

Nieprawidłowe krwawienia maciczne a niedobór żelaza

Abnormal uterine bleeding and iron deficiency

lek. med. Tomasz Gorczyca, lek. med. Andrzej Miturski,
dr n. med. Mariusz Skoczyński, prof. zw. dr hab. n. med. Anna Kwaśniewska
Katedra i Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
kierownik katedry i kliniki: prof. zw. dr hab. n. med. Anna Kwaśniewska

PDF FULL-TEXT
www.lekwpolisce.pl

Oddano do publikacji: 25.02.2014

Słowa kluczowe: *nieprawidłowe krwawienia maciczne, niedokrwistość z niedoboru żelaza, suplementacja żelaza, leczenie.*

Streszczenie

Nieprawidłowe krwawienia maciczne to zwykle objaw dysfunkcji jajników. Spowodowane są: stanami związanymi z ciążą, przyczynami układowymi, zewnątrzpochodnymi, organicznymi, a także krwawieniami czynnościowymi. Prawidłowa diagnostyka daje możliwość indywidualizacji leczenia i wybór optymalnej metody terapeutycznej.

Key words: *abnormal uterine bleednig, iron – deficiency anemia, iron supplementation, treatment.*

Abstract

Abnormal uterine bleeding is a reflection of ovarian dysfunction. These include bleeding from the genital tract associated with pregnancy, systemic diseases, organic conditions and functional bleeding. A proper diagnosis gives the possibility of an individualized treatment and a choice of optimal therapeutic methods.

Wprowadzenie

Raport WHO donosi, że ok. 1/3 ludności świata ma jawny niedobór żelaza (NŻ). Do grup o największym ryzyku NŻ zaliczamy kobiety ciężarne (50-60%), dzieci (45-50%) oraz kobiety w wieku rozrodczym (20-40%) [1].

Najczęstszą przyczyną niedokrwistości z niedoboru żelaza (NzNŻ) u kobiet z nieprawidłowymi miesiączkami, ciężarnych, a także tych, które karmią piersią, jest niewłaściwa dieta. Niedostateczna suplementacja żelaza prowadzi do obniżenia rezerwy ustrojowej tego pierwiastka, z powodu której

cierpi od 8% do 40% kobiet spełniających kryteria miesiączek krwotocznych lub stosujących wewnątrzmaciczny insert antykoncepcyjny [2,3,4].

Prawidłowy cykl miesięczkowy trwa 21-35 dni, a występujące po nim krwawienie miesięczkowe nie przekracza 7 dni. Utrata krwi w tym czasie zwykle nie jest większa niż 70-80 ml.

Nieprawidłowe krwawienia maciczne (NKM) związane mogą być zarówno z zaburzeniami o charakterze czynnościowym, jak też mogą być spowodowane przyczynami organicznymi. Oprócz pojęć wymienionych

w tab. 1, związanych z definicją NKM, do grupy tej zalicza się także:

- plamienia okołooowulacyjne
- krwawienia pomenopauzalne
- ostre nieprawidłowe krwawienia maciczne
- czynnościowe krwawienia maciczne.

Obecnie WHO zaleca suplementację żelaza i kwasu foliowego w celu redukcji ryzyka niedokrwistości z niedoboru żelaza [1].

Zaburzenia miesiączkowania przed menopauzą są przyczyną 20% wizyt kobiet u ginekologa i do 25% wszystkich operacji ginekologicznych [5,6]. Diagnozuje się je, gdy pacjentka zgłasza nadmierne krwawienie z dróg rodnych, po wykluczeniu innych patologii cyklu miesiączkowego. Obecnie częstotliwość zgłaszania nadmiernego krwawienia z dróg rodnych wzrasta. Stan ten jest głównie spowodowany:

- wzrostem oczekiwań dotyczących jakości życia u kobiet
- wczesnym rozpoczęciem miesiączkowania
- możliwością regulacji poczęć
- krótszym czasem karmienia piersią, co wpływa na zwiększenie liczby menstruacji w życiu pacjentki w porównaniu do wieków ubiegłych
- sytuacją, w której pracujące kobiety nie chcą tolerować niedogodności związanych z menstruacją, co powoduje częstsze szukanie specjalistycznej porady lekarskiej.

Do przyczyn nieprawidłowych krwawień macicznych można zaliczyć m.in.:

- stan związany z ciążą, np. poronienie, ciąża pozamaciczna, łożysko przodujące, łożysko przedwczesnie odklejone
- przyczyny układowe – przerost nadnerczy, choroba Cushinga, choroby wątroby, gruczolaki przysadki, hiperprolaktynemia, niedoczynność tarczycy
- przyczyny zewnątrzpochodne – przyjmowanie niektórych leków psychotropowych, steroidów, tamoksifenu, stosowanie terapii hormonalnej
- przyczyny organiczne powiązane z narządem rodym – stany zapalne szyjki i trzonu macicy, łagodne i złośliwe zmiany nowotworowe, hormonalnie czynne guzy jajników, urazy mechaniczne związane z obecnością ciała obcego w jamie macicy, przemoc seksualna
- inne przyczyny, np. czynnościowe krwawienia maciczne [7,8].

Podział przyczyn krwawień przed- i pomenopauzalnych umieszczono w tab. 2.

Przyczyną zwiększonej hematopoezy u ciężarnej jest rozwijający się płód i łożysko. Ryzyko wystąpienia NzNŻ zwiększa się szczególnie w II i III trymestrze ciąży, na skutek zmniejszającej się rezerwy ustrojowej żelaza. Wspomniane ryzyko wynosi

Pojęcia związane z definicją nieprawidłowych krwawień macicznych

Tabela 1

Menorrhagia	cykliczne krwawienia pojawiające się w normie czasowej (21-35 dni), ale trwające dłużej niż 7 dni lub wiążące się z utratą krwi wynoszącą ponad 80 ml
Menometrorrhagia	krwawienia miesiączkowe pojawiające się niecyklicznie, trwające powyżej 7 dni i/lub wiążące się z utratą krwi wynoszącą ponad 80 ml
Polymenorrhoea	krwawienia występują częściej niż co 21 dni (mogą być spowodowane niedomogą lutealną)
Oligomenorrhoea	miesiączki pojawiają się rzadziej niż co 35 dni (zwykle związane są z przedłużoną fazą folikularną)
Amenorrhoea	brak miesiączki dłużej niż 6 miesięcy (w przypadku kobiet, które nie są w okresie menopauzy)
Metrorrhagia	nieregularne krwawienia pomiędzy cyklami owulacyjnymi (przyczyny mogą dotyczyć chorób szyjki macicy, obecności wkładki wewnątrzmacicznej, zapalenia błony śluzowej jamy macicy, obecności polipów, mięśniaków, przerostu błony śluzowej i raka endometrium)

odpowiednio: I trymestr – 1,8%, II trymestr – 8,2%, III trymestr – 27,4% [4,9,10].

Szczególnie predysponowaną grupą ciężarnych do wystąpienia niedokrwistości z niedoboru żelaza są wieloródki. Przyjmuje się czterokrotny spadek poziomu żelaza w trakcie ciąży u kobiet, które rodziły cztery razy [7].

Leczenie

Leczenie NKM

Leczenie NKM zależy w głównej mierze od przyczyny. Jego prawidłowe rozpoznanie jest stawiane u ok. 50% przypadków [11]. Wybór metody uzależniony jest od nasilenia krwawienia.

Obfite krwawienia z narządu rodnego wymagają natychmiastowego wyrównania hemodynamicznego, zwykle preparatami krwi.

W przypadku ostrego krwawienia z macicy metodą z wyboru jest wyłyżczkowanie jamy macicy.

Zalecanym postępowaniem farmakologicznym w opanowaniu ostrego krwawienia mogą być wysokie dawki estrogenów [12].

Schemat diagnozowania NKM został zobrazowany na ryc. 1.

Do leczenia przewlekłych krwawień z macicy mogą być wykorzystane różne grupy leków, np.:

- *niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)*, które zmniejszają utratę krwi miesięczkowej
- *doustna antykoncepcja (ethinoestradiol)* – zmniejsza utratę krwi o ok. 50%

- wkładka wewnątrzmaciczna z lewonorgestrellem.

Zastosowanie również mają:

- progestageny
- leki antyfibrynolityczne
- antagoniści GnRH
- *danazol* [12,13,14,15,16].

Istnieją także doniesienia o dopochwowym podawaniu danazolu i regresji hiperplazji endometrialnej [17].

Leczenie operacyjne stosowane jest w przypadku braku poprawy stanu zdrowia – jako ostateczność. Do tego momentu niedobór żelaza powinien być wyrównany za pomocą preparatów żelaza.

Leczenie niedokrwistości w ciąży

Według Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego suplementacja preparatami żelaza powinna być prowadzona u kobiet, u których została stwierdzona niedokrwistość przed zajściem w ciążę. Włączenie preparatów żelaza powinno nastąpić po ukończeniu 8. tygodnia ciąży.

Doustna podaż żelaza szczególnie zalecana jest w grupie kobiet ciężarnych ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia anemii (dieta wegetariańska, zaburzenia wchłaniania, w okresie laktacji).

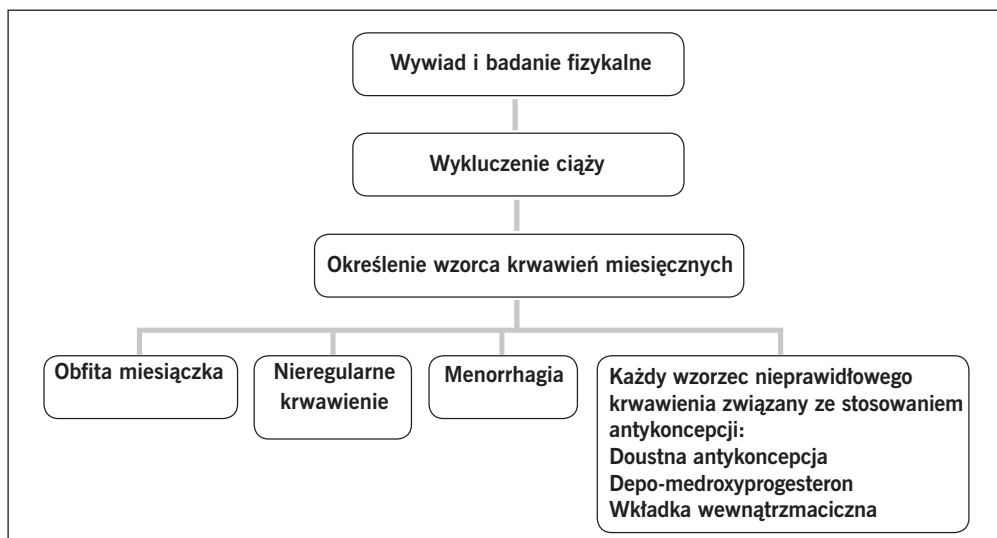
Zalecana dzienna dawka żelaza w diecie kobiet powinna wynosić:

- 18 mg poza ciążą
- 26-27 mg podczas ciąży
- 20 mg w okresie laktacji.

Przyczyny krwawień przed i po menopauzie

Tabela 2

Przed menopauzą:	Po menopauzie:
<ul style="list-style-type: none"> • ciąża • przewlekłe zapalenie błony śluzowej macicy • atrofia • polip endometrialny • mięśniaki • adenomioza • rozrosty endometrium 	<ul style="list-style-type: none"> • atrofia • polipy • rozrosty • nowotwory błony śluzowej trzonu macicy • działanie hormonów • hematometra, hydrometra • rak szyjki macicy



Rycina 1. Schemat diagnozowania NKM

Należy zaznaczyć, że u ciężarnych z niedokrwistością dawkę żelaza trzeba zwiększyć nawet do 60-120 mg/dobę [18].

Wydaje się, że odpowiednie ze względu na swoje właściwości są preparaty żelaza łatwo przyswajalne, dające mniej objawów niepożądanych. Postać hemowa żelaza jest trzykrotnie lepiej wchłaniana od innych form żelaza [19]. Profilaktyczna suplementacja preparatów żelaza jest najczęściej kojarzona z kwasem foliowym [1].

Podsumowanie

Określenie *nieprawidłowe krwawienia maciczne* jest niejednoznaczne, obejmuje wiele stanów zarówno o charakterze czynnościowym, jak i organicznym.

Diagnostyka opiera się na dokładnym wywiadzie, badaniu fizykalnym, badaniach dodatkowych, również w kierunku ciąży i właściwym określeniu krwawień macicznych.

Dalsze leczenie zależy od przyczyny, nasilenia krwawienia, czasu trwania dolegliwości. Po zakończeniu postępowania przyczynowego kolejny etap leczenia związany

jest z podawaniem preparatów żelaza łatwo przyswajalnego, które nie powodują objawów ubocznych.

Bibliografia

1. WHO/UNICEF/UNU. Iron Deficiency Anemia: Assessment, Prevention and Control. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
2. Stanowisko Zespołu Ekspertów PTG w sprawie profilaktyki niedoboru żelaza oraz niedokrwistości z niedoboru żelaza niską dawką żelaza hemowego u kobiet - Ginekol Pol. 2014;1:74-78.
3. Heroberg S, Prezosi P, Galan P Iron deficiency in Europe. Public Health Nutrition 2001;4:537-547.
4. Scholl TO, Iron status during pregnancy setting the stage for the mother and infants. Am J Clin Nutr 2005;81:1218S-1222S.
5. Shwyder JM.: Contemporary management of abnormal uterine bleeding. Obstetric and Gynecology Clinics 2000; 27: 219-234.
6. Goldstein SR.: Menorrhagia and abnormal bleeding before the menopause. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2004 Vol. 18, No. 1: 59-69.
7. Looker AC, Dallmann PR, Carroll MD et al. Prevalence of iron deficiency in The United States JAMA 1997;277:973-976.
8. Robak - Chołubek D, Sobstyl M, Jakiel M Nieprawidłowe krwawienia maciczne Przegląd Menopauzalny 2007;4:246-249.
9. Reveiz L, Gyte GM, Cuervo LG. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007; 2: Article ID CD003094.
10. Scholl TO, Hediger ML. Anemia and iron-deficiency anemia: compilation of data on pregnancy outcome. Am J Clin Nutr 1994;59:492S-501S.
11. Warner i wsp. Br Med. J. 2001;323: 24-28.
12. Ely JW, Kennedy CM, Clark EC, Bowdler NC. Abnormal uterine bleeding: a management algorithm. J Am Board Fam Med 2006; 19: 590-602.
13. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD000400.
14. Albers JR, Hull SK, Wesley RM. Abnormal uterine bleeding. Am Fam Physician 2004; 69: 1915-26.
15. Prentice A. Fortnightly review. Medical management of menorrhagia. BMJ 1999; 319: 1343-5.
16. Chuong CJ, Brenner PF. Management of abnormal uterine bleeding. Am J Obstet Gynecol 1996; 175 (3 Pt 2): 787-92.
17. Mais V, Coscu E, Angioni S, et al. Abnormal uterine bleeding: medical treatment with vaginal danazol and five-year follow-up. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004; 11:340-343.
18. Stanowisko Zespołu Ekspertów PTG w zakresie suplementacji witamin i mikroelementów podczas ciąży. Ginekol Pol. 2011;82:550-553
19. Miturski A, Skoczyński M, Gorczyca T et al. Lek w Polsce, VOL 23 NR 8'13 (268) s. 42-46.

lek. med. Tomasz Gorczyca
e-mail: tomasz.gorczyca99@gmail.com