



Atrofia vulvovaginale della menopausa

Quando è opportuno pensare ad un trattamento non ormonale



FRANCESCA NOCERA
Past President SIGiTE

L'ATROFIA VULVOVAGINALE (AVV) o Sindrome Genito Urinaria della Menopausa (GSM) comprende segni e sintomi coinvolgenti sia l'apparato genitale (vestibolo, vulva, vagina) che le basse vie urinarie ed è conseguenza dell'ipoestrogenismo. Essa è tanto comune nelle donne in età peri/postmenopausale, da essere considerata quasi inevitabile e paradossalmente non attenzionata né dalla classe medica né dalle donne stesse. La prevalenza della GSM raggiunge il 50% tra le donne di 60 anni ma si può arrivare anche a percentuali più elevate se consideriamo fasce di età più avanzate. A fronte di numeri così elevati, questa condizione è in realtà correttamente gestita solo in una minoranza di casi e questo è particolarmente grave considerando la cronicità e il forte impatto sulla qualità di vita e sulla relazione di coppia. Le motivazioni che portano a questa sottovalutazione sono ben diverse dai due punti di vista; le donne tacciono per pudore, e per il disagio legato ai particolari apparati che sono coinvolti. Parlare di bruciore, secchezza vaginale, diffi-

coltà e dolore durante l'attività sessuale le mette in una condizione di difficoltà anche con il partner. Il risultato è un rapporto non appagante, talvolta impossibile anche in assenza di penetrazione e con risvolti emotivi notevoli; le motivazioni del medico hanno radici diverse: il medico di medicina generale, ad esempio, è limitato innanzitutto dal mancato aiuto fornito dalla visita ginecologica che è fondamentale per rintracciare i primi segni della condizione distrofica; può conoscere poco le basi fisiopatologiche e le possibilità terapeutiche che si posso offrire ma anche lo specialista può trovare difficoltà ad affrontare problematiche così complesse e delicate, per timore di entrare in una sfera troppo intima sollecitando la donna con specifiche domande. Non ultimo il problema del tempo: fare un counseling adeguato comporta impiego di tempo e disponibilità all'ascolto.

La condizione comune alle diverse manifestazioni cliniche di questa sindrome è l'ipoestrogenismo che non è condizione esclusiva dello stato

menopausale conclamato essendo presente, infatti, anche durante fasi della vita femminile completamente differenti come l'allattamento, durante la contraccuzione con regimi a basso o bassissimo dosaggio estrogenico, nella fase di transizione menopausale in cui sono ancora presenti i cicli ma si osservano già delle fluttuazioni ormonali. L'ipoestrogenismo data la comune origine embriologica, giustifica anche il coinvolgimento del basso tratto urinario con urgenza e frequenza minzionale e episodi di cistiti ricorrenti che nella maggior parte dei casi vengono trattate con incongruo uso di antibiotici per via sistematica. Da queste semplici premesse è difficilmente accettabile continuare ad ignorare questa realtà che riguarda un numero così elevato di donne e che è una condizione cronica. L'approccio terapeutico prevede differenti opzioni: i trattamenti di prima linea cioè gli idratanti e i lubrificanti sono i più semplici e privi di limitazioni, adatti a tutte le donne e a tutte le età. Essi sono in realtà più trattamenti cosmetici che farmacologici ma sono molto differenti tra loro per qualità ed efficaci solo nelle fasi iniziali quando le modificazioni trofiche non sono ancora particolarmente severe. Sono rimedi che molto spesso vengono scelti spontaneamente delle donne prima ancora della consulenza medica, ma non agendo alla base del problema, diventano ad un certo punto non sufficienti. Le terapie ormonali locali (estrogeni e progestrone) hanno dimostrato invece di essere efficaci su tutta la sintomatologia e di migliorare notevolmente il disconfort femminile ma non sono accettate da tutte le donne per la via di applicazione che molte trovano sconveniente, per difficoltà all'applicazione, per la fuoriuscita di parte del preparato con sgradevole sensazione di bagnato, per timore di effetti collaterali soprattutto sulla salute mammaria.

Esiste quindi un target di pazienti per le quali dobbiamo prevedere un trattamento che unisca sicurezza, accettabilità ed efficacia come ad esempio l'ospemifene. Attualmente l'ospemifene rappresenta il primo trattamento orale, non ormonale indicato per pazienti con sintomi moderatamente severi da sindrome genitourinaria che non possono o non vogliono impiegare estrogeni topici. Si tratta di un modulatore selettivo dei recettori estrogenici (SERM) di terza generazione approvato in Europa nel 2015 di cui oggi possediamo solidi dati di efficacia e sicurezza. Il vantaggio notevole di questo farmaco è la via di somministrazione e la possibilità di offrirlo come opzione terapeutica nelle donne con storia personale di tumore mammario che abbiano già completato le terapie adiuvanti.

È importante citare lo studio italiano Peony (Patient satisfactiON studY), studio longitudinale osservazionale che ha raccolto i dati di 17 centri ginecologici su quanto riferito dalle donne con o senza storia personale di tumore mammario, sull'impatto fisico e psicologico della GSM. All'inizio del 2025 sono stati pubblicati i dati a 6 mesi dello studio che hanno fornito dati rassicuranti in termini di efficacia e sicurezza specie per la cohorte di donne con storia di cancro mammario che sono in genere più giovani, psicologicamente più fragili e con sintomatologia più severa.

È tempo quindi di ascoltare i bisogni anche inespressi delle donne.

