

## Lo spotting - Prima parte: le cause disfunzionali

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

### Indice

Introduzione	pag. 1
La causa più diffusa dello spotting: lo stress	pag. 2
In che modo l'adrenalina e il cortisolo alterano il ciclo mestruale?	pag. 2
Che cosa si può fare per contrastare lo squilibrio ormonale?	pag. 2
Terapia ormonale e progestinico sono sempre efficaci?	pag. 2
Quali sono gli stili di vita più adatti a combattere lo stress?	pag. 3
Le altre cause di alterazione ormonale	pag. 3
Scorretto inserimento della spirale	pag. 4
Spotting e contraccezione ormonale	pag. 4
Conclusioni	pag. 5
Approfondimenti specialistici	pag. 6

### Introduzione

Si chiama spotting – dal verbo inglese to spot, macchiare – ed è costituito da **piccole perdite scure di sangue fra una mestruazione e l'altra**, spesso durante l'ovulazione, a volte a fine ciclo, a volte nei giorni prima del nuovo flusso (Mauck e Ballagh 2008). Queste perdite indicano sempre che qualcosa non funziona correttamente nell'organismo (Fraser 2008; Fraser et Al. 2007). Una donna sana, infatti, non ha perdite tra una mestruazione e l'altra. Lo spotting va quindi visto come un "sintomo amico", che ci porta ad ascoltare ciò che nel nostro corpo, in quel momento, non funziona come dovrebbe. Per questo non va sottovalutato né trascurato, e tantomeno "autodiagnostificato", ma compreso e curato, con il ginecologo/a di fiducia. Sarà lui o lei ad individuarne la causa, e ad escludere la possibilità di gravi malattie.

Lo spotting può essere provocato da **due ordini di cause**:

- **disfunzionali**: alterazioni ormonali dovute a stress, premenopausa, disturbi del comportamento alimentare (specie bulimia) e obesità; inserimento scorretto della spirale (Casablanca 2008);

- **organiche**: cisti ovariche; vaginosi e vaginiti; ectopia del collo dell'utero; polipi e fibromi; endometriosi; lesioni precancerose o tumorali; menopausa precoce.

Lo spotting, inoltre, si verifica nel 10 per cento circa delle donne che iniziano a fare uso di un contraccettivo ormonale, normalmente nel primo mese, quando il dosaggio di estrogeni è troppo basso, l'assunzione è irregolare o il transito intestinale è eccessivamente veloce.

Si tratta dunque di un fenomeno da tenere sotto controllo e che può essere eliminato curando le cause primarie che lo determinano.

In questa **prima scheda** illustriamo:

- le cause disfunzionali dello spotting;
- come si svolge la diagnosi;
- la principali opzioni terapeutiche.

Nella **scheda successiva** prenderemo in esame le cause organiche.

### **La causa più diffusa dello spotting: lo stress**

Spesso sono i ritmi frenetici della vita quotidiana ad interferire con il ciclo fino a renderlo irregolare, anche con mestruazioni abbondanti, talvolta perfino due volte al mese, precedute dalle perdite scure che costituiscono lo spotting. In questo senso si può affermare che la **mestruazione è davvero lo specchio della salute generale**, oltre che ormonale, di una donna (Herndon e Garner 2008). In particolare, i disturbi mestruali rivelano con chiarezza le conseguenze di una vita sempre più stressata, che causa un cronico aumento dell'**adrenalina** e del **cortisolo**. Questi ormoni consentono al corpo di affrontare gli stati di emergenza: ma quando lo stato di allarme si protrae nel tempo, come succede appunto nello stress cronico, questi ormoni amici diventano nemici. Se eccessivi, adrenalina e cortisolo alterano infatti il normale funzionamento dell'ipotalamo, la "centralina" del cervello che regola tutti i nostri bioritmi. E tra questi, anche il bioritmo del ciclo mestruale, che fra tutti è il più evidente.

### **In che modo l'adrenalina e il cortisolo alterano il ciclo mestruale?**

L'adrenalina e il cortisolo, agendo sull'ipotalamo, alterano gli ormoni che regolano l'attività dell'ovaio. In questo modo possono interferire con l'ovulazione, che viene bloccata; oppure ridurre, per quantità e durata, la produzione di progesterone, l'ormone che stabilizza il ritmo mestruale e la perfetta sincronia della perdita di sangue. Come conseguenza si possono avere cicli ravvicinati ("polimenorrea"), in generale anovulatori, ossia senza ovulazione, e perdite scure premestruali, indotte dalla carente produzione di progesterone. Il colore scuro, che allarma molto le donne, è dovuto all'**ossidazione dell'emoglobina**: diversamente dal ciclo normale, in cui la perdita di sangue è tanto più rossa quanto più il flusso è abbondante, la perdita ematica scarsa fuoriesce lentamente dall'utero e questo consente l'ossidazione che fa virare allo scuro il colore del sangue.

### **Che cosa si può fare per contrastare lo squilibrio ormonale?**

Prima di tutto si deve procedere a un dosaggio ormonale per comprendere se ci siano alterazioni importanti, da risolvere con una cura adeguata. Poi, per interrompere il circolo vizioso che lega stress e alterazioni mestruali, **si può ricorrere a un contraccettivo ormonale** (pillola, o cerotto, o anello vaginale), che mette a riposo l'ovaio, sostituendo a un bioritmo irregolare un armonioso apporto ormonale: in questo modo si riducono notevolmente i disturbi del ciclo e i sintomi ad essi associati (Jensen e Archer 2008). In alternativa si può somministrare **un progestinico** (prodotto in laboratorio), che garantisce all'organismo un corretto apporto del progesterone carente, sfruttando inoltre il migliore effetto emostatico, e quindi antiemorragico, del farmaco.

### **Terapia ormonale e progestinico sono sempre efficaci?**

Non sempre: nonostante l'utilizzo dei farmaci, il flusso può infatti restare abbondante e caratterizzato dallo spotting. In questi casi, è indicato l'**acido tranexamico** (una compressa, ossia 500 mg tre volte al dì, in caso di flusso abbondante, o due compresse, ossia 1000 mg tre volte al dì, in caso di flusso emorragico, sempre su prescrizione medica).

In ogni caso si tratta di cure di emergenza, che correggono l'alterazione evidente del ciclo, evitando anemie gravi, ma non vanno alla radice del problema. Per eliminare stabilmente il disturbo, infatti, bisognerebbe diminuire lo stress, adottando stili di vita che consentano di ridurre i fattori predisponenti l'alterazione mestruale.

### **Quali sono gli stili di vita più adatti a combattere lo stress?**

Possiamo formulare cinque raccomandazioni:

- 1) mantenere un **peso corporeo** normale per l'età;
- 2) **dormire** regolarmente: l'ideale sono 8 ore per notte, una ogni due di veglia;
- 3) fare **movimento fisico** quotidiano (almeno mezz'ora di passeggiata di buon passo);
- 4) imparare a **respirare lentamente**, per sciogliere le tensioni (a questo proposito sono utilissimi lo yoga e lo stretching);
- 5) avere un'**alimentazione variata e sana**, ricca di:
  - **legumi** che contengono anche il ferro, se non si ama la carne; in caso poi di tendenza all'anemia da carenza di ferro, e dieta inadeguata, è bene assumere stabilmente una compressa di ferro e una compressa di acido folico, due volte la settimana, per dare ai globuli rossi i "mattoni" essenziali con cui vengono costruiti;
  - **oli vegetali**, utili perché contengono gli acidi grassi essenziali, precursori degli ormoni femminili. Per esempio, si possono assumere due cucchiaini di olio di oliva al dì, oppure tre mandorle due volte al dì;
  - **magnesio**, presente nella frutta e nelle verdure fresche. In alternativa, lo si può integrare con 1200 mg di magnesio pidolato al dì, soprattutto in caso di forte stress e dieta inadeguata. Il magnesio è prezioso anche per ridurre i disturbi psichici perimestruali e la vulnerabilità all'aumento della pressione arteriosa, frequenti nello stress.

### **Le altre cause di alterazione ormonale**

Il normale funzionamento dell'ipotalamo e il bioritmo del ciclo mestruale possono essere alterati anche:

- da **disturbi alimentari**: diete eccessive, oppure bulimia e obesità;
- dalle **disfunzioni della tiroide**;
- dalla **sindrome metabolica**: insieme di sintomi e fattori di rischio cardiovascolari (sovrappeso, ipercolesterolemia, diabete) spesso correlati allo stile di vita (sedentarietà, fumo).

In tutti questi casi lo spotting è il sintomo di disfunzioni ormonali in corso.

Nel caso di **diete eccessive**, con restrizione calorica quantitativa e/o qualitativa, è probabile che

l'ovulazione manchi (ciclo anovulare), che il ciclo si allunghi (oligomenorrea) e che compaia lo spotting pre o post mestruale.

Nel caso della **bulimia**, in particolare, lo spotting è causato da un'insufficiente produzione di progesterone, che in condizioni normali limita la crescita in altezza dell'endometrio, lo arricchisce di zuccheri (per renderlo accogliente per l'embrione, in caso di concepimento) e ne consente il corretto distacco al momento della mestruazione, così da dare un flusso di durata e quantità limitate. Le abbuffate di cibo provocano un'impennata di zuccheri cui segue, con il vomito indotto, un drastico abbassamento. Questa fluttuazione nei livelli di glicemia e, conseguentemente, dell'insulina si ripercuote negativamente sul funzionamento ovarico e, in particolare, sulla produzione di progesterone, che può ridursi per quantità (nell'arco della giornata) e durata (normalmente di 12 giorni). La conseguenza è una crescita e uno sfaldamento irregolari dell'endometrio, con conseguente spotting. In questo caso si può intervenire innanzitutto curando i sintomi, prescrivendo del progesterone naturale e, se non dovesse bastare, dei progestinici di sintesi. Ma è evidente che per risolvere definitivamente il problema bisogna curare la bulimia, con un supporto psicologico adeguato.

Nel caso dell'**obesità**, il meccanismo che porta allo spotting è diverso. Il tessuto adiposo – vera e propria "ghiandola" ormonale – secreta un estrogeno "cattivo", l'estrone, che stimola l'endometrio facendolo crescere eccessivamente in altezza e provocando così perdite irregolari. L'estrone è un fattore di rischio anche per il carcinoma dell'endometrio, del seno e del colon: per le persone obese, il rischio di sviluppare uno di questi tumori è superiore a quello che si avrebbe con una terapia ormonale sostitutiva, in fase post-menopausale, di qualsiasi durata.

### **Scorretto inserimento della spirale**

Lo spotting si accompagna spesso all'uso della spirale al rame. Solitamente il fenomeno tende a ridursi nei mesi successivi all'inserimento ma se persiste, associato a dolori, **è probabile che la spirale non sia inserita correttamente** (Jensen et Al. 2008). In questi casi è meglio rimuoverla, anche perchè la scorretta posizione ne riduce l'efficacia contraccettiva.

I ginecologi tendono a far utilizzare sempre più la **spirale al levonorgestrel**, che causa spotting in una percentuale minore di casi. Inoltre, in caso di flussi abbondanti, questo tipo di spirale riduce le perdite di sangue e quindi migliora le anemie da carenze di ferro che ne conseguono (per saperne di più, consultare il sito "**Scegli Tu**", della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia).

### **Spotting e contraccezione ormonale**

Piccole perdite di sangue si possono verificare anche nel 10 per cento circa delle donne che iniziano a fare uso di un contraccettivo ormonale, nel primo mese di assunzione (Bachmann e Korner 2007; Graziottin 2008; Hampton et Al. 2008; Pakarinen et Al. 1997; Sulak et Al. 2008). Le cause sono sostanzialmente tre:

- **dosaggio di estrogeni troppo basso** rispetto al biotipo ormonale della donna;
- **assunzione irregolare** del contraccettivo;
- **transito intestinale** eccessivamente veloce.

Il **"biotipo ormonale"** è un insieme di caratteristiche fisiche, correlate tra loro, che includono il peso corporeo (e la percentuale di tessuto adiposo), la distribuzione del grasso (androide, ossia di tipo maschile, o ginoide, di tipo femminile), il tipo di ciclo (regolare, o meno) la funzionalità dell'ovaio, il profilo ormonale (in particolare in relazione alla produzione ovarica di testosterone). Per esempio, il peso corporeo (indice di massa corporea) regola sia la produzione di alcuni ormoni steroidei (come l'estrone) nel tessuto adiposo, sia il volume di distribuzione plasmatico e tissutale dei farmaci assunti. E' evidente che questo volume è diverso per una ragazza di 45 chili e una di 70: una stessa dose di estrogeno superlight, nel secondo caso, può essere insufficiente. Anche la produzione di androgeni può variare sensibilmente da donna a donna: le donne con sindrome da policistosi ovarica hanno una maggiore produzione ovarica di ormoni maschili rispetto alla media. La scelta del contraccettivo deve quindi essere tarata sul profilo ormonale individuale. D'altra parte, se si considera che in commercio ci sono - fra pillola, anello e cerotto - almeno 15 prodotti differenti di maggior uso, con un diverso contenuto di estrogeni (da 15 a 35 microgrammi) e un diverso tipo di progestinico, è probabile che lo spotting segnali proprio come il contraccettivo scelto non sia quello adatto al biotipo ormonale della donna. In positivo, proprio questa varietà di soluzioni garantisce la possibilità di trovare, in ciascun caso, la formula contraccettiva migliore, come un vestito su misura.

Le perdite scure compaiono anche **quando il contraccettivo non viene assunto con regolarità o correttamente**. Secondo le statistiche, il 50 per cento delle donne dimentica una pillola per ciclo, e circa il 20 per cento ne dimentica due. Inoltre, l'utilizzo di antibiotici, o il vomito e la diarrea, possono **accelerare il transito della pillola nell'intestino**, con l'effetto di ridurre l'assorbimento degli ormoni in essa contenuti e quindi anche l'efficacia contraccettiva. In tutti questi casi, è opportuno recarsi dal ginecologo per una visita di controllo, soprattutto se lo spotting non si arresta, e usare nel frattempo anche un contraccettivo di barriera (profilattico), per proteggersi da un'eventuale ovulazione accidentale dovuta al ridotto assorbimento degli ormoni.

---

### Conclusioni

- Lo "spotting" è costituito da piccole perdite scure di sangue fra una mestruazione e l'altra
- Può avvenire durante l'ovulazione, a fine ciclo, o nei giorni prima del nuovo flusso
- Queste perdite possono essere provocate da cause disfunzionali od organiche, e non devono essere sottovalutate
- La causa più diffusa dello spotting è lo stress
- In questo caso, si può ricorrere a un contraccettivo ormonale o somministrare un progestinico
- Se nonostante questi farmaci lo spotting permane, si può ricorrere all'acido tranexamico
- Per combattere lo stress è importante adottare anche un stile di vita sano: peso corporeo nella norma; sonno regolare; movimento fisico quotidiano; respirazione lenta; alimentazione variata e ricca di legumi, oli vegetali e magnesio
- Il bioritmo del ciclo mestruale può essere alterato anche da diete eccessive, bulimia e obesità
- Lo spotting si può accompagnare anche all'uso della spirale al rame
- Piccole perdite di sangue si possono infine verificare nel 10 per cento circa delle donne che

iniziano a fare uso di un contraccettivo ormonale, nel primo mese di assunzione

---

### **Approfondimenti specialistici**

Bachmann G. Korner P. 2007

Bleeding patterns associated with oral contraceptive use: a review of the literature  
Contraception. 2007 Sep; 76 (3): 182-9

Casablanca Y. 2008

Management of dysfunctional uterine bleeding  
Obstet Gynecol Clin North Am. 2008 Jun; 35 (2): 219-34, VIII

Fraser I.S. 2008

Menstrual confusion  
Int J Gynaecol Obstet. 2008 Jan; 100 (1): 1-3

Fraser I.S. Critchley H.O. Munro M.G. 2007

Abnormal uterine bleeding: getting our terminology straight  
Curr Opin Obstet Gynecol. 2007 Dec; 19 (6): 591-5

Graziottin A. 2008

Safety, efficacy and patient acceptability of the combined estrogen and progestin transdermal contraceptive patch: a review  
Patient Preference and Adherence 2008; 2, 357-367

Hampton R.M. Zhang H.F. Barnowski C. Wan G.J. 2008

Bleeding patterns with monophasic and triphasic low-dose ethinyl estradiol combined oral contraceptives  
Contraception. 2008 Jun; 77 (6): 415-9

Herndon C. Garner E.I. 2008

Out of place: vaginal spotting was the only evidence of a crisis  
Am J Obstet Gynecol. 2008 Sep; 199 (3): 324.e1-2

Jensen J.T. Archer D.F. 2008

Evaluation of a continuous regimen of levonorgestrel/ethinyl estradiol for contraception and control of menstrual symptoms  
Expert Opin Pharmacother. 2008 Feb; 9 (2): 319-27

Jensen J.T. Nelson A.L. Costales A.C. 2008

Subject and clinician experience with the levonorgestrel-releasing intrauterine system  
Contraception. 2008 Jan; 77 (1): 22-9. Erratum in: Contraception. 2008 Jun; 77 (6): 466

Mauck C. Ballagh S. 2008

Recommendations for standardized definitions of "bleeding" and "spotting"  
Contraception. 2008 Jan; 77 (1): 64; author reply: 64-5

Pakarinen P.I. Suvisaari J. Luukkainen T. Lähteenmäki P. 1997

Intracervical and fundal administration of levonorgestrel for contraception: endometrial thickness, patterns of bleeding, and persisting ovarian follicles  
Fertil Steril. 1997 Jul; 68 (1): 59-64

Sulak P.J. Smith V. Coffee A. Witt I. Kuehl A.L. Kuehl T.J. 2008

Frequency and management of breakthrough bleeding with continuous use of the transvaginal contraceptive ring: a randomized controlled trial  
Obstet Gynecol. 2008 Sep; 112 (3): 563-71