

SINDROMUL PREMENSTRUAL ȘI SINDROMUL DE MENOPAUZĂ: PATOLOGII CU EVOLUȚIE CONSECUTIVĂ ȘI VERIGI PATOGENICE COMUNE

Valentin Friptu, Liliana Profire, Ina Mazur

Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „N. Testemițanu”

Summary

Premenstrual Syndrome and Climacteric Syndrome: pathologies with subsequent evolution and common pathogenic links

The aim of this study was to elucidate clinic features and evolution of premenstrual syndrome (PMS) and symptoms of menopause. In this study participated 165 women in peri- and postmenopause. As a result of the investigation it was established, that menopause symptoms are related to premenstrual syndrome and it becomes worse with the age and with falling of the hormonal level. Proper management of PMS and appropriate treatment can prevent the development of menopause symptoms.

Rezumat

Scopul acestui studiu a fost de a elucidă particularitățile clinice și evoluția sindromului premenstrual și sindromului de menopauză. În studiu au participat 165 femei în peri- și postmenopauză. În studiu dat a fost stabilit, că simptomele de menopauză au legătură cu simptomele premenstruale și se agravează treptat din cauza declinului hormonal. Astfel, conduita corectă a pacientelor cu SPM moderat/sever și administrarea tratamentului potrivit poate preveni dezvoltarea sindromului de menopauză.

Actualitatea

Sindroamele ginecologice neuroendocrine (premenstrual și de menopauză) au o patogeneză comună: dereglarea sistemului hipotalamus-hipofiză-ovare, în același timp, fiecare dintre sindroamele susnumite se caracterizează prin predominarea unui anumit grup de simptome, gradul de intensitate al acestora poate varia considerabil [1].

Sindromul premenstrual (SPM) – este unul dintre sindroamele neuroendocrine cel mai des întâlnite, în patogeneza lui fiind implicate fluctuațiile ciclice hormonale și interacțiunea steroizilor ovarieni cu neurotransmițători cerebrali la nivel de sistem neuroendocrin [2,7]. Până la 75-95% femei de vârstă reproductivă manifestă simptome neuropsihice și/sau somatice legate de menstruație, 24-32% fac forme moderate sau severe [3]. Sindromul premenstrual se manifestă prin simptome neuropsihice (iritabilitate, agresivitate, anxietate, depresie etc) și somatice (balonare și dureri abdominale, dureri și tensiune în glandele mamare, migrenă, creșterea poftei de mâncare, edeme), care apar exclusiv în faza luteală a ciclului menstrual și se rezolvă odată cu începutul menstruației [5]. Literatura de specialitate determină un număr de factori care favorizează dezvoltarea simptomelor premenstruale moderat/ severe: locuința în orașe mari sau centre administrativ-industriale, lucrul care poartă caracter intelectual sau la calculator, suprasolicitarea la serviciu, *factorul de stress (acut sau cronic), dismenoreea, nașteri sau avorturi complicate, deprinderi de stil de viață (fumat și alcool, cafea)* [3].

Sindromul de menopauză este determinat de restructurarea hormonală a organismului feminin și dereglări ulterioare ale procesului de adaptare în sistemul neuroendocrin. Frecvența sindromului de menopauză variază între 26-65%. Sindromul de menopauză este caracterizat printr-un număr variat de simptome, bufeuri de căldură, dereglări de somn, cefalee/migrenă, mastalgie, dureri în regiunea inimii, indispoziție, depresie, scăderea memoriei etc, care se dezvoltă în perioada de perimenopauză în 36% și odată cu sistarea funcției menstruale – 35% femei [5,6,7]. Sindromul de menopauză apare mai des la femeile cu un fond premorbid nefavorabil: *avorturi și nașteri complicate în antecedente, tulburări de ciclu menstrual, stress*

(*acut sau cronic*), *deprinderi de stil de viață (alcool, fumat, cafea)*, ginecopatii endocrine-metabolice și inflamatorii complicate [4].

În ultimele decenii problema SPM prezintă interes sporit științific și clinic, deoarece, frecvența SPM are tendință de creștere, de asemenea, aproximativ 1/3 de cazuri se transformă în sindrom de menopauză cu evoluție moderat/severă sau atipică [2,5,6,7].

Obiectivele lucrării – de a confirma sau infirma prezența corelației clinice între sindromul premenstrual și sindromul de menopauză.

Material și metode

Studiul prezent s-a desfășurat în perioada Noiembrie 2011 – Mai 2012 în serviciu ginecologic de ambulator, în care au luat parte 165 femei în peri- și postmenopauză cu sindrom de menopauză. În studiu au fost incluse femei cu vârsta cuprinsă între 45-55 ani, fiind în perioada de peri- sau postmenopauză naturală. Diagnosticul sindromului de menopauză a fost stabilit în baza numărului bufeurilor de căldură și Indecelui Kuperman [1]. Cu scop de a determina profilul manifestărilor clinice și caracteristicile medico-sociale a participantelor au fost folosite fișele medicale de ambulator și un chestionar individual complex și multidirecțional: vârsta, statutul social, studii, date anamnestice (patologii suportate genitale și extragenitale), funcția menstruală (menarha, menopauza), caracterul ciclului menstrual, simptomele legate de menstruație suportate anterior (iritabilitate, agresivitate, anxietate, dereglări de somn, cefalee, tensiune și durere în glandele mamare, dureri abdominale și pelvine, grețuri, și vomă, etc) și funcția reproductivă, manifestările clinice (numărul bufeurilor de căldură, transpirații nocturne, dereglări de somn, iritabilitate, depresie, cefalee, cardialgii etc); examenul clinic a inclus examenul general și ginecologic și USG organelor genitale și al glandei tiroide (la necesitate).

Prelucrarea statistică a rezultatelor studiului a fost efectuată prin utilizarea programelor Statistica 7.0 (Statsoft Inc). Prelucrarea statistică ne-a permis calcularea ratelor, valorilor medii, indicatorilor de proporție. Cu scopul determinării diferenței dintre valorile medii s-a utilizat testul t și testele neparametrice. Statistic semnificative erau considerate diferențele când $p < 0,05$.

Rezultate

Din numărul total de paciente cu sindrom de menopauză de gravitate diversă (n-165) la 63 (38%) paciente a fost constatat SPM înainte de debutul perioadei de perimenopauză, acestea au compus grupul de bază; altele 102 (62%) paciente nu au confirmat prezența simptomelor premenstruale moderat/severe (PMS) înainte de debutul perioadei de perimenopauză, acestea au compus grupul de control. Vârsta medie la pacientele din grupul de bază este $49,3 \pm 1,75$ ani comparativ cu grupul de control $51,8 \pm 2,2$ ani ($>0,05$). Indicele masei corpului (IMC) în grupul de bază fiind $27,9 \pm 1,95$, iar în grupul de control $33,4 \pm 1,98$ ($<0,05$).

În structura patologiilor ginecologice suportate de către pacientele din ambele grupuri poziția principală o ocupă patologiile inflamatorii pelvine: la 22 (36% $\pm 2,83$) de femei din grupul de bază și 35 (33,65% $\pm 2,94$) în grupul de control ($>0,05$); miom uterin – în grupul de bază – 14 (22,95% $\pm 2,51$) și în grupul de control – 21 (20,2% $\pm 2,27$) cu diferență nesemnificativă $p > 0,05$; mastopatia – 9 (14,75% $\pm 2,1$) și 14 (13,46% $\pm 2,32$) $p > 0,05$, totodată, aceste patologii nu acționează dezvoltarea simptomelor premenstruale sau simptomelor de menopauză, aceasta corespunde datelor publicate în literatura de specialitate [4].

Dintre patologiile somatice asociate (Fig.1) în grupul de bază predomină patologiile endocrine (29,4%): patologia glandei tiroide – 8 (13,1%) și diabet zaharat – 10 (16,4%); urmate de hipertensiunea arterială – 16 (26,2%), obezitate gr. II și III – 15 (24,6%), patologia tractului urinar (pielonefrită, nefrolitiază) – 13 (21,3%) și traume craniocerebrale – 7 (11,5%). În grupul de control structura patologiilor somatice suportate diferă de grupul de bază, astfel, patologia dominantă fiind hipertensiunea arterială – 51 (49%), urmată de obezitatea de gr. II și III – 44

(42,3%), patologia tractului urinar (pielonefrita, nefrolitiaza) – 24 (23%), patologia glandei tiroide – 5 (4,8%) și diabet zaharat – 4 (3,8%), traume craniocerebrale – 4 (3,8%).

Analiza funcției menstruale în perioada fertilă nu a demonstrat diferențe semnificative: vârsta de menarhă nu a depășit limitele de 12-16 ani (în ambele grupuri) și corespunde normei în populație. La 95,5% dintre participantele în studiu ciclul menstrual a fost regulat. Totodată, pacientele din grupul de bază au indicat prezența simptomelor premenstruale (iritabilitate, nervozitate, agresivitate, anxietate, scăderea capacității de concentrare, dregări de somn, indispoziție, cefalee, vârtij, mastalgie, dureri pelvine, dureri abdominale, dureri precordiale, dureri articulare, grețuri, vomă) cu intensitate de grad moderat/sever. Debutul simptomelor menționate a coincis cu naștere sau avort complicat (operație cezariană, hemoragie, prematuritate, preeclampsie, endometrită), debutul perioadei de perimenopauză sau fără menționarea unui eveniment; durata perioadei simptomatice fiind mai mică de 5 ani în 15 (24,6%) cazuri, 5-10 ani – 20 (32,8%) și >10 ani în 26 (42,6%) cazuri.

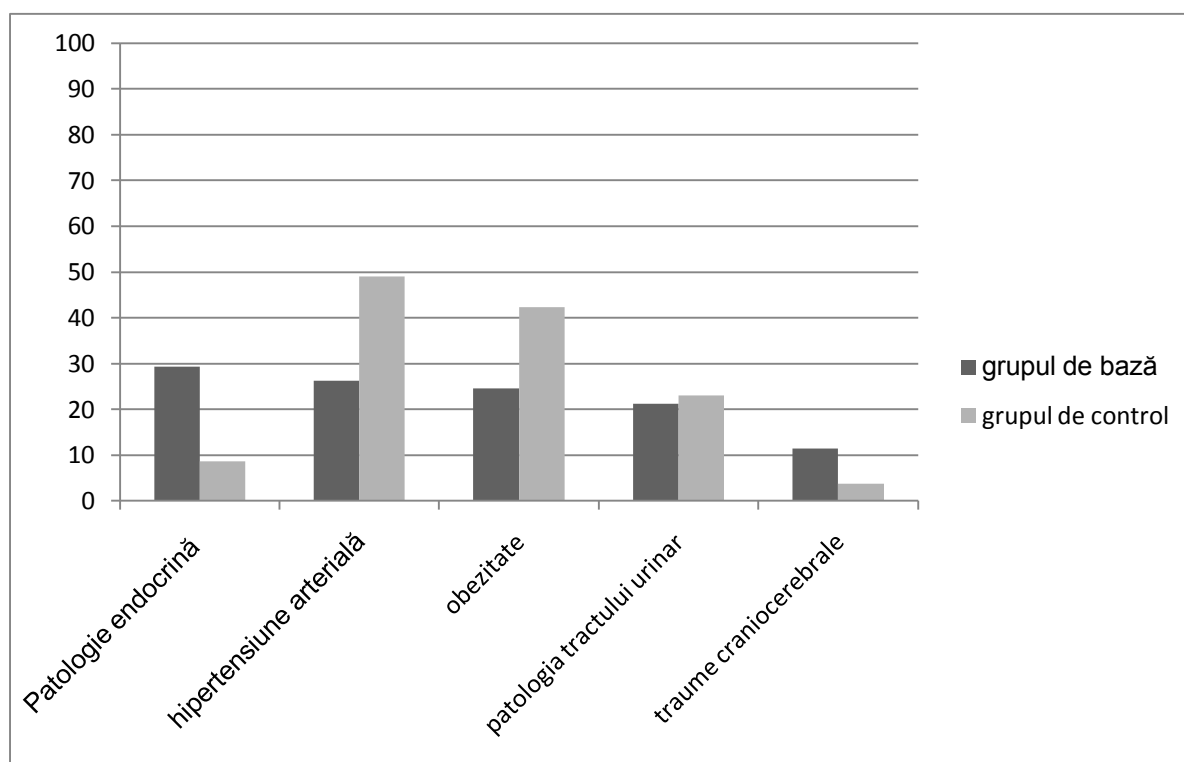


Figura 1. Structura patologiilor somatice asociate (%).

În studiu prezent am constatat că simptomele climacterice mereu apar în perioada de perimenopauză, dar durata patologiei (sau perioada simptomatică) se poate extinde până la 10-15 ani [4]. În baza datelor obținute s-a determinat că în grupul de bază simptomele neuro-psihoice (depresie, anxietate, iritabilitate) și vegeto-vasculare (bufeuri de căldură și transpirații nocturne, cefalee, vârtij, dureri cardiace și articulare) de menopauză urmează simptomele premenstruale, de asemenea, intensitatea simptomelor de menopauză corelează cu intensitatea simptomelor premenstruale, caracteristica profilului simptomatic este prezentată în Tabelul 1.

Tabelul 1

Caracteristica prifilului simptomatic de menopauză (bufeuri de căldură, depresie, anxietate)

	Grupul de bază n-61		Grupul de control n-104		Diferența <i>p</i>
	abs	%	abs	%	
Perioada simptomatică*					
<5 ani	43	70,5±2,32	93	89,4±2,2	<0,001
5-10 ani	15	24,6±2,55	10	9,6±1,78	<0,001
>10 ani	3	4,9±1,21	1	1,0±1,32	<0,01
Bufeuri de căldură/ transpirații nocturne					
<10 ori/zi	15	24,6±2,81	55	52,9±2,97	<0,001
10-20 ori/zi	42	68,8±2,89	43	41,3±2,99	<0,001
>20 ori/zi	4	6,6±1,46	6	5,8±1,21	>0,05
Simptomele de menopauză					
grad ușor	17	27,85±2,66	49	47,1±2,99	<0,001
grad moderat	38	62,3±2,95	47	45,3±2,94	<0,01
grad sever	6	9,85±2,1	8	7,7±1,67	>0,05

* - perioada de la debutul simptomelor de menopauză (bufeuri de căldură, depresie, anxietate etc).

Concluzii

În cadrul cercetării actuale am constatat că severitatea sindromului de menopauză este influențată de prezența sindromului premenstrual în perioada reproductivă în 38% cazuri, pe lângă patologia somatică asociată și antecedentele obstetricale. SPM moderat/sever în perioada de perimenopauză nu se ameliorează dar declanșează dezvoltarea sindromului de menopauză.

În caz când pe fundal de SPM se dezvoltă sindrom de menopauză, ultimul evoluează mai sever și cu o durată mai îndelungată și necesită administrarea tratamentului hormonal de substituție.

Totalizând rezultatele obținute putem formula concluzia că conduita corectă a pacientelor cu SPM moderat/sever și administrarea tratamentului potrivit poate preveni dezvoltarea sindromului de menopauză.

Studiu dat este limitat în anumite aspecte, deoarece, nu sunt studii referitor la corelația în evoluția SPM și sindromului de menopauză, cu toate că în literatura de specialitate sunt expuse opinii referitor la corelația clinică și verigi patogenice comune între aceste două sindroame. De asemenea, datele referitor la simptomele premenstruale suportate anterior nu pot fi considerate cu certitudine precise (sunt obținute din amintirea pacientei dar nu din observația prospectivă). Totodată, luând în consideraie aspectele susnumite rezultatele obținute pot fi considerate utile în practica medicală, cu toate că necesită cercetare prospectivă în continuare.

Bibliografie

1. Ștemberg M, Gladun E, Rotaru M, Friptu V, Moșin V, Corolcova N. Ginecologie neoperatorie. Chișinău, 1996.
2. Торчинов А., Барденштейн Л., Полухова Е., Фириченко В. Предменструальный синдром (вопросы патогенеза, клинической картины и лечения). Гинекологическая Эндокринология, Т.2, №12, 2010.
3. Duenas J.L., Lete I., Bermejo R., Arbat A., Perez-Campos E., Martinez-Salmean J., Serrano I., Doval J.L., Coll C. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dyspforic disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. Euro J of Obs&Gyn and Reprod Biology, 2011, 156, p.72-77.

4. MS Hunter, A Gentry-Maharaj, A Ryan, M Burnell, A Lanceley, L Fraser, I Jacobs, U Menon. Prevalence, frequency and problem rating of hot flushes persist in older postmenopausal women: impact of age, body mass index, hysterectomy, hormone therapy use, lifestyle and mood in a cross-sectional cohort study of 10 418 British women aged 54–65. 2011 BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.
5. Ismail Hassan, Khaled MK Ismail, S O'Brien. PMS in the perimenopause. J of Brit Menopause Society, Dec 2004, 151-156.
6. Studd John, The treatment of depression in women by oestrogens. London, PMS and Menopause Clinic, 2010.
7. Studd John. Women, hormones and depression. London, PMS and Menopause Clinic, 2005.

**PROFILAXIA PRIMARĂ A CANCERULUI DE COL UTERIN.
BARIERE DE IMPLEMENTARE A VACCINĂRII CU CERVARIX
ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

Nadejda Codreanu, Doina Gangur

(Coordonator științific – Codreanu Nadejda, doctor în medicină, conferențiar universitar)
Catedra Ginecologie și Obstetrică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

*Primary prophylaxis of cervical cancer The impediments in the
implementation of the vaccination with Cervarix in Republic of Moldova*

Cervical cancer is one of the leading causes of cancer among women all over the world. The primary underlying cause of cervical cancer is persistent infection with human papillomavirus. Cervarix is a vaccine designed to prevent infection from papillomaviruses types 16 and 18, that cause about 70% of cervical cancer cases. The aim of our study was to evaluate the implementation of the vaccination with Cervarix in the Republic of Moldova. The study included 331 women at a mean age of 26 +/- 0,7 years. It was established that the vaccination with Cervarix is at a very low level due to the high cost of this procedure and the absence of a national health programme.

Rezumat

Cancerul de col uterin reprezintă una din cauzele principale de îmbolnavire cu cancer printre femei. Cauza principală a cancerului cervical este infecția persistentă cu papilomavirus. Cervarix este un vaccin creat pentru a preveni infecția cu tipurile 16 și 18 de papilomavirus, care cauzează circa 70% din toate cazurile de cancer cervical. Scopul studiului este de a evalua implementarea vaccinării cu Cervarix pe teritoriul Republicii Moldova. Studiul a inclus un număr de 331 de femei cu vârsta medie de 26 +/- 0,7 ani. S-a stabilit că vaccinarea cu Cervarix este la un nivel foarte scăzut, acesta fiind cauzat de costul înalt al acestei proceduri de vaccinare și de lipsa unui program național.

Actualitatea

Cancerul de col uterin reprezintă o problemă actuală și de o importanță considerabilă, deoarece ocupă locul doi ca frecvență mondială în structura morbidității și mortalității prin tumori maligne ale organelor genitale la femei, cedând locul doar cancerului glandei mamare, astfel, supunând unor riscuri majore femeile de vârstă reproductivă.[2,4] Anual, sunt înregistrate între 466000 și 530000 de cazuri noi de cancer de col uterin, ceea ce constituie între 13 și 15.3%