

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XVI

Maggio 2013

numero 5

CASI INDIMENTICABILI

Cicli da indagare (anamnesi e ancora anamnesi)A. Paladini¹, G. La Fauci², M. Fornaro², E. Valletta²¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Ferrara²UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL di Forlì

Vediamo G., 13 anni, per un quadro di grave anemia ferrocarenziale: poiché ultimamente la ragazza si lamenta di astenia e cefalea, il suo curante le prescrive alcuni esami, con riscontro di Hb 4,9 g/dl e depositi marziali depleti. La ricoveriamo, la sottoponiamo a emotrasfusione, iniziamo la terapia marziale e nel frattempo indaghiamo meglio. L'obiettivo clinico è regolare. Non ci sono segni di emolisi, la conta reticolocitaria, lo striscio periferico e l'aspirato midollare sono normali. Sierologie virali negative e antitransglutaminasi negativi. Nulla alla radiografia del torace e all'ecografia di addome e pelvi. Ripetutamente interroghiamo la ragazza e i genitori: G. ha avuto il menarca circa un anno prima; da allora presenta cicli mestruali della durata di 9 giorni circa, con febbre il primo giorno del ciclo, un consumo esorbitante di assorbenti (circa 2 pacchi nei primi 3 giorni di ciclo), assenza da scuola, necessità di sostituire biancheria del letto e vestiti quasi ogni notte. Non dismenorrea, ma astenia, pallore e cefalea sempre più importanti nel corso dei mesi. La madre non aveva mai parlato di questo al curante, perché anche lei presentava anemia ferrocarenziale dalla pubertà e caratteristiche dei cicli mestruali simili. Quante volte abbiamo studiato la considerevole frequenza dell'anemia sideropenica nelle adolescenti e la necessità di indagare con loro la quantità e la durata dei cicli mestruali! Spesso, invece, il colloquio scivola via su questo argomento per scarsa considerazione del problema, per mancanza di tempo, per l'imbarazzo che alcune domande creano nelle ragazze e nelle madri. In questo caso la sottovalutazione del problema nella famiglia (la madre ha sempre sofferto di polimenorrea e anemia ferrocarenziale) ha ritardato ulteriormente le cose. Le mestruazioni che durano più di 8 giorni, che richiedono più di 6 assorbenti al giorno, che si accompagnano alla frequente emissione di coaguli ematici non possono essere considerate normali. Quando si tratta di perdite uterine ematiche non dolorose, eccessive come quantità o durata, conseguenti a una immaturità dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi e alla presenza, quindi, di cicli anovulatori, parliamo di emorragie uterine disfunzionali. Si presentano, in genere, nei primi due anni dopo il menarca e si osservano nel 15-20% delle adolescenti con problemi ginecologici. Occorre escludere patologie sistemiche (malattie croniche, endocrinopatie, malattie della coagulazione, soprattutto la porpora trombocitopenica idiopatica e la malattia di

von Willerbrand), patologie ginecologiche, lesioni traumatiche, complicanze in corso di gravidanza. L'approccio diagnostico deve comprendere: anamnesi accurata (anche quella familiare!!!); valutazione dei sintomi legati all'anemia (pallore, tachicardia, ipotensione, facile faticabilità, vertigini, dispnea); valutazione dell'eventuale presenza di splenomegalia, emorragie cutanee o mucose, segni di patologia tiroidea o surrenalica (gozzo, tremori, acne, seborrea, irsutismo); alcuni esami: emocromo, coagulazione, valutazione depositi marziali, esami ormonali (prolattina, androgeni, gonadotropine e funzionalità tiroidea); test di gravidanza; ecografia pelvica. Il trattamento dipende dall'entità del sanguinamento uterino e dal valore di Hb. Nel nostro caso, la ragazza ha intrapreso terapia con estroprogestinico orale. Durante i 2 cicli mestruali successivi al ricovero, si è reso necessario l'uso di acido tranexamico per il persistere di importante polimenorrea. Poi, è stata meglio, i cicli sono divenuti più regolari (durata massima di 6 giorni, con flusso notevolmente ridotto, a cadenza mensile) e continua la terapia marziale e l'estroprogestinico per os.