

Cosa deve fare allora la donna in menopausa?

Raccomandazioni

Va precisato che i risultati di questa ricerca non sono applicabili a trattamenti di breve durata (alcuni mesi) effettuati per ridurre i fastidiosi sintomi della menopausa, né ai trattamenti effettuati nelle donne più giovani, ad esempio per una menopausa precoce: in questi casi i vantaggi possono essere superiori ai rischi. Inoltre il WHI non fornisce informazioni sul trattamento con estrogeni non associati a progestinici, che però possono essere dati solo a donne isterectomizzate.

L'assunzione di estrogeni per ridurre i sintomi che si manifestano all'inizio della menopausa (i più comuni sono vampate, sudorazioni, insonnia e secchezza della vagina) può essere molto utile specialmente se i disturbi sono mal sopportati. Un trattamento breve (alcuni mesi in genere sono sufficienti) comporta in questi casi molti più benefici che rischi, e salvo controindicazioni assolute non c'è nessun motivo per rinunciarvi. Analogamente, nel caso di menopausa precoce (naturale o chirurgica), la terapia può essere opportuna fino all'età media della menopausa nella nostra popolazione (50-51 anni), sempre se non vi sono controindicazioni e sottoponendosi ai necessari controlli.

Non è invece raccomandabile continuare la terapia ormonale sostitutiva oltre il periodo necessario per ridurre i sintomi, almeno dopo aver raggiunto l'età della menopausa naturale. Le stesse indicazioni vanno prudenzialmente con-

siderate valide sia per gli estrogeni orali che per quelli in formulazioni transdermiche (cerotti), mentre nelle donne senza utero che assumono solo estrogeni i dati attualmente disponibili sono insufficienti per dare indicazioni precise (vi sono studi in corso). Le donne che assumono estrogeni in qualunque formulazione abbinati a progestinici a scopo unicamente preventivo, cioè al di fuori dei casi di terapia dei sintomi o della menopausa precoce, dovrebbero quindi consigliarsi con il loro medico di fiducia circa l'opportunità di smettere il trattamento.

I benefici che si volevano perseguire con la terapia ormonale sostitutiva (soprattutto prevenzione dell'osteoporosi e delle malattie cardiovascolari) possono essere ottenuti con altre misure, tra le quali spicca per importanza ed efficacia lo stile di vita basato su alimentazione corretta, astensione dal fumo ed esercizio fisico. Nei casi di rischio particolarmente elevato, sono comunque disponibili altri farmaci.

16 Ottobre 2002



Associazioni firmatarie

CSerMEG - Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale; **SIMeF** - Società Italiana di Medicina di Famiglia; **FIMMG** - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale; **AIMEF** - Associazione Italiana di Medicina di Famiglia; **ASSIMeFac** (già **AssCuMI**) - Associazione Società Scienitifica Interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e di Comunità; **EGPRW** - European General Practice Research Workshop - Italia; **SIQuAS-VRQ** - Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria - Verifica e Revisione di Qualità; **Heart Care Foundation** - Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari-ONLUS; **AIE** - Associazione Italiana di Epidemiologia; **ANMCO** - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri; **Rivista Occhio Clinico**; **Coordinamento Tecnico Direttori Dipartimento Servizi Sanitari di Base di ASL Regione Lombardia**

ASSIMeFaC

A proposito di terapia ormonale sostitutiva in MENOPAUSA

Posizione delle Associazioni
scientifiche della
Medicina di Famiglia



Associazione Cultura Medica Interdisciplinare

Le più recenti acquisizioni scientifiche

Il recente studio americano denominato Women's Health Initiative (WHI), pubblicato sulla rivista JAMA, ha dimostrato che l'assunzione combinata di estrogeni e progestinici dopo la menopausa presenta complessivamente più rischi che benefici. Questo risultato ha suscitato comprensibili preoccupazioni, ma anche reazioni e commenti non sempre utili a fare chiarezza.

Le Società Scientifiche dei Medici di Medicina Generale ritengono perciò opportuno presentare questa posizione, basata sulle conoscenze attualmente disponibili, che riassume le informazioni essenziali.

Le donne interessate potranno ottenere dal loro medico di fiducia ulteriori chiarimenti ed indicazioni personalizzate, in modo da poter compiere una scelta libera e consapevole.

Le conoscenze precedenti

Precedentemente al WHI numerose osservazioni suggerivano un possibile e notevole effetto protettivo degli estrogeni (somministrati a lungo dopo la menopausa) nella prevenzione dell'osteoporosi e di alcune importanti patologie cardiovascolari: alcuni dati lasciavano supporre addirittura un dimezzamento di malattie come la cardiopatia ischemica e l'infarto del miocardio. Sta di fatto però che si trattava soltanto di ipotesi non dimostrate mediante studi scientifici rigorosi, e lo studio WHI si proponeva quindi di sottoporle ad una verifica definitiva.

Lo studio Women's Health Initiative

Circa 16.000 donne di età compresa tra 50 e 79 anni sono state incluse nella sperimentazione. Di

queste, metà sono state sorteggiate ad assumere una combinazione di pillole a base di estrogeni naturali coniugati associati ad un progestinico (indispensabile per bilanciare il rischio di tumori all'utero), mentre l'altra metà assumeva pillole di placebo, cioè prive di ormoni. Questa metodologia di indagine (trial clinico controllato) è la più sicura per dimostrare gli effetti di una terapia, e viene infatti normalmente usata nelle ricerche cliniche per ottenere risultati affidabili.

La durata prevista dello studio era di circa 8 anni, al termine dei quali si sarebbero tratte le conclusioni confrontando gli effetti nei due gruppi di donne. Come è noto, lo studio è stato invece interrotto in anticipo, non appena è divenuto chiaro che gli svantaggi prevalgono sui benefici e la sua prosecuzione non avrebbe più potuto modificare i risultati. Nei circa 5 anni precedenti all'interruzione del WHI, si sono avuti nelle donne che assumevano estrogeni e progesterone:

- un aumento del 29% di cardiopatie coronariche, pari a circa 7 casi in più ogni anno su 10.000 donne
- un aumento del 26% di tumori del seno, pari a circa 8 casi in più ogni anno su 10.000 donne
- un aumento del 41% di ictus cerebrale, pari a circa 8 casi in più ogni anno su 10.000 donne
- un aumento del 113% di tromboembolie polmonari, pari a circa 8 casi in più ogni anno su 10.000 donne

I vantaggi sono stati invece:

- una diminuzione del 34% delle fratture dell'anca, pari a circa 5 casi in meno ogni anno su 10.000 donne
 - una diminuzione del 37% dei tumori del colon, pari a circa 6 casi in meno ogni anno su 10.000 donne .
- Non vi sono state invece differenze significative di mortalità nei due gruppi di donne.*

Valutazione dei risultati

Come si può osservare dai dati, i valori espressi in percentuale danno un'impressione preoccupante, ma i numeri assoluti per 10.000 donne chiariscono che si tratta di rischi modesti e non è quindi giustificato alcun allarmismo. Tuttavia è innegabile che ci si trova di fronte all'opposto di quanto si sperava di poter dimostrare: la terapia a base di estrogeni associati a progestinici, pur riducendo le fratture e i tumori del colon, nel complesso presenta più rischi che benefici.

La grandissima maggioranza delle donne che la pratica, anche se non incorre in effetti avversi, non ottiene quindi nessun reale vantaggio in termini preventivi, facendo cadere la motivazione per un trattamento prolungato. La conclusione è che in base a questi risultati una terapia ormonale sostitutiva di lunga durata non è raccomandabile per le donne appartenenti alla tipologia studiata, quelle cioè apparentemente in buona salute di età tra 50 e 79 anni. Per quanto riguarda invece le donne affette da malattie cardiovascolari la terapia è da ritenersi controindicata.

