” (ang. *dysfunctional uterine bleeding* – DUB), co oznacza nieprawidłowe, skąpe lub obfite, występujące regularnie lub acyklicznie krwawienie z jamy macicy kobiet w wieku rozrodczym od menarche do menopauzy. Może być związane z prawidłowym cyklem owulacyjnym lub bezowulacyjnym. DUB stanowi rozpoznanie z wykluczenia. Można zdiagnozować DUB po wykluczeniu szeregu przyczyn prowadzących do AUB (1-9).

Szczególnym problemem jest tu zagadnienie krwawień młodocianych *Metrorrhagia iuvenilis*. Są to acykliczne krwawienia występujące u dziewcząt, trwające ponad 10 dni nawet do 3 miesięcy. Krwawienia te są bardzo obfite i mają skłonność do nawrotów – stanowią przyczynę niedokrwistości, a ciężkie przypadki, tak jak i inne krwotoki w ginekologii, mogą zagrażać życiu.

Do krwawień młodocianych zazwyczaj dochodzi krótko po menarche, gdy cykle są bezowulacyjne – krwawienia młodocianych to czynnościowe krwawienia maciczne. Rzadko ustępują one samoistnie. Przyjmuje się, że nieregularne krwawienia z dróg rodnych u dziewcząt w okresie dojrzewania płciowego do 2-3 lat od menarche mogą występować jako zjawisko fizjologiczne. Niebezpieczne i wymagające

leczenia są sytuacje przebiegające z obfitymi krwawieniami i wtórną anemią (11-15).

Gdy cykle są bezowulacyjne, krwawienia nie mają cyklicznego charakteru, nie ma też typowych objawów przedmiesiączkowych związanych z zespołem napięcia przedmiesiączkowego, takich jak: zatrzymanie płynów, tkliwość piersi, wzdęcia brzucha. Krwawienia młodocianych najczęściej mają nagły początek bez żadnych objawów poprzedzających.

W wyniku braku owulacji dochodzi do sytuacji, w której następuje niecykliczne (często niespodziewane) złuszczenie rozpulchnionej i zgrubiałej błony śluzowej jamy macicy, co wynika z tzw. względnego hyperestrogenizmu (niedobór progesteronu, bo nie dochodzi do owulacji) – pojawia się krwawienie. Krwawienie acykliczne może też być spowodowane niedostatecznym złuszczeniem się błony śluzowej jamy macicy (czyli endometrium) – dochodzi do powolnego rozrostu endometrium przez okres do 3 miesięcy, a następnie do powolnego złuszczenia czynnościowej warstwy endometrium. Złuszczenie się endometrium do jego warstwy podstawnej może trwać nawet do miesiąca – estrogeny cały czas pobudzają endometrium do wzrostu (12, 14, 15).

Brak edukacji prozdrowotnej i seksualnej nieradko powoduje, że wskutek źle pojmowanego wstydu dziewczęta nie mówią o obfitym, przedłużającym się krwawieniu.

W razie nagłego wystąpienia obfitego krwawienia młodocianych ważne jest wczesne rozpoznanie, by nie doszło do powikłań zagrażających zdrowiu i życiu (16-22).

Ginekolog rozstrzyga, czy stan pacjentki jest ostry i wymaga natychmiastowej hospitalizacji, czy też możliwe będzie monitorowanie w warunkach ambulatoryjnych. W wywiadzie lekarskim ważne są: informacje o chorobach w rodzinie, w tym hematologicznych, informacje o tym, jak przebiegał rozwój pacjentki, jakie przebyła choroby, wywiad dotyczący menarche, wywiad o przebieg cykli – okres, w którym rozpoczęły się nieprawidłowe krwawienia oraz czas ich trwania. Ważne, czy i jakie pacjentka przyjmuje leki, suplementy diety. Szczególnie istotne są informacje wykluczające lub potwierdzające problemy hematologiczne – czy cierpi na skazę krwotoczną, czy występują krwawienia z innych miejsc. Nadmierne krwawienia miesięczkowe u dziewcząt i kobiet z zaburzeniami krzepnięcia występują z częstością od 10 do 100% w zależności od konkretnego zaburzenia. Z kolei zaburzenia krzepnięcia również są częstsze wśród dziewcząt i kobiet z nadmiernymi krwawieniami miesięczkowymi. Przeprowadzone badania wskazują, że zaburzenia krzepnięcia występują u 5-32% dziewcząt i kobiet

z obfitymi miesiączkami. Na podstawie liczby zużytych tamponów i podpasek można oszacować ilość utraconej krwi – zużycie ponad 10 podpasek lub tamponów w ciągu doby może świadczyć o krwawieniu ponad 30 ml. Podczas badania dokonuje się pomiarów podstawowych parametrów (ciśnienie tętnicze, tętno, ocena spojówek, ocena wybroczyn). W badaniu ginekologicznym ważne jest wykluczenie ewentualnej ciąży młodocianych i jej konsekwencji (poronienie zagrażające lub ciąża pozamaciczna). Wobec krwawienia i faktu, że to zazwyczaj pierwszy kontakt z ginekologiem, badanie z użyciem wziernika wywołuje niechęć u dziewcząt. W ginekologii wieku rozwojowego jeśli trzeba, używa się długiego wąskiego wziernika, co umożliwi ocenę pochwy i szyjki macicy. Warto podkreślić, że krwawienie może być skutkiem przemocy seksualnej. Nierzadko przyczyną krwawień mogą być też urazy doznane podczas uprawiania sportu. W czasie badania ginekolog musi wykluczyć rozdarcie ścian pochwy, polipy, ciała obce, sprawdzić, czy krwawienie pochodzi z macicy. Badanie dwuręczne zestawione u dziewcząt, które jeszcze nie współżyły, powinno być wykonane przez odbyt – może być ono jednak szczególnie nieprzyjemne i niektórzy autorzy zalecają odstąpienie od niego i wykonanie badania USG *per rectum* lub przez powłoki brzuszne (u współżyjących dziewcząt wykonuje się badanie ultrasonograficzne) (11-13, 15, 22). Zaleca się wykonanie badań laboratoryjnych: morfologii krwi, układu krzepnięcia, FSH, LH, estradiolu, stężenia prolaktyny, hormonów tarczycy i TSH. Na ich podstawie lekarz jest w stanie ocenić stan chorej (wykluczyć niedokrwistość, małopłytkowość, skazy osoczone) oraz przyczyny hormonalne acyklicznych krwawień (16-22). Wyniki badań pozwalają na podjęcie decyzji co do dalszego postępowania. Krwawienia w przypadku cykli bezowulacyjnych nie zawsze przebiegają z nadmierną utratą krwi – nie stwierdza się wtedy zmian w morfologii krwi obwodowej, dziewczęta mogą wówczas nie mieć dodatkowych objawów. Zawsze jednak zaleca się pacjentkom zdrowy tryb życia, dietę bogatą w jony żelaza, a czasami jego suplementację – porada u ginekologa, wobec braku wiedzy, ma też znaczenie edukacyjne.

Jak wspomniano, bardzo istotne jest wykluczenie przyczyn hematologicznych nadmiernych krwawień miesięczkowych i krwawień młodocianych, takich jak: choroba von Willebranda, hemofilia czy małopłytkowość uwarunkowana immunologicznie (17-22).

Podsumowując, krwawienia maciczne w każdym wieku, zwłaszcza bardzo obfite, ze skłonnością do nawrotów, z wtórną niedokrwistością, mogą zagrażać życiu – wymagają nieradko wielospecjalistycznego leczenia.

#### KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów  
None

#### PIŚMIENNICTWO

1. Munro MG: Classification of menstrual bleeding disorders. *Rev Endocr Metab Disorder* 2012; 13: 225-234.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding. NICE Guideline 2007.

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

Grażyna Jarząbek-Bielecka  
 Klinika Ginekologii  
 Katedra Perinatologii i Ginekologii  
 Uniwersytet Medyczny  
 im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
 ul. Polna 33, 60-535 Poznań  
 tel.: +48 618-419-278  
 grajarz@o2.p

3. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS: FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. FIGO Working Group on Menstrual Disorders. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 113: 3-13.
4. Management of abnormal uterine bleeding associated with ovulatory dysfunction. The American College of Obstetricians and Gynecologists: Practice Bulletin 136. 2013: 176-185.
5. Philipp CS, Faiz A, Dowling NF et al.: Development of a screening tool for identifying women with menorrhagia for hemostatic evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 163.
6. Ryan GL, Syrop CH, Van Voorhis BJ: Role, epidemiology, and natural history of benign uterine mass lesions. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48: 312-324.
7. <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/Grupa.aspx?id=VhqTsxX9l40%3d>.
8. Kelekci S, Kaya E, Alan M et al.: Comparison of transvaginal sonography, saline infusion sonography, and office hysteroscopy in reproductive-aged women with or without abnormal uterine bleeding. *Fertil Steril* 2005; 84: 682-686.
9. Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES et al.: Evaluation of the uterine cavity with magnetic resonance imaging, transvaginal sonography, hysterosonographic examination and diagnostic hysteroscopy. *Fertil Steril* 2001; 76(2): 350-357.
10. Stachowicz N, Morawska D, Kotarski J: Metody obrazowania endometrium. [W:] Sajdak S, Skrzypczak J (red.): *Endometrium. Modulacja, rozwój, zanik*. Blackhorse, Warszawa 2004: 41-52.
11. Sanchez J, Andrabi S, Bercaw JL, Dietrich JE: Quantifying the PBAC in a pediatric and adolescent gynecology population. *Pediatr Hematol Oncol* 2012; 29: 479-484.
12. Friberg B, Ornö AK, Lindgren A, Lethagen S: Bleeding disorders among young women: a population-based prevalence study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 200-206.
13. Frishman GN: Evaluation and treatment of menorrhagia in an adolescent population. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15: 682-688.
14. Sokkary N, Dietrich JE: Management of heavy menstrual bleeding in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2012; 24: 275-280.
15. Jarząbek-Bielecka G: Zaburzenia miesiączkowania u dziewcząt w praktyce ginekologicznej. *Forum Położnictwa i Ginekologii* 2019; 44: 25-34.
16. Chi C, Pollard D, Tuddenham EGD, Kadir RA: Menorrhagia in adolescents with inherited bleeding disorders. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010; 23: 215-222.
17. Wang W, Bourgeois T, Klima J et al.: Iron deficiency and fatigue in adolescent females with heavy menstrual bleeding. *Haemophilia* 2013; 19: 225-230.
18. James AH, Hoots K: The optimal mode of delivery for the haemophilia carrier expecting an affected infant is caesarean delivery. *Haemophilia* 2010; 16(3): 420-424.
19. Provan D, Stasi R, Newland AC et al.: International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood* 2010; 115(2): 168-186.
20. Sarpatwari A, Bennett D, Logie JW et al.: Thromboembolic events among adult patients with primary immune thrombocytopenia in the United Kingdom General Practice Research Database. *Haematologica* 2010; 95(7): 1167-1175.
21. Levens ED, Scheinberg P, DeCherney AH: Severe menorrhagia associated with thrombocytopenia. *Obstet Gynecol* 2007; 110(4): 913-917.
22. Rydz N, Jamieson MA: Postępowanie w przypadku obfitych krwawień miesiączkowych u nastolatek. *Ginekologia po Dyplomie* 2013; 15(5): 48-54; <https://www.podyplomie.pl/ginekologia/15390,postepowanie-w-przypadku-obfitych-krwawien-miesiaczkowych-u-nastolatek>.

nadesłano: 15.07.2019

zaakceptowano do druku: 29.07.2019