

DALLA MENOPAUSA IN POI UNA NUOVA ETA'

Daniela Nascetti

L'argomento di oggi è particolarmente corposo perché riguarda una fascia della vita molto ampia - quasi metà della vita stessa- e potrebbe essere sviluppato in molti modi. Per affrontare l'argomento "Salute della Donna dalla Menopausa in poi" da un punto di vista medico, mi sembra importante riallacciarmi ad alcune considerazioni fatte nel primo incontro sulla Medicina di Genere.

DAL PRIMO INCONTRO:

1) Uguaglianza di genere e salute nell'Unione Europea

L'ultimo report di febbraio 2021 riconosce e ribadisce l'importanza dei determinanti sociali, ambientali ed economici per la salute. Sebbene l'aspettativa di vita sia inferiore per gli uomini, il vantaggio delle donne non si traduce in anni più sani poiché le donne in Europa riferiscono uno stato di salute peggiore rispetto agli uomini e soffrono di un carico maggiore di condizioni debilitanti. Le norme di genere influenzano lo stato di salute, nonché l'accesso ai servizi sanitari. Si ritiene che lo svantaggio di morbilità delle donne possa essere una conseguenza delle strutture sociali, delle tradizioni, della discriminazione, delle norme di genere e delle politiche che limitano l'accesso delle donne ai privilegi sociali e siano anche legati all'occupazione e alle risorse economiche. È anche probabile che la tensione lavorativa familiare abbia un impatto sulla salute fisica e mentale delle donne. Le donne hanno maggiori probabilità di sperimentare la genitorialità single e di essere disoccupate o sottoccupate a causa delle responsabilità familiari.

2) I progressi tecnologici degli ultimi 30 anni hanno portato alla medicina super-specialistica, che se da un lato ha portato a grandi progressi tecnologici e farmacologici nella cura delle malattie, dall'altro ha avuto come effetto negativo la perdita della visione d'insieme della/del paziente e la constatazione di come spesso manchi la figura di un supervisore che coordini ed elabori l'operato dei vari specialisti tra i quali il paziente viene "frammentato" (ruolo che dovrebbe essere in parte ricoperto dal medico di base). La reazione è stata la crescita della richiesta di prestazioni verso la "medicina alternativa", che nel suo approccio olistico pone al centro della propria filosofia la centralità dell'essere umano. In alcune sfaccettature l'approccio olistico è diventato sinonimo di utilizzo di rimedi e cure cosiddetti "alternativi", spesso proposti in opposizione o in parallelo all'approccio "tradizionale". La sfida che oggi si pone è quella di trovare una giusta e sinergica alleanza fra le due componenti, che non devono essere pensate come antitetiche, bensì come complementari.

3) **Rita Biancheri,....** La Medicina narrativa può fornire un supporto nell'attenuare il conflitto tra paziente e servizio sanitario e ripristinare quel rapporto di fiducia che sembra venir meno nell'attuale soddisfazione degli utenti.

Ripartire dall'anamnesi, dalla Medicina narrativa, affinché ognuno di noi diventi protagonista in una relazione interattiva e circolare.

4) Vorrei concludere aggiungendo un'ultima riflessione: cosa può fare ognuna di noi a livello personale per comprendere il concetto di Medicina di genere?

- avere coscienza dei limiti della medicina
- avere consapevolezza che il nostro corpo non è un insieme di organi isolati, ma un formidabile complesso funzionante di circuiti neuroendocrini collegati tra loro, i quali fanno funzionare i vari organi in base alle varie fasi della vita biologica, e non solo in base a processi interni ma anche in base alle relazioni con l'esterno (lavoro, affetti...) in una relazione incessante fra microcosmo e macrocosmo
- portare la narrazione nel rapporto con i professionisti della salute e chiedere ascolto
- pretendere ma anche fornire una rigorosa e il più possibile completa documentazione sanitaria degli esami svolti per favorire l'inquadramento del sintomo in questione

Per concludere, oltre alla sociologia, ai gender studies, ai centri di ricerca e alle istituzioni, noi per prime/primi dobbiamo accrescere la nostra consapevolezza di essere persone, non un meccanico insieme di organi.

Queste considerazioni sono alla base del discorso che vogliamo riprendere oggi, parlando della salute della donna dalla menopausa in poi.

Ci troviamo in quella che può essere definita transizione di mezza età.
 Si tratta di un'importante transizione biologica caratterizzata da un radicale cambiamento ormonale.



1 DIA/ Lungo la strada della nostra vita c'è la tappa biologica della menopausa: Immaginiamo di percorrere questo tratto di strada ed è già chiaro come sia individuale il percorso che ognuna di noi si trova a fare e quindi dovremmo parlare di tante menopausa quante donne siamo ora qui; non potendo fare ciò parliamo degli eventi che accadono in modo schematico, riduttivo e incompleto, rispetto alla soggettività che caratterizza ogni fase biologica.



2 DIA/ La parola MENOPAUSA significa ultima mestruazione e quindi si riferisce ad un fatto che interessa l'organo utero (appunto l'ultima mestruazione) - scelto come indicatore visibile e misurabile, di un qualcosa di ben più vasto, che coinvolge la donna nella sua totalità e interezza psicofisica.



3 DIA/ Quando l'orologio biologico scandisce l'ora del climaterio ci troviamo all'inizio del tratto di strada "lavori in corso" ed è il tratto più faticoso si chiama PREMENOPAUSA

LA TRANSIZIONE MENOPAUSALE E' UN PERIODO VARIABILE DA 1 A 4-5 ANNI: periodo lungo !

Questo periodo è quindi caratterizzato da oscillazioni ormonali che a volte si fanno sentire in modo piuttosto antipatico.

I sintomi che la donna può avvertire durante questa fase di transizione sono variabili perché è molto soggettivo l'entità delle oscillazioni ormonali: se da un lato è piuttosto comune, frequente, che quando gli estrogeni cominciano a calare molte donne hanno vampate, sudori, irritabilità, disturbi del sonno, dall'altro ci possono essere sintomi che interessano solo alcune donne, fra cui i dolori osteoarticolari.

primi segnali della premenopausa

- **irregolarità del ciclo**
- **disturbi dell'umore:** peggiora la sindrome premestruale, con aumento dell'irritabilità
- **disturbi del sonno:** risvegli frequenti e precoci
- **tachicardie notturne**
- **variazioni nel peso**
- cambiamenti nella sessualità
- dolori articolari
- vampate di calore

La fluttuazione dei livelli degli estrogeni (ovaie) va a sregolare la "centralina" chiamata ipotalamo, che si trova al centro del cervello e che regola tutti i nostri bioritmi (del sonno, dell'appetito, del ritmo cardiaco, dell'umore...).

4 DIA/ I PRIMI SEGNALI DELLA PREMENOPAUSA SONO DOVUTI ALLA FLUTTUAZIONE

46 anni.....CLIMATERIO.....54 anni
PREMENOPAUSA

FLUTTUAZIONI ORMONALI
le ovaie lentamente vanno a riposo

BURRASCA ORMONALE
le ovaie con "stress"
=
sintomi amplificati

5 DIA/ FLUTTAZIONI ORMONALI

6 DIA /

Parlare della salute della donna nella transizione menopausale , valutando la reattività psicofisica nella sua interezza, non solo ginecologica, significa:

1) da un lato i sintomi e quindi quali strategie possono essere adottate per aiutare la donna in questo passaggio

2) Fase biologica di criticità che può diventare una **FINESTRA DI OPPORTUNITA'** MAGGIORE CONSAPEVOLEZZA, sia da parte della società e dei medici, ma soprattutto da parte della donna, significa **GUARDARE IL TUTTO DA UN ALTRO PUNTO DI VISTA: QUESTO E' UNO DEI CONCETTI PIU' IMPORTANTI DELLE RICERCHE SULLA SALUTE DELLA DONNA: LO STUDIO DELLA BIOLOGIA DELLA MENOPAUSA NON SOLO AL FINE DI POTER MEGLIO COMPRENDERE CIO' CHE ACCADE IN QUEGLI ANNI , MA PER CAPIRE I RISCHI INDIVIDUALI CHE LA MENOPAUSA PUO' FAR EMERGERE E CHE POTRANNO INTERESSARE QUELLA SINGOLA DONNA DOPO MOLTI ANNI DALLA**

MENOPAUSA STESSA. LA MENOPAUSA OFFRE QUINDI UN MOMENTO DI ATTENZIONE E SORVEGLIANZA . Diventa una **FINESTRA DI OPPORTUNITA'** se si agisce sulla qualità della vita e sui fattori di rischio, quando ancora le ovaie producono una certa quantità di estrogeni che possono aiutare il metabolismo.

*La salute della donna
nella transizione menopausale*

- 1) Valutazione dei sintomi per migliorare la qualità della vita in questo passaggio biologico
- 2) Valutazione dei sintomi e del quadro generale psicofisico, per valutare i fattori di rischio che incidono sulla soggettività dell'invecchiamento

**TRANSIZIONE MENOPAUSALE
FINESTRA DI OPPORTUNITA'**

....trè esempi

- RISCHIO CARDIOVASCOLARE
- RISCHIO OSTEOPOROSI
- RISCHIO INCONTINENZA URINARIA

7 DIA/ esempio di 3 rischi

Malattie cardiovascolari

Esistono prove che i fattori di rischio per patologia cardiovascolare possono aumentare con la menopausa e che la donna in menopausa perde il vantaggio di genere sul rischio di eventi cardiovascolari rispetto all'uomo: il rischio di malattia cardiovascolare aumenta certamente con l'aumentare dell'età. La menopausa può rappresentare quindi il momento nella vita della donna in cui valutare il profilo di rischio cardiovascolare.

I dati che emergono dagli studi epidemiologici suggeriscono che, nelle donne in menopausa,

la riduzione degli estrogeni endogeni aumenta la probabilità di eventi, attraverso alterazioni nei meccanismi che regolano componenti metaboliche lipidiche e glucidiche e la risposta vascolare: come conseguenza della carenza estrogenica, il profilo lipidico della donna in menopausa è caratterizzato da un aumento significativo, seppur di non entità marcata, dei livelli sierici di colesterolo totale, della frazione lipoproteica LDL e VLDL e dei trigliceridi. Studi di letteratura evidenziano, infatti, come la **menopausa si associ a un aumento di circa il 7,6% dei livelli delle componenti lipidiche** (Tr.molli.res 1999), con incremento, in particolare, del colesterolo totale di circa il 6,8% (Do 2000). La correzione e il mantenimento di un corretto profilo lipidico nella donna devono essere ottenuti attraverso un adeguato intervento sullo stile di vita, eventualmente associato a un trattamento farmacologico ([prova di livello II, forza della raccomandazione A](#)).

L'incremento di massa grassa e l'aumento del grasso viscerale contribuiscono nella donna in menopausa a ridurre la sensibilità all'insulina sia dei muscoli sia del tessuto adiposo, in un quadro dismetabolico associato all'aumento di rischio di diabete (Collins 2007). In caso di diagnosi di diabete, va attuata un'appropriate terapia farmacologica associata a un corretto stile di vita ([prova di livello II, forza della raccomandazione B](#)).

I meccanismi responsabili di un'alterata funzione vascolare nella donna in menopausa sono riconducibili a un alterato profilo sia fibrinolitico, per aumento dei livelli di PAI-1 e riduzione di livelli di t-PA, sia coagulativo, per aumento dei livelli di fattore VII e di fibrinogeno (Falc. 2001; Lindoff 1996).

La menopausa rende la donna particolarmente vulnerabile alla patologia cardiovascolare anche per le significative alterazioni emodinamiche responsabili di alterata **pressione arteriosa** (Collins 2007). Dati di un ampio studio, condotto su donne di età compresa tra 45 e 65 anni analizzate per la fascia d'età di insorgenza della menopausa (menopausa precoce, menopausa tardiva e periodo postmenopausale), hanno evidenziato che la menopausa si associava a un significativo e progressivo incremento dei fattori di rischio e che l'ipertensione e i cambiamenti metabolici erano il risultato della menopausa e non strettamente correlati all'invecchiamento.

Le recenti linee guida internazionali sottolineano il ruolo delle differenze di genere nella costruzione del profilo di rischio e dei potenziali benefici degli interventi di prevenzione.

Osteoporosi postmenopausale

L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da riduzione e alterazione qualitativa della massa ossea, che si accompagna ad aumento del rischio di frattura. Sono considerate "primitive" le forme di osteoporosi postmenopausali e senili, "secondarie" quelle determinate da un ampio numero di patologie e farmaci.

I fattori genetici giustificano circa il 30% del rischio di osteoporosi.

La sintomatologia climaterica sembra identificare un sottogruppo di donne a rischio di osteoporosi. Infatti, nelle donne in postmenopausa che presentano una sintomatologia vasomotoria intensa, è stata dimostrata una più alta incidenza di osteoporosi e di fratture a essa correlate (Gast 2009; Crandall 2014).

Secondo tutte le linee guida internazionali, l'indagine densitometrica è raccomandata a tutte le donne oltre i 65 anni. Per donne di età inferiore, l'indagine è raccomandata solo in presenza di fattori di rischio (LEA Regione Toscana GRT 308/2010).

Per le donne in menopausa:

- anamnesi materna di frattura osteoporotica in età <75 anni;
- menopausa prima dei 45 anni;

- magrezza: BMI <19 Kg/m..

In alternativa, occorre la presenza di 3 o più fattori di rischio minori:

- età superiore ai 65 anni;
- anamnesi familiare di grave osteoporosi;
- periodi superiori a 6 mesi di amenorrea premenopausale;
- inadeguato apporto di calcio (<1.200 mg/d.);
- fumo >20 sigarette/di
- abuso di alcol (>60 g/di).