Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS) in menopausa

Parole chiave: Terapia Ormonale Sostitutiva, TOS, rischi/benefici, menopausa, estrogeni

Sintesi

La terapia ormonale sostitutiva successiva alla menopausa nasce come trattamento dei sintomi che si presentano in questa fase fisiologica della vita della donna. Presentata come utile o addirittura necessaria quando resa disponibile dalla industria farmaceutica, è stata sottoposta a verifiche che ne hanno messo in evidenza, accanto ai benefici, anche i rischi, alcuni dei quali importanti. In modo sintetico si può affermare che essa non può essere data a tutte le donne in modo indiscriminato, ma può essere prescritta selezionando in modo rigoroso i casi in cui, allo stato delle conoscenze, i benefici sono superiori ai rischi: età, disturbi soggettivi, altri stati patologici o metabolici sono elementi che il medico deve prendere in considerazione.

Testo più esteso

La menopausa rappresenta una fase fisiologica della vita della donna, che si manifesta, in modo spesso graduale, con la fine del ciclo mestruale. Ne è causa la riduzione e poi cessazione della attività ovarica, e, quindi, della produzione di estrogeni. E' un evento assolutamente naturale che genera alcuni disturbi soggettivi, con una intensità e frequenza variabile. La somministrazione di ormoni femminili da molti anni è stata introdotta con l'obiettivo di ridurre tali disturbi. Contestualmente sono stati enfatizzati possibili effetti benefici, in particolare nella prevenzione delle malattie cardiovascolari e nella prevenzione della fratture da osteoporosi. In realtà studi consistenti hanno poi messo in luce rischi importanti, in particolare l'aumento del rischio di cancro del seno. Il rapporto rischi/benefici dunque non è stato considerato favorevole, al punto che è sorto anche un mercato di prodotti erboristici ed omeopatici non irrilevante. E' evidente che sull'argomento aspetti scientifici e aspetti commerciali si sono sovrapposti, rendendo difficile la decisione dell'orientamento da assumere. Allo stato attuale appare molto equilibrato e ragionevole, oltre che scientificamente ineccepibile, il giudizio della Consensus Conference (Torino, 2008), pubblicata sul Bollettino Italiano dei Farmaci, che ha dato i seguenti suggerimenti:

La TOS (Terapia Ormonale Sostitutiva post-menopausale) va riservata alle donne con menopausa precoce, che va considerata un quadro patologico, e a quelle che lamentano sintomi vasomotori e disturbi del sonno percepiti come importanti e persistenti, mentre la secchezza vaginale e il dolore nei rapporti sessuali (dispareunia) non sono di per sé indicazione ad una TOS per via sistemica e dovrebbero essere trattati con preparati topici che risultano generalmente efficaci. Il caso delle donne che, pur non avendo disturbi importanti hanno però un vissuto negativo della menopausa e perciò desiderano fare uso della TOS, non può essere oggetto di una raccomandazione generalizzabile, ma va valutato nel rapporto con il medico curante.

Le donne devono essere preliminarmente ben informate della transitorietà (salvo la secchezza vaginale) e benignità dei sintomi, dei benefici e potenziali rischi della terapia ormonale, della frequente ricomparsa dei sintomi alla sospensione del trattamento e delle alternative terapeutiche non ormonali che potrebbero ridurre i disturbi, per permettere una decisione pienamente consapevole. Alle donne devono essere fornite informazioni relative agli stili di vita opportuni e alle terapie non farmacologiche disponibili. Non vi sono dati di letteratura circa la durata ottimale del trattamento per il controllo dei sintomi. Si raccomanda di attenersi alle linee guida, che suggeriscono tempi di utilizzo più brevi possibili (pur senza quantificarli) e dosi minime efficaci.

La TOS, sulla base degli studi attualmente disponibili, non è consigliabile a scopo preventivo per uno sfavorevole rapporto fra benefici e rischi in quanto: comporta un rischio specifico di tumore al seno correlato alla durata e probabilmente al tipo di trattamento estro-progestinico utilizzato;

in ambito cardiovascolare non vi sono prove di efficacia preventiva derivanti da studi randomizzati* riguardo l'infarto, mentre è provata un'aumentata incidenza di ictus e di episodi trombo-embolici venosi, indipendentemente dall'età; per quanto riguarda le fratture osteoporotiche, non è di norma consigliabile un trattamento preventivo anticipato anche di decenni rispetto all'età in cui le fratture diventano più frequenti; in ambito neurologico non vi sono prove di efficacia preventiva rispetto alle demenze e ai deterioramenti cognitivi. Per quanto riguarda la scelta delle associazioni di trattamento si può tenere conto dei dati relativi alla minore incidenza di tumore al seno con progestinici naturali.
Al momento non ci sono, pur essendo in corso ulteriori studi, conclusioni definitive diverse da quelle descritte in questo documento.

*"Studio randomizzato": studio che per la casualità e la rappresentatività del campione di popolazione scelto dà garanzie scientifiche; si dice "in doppio cieco" quando sono messi a confronto campioni di popolazione (rispetto a due diversi trattamenti in studio) omogenei, equivalenti, confrontabili senza che ricercatori e pazienti siano al corrente del trattamento rispettivamente somministrato e assunto.

Dr. Roberto Amici
2011