

TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA: QUALCHE SORPRESA, QUALCHE RISPOSTA E ALCUNI INTERROGATIVI

Sandro M. Viglino
(Vice Presidente AGEO)

Il pressing dei mezzi di comunicazione che da circa dieci anni getta più ombre che luci sul ruolo che la T.O.S. dovrebbe ricoprire nella postmenopausa ha finito per rendere difficile il rapporto che il ginecologo ha con la donna ogniqualvolta si trova di fronte al problema. Questo è soprattutto ciò che ci deve indurre a fare chiarezza, principalmente fra di noi. Due importanti studi pubblicati rispettivamente nel 1998 (HERS – Heart and Estrogen/progestin Replacement Study) e nel 2002 (WHI – Women’s Health Initiative), nonostante non fossero immuni da errori metodologici, assestarono un colpo molto pesante alla credibilità della T.O.S., creando disorientamento tra i ginecologi e le donne. In ogni caso, questi due studi servirono richiamare l’attenzione della comunità scientifica su un dato incontrovertibile: *la T.O.S. non è scevra da pericoli e va usata con accortezza, avendo l’indice globale in donne con utero dimostrato un minimo aumento dei rischi rispetto ai benefici (HR – Hazard Ratio: 1.15)*. Ovviamente ci sono fattori variabili che agiscono sull’indice di rischio come l’età, l’epoca di inizio e la durata della terapia, la via di somministrazione, ecc. D’altro canto, si è anche osservato (studio WHI) che il 63.3% delle donne che avevano sospeso la T.O.S. e con almeno un sintomo hanno ricevuto benefici dal solo cambiamento di alcune abitudini di vita (bere più liquidi, praticare attività fisica, yoga, esercizi respiratori, ecc.). E’ stato sottolineato anche il ruolo positivo svolto dal placebo; infatti esso migliora le condizioni nelle donne dei trials con T.O.S. e in quelli con terapie complementari. Quindi le evidenze cliniche hanno dimostrato che i sintomi che sono sicuramente riconducibili alla cessazione della funzione ovarica sono i sintomi vasomotori e la secchezza vaginale e, con meno evidenza, i disturbi del sonno; ne consegue che la TOS migliora soprattutto queste situazioni. Non sembra, invece, arrecare benefici sulla salute generale, sullo stato mentale, sui sintomi depressivi e la soddisfazione sessuale. Il bilancio rischio/beneficio della TOS nel trattamento dei sintomi climaterici che influenzano negativamente la qualità di vita è, dunque, favorevole a condizione che venga usata *la dose minima efficace e per il più breve tempo possibile*. Ogni miglioramento dei sintomi non sicuramente estrogeno-dipendenti e del benessere generale registrato in corso di TOS è da ascrivere al miglioramento dei sintomi vasomotori, della funzione sessuale e della qualità del sonno. Al contrario, nelle donne asintomatiche il bilancio rischio/beneficio non è favorevole. Occorre dunque distinguere tra i sintomi dovuti all’invecchiamento dei vari organi e funzioni, fisiologico dopo i 50 anni, e quelli dovuti all’esaurimento dell’attività ovarica. Addirittura in alcune condizioni come l’atrofia urogenitale e le trombosi delle vene profonde la TOS non migliora e, anzi, può peggiorare il quadro clinico. Anche nei confronti degli accidenti cerebrovascolari la TOS con EE da soli o in associazione con i progestinici aumenta del 29% il rischio con conseguente aumento del numero dei decessi e di handicaps residui.

Tuttavia non possiamo sottovalutare il fatto che la conoscenza e l’impiego della TOS in postmenopausa ha significato e significa per tante donne un miglioramento sensibile della qualità della vita. Anche per quel che riguarda il tanto sbandierato aumento del rischio di carcinoma mammario, si è osservato che la sua incidenza, soprattutto nelle donne più giovani tra i 50 e i 59 anni, ha mostrato una tendenza verso una riduzione. Ciò che resta fondamentale è rappresentato dalla personalizzazione della terapia, dopo aver effettuato un’accurata anamnesi e valutato il bilancio rischio/beneficio in base all’età, al peso, alla coesistenza di altri disturbi e malattie preesistenti, al tipo di terapia da utilizzare e così via. Certamente bisogna ricordare che la TOS va impiegata possibilmente al più presto e la sua interruzione va fatta gradualmente.

In conclusione, occorre tener presente che ogni singolo studio ad oggi disponibile ha dimostrato che la somministrazione di steroidi sessuali per alcuni mesi in corrispondenza della transizione

menopausale è assolutamente sicura e che la decisione circa la loro prosecuzione per un periodo medio/lungo dovrebbe essere soppesata in base alle caratteristiche e ai problemi di ogni singola paziente e rivalutata periodicamente secondo i criteri della buona pratica clinica.