

Rosanna Lambertucci

Ha intervistato

La Dott.ssa ALESSANDRA GRAZIOTTIN

Direttore del Centro di ginecologia e sessuologia medica dell'Ospedale San Raffaele Resnati di Milano

Per la società di oggi fondata sui miti della giovinezza e della bellezza, la **menopausa rappresenta anche un handicap sociale?**

Certo, rappresenta uno sgradevole tabù di cui sembra garbato non parlare. E invece è un momento importantissimo per le donne, un passaggio cruciale per fare il punto sulla propria salute fisica e mentale, per abbandonare stili di vita sbagliati, per progettare quel terzo di vita in cui si va esaurendo l'impegno per la famiglia e i figli e si ha più tempo per sé.

Cos'è, esattamente, la menopausa?

La cessazione dei flussi mestruali legata alla mancata produzione di ovuli, a causa dell'esaurimento dei follicoli presenti nell'ovaio. La menopausa è il momento in cui cessa l'attività ovarica, in cui cioè le ovaie non producono più follicoli e non producono più gli estrogeni, cioè gli ormoni femminili principali.

In questo momento cessa quindi la fertilità della donna in quanto non essendoci più follicoli che maturano non vi è più produzione di ovociti che possono essere fertilizzati dallo spermatozoo, anche se nei primi periodi di menopausa (talora anche nei primi uno, due anni) vi possono essere molto raramente dei cicli ovulatori con produzione di ovociti. D'altra parte il venir meno degli estrogeni comporta una serie di ripercussioni sull'organismo femminile che possono manifestarsi con sintomi che talora compaiono precocemente e che caratterizzano la cosiddetta sindrome climaterica.

Dott.ssa Graziottin, ci sono dei segni, nelle donne, che annunciano l'avvicinarsi della menopausa? Esiste una pre-menopausa? Quali sono i **sintomi?**

I sintomi possono essere acuti, nei primi mesi dopo la menopausa, come vampate, sudorazioni, irritabilità, calo del desiderio sessuale, etc; intermedi, nei primi due tre anni, come rughe, riduzione della lubrificazione vaginale, perdita di elasticità dei capelli; tardivi, dopo mesi e anni, come depressione, ansia, perdita di memoria, fratture ossee...

Più comuni sono le "vampate", sgradevoli sensazioni di calore accompagnate da arrossamento della cute e da accelerazione del battito cardiaco. Di qui il nome di disturbi vasomotori (cioè dovuti alla funzione di cuore e vasi). Sono innocui, ma rimangono normalmente sgradevoli, soprattutto se rendono più difficile svolgere le proprie normali occupazioni o interrompono il sonno; in ogni caso tendono a scomparire col tempo anche in assenza di una terapia.

Più seri sono altri disturbi che coinvolgono l'apparato genito-urinario. I segni più frequenti riguardano il ciclo mestruale. In genere le mestruazioni diventano più ravvicinate, in alcuni casi più abbondanti, altre volte le mestruazioni tendono ad avvicinare. Il primo cambiamento ormonale responsabile di questa fase consiste in una ridotta produzione ovarica di progesterone, che si traduce poi in quelle iniziali alterazioni del ciclo. Ecco perché, in questa fase, il ginecologo prescrive del progesterone: proprio per correggere lo squilibrio endocrino e le sue manifestazioni mestruali.

Quali cambiamenti comporta nella donna, la menopausa?

- Modificazione nella distribuzione del grasso, che aumenta e si distribuisce diversamente nel corpo, provocando anche un aumento di peso.
- Diminuzione delle endorfine, che può indurre alla depressione.
- Atrofia di determinati organi e apparati genitali e urinari, tanto da determinare una possibile incontinenza urinaria e la difficoltà, o addirittura l'impossibilità, ad avere rapporti sessuali.
- La pelle diminuisce di spessore, e si facilita così la presenza di rughe.

C'è un età indicativa in cui può iniziare la menopausa ?

Generalmente dopo i 50 anni.

E invece, quando può verificarsi una **menopausa "precoce"** ?

Si parla di menopausa precoce quando l'esaurimento ovarico compare prima dei 40 anni, anche se qualcuno parla prima dei 45.

La menopausa è precoce quando si verifica prima dei quarant'anni. A volte, tutto avviene spontaneamente: si parla, in questo caso, di menopausa precoce spontanea, o POF (Premature Ovarian Failure), un fenomeno che riguarda l'1 per cento delle donne italiane.

In un altro 4-5 per cento circa, il problema è invece una conseguenza di cure mediche: in tal caso si tratta di una menopausa iatrogena, conseguenza di interventi chirurgici di asportazione bilaterale delle ovaie ("ovariectomia bilaterale"), di chemioterapia o di radioterapia pelvica.

I sintomi possono essere diversi e difficili da decifrare, soprattutto nella menopausa molto precoce, quando né il medico né la donna pensano a questa amara possibilità.

Dott.ssa Graziottin, il disagio per le donne non è solo fisico..... come cambia il modo di affrontare la vita?

Variazioni dell'umore fino alla depressione vera e propria, ansia, irritabilità, diminuzione della memoria e della capacità di concentrazione

E poi l'insonnia, che aggrava un senso di inesorabile stanchezza con drastica caduta del desiderio sessuale. Sentimenti di autosvalutazione, perdita della fiducia in se stessi, difficoltà a concentrarsi.

Bisogna tener conto che durante il periodo della menopausa spesso accadono eventi come il pensionamento dal lavoro, si perdono persone importanti della propria vita, bisogna affrontare la "sindrome del nido vuoto", i figli che vanno via da casa, il corpo che invecchia, etc...

Per far fronte a questi disagi non solo fisici viene consigliata alle donne la **terapia ormonale sostitutiva (TOS)**. Ho letto pareri del tutto opposti sulla terapia ormonale. Come può una donna essere tranquilla se anche gli esperti dicono uno l'opposto dell'altro? **Chi può fare la terapia ormonale dopo la menopausa? Lei a chi la dà? Quando si dovrebbe cominciare? Per quanto tempo?**

Il conflitto di opinioni anche tra gli esperti non aiuta la donna che si trovi poi a decidere il meglio per se stessa e il proprio futuro, visto che ormai possiamo vivere per oltre trent'anni dopo la menopausa.

Le presento subito un dato che parla da solo: in Italia fa la terapia ormonale sostitutiva (TOS) il 4% delle donne, ma il 57% delle ginecologhe e il 59% delle mogli dei ginecologi. È l'unico caso in medicina, a mia

conoscenza, in cui i medici usano una terapia 11 volte più dei pazienti, quando di solito usano i farmaci mediamente molto meno dei loro assistiti...

E all'estero? Uno studio condotto nei Paesi Nordici (Finlandia, Norvegia, Svezia), ci dice che lì fa la terapia il 52% delle donne e l'86% delle ginecologhe al momento della menopausa.

Personalmente la prescrivo all'82% delle mie pazienti in menopausa. Non la fa chi sta benissimo, oppure chi ha una controindicazione maggiore: ossia tumori ormonodipendenti (alla mammella, all'utero o all'ovaio), epatiti acute o croniche, pregresse tromboflebiti, trombosi, ictus o infarti, o malattie autoimmuni che mostrano un rischio di peggioramento, quali il Lupus eritematoso sistemico.

Certo, chi viene da me sa che io sono favorevole alla terapia: esiste cioè un fattore di autoselezione delle pazienti che spiega perché la mia percentuale sia così elevata. Resta il fatto che da trent'anni utilizzo la terapia ormonale, perché fin dalla mia laurea, con le specializzazioni in ginecologia e oncologia, ho lavorato molto con le donne giovani in menopausa chirurgica o causata da chemio o radioterapia, come succede per esempio dopo la terapia per leucemie e linfomi. L'esperienza mi ha insegnato che usata bene, fin dall'inizio della menopausa e con dosaggi personalizzati, questa terapia dà più vantaggi, alla salute e alla qualità della vita, che rischi, come del resto hanno dimostrato le molte "ri-analisi" dei dati americani che all'inizio avevano così spaventato anche i medici. In particolare, un dato è emerso con certezza: l'età di inizio della terapia è un fattore critico, al punto che si parla di "finestra di opportunità" ("window of opportunity").

La terapia ormonale fa bene, se usata durante o subito dopo la menopausa. Può diventare rischiosa o francamente negativa se iniziata tardivamente, quando molte patologie cardiovascolari o neurodegenerative sono già avanzate; se fatta con dosaggi e tipo di ormoni inappropriati e/o in donne già a rischio di patologie tumorali o cardiovascolari (per esempio se obese, e/o fumatrici).

I criteri che utilizzo per prescrivere la terapia ormonale sostitutiva sono i seguenti:

a) sintomi, che includono dolori articolari, insonnia, depressione e irritabilità, caduta del desiderio, perdita di memoria, secchezza vaginale, urgenza minzionale, oltre a vampate e sudorazioni;

b) segni clinici, quali distrofia vulvovaginale e/o secchezza della cute e delle mucose, e segni strumentali (osteopenia o osteoporosi alla densitometria ossea computerizzata);

c) età alla menopausa: più giovane è la donna, maggiore è l'indicazione alla TOS almeno fino ai 50 anni compiuti, se non esistono le controindicazioni maggiori che le ho indicato sopra.

Su questo punto, come sui sintomi, esiste consenso tra le tre maggiori associazioni scientifiche sulla menopausa: la European Menopause and Andropause Society (EMAS), di cui sono stata nel Direttivo internazionale, per due mandati; la North American Menopause Society (NAMS); e la International Menopause Society (IMS). Questo per dirle che almeno su alcuni punti i più qualificati esperti internazionali sono tutti d'accordo!

d) tipo di menopausa: la iatrogena – ossia causata da asportazione chirurgica delle ovaie, da chemioterapia (per esempio per linfomi o leucemia) o da radioterapia pelvica o total body – aumenta il bisogno di TOS, sia perché spesso avviene in più giovane età, rispetto alla menopausa naturale, sia perché la iatrogena priva la donna anche degli androgeni prodotti dall'ovaio;

e) familiarità per malattie che peggiorano in assenza di estrogeni (come il morbo di Alzheimer, il morbo di Parkinson, l'osteoporosi). Quest'attenzione è mia personale: d'altra parte far tesoro delle informazioni che ci vengono dalla storia familiare della paziente mi sembra un ottimo modo di valutare bene rischi e benefici, così da personalizzare ulteriormente le cure. Anche per molti anni, ovviamente adeguando i dosaggi all'età, purché la donna abbia anche stili di vita sani e non siano nel frattempo comparse controindicazioni. I controlli e la rivalutazione dell'indicazione alla terapia sono annuali.

Per affrontare bene la menopausa è importante anche avere uno stile di vita sano.....

- essere normopeso;
- scegliere un'alimentazione povera di grassi saturi e zuccheri semplici, preferendo frutta e verdura, cereali e legumi, pesce, carne bianca, latte e formaggi freschi; se esistono intolleranze ai latticini, integrare la dieta con 1000 mg di calcio al dì, più vitamina D;
- fare almeno mezz'ora di movimento fisico vivace al giorno;
- evitare il fumo e limitare gli alcolici a un bicchiere di vino rosso al giorno;
- dormire almeno sette ore per notte;
- mantenere in esercizio la mente, leggendo e imparando tutti i giorni qualcosa di nuovo;
- coltivare gli affetti familiari, l'amicizia e l'amore.