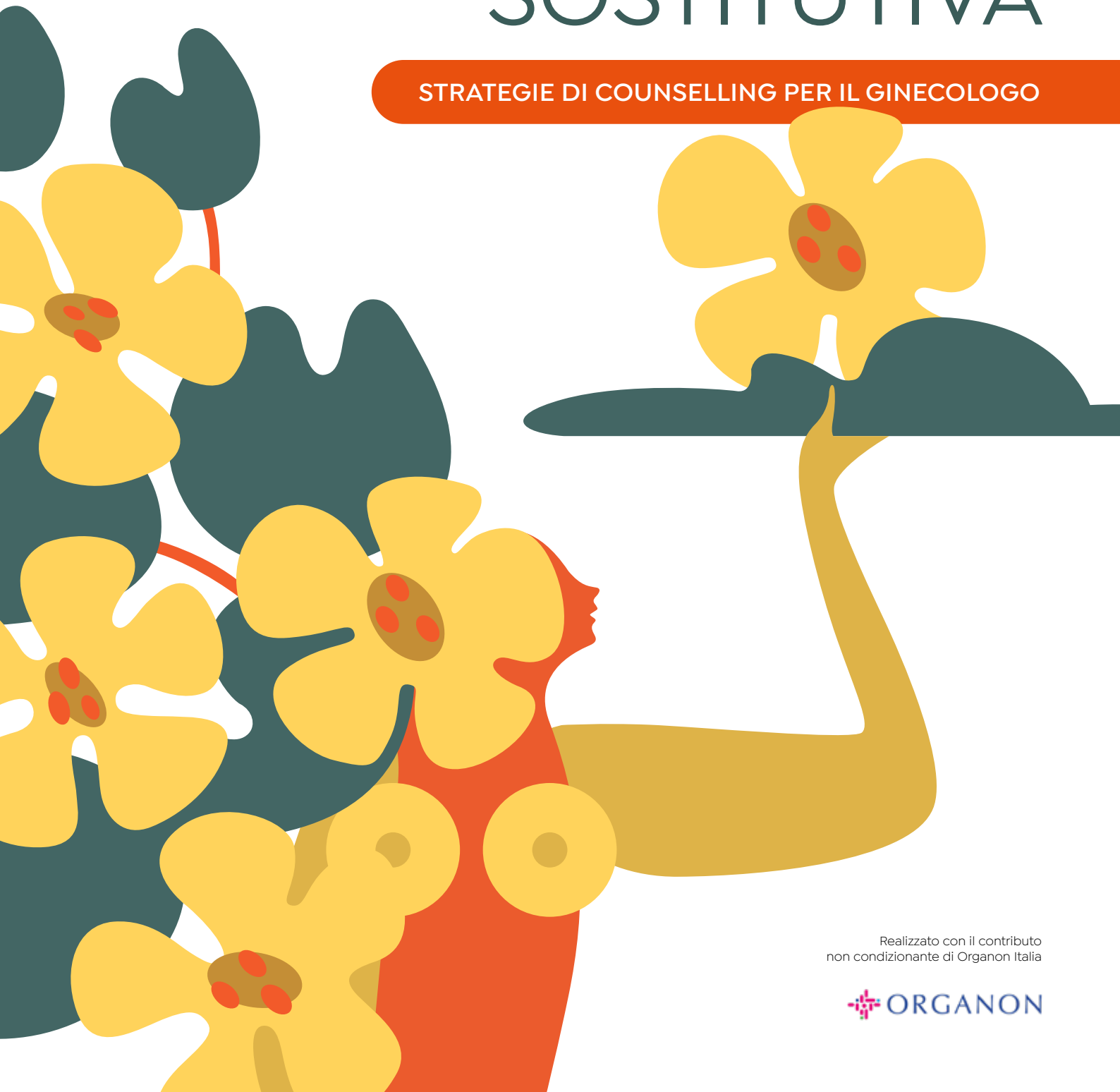


CON IL SUPPORTO DI



# MENOPAUSA TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA

STRATEGIE DI COUNSELLING PER IL GINECOLOGO



Realizzato con il contributo  
non condizionante di Organon Italia





# Sommario

<b>Introduzione</b>	2
Che cos'è il counselling	2
<b>Strategie di counselling per raggiungere decisioni condivise ginecologo-paziente</b>	2
L'approccio OARS	4
<b>Aiutare la comprensione dei disturbi fornendo spiegazioni accessibili</b>	6
Sintomi vasomotori	6
Sindrome genitourinaria (GSM)	6
<b>Personalizzare la prescrizione della TOS attraverso il counselling</b>	8
<b>Affrontare gli effetti della menopausa e i benefici della TOS nel lungo termine</b>	9
Osteoporosi postmenopausale	9
Patologia cardiovascolare	9
Disturbi cognitivi	10
<b>Rischi reali della TOS: come discuterne con la paziente</b>	10
<b>Preoccupazioni comuni sulla TOS: come affrontare il counselling nella prospettiva della donna</b>	12
<b>Argomenti per rassicurare la paziente</b>	13
Paura del cancro	13
● Carcinoma della mammella	13
● Carcinoma dell'endometrio	14
● Carcinoma del colon-retto	14
Timore di aumentato rischio cardiovascolare	14
Preoccupazione per gli effetti collaterali	16
Bibliografia	16

## Introduzione

### Che cos'è il counselling

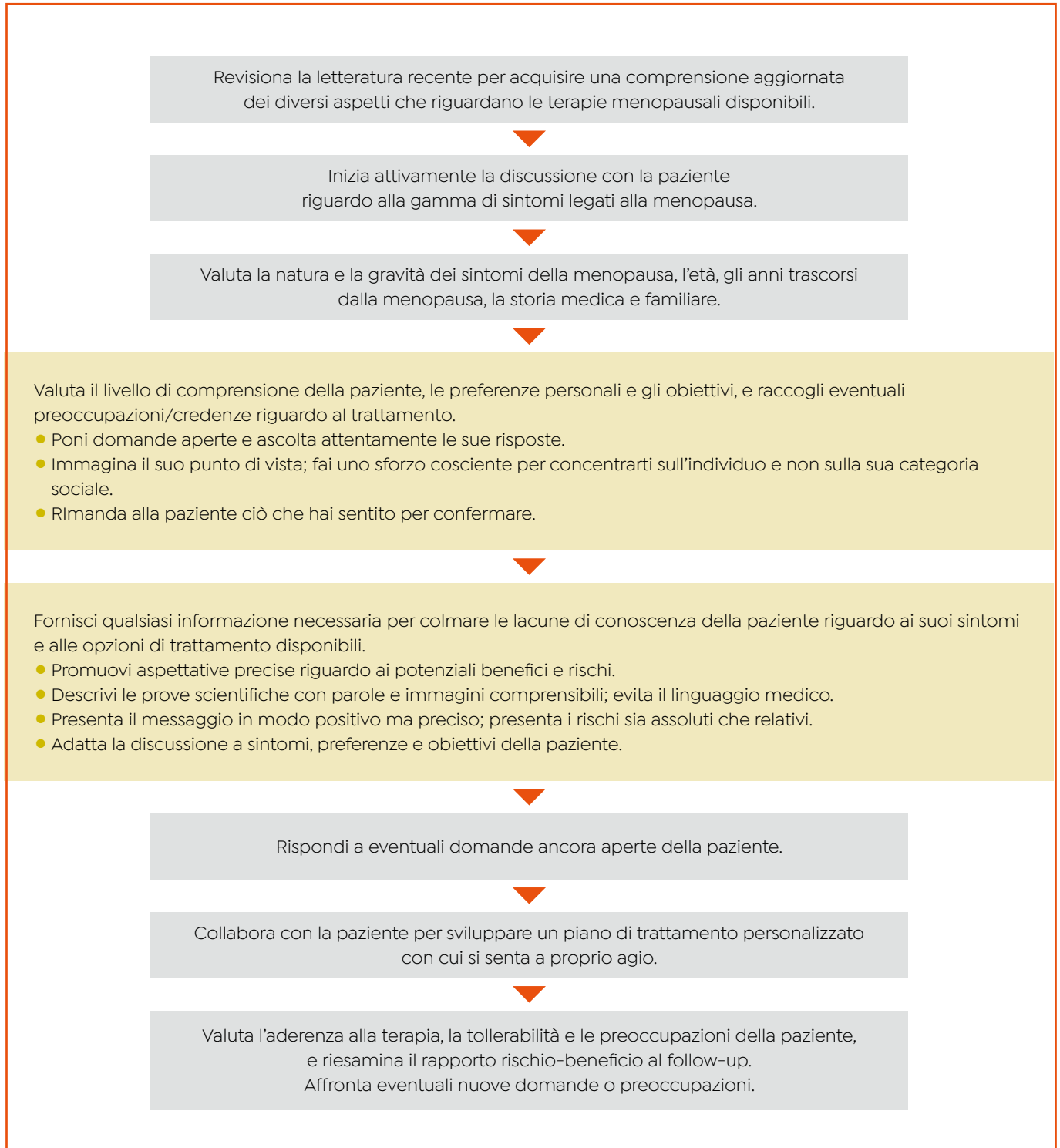
- Il counselling è un intervento di promozione della salute e di prevenzione della malattia, che ha come scopo l'attivazione delle risorse della persona per affrontare problemi e attivare processi decisionali.
- Il counselling permette l'instaurarsi, tra medico e paziente, di una relazione basata sull'ascolto dell'individuo e dei suoi bisogni.
- Può quindi essere uno strumento utile a favorire un'efficace alleanza terapeutica per attuare un intervento centrato sulle specifiche caratteristiche del paziente.
- Il counselling medico migliora la comunicazione tra medico e paziente. Aiuta i pazienti a esprimere le proprie preoccupazioni, a comprendere le informazioni mediche e a prendere decisioni informate sulla propria salute. In altre parole, il counselling consente l'"empowerment" del paziente rendendolo protagonista delle scelte che riguardano la propria salute.
- Nella donna che affronta la menopausa, il counselling sarà teso a fornirle gli strumenti atti a comprendere la genesi e le conseguenze a lungo termine dei suoi problemi e a valutare l'opportunità di interventi terapeutici che possono includere la terapia ormonale sostitutiva (TOS) ma che non si limitano a questa.

## Strategie di counselling per raggiungere decisioni condivise ginecologo-paziente

Molte donne hanno una comprensione incompleta dei cambiamenti fisiologici che avvengono durante la menopausa e delle opzioni di trattamento disponibili per affrontare eventuali sintomi fastidiosi. Alcune possono avere preconcezioni culturali o sociali negative sulla menopausa, che influenzano la percezione della necessità stessa di ricorrere a un trattamento.

Per raggiungere una corretta decisione condivisa sulla terapia ormonale è necessario che il medico sia a conoscenza delle evidenze scientifiche, possieda adeguati strumenti di comunicazione e conosca gli obiettivi e le preoccupazioni della paziente.

La **Figura 1** presenta una sintesi delle raccomandazioni per personalizzare il counselling con le donne riguardo al trattamento dei disturbi della menopausa.<sup>1</sup> L'utilizzo di tali strategie può migliorare la soddisfazione delle donne nei confronti dell'assistenza ricevuta.



**Figura 1.** Sintesi delle raccomandazioni per personalizzare il counselling con le donne riguardo al trattamento dei disturbi della menopausa.<sup>1</sup>

Durante un incontro con la paziente, nell'ambito del processo di counselling, è consigliabile:

- **Raccogliere le principali preoccupazioni** e i desideri della paziente riguardo ai sintomi e al trattamento.
- **Presentare informazioni** per affrontare tali preoccupazioni, fornire consulenze improntate sulla medicina basata sulle evidenze e sulla propria esperienza clinica, senza pregiudizi. Ciò include l'elenco dei potenziali benefici e rischi delle varie opzioni di trattamento in base ai sintomi e alle preferenze personali della paziente.
- **Mettere i rischi in prospettiva.** Parlare in termini di rischio assoluto (non solo del rischio relativo [RR]) può rivelarsi utile nel rassicurare le donne e aiutarle a valutare meglio se i potenziali benefici della terapia ormonale superano i rischi per loro personalmente.

La collaborazione richiede costanza nel coinvolgere le pazienti nella propria cura. Occorre offrire alla paziente l'opportunità di fare domande e chiederle di riportare i pro e i contro durante i follow-up.

## L'approccio OARS

Una modalità di counselling molto valida consiste nell'approccio OARS<sup>2</sup>. Questa sigla è un acronimo in inglese che sta per *Open-ended questions, Affirmation, Reflective listening, Summary*.

Le *open questions* sono le domande aperte, cioè quelle che consentono agli altri di "raccontare la loro storia". Ponendo questo tipo di domande alla paziente riusciremo a comprendere meglio la sua visione della vita, i suoi pensieri, i suoi dubbi, le sue certezze e i suoi obiettivi per il futuro. Per *affirmations* si intendono affermazioni da parte del medico che riconoscono i punti di forza della paziente e i comportamenti positivi da lei messi in atto. Il *reflective listening* è l'ascolto in cui chi ascolta "riflette" (un po' come uno specchio) ciò che ha detto chi parla. Ciò può avvenire ripetendo o riformulando ciò che ha detto la paziente oppure parafrasandolo; ma la forma più profonda di *reflective listening* è quella in cui l'ascoltatore riesce a riflettere i sentimenti e le emozioni di chi parla. Infine, il *summary*, il riassunto, è la fase finale del counselling, in cui si tirano le somme e si rivede ciò che è stato detto. La **Tabella 1** fornisce alcuni esempi di come l'approccio OARS possa essere applicato alle discussioni sui fastidi della menopausa e sulla terapia ormonale.

**Tabella 1** Esempi di applicazione dell'approccio OARS alle discussioni su fastidi della menopausa e TOS

Domande aperte	Affermazioni	Ascolto riflessivo	Sintesi
<p>“Quali informazioni ha circa i sintomi della menopausa?”</p> <p>“Quali informazioni ha riguardo all'assunzione di ormoni in menopausa?”</p>	<p>“Quelle vampate di calore devono essere veramente fastidiose”</p>	<p>“Capisco che lei desideri valutare opzioni di trattamento per i suoi disturbi, ma che abbia alcune perplessità...”</p>	<p>“L'esperienza della menopausa è unica per ogni donna. Possiamo adattare la terapia ormonale alle sue esigenze specifiche e lavorare per massimizzare i potenziali benefici e ridurre al minimo i potenziali rischi”</p>
<p>“È a conoscenza dell'aumentato rischio di patologie importanti legato alla menopausa?”</p> <p>“È a conoscenza dell'effetto preventivo che la terapia ormonale ha sullo sviluppo di patologie importanti in futuro?”</p>	<p>“Oltre alle fastidiose vampate di calore, la possibilità di andare incontro a osteoporosi e malattia coronarica è un pensiero che la preoccupa”</p>	<p>“Capisco che la sua preoccupazione riguarda le vampate di calore ma anche la possibilità di andare incontro a osteoporosi/malattia coronarica e vorrebbe avere chiarimenti riguardo alle opzioni di trattamento”</p>	<p>“La preoccupazione rispetto all'aumento del rischio di osteoporosi/ malattie cardiovascolari in menopausa è fondata. Agire ora su disturbi quali le vampate di calore attraverso la terapia ormonale ha dimostrato effetti benefici di prevenzione su queste patologie”</p>
<p>“Quali informazioni ha in merito ai rischi della terapia ormonale?”</p> <p>“È a conoscenza del fatto che studi recenti hanno ridimensionato i rischi associati alla terapia ormonale in menopausa?”</p>	<p>“I possibili rischi della terapia ormonale la bloccano dal prenderla in considerazione”</p>	<p>“Capisco che prenderebbe in considerazione la terapia ormonale ma che è preoccupata dai possibili rischi e vorrebbe avere maggiori informazioni a riguardo...”</p>	<p>“Più di un ventennio fa, l'Iniziativa per la Salute delle Donne (WHI) ha pubblicato relazioni allarmanti riguardo a possibili rischi per la salute associati alla TOS; tuttavia, analisi più recenti di quei dati ne hanno attenuato le conclusioni. Ad esempio, si può affermare che 998 donne su 10.000 non avranno un aumento del rischio di cancro al seno”</p>

## Aiutare la comprensione dei disturbi fornendo spiegazioni accessibili

Fornire spiegazioni semplici sui fastidi correlati alla menopausa aiuta le pazienti a sentirsi più informate e consapevoli. Questo empowerment contribuisce a ridurre l'ansia e lo stress, permette alle pazienti di comunicare efficacemente con il proprio medico e di collaborare nel percorso di trattamento favorendo un approccio terapeutico personalizzato.

### Sintomi vasomotori

Nel discutere di questa sintomatologia, per esempio, si può spiegare alla paziente che:

*“Le vampate di calore sono dovute a cambiamenti nei livelli degli ormoni, in particolare alla diminuzione degli estrogeni tipica della menopausa. Esiste nel sistema nervoso centrale un centro nervoso deputato alla regolazione della temperatura del corpo, il cosiddetto ‘centro termoregolatore’; quando la temperatura corporea supera un certo livello, il centro causa una liberazione di calore attraverso la vampata (è quello che sperimentiamo tutti quando entriamo in una sauna!). In presenza di bassi livelli di estrogeni, il centro termoregolatore si attiva anche per minimi aumenti della temperatura corporea e la donna in menopausa sperimenterà improvvise e intense sensazioni di calore, episodi di arrossamento e sudorazione. Si tratta di un fenomeno molto comune e ci sono opzioni terapeutiche per gestirlo. Possiamo discuterle insieme per trovare la soluzione migliore per il suo caso”.*

### Sindrome genitourinaria (GSM)

Si tenga presente che ancora oggi l'argomento sessualità rappresenta un tabù per molte donne (più di quante potremmo credere). Dovrà quindi essere il ginecologo o il medico di famiglia a introdurre, in modo proattivo, la problematica con domande aperte formulate in modo discreto. Ad esempio: **“Dopo la menopausa molte donne incontrano problemi nei rapporti sessuali. Capita anche a lei?”.**

In termini generali, si può far comprendere alla paziente che **“la diminuzione degli estrogeni comporta cambiamenti nelle zone genitourinarie, ovvero nell'area di vagina, uretra e vescica”.**



Successivamente si potranno chiarire la genesi e il trattamento dei problemi legati alla sindrome genitourinaria. In particolare:

**Secchezza vaginale** *“La diminuzione degli estrogeni può influenzare la quantità di lubrificazione naturale nella vagina, causando secchezza. Questo può provocare disagio durante i rapporti sessuali e aumentare il rischio di irritazioni.”*

**Atrofia vaginale** *“La parete vaginale può andare incontro a un processo di assottigliamento e indebolimento, che può contribuire alla sensazione di secchezza e aumentare la vulnerabilità a irritazioni e infezioni.”*

**Minzione frequente e urgente** *“La sindrome genitourinaria può influenzare la vescica, causando un aumento della frequenza urinaria e un senso di urgenza. Questi sintomi possono essere collegati alla riduzione dell’elasticità e della tonicità della vescica.”*

**Rischio di infezioni urinarie** *“La combinazione di secchezza vaginale e cambiamenti nella flora batterica può aumentare il rischio di infezioni urinarie.”*

**Desiderio sessuale** *“Durante la menopausa, si verifica una diminuzione significativa della produzione di estrogeni, gli ormoni sessuali femminili. Gli estrogeni sono cruciali per la salute sessuale, poiché influenzano la lubrificazione vaginale, la sensibilità delle zone genitali e la risposta sessuale. La loro diminuzione può portare a una riduzione del desiderio sessuale.”*

*“Tutta questa sintomatologia può essere trattata in modo molto efficace. I sintomi di atrofia vaginale possono migliorare anche solo utilizzando idratanti vaginali associati a una regolare attività sessuale. Tuttavia, per ottenere una ‘normalizzazione’ dei tessuti è necessario ricorrere a terapie ormonali. La TOS somministrata per via orale e/o transdermica è efficace anche su questa condizione, ma se l’atrofia e la secchezza vaginale sono gli unici problemi riferiti allora è possibile utilizzare anche solo terapie ormonali locali.”*

## Personalizzare la prescrizione della TOS attraverso il counselling

Un aspetto fondamentale del counselling è la comprensione del profilo medico e psicosociale del paziente. Ciò può avvenire solo attraverso l'ascolto che rappresenta un momento fondamentale del counselling e troppo spesso viene erroneamente trascurato. Nell'ascolto, prima si consente alla paziente di raccontare spontaneamente dei suoi problemi e poi verranno introdotte domande mirate. Nel caso della donna dopo la menopausa, il profilo medico consentirà di identificare la presenza di controindicazioni o di condizioni che possono beneficiare di un particolare tipo di TOS o di altri interventi sulla salute, mentre il profilo psicosociale permetterà di capire le preferenze, le paure e gli ostacoli che possono esserci nella gestione dei disagi legati alla menopausa. In questo modo sarà possibile la personalizzazione della terapia. Ad esempio, dal punto di vista medico, una storia familiare di grave osteoporosi consiglierà l'utilizzo di TOS a pieno dosaggio associata a vitamina D e calcio; in un'altra paziente, dal punto di vista psicosociale, il racconto di un'avversione all'impiego di prodotti per via vaginale farà evitare il loro utilizzo.

Terminato il momento dell'ascolto, sarà opportuno passare alla fase dell'informazione delineando alla paziente i più importanti aspetti della terapia ormonale sostitutiva. Fra questi, ad esempio:

- Chiarire che la TOS continua a essere il trattamento più efficace per affrontare i disturbi della menopausa, che vanno da quelli vasomotori alla sindrome genitourinaria. Inoltre, è anche molto efficace nel trattare altri fastidi associati alla menopausa, come dolori muscolo-articolari, variazioni dell'umore, alterazioni del ritmo sonno-veglia e del comportamento sessuale, e nel migliorare la qualità della vita (QoL).
- Discutere, in termini comprensibili per la paziente, dei risultati di studi clinici che supportano l'efficacia e la sicurezza della TOS, fornendo al contempo dati sulla gestione dei potenziali rischi con specifico riferimento alla situazione individuale.
- Sottolineare che **la TOS non ha gli stessi vantaggi e rischi in tutte le donne** e illustrare alla paziente qual è il suo profilo di rischio-beneficio sulla base delle caratteristiche individuali, della storia personale e familiare, dei risultati di eventuali esami clinici strumentali, delle preferenze e aspettative, oltre che della sintomatologia prevalente.
- Infine, può essere utile spiegare che, alla luce delle più recenti evidenze, la TOS è generalmente raccomandata per le donne di età <60 anni che presentano sintomi gravi o persistenti della menopausa e che **il trattamento può essere personalizzato in base alle caratteristiche individuali della donna**, alla sua storia personale e familiare, alle preferenze e aspettative, oltre che alla sintomatologia prevalente, **migliorandone la qualità della vita**.

## Affrontare gli effetti della menopausa e i benefici della TOS nel lungo termine

Nel corso del counselling andranno anche chiariti alla paziente i vantaggi a lungo termine della TOS, che consistono nella riduzione del rischio di gravi patologie quali osteoporosi, malattie cardiovascolari e malattie neurodegenerative.

### Osteoporosi postmenopausale

**Come è noto, la TOS a dosaggi standard è efficace nel controllare il turnover metabolico dell'osso** e prevenire la perdita di massa ossea correlata alla menopausa. Dosaggi inferiori al dosaggio standard sono in grado di equilibrare il turnover metabolico dell'osso, riducendo il riassorbimento e prevenendo la perdita di massa ossea. Alla paziente è possibile spiegare che:

*“La diminuzione degli estrogeni aumenta il rischio di osteoporosi, una condizione in cui le ossa diventano fragili e suscettibili alle fratture. Le ossa diventano meno dense e più porose; la loro resistenza è così compromessa. Il rischio di fratture, soprattutto a livello di anca, colonna vertebrale e polso, aumenta notevolmente. La TOS può contribuire a preservare la salute delle ossa e ridurre il rischio di fratture correlate alla menopausa. Di tutte le terapie per l'osteoporosi la TOS è fra le poche in grado di ridurre il rischio di frattura anche in pazienti a basso rischio”.*

### Patologia cardiovascolare

**La TOS riduce il rischio di diabete e ha effetti positivi su altri fattori di rischio per malattia cardiovascolare.** La maggior parte degli studi, sia osservazionali sia randomizzati, evidenzia i potenziali benefici della TOS nel ridurre il rischio di malattia coronarica, la mortalità cardiaca e la mortalità totale, se iniziata in donne con sintomatologia climaterica, altrimenti sane, senza malattie cardiovascolari, al di sotto dei 60 anni o entro 10 anni dall'inizio della menopausa.

*“Gli estrogeni aiutano a mantenere i vasi sanguigni flessibili e a ridurre l'accumulo di placche nelle arterie. Quando la quantità di estrogeni diminuisce dopo la menopausa, il rischio di malattie cardiovascolari, compreso l'infarto, può aumentare.*

*La TOS può contribuire a mantenere i livelli di colesterolo HDL (“buono”) più alti e a ridurre i livelli di colesterolo LDL (“cattivo”). Inoltre, può influenzare positivamente la salute dei vasi sanguigni, mantenendo la loro elasticità e riducendo il rischio di malattia coronarica.”*

## Disturbi cognitivi

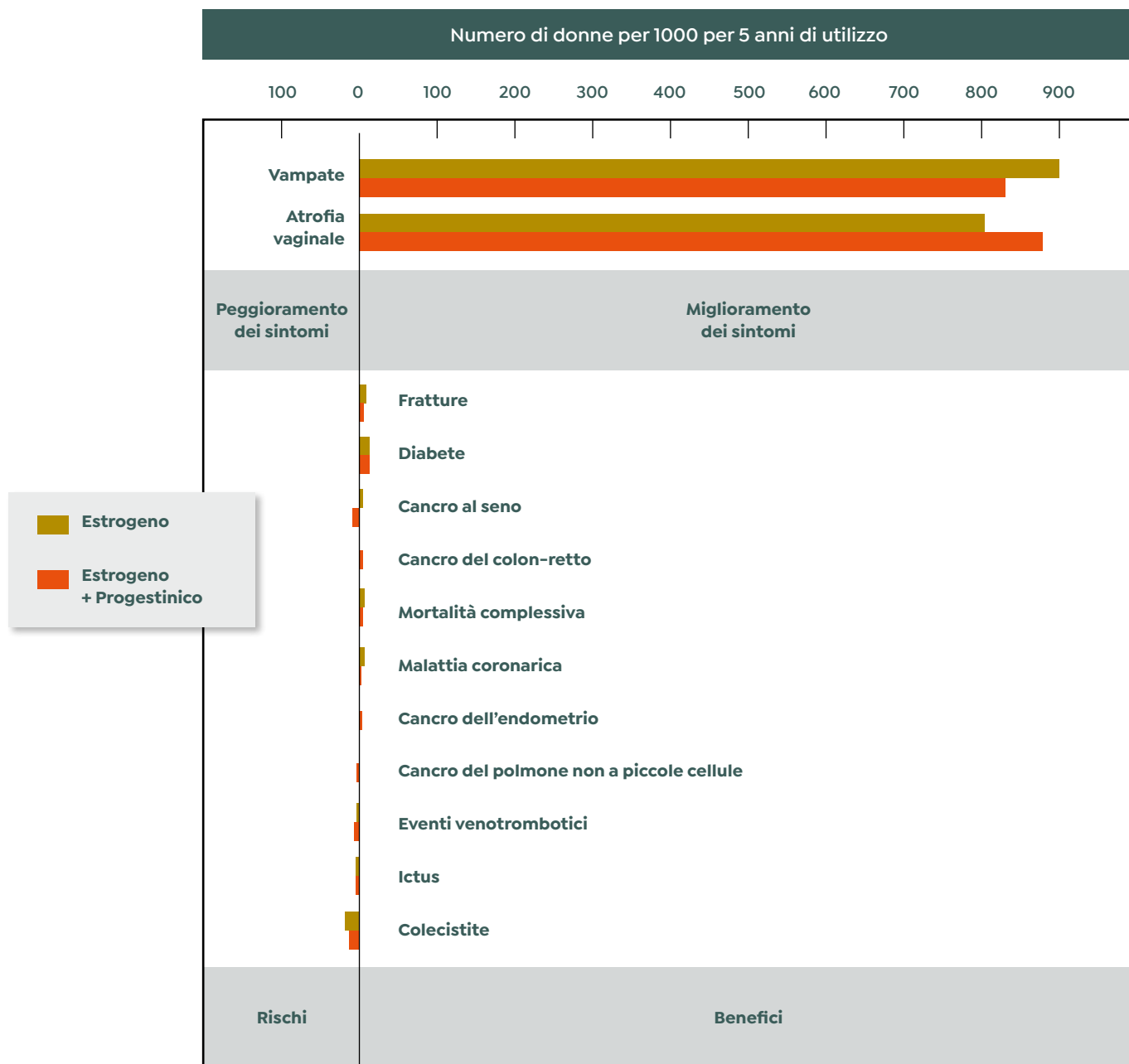
Studi osservazionali dimostrano che la TOS in donne giovani in menopausa chirurgica può avere benefici sui disturbi cognitivi. Dagli studi emerge che la TOS, somministrata entro i primi 10 anni dalla menopausa o prima dei 60 anni, è associata a un più basso rischio di demenza senile e di morbo di Alzheimer.

*“Dopo la menopausa, la diminuzione degli estrogeni può influenzare la funzione cerebrale e aumentare il rischio di malattie cognitive, come la demenza e l’Alzheimer. Gli estrogeni, infatti, svolgono un ruolo protettivo nei confronti del cervello, contribuendo alla salute delle cellule cerebrali e alla trasmissione dei segnali neurali. La TOS può contribuire a mantenere i livelli di estrogeni normali, con potenziali benefici per la salute cognitiva.”*

## Rischi reali della TOS: come discuterne con la paziente

Le donne in buona salute e al di sotto dei 60 anni non hanno motivo di preoccuparsi del profilo di sicurezza della TOS. Infatti, quando la TOS viene somministrata per un’indicazione sintomatica evidente, per la maggior parte delle donne i potenziali benefici sono numerosi mentre i rischi sono limitati.

Durante il counselling il medico può chiarire, in termini comprensibili per la paziente, i benefici e i rischi della TOS, utilizzando numeri assoluti piuttosto che le percentuali, che possono generare confusione. Un’immagine come quella presentata in **Figura 2** potrà risultare utilissima nella comprensione del rapporto rischi-benefici. Nel mostrarla, il medico può anche enfatizzare che in una paziente che utilizzi una terapia con estrogeno e progesterone, o progestinici più fisiologici, e in età più giovane, il rischio effettivo della TOS è anche minore di quanto evidenziato nel grafico.



**Figura 2.** Benefici e rischi della TOS nelle donne che la iniziano tra i 50 e i 59 anni o entro 10 anni dalla menopausa.

## Preoccupazioni comuni sulla TOS: come affrontare il counselling nella prospettiva della donna

Molte donne hanno una comprensione incompleta dei cambiamenti fisiologici che avvengono durante la menopausa e delle opzioni di trattamento disponibili per affrontare eventuali sintomi fastidiosi. Le informazioni riguardo alla terapia ormonale sostitutiva provengono da diverse fonti e possono generare confusione. Ad esempio:

- Secondo lo studio internazionale *Vaginal Health: Insights, Views, and Attitudes (VIVA)*,<sup>3,4</sup> il 62% di tutte le donne coinvolte ha manifestato associazioni negative con la terapia ormonale. Circa la metà ha espresso preoccupazioni riguardo alla possibilità che pillole e cerotti per la terapia ormonale possano aumentare il rischio di cancro al seno, ictus o coaguli sanguigni, mentre circa un quarto pensava che lo stesso fosse vero per la terapia locale con estrogeni.
- In un sondaggio su Internet condotto su 3890 donne di età superiore a 45 anni in Francia, Germania, Italia, Spagna e Regno Unito, la percentuale di donne che concordavano in modo forte o moderato con l'affermazione "Gli ormoni sono pericolosi" variava dal 51% in Francia al 21% nel Regno Unito.<sup>5</sup>
- Nel sondaggio *REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal Changes*, condotto negli Stati Uniti su 3046 donne in postmenopausa con atrofia vulvovaginale, oltre la metà di coloro che utilizzavano prodotti da banco citava la sicurezza come motivo di preferenza. Al contrario, le donne che utilizzavano prodotti con prescrizione menzionavano frequentemente preoccupazioni sulla sicurezza come motivi di insoddisfazione, tra cui preoccupazioni sulla sicurezza a lungo termine (41%), rischio di cancro al seno (30%) ed effetti collaterali in generale (26%).<sup>6</sup>
- Analogamente, nello studio statunitense EMPOWER su 1858 donne in postmenopausa con atrofia vulvovaginale, il 43% ha indicato la preoccupazione per gli effetti collaterali come motivo principale per non utilizzare prodotti ormonali.<sup>7</sup>

## Argomenti per rassicurare la paziente

Nel corso del counselling, è cruciale che il ginecologo discuta apertamente i reali rischi e benefici della TOS, assicurandosi che le informazioni fornite siano basate sugli studi più recenti, e che incoraggi una comunicazione aperta in modo da favorire una decisione correttamente informata.

### Paura del cancro

La paura più diffusa associata all'uso della TOS è il rischio di sviluppare il cancro, in particolare il cancro al seno. Innanzi tutto, il ginecologo può spiegare che:

*“La terapia ormonale sostitutiva può prevedere l'assunzione di estrogeni e progestinici (TOS combinata) o dei soli estrogeni. La maggior parte delle donne assume la TOS combinata perché l'assunzione dei soli estrogeni aumenta il rischio di sviluppare un tumore dell'utero. L'assunzione del progestinico insieme agli estrogeni riduce questo rischio. Per questo motivo la TOS con soli estrogeni è raccomandata solo per le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero (isterectomia)”.*

### Carcinoma della mammella

Questa neoplasia è quella che maggiormente preoccupa le pazienti. Andrebbe chiarito che, come ampiamente illustrato nelle recenti Linee Guida SIM/SIGiTE:<sup>8</sup>

- per le donne che utilizzano prodotti combinati estro-progestinici il rischio di carcinoma alla mammella attribuibile alla TOS è quantificabile in circa 8 casi in più per ogni 10.000 donne/anno;
- il rischio di carcinoma della mammella diminuisce rapidamente dopo la cessazione della TOS e dopo 5 anni dall'interruzione della terapia è comparabile a quello delle donne che non hanno mai assunto TOS;
- la somministrazione di soli estrogeni coniugati in donne isterectomizzate per 7-15 anni anziché aumentare riduce il rischio di carcinoma della mammella (circa 7 casi in meno per ogni 10.000 donne/anno);
- studi europei suggeriscono che la somministrazione di estradiolo in associazione con progesterone micronizzato o diidrogesterone non è associata a un aumento significativo del rischio di cancro della mammella, come avviene con altri progestinici di sintesi;
- di recente sono state introdotte terapie senza progestinico, basate sulla combinazione di estrogeni coniugati e modulatori selettivi del recettore degli estrogeni (SERM),

in grado di garantire la protezione endometriale e nel contempo di avere un effetto anti-proliferativo sulla mammella, dato il peculiare meccanismo d'azione;

- altri fattori correlati allo stile di vita hanno un impatto ben più grave sul rischio di cancro della mammella, come si evince dalla **Figura 3**.

### Carcinoma dell'endometrio

Difficilmente il carcinoma dell'endometrio è fra le paure delle pazienti. Comunque, a riguardo è opportuno chiarire che una corretta somministrazione di progestinico nell'ambito della TOS riduce il rischio di questo tipo di tumore.

### Carcinoma del colon-retto

Può essere utile ricordare alla paziente che la TOS riduce il rischio di cancro del colon-retto, con una riduzione di circa 6 eventi su 10.000 donne/anno. Questo effetto è stato evidenziato con le associazioni estro-progestiniche, e in misura minore e non significativa con la sola terapia estrogenica.

## Timore di aumentato rischio cardiovascolare

Dopo i primi risultati dello studio WHI, si è diffusa l'idea che la TOS incrementi il rischio di malattia cardiovascolare. I successivi approfondimenti di questo trial hanno smentito e rovesciato le prime conclusioni ma il messaggio non è arrivato a tutti. Pertanto, è opportuno sottolineare che:

- gli studi indicano che la TOS può ridurre il rischio di malattia coronarica e la mortalità se iniziata prima dei 60 anni o comunque entro 10 anni dalla menopausa;
- iniziare la TOS dopo i 65 anni o in presenza di patologie cardiovascolari preesistenti potrebbe, invece, aumentare il rischio cardiovascolare. La selezione attenta delle donne e il timing appropriato per iniziare la terapia sono fondamentali;
- la terapia con estrogeni da sola sembra essere più vantaggiosa rispetto a quella estro-progestinica se iniziata prima dei 60 anni o entro 10 anni dalla menopausa.



## Comprendere i rischi del cancro al seno

Differenza nell'incidenza del cancro al seno ogni 1000 donne di età compresa tra i 50 e i 59 anni.

Numero approssimativo di donne che svilupperanno il cancro al seno nei prossimi cinque anni.

**23 casi di cancro al seno diagnosticati nella popolazione generale del Regno Unito.**



**Quattro casi aggiuntivi nelle donne in terapia ormonale sostitutiva combinata (TOS).**



**Quattro casi in meno nelle donne in terapia ormonale sostitutiva con solo estrogeni (TOS).**



**Quattro casi aggiuntivi nelle donne che assumono contraccettivi ormonali combinati (la pillola).**



**Cinque casi aggiuntivi nelle donne che bevono 2 o più unità di alcool al giorno.**



**Tre casi aggiuntivi nelle donne attualmente fumatrici.**



**Ventiquattro casi aggiuntivi nelle donne in sovrappeso o obese (BMI uguale o superiore a 30).**



**Sette casi in meno nelle donne che praticano almeno 2 ore e mezza di esercizio moderato alla settimana.**



**Figura 3.** Confronto tra i fattori di rischio del cancro al seno legati allo stile di vita e al trattamento con TOS.

## Preoccupazione per gli effetti collaterali

Alcune donne temono gli effetti indesiderati della TOS ma potrebbero non essere correttamente informate a riguardo. È opportuno illustrare gli effetti collaterali più comuni della TOS, che includono:

- Ritenzione idrica
- Sensibilità al seno
- Gonfiore
- Crampi alle gambe
- Nausea/dispepsia
- Mal di testa
- Sanguinamento vaginale

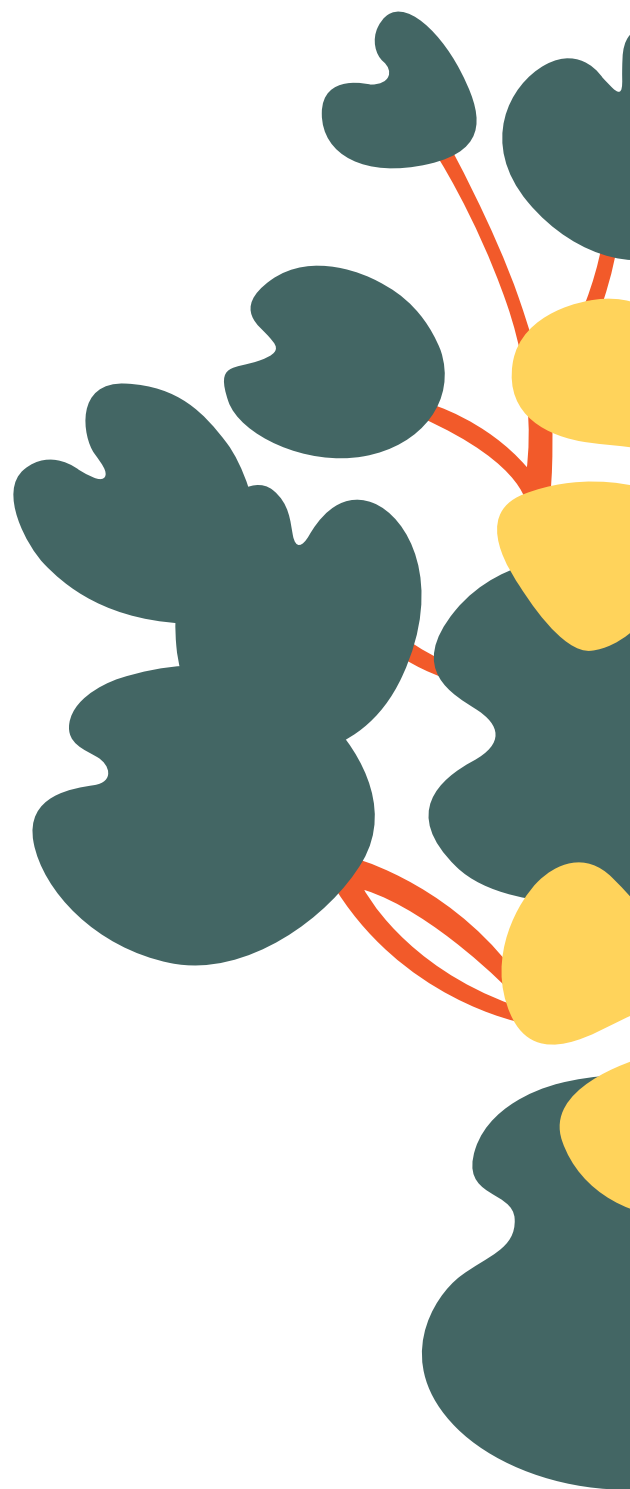
Successivamente, è possibile tranquillizzare la paziente informandola che la maggior parte degli effetti collaterali si risolve entro 3-6 mesi, ma che, se persistessero, potrebbe essere sufficiente modificare il trattamento (ad esempio, riducendo la dose, cambiando la formulazione, o cambiando il prodotto di TOS).<sup>9</sup>

Tra gli effetti collaterali temuti vi è l'aumento di peso. Il ginecologo potrà spiegare che, sebbene l'incremento ponderale sia molto comune intorno alla menopausa, la TOS non causa un ulteriore significativo aumento di peso.<sup>10</sup>

## Bibliografia

1. Parish SJ, Nappi RE, Kingsberg S. Perspectives on counseling patients about menopausal hormone therapy: strategies in a complex data environment. *Menopause* 2018;25(8):937-49.
2. Tuccero D, Railey K, Briggs M, Hull SK. Behavioral health in prevention and chronic illness management: Motivational interviewing. *Prim Care* 2016;43(2):191-202.
3. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) - results from an international survey. *Climacteric* 2012;15(1):36-44.
4. Simon JA, Kokot-Kierepa M, Goldstein J, Nappi RE. Vaginal health in the United States: results from the Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes survey. *Menopause* 2013;20(10):1043-8.
5. Constantine GD, Graham S, Clerinx C, et al. Behaviours and attitudes influencing treatment decisions for menopausal symptoms in five European countries. *Post Reprod Health* 2016;22(3):112-22.
6. Kingsberg SA, Wysocki S, Magnus L, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey. *J Sex Med* 2013;10(7):1790-9.
7. Kingsberg SA, Krychman M, Graham S, et al. The Women's EMPOWER Survey: Identifying women's perceptions on vulvar and vaginal atrophy and its treatment. *J Sex Med* 2017;14(3):413-24.
8. Linee guida SIM SIGITE 2020: Raccomandazioni sulla terapia ormonale sostitutiva in menopausa ([www.sigite.eu/site/?q=content/linee-guida-sim-sigite-2020-raccomandazioni-sulla-terapia-ormonale-sostitutiva-menopausa](http://www.sigite.eu/site/?q=content/linee-guida-sim-sigite-2020-raccomandazioni-sulla-terapia-ormonale-sostitutiva-menopausa)).
9. Armeni E, Lambrinoudaki I, Ceausu I, et al. Maintaining postreproductive health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society (EMAS). *Maturitas* 2016;89:63-72.
10. Guidelines for South West London - Menopause and Hormone Replacement Therapy (HRT). (<https://swlimo.southwestlondon.icb.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/11/Menopause-and-Hormone-Replacement-Therapy-HRT-Guidelines-for-South-West-London-v1.1.pdf>)





Realizzato con il contributo  
non condizionante di Organon Italia

