

Ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza:

- le vaginiti ricorrenti nell'infanzia e adolescenza
- la dismenorrea precoce e l'endometriosi
- le irregolarità mestruali

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Centro di Ginecologia
H. San Raffaele Resnati, Milano

La presentazione analizzerà alcuni dei temi più rilevanti per il farmacista e sui quali più frequentemente i/le clienti chiedono consigli.

Vaginiti recidivanti da E. Coli

E' necessario raccomandare:

- 1) misure igieniche, con modalità di pulizia dall'avanti all'indietro nell'uso della carta igienica, utilizzando detergenti alla camomilla o alla calendula nell'igiene abituale; al timo (diluiti!), contenenti timolo e carvacrolo, sostanze ad azione antibatterica selettiva, in caso di vulvovaginiti recidivanti;
- 2) regolarizzazione dell'intestino: la stipsi propulsiva, ostruttiva o mista è un grande cofattore di recidività per le infezioni vaginali e vescicali da E. Coli e altri saprofiti patogeni; va consigliata buona idratazione quotidiana, alimentazione ricca di fibre e frutta che stimoli l'azione propulsiva, come kiwi e/o prugne; probiotici; ed ev. lassativi preferibilmente di massa;
- 3) movimento fisico quotidiano;
- 4) visita da ginecologo-pediatra in caso di recidività (anche per escludere eventuali abusi).

Vaginiti recidivanti da candida nell'adolescenza

Le vaginiti da Candida (albicans e non albicans) sono rare in età pediatrica e compaiono solo in corso di terapie antibiotiche prolungate e/o in caso di severa immunodepressione (per esempio in corso di chemioterapia o radioterapia total body). Espodono all'adolescenza, per il ruolo permissivo che gli estrogeni hanno sul passaggio della Candida da spora a ifa. In effetti, un terzo delle visite ambulatoriali ospedaliere delle adolescenti sono effettuate per vaginiti da Candida.

Sono **fattori predisponenti** l'alimentazione ricca di lieviti, zuccheri semplici quali il glucosio e formaggi stagionati; l'ipertono del muscolo elevatore dell'ano, che causa poi restringimento dell'entrata vaginale, inibizione riflessa della lubrificazione con secchezza vaginale (che può peggiorare in corso di terapia estro-progestinica a basso dosaggio) e microabrasioni all'introito vaginale ("ho dei taglietti lì") che vengono facilmente infettati anche dalla normale flora batterica e da quantità di candida anche non sufficienti a positivizzare il tampone vaginale; un abbigliamento inadeguato (tra cui jeans attillati, che possono facilitare le microabrasioni vulvari).

Sono **fattori precipitanti** le cure antibiotiche (alle quali sarebbe bene associare un antimicotico per os) e i rapporti sessuali in condizioni di secchezza vaginale.

Sono **fattori di mantenimento**, innanzitutto, l'omissione diagnostica dei diversi fattori predisponenti e precipitanti; e poi la mancata attenzione a stili di vita più appropriati e a mantenere un normale tono del pavimento pelvico mediante opportuni esercizi. La terapia prevede di agire sui fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento, effettuando in parallelo profilassi antimicotica per bocca per tre-sei mesi, quando la Candida sia recidivante e/o si associ a vestibolite vulvare/vulvodinia o altre patologie loco-regionali o sistemiche.

Dismenorrea severa precoce

Può essere causata da:

- 1) flussi abbondanti, che possono essere curati anche subito dopo il menarca con progestinici da soli e/o in combinazione con l'acido tranexamico (gold standard nel trattamento sintomatico delle metrorragie), oppure con estro-progestinici (pillola, cerotto o anello vaginale, quest'ultimo se la ragazza ha già avuto rapporti sessuali);

- 2) endometriosi, che nel 30% dei casi dà dismenorrea severa, dolore pelvico, dischezia e/o dispareunia profonda già prima dei 15 anni, e nel 70% dei casi prima dei 20 anni. Purtroppo passano mediamente nove anni e tre mesi prima che una dismenorrea severa e invalidante venga correttamente diagnosticata come epifenomeno di endometriosi.

Per questo anche il/la farmacista può fare moltissimo per contribuire a una diagnosi più precoce. Come terapia della dismenorrea severa, specie se associata ad endometriosi, sono indicati gli estroprogestinici in continua per tre mesi o più, così da evitare il ciclo durante questi periodi continuativi. Senza ciclo, si evita lo sfaldamento dell'endometrio in sedi ectopiche, tipico dell'endometriosi. Il sangue che si libera a livello tessutale causa altrimenti immediata risposta infiammatoria acuta, con iperattivazione del mastocita, la cellula che dirige la grande orchestra tessutale evocata dalla lesione. Il mastocita produce poi non solo tutti i mediatori dell'infiammazione, ma anche alti livelli di neurotrofine, quali il Nerve Growth Factor (NGF), responsabili della moltiplicazione delle fibre nervose del dolore periferiche, fino a 10 volte la norma, con iperalgesia e viraggio del dolore da nocicettivo (sintomatico di lesione tessutale) a neuropatico, quando il segnale di dolore si genera nei centri e nelle vie nervose e il dolore diventa malattia in sé.

La terapia estroprogestinica in continua è anche indicata in caso di profilassi dopo asportazione di una o più cisti endometrioidiche: riduce infatti dell'80% le recidive ovariche di endometriosi se effettuata per tre anni.

L'endometriosi non curata è una delle cause principali di dolore pelvico cronico e di dispareunia profonda. Comorbidità importanti sono la cefalea, le intolleranze alimentari, la sindrome del colon irritabile e le cistiti, oltre al dolore ai rapporti in profondità ("dispareunia profonda").

Irregolarità mestruali

Sono considerate normali le irregolarità mestruali (in particolare l'oligomenorrea, ossia cicli di durata superiore ai 40 giorni) per i primi due anni dopo il menarca. Sono tuttavia meritevoli di attenzione clinica immediata, anche subito dopo il menarca, le metrorragie e le menometrorragie, che richiedono immediata valutazione diagnostica e terapeutica. Potrebbero infatti essere causate da anovulatorietà, ma anche da carenza di fattori della coagulazione (per esempio, ridotto numero o efficienza emostatica delle piastrine).

In tal caso la terapia deve essere tempestiva, con antiemorragici, progestinici o estroprogestinici, così da riportare alla normalità le caratteristiche del flusso, e vitamine del gruppo B, in primis l'acido folico, per curare l'anemia sideropenica e i molti sintomi ad essa associati (astenia, irritabilità, depressione, difficoltà di concentrazione, perdita di capelli...).

Una terapia efficace e precoce si traduce in un miglior vissuto mestruale, nella normalizzazione degli stili di vita (il 70% delle ragazze abbandona lo sport agonistico tra i 12 e i 19 anni, soprattutto per problemi collegati al ciclo), nella rapida prevenzione e terapia delle anemie sideropeniche, nonché in un'ottimale "terapia contraccettiva", quando l'obiettivo di prevenire gravidanze indesiderate si coniuga a molteplici vantaggi terapeutici su più fronti critici per l'adolescente.

Per tutti queste problematiche il/la farmacista può costituire un interlocutore prezioso, capace di dare i consigli di stile di vita più appropriati, oltre a sensibilizzare i genitori sia per una presa in carico rigorosa del problema, quando indicato, sia per incoraggiare e sostenere l'utilizzo di terapie efficaci (quali i contraccettivi ormonali o i progestinici) nei confronti dei quali esistono ancora nella nostra popolazione pregiudizi radicati e paure infondate.