



MARTEDI' 3 NOVEMBRE, ORE 21:00

SEDUTA IN MODALITA' WEBINAR

TERAPIE ORMONALI IN MENOPAUSA: STORIA E ATTUALITA'

INTRODUCE

Giancarlo ISAIA – Professore di Medicina Interna e Geriatria – Università degli Studi di Torino

RELATORI

Carlo CAMPAGNOLI – Ginecologia Endocrinologica – Clinica Fornaca – Torino

Mario GALLO – Direttore S.C. Ginecologia e Ostetricia – ASLTO4 – Ciriè, Lanzo

Carlo Campagnoli - TERAPIE ORMONALI IN MENOPAUSA: STORIA E ATTUALITA'

Le terapie ormonali (TO) si basano su estrogeni (E) per os o, a partire dagli anni '90, per via cutanea; per proteggere l'endometrio sono stati impiegati in prevalenza progestinici di sintesi con attività diverse dal progesterone (ad es. interferenze col recettore per gli androgeni). Sin dalle prime proposte degli anni '60, negli USA all'obiettivo di contrastare i disturbi da carenza ormonale si è intrecciato quello di prevenire l'invecchiamento; ciò ha causato popolarità alla TO, ma anche errori: impiego dei soli E (aumento del cancro endometriale, 1975) o la somministrazione di E orali in età avanzata (nel trial WHI reclutate sino ai 79 anni). Dati recenti indicano per età < 60 assenza di rischi cardiovascolari e confermano la rilevanza delle differenze tra i preparati sul rischio trombotico e oncologico mammario. Quando vi siano le indicazioni (menopausa prematura, forte sintomatologia vasomotoria, problemi soggettivi + osteopenia/osteoporosi in donne d'età < 60) il rapporto benefici /rischi è favorevole.

Mario Gallo - MODALITA' ED ALTERNATIVE

Nella scelta della TO è importante valutare la storia clinica della donna, il profilo di rischio personale e i sintomi correlati alla menopausa. Esistono diverse combinazioni che hanno caratteristiche peculiari per cui è inappropriato applicare un effetto di classe. Abbiamo infatti formulazioni a base di estrogeni per via orale, transdermica e vaginale, terapie combinate estrogeno-progestiniche sequenziali o continue, il tibolone, il TSEC (Complesso Estrogenico Tessuto Specifico, associazione Estrogeno+Basedoxifene) e l'Ospemifene (SERM orale ad azione vaginale). In assenza di controindicazioni si può impiegare la TO a più basse dosi efficaci di estrogeno e di progestinico (nelle donne con utero), in linea con gli scopi del trattamento puntualizzando la personalizzazione della terapia e la durata. In alternativa è possibile proporre medicine complementari, quali fitoterapia (fitoestrogeni e fitocomplessi), considerando che tali terapie non hanno né la stessa efficacia della TO né lo stesso sostegno nella letteratura scientifica.