

PRIMARNA IN SEKUNDARNA DISMENOREJA

Eda Vrtačnik Bokal

UVOD

Dismenoreja je pogosta ginekološka motnja, ki se pojavlja pri ženskah z menstruacijo približno v 50%. Ločimo primarno in sekundarno dismenorejo. Primarna dismenoreja je boleča menstruacija brez prisotnih patoloških procesov v mali medenici in se običajno pojavi pri 1-2 leti po menarhi, ko se vzpostavijo menstrualni ciklusi. Najpogosteje imajo bolečo menstruacijo mlade ženske, pri nekaterih pa težave trajajo do 40. leta starosti. Sekundarna dismenoreja je boleča menstruacija zaradi patoloških procesov v mali medenici. Lahko se pojavi kadarkoli po menarhi in tudi takrat, ko so menstrualni ciklusi anovulacijski (1).

PRIMARNA DISMENOREJA

Vzrok nastanka

Vzrok za nastanek primarne dismenoreje je **povečana sinteza endometrijskih prostaglandinov** v času lutealne faze menstrualnega ciklusa. Znižanje koncentracije progesterona v lutealni fazi povzroči litično encimsko reakcijo, kar ima za posledico sproščanje fosfolipidov in arahidonske kisline ter aktivacijo ciklooksigenazne poti za sintezo prostaglandinov (2). Ženske s primarno dismenorejo imajo **povišan tonus** uterusa in **večje amplitude kontrakcij**, kar povzroči zmanjšan pretok krvi v uterusu. Prav tako je pri ženskah z dismenorejo povišana koncentracija vazopresina (3).

Simptomi

Bolečina pri primarni dismenoreji običajno nastopi **nekaj ur pred menstruacijo ali kar ob samem nastopu menstruacije in traja približno 48 - 72 ur**. Podobna je bolečini popadka v obliki suprapubičnih krčev, ki jih spremlja bolečina v križu; ta se lahko širi navzpred in navzdol. Pogosto bolečine spremljajo slabost, bruhanje, driska, v redkih primerih pa ženske lahko tudi kolabirajo. Bolečina dismenoreje ima značaj kolike in se v nasprotju z abdominalno bolečino zaradi kemičnega ali vnetnega peritonitisa izboljša z abdominalnim masiranjem, pritiskanjem ali spremembo lege telesa.

Znaki

Pri pregledu zaznamo **občutljivost v suprapubičnem predelu**. Peristaltika je normalna, ni občutljivosti v zgornjem abdomnu in ni povratne občutljivosti. Bimanulani ginekološki pregled v času dismenoreje pokaže občutljivost uterusa, medtem ko je premikanje cerviksa neboleče, prav tako pa so palpatorno neboleči adneksi. Pri primarni dismenoreji so rodila normalna.

Diagnoza

Za potrditev diagnoze primarne dismenoreje je potrebno, da **izključimo patološke spremembe v mali medenici** in potrdimo **ciklično obnašanje bolečine**. Bimanulani ginekološki pregled je potreben, da ugotovimo velikost maternice, njeno obliko in premakljivost, nadalje da ugotovimo velikost in občutljivost adneksalnih struktur in morebitne nodularne in fibrozne spremembe na sakrouterinih ligamentih ali v rektovaginalnem septumu. Prav tako moramo izključiti klamidijsko ali gonokokno okužbo s pomočjo cervikalnih brisov in ugotavljati parametre vnetja. Če ne najdemo nikakršnih nepravilnosti, lahko potrdimo diagnozo primarne dismenoreje.

Zdravljenje

V zdravljenju primarne dismenoreje se uporabljajo **inhibitorji sintetaze prostaglandina**, ki so učinkoviti **v 80%** primerov (4). Zdravila je potrebno vzeti neposredno ob ali takoj, ko se pojavijo bolečine in jih jemati nepretrgoma, v časovnih **presledkih 6–8 ur**. Na ta način preprečimo ponovno sintezo prostaglandinov iz stranskih produktov. Zdravljenje označimo za neuspešno, če v **4–6 mesecih** z različnimi inhibitorji sintetaze prostaglandina in z različnimi odmerki ne uspemo učinkovito preprečiti bolečin. Omenjena zdravila so kontraindicirana pri ženskah z gastrointestinalnimi razjedami ali preobčutlji-

vostnimi reakcijami na aspirin. Spremljajoči pojavi zdravil so običajno blagi in vključujejo slabost, prebavne motnje, drisko in v zelo redkih primerih utrujenost.

Za ženske s primarno dismenorejo, pri katerih ne obstaja kontraindikacija za oralno hormonsko kontracepcijo, predstavljajo **oralni kontraceptivi** sredstvo izbora; še zlasti za tiste, ki tudi sicer želijo uporabljati kontracepcijo. Oralni kontraceptivi zavirajo proliferacijo endometrija in ustvarjajo endometrij, podoben tistemu v proliferativni fazi, ki vsebuje nizke koncentracije prostaglandinov. Pri 90% žensk s primarno dismenorejo je zdravljenje z oralnimi kontraceptivi uspešno (5). Če bolnica ne odgovori na omenjeno zdravljenje, lahko dodamo hidrokodon ali kodein 2–3 dni v mesecu. Pred aplikacijo **narkotičnega zdravljenja** je potrebno izključiti psihološke faktorje in organsko patologijo s pomočjo vaginalne ultrazvočne preiskave, včasih pa celo z diagnostično laparoskopijo.

Včasih je primerno tudi zdravljenje bolečin s pomočjo **akupkture** ali **transkutane živčne elektrostimulacije** (6,7). Kirurško zdravljenje z **laparoskopsko ablacijo uterinega živca** ali **presakralno nevrektomijo** se uporablja samo izjemoma.

SEKUNDARNA DISMENOREJA

Sekundarna dismenoreja se pojavi običajno **več let po menarhi**. Po definiciji sekundarna dismenoreja predstavlja **ciklično menstrualno bolečino s spremljajočimi patološkimi procesi v mali medenici**. Bolečina se običajno pojavi 1–2 tedna pred pričetkom menstruacije in lahko traja še nekaj dni po končani menstruaciji. Mehanizem nastanka bolečine pri sekundarni dismenoreji je raznolik in ne popolnoma pojasnjen, čeprav je v glavnem posledica prekomernega nastajanja prostaglandinov ali hipertoničnih kontrakcij uterusa zaradi sekundarne cervikalne obstrukcije, intrauterinih tumorjev ali tujkov.

Nesteroidna protivnetna zdravila in oralni kontraceptivi so v zmanjševanju bolečin pri sekundarni dismenoreji manj uspešni kot pri primarni.

Najpogostejši vzrok sekundarne dismenoreje je endometrioza, sledi pa ji adenomioza in maternični vložek.

ZAKLJUČKI

- 50% žensk v reproduktivnem obdobju ima primarno dismenorejo.
- Zdravljenje je enostavno, kratkotrajno in uspešno v 80 do 90% pri primarni dismenoreji.
- Pri obravnavanju dismenoreje lahko odkrijemo številne patološke procese v mali medenici. Sekundarno dismenorejo najpogosteje spremlja endometrioza, adenomioza in maternični vložek.

LITERATURA

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists: Dysmenorrhea. ACOG Technical Bulletin. Washington, DC:ACOG, 1983; 63.
2. Chaudhuri G. Physiologic aspects of prostaglandins and leukotrienes. *Semin Reprod Endocrinol* 1985; 3: 219-30.
3. Akerlund M, Stromberg P, Forsling ML. Primary dysmenorrhea and vasopressin. *Br J Obstet Gynaecol* 1979; 86: 484-7.
4. The medical letter: Drugs for dysmenorrhea. *Med Lett Drugs Ther* 1979; 21: 81-4.
5. Chan WY, Dawood MY. Prostaglandin levels in menstrual fluid of non-dysmenorrheic and dysmenorrheic subjects with and without oral contraceptive or ibuprofen therapy. *Adv Prostaglandin Tromboxane Res* 1980; 8: 1443-7.
6. Helms JM. Acupuncture for the management of primary dysmenorrhea. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 51-6.
7. Lndberg T, Bondesson L, Lundstrom V. Relief of primary dysmenorrhea by transcutaneous electrical nerve stimulation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; 64: 491.