

DISMENORREA PRIMARIA: DIAGNOSI E GESTIONE

Recentemente è stato pubblicato su JAMA un articolo (1) che si pone come obiettivo l'inquadramento clinico della dismenorrea primaria, dal primo momento diagnostico al trattamento farmacologico.

La **dismenorrea "primaria"** è una condizione che si caratterizza per la presenza di **flussi mestruali dolorosi in assenza di patologia di tipo organico** del distretto pelvico. Al contrario, la dismenorrea viene definita **"secondaria"** quando costituisce l'**epifenomeno di patologie pelviche specifiche**, quali endometriosi, fibroadenomiomatosi uterina o anomalie congenite dell'apparato riproduttivo.

Anche se la dismenorrea primaria rappresenta una condizione frequente e di **alto impatto sulla qualità di vita** (2) (1 donna su 8 con un'età compresa tra i 14 ed i 20 anni si assenta da scuola o dal lavoro per tale ragione), ancora oggi nella pratica clinica rimane sotto-diagnosticata e non adeguatamente trattata.

È **causata** da una produzione intra-uterina eccessiva di prostaglandine, in concomitanza con lo sfaldamento endometriale.

Il **dolore** è di tipo crampiforme, con irradiazione ai quadranti inferiori dell'addome, alla zona lombare e alla radice delle cosce. È più intenso nella fase iniziale del sanguinamento mestruale e spesso, anche se non costantemente, associato a sintomi come nausea, vomito, diarrea, cefalea, insonnia.

Diagnosi

L'approccio diagnostico alla dismenorrea primaria si avvale, innanzitutto, di un'**anamnesi** fisiologica quanto più accurata e dettagliata, volta a indagare l'epoca del menarca, la durata del sanguinamento mestruale, la lunghezza dei cicli. Vanno sempre ricercati sintomi tipicamente associati al dolore pelvico (nausea, diarrea, astenia) e indagati i relativi risvolti sulle attività quotidiane.

Tipicamente il **dolore** che caratterizza la dismenorrea primaria **inizia 6-24 mesi dopo la comparsa del menarca**. Al contrario, una sindrome dolorosa che insorge immediatamente con l'avvio delle mestruazioni appare più tipica della forma secondaria (3). La presenza di dolore in corso di ovulazione o, al contrario, anche in cicli anovulatori, insieme a sanguinamento uterino anomalo e/o dispareunia, suggerisce una forma secondaria.

In ambito specialistico ginecologico è raccomandato, ove possibile, eseguire un **esame obiettivo genitale**, al fine di escludere la presenza di anomalie del tratto genitale: il riscontro di massa pelvica, deviazione laterale della cervice uterina o la palpazione di nodularità in corrispondenza della parete vaginale posteriore sono elementi che suggeriscono la presenza di dismenorrea secondaria.

Un ulteriore valido strumento è l'**esame ultrasonografico** di utero ed annessi, meglio se eseguito per via trans-vaginale o, in alternativa, per via trans-addominale.

Terapia

Sia gli anti-infiammatori non steroidei (FANS) che i contraccettivi ormonali rappresentano **trattamenti di prima linea**. Il clinico deve tenere conto delle eventuali necessità contraccettive della paziente.

Qualsiasi genere di **contraccettivo ormonale** risulta efficace: estro-progestinici orali (comprese le formulazioni con basse dosi di etinil-estradiolo o con estradiolo "naturale"), solo progestinico, impianti intra-uterini medicati e impianti sotto-cutanei. La loro azione si esplica inibendo la proliferazione della rima endometriale e riducendo in modo indiretto la produzione intra-uterina di prostaglandine (2,3).

I **FANS**, riducendo la produzione endometriale di prostaglandine attraverso l'inibizione delle ciclo-ossigenasi, costituiscono un altro caposaldo terapeutico. A tal fine sono più frequentemente utilizzati il naprossene sodico e l'ibuprofene, anche se, allo stato attuale, non esistono studi che documentino la reale superiorità di un FANS rispetto a un altro nella gestione della dismenorrea. L'assunzione dei FANS, laddove la sintomatologia dolorosa sia lieve, può essere avviata nelle fasi iniziali della mestruazione e proseguita per 2-3 giorni; in presenza di sintomi di media-severa gravità la paziente dovrà essere istruita a intraprendere la terapia anche 1-2 giorni prima della mestruazione attesa (2).



Entrambi i tipi di trattamento dovrebbero essere condotti per un periodo minimo di 3-6 mesi, al termine del quale la paziente deve essere sottoposta a rivalutazione: una risposta terapeutica subottimale o assente è estremamente suggestiva di una patologia organica sottostante (3).

Sono in fase di studio approcci alternativi: stimolazione nervosa trans-cutanea, uso di integratori o adozione di specifici accorgimenti dietetici (4).

Conclusioni

La dismenorrea primaria è una condizione clinica estremamente frequente, ma al contempo altrettanto sotto-diagnosticata e sotto-valutata. Ciò pare anche dovuto a un fattore meramente “culturale”: il dolore sembra quasi ineluttabilmente associato al fenomeno fisiologico mestruazione e l’una non può prescindere dall’altro. Ha un impatto estremamente negativo sulla qualità di vita e ciononostante risulta spesso trattata in maniera non adeguata e/o soddisfacente.

L’approccio terapeutico di prima linea prevede l’uso di anti-concezionali ormonali e/o FANS; **la mancata o la sola parziale remissione dei sintomi a 3-6 mesi dall’avvio della terapia deve indirizzare l’attenzione dello specialista verso cause secondarie**, prima tra queste l’endometriosi.

Bibliografia

1. Kho KA, Shields JK. Diagnosis and management of primary dysmenorrhea. JAMA [2020, 323: 268-9](#).
2. ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. Obstet Gynecol [2018, 132: e249-58](#).
3. Burnett M, Lemyre M. No. 345 – Primary dysmenorrhea consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can [2017, 39: 585-95](#).
4. Pattanittum P, Kunyanone N, Brown J, et al. Dietary supplements for dysmenorrhea. Cochrane Database Syst Rev [2016, 3: CD002124](#).