

CHI HA PAURA DELLA MENOPAUSA? IL LUNGO VIAGGIO DELLA DONNA TRA MOLTI PREGIUDIZI E POCHE CERTEZZE

Che cosa dice la “scienza medica”

Dai 35 anni agli 80 anni e oltre, per la donna esiste, secondo la medicina, una unica tappa, che è la menopausa:

- dai 36 ai 45 anni, la pre-menopausa
- dai 46 ai 55, la peri-menopausa e la menopausa
- dai 56 a oltre 80 anni, la post-menopausa.

Per la donna si ritiene che non vi sia soluzione di continuità tra: l'età adulta giovanile (riproduttiva) e la vecchiaia.

Ed è proprio l'associazione pregiudiziale tra menopausa, vecchiaia, malattia, a creare nella donna una percezione negativa di sé, che improvvisamente si sovraccarica di una serie di immagini angosciose: la fine della vita riproduttiva, l'inizio della vecchiaia, e l'improvvisa esplosione di rischi patologici.

La percezione negativa della menopausa nel contesto sociale attuale, che sovra-produce immagini di donne giovani e belle, è **sicuramente un fattore di rischio aggiuntivo per la patologizzazione di fenomeni fisiologici.**

Si realizza così più che nel passato, una intolleranza alle variazioni collegate alla menopausa con una elevazione della richiesta medicalizzante di “ritornare ad essere come prima”.

Che cos'è realmente la menopausa?

La menopausa è collocata in una fascia ristretta di tempo che indica la cessazione dell'attività riproduttiva, con il calo di estrogeni e di progesterone dovuto alla perdita della funzione ricettiva delle ovaie nei confronti degli ormoni secreti dall'ipofisi. Questa fase ricopre generalmente un periodo di 10 anni, dai 45 ai 55 anni, ed incide sulla singola donna per un arco di 5 anni.

La cessazione del ciclo è preparata negli anni da progressivi mutamenti: dai 30 anni in avanti vi sono mutamenti quantitativi del flusso mestruale, intorno ai 45 anni iniziano irregolarità di maggiore evidenza (se non ve ne sono mai state prima), intorno ai 50 anni si produce l'interruzione del flusso mestruale e successivamente l'interruzione dell'attività riproduttiva.

Qual è il rapporto reale tra menopausa e vecchiaia?

La menopausa non coincide, né può essere identificata con la vecchiaia.

Con la menopausa si intende definire un cambiamento a carico del ciclo ormonale finalizzato alla interruzione dell'attività riproduttiva. Tale interruzione ha un carattere naturalmente protettivo, perché con essa si elimina il sovraccarico della gestazione, che è un'attività molto impegnativa e stressante per tutti gli organi (cuore, reni, ecc.).

La menopausa poi non è né l'inizio del processo di invecchiamento, perché tale processo inizia intorno ai 25 anni, né la fine di tale processo. In particolare poi la fase vera e propria della vecchiaia è oggi datata intorno ai 65/70 anni, coincidendo con l'età del pensionamento e della così detta fine del lavoro produttivo.

La menopausa si può meglio definire dal punto di vista psico-sociale, una tappa di "mezzo" tra giovinezza e vecchiaia. L'età di mezzo è una nuova fase, che ha caratteri misti della precedente e della successiva. Molto dipende dalla percezione che accompagna la donna e dal modo in cui ha vissuto precedentemente: se ha esaurito tutte le

risorse, se non ha progetti alternativi, se ha accumulato *stress* e malattie, si sentirà più vecchia che giovane e viceversa se la sua vita precedente sarà stata orientata alla tutela della sua salute e della sua qualità di vita.

Le patologie attribuite alla menopausa sono una realtà o un pregiudizio?

La menopausa non è l'inizio e l'origine di ogni patologia.

Oggi si osserva la tendenza, non scientificamente fondata, a mettere insieme sotto l'ombrello della menopausa una serie di patologie, che hanno altra origine e soprattutto altri e più importanti fattori di rischio.

Tra le demenze, l'Alzheimer colpisce il 5-8% dei soggetti al di sopra dei 65 anni e il 15% dei soggetti al di sopra dei 75 anni, il 25-50% dei soggetti al di sopra degli 85 anni. Vi è una lieve prevalenza della malattia tra le donne. La malattia si incrementa con l'età ed è tipicamente connessa con la vecchiaia. Tra i fattori di rischio studiati in Italia dall'unità di ricerca del Policlinico di Firenze (Amaducci) sono stati messi in evidenza: oltre l'età avanzata, il sesso femminile e il basso livello culturale.

Tra i tumori femminili, il cancro della cervice uterina raggiunge i picchi più alti non in funzione dell'età, ma in funzione dei contesti politici e geografici. È un problema particolarmente serio nelle aree poco sviluppate del mondo.

Il cancro del corpo dell'utero è più frequente dopo i 45-50 anni, soprattutto nelle grandi obese. Il tumore al seno ha una incidenza che aumenta esponenzialmente con l'età, ma dopo la menopausa pur aumentando ha un andamento più lento.

Tra i tumori in generale, il rischio per ogni tumore in uomini e donne aumenta con l'età con un picco che si aggira tra i 40 ed i 50 anni.

Osteoporosi postmenopausale. La diminuzione patologica della massa ossea rende più facile la frattura da piccolo trauma di polso e vertebre (picco tra 60-65 anni). L'origine dell'osteoporosi è multifattoriale: l'età, la bassa densità ossea di base, una dieta povera di calcio, il basso peso, il fumo, la scarsa esposizione al sole, la mancanza di esercizio regolare, alcune terapie mediche.

Patologia cardiovascolare. È la prima causa di morte nelle donne. Sebbene il rischio cardio-vascolare compaia con qualche anno di ritardo rispetto agli uomini, è anche per le donne una patologia dell'età di mezzo che si verifica dopo i 50 anni.

A parità di agenti stressanti, le donne hanno, fino ad una certa età, rispetto agli uomini, una protezione in più costituita dagli ormoni riproduttivi. Ovviamente tale protezione aggiuntiva cessa con la menopausa e la donna deve quindi controllare con maggior attenzione l'eventuale presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare.

Patologia urinaria. L'incontinenza urinaria, cresce con l'aumentare dell'età ed è maggiore nelle donne per questioni anatomiche di base e secondarie ai traumi da parto. Dopo la menopausa la mancata azione trofica degli ormoni sul tessuto genito-urinario, e il progredire dell'età ne peggiorano l'entità. Nella popolazione generale ne è affetta il 5% tra i 65 e i 74 anni e il 15% al di sopra dei 75 anni. È frequentemente associata a pluripatologie e ad una peggior percezione della qualità di vita.

Patologia depressiva. Riguarda tutto il ciclo di vita della donna e comprende soprattutto la fascia giovanile, dall'adolescenza all'età adulta (15-44 anni). Non si verifica, come erroneamente si crede o si dice, un incremento del rischio depressivo con la menopausa.

IN SINTESI

Ognuna di queste patologie, pur avendo indubbi rapporti con la presenza o meno dell'attività estrogenica, caratteristica peculiare del corpo delle donne, deve essere osservata indipendentemente dalla menopausa, e soprattutto non in esclusiva e privilegiata relazione con essa. Tali patologie infatti devono essere poste in collegamento diretto con altri e specifici fattori di rischio, e con un occhio agli stili di vita che maggiormente si associano alla prevenzione.

Infatti, ad esempio, nelle patologie cardio-vascolari le donne godono inizialmente della protezione ormonale, ma successivamente sono esposte allo stesso rischio degli uomini. Ed altrettanto, la più frequente carenza calcica ossea, va prevenuta con azioni adeguate, molto prima della fatidica età di mezzo. Così come l'incontinenza non si verifica con la stessa frequenza se i parti sono correttamente seguiti e se le donne si sottopongono a terapie fisiatriche ai primi sintomi.

Quali sono le caratteristiche o i disturbi di questa tappa?

Nell'arco di tempo, in cui si verifica questo cambiamento la donna può percepire una serie di fenomeni fisiologici neuroendocrini (fenomeni così detti del climaterio ovvero dell'adattamento fisiologico) a carattere sregolatore: della circolazione sanguigna (le così dette vampate), del ciclo sonno-veglia, della stabilità dell'umore, del ciclo alimentare e sessuale.

I fenomeni del climaterio sono dovuti al tentativo dell'ipofisi di stimolare le ovaie, che non secernono più ormoni. I fenomeni sono quindi caratteristici di situazioni di sovrastimolazione o sovreccitazione, dovuti ad una iperfunzione ipofisaria; essi inoltre non sono percepiti da tutte le donne (solo circa il 20% ne riferisce un forte fastidio) e tendono naturalmente a ridursi nel tempo.

Questi fenomeni non creano in genere di per sè allarme nella donna, abituata dal menarca, dalla gravidanza e dal *post-partum*, a fare i conti con la variabilità ormonale del suo ciclo e delle sue fasi.

Ma tra questi disturbi non possiamo annoverare l'invecchiamento della pelle e la caduta del tono muscolare?

Non esclusivamente e soprattutto non improvvisamente. Il processo di invecchiamento della pelle segue i processi di invecchiamento generale, essi cominciano intorno ai 25 anni e sono graduali nel tempo.

Non esiste la possibilità che la donna all'indomani della menopausa si guardi allo specchio e si veda improvvisamente vecchia e rugosa.



L'invecchiamento cutaneo è un processo complesso, in cui entrano molti fattori oltre la menopausa, come il tempo, la fotoesposizione, ma anche lo stile di vita, malattie specifiche, l'uso prolungato di determinati farmaci, alterazioni del sistema endocrino; un processo comunque non ancora del tutto conosciuto.

Se il nostro stile di vita dall'adolescenza in poi, ha fatto propri i principi generali del mantenersi in buona salute: dal movimento, alla dieta, alle misure antistress, alla cura di sé; anche i processi di invecchiamento saranno meno vistosi. Così indipendentemente dalla menopausa, si avranno donne a 50-60 anni con un corpo e una pelle ancora tonica.



Che cosa bisogna fare in menopausa?

Nulla di diverso e niente di più di prima, se si sono seguiti i criteri di una giusta prevenzione negli anni precedenti.

Non dimentichiamo che la vera prevenzione è nell'adozione di stili comportamentali salutari e questi devono essere appresi già nell'adolescenza e nell'età giovanile. È lì il momento giusto in cui si pongono i paletti di una buona prevenzione.

E se finora non si è fatto nulla per la propria salute?

Allora la menopausa è un buon momento per cominciare, per non perdere una buona occasione. Ma ciò non vuol dire preoccuparsi della propria salute solo in modo medicalizzato.

Sul terreno medico si continueranno a fare gli *screening* specifici per le patologie più importanti, seguendo le indicazioni sulla prevenzione che in genere cominciano già prima della menopausa. Poi, a seconda della propria età e del proprio profilo genetico e familiare di rischio, si aggiungeranno altri controlli, o se ne ridurranno altri, a seconda della valutazione fatta dal proprio medico di famiglia.

E gli stili di vita opportuni quali sono?

Sul terreno della prevenzione primaria, se non lo si è fatto prima, si comincerà a farlo ora, valutando che la messa a riposo dell'organismo riproduttivo ci ha regalato una fase e un tempo di maggiori risorse da dedicare alla promozione della nostra salute e al miglioramento della qualità di vita personale.

◆ Se, ad esempio, si è mangiato sempre male e in fretta, ci si potrà fermare e darsi una dieta equilibrata e uno spazio per pranzo/cena, lontano dalle incombenze.

◆ Se abbiamo fatto solo il movimento affannoso casa-lavoro e lavoro-casa, fermiamoci e concediamoci un altro tipo di movimento, lontano dallo *stress* della *routine* quotidiana.

◆ Se la vita finora è stata convulsa, cerchiamo di alleggerirla; se la vita finora è stata monotona, attiviamola.

◆ Se siamo portate a fare bilanci a ogni scadenza, facciamone uno nuovo; suddividiamo le tante cose fatte con un doppio segno:

quelle fatte per altri e quelle fatte per noi stesse. Se siamo in credito è il momento giusto per risarcirci di qualcosa non fatta. Una donna ha dovuto rinunciare sempre a tante cose e ora vi è la possibilità di trovare nuovi interessi e occupazioni, attingendoli soprattutto alle cose che si volevano fare, ma che non si è mai avuto il tempo di fare.

◆ Guardiamo soprattutto al lavoro di cura e chiediamoci: i figli sono cresciuti? Se non li abbiamo lasciati andare, è arrivato il momento di liberarli dalle nostre cure, promuovendone l'autonomia e liberando anche noi con loro. Se ci preoccupiamo e ci chiediamo: che cosa faremo senza di loro? Guardiamo a noi e osserviamo tutte le nostre competenze, acquisite nei molti compiti e mansioni, che abbiamo svolto per altri, e pensiamo di realizzare quelle stesse cose o altre cose per noi.

Nella nostra vita ci possono essere tanti progetti e interessi accantonati, cose grandi o anche cose piccole che abbiamo messo da parte per meglio ascoltare e prenderci cura degli altri. È forse arrivato il momento per riprendercele!



La donna con figli grandi, che ha dovuto lasciare un progetto di studio e lavoro, potrà ricominciare a proporsi questo obiettivo.

Esiste per la donna di oltre 40 anni, la possibilità di sviluppare, anche con il sostegno dei fondi europei, una serie di progetti, che prevedono il suo reingresso nel mondo del lavoro, dopo che ha svolto, per anni e in esclusiva, l'attività di cura per la famiglia



E ora parliamo di terapia sostitutiva ormonale

La Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS), cioè la somministrazione di estrogeni e progesterone (o solo di estrogeni nelle donne che non hanno più l'utero), dopo la diagnosi di menopausa, è stata molto in auge soprattutto negli Stati Uniti, durante gli ultimi venti anni circa.

In Italia se ne è sempre fatto un uso limitato, e la confusione che si è creata intorno a questo argomento è facilmente risolvibile. Infatti l'uso della TOS ha delle precise indicazioni e controindicazioni, dei tempi e dei modi che fanno parte di protocolli internazionali.

La TOS non è una terapia buona per ogni uso: non serve per prevenire tutte le patologie di cui si è parlato (malattie cardiovascolari, etc.). Vi sono per queste patologie altri e più importanti fattori di rischio da tenere sotto controllo. Soprattutto la TOS non è una terapia di bellezza, né l'elisir di lunga vita.

Quando una donna deve pensare a questa terapia?

La TOS serve solo alle donne che stanno male, che fanno parte di quella percentuale che patisce più di altre i sintomi da carenza ormonale, vuoi perché vi sia stata una sospensione brusca (chirurgica per esempio), vuoi perché siano più sensibili alle variazioni che nel loro corpo stanno avvenendo.

La TOS in questi casi solleva molto la donna dal malessere generalizzato, da vampate che la rendono insonne, dal nervosismo eccessivo, dalla tachicardia improvvisa e angosciante. Nella maggior parte di questi casi, è sufficiente continuare la terapia per 6-12 mesi e valutare poi, con graduali riduzioni di dosaggio, se i sintomi persistono o si sono attenuati.

Le donne che stanno male perciò, devono rivolgersi al loro medico di famiglia che, conoscendole anche rispetto a tutte le altre sfere fisiche, e non solo a quella riproduttiva, farà un'attenta valutazione dei sintomi, porrà la diagnosi di menopausa (non basta saltare un ciclo per essere in menopausa!) e consiglierà loro gli esami eventualmente necessari per intraprendere una terapia.

Quali le controindicazioni più comuni alla TOS?

Risponde la cardiologa.

Non va assolutamente assunta se la donna ha già avuto un evento cardiovascolare (angina, infarto, angioplastica, *by-pass*, ictus).

Si può assumere invece, sempre per quanto riguarda il rischio cardiovascolare, se la donna non ha avuto un evento di questo tipo e ha sintomi gravi da menopausa.

È consigliabile la somministrazione per via transdermica perché, evitando il passaggio attraverso il fegato, non provoca l'estrogenizzazione epatica. Sussiste infatti l'ipotesi che a questo fenomeno di passaggio epatico degli estrogeni si debbano molti degli effetti negativi che gravano sull'apparato cardiovascolare (infarti, ictus, ecc.).

È raccomandabile comunque cominciare con i dosaggi bassi, già efficaci a ridurre il colesterolo e a favorire la vasodilatazione (effetto sull'endotelio) dei vasi, e non protrarre l'uso oltre il tempo strettamente necessario, per i rischi oncologici connessi.

Risponde l'oncologa.

Si fa ricorso alla TOS quando i disturbi menopausali sono elevati e compromettono lo svolgimento delle attività quotidiane. È buona norma non assumere la terapia sostitutiva ormonale in caso di tumore al seno, all'utero e all'ovaio. Nelle donne a rischio di tumore al seno con grave sintomatologia menopausale, la TOS può essere assunta per brevi periodi, perché il rischio aumenta nel tempo, combinata a terapia antiestrogenica.

UN ORIENTAMENTO GENERALE PER I MEDICI



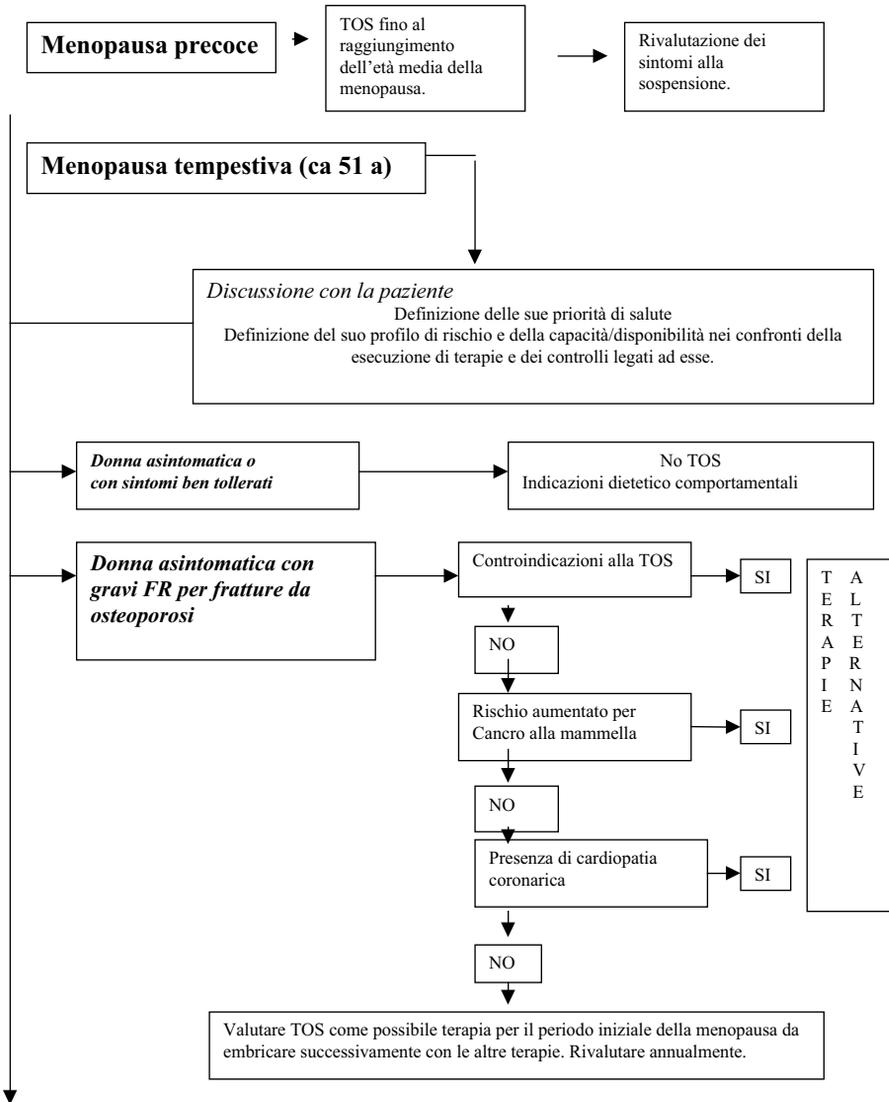
Un medico di medicina generale con 1500 pazienti ha circa 300-350 donne ultracinquantenni: è quindi necessario che sia in grado di affrontare con buone conoscenze i problemi che si presentano nelle donne, non solo in relazione alla menopausa, ma soprattutto rispetto alle patologie legate al sesso femminile dopo i 45-50 anni. È necessario infatti avere chiaro che le donne muoiono principalmente di malattie cardiovascolari, e che quindi vanno “screenate” per questo, o che soffrono di peggiori complicanze, in caso di diabete e ipertensione, al di là dei sintomi da carenza ormonale.

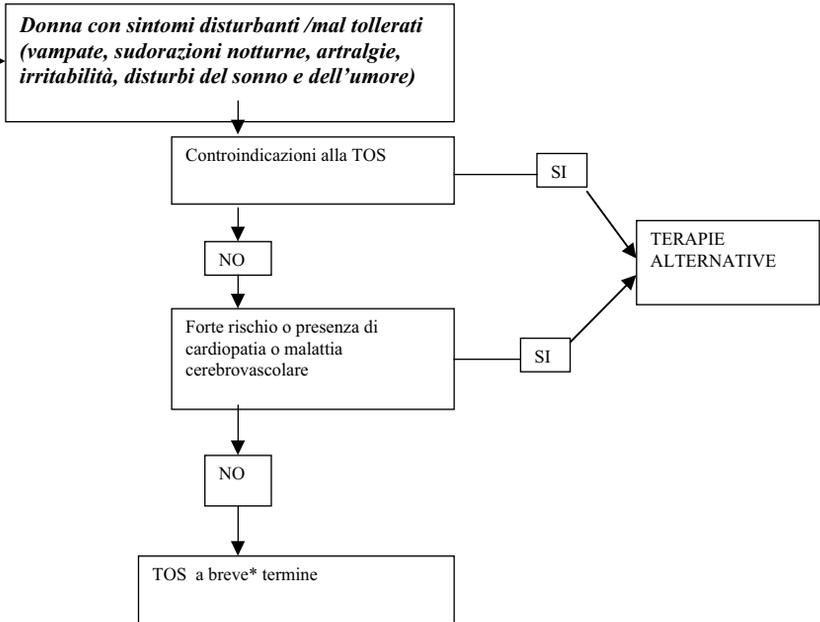
Questo processo culturale non è certo facile a farsi in una società che pregiudizialmente divide le età della donna in due parti nettamente contraddistinte dalla presenza degli estrogeni o meno, ma è un passo necessario al miglioramento dell’assistenza perché permette di considerare con più attenzione, anche nella donna, l’importanza della prevenzione primaria, di quella secondaria e della valutazione dei fattori di rischio.

E UN ORIENTAMENTO SPECIFICO

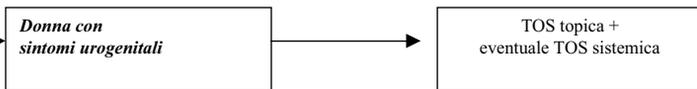
La valutazione iniziale della donna con cambiamenti del ciclo in epoca perimenopausale fa parte dei compiti del medico di medicina generale, che potrà farlo con accuratezza seguendone le varie fasi. Per questo potrà essere utile una linea guida.

UNA LINEA GUIDA PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
COME SUPPORTO PER LA VALUTAZIONE DELLA TOS





Con il termine "breve" si intende qui il periodo necessario e sufficiente alla cessazione dei sintomi tipici. Non vi è accordo su quale sia la durata più opportuna della TOS che viene effettuata per ridurre i sintomi tipici, anche perchè espressioni come "terapia a breve o a lungo termine" (ampiamente utilizzate in letteratura e riferite a periodi inferiori o superiori ai 3-5 anni) sono equivoche. Attualmente non è possibile definire con esattezza in quale momento i rischi divengano superiori ai benefici per quella singola paziente. Inoltre alcune donne proseguono ad essere sintomatiche anche dopo diversi anni dalla loro ultima mestruazione



VIE DI SOMMINISTRAZIONE

Allo stato attuale non è dimostrato che vie di somministrazione alternative offrano vantaggi rispetto a quella orale. I dati provenienti dagli studi HERS e WHI non sono pienamente applicabili ad altre molecole di estrogeni e di progestinici, né ad altri dosaggi e schemi terapeutici, rispetto a quelli usati negli studi stessi. È possibile, ma non è dimostrato, che gli stessi rischi si associno a differenti molecole o schemi terapeutici o dosaggi.

CONSIGLI DA SEGUIRE

Valutazione individuale dei pro e dei contro in relazione a fattori di rischio per:

- K mammella
- Malattie cardiovascolari
- Malattie tromboemboliche
- Osteoporosi
- K colon
- Colelitiasi

Uso della dose minima efficace a ridurre i sintomi.

Uso del progestinico per 12-14 giorni nelle donne con utero.

Rivalutazione periodica della situazione della paziente (ritorno dei sintomi alla sospensione e loro entità).

Sospensione graduale dei dosaggi al momento opportuno.

RACCOMANDAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE

I risultati di una sperimentazione controllata e randomizzata riguardante i rischi associati alla Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS) sono stati recentemente riportati dal giornale dell'*American Medical Association*. Questo studio ha esaminato i rischi e i benefici di una TOS a lungo termine in un numeroso campione (17.000) di donne asintomatiche in periodo post-menopausa (età 50-79). Lo studio era stato disegnato per seguire le donne con questo tipo di terapia per una media di 8,5 anni, ma dopo 5,2 anni i risultati preliminari hanno mostrato che il trattamento causa un danno superiore al beneficio atteso.

I risultati di questo studio portano quindi a raccomandare di **NON** prescrivere la combinazione estro-progestinica a donne sane in post-menopausa con scopi preventivi per le patologie cardiovascolari e si applicano in particolar modo ai dosaggi giornalieri di 0,625 mg di estrogeni coniugati più 2,5 mg di medrossiprogesterone acetato.

Per quanto altri regimi terapeutici possano comportare differenti risultati sul piano dei benefici e dei rischi, va tenuto conto che altri 3 studi dove sono stati utilizzati altri dosaggi hanno confermato l'aumento di rischio per il cancro al seno.