

# PATOLOGIA PUBERTĂȚII ȘI MODIFICAREA VÂRSTEI MENARHEI

## *Puberty pathology and changes of menarche age*

Asist. Univ. Dr. Florin Isopescu, Dr. Roxana Al Momani  
*Universitatea de Medicină și Farmacie, București*

### REZUMAT

Ciclicurile sexuale sau genitale sunt modificările morfofiziologice care se petrec în organismul femeii în intervalul cuprins între prima zi a unei hemoragii menstruale și prima zi a menstruației următoare. Activitatea reproductivă a femeii este caracterizată prin ciclul menstrual, a cărui durată este considerată ca normală între zilele 28-32 pe plan fiziologic, menstruația fiind încadrată în acest proces biologic important. Prima menstruație a unei fete poartă denumirea de menarhă și apare în jurul vârstei de 11-14 ani. O dată cu apariția menarhei, are loc și dezvoltarea organismului uman, precum: lățirea șoldurilor, apariția părului pubian și axilar, dezvoltarea sânilor. În anii 1800, menarha se instala în mod normal în jurul vârstei de 17 ani, astăzi vârsta medie de apariție a menarhei fiind de 12,6 ani. Debutul menarhei este influențat de mulți factori precum: malnutriția, factori genetici și de mediu.

**Cuvinte cheie:** menarhă, cariotip, bulimie, estrogeni, infertilitate, amenoree

### ABSTRACT

Genital sexual cycles are morphophysiological changes taking place in a woman's body in the interval between the first day of menstrual bleeding and the first day of next menstruation. Women's reproductive activity is characterized by menstrual cycle, whose duration is considered normal in 28-32 days on the physiological level, menstruation is framed in this important biological process. A girls first menstruation is called menarche and occurs around the age of 11 to 14 years. With the appearance of menarche, development takes place and the body, such as widening hips, the appearance of pubic and axillary hair, breast development. In the 1800s menarche is normally installed around the age of 17 years, today the average age of onset of menarche is 12.6 years. The onset of menarche is influenced by many factors such as malnutrition, genetic and environmental factors.

**Key words:** menarche, karyotype, bulimia, estrogens, infertility, amenorrhea

### MENARHA

Momentul esențial al pubertății la fete este apariția menarhei care indică, de asemenea, maturarea foliculilor ovarieni, pe lângă apariția caracterelor secundare: (dezvoltarea părului axilar, a glandelor mamare, a părului pubian).

Menarha apare, de obicei, la aproximativ doi ani după ce începe dezvoltarea sânilor și la 4-6 luni după apariția părului pubian și a părului axilar.

### FIZIOLOGIA CICLULUI MENSTRUAL

Ciclul menstrual reprezintă totalitatea fenomenelor fiziologice care apar regulat în fiecare lună și se caracterizează printr-o serie de modificări la nivelul mucoasei uterine.

În privința modului de producere a menstruației, există mai multe ipoteze, dar oricare ar fi mecanismul invocat, toți autorii sunt de acord că factorul primar al declanșării menstruației este hormonal, iar factorul vascular este secundar, final.

Adresa de corespondență:

Asist. Univ. Dr. Florin Isopescu, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, B-dul. Eroilor Sanitari, Nr. 8, București  
e-mail: florin.isopescu@yahoo.com

Menstruația este ciclică, ca și ovulația, având loc la 28 de zile. Imediat după pubertate sau înainte de menopauză poate apărea neregulat, dar nu înseamnă că este și patologică. Menstruația normală nu este dureroasă. În medie, menstruația durează 3-5 zile, dar se pot constata diferențe în funcție de caracteristicile individuale. Un ciclu menstrual normal are o durată de 28 de zile. Tulburările ciclului menstrual pot avea semnificație patologică.

## AMENOREEA

Se poate vorbi de amenoree numai în situațiile în care menarha nu a apărut până la 14 ani și pacienta prezintă deficiențe de creștere și de dezvoltare a caracterelor sexuale secundare, sau până la 16 ani, indiferent de creștere sau caractere sexuale secundare. Alți autori consideră amenoreea numai în situațiile în care menarha nu s-a instalat până la 18 ani.

## ETIOLOGIA AMENOREEI

1. Caracterele sexuale sunt prezente și normale:
  - O malformație a aparatului genital: imperforația himenului (asociind dureri pelviene ciclice, hematocolpos și himen bombant); absența congenitală a vaginului (asociază dureri periodice și hematosalpinx); sindromul Rokitansky-Kustner (aplazie utero-vaginală indoloră, responsabilă de amenoree, existența a două coarne uterine atrofiate și aplazia congenitală în cupolă a vaginului; urografia intravenoasă pune frecvent în evidență o malformație renală asociată);
  - Testiculul feminizant (sau sindromul de insensibilitate la androgeni) caracterizat prin: morfotip feminin, cu pilozitate rară, sâni bine dezvoltați, prezența a două hernii inghinale care reprezintă gonadele, absența colului și uterului, testosteron plasmatic crescut și estrogeni plasmatici scăzuți, cariotip 46 XY;
  - Sinechiile tuberculoase: diagnosticate la histografie; se caracterizează prin ovare și ax hipotalamo-hipofizar normale;
2. Caracterele sexuale secundare sunt absente:
  - Impuberismul cu întârziere de creștere în cadrul unei: hipotiroidii, nefropatii, cardiopatii, malnutriții.
  - Cauze ovariene (FSH și LH sunt crescute, estradiolul mult scăzut): sindromul Turner asociază impuberismul, talia mică cu dismorfism, gât palmat, epicantus etc.; disgeneziile gonadice: impuberismul este uneori absent,

talia este normală, ovarele sunt rudimentare, aspect în bandeletă.

- Cauze hipotalamo-hipofizare: panhipopituitarismul și hipogonadismul hipogonadotrop (cu nivel scăzut de FSH și LH); craniofaringiomul și adenomul hipofizar;
  - Retardul pubertar simplu
3. Caracterele sexuale sunt virilizate:
    - Semne de virilizare: hirsutismul, hipetrofia clitoridiană, modificarea vocii, hipoplazia mamară și atrofia vaginală, creșterea masei musculare.
    - Principalele cauze: tumorile virilizante ale suprarenalelor sau ovarelor; hiperplazia suprarenaliană congenitală (boală autosomal recesivă caracterizată prin deficit de hidroxilare a cortizolului, creșterea secreției de androgeni și ACTH).

## OBIECTIVELE STUDIULUI

Studiul pe care îl prezentăm în continuare are rolul de a sublinia importanța apariției menarhei, cercetarea patologiei implicate în întârzierea menarhei, tulburarea majoră a menarhei, amenoreea primară cu diagnosticul și tratamentul de rigoare.

Astfel, trebuie reținut faptul că de dezvoltarea caracterelor sexuale depinde de o întreagă patologie implicată în întârzierea debutului menarhei.

În Spitalul Clinic Caritas a fost urmărit un număr de 25 de cazuri de amenoree primară, în perioada 1 ianuarie 2008 - 31 decembrie 2010.

Studiul se bazează pe cercetarea registrelor de internări, a foilor de observație, a registrelor cu protocoalele operatorii. Repartiția pe ani a cazurilor de amenoree primară înregistrate este următoarea:

- În perioada 1 ianuarie 2008 - 31 decembrie 2008 s-au înregistrat 2 cazuri
- În perioada 1 ianuarie 2009 - 31 decembrie 2010 s-au înregistrat 15 de cazuri
- În perioada 1 ianuarie 2010 - 31 decembrie 2010 s-au înregistrat 8 cazuri de amenoree primară

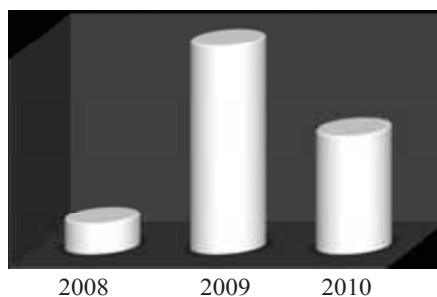


FIGURA 1. Distribuția cazurilor de amenoree primară și menarhă precoce pe anii luați în studiu

## DIAGNOSTICUL AMENOREEI

Pentru precizarea diagnosticului de amenoree primară, o anamneză minuțioasă și un examen general și ginecologic complet sunt de mare importanță.

Examenul clinic general va aprecia, în special, semnele de discrie: dezvoltarea somatică, morfotipul, înălțimea și greutatea actuală, dezvoltarea pilozității la nivelul membrelor, toracelui și pubisului, existența unei acnee însoțită de seboree, dezvoltarea glandei mamare, cercetând și existența unei galactorei prin exprimarea mamelonului între două degete și o eventuală tensiune mamară.

Examenul genital, efectuat după golirea vezicii și rectului, cuprinde:

- Inspecția amănunțită a vulvei și himenului care va aprecia dezvoltarea labiilor, trofici-tatea labiilor mici, mărimea clitorisului, im-portanța pilozității, deschiderea uretrei, dis-tanță uretră-clitoris;
- Tactul vaginal și/sau rectal, care furnizează informații asupra unor anomalii ale tractului genital, în special existența sau absența ute-rului sau a unei mase ovariene latero-uterine;
- Examenul cu valvele, care va aprecia profunzimea vaginului, existența colului uterin și aspectul glerei – existența unei glere limpezi, filiante, abundente, semnificând o anovulație.

## EXAMENE COMPLEMENTARE

Examenle complementare sunt, de asemenea, utile, efectuându-se în funcție de contextul clinic: (Curba termică, Celioscopie, radiografia de șa turcească, testul la LH-RH, cercetarea corpuscului Barr și a cariotipului, dozarea TSH-ului, a prolactinei și testul la progesterone).

## REZULTATE

Dintre cele 25 de cazuri de amenoree primară, 5 aveau ca și etiologie ovarele polichistice, la 10

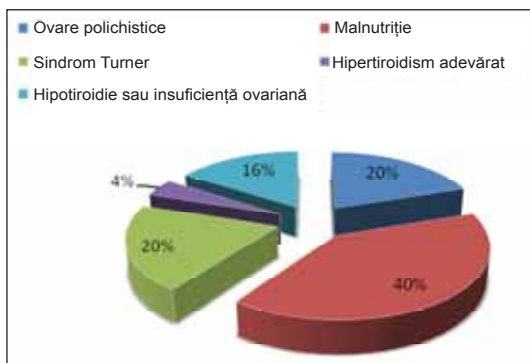


FIGURA 2. Etiologia implicată în cazurile studiate de amenoree primară

dintre ele apăruse pe baza malnutriției, 5 paciente aveau ca și diagnostic principal sindromul Turner, 1 pacientă fusese diagnosticată cu hermafroditism adevărat, iar 4 paciente sufereau de afecțiuni precum hipotiroidie sau insuficiență ovariană.

Sindromul ovarului polichistic se manifestă printr-o paletă largă de semne și simptome, iar gradul lor de severitate poate varia. Pacientele noastre au prezentat cel puțin două din următoarele semne:

- Amenoree primară;
- Creșterea nivelului de hormoni masculini – se manifestă prin semne precum creșterea excesivă a părului pe față, piept, abdomen, spate, brațe, acnee și căderea de tip masculin a părului (alopecie);
- Prezența a numeroase chisturi la nivelul ovarelor și mărirea dimensiunilor acestora (ovare polichistice).

În perioada pubertății se petrec schimbări fizice și psihice, la care se adaugă și presiunea socială. Din nefericire, pentru un procent din ce în ce mai mare de adolescenți, dorința de a avea un corp perfect devine o obsesie care se va transforma într-o tulburare alimentară. Pacientele anorexice au o teamă extremă de a nu câștiga în greutate și au o viziune distorsionată asupra dimensiunilor și formelor corpului. Ca urmare, nu pot menține o greutate normală. Sunt foarte stricte cu ceea ce mănâncă, țin dietă, post și exagerează cu exercițiile fizice. Cu greu mănâncă, și atunci în cantitate mică, devenind obsedate. Bulimia se caracterizează prin chef exagerat de a mânca și epurare. Pacientele cu bulimie experimentează fluctuații de greutate, dar niciodată nu ajung să cântărească cât un anorexice. Este important de reținut că tulburarea alimentară nu este un comportament care poate fi controlat. De aceea se impune necesitatea ajutorului medical și psihologic. Inteligența este normală, astfel încât integrarea socială a pacientelor poate fi bună sau cel puțin acceptabilă. În condițiile aplicării de terapii adecvate, hipostatura și deficitul de feminizare pot fi



FIGURA 3. Cauzele principale ale tulburărilor alimentare la cele 10 paciente cu malnutriție

corectate. Singurul aspect clinic care nu poate fi corijată este sterilitatea, în cazul femeilor cu sindrom Turner, fiind imposibilă apariția de sarcini plecând de la ovule proprii.

### TRATAMENTUL AMENOREEEI

De cele mai multe ori, amenoreea primară nu necesită urmarea unui tratament.

- dezechilibrul hormonal poate fi rezolvat prin administrarea progesteronului;
- pentru sindromul ovarului polichistic, se recomandă administrarea anticoncepționalelor;
- este indicat ca persoanele supraponderale să scadă în greutate corporală;
- schimbarea stilului de viață (efort fizic mai redus plus o dietă echilibrată) poate fi de folos în cazul sportivelor tinere;
- intervenția de natură chirurgicală este folosită numai în cazul unor anomalii ale căilor genitale sau boli endocrine.

Ca regulă generală, în toate situațiile, indiferent de cauză, se va începe cu corectarea modului de viață, a alimentației, cu măsuri de ordin igienic.

În sindromul de testicul feminizant, dat fiind faptul că incidența neoplaziei în aceste gonade este foarte mare, se recomandă extirparea acestora (orhiectomia) după pubertate. Intervenția va fi urmată de administrarea de estrogeni, care au efecte trofice asupra tractului genitomamar.

În sindromul Turner se recurge la tratament estroprogestativ, pentru producerea de cicluri artificiale. În scopul dezvoltării sânilor și a uterului, timp de 6 luni, se administrează estrogeni continuu (etinil-estradiol, 50 μg pe zi, 21 de zile pe lună). În continuare, se aplică un tratament secvențial. (etinil-estradiol 50 μg pe zi, 21 de zile pe lună + 10 mg medroxiprogesteron pe zi, între a 21-25-a zi).

Tumorile hipofizare beneficiază de tratament chirurgical, ablația tumorii, completată sau nu, de cobaltoterapie, de iradiere. Iradierea este indicată în adenoamele mari, ca terapie unică, precum și după rezeția incompletă, fiind grevată de riscul hipopituitarismului. Dacă aspectul radiologic nu este probant, se recurge la tratament medicamentos.

### BIBLIOGRAFIE

1. **Peteanu, Vi. și colab.** – Examene și investigații în Ginecologie și Obstetrică, Constanța, Ed. Ponto, 1997.
2. **Milcu, ST, Danila-Muster, Aneta** – Endocrinologie Ginecologică, București, Ed. Academiei Române, 1968.
3. **Nătescu, V.** – Obstetrică și ginecologie, Editura Didactică și Pedagogică, R.A., București, 2002
4. **Irimiea, L.** – Ginecologie, Editura Ovidius University Press, Constanța, 2001
5. **Munteanu, I.** – Obstetrica, partea I, Lito, U.M.F. Timișoara, 2005
6. **Munteanu, I.** – Obstetrica, partea II, Lito, U.M.F. Timișoara, 2005
7. **Aburel E.** – Obstetrică și Ginecologie, Curs I.M.F., 1958
8. **Alessandrescu D.** – Ghid terapeutic pentru unele urgențe obstetricale, Ed. Medicală, 1988.
9. **Alessandrescu D.** – Biologia reproducerii umane, Ed. Medicală, 1976.
10. **Angelescu N.** – Tratat de patologie chirurgicală, Ed. Medicală, 2003, pg. 3142-3151.
11. **Cabrol, Dominique; PONS, Jean-Claude; Goffinet, François** – Traité d'obstétrique, Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 2005
12. **Cabrol, Dominique; Goffinet, F.** – Protocoles clinique en obstétrique, Masson, Paris, 2005
13. **Woodward, Paula; Kennedy, Anne; Sohaney, Roya** – Obstétrique, Maloine, Paris, 2005
14. **Hricak, Hedvig; Reinhold, Caroline; Ascher, Susan** – Gynécologie, Maloine, Paris, 2005
15. **Giraud, Jean-Robert; Rotten, Daniel; Bremond, Alain** – Gynécologie, Masson, Paris, 2002
16. **Gavrilescu C. și colab.** – Îndrumător practic de obstetrică și ginecologie, 1987, pg.122-128.
17. **Vârtej P.** – Ginecologie, Ed. All, 1997, pg. 212-228.
18. **Moskovic, E, MacSweeney, E, Law, M, Price, A.** – Survival, patterns of spread and prognostic factors in uterine sarcoma: a study of 76 patients. *Br J Radiol* 1993; 66:1009.
19. **Stovall T. G. și colab.** – The Female Patient, 1999.
20. **Carlson, KJ, Skates, SJ, Singer, DE.** – Screening for ovarian cancer. *Ann Intern Med* 1994; 121:124.
21. **Goff, BA, Matthews, BJ, Larson, EH, et al.** – Predictors of comprehensive surgical treatment in patients with ovarian cancer. *Cancer* 2007; 109:2031.