

menopausa

io... donna
in menopausa

luglio 2002

Laboratorio Cittadino Competente

Responsabile

Maria Monica Daglio

Comitato di redazione

CeVEAS

Anna Vittoria Ciardullo, Maria Monica Daglio

CCM di Sassuolo

Fernanda Rotteglia (presidente), Franca Botti, Marina

Incerti, Luciana Rioli

Distretto di Sassuolo

Manuela Carobbi (psicologa) e il Direttore di Distretto

Hanno collaborato

Silvana Borsari, Maria Ferrante, Paola Picco

(ginecologhe consultori)

Per informazioni

m.daglio@ausl.mo.it

telefono 059 435215 · fax 059 435222

Sono una donna alle soglie della menopausa. In questo particolare momento della vita ho la mente affollata da tanti dubbi, domande e paure... e penso di non essere la sola.

So molto bene che rispetto ad una mia coetanea del secolo scorso la menopausa non segna il passaggio definitivo alla vecchiaia, so che mi aspettano ancora molti anni di vita attiva, SO

La menopausa fisiologica

.....so che la menopausa non è una malattia, ma una tappa importante nella vita di ogni donna.

La menopausa, cioè l'ultimo flusso mestruale, si verifica in genere tra i 46 e i 54 anni; è fisiologica quando si manifesta in modo spontaneo e naturale, precoce quando arriva prima dei 45 anni.

In realtà però, la menopausa non inizia all'improvviso da un giorno all'altro, ma è preannunciata da diversi segnali che la donna avverte nel proprio organismo: durante questa fase, chiamata premenopausa, l'ovaio inizia a ridurre la sua attività e compaiono così fastidiose irregolarità mestruali, cioè in anticipo o in ritardo rispetto alla data prevista. A volte le mestruazioni possono addirittura non presentarsi anche per periodi abbastanza lunghi (amenorrea) facendo pensare a una gravidanza o alla stessa menopausa. Per questo motivo è corretto quindi parlare di menopausa vera e propria solo dopo un anno dall'ultimo flusso mestruale ed è importante ricordare che fino a quel momento la donna è fertile e può rimanere incinta. Quando poi i cicli mestruali scompaiono del tutto, significa che l'ovaio ha interrotto definitivamente la sua funzione e la donna non è più fertile.

Per me, donna, è questo un periodo molto difficile e delicato. La graduale diminuzione della produzione di estrogeni (ormoni femminili) provoca nel mio corpo diversi cambiamenti: problemi vasomotori (le famose vampate di calore o l'aumento della pressione sanguigna), urogenitali (predisposizione alle cistiti, alla secchezza vaginale causa di rapporti sessuali dolorosi), metabolici (aumento del peso e del colesterolo) ed anche di carattere psicologico (ansia, irritabilità, difficoltà nel sonno, cali di memoria, depressione, ecc.) che spesso la società e i famigliari non considerano e non comprendono in maniera adeguata

Nel tempo la carenza di estrogeni fa sì che noi donne non siamo più protette dal rischio di malattie cardiovascolari (infarto cardiaco e ictus) e che si acceleri la riduzione del contenuto minerale delle ossa favorendo l'osteoporosi.

Però la menopausa non è sempre fisiologica

La menopausa non è fisiologica quando le mestruazioni cessano non per cause naturali, ma in seguito a certe malattie o ad interventi chirurgici necessari per la salute della donna. Infatti, alcune donne ancora giovani devono sottoporsi a operazioni di asportazione dell'utero (isterectomia) che fanno interrompere immediatamente e per sempre le mestruazioni, ma solo se vengono tolte le ovaie (annessiectomia), o utero ed ovaie (isteroannessiectomia), si è veramente in menopausa.

Che cosa posso fare per vivere bene la menopausa?

Purtroppo non esiste "un modo" per affrontare la menopausa, e questo certo non mi tranquillizza, le informazioni contrastanti che ricevo non fanno altro che accrescere dubbi e paure.

Come donna, mi chiedo se sia opportuno per me intraprendere una terapia, perciò è necessario che il mio medico di fiducia o il ginecologo mi diano le informazioni utili affinché io possa scegliere consapevolmente che cosa sia meglio fare.

Sono convinta, anche sulla base di studi scientifici, che ogni donna possa fare molto per vivere bene la menopausa e prevenire le malattie che ne possono derivare.

Ciò che conta, infatti, non sono solo gli esami e le cure mediche, ma soprattutto le abitudini di vita e i comportamenti di tutti i giorni!

L'alimentazione può aiutare: la quantità di calcio necessaria all'organismo aumenta con l'avanzare dell'età e dopo la menopausa è bene assumere almeno 1 grammo di calcio al giorno per irrobustire le ossa e ridurre il rischio di fratture. Consumare latte scremato, ma anche frutta, verdura cruda, broccoli, rape, cavoli, legumi, sardine e pesce in grande quantità è importante perché sono alimenti non solo ricchi di calcio, ma che aiutano anche a prevenire e curare l'eccesso di colesterolo, l'ipertensione e il diabete².

Il consumo giornaliero di piccole quantità di soia^{3,4} (latte di soia o fagioli di soia o miso) può aiutare ad alleviare i sintomi fastidiosi della menopausa⁵ (vampate di calore e rialzi della pressione) perché la soia contiene i fitoestrogeni (sostanze naturali simili agli ormoni femminili).

Gli alimenti da soli però non bastano: bisogna limitare il consumo di alcolici, il fumo ed evitare la vita sedentaria; bere eccessive quantità di alcool, fumare e fare poco movimento fisico, infatti, fa aumentare il rischio di sviluppare l'osteoporosi e le malattie cardiovascolari. Stare in movimento, inoltre, riduce il rischio di ingrassare, fa bene alle ossa, ai muscoli, al cuore, all'intestino e al sistema nervoso; per muoversi un po' basta fare delle passeggiate all'aria aperta a piedi o in bicicletta, nuotare o ballare e, a ben guardare, queste sono attività che ci permettono di stare in compagnia di altri e di conoscere nuove persone, migliorando così l'umore e sconfiggendo il senso di depressione e solitudine.

Io donna che vivo naturalmente in menopausa

Io sono una donna in menopausa che sta bene (sono entrata in menopausa all'età giusta, non ho sintomi consistenti,...), per cui sono andata dal mio medico e gli ho chiesto cosa fare. Il medico trovandomi in una buona condizione generale di salute e verificando che io non sentivo il bisogno di sottopormi ad alcuna terapia ormonale sostitutiva, di cui mi ha spiegato i pro e i contro, mi ha molto tranquillizzata e semplicemente mi ha detto che ci sono solo alcuni controlli da eseguire nel tempo⁶.

La tabella che segue riassume i consigli che ho ricevuto. Comunque è importante ricordare che i controlli in menopausa devono essere personalizzati, cioè valutati persona per persona e programmati a seconda delle caratteristiche e dei bisogni di ciascuna.

In tutte le donne in menopausa è raccomandato fare

esame	cadenza	fino a
Colesterolo	ogni 5 anni	per tutta la vita
Mammografia	ogni 2 anni	70 anni
Ricerca sangue occulto fecale	ogni anno	per tutta la vita
Pap - Test	ogni 3 anni	65 anni
Controllo della pressione arteriosa	ogni anno	per tutta la vita

Ulteriori indagini possono essere raccomandate sulla base della situazione clinica della persona. Qualora il medico riscontri gravi fattori di rischio per l'osteoporosi, potrà consigliare di fare un esame specifico (**Mineralometria Ossea Computerizzata**) per accertare la condizione delle ossa, altrimenti, se il rischio è basso, saranno sufficienti i normali controlli in base all'età⁷.

Io donna in menopausa che seguo la terapia ormonale

La donna che decide, o che deve fare la terapia ormonale sostitutiva, verrà informata dal medico sull'esistenza o meno di eventuali controindicazioni⁸.

Controindicazioni alla Terapia Ormonale Sostitutiva dopo la Menopausa⁸

Assolute cioè chi non può fare per niente la terapia	Relative cioè chi potrebbe fare la terapia ma con attenzione particolare a controllarsi nel tempo
Sanguinamento vaginale da causa sconosciuta	Trigliceridi altissimi
Malattia di cuore	Storia personale di trombosi o embolia
Malattia attiva o cronica del fegato	Storia familiare di cancro al seno
Storia personale di cancro al seno o alla parete interna dell'utero (endometrio)	Calcoli della colecisti
Trombosi vascolare recente	Leiomioma (fibroma) dell'utero
Rifiuto della donna informata	Disordini convulsivi

La terapia ormonale sostitutiva comporta l'uso di farmaci a base di estrogeni, progestinici o entrambi. Una volta iniziata la terapia, è bene verificare con controlli successivi la possibile comparsa di effetti indesiderati dovuti ai farmaci^{5,8}.

Gli Estrogeni sono ormoni sessuali femminili, prodotti soprattutto dalle ovaie, che calano dopo la menopausa. La somministrazione di estrogeni alle donne in menopausa (terapia ormonale sostitutiva) serve a ridurre i sintomi della menopausa⁹ (vampate, secchezza vaginale, insonnia, ansia) e sembra prevenire la perdita di massa ossea e lo sviluppo di fratture, anche se

l'effetto protettivo non supera i 5-6 anni dopo la sospensione della terapia^{10,12}.

Accanto ai benefici, però, c'è un rischio maggiore per le terapie che durano più di 5 anni di tumore al seno^{13,14} (aumento del 2,3% all'anno¹⁵), all'endometrio¹⁶ (la parete interna dell'utero) e di trombosivenosa profonda^{17,18}.

I Progestinici sono ormoni femminili, anch'essi prodotti dall'ovaio, che favoriscono l'inizio e il proseguimento della gravidanza. Alla terapia sostitutiva in menopausa con estrogeni, di solito nelle donne che hanno l'utero, si associa l'uso di progestinici (per almeno 10 giorni al mese) che contrastano il rischio di tumore all'endometrio (la parete interna dell'utero)^{19,20} indotto dalla terapia con gli estrogeni da soli; allo stesso tempo, però, i progestinici aumentano il rischio di cancro al seno (12,4% in 5 anni) in più rispetto al rischio dovuto agli estrogeni da soli (10% in 5 anni)^{8,21}.

Controlli per le donne che assumono farmaci per la terapia ormonale sostitutiva

Controllo	Cadenza
Pressione arteriosa	Una volta al mese per i primi 6 mesi e poi una volta all'anno
Trigliceridi, transaminasi gamma-GT	Dopo 3 mesi dall'inizio della terapia
Colesterolo	Dopo 2 anni dall'inizio della terapia
Mammografia	Ogni 2 anni
Ecografia dell'utero (solo se la paziente non è stata isterectomizzata)	Ogni 2 anni
PAP test	Ogni 3 anni

I consigli degli esperti del Ministero della Salute per i medici e per le donne

- La prescrizione della terapia ormonale sostitutiva dopo la menopausa richiede innanzitutto l'analisi approfondita, da parte del medico, dei benefici attesi e dei potenziali rischi: tutto ciò va effettuato in rapporto alle condizioni cliniche di ogni singola donna, per accertare se essa presenti un'indicazione o una controindicazione ad iniziare il trattamento, nonché in considerazione della preferenza della donna⁸.

- È essenziale che il medico discuta dei rischi e benefici della terapia ormonale sostitutiva con la donna, dando risalto alla mancanza di certezze su molti di essi: la decisione se iniziare o meno il trattamento deve essere informata e condivisa dalla donna⁸.

- Le due indicazioni che possono giustificare l'inizio di una terapia ormonale sostitutiva sono:

1. il trattamento di disturbi gravi della menopausa con una terapia di breve durata, cioè inferiore a 5 anni, solo se questi sintomi provocano uno stato di disagio grave per la donna

2. la prevenzione e il trattamento della osteoporosi in donne particolarmente a rischio di frattura con una terapia di lunga durata, cioè superiore a 5 anni, ma per simili durate la terapia può essere pericolosa perché aumenta il rischio di cancro al seno⁸.

- L'utilizzo della terapia ormonale sostitutiva in menopausa non è utile a prevenire le malattie cardiache, ma anzi sembrerebbe aumentarne il rischio⁸.

- I risultati del recente studio americano sotto citato non richiedono una immediata modifica del trattamento delle donne già sottoposte a terapia ormonale sostitutiva. Tuttavia, le donne con questo

tipo di terapia devono essere sottoposte regolarmente a controllo medico, in modo particolare nei casi di terapia di lunga durata (vedi box precedente su "controlli").

Ultimissime dal mondo scientifico

Nello studio americano Women's Health Initiative²² l'uso della Terapia Ormonale Sostitutiva in modo continuativo con una pillola combinata (progestinico + estrogeno) è stato interrotto dopo cinque anni perché il rischio complessivo in queste donne è stato maggiore dei benefici attesi: ogni 10.000 donne trattate 7 donne in più hanno sofferto di malattia cardiaca, 8 in più di ictus, 8 in più di un grave coagulo ematico (trombo-embolia) e 8 in più di cancro al seno. Dal lato dei benefici, 6 donne in meno hanno avuto un cancro colo-rettale e 5 in meno una frattura all'anca.

Considerando tutte gli eventi verificatisi durante il periodo di studio, l'eccesso degli eventi avversi calcolato nelle donne trattate con la pillola combinata era di 100 ogni 10.000 donne in terapia (cioè 1 ogni 100)²².

Nomi commerciali di alcuni farmaci per la Terapia Ormonale Sostitutiva in Menopausa aggiornato a luglio 2002

Estrogeni AERODIOL, ARMONIL, CLIMARA, DERMESTRIL, EPIESTROL, EPTAUSA, ESCLIMA, ESTRADERM, ESTREVA, ESTROCLIM, ETINIL-ESTRADIOLO AMSA, FEMSEVEN, MENOEST, OVESTIN, PREMARIN, PROGYNova, SYSTEM, SPREDIOL, ZERELLA

Progestinici CLYNOR, COLPRONE, CRINONE, DUFASTON, ESOLUT, FARLUTAL, LENTOGEST, LIVIAL, LUTENYL, LUTEGIN, PRIMOLUT-NOR, PROGEFFIK, PROGESTOGEL, PROGESTOL, PROLUTON, PROMETRIUM, PRONTOGEST, PROVERA G

Associazioni estro-progestiniche ACTIVELLE, BIORMON, CLIMANOR, CLIMEDETTE, CLIMEN, CLIMOSTON, CLIMPAK, CLINORETTE, COMBISEVEN, DIVISEQ, ESTALIS, ESTALIS SEQUI, ESTOPOUSE, ESTRACOMB TTS, FEMOSTOM, FILENA, LISETA, MENOVIS, NUVELLE, ONDEVA, PAUSENE, PREMELLE, PREMPAK, TOTELLE, TRISEQUENS

Fonti Bibliografiche

1. Star bene in menopausa, Sani & in forma. Farmacie Riunite Comunali Reggio Emilia 1998
2. Riccardi G, Ciardullo AV. Dietary fiber in the prevention of cardiovascular disease. *Adv Exp Med Biol* 1993;348:99-104
3. Washburn S, Burke GL, Morgan T, Anthony M. Effect of soy protein supplementation on serum lipoproteins, blood pressure, and menopausal symptoms in perimenopausal women. *Menopause* 1999; 6:7-13
4. Scambia G, Mango D, Signorile PG, et al. Clinical effects of a standardized soy extract in postmenopausal women: a pilot study. *Menopause* 2000;7:105-111
5. Baber RJ, Templeman C, Morton T, Kelly GE, West L. Randomized placebo-controlled trial of an isoflavone supplement and menopausal symptoms in women. *Climacteric* 1999; 2:85-92
6. Percorsi Diagnostici in Menopausa, raccomandazioni per un inquadramento ottimale delle donne in menopausa fisiologica. A cura del: Gruppo "Menopausa" Azienda USL Modena, 2000
7. Laboratorio per il Cittadino Competente, CCM-CEVEAS Azienda USL Modena. Pagina del paziente: Invecchiamo bene. *La Nostra Salute* 2001; 10:28-29
8. Ministero della Salute. Menopausa e terapia ormonale sostitutiva. *Bollettino di Informazione sui Farmaci* 2001;6:218-223
9. Rymer J, Morris E. Menopausal symptoms. *Clinical Evidence* 2000;4:1091-1098
10. The writing group for the PEPI trial. Effect of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women: the postmenopausal estrogen/progestin intervention trial. *Journal of the American Medical Association* 1995; 273:199-208
11. Hulley S, et al for the Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *Journal of the American Medical Association* 1998; 280:605-613.
12. HERS Research Group. Final results of the Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS). Consultabili sul sito Internet: <http://www.keeptrack.ucsf.edu/hers2/HERSfindat.htm>
13. Panico S, Galasso R, Celentano E, Ciardullo AV, Frova L, Capocaccia R, Trevisan M, Berrino F. Large-scale hormone replacement therapy and life expectancy: results of international comparison among European and North American population, *American Journal of Public Health* 2000; 90:1397-1402
14. Berrino F, Bellati C. Dieta, ormoni, geni e cancro della mammella, *Epidemiologia e prevenzione* 1999; 23:246-252
15. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52705 women with breast cancer. *Lancet* 1997; 350:1047-1059
16. Barrett-Connor E. Fortnightly review: hormone replacement therapy. *British Medical Journal* 1998; 317:457-461
17. Grady D, Sawaya G. Postmenopausal hormone therapy increases risk of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *American Journal of Medicine* 1998; 105:41-43
18. Ciardullo AV, Panico S, Bellati C, Rubba P, Rinaldi S, Iannuzzi A, Cioffi V, Iannuzzo, Berrino F. High endogenous estradiol is associated with increased venous distension and clinical evidence of varicose veins in menopausal women, *Journal of Vascular Surgery* 2000; 32:544-9
19. Medical Research Council's General Practice Research Framework. Randomised comparison of oestrogen versus progestogen plus progestagen hormone replacement therapy in women with hysterectomy. *British Medical Journal* 1996;312:473-478
20. Pike MC, Peters RK, Cozen W, Probst-Hensch NM, Felix JC, Wan PC, Mack TM. Estrogen-progestin replacement therapy and endometrial cancer. *Journal National Cancer Institute* 1997;89:1110-6
21. Ross RK, Paganini-Hill A, Wan PC, Pike MC. Effect of hormone replacement therapy on breast cancer risk: estrogen versus estrogen plus progestin. *Journal National Cancer Institute* 2000;92:328-32
22. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *Journal of the American Medical Association* 2002; 288:321-333



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....