

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVI

Maggio 2023

numero 5

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

MENOMETRORRAGIA DA IRREGOLARITÀ MESTRUALE DISFUNZIONALE: QUANDO È TROPPO È TROPPO

Martina D'Agostin

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: martina.dagostin@gmail.com

Una ragazzina di 11 anni viene trasferita da altro ospedale per anemia severa in quadro di menometrorragia. Il menarca era avvenuto sei mesi prima. I suoi primi cicli mestruali erano stati regolari per durata e intervallo fino al mese precedente al nostro incontro, quando ha iniziato a presentare un ciclo mestruale ininterrotto e abbondante, con cambi di 6-7 assorbenti al giorno. Non altra storia di sanguinamenti mucosali. Per progressiva astenia, il medico curante prescriveva già dopo 2 settimane il primo emocromo, con riscontro di anemia normocitica severa. Venivano per questo eseguite due infusioni di ferro ev e una trasfusione di emazie concentrate per emoglobina di 6,6 g/dl. Dopo la trasfusione, veniva avviata terapia con acido tranexamico per bocca. La ragazzina comunque continuava ad andare a scuola senza problemi. Alla luce però della mancata risoluzione del sanguinamento vaginale nonostante l'acido tranexamico, veniva inviata alla nostra attenzione per una presa in carico della ragazzina. Presso il nostro Centro eseguiva valutazione ginecologica pediatrica con ecografia pelvica che mostrava un endometrio sottile compatibile con fine del ciclo mestruale e avviava terapia con medrossiprogesterone acetato. Dopo l'avvio della terapia ormonale e dell'acido tranexamico in infusione continua, si assisteva a riduzione e risoluzione del sanguinamento vaginale. Nonostante il nadir di emoglobina raggiunto nel nostro reparto sia stato di 6,4 g/dl, alla luce delle

buone condizioni cliniche, della riduzione del sanguinamento e dell'ottimo compenso midollare in corso (reticolociti pari a 190.000/mm³), si decideva di soprassedere alla trasfusione di emazie.

Gli accertamenti eseguiti hanno escluso un difetto della coagulazione (INR, aPTT, fibrinogeno, antitrombina III, fattore di von Willebrand e del fattore VIII) come causa del sanguinamento.

In prima ipotesi, dunque, con una ecografia pelvica che esclude cause strutturali di sanguinamento eccessivo e una coagulazione nella norma, si può trattare di un caso di menometrorragia da irregolarità mestruale disfunzionale, che può presentarsi in ragazze durante i primi cicli mestruali.

Di base, le cause di sanguinamento vaginale da indagare sono categorizzate dalle linee guida americane della ACOG negli acronimi PALM (*Polyp, Adenomyosis, Leiomyoma, Malignancy and hyperplasia*) e COEIN (*Coagulopathy, Ovulatory dysfunction, Endometrial, Iatrogenic, and Not otherwise classified*).

La causa più frequente di irregolarità mestruale nelle ragazze dopo il menarca è la disfunzione ormonale. In questi casi si trasfonde molto raramente e la terapia è ormonale estroprogestinica o progestinica. Ritengo che tra pediatri si parli sempre troppo poco di ciclo mestruale, *quando è troppo e quando è troppo poco*.