

Flussi mestruali abbondanti in adolescenza

*Dott.ssa **Gaia Varriale**, Specializzanda Università di Firenze*

*Dott.ssa **Erica Bencini**, Ginecologa pediatrica, AOU Meyer*



DEFINIZIONE E CRITERI GENERALI

Con il termine di flussi mestruali abbondanti si raggruppano i sanguinamenti mestruali prolungati, frequenti ed eccessivi, mentre ci riferiamo a sanguinamenti uterini anomali (AUB, abnormal uterine bleeding) per la comparsa di perdite ematiche diverse dalla mestruazione normale.

Si considera normale una mestruazione che dura 6 giorni con perdita ematica di circa 20-30ml e con un utilizzo di ≤ 6 assorbenti o tamponi interni al giorno.

MENORRAGIA	Perdita mestruale regolare per ritmo ma prolungata (>7 giorni) o eccessiva per quantità (>80 ml)
METRORRAGIA	Flusso mestruale non ciclico
MENOMETRORRAGIA	Flusso mestruale irregolare, non ciclico, abbondante e prolungato
POLIMENORREA	Mestruazioni con ritmo accorciato (<21 giorni)
IPERMENORREA	Mestruazione di durata >7 giorni
OLIGOMENORREA	Mestruazione con ritmo allungato (>45 giorni e <6 mesi)
IPOMENORREA	Flusso mestruale scarso per quantità e durata
SPOTTING	Scarse perdite ematiche fra le due mestruazioni
INTERMESTRUALE	

Tabella 1. Definizioni di sanguinamenti uterini anomali

Dal punto di vista patogenetico, in età adolescenziale sono molto più frequenti le cause disfunzionali, rispetto a quelle organiche.

È stato stimato che circa 1/5 delle ragazze italiane riferisce flussi mestruali abbondanti, senza nessuna patologia sottostante, legati all’immaturità dell’asse ipotalamo – ipofisi – ovaio (presenza di cicli anovulatori o ovulatori ma disfunzionali). Tra le cause non disfunzionali, si ricordano:

CAUSE UTERINE	Adenomiosi, miomi sottomucosi, neoplasie, MAV, emangioma uterino
CAUSE OVARICHE	Tumori estrogeno-secerntenti
PATOLOGIA DELLA GRAVIDANZA	Aborto spontaneo, mola vescicolare
CAUSE NON ENDOCRINE	Disordini della coagulazione
	Insufficienza renale ed epatica
	Patologie enteriche
	Diabete
	Patologie cardiache
	Patologie reumatologiche
	Patologie neurologiche
	Farmaci: FANS, salicilati, SSRI, anticoagulanti, terapie antineoplastiche
CAUSE ENDOCRINE	Disordini della tiroide
	Alterazioni iperandrogeniche
	Iperprolattinemia

Tabella 2. Cause non disfunzionali di sanguinamento uterino anomalo

PILLOLE “GINECOLOGICHE”: GLI ACRONIMI

PALM per le cause uterine:

Polipo/**A**denomiosi/**L**eiomioma/(neoplasia) **M**aligna

COEIN per le cause sistemiche:

Coagulopatia, disfunzione **O**varica, **E**ndometrio, **I**atrogeno, **N**on altrimenti classificato

DIAGNOSI

Si distinguono un percorso diagnostico in emergenza e uno per flussi abbondanti in situazioni cliniche croniche.

Iter diagnostico in emergenza:

- Elementi essenziali per l'inquadramento clinico-diagnostico:
 - Accurata storia medica e mestruale
 - Esame obiettivo
 - Misurazione FC e PA (seduta e in piedi)
 - Verifica entità perdita
 - Emocromo d'urgenza
 - Ecografia pelvica
- Valutare ospedalizzazione con o senza trasfusione in caso di:
 - Perdita ematica abbondante
 - Riduzione della PA sistolica o aumento della FC
 - Hb < 8g/dl

N.B: in caso di ospedalizzazione, se possibile, escludere gravidanza e principali cause organiche.

Iter diagnostico del flusso mestruale abbondante in condizioni cliniche stabili:

1. Valutazione anamnestica

- Familiarità per flussi abbondanti, emorragie post-partum, epistassi, disturbi dell'emostasi;
- Anamnesi personale di sanguinamenti gengivali, epistassi, ecchimosi spontanee, sanguinamenti post-estrazione dentaria o post-interventi;
- Episodi di petecchie o porpora (deficit piastrinico);
- Menarca e caratteristiche del ciclo mestruale;
- Storia recente di infezione;
- Altre patologie o disendocrinie note;
- Assunzione di farmaci;
- Pregresse cisti emorragiche;
- Valutazione empirica del sanguinamento con il PBAC score (Appendice 1): questo score viene calcolato per l'intera durata del sanguinamento mestruale; un punteggio > 100 indica un flusso abbondante;
- Attività sessuale e possibilità di gravidanza.

2. Esame clinico fisico

- Visita (valutazione stadio puberale, pressione arteriosa, altezza, peso, Indice di Massa Corporea);
- Ricontra di eventuali segni clinici (irsutismo; petecchie o contusioni);
- Tiroide (gozzo);
- Mammella (galattorrea);
- Addome (presenza/assenza di masse).

3. Esami strumentali

- Ecografia pelvica transaddominale o transvaginale, quando possibile.

4. Esami di laboratorio

- Emocromo;
- Ferritina, sideremia e transferrina;
- Profilo coagulativo: PT, aPTT, fibrinogeno;
- Eventuale dosaggio dei singoli fattori della coagulazione: II, V, VII, VIII, F IX, F XI, F XII, XIII;
- Dosaggio TSH, fT4, PRL 0-20';
- Dosaggio ormoni sessuali maschili e femminili nel sospetto di PCOS;
- Test di gravidanza urinario o dosaggio plasmatico di bHCG;
- Eventuale tampone vaginale per escludere cervicitì infettive.

TERAPIA

1. Condizione d'emergenza

Ospedalizzazione:

- Acido tranexamico 10 mg/kg e.v. ogni 6-8 ore per 2-8 giorni oppure 20-25 mg/kg per os ogni 8-12 ore per 5-7 giorni;
- Eventuale trasfusione se anemia grave.

2. Gestione dei sanguinamenti non critici (sanguinamenti lievi e moderati)

Lieve (flussi più lunghi del normale o cicli più brevi per ≥ 2 mesi) ed Hb >12 g/dl:

- Rassicurazione;
- Calendario mestruale;
- Rivalutazione periodica (in base all'andamento clinico, ogni 6-12 mesi).

Moderato (flussi moderatamente prolungati oppure cicli corti con flussi frequenti, i.e. ogni 1-3 settimane) ed Hb 10-12 g/dl:

- Rassicurazione;
- Calendario mestruale;
- Escludere Malattie sessualmente trasmesse e alterazioni della coagulazione.

- Terapia marziale per os, in base al valore di Hb per almeno 3-6 mesi (con controllo di emocromo e ferritina a 3 mesi);
- Terapia antifibrinolitica (1);
- Terapia progestinica ciclica o estroprogestinico (2);
- Rivalutazione <6 mesi.

N.B.: Il PBAC score > 100 indica un flusso abbondante, per cui è indicato eseguire un trattamento di supporto, sebbene in età pediatrica non ci sia un punteggio validato scientificamente ma solo per pratica clinica.

(1) Antifibrinolitico: **acido tranexamico** 500-1000mg (15-20mg/kg) per os ogni 8 ore. Sono riportati rari effetti collaterali, solo a carico del sistema gastrointestinale (nausea, diarrea) o cefalea; non è stato dimostrato un incremento del rischio tromboembolico. (Sono disponibili in commercio fiale da bere o compresse da 500mg)

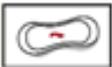
(2) Emostasi ormonale:

- Estroprogestinici: a regime esteso, senza interruzione per almeno tre mesi, creando un sanguinamento da privazione ormonale con una breve pausa. Tutti gli estroprogestinici tendono a ridurre il sanguinamento dopo 1-2 mesi di possibili spotting. Il preparato con dienogest e estradiolo valerato (estrogeno naturale) ha la caratteristica di determinare una netta riduzione della quantità di flusso (dal secondo mese di terapia). La terapia estroprogestinica è indicata con i seguenti dosaggi: 2 compresse insieme di estroprogestinico contenente etinilestradiolo 30 mcg da scalare progressivamente nei successivi due giorni, proseguendo con una compressa al giorno fino alla fine della confezione.
- Progestinici (in caso di controindicazione all'uso degli estrogeni): sono preferibili NOMAC (nomegestrolo acetato) e NETA (noretisterone acetato) e la scelta dell'uno o dell'altro si basa sui livelli ematici di estrogeni e/o sulla valutazione ecografica dello spessore endometriale. In alternativa si può somministrare il desogestrel in continuo (pillola con solo progestinico).
- IUD medicata al levonorgestrel: in adolescenti che già hanno avuto rapporti sessuali.

FOLLOW-UP

Il follow-up viene stabilito in base alla risposta da parte dell'adolescente alla terapia e alla compliance (comparsa di effetti collaterali minori come cefalea, aumento ponderale, ritenzione idrica, acne, depressione che possono ridurre l'aderenza alla terapia).

PBAC (PICTORIAL BLOOD LOSS ASSESSMENT CHART) SCORE

DATA	ASSORBENTE			TAMPONE INTERNO			COAGULI		TOTALE
	 1 punto	 5 punti	 20 punti	 1 punto	 5 punti	 10 punti	PICCOLO (circa 2 cm) 1 punto	GRANDE (circa 3 cm) 5 punti	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

APPENDICE 2 VALUTAZIONE PER LA PRESCRIZIONE DEL CONTRACCETTIVO ORALE

La scelta del giusto metodo contraccettivo non può prescindere dalla valutazione dello stato generale di salute della paziente, pertanto deve essere eseguita un'accurata valutazione per l'identificazione di eventuali fattori di rischio.

La valutazione medica si basa su:

1. Raccolta dell'anamnesi familiare e della storia clinica per evidenziare la presenza di fattori di rischio, con particolare attenzione a:
 - Malattie cardiovascolari e tromboemboliche venose e arteriose;
 - Dislipidemia;
 - Diabete.
2. L'anamnesi fisiologica e patologica remota dovrà valutare:
 - Peso e altezza (obesità: BMI o indice di massa corporea > 30);
 - Fumo: numero sigarette/giorno (più o meno di 15 sigarette al giorno);
 - Malattie cardiovascolari (cardiopatía ischemica, malattie cerebrovascolari, tromboembolismo venoso pregresso o trombofilia nota, cardiopatie valvolari, dislipidemia, ipertensione);
 - Malattie neurologiche (emicrania con o senza aura, epilessia in trattamento con farmaci che possano avere interferenze metaboliche con gli anticoncezionali);
 - Connettiviti e LES (grado di attività della malattia, presenza degli anticorpi antifosfolipidi);
 - Diabete (presenza di danno d'organo, durata della malattia);
 - Malattie gastroenterologiche (calcolosi della colecisti e delle vie biliari, storia di colestasi su base ormonale, sindrome da malassorbimento, epatite).

Qualora si sospetti una **trombofilia**, gli esami da richiedere secondo le indicazioni delle Linee Guida della Società Italiana per lo Studio dell'Emostasi e Trombosi (SISET) sono:

- Proteina S;
- Proteina C;
- Antitrombina III;
- Test di resistenza alla proteina C attivata;
- Mutazione GA20210 della Protrombina;
- Omocisteina;
- Fattore VIII (attività coagulante %);
- LAC, Anticorpi anticardiolipina (ACA) e anti beta2glicoproteina I (antiBeta2GPI).

BIBLIOGRAFIA

- UK National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Heavy menstrual bleeding; 2007 [Internet]. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg44/evidence/full-guideline-195071293 [cited 2017 Jun 1].
- Chi C, Pollard D, Tuddenham EG, Kadir RA. Menorrhagia in adolescents with inherited bleeding disorders. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010;23:215-22.
- Munro MG, Critchley HOD, Broder MS et al FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynecol Obstet* 2011; 113:3-13.
- Seravalli V, Linari S, Peruzzi E, et al Prevalence of hemostatic disorders in adolescents with abnormal uterine bleeding. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2013;26: 285e289.
- Motta, T., Laganà, A. S., Valenti, G., VL, L. R., Noventa, M., Vitagliano, A., ... & Vitale, S. G. (2017). Differential diagnosis and management of abnormal uterine bleeding in adolescence. *Minerva ginecologica*, 69(6), 618-630

Revisionata da Dott.ssa **Erica Benicini** - *Ginecologia Pediatrica, AOU Meyer, Novembre 2022*

QUESTA NEWSLETTER NON INTENDE SOSTITUIRE UN PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO, MA SEMPLICEMENTE ESSERE FONTE DI AGGIORNAMENTO E RIFLESSIONE SULL'ARGOMENTO

Vai all'archivio
newsletter
SIMYoung



www.meyer.it/simulazione