

Sangramento uterino anormal

Protocolos Febrasgo

Ginecologia – nº 42 – 2018



DIRETORIA DA FEBRASGO 2016 / 2019

César Eduardo Fernandes

Presidente

Corintio Mariani Neto

Diretor Administrativo/Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá

Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade

Diretor de Defesa e Valorização
Profissional

Alex Bortotto Garcia

Vice-Presidente

Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina

Vice-Presidente

Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo

Vice-Presidente

Região Norte

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Vice-Presidente

Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender

Vice-Presidente

Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA ENDÓCRINA – 2016 / 2019

Presidente

Cristina Laguna Benetti Pinto

Vice-Presidente

Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva

Secretário

Gustavo Arantes Rosa Maciel

Membros

Andrea Prestes Nácul
Bruno Ramalho de Carvalho
Daniela Angerame Yela
Edmund Chada Baracat
Ionara Diniz Evangelista Santos Barcelos
José Maria Soares Júnior
Laura Olinda Bregieiro Fernandes Costa
Mario Vicente Giordano
Poli Mara Spritzer
Sebastião Freitas de Medeiros
Técia Maria de Oliveira Maranhão

Sangramento uterino anormal

Daniela Angerame Yela¹

Cristina Laguna Benetti-Pinto²

Descritores

Sangramento uterino anormal; Sangramento menstrual intenso; Menstruação excessiva; PALM-COEIN

CID

N92

Como citar?

Yela DA, Benetti-Pinto CL. Sangramento uterino anormal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO), 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 42/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).

Introdução

O sangramento uterino anormal (SUA) é um distúrbio em que um ou mais dos parâmetros do sangramento uterino normal está alterado: quantidade, duração ou frequência.⁽¹⁾ É também definido como perda menstrual excessiva, com repercussões físicas, emocionais, sociais e materiais na qualidade de vida da mulher, que podem ocorrer isoladamente ou em combinação com outros sintomas.⁽²⁾ O SUA é uma condição comum que afeta até 40% de mulheres no mundo, impacta negativamente sobre a qualidade de vida das mulheres, sendo a vida social e os relacionamentos prejudicados em quase dois terços dos casos.^(3,4)

¹Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Ginecologia nº 42, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

Etiologia

A nomenclatura referente ao sistema de classificação para as causas de SUA foi revisada pela FIGO, no início de 2011, para facilitar a comunicação, o atendimento e a pesquisa. São nove categorias dispostas de acordo com a sigla PALM-COEIN: pólipo, adenomiose, leiomioma, malignidade e hiperplasia do endométrio, coagulopatia, disfunção ovulatória, endometrial, iatrogênica e causas não classificadas.⁽⁵⁾ A prevalência dos pólipos endometriais varia de 7,8% a 34%, em mulheres com sangramento uterino anormal, sendo mais comuns em mulheres na peri e pós-menopausa.⁽⁶⁾ Na adenomiose, a sintomatologia é variável, destacando-se dor pélvica, fluxo menstrual prolongado na fase folicular ou sangramento de maior volume, e relacionam-se, essencialmente, com a profundidade do miométrio atingido. As estimativas da prevalência de adenomiose variam amplamente, de 5% a 70%, em parte, pela inconsistência do diagnóstico.⁽⁷⁾ Nos miomas, os sintomas variam de acordo com a localização. Os submucosos são os mais envolvidos com o SUA. Os miomas são classificados, segundo a FIGO, em submucosos, intramurais e subserosos, tipo 0 a 8 (Quadro 1).⁽⁵⁾ A malignidade, embora deva ser lembrada em todas as etapas da vida, tem sua incidência aumentada após a menopausa.⁽⁸⁾ Qualquer alteração dos mecanismos de coagulação pode se expressar clinicamente por SUA. A causa mais comum é a doença de von Willebrand, porém, também, devem ser lembradas hemofilia, disfunções plaquetárias, púrpura trombocitopênica e os distúrbios de coagulação associados a doenças como hepatopatias, leucemia.⁽⁹⁾ Os sangramentos anovulatórios podem ocorrer em qualquer época, embora se concentrem nos extremos do período reprodutivo. Devem ser inclusos, além dos sangramentos anovulatórios, os sangramentos irregulares decorrentes de outras disfunções ovulatórias (como a insuficiência do corpo lúteo

e o encurtamento da fase folicular da pré-menopausa).⁽⁵⁾ Distúrbios primários do endométrio, frequentemente, manifestam-se como alterações de hemostasia endometrial local, decorrente de resposta inflamatória, como, por exemplo, na doença inflamatória pélvica.⁽⁵⁾ Entre as causas iatrogênicas responsáveis por SUA, devem ser lembrados os sistemas intrauterinos medicados ou inertes e agentes farmacológicos que alteram diretamente o endométrio, interferindo nos mecanismos de coagulação do sangue, ou influenciando a ovulação. Os anticoncepcionais hormonais estão, com frequência, associados a sangramentos intermenstruais e manchas (*spotting*). Outros medicamentos são anti-coagulantes, ácido acetilsalicílico, antiepilépticos, hormônios da tireoide, antidepressivos, tamoxifeno e corticosteroides.⁽⁵⁾ Entre as causas não classificadas, incluem-se as lesões locais ou condições sistêmicas raras que podem causar SUA, a exemplo das más-formações arterio-venosas, da hipertrofia miometrial, da istmocele e das alterações müllerianas.⁽⁵⁾

Quadro 1. Classificação de miomas da FIGO

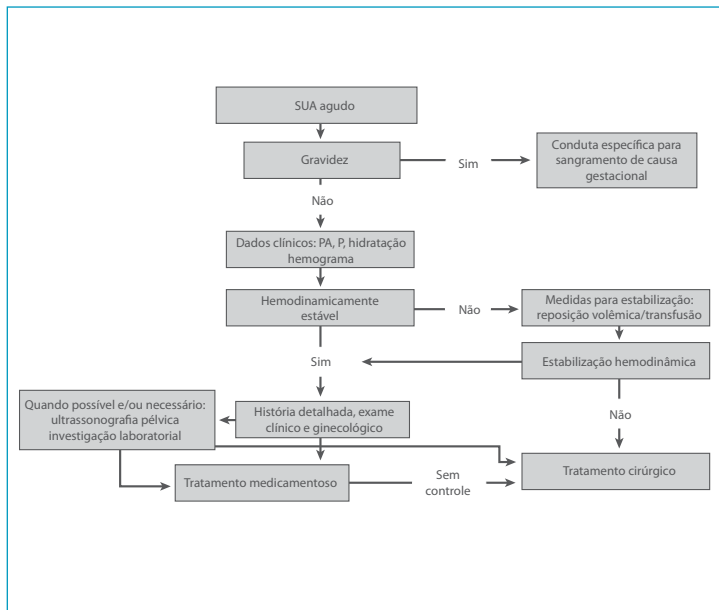
Submucoso	0	Intracavitário pediculado
	1	< 50% intramural
	2	≥ 50% intramural
Outros	3	100% intramural / contato com endométrio
	4	Intramural
	5	Subseroso ≥ 50% intramural
	6	Subseroso < 50% intramural
	7	Subseroso pediculado
	8	Outros (cervical, parasita)
Híbrido	Listar 2 números separados por hífen. O primeiro se refere a relação com o endométrio e o segundo com a serosa	
	2-5	Submucoso ao subseroso

Fonte: Traduzido e adaptado de Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011 ;113(1):3–13.⁽⁵⁾

Diagnóstico

Para o diagnóstico do SUA é necessária uma história clara do sangramento, anamnese detalhada e avaliação inicial com exame físico geral, abdominal e pélvico.⁽¹⁰⁾ Para quantificar o sangramento, pode-se utilizar o Pictorial Blood Assessment Chart (PBCA).⁽¹¹⁾ Além disso, inicialmente, deve-se solicitar beta hCG e hemograma completo, bem como realizar uma avaliação ultrassonográfica para afastar causas estruturais, lembrando que, nas mulheres na menacme, esse exame deve ser realizado preferencialmente após o sangramento. A avaliação secundária pode ser realizada, quando necessário, com histerossonografia, histeroscopia e biópsia de endométrio. Causas sistêmicas devem ser pesquisadas através de tempo de sangramento e de coagulação, de contagem de plaquetas, de dosagem de prolactina e de provas de função tiroideana. As outras dosagens hormonais são, em geral, dispensadas e só justificam-se em uns poucos casos.⁽¹⁰⁾ Em algumas situações, deve-se investigar o endométrio através de biópsia (pode ser por *pipelle*, cureta de Novak, curetagem ou histeroscopia): mulheres sem evidência de lesão estrutural com espessamento do endométrio, especialmente nas obesas, com idade acima de 45 anos, ou na presença de fatores de risco para câncer de endométrio; uso de estrogênio persistentemente sem oposição por progestagênio; SUA persistente, com falha das terapêuticas utilizadas e dúvida no diagnóstico.⁽¹²⁾ No SUA agudo, a gravidade do quadro clínico e as condições de atendimento nem sempre permitem que a causa específica do sangramento possa ser investigada antes da instituição da terapêutica, porém o raciocínio sobre as prováveis causas auxiliará na abordagem dessas mulheres (Figura 1). Especial atenção para as jovens com

história de sangramento abundante desde a menarca, pois pode levar à anemia. Nessa situação, considerar a presença de coagulopatia congênita ou adquirida.⁽¹³⁾



Fonte: Traduzido e adaptado de Kadir RA, Economides DL, Sabin CA, Owens D, Lee CA. Frequency of inherited bleeding disorders in women with menorrhagia. *Lancet*. 1998;351(9101):485–9.⁽¹³⁾

Figura 1. Fluxograma para a propedêutica do SUA agudo

Tratamento

Causas estruturais

Quando se avaliam as causas estruturais, há uma modalidade terapêutica específica para cada causa. Os pólipos são tratados

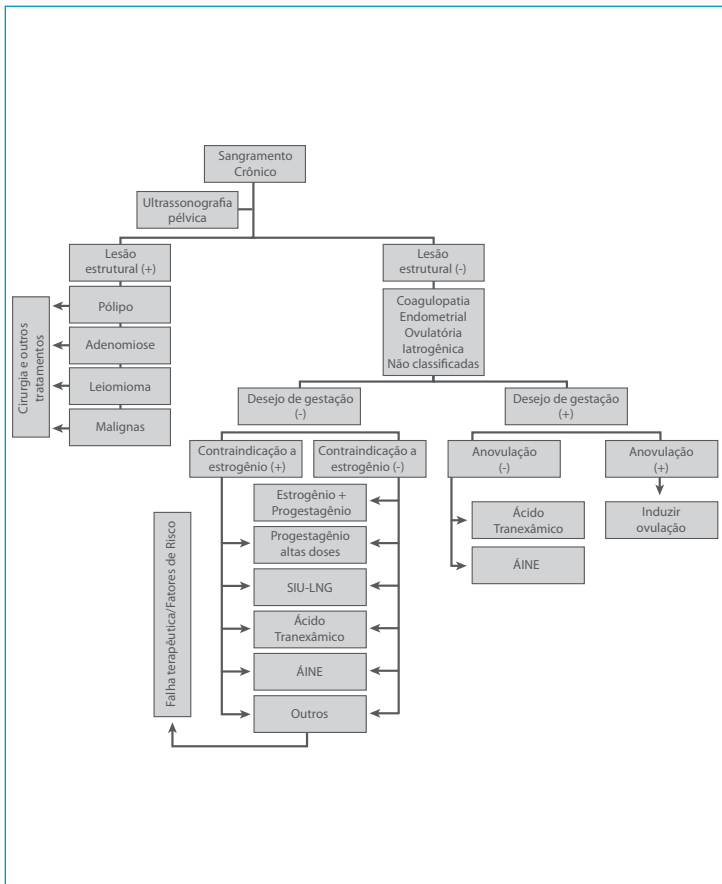
com polipectomia histeroscópica; os miomas podem ser submetidos a tratamento farmacológico, que tem como opções os mesmos medicamentos disponíveis para a redução do sangramento de causa não estrutural. Não havendo resposta ao tratamento clínico, deve-se considerar a abordagem cirúrgica, na qual a via e o tipo de abordagem dependerão do número, da localização, do tamanho do mioma e do desejo futuro de concepção. De acordo com a proporção de componente submucoso ou intramural, define-se a melhor abordagem cirúrgica. Nos casos em que a maior parte da lesão encontra-se intracavitária, a exérese pode ser exclusivamente histeroscópica, enquanto que lesões com grande componente intramural devem ser realizadas por laparoscopia ou laparotomia.^(14,15) Em miomas muito grandes, pode ser utilizado análogo de GnRH previamente à cirurgia, para redução do volume.⁽¹⁶⁾ Na impossibilidade de realização de miomectomia, ou quando não há desejo de preservar a fertilidade, a histerectomia está indicada no controle do SUA. Pode ser realizada por via vaginal, laparoscópica ou laparotômica.⁽¹⁵⁾ Em alguns casos de miomas uterinos que se deseja preservar a fertilidade e, também, em casos de adenomiose severa, outra técnica que pode ser empregada é a embolização das artérias uterinas.⁽¹⁷⁾ A adenomiose geralmente é tratada com histerectomia. Porém estudos mostram que os sintomas podem ser controlados com terapias supressivas semelhantes às utilizadas para SUA sem alteração estrutural, quando se deseja manter a capacidade reprodutiva.⁽¹⁸⁾ As alterações neoplásicas e pré-neoplásicas do endométrio têm grande importância como diagnóstico diferencial, porém têm conduta particularizada que não será abordada neste capítulo.

Causas não estruturais

O tratamento pode ser medicamentoso ou cirúrgico (Figura 2). O tratamento medicamentoso do SUA baseia-se na ação dos esteroides sexuais e de outros mediadores inflamatórios sobre o endométrio, além do controle hemostático do sangramento. As opções disponíveis são: tratamento hormonal (estrogênio e progestagênio combinados; progestagênio oral cíclico ou contínuo; progestagênio injetável; sistema uterino liberador de levonorgestrel) e tratamento não hormonal (anti-inflamatórios; antifibrinolíticos) (Quadro 2). Os contraceptivos combinados contendo estrogênio e progestagênio reduzem a perda sanguínea menstrual em 35% a 72%, sendo uma opção terapêutica para a maioria das causas de SUA sem alteração estrutural.^(19,20) Recentemente, uma formulação contendo dienogeste associado ao valerato de estradiol mostrou redução do sangramento menstrual, tendo sua indicação para esta finalidade.⁽²¹⁾ Os progestagênios promovem a atrofia endometrial por vários mecanismos e têm ação anti-inflamatória, porém ainda há lacunas no conhecimento de como promovem redução do sangramento. Embora possam ser indicados para a maioria das mulheres, seu uso é particularmente relevante para as que apresentam contraindicação ou não toleram o uso de estrogênios. Há diferentes progestagênios, utilizados por diferentes vias e doses, sendo seu uso contínuo, cíclico, por via oral, injetável ou via intrauterina. O principal limitante ao uso contínuo de progestagênio isolado são os sangramentos inesperados decorrentes da atrofia endometrial. Os progestagênios podem apresentar efeitos colaterais como sangramentos irregulares, mastalgia, cefaleia, edema e acne, que podem limitar seu uso.⁽²²⁾ Não há evidências

conclusivas acerca do uso do progestagênio injetável de depósito no SUA, porém há estudos mostrando que pode promover amenorreia em até 24% das mulheres, sugerindo que seja uma boa opção para mulheres com sangramento aumentado. Os efeitos colaterais, frequentemente, levam à interrupção de sua utilização, principalmente por sangramentos irregulares, ganho de peso, cefaleia.⁽²³⁾ Não há estudos suficientes para apontar o uso do implante de etonorgestrel no SUA. O SIU-LNG libera 20 mcg de levonorgestrel diariamente, resultando, por vários mecanismos, em atrofia endometrial, com redução do sangramento. É considerado mais efetivo para o controle do SUA do que os tratamentos orais. Além da grande redução, de 71% a 96%, no volume de sangramento e consequente melhoria na qualidade de vida, parece ter melhor aceitação, considerando o tratamento prolongado, com menor incidência de efeitos adversos.⁽²⁴⁾ Este método não deve ser usado quando a cavidade uterina não é regular devido ao risco aumentado de expulsão. O efeito adverso mais relatado é a ocorrência de sangramento inesperado, mais frequentemente nos primeiros meses de uso. Nessa situação, a utilização de anti-inflamatórios não hormonais pode propiciar benefícios.⁽²⁵⁾ O tratamento não hormonal do SUA inclui o uso de antifibrinolíticos ou de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE). Está particularmente indicado para mulheres que não desejam usar hormônios ou que tenham contraindicação ao uso de hormônios, além de mulheres com desejo de gestação. Os antifibrinolíticos são medicações que atuam reduzindo a fibrinólise, podendo reduzir o sangramento. O ácido tranexâmico é um antifibrinolítico com meia-vida curta, devendo ser usado 3 a 4 vezes ao dia, com dose recomendada variável de acordo com

diferentes fontes da literatura. Os efeitos colaterais são poucos e relacionados a sintomas gastrointestinais. São contraindicações ao ácido tranexâmico a história de tromboembolismo ou insuficiência renal. Pode-se esperar uma redução de até 50% no volume de sangramento.⁽²⁶⁾ Os AINEs exercem sua ação por meio da inibição da ciclo-oxigenase, que é a enzima que catalisa a transformação de ácido araquidônico para prostaglandina e tromboxane. Podem ser usados isoladamente ou como terapia adjuvante de um tratamento hormonal. Talvez, o AINE mais estudado com essa finalidade seja o ácido mefenâmico, que proporciona redução de 25% a 50% no volume de sangramento. Deve ser usado durante a menstruação e apresenta o benefício da redução da dismenorreia. Os efeitos colaterais mais frequentes estão relacionados a efeitos gastrointestinais, devendo ser evitados em mulheres com história de úlcera péptica.^(25,27) Outras opções terapêuticas são os análogos do GnRH, podendo estes serem considerados antes de uma cirurgia, por exemplo, em miomas, em especial para possibilitar a recuperação do organismo e a redução do volume. São utilizados quando outros métodos hormonais estão contraindicados, por período de tempo curto, até que as condições para uma cirurgia sejam adequadas. É preciso considerar seu custo e efeitos colaterais frequentes. As evidências para o uso de desmopressina em SUA por doença de von Willebrand são reduzidas e ainda inconclusivas para que seja recomendada.⁽²⁸⁾ O tratamento cirúrgico no SUA sem causa estrutural é indicado quando há falha do tratamento clínico. Dentre as formas de tratamento cirúrgico, destaca-se a ablação do endométrio e a histerectomia.⁽²⁹⁾



Fonte: Traduzido e adaptado de Fergusson RJ, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Nov;(11):CD000329.⁽²⁹⁾

Figura 2. Fluxograma para o tratamento do SUA

Quadro 2. Tratamento medicamentoso para SUA

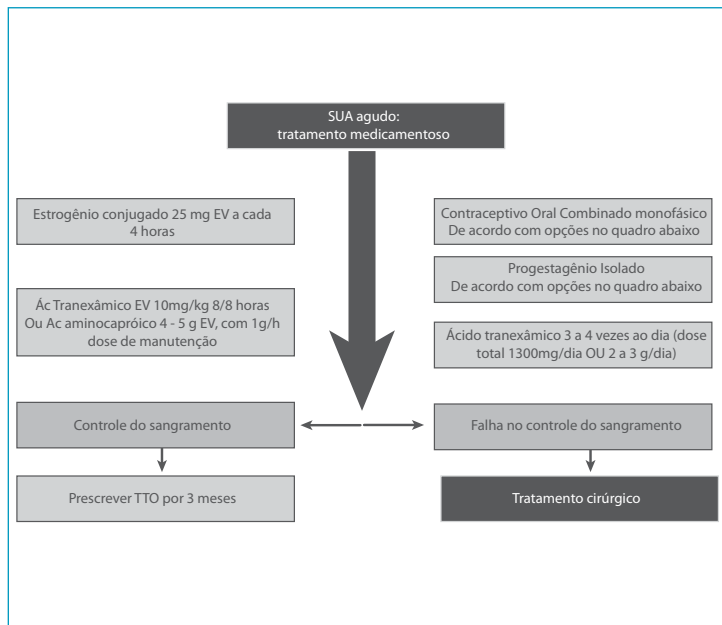
Medicação	Regime	Eficácia
Contraceptivos orais combinados	Sangramento agudo Contraceptivos com etinilestradiol 30 mcg ou 35 mcg 1 compr./dia 8/8 horas por 7 dias, seguido de 1 compr./dia por 3 semanas. Sangramento crônico: contraceptivos orais combinados, combinados transdérmicos ou anel vaginal combinado - todos com posologia de bula.	Alta
Progestagênio Oral	Sangramento agudo Acetato de medroxiprogesterona 20 mg de 8/8 horas por 7 dias. Sangramento crônico Acetato de medroxiprogesterona oral (2,5 mg - 10 mg) ou acetato de noretisterona (2,5 mg - 5mg) ou acetato de megestrol (40 mg - 320 mg) com posologia de bula ou progesterona micronizada (200 mg - 400 mg), didrogestrona (10 mg). Sem disfunção ovulatória: 1 compr./dia do D5 ao D26 do ciclo ou contínuo. Com disfunção ovulatória: adequar dose/dia, uso por duas semanas a cada quatro semanas.	Alta
Sistema intra-uterino de levonorgestrel	Sangramento crônico Colocação do SIU-LNG a cada cinco anos, com liberação de 20 mcg/dia.	Alta
Acetato de medroxiprogesterona de depósito	Sangramento crônico 150 mg intramuscular injetados a cada 12 semanas.	Baixa/ Moderado
Análogo de GnRH	Sangramento crônico Acetato de leuprolida (3,75 mg mensal ou 11,25 mg trimestrais) intramuscular OU goserelina (3,6 mg mensal ou 10,8 mg trimestral) ou subcutâneo.	Alta
Anti-inflamatório não esteroideal	Sangramento crônico Ibuprofeno 600 mg a 800 mg de 8/8 horas OU ácido mefenâmico 500 mg de 8/8 horas.	Moderado
Ácido tranexâmico	Sangramento crônico • Swedish Medical Products Agency (MPA): 1 g - 1,5 g, 3 a 4 vezes ao dia, oralmente, por 3 a 4 dias (podendo ser aumentada para até 1 g, 6 vezes ao dia). • European Medicines Agency (EMA): 1 g, 3 vezes ao dia por 4 dias (podendo ser aumentada, mas respeitando-se a dose máxima de 4 g por dia). • U.S. Food and Drug Administration (FDA): 1,3 g, 3 vezes ao dia, por até 5 dias. OU 10 mg/kg via intravenosa (com dose máxima de 600 mg/ dose, de 8/8 horas por 5 dias (em casos de sangramento sem lesão estrutural).	Alta

Fonte: Sangramento uterino anormal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2017. 39p. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 7/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).⁽³⁰⁾

Tratamento do sangramento uterino anormal agudo

Os objetivos do tratamento do SUA agudo são controlar o sangramento atual, estabilizar a mulher e reduzir o risco de perda sanguínea excessiva nos ciclos seguintes. O tratamento pode ser cirúrgico ou através de medicamentos, com diferentes opções. A escolha do tratamento depende da estabilidade hemodinâmica, nível de hemoglobina, da suspeita da etiologia do sangramento, de comorbidades apresentadas pela paciente, do desejo reprodutivo. O tratamento de escolha inicialmente é medicamentoso, podendo ser hormonal ou não hormonal. As opções hormonais disponíveis, muitas vezes, com evidências científicas limitadas para o SUA agudo, são o uso de estrogênio conjugado endovenoso, estradiol isolado por via oral, contraceptivo oral combinado e progestagênios isolados. Os antifibrinolíticos e os AINEs são opções para tratamento não hormonal (Figura 3) (Quadro 3).⁽³¹⁾ O ácido tranexâmico é considerado um tratamento de primeira linha em casos de sangramento menstrual intenso, tem elevados índices de eficácia e segurança. Reduz a perda menstrual em 34% a 54%. Pode ser usado em associação ao tratamento hormonal.^(32,33) (D,A) Os AINEs, comumente, são utilizados em associação ao tratamento hormonal, sendo eficazes na diminuição do volume do sangramento e alívio de desconforto pélvico.⁽³⁴⁾ A decisão quanto à internação baseia-se no volume do sangramento, na estabilidade hemodinâmica e nos níveis de hemoglobina no momento do atendimento. Após o controle do sangramento, o tratamento será mantido por uma das opções de tratamento hormonal citadas para mulheres atendidas ambulatoriamente.⁽³¹⁾ Os tratamentos cirúrgicos incluem curetagem, ablação endome-

trial, embolização da artéria uterina e histerectomia, sendo a escolha baseada nas condições clínicas e no desejo reprodutivo da mulher.^(9,31) Alguns estudos relatam o uso de sonda folley insuflada com 30 ml como balão de tamponamento como uma alternativa que apresenta um bom controle momentâneo do sangramento, porém com resultados apresentados em estudos do tipo relatos de casos.⁽³⁵⁾



Fonte: Traduzido e adaptado de Munro MG; Southern California Permanente Medical Group's Abnormal Uterine Bleeding Working Group. Acute uterine bleeding unrelated to pregnancy: a Southern California Permanente Medical Group practice guideline. Perm J. 2013;17(3):43-56.

Figura 3. Tratamento do SUA agudo

Quadro 3. Tratamento hormonal para SUA agudo

Contraceptivo oral combinado (30 a 35 mcg EE)	1 cp 3x/d até parar sangramento (pelo menos 2 dias) Após 1 cp/dia por 3 a 6 semanas
Contraceptivo oral combinado (30 a 35 mcg EE)	1 cp a cada 6 horas até parar sangramento Após 1 cp a cada 8 horas por 2 a 7 dias Após 1 cp a cada 12 horas por 2 a 7 dias, seguido por 1 cp ao dia
Progestagênio isolado: medroxiprogesterona	Medroxiprogesterona 60 a 120 mg/dia até parar sangramento (pelo menos 2 dias). Seguido por 20 a 40 mg/dia por 3 a 6 semanas
Progestagênio isolado: medroxiprogesterona	Medroxiprogesterona 10 mg a cada 4 horas (máximo 80 mg) até parar sangramento Após a cada 6 horas por 4 dias Após a cada 8 horas por 3 dias Após a cada 12 horas por 2 dias por 2 semanas, então diariamente
Progestagênio isolado: noretisterona	Noretisterona 5 a 15 mg/dia até parar sangramento (pelo menos 2 dias). Seguido por 5 a 10 mg/dia por 3 a 6 semanas
Progestagênio isolado: noretisterona	Noretisterona 5-10 mg cada 4 horas até parar sangramento Após a cada 6 horas por 4 dias Após a cada 8 horas por 3 dias Após a cada 12 horas por 2 dias, seguido por 1cp diariamente
Progestagênio isolado: megestrol	Megestrol 80 a 160 mg/dia até parar sangramento (pelo menos 2 dias) Após 40 a 80 mg/dia por 3 a 6 semanas

Fonte: Traduzido e adaptado de Munro MG; Southern California Permanente Medical Group's Abnormal Uterine Bleeding Working Group. Acute uterine bleeding unrelated to pregnancy: a Southern California Permanente Medical Group practice guideline. Perm J. 2013;17(3):43-56.^[31]

Recomendações finais

- Na avaliação etiológica do SUA, sempre, seguir o acrônimo PALM-COEIN.
- Para diagnóstico do SUA, deve-se inicialmente excluir gravidez nas mulheres em idade fértil e realizar uma avaliação ultrassonográfica pélvica para verificar se o SUA é de etiologia estrutural ou não.
- O tratamento do SUA depende de sua etiologia. Em geral, enquanto o SUA de etiologia estrutural é tratado cirurgicamente, o SUA não estrutural é tratado clinicamente.

- O tratamento cirúrgico do SUA não estrutural está indicado na falha do tratamento clínico.
- O SUA agudo com repercussão hemodinâmica requer estabilização da mulher antes da investigação etiológica.
- No SUA agudo, em geral, a primeira linha de tratamento é medicamentosa, ficando o tratamento cirúrgico para a falha ou contra-indicação a tratamento clínico ou nos casos de instabilidade hemodinâmica importante. A curetagem uterina, além de auxiliar na parada do sangramento agudo, fornece material para estudo histológico do endométrio. É relevante em mulheres na 5ª década, obesas, hipertensas ou que já tenham feito uso repetitivo de esteroides sexuais.

Referências

1. Fraser IS, Critchley HO, Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? *Hum Reprod.* 2007;22(3):635–43.
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. National Institute for Health and Clinical Excellence. Heavy menstrual bleeding. NICE clinical guideline 44 [Internet]. London, UK: RCOG Press; 2007.[cited 2018 Aug 19]. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG44FullGuideline.pdf>
3. Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL, Leyland N, et al.; Clinical Practice – Gynaecology Committee. Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(5):473–5.
4. Bitzer J, Serrani M, Lahav A. Women's attitudes towards heavy menstrual bleeding, and their impact on quality of life. *Open Access J Contraception.* 2013;4:21–8.
5. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011 ;113(1):3–13.
6. Clark TJ, Stevenson H. Endometrial Polyps and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-P): what is the relationship, how are they diagnosed and how are they treated? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017 ;40:89–104.
7. Cockerham AZ. Adenomyosis: a challenge in clinical gynecology. *J Midwifery Womens Health.* 2012;57(3):212–20.
8. van Hanegem N, Breijer MC, Khan KS, Clark TJ, Burger MP, Mol BW, et al. Diagnostic evaluation of the endometrium in postmenopausal bleeding: an evidence-based approach. *Maturitas.* 2011;68(2):155–64.

9. Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. ACOG Committee Opinion No. 557. *Obstet Gynecol.* 2013;121(4):891–6.
10. ACOG Committee on Practice Bulletins—Gynecology. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin: management of anovulatory bleeding. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;72(3):263–71.
11. Higham JM, O'Brien PM, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. *Br J Obstet Gynaecol.* 1990;97(8):734–9.
12. Bradley LD, Gueye NA. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(1):31–44.
13. Kadir RA, Economides DL, Sabin CA, Owens D, Lee CA. Frequency of inherited bleeding disorders in women with menorrhagia. *Lancet.* 1998;351(9101):485–9.
14. Di Spiezio Sardo A, Calagna G, Guida M, Perino A, Nappi C. Hysteroscopy and treatment of uterine polyps. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015;29(7):908–19.
15. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update.* 2016;22(6):665–86.
16. Moghissi KS. A clinician's guide to the use of gonadotropin-releasing hormone analogues in women. *Medscape Womens Health.* 2000;5(1):5.
17. Mara M, Kubinova K. Embolization of uterine fibroids from the point of view of the gynecologist: pros and cons. *Int J Womens Health.* 2014;6:623–9.
18. Pontis A, D'Alterio MN, Pirarba S, de Angelis C, Tinelli R, Angioni S. Adenomyosis: a systematic review of medical treatment. *Gynecol Endocrinol.* 2016;32(9):696–700.
19. Uhm S, Perriera L. Hormonal contraception as treatment for heavy menstrual bleeding: a systematic review. *Clin Obstet Gynecol.* 2014;57(4):694–717.
20. Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000 Feb;(2):CD000154.
21. Ahrendt HJ, Makalová D, Parke S, Mellinger U, Mansour D. Bleeding pattern and cycle control with an estradiol-based oral contraceptive: a seven-cycle, randomized comparative trial of estradiol valerate/dienogest and ethinyl estradiol/levonorgestrel. *Contraception.* 2009;80(5):436–44.
22. Hickey M, Higham JM, Fraser I. Progestogens with or without oestrogen for irregular uterine bleeding associated with anovulation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Sep;(9):CD001895.
23. Topozada HK, Koetsawang S, Aimakhu VE, Khan T, Pretnar-Darovec A, Chatterjee TK, et al. Multinational comparative clinical trial of long-acting injectable contraceptives: norethisterone enanthate given in two dosage regimens and depot-medroxyprogesterone acetate. Final report. *Contraception.* 1983;28(1):1–20.
24. Lethaby A, Hussain M, Rishworth JR, Rees MC. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Apr;(4):CD002126.
25. Maybin JA, Critchley HO. Medical management of heavy menstrual bleeding. *Womens Health (Lond).* 2016;12(1):27–34.

26. Tengborn L, Blombäck M, Berntorp E. Tranexamic acid—an old drug still going strong and making a revival. *Thromb Res.* 2015;135(2):231–42.
27. Lethaby A, Duckitt K, Farquhar C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jan;(1):CD000400.
28. Ray S, Ray A. Non-surgical interventions for treating heavy menstrual bleeding (menorrhagia) in women with bleeding disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov;(11):CD010338.
29. Fergusson RJ, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Nov;(11):CD000329.
30. Sangramento uterino anormal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2017. 39p. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 7/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endocrina).
31. Munro MG; Southern California Permanente Medical Group's Abnormal Uterine Bleeding Working Group. Acute uterine bleeding unrelated to pregnancy: a Southern California Permanente Medical Group practice guideline. *Perm J.* 2013;17(3):43–56.
32. Abu Hashim H. Medical treatment of idiopathic heavy menstrual bleeding. What is new? An evidence based approach. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;287(2):251–60.
33. Naoulou B, Tsai MC. Efficacy of tranexamic acid in the treatment of idiopathic and non-functional heavy menstrual bleeding: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91(5):529–37.
34. James AH, Kouides PA, Abdul-Kadir R, Dietrich JE, Edlund M, Federici AB, et al. Evaluation and management of acute menorrhagia in women with and without underlying bleeding disorders: consensus from an international expert panel. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;158(2):124–34.
35. Haamid F, Sass AE, Dietrich JE. Heavy Menstrual Bleeding in Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2017;30(3):335–40.



Portal Febrasgo

Você também pode ler os Protocolos Febrasgo online, pelo seu computador, tablet ou celular!

Acesse:

www.febrasgo.org.br/protocolos

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Veja alguns dos temas dos Protocolos Febrasgo:

Ginecologia:

- ★ Abordagem clínica das lesões mamárias palpáveis e não palpáveis
- ★ Abordagem clínica dos grupos de risco elevado para câncer de mama
- ★ Câncer de mama
- ★ Câncer de vulva e vagina
- ★ Câncer do colo uterino
- ★ Hiperplasia endometrial e câncer do corpo uterino
- ★ Lesões precursoras do câncer de mama (hiperplasias atípicas e carcinomas in situ)
- ★ Lesões pré-invasivas da vulva, vagina e colo uterino
- ★ Rastreamento do câncer de mama e propedêutica mamária

Obstetrícia

- ★ Anormalidades comportamentais no puerpério
- ★ Cesárea
- ★ Embolia Amniótica
- ★ Hemorragia Pós-Parto
- ★ Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legal
- ★ Morbidade febril, endometrite e sepse puerperal
- ★ Morbidade materna grave e near miss
- ★ Parada cardiorespiratória na Gestante
- ★ Rotura uterina



febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

