

Sindrome Premestruale

Disturbo disforico della fase luteale tardiva

Commento a:

Aspetti psichici del disturbo disforico della fase luteale: nuove prospettive terapeutiche, il Vitex Agnus Castus. Nostra esperienza (1)

Questo studio italiano è stato condotto su 57 donne affette da **Disturbo Disforico della Fase Luteale Tardiva** (Premenstrual Dysforic Disorder, **PMDD**), secondo la definizione del DSM-IV.

Le pazienti sono state suddivise, secondo un protocollo randomizzato in doppio cieco, in due gruppi: Gruppo A, 26 pazienti trattate con **fluoxetina**, 20-40 mg al giorno per due mesi; Gruppo B, 31 pazienti, tratte con **Vitex Agnus Castus (VAC)** 40 mg di estratto vegetale al giorno, per due mesi (Box 1).

BOX 1. Identikit della Vitex Agnus Castus e sua attività farmacologica

L'**Agnocasto** appartiene alla famiglia delle **Verbenacee**. E' un arbusto che può raggiungere i 5-6 metri, fa parte della boscaglia sulle rive dei fiumi mediterranei. Il frutto seccato è utilizzato in fitoterapia da oltre 2000 anni ed era molto usato nella farmacopea dei monaci medioevali. Contiene l'alcaloide viticina, diterpeni, flavonoidi (tra cui la casticina), glicosidi iridoidi (agnus ide, aucubina, eurostoside). Le evidenze sul **meccanismo d'azione** della Vitex Agnus Castus sulla PMS includono (6-8):

- riduzione dei livelli di prolattina in fase luteale;
- inibizione della sua secrezione nei test dinamici alla metoclopramide;
- legame con i recettori dopaminergici nell'ipofisi anteriore e riduzione dei livelli di prolattina sia basali, sia dopo test dinamici con TRH o MCP;
- interazione con i recettori estrogenici di tipo beta, grazie al contenuto in flavonoidi che sono ligandi specifici per l'ERbeta;
- azione ipoprolattinemizzante grazie ai diterpeni dopaminergici;
- effetti sulla PMS dose dipendenti (dai 40 mg di estratto vegetale iniziali agli attuali 180 dell'ultima formulazione).



“
**Vitex Agnus
Castus e
fluoxetina**”

“
**Efficacia
statisticamente
significativa
del VAC nella
riduzione
della PMDD**”

Il **pregio** dello studio è di effettuare un **“testa a testa” del VAC** con un farmaco potentemente attivo nei confronti della PMDD e della depressione in generale, qual è la **fluoxetina**, invece di limitarsi ad uno studio contro placebo, come altri recentemente pubblicati (1-4).

Lo studio ha dimostrato un **miglioramento statisticamente significativo dei parametri pre e post-trattamento, correlati alla valutazione della PMDD**, sia nelle pazienti trattate con **fluoxetina** (Gruppo A, $p < 0.001$), sia nelle pazienti trattate con **VAC** (Gruppo B, $p < 0.04$).

Il miglioramento ha interessato anche i parametri relativi:

- a) alle attività e agli interessi, sia nel gruppo A (fluoxetina) (< 0.001) sia nel gruppo B (VAC) ($p < 0.04$);
- b) all'ansia psichica, sia nel gruppo A (< 0.001) sia nel gruppo B ($p < 0.02$);
- c) ai sintomi somatici, sia nel gruppo A (< 0.004) sia nel gruppo B ($p < 0.05$).

Lo studio conferma **l'efficacia statisticamente significativa del VAC nella riduzione della PMDD**, coerentemente con i risultati di ricerche precedenti (5-8).

La relativa minore efficacia del VAC rispetto alla fluoxetina è tuttavia nettamente compensata dalla **differenza di effetti collaterali tra i due prodotti**. Sfortunatamente, lo studio non li dettaglia. La letteratura precedente indica bene la **maneggevolezza del VAC** (2-8), mentre la fluoxetina, che, come gli altri Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI), è senz'altro molto efficace sulla depressione e i sintomi associati, presenta però un prezzo alto sul fronte per esempio della sessualità, per l'effetto di inibizione sul desiderio e sull'orgasmo, inibizione che aumenta con il crescere della dose (9). Effetto questo comune, con lievi differenze, a tutti gli SSRI, tutti efficaci nei confronti della PMS e della PMDD (10), ma più impegnativi sul fronte dell'accettabilità lungo termine.

La problematica iatrogena sulla sessualità diventa difficile da accettare in trattamenti a lungo termine, qual è quello per la PMDD. Anche per questo, i dati di efficacia e di maneggevolezza del VAC pongono questo prodotto come **prima scelta tra i farmaci non ormonali**, rispetto sia alla fluoxetina, sia alla paroxetina, peraltro correntemente indicati come il gold standard per il trattamento della PMDD (11).

Il punto su PMS e PMDD

La maggioranza delle donne in età fertile, ben l'85-97%, riporta sintomi fisici e disturbi psichici di varia entità prima delle mestruazioni. La definizione di PMS più accettata è riportata nel Box 2.

BOX 2. Definizione di PMS

Le caratteristiche attualmente accettate come probanti includono (12, 13):

- 1) la **gravità** dei disturbi somatici e psichici;
- 2) la **ciclicità** dei medesimi, limitata quindi alla stretta fase premenstruale. Per definizione, i sintomi si risolvono entro il 4° giorno dalla comparsa del flusso e non compaiono fino al 13° del ciclo, il che consente di differenziare la sindrome da altri quadri depressivi, ansiosi e/o dai disturbi somatoformi persistenti;
- 3) la **ricomparsa** dei sintomi – in modo quindi riproducibile - in due cicli consecutivi o valutati prospetticamente;
- 4) la presenza dei sintomi in **assenza** di qualsiasi terapia farmacologica, di terapie ormonali o di abuso di alcool o droghe;
- 5) il **grado di "distress" provocato**, ossia il disagio, tale da influire negativamente, in senso invalidante, sulla vita quotidiana, personale e relazionale.

La **Sindrome Disforica della Fase Luteale Tardiva** (Premenstrual Dysphoric Disorder, PMDD) rappresenta la variante più severa e invalidante della PMS (Tab. 1), secondo il **Manuale Diagnostico e Statistico per i Disturbi Mentali (DSM IV)**.

Tabella 1. Criteri diagnostici del DSM IV per la Sindrome Disforica della Fase Luteale Tardiva (PMDD)

- I sintomi sono presenti da un anno o più e si presentano nella maggioranza dei cicli (con comparsa nella fase luteale e scomparsa, o drastica remissione, in quella follicolare)
- Cinque dei seguenti sintomi (con almeno uno di quelli segnati con asterisco) devono essere presenti durante la settimana prima delle mestruazioni, e scomparire entro pochi giorni dall'inizio del flusso:
 - irritabilità*
 - rapide variazioni di umore ("mood swings")*
 - depressione e/o senso di impotenza/fallimento*
 - tensione o ansia*
 - ridotto interesse nelle attività quotidiane
 - difficoltà di concentrazione
 - alterazioni del sonno
 - sensazione di perdita di controllo
 - mancanza di energia
 - modificazioni dell'appetito (food cravings, con crisi di fame/bulimia)
 - altri sintomi fisici: mastodinia, meteorismo

La PMDD:

- interferisce seriamente con il lavoro, le attività sociali e le relazioni personali;

“
I disturbi si misurano per gravità, ciclicità, ricomparsa, per la loro presenza quando non è in atto una terapia e, infine, per il loro grado di 'distress'
”

“
Quando i sintomi sono presenti da più di un anno
”

“
Almeno 5 sintomi devono essere evidenti
”



“
La PMS, lieve o moderata, interessa almeno il 40% delle donne. Quella grave il 4-6%
”

- non rappresenta l'esacerbazione di un altro disturbo: in effetti la donna sta bene tra un ciclo e l'altro;
- è confermata dal diario sintomatologico giornaliero prospettico, che dimostra presenza e gravità della sindrome in almeno due cicli sintomatici successivi (13).

Epidemiologia

La forma di PMS più lieve o moderata interessa invece ben il 40% delle donne. Nella forma severa, di PMDD, la sindrome interessa il 4-6% della popolazione.

Importante: esiste in queste pazienti una vulnerabilità neurobiologica che si manifesta nell'arco della vita, anche dopo la fine dell'età fertile (Box 3).

BOX 3. Il rischio neurobiologico

Le donne affette da PMDD, una volta arrivate alla **menopausa**, hanno un **rischio maggiore di soffrire di vampate di calore, di umore depresso, di difficoltà nel sonno e di ridotto desiderio sessuale**. Questo indica come sia probabile una **vulnerabilità neuronale**:

- alle aumentate fluttuazioni ormonali associate alla PMDD
- alla successiva carenza estrogenica postmenopausale.

Dal punto di vista clinico, la consapevolezza di questa vulnerabilità deve indurre il clinico a una **maggiore attenzione preventiva a questo gruppo di pazienti nell'arco della vita**, ben oltre la fine dell'età fertile, che, contrariamente all'ipotesi comune, non rappresenta la fine di una vulnerabilità.

La **maggiore sensibilità neuronale alle fluttuazioni estrogeniche delle pazienti con pregressa PMDD** suggerisce inoltre di **privilegiare nella terapia ormonale sostitutiva (TOS) i regimi combinati continuativi** (e non i sequenziali ciclici).

“
Le cause sono complesse e solo in parte comprese
”

Le cause della PMDD sono complesse e solo in parte comprese. Le alterazioni più frequentemente invocate includono (2-14):

- uno squilibrio ormonale, con eccesso di estrogeni e inadeguata o assente produzione di progesterone (dato conflittuale in letteratura) o maggiore sensibilità neurobiologica alle normali fluttuazioni;
- caduta degli oppioidi endogeni, coinvolti nella regolazione dell'umore, dell'appetito e del comportamento;
- riduzione dei livelli di serotonina nella fase luteinica del ciclo ovarico;
- riduzione della inibizione neuronale GABA-mediata (per ipostimolazione dei recettori del GABA (Acido Gaba Amino Butirrico), che è il principale recettore inibitorio della neurotrasmissione, e che usualmente viene attivato dal progesterone, con effetti ansiolitici. Nello specifico,

nelle donne con PMDD è stato dimostrato un alterato metabolismo del progesterone, con aumentata sintesi di pregnenolone, un neurosteroido che aumenta l'ansia, invece che di allopregnenolone, metabolita abitualmente principale, che ha invece effetto sedativo. Se questa ipotesi fosse confermata, somministrare progesterone per la PMDD sarebbe errato, in quanto aumenterebbe ulteriormente il substrato metabolizzabile a pregnenolone!

- Un alterato ricambio idrosalino per alterata funzione dell'aldosterone, con aumento della ritenzione di sodio e di acqua;
- uno squilibrio dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con inadeguata secrezione di ormoni surrenalici;
- aumento, anche modesto, della prolattina (HPRL);
- alterata produzione di neurotrasmettitori, mediata dalla iperprolattinemia funzionale;
- dieta carente (di calcio, ferro, magnesio, e piridossina);
- alterata tolleranza al glucosio;
- obesità;
- alcool;
- sedentarietà;
- fattori ambientali: stress.

In realtà, è probabile che esistano diversi sottogruppi di donne, con più specifiche vulnerabilità neurobiologiche e alterazioni endocrine, che confluiscono poi nell'epifenomeno della PMS. Si dovrebbe forse parlare di **sindromi premenstruali**, proprio per sottolineare sia l'eterogeneità delle stesse, sia la necessità di una più accurata tipizzazione dei diversi sottogruppi, essenziale per individuare poi terapie mirate di maggiore efficacia.

Diagnosi

L'anamnesi accurata (Box 4) indica come ci sia un rapporto di **reciprocità tra vulnerabilità neurobiologica e psichica e problemi relazionali e ambientali**: da un lato, è indubbio che anche in circostanze obiettivamente favorevoli la donna sia "dominata e travolta dai suoi ormoni", come spesso lei stessa dice. Dato che indica un primum movens proprio nella sregolazione endocrina e nell'ipersensibilità a essa dei recettori neuronali della singola paziente. Dall'altro, esiste una "iperreattività" biologica a *trigger* ambientali: di fronte agli stessi fattori stressanti (piccoli problemi familiari o di lavoro) la donna affetta da PMS mostra una esasperata risposta neuropsichica, che lei stessa poi riconosce, quando è al di fuori della settimana critica. Questo indica l'importanza di **interventi che modulino la vulnerabilità neurobiologica**, agendo sia a livello farmacologico, sia di stili di vita.

“
Nel gruppo di donne affette da PMS, esistono diversi sottogruppi con più specifiche vulnerabilità neurobiologiche e alterazioni endocrine
”

“
Esiste un rapporto di reciprocità tra vulnerabilità neurobiologica e psichica e problemi relazionali e ambientali
”



“
Cosa si deve indagare quando si ha di fronte la paziente
”

“
Una buona anamnesi sintomatologica
”

“
Cosa fare oltre la normale visita ginecologica
”

BOX 4. Anamnesi e diagnosi di PMS e PMDD

L'anamnesi dovrebbe quindi indagare, oltre all'abituale storia ginecologica e ostetrica quanto segue:

- tipo di sintomi (affettivi e somatici), la loro intensità e i giorni di comparsa, rispetto al flusso, il loro inizio (specie dopo una gravidanza). E' prezioso chiedere alla donna di compilare prospetticamente un diario sintomatologico per due mesi;
- precedenti familiari di PMS, ma anche disturbi depressivi, d'ansia o fobici, e disturbi del sonno. La vulnerabilità neurobiologica si manifesta infatti con questi problemi anche in altri membri della famiglia di origine;
- farmaci in uso, sia su prescrizione, sia da banco e di erboristeria (l'automedicazione è frequente in queste pazienti);
- stili di vita: esercizio fisico (in genere scarso o assente); uso di alcool (attenzione: l'abuso di alcool è spesso presente e sommerso!) (14); fumo; caffè, thé, coca-cola; alimentazione (quantità di cibi freschi o conservati – il glutammato, presente nei conservati, esaspera la PMS, la PMDD e l'aggressività -, quantità percentuale di grassi e carboidrati nella dieta, calcio e magnesio);
- tipo di lavoro (stressante?);
- relazione di coppia (conflittuale?);
- qualità della vita sessuale (assente o deludente solo in fase premenstruale o in tutto il mese?). Segnalare se eventuali disfunzioni sessuali erano precedenti alla PMS, concomitanti o conseguenti ad eventuali trattamenti con SSRI già effettuati.

L'anamnesi sintomatologica accurata è ancora il pilastro essenziale per la diagnosi di PMS e PMDD.

L'esame obiettivo

Accanto alla normale valutazione ginecologica, meritano attenzione:

- l'esame della tiroide (l'aumento del TSH è spesso associato alla iperprolattinemia, anche modesta, presente in molte pazienti con PMS);
- l'esame del seno (la mastodinia è un sintomo frequente), con attenzione a eventuale galattorrea, associata a iperprolattinemia;
- l'esame dell'addome per la valutazione del meteorismo;
- la valutazione di eventuali edemi alle estremità (mani e piedi);
- la valutazione della pressione arteriosa.

Idealmente, la **visita** è più ricca di informazioni obiettive se effettuata proprio nei **5 giorni prima del ciclo**.

La **valutazione endocrina (della prolattina e del TSH)** e i **test dinamici alla metoclopramide (MCP)** vanno riservati a casi selezionati.

Terapia della PMS e della PMDD

Due sono gli orientamenti (5-11):

1. consigliare trattamenti non farmacologici, di stile di vita, per i due mesi successivi alla prima visita, mentre la paziente compila prospetticamente il diario sintomatologico ed effettua i dosaggi ormonali ed eventualmente il test dinamico alla MCP. Questi interventi includono:

- modificazioni della dieta: con riduzione del sale (o sostituzione del cloruro di sodio, il normale sale da cucina, con cloruro di potassio (acquistabile in farmacia); riduzione di caffeina e teina, del cioccolato, dell'alcool e dei grassi (di circa il 20-30%);
- supplementazioni dietetiche: calcio (1200 mg/die); magnesio (400-1200 mg/die); Vitamina E (400 U/die); Vit. B6 (50-100 mg/die); l-triptofano (6 g/die dal giorno dell'ovulazione al terzo giorno del ciclo);
- attività fisica quotidiana (mezz'ora almeno di passeggiata veloce o altro esercizio aerobico);
- tecniche di rilassamento, per limitare lo stress;
- rispetto di adeguato riposo notturno (idealmente 8 ore per notte).

2. Trattamenti farmacologici:

Negli anni recenti sono stati proposti oltre 300 tipi di terapie. Attualmente le più accreditate includono:

- Vitex Agnus Castus (2-8) (Box 5). Una indicazione di particolare interesse, recentemente segnalata in letteratura, riguarda l'efficacia del VAC sul sintomo emicrania della PMS (15).
- SSRI (inibitori della ricaptazione della serotonina) (10-11), raccomandati dall'ACOG e dall'APA. Molti dei sintomi neuropsichici, quali la depressione, l'ansia, l'aggressività, la ridotta tolleranza al dolore, il bisogno di carboidrati, le difficoltà di concentrazione, sono riconducibili a ridotti livelli di serotonina e migliorano nettamente con gli

“
I trattamenti
non
farmacologici
”

“
I trattamenti
farmacologici
”

BOX 5. La novità: Agnocasto in versione forte

Finora l'Agnocasto è stato utilizzato in compresse da 40 mg di sostanza vegetale (calcolata in base alla sostanza marker agnus ide) equivalenti a 3,2-4,8 mg di estratto secco, da somministrare in unica dose alla sera, continuativamente.

La nuova formula, "forte" quadruplicando la dose (da 40 a 180 mg di sostanza vegetale equivalenti a 20 mg di estratto secco di Agnocasto) ha dimostrato un'eccellente efficacia sia sulla sintomatologia psichica, sia su quella somatica, senza incremento di effetti collaterali. Essendo l'efficacia dell'Agnocasto dose dipendente, è probabile un aumento di risposta terapeutica con persistenza dell'ottima compliance evidenziata con le dosi inferiori.



“
È sempre utile consigliare alla donna di compilare il diario sintomatologico prospettico
”

SSRI. I farmaci di scelta includono la paroxetina (5 mg/die, ossia un quarto di pastiglia/die, nelle prime due settimane del ciclo, salendo a mezza (10 mg/die) o una intera (20 mg/die, a seconda della gravità dei sintomi, nella seconda metà del ciclo e fino al flusso); la fluoxetina; il citalopram e la sertralina.

- pillole con drospirenone: uno studio prospettico preliminare in doppio cieco ha evidenziato come la pillola con 3 mg di drospirenone e 30 microgrammi di etinilestradiolo riduca significativamente i sintomi di PMS e PMDD. Risultati ancora migliori per il trattamento della PMDD si hanno con il drospirenone associato a 20 microgrammi di etinilestradiolo;
- bromocriptina: 5 mg alla sera sono indicati nelle donne con iperprolattinemia e/o alterato test alla MCP.

Conclusioni

La PMS, e la sua variante più severa, la **PMDD**, è una **sindrome eterogenea** ancora poco compresa nella sua fisiopatologia. Le caratteristiche dei sintomi, affettivi e somatici, la loro limitazione temporale alla fase strettamente premenstruale con periodi liberi da sintomi tra un ciclo e l'altro, e il grado di distress provocato restano i criteri diagnostici probanti per la PMS. Il **diario sintomatologico prospettico** è uno **strumento diagnostico preciso e a costo zero**.

L'intervento terapeutico dovrebbe orientarsi sia alla **modificazione rigorosa degli stili di vita inappropriati**, con assunzione di responsabilità della paziente verso il cambiamento, sia all'intervento farmacologico mirato.

La prima linea di **intervento farmacologico** potrebbe orientarsi sulla **Vitex Agnus Castus**, sia per la sua dimostrata efficacia, sia per la elevata compliance. Molte pazienti, in effetti, preferiscono, quando possibile, il **principio attivo di tipo fitoterapico, molto più maneggevole**, rispetto allo "psicofarmaco", ancor più gradito quando la donna sia soddisfatta della sua efficacia per i molteplici sintomi della PMS, specie se il miglioramento include l'emicrania (15).

Quando l'esigenza della cura della PMS si intrecci al bisogno contraccettivo, la prima scelta sembra essere la pillola al drospirenone. Gli **SSRI** vanno riservati alla **PMS severa, specie se di tipo PMDD, che non risponda agli stili di vita, all'Agnocasto e al Magnesio**.

Bibliografia

1. Ciotta L, Pagano I, Stracquadanio M, Di Leo S, Andò A, Formuso C (2011) Psychic aspects of the premenstrual dysphoric disorders. New therapeutic strategies: our experience with Vitex agnus castus. *Minerva Ginecol* 63(3):237-245
2. Ma L, Lin S, Chen R, Wang X (2010) Treatment of moderate to severe premenstrual syndrome with Vitex agnus castus (BNO 1095) in Chinese women. *Gynecol Endocrinol* 26(8):612-616
3. He Z, Chen R, Zhou Y, Geng L, Zhang Z, Chen S, Yao Y, Lu J, Lin S (2009) Treatment for premenstrual syndrome with Vitex agnus castus: A prospective, randomized, multi-center placebo controlled study in China. *Epub* 2009 Mar 9

4. Prilepskaya VN, Ledina AV, Tagiyeva AV, Revazova FS (2006) Vitex Agnus Castus: successful treatment of moderate to severe premenstrual syndrome. *Maturitas* 55S:55-63
5. Schellenberg R (2001) Treatment for the Premenstrual Syndrome with Agnus Castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study. *BMJ* 322(7279):134-137
6. Wuttke W, Jarry H, Christoffel V, Spengler B, Seidlová-Wuttke D (2003) Chaste tree (*Vitex agnus castus*) – pharmacology and clinical indications. *Phytomedicine* 10(4):348- 357
7. Milewicz A, Geidel E, Sworen H, Sienkiewicz K, Jedrejak J, Teucher T, Schmitz H (1993) Vitex agnus castus extract in the treatment of luteal phase defects due to latent hyperpro- lactinemia. Results of a randomized placebo-controlled double-blind study. *Arzneimittelforschung* 43(7):752-756
8. Berger D, Schaffner W, Scharader E, Meier B, Brattström A (2000) Efficacy of Vitex Agnus Castus L. Extract Ze 440 in patients with Premenstrual Syndrome (PMS). *Arch Gynecol Obstet* 264(3):150-153
9. Higgins A, Nash M, Lynch AM (2010) Antidepressant-associated sexual dysfunction: impact, effects, and treatment. *Drug Health Patient Saf* 2:141–150
10. Dimmock PW, Wyatt KM, Jones PW, O'Brien PM (2000) Efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. *Lancet* 356(9236):1131-1136
11. Shah NR, Jones JB, Aperi J, Shemtov R, Karne A, Borenstein J (2008) Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 111(5):1175–1182
12. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) (2000) Premenstrual Syndrome. *ACOG Practice Bulletin*. *Obstet Gynecol* 95(4):1-9
13. APA (American Psychiatric Association) Premenstrual Dysphoric Disorder (1994) In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM IV)* (1994) Washington DC. American Psychiatric Association 715-718
14. Perry BL, Miles D, Burruss K, Svikis DS (2004) Premenstrual symptomatology and alcohol consumption in college women. *J Stud Alcohol* 65(4):464:468
15. Di Lorenzo C, Pierelli F, Coppola G, Ambrosini A (2009) Impiego dell’Agnocasto (*Vitex Agnus Castus*) nella sindrome premenstruale delle donne con emicrania: uno studio in aperto. In *Fitoterapia e integratori in Ostetricia e Ginecologia, Atti del 1° Congresso FIOG*: 2-7

Sommario

Fascicolo 2-2011

Redazione articoli a cura di **Alessandra Graziottin***

Nomegestrolo acetato: duttile, efficace, convincente, anche per la contraccezione	3
Disturbo disforico della fase luteale tardiva	9
Atrofia vaginale e gestione del pap-test borderline in menopausa	18

* Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica - "San Raffaele Resnati", Milano

Direttore Scientifico:
Alessandra Graziottin

Vice Direttore Scientifico:
Rocco Gallicchio

Direttore Responsabile:
Anna Gallicchio

Prodotto derivato di
Menopausa e Contraccezione.
Interazioni con il pianeta donna

Registrazione del Tribunale di Milano
n. 17 del 11 gennaio 2000
ISSN: 1592-6389

©smm - scientific multimedia 2000-2011
www.smm-srl.it

Realizzazione Web:
smm srl - scientific multimedia

Stampato in Italia

Per i Sigg. Medici - Fuori Commercio

Finito di stampare nel mese
di Dicembre 2011

Tutte le novità dal sito

contraccezione.clickto.care.it

Home | Contatti | Mappa del sito | Redazione

Il progetto di salute comincia fin dai primi anni e, con l'inizio dell'età fertile, l'assunzione personale di responsabilità della tua salute sessuale e riproduttiva è fondamentale.

Scegli un click!

Il progetto
Contraccezione-Click to Care

Consulenza on-line

I nostri esperti per te

I nostri sondaggi

Partecipa anche tu

Contraccezione Click to Care

Iscriviti alla newsletter

Le domande più frequenti

FAQ

I nostri specialisti

Consulta l'archivio

Primo piano

Area interattiva

AA...



La pillola estro-progestinica

Oggi la pillola rappresenta un'ottima opzione contraccettiva per un gran numero di donne e offre numerosi benefici: extra-contraccettivi.

CONOSCI IL METODO?



Tutti i rischi dell'amore (le IST)

In amore alcuni comportamenti possono essere pericolosi. Scegliamo le pratiche per il sesso sicuro.

PERCHÉ LA CANDIDOSI RITORNA?

Come scegliere il contraccettivo più adatto

Si tratta di una scelta delicata che può variare nei diversi momenti della vita in rapporto alle differenti esigenze di entrambi i partner

QUALI SONO I REQUISITI ESSENZIALI?



Centri per gli Adolescenti

In molti Consultori è presente uno Spazio Giovani, progettato appositamente per venire incontro alle necessità...

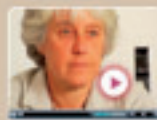
Spazio giovani www.TEEN.AGGI.IT

Donne di oggi: contraccezione, sessualità, intimità



LA CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA

Video-intervista alla Dott.ssa Daniela Fantini Ginecologa ASL Prov MI1 CEVR Milano



5 La "pillola" compie anni

SALUTE E DONNE IMMIGRATE: una sconosciuta di civiltà. Le donne immigrate hanno un diverso rapporto con il proprio corpo, la sessualità, la contraccezione?

news

communityclickto.care

Amnesia rotazione

Per un'immigrata su tre l'aborto è usato come contraccettivo

A Roma, nel corso del convegno nazionale "Immigrate e contraccezione: diritti negati", promosso da Sigo (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia), è stata presentata una ricerca condotta dal Centro di Riferimento Regionale della Toscana per la Prevenzione e la Cura delle Complicazioni delle Mutilazioni Genitali Femmine da cui emerge che il 33% delle immigrate...



Esperienze di vita

I nostri sondaggi

Le donne e l'osteoporosi
Hopen day
chiedi, conosci, previeni
2ª edizione



IN ITALIA
Osservatorio Nazionale sulla salute della donna
20 Ottobre 2011

Bolli rosa: ospedali a porte aperte in occasione della Giornata Mondiale dell'Osteoporosi

charityclickto.care

networkclickto.care

Spazio Charity

Segnalaci un sito che ritieni d'aiuto

TUTTO NELLA TUA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

- METODI CONTRACCETTIVI
- CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA
- SCEGLIERE IL CONTRACCETTIVO
- HOT TOPICS
- INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE
- BENESSERE E STILE DI VITA



LA MAPPA DELLA CONTRACCEZIONE

LO SAPEVI CHE?



DEDICATO A TE

- Area interattiva
- Vero o falso?
- Le schede pratiche

RISORSE

- La mappa dei consultori
- Le Associazioni e Società Scientifiche
- Libri scelti per voi



Milchiame Sorbo
(benvenuti nella mia testa)
B. Agnes, G. Capano, S. Salò

charityclickto.care

networkclickto.care



Menopausa Contraccezione

Interazioni con il pianeta donna

- **Nomegestrolo acetato: duttile, efficace, convincente, anche per la contraccezione**
- **Disturbo disforico della fase luteale tardiva**
- **Atrofia vaginale e gestione del pap-test borderline in menopausa**