

نحوه اپروچ به خانم ۴۲ ساله با

AUB

در درمانگاه پزشکی خانواده

استاد راهنما: دکتر تفرشی عضو هیات علمی گروه زنان

ارایه: دکتر فاطمه غفاری کارورز پزشکی خانواده

Chief complaint

- خانم ۴۲ ساله با شکایت AUB

Present illness

- خانم ۴۲ ساله متاهل G3P3L3 با سابقه دیابت با شکایت (لکه بینی) spotting از یک سال پیش که حدود ۴-۵ روز بعد از اتمام قاعدگی شروع میشده و به صورت اتفاقی آزمایشی که برای پیگیری دیابت انجام شد متوجه آنمی شدیم که $HB=9.8$ و $ferritin=4$ داشت و به دنبال علت آنمی ، متوجه AUB در بیمار شدیم.
- بیمار درد شکم نداشته، ترشحات غیر طبیعی واژن نداشته، تب نداشته، ترشح از پستان نداشته، موی زائد و آکنه ذکر نمیکند(سابقه PCO منفی)، عدم مصرف قرص ضد بارداری، سابقه اختلالات تیروئید نداشته، سابقه باروری بیمار شامل ۳ فرزند هست که به صورت NVD بوده

- PMH:DM(3 YEARS AGO)
- PSH:NEG
- DH: Tab Metformin 500 mg TDS / ATORVASTATIN 40 mg DAILY
- AH:NEG
- HH:NEG
- FH:NEG

Physical exam

- General appearance: weight=81 height= 160 BMI=31.6
- Skin: icter neg pale pos acne neg hirsutism neg
- Eye: neg
- Pulmonary: clear/ distress neg
- Cardiac: s1 & s2
- Breast= galactorrhea
- Limbs: pulse
- Abdomen: tender guarding riband mass neg
- Cervix & Vaginal:bleeding lesion tender neg

definition

Definition of Normal Menstrual Cycle

Parameter	Normal Range
-----------	--------------

Cycle length	24–38 days
--------------	------------

Bleeding duration	4–8 days
-------------------	----------

Blood loss volume	5–80 mL
-------------------	---------

definition

- AUB refers to bleeding from the uterine corpus that is abnormal in regularity, volume, frequency, or duration and occurs in non-pregnant women
- Amenorrhea=Absence of menstruation ≥ 3 months (if previously regular) or ≥ 6 months (if irregular)
- Oligomenorrhea=Cycles >38 days apart but <6 months
- Polymenorrhea=Cycles <24 days apart
- Menorrhagia / Heavy Menstrual Bleeding (HMB)=Bleeding >80 mL or >8 days
- Spotting=Light bleeding or small drops of blood between periods

Etiologic Classification — FIGO PALM–COEIN System

- P – Polyp
 - A – Adenomyosis
 - L – Leiomyoma (fibroid)
 - M – Malignancy & Hyperplasia
 -
- C – Coagulopathy
 - O – Ovulatory dysfunction
 - E – Endometrial causes
 - I – Iatrogenic
 - N – Not yet classified

Risk Factors for AUB

- ◆ AUB-O (Ovulatory dysfunction)
 - Polycystic ovary syndrome (PCOS)
 - Obesity
 - Stress, excessive exercise, rapid weight loss
 - Thyroid disorders
 - Hyperprolactinemia
 - Diabetes or insulin resistance
 - Premature ovarian insufficiency (POI)
 - Medications suppressing ovulation (OCPs, antipsychotics, antidepressants)

Risk Factors for AUB

- Structural causes (PALM)
- Increasing age (>40)
- Nulliparity
- Obesity
- Prolonged unopposed estrogen exposure
- Family history of fibroids or endometrial cancer
- Early menarche or late menopause
- Hypertension and diabetes (for malignancy risk)

Risk Factors for AUB

- Coagulopathy (AUB-C)
- Heavy bleeding since menarche
- von Willebrand disease, platelet disorders
- Use of anticoagulants (warfarin, heparin, DOACs)
- Family history of bleeding tendency

Risk Factors for AUB

- Iatrogenic (AUB-I)
- Hormonal contraceptives (especially initial months)
- Copper or levonorgestrol IUD
- Tamoxifen
- Anticoagulants
- SSRIs and antipsychotics (via hyperprolactinemia)

Risk Factors for AUB

- Malignancy / Hyperplasia (AUB-M)
- Age ≥ 45 years
- Obesity
- Chronic anovulation (e.g., PCOS)
- Diabetes
- Hypertension
- Unopposed estrogen therapy
- Tamoxifen use
- Family history (endometrial or colorectal cancer, Lynch syndrome)
- Late menopause
- Endometrial (AUB-E)
- Local endometrial dysfunction
- Chronic endometritis

approach

Focused History

Bleeding pattern=Duration, frequency, amount, clots, intermenstrual, postcoital

Menstrual history=Menarche age, cycle regularity, recent changes

Hormonal symptoms= Galactorrhea, hirsutism, acne, hot flashes

Medications=Contraceptives, anticoagulants, tamoxifen, psych meds

Systemic diseases=Thyroid, diabetes, coagulopathy, PCOS

Obstetric history=Parity, abortions, lactation

Family history=AUB, endometrial or colon cancer

Systemic symptoms=Fatigue, bruising, pallor

approach

- Pelvic exam with speculum and bimanual assessment.
- Exclude non-uterine origins:
- Cervix (ectropion, polyp, cancer)
- Vagina (trauma, atrophy, infection)
- Urinary or rectal sources

approach

- Physical Examination
- General=BMI, pallor, hirsutism, thyroid signs
- Breasts=Galactorrhea (hyperprolactinemia)
- Abdomen=Uterine enlargement or mass
- Pelvic (speculum + bimanual)Source of bleeding, cervical lesions, uterine tenderness or irregularity

approach

- Rule out pregnancy
- Mandatory for all reproductive-age women
- β -hCG test (serum or urine)
- Pregnancy-related causes: threatened abortion, ectopic pregnancy, molar pregnancy

approach

- Laboratory Tests
- Initial for all:
- β -hCG $\rightarrow$ exclude pregnancy
- CBC $\rightarrow$ anemia evaluation
- TSH $\rightarrow$ thyroid dysfunction screening
- Targeted tests:
- Test Indication
- Prolactin=Amenorrhea or galactorrhea
- FSH/LH= PCOS
- Androgens (Testosterone, DHEAS)=Hyperandrogenism
- Coagulation profile= (PT, aPTT, vWF)Teenagers, family history of bleeding
- Estradiol / Progesterone Cycle evaluation

approach

- Imaging
- First-line:
- Transvaginal ultrasound (TVUS)
- → Evaluates uterine size, endometrial thickness, fibroids, polyps, ovarian pathology

approach

- Endometrial thickness guide:
- Postmenopausal $>4-5$ mm $\rightarrow$ biopsy indicated
- Reproductive age: interpret relative to menstrual phase

approach

- Endometrial Sampling (Biopsy)
- Indications (UpToDate / ACOG):
- GroupIndication
- Age ≥ 45 yrAll women with AUB
- Age < 45 yrIf any of the following:
 - • Persistent or heavy bleeding despite therapy
 - • Chronic anovulation (e.g., PCOS, obesity)
 - • Unopposed estrogen exposure
 - • Family history of endometrial or Lynch-related cancer

اپروچ به بیمار پزشکی خانواده

• شرح حال و معاینه و انجام تستهای آزمایشگاهی و سونوگرافی (۴۰۴/۷/۸)

Uterus & Ovaries Sonography

Uterus has an enlarged, dimmension, and heterogeneous echogenicity (110×61 mm)

Some degrees of adenomyosis is detected.

Endometrial thickness is 17 mm (increased and heterogeneous).

Both ovaries have normal size and echotexture:

Right ovary: 31×24 mm

Left ovary: 28×27 mm

No focal lesion is seen in the adnexal regions bilaterally.

No free fluid in the cul-de-sac cavity is seen

treatment

خفیف = درمان دارویی: NSAIDs / ترکیبی ocps / پروژسترون / IUD حاوی لوونورسترول (میرنا)

متوسط تا شدید و عدم درمان موثر: آنالوگ های GNRH برای مهار استروژن

جراحی = هیسترکتومی یا آدنومیومکتومی

آندومتر = بیوپسی

آندومتر پرولیفراتیو: درمان دارویی مثل OCP

هایپرپلازی آندومتر بدون آتیپی: درمان با پروژسترون خوراکی یا میرنا (موضعی و نازک کردن آندومتر و کاهش خونریزی) و پیگیری با بیوپسی ۶ ماه بعد و کنترل قند

هایپرپلازی با آتیپی: بچه نمیکند = هیسترکتومی / بچه میکند = درمان با پروژسترون با دوز بالا و پیگیری

آدنوکارسینوم آندومتر = ارجاع به انکولوژی زنان برای جراحی قطعی = هیسترکتومی + - برداشتن تخمدانها

سطوح پیشگیری

سطح صفر: پیشگیری اولیه بنیادی

- هدف: پیشگیری از ایجاد عوامل خطر قبل از اینکه اصلاً شکل بگیرند.
- یعنی کاری کنیم که شرایطی که منجر به AUB میشود اصلاً به وجود نیاید.
- ترویج سبک زندگی سالم از نوجوانی آموزش تغذیه مناسب، فعالیت بدنی منظم، پرهیز از چاقی و استرس زیاد
- آموزش سلامت باروری در مدارس آموزش درباره سیکل قاعدگی طبیعی و زمان مراجعه در صورت بینظم
- پیشگیری از چاقی در کودکان و نوجوانان چون چاقی در آینده باعث PCOS و آنولاسیون میشود
- پیشگیری از بیماریهای مزمن کنترل دیابت، تیروئید و فشارخون از سنین پایین
- واکسیناسیون HPV برای پیشگیری از سرطان و ضایعات دهانه رحم که میتوانند منجر به خونریزی غیرطبیعی شوند
- دسترسی برابر به مراقبتهای بهداشتی زنانجولوگیری از تأخیر در تشخیص و درمان مشکلات رحمی

سطح اول:پیشگیری اولیه

- هدف: پیشگیری از بروز AUB قبل از اینکه اتفاق بیفتد. یعنی پیشگیری از اختلال تخمکگذاری، تغییرات اندومتر و علل ساختاری با اصلاح عوامل خطر و سبک زندگی.
- تنظیم هورمونی درمان به موقع اختلالات تخمکگذاری، PCOS، تیروئید و سایر بیماریهای غدد
- کنترل وزن کاهش وزن در زنان چاق باعث کاهش استروژن محیطی و پیشگیری از آنولاسیون میشود
- استفاده صحیح از هورمونها استفاده از قرصهای ترکیبی استروژن-پروژسترون به جای استروژن تنها، بهویژه در زنان با رحم سالم
- اجتناب از مصرف بیرویه استروژن در درمان یائسگی همیشه باید پروژسترون همراه استروژن تجویز شود
- اصلاح سبک زندگی ورزش منظم، کنترل استرس، تغذیه مناسب، خواب کافی
- درمان بیماریهای زمینهای کنترل دیابت، پرفشاری خون، و بیماریهای تیروئید
- آموزش نوجوانان آموزش به دختران در مورد چرخه طبیعی قاعدگی و زمان مراجعه در صورت بینظمی
- واکسیناسیون HPV برای پیشگیری از ضایعات دهانه رحم
- برای پیشگیری از ضایعات دهانه رحم که میتواند موجب خونریزی غیرطبیعی شود

سطح دوم: پیشگیری ثانویه

- هدف: شناسایی و درمان زودهنگام AUB یا عوامل خطر آن تا از پیشرفت بیماری یا عوارض جلوگیری شود
- پایش سیکل قاعدگی آموزش زنان برای ثبت زمان، مدت و شدت پریودها (مثلاً با اپلیکیشن یا دفترچه
- غربالگری اختلالات هورمونی انجام آزمایش TSH، پرولاکتین، LH/FSH در زنان با بینظمی سیکل
- ارزیابی زودهنگام توسط متخصص زنانمرآجه سریع در صورت خونریزی سنگین یا طولانی برای پیشگیری از کمخونی و هایپرپلازی
- سونوگرافی لگنتشخیص زودرس فیبروم، پولیپ یا آدنومیوز
- نمونهبرداری اندومتر (در صورت اندیکاسیون) تشخیص زودهنگام هایپرپلازی یا سرطان آندومتر
- بررسی اختلالات انعقادیمخصوصاً در نوجوانان یا کسانی که از منارک خونریزی شدید دارند
- پیشگیری از کمخونی تجویز مکمل آهن در خانمهایی که خونریزی شدید دارند

سطح سوم: پیشگیری ثالثیه

- هدف: پیشگیری از عوارض، ناتوانی یا عود بیماری در بیمارانی که AUB دارند
- درمان علت زمینه‌ای درمان فیبروم، آدنومیوز، هایپرپلازی یا اختلالات تخمکگذاری
- درمان دارویی مؤثر استفاده از درمان‌های هورمونی طولانی‌مدت مثل UD|حاوی لوونورژسترل (LNG-IUS)، پروژسترون سیکلیک، یا OCP
- پیشگیری از عود انجام پیگیری منظم با سونوگرافی یا بایوپسی در بیماران پرخطر
- مدیریت کمخونی مصرف آهن خوراکی یا تزریقی، اصلاح تغذیه، و در موارد شدید تزریق خون
- پیشگیری از بدخیمی اندومتر پیگیری دقیق بیماران با هایپرپلازی آندومتر یا سابقه استروژن بدون پروژسترون
- حفظ باروری در زنان جوان، درمان‌های محافظه کارانه به جای هیسترکتومی
- آموزش بیمار آموزش علائم هشداردهنده عود و اهمیت ادامه درمان دارویی

سطح چهارم: پیشگیری ربعی

- هدف: جلوگیری از آسیب ناشی از مداخلات غیرضروری پزشکی و محافظت از بیمار در برابر iatrogenic harm و overtreatment
- پرهیز از آزمایش و درمان غیرضروری
- مثل انجام بایوپسی یا هیستروسکوپی بدون اندیکاسیون واقعی
- انتخاب درمان بر اساس شواهد ((Evidence-based جلوگیری از تجویز نابجا یا طولانی مدت داروهای هورمونی
- درمان متناسب با سن و شرایط بیمار در دختران نوجوان یا خانمهای یائسه از روشهای ملایمتر شروع شود
- اجتناب از جراحی غیرضروری مثل هیستریکتومی زودهنگام بدون بررسی کامل علت
- احترام به ترجیحات بیمار (Shared decision-making) تصمیمگیری مشترک برای روش درمانی مناسب
- حمایت روانی و آموزشی از بیمار برای کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی