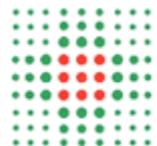


# Contracezione in adolescenza

08 maggio 2021



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

**Dottorssa Emanuela Brambilla**  
**Ostetrico Ginecologo**  
**Spazio Giovani**  
**Centro Salute Donna Piacenza**

# Adolescenza anticipata

L'età della pubertà si sta abbassando.

L'età media del menarca è 11,5 anni.

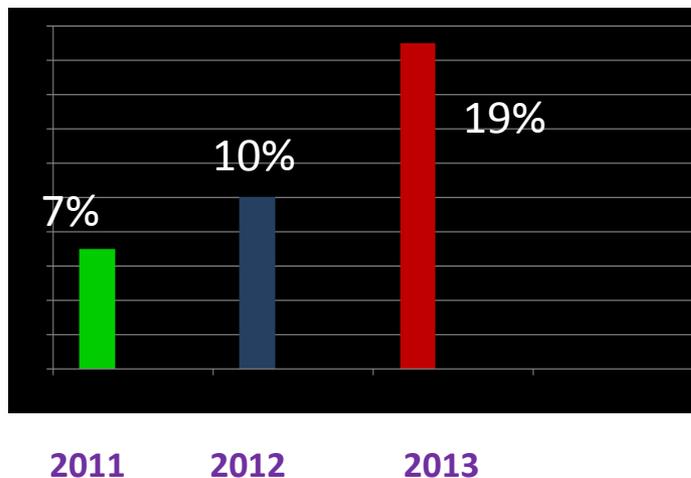
Nel 4% dei casi il menarca si verifica prima dei 10 anni di età.

Questo predispone all'inizio di una attività sessuale sempre più **precocce**.



- L'età media del primo rapporto si aggira attorno a **17,1 anni** in Italia.
- Il 55% delle utilizzatrici della «pillola del giorno dopo» sono teenagers.
- Il 57% degli adolescenti **ritiene trascurabile la incidenza di MTS**.

## Rapporti sessuali **prima dei 14** anni



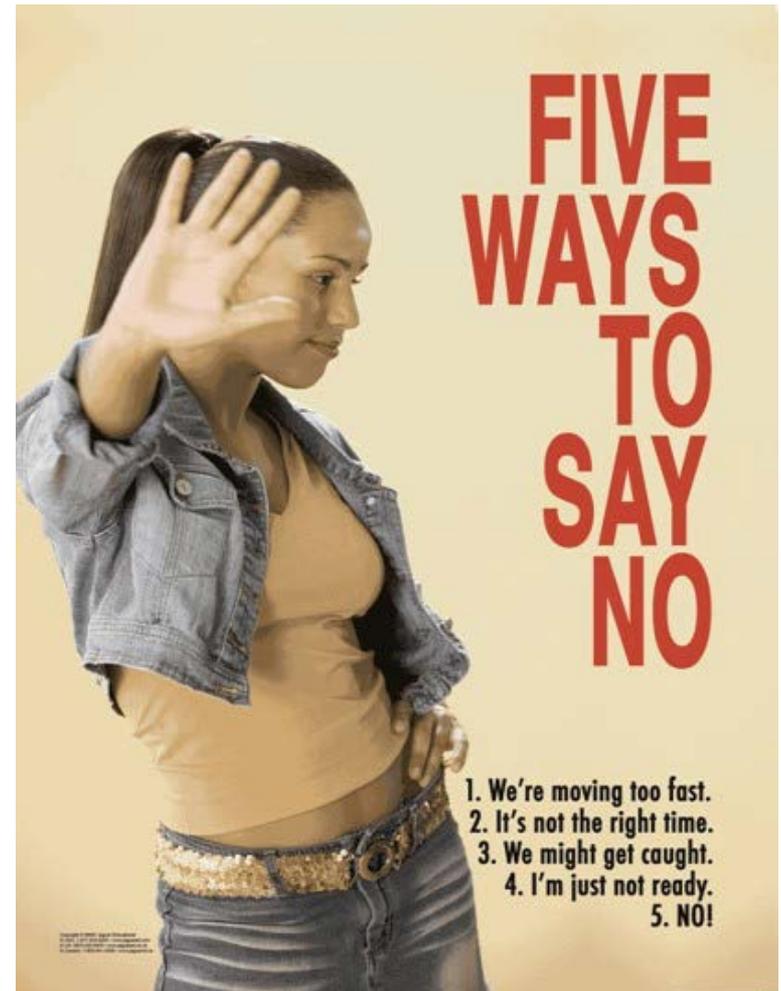
I pediatri possono avere un ruolo fondamentale nel COUNSELLING!

- Il bilancio di salute dei 10-12 anni può essere una occasione per una efficace prevenzione primaria.

- Possono sensibilizzare ragazzi e famiglie verso alcune tematiche (vaccino HPV, ciclicità mestruale).

- In **situazioni «difficili»** le prime confidenze vengono fatte proprio al pediatra di famiglia.

DCA, obesità, depressione, bassa autostima, condizioni familiari disagiate predispongono a rapporti sessuali non consenzienti e a rischio.



Metodo	Uso Tipico	Uso ottimale
Nessuno	85%	85%
Spermicidi	28%	18%
Metodi naturali	24%	0.4-5%
Coito Interrotto	22%	4%
Preservativo maschile	18%	2%
Preservativo femminile	21%	5%
Diaframma	12%	6%
Pillola estro-progestinica	9%	0.3%
Anello vaginale	9%	0.3%
Cerotto	9%	0.3%
Progestinici inettabili	6%	0.2%
Impianto sottocutaneo	0.05%	0.05%
Spirale al rame	0.8%	0.6%
Spirale medicata al progesterone	0.2%	0.2%
Sterilizzazione maschile	0.15%	0.1%
Sterilizzazione femminile	0.5%	0.5%

# Efficacia metodi contraccettivi

Una ragazza che non usa contraccettivi ha un **tasso di gravidanza del 90% entro 1 anno**

# Condom

- Previene le malattie sessualmente trasmissibili
- Facile reperibilità
- Basso costo
- Responsabilizza il partner sulla contraccezione

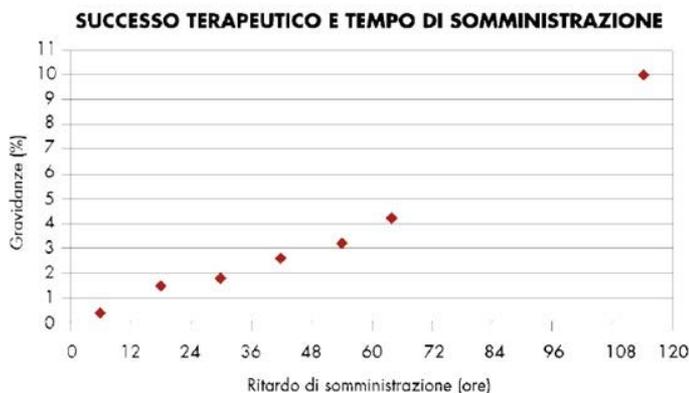
Deve essere particolarmente raccomandato nelle più giovani in cui le difese cervicovaginali non sono ancora mature e dunque più esposte a MST.

**Doppia protezione!**

**Negli adolescenti maggior rischio di utilizzo non corretto!**

Importante fornire informazioni sul corretto utilizzo e rimozione e cosa fare in caso di imprevisti.

# Contraccezione d'emergenza



AZIONE	ENTRO 72 ORE	ENTRO 5 GIORNI
PRINCIPIO ATTIVO	LEVONORGESTREL	ULIPRISTAL ACETATO
RICETTA	OBBLIGATORIA PER MINORENNI	NON OBBLIGATORIA Si acquista in farmacia

- La prescrizione **NON richiede competenze specialistiche**: qualunque medico può effettuarla compresi i pediatri di famiglia.
- Per la brevità del tempo di utilizzo, anche in caso di pregresse patologie cardiovascolari la contraccezione d'emergenza **non è controindicata** ed è preferibile rispetto ad una gravidanza indesiderata!
- **La Legge permette assunzione di contraccettivi nei minori anche senza che i genitori ne siano informati (art. 2 legge 194/78)**
- In consultorio è disponibile **gratuitamente** abbinata ad un counselling specifico!

# Controindicazioni all'utilizzo di COC



Condizione		Paese e anno di pubblicazione		
		WHOME C 2015	USME C 2016	UKME C 2016
Ipertensione arteriosa sis $\geq 160$ mmHg e dia $\geq 100$ mmHg o con presenza di danno d'organo		4	4	4
Cardiopatia ischemica, dilatativa, valvulopatia complicata, in atto o pregressa		4	4	4
Stroke in atto o pregresso		4	4	4
Trombosi venosa profonda o embolia polmonare in atto o pregressa o in terapia anticoagulante		4	4	4
Mutazioni trombofiliche note		4	4	4
Diabete, da più di 20 anni o con compromissione d'organo		3-4	3-4	3
Fumo di sigaretta in donne $>35$ aa e $>15$ sigarette al giorno		3-4	4	4
Multipli fattori di rischio cardiovascolare		3-4	3-4	3
Emicrania	Con aura	4	4	3-4
	Senza aura in donne $>35$ aa	3I 4C	2 ?	2I 3C
Chirurgia maggiore con immobilizzazione prolungata		4	4	4
Neoplasia mammaria maligna attuale o pregressa $<5$ aa		4	4	4
Neoplasia epatica maligna: adenoma o epatocarcinoma		4	4	4
Epatite virale acuta		3-4I 2C	3-4I 2C	3I 2C
Cirrosi epatica scompensata		4	4	4
Trapianto d'organo complicato			4	3
LES con Ab antifosfolipidi positivi o sconosciuti		4	4	4
Allattamento $<6$ settimane dal parto		4	2-3	4
Post-partum $<21$ giorni dal parto		3-4	4	3-4
Neoplasia dell'endometrio		4I 2C	4I 2C	4I 2C

# Patologia cardiovascolare

L'utilizzo di preparati estroprogestinici è stato associato ad un maggiore rischio tromboembolico (0,5 su 10 000/donne anno) nella popolazione generale ma NON nelle adolescenti.

La possibilità di eventi acuti è di solito maggiore nei **primi sei mesi** di utilizzo del preparato. A tal proposito si ricorda che il rischio di TEV **in gravidanza** è stimato essere da **6 a 10 volte** superiore alla popolazione generale e soprattutto nel 1° trimestre

Gli eventi tromboembolici in adolescenza sono **RARISSIMI: STIMATI ATTORNO ALLO 0,5/0,7 SU 10 000 donne.**

## Fattori di rischio per TEV

### - Fattori GENETICI

Diatesi trombofiliche congenite  
Storia familiare di TEV

Le diatesi trombofiliche sono RARE e soprattutto in soggetti giovani non necessariamente comportano eventi avversi acuti.

La familiarità incide anche in assenza di mutazioni accertate.

Difetto	Prevalenza popolazione	RR
V Leiden eteroz.	4-6%	8
V Leiden omoz.	0-2%	30
Deficit Proteina C	0,2%	15
Deficit Proteina S	<0,1%	>10
Deficit AT III	0,02%	50
Protrombina eter	2%	3
Protrombina om.	Molto rara	26
Iperomocisteina	3%	<3

- **Fattori NON genetici**

età (>35 anni)

sovrappeso

fumo /droghe

emicrania con aura (OR 7 per stroke)

patologie valvolari cardiache

patologie infiammatorie croniche

trombocitopenia autoimmune

S anticorpi antifosfolipidi (LAC +)

terapia prolungata con corticosteroidi

neoplasie

dislipidemie (colesterolo totale > 200, LDL > 130, trigliceridi > 100)

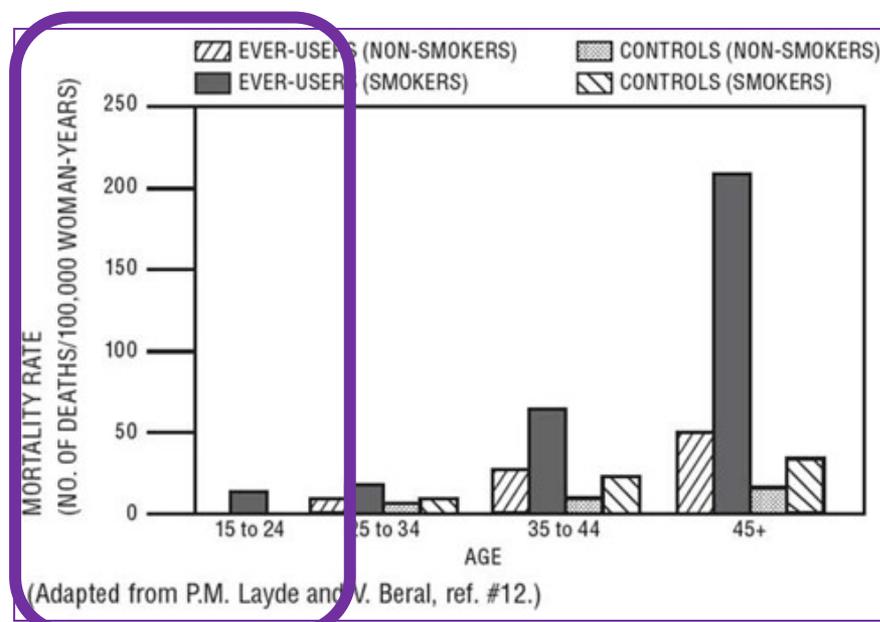
- **Fattori trigger**

Immobilizzazione/trauma

Chirurgia generale

viaggi aerei di Lunga durata/alta quota

età (>35 anni)



- **Fattori correlati al tipo di contraccettivo ormonale**

- dose di estrogeno
- tipo di estrogeno
- tipo di progestinico

L'effetto degli steroidi esogeni è correlato alle modificazioni dei **fattori procoagulativi** di origine epatica tanto più evidenti **quanto più è elevato il dosaggio di EE utilizzato** come dimostrato da alcuni markers surrogati di rischio tromboembolico quali la **resistenza alla proteina C attivata**.  
Queste alterazioni correlano di fatto con i livelli di **SHBG** come espressione della capacità del progestinico di modulare l'effetto estrogenico sulle proteine epatiche.

Tabella 1. Rischio di TEV con i contraccettivi ormonali combinati

Progestinici COC (combinati con etinilestradiolo, se non specificato)	Rischio relativo verso Levonorgestrel	Incidenza stimata (per 10.000 donne/anno di utilizzo)
Non in gravidanza, non utilizzatrici	-	2
Levonorgestrel	Riferimento	5-7
Norgestimato/Noretisterone	1,0	5-7
Dienogest	1,6	8-11
Gestodene/Desogestrel/Drospirenone	1,5-2,0	9-12
Etonogestrel/Norelgestromina	1,0-2,0	6-12
Clormadinone/Nomegestrolo acetato (E2)	DC	DC



Dati AIFA

Una più recente survey sulla sicurezza dei COC (INAS-SCORE) su 50203 nuove utilizzatrici per 5,5 anni ha evidenziato nel gruppo di utilizzatrici di preparati a base di **estradiolo valerato/dienogest** ha riportato un numero di eventi pari se non inferiore a quello delle utilizzatrici di levonorgestrel.



# Estroprogestinici: unica classe, diversi preparati

## **Etinilestradiolo:**

estrogeno di sintesi, la presenza del gruppo 17-a etile rallenta l'eliminazione del preparato che dopo un primo passaggio epatico, va incontro ad un circolo enteroepatico con una eliminazione in 13-27 ore, indipendentemente dalla Route di assunzione (anello vaginale riduce l'impatto epatico del 30%).

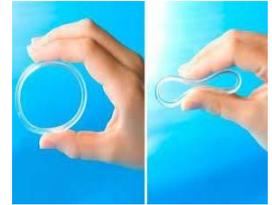
Induce:



- SHBG TBG CBG
- fattori PRO trombotici : fibrinogeno, protrombina, VII, VIII, IX, angiotensinogeno
- fattori ANTI trombotici: Proteina C attivata, plasminogeno
- HDL, trigliceridi, VLDL
- attivazione endoteliale e stress ossidativo



- LDL
- anti trombina III, Proteina S anticoagulante



L'induzione di SHBG e lipoproteine fino a 5-6 volte maggiore rispetto all'estradiolo naturale

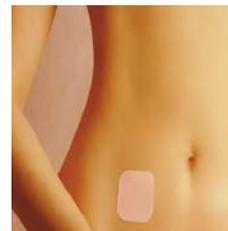
## **Estradiolo Valerato:**

assorbito molto rapidamente, emivita di 3,6 ore con conversione ad estriolo ed estrone, estrogeni normalmente presenti nel nostro corpo

la soppressione ipotalamica è sovrapponibile a EE 20 mcg

È invece molto limitato

- Lo stimolo sulle proteine epatiche
- ridotto lo stimolo endometriale,
- minore impatto sull'angiotensinogeno e sulla Pressione arteriosa.



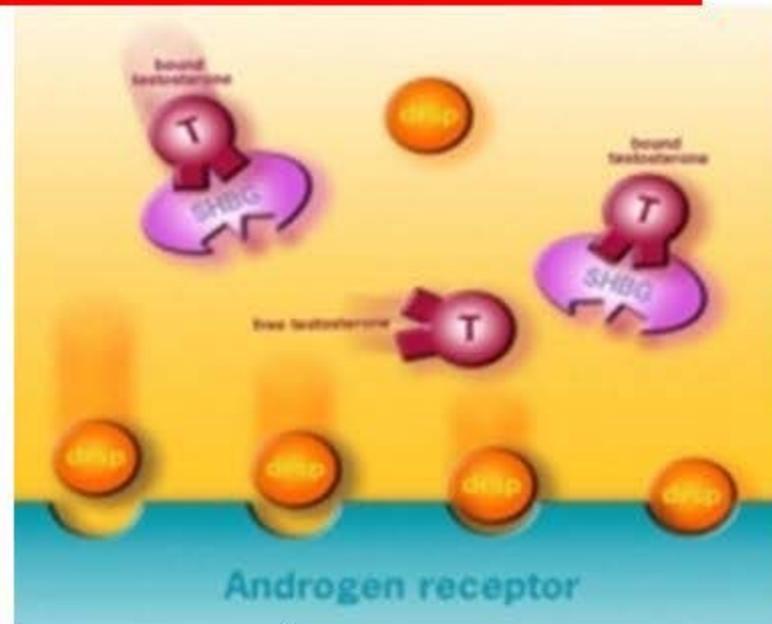
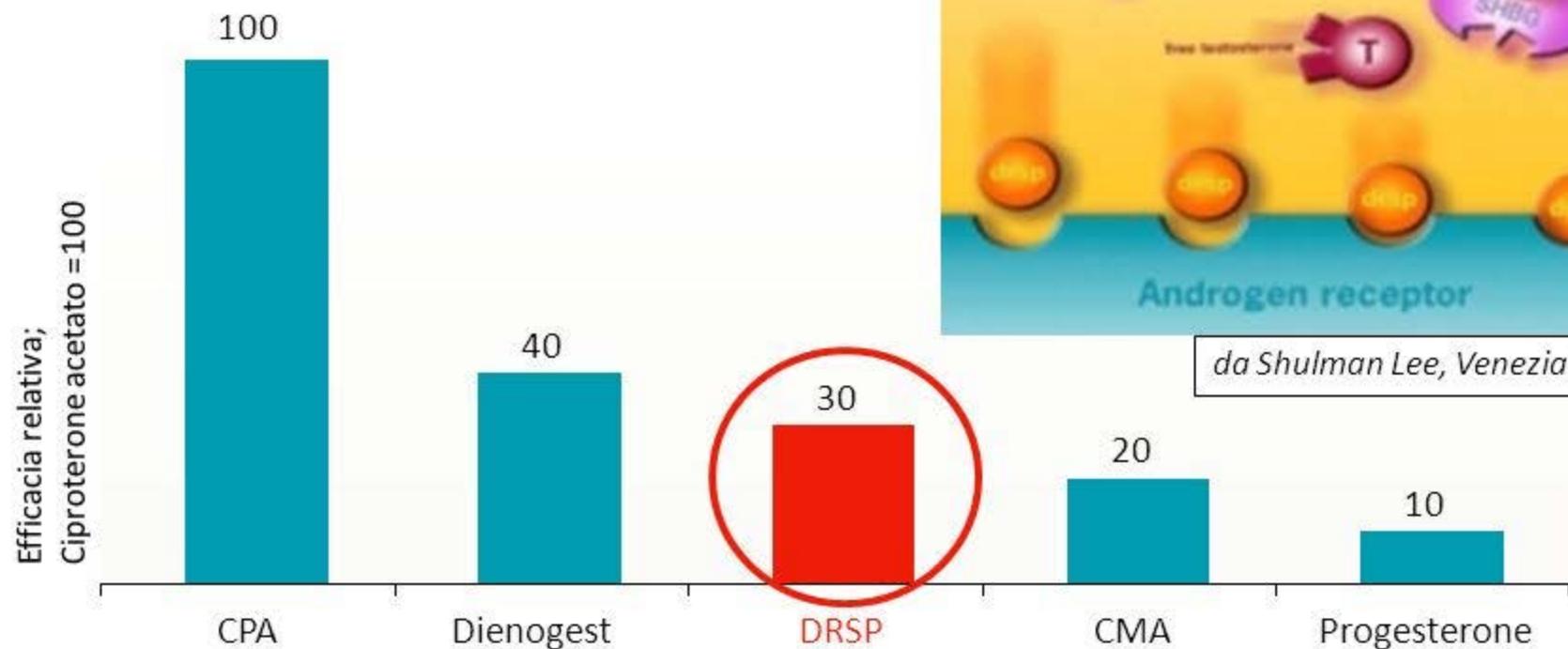
# Effetti biologici dei progestinici

+ effective; - not effective; +/- weakly effective

Progestins	Anti-estrogenic	Estrogenic	Androgenic	Anti-androgenic	Glucocorticoid	Anti-mineralocorticoid
Chlormadinone acetate	+	-	-	+	+	-
Cyproterone acetate	+	-	-	++	+	-
Dienogest	+/-	+/-	-	+	-	-
Nomegestrol acetate	+	-	-	+/-	-	-
Drospirenone	+	-	-	+	-	+++
Etonogestrel (3-keto-desogestrel)	+	-	+	-	-	-
Gestodene	+	-	+	-	+	+
Levonorgestrel	+	-	++	-	-	-
Norethisterone	+	+	++	-	-	-
Norgestimate	+	-	+	-	-	-
Progesterone	+	-	-	+/-	+	+

# Attività antiandrogena di alcuni Progestinici, riferita al CPA

Peso delle vescicole seminali,  
ratti maschi castrati



Valutato mediante il test Hershberger  
(ipertrofia della vescica seminale dei roditori)

(test di

- Comunicazione su Diane / Visofid (ciproterone acetato 2 mg + etinilestradiolo 0,035 mg)
- La valutazione è stata condotta dal Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee – PRAC) a seguito dell'attenzione sollevata sul rischio di tromboembolismo venoso ed arterioso (TEV e TEA) associato a questi farmaci.

**Publicato il: 17 giugno 2013**

**Giugno 2020**

- **in Italia l'uso di Androcur non è indicato nelle donne;**
- Androcur è controindicato e non deve essere somministrato ai pazienti con meningioma o con anamnesi di meningioma; tale valutazione deve essere effettuata prima dell'inizio del trattamento.
- se ad un paziente trattato con Androcur viene diagnosticato un meningioma, il trattamento deve essere interrotto.
- è stata segnalata la comparsa di meningiomi (singoli e multipli) in associazione all'uso prolungato (anni) di ciproterone acetato a dosi pari o superiori a 25 mg/die;
- il meningioma rientra tra gli effetti indesiderati di Androcur che si verificano con frequenza non nota.



# Progestinici

Tutti i progestinici sono accomunati dalla capacità di legarsi al PR con decidualizzazione dell'endometrio precedentemente estrogenizzato.

I derivati del **PROGESTERONE** (clormadinone – nomegestrolo) hanno un profilo metabolico più favorevole su assetto lipidico e sensibilità insulinica

In presenza di dislipidemia può essere prescritto un preparato con EE e progestinico non androgenico o solo minimamente antiandrogenico.

Se aumenta il colesterolo totale e i trigliceridi la scelta più opportuna potrebbe ricadere sui preparati con estradiolo valerato che esistono in commercio associati a progestinico non androgenico.

I derivati del **TESTOSTERONE** (levonorgestrel, norgestimato, gestodene, desogestrel, etonorgestrel)

contrastano l'azione estrogenica!

- hanno effetti metabolici (lipidico e sensibilità insulina) lievemente più accentuati

MA

- Antagonizzano l'azione di EE sui fattori procoagulanti di origine epatica



minore rischio dal punto di vista tromboembolico.

Fa eccezione il **DIENOGEST** derivato del testosterone ma con



azione marcatamente antiandrogenica.



spiccata attività di soppressione endometriale (che deriva dall'attività anti estrogenica e progestativa)

è massima con dienogest e nomegestrolo acetato

Per questo motivo la associazione con Dienogest e EV ha ricevuto come indicazione in **scheda tecnica** per il controllo dell'**ipermenorrea**.

Indicato anche come terapia per l'endometriosi commercio terapia progestinica specifica per il suo effetto antiproliferativo endometriale

riduce segni e sintomi dell'endometriosi , senza i rischi di GnRh analoghi

(Visanne , NON contraccettivo)

L'attività antigonadotropa è massima in gestodene, levonorgestrel, desogestrel e nomegestrolo acetato.

Per questo motivo il desogestrel è disponibile anche come POP.

# Controindicazioni all'utilizzo di Minipillola

**Tabella 3. Controindicazioni ai contraccettivi con solo progestinico**

Condizione	Classe di rischio
Tromboembolie in atto	3
Cardiopatía ischemica/stroke	3C
LES con positività degli anticorpi antifosfolipidi	3
Emicrania con aura	3C*
Tumori della mammella	3-4
Diabete con vasculopatia o danno d'organo	3 (solo per MAP)
Ipertensione arteriosa	3 (solo per MAP)
Cirrosi scompensata	3
Adenoma epatocellulare o epatoma	3
Sanguinamenti vaginali ndd	3 (solo per MAP e impianti)

## Cerotto transdermico EVRA

- costituito da uno strato colorato di supporto e da uno strato adesivo che contiene ormoni (3 cerotti/7gg pausa)
- Rilascia giornalmente 20 mcg EE e 150 norgestromina
- non modifica peso corporeo (300 gr)
- 17% di sintomi cutanei nel sito di applicazione (cambiare sede)
- passaggio diretto cerotto-pelle-sangue (saltare sia la via digestiva e il primo passaggio del fegato)
- livelli stabili di ormoni nel tempo
- neutro sul recettore androgenico e lipoproteine
- è un inibitore potente della 5 alfa reduttasi cutanea



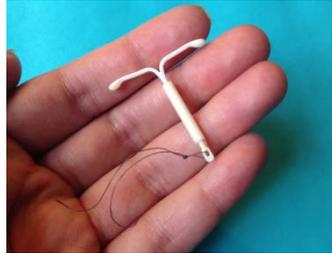
## Anello vaginale (Nuvaring)

- Supporto di etilene venilacetato diametro 5 cm spessore 4 mm
- rilascia 15 EE e 120 etonorgestrel per 3 settimane
- non modifica peso corporea (430 gr in un anno)
- discomfort locale 2% , vaginiti, leucorrea 5% può Essere rimosso durante il coito per massimo 3 ore
- passaggio diretto cerotto-pelle-sangue (saltare sia la via digestiva e il primo passaggio del fegato)
- livelli stabili di ormoni nel tempo, assenza di picchi
- Ottimo controllo del ciclo anche rispetto a LNG
- espulsione spontanea 2%
- Non modifica sensibilità all'insulina
- inserimento facilitato



# Contracezione long acting

## IUD Rame/LNG



## Impianto etonorgestrel



Le società scientifiche europee ed internazionali raccomandano in adolescenza l'impiego preferenziale di metodi LARC, la cui efficacia è indipendente dalle possibilità di errore e di interruzione di uso da parte delle utilizzatrici.

Tanto più se siamo in presenza di

- Pregresso ricorso a IVG (tasso costante nelle teenagers negli ultimi anni)
- Donne immigrate( ricorso a IVG 3 volte superiore alle coetanee italiane)

### Vantaggi

Compliance

Contracezione «estrogen free»

Riduzione del sanguinamento

mestruale/amenorrea

### Svantaggi

Procedura mininvasiva per inserimento

Costo

Spotting

Non controllo della ciclicità

# Quali informazioni fornire

- Modalità di **assunzione** : individuare le preferenze della ragazza, valutando la possibile compliance per:
  - os/transdermica
  - short/long acting
- Cosa fare in caso di **dimenticanza** (> o < di 12 ore) o vomito entro 3 ore, diarrea profusa entro 4-6 ore dalla assunzione
- Possibili **effetti collaterali** ritenzione idrica, incremento ponderale  
spotting, nausea, mastodinia  
amenorrea, calo della libido
- **Benefit** extracontraccettivi:
  - regolarizzazione ciclicità ed entità flusso,
  - dismenorrea, iperandrogenismo,
  - prevenzione endometriosi
  - Prevezione neoplastica e CVD (k epiteliali ovaio, k colon, k endometrio, m. emopoietiche
- **Interazioni** farmacologiche:
  - antitubercolari (rifampicina)
  - antiepilettici (carbamazepina)
  - antiretrovirali antivirali
  - erba di san giovanni, eritromicina, fluconazolo





# Cosa fare prima della prescrizione di un contraccettivo ormonale

## ANAMNESI FAMILIARE

- patologia cardiovascolare: TEV TVP ipertensione IMA ICTUS
- dislipidemie, dismetabolismi glucidici
- Patologie ginecologiche e mammarie
- Malattie autoimmuni
- Emicrania

## ANAMNESI PERSONALE

- Menarca
- Caratteristiche del ciclo mestruale (ritmo, intensità, dismenorrea)
- Acne segni di iperandrogenismo
- Sindrome premestruale
- Depressione DCA
- Cefalea
- Farmaci/integratori in uso
- Rischio MST
- Malattie pregresse e in atto

## ESAME OBIETTIVO

- Peso altezza BMI
- Segni iperandrogenismo
- **Pressione arteriosa**

Non è necessario uno screening coagulativo prima della prescrizione di COC in adolescenti sane! (CDC luglio 2010).

È importante identificare e modificare altri fattori di rischio cardiovascolare

- Fumo
- Sovrappeso
- dislipidemie



# Altri fantasmi

**Età ginecologica:** non esiste una età minima per l'utilizzo di estroprogestinici.

Non ci sono ripercussioni sfavorevoli sulla successiva **attività dell'asse ipotalamo ipofisi.**

La **irregolarità** del ciclo mestruale non è una controindicazione all'utilizzo di EP, il raggiungimento del menarca di per sé è il punto di arrivo della maturazione dell'asse.

Ma l'ideale sarebbe individuare la causa sottostante (deficit energetico, DCA, PCOS, POI, insulinoresistenza).

**Crescita staturale:** la crescita degli arti cessa dopo 2,5 anni dall'inizio della maturazione puberale, segue una crescita solo della colonna vertebrale

**Acquisizione di massa ossea:** gli estrogeni agiscono sulla apposizione periostale (dose dipendente) e sul riassorbimento endocorticale (inibendolo) in oltre la metà degli studi si documenta un **minor incremento della BMD nelle utilizzatrici rispetto alle non-Users in particolare entro in primi 3 anni dal menarca .**

È documentato in recupero negli anni successivi all'interruzione. È importante nei soggetti a rischio (DCA , farmaci antiepilettici) escludere altri possibili fattori di rischio (ipovitaminosi D).

**Neoplasie mammarie:** il tumore mammario è il tumore femminile più frequente (10%).

Alcuni studi hanno confermato che **l'esposizione ad estrogeni e progesterone** è coinvolta nella proliferazione cellulare nel tessuto mammario con un minimo incremento di rischio correlabile alla durata del trattamento.

Secondo alcuni autori la **maggiore sorveglianza** mammaria che le donne utilizzatrici di contraccezione ormonale eseguirebbero, potrebbe giustificare questa incidenza lievemente aumentata rispetto alla popolazione generale.

- L'impatto che la contraccezione ormonale avrebbe sul rischio di tumore della mammella è RR 1,2 che corrisponde ad un aumento di non più di **2 casi/100.000/anno**.



16% più alto nelle fumatrici

4,2% per 10 gr di alcol giornalieri

50 % nelle donne con sindrome metabolica (obesità, grasso viscerale, insulinoresistenza, dislipidemie, ipertensione arteriosa)



10-30% pluripare

10-20% per allattamento al seno di almeno 3 anni

La **WHO** nel 2015 **non** ha ritenuto di **controindicare l'uso della contraccezione** ormonale in donne con rischio aumentato per **familiarità** di I o II grado.

La pillola si è dimostrata essere addirittura protettiva rispetto a lesioni mammarie benigne (mastopatia fibrocistica).

# SCREENING MST

Nella maggioranza dei casi per la prescrizione di un contraccettivo, **la visita ginecologica può essere differita.**

Se la ragazza ha avuto rapporti non protetti importante porre l'attenzione su **MST.**

- 20% riguarda giovani tra i 15 e i 24 anni.
- **Clamidia:** la prevalenza tra i soggetti di età 15-24 anni è più elevata tra **chi avuto più di 1 partner sessuale (14.2%)** rispetto a chi dichiara di averne 1 o nessuno (2.3%). L'infezione sta mostrando un incremento costante (+80% dal 1996 al 2009).  
**Le ragazze < 25 anni (7%) risultano quelle con la più alta prevalenza di infezioni da Clamidia.**
- **Gonorrea:** colpisce di preferenza i maschi (2,2%) rispetto alle femmine (0.1%) con una prevalenza più alta tra chi ha avuto rapporti con partner multipli negli ultimi 6 mesi.
- **Sifilide I e II:** in aumento tra i giovani maschi in particolare omosessuali  
9,6% del totale delle infezioni **(+ 800% dal 2006 al 2008).**
- **Condilomi:** 35,9% del totale delle MST.

2.8% dei giovani ai quali era stata diagnosticata una malattia sessualmente trasmessa è risultato positivo al **test dell'HIV**

**L'estate è il periodo più a rischio** per le MST perché molti giovani si spostano e vanno in cerca di **avventure occasionali.** È importante ricordare che queste infezioni, anche quando asintomatiche o comunque non troppo vistose, se trascurate **possono portare all'infertilità.**

**Il preservativo va sempre usato in tutti i rapporti occasionali o con partner non stabile.**

# ANNACHIARA, anni 16

## ANAMNESI

Menarca a 10,5 anni

Da subito cicli irregolari (R: 45-60gg, I: eumenorroici, D 6 gg)

Dismenorrea moderata dal menarca VAS 6 a remissione con FANS.

Incremento ponderale di 15 kg in 2 anni fino al peso attuale di 78 kg (life events familiari).

NON fumatrice

PMF: non cefalea, craving per cibi dolci. Nega abbuffate, irritabilità. Anamnesi familiare muta per TVP TEV madre sovrappeso, dislipidemica



## ESAME OBIETTIVO

Acne al volto moderato e irsutismo in sede mentoniera e décolletè.

BMI 29 Sta cercando di dimagrire normotesa.

- **Esami ormonali, glicemia e insulina, profilo lipidico**
- **Counselling su calo ponderale e rapporti in sicurezza**
- **Invio alla psicologa dello spazio giovani**

## che fare?



- Esami ematochimici in 1° fase (5-7° gg) : inversione rapporto FSH/LH, cortisolo 18 (tendente ai limiti superiori) , D4 androstenedione 4 (aumentato), testosterone totale nella norma, colesterolo totale 190, HDL ridotte, HOMA index 3,5
- ECO TV office: PCOS volume aumentato

Ha perso autonomamente 4 kg in 2 mesi.

Ha intrapreso percorso di supporto con la Psicologa

Ha conosciuto un nuovo ragazzo ma sta aspettando per capire come evolve la loro conoscenza

Richiede contraccezione

## Quale soluzione?



# Eleonora anni 17

Menarca a 13 anni

Cicli regolari per Ritmo ma abbondanti D 7 gg, lipotimia 1 mese fa, lieve anemia sideropenica (Hb: 11,7). Nega dismenorrea.

Fumatrice di 2-3 sigarette/die

Normopeso BMI 22

PMF: Cefalea pulsante peggiora con sforzo fisico, non responsiva al riposo notturno ma con FANS mai indagata.

Porta gli occhiali da 1 anno (studentessa liceo classico).

Rapporti sempre protetti con condom.

**Che fare?**

**Quale soluzione?**

*Grazie per l'attenzione!*

