

La cura della menopausa nella paziente con precedenti oncologici

Ai tumori ormonodipendenti in perimenopausa e terza età Sigite ha dedicato una speciale sessione al Congresso di Palermo. Il tema, come aveva sottolineato il presidente della Sigite Costante Donati Sarti in una precedente intervista su queste pagine (vedi *GynecoAgoi* n. 4/2011), rispecchia un problema emergente che la Società affiliata Agoi sta affrontando già da qualche anno con un gruppo operativo ad hoc. Un team coordinato dal presidente Sigite e che fa capo ad Angelamaria Becorpi (Firenze), Lino Del Pup (Aviano), Milena Mincigrucci (Perugia) e Sonia Baldi

A colloquio con il presidente Sigite Costante Donati Sarti

Accompagnare la donna nel "ritorno alla normalità"

L'importanza di intensificare studi e ricerche sulle cure più idonee ad alleviare la sintomatologia della donna in menopausa precoce iatrogena o che comunque abbia alle spalle un vissuto oncologico presuppone la creazione di centri specifici a lei dedicati, sviluppando una stretta collaborazione con l'oncologo, innanzitutto, ma anche con altre figure professionali come lo psicologo. L'organizzazione di questo progetto che coinvolge territorio, ginecologi curanti, ospedale ed università rappresenta la scommessa su cui Sigite sta approfondendo un grande impegno. Ma un aspetto non meno importante di questa scommessa – afferma Donati Sarti in questa breve intervista – è l'accompagnamento della donna nel suo percorso di ritorno alla normalità dopo l'esperienza della malattia oncologica che così profondamente impatta con la sfera della femminilità e della sessualità.

Dottor Donati Sarti, la "cura" della menopausa nella paziente oncologica è un ambito che richiede una serie particolarmente complessa di valutazioni clinico-scientifiche.

L'evoluzione tecnologica, la migliore diagnostica e il trattamento terapeutico, il follow-up rigoroso permettono oggi alla donna malata di cancro di sopravvivere e anche molto a lungo ed in buone condizioni. In questo senso, il problema è di offrire a queste pazienti il miglior percorso di cura e di accompagnamento nella difficile fase di passaggio ad una menopausa insorta in maniera brusca ed intempestiva. Come sappiamo molti tumori della sfera genitale sono ormonodipendenti, ovvero legati all'azione degli estrogeni. Estrogeni e progestinici che fanno, per così dire, il bello e il cattivo tempo nella donna. Tutti i tumori ormonodipendenti ed in particolare il ca della mammella e dell'endometrio necessitano, oltre all'atto chirurgico, di trattamenti adiuvanti che si protraggono per diversi anni, con a volte effetti indesiderati quali turbe neuro vegetative, del sonno e dell'umore con ricadute sulla vita quotidiana e sulla femminilità. Per questo dobbiamo prendere in esame terapie alternative per limitare questi disturbi a volte insopportabili.

Un altro aspetto importante riguarda quelle donne che hanno

subito l'asportazione dell'utero e/o delle ovaie, o che hanno delle menopausa indotte dopo trattamenti radio/chemioterapici e che necessitano di terapie. In questi casi dobbiamo cercare di capire qual è il migliore trattamento per mantenere la loro femminilità. Per le donne che poi hanno ancora l'utero valutare la possibilità di avere flussi mestruali indotti regolari... così da farle sentire in tutto e per tutto delle donne "normali".

Altri aspetti che incidono profondamente nella vita delle pazienti, soprattutto più giovani, riguardano la preservazione della fertilità, oggi divenuta una realtà grazie alla crioconservazione degli ovociti e del tessuto ovarico. Ed ancora la sessualità dopo il tumore, un tema sempre più attuale che affrontiamo spesso anche nei nostri convegni di recente a Firenze e prossimamente a Pescara.

Con quali soluzioni terapeutiche aiutare queste pazienti, ridimensionando, se non è possibile risolvere, i problemi ingenerati dalla menopausa?

La valutazione clinica di ciascuna ci farà propendere ora per una terapia ormonale sostitutiva siste-

mica, altre volte piuttosto per un trattamento ormonale vaginale, o anche per i fito-ormoni o i fitoterapici. Questi ultimi rappresentano una vera scommessa, dovremo valutarli nel tempo. Allo stato attuale non abbiamo ancora dati certi dalla letteratura, ma dall'esperienza clinica emergono segnali incoraggianti e positivi. Del resto siamo molto aperti anche a tutte le altre medicine alternative.

In questo quadro, la collaborazione con le varie figure professionali, in primis l'oncologo di riferimento, non è solo utile ma indispensabile.

Certamente, ma altrettanto importante è riuscire a condividere con figure più "tecniche", come il radioterapista e l'oncologo medico un "nuovo orizzonte" in cui si delinea - al di là di quello che è lo scopo più alto dell'atto terapeutico, cioè quello di salvare la vita della paziente - un altro traguardo, quello della migliore qualità di vita per la paziente.

Il punto di partenza rimane comunque la creazione di una rete ben organizzata nel territorio composta da ambulatori dedicati per la menopausa oncologica magari uno per ogni regione.


Centri dove si possa fare diagnostica, follow-up e garantire una continuità assistenziale e centri di eccellenza oncologica dove le pazienti sono sottoposte alle terapie adiuvanti, a monitoraggio per controllo di ricadute, a trattamenti per gli effetti collaterali dei farmaci e ad un sostegno con il supporto dello psiconcologo.

Perché è così importante rilanciare la rete nazionale dei Centri della Menopausa?

La rete nazionale nata con il Progetto menopausa Italia utilizza un linguaggio comune e questo rappresenta uno strumento chiave non solo per valutazioni epidemiologiche ma anche per effettuare indagini di ricerca ed efficacia di protocolli terapeutici. Inoltre l'esperienza di molti centri menopausa, in particolare quello di Firenze, di Perugia e di Aviano è un patrimonio che, lungi dall'essere disperso, deve essere valorizzato e replicato su tutto il territorio nazionale.

Naturalmente i centri menopausa dedicati alle pazienti con problematiche onco-ematologiche possiedono alcune importanti peculiarità, a partire innanzitutto dal legame strettissimo tra ginecologo e oncologo di riferimento – siano essi dislocati sul territorio o nelle strutture di alta specializzazione.

Queste strutture dovranno caratterizzarsi per un approccio molto "delicato": è importante evitare che le nostre pazienti avvertano troppo il peso di un follow-up che le faccia sentire "malate". La donna, al contrario, deve vivere questo percorso in maniera serena, all'insegna della "normalità", e noi dobbiamo fare di tutto per permetterle di recuperare quel benessere psico-fisico, inteso anche in termini affettivi, socio-relazionali e lavorativi, di cui è stata privata nel corso della malattia. La "presa in carico" di queste pazienti persegue insomma un duplice obiettivo: da un lato, dobbiamo identificare il trattamento ideale per ciascuna, che non le esponga ad ulteriore rischio oncologico, dall'altro prenderci cura del loro benessere psico-fisico restituendole ad una piena normalità.

La domanda è molto forte e in crescita. Per questo dobbiamo cercare di partire al più presto con un progetto articolato su tutto il territorio nazionale. 

Mario Gallo*, Antonio Alfeo Giuseppe Regaldo, Marisa Mussetta**

S.C. Ostetricia e Ginecologia, Ospedali Riuniti Ciriè-Lanzo (Torino)

* Direttivo Sigite

** S.C. Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso Università di Torino

Tumori ormonosensibili: mammella e utero

Gli studi più recenti evidenziano l'importanza del metabolismo estrogenico "in situ" nello sviluppo e nella progressione di varie neoplasie estrogeno-dipendenti, tra cui il carcinoma della mammella e dell'endometrio

Lo sviluppo dei tessuti è strettamente dipendente dalla presenza di un ormone specifico. Gli Estrogeni (E) e i fattori di crescita hanno una funzione chiave nella crescita e nella differenziazione di

molti organi e tessuti bersaglio tra questi la mammella e l'utero. La loro azione è mediata dai recettori alfa e beta, localizzati a livello del nucleo, strutturalmente assai simili tra loro e distribuiti in vari organi e tessuti.

Funzionano sia come trasduttori del segnale sia come fattori di trascrizione per modulare l'espressione di geni bersaglio (effetto genomico).

Gli estrogeni sono in grado di aumentare la sintesi di Dna e il

numero dei recettori per i fattori di crescita con conseguente aumento della proliferazione cellulare; regolano anche la trascrizione di proto-oncogeni. In situazioni di duplicazione accelerata risulta un minor tempo

per riparare un eventuale danno del Dna con conseguenti alterazioni del genoma che portano ad una proliferazione cellulare incontrollata fino al cancro. Recentemente è stata evidenziata l'importanza del metabolismo estrogenico "in situ" nello sviluppo e nella progressione di varie neoplasie estrogeno-dipendenti tra cui il carcinoma della mammella e dell'endometrio.

Numerosi studi hanno evidenziato nei tumori mammari ed uterini una concentrazione tissutale di Estrone (E1), Estradiolo (E2) e dei loro metaboliti solfati marcatamente più elevata ri-