

Menstruazioni abbondanti

I rimedi a un problema piuttosto diffuso

di Giovanna Di Febbo

Con il termine di menorragia si indica un eccessivo sanguinamento nel corso del ciclo mestruale. Menstruazioni molto abbondanti, tali da richiedere l'uso di 6-10 assorbenti al giorno, e che si protraggono per sette o più giorni non sono normali, ma rappresentano un problema estremamente diffuso. Sembra, infatti, che circa una donna su venti in età premenopausale ne soffra. La menorragia è spesso una condizione imbarazzante e debilitante per la donna. Molte di queste, infatti, lamentano che le mestruazioni abbondanti hanno un impatto negativo sulla loro vita familiare, sull'attività lavorativa e sociale e sul tempo libero. Oltre a ridurre la qualità della vita, la menorragia può avere conseguenze sullo stato di salute della donna. Si stima che circa due terzi di queste donne soffrano di anemia da carenza di ferro per via delle eccessive e ripetute perdite di sangue mestruale. Quindi oltre al fastidio soggettivo di dover far fronte a questo inconveniente le donne soffrono anche dei sintomi dell'anemia cronica, quali stanchezza, palpitazioni e mancanza di fiato.

Data l'incidenza del fenomeno, e i risvolti fisici, medici e psicologici che ne derivano, la Società italiana di ginecologia e ostetricia (SIGO) ha attivato un gruppo di studio che affrontasse tutti gli aspetti del problema, da quelli epidemiologici, a quelli diagnostici e terapeutici. Il gruppo di studio ha così prodotto delle raccomandazioni utili non solo per il ginecologo, ma anche per il medico di medicina generale, perché strutturate su più livelli diagnostico-terapeutici, pubblicate sulla rivista *Italian Journal of Gynaecology Obstetrics* (vol. 18, n°4, ottobre-dicembre 2006) e consultabili anche in rete (www.sigo.it). Il tutto con l'intento di evitare terapie inutili o non adeguate, e soprattutto i sovra-trattamenti chirurgici.

Secondo la definizione classica, la mestruazione ha una durata media di cinque giorni, con una perdita

ematica solitamente modesta: 35-45 ml (il 91 per cento si perde nei primi tre giorni del flusso mestruale).

Le alterazioni in eccesso del ciclo mestruale possono essere suddivise in:

- menorragia: perdita mestruale regolare per data, ma abbondante per quantità, superiore a 80 ml per ciclo;
- metrorragia: sanguinamento anomalo e abbondante durante il ciclo;
- meno-metrorragia: l'associazione delle due precedenti;

- ipermenorrea: perdita mestruale di durata superiore ai 7 giorni;
- polimenorrea: mestruazioni che si ripetono a intervalli <21 giorni;
- iperpolimenorrea: l'associazione delle due precedenti;
- stitilicidio intermestruo: sanguinamento anomalo scarso nel corso del ciclo;

PATOGENESI

Le cause dei sanguinamenti uterini anomali sono quasi sempre di natura organica o disfunzionale, meno frequentemente iatrogena o da patologie extra-genitali.

E' comunque importante ricordare che una causa specifica per questi sanguinamenti viene individuata in poco più del 50 per cento dei casi.

Cause di sanguinamenti uterini anomali

1. Disfunzionali (anovulazione, insufficienza del corpo luteo, ipo-ipestrogenismo);
2. Organiche (fibromi, polipi endometriali, tumori, traumi, infezioni);
3. Iatrogene (ormoni esogeni, anti-coagulanti, FANS, salicilati, digitattici, fenotiazine);
4. Malattie sistemiche (alterazioni della coagulazione, malattie epatiche, malattie renali, alterazioni della tiroide, alterazioni del surrene, malattie del sangue-leucemia).

Le cause del flusso mestruale abbondante (FMA) sono:

1. Malattie organiche dell'appara-

to genitale, più spesso dell'utero: fibromi, polipi, carcinomi del collo o del corpo dell'utero, adenomiosi;

2. Corpi estranei ad azione irritativa sulla mucosa uterina come alcune volte accade nelle portatrici di IUD (dispositivo contraccettivo intrauterino o spirale);

3. Malattie sistemiche (cioè che interessano più globalmente l'individuo, manifestandosi in più organi corporei): difetti della coagulazione, ipotiroidismo, iperprolattinemia, obesità;

4. Farmaci: antidepressivi, antipsicotici e ormoni sessuali tra cui anche la pillola contraccettiva. Soprattutto le moderne

pillole a basso dosaggio estrogenico possono essere responsabili, come effetto collaterale, di sanguinamenti uterini anomali in alcune utilizzatrici, probabilmente non adatte costituzionalmente ad accettare un dosaggio molto basso di estrogeni senza che il loro utero non interpreti tale basso dosaggio come il momento di mestruale;

5. Alterazione della funzionalità dell'asse ipotalamo - ipofisi - ovaio (più frequente in età giovanile, spesso associato a cicli anovulatori): il sanguinamento è quindi il risultato di una alterazione dell'entità o della durata degli effetti sull'endometrio degli estrogeni e del progesterone prodotti dall'ovaio. L'endometrio, data la produzione continua aciclica di estrogeni conseguente alla mancata formazione del corpo luteo, con successiva mancata produzione di progesterone, va

...Sembra, infatti, che circa una donna su venti in età premenopausale ne soffra.



incontro ad una eccessiva crescita (iperplasia), non sostenuta da un adeguato sviluppo dello stroma, il che lo rende molto fragile e instabile. In questo caso, se i livelli di estrogeni sono piuttosto modesti, si potranno avere prolungati episodi di sanguinamento di scarsa entità; al contrario quando i livelli di estrogeni divengono molto elevati, si potranno avere periodi prolungati di amenorrea, seguiti da episodi acuti di menorragia talvolta imponenti;

6. Assenza di ovulazione: in queste giovani pazienti la fase follicolare del ciclo è prolungata, con una secrezione estrogenica complessivamente maggiore rispetto a quella di un ciclo normale. Il vero problema disfunzionale consiste nell'assenza del normale feed-back positivo che dovrebbe indurre il picco pre-ovulatorio dell'LH (ormone luteinizzante), con conseguente assenza dell'ovulazione;

7. Forme idiomatiche: probabilmente riconducibili ad alterazioni metaboliche a carico di un aumento di prostaglandine, della fibrinolisi o di eparina.

ITER DIAGNOSTICO

Per quanto riguarda l'iter diagnostico è molto importante un'anamnesi accurata, l'esame obiettivo generale (comprendendo anche peso, altezza e misurazione della PA), la prescrizione di un emocromo completo in tutte le pazienti, e di un test per l'anemia sulla base dei valori riscontrati. Un valore normale di emoglobina non esclude la possibilità di menorragia: se è >12 g/dl la probabilità che il flusso mestruale sia superiore a 80 ml è del 18 per cento, mentre se è <12 g/dl la probabilità è del 70 per cento circa. Se l'anamnesi familiare, o le caratteristiche del sanguinamento, fanno sospettare una malattia emorragica, o se la donna presenta un flusso abbondante fin da giovane, va indagata anche la presenza di patologie ematologiche tramite i fattori di coagulazione. Altri esami di laboratorio, come il dosaggio degli ormoni tiroidei, vanno richiesti in caso di sospetto di ipotiroidismo.

Per quanto riguarda invece gli esami strumentali, quello di primo livello è costituito dall'ecografia, in particolare per via transvaginale, seguito da un esame citologico e colposcopico.

Per escludere l'eventuale presenza di

sioni organiche uterine è utile eseguire anche una isteroscopia.

Nei FMA disfunzionali causati da deficit progestinico si osserva un quadro ecografico non specifico, caratterizzato da un endometrio più sottile (8-10 mm) e poco ecogeno in fase premestruale rispetto alla normalità (spessore endometrio compreso tra 13 e 16 mm e iperecogeno in questa fase). A volte l'endometrio è anche caratterizzato da "cluster" di mucosa endometriale che lo rendono poco omogeneo. Anche la mancanza di ovulazione può indurre un assottigliamento dell'endometrio (si somministrano estrogeni), anche se non è raro osservare al contrario un endometrio ispessito e disomogeneo (in questo caso si danno progestinici). Le turbe dell'ovulazione causano, però, più spesso ipomenorrea.

LA TERAPIA FARMACOLOGICA E CHIRURGICA

Per quanto riguarda la terapia, in caso di sanguinamento anovulatorio il trattamento di scelta è rappresentato dalla somministrazione periodica di estroprogestinici per 7-10 giorni al mese o in alternativa, se i sintomi perdurano e la donna non desidera una gravidanza, il sistema intrauterino a rilascio di levonorgestrel (IUS-LNG).

I Fans e l'acido tranexanico, inibitore dell'attivatore del plasminogeno, sono invece la terapia di prima linea nel sanguinamento disfunzionale ovulatorio, da assumersi durante il ciclo mestruale. I primi riducono il flusso mestruale del 30 per cento, il secondo del 40 per cento. I Fans agiscono però anche sulla dismenorrea. Anche i contraccettivi orali sono spesso utilizzati per ridurre il flusso mestruale, specie in donne giovani, mentre oltre i 40 anni si devono tenere in considerazione eventuali fattori di rischio.

Non vanno dimenticati come possibili presidi farmacologici l'uso di farmaci antifibrinolitici (pro-coagulanti) o i GnRh agonisti che determinano una soppressione della produzione ormonale ovarica, inducendo una condizione di menopausa farmacologica.

L'approccio più efficace, nel sanguinamento uterino disfunzionale, è tuttavia il sistema a lento rilascio intrauterino di 20 µg/die di levonorgestrel per 5 anni, da considerarsi come valida alternativa alla terapia chirurgica. La metodica, inducendo un'atrofia dell'endometrio, grazie all'alta concentrazione locale del progestinico e alla scarsità di effetti sistemici, riduce il flusso mestruale di quasi l'80 per cento. Nel 20 per cento dei casi determina un'amenorrea reversibile, e può verificarsi un sanguinamento irregolare nei primi 3-6 mesi di utilizzo. Lo IUS-LNG è inoltre dotato di efficacia contraccettiva, e il livello di contraccettione risulta superiore a quello dei contraccettivi orali poiché modifica l'endometrio, rendendolo inadatto all'impianto, e il muco cervicale, impedendo la risalita degli spermatozoi verso l'utero.

Il grande vantaggio del sistema intrauterino è inoltre quello di ridurre la percentuale di isterectomie del 60 per cento. In Italia vengono eseguite ogni anno circa 21 mila isterectomie e 3 mila ablazioni endometriali per trattare la menometrorragia disfunzionale e il risparmio per il SSN sarebbe notevole.

L'intervento chirurgico va riservato alle pazienti

che non rispondono al trattamento medico e che non abbiano più la volontà di avere gravidanze.

L'isterectomia è ancor oggi il trattamento più utilizzato, tuttavia la possibilità di ricorrere ad interventi meno invasivi che consentano la conservazione del viscere dovrebbe in futuro accompagnarsi ad una riduzione significativa del numero di isterectomie eseguite con questa indicazione.

Le alternative chirurgiche mini-invasive consistono essenzialmente nelle tecniche di ablazione endometriale. Con tale termine si intende l'asportazione di tutta la mucosa (rivestimento interno) uterina che avrà come conseguenza una drastica riduzione dei flussi ed in alcune pazienti la comparsa di amenorrea. Nonostante esista la possibilità che tali trattamenti non siano definitivi e quindi vi sia la necessità di dover ricorrere ad un nuovo intervento chirurgico, la donna va adeguatamente informata che la possibilità di future gravidanze è alquanto ridotta.

Esistono diverse tecniche con cui può essere eseguita l'ablazione endometriale: quelle clas-

siche che prevedono l'asportazione della mucosa sotto diretta visione (isteroscopia) oppure più recentemente l'utilizzo di dispositivi a palloncino che attraverso l'immissione di un liquido riscaldato consentono di ottenere una vaporizzazione dell'endometrio e quindi la sua scomparsa. I vantaggi di queste ultime tecniche, a parità di efficacia, sono indubbi e rappresentati dalla facilità di esecuzione, dal-

la ancor minore invasività e dalla possibilità di poter essere eseguite ambulatorialmente o con un breve ricovero, senza anestesia ricorrendo solo ad una blanda sedazione.



in collaborazione con

Tena lady

Tre colori per rispondere alle esigenze di tutte le donne

La gamma di assorbenti e protettori-slip TENA lady si rinnova, utilizzando i colori del packaging per aiutare le consumatrici ad orientarsi nella scelta del prodotto ideale. Ad ogni segmento è stato assegnato un colore per meglio identificare caratteristiche specifiche.

Rosa per i protettori-slip nelle due tipologie Mini Magic e Ultra Mini, con un potere assorbente maggiore, grazie al sistema Quick Dry.

Verde per Mini e Normal e **azzurro** per gli assorbenti + nelle varianti Extra e Maxi.

Tutte le confezioni sono state rinnovate anche nel design con una grafica più chiara e più femminile e con descrizioni accurate del prodotto.

Una finestrella trasparente è stata posta sui pack dei protettori-slip, per permettere alle consumatrici di vedere il prodotto all'interno della confezione.

L'innovazione che caratterizza tutta la gamma TENA lady è l'esclusivo Fresh Odour Control™ che da oggi assicura performance ancora migliori. L'innovativo sistema che da sempre caratterizza i prodotti TENA lady è diventato ancora più efficace e sicuro. Un miglioramento che regala a tutte le consumatrici ancora più freschezza: l'odore rimane sotto la soglia di rilevazione persino dopo 8 ore.

Il segreto del brevetto TENA risiede in esclusive microperle super assorbenti con un livello di PH basso che neutralizzano gli odori con una doppia azione: inibiscono la formazione di batteri e impediscono la formazione di ammoniaca.

Nuovi pack e ancora più freschezza per tutti i colori della gamma TENA lady.

