

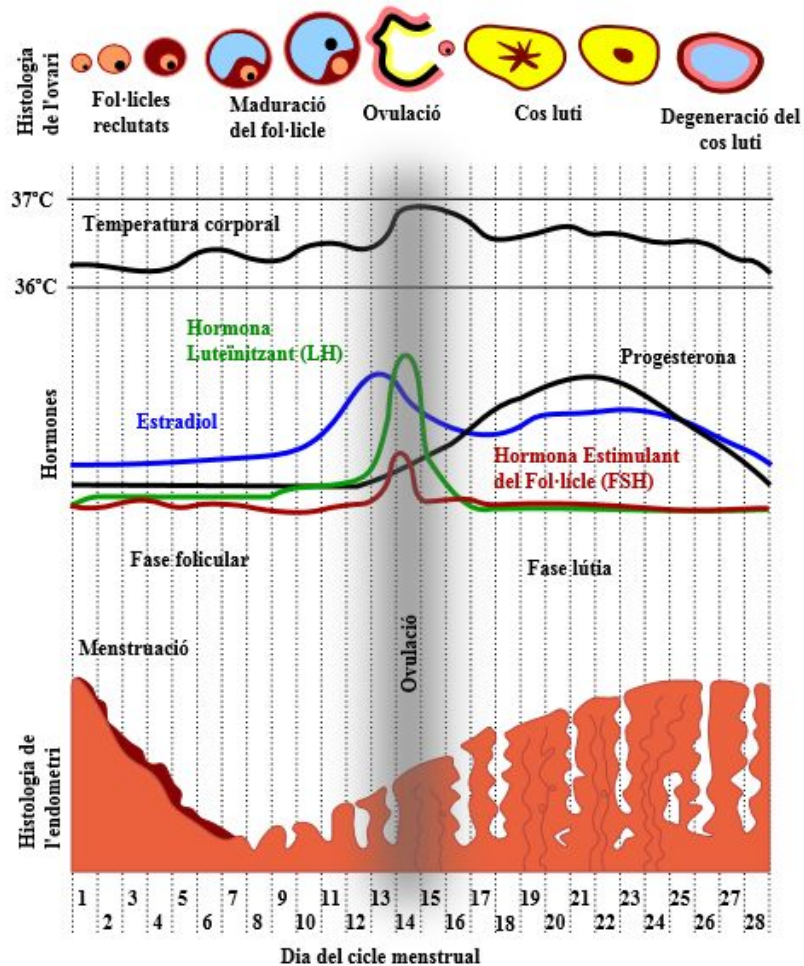


# TRANSTORNS MENSTRUALS

Thaïs Serrà Rigol  
Març 2017

# CICLE MENSTRUAL

Patró de sagnat normal (estudi de Halberg 1966, van analitzar els cicles menstruals de 476 dones): el cicle normal té un interval de **24-38 dies**, dura entre **4'5-8 dies** i es perden entre **5-80ml sang/cicle**.



Valors mitjans.

La duració i els valors poden diferir en diferents dones o cicles.

*La Joana té 42 anys, té hipertensió i Fibromiàlgia, pren Enalapril 10mg/24h, Paracetamol 1gr/12h, Fluoxetina 20mg/24h i polivitamínics. Des de la última regla, fa 3 setmanes, presenta un sagnat menstrual abundant que no s'ha autolimitat.*

*Té 2 fills. Fins l'actualitat tenia cicles menstruals regulars de 25 dies i 4-5 dies de durada. Fa dies que està cansada.*

*Què li passa a la Joana?*

**SANGRAT MENSTRUAL ABUNDANT**

# SAGNAT MENSTRUAL ABUNDANT (SMA)

Protocol de la SEGO (Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia, Abril'13)

Definició: pèrdua excessiva de sang menstrual que interfereix amb una normal activitat física, emocional o social, o bé empitjora la qualitat de vida de la pacient.

És un motiu freqüent de consulta a l'Atenció Primària i genera un elevat número de derivacions a Ginecologia.

No s'associa a un augment de la mortalitat però és considerat un problema socio-sanitari que genera importants costs socials i personals: afectació important de la qualitat de vida de la pacient (anèmia associada, ansietat derivada).

Major abstentisme i pèrdua de treball i pitjors resultats acadèmics.

Factors de risc: edat (més freqüent en els extrems de l'època reproductiva com adolescència i perimenopausa), baix nivell socio-econòmic, obesitat i alta paritat.

El principal factor protector és l'ús d'anticonceptius orals.

## **Nova terminologia de la FIGO** (Federació Internacional de Ginecologia i Obstetrícia)

- **Alteracions de la regularitat:**
  - o Sagnat uterí irregular
  - o Absència de sagnat menstrual
- **Alteracions de la quantitat:**
  - o Sagnat menstrual abundant
  - o Sagnat menstrual escàs
- **Alteracions de la duració:**
  - o Sagnat menstrual prolongat
  - o Sagnat menstrual escurçat
- **Sagnat irregular no menstrual**
- **Sagnat fora de l'edat reproductiva**

Segons les recomanacions de la FIGO, el SMA, junt amb el sangrat intermenstrual, integren el **sagnat uterí anòmal** (SUA).

La FIGO ha aprovat un nou sistema de classificació (PALM-COEIN, adaptació al castellà: PALMA-INDICE) per definir la causa del SUA no relacionat amb l'embaràs.

- Estructurals (**PALMA**): **P**òlip, **A**denomiosis, **L**eiomioma, **M**alignitat.
- No estructurals (**INDICE**): **I**nespecífica, **D**isovulació, **I**atrogènica, **C**oagulopatia, **E**ndometrial.

## Classificació del SUA no relacionat amb l'embaràs



Estructurales

**P** ólipo  
**A** denomiosis  
**L** eiomiona  
**Ma** lignidad



No estructurales

**In** específica  
**D** isovulaci3n  
**I** atrogénica  
**C** oagulopatía  
**E** ndometrial

Descartades les causes orgàniques, la majoria de SMA provenen d'una alteració en la integritat fisiològica de l'eix gonadal, **la disovulació**.

En les alteracions cròniques de l'ovulació, l'endometri està sotmès a un estímul estrogènic continu sense la oposició adequada de la progesterona, el que desemboca a una proliferació descontrolada (augment glandular i proliferació) i mal estructurada (escàs suport estromal), que fa que el teixit sigui fràgil i fàcilment es puguin produir hemorràgies.

La causa més freqüent de SMA a l'adolescent són els cicles anovulatoris i després els trastorns de la coagulació (malaltia de Von Willebrand i altres alteracions plaquetàries).

En la pràctica clínica el que resulta d'utilitat és la informació per part de la dona de la quantitat de sang menstrual i la seva percepció d'augment del sagnat en comparació amb cicles anteriors.

La exploració física i ginecològica té com objectiu la identificació de causes orgàniques i orientar el diagnòstic.

És important descartar **gestació**.

**Laboratori:** no es recomana l'ús rutinari de quantificacions hormonals en el SMA (només si la clínica suggereix endocrinopatia: SOP, tiroides, hiperandrogenisme o hiperprolactinèmia).

Sol.licitar hemograma amb ferro. En noies joves també calendari de regles.

Els sagnats abundants lligats a disfuncions de la hemostàsia es solen presentar des de la menarquia, pel que l'anèmia ja sol presentar-se immediatament des de la pubertat.

La **eco transvaginal** és la primera línia en la investigació i diagnòstic de les anomalies estructurals causants de SMA.

El diagnòstic de SMA requereix per definició l'exclusió de patologia estructural o que derivi de problemes relacionats amb la gestació.

# TRACTAMENT

No s'han identificat modificacions específiques de l'estil de vida que tinguin una influència benèfica en reduir els símptomes del SMA.

Els objectius del tractament són:

- corregir l'anèmia.
- disminució de la quantitat de sagnat.
- prevenció de recurrències.
- prevenció de les conseqüències a llarg plaç de l'anovulació
- milloria de la qualitat de vida.

El tractament mèdic s'ha de considerar quan NO s'han identificat anomalies estructurals o bé, quan s'han identificat (com miomes), pel control del sagnat uterí anormal.

- Tractament mèdic no hormonal: *primera línia en pacients amb SMA que presenten cicles ovulatoris, desig gestacional o limitacions al tractament hormonal.*
  - o Inhibidors de la síntesi de prostaglandines: **AINES** *grau recomanació A*
  - o Antifibrinolítics: **acid tranexàmic**: milloria important del sagnat junt a milloria de la qualitat de vida. Dosis de 1-1'5gr/6-8h disminueixen el sagnat a les 2-3h de la seva administració. *Amchafibrin grau recomanació A*

- Tractament mèdic hormonal (anovulació mantinguda, insuficiència del cos luti):
  - o **DIU de levonorgestrel** (alliberació intrauterina) *Mirena Jaydess* grau recomanació A -- 1a opció en pacients amb SMA que no volen gestació.
  - o Preparat anticonceptiu oral combinat quadrifàsic *Qlaira* grau recomanació A
- Tractament quirúrgic: SMA amb patologia orgànica (pòlips endometrials, miomes uterins, adenomiosis): ablació endometrial i histerectomia.

# *Què faríeu amb la Joana?*

- *Stop polivitamínics: el Ginseng produeix SMA (metrorràgia).*
- *AINEs (Naproxé 500mg/12h 3-5 dies). Si no millora:*
- *Amchafibrin 2cp/6h.*
- *Derivar.*

*La Martina és una noia de 20 anys que pels matins estudia Infermeria a la Universitat i per les tardes entrena 4h diàries perquè fa triatlons. Des de fa mesos està entrenant més intensament per anar a una Ironman. No pren cap medicació ni té cap antecedent mèdic d'interès. Menarquia als 13 anys. Cicles regulars de 26-28 dies. Fa 6 mesos que no té la regla i està preocupada.*

## *Quin tipus de trastorn menstrual pateix la Martina?*

- *Oligomenorrea (sagnat infreqüent)*
- *Amenorrea secundària*
- *Spotting*
- *Amenorrea primària*

# AMENORREA SECUNDĂRIA

# AMENORREA PRIMÀRIA I SECUNDÀRIA

Absència de sagnat menstrual.

No és una patologia en si mateixa, sinó que constitueix la manifestació clínica d'un trastorn subjacent.

- Amenorrea Primària: absència de menstruació als 16 anys en presència d'altres característiques sexuals secundàries o absència de menstruació als 14 anys en absència de caràcters sexuals secundaris (60% anomalies genètiques, 40% trastorn endocrí).
- Amenorrea Secundària: havent tingut la menstruació, desaparició de la mateixa durant > 6 mesos.

Causa: pot estar en qualsevol lloc de l'eix hipotàlem-hipòfisi-ovari-endometri.

# SAGNAT INFREQÜENT (Oligomenorrea o sagnat menstrual prolongat)

Alteració del cicle menstrual amb cicles  $> 45$  dies i  $< 6$  mesos. La causa més freqüent en l'adolescent és l'anovulació per immaduresa de l'eix hipotàlem-hipofisari-ovàric o altres entitats com SOP. Altres causes: alteracions del pes (excés com defecte), estrès, exercici físic excessiu i hiperprolactinèmia.

# Classificació segons la seva etiologia

(consens 2010, Grup Interès d'Endocrinologia Ginecològica de la Societat Espanyola de Fertilitat)

- Amenorrea Central
  - Hipotàlem-hipòfisi
  - Secundària a hiperprolactinèmia
  
- Amenorrea Gonadal (ovàrica)
  - Fallo ovàric
  - SOP
  
- Amenorrea Genital
  - Úter
  - Vagina

Canvi més important: deixar de considerar el SOP com una disfunció de l'eix hipotàlem-hipofisari per ser considerat com una complexa endocrinopatia en la que l'ovari ocupa un lloc principal que desenvolupa finalment l'anovulació, de perfil hiperandrogènic, pel que passa a ser una patologia gonadal.

*Què és el primer que faríeu amb la Martina?*



hCG  
hCG

hCG

**hCG**  
Single Test Card

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
NAME	NAME	NAME	NAME	NAME	NAME	NAME	NAME	NAME	NAME
GP	GP	GP	GP	GP	GP	GP	GP	GP	GP

hCG  
Single Test Card

Pregnant  
Not Pregnant

Pregnant  
Not Pregnant

Davant de qualsevol dona en edat reproductiva el primer que cal descartar quan hi ha un trastorn de la menstruació és **l'embaràs**.

**AMENORREA PRIMÀRIA:** derivar (descartar embaràs).

# Exàmen clínic inicial de l'**AMENORREA SECUNDÀRIA**

- Hàbits tòxics.
- Antecedents personals menstruals, obstètrics i ginecològics.
- Presa de fàrmacs o anticonceptius.
- Antecedents de malalties endocrinològiques o sistèmiques.
- Presència de símptomes suggestius de dèficit estrogènic (sufocacions, sequetat vaginal, dispareúnia..), de galactorrea, d'hirsutisme, etc.
- Exploració general (antropomètrics, signes de virilització, alteracions suprarenals).
- Anàlisi bàsica amb hemograma, funció renal i hepàtica, glucèmia, determinació de PRL i TSH.

Derivar Ginecologia per:

- Exploració ginecològica.
- Ecografia ginecològica i segons resultats orientar analítica: FSH, LH, estradiol. Si signes de virilització (hiperandrogenisme): nivells de testosterona, SHBG, 17OH-progesterona i DHEA.

- **FSH i LH ↑ i ESTRÒGENS ↓**: hipogonadisme hipergonadotrop (alteració funció ovàrica).
  - si <40a: **disfunció ovàrica prematura**: esgotament prematur de fol·licles ovàrics (**menopausa prematura vertadera**) o falta de resposta a gonadotropines (**sd d'insensibilitat ovàrica**): derivar Ginecologia.
  - si >48a: **menopausa**.

- **FSH i LH normals** o ↓ : hipogonadisme hipogonadotrop.

Test de progesterona (administració de 10mg de medroxiprogesterona vo durant 5 dies i observar si es produeix sagnat menstrual per deprivació al llarg dels 2-14 dies següents).

- **positiu**: sagnat. Integritat de l'eix hipotàlem-hipofisari, confirma l'existència d'estrògens ovàrics, la integritat endometrial i canal genital intacte. Es confirma Anovulació. Causa més freq: **SOP**.
- **negatiu**: no sagnat. Canal genital alterat o alteracions hipotàlem-hipofisaries severes.

## Test d'estrògens i progestàgens

- **positiu**: sagnat. Indica falta d'estímul endògen proliferatiu estrogènic.
  - amenorrea hipogonadotropa hipoestrogènica d'origen orgànic o funcional a l'eix H-H: Sd Sheeham, tumor hipofisari.
  - Si sella turca normal: amenorrea hipogonadotropa hipoestrogènica d'origen hipotalàmic: dx per exclusió. La majoria d'etiologia funcional: pèrdua important de pes, estrès, exercici físic intens i fàrmacs.
- **negatiu**: no sagnat. Indica endometri lesionat. Sd d'Asherman.

*La Martina té un test d'embaràs negatiu.*

*L'exploració física i ginecològica és normal.*

*Test de progesterona: negatiu.*

*Test d'estrògens i progestàgens: positiu.*

*Quin tipus d'amenorrea presenta la Martina?*

**AMENORREA PER EXERCICI**

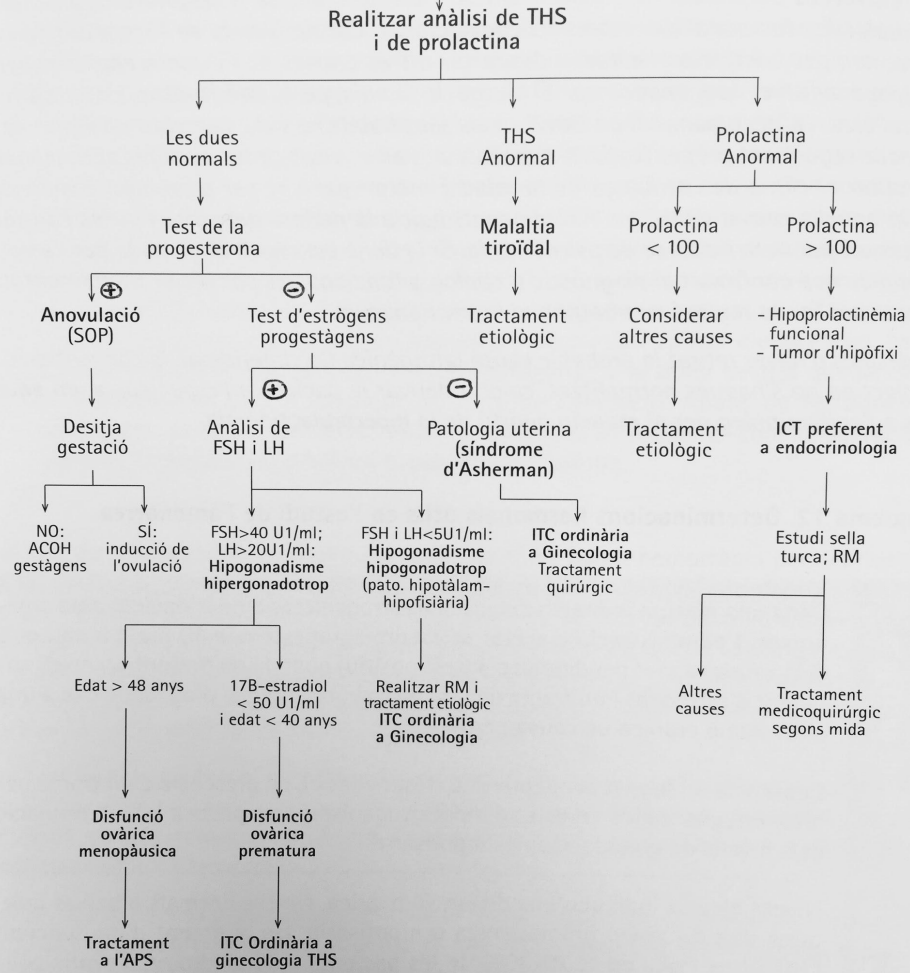
# Davant amenorrea secundària cal pensar més freqüentment en...

- **Amenorrea per pèrdua de pes, estrès i/o exercici:** factor comú: disfunció del nucli arquat de l'hipotàlem amb la consegüent pèrdua de pulsatilitat de la GnRh. La pèrdua de pes per sota del 10-15% del pes ideal o reducció de la grassa de més del 50%.
- **SOP (sd ovari poliquístic):** es pot presentar com amenorrea primària, secundària, sagnat infreqüent, acné, hirsutisme, irregularitats menstruals més enllà dels 3 anys des de la menarquia. La disfunció ovàrica és la responsable dels principals signes i símptomes del síndrome.

- **FOP (fallo ovàric precoç):** la pèrdua precoç de la funció ovàrica s'associa a un estat prolongat d'hipoestronisme i condiona importants seqüeles físiques i psíquiques i augment de la mortalitat. Es pot presentar a qualsevol edat, fins i tot durant l'adolescència. Hi pot haver un component hereditari, autoimmune, infecció i també pot ser d'origen iatrogènic: QMT (agents alquilants) i RDT local.

- **Hiperprolactinèmia:** l'augment de prolactina (adenoma hipofisari, F, etc) produeix cicles anovulatoris.

# Dona amb amenorrea secundària i prova d'embaràs negatiu



# TRACTAMENT

El principi general consisteix en una teràpia de reemplaçament estrogènic, si es demostra una situació d'hipoestrogenisme. En presència d'úter s'han d'associar gestàgens per evitar la hiperplàsia d'endometri.

En el tractament de les amenorrees hipotalàmiques, la recuperació de la funció menstrual no ha de ser un objectiu sinó una conseqüència de la milloria de l'estat psíquic i físic de la pacient.

Moltes gràcies