

La terapia ormonale sostitutiva

(aggiornato a gennaio 2012)

Cosa si intende per terapia ormonale sostitutiva ?

Si intende la restituzione degli ormoni prodotti in natura dall'organismo in particolari situazioni di carenza in presenza di sintomi/disturbi. Esempi sono l'ipotiroidismo (carenza di ormone tiroideo e possibile restituzione dello stesso in caso di necessità) e lo stato di carenza estrogenica che si realizza in menopausa e la possibile restituzione in caso di bisogno.

Poiché tutte le donne vanno in menopausa tutte devono allora effettuare una terapia ormonale sostitutiva ?

No. Solo le donne che presentano sintomi e disturbi severi da carenza ormonale come vampate, sudorazione, secchezza vaginale o sintomi urinari "simil-cistite" da carenza estrogenica. Inoltre, poiché questi sintomi non sono sempre legati allo stato di carenza ormonale della menopausa è sempre necessario valutare con il ginecologo la reale causa e quindi la necessità di iniziare o meno una Terapia Ormonale Sostitutiva con estrogeni e progesterone.

Poiché spesso sintomi severi menopausali si possono avvertire anche prima che i flussi mestruali siano definitivamente cessati, in questo caso la terapia ormonale sostitutiva è egualmente indicata ?

No. La terapia ormonale sostitutiva, come dice lo stesso termine "sostituisce" ormoni mancanti. Nella fase che precede la menopausa (nota con il termine di "transizione perimenopausale") allorché i cicli mestruali sono ancora presenti (anche se con evidenti ritardi anche di più mesi) l'attività ovarica ormonale e riproduttiva non si è ancora definitivamente spenta, è instabile e ancora possibile un'inaspettata ripresa con nuova improvvisa produzione ormonale dall'ovaio. In questo caso una terapia ormonale sostitutiva andrebbe solo ad aggiungere ormoni in eccesso a quelli prodotti dall'ovaio con possibile sovraccarico e rischi di eccessiva stimolazione ormonale. Queste fasi di inaspettata produzione ormonale non sono tra l'altro prevedibili e per questo, di norma, il ginecologo attende almeno 12 mesi di completa assenza dei flussi per poter parlare di esaurimento dell'attività ovarica e poter quindi prescrivere, in caso di bisogno, la terapia ormonale sostitutiva senza rischi. La terapia ormonale sostitutiva, tra l'altro, non ha effetto contraccettivo e, prescritta in perimenopausa allorché esiste ancora una fertilità residua, non proteggerebbe da una possibile gravidanza indesiderata.

In caso di comparsa di sintomi severi da carenza ormonale, prima che i cicli mestruali siano definitivamente cessati (cioè in perimenopausa), quale terapia è possibile fare ?

Nella fase che precede la menopausa ("transizione perimenopausale") allorché i cicli, pur irregolari, sono ancora presenti con rischio residuo di gravidanza, è corretto effettuare una terapia ormonale che miri a stabilizzare l'attività ormonale ovarica con un'azione di tipo contraccettivo, piuttosto che con la terapia sostitutiva aggiungere ormoni a quelli ancora prodotti. Infatti, sono di norma prescritti estroprogestinici ad attività ovariostatica-contraccettiva. Poiché però, dopo i 45 anni di età, il rischio naturale di trombosi (anche in assenza di qualsiasi terapia ormonale) aumenta è preferibile la somministrazione di estroprogestinici per via "non orale" (es. vaginale, transdermica), essendo dimostrato che con questa via il rischio trombotico non aumenta (al contrario della via "orale"), in quanto viene evitato il passaggio di ormoni attraverso il fegato con produzione di fattori pro-trombogeni.

La terapia ormonale sostitutiva comporta rischi ?

Il "rischio trombotico" viene minimizzato sia escludendo alla visita eventuali precedenti di patologia cardiovascolare (che possono controindicare l'inizio di una terapia ormonale), sia preferendo la somministrazione ormonale "non orale". Per il "rischio mammario" è stato dimostrato che gli estroprogestinici non sono "cancerogeni" ma "promuoventi", possono cioè facilitare la crescita di un tumore pre-esistente (effetto che si mostra in 1-2 donne ogni mille trattate). Per questo motivo in corso di terapia ormonale è sempre opportuno eseguire controlli periodici annuali mammografici/ecografici sotto controllo di un senologo radiologo esperto. Quanto più precocemente, dopo la menopausa, si inizia una terapia ormonale sostitutiva tanto più minori sono i rischi. Effetti collaterali della terapia, come ritenzione idrica e cefalea, vengono minimizzati con una prescrizione "personalizzata" per dose, tipo di ormone e durata. Quest'ultima è commisurata alla gravità e persistenza nel tempo dei sintomi da carenza ormonale. La continuazione o meno della terapia deve sempre essere decisa di comune accordo con il ginecologo.

Prof. Francesco Saverio Pansini

"Centro Menopausa-Osteoporosi" presso Poliambulatorio-Laboratorio Analisi Estense, Via B. di S. Stefano 3, Ferrara (FE)
(Info: Tel. 0532.205877 - Email: eriopan@gmail.com - Web: www.francescosaveriopansini.it)