

## ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ : ΟΡΙΣΜΟΣ, ΑΙΤΙΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

### *Άρτεμις Τσίτσικα*

Επικ. Καθηγήτρια Παιδιατρικής – Εφηβικής Ιατρικής  
Επιστημονική Υπεύθυνος Μονάδας Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.)  
Β΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών  
Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

Η έναρξη και ομαλή λειτουργία της εμμηνορρυσίας αποτελούν έκφραση ισορροπίας του γυναικείου οργανισμού και προϋποθέτουν ένα υγιές ορμονικό υπόβαθρο και ένα άρτιο ανατομικά γεννητικό σύστημα. Κάθε σημαντική διαταραχή της εμμήνου ρύσεως δημιουργεί αναστάτωση στο σώμα και την ψυχολογία μιας γυναίκας, προβληματισμό για τα αίτια και πρόκληση διερεύνησης και αντιμετώπισης για την διεπιστημονική ομάδα που εμπλέκεται.

Η *πρωτοπαθής αμηνόρροια* αποτελεί μία σημαντική τέτοια διαταραχή, αφού πρόκειται για κατάσταση κατά την οποία δεν έχει ποτέ εμφανιστεί περίοδος έως τα 14 χρόνια, χωρίς ευρήματα ενήβωσης (στάδιο Tanner 1 ) ή έως τα 16 χρόνια *με ενήβωση*, άλλοτε άλλου βαθμού. Η μη εμφάνιση εμμηνορρυσίας 3-4 χρόνια μετά τη θηλαρχή μπορεί επίσης να θεωρηθεί πρωτοπαθής αμηνόρροια. Περίπου 3% των εφήβων κοριτσιών εμφανίζουν τον τύπο αυτό αμηνόρροιας.

Ως *δευτεροπαθής* χαρακτηρίζεται η αμηνόρροια, όταν η περίοδος σταματά για τουλάχιστον τρεις μήνες αφού έχει πλήρως εγκατασταθεί για 4-6 μήνες το λιγότερο.

Τα αίτια της *πρωτοπαθούς αμηνόρροιας χωρίς ενήβωση* περιλαμβάνουν αίτια που αφορούν τη δυσλειτουργία του άξονα *υποθαλάμου – υπόφυσης* λόγω παθολογίας του ΚΝΣ ή καταστάσεων ψυχικού stress, υποσιτισμού ή/και υπερβολικής άσκησης. Το ίδιο αποτέλεσμα έχει και η σημαντική δυσλειτουργία των γονάδων (ωθηκών), είτε στο πλαίσιο γενετικών συνδρόμων, ή γονιδιακών μεταλλάξεων ή διαφόρων επίκτητων βλαβών. Σε πρωτοπαθή αμηνόρροια χωρίς ενήβωση και με ενδείξεις ωθηκικής ανεπάρκειας (υψηλές FSH-LH) επιβάλλονται *χρωμοσωμικός έλεγχος* με καρυότυπο και *απεικόνιση των ωθηκών*.

Σε *πρωτοπαθή αμηνόρροια με ενήβωση*, το ιστορικό μπορεί να κατευθύνει αρχικά στην περίπτωση μη σχηματισμού της μήτρας (σύνδρομο Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser) ή σε ανατομικό κώλυμα χαμηλότερα στο γεννητικό σωλήνα. Στις περιπτώσεις αυτές ο άξονας και οι ωθηκές λειτουργούν περίφημα και το πρόβλημα βρίσκεται στην κατασκευή της μήτρας ή/και του γεννητικού σωλήνα.

Σε έφηβες με *δευτεροπαθή αμηνόρροια*, ο αποκλεισμός εγκυμοσύνης είναι απαραίτητος, ενώ θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και ενδοκρινολογικά αίτια σχετιζόμενα με δυσλειτουργία του θυρεοειδούς, την έκκριση προλακτίνης, το σύνδρομο πολυκυστικών ωθηκών, καθώς και αίτια που αναφέρθηκαν και στην αιτιολογία της πρωτοπαθούς αμηνόρροιας (ψυχικό άγχος, διαταραχή πρόσληψης τροφής, πρωταθλητισμός κ.α.).

Η αντιμετώπιση εξατομικεύεται και βασίζεται σαφώς στην αιτιολογική κατάταξη. Χορηγούνται ορμονικά σκευάσματα για να επιτευχθεί ενήβωση και ανάπτυξη όταν υπάρχει ένδειξη, πραγματοποιούνται χειρουργικές επεμβάσεις όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο και

υποστηρίζονται ψυχολογικά οι πάσχουσες, προκειμένου να έχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τα συγκεκριμένα δεδομένα και τις δυνατότητες της καθεμίας ξεχωριστά. Η ολιστική προσέγγιση στην αντιμετώπιση είναι εξαιρετικά σημαντική, δεδομένου ότι το αποτέλεσμα αφορά την ίδια τη φύση και ολοκλήρωση της γυναίκας σε πολλαπλά επίπεδα.