Cicli abbondanti: come riconoscerli? come curarli?

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

Indice

Introduzione pag. 1
Come capire che il ciclo è abbondante? pag. 1
La perdita mestruale è considerata eccessiva dal punto di vista medico se... pag. 1
Perché preoccuparsi quando il ciclo è abbondante? pag. 2
Quali altri fattori possono contribuire all'anemia da carenza di ferro? pag. 2
Oltre all'esame del sangue, quali altri esami sono importanti in caso di cicli abbondanti? pag. 2
Quali sono le cure più indicate in caso di cicli abbondanti e anemia da carenza di ferro? pag. 3
Conclusioni pag. 4
Bibliografia essenziale pag. 4

Introduzione

I **cicli abbondanti** sono una causa frequente e trascurata di **anemia** e di importanti **sintomi** che riducono l'energia vitale e la qualità di vita della donna (Sriprasert et al, 1017).

Ancor oggi sono sottovalutati, sotto diagnosticati e trattati in modo inadeguato, pur costituendo la prima causa di **anemia da carenza di ferro** ("sideropenica") della donna in età fertile, spesso fin dall'adolescenza (Cooke et al, 2017).

Come capire che il ciclo è abbondante?

Il ciclo è abbondante quando la perdita mestruale supera gli 80 ml di sangue per ciclo. Un normale assorbente interno completamente imbevuto contiene 5 ml di sangue.

Interessa l'11-13 per cento delle donne tra i 12 e i 50 anni, con un picco che raggiunge il 24-30 per cento fra i 36 e i 45 anni.

Nella donna giovane **una inadeguata funzione delle piastrine** (malattia di von Willebrand) è da considerare se il ciclo è abbondante fin dalla prima mestruazione. Più frequentemente, la causa è dovuta ad **alterazioni ormonali**, con cicli non ancora ovulatori e/o squilibrio tra la produzione di estrogeni e di progesterone (Deligeoroglou e Karountzos, 2017).

Dopo i 30 anni, il flusso mestruale tende ad aumentare per la comparsa di problemi diversi: non solo disfunzioni ormonali, ma anche cause organiche quali **fibromi uterini, polipi, iperplasie dell'endometrio**. Sono tutti fattori curabili: prima si fa la diagnosi, migliore è il risultato (Bacon 2017).

© 2018 - Prof. Alessandra Graziottin - www.alessandragraziottin.it

La perdita mestruale è considerata eccessiva dal punto di vista medico se...

- si deve cambiare il tampone ogni due ore o meno;
- si consumano più di 20 tamponi per ciclo;
- il flusso dura più di 7 giorni;
- ci sono coaguli.

Perché preoccuparsi quando il ciclo è abbondante?

Quando il ciclo è abbondante **è giusto preoccuparsi** perché (Graziottin e Zanello 2015):

- aumenta di quasi cinque volte il **dolore mestruale** (dismenorrea);
- causa **anemia da carenza di ferro** (sideropenica), con stanchezza; difficoltà di attenzione, concentrazione e memoria; raddoppio del rischio di depressione; riduzione dell'energia vitale e del desiderio sessuale. Si riducono in tal caso i livelli nel sangue di ferritina, transferrina, sideremia ed emoglobina; i globuli rossi diventano più piccoli e si riducono di numero;
- raddoppia il rischio di **endometriosi**, malattia inquietante, caratterizzata dalla presenza di mucosa endometriale al di fuori dell'utero, con gravi conseguenze per la salute (perché aumenta il rischio di dolore pelvico, infertilità, dolore ai rapporti, menopausa precoce).

Quali altri fattori possono contribuire all'anemia da carenza di ferro?

Gli **effetti anemizzanti del ciclo abbondante** si potenziano (Wirth et al, 2017):

- se l'**alimentazione** è povera di ferro: per scelta vegetariana o vegana; per diete "autogestite", come spesso succede nelle adolescenti; per povertà;
- se il ferro viene assorbito poco, in caso di coesistenti **intolleranze alimentari al glutine o al lattosio**, o, in modo ancora più marcato, in caso di **celiachia**;
- se ci sono **altre perdite di sangue**, per esempio gengivali, gastriche, intestinali o emorroidarie, o se è presente **una sindrome del colon irritabile con diarrea**, tutte condizioni che si associano a piccole perdite di sangue che nel tempo determinano un importante impoverimento delle riserve di ferro e una riduzione di emoglobina e del numero di globuli rossi;
- se ci sono aumentate richieste, in caso di **crescita rapida**, come succede nell'adolescenza; nelle **atlete** ad alta performance; in **gravidanza e puerperio**;
- se la donna è colpita da malaria.

In caso di cicli abbondanti ed evidenti sintomi di carenza di ferro, è necessario fare **un dosaggio nel sangue** (con semplice prelievo) di:

- **ferritina** (indica le riserve di ferro): quando è bassa, indica il primo stadio di anemia;
- **transferrina** (indica quanto ferro viene trasportato dentro le cellule): se bassa, segnala il secondo stadio di anemia;
- **sideremia** (il ferro nel sangue): se bassa, indica il terzo stadio di anemia;
- **emocromo** (che fornisce il conteggio dei globuli rossi e il livello di emoglobina).

Oltre all'esame del sangue, quali altri esami sono importanti in caso di cicli abbondanti?

Ecco gli altri esami essenziali per tutte le donne con flussi abbondanti:

- **test di gravidanza**, se la donna ha avuto rapporti non protetti e la perdita è eccessiva rispetto al solito (potrebbe trattarsi di un aborto spontaneo);
- **visita con pap test e valutazione del collo con speculum**: ci potrebbero essere uno o più polipi cervicali, o lesioni più gravi del collo dell'utero (neoplasie intraepiteliali o addirittura micro-invasive) causate da Papillomavirus (HPV);
- **ecografia pelvica per via addominale**, se la donna non ha ancora avuto rapporti, **o transvaginale**, se li ha già avuti, per diagnosticare presenza e sede di eventuali fibromi: quelli "sottomucosi", posti subito al di sotto dell'endometrio, lo strato interno dell'utero che si sfalda con la mestruazione, anche se piccoli, danno più emorragie di quelli grandi ma posti all'esterno dell'utero, ossia "sottosierosi";
- **isteroscopia diagnostica e terapeutica** (in caso di polipi, iperplasie o fibromi sottomucosi), un esame di secondo livello.

Quali sono le cure più indicate in caso di cicli abbondanti e anemia da carenza di ferro?
E' essenziale curare **i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento**. Innanzitutto, bisogna **ridurre tutti i diversi fattori** che concorrono all'inadeguata assunzione di ferro, al ridotto assorbimento intestinale o all'aumento delle perdite, sia gastrointestinali, sia legate al ciclo abbondante.
Fatta la diagnosi, bisogna **ridurre il flusso e reintegrare il ferro** (Del Vecchio e Locatelli, 2017), ottimizzandone l'assorbimento e l'utilizzo mediante **vitamine del gruppo** B (acido folico e B12), **vitamina C** e **lattoferrina**, una proteina che ne facilita l'assorbimento. Se l'anemia è severa, il medico valuterà se fare una prima terapia di ferro per via endovenosa e proseguire poi con il farmaco per bocca.
In caso di **cicli abbondanti da cause disfunzionali**, le opzioni terapeutiche includono (Davies e Kadir, 2017):
- **progestinici**, ormoni che agiscono sull'endometrio e riducono il flusso. Possono essere assunti per bocca, oppure somministrati direttamente in utero grazie a una spirale medicata al progesterone (IUD al levonorgestrel);
- pillola approvata per la cura dei cicli abbondanti, con **estradiolo valerato e dienogest** (Graziottin 2014);
- pillole contraccettive, cerotti contraccettivi o anelli vaginali usati **"in continua"**, ossia senza la pausa di sospensione di 7 o 4 giorni: questo riduce il numero di cicli e consente di risparmiare globuli rossi e ferro (Graziottin 2015).
In caso di **cicli abbondanti da cause organiche**, le opzioni terapeutiche includono:
- **la rimozione chirurgica** per via isteroscopica della causa organica, in caso di polipi endometriali, fibromi sottomucosi o iperplasie dell'endometrio;
- **una terapia medica con ulipristal acetato**, in caso di cicli abbondanti da fibromatosi dell'utero (Fauser et al, 2017).
Attenzione: è sempre il ginecologo di fiducia a valutare gli esami da fare e la terapia più adeguata alla singola donna. Con una diagnosi accurata, la cura sarà di piena soddisfazione. Solo in una minima percentuale di casi, che non rispondono alla terapia medica e/o in cui sono presenti cause organiche non curabili con i farmaci, per esempio una fibromatosi

dell'utero diffusa a nodi multipli, oppure una persistente iperplasia atipica dell'endometrio, e la donna non desidera più figli, è indicata l'asportazione dell'utero (isterectomia).

Conclusioni

In sintesi: il **ciclo abbondante** può costituire una causa insidiosa e sottovalutata di **anemia da carenza di ferro** e di **importanti comorbilità**, dal ciclo doloroso all'endometriosi, dalla stanchezza cronica alle difficoltà di attenzione e concentrazione, dalla depressione alla perdita di desiderio sessuale. **Diagnosi precoce e terapia adeguata** migliorano nettamente la salute e la qualità di vita della donna: tanto prima, tanto meglio!

Bibliografia essenziale

Bacon JL.
Abnormal uterine bleeding: current classification and clinical management
Obstet Gynecol Clin North Am. 2017 Jun; 44 (2): 179-193

Cooke AG, McCavit TL, Buchanan GR, Powers JM.
Iron deficiency anemia in adolescents who present with heavy menstrual bleeding
J Pediatr Adolesc Gynecol. 2017 Apr; 30 (2): 247-250

Davies J, Kadir RA.
Heavy menstrual bleeding: an update on management
Thromb Res. 2017 Mar; 151 Suppl 1: S70-S77

Del Vecchio L, Locatelli F.
Clinical practice guidelines on iron therapy: a critical evaluation
Hemodial Int. 2017 Jun; 21 Suppl 1: S125-S131

Deligeoroglou E, Karountzos V.
Abnormal uterine bleeding including coagulopathies and other menstrual disorders
Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2017 Oct 9. pii: S1521-6934(17)30147-5

Fauser BC, Donnez J, Bouchard P, Barlow DH, Vázquez F, Arriagada P, Skouby SO, Palacios S, Tomaszewski J, Lemieszczuk B, William AR.
Safety after extended repeated use of ulipristal acetate for uterine fibroids
PLoS One. 2017 Mar 7; 12 (3)

Graziottin A.
Contraception containing estradiol valerate and dienogest. Advantages, adherence and user satisfaction - La contraccezione con estradiolo valerato e dienogest. Il punto su vantaggi, aderenza e soddisfazione d'uso

Minerva Ginecologica 2014, 66, 479-495

Graziottin A.
"The shorter, the better": a review of the evidence for a shorter contraception hormone-free interval
European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2015 Aug 20: 1-13

Graziottin A. Zanello P.P.
Mestruazione, infiammazione e comorbilità: implicazioni per la salute della donna
Minerva Ginecologica 2015 Febbraio; 67 (1): 21-34

Sriprasert I, Pakrashi T, Kimble T, Archer DF.
Heavy menstrual bleeding diagnosis and medical management
Contracept Reprod Med. 2017 Jul 24; 2:20

Wirth JP, Woodruff BA, Engle-Stone R, Namaste SM, Temple VJ, Petry N, Macdonald B, Suchdev PS, Rohner F, Aaron GJ.
Predictors of anemia in women of reproductive age: Biomarkers Reflecting Inflammation and Nutritional Determinants of Anemia (BRINDA) project.
Am J Clin Nutr. 2017 Jul; 106 (Suppl 1): 416S-427S