

1. Qualche definizione per la menopausa

La menopausa è un evento del tutto naturale nella vita di una donna, che è in continuo incremento per due ragioni:

1. per l'aumento della popolazione femminile: oltre 10 milioni di donne italiane sono in menopausa;

2. per il prolungamento dell'attesa di vita: mentre attualmente la vita media di una donna è di circa 80 anni, all'inizio del '900 era di 50 anni, la comparsa della menopausa, invece, è rimasta sempre invariata intorno ai 50 anni; la donna d'oggi si trova "felicitemente" a vivere almeno 30 anni della propria vita dopo la menopausa (1).

La menopausa, da evento riservato a poche donne e spesso per un breve periodo, è diventata una vera e propria stagione della vita della donna (2).

1.1 La menopausa

■ La menopausa corrisponde all'ultima mestruazione della vita della donna, evento dovuto alla progressiva riduzione della produzione dei principali ormoni femminili (in particolare gli estrogeni) da parte delle ovaie.

► La menopausa è confermata quando, in una donna di oltre 45 anni, le mestruazioni sono assenti per 6-12 mesi consecutivi, in associazione alla comparsa dei tipici sintomi e ad un significativo aumento dei livelli ematici dell'ormone follicolo-stimolante (FSH). In ogni modo, solo il tempo fornisce la garanzia di una diagnosi corretta.

► Nel mondo occidentale, l'età media della menopausa è di circa 51 anni, compresa tra 45 e 55 anni. In Italia l'inizio della menopausa spontanea varia da 50,2 a 50,9 anni.

La menopausa è sinonimo di vecchiaia? No, poiché la menopausa inizia verso i 50 anni e la vecchiaia dopo i 65 anni.

► L'inizio della menopausa sembra influenzato da due fattori: familiarità e fumo di sigaretta. In sostanza, l'età in cui è andata in menopausa la madre è quella in cui vi andrà la figlia e le forti fumatrici raggiungono la menopausa 2 anni prima. Anche le donne mancine pare anticipino la menopausa di 1-2 anni. Non sono, invece, chiare le relazioni tra l'inizio della menopausa e l'età della prima mestruazione (menarca), il numero di gravidanze (parità), l'uso di contraccettivi orali e lo stato socio-economico. Restano alcuni dubbi sull'alimentazione e sul peso corporeo: è possibile che un maggior consumo di carne e di alcool ed un certo grado di sovrappeso possano posticipare la comparsa della menopausa.

1.2 La perimenopausa

■ La menopausa è preceduta da una fase di transizione caratterizzata, soprattutto, da irregolarità del ciclo mestruale detta perimenopausa (praticamente è una fase di inter-regno tra essere e non essere mestruate).

In questo periodo le mestruazioni spesso tendono a ritardare (oligoamenorrea) oppure ad anticipare (polimenorrea); altre volte diventano molto abbondanti (ipermenorrea), fino a raggiungere il carattere di una vera e propria emorragia (metrorragia); oppure si riducono (ipomenorrea), fino a presentarsi sotto forma di scarse perdite rosso scuro (spotting).

► Nel 10% delle donne in perimenopausa compaiono le tipiche vampate di calore con sudorazioni; mentre i disturbi del sonno e le variazioni dell'umore, se presenti, non sempre sembrano collegati alla menopausa.

► Una progressiva perdita del calcio nelle ossa (osteopenia) e un aumento del colesterolo nel sangue (ipercolesterolemia) iniziano già in questa fase della vita.

La contraccezione in perimenopausa

■ Durante la perimenopausa avviene un calo della fertilità, ma una gravidanza continua ad essere possibile fino a 1 anno dopo l'ultima mestruazione. Per questo la scelta di un metodo contraccettivo, quindi, è necessaria anche in perimenopausa. Il contraccettivo dovrà essere efficace, ma anche innocuo, cioè privo di effetti collaterali ed accettabile da parte della donna che lo utilizza.

► I **metodi naturali** si basano sulla presunta determinazione dell'ovulazione, in base al conteggio dei giorni fecondi, all'osservazione del muco cervicale e alla registrazione della temperatura basale. Quindi, per evitare il concepimento, è necessario astenersi dai rapporti 3-4 giorni prima e dopo l'ovulazione. L'indice di fallimento è del 20-30%.

Durante la perimenopausa sono sconsigliati, perché l'ovulazione diviene sempre più incostante; inoltre, questi metodi implicano lo sforzo di astenersi dai rapporti in giorni in cui il desiderio è fisiologicamente più vivo.

Il **coito interrotto** è una pratica usata da molte coppie, che consiste nell'estrazione del pene dalla vagina prima che avvenga l'eiaculazione. Oltre all'alto indice di fallimento (10-18%), presuppone un certo autocontrollo da parte dell'uomo e spesso non è soddisfacente per la donna, che lamenta la mancanza di orgasmo (3).

► I **metodi barriera** si basano sul mancato passaggio degli spermatozoi nell'utero tramite il **preservativo**, guaina di lattice da applicare sul pene, o tramite il **diaframma**, cupola di lattice da inserire in vagina per ricoprire il collo dell'utero. L'indice di fallimento è del 5-15%.

Tali metodi possono essere utilizzati in perimenopausa. Per aumentarne l'efficacia si associano gli **spermicidi**, sostanze chimiche che bloccano e distruggono gli spermatozoi. Si presentano sotto forma di creme, ovuli, schiume, che vanno applicati in vagina in modo da ricoprire il collo dell'utero.

Il preservativo protegge dalle malattie a trasmissione sessuale, come l'AIDS e l'epatite B.

► La **spirale** (*Multiload Cu 375, Nova T*) è un dispositivo di plastica a forma di T o 7, avvolto da un filo di rame, che è inserito nell'utero, dove resta per almeno 5 anni. Agisce provocando delle modificazioni dell'endometrio tali da renderlo inadatto all'annidamento dell'embrione. Inoltre, il rame riduce la motilità e la vitalità degli spermatozoi. L'indice di fallimento è dell'1-2%.

È un buon metodo per le donne in perimenopausa. Una controindicazione al suo impiego è la presenza di emorragie genitali di natura da diagnosticare.

La **spirale al progesterone** (*Mirena*) è particolarmente interessante per la donna in perimenopausa, perché riduce la quantità del mestruo, reso spesso più abbondante dalle alterazioni ormonali di questo periodo.

► La **pillola** è un metodo ormonale composto di un estrogeno e un progestinico, che agisce bloccando l'ovulazione; inoltre, si associano anche dei cambiamenti del muco cervicale e dell'endometrio che rendono la pillola un contraccettivo efficace. L'indice di fallimento è dello 0,02-0,8%.

La pillola, soprattutto quella a basso dosaggio (*Estinette, Fedra, Harmonet, Loette, Mercilon, Miranova, Securgin, Yasminelle*), può essere assunta dalle donne in perimenopausa, purché in buona salute, in particolare senza fattori di rischio cardiovascolare. Le controindicazioni sono: le malattie epatiche, le alterazioni del metabolismo lipidico, le tromboflebiti, i tumori dell'utero e della mammella, ma anche l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, il fumo di sigaretta e l'obesità. Gli effetti collaterali (mal di testa, nausea, tensione e dolorabilità mammaria, edema, nervosismo) di solito sono ben tollerati e transitori. La pillola presenta anche il vantaggio di regolare il flusso mestruale, attenuando molti dei fastidi tipici della perimenopausa.

► La **minipillola** (*Cerazette*) è un metodo ormonale composto di solo progestinico, trova in questa fascia di età un suo

impiego, perché molti degli effetti collaterali legati alla presenza dell'estrogeno sono ridimensionati.

In che cosa consiste la sterilizzazione? È un intervento chirurgico che consiste nel legare o tagliare un tratto delle tube, impedendo l'incontro tra la cellula uovo e gli spermatozoi. L'intervento di solito è realizzato per via laparoscopica, in anestesia generale. Il flusso mestruale si svolge regolarmente e il desiderio sessuale non è modificato. La sterilizzazione maschile, invece, consiste nella legatura dei dotti deferenti, affinché lo sperma sia privo di spermatozoi. L'intervento può essere eseguito in ambulatorio in anestesia locale e dura circa 15 minuti.

1.3 Il climaterio

■ Si chiama climaterio quel periodo di vita che precede e che segue di qualche anno la menopausa. Nel mondo anglosassone è chiamato "*change of life*" (letteralmente "cambiamento di vita"), termine che meglio esprime ciò che realmente accade in questo periodo.

► Il climaterio spesso è associato a sintomi che configurano la sindrome climaterica. I sintomi tipici della carenza estrogenica sono quelli vasomotori (vampate, sudorazioni) e quelli urogenitali (secchezza vaginale, dispareunia, urgenza e frequenza minzionale, incontinenza urinaria). Altri sintomi come irritabilità, ansia, depressione, insonnia, ridotta capacità di concentrazione, diminuzione della memoria, riduzione della libido, alterazioni della pelle e dolori articolari non sono riconducibili alla sola carenza estrogenica.

Tab. 1 – LA MENOPAUSA E LE SUE DEFINIZIONI (OMS 2000)

Menopausa spontanea o naturale:

definitiva cessazione delle mestruazioni derivante dalla perdita della funzione ovarica. È diagnosticata retrospettivamente dopo 12 mesi consecutivi di amenorrea, in assenza di qualsiasi altra causa fisiologica o patologica. Il marker biologico dell'evento è rappresentato dalla stabilità di valori elevati di FSH (>40mU/ml).

Premenopausa:

indica il periodo di circa 10 anni prima della menopausa e finisce con l'ultima mestruazione; è caratterizzato da elevati valori di FSH (tra 30 e 50 mU/ml). Termine ambiguo, che genera confusione e andrebbe abbandonato.

Postmenopausa:

indica il periodo che segue l'ultima mestruazione, indipendentemente dal tipo di menopausa, spontanea o indotta.

Perimenopausa o transizione menopausale:

indica il periodo (2-8 anni) che precede la menopausa e comprende il primo anno successivo all'ultima mestruazione.

Menopausa indotta o artificiale:

è la comparsa della menopausa che segue alla rimozione chirurgica di entrambe le ovaie (annessiectomia con o senza asportazione dell'utero) o alla compromissione della funzione ovarica (chemioterapia o radioterapia).

Menopausa precoce o prematura:

è la comparsa della menopausa prima dei 40 anni; può essere dovuta a fattori genetici, immunitari, oppure a interventi medici (chemioterapia e radioterapia) o chirurgici (annessiectomia).

Climaterio:

indica il periodo della vita della donna che precede e segue per un tempo variabile la transizione dalla fase riproduttiva a quella non riproduttiva (*International Menopause Society*).

2. I cambiamenti del corpo in menopausa

La menopausa è un momento di svolta nella vita di una donna che coinvolge il corpo e la mente in una trasformazione graduale e parallela al trascorrere degli anni. Le modificazioni ormonali interessano tutte le donne, il 70% manifesta dei disagi e dei rischi tali da alterarne la qualità di vita. Ciò fa pensare che l'organismo femminile metta in atto dei meccanismi di compenso nei confronti della mancanza di estrogeni, ma anche che altri fattori (invecchiamento, emotività, stile di vita) possano influire sul manifestarsi di tali cambiamenti.

Il graduale calo ormonale provoca la comparsa di una serie di disagi precoci, a carico soprattutto del sistema nervoso centrale, del basso tratto genitale e urinario e dell'apparato cutaneo. Disturbi che possono causare un certo malessere, ma spesso sono ben tollerati; talvolta sono immediati, ma transitori, durano solo un paio di anni, altre volte, insorgono successivamente e tendono a aggravarsi col tempo. Ma i rischi più rilevanti per la salute della donna sono quelli tardivi, a carico dell'apparato cardiovascolare e osteoarticolare (4).

2.1 I disturbi della menopausa

■ Inizialmente il 60% delle donne in menopausa fa esperienza di disagi, in particolare, dovuti a modificazioni neuroendocrine; di queste, però, solo la metà ne soffre in modo significativo. Si distinguono sintomi vasomotori e psicologici.

► Tra i **sintomi vasomotori** sono note le vampate di calore, classiche manifestazioni della menopausa, che consistono in una sensazione improvvisa e imprevedibile di intenso calore con arrossamento al viso, al collo e al petto; durano pochi minuti, ma possono ripetersi più volte nel corso della stessa giornata. Spesso le vampate sono accompagnate da sudorazio-

ni intense e talvolta da palpitazioni e mal di testa. Vampate e sudorazioni, soprattutto notturne, possono portare all'insonnia.

► I **sintomi psicologici**, invece, che colpiscono il 25-50% delle donne, si manifestano sotto forma di ansia e irritabilità, malinconia e tendenza alla depressione, stanchezza, senso di fragilità e vulnerabilità con facilità al pianto. Ricordiamo che il 18% delle donne in menopausa usa ansiolitici o sedativi. Anche i vuoti di memoria e la difficoltà di concentrazione possono facilmente presentarsi in menopausa.

Quanto è importante l'aspetto psicologico nella menopausa?

Quando si parla di menopausa non si può trascurare l'aspetto psicologico che coinvolge chi vive questo periodo. Spesso, infatti, accanto ai disturbi fisici, la donna accusa problemi che coinvolgono la sfera psicologica: all'arrivo della menopausa, infatti, si sente di colpo vecchia e inutile e, di conseguenza, perde vitalità e serenità. Per questo un ginecologo, oltre alle competenze mediche, deve saper offrire anche un supporto psicologico alla donna che si reca da lui per "curare" la menopausa. In molti casi, il solo fatto di seguire una cura fa sentire la donna meglio. Ecco perché fitoterapia e omeopatia, pur apportando benefici più lievi rispetto al trattamento ormonale, a volte hanno buona efficacia: oltre a curare i disagi fisici, danno alle donne le sicurezze e le rassicurazioni di cui hanno bisogno.

■ Successivamente, entro 3-5 anni, circa il 40-50% delle donne in menopausa è interessato da disturbi dovuti a processi di atrofia dell'apparato genitale, urinario e cutaneo. Si distinguono segni genitali, urinari e cutanei.

► I **segni genitali** sono dovuti all'assottigliamento e alla disidratazione delle mucose, che provocano prurito vulvare e secchezza vaginale, ma anche maggiore frequenza di infezioni

vaginali (vaginiti) e maggior facilità che compaia dolore durante i rapporti sessuali (dispareunia).

Il 19% delle donne intorno ai 50 anni presenta un prolasso genitale, che può richiedere un intervento chirurgico.

Qual è il rapporto tra fibromi e menopausa? I fibromi uterini interessano circa il 5% della popolazione femminile, raggiungendo il 20% nelle donne fra i 40 e i 50 anni. Sono dei tumori benigni dovute all'esagerato sviluppo di cellule muscolari lisce. Tali formazioni presentano una duplice componente: muscolare e fibrosa. Se predomina la componente fibrosa si chiamano fibromi, se prevale quella muscolare miomi.

Non si conosce con certezza l'origine del fibroma, anche se sono implicati gli estrogeni, ormoni che stimolano la moltiplicazione delle cellule del fibroma stesso. Non a caso, durante la gravidanza, quando il livello d'estrogeni è elevato, un fibroma cresce, mentre dopo la menopausa, quando viene meno la loro produzione, un fibroma può ridursi fino a scomparire. Nel linguaggio popolare, spesso, si afferma che "si asciugano". Ma, se la donna in menopausa segue un trattamento ormonale, i fibromi, stimolati dagli estrogeni, non scompaiono del tutto. (5).

► I **segni urinari** sono rappresentati da uno stimolo impellente a urinare (urgenza), un aumento della frequenza minzionale (pollachiuria e nicturia), infezioni vescicali (cistiti), perdite involontarie di urina (incontinenza) e difficoltà allo svuotamento vescicale.

Il 18% delle donne intorno ai 50 anni lamenta un'incontinenza urinaria.

► I **segni cutanei** avvengono per una riduzione del collagene: la pelle si assottiglia e si disidrata, accentuando i processi di invecchiamento. Compaiono prurito e secchezza cutanea,

sensazione di formicolio, rughe e macchie cutanee. I peli e i capelli diventano più radi e le unghie più fragili.

2.2 Le malattie della menopausa

■ Le modificazioni ormonali della menopausa possono rappresentare un fattore di rischio tardivo per lo sviluppo di malattie osteoarticolari e cardiovascolari. Tali malattie non sono da identificare con la menopausa stessa, infatti insorgono dopo 8-10 anni dalla menopausa, ma sono le conseguenze più rilevanti per la salute della donna.

► L'**osteoporosi** è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da riduzione e alterazioni qualitative della massa ossea, che si accompagna ad aumentato rischio di fratture.

Tab. 2 - I FATTORI DI RISCHIO PER L'OSTEOPOROSI

Storia familiare di fratture ossee
Età (> 65 anni)
Menopausa spontanea o precoce
Peso corporeo ridotto (IMC <19)
Trattamento con cortisonici
Fumo di sigaretta e abuso di alcool
Attività fisica scarsa
Alimentazione carente di calcio e vitamina D

La menopausa rappresenta un importante fattore di rischio per l'osteoporosi. Il 18,5% delle donne italiane, tra i 40 e 79 anni, è colpito dall'osteoporosi, arrivando fino al 42% tra i 70-79 anni. Il 15% dei casi ha già subito una frattura, soprattutto della colonna vertebrale (vertebre toraciche e lombari), dell'anca (femore) o del polso (radio). Le conseguenze più rilevanti sono rappresentate da deformazioni, invalidità e anche mortalità. Ricordiamo, tuttavia che, per es. nel caso del femore, la frattura avviene in seguito a una caduta e, quindi, l'osteoporosi è solo una con-causa, non l'unica causa della frattura.

L'eventuale presenza di dolore articolare è, più spesso, da attribuire a una concomitante artrosi e non migliora con il trattamento dell'osteoporosi.

La carenza di estrogeni porta ad un aumento del riassorbimento dell'osso e ad una riduzione della formazione dell'osso. Inoltre, determina anche una diminuzione dell'assorbimento di calcio nell'intestino e un incremento della perdita di calcio dai reni.

► Le **malattie cardiovascolari** (infarto miocardico, angina pectoris, ictus cerebrale) costituiscono la principale causa di morte nella donna in perimenopausa nei Paesi occidentali.

Che cos'è la malattia coronaria? È il risultato del restringimento delle arterie coronarie (vasi che irrorano il cuore) a causa dei depositi di grassi sulla parete interna delle arterie. Questo restringimento riduce il flusso ematico, l'organo è privato di ossigeno e aumenta la possibilità che si formi un coagulo che, bloccando l'arteria, può causare un infarto.

La donna, fino all'età di 50 anni, ha un rischio minore di malattie cardiovascolari rispetto agli uomini della stessa età, grazie all'azione degli estrogeni. Quando, con la menopausa, questi si riducono, viene meno tale protezione e pertanto la donna corre gli stessi rischi dell'uomo di ammalarsi di malattie cardiovascolari.

La mancanza di estrogeni, infatti, determina: l'aumento nel sangue del colesterolo totale, soprattutto delle LDL (colesterolo "cattivo"), dei trigliceridi e la riduzione delle HDL (colesterolo "buono"), con un maggior rischio di aterosclerosi; la riduzione del flusso sanguigno locale, con tendenza al rialzo della pressione arteriosa.

Il 38% delle donne italiane in menopausa ha una colesterolemia ≥ 240 mg/dl; il 24% ha un livello di trigliceridemia ≥ 150 mg/dl. Il 49% delle donne in menopausa è ipertesa (pressione arteriosa $\geq 160/95$ mmHg).

Tab. 3 - I FATTORI DI RISCHIO PER LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Storia familiare di malattie cardiovascolari
Età (> 55 anni)
Menopausa
Fumo di sigaretta e abuso di alcool
Ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, diabete mellito
Soprappeso e obesità (IMC >25 e >30)
Attività fisica scarsa
Alimentazione ricca di grassi e zuccheri, povera di frutta e verdura

► Alcune indagini suggeriscono che la carenza di estrogeni può predisporre ad un maggior rischio di malattie cerebrali, come la **demenza senile** di Alzheimer. Al momento, i dati sono incerti e non ancora conclusivi.

La menopausa è una malattia? Dire se la menopausa rappresenta o no una malattia non è facile: la questione è ancora aperta. Di certo si può affermare che la menopausa rientra nella fisiologia umana, poiché avviene in tutti i soggetti di sesso femminile, anche se in tempi e modi diversi, ma è riconosciuta come fattore di rischio per malattie cardiovascolari, osteoarticolari e, forse, cerebrali. È evidente, quindi, che non si può ridurre la menopausa ad un periodo di disturbi più o meno sopportabili; essa è senz'altro l'inizio di nuovi processi biologici naturali, spesso negativi, che interessano diverse funzioni dell'organismo, con conseguenze per la qualità di vita della donna (6).