

Disturbi del ciclo mestruale nell'adolescente

Alessandra Graziottin

Niccolò Giovannini

“Il Pediatra tra Famiglia, Protocolli e Linee Guida”
ElKebir (Tunisia), 11-18 luglio, 2008

Ciclo Mestruale

Considerazioni generali(1/2)

- Menarca pietra miliare nella pubertà: approssimarsi al termine della crescita somatica e al potenziale maturativo riproduttivo
- 75% adolescenti disturbi del ciclo
- **Maggior causa di assenteismo scolastico e visita medica**
Ziv A, Pediatrics 1999
- 13-15 aa visita ginecologica (senza esame obiettivo gin) per inquadramento e prevenzione [ACOG]
- 1-2 aa dopo menarca altezza e deposizione grasso corporeo aumentano, regolarizzazione ovulazione

Ciclo Mestruale

Considerazioni generali (2/2)

- 50% cicli primo anno Anovulatori, 80% irregolari (21-45 gg), 2-7 gg perdite mestruali
- Normalizzazione dopo 6aa dal menarca
- Ragazze con menarca più precoce si stabilizzano prima
- Anamnesi difficile
- Uso calendario mestruale
- Corretto utilizzo assorbenti: !Sindrome da shock tossico mestruale!
- Perdita di ferro, si aggira sui 3-30 mg per ogni mestruazione normale

Glossario Ciclo Mestruale 1/2

Amenorrea

- Assenza di flussi mestruali per almeno tre mesi

Oligomenorrea

- Flussi mestruali poco frequenti > 34-35 giorni

Polimenorrea

- Flussi mestruali frequenti (<24 gg)

Ipermenorrea:
Ipomenorrea:

- Flusso mestruale più abbondante e/o prolungato
- Flusso mestruale scarso e/o di breve durata

Dismenorrea

- Quadro sindromico associato al flusso mestruale

Glossario Ciclo Mestruale 2/2

Sindrome premenstruale (PMS):

- Insieme di disturbi psichici e fisici che si accentua nei sei giorni precedenti la mestruazione

Disforia premenstruale:

- Forma severa di sindrome premenstruale
- 4-6% delle donne.
- Sintomi psicosomatici.

Emicrania mestruale (catameniale):

- Concidenza delle mestruazioni

Amenorrea

AMENORREA PRIMARIA

- Assenza di mestruazioni fino 16 aa (95° percentile: 14.5 aa)

AMENORREA SECONDARIA

- Assenza di mestruazioni per ≥ 3 cicli mestruali (valutare se pregresso utilizzo di EP)

Amenorrea Primaria

CAUSE

Utero/vaginali

- Imene imperforato
- Setto vaginale
- Agenesie Mulleriane (Sindrome di Mayr-Rokitanski-Kuster-Hauser)

Ovariche

- Insufficienza ovarica prematura (s. Turner)
- Sindrome Swyer
- PCO
- Radioto/C hemiotp

Ipotalamiche

- Perdita di peso
- Eccessivo esercizio fisico
- S. Kallman
- Idiopatica

Pubertà ritardata

- Costituzionale
- Malattie debilitanti croniche
- Endocrinopatie (tireopatie)

Ipofisarie

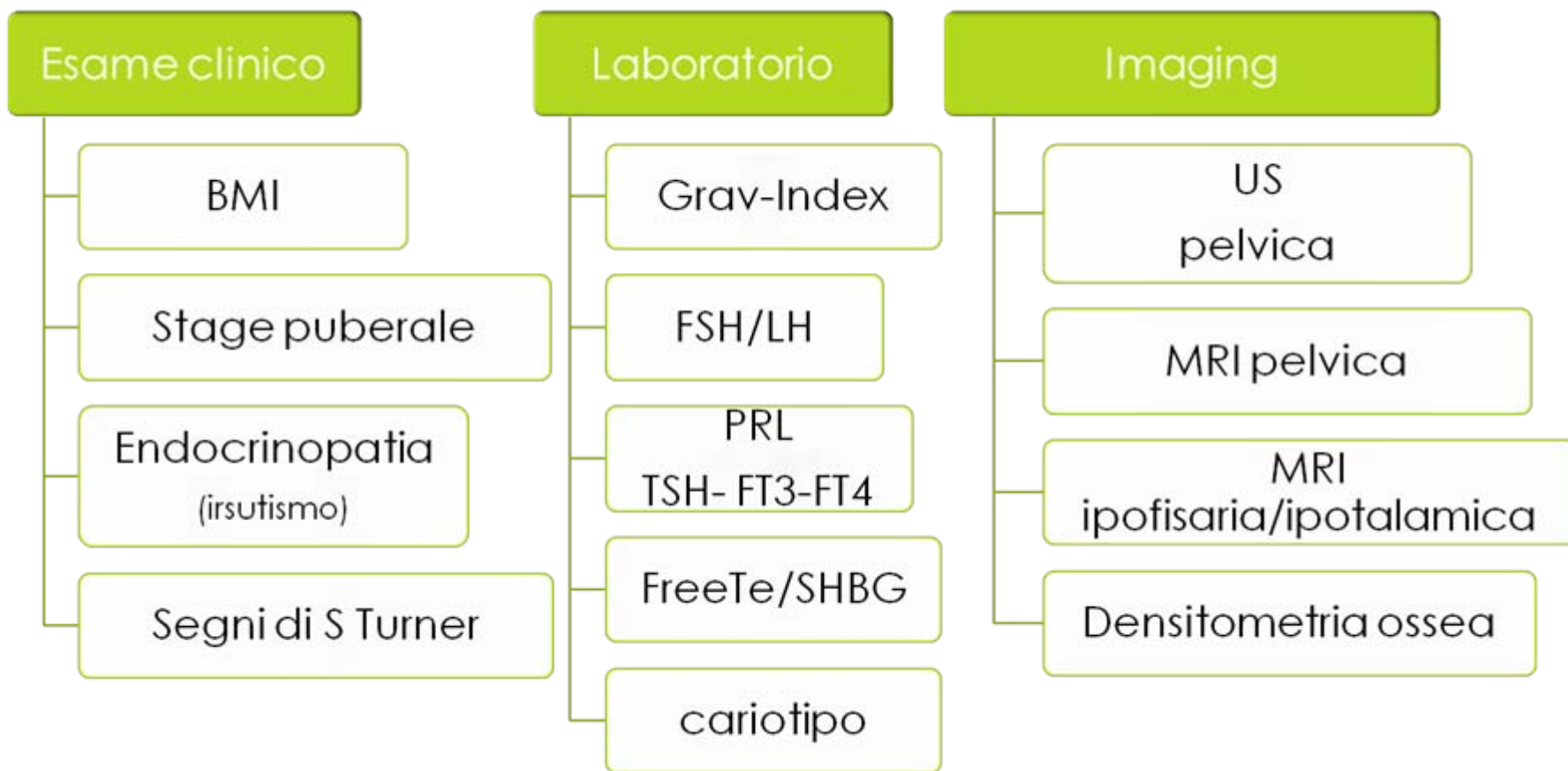
- Ipopituitarismo
- IperpPRL

Ipotalamiche/Ipofisarie

- Lesioni cerebrali
- Tumori cerebrali o radiazioni

Amenorrea

Valutazione Diagnostica



Menorragia

- Comune nei primi due anni dopo menarca (immaturità dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio)
- Cicli anovulatori
- Ecografia pelvica: endometrio ispessito, valutazione ev cisti ovariche
- Poche necessitano ricovero, emotrasfusioni rare
- Approfondimento diagnostico si limita all'US. No Isteroscopia e biopsia endometriale
- 10-15% coagulopatia (vonWillenbrand, emofilia e porpora trombocitopenica idiopatica)

Menorragia

CAUSE

Farmaci
fibrinolitici

- sintomatico

Progesterone
ciclico

- Più utilizzato, 21 giorni
- Noretisterone migliore nel controllo del ciclo ma androgenico
- Duphaston: nn androgenico

Pillola EP orale

- Prima linea di TERAPIA
- Riduce perdite ematiche
- Resistenza materna (paura per attività sessuale)
- Nessuna EBM di interferenza con crescita somatica e sviluppo caratteri sessuali

Altri trattamenti

- Depo Provera (progestinico Depot) ma riduzione di BMD

Menorragia acuta (rara)

Anemia severa: ospedalizzazione per

Instabilità dinamica: emotrasfusione

Utilizzo combinato: progesterone + pillola EP

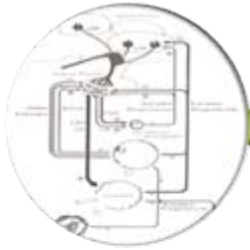
Valutazione ematologico fondamentale

Terapia innovativa fattori ricombinante coagulazione (VIIA)

Perdite ematiche incontrollabili: isteroscopia anomalia anatomica (emangioma): embolizzazione

Disturbi puberali

Considerazioni generali Pubertà



Sistema Ipotalamo-Ipofisi-Ovaio



Salute generale



Nutrizione



Esercizio Fisico



Razza (africane pubertà più precoce)

Disturbi pubertà (1/2)

Pubertà
precoce GnRh
dip (<8aa)

- Attivazione asse ipotalamo-ipofisi-ovaio
- Idiopatica 74%
- Astrocitoma, amartoma ipotalamico, glioma ottico, tumori pineali, malformazioni SNC
- TP: Analoghi GnRh

Pubertà
precoce GnRh
indip (<8aa)

- Rialzo ormoni sessuali
- Tumori gonadici
- Esposizione a E2 esogeni
- Sindroma McCune-Albright: isolate cisti ovariche (pigmentazione pelle, displasia ossea)
- TP: progesterone (ciproterone a.), spironolattone
- DGN e TP_ ENDOCRINOLOGO PEDIATRA

Disturbi pubertà (2/2)

Adrenarca
prematura
(<8 aa)

- Attivazione di gh. Surrenale
- Comparsa di peli pube e linea ascellare
- Picco di accrescimento
- Nessun altro segno (ingrossamento mammario)
- Dgn di esclusione (per es. NO iperplasia surrenale cong.)
- Causa nn conosciuta
- Espressione precoce di insulino resistenza
- Più comune obesi

Pubertà
ritardata
(>14 aa)

- Predisposizione familiare
- Basso FSH e LH
- Risponde a GnRH
- Malattie croniche (renali e cardiache)
- Stress psicofisico
- Esercizio eccessivo e perdita di peso
- Insufficienza gonadica e sindrome di Kallman (anosmia)
- TP. E2 per promuovere sviluppo utero, seno e prevenzione osteoporosi

CONCLUSIONE

PracticePoints



Approccio attento e sensibile necessario per valutare adolescenti




Possibilità di attività sessuali e suoi effetti potenziali



Valutazione in assenza dei genitori



Le opzioni terapeutiche impatti importante sulla salute futura, funzione sessuale e riproduttiva



Anche nei disturbi mestruali, la diagnosi precoce è essenziale per proteggere la qualità della vita, la sessualità e la fertilità