

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVII

Febbraio 2024

numero 2

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

MENOMETRORRAGIA COME CAUSA DI GRAVE ANEMIA

Martina D'Agostin

IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Università di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: martina.dagostin@gmail.com

Ragazzina di 11 anni, che 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 ed 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. 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/mmc), si decideva di soprassedere alla trasfusione di emazie.

Gli accertamenti eseguiti (INR, aPTT, fibrinogeno, antitrombina III, fattore di Von Willebrand e del fattore VIII) hanno escluso un difetto della coagulazione 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 è formalizzata la diagnosi di **menometrorragia da irregolarità mestruale disfunzionale**, che può caratterizzare le ragazze nei loro primi cicli mestruali.

Di base, le cause di sanguinamento vaginale da indagare sono categorizzate dalle linee guida americane della *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) negli acromini

- **PALM:** *Polyp, Adenomyosis, Leiomyoma, Malignancy and hyperplasia*, cioè polipi, adenomiosi, leiomioma, neoplasie e iperplasia;
- **COEIN:** *Coagulopathy, Ovulatory dysfunction, Endometrial, Iatrogenic, and Not otherwise classified*. cioè coagulopatie, disfunzione ovulatoria, endometriale, iatrogena o non diversamente classificata.

La causa più frequente di irregolarità mestruale nelle ragazze dopo il menarca è la disfunzione ormonale. In questi casi è necessario procedere con una trasfusione molto raramente e la terapia è ormonale estroprogestinica o progestinica. Ho trovato interessante questo caso perché si parla sempre troppo poco di ciclo mestruale, *quando è troppo e quando è troppo poco*, tra pediatri.