

Conoscere la menopausa

Angelo Recusani, Giuseppe Montagna
M.G. Parma

“Menopausa è un flagello sanitario da sradicare o un evento normale ed universale di cui non prendersi cura? La terapia ormonale sostitutiva è il più grande programma sanitario preventivo di recente memoria o un sinistro programma di mercato finalizzato a medicalizzare la menopausa per aumentare i guadagni? Gli estrogeni sono un elisir della gioventù e prevengono le malattie coronariche e l'osteoporosi o sono causa di un aumento dell'incidenza di tumore alla mammella?” (1).

Informare: l'incertezza

Informare in modo corretto necessita preventivamente di aver chiari i punti di incertezza sulla terapia ormonale sostitutiva in menopausa (TOS).

Sopravvivenza.

La TOS determina un più basso rischio di mortalità rispetto a chi non ne fa uso (RR 0,63, CI 0,56-0,70); il beneficio scompare dopo 5 anni dall'interruzione dell'uso (2). Gli effetti benefici diminuiscono dopo 10 anni poiché aumenta la mortalità per tumore della mammella (3).

Ma su studi analoghi che valutano in particolare il rischio cardiovascolare sono state avanzate numerose critiche per la metodologia usata e per la selezione dei gruppi di donne che hanno partecipato a questi studi. Posthuma (4) facendo una revisione di 3 metanalisi conclude:

- poiché gli estrogeni in questi studi non aumentano il rischio o non hanno alcun effetto sui tumori, questo è suggestivo di un bias di coorti di donne più sane
- l'attuale evidenza è insufficiente per giustificare la somministrazione della TOS a tutte le donne in menopausa.

Il recente studio HERS (5) pur riguardando coorti di donne con problemi cardiovascolari, non evidenzia i benefici attesi, anzi nel primo anno aumentano gli eventi negativi. L'osteoporosi sarebbe un bersaglio favorevolmente centrato dalla TOS quanto mai enfatizzato.

Lange (6) in una lettera su BMJ ha rotto anche questo incanto. L'autore fa una revisione di 13 studi sull'efficacia della TOS per la prevenzione della frattura dell'anca ed evidenzia una correlazione inversa tra l'effetto protettivo per la frattura dell'anca e la validità del disegno metodologico usato. Nei tre studi prospettici, ai vertici della gerarchia dell'evidenza, l'odds ratio varia da 0,79 a 1,02, indicando solo un debole o nullo effetto protettivo.

Inoltre è stata condotta una simulazione su una coorte di donne cinquantenni trattate per 10 anni a partire dal 1990 appartenenti a diversi paesi, tenendo conto dell'andamento della mortalità per malattie cardiovascolari, tumore del seno, frattura del femore e tumore all'utero (7).

Sviluppando questi elementi, gli autori giungono a risultati sorprendenti poiché per le donne italiane sottoposte a TOS per 10 anni, vi sarebbe un aumento della mortalità. Rimangono sempre inoltre i tragici errori che la TOS compie nel colpire gli eventuali giusti bersagli, quali l'aumento dei tumori della mammella, con la consolazione che forse sono più benigni delle malattie tromboemboliche. (8)

Si potrebbe riassumere tutto ciò, in modo forse poco dialettico, ma molto efficace, chiedendosi il perché di una terapia cominciata a 50 anni che metterà una donna in condizioni di rischio aumentato di avere un tumore al seno a 60 anni, per prevenire un infarto a 70 anni e una frattura osteoporotica ad 80 anni (9).

Si cerca di aggiustare il tiro della TOS spostandone l'indicazione ad una età più avanzata, ponendo l'indicazione di un mantello protettivo farmacologico alle donne con almeno 60 anni.

A questo punto "la tentazione di confrontare i benefici dell'uso delle terapie ormonali sostitutive in postmenopausa con quelli di una corretta prevenzione primaria tutta giocata sullo stile di vita è irresistibile" (10).

L'esercizio fisico in effetti:

a) comporta un aumento di sopravvivenza e un ridotto rischio di malattie cardiovascolari, fratture ossee e tumore della mammella senza effetti collaterali. Uno studio condotto su 40.417 donne ha evidenziato (11) una riduzione del rischio che va dal -24% per un'attività fisica moderata (1 volta a settimana) fino al -33% per un'attività fisica intensa (>4 volte a settimana). Tale studio evidenzia anche una tendenza non significativa alla riduzione della mortalità per neoplasia nelle donne che praticano attività motoria;

b) riduce del 5% il rischio di tumore della mammella nelle donne di età >40 anni per un'attività condotta per 0,1-0,7 ore a settimana, fino al 58% per le donne che svolgono un esercizio fisico per 3,8 ore a settimana (12);

c) determina un netto incremento del contenuto minerale osseo (13) diminuendo il rischio di frattura. Va tuttavia tenuto presente che i fattori che determinano la frattura del collo del femore sono in ordine di importanza: il rischio di caduta, il tipo di caduta, il tipo di impatto, l'energia assorbita e solo da ultimo la resistenza dell'osso (14). L'attività motoria ha un'azione favorevole su tutti i fattori che intervengono nella frattura del collo femorale e in particolare riduce l'eventualità di caduta, modifica la

modalità della caduta e dell'impatto attraverso un miglioramento globale dell'equilibrio neuro-psicomotorio. Gli interventi farmacologici agiscono invece solo sulla resistenza dell'osso, per cui una persona anziana può anche avere un buon contenuto minerale osseo ma se presenta un deficit dell'equilibrio neuro-motorio andrà incontro più facilmente all'evento caduta con un'alta probabilità di frattura dell'anca.

Anche la dieta interferisce col rischio di tumore della mammella, con una correlazione positiva tra consumo di grassi saturi e neoplasia mammaria (15).

Informare: il linguaggio

Usare un linguaggio comprensibile sul significato del rischio: termini quali incidenza, riduzione del rischio relativo o assoluto, creano spesso confusione tra i medici e ancor più tra le persone comuni. Per essere meglio capiti può essere utile, ad esempio, collegare la formulazione numerica del rischio ad espressioni descrittive e metaforiche. (17).

Considerare poi che l'informazione fornisce contenuti a chi ne è sprovvisto, mentre l'educazione alla salute intende responsabilizzare verso un obiettivo.

L'informazione è semplicemente un'azione che fornisce contenuti a chi ne è sprovvisto, con un movimento paternalistico che va dall'esperto alla persona che ignora nozioni o fatti. Solo chi è convinto che la mente umana sia come il computer si dannerà a fornire informazioni sempre più dettagliate al paziente.

Educazione può essere intesa come dal suo significato etimologico educere, far emergere con arte maieutica le capacità intrinseche ad ogni persona. Con educazione alla salute si vuole sottolineare un movimento responsabilizzante verso un obiettivo: "il curare e il prendersi cura" che coinvolge l'educatore e l'educando (18). Molta importanza viene data oggi all'educazione terapeutica alla salute per la prevalenza delle malattie croniche in cui la sofferenza e l'inabilità sono elementi sempre presenti nonostante le cure mediche, per cui i pazienti e i loro famigliari devono essere aiutati a prendersi cura dei propri problemi sanitari per "dare un senso personale alla propria condizione, affrontarla e convivervi... la medicina a volte deve aiutare il malato cronico a forgiarsi di una nuova identità" (Hasting Center 1997).

Educare la donna sulla menopausa vuol dire anche indagare sulle conoscenze, le fantasie, i miti, le incertezze, le zone d'ombra presenti nella cultura profana e nella cultura medica, senza dimenticare che il paziente è una unità inscindibile dal proprio corpo-soggettività, dal proprio linguaggio, dalla propria cultura, dalla propria capacità espressiva. Di ogni processo di malattia o di cura va poi considerato il modo in cui essi sono percepiti dalle persone: richieste di aiuto e problemi sottoposti al medico possono anche essere i mezzi metaforici per esprimere altri disagi: una dispareunia può riflettere un

vissuto erotico da sempre problematico, e a nulla varranno gli interventi farmacologici.

Informazione e prevenzione: chi decide

Ne deriva che il ben-essere della donna in menopausa non può realizzarsi senza la partecipazione attiva della donna stessa, in relazione con sé, gli altri, il proprio ambiente: compito del medico è aiutarla a percorrere le tracce inesplorate, spesso contraddittorie verso una nuova identità, resistendo alla invadenza impositiva di un certo fare medico.

Per contro, può anche succedere il contrario, per cui qualcuno, pur consapevole che gli “esperti” tendono a proporre una loro visione del mondo, preferisca delegare loro la soluzione dei propri problemi, delle proprie incertezze, delle proprie paure.

Non esiste una concezione univoca di salute, di ben-essere in menopausa, un’identità standardizzata e normata: ogni donna, ogni gruppo di donne dovrà costruire i propri significati.

Quale dunque la nostra funzione educativa? Come medici generali ascoltiamo ogni giorno le storie e le loro interpretazioni causali, da quelle ragionevoli alle più bizzarre e su di esse fondiamo il nostro lavoro; abbiamo imparato ad utilizzare queste biografie per “aiutare le persone a individuare e a comprendere i loro possibili problemi di salute organica e/o psichica e ad affrontarli al meglio” (21).

Educare vuol dire stimolare un cammino di autocoscienza ed autodeterminazione consapevole, dando alla donna la possibilità del racconto attraverso il quale interpretare il suo vissuto (22, 23), ricercare le migliori possibilità adattative, far partecipare la donna al processo decisionale sulle scelte terapeutiche, farmacologiche e non, utilizzando il suo sapere (24).

Parisi individua 5 tappe per promuovere questo coinvolgimento:

- 1) la donna ha i propri obiettivi nella consultazione: è vitale esplicitarli
- 2) il medico deve aver chiare le proprie convinzioni, preconcetti e linee guida da seguire
- 3) mettere in grado la paziente di entrare nel processo decisionale
- 4) credere nella positività della sua partecipazione al processo decisionale accettando anche l’imprevedibilità della scelta finale
- 5) distinguere in quale momento della consultazione si è disponibili ad utilizzare la partecipazione della paziente.

Conclude Parisi che la “partecipazione non è quindi un fenomeno tutto o nulla, ma una forma di vita relazionale, complessa, inserita nel processo di consultazione, ... che non è completamente controllabile dal medico”.

Si vuole rimarcare che il giudizio sul processo decisionale non dipende dalla scelta finale che farà la donna, ma dallo stato di ben-essere dello spazio terapeutico che medici e pazienti avranno saputo realizzare.

Gli spazi e i tempi dell'educazione alla salute si trasformano in azioni terapeutiche. Viene stigmatizzato l'obbligo salutogenico per il singolo dell'attuale cultura preventiva, estremamente colpevolizzante per l'individuo, che mira al dovere della salute, all'imposizione della felicità (25).

La medicina generale come scienza che comprende lo studio rigoroso dei fatti biologici oggettivi perché oggettivabili e come scienza vicina al sapere antropologico e ad altre discipline umanistiche, è attualmente lo spazio sanitario privilegiato nel quale la donna, nei vari periodi e momenti della propria vita, può essere aiutata "ad individuare e a comprendere i possibili problemi di salute organica e/o psichica e ad affrontarli al meglio" (21).

BIBLIOGRAFIA

- (1) Utian W.H., Direction, misdirection and misconception in menopause research and management, *Br. J. Obst. and Gynaecol.*, 1996, 103: 736-739.
- (2) Grodstein F., Stampfer M.J., Colditz G.A. et al., Postmenopausal Hormone Therapy and Mortality, *N. Engl. J. Med.*, 1997, 336: 1769-75.
- (3) Colditz G.A., Hankinson S.E., Hunter D.J. et al., The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women, *N. Engl. J. Med.*, 1995, 332: 1589-93.
- (4) Posthuma W.F.M., Westendorp R.G.J., Vanderbroucke J.P., Cardioprotective effect of hormone replacement therapy in postmenopausal women: in the evidence biased?, *BMJ*, 1994, 308: 1268-9.
- (5) Hulley S., Grady D., Bush T. et al., Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women, *JAMA*, 1998, 280: 605-613.
- (6) Lange S., Be cautious about about using HRT for women without symptoms of oestrogen deficiency, *BMJ*, 1997, 314: 1416.

- (7) Panico e coll., Hormone replacement therapy and life expectancy in different population of Europe and North America, Abstract, 1997.
- (8) Gutthann S.P., Rodriguez L.A.C., Castellsague J. et al., Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: population based case-control study, BMJ, 1997, 314: 796.
- (9) Pangrazzi J., Il dilemma degli estrogeni, Ricerca & Pratica, 1998, 80: 81-94.
- (10) Abbà C., Quale prevenzione negli anni della postmenopausa?, Medico e Paziente, 1999, 2: 18-26.
- (11) Kushi L.H., Fee R.M., Folsom A.R. et al., Physical activity and mortality in postmenopausal women, Jama, 1997, 277: 1287-92.
- (12) Thune I., Brenn T., Lund E. et al., Physical activity and the risk of breast cancer, N. Engl. J. Med., 1997, 336: 1269-75.
- (13) Dalsky G.P., Stocke K.S., Ehsani A.A. et al., Weight-bearing exercise training and lumbar bone mineral content in postmenopausal women, Annals of Internal Medicine, 1988, 108: 824-828.
- (14) Lauritzen J.B. Hip Fractures, Epidemiology, risk factors, falls, energy absorption, hip protectors and preventions, Dan Med Bull, 1997, 44: 155-68.
- (15) Toniolo P., Riboli E., Protta F. et al., Calorie-providing nutrients and risk of breast cancer, J. Natl Cancer Inst., 1989, 81: 278-86.
- (16) Zamperini A., Responsabilizzare senza colpevolizzare?, in L'Arco di Giano, 1998, 18: 99-108.
- (17) Calman K.C., Risk languages and dialects, BMJ, 1997, 315: 939-942.
- (18) Calamo Spacchia F., Educazione sanitaria come comunicazione in sanità pubblica: una terapia per le organizzazioni sanitarie", in L'Arco di Giano, 1998, 18: 35-46.
- (19) Spinsanti S., L'educazione come terapia, in L'arco di Giano, 1998, 18: 5-13.
- (20) Spinsanti S., Certezze ed incertezze del sapere medico, in Curare e prendersi cura, CIDAS, 1998, 19-27.
- (21) Bernabè S., Benincasa F., Danti G., Il giudizio clinico in medicina generale, UTET, 1998.
- (22) Bruner J., La ricerca del significato, Bollati Boringhieri, 1992.
- (23) Benaduce E., Esperienze di insegnamento psicopedagogico, in L'Arco di Giano, 1998, 18: 109-114.
- (24) Parisi G., La partecipazione della donna al processo decisionale della TOS, Dialogo sui farmaci, 1998, 4/5: 117-119.

(25) Bensaïd N., Una strana felicità, in *Illusioni della medicina*, Marsilio, 1998, 7-21.

