



**OPEN
DAY**

MENOPAUSA

Le risposte alle domande più frequenti



Venerdì 18 ottobre

1. Quando posso aspettarmi l'arrivo della menopausa?

La menopausa può presentarsi a diverse età, tipicamente l'età media di ingresso in menopausa è intorno ai 51 anni, con un range che va dai 45 ai 55 anni. Si parla invece di menopausa precoce se questa sopraggiunge tra i 40 e i 45 anni, tardiva tra i 55 e i 60.

2. Come capisco di essere entrata in menopausa?

Una donna si definisce in menopausa se, raggiunta l'età media, si assiste a un'assenza continuativa del flusso mestruale per almeno 12 mesi. Anche se ci possono essere casi in cui possono ricomparire le mestruazioni dopo questo intervallo di tempo. Non è necessario, in genere, eseguire esami per valutare lo stato menopausale, in quanto non forniscono indicazioni utili.

3. Che sintomi si possono presentare con la menopausa?

La sintomatologia legata alla menopausa è estremamente variabile, si possono non avere sintomi o averne di intensità diversa per ciascuna donna. Tipicamente la menopausa è associata a sintomi quali vampate di calore, sudorazioni notturne, insonnia, irritabilità e cambiamenti d'umore, problemi di concentrazione e mal di testa, secchezza vaginale e calo della libido, nonché algie muscolari e ossee. In alcune pazienti questi sintomi possono aggravarsi fino a diventare invalidanti, mentre per altre il passaggio dall'età fertile alla menopausa risulta fluido, senza alcun disturbo, e non impatta sulla propria qualità di vita.

4. Da qualche mese ho irregolarità del ciclo mestruale e inizio a percepire delle vampate di calore, è possibile che io stia entrando in menopausa?

Sì, spesso la menopausa è preceduta da un periodo di transizione che viene chiamato "pre-menopausa". Durante questo periodo, la cui durata è molto variabile da alcuni mesi fino anche ad alcuni anni, tipicamente non si riconosce la totale scomparsa del ciclo mestruale ma si può iniziare a fare esperienza dei tipici sintomi della menopausa.

5. Sono ormai in menopausa da qualche anno, devo continuare a sottopormi alla visita ginecologica?

Sì! Molte donne con l'ingresso in menopausa smettono di recarsi dal ginecologo per la visita di controllo. In questo modo, però, si rischia di tralasciare un'importante visita medica che è fondamentale per la corretta prevenzione della salute della donna. Oltre a proseguire i programmi di screening, come quello della cervice uterina (PAP test/ HPV test) o della mammella (mammografia), è sempre consigliata una visita ginecologica annuale con l'esecuzione di un'ecografia ginecologica per accertarsi della salute dell'apparato genitale nel suo insieme. Molte patologie ginecologiche, soprattutto quelle ad alta prevalenza nell'età tipica della menopausa, possono passare inizialmente inosservate dalla paziente ma possono venire tempestivamente diagnosticate durante la visita ginecologica, da disturbi del pavimento pelvico (es. prolassi, incontinenza urinaria) fino a quelli oncologici.

6. Cosa si intende per "menopausa chirurgica"?

Una donna entra inevitabilmente in menopausa se entrambe le ovaie vengono rimosse chirurgicamente. Alcuni trattamenti medici specifici, come la chemioterapia o la radioterapia pelvica, possono causare l'ingresso prematuro in menopausa anche senza la rimozione chirurgica delle ovaie. In questo caso si parla di "menopausa iatrogena".

7. In caso di necessità di sottoporsi a un intervento di isterectomia, devo aspettarmi di entrare in menopausa?

L'intervento chirurgico di isterectomia, seppure la paziente non avrà più il flusso mestruale per la mancanza dell'utero, non causa l'ingresso in menopausa qualora vengano conservate le ovaie. È possibile che l'età di passaggio alla menopausa si riduca di qualche anno (2-3 anni) rispetto alle donne che non si sottopongono a questo tipo di chirurgia.

8. Sono in menopausa e alla visita ginecologica mi hanno diagnosticato una cisti ovarica, è preoccupante?

Le cisti ovariche in menopausa necessitano sempre di particolare attenzione, per valutarne l'evoluzione nel tempo. Il ginecologo, in caso di dubbio sulla natura della cisti, può richiedere la valutazione ecografica di II livello, eseguita da un collega ginecologo esperto in ecografia pelvica. Nella maggioranza dei casi le cisti ovariche hanno caratteri di benignità. In caso di segni ecografici sospetti potrebbero essere richiesti degli esami diagnostici aggiuntivi radiografici o ematochimici. L'indicazione chirurgica di rimozione della cisti potrebbe essere proposta o in caso di dubbio per escludere una patologia neoplastica sottostante o in caso di dimensioni considerevoli per evitare possibili rotture spontanee delle cisti o torsione ovarica. In menopausa, qualora sia indicato procedere con la chirurgia, potrebbe essere proposta l'esecuzione di un intervento di salpingo-ovariectomia bilaterale, con rimozione di entrambe le tube ed entrambe le ovaie. Questo intervento riduce considerevolmente il rischio oncologico per la paziente.

9. Come si comportano i fibromi uterini in menopausa?

In caso di diagnosi nota di fibromi uterini, usualmente in menopausa si assiste a una fisiologica regressione della patologia, con riduzione volumetrica o stasi dei fibromi stessi. In alcuni casi, o per dimensione o per posizione dei fibromi, questi possono continuare a causare sintomi quali sensazione di peso pelvico, dolore, disturbi della minzione o dell'alvo e infine sanguinamenti vaginali. In questi casi può essere suggerito un trattamento chirurgico fino anche all'isterectomia (asportazione dell'utero).

10. Se scelgo di non rimuovere chirurgicamente i fibromi c'è il rischio di sviluppare un tumore dell'utero?

La trasformazione maligna dei fibromi uterini è molto rara. È importante, però, soprattutto in caso di diagnosi nota di fibromatosi uterina, continuare anche in menopausa i controlli ginecologici annuali.

11. Che cosa si intende per “caldana”?

Le “caldane” o vampate di calore sono un sintomo che rientra, come gli episodi di sudorazione notturna, nei sintomi vasomotori tipici soprattutto del periodo di transizione tra l'età fertile e la menopausa.

12. Come capisco che sto avendo una vampata di calore?

Tipicamente le vampate di calore si percepiscono nella parte superiore del corpo, a livello del collo e del viso. La sensazione è repentina e si associa a calore diffuso, arrossamento cutaneo e sudorazione. Alcune donne percepiscono un'accelerazione della frequenza cardiaca e anche una sensazione di vertigini. Rapidamente, la sensazione di calore svanisce e successivamente si può percepire freddo.

13. Le vampate di calore si percepiscono solo di giorno?

No, questo sintomo, tipico della menopausa, può avvenire sia di giorno che di notte e, alcune pazienti ne fanno esperienza più volte nell'arco della stessa giornata.

14. Per quanto tempo si ripresentano le vampate?

Purtroppo, questo sintomo può riproporsi, a cadenze diverse, anche per molti anni.

15. Ho letto che può esistere una correlazione tra le vampate di calore e il rischio di sviluppare patologie cardiovascolari.

Sì, è ormai noto in letteratura che la menopausa è un periodo molto fragile della vita della donna che la espone ad un aumento del rischio di diverse patologie, tra cui anche quelle cardiovascolari. Le vampate di calore, sintomo vasomotorio, vengono associate a un processo di disregolazione del sistema nervoso autonomo che può legarsi anche ad un aumento dei valori di pressione sanguigna. È noto, infatti, che dopo l'età menopausale, aumenti per le donne il rischio di sviluppare patologie cardiovascolari e metaboliche come ipertensione, dislipidemia, diabete.

Alcuni studi recenti dimostrano che nelle donne che fanno maggiormente esperienza dei sintomi vasomotori della menopausa sono più a rischio per lo sviluppo di patologie cardiovascolari rispetto a chi non presenta questa sintomatologia.

16. Sono in menopausa da qualche anno ma ho avuto un sanguinamento vaginale, devo preoccuparmi?

I sanguinamenti vaginali in post-menopausa non sono infrequenti ma possono essere un sintomo di allarme per diverse patologie e pertanto devono sempre essere indagati nel dettaglio. In questi casi è fondamentale riferirsi al proprio ginecologo di fiducia per valutare il quadro clinico, accertarsi della corretta esecuzione del PAP test, eseguire una visita e un'ecografia ginecologica per escludere la presenza di patologie sottostanti che possano manifestarsi con il sanguinamento. In alcuni casi può essere necessario l'esecuzione di un esame diagnostico dal nome isteroscopia, tramite il quale si visualizza direttamente l'interno dell'utero per valutare la causa del sanguinamento.

17. Perché si parla sempre di osteoporosi in menopausa?

Con la menopausa i livelli circolanti di estrogeni si abbassano repentinamente. Gli estrogeni, durante la vita della donna, sono essenziali per la salute ossea, regolando il fine metabolismo del tessuto osseo. Quando i livelli di estrogeni si abbassano, il tessuto osseo si depaupera potendo andare incontro a quadri di osteopenia e osteoporosi. In caso di osteoporosi, le donne sono a rischio di fratture ossee invalidanti come la frattura di femore o quella vertebrale. È importante quindi prevenire queste condizioni, risulta infatti molto utile nelle pazienti che entrano in menopausa una corretta alimentazione, integrazione vitaminica e attività fisica. In alcuni casi il ginecologo o il medico di medicina generale potranno indicare di eseguire una valutazione della condizione ossea mediante un esame diagnostico specifico come la MOC, e sulla base del risultato eseguire delle eventuali terapie, adeguate alla prevenzione del deperimento osseo.

18. Da quando sono in menopausa faccio fatica a concentrarmi, perdo il filo dei discorsi che faccio e mi scordo spesso le cose

Alcuni sintomi della menopausa sono più specifici della sfera cognitiva e vengono definiti come "brain-fog". Molte donne, soprattutto nel periodo di transizione tra l'età fertile e il post-menopausa possono soffrire di tale condizione, che spesso viene sottovalutata dalla paziente e dal medico di riferimento. Sono state riscontrate delle correlazioni tra l'ingresso in menopausa e alcune patologie della sfera cognitiva quali la demenza; tuttavia, non è possibile trarne delle correlazioni causa-effetto. L'utilizzo della terapia ormonale sostitutiva può aiutare a contrastare i sintomi cognitivi della menopausa, pur non essendo una indicazione alla terapia.

19. La terapia ormonale sostitutiva può essere utile nel prevenire lo sviluppo di osteoporosi?

Si, al momento la terapia ormonale sostitutiva viene considerata l'unica terapia preventiva per lo sviluppo di osteopenia e osteoporosi, anche se la prevenzione dei deficit ossei non sono una indicazione alla terapia sostitutiva nella menopausa fisiologica. È importantissimo che la paziente venga invece indirizzata verso una terapia adeguata, soprattutto se la menopausa dovesse presentarsi in età precoce o comunque prima dei 50 anni.

20. Ho sentito parlare di terapia ormonale sostitutiva ma non ho sintomi, può essere utile assumerla ugualmente?

La terapia ormonale sostitutiva è un'ottima alleata per ridurre i sintomi della menopausa, ma non deve essere considerata solo in caso di sintomatologia severa o invalidante. Diversi studi ormai dimostrano come, nonostante l'indicazione resti la sintomatologia climaterica, un corretto utilizzo della terapia ormonale sostitutiva possa agire migliorando globalmente la salute della donna. In primo luogo, protegge dallo sviluppo di osteoporosi. Ha un ruolo protettivo anche nei confronti dell'aumentato rischio cardiovascolare e neurodegenerativo.

21. Il mio ginecologo mi ha consigliato di intraprendere la terapia ormonale sostitutiva ma ho letto che può associarsi al tumore della mammella, è vero?

No, i dati in letteratura riportati ormai concordano nel dimostrare l'utilizzo della terapia ormonale sostitutiva sia correlata a un rischio minimo di sviluppo del tumore della mammella, soprattutto in caso di utilizzo della terapia estrogenica isolata. Il rischio oncologico specifico deve essere valutato dal ginecologo in base alla storia clinica di ciascuna paziente, scegliendo la terapia più appropriata, la minima dose efficace e la durata adeguata a ogni singolo caso. Al momento sono stati fatti enormi passi avanti in termini di ricerca scientifica per garantire l'accesso alla terapia ormonale sostitutiva anche nella popolazione di pazienti con una storia clinica personale di tumore ginecologico o della mammella. Questo per garantire una riduzione del rischio effettivo di sviluppo di malattie cardiometaboliche, osteoporosi e malattie neurodegenerative, che supera di gran lunga il basso rischio oncologico della terapia ormonale sostitutiva.

22. La mia vita sessuale risentirà dell'ingresso in menopausa?

Con la menopausa moltissime donne vanno incontro a un calo della libido nonché ad altre problematiche della sfera sessuale. La riduzione degli estrogeni circolanti si associa spesso a sintomi quali la secchezza vaginale e le infezioni del basso tratto genitale, che possono rendere l'esperienza sessuale spiacevole. In questi casi è importante confrontarsi con il proprio ginecologo di fiducia per diagnosticare tempestivamente le possibili problematiche e agire con le terapie più corrette.

23. Cosa si intende per sindrome genito-urinaria?

La sindrome genito-urinaria della menopausa è una condizione caratterizzata da sintomi che si manifestano sia a livello vulvo-vaginale, sia a livello urinario, quali secchezza vaginale, irritazione e bruciore nella zona vulvo-vaginale, infezioni ricorrenti, cistiti e disuria (bruciore o dolore alla minzione). Spesso questa condizione si associa a grande disagio durante i rapporti sessuali, fino a diventare invalidante anche nella vita quotidiana.

La sindrome genito-urinaria è strettamente dipendente dai cambiamenti ormonali tipici della menopausa e va diagnosticata e trattata tempestivamente, in collaborazione con il proprio ginecologo di fiducia, per evitare l'aggravarsi della sintomatologia.

24. Che trattamenti esistono per la secchezza vaginale?

Al momento i trattamenti per la secchezza vaginale sono molteplici e, grazie al consiglio del proprio ginecologo di fiducia, la paziente potrà essere indirizzata verso il trattamento più adeguato alla propria condizione. Solitamente, in prima istanza, oltre alla terapia ormonale sostitutiva che globalmente migliora i sintomi della menopausa, tra cui anche la secchezza vaginale, possono essere consigliati trattamenti topici lubrificanti, idratanti o ormonali locali sotto forma di creme, gel, ovuli o unguenti. Si può beneficiare della laser-terapia, atta a migliorare il trofismo vaginale. Un'altra opzione terapeutica avanzata è la radiofrequenza che, attraverso l'energia termica, favorisce contemporaneamente la rigenerazione cellulare e l'assorbimento locale di sostanze che aumentino il trofismo delle mucose vaginali.

25. Ho sentito parlare del lichen vulvare, di che cosa si tratta?

Il lichen è una patologia cutanea che può manifestarsi anche a livello genitale. I sintomi associati a questa condizione sono simili a quelli più generici della menopausa quali prurito, irritazione, bruciore e sensazione di dolore a livello vulvare. È importante che il lichen venga diagnosticato tempestivamente perché una patologia che può provocare una sintomatologia molto intensa e invalidante. Se non opportunamente curata, con il tempo può causare un'infiammazione cronica della cute e delle mucose, con una graduale modificazione anatomica della vulva. Il riassorbimento delle piccole labbra, l'incappucciamento del clitoride e il restringimento dell'introito vaginale sono tra le modificazioni più frequenti. Ciò può comportare una difficoltà per la donna ad avere rapporti sessuali e, in casi estremi, può provocare difficoltà anche ad urinare. Se non adeguatamente curato, inoltre, il lichen vulvare può esporre ad un maggior rischio di sviluppare un tumore maligno della vulva. Il trattamento è topico ed è basato, in genere, sulla terapia corticosteroidica, associata a terapie di mantenimento idratanti e lubrificanti.



A cura di:

SCU Clinica Ostetrica e Ginecologica

Direttore:

Prof. Giuseppe Ricci

Redazione:

Dott. Giovanni Di Lorenzo Dott.ssa Annalisa Gentile