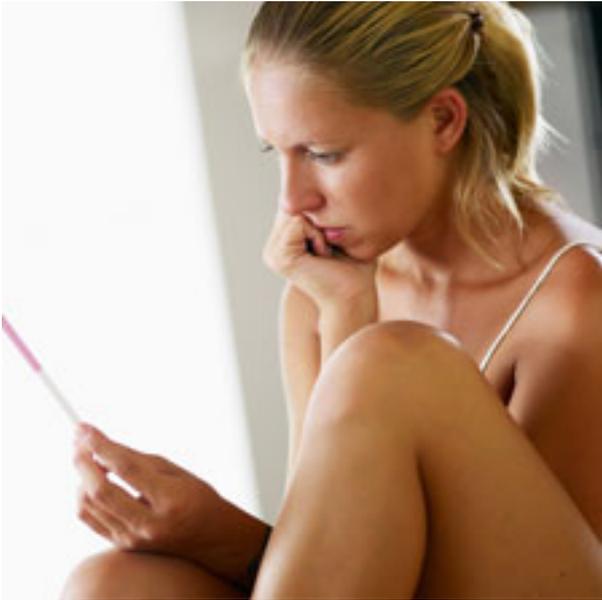


# Sintomi



Un classico segno di aumento abnorme del flusso è il passaggio di **coaguli**.

Un flusso abbondante può portare ad una condizione di **anemia da carenza di ferro**, che si manifesta con sintomi quali stanchezza e fiato corto. Problemi di concentrazione, insonnia, nervosismo e disagio sono altri disturbi che si possono associare.

Spesso le donne non si rendono conto che la loro situazione è patologica: quando dagli esami emerge una condizione di anemia si inizia la ricerca delle possibili cause (sangue occulto nelle feci, sospetto di ulcere, dosaggio della B12, ecc.) rivolgendosi a vari medici, senza magari pensare alla causa più ovvia cioè l'origine ginecologica.

I flussi mestruali abbondanti possono comportare **importanti riflessi sulla qualità della vita**, con forti disagi nella vita relazionale, lavorativa, ma anche affettiva e sessuale. Nei giorni della mestruazione le donne che soffrono di questa patologia sentono di non potersi muovere da casa, vedono compromessa la loro vita sociale, rinunciano a viaggi e sono costrette ad indossare assorbenti ingombranti o a cambiarli spesso.

Da non sottovalutare inoltre **i costi economici** dovuti all'assenteismo lavorativo.

# Ablazione termica

Il trattamento consiste nell'inserimento in utero di un morbido palloncino in silicone, collegato ad una sottile sonda. Il pallone viene riempito di un liquido sterile riscaldato e viene così gonfiato fino ad adattarsi perfettamente alla cavità uterina. La procedura dura meno di 2.5 minuti, durante i quali la maggior parte dell'endometrio viene distrutta dal calore, riducendo così in modo significativo, o, in alcuni casi anche eliminando il flusso mestruale. A seguito del trattamento il liquido sterile viene automaticamente svuotato dal pallone e la sonda estratta ed eliminata. All'interno dell'utero non resta nessuna parte dell'apparecchio. Di solito viene eseguita una isteroscopia di controllo sia all'inizio che al termine della procedura.

E' importante sottolineare che Thermablate EAS non è indicato per le donne che desiderano avere figli. La possibile gravidanza dopo ablazione endometriale potrebbe essere pericolosa sia per la mamma che per il bambino. E' consigliabile l'assunzione di una terapia contraccettiva al termine del trattamento con Thermablate.

La procedura viene effettuata in regime di Day Surgery. L'intervento viene eseguito in sedazione profonda previo colloquio con l'anestesista.

Nel dettaglio la metodica è la seguente :

- Si esegue isteroscopia di controllo prima di iniziare la procedura
- Dilatazione del canale cervicale sino al numero 7 di Hegar
- Il palloncino viene successivamente gonfiato all'interno della cavità uterina tramite un catetere con una soluzione isotonica biocompatibile e successivamente scaldato fino a 173° C. il contatto di tale dispositivo con la superficie endometriale ne determina la distruzione.
- Si esegue isteroscopia di controllo al termine della procedura.

LA METODICA DURA COMPLESSIVAMENTE MENO DI DIECI MINUTI

Le pazienti **possono essere dimesse 1 o 2 ore dopo l'intervento**. Potrebbero avere crampi/dolori addominali nelle 8-12 ore successive al trattamento con Thermablate EAS: di solito è sufficiente una blanda terapia con antispastici ed antidolorifici. Le **pazienti generalmente ritornano alle loro attività normali entro le 48 ore dopo l'intervento**.

Nei mesi successivi all'intervento le pazienti rileveranno una riduzione significativa del proprio flusso mestruale. Più dell'85% delle pazienti trattate con palloncino termico riportano **alti tassi di soddisfazione** e consigliano tale intervento ad altre donne.

Il follow up post-intervento consiste in una visita di controllo con isteroscopia diagnostica ed ecografia transvaginale dopo sei mesi e dopo un anno dall'intervento. Diversi studi dimostrano come l'utilizzo delle tecniche di seconda generazione dell'ablazione endometriale permettano un **alto tasso di successo riducendo notevolmente il ricorso all'isterectomia** con un rapporto **costo-beneficio decisamente vantaggioso**.

La paziente ideale per essere sottoposta ad ablazione endometriale:

1. è affetta da perdite ematiche abbondanti di origine disfunzionale (non derivanti da patologie organiche come polipi o fibromi)
2. deve avere più di 40 anni
3. deve avere concluso il suo percorso procreativo (non desiderare ulteriori gravidanze)
4. presenta una controindicazione all'utilizzo di farmaci, oppure questi si sono dimostrati inefficaci
5. non ha altre patologie a carico degli organi genitali (cisti ovariche, fibromi multipli)
6. ha un utero con isterometria adeguata (si tratta di una valutazione tecnica dell'isteroscopista)
7. non è affetta da cancro dell'endometrio o da iperplasia atipica

Le controindicazioni al trattamento con ablazione endometriale sono:

1. Gravidanza accertata o presunta
  2. Diagnosi o sospetto di iperplasia endometriale o tumore dell'endometrio
  3. Desiderio di mantenere la fertilità
- Malattia infiammatoria pelvica in atto che coinvolge tube ed ovaie

# Demolitiva

consiste nell'asportazione dell'utero (*isterectomia*), rimuovendo così in maniera definitiva ogni possibile causa di sanguinamento.

In base alle condizioni del viscere uterino e all'esperienza del chirurgo la **via** chirurgica può essere **vaginale, laparoscopica o laparotomica**.

Non vi è evidenza che vi siano differenti percentuali di complicanze tra i vari tipi di isterectomie se le indicazioni sono corrette.

L'isterectomia è la **procedura chirurgica più spesso usata**, soprattutto in perimenopausa e nelle fibromatosi multiple o in caso di recidive.

# Conservativa

il trattamento delle donne affette da menometrorragie causate da patologie ginecologiche benigne è in relazione alla causa, all'età della paziente ed al desiderio di conservazione delle capacità riproduttive.

La **polipectomia** è l'intervento che prevede la rimozione di polipi endometriali e viene eseguito sotto guida isteroscopica. E' rapido, efficace, poco costoso e può essere risolutivo senza bisogno di terapia medica successiva e senza necessitare farmaci che sopprimano la proliferazione endometriale e prevenano le recidive.

La **miomectomia** consiste nella rimozione di miomi uterini in donne desiderose di prole o con rifiuto psicologico all'isterectomia e può avvenire mediante isteroscopia, laparoscopia o laparotomia in base alla posizione dei fibromi e all'esperienza del chirurgo. I miomi a sviluppo prevalentemente intracavitario di volume fino a 4 cm sono elettivamente resecati per via isteroscopica.

La procedura può essere preceduta da un trattamento medico ipoestrogenizzante (GnRH-agonisti) per due mesi per ridurre le dimensioni del fibroma ed indurre atrofia dell'endometrio con miglioramento della visibilità intraoperatoria. Per miomi che si sviluppano prevalentemente sulla superficie esterna dell'utero il trattamento previsto è la miomectomia per **via laparotomica o laparoscopica**; la scelta dell'accesso chirurgico si basa sul numero e dimensioni dei fibromi e sull'esperienza dell'operatore. Non sono state dimostrate differenze in termini di prognosi riproduttiva o probabilità di risoluzione del sanguinamento eccessivo.

A parità di condizioni anatomico-chirurgiche, la miomectomia laparoscopica è associata a riduzione della morbilità, dei costi sanitari (ospedalizzazione) e dei costi sociali (astensione dal lavoro).

# Terapie ormonali

**(terapie di 1° livello):** sono da preferire quando le sole terapie non ormonali non sono sufficienti o sono mal tollerate oppure quando si desiderano ottenere altri effetti come la contraccezione.

**I contraccettivi orali** sono frequentemente utilizzati con l'obiettivo di ridurre il flusso mestruale in giovani donne. Il loro impiego nelle ultraquarantenni deve tener conto di eventuali fattori di rischio che possano aumentare sinergicamente la probabilità di eventi avversi di tipo cardiovascolare. La combinazione di estrogeni e progestinico rende l'endometrio più compatto e ne permette l'esfoliazione in modo sincrono. I meccanismi principali d'azione sono l'inibizione dell'ovulazione, della produzione di progesterone e quindi della sintesi di prostaglandine che aumentano l'entità del flusso.

**I progestinici** usati ciclicamente sono generalmente poco efficaci a meno che non vengano prescritti continuativamente per 21 giorni a partire dal 5° giorno del ciclo con lo scopo di limitare la crescita endometriale. Tuttavia, se utilizzati in maniera inappropriata rischiano di peggiorare le perdite ematiche. Inoltre un limite nella valutazione dell'efficacia dei progestinici è l'estrema variabilità nelle tipologie di prodotto, dosi e schemi utilizzati.

Il **sistema a lento rilascio** intrauterino di 20 mcg/die di levonorgestrel (**Mirena**) ha un'azione essenzialmente locale, con una notevole riduzione degli effetti collaterali: si tratta di un tipo particolare di spirale (**IUD**) che deve essere inserita all'interno della cavità uterina in ambulatorio, da parte del *ginecologo esperto*. Grazie all'azione locale limitata all'utero la donna non ha bisogno dell'assunzione giornaliera, facilitando il mantenimento dei risultati terapeutici. Dopo l'inserimento, più della metà delle donne ha avuto una diminuzione sia del flusso, che del dolore mestruale. Entro il primo anno di utilizzo il 20% delle donne va incontro ad amenorrea, ma l'assenza del sanguinamento non è sintomo di gravidanza, anomalia ormonale o menopausa. Infatti cicli mestruali normali ricompariranno entro un mese dalla rimozione. Il sistema presenta inoltre un'elevata efficacia contraccettiva, con effetto completamente reversibile una volta rimosso.

**(terapie di 2° livello):** da riservare ai casi in cui le precedenti alternative farmacologiche non sono state efficaci; in generale si tratta di *terapie che sono gravate da un maggior numero di effetti collaterali che ne limitano l'utilizzo a lungo termine*.

Gli **analoghi del GnRH** diminuiscono lo stimolo estrogenico mediante la soppressione delle gonadotropine ipofisarie e sono molto efficaci nel trattare ogni tipo di perdita ematica vaginale, intensa o associata a dolore pelvico da endometriosi, nel caso in cui le precedenti terapie abbiano fallito. Provocano uno stato di pseudomenopausa e ne possono causare quindi i sintomi tipici come vampate e sudorazioni.

Inoltre l'utilizzo a lungo termine può provocare una perdita di massa ossea nella donna con il rischio di sviluppare osteoporosi. Per questo motivo è una terapia raccomandata per brevi periodi, normalmente in previsione di un intervento chirurgico.

Il **danazolo** utilizzato al dosaggio di 200 mg/die per via orale in continua provoca una riduzione della perdita ematica media del 49.7%. Purtroppo l'assunzione è gravata da

importati effetti collaterali quali iperandrogenismo (acne, seborrea, irsutismo, cambiamenti della voce), aumento di peso, irritabilità e rischio di virilizzazione di un feto femmina in caso di insorgenza di una gravidanza (è raccomandato il contemporaneo utilizzo di un dispositivo contraccettivo). Questi motivi fanno comprendere come questo farmaco sia oggi raramente utilizzato.

# Terapie non ormonali

il tentare di ottenere l'emostasi con farmaci non ormonali e a rapido effetto è spesso la prima strategia terapeutica: può non essere sufficiente, ma è sicura e permette di controllare i sintomi in attesa di completare l'iter diagnostico. Inoltre, la natura non ormonale dei farmaci e l'assunzione solo nei giorni della mestruazione facilitano la compliance e permettono la contemporanea ricerca di prole.

**L'acido tranexamico** è la terapia non ormonale della menorragia più usata: riduce del 46.7% (range 35-56%) la perdita ematica vaginale media (MBL) rispetto a prima del trattamento (circa 94 ml/ciclo). Agisce riducendo l'attività degli enzimi fibrinolitici, attivatori del plasminogeno, la cui concentrazione è maggiore nell'endometrio di donne con menometrorragie. L'efficacia è maggiore se si inizia ad assumerlo alle prime avvisaglie di flusso mestruale, mentre inizia la formazione di trombi piastrinici e dei primi strati di fibrina.

La posologia è 500-1000 mg per 2-4 volte al dì per 5 giorni, in base all'entità delle perdite ematiche.

In alternativa possono essere utilizzati i **farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)**, che diminuiscono la perdita ematica vaginale mediamente del 29% (range 19-47%). Essi agiscono riducendo le prostaglandine ed il rapporto PG E2/F2alfa e prostaciclina (PGI2)/trombossano (TXA2) con aumento di vasocostrizione ed aggregazione piastrinica. I FANS più efficaci ed usati per le menorragie sono l'acido mefenamico (1500 mg/die per 5 giorni), il naprossene (550 all'inizio, poi 275 mg per 2-4/die per 5 giorni) e l'ibuprofene (1200 mg/die per os). Prima di definire inefficaci i FANS è necessario iniziare uno o anche due giorni prima dell'inizio del mestruo e aumentare la dose fino al massimo consentito. Inoltre essi hanno il vantaggio di migliorare i dolori e la cefalea durante il periodo mestruale.

Tuttavia sono gravati da effetti collaterali frequenti soprattutto a livello gastrico.

# Diagnosi

- **Esami di laboratorio:** un test urinario è utile per escludere una gravidanza. L'emocromo e la sideremia sono indicatori indiretti dell'entità del sintomo e sono indispensabili in caso di disturbi non occasionali. La valutazione della funzionalità tiroidea e della coagulazione verranno richiesti in caso di sintomi o segni correlabili.

- **Ecografia transvaginale:** l'esame obiettivo ginecologico non sempre permette di identificare anomalie di rilievo ed un'indagine dettagliata a carico del miometrio e della cavità uterina è indispensabile. L'ecografia effettuata con sonda transvaginale è più sensibile nell'identificare alterazioni anatomiche di utero ed ovaie rispetto all'ecografia effettuata con sonda addominale. L'ecografia potrà individuare alterazioni anatomiche come polipi, fibromi, adenomiosi, cisti ovariche.

- **Sonoisterografia:** è un'indagine ecografica della cavità uterina mentre la stessa viene distesa da soluzione fisiologica. Il mezzo liquido, iniettato sterilmente con sottili cateteri, offre un adeguato contrasto sonografico e permette una definizione ottimale dei profili della cavità uterina e di eventuali formazioni aggettanti al suo interno.

- **Isteroscopia e biopsia dell'endometrio:** viene introdotta un'ottica sottile all'interno della cavità uterina che permette di proiettare le immagini su un monitor utilizzando una telecamera applicata all'ottica. E' il gold standard per diagnosticare la presenza di neoformazioni all'interno della cavità uterina: si tratta di un esame di II livello che normalmente si esegue in seguito all'ecografia. Permette inoltre l'esecuzione di una biopsia per studiare la natura benigna o maligna di lesioni sospette.

# Cause

Esistono diverse cause correlate ad un ciclo mestruale abbondante. Esse includono:



- Squilibrio ormonale, in particolare di estrogeni e progesterone. Tale squilibrio è più comune nelle adolescenti nelle quali il ciclo mestruale ha avuto inizio di recente o nelle donne che si stanno avvicinando alla menopausa
- Fibromi e polipi dell'utero, il cui sviluppo è frequente durante l'età fertile della donna.
- Complicazione di una gravidanza misconosciuta (minaccia di aborto, aborto spontaneo, gravidanza extrauterina)
- Utilizzo di anticoagulanti
- Problemi con un contraccettivo intrauterino non ormonale (spirale)
- Adenomiosi, condizione in cui il tessuto che riveste la cavità uterina (endometrio) è presente nella parete muscolare dell'utero (miometrio). E' più probabile che questa condizione interessi donne di mezza età che hanno partorito diversi figli
- Cancro dell'utero (rara ma possibile causa di mestruazioni abbondanti)
- Altre condizioni mediche, tra cui malattie epatiche, renali o tiroidee, e disturbi ematologici o piastrinici

I sanguinamenti possono essere suddivisi inoltre in due grandi categorie:

- 1) organici (derivanti da lesioni anatomiche, benigne o maligne)
- 2) disfunzionali (secondari a problemi ormonali, alterazioni della coagulazione o ad assunzione di farmaci)

Un aumento del flusso mensile che mantiene un ritmo regolare suggerisce la presenza di una patologia organica benigna. L'irregolarità del sanguinamento è un segno tipico di disturbi ormonali.