

Perdite di sangue al di fuori del ciclo mestruale: tutte le motivazioni

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

"Gentile dottoressa, ho 43 anni e, da un anno circa, ho perdite di sangue scure dopo il ciclo, peraltro brevissimo, che durano dai 15 ai 20 giorni. I medici hanno escluso cisti ovariche, e i livelli di emoglobina nel sangue sono buoni. Tuttavia, come lei può immaginare, avere perdite quasi 25 giorni al mese è abbastanza stressante. Secondo lei, esistono cause oggettive che non sono state analizzate? E' possibile eliminare il problema?".

Maria S. (Frosinone)

Gentile signora, è vero: le piccole perdite di sangue (chiamate "spotting" dall'inglese "to spot", macchiare), più o meno continue, sono molto fastidiose. Ha ragione a voler approfondire: queste perdite sono indicative di qualcosa che non va a livello della salute genitale. Come regola generale, infatti, la donna dovrebbe perdere sangue solo con la mestruazione, idealmente con un inizio e un termine netti, senza perdite né prima né dopo il flusso, e, tantomeno, per tutto il mese.

Il colore scuro è dovuto a un fattore molto semplice: quando la perdita è scarsa, il sangue esce dalle vie genitali molto lentamente. L'emoglobina, la proteina che trasporta l'ossigeno contenuta nei globuli rossi, nel frattempo si ossida e il suo colore, da rosso vivo, vira al nero. Il colore scuro indica quindi che la quantità di sangue perso è scarsa, ma non è, in sé, indice di gravità di patologia.

Dalla sua mail mi sembra che non siano state indagate altre possibili cause, che meritano un approfondimento (box 1):

- alterazioni ormonali per un'irregolare produzione di ormoni da parte dell'ovaio, da cui dipende un'alterata stimolazione dell'endometrio. Questo causa uno sfaldamento irregolare che è la causa biologica dello spotting. Due sono le cause più frequenti: innanzitutto lo stress prolungato, perché altera e riduce la produzione quantitativa del progesterone. Questo ormone è essenziale per dare "stabilità" all'endometrio, il tessuto che riveste la parte interna dell'utero e che dovrebbe accogliere l'uovo fecondato. Se non c'è fecondazione, e/o se il progesterone manca o è inadeguato per quantità, l'endometrio si sfalda in modo irregolare, e in anticipo rispetto alla mestruazione, dando luogo appunto allo spotting nerastro. La seconda frequente causa di alterazioni ormonali è la premenopausa, che può iniziare anche 6-8 anni prima dell'ultima mestruazione. Lo spotting a metà ciclo è invece più spesso legato a irregolarità dell'ovulazione;
- una possibile infezione da Clamidia Trachomatis: un germe tanto silenzioso quanto insidioso. Pensi che, a seconda degli studi, è stata individuata nel 29-48 per cento delle donne che avevano uno spotting persistente, senza altre eziologie, come nel suo caso. Chieda al medico di famiglia di farle fare un tampone cervicale (ed eventualmente uretrale) per la Clamidia, oltre al dosaggio plasmatico di eventuali anticorpi anticlamidia. Se il test si rivelasse positivo, una terapia antibiotica (azitromicina o doxiciclina), per 15-21 giorni, cura la Clamidia ed elimina lo spotting nella maggioranza dei casi. Per mantenere l'equilibrio dell'ecosistema intestinale e

vaginale è opportuno associare dei probiotici per bocca, ed eventualmente vaginali, per almeno due mesi. Infine se fosse vulnerabile alle infezioni da Candida, ricordi di associare una profilassi antimicotica, con fluconazolo o itraconazolo, sempre su prescrizione medica: per evitare di ritrovarsi con la Candida, dopo avere curato la Clamidia! I fattori di rischio per la Clamidia sono indicati nel box 2;

- polipi, fibromi sottomucosi, o iperplasie dell'endometrio, ossia alterazioni della maturazione cellulare delle cellule della mucosa che riveste la parte interna dell'utero e che possono aumentare il rischio di tumori maligni dell'utero.

Per completezza, aggiungo le cause che favoriscono lo spotting nelle donne che assumono contraccettivi ormonali per bocca:

- dimenticanze della pillola, per cui si abbassano i livelli di estrogeni e progesterone nel sangue: questo causa lo sfaldamento irregolare dell'endometrio, ma riduce anche l'efficacia del contraccettivo;

- sindrome dell'intestino irritabile a variante diarroica: accelera il transito intestinale, anche dei farmaci, e ne riduce l'assorbimento e quindi l'efficacia;

- patologie come la celiachia, malattia autoimmune che lede la capacità di assorbimento intestinale, sia dei nutrienti, sia dei farmaci.

In questi casi, se si desidera la contraccezione ormonale, anche a scopo terapeutico, è più indicata la via transdermica, con il cerotto contraccettivo, o la via vaginale, con l'anello contraccettivo.

In sintesi: in caso di spotting persistente, è doveroso fare un approfondimento diagnostico, che include anche l'isteroscopia diagnostica (box 3). La cura è risolutiva solo se, individuate le cause, va alla radice del problema. Un caro saluto!

Box 1. Che cosa è opportuno fare in caso di spotting?

- Visita ginecologica
- Pap-test, con prelievo frazionato del tessuto endocervicale (brushing endocervicale)
- Dosaggi ormonali, soprattutto se la donna sta cercando figli e se, per l'età, si avvicina alla menopausa
- Ecografia transvaginale, per valutare lo spessore della mucosa endometriale ed eventuali neoformazioni (quali polipi o iperplasie dell'endometrio)
- Colposcopia e biopsia mirata, se il sangue proviene dal collo dell'utero
- Isteroscopia diagnostica con biopsia ed esame istologico, se lo spotting proviene dall'interno dell'utero
- Riconsiderare con il ginecologo il tipo di contraccettivo ormonale, soprattutto se lo spotting è comparso solo con un partner e/o con ogni tipo di contraccettivo ormonale fino a quel momento assunto

Box 2. Fattori di rischio per la Clamidia

Il rischio di contrarre un'infezione da Clamidia Trachomatis aumenta se una donna:

- ha perdite di sangue persistenti al di fuori del ciclo mestruale;
 - il suo partner soffre di uretrite;
 - non fa usare sempre il profilattico, fin dall'inizio del rapporto, in tutti i rapporti;
 - ha un nuovo partner da pochi mesi, o ha avuto più partner, o il partner è infedele;
 - ha secrezioni muco-purulente o ha già avuto un'altra infezione da Clamidia o da Gonococco.
-
-

Box 3. Isteroscopia diagnostica e terapeutica

Un'isteroscopia diagnostica può essere utile per diagnosticare un'eventuale endometrite, ossia un'infezione dell'endometrio, che è lo strato interno dell'utero, o lesioni quali un'iperplasia o un polipo. La biopsia dell'endometrio, con esame istologico, completa la diagnosi.
