

DEFINIZIONE

MENOPAUSA

Cessazione definitiva delle mestruazioni e della capacità riproduttiva, per esaurimento dell'attività ovarica.

Età media: 50 anni,

Menopausa Precoce: prima dei 45 anni,

Menopausa Tardiva: dopo i 55 anni.

CLIMATERIO

Fase di transizione tra il periodo della capacità riproduttiva e il periodo dell'incapacità riproduttiva (per esaurimento dell'attività ovarica).

PERI - MENOPAUSA

Insieme di PREMENOPAUSA e di POSTMENOPAUSA (coincide con il climaterio).

PRE - MENOPAUSA

Fase che precede la menopausa, caratterizzata da irregolarità mestruali, espressione dell'iniziale deficit di attività ovarica.

POST - MENOPAUSA

Fase che segue la menopausa, e conclude il climaterio.

PROBLEMI E SINTOMI

sintomi e i problemi relativi alle patologie ad insorgenza post-menopausale sono dovuti essenzialmente alla carenza di produzione ormonale che deriva dalla cessazione dell'attività ovarica. In questa pagina sono descritte in maniera molto schematica queste problematiche.

Sintomi VASOMOTORI

Vampate di calore,

Sudorazioni,

Palpitazioni.

Sintomi PSICOGENI

Disturbi di origine psicologica e psicosomatica,

Alterazioni dell'equilibrio psico-emotivo,

Ansia, irritabilità, insonnia.

Problemi CARDIO-VASCOLARI

Dopo la Menopausa aumenta il rischio di malattie cardiovascolari, in particolare della CARDIOPATIA ISCHEMICA.

Problemi OSTEO-ARTICOLARI

OSTEOPOROSI, con conseguente aumentato rischio di fratture disturbi articolari.

Sintomi GENITALI

Assottigliamento (atrofia) e secchezza della mucosa vaginale.

Brucciore, prurito, talora perdite ematiche.

Disagio nei rapporti sessuali.

Sintomi URINARI

Atrofia dell'epitelio vescico-uretrale.

Disturbi della minzione (disuria, pollachiuria)
Incontinenza urinaria.

Manifestazioni CUTANEE

Assottigliamento della cute
Cute meno elastica

MENOPAUSA E PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI

Le Malattie Cardiovascolari sono responsabili del 46% della mortalità nei paesi occidentali; la metà di questa quota è rappresentata dalla CARDIOPATIA ISCHEMICA.

Il rischio cardiovascolare per le donne è minore rispetto agli uomini, ma la differenza è più evidente prima dell'età menopausale. Ciò deriva da un effetto protettivo dovuto agli ESTROGENI

Gli ESTROGENI riducono il rischio cardiovascolare mediante:

- modificazione dell'assetto lipidico (aumento dell'HDL - diminuzione dell'LDL),
- minore formazione della placca ateromastica,
- vasodilatazione e diminuzione delle resistenze,
- aumento del flusso aortico e della gittata cardiaca.

Pertanto la terapia ormonale sostitutiva è in grado di ridurre significativamente il rischio di andare incontro alla cardiopatia ischemica nell'età postmenopausale.

MENOPAUSA E OSTEOPOROSI

OSTEOPOROSI:

- diminuzione cospicua della massa ossea,
 - aumento della fragilità ossea,
 - maggior rischio di frattura.

L'Osteoporosi è dovuta a:

- iperattività degli Osteoclasti (maggiore riassorbimento osseo),
- minore attività degli Osteoblasti (minore formazione ossea).

OSTEOPENIA: iniziale riduzione della massa ossea.

OSTEOPOROSI - fattori di rischio:

- Sesso femminile,
 - Razza bianca,
 - Dieta povera di calcio,
 - Menopausa precoce,
- Basso indice di massa corporea,
 - Fumo,

- Nulliparità.

OSTEOPOROSI Postmenopausale:

dovuta alla carenza di estrogeni che deriva dalla cessazione della funzione ovarica.
Gli ESTROGENI sono efficaci nel frenare la perdita ossea postmenopausale e quindi nel ridurre la frequenza delle fratture osteoporotiche nella donna.

La TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA è la terapia più idonea per la prevenzione e per il trattamento dell' osteoporosi postmenopausale.

7-10 anni di terapia riducono sensibilmente il rischio di frattura:
rischio ridotto del 50% per le fratture di Colles e dell' anca,
e del 70-80% per le fratture vertebrali.

MENOPAUSA E TERAPIA

La **TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA** ha lo scopo di sostituire gli ormoni (ESTROGENI - PROGESTERONE) che in menopausa non sono più prodotti dalle ovaie, con l' obiettivo di correggere quei problemi causati dalla carenza ormonale.

TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA

<u>Avvio della terapia</u>	<u>Durata della terapia</u>
<u>Vie di somministrazione</u>	<u>Schemi di terapia</u>
<u>Controindicazioni assolute</u>	<u>Controindicazioni relative</u>
<u>Controlli medici</u>	<u>Benefici</u>

Avvio della terapia:

la terapia dovrebbe essere iniziata al declino della funzione ovarica;
molti effetti della carenza estrogenica sono più rapidi nei primi anni di postmenopausa.

Durata della terapia:

L' obiettivo della terapia è la prevenzione di patologie che intervengono nell' età postmenopausale.
Si ritiene che una durata utile di terapia sia di alcuni anni, ma non oltre i 5 anni.

Schemi di terapia:

Sequenziale (**Estrogeno + Progesterone**)

- ciclica
- continua

Solo Estrogeno (nelle donne senza utero per pregressa isterectomia).

Vie di somministrazione:

Via transdermica (cerotto - gel)),
Via orale,
Via vaginale.

Controindicazioni assolute:

Severe epatopatie in atto,
Trombosi o embolia in atto,

Adenocarcinoma dell' endometrio,
Carcinoma endometrioide dell' ovaio,
Carcinoma della mammella.

Controindicazioni relative:

Calcolosi della colecisti: in questo caso è indicata la via transdermica,
Ipertrigliceridemia: indicata la via transdermica,
Fibromi uterini: in presenza di fibromi è da consigliare una terapia con Estrogeni a basse dosi

Controlli Medici:

Controllo ginecologico e internistico,
Esami di laboratorio,
Esame del seno e Mammografia,
Ecografia pelvica (per valutazione della morfologia utero-ovarica ed in particolare dello spessore endometriale),
Densitometria ossea (M.O.C. o Mineralometria Ossea Computerizzata) per valutare il grado di mineralizzazione ossea e quindi diagnosticare precocemente un' eventuale osteoporosi.

Va ricordato che nella donna in menopausa questi controlli sono comunque consigliati, indipendentemente dalla terapia.

Benefici:

La Terapia Ormonale Sostitutiva comporta i seguenti benefici:
riduce nettamente i disturbi climaterici,
migliora il trofismo e l' elasticità della pelle,
riduce il rischio cardiovascolare (cardiopatía ischemica),
previene l' osteoporosi, riducendo il rischio di fratture,
migliora il trofismo dell' apparato genito-urinario.

DOCUMENTO SULLA TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA

Tale documento, redatto in occasione del Congresso Nazionale SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) tenutosi a Bologna dal 20 al 24/09/2005, sintetizza il parere delle associazioni scientifiche della Ginecologia Italiana sulla terapia ormonale sostitutiva per la Menopausa.

Cosa si intende per terapia ormonale sostitutiva

Per terapia ormonale sostitutiva nella donna in menopausa si intende la somministrazione di estrogeni e/o progestinici finalizzati a riequilibrare il deficit ormonale postmenopausale responsabile di sintomi soggettivi (come le vampate di calore e disturbi uro-genitali) e di modificazioni organiche responsabili anche di gravi patologie come l'osteoporosi.

La terapia ormonale sostitutiva per la cura dei sintomi della menopausa

La terapia ormonale sostitutiva è l'unica terapia in grado di alleviare con efficacia i sintomi soggettivi da deficit ormonale molto spesso presenti in menopausa.
I principali sintomi sono le vampate di calore, i disturbi dell'umore, i disturbi uro-genitali (secchezza vaginale e disturbi urinari). Nel loro insieme questi sintomi affliggono un gran numero di donne condizionando a volte pesantemente la vita di relazione, l'attività lavorativa ed il vissuto personale.

La terapia ormonale sostitutiva nella prevenzione dell'osteoporosi postmenopausale

La terapia ormonale sostitutiva rappresenta la prima linea di scelta terapeutica per la prevenzione dell'osteoporosi nelle donne ad elevato rischio osteoporotico allorché viene iniziata in coincidenza con la transizione menopausale. La terapia ormonale rappresenta inoltre una possibile opzione per le donne in età avanzata nei casi di intolleranza ad altre terapie osteoprotettive, o quando le altre terapie sono controindicate o inefficaci.

Studi osservazionali e prospettici hanno dimostrato l'efficacia osteoprotettiva della terapia ormonale sostitutiva. Tutti i tipi di terapia ormonale sostitutiva (estrogeni, estrogeni-progestinici, tibolone) sono in grado di annullare la perdita di massa ossea presente durante e dopo la transizione menopausale e di ridurre il rischio di frattura nelle donne già osteoporotiche.

Altre sostanze non ormonali si sono dimostrate efficaci nella prevenzione secondaria e nel trattamento delle fratture osteoporotiche, ma la terapia ormonale sostitutiva è l'unico presidio farmaceutico per la prevenzione dell'osteoporosi attualmente a carico del servizio sanitario nazionale.

La terapia ormonale sostitutiva nella prevenzione della malattia cardiovascolare

Ricerche sperimentali hanno dimostrato che gli estrogeni influiscono beneficamente sulla maggior parte dei fattori di rischio cardiovascolare (obesità, distribuzione del grasso corporeo, assetto lipidico, controllo glicemico, e funzioni endoteliali). Gli studi epidemiologici condotti su donne relativamente giovani hanno dimostrato una minore incidenza di eventi gravi coronarici tra le utilizzatrici di terapia ormonale sostitutiva. Per questi motivi la terapia ormonale sostitutiva, iniziata in epoca menopausale per il controllo dei disturbi climaterici, è stata anche proposta nella prevenzione primaria della malattia coronarica (cioè in donne eventualmente con fattori di rischio cardiovascolare ma ancora certamente sane, al fine di evitare l'insorgenza della malattia).

Ad oggi però non esistono studi longitudinali controllati che permettano di confermare tale ipotesi. Per tale motivo, allo stato attuale, non è consigliato l'uso della terapia ormonale sostitutiva allo scopo esclusivo della prevenzione primaria della malattia cardiovascolare.

Studi condotti su donne in età più avanzata (superiore a 60 anni) con rilevanti fattori di rischio o con precedenti di patologie cardiovascolari hanno dimostrato che la terapia ormonale sostitutiva in queste pazienti è accompagnata da un aumento minimo, ma statisticamente significativo, del rischio di malattia coronarica (7 casi ogni 10.000 donne), di trombosi venosa profonda (18 casi ogni 10.0(x) donne) e di ictus cerebrale (8 casi ogni 10.000 donne). Per tale motivo, in presenza di rilevanti fattori di rischio o accertata patologia cardiovascolare la terapia ormonale sostitutiva non è consigliabile.

Terapia ormonale sostitutiva e neoplasie

La terapia ormonale sostitutiva non aumenta l'incidenza del tumore dell'utero (endometrio) e dell'ovaio e riduce l'incidenza del cancro del colon-retto.

La terapia ormonale sostitutiva con estrogeni in associazione con progestinici, aumenta in modo modesto e non statisticamente significativo (0.8 casi ogni 1000 donne trattate per almeno 5 anni) il rischio di comparsa di tumore al seno e tale aumento sembrerebbe essere legato ad un effetto promuovente la crescita di un tumore già iniziato ma non ancora diagnosticato. La terapia ormonale sostitutiva ne anticiperebbe solo la diagnosi. L'aumento del rischio cessa con l'interruzione della terapia. Pertanto non v'è differenza nel rischio tra chi ha usato in passato la terapia ormonale e chi non ne ha mai fatto uso.

Il progestinico associato all'estrogeno sembra in un qualche modo essere responsabile dell'aumento del rischio. La terapia con soli estrogeni sembra non aumentare la frequenza del tumore al seno, ma anzi comporterebbe una lieve riduzione, non significativa, del rischio. I tumori al seno insorti durante la terapia ormonale sostitutiva hanno una prognosi migliore.

Conclusioni:

La terapia ormonale sostitutiva, al pari di qualsiasi terapia, ha un rischio terapeutico che per essere

minimizzato va valutato e soppesato caso per caso in relazione al quadro clinico individuale e alle reali necessità terapeutiche che sono diverse da donna a donna e, nella stessa donna, possono modificarsi nel tempo (“personalizzazione della terapia”).

La terapia ormonale migliora significativamente la qualità di vita delle donne in epoca menopausale.

La terapia ormonale sostitutiva è indicata nel trattamento dei sintomi della sindrome climaterica e dei disturbi legati ad alterazioni del trofismo genito-urinario.

La terapia ormonale sostitutiva è efficace nella prevenzione dell’osteoporosi e delle fratture osteoporotiche.

Non esistono dati che dimostrino un rischio cardiovascolare allorquando la terapia ormonale sostitutiva è iniziata in donne sane in coincidenza con l’avvento della menopausa.

La terapia ormonale sostitutiva va usata con cautela in età avanzata ed è sconsigliata in presenza di fattori di rischio e patologie cardiovascolari.