

PROTOCOLLO

DISMENORREA

A cura del:

Centro Studi Società Italiana di Farmacia Clinica (SIFAC)



Aggiornato a marzo 2026

La medicina è una scienza in perenne divenire. Nelle nozioni espone in questo protocollo riflette lo “stato dell’arte”, come poteva essere delineato al momento della stesura in base ai dati desumibili dalla letteratura internazionale più autorevole. È soprattutto in materia di terapia che si determinano i mutamenti più rapidi: sia per l’avvento di farmaci e di procedimenti nuovi, sia per il modificarsi, in rapporto alle esperienze maturate, degli orientamenti sulle circostanze e sulle modalità d’impiego di quelli già in uso da tempo. Gli Autori, Società Scientifica e quanti altri hanno avuto una qualche parte nella stesura o nella pubblicazione del volume non possono essere ritenuti in ogni caso responsabili degli errori concettuali dipendenti dall’evolversi del pensiero clinico; e neppure di quelli materiali di stampa in cui possano essere incorsi, nonostante tutto l’impegno dedicato a evitarli. Il lettore che si appresti ad applicare qualcuna delle nozioni terapeutiche riportate deve dunque verificarne sempre l’attualità e l’esattezza, ricorrendo a fonti competenti e controllando direttamente sul riassunto delle caratteristiche del prodotto allegato ai singoli farmaci tutte le informazioni relative alle indicazioni cliniche, alle controindicazioni, agli effetti collaterali e specialmente alla posologia.



INDICE

1. LA DISMENORREA: INTRODUZIONE	4
2. LA DISMENORREA: ASPETTI CLINICI E FISIOPATOLOGIA ESSENZIALE	4
3. INQUADRAMENTO CLINICO-DIFFERENZIALE	6
3.1 Red flag	6
3.2 Inquadramento clinico-differenziale specifico	6
4. GESTIONE DEL PROBLEMA	7
4.1 Trattamento farmacologico	7
4.2 Trattamento non farmacologico	10
BIBLIOGRAFIA	11

1. LA DISMENORREA: INTRODUZIONE

Il dolore rappresenta uno dei principali sintomi attraverso cui si manifestano i disturbi ginecologici. Nelle donne in età fertile, la dismenorrea è una delle condizioni ginecologiche più frequenti. La prevalenza è difficile da quantificare, ma si stima possa variare dal 45% al 95% presentandosi nel 2% - 29% dei casi in forma grave ⁽¹⁾ con un impatto rilevante sulla qualità di vita e sulla produttività lavorativa delle donne ^(2,3). La variabilità sintomatologica spesso induce a ritardo diagnostico del problema e ad un ricorso frequente all'automedicazione o alla consulenza del farmacista. Nonostante l'elevata prevalenza e la significativa compromissione funzionale associata, tali condizioni risultano frequentemente sottodiagnosticate e gestite in modo non ottimale. Uno studio osservazionale condotto nel setting delle farmacie di comunità italiane ⁽⁴⁾ ha evidenziato un ritardo medio di $2,5 \pm 4,3$ anni tra l'insorgenza del dolore e la consultazione medica, un limitato tasso di diagnosi formalizzate ed un ampio ricorso all'automedicazione o al consiglio del farmacista, mettendo in luce la necessità di sviluppare percorsi assistenziali maggiormente integrati tra professionisti sanitari.

2. LA DISMENORREA: ASPETTI CLINICI E FISIOPATOLOGIA ESSENZIALE

La dismenorrea si manifesta come un dolore di tipo crampiforme o a colica riferibile alla parte bassa dell'addome e può irradiarsi verso il dorso e gli arti inferiori. Il dolore è causato dall'incremento dell'attività endometriale indotta da un'eccessiva produzione di prostaglandine ⁽⁵⁾. Le prostaglandine, rilasciate all'inizio delle mestruazioni quando l'endometrio si sfalda, svolgono un ruolo importante sia nell'innescare le contrazioni uterine che nell'aumentare il tono basale dell'utero. Quando la pressione del tono muscolare uterino supera la pressione arteriosa, si verifica un'ischemia uterina, con rilascio ed accumulo di metaboliti che stimolano i recettori del dolore ⁽⁶⁾. Nel **BOX 1** viene descritta, in breve, la fisiopatologia della dismenorrea.

Il dolore, spesso irradiato al dorso, può essere accompagnato da sintomi quali diarrea, nausea, vomito, stanchezza, vertigini, mal di testa. Relativamente all'intensità del dolore, sono stati identificati tre diversi livelli ⁽⁷⁾: lieve, moderato e severo (**Tabella 1**).

Intensità	Descrizione
Lieve	Dolore di bassa intensità, compare il primo giorno e non presenta sintomi neurovegetativi. Normalmente non richiede analgesici e non impedisce le normali attività quotidiane.
Moderato	Dolore considerevolmente intenso che richiede analgesici per svolgere le normali attività quotidiane. Può essere accompagnato da sintomi lievi non ginecologici.
Intenso	Dolore descritto come intenso e solitamente accompagnato da altri sintomi non ginecologici, come astenia, labilità emotiva, nausea, vomito, diarrea, ecc. I sintomi limitano completamente le attività quotidiane e richiedono riposo (anche a letto) finché persistono.

Tabella 1: Intensità del dolore

BOX 1: Fisiopatologia della dismenorrea in sintesi

- Alla fine della fase luteale, la caduta dei livelli di progesterone induce la liberazione di acido arachidonico, da cui derivano le prostaglandine (soprattutto PGF- α).
- Le prostaglandine causano contrazioni uterine intense e vasocostrizione, con conseguente ischemia e dolore pelvico.
- Altri mediatori infiammatori (come leucotrieni, vasopressina, TNF- α e IL-6) contribuiscono all'amplificazione del dolore.
- Alcune pazienti mostrano ipersensibilizzazione del sistema nervoso centrale, che può aumentare la percezione del dolore anche in altre sedi.
- È stata descritta una possibile sensibilizzazione crociata tra utero e vescica, associata a disturbi urinari ciclici.
- Fattori genetici possono predisporre alla dismenorrea, influenzando la risposta infiammatoria e la sensibilità al dolore.

È possibile distinguere due forme di dismenorrea: **primaria** e **secondaria**.

La **forma primaria** è più comune tra i 16 ed i 25 anni d'età e tende a presentarsi al momento del menarca oppure subito dopo. Le pazienti descrivono il dolore come crampiforme o spasmodico di intensità variabile. Vi è assenza di patologia oggettiva. Il dolore è localizzato nella regione sovrapubica e può irradiarsi anche alla parte superiore della coscia o alla schiena, o a entrambe. L'intensità del dolore raggiunge solitamente il picco tra 24 e 36 ore dall'inizio delle mestruazioni. I sintomi accompagnano l'inizio del flusso mestruale oppure si manifestano poche ore prima o dopo l'esordio, e perdurano normalmente per le prime 24-48 ore ⁽⁸⁾. Il flusso che accompagna i sintomi è normale o modesto. Possono essere presenti sintomi associati ⁽⁹⁾: i più frequenti sono mal di testa, astenia, disturbi del sonno, mialgia e artralgia, mastalgia, sintomi gastrointestinali (dispepsia, diarrea e nausea) e sintomi psicologici. In **Tabella 2** vengono riassunti i sintomi caratteristici della forma primaria. La risposta ai trattamenti con FANS in queste forme di dismenorrea tende ad essere positiva.

1. Il dolore mestruale insorge entro pochi mesi o entro 2 mesi dal menarca
2. Il dolore inizia subito prima delle mestruazioni o all'inizio delle mestruazioni
3. Il dolore è localizzato nella parte inferiore dell'addome e può irradiarsi a schiena e/o interno cosce
4. Il dolore raramente perdura più di 48 ore
5. Il dolore è episodico e di natura crampiforme
6. Il dolore si manifesta in maniera simile da un ciclo mestruale all'altro
7. Possibili altri sintomi: nausea e vomito, affaticamento, mal di testa, vertigini e disturbi del sonno

Tabella 2: Key point sintomi dismenorrea primaria

La **dismenorrea secondaria** tende invece a presentarsi più frequentemente in pazienti adulte tra i 30 ed i 45 anni; nella maggior parte dei casi, queste pazienti soffrono di patologie ginecologiche organiche concomitanti o pregresse. I sintomi tendono a presentarsi a distanza di mesi o anni dal menarca ed il dolore può presentarsi come crampiforme, ma più frequentemente come sordo e continuo, spesso associato a dispareunia (dolore all'atto sessuale) o metrorragia (perdita di sangue al di fuori del periodo mestruale).

Il dolore si può presentare durante le mestruazioni oppure durante il periodo intermestruale. In tali pazienti il flusso tende ad essere abbondante ed il trattamento sintomatico con FANS può non essere risolutivo.

3. INQUADRAMENTO CLINICO-DIFFERENZIALE

Nonostante la dismenorrea rappresenti un disturbo estremamente comune nella popolazione femminile, molte donne la percepiscono come una condizione fisiologica, normale e inevitabile. Tali ragioni spingono frequentemente a ritardare la richiesta di assistenza e ad ostacolare un corretto inquadramento clinico del problema. In tale contesto il farmacista svolge una funzione chiave di triage clinico: deve essere in grado di riconoscere le situazioni che possono essere gestite in autonomia dal paziente, attraverso medicinali senza obbligo di prescrizione, rispetto a quelle che richiedono un approfondimento medico. Nella maggior parte dei casi, il farmacista si troverà a fronteggiare forme di dismenorrea primaria di intensità lieve o moderata e di breve durata, che possono essere gestite in sicurezza con farmaci da banco e misure non farmacologiche.

3.1 Red flag

Le red flag comprendono la presenza di sintomi atipici, la mancata risposta a terapie di automedicazione o la comparsa di manifestazioni sistemiche che non rientrano nel quadro della dismenorrea primaria.

In [Tabella 3](#) sono riportate alcune domande che possono supportare il farmacista nel processo di valutazione iniziale e nell'identificazione dei casi che necessitano di un rinvio al medico.

Indagine Red flag

DOMANDE	RED FLAG
<i>Sono presenti delle perdite vaginali?</i>	Perdite vaginali di sangue al di fuori del periodo mestruale (metrorragia).
<i>È la prima volta che soffre di questo dolore?</i>	Insorgenza di dolore molti anni dopo la prima mestruazione.
<i>Ha episodi di febbre correlati ad attacchi di dolore?</i>	Febbre correlata ad attacchi di dolore.
<i>Ha già utilizzato FANS e non hanno migliorato i sintomi? La dose utilizzata era appropriata?</i>	Precedenti terapie farmacologiche fallite per la gestione del dolore con FANS ⁽¹⁰⁾ .
<i>È stata accertata un'anemia correlata a prolungato ed abbondante sanguinamento?</i>	Anemia correlata ad abbondante e prolungato sanguinamento.
<i>Soffre di patologie pelviche associate? Soffre di altre patologie croniche?</i>	Storia pregressa di patologie correlate a dismenorrea secondaria (endometriosi, cisti ovariche) IBD (malattie infiammatorie croniche intestinali), SII (sindrome dell'intestino irritabile).

Tabella 3: Riassunto Red flag

3.2 Inquadramento clinico-differenziale specifico

Per inquadrare in modo più preciso la natura del dolore mestruale e distinguere tra dismenorrea primaria e secondaria, il farmacista può porre alla paziente una serie di domande mirate. Queste domande, riportate nella [Tabella 4](#), consentono di raccogliere informazioni essenziali sull'evoluzione dei sintomi, loro intensità, presenza di fattori associati e di eventuali condizioni predisponenti.



INQUADRAMENTO CLINICO-DIFFERENZIALE SPECIFICO	
DOMANDE	SEGN E SINTOMI/DESCRIZIONE
<i>Il dolore si verifica solo durante la mestruazione?</i>	Nella dismenorrea primaria il dolore si manifesta comunemente in concomitanza con il periodo mestruale. Nella dismenorrea secondaria il dolore si può presentare anche durante il periodo intermestruale.
<i>Come si presenta il dolore? Qual è la sua localizzazione?</i>	Nella dismenorrea primaria come crampiforme o spasmodico. Nella dismenorrea secondaria come sordo e continuo.
<i>Sono presenti dei sintomi associati?</i>	Nausea, vomito, stanchezza e mal di testa sono più frequenti e comuni nelle dismenorree primarie. Dispareunia e metrorragia sono più frequenti in quelle secondarie.
<i>Le mestruazioni sono abbondanti?</i>	Nella dismenorrea primaria tendono a non essere abbondanti. Nella dismenorrea secondaria tendono ad essere abbondanti.
<i>La paziente fuma?</i>	Il fumo prolunga e incide sui sintomi della dismenorrea
<i>Ha utilizzato IUDs negli ultimi sei mesi?</i>	Nella dismenorrea secondaria l'utilizzo di tali dispositivi può causare lesioni uterine.
<i>A che età i sintomi sono apparsi per la prima volta?</i>	Già a partire dalla prima mestruazione oppure dopo anni.

Tabella 4: Riassunto inquadramento clinico-differenziale specifico

4. GESTIONE DEL PROBLEMA

La gestione della dismenorrea primaria si basa principalmente sul controllo dell'eziologia mediante l'impiego di inibitori della cicloossigenasi (COX) o, in alternativa, della terapia ormonale.

Nella dismenorrea secondaria, invece, il trattamento deve essere mirato alla gestione della causa sottostante. Nel contesto della farmacia di comunità, la maggior parte dei casi di dismenorrea che il farmacista si trova a gestire è di tipo primario, associata a cicli ovulatori regolari e in assenza di alterazioni pelviche organiche. L'autogestione del dolore mestruale, soprattutto tra le donne più giovani, si basa frequentemente su strategie terapeutiche non ottimali o non supportate da evidenze scientifiche ⁽¹¹⁾. Ciò sottolinea il ruolo centrale del farmacista nel fornire un counselling appropriato, orientando la paziente verso le opzioni farmacologiche più efficaci e sicure in linea con le più recenti raccomandazioni cliniche.

4.1 Trattamento farmacologico

Il farmacista può avvalersi dell'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) per la gestione della dismenorrea. È tuttavia fondamentale adottare un approccio personalizzato, considerando le preferenze della paziente e i potenziali effetti avversi della terapia tra le varie opzioni terapeutiche disponibili.

Le linee guida raccomandano l'utilizzo di FANS, somministrati ad intervalli regolari, come trattamento di prima linea per la maggior parte delle donne, a meno che non vi siano controindicazioni ⁽¹²⁾. Il loro meccanismo d'azione è duplice: inibiscono l'attività della cicloossigenasi e riducono la sintesi delle prostaglandine (PG). La diminuzione dei livelli endometriali di PG è associata ad una normalizzazione della contrattilità uterina e ad un miglioramento della sintomatologia dolorosa.

Secondo una revisione *Cochrane* ⁽¹³⁾, i FANS risultano più efficaci del placebo nel trattamento della dismenorrea primaria; tuttavia, non esistono prove conclusive per stabilire quale principio attivo presenti il miglior profilo di efficacia e sicurezza. Tutti i FANS disponibili mostrano, in generale, ef-



ficacia e tollerabilità comparabili, pur essendo associati ad un aumentato rischio di effetti avversi gastrointestinali rispetto al placebo.

Una recente meta-analisi ⁽¹⁴⁾ ha indagato efficacia e sicurezza di diversi principi attivi con attività antinfiammatoria non steroidea (FANS) - tra cui naprossene, ibuprofene, acido acetilsalicilico, diclofenac e ketoprofene - tutti disponibili senza obbligo di prescrizione (a vari dosaggi) in farmacia. Tutte le molecole analizzate si sono dimostrate superiori al placebo nel ridurre l'intensità del dolore mestruale. Tra questi, il diclofenac ha mostrato maggiore effetto analgesico, seguito da ibuprofene, ketoprofene, naprossene e acido acetilsalicilico. Ibuprofene e ketoprofene hanno evidenziato i profili di sicurezza più favorevoli, mentre il diclofenac è risultato associato a una maggiore incidenza di effetti collaterali gastrointestinali.

Alla luce di tali evidenze, il trattamento di prima linea per la dismenorrea primaria può prevedere l'impiego di medicinali a base di antinfiammatori non steroidei (FANS). Alcune di queste molecole sono disponibili senza obbligo di prescrizione nell'armamentario del farmacista di comunità. Tra i FANS, i derivati dell'acido fenilpropionico, come l'ibuprofene, rappresentano una delle opzioni più utilizzate per il controllo del dolore mestruale. In letteratura e nelle raccomandazioni delle linee guida, dosaggi compresi tra 400 e 600 mg ogni 4-6 ore oppure 800 mg ogni 8 ore (fino a una dose massima giornaliera di 2400 mg) si sono dimostrati efficaci e generalmente ben tollerati nella gestione della sintomatologia dolorosa ⁽¹⁵⁾. È tuttavia importante considerare che nel contesto della farmacia di comunità le specialità medicinali OTC prevedono, secondo scheda tecnica, dosaggi massimi inferiori. La dose iniziale raccomandata è generalmente 400 mg, con eventuale ripetizione della stessa se necessario, ma comunque senza superare 1200 mg nelle 24 ore e rispettando un intervallo minimo di 6 ore tra le somministrazioni. Dosaggi più elevati possono essere utilizzati solo sotto supervisione del medico. Pertanto, nella pratica quotidiana, il farmacista dovrebbe orientare la gestione del dolore mestruale nel rispetto dei limiti posologici previsti, indirizzando la paziente al medico qualora il sintomo non sia adeguatamente controllato o richieda un trattamento a dosaggi superiori (red flag precedente trattamento farmacologico fallito).

Indipendentemente dal tipo di FANS utilizzato è importante raccomandare alla paziente alcune accortezze relativamente all'assunzione. In primis, il trattamento deve essere intrapreso all'esordio delle mestruazioni, utilizzando la dose minima efficace e, se necessario, aumentandola progressivamente fino a raggiungere quella massima raccomandata da scheda tecnica. Generalmente la durata del trattamento non dovrebbe superare le 48-72 ore ⁽¹⁶⁾; questo consente di ridurre al minimo la possibile insorgenza di effetti secondari correlati al trattamento. Inoltre, l'assunzione durante i pasti può minimizzare il rischio di incorrere in disturbi gastrointestinali.

Secondo alcuni autori ⁽⁸⁾ i FANS, nella gestione della dismenorrea, non dovrebbero essere assunti "al bisogno", ma secondo un regime programmato, preferibilmente iniziando la terapia 1-2 giorni prima dell'inizio del flusso mestruale (al fine di prevenire e regolare la cascata di prostaglandine). L'efficacia scientificamente documentata di tale approccio, risulta evidente in particolare quando i cicli mestruali sono regolari nel tempo, ovvero dopo un'adeguata finestra temporale dall'inizio del menarca e naturalmente con coinvolgimento motivato della paziente. Infine è consigliabile valutare la risposta terapeutica (efficacia del FANS) dopo l'impiego per almeno tre cicli mestruali consecutivi ⁽¹⁰⁾.

Tra le altre soluzioni terapeutiche disponibili, senza obbligo di prescrizione è possibile ritrovare il paracetamolo. La molecola agisce prevalentemente a livello centrale, aumentando la soglia del dolore senza agire sull'eziologia della dismenorrea. Presenta una buona tollerabilità gastrointestinale e non interferisce con l'emostasi. Può rappresentare una opzione terapeutica nelle donne che, per varie ragioni, non possono utilizzare un FANS. È risultato superiore al placebo nel trattamento dei casi lievi o moderati di dismenorrea primaria ⁽⁷⁾, ma gli antinfiammatori non steroidei risultano generalmente più efficaci nel controllo del dolore rispetto al paracetamolo ⁽¹³⁾.

	Meccanismo	Principi attivi*	Possibili dosaggi**
Prima linea	Inibisce la COX1 e la COX2 blocco rilascio di prostaglandine	Ibuprofene	400-600 mg ogni 4-6 ore o 800 mg ogni 8 ore
		Naprossene	440-550 mg, poi 220-550 mg ogni 12 h
		Diclofenac	50 mg ogni 8 h
Seconda linea	Azione su dolore	Paracetamolo	325-650 mg ogni 4-6 ore o 1000 mg ogni 6 ore fino a 3 volte al giorno

*Molecole senza obbligo di prescrizione disponibili in farmacia.

**Dosaggi non sempre disponibili in formulazioni senza obbligo di prescrizione.

Tabella 5: Molecole senza obbligo di prescrizione disponibili in farmacia per la gestione. Adattato da Kirsch E et al. 2024; Elizabeth Ferries-Rowe et al 2020.

Il magnesio, disponibile come OTC o integratore, rappresenta un'opzione terapeutica frequentemente dispensata in farmacia anche per la gestione di alcune problematiche ginecologiche tra cui la dismenorrea. Il potenziale meccanismo che sottende l'effetto del magnesio è legato alla sua attività antagonista del calcio a livello della muscolatura liscia, meccanismo che può contribuire alla riduzione della contrattilità uterina e del dolore associato ⁽¹⁷⁾. Le evidenze cliniche disponibili, sebbene limitate e basate su studi di piccole dimensioni, suggeriscono che la supplementazione orale di magnesio possa ridurre la severità dei sintomi della dismenorrea rispetto al placebo, soprattutto quando utilizzata in modo continuativo (mesi) per diversi cicli mestruali ⁽¹⁷⁾. Per quanto riguarda la scelta della forma di magnesio, il minerale è disponibile in numerose formulazioni contenenti sali organici o inorganici (Tabella 6). Le forme organiche risultano più biodisponibili rispetto a quelle inorganiche ⁽¹⁸⁾. Tra le diverse forme organiche (ad esempio pidolato, citrato, lattato o glicerofosfato) non emergono differenze rilevanti in termini di assorbimento sistemico ⁽¹⁷⁾, tuttavia, alcune evidenze suggeriscono che il magnesio pidolato possa favorire un più rapido incremento delle concentrazioni intracellulari di magnesio, caratteristica potenzialmente vantaggiosa in condizioni in cui è desiderabile un effetto relativamente rapido ⁽¹⁹⁾, come nella dismenorrea o nell'emicrania mestruale. Oltre al tipo di magnesio anche la formulazione ed il tipo di tecnologia farmaceutica utilizzata (es. enterica, liposomiale) ⁽¹⁸⁾ influenzano l'assorbimento e la biodisponibilità: le formulazioni che favoriscono una migliore solubilità e ionizzazione aumentano la biodisponibilità.

Alla luce delle evidenze attualmente disponibili, nei protocolli di consiglio in farmacia può essere preferibile orientarsi verso sali organici di magnesio, per la loro biodisponibilità e tollerabilità gastrointestinale. Tuttavia, la letteratura rimane limitata e sono necessari ulteriori studi comparativi per definire con maggiore precisione le formulazioni più efficaci nel trattamento della dismenorrea.

Sali inorganici	Sali organici
Carbonato	Acetato
Cloruro	Aspartato
Ossido	Citrato
Solfato	Gluconato
Cloruro	Lattato
	Pidolato

Tabella 6: Sali di magnesio

4.2 Trattamento non farmacologico

Oltre alle terapie farmacologiche, diversi interventi non farmacologici possono contribuire al controllo dei sintomi della dismenorrea primaria. Sebbene le prove scientifiche a supporto di tali strategie siano spesso di qualità limitata, alcuni approcci - come l'attività fisica regolare, l'applicazione di calore e l'assunzione di specifici integratori alimentari - hanno mostrato potenziali benefici nel miglioramento del dolore mestruale e del controllo del problema ⁽²⁰⁾.

L'attività fisica si è dimostrata efficace nel ridurre l'intensità e la durata del dolore associato alla dismenorrea primaria, contribuendo al miglioramento del benessere generale ^(20,21). Una revisione Cochrane del 2019 su esercizio fisico e dismenorrea ⁽²²⁾, ha comparato vari tipi di interventi: esercizio fisico con placebo ed esercizio fisico con FANS. Dai risultati è emerso che, sebbene le prove siano di bassa qualità, l'esercizio fisico eseguito per 45-60 minuti, tre o più volte alla settimana, indipendentemente dall'intensità, garantirebbe una riduzione del dolore. Oltre ai potenziali effetti analgesici, l'attività fisica favorirebbe un aumento del flusso sanguigno uterino ed il rilascio di endorfine, contribuendo alla riduzione di stress e ansia, fattori che possono amplificare la percezione del dolore ⁽²²⁾. Data la sua sicurezza e i benefici per la salute, il farmacista dovrebbe promuovere la regolare attività fisica come parte integrante del trattamento complessivo della dismenorrea primaria.

L'applicazione localizzata di calore (borse dell'acqua calda, cerotti termici, etc...) rappresentano un intervento non farmacologico semplice e di facile accesso per il sollievo dal dolore mestruale. Il calore potrebbe agire a vari livelli ⁽²³⁾ attraverso il rilassamento della muscolatura addominale e la riduzione della tensione muscolare, contribuendo così ad attenuare il dolore associato agli spasmi uterini. Inoltre, l'aumento della circolazione sanguigna pelvica indotto dalla termoterapia può diminuire la congestione locale e la compressione delle terminazioni nervose, migliorando la percezione del dolore.

Alcune revisioni sistematiche ^(20,23), pur basate su studi con campioni di dimensioni limitate, suggeriscono una moderata efficacia della termoterapia nella gestione della dismenorrea primaria, evidenziando un miglioramento significativo dell'intensità del dolore rispetto al placebo o all'assenza di trattamento. Nei trial clinici analizzati ⁽²³⁾, la temperatura di applicazione variava generalmente tra 40 e 50°C, con posizionamento nella regione inferiore dell'addome. Considerata la sicurezza, la tollerabilità e la facile disponibilità di questa modalità terapeutica (ad esempio mediante borse dell'acqua calda o patch autoriscaldanti), l'applicazione di calore locale può essere raccomandata come intervento complementare, in particolare nei casi di dolore lieve o come supporto ai trattamenti farmacologici.

Infine, tra gli strumenti a disposizione del farmacista nella gestione della dismenorrea primaria rientrano anche nutraceutici ed integratori alimentari.

Alcune linee guida e revisioni ^(8,24) della letteratura indicano potenziali benefici derivanti dall'impiego di specifici prodotti. In particolare, la vitamina E (200-400 UI/die) è stata associata a una possibile riduzione dell'intensità del dolore mestruale. Analogamente, la supplementazione con magnesio (*vedi paragrafo precedente*) o con acidi grassi omega-3, naturalmente presenti nel pesce e nell'olio di krill, potrebbe contribuire al miglioramento dei sintomi dolorosi e ridurre il fabbisogno di medicinali, come l'ibuprofene. La maggior parte degli studi disponibili presenta campioni di piccole dimensioni ed una robustezza metodologica limitata. Alla luce delle evidenze attuali, l'impiego di nutraceutici e integratori alimentari nella dismenorrea può essere considerato complementare, ma non sostitutivo, rispetto alla terapia farmacologica di prima linea.

BIBLIOGRAFIA

1. Ju H, Jones M, Mishra G. The prevalence and risk factors of dysmenorrhea. *Epidemiol Rev.* 2014 Jan 1;36(1):104–13. doi:10.1093/EPIREV/MXT009
2. Amza M, Findeklee S, Haj Hamoud B, Sima RM, Poenaru MO, Popescu M, et al. Dysmenorrhea and Its Impact on Patients' Quality of Life—A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine* 2024, Vol 13, Page 5660. 2024 Sep 24;13(19):5660. doi:10.3390/JCM13195660
3. Jones GL, Kennedy SH, Jenkinson C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(2):501–11. doi:10.1067/mob.2002.124940
4. Giua Marassi C, Pistone A, Parazzini F, Vannuccini S, Petraglia F. Women's attitude toward gynecological pain in fertile age: Results from a cross-sectional study among Italian community pharmacies. *JEndometrPelvicPainDisord.* 2018 Jun 1;10(2):88–94. doi:10.1177/2284026518776148
5. Dawood MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. *Obstetrics and gynecology.* 2006 Aug;108(2):428–41. doi:10.1097/01.AOG.0000230214.26638.0C
6. Dawood YM. Dysmenorrhea. *The Global Library of Women's Medicine.* 2008. doi:10.3843/GLOWM.10009
7. Rubio Pérez G, Quevedo Córdoba A, Varela Silva L, Álvarez Silvestre E. Actualización del diagnóstico y tratamiento de dismenorrea. *Medicina de Familia SEMERGEN.* 2025 Jan 1;51(1). doi:10.1016/J.SEMERG.2024.102331
8. Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. *Obstetrics and gynecology.* 2020 Nov 1;136(5):1047–58. doi:10.1097/AOG.0000000000004096
9. Itani R, Soubra L, Karout S, Rahme D, Karout L, Khojah HMJ. Primary Dysmenorrhea: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment Updates. *Korean J Fam Med.* 2022;43(2):101. doi:10.4082/KJFM.21.0103
10. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: from pathophysiology to pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opin Pharmacother.* 2008 Oct;9(15):2661–72. doi:10.1517/14656566.9.15.2661
11. Armour M, Parry K, Al-Dabbas MA, Curry C, Holmes K, MacMillan F, et al. Self-care strategies and sources of knowledge on menstruation in 12,526 young women with dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2019 Jul 1;14(7). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0220103
12. Burnett M. Guideline No. 345: Primary Dysmenorrhea. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2025 May 1;47(5):102840. doi:10.1016/J.JOGC.2025.102840
13. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jul 30;2015(7). doi:10.1002/14651858.CD001751.PUB3
14. Nie W, Xu P, Hao C, Chen Y, Yin Y, Wang L. Efficacy and safety of over-the-counter analgesics for primary dysmenorrhea: A network meta-analysis. *Medicine.* 2020;99(19). doi:10.1097/MD.00000000000019881
15. Kirsch E, Rahman S, Kerolus K, Hasan R, Kowalska DB, Desai A, et al. Dysmenorrhea, a Narrative Review of Therapeutic Options. *J Pain Res.* 2024;17:2657–66. doi:10.2147/JPR.S459584
16. Christensen K. Dysmenorrhoea: An update on primary healthcare management. *Aust J Gen Pract.* 2024;53(1–2):19–22. doi:10.31128/AJGP/04-23-6815
17. Parazzini F, Di Martino M, Pellegrino P. Magnesium in the gynecological practice: a literature review. *Magnes Res.* 2017 Jan 1;30(1):1–7. doi:10.1684/MRH.2017.0419

18. Pardo MR, Garicano Vilar E, San Mauro Martín I, Camina Martín MA. Bioavailability of magnesium food supplements: A systematic review. *Nutrition*. 2021 Sep 1;89. doi:10.1016/j.nut.2021.111294
19. Maier JA, Pickering G, Giacomoni E, Cazzaniga A, Pellegrino P. Headaches and Magnesium: Mechanisms, Bioavailability, Therapeutic Efficacy and Potential Advantage of Magnesium Pidolate. *Nutrients*. 2020 Sep 1;12(9):1–14. doi:10.3390/NU12092660
20. Li X, Hao X, Liu JH, Huang JP. Efficacy of non-pharmacological interventions for primary dysmenorrhoea: a systematic review and Bayesian network meta-analysis. *BMJ Evid Based Med*. 2024 Jun 1;29(3):162–70. doi:10.1136/BMJEBM-2023-112434
21. Matthewman G, Lee A, Kaur JG, Daley AJ. Physical activity for primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Sep 1;219(3):255.e1-255.e20. doi:10.1016/j.ajog.2018.04.001
22. Armour M, Ee CC, Naidoo D, Ayati Z, Chalmers KJ, Steel KA, et al. Exercise for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Sep 20;2019(9):CD004142. doi:10.1002/14651858.CD004142.PUB4
23. Jo J, Lee SH. Heat therapy for primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis of its effects on pain relief and quality of life. *Sci Rep*. 2018 Dec 1;8(1). doi:10.1038/S41598-018-34303-Z
24. Pattanittum P, Kunyanone N, Brown J, Sangkomkamhang US, Barnes J, Seyfoddin V, et al. Dietary supplements for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Mar 22;3(3). doi:10.1002/14651858.CD002124.PUB2



Zona Pelvica - Dismenorrea

