



La donna in salute

Dott.ssa Antonina Amodeo
 SPEC. GINECOLOGIA E OSTETRICIA
 SPEC. ENDOCRINO-CHIRURGIA

La **salute**, secondo la definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), è: **"uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità"**.

Per l'individuo **"Stare in salute"** significa essere protagonista e responsabile del proprio grado di salute, attivamente coinvolto nel processo di miglioramento, promozione e mantenimento.

Le finalità di questo magazine, indirizzato alla donna che vuole stare in salute, sono:

- offrire uno strumento aggiornato e di facile consultazione per il mantenimento dello stato di salute e benessere nelle varie età della vita (donna giovane, donna adulta e donna matura);
- offrire una sintesi delle patologie più frequenti legate all'apparato riproduttivo, corredate da consigli terapeutici e "stili di vita" più adeguati alla loro prevenzione;
- focalizzare l'attenzione sulla prevenzione e la cura dei tumori femminili, con un approccio "life-course" che guarda a tutte le fasi della vita femminile. Far comprendere l'importanza dei controlli di prevenzione (check-up, screening) per la salute eseguiti con costanza;
- affrontare le tematiche con lo strumento del "counseling", con la consapevolezza delle scelte per il mantenimento della salute e del benessere e la "compliance", cioè l'aderenza ai trattamenti.

Il "counseling", che significa "facilitazione" e non "consiglio", è un processo relazionale di tipo "professionale" tra il medico e la persona che ha bisogno di acquisire la consapevolezza a risolvere un problema o a prendere una decisione. È uno strumento indispensabile quando si affrontano argomenti come la promozione della salute e la prevenzione di malattie.

In sintesi si vuole parlare di salute e di benessere e offrire anche gli strumenti per operare le scelte di vita corrette, aiutando la persona a raggiungere una visione più oggettiva e completa del problema e a trovare risorse e soluzioni proprie.

Ogni individuo ha dentro di sé delle risorse ("skills") che bisogna aiutare a tirare fuori, sollecitando le energie e la forza della persona (in inglese "empowerment").

Questo processo di crescita serve all'incremento della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione.

Affrontare al meglio tutte le scelte, nel nostro caso quelle che garantiscono il benessere e il mantenimento dello stato di salute, fornendo alla donna la consapevolezza delle sue risorse.

PENSATO DALLA GINECOLOGA PER LA DONNA

Prevenzione e salute

Negli ultimi decenni si è registrato un crescente interesse per la salute, concepita non solo a livello individuale ma anche come diritto-dovere dell'intera collettività.

La promozione della salute infatti non richiede solo coinvolgimento consapevole del singolo, ma soprattutto interventi organici.

Questi devono essere messi in atto dalla comunità per preservare lo stato di salute di tutti, la salvaguardia degli ambienti naturali e artificiali, la preservazione delle risorse della Terra. Esercitare il controllo degli effetti che derivano dal rapporto uomo-ambiente e attuare interventi mirati ad indurre cambiamenti nel singolo e nella collettività.

La salute, così intesa, assume un significato ben più ampio che investe tutti gli aspetti, fisici e psichici, della persona e indica, al di là dell'assenza di patologie, uno stato di benessere globale.

La promozione della salute ha assunto un significato più ampio che va oltre e non solo la prevenzione delle patologie, che naturalmente deve continuare ad essere perseguita, ma deve identificarsi anche con la promozione del benessere attraverso corretti stili di vita.

È in questa ottica che l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), in continuità con un percorso iniziato alla fine dagli anni '70, ha lanciato, nel gennaio 2004, la Strategia Globale per la dieta, l'attività fisica e la salute, sollecitando il coinvolgimento dei governi del mondo in una azione coordinata per la salvaguardia della salute e del benessere di tutti gli abitanti del pianeta Terra in contrasto al fenomeno dell'obesità.

DALLA SALUTE AL BENESSERE

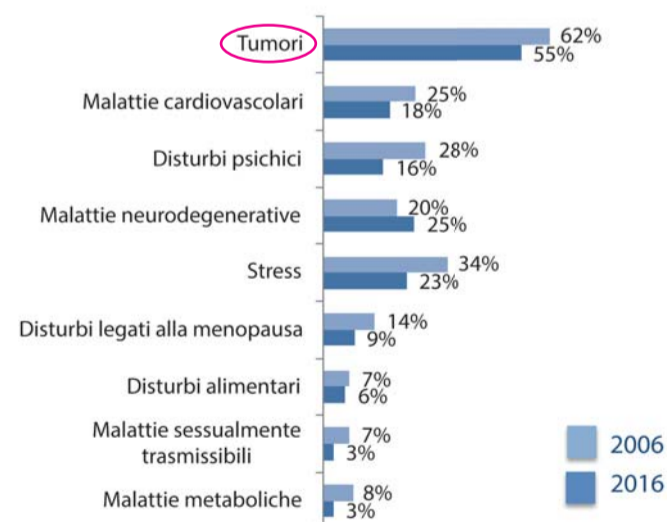
Il concetto di salute si è costantemente modificato nel tempo, assumendo oggi un significato molto più ampio, non solo assenza di patologie bensì uno stato di benessere globale della persona.

La salute e il benessere della donna valgono il doppio o il triplo o ancor di più per la ricaduta "benefica" sulla famiglia. Con un'azione di sensibilizzazione alla prevenzione sulla donna si ottiene di fatto anche prevenzione sull'intero nucleo di appartenenza.

La donna che adotta una alimentazione corretta e adeguati stili di vita riesce, quasi sempre, a farli adottare ai propri familiari.

La promozione alla salute alle donne consente di contribuire al miglioramento dello stato di salute di tutta la popolazione.

I bisogni di salute e di benessere della donna sono cambiati nel corso dell'ultimo decennio, le motivazioni più importanti sono:



Indagine Onda 2016 "Il rapporto delle donne italiane con la propria salute dieci anni dopo"
 Campione: 800 donne tra i 18 e i 64 anni - Metodologia: questionario WEB

SPERANZA DI VITA DELLA DONNA

La speranza di vita alla nascita è di 85.0 per le donne e 80.3 anni per gli uomini. Anche se negli anni più recenti si è registrato un incremento più favorevole per gli uomini, il vantaggio femminile rimane ancora significativo, passando da 5 anni di distanza nel 2010 a 4.7 nel 2014. Al 2014 si calcola che una donna a 65 anni abbia ancora un'aspettativa di vita di 22.3 contro i 18.9 anni di un uomo di pari età ($\delta = 3.4$ anni).

I cambiamenti sociali, culturali ed economici, che hanno riguardato il mondo femminile, hanno favorito la donna, sempre



sensibile e attenta alla salute sua e dei propri familiari. La donna riesce sempre di più ad appagare il bisogno non solo di salute ma anche quello di benessere psico-fisico attraverso gli strumenti della prevenzione.

Il ruolo di multitasking e di caregiver all'interno della famiglia, sottopongono la donna ad un maggiore carico di lavoro.

La donna da sempre, per l'istinto naturale della maternità, sa prendersi cura degli altri. In ogni famiglia solitamente è l'esperta di salute, si potrebbe definire il "primo presidio sanitario" nei casi più semplici. Custodisce i farmaci di primo intervento, cerotti e disinfettanti, ma è anche in grado di rassicurare, proteggere e dare un sostegno psicologico a chi soffre.

La condizione della donna vede ancora una situazione di non piena parità di diritti e opportunità, ciò influenza negativamente anche lo stato di benessere psicofisico della componente femminile nella società.

La salute femminile è un "bene prezioso" per tutti. Quindi maggiore salute e benessere per la donna.

Per mantenere la salute occorre evitare i comportamenti negativi che la possono compromettere:

- TABAGISMO
- ABUSO DI DROGHE E ALCOOL
- COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO
- INATTIVITÀ FISICA
- DISTURBI E ABUSO ALIMENTARI

MEGLIO A PIEDI O IN BICI MANGIA BENE, MANGIA SANO

Dieci sono le sfide fondamentali, stabilite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, da raggiungere, tra il 2016 e il 2030 per garantire la salute delle donne di tutto il mondo.

Il Ministero della Salute (22/04/2016), in occasione della 1ª giornata sulla tutela della salute della donna celebrata in nome di Rita Levi Montalcini, ribadisce in dieci punti l'importanza di tutelare la salute delle donne:

1. approccio alla salute femminile secondo la medicina di "genere", per il contrasto alle patologie croniche non trasmissibili, e attenzione alla ricerca scientifica mirata specificamente alle esigenze e peculiarità delle donne;
2. strategie di comunicazione per accrescere la consapevolezza delle donne sulle tematiche di salute, per sé e per la sua famiglia;
3. tutela e promozione della salute sessuale e riproduttiva, anche attraverso la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse e la tutela della fertilità, favorendo una procreazione responsabile e consapevole e sostenendo la salute materna e neonatale;
4. disponibilità di un'alimentazione sana e nutriente, sin dal concepimento, per favorire una nascita sana;
5. disponibilità e accesso a efficienti strumenti per la prevenzione dei tumori femminili, anche attraverso la promozione degli screening di provata efficacia;
6. tutela della salute mentale della donna e contrasto alle condizioni che favoriscono l'insorgenza di disturbi mentali, soprattutto in alcune epoche della vita femminile, e attenzione per la peculiare relazione della donna adolescente con il suo corpo e per la conseguente prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare, delle dipendenze, degli stili di vita scorretti;

7. prevenzione, individuazione e contrasto della violenza sulle donne, assistenza medica, supporto psicologico e riabilitazione e impegno per il diritto alla salute delle donne vulnerabili ed emarginate, con una speciale attenzione alla condizione sanitaria delle donne migranti;
8. tutela della salute della donna lavoratrice ed attenzione alle problematiche specifiche nel mondo del lavoro;
9. sicurezza della cosmesi e della medicina e chirurgia estetiche per una "sana" cura della bellezza;
10. strategie per favorire l'invecchiamento sano ed attivo dell'universo femminile

L'ALIMENTAZIONE

L'alimentazione è il primo strumento di benessere e prevenzione perché è determinante nel mantenere il "microbiota" cioè la flora batterica intestinale. Il corpo umano è abitato da un vasto numero di batteri, virus e altri organismi eucarioti unicellulari. L'insieme dei microrganismi che vivono in pacifica coesistenza con il loro ospite umano viene definito "microbiota" o "microflora normale".

Il microbiota, differente in ognuno di noi, è fondamentale per il sistema immunitario, regola la digestione, l'assorbimento e l'assimilazione di proteine, carboidrati e grassi; fa produrre all'organismo ormoni e trasmettitori che comunicano con il sistema nervoso centrale. Negli individui sani, la composizione del microbiota intestinale è estremamente diversificata, con i ceppi batterici protettivi in quantità superiori rispetto a quelli potenzialmente dannosi. Questa composizione assicura una divisione efficiente e benefica delle attività che si svolgono nell'intestino. La perdita di questa diversificazione (disbiosi), è associata a una vasta gamma di disturbi: diarrea, sindrome del colon irritabile o malattia infiammatoria dell'intestino fino a comportare l'insorgenza anche di alcune patologie epatiche e allergie, nonché malattie collegate all'alimentazione come obesità, celiachia.

Una corretta alimentazione mantiene in equilibrio l'insieme di microrganismi del nostro corpo, quando questo equilibrio viene meno si va incontro ad allergie, scompensi metabolici, infiammazioni e disturbi del sistema nervoso.

La nutraceutica (studio dell'azione curativa degli alimenti) contribuisce sempre di più a fornire strumenti di cura per parecchie patologie.

Il cibo con i suoi nutrienti, la loro biodisponibilità, secondo il tipo di cottura, rappresenta uno strumento principe per il nostro benessere.

CONTROLLO DEL PESO

La fotografia degli italiani sulla bilancia non è delle migliori: quasi uno su due, il 42%, è obeso (10,4%) o sovrappeso (31,6%); la percentuale cresce al Centrosud.

Le conseguenze sono molte e varie: dall'aumento del rischio di morte prematura a diversi disturbi debilitanti e psicologici che non sono letali, ma che possono influire negativamente sulla qualità della vita.

I principali problemi di salute associati ad obesità e sovrappeso sono:

- **Diabete di Tipo 2**
- **Malattie cardiovascolari e ipertensione**
- **Malattie respiratorie (sindrome da "apnea nel sonno")**
- **Alcune forme di cancro**
- **Problemi psicologici**
- **Alterazione della qualità della vita.**



Il grado di rischio è influenzato dalla quantità relativa di peso in eccesso, dalla localizzazione del grasso corporeo, dall'importanza dell'aumento di peso nell'età adulta e dalla quantità di attività fisica.

Diabete di Tipo 2 e resistenza all'insulina, si sviluppa in età adulta ed è legato all'obesità e al sovrappeso, le donne hanno un rischio ben più elevato di sviluppare questa patologia.

Malattie cardiovascolari e ipertensione

Le malattie cardiovascolari, comprendono la malattia coronarica (infarto del miocardio), la vasculopatia cerebrale (ictus) e la malattia vascolare periferica. Queste patologie sono responsabili di un'elevata percentuale (fino ad un

terzo) della mortalità di uomini e donne nella maggior parte dei Paesi industrializzati con una crescente incidenza nei Paesi in via di sviluppo.

L'obesità predispone l'individuo ad una serie di fattori di rischio cardiovascolare tra cui l'ipertensione e l'aumento del tasso di colesterolo nel sangue. Nella donna, l'obesità è al terzo posto tra i fattori di rischio di malattie cardiovascolari, dopo l'età e la pressione arteriosa.

Il rischio di infarto per una donna obesa è circa tre volte superiore a quello di una donna magra della stessa età.

I soggetti obesi hanno maggiori probabilità di avere alti livelli di trigliceridi (grassi) e di lipoproteina a bassa densità (LDL) o "colesterolo cattivo" e una diminuzione della lipoproteina ad alta densità (HDL) o "colesterolo buono".

Questo profilo metabolico si riscontra il più delle volte nelle persone obese con un elevato accumulo di grasso endo-addominale (forma a "mela") ed è stato messo in relazione con un aumento del rischio di malattie coronariche.

L'ipertensione (pressione arteriosa elevata) mediamente nel 50% dei casi si manifesta nei soggetti in sovrappeso o obesi.

Cancro

Esiste una correlazione tra obesità e cancro, anche se meno definita, è dimostrata una maggiore incidenza, nelle donne in sovrappeso od obese di tumore della mammella, dell'endometrio, delle ovaie.

Nell'uomo si ha un aumento del rischio di cancro della prostata e del retto.

L'associazione più netta è con il cancro al colon, per il quale l'obesità aumenta di quasi tre volte il rischio, sia nell'uomo che nella donna.

Osteoartrite

Il danno meccanico alle articolazioni, determinato dall'aumento di peso causa malattie degenerative a carico delle articolazioni e della colonna vertebrale, in particolar modo a carico delle ginocchia e del rachide.

Per il controllo del peso e la prevenzione delle patologie ad esso correlate un buon esempio di dieta equilibrata è rappresentata dalla dieta mediterranea.

La dieta mediterranea è un modello nutrizionale ispirato alle abitudini alimentari diffusi in alcuni paesi del bacino mediterraneo (come l'Italia e la Grecia) negli anni cinquanta del XX secolo.

Significative ricerche degli ultimi anni hanno evidenziato

un rapporto causale tra la Dieta Mediterranea e la riduzione dell'incidenza di malattie cardiovascolari, tumori ed altre patologie gravi.

Pane, pasta, verdure, legumi, frutta fresca e secca, ma anche carni bianche, pesce, latticini, uova, olio d'oliva e vino sono gli alimenti alla base della Dieta Mediterranea. Un modello alimentare sano ed equilibrato fondato prevalentemente su cibi di origine vegetale e sul loro consumo diversificato e bilanciato. È una dieta salubre che aiuta a prevenire le principali malattie croniche come patologie cardiovascolari, diabete, bulimia e obesità e, grazie al potere antiossidante dell'olio d'oliva, unito al consumo di verdure, un mezzo importante nella prevenzione dei tumori.

Ma la Dieta Mediterranea, schematizzata dai nutrizionisti utilizzando la piramide alimentare, non ha solo una valenza nutrizionale ma anche sociale e culturale. La consumazione del pasto è un momento di incontro della famiglia.

Basata prevalentemente su alimenti vegetali (nel rispetto della stagionalità dei prodotti, del territorio e della biodiversità, attraverso semine diverse e alla rotazione delle colture), la Dieta Mediterranea garantisce l'equilibrio tra la natura e l'uomo e il rinnovarsi delle risorse. È, in poche parole, un modello di dieta salubre sostenibile, uno dei modelli alimentari più sostenibili sia per l'ambiente che per la salute.

ATTIVITÀ FISICA

All'attività fisica è sempre stato attribuito uno spazio importante nella vita del singolo e della collettività, fin dalle epoche più antiche gli uomini hanno dedicato molto del loro tempo a forme di attività motorie (gare sportive, palestra, terme, giochi, tornei, danze...) nelle quali, pur con finalità diverse, corpo e movimento giocavano un ruolo fondamentale.

Ma appartiene all'epoca moderna la consapevolezza scientifica che tale attività, se praticata in modo regolare, non solo favorisce la migliore funzionalità degli apparati del nostro corpo ma incide in modo significativo sulla qualità della vita, sullo stato di salute e sul benessere globale della persona, anche nella sua dimensione psicologica.

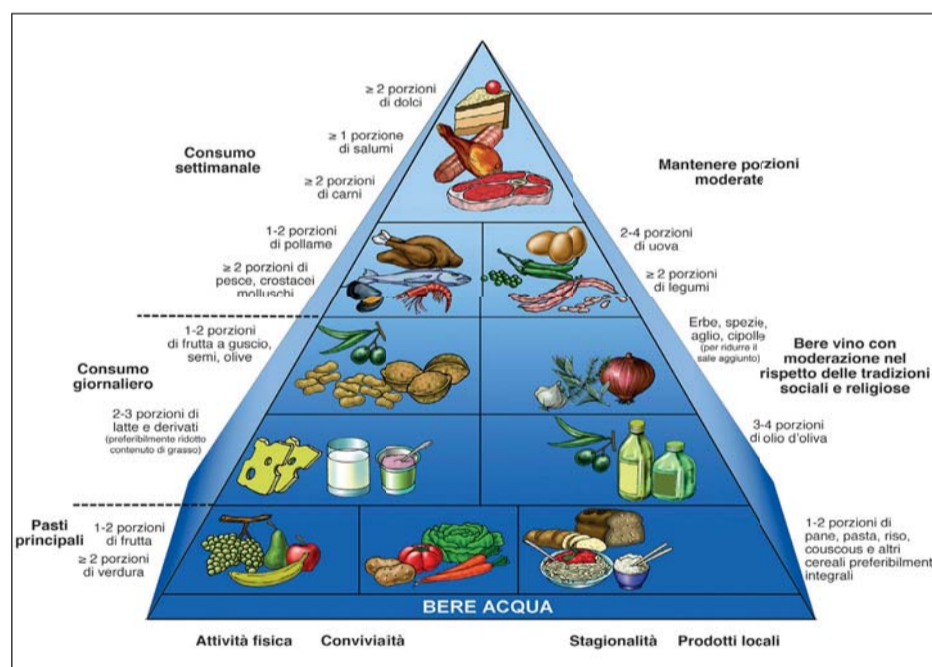
Per attività fisica non si deve intendere necessariamente la pratica di uno sport o l'effettuazione di faticosi allenamenti, ma anche, più semplicemente ed alla portata di tutti, un'attività moderata, purché costantemente ripetuta.

L'azione del camminare, per almeno 30 minuti, può corrispondere a questa esigenza di attività fisica minima giornaliera.

conciliabile con le esigenze quotidiane in particolare quelle della persona adulta, e praticabile in ogni spazio e ambiente, senza alcun onere di carattere economico. Quindi un'attività per tutti.

Oltre al consumo di calorie in eccesso con l'attività fisica si ottengono altri risultati: un miglioramento delle capacità motorie, del benessere psichico e relazionale e di un corretto sviluppo della persona. L'esercizio fisico ha anche capacità antinfiammatorie, genera una risposta biologica a livello molecolare con evidenti effetti antinfiammatori.

Muoversi è importante per prevenire danni articolari e riduce il rischio di peggioramenti anche per chi già soffre di malattie reumatiche. I benefici sono persistenti se l'attività fisica è costante.



La giovane donna e la sua salute

La pubertà è il periodo dell'età evolutiva che porta al raggiungimento della maturità sessuale e delle capacità riproduttive

Il ciclo ovarico

- I compiti svolti dall'ovaio sono quelli di produrre:
- cellule germinative per la riproduzione della specie;
 - gli steroidi sessuali (estrogeni e progestinici);
 - i peptidi che agiscono sia sull'ovaio che sull'asse ipotalamo-ipofisi.

Il ciclo mestruale

Il menarca (1° ciclo mestruale) si ha quando il ciclo ovarico è funzionalmente integrato con l'asse ipotalamo-ipofisi. Le fasi del ciclo sono tre:

- 1° follicolare;
- 2° ovulatorio;
- 3° luteale;

La regressione del corpo luteo con la caduta del progesterone provoca lo sfaldamento dell'endometrio (mestruazione).

Nel decalogo del Manifesto per la promozione e la tutela della salute della donna, i punti più importanti che riguardano la giovane donna sono:



I ragazzi che si amano si baciano in piedi
 Contro le porte della notte
 E i passanti che passano li segnano a dito
 Ma i ragazzi che si amano
 Non ci sono per nessuno
 Ed è la loro ombra soltanto
 Che trema nella notte
 Stimolando la rabbia dei passanti
 La loro rabbia il loro disprezzo le risa la loro invidia
 I ragazzi che si amano non ci sono per nessuno
 Essi sono altrove molto più lontano della notte
 Molto più in alto del giorno
 Nell'abbagliante splendore del loro primo amore
 (Jacques Prévert)

1. **strategie di comunicazione per accrescere la consapevolezza della donna sulle tematiche di salute, per sé e per la sua famiglia;**
2. **tutela e promozione della salute sessuale e riproduttiva, anche attraverso la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse e la tutela della fertilità, favorendo una procreazione responsabile e consapevole e sostenendo la salute materna e neonatale;**
3. **disponibilità di un'alimentazione sana e nutriente, sin dal concepimento, per favorire una nascita sana;**
4. **disponibilità e accesso a efficienti strumenti per la prevenzione dei tumori femminili, anche attraverso la promozione degli screening di provata efficacia;**
5. **tutela della salute mentale della donna e contrasto alle condizioni che favoriscono l'insorgenza di disturbi mentali, soprattutto in alcune epoche della vita femminile, e attenzione per la peculiare relazione della donna adolescente con il suo corpo e per la conseguente prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare, delle dipendenze, degli stili di vita scorretti.**

Questi sono i punti salienti per la tutela della salute della giovane donna, naturalmente intesa non solo come salute fisica ma soprattutto come garanzia di BENESSERE.

I genitori svolgono un ruolo importante nella crescita dei figli e per questo devono ricercare e mantenere con loro un "dialogo" costante.

È basilare trasmettere loro sia i valori etici e morali che le informazioni utili come le buone abitudini alimentari e in generale i corretti "stili di vita".

Accorgersi, altresì, per tempo di turbe alimentari (l'amenorrea o scomparsa del ciclo mestruale è il primo sintomo dell'anoressia) o di comportamenti a rischio.

Educazione sanitaria e all'affettività sono indispensabili ad evitare comportamenti sessuali a rischio.

CONSIGLI:

Quando il genitore ha difficoltà ad affrontare determinate tematiche con la figlia si può avvalere delle competenze specialistiche del ginecologo, magari in occasione di una ecografia per il controllo dell'utero e ovaie.

Il ginecologo ha le competenze per affrontare le tematiche sessuali ed affettive, far comprendere meglio i cambiamenti del corpo, spesso non accettati dall'adolescente.

Saper spiegare ai genitori o alla giovane donna l'importanza della **vaccinazione HPV**.

Prescrivere gli **esami preconcezionali** da eseguire in età adolescenziale:

- emogruppo
- emocromo
- VDRL, TPHA
- IgG e IgM per rosolia (se negativo programmare la vaccinazione)
- IgG e Igm per Toxoplasmosi
- Ricerca anticorpi HIV

Ecografia ginecologica. Se si manifestano disturbi mestruali, dismenorrea (dolore mestruale), acne, irsutismo è opportuno effettuare una ecografia. Alcuni di questi sintomi possono essere dovuti ad endometriosi, ovaio policistico, fibromi uterini, formazioni ovariche etc.

Indicazioni all'esame ecografico della pelvi nella giovane donna:

- neoformazioni sospette a carico dei genitali interni;
- patologie disfunzionali e infettive che interessano i genitali interni;
- diagnosi differenziale con altre patologie addomino-pelviche urgenti come diverticoliti, appendiciti etc.;
- monitoraggio di terapie ormonali e dopo interventi chirurgici.

Visita ginecologica e pap test. I genitori con figli adolescenti devono essere consapevoli che l'età di inizio della vita sessuale si è abbassata (età media 15 anni). È consigliabile, iniziata la vita sessuale, effettuare la visita ginecologica, il pap test, il tampone vaginale quando si sospettano infezioni che possono essere nocive per l'apparato riproduttivo, ad esempio quelle da Chlamydia.

Counseling contraccettivo va effettuato sempre alla giovane donna per evitare gravidanze indesiderate e scegliere insieme i metodi per un corretto controllo della fertilità.

I contraccettivi ormonali (CO) rappresentano nella giovane donna il metodo di prima scelta per il controllo reversibile della fertilità, rispondendo ai criteri di: efficacia, sicurezza, tollerabilità e reversibilità.

Lo IUD (dispositivo intrauterino) o spirale è più indicato nelle donne pluripare. Il nuovo dispositivo con progestinico può trovare indicazione anche nelle giovani donne.

La contraccezione ormonale di emergenza con progestinici va effettuata dopo un rapporto a rischio il più presto possibile e comunque entro 72 ore.

I metodi naturali sono indicati nelle coppie che possono accogliere una gravidanza, quindi non adatti per le ragazze.

Il preservativo o condom o profilattico trova la sua indicazione nella prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse (MTS) e in particolar modo per la infezione da HIV. L'uso costante dei profilattici offre una protezione del 90% ed il suo impiego, appropriato e sistematico, è il mezzo più idoneo per la prevenzione delle MTS, pur non garantendo una protezione assoluta del 100%.

La sua efficacia protettiva è condizionata dal corretto utilizzo:

- deve essere usato sempre, in ogni rapporto sessuale;
- deve essere indossato fin dall'inizio e per tutta la durata del rapporto.
- deve essere conservato in modo da non alterare il materiale ed utilizzato nel rispetto della data di scadenza indicata sulla confezione, solo la perfetta integrità ne garantisce l'efficacia.

L'utilizzo del preservativo va sempre consigliato ai giovani!!!

PRESERVARE LA FERLITÀ

In giovane età si possono prevenire delle patologie che possono danneggiare l'apparato riproduttivo, in particolare modo la Malattia infiammatoria pelvica (PID) e l'endometriosi.

LE VAGINITI

Le patologie che più frequentemente richiedono l'intervento del ginecologo sono le vaginiti, reazioni infiammatorie della vagina provocate dalla colonizzazione di germi patogeni o virulentazione della flora saprofitica vaginale.

Le vaginiti possono essere: batteriche, micotiche virali, da trichomonas, aspecifiche.

Si definisce flora vaginale l'insieme di microrganismi, in maggior parte di origine batterica, che colonizzano la cavità vaginale come avviene per tutti i tessuti di rivestimento del corpo umano: cavità oro-faringea, mucosa intestinale, cute, etc.

Sono batteri che vivono in simbiosi tra loro e costituiscono una forma di difesa verso aggressori patogeni.

Il **lattobacillus acidophilus** o bacillo di Doderlein presente in concentrazioni di 1-10 milioni, occupa il ruolo principale nella protezione della nicchia vaginale mediante diversi meccanismi: produzione di acido lattico, acidificazione (pH 3,8-4,5) dell'ambiente vaginale, aggregazione ai batteri esogeni per impedirne l'adesione alla mucosa vaginale.

Le vaginiti sono causate da colonizzazione di batteri provenienti dall'esterno, da organi limitrofi (cute e retto) o per virulentazione della normale flora vaginale.

In tutti i casi comunque intervengono fattori nocivi locali o sistemici capaci di depotenziare le difese locali.

Norme igieniche

La prevenzione delle infezioni vaginali non può prescindere dal rispetto delle basilari norme igieniche e abitudini quotidiane:

- effettuare l'igiene intima 2/ 3 volte al di con detergenti idonei;
- pulire le parti intime eseguendo un movimento che dall'avanti procede all'indietro e non viceversa, evitando il facile e rischioso trasporto di batteri dal retto alla vagina;
- asciugare sempre bene i genitali;
- evitare di indossare biancheria intima sintetica così pure jeans e pantaloni troppo stretti;
- evitare ATTRITO, UMIDITÀ E CALORE a livello genitale, queste tre condizioni possono favorire lo sviluppo di microrganismi patogeni.
- Le principali cause patologiche (noxae) capaci di depotenziare le difese locali sono individuabili in:
 - depressione del sistema immunitario;
 - antibioticoterapia;
 - terapia radiante;
 - assunzione di corticosteroidi;
 - citostatici;
 - stress psico-fisico severo;
 - grave denutrizione;
 - diabete scompensato;
 - irrigazioni vaginali esasperate;
 - IUD (dispositivo intrauterino- spirale).

Vaginosi batterica (VB): è una infezione batterica vaginale che si manifesta con leucorrea maleodorante senza prurito o bruciore. In genere è dovuta a Gardnerella e a batteri gram negativi. È l'infezione vaginale oggi più diffusa (20-40%) tra le donne in età fertile.

MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA

La malattia infiammatoria pelvica (o PID) è una causa comune di infertilità. I microrganismi in grado di determinarla sono diversi ma la causa principale è la Chlamydia trachomatis.

Casi non trattati possono esitare in danni permanenti degli organi genitali interni ed essere responsabili di dolore pelvico cronico. Formulare la diagnosi di PID non è semplice!

Infezione da Chlamidia

Si tratta di un'infezione batterica esclusivamente a trasmissione sessuale che ha maggior prevalenza nelle adolescenti sessualmente attive; la fascia di età più a rischio è quella compresa tra i 15 e i 24 anni. Vi è poi il rischio di contagio del neonato attraverso il canale del parto, qualora la madre sia portatrice d'infezione. Si tratta di un'infezione che nella maggior parte dei casi (70-80%) decorre asintomatica.

I sintomi, quando presenti, sono spesso lievi e aspecifici; talvolta compaiono perdite vaginali di aspetto purulento, sanguinamenti intermestruali o successivi al rapporto sessuale o disturbi durante l'emissione di urine.

L'infezione non deve essere trascurata, dal momento che può portare a complicanze severe: nel 25-40% delle forme non trattate, evolve in malattia infiammatoria pelvica, che rappresenta l'esito più grave. Altre possibili complicanze sono esiti cicatriziali a livello tubarico con elevato rischio di sterilità, dolore pelvico cronico e aumentato rischio di gravidanza extrauterina.

In considerazione dell'elevato rischio correlato alla giovane età, delle possibili complicanze e dell'alta percentuale di casi asintomatici, sarebbe raccomandato uno screening mirato annuale in tutte le ragazze di età inferiore ai 25 anni e nelle donne di età superiore, qualora esistano fattori di rischio come un nuovo partner sessuale o partner multipli.

Si stima che il 5% delle infezioni sia complicato da fallimento terapeutico o recidiva, pertanto è sempre bene sottoporsi a un nuovo controllo dopo quattro settimane dalla sospensione del trattamento.

È necessario che anche il partner si sottoponga ad appropriata cura antibiotica, al fine di evitare la reinfezione. Durante il trattamento si raccomanda la sospensione dell'attività sessuale.

La diagnosi delle infezioni da Chlamydia necessita di esami di laboratorio. L'indagine microbiologica si avvale principalmente della ricerca delle chlamidie nel materiale patologico (diagnosi diretta) prelevato con tampone cervicale. La Chlamydia a volte può annidarsi anche solo all'interno dell'uretra femminile, in questi casi è opportuno un tampone uretrale. L'immunofluorescenza diretta, le tecniche immuno-enzimatiche (ELISA) sia diretta, con la ricerca dell'antigene lipopolisaccaridico nelle urine (LPS) che indiretta. Più recenti sono le metodiche di biologia molecolare: PACE (Probe Assay Chemiluminescent Enhanced) che impiegano sonde genetiche per il riconoscimento dell'rRNA con rilevazione chemio luminescente.

Seguono le indagini strumentali:

- ecografia pelvica;
- l'isterosonografia (ecografia transvaginale con mezzo liquido introdotto in utero);
- l'isterosalpingografia;
- la laparoscopia.

Insieme alla tricomoniasi e alla gonorrea, con la quale condivide numerose manifestazioni cliniche, la chlamidia è una delle malattie sessualmente trasmesse più diffuse al mondo. Nella maggior parte dei casi l'infezione interessa le donne giovani sessualmente attive.

Nei paesi anglosassoni si pratica nelle ragazze il dosaggio sierico di anticorpi anti Chlamydia per identificare le pazienti già esposte all'infezione.

Obiettivo della prevenzione nella fascia di popolazione giovanile deve essere la diagnosi e la cura di queste infezioni. I sintomi possono essere scarsi, aspecifici e difficili da individuare, la leucorrea muco-purulenta, la nicturia saltuaria, la sensazione di tensione nella regione perineale devono essere sempre attenzionati!

INFEZIONE DA HIV

L'Hiv è un virus a Rna ed appartiene a una particolare famiglia virale i retrovirus. Dotato di un meccanismo replicativo assolutamente unico non ha ancora consentito la possibilità di un vaccino.

Le principali cellule bersaglio dell'HIV sono particolari cellule del sistema immunitario.

Il contagio da HIV, determina la sieropositività del soggetto contagiato che produce anticorpi diretti specificamente contro il virus e rilevabili nel sangue con un semplice prelievo ematico. La sieropositività implica che l'infezione è in atto e che è dunque possibile trasmettere il virus ad altre persone. La comparsa degli anticorpi, però, non è immediata. Il tempo che intercorre tra il momento del contagio e la positività al test HIV è detto "periodo finestra" e dura poche settimane, ma può estendersi

Vaginiti: tipologia delle perdite vaginali					
	Colore	aspetto	pH	odore	flogosi
Candidiasi	biancastro	"a ricotta"	4.5	inodore (acido)	++
Vaginosi batterica	grigiastro	lattiginoso	6-8	"fish odour"	---+
Streptococco	giallo-verdastro	siero-purulento	6-8	maleodorante	+++
Stafilococco	giallo-verdastro	siero-purulento	6-8	maleodorante	+++
Neisseria	giallo verdastro	siero-purulento	6-8	maleodorante	+++
E. Coli	verdastro	siero-purulento	6-8	maleodorante	++
Trichomonas	giallo-verdastro	schiumoso	5-7	"fish odour"	+++
Chlamydia T.	grigio-giallastro	muco-purulento	5-7	maleodorante	+++

anche fino a 3 mesi. Durante questo periodo, anche se la persona risulta ancora sieronegativa è comunque già in grado di trasmettere l'infezione.

Dopo il contagio è possibile vivere per anni senza alcun sintomo e accorgersi dell'infezione solo al manifestarsi di una malattia. Sottoporsi al test HIV è, quindi, l'unico modo di scoprire l'infezione.

Questo periodo di sieropositività asintomatica può durare anche diversi anni, fino a quando la malattia non diventa clinicamente conclamata a causa dell'insorgenza di una o più malattie cosiddette "indicative di Aids". Alcune di queste sono infezioni opportunistiche provocate da agenti patogeni che normalmente non infettano le persone sane, ma possono infettare persone con un sistema immunitario fortemente compromesso. Tra le malattie indicative di Aids sono compresi anche diversi tipi di tumori, soprattutto i linfomi, il sarcoma di Kaposi e il carcinoma del collo dell'utero.

Vie di trasmissione

Esistono tre diverse modalità di trasmissione dell'HIV: via ematica, via materno-fetale e via sessuale.

La trasmissione per via sessuale è nel mondo la modalità di trasmissione più diffusa dell'infezione da HIV. I rapporti sessuali, sia di tipo eterosessuale che omosessuale, non protetti dal preservativo, possono essere causa di trasmissione dell'infezione.

Da quanto specificato sopra appare chiaro che non esistono categorie a rischio ma solamente comportamenti a rischio per acquisire l'infezione da HIV, ad esempio i rapporti sessuali non protetti o lo scambio di materiale per sostanze di abuso.

La legge italiana (135 del giugno 1990) garantisce che il test HIV sia effettuato con il consenso della persona interessata. Il test non è obbligatorio, ma se si sono avuti comportamenti a rischio è opportuno effettuarlo.

Le terapie

Nei Paesi occidentali buona parte dei successi ottenuti nel ridurre l'Aids sono in gran parte dovuti ai risultati dalla ricerca scientifica che ha consentito di individuare farmaci dotati di potente attività antivirale.

Occorre tuttavia tenere presente che le attuali strategie terapeutiche, anche se molto efficaci, non consentono la guarigione dall'infezione, ma permettono di tenerla sotto controllo. Attraverso l'uso del trattamento antiretrovirale, oggi un soggetto HIV positivo ha un'aspettativa di vita analoga a quella di un soggetto non infetto, con una buona qualità di vita, pur persistendo la sua contagiosità.

Strategie di prevenzione

Poche semplici precauzioni possono ridurre, o addirittura annullare, il rischio di infezione da HIV.

Al fine di evitare la trasmissione dell'infezione per via ematica si consiglia:

- non usare in comune siringhe, aghi e altro materiale per l'iniezione di droghe;
- sottoporsi a iniezioni, agopuntura, mesoterapia, tatuaggi e piercing solo se gli aghi utilizzati sono monouso.

È fondamentale ricordare che nei Paesi europei le trasfusioni di sangue e derivati, i trapianti di organo e l'inseminazione artificiale sono sottoposti a screening e ad accurati controlli per escludere la presenza dell'HIV.

Per evitare la trasmissione dell'infezione per via sessuale:

- avere rapporti sessuali mutuamente monogamici con un partner non infetto;
- astenersi dai rapporti sessuali;
- nel caso di rapporti occasionali (vaginali, orogenitali o anali), utilizzare sempre il preservativo.

L'uso corretto del preservativo protegge dal rischio di infezione durante ogni tipo di rapporto sessuale ed è l'unica reale barriera per difendersi dall'HIV. Anche un solo rapporto sessuale non protetto potrebbe essere causa di contagio.

La pillola, la spirale e il diaframma sono metodi utili a prevenire gravidanze indesiderate, ma non hanno nessuna efficacia contro il virus dell'HIV.

INFEZIONE DA HPV

I responsabili di questa infezione sono i papillomavirus umani, piccoli virus a Dna. Ad oggi sono stati identificati oltre 100 tipi di HPV che infettano l'uomo e, tra questi, circa 40 sono risultati associati a patologie del tratto ano-genitale, sia benigne che maligne. I diversi tipi di HPV vengono distinti in tipi ad alto e basso rischio di trasformazione neoplastica. L'evidenza oncogena per 12 tipi di HPV è maggiore di altri. Tra questi, HPV 16 e HPV 18 sono responsabili di oltre il 70% del cervicocarcinoma. Includendo anche i tipi di HPV 45, 31, 33, 52, 58 e 35 sono coperti quasi il 90% dei tumori della cervice. I tipi di HPV a basso rischio sono associati a lesioni benigne come i condilomi dei genitali.

La giovane età, il numero dei partner sessuali sono i fattori di rischio più rilevanti per l'acquisizione dell'infezione da HPV.

L'infezione da HPV è molto diffusa nella popolazione: si infettano circa 80% delle donne sessualmente attive nel corso della vita con un virus HPV, con un picco di prevalenza nelle giovani donne fino a 25 anni di età. La storia naturale

dell'infezione è fortemente condizionata dall'equilibrio che si instaura fra ospite e virus.

La maggior parte delle infezioni da HPV è transitoria e si risolve spontaneamente, incluse quelle da tipi oncogeni. La persistenza dell'infezione virale è invece la condizione necessaria per l'evoluzione verso il carcinoma. In questo caso, si possono sviluppare lesioni precancerose che possono progredire fino al cancro della cervice. In caso di infezione persistente perché si abbia l'insorgenza del carcinoma cervicale possono trascorrere anche oltre 10 anni. Questo lungo intervallo ne consente la prevenzione attraverso il pap-test ed oggi anche l'HPV test, eseguiti periodicamente.

Il fumo di sigaretta, l'elevato numero di partner, la presenza di altre malattie sessualmente trasmesse sono cofattori nella carcinogenesi cervicale.

Il cervicocarcinoma è un esito raro di una infezione molto diffusa, ma non bisogna dimenticare che è il quarto tumore più frequente nel sesso femminile.

I tipi oncogeni di HPV, oltre ad essere responsabili della totalità dei tumori della cervice uterina, sono responsabili anche di altri tumori (ano, vagina, pene, vulva e di 1/4 dei tumori dell'orofaringe e della lingua).

La maggior parte dei condilomi acuminati (creste di gallo) sono dovuti per la maggior parte ad HPV a basso rischio (HPV 6 e HPV 11).

La prevenzione secondaria del cervicocarcinoma si attua attraverso la diagnosi precoce delle lesioni precancerose.

Fino a poco tempo fa, l'unico modo per prevenire il carcinoma cervicale era attraverso il pap-test: uno screening citologico cervicale che consente di identificare le lesioni precancerose e di intervenire prima che evolvano in carcinoma.

Programmi di screening del cervicocarcinoma sono basati sul Pap-test (ogni tre anni per le donne tra 25 e 64 anni).

Si stima che il Pap-test eseguito a intervalli regolari di 3-5 anni riduca il rischio di sviluppare un tumore cervicale invasivo di almeno il 70%.

Un'altra possibilità di prevenzione secondaria è quella con l'HPV test. Si tratta di un test molecolare che ricerca il Dna di HPV ad alto rischio oncogeno. L'evidenza scientifica sta orientando, nei paesi più ricchi e tra questi l'Italia, ad organizzare lo screening primario con l'utilizzo dell'HPV DNA test.

LA VACCINAZIONE

Il ruolo eziologico dell'HPV nell'insorgenza dei tumori cervicali ha aperto la strada alla prevenzione primaria attraverso la vaccinazione. Al momento sono disponibili due vaccini preventivi contro l'HPV: il quadrivalente e il bivalente. Ambedue i vaccini sono indicati contro le lesioni genitali precancerose della cervice uterina, della vulva e della vagina e del cancro della cervice uterina causati da HPV 16 e HPV 18. Il vaccino quadrivalente è indicato oltre alla protezione contro i 16 e 18 anche contro HPV 6 e HPV 11, responsabili del 90% dei condilomi genitali o "creste di gallo".

Entrambi i vaccini hanno mostrato un certo grado di protezione crociata anche verso altri tipi oncogeni.

IL vaccino quadrivalente è stato studiato anche nella popolazione maschile, mostrando un buon profilo di sicurezza e immunogenicità. Nei maschi il vaccino è stato dimostrato essere efficace nella prevenzione del 90% dei condilomi genitali dovuti a tipi di HPV contenuti nel vaccino.

In Italia la vaccinazione è offerta attivamente e gratuitamente alle ragazze nel dodicesimo anno di vita dal 2007. Da quest'anno il vaccino è offerto anche ai maschi nel dodicesimo anno di vita.

Intanto un nuovo vaccino 9-valente è disponibile, oltre a HPV 6, 11, 16 e 18, assicurerebbe la protezione contro altri 7 sierotipi oncogeni.

Va ricordato che la vaccinazione non sostituisce l'abituale screening del carcinoma del collo dell'utero, e le donne devono, pertanto, comunque effettuare il Pap test periodicamente ed anche l'HPV DNA test, almeno secondo le regole dello screening nazionale.

L'ENDOMETRIOSI

L'endometriosi è una patologia benigna, riconosciuta anche come una patologia sociale, che incide negativamente sulla qualità della vita di una donna. Colpisce il 7-10% delle donne in età fertile, purtroppo ancora poco comprese le sue cause; viene diagnosticata con difficoltà e spesso in ritardo.

Il dolore è il sintomo principale e può ridurre drammaticamente la qualità della vita, in termini di incertezza, di interventi subiti, di dolore, di possibilità esistenziali, professionali perdute e di difficoltà sulla sessualità della donna e della coppia.

L'endometriosi è una malattia estrogeno-dipendente caratterizzata dalla presenza di frammenti di endometrio, lo strato interno dell'utero, al di fuori della sua sede naturale. Proprio per questo motivo, l'endometrio viene definito ectopico, ossia "fuori posto".

- Il tessuto endometriosico si può trovare disseminato:
- sull'ovaio, sulla tuba, sul setto retto vaginale, sui legamenti utero-sacrali, sul peritoneo;
 - all'interno dello spessore del muscolo che costituisce la parete dell'utero (miometrio): si parla in tal caso di "adenomiosi";

- in altri organi pelvici, come l'intestino, la vescica o il retto;
- negli ureteri, i canalini che portano l'urina dal rene alla vescica;
- più raramente, in organi extra-addominali, come il polmone;
- nell'ombelico e nelle cicatrici di precedenti interventi; sul decorso del nervo sciatico.

Le diverse localizzazioni giustificano la variabilità dei sintomi e delle complicanze.

Le cause di questa malattia sono ancora sconosciute.

- 1) La migrazione "retrograda" del sangue mestruale attraverso le tube, con conseguente disseminazione e impianto di cellule endometriali nel peritoneo. Fattori immunitari e/o ormonali, possono rendere patologico un processo, quale la mestruazione retrograda, frequente in età fertile;
- 2) la presenza nell'organismo di cellule "totipotenti" ("celomatriche"), ossia indifferenziate e quindi capaci di dare origine a qualsiasi tipo di tessuto.
- 3) alterazioni del sistema immunitario;
- 4) esposizione prolungata a sostanze tossiche.

La sintomatologia dolorosa si accentua con la progressione di malattia. La terapia adeguata alle componenti del dolore ha consentito di migliorare la qualità della vita delle pazienti.

Anche per l'endometriosi la diagnosi non è semplice; si giunge alla diagnosi dopo diversi anni dall'insorgenza della patologia. Il dolore mestruale intenso che si protrae oltre il primo giorno, il dolore alla defecazione (dischezia) vanno sempre attenzionati perché, se dovuti ad endometriosi, possono arrecare infertilità.

La terapia medica di prima scelta è ormonale (con estrogeni e progestinici continuativi o con progestinico) ed ha l'obiettivo di bloccare la mestruazione.

La terapia chirurgica viene utilizzata quando ci sono cisti ovariche endometrioidiche, quando il dolore e i focolai di endometriosi non rispondono alla terapia medica.

In casi di sospetta endometriosi occorre sottoporre la paziente a una visita ginecologica che includa un'ecografia transvaginale (o transaddominale). Inoltre può essere utile effettuare l'esame del Ca 125, un marcatore che a volte in questa patologia, può essere aumentato.

DISORDINI DEL CICLO MESTRUALE

Le piccole perdite scure di sangue fra una mestruazione e l'altra vengono definite "spotting" (dall'inglese "to spot" macchiare). Naturalmente non vanno mai trascurate ma si devono individuare le cause che possono essere:

- disfunzionali: alterazioni ormonali dovute a stress, disturbi del comportamento alimentare e obesità;
- organiche: cisti ovariche, vaginosi e vaginiti, ectopia del collo dell'utero, polipi e fibromi, endometriosi, lesioni precancerose o tumorali.

Lo spotting, inoltre, si verifica nel 10 per cento circa delle donne che iniziano a fare uso di un contraccettivo ormonale, normalmente nel primo mese, quando il dosaggio di estrogeni è troppo basso.

Quando lo spotting si verifica in concomitanza con l'ovulazione, quindi circa a metà del ciclo, è il segnale di un brusco cambiamento nella produzione ormonale e indica lo sfaldamento dell'endometrio. Se tale sintomo persiste per più cicli può indicare la presenza di cisti ovariche e in questi casi si tratta di una causa organica.

Nelle ragazze le cause più comuni sono quelle "disfunzionali" dovute alle turbe ormonali dell'ovulazione. Queste cause si risolvono spontaneamente nell'arco di pochi mesi; quando esse persistono si interviene con una terapia ormonale (pillola contraccettiva).

Quando i disordini mestruali si accompagnano alla presenza di cisti non sierose (endometrioidiche, dermoidi, etc.), dopo attenta valutazione delle dimensioni e della natura, si interviene chirurgicamente per via laparoscopica o, qualora questo intervento mini invasivo non consenta l'asportazione, si interviene con un intervento di chirurgia tradizionale per via laparotomica.

Quando non c'è l'indicazione chirurgica le cisti benigne dell'ovaio devono essere controllate, con visita ginecologica ed ecografia annuale.

Altre cause organiche sono le vaginosi e vaginiti che possono manifestarsi con l'insorgenza dello spotting postcoitale. La terapia deve mirare alla cura dell'infezione e alla normalizzazione del pH vaginale.

Tra le cause organiche di spotting abbiamo l'"ectropion" del collo dell'utero, conosciuto con il termine di "piaghetta".

L'ectropion (uscita fuori) non è altro che un'estroversione della mucosa endocervicale dell'utero. Le cellule ectopiche sono più soggette ad infezione e durante i rapporti sessuali possono causare sanguinamenti. La visita ginecologica consente di fare la diagnosi, naturalmente va sempre eseguito il pap-test, se negativo la terapia si avvale di riepitelizzanti.

Nei casi di ectopia estesa si può intervenire con la diatermocoagulazione, previa esclusione di lesioni precancerose che possono essere anche causa di sanguinamenti intermestruali e postcoitali.

Le perdite di sangue intermestruali si hanno anche in presenza di patologie benigne molto frequenti quali i fibromi e i polipi. I fibromi si sviluppano a carico della parete muscolare dell'utero (miometrio), mentre i polipi sono una proliferazione

benigna di cellule della mucosa dell'endometrio o dell'endocervice. La diagnosi si avvale della visita ginecologica e dell'ecografia.

- Altre indagini di approfondimento diagnostico sono:
- l'isterosonografia consente di diagnosticare patologie intrauterine come polipi endometriali e fibromi sottomucosi.
 - l'isteroscopia diagnostica, che permette di osservare il collo e la cavità dell'utero.

I polipi vanno sempre asportati ed esaminati istologicamente per escludere la possibilità di trasformazione tumorale. Il fibroma si asporta se sintomatico o molto voluminoso. La scelta terapeutica farmacologica o chirurgica varia in funzione dei sintomi, delle dimensioni, della localizzazione del fibroma, dell'età fertile e dei progetti procreativi della donna.

La scelta chirurgica è indispensabile in casi di emergenza, torsione di fibroma peduncolato con conseguente addome acuto, o di fibromi molto grandi.

In qualsiasi caso l'asportazione chirurgica dell'utero per fibroma (isterectomia) rappresenta proprio l'ultima scelta, preferendo la via farmacologica.

In conclusione il sanguinamento intermestruale va sempre correttamente diagnosticato, perché bisogna escludere sempre le lesioni precancerose che si manifestano inizialmente proprio con piccole perdite di sangue fra una mestruazione e l'altra. Quindi una buona regola di prevenzione consiste nel sottoporsi ogni anno a un controllo ginecologico completo, paptest ed ecografia transvaginale.

SINDROME DELL'OVAIO POLICISTICO

La sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) è la causa più comune di infertilità femminile legata all'assenza di ovulazione ed interessa il 5/10% delle donne. Molte di esse non sanno di esserne affette, finché non desiderano una gravidanza che non arriva.

I sintomi maggiormente caratteristici di questa patologia sono:

- Ciclo irregolare (oligomenorrea ma a volte anche polimenorrea) è spesso anovulatorio;
- Irsutismo (eccessiva crescita di peli, peli con distribuzione di tipo maschile al volto, al seno, all'addome fino all'ombelico), seborrea, perdita di capelli (alopecia androgenetica si ha nel 70% dei casi);
- Acne;
- Disturbi legati al metabolismo degli zuccheri, che coinvolgono principalmente l'insulina. Obesità.

La sindrome ha probabili cause genetiche (trasmissione autosomica dominante) con coinvolgimento del gene CYP11a, di un locus del gene del recettore insulinico a livello del cromosoma 19p13 e iperattività del citocromo P450c17.

È una patologia complessa che coinvolge non solo l'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio ma interessa altre ghiandole endocrine responsabili di una sindrome metabolica. Tale condizione raramente può far sviluppare patologie quali il diabete di tipo II o patologie neoplastiche più frequenti nei soggetti obesi come il carcinoma dell'endometrio e mammario.

La caratteristica più saliente dal punto di vista ormonale è l'iperandrogenismo segue l'alterata pulsilità gonadotropinica, l'iperinsulinemia.

A livello ovarico gli elevati livelli di androgeni esercitano un effetto inibitorio diretto sulla maturazione follicolare, effetto che per il sovrimento ormonale, caratteristico di questa sindrome, non viene bilanciato dalla stimolazione di FSH. Pertanto le ovaie presentano follicoli, in varie fasi di sviluppo e di atresia, senza arrivare a maturazione definitiva e con conseguente anovularietà.

La sintomatologia, i dosaggi ormonali ed la diagnostica ecografica permettono al ginecologo di far diagnosi di PCOS.

Le alterazioni ormonali sono: iperandrogenismo, alterata pulsilità delle gonadotropine, ridotti livelli di SHBG (sex hormone binding globulin), iperinsulinemia con insulino-resistenza.

Il quadro ecografico evidenzia: aumento volumetrico dell'ovaio, presenza di almeno 10 follicoli con diametro di circa 9 mm associati ad ipertrofia dello stroma.

La terapia necessita innanzitutto della riduzione del peso corporeo, e può solo mirare alla riduzione, il più possibile della disfunzione ovarica, in modo tale da ridurre al minimo i sintomi associati. La disfunzione include anche un alterato utilizzo periferico dell'insulina, ossia una difficoltà ad utilizzare in modo corretto gli zuccheri, con aumento di peso e cellulite.

La terapia più logica è quella che cura le cause. Quindi, si alla pillola, meglio se antiandrogenica; mettere a riposo l'ovaio è alla base della cura, per evitare il peggioramento della capacità ovulatoria, oltre che dei sintomi da eccesso di androgeni. La cura va continuata finché non si desiderino gravidanze. Se c'è tendenza al sovrappeso, è perfetta la combinazione di myo-inositolo, D-chiro-inositolo e acido folico: sostanze naturali che aiutano il corpo a usare meglio gli zuccheri. Limitare gli zuccheri semplici (glucosio) è essenziale, perché dietro al sovrappeso è in agguato il diabete. Un'ora di movimento fisico vivace al giorno e la dieta sono la più efficace co-terapia naturale; il corretto stile di vita migliora l'utilizzo dell'insulina, protegge l'ovaio, attenua l'infiammazione generale, riduce sovrappeso e cellulite e migliora l'umore.

La donna adulta



LA MADRE

La madre è un angelo che ci guarda che ci insegna ad amare! Ella riscalda le nostre dita, il nostro capo fra le sue ginocchia, la nostra anima nel suo cuore: ci dà il suo latte quando siamo piccini, il suo pane quando siamo grandi e la sua vita sempre.

Victor Hugo

LA DONNA IN ETÀ FERTILE

La gravidanza è un momento fisiologico della vita della donna, nel corso della quale l'organismo va incontro a notevoli modificazioni per adattarsi alle richieste del feto in crescita.

Iniziano nella donna dei meccanismi di adattamento fisiologico per poter preservare la sua salute e consentire la crescita fetale.

L'ideale perché il decorso della gravidanza sia quanto più fisiologico possibile è giungere al concepimento in condizioni ottimali.

Lo stato nutrizionale preconcezionale rappresenta l'elemento chiave per preservare la salute della madre e del nascituro. Il sovrappeso o l'obesità materna o l'eccessivo aumento ponderale durante la gravidanza rappresentano dei fattori di rischio.

Le condizioni ottimali per intraprendere una gravidanza sono:

- la giusta età materna (non > ai 40 a. né troppo precoce < ai 18 a.), il peso materno ottimale e l'alimentazione salutare, gli esami preconcezionali e le vaccinazioni effettuate, i corretti stili di vita (fumo, alcool o droghe);
 - la buona accettazione della gravidanza da parte della donna e della coppia;
 - assenza di patologie materne e/o genetiche materne o del partner.
- Alla donna gravida, quindi, si raccomanda:
- corretta alimentazione, controllo dell'aumento ponderale per una gravidanza fisiologica, non fumare, non bere alcolici;
 - assumere l'acido folico, quando possibile, almeno un mese prima del concepimento per i primi tre mesi. Consente la riduzione nel feto del rischio di difetti congeniti a carico del tubo neurale;
 - tutelare la salute ed il benessere del nascituro attraverso l'esecuzione delle visite e le indagini consigliate nei vari mesi della gravidanza dal ginecologo.

I controlli raccomandati durante la gravidanza prevedono accertamenti del benessere materno e fetale tramite esami clinici, ecografici ed ematici.

La sorveglianza prenatale è un aspetto fondamentale della gravidanza perché ha lo scopo di identificare, nell'ambito di condizioni fisiologiche, fattori di rischio o patologie insorte durante la gravidanza che, se individuate e trattate tempestivamente, possono consentire un'assistenza ostetrica efficace.

IL PUERPERIO

Il puerperio ha inizio con l'espulsione della placenta e termina con la ripresa dell'attività ovarica, è un periodo fisiologico della vita della donna e dura 6-8 settimane. Questo tempo è necessario per ottenere la regressione delle modificazioni gravidiche a carico degli organi ed apparati, tranne che per le mammelle.

L'**ALLATTAMENTO AL SENO** rappresenta la modalità ottimale di nutrizione del neonato. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'UNICEF, e le più importanti associazioni pediatriche hanno individuato nell'incremento della pratica dell'allattamento al seno degli obiettivi sanitari prioritari per migliorare la salute della madre e del neonato nel mondo. L'OMS raccomanda di allattare il neonato in modo esclusivo per i primi sei mesi di vita e di continuare, con l'introduzione di idonei alimenti complementari, fin ai due anni di vita e oltre.

Numerosi studi hanno dimostrato che il mancato allattamento espone il neonato ad un maggiore rischio di mortalità, ad un aumento di patologie infettive, ad una maggiore incidenza delle patologie allergiche.

Al seno il bambino inoltre trova calore, sicurezza, benessere, amore, protezione, conforto oltre al nutrimento ottimale

prodotto per lui. Allattare è la prosecuzione fisiologica del rapporto che si è creato tra madre e figlio già durante la gravidanza.

L'allattamento è un momento ricco di emozioni, che crea un legame intenso e aiuta a consolidare il rapporto genitoriale.

Il latte materno è sempre pronto a temperatura ottimale a costo zero. Il latte è prodotto da madre natura appositamente per lui, per nutrirlo e proteggerlo dalle malattie infettive nei primi mesi più delicati. **Perché negarglielo?**

Sono rarissimi i casi in cui alla madre è vietato per motivi di salute l'allattamento...

Benefici per il bambino:

- riduce il rischio di infezioni respiratorie, urinarie e gastrointestinale;
- riduce il rischio di allergie ed asma;
- riduce il rischio di diabete, obesità, leucemie, malattie cardiovascolari e sindrome della morte in culla (SIDS)

Benefici per la mamma:

- aiuta a perdere il peso accumulato durante la gravidanza;
- riduce il rischio di sanguinamento post-partum;
- riduce il rischio di anemia;
- riduce il rischio di alcune forme di tumore al seno e all'ovaio;
- riduce il rischio osteoporosi dopo la menopausa.

LA SALUTE DELLA COPPIA ALL'ARRIVO DEL BEBÈ

La donna in pochi anni si carica di tanti ruoli, lavoratrice, figlia, moglie, madre...

La nascita di un figlio può mettere a dura prova il rapporto di coppia.

La donna è affaticata e nei giorni dopo il parto va incontro spesso alla "blues syndrome", con un calo del tono dell'umore transitorio strettamente legato alle responsabilità del nuovo ruolo, alle notti insonni. Ed ecco che anche il partner si sente trascurato e abbandonato, "sostituito" dal bebè. In questi casi bisogna intervenire per tempo prima che un malessere transitorio della coppia diventi un malessere grave.

La madre deve coinvolgere il partner nella gestione del bambino, complimentandosi per quanto egli fa. Deve ricordare che il suo legame con il bambino data da molto più tempo (inizia già in utero), ciò non avviene per il padre. La vita di coppia e il rapporto con gli amici non devono subire un brusco cambiamento, è utile invece riprendere le proprie abitudini e non isolarsi. Cercare di recuperare il sonno ogni qualvolta è possibile, condividere con il partner il cambio pannolino, il rito del bagnetto e la vestizione, senza mettere sul bilancino quello che viene svolto dall'uno o dall'altro.

Il sesso è il collante della coppia quindi appena possibile iniziare con i rapporti, nel frattempo non lesinare le coccole, le carezze e i baci.

Una coppia affiatata fa anche dei bravi genitori.

La donna matura



Tieni sempre presente che la pelle fa le rughe, i capelli diventano bianchi, i giorni si trasformano in anni.

Però ciò che è importante non cambia; la tua forza e la tua convinzione non hanno età. Il tuo spirito è la colla di qualsiasi tela di ragno.

Dietro ogni linea di arrivo c'è una linea di partenza. Dietro ogni successo c'è un'altra delusione.

Fino a quando sei viva, sentiti viva.

Se ti manca ciò che facevi, torna a farlo.

Non vivere di foto ingiallite...

insisti anche se tutti si aspettano che abbandoni.

Non lasciare che si arrugginisca il ferro che c'è in te.

Fai in modo che invece che compassione, ti portino rispetto.

Quando a causa degli anni non potrai correre, cammina veloce.

Quando non potrai camminare veloce, cammina.

Quando non potrai camminare, usa il bastone.

Però non trattenerti mai!

Madre Teresa di Calcutta

LA MENOPAUSA

La menopausa è un evento fisiologico e non una malattia, ma spesso se ne parla con difficoltà... quasi fosse un tabù!

Quando la donna entra in menopausa è nel pieno della vita sociale e professionale, sta affrontando sfide decisive per la sua realizzazione e non può perdere colpi a causa di sbalzi di umore, stanchezza e disturbi come le vampate di calore.

Nella società di oggi, dove i valori più importanti sono l'efficienza e la giovinezza, questa fase della vita viene vissuta dalla donna in silenzio e a volte con disagio, spesso non cercando soluzioni ai disturbi che possono manifestarsi.

In Italia la menopausa interessa circa 10 milioni di donne che vivono mediamente 30 anni in postmenopausa, avendo la fortuna di una lunga aspettativa di vita.

È importante quindi non solo parlare di menopausa, ma scegliere le terapie più adeguate per curare i sintomi, acquisire i corretti "stili di vita" e vivere in benessere e salute questa lunga parte della vita.

La menopausa è il periodo in cui cessano le mestruazioni (per esaurimento della funzione ovarica) per almeno 12 mesi consecutivi e l'età media di manifestazione è 50 anni e 6-8 mesi.

Anche in assenza di malattie, l'organismo va incontro ad un processo di "invecchiamento" che ne modifica la struttura e le funzioni. L'invecchiamento del sistema riproduttivo femminile inizia con la nascita e continua con la perdita dei follicoli per atresia od ovulazione.

Per perimenopausa o di "transizione" si definisce il periodo intorno alla menopausa (da 2-10 anni prima fino a 12 mesi dopo la cessazione ciclo), caratterizzato dalle modificazioni del ciclo e dell'assetto endocrino; segue la postmenopausa che inizia dalla fine delle mestruazioni.

La menopausa si definisce "precoce" se compare prima dei 40 anni e può essere spontanea (su base genetica) o iatrogena, ossia provocata da cure mediche (chemioterapia, radioterapia pelvica o total body, ovariectomia bilaterale). Nella forma spontanea colpisce circa l'1 per cento delle donne italiane; la iatrogena riguarda il 3.5-4.5 per cento. Un ulteriore 11% ha invece una menopausa "prematura", ossia fra i 40 e i 45 anni.

Nella fase premenopausale il ciclo mestruale può diventare irregolare:

- il ritmo può essere troppo ravvicinato (polimenorrea) o lungo. Il segnale di allarme più frequente è l'irregolarità e la variabilità del ciclo (cicli ogni 20 gg, flussi emorragici "metrorragia"), insieme con un prolungamento della durata ("menometrorragia") e nella fase più avanzata si hanno spesso dei ritardi ("oligomenorrea").
- la quantità del flusso troppo scarsa o troppo abbondante (metrorragia);
- la durata: troppo breve (2 giorni o meno) o troppo lunga (7 giorni o più).

Il passaggio, dalla fase riproduttiva allo stato menopausale e alla postmenopausa, comporta delle modificazioni:

- "fisiche" per la comparsa di patologie (l'obesità, il diabete, i disordini tiroidei e l'ipertensione) che si sviluppano più frequentemente nella mezza età;
- "psichiche" legate alla perdita di alcuni ruoli (ad esempio il ruolo di madre perchè i figli crescono e vanno via "sindrome del nido vuoto", o quello di figlia per la perdita dei genitori).

I sintomi

Otto donne su dieci soffrono di sindrome peri-menopausale, i cui sintomi più frequenti sono:

- vampate di calore e sudorazioni notturne che possono persistere anche per parecchi anni, influenzando negativamente la qualità di vita, spesso in maniera rilevante;
- i disturbi del sonno, stanchezza e un sonno che non ristora;
- episodi di tachicardia, vampate di calore più o meno frequenti e intense;
- la secchezza delle mucose con dolore durante i rapporti sessuali, e il calo del desiderio sessuale;
- aumento dell'appetito e di conseguenza aumento del peso;
- i disturbi dell'umore, aumenta l'irritabilità, depressione con tono dell'umore con peggioramento della sindrome premenstruale;
- riduzione della elasticità della muscolatura del piano perineale con incontinenza;
- alterazione dell'assetto lipidico con aumento del colesterolo LDL e trigliceridi;
- i vuoti di memoria, la difficoltà di concentrazione che fanno sentire la donna in ansia e non efficiente.

La causa di tutti questi sintomi è legata alla fluttuazione dei livelli degli estrogeni determinati dalla "centralina", chiamata ipotalamo, che si trova al centro del cervello e che regola tutti i nostri bioritmi (sonno, appetito, ritmo cardiaco, umore...)

Si dice che i sintomi della menopausa, per la notevole variabilità, siano tanti, quasi, quante sono le donne.

La diagnosi

Il modo migliore per sapere come va il nostro "orologio biologico" è attraverso il dosaggio plasmatico dell'ormone FSH (Follicle Stimulating Hormone, ormone follicolo stimolante), prodotto dall'ipofisi per stimolare la produzione ormonale dell'ovaio.

Livelli di FSH superiori a 30 mUI/mL, in un prelievo effettuato in terza giornata da una donna in età fertile, indicano che la riserva di follicoli ovarici è ormai limitata e che è già iniziato il processo di menopausa precoce: questo livello è un semaforo rosso sulla via della fertilità. Livelli tra 10 e 30 mUI/ml indicano che l'ovaio comincia a rispondere agli stimoli ormonali con più difficoltà: questo è un semaforo giallo per la fertilità.

La diagnosi di menopausa precoce è certa se in due dosaggi consecutivi, effettuati a distanza di un mese, l'FSH è superiore a 40 mU/ml. Altri esami utili sono il dosaggio, sempre nel sangue, degli estrogeni (17beta estradiolo). un livello al di sotto di 30 picogrammi/ml dice che la ricomparsa del flusso è poco probabile; sotto i 20 pg/ml, che l'ovaio ha esaurito le scorte di follicoli e produce estrogeni in modo ormai residuale.

Tuttavia, le modificazioni ormonali sono estremamente variabili e non esistono esami o indagini di certezza.

Anche i livelli di FSH ed estradiolo non consentono di sapere con certezza quando comparirà esattamente la menopausa.

Due altri indicatori preziosi di imminente esaurimento ovarico, e quindi di rischio di menopausa precoce o anticipata, sono: l'inibina B e l'ormone antimulleriano, evidenziati dalle ultime ricerche.

L'inibina b è il più potente inibitore dell'FSH ed è prodotta dai follicoli dell'ovaio: si riduce quando il loro numero è prossimo all'esaurimento. La riduzione dei livelli dell'inibina b porta, a sua volta, a un aumento dell'FSH.

Anche l'ormone antimulleriano, altro prodotto dei follicoli ovarici, si riduce con l'arrivo della menopausa.

Inibina B e ormone antimulleriano aggiungono informazioni più utili, rispetto all'FSH e al 17beta estradiolo, le cui fluttuazioni sono troppo marcate per essere un indicatore completamente affidabile di imminente menopausa. Queste indagini trovano indicazione nei casi di infertilità, quindi per le donne desiderose di gravidanza.

La menopausa si associa anche alla riduzione di un altro importante ormone, il DHEA (deidroepiandrosterone), prodotto dal surrene. Se la menopausa è precoce, va valutato se anche quest'ormone non sia alterato, perché questo può spiegare una parte di sintomi (debolezza generale, ridotta energia vitale, perdita di tono muscolare, perdita di concentrazione e di memoria) non sempre riconducibile al solo esaurimento dell'attività dell'ovaio.

In un terzo dei casi la menopausa precoce ha una causa genetica, familiare: bisogna quindi fare attenzione all'età in cui sono andate in menopausa la mamma, la nonna o una sorella maggiore.

Nei due terzi dei casi è "sporadica", occasionale. Le cause possono essere autoimmuni (quando l'organismo costruisce anticorpi che attaccano l'ovaio), oppure associate a malattie come l'insufficienza renale cronica o il lupus eritematoso sistemico. Nella maggior parte dei casi le cause restano tuttavia ancora misteriose: in tal caso si parla di menopausa precoce "idiopatica", per dire che la causa resta sconosciuta.

La menopausa da cause iatrogene si ha in seguito ad interventi chirurgici demolitivi, quando si procede alla rimozione bilaterale dell'ovaio.

Oggi c'è molta più attenzione a lasciare in sede le ovaie, a meno che non esistano precisi motivi medici che inducano alla loro rimozione.

Infine, possono causare menopausa precoce iatrogena anche la radioterapia pelvica, in cui le irradiazioni sono dirette al piccolo bacino per curare tumori in quella sede, oppure la "total body", l'irradiazione completa necessaria prima di un trapianto di midollo.

La crioconservazione del tessuto ovarico umano, consente la preservazione della fertilità nelle donne o nelle adolescenti che devono intraprendere i trattamenti di chemio- e/o radioterapia per la cura del cancro.

La terapia

Per la **menopausa precoce** è opportuno iniziare una terapia ormonale sostitutiva personalizzata, che tenga conto della giovane età. Nella fase di transizione si può utilizzare la contracccezione ormonale, quando il ciclo è ancora presente ma già molto irregolare. Si ottiene, in tal modo, un ciclo regolare, la copertura contraccettiva e attenuazione dei sintomi.

Naturalmente la prescrizione delle terapie ormonali deve tenere sempre in considerazione le eventuali controindicazioni.

Per i **sintomi vasomotori** prescrivere la TOS (terapia ormonale sostitutiva) solo dopo averne discusso benefici e rischi a breve termine (≤ 5 anni) e a lungo termine, offrendo:

- estrogeni e progestinici per le donne con l'utero;
- solo estrogeni nelle donne senza l'utero.

Spiegare che vi sono alcune evidenze sull'efficacia di isoflavoni ed estratti di cimicifuga racemosa per migliorare i sintomi vasomotori. In ogni caso, spiegare che: le preparazioni variano, la sicurezza dei diversi preparati è incerta e sono state riportate interazioni con altri farmaci.

Per l'**atrofia urogenitale** prescrivere estrogeni per via vaginale alle donne con atrofia urogenitale (incluse quelle che assumono TOS sistemica) e continuare il trattamento quanto necessario per alleviare i sintomi. Spiegare alle donne con secchezza vaginale che le creme idratanti e lubrificanti possono essere utilizzate da sole o in associazione agli estrogeni vaginali.

Per i **disturbi psicologici** la TOS migliora il calo del tono dell'umore in menopausa. In alcuni casi è efficace la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) per migliorare il tono dell'umore o l'ansia dovuti alla menopausa.

Benefici della terapia ormonale sostitutiva (TOS):

- miglioramento dei sintomi vasomotori, muscolo-scheletrici, depressivi e delle difficoltà sessuali (TOS sistemica);
- miglioramento dei sintomi urogenitali (TOS topica o sistemica);
- prevenzione dell'osteoporosi (TOS sistemica). Nelle donne in postmenopausa, in assenza di terapia, il rischio assoluto di frattura da osteoporosi in postmenopausa è 69/1000 in 3.5 anni; in quelle che utilizzano la TOS il rischio di fratture è ridotto di 1/3. Questo beneficio si mantiene durante il trattamento e si riduce alla sua interruzione.
- Rischi della terapia ormonale sostitutiva (TOS):
- rischio di trombosi venosa la profonda (TEV): il rischio assoluto è 12,4/1000 a 5 anni nelle donne sottoposte a TOS per via orale;
- stroke: lieve incremento del rischio in donne che assumono estrogeni per via orale;
- carcinoma della mammella: all'età di 60 aa, non trattate con TOS, il rischio assoluto di ammalarsi è di 2.8 in 100donne/anno. In quelle che assumono estrogeni + progesterone per oltre 5 aa il rischio è di 3.5 in 100donne/anno. L'aumento del rischio di carcinoma della mammella durante l'assunzione di TOS scompare quando si interrompe la terapia;
- sanguinamento vaginale durante i primi tre mesi di trattamento con TOS è un effetto collaterale frequente, da segnalare alla prima visita di follow-up a tre mesi. Al contrario, se il sanguinamento avviene dopo i primi tre mesi va subito segnalato.

LA SESSUALITÀ IN POST-MENOPAUSA

I sintomi più frequenti in postmenopausa (studio REVIVE del 2016, su 1000 donne in post-menopausa intervistate) sono la secchezza vaginale che colpisce il 78% dei soggetti, il dolore durante il rapporto sessuale (76%) come conseguenza dell'atrofia vulvovaginale (AVV). Questi sintomi, solitamente, aumentano con l'età e possono influenzare in negativo la vita sessuale, mentre le vampate e le palpitazioni scompaiono col passare degli anni.

È compito del ginecologo, con la dovuta delicatezza, chiedere alla donna se ha i disturbi dell'AVV e se questi incidono sulla vita sessuale. La donna spesso non ne parla spontaneamente per pudore, ma coglie l'imput per parlarne liberamente ed esprime sempre al medico un apprezzamento per la sensibilità dimostrata.

Dopo un adeguato approfondimento sia dei sintomi che dell'incidenza di questi nella sfera sessuale, per ogni caso specifico il ginecologo può consigliare la terapia più idonea.

Esistono terapie sistemiche ormonali e terapie non ormonali, che agiscono non solo sui sintomi ma anche sulle cause.

Nel trattamento dei sintomi moderati/severi di atrofia vulvovaginale (AVV) è utile la terapia ormonale sostitutiva (TOS), nei casi meno severi possono essere sufficienti delle terapie locali, con ovuli e/o gel, creme a base di acido ialuronico, probiotici, Vit. E ed altri o topici con estrogeni o associate alle terapie sistemiche ormonali. Nei casi di AVV severa si può intervenire con la laserterapia vulvo-vaginale.

L'OSTEOPOROSI

La diminuzione dei livelli estrogenici ha effetti a lungo termine sul metabolismo osseo, negli anni successivi alla menopausa si ha una marcata riduzione della matrice ossea.

L'invecchiamento determina una perdita di osso anche nell'uomo, ma nella donna questa perdita è accelerata dopo la cessazione della funzione ovarica (quadro nosologico definito "osteoporosi postmenopausale"), in età avanzata la perdita si stabilizza all'1-2% all'anno.

L'osteoporosi è sostanzialmente asintomatica, ma la diminuzione di massa ossea incrementa la fragilità dello scheletro e di conseguenza il rischio di fratture. Queste si riscontrano più frequentemente a livello del corpo vertebrale (comparsa del gibbo, riduzione dell'altezza), ma anche dell'omero, radio-ulna (polso), femore etc.

È opportuno sottolineare che oltre al calo estrogenico altri fattori determinano e aggravano l'osteoporosi: il fumo di sigaretta, la familiarità, il consumo eccessivo di alcool, la vita sedentaria, disturbi dell'alimentazione, uso di farmaci corticosteroidi.

L'osteoporosi è caratterizzata da:

- **RIDUZIONE DELLA MASSA OSSEA** (alterazioni quantitative);
- **DETERIORAMENTO DELLA MICROARCHITETTURA** (alterazioni qualitative).

Questi due elementi determinano un aumento della fragilità e quindi un maggior rischio di frattura.

L'osteoporosi si definisce "primitiva" in postmenopausa e in età senile, mentre è definita "secondaria" quella determinata da patologie o da farmaci.

Il test predittivo per diagnosticare questa patologia ed il livello di gravità della stessa è la densitometria ossea che consente di misurare la densità minerale ossea (BMD). Vi sono varie modalità per misurare la BMD, il test più diffuso è la Dual Energy X-ray Absorptiometry (DXA). L'esame misura la qualità del tessuto osseo, si valuta dal confronto del risultato densitometrico del paziente rispetto a quello medio di una popolazione di giovani adulti dello stesso sesso e della stessa razza (picco di massa ossea) e si considera il numero delle deviazioni standard (SD) dal picco medio di massa ossea (T-score) o dal valore medio di soggetti di pari età e sesso (Z-score). Questi indagini si eseguono nel tratto lombare della colonna vertebrale o nel collo del femore.

La tomografia computerizzata (TC) può essere impiegata per una valutazione quantitativa, essa consente di distinguere l'osso corticale da quello trabecolare. Il paziente viene però sottoposto ad una maggiore dose di radiazioni e costi nettamente più elevati.

Da alcuni anni sono stati introdotti metodi quantitativi di valutazione dell'osso basati sull'uso di ultrasuoni (Quantitative Ultra Sound: QUS) definiti ultrasonometrie ossee o osteosonometrie. Il loro interesse risiede nel fatto che non vengono impiegate radiazioni ionizzanti, possiedono un basso costo e possono fornire anche informazioni su alcuni aspetti micro-strutturali tridimensionali e/o qualitativi dell'osso. Misurano la velocità della propagazione degli ultrasuoni (Speed Of Sound: SOS) attraverso il calcagno o le falangi delle mani, oppure l'attenuazione di frequenza degli ultrasuoni (Broadband Ultrasound Attenuation: BUA) attraverso il calcagno.

L'ultrasonografia non misura direttamente la densità o il contenuto minerale osseo, la qualità della misura ultrasonografica dipende, molto più della DXA, dall'abilità dell'operatore.

La terapia

La terapia ormonale sostitutiva (TOS) a basso dosaggio, è opportuno spiegare alla donna che il rischio di fratture da osteoporosi si riduce durante la TOS, il beneficio diminuisce dopo l'interruzione del trattamento. Il beneficio potrebbe continuare più a lungo (dopo la fine del trattamento) nelle donne che hanno assunto TOS per lunghi periodi (>10 anni), per disturbi vasomotori (vampate di calore) persistenti.

Altre terapie nel trattamento della osteopenia-osteoporosi postmenopausale sono: i bifosfonati, l'adeguato apporto di calcio e vitamina D, nei casi severi la terapia biologica di nuova generazione.

LA TERAPIA MEDICA NON PUÒ PRESCINDERE DA UN CORRETTO "STILE DI VITA"

Nel trattamento dell'osteoporosi postmenopausale si consiglia una adeguata alimentazione, la riduzione del consumo di alcool, svolgere una costante attività fisica, mantenere il peso ed evitare il fumo.

ADOTTARE UNA ALIMENTAZIONE SANA

Variare l'alimentazione, adottare una alimentazione il più varia possibile che non escluda nessun gruppo alimentare:

- cereali, meglio se integrali poiché forniscono buone quantità di fibra e vitamine;
- frutta e verdura di stagione sono fonti privilegiate di vitamine, minerali, fibra, acqua e antiossidanti;
- latte e derivati forniscono calcio, proteine, vitamine B ed A;
- carne, pesce, uova e legumi sono essenzialmente fonti di proteine, vitamine del gruppo B tra cui la B12, minerali tra cui ferro ed acidi grassi essenziali; le proteine dei legumi hanno minore valore biologico ma combinati con i cereali costituiscono un pasto completo (piatto unico) e apportano molta fibra;
- i grassi da preferire sono quelli da condimento vegetale che forniscono soprattutto acidi grassi essenziali, vitamina A ed E.

La corretta percentuale dei nutrienti: i carboidrati dovrebbero costituire la principale fonte calorica 50-60% fabbisogno calorico totale, da preferire cereali integrali, frutta e legumi; i grassi devono coprire il 30-35% del fabbisogno calorico prediligendo le fonti vegetali (olio extra vergine di oliva); le proteine con l'importante funzione plastica ricoprono il 15% dell'introito calorico da assumere variando le diverse fonti alimentari, i micronutrienti (vitamine e sali minerali) si trovano in piccole quantità negli alimenti ma sono essenziali per un rendimento ottimale poiché presiedono a numerosissime reazioni chimiche e ne permettono il corretto svolgimento.

Preferire sempre cereali integrali, frutta e verdura di stagione e possibilmente a Km 0 ossia con la più breve distanza dal produttore al consumatore.

Il ruolo del calcio in menopausa è fondamentale per il buon trofismo osseo. La quantità di calcio necessaria varia nel corso della vita, in menopausa il fabbisogno di calcio è tra i 1200-1500 mg/die.

Esistono alcuni componenti alimentari che diminuiscono l'assorbimento di calcio o ne favoriscono l'eliminazione tramite le urine: eccessivo consumo di proteine animali,

eccessivo consumo di caffeina, esagerato impiego di sale in cucina.

Alimenti ricchi di calcio: formaggi (grana, parmigiano, emmenthal, latteria...), latte, yogurt, erbe aromatiche e spezie (salvia, pepe nero, rosmarino), legumi (soia, ceci, fagioli, lenticchie, piselli), verdure (rucola, rapa, spinaci, asparagi, broccoletti, cavolfiori...), frutta secca (mandorle, fichi secchi, nocciole, noci...), cereali (malto, avena, segale...).

Importante per la prevenzione dell'osteoporosi è la vitamina D, una vitamina liposolubile che si forma nella cute in seguito all'esposizione ai raggi solari e che si trova principalmente nei pesci grassi come il salmone e nelle uova.

Una esposizione al sole di 20 minuti unitamente a una dieta bilanciata garantisce il fabbisogno di vitamina D giornaliero.

NON FUMARE: il fumo anticipa la menopausa e amplifica i disturbi connessi (vampate di calore, secchezza della vagina, formazione di rughe), aumenta in maniera molto rilevante il rischio di malattie cardiovascolari, tumori, osteoporosi raddoppiando il rischio di fratture.

SVOLGERE UNA CORRETTA ATTIVITÀ FISICA: una attività fisica regolare e salutare è sicuramente auspicabile poiché comporta numerosi benefici: favorisce la vascolarizzazione del cuore e quindi aiuta a prevenire l'infarto; riequilibra la concentrazione dei grassi nel sangue (trigliceridi e colesterolo); migliora la funzione respiratoria e l'apporto di ossigeno ai tessuti; favorisce il calo ponderale e/o il controllo del peso; facilita il sonno regolare; migliora il tono dell'umore.

L'attività fisica non solo contrasta la perdita di massa ossea, ma ne incrementa la densità prevenendo il rischio di osteoporosi.



Le attività consigliate sono di tipo aerobico (sforzi a media-bassa intensità, continuativi e prolungati) come camminare, andare in bicicletta, nuotare, ballare...

Comunque una attività fisica gradevole e costante.

Per individui fisicamente inattivi o poco attivi è sufficiente svolgere 60 minuti di moderata attività fisica per 2-3 volte alla settimana.

Proteggere i muscoli dal deterioramento tipico dell'invecchiamento. La quantità di muscolo scheletrico, oltre a dare la possibilità di eseguire diversi movimenti è importante anche per lo stato di salute generale. Purtroppo durante il naturale processo di invecchiamento la massa muscolare si riduce progressivamente (0,5 e il 2% ogni anno), la cosiddetta "sarcopenia".

Questo fenomeno può ridurre significativamente anche la qualità della vita e ridurre l'autonomia. L'esercizio fisico può aiutare a contrastare la perdita di massa muscolare.

La prevenzione oncologica



Penso che prima di tutto essere in buona salute vi rende felici, ma funziona anche nell'altro modo. Secondo me è molto meno probabile che un uomo felice si ammali che non un uomo infelice.

Bertrand Russel

I tumori costituiscono la seconda causa di morte nel nostro Paese, dopo le malattie cardiovascolari.

L'incidenza del tumore della mammella è di 37.000 nuovi casi/anno in Italia. Colpisce 1 donna su 10 e nel sesso femminile rappresenta il 25% di tutti i tumori.

Il tumore del colon-retto è la seconda causa di morte per tumore in entrambi i sessi in Italia. Ogni anno 34.000 persone si ammalano di un carcinoma colon-rettale e 17.000 muoiono per questa malattia. L'incidenza è elevata nei Paesi ad alto sviluppo economico e di conseguenza si ritiene che il rischio sia associato ad una dieta ricca di grassi, proteine, calorie, alcol e carne, ma povera di fibre, calcio e folati.

Il tumore del collo dell'utero è più frequente nella fascia di età compresa tra i 35 e i 50 anni, con 3.500 nuovi casi/anno. La principale causa responsabile è l'infezione da Papilloma Virus umano (HPV), in particolare di tipo 16 e 18 che si trasmette con l'attività sessuale.

Il tumore del corpo dell'utero. In Italia la sua incidenza è di 7.700 casi l'anno. Rappresenta il quarto tumore del sesso femminile, dopo il carcinoma della mammella, del colon e del polmone. Colpisce le donne in post-menopausa con una percentuale circa il 10%.

Il tumore dell'ovaio rappresenta la principale causa di morte per tumore ginecologico e la quinta per tumore nella popolazione di sesso femminile nei Paesi sviluppati. Ogni anno si stima che siano diagnosticati quasi 5.000 casi in Italia. A fronte di un'incidenza relativamente bassa il tumore ovarico è gravato da un'alta mortalità. Il tumore ovarico colpisce tutte le età con maggiore frequenza tra i 50 e i 65 anni.

TUMORI MALIGNI DEL TRATTO GENITALE INFERIORE

Il cancro della cervice

Il cancro della cervice o portio è una forma tumorale che colpisce quella parte dell'utero sporgente in vagina, chiamata anche "collo dell'utero", ed è provocato dallo sviluppo incontrollato di alcune delle cellule di rivestimento a seguito di un'infezione virale da Papilloma Virus Umano (HPV).

In genere si tratta di un carcinoma che si sviluppa abbastanza lentamente, anche oltre i 10 anni sebbene, in alcuni casi, la progressione possa essere anche più rapida.

Nei primi anni le alterazioni delle cellule della cervice sono limitate e in questo stadio precoce di malattia, ancora asintomatica, possono essere identificate mediante un esame delle cervice definito PAP-test o striscio e ulteriormente confermate dall'indagine colposcopica.

Oggi tuttavia esiste il test HPV che consente di rilevare in anticipo eventuali infezioni, l'identificazione dei ceppi virali e le eventuali anomalie cellulari. La terapia in questo stadio molto precoce della malattia è molto efficace.

Le cellule anomale se non rilevate e trattate precocemente possono progredire verso una forma cancerosa.

Anche le forme iniziali di cancro della cervice sono spesso asintomatiche, possono essere identificate con il PAP-test, e consentono la guarigione se trattate in fase precoce.

In una fase più avanzata, questa neoplasia è veramente aggressiva e può diffondersi oltre la cervice in altre parti del corpo.

Le forme avanzate di cancro della cervice possono causare dolore e sanguinamento vaginale e spesso il trattamento in questa fase non consente la guarigione.

Il cancro della cervice a livello mondiale è la seconda forma più diffusa di cancro tra le donne.

In Italia, si registrano circa 3000-3500 nuovi casi di cancro della cervice l'anno. Dopo il tumore del colon, della mammella, del polmone e del corpo dell'utero è tra quelli frequenti nella donna. Circa 1.200 sono i decessi in Italia per questa neoplasia.

L'introduzione del PAP-test ha contribuito a ridurre il numero di casi in modo significativo; è evidente che l'incidenza del cancro della cervice potrebbe essere ulteriormente limitata con l'utilizzo più diffuso dei nuovi vaccini, unitamente alle prassi continuative dello striscio cervicale e del test HPV.

L'infezione e conseguentemente la successiva alterazione delle cellule della cervice uterina avviene in età giovanile ma, in generale, il tumore si sviluppa in donne più adulte.

I programmi che prevedono l'esecuzione regolare dello striscio cervicale sono stati adottati in molti Paesi a partire dagli anni '70. Si stima che tali programmi abbiano ridotto il numero di decessi per cancro della cervice di oltre 60%.

Ci sono circa 40 tipi di HPV che possono infettare il tratto genitale. I tipi denominati 16 e 18 sono responsabili di oltre il 80% dei casi di cancro cervicale. I genotipi virali ad alto rischio sono stati identificati in particolare nei carcinomi della cervice uterina e in alcuni carcinomi della vulva e dell'ano, oltre che nelle lesioni pretumorali sia di alto che di basso grado.

Circa il 75% delle donne sessualmente attive si infetta nel corso della vita con un virus HPV. L'infezione da HPV viene controllata dal sistema immunitario dell'organismo che interviene eliminando il virus. In alcuni rari casi però l'infezione persiste e provoca una lesione del collo dell'utero che, se non trattata, può dopo anni, diventare neoplasia. L'infezione genitale da HPV può essere trasmessa non solo attraverso il rapporto sessuale, ma anche tramite il semplice contatto cutaneo nell'area genitale. Quindi l'uso del preservativo riduce, ma non impedisce, la possibilità di trasmissione del virus in quanto questo può essere presente su porzioni di pelle non protette dal preservativo.

Prevenzione con la vaccinazione contro l'HPV. I vaccini disponibili proteggono contro l'infezione e le lesioni causate dai tipi di HPV 16 e 18, responsabili di oltre il 70% dei casi di cancro cervicale. Per le donne vaccinate resta comunque fondamentale la prevenzione con il PAP-test e il test HPV. Per questo motivo è importante ricordare che il vaccino affianca ma non sostituisce PAP-test e test HPV.

La vaccinazione è uno strumento importante di prevenzione utilizzato da oltre 200 anni. Molto diffuse sono le vaccinazioni eseguite in età pediatrica per esempio: vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia, difterite, tetano, e tante altre.

OGGI LA VACCINAZIONE È UTILE ANCHE PER LA PREVENZIONE DI UN TUMORE

Il vaccino anti-HPV è indicato, gratuitamente, per le ragazze e per le donne fino ai 25 anni. Contiene una copia innocua (alcune proteine dell'involucro esterno del virus dell'HPV senza materiale genetico) del virus HPV, in grado di indurre una risposta del sistema immunitario senza essere infettivo. Viene iniettato nella regione del braccio ed è importante che vengano somministrate tutte e tre le dosi di vaccino per avere una protezione idonea. La vaccinazione agisce sulle cause del tumore perché previene l'infezione causata dai maggiori ceppi oncogeni di HPV 16 e 18, cioè di quelli in grado di causare il 70% dei casi di tumore al collo dell'utero.

Il vaccino non è in grado di provocare né l'infezione, né il cancro ma previene l'infezione da HPV nelle donne che non sono mai state infettate dal virus e nelle donne che, pur essendo state infettate, hanno eliminato il virus. Il vaccino è indicato per le adolescenti e le giovani donne, dai 12 ai 25 anni. L'offerta attiva e gratuita del vaccino contro il Papillomavirus Umano HPV è per le ragazze che hanno compiuto l'undicesimo anno di età.

La vaccinazione contro l'HPV è in genere ben tollerata e sicura: gli studi clinici mostrano solo reazioni minori tipiche di ogni vaccinazione (gonfiore, bruciore, arrossamento nel sito di iniezione).

Il sospetto diagnostico di neoplasia cervicale nei casi iniziali si pone sulla base di un referto positivo al Pap-test, che rappresenta l'esame di I livello.

La colposcopia fa seguito ad una citologia anormale: come esame di II livello consente di eseguire una biopsia mirata ed un esame istologico accurato nella maggior parte dei casi. Nei casi più avanzati il sospetto di neoplasia si può porre anche sulla sola base clinica, tuttavia la diagnosi necessita comunque di conferma istologica.

La prognosi del tumore della cervice uterina è principalmente determinata dall'interessamento linfonodale; questo a sua volta è legato allo stadio di malattia, al volume della neoplasia e al grado istologico. Attualmente il sistema di stadiazione per il tumore della cervice uterina è basato sulla classificazione FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*).

Il trattamento chirurgico del carcinoma della cervice uterina mira alla radicalità chirurgica in rapporto allo stadio della patologia; negli stadi iniziali può essere sufficiente la conizzazione, preservando utero, altrimenti l'isterectomia radicale classica e modificata fino ad interventi demolitivi ed eviscerazione pelvica nei casi avanzati.

Le vie di accesso chirurgico sono la via laparotomica, la via laparoscopica con assistenza vaginale. L'annessiometomia rappresenta una procedura abitualmente effettuata nelle pazienti in postmenopausa e negli stadi avanzati, mentre nelle pazienti giovani con carcinoma squamoso in stadio iniziale, in casi selezionati, può non essere praticata.

Il trattamento escissionale può essere eseguito con lama fredda, ansa diatermica, laser CO2, ago a radiofrequenza. Nei trattamenti escissionali il cono deve essere ottenuto con margini in tessuto sano (possibilmente in un unico pezzo) e il trattamento deve consentire il ripristino di una nuova giunzione squamo-colonnare (GSC) accessibile al follow-up cito-colposcopico.

Il CIN3 rappresenta l'immediato precursore del cancro invasivo e impone il trattamento escissionale/ablato.

L'isterectomia totale è raccomandata in donne con adenocarcinoma in situ (AIS) cervicale che abbiano completato il ciclo riproduttivo. In età fertile con desiderio di prole, la sola conizzazione può essere considerata un'opzione in presenza di margini negativi del cono cervicale.

Il carcinoma della cervice uterina è una neoplasia che può considerarsi fatale quando viene diagnosticata tardivamente a causa degli elevati tassi di recidiva più frequenti entro i primi 2 anni dalla diagnosi.

In Italia, i programmi di screening cervicale, attivati o in via di attuazione in gran parte delle Regioni, prevedono l'esecuzione di un Pap test ogni tre anni nelle donne tra i 25 e i 64 anni.

Naturalmente la donna, sessualmente attiva, che desidera un buon controllo del suo stato di salute può fare una visita ginecologica e un pap test annualmente ed ogni 5 anni un HPV-DNA test superata l'età di 30 anni.

IL TUMORE DELL'ENDOMETRIO

Il tumore dell'endometrio è la neoplasia ginecologica più frequente, ed in progressivo aumento, in Italia e nei paesi sviluppati a maggiore benessere economico. Il più importante fattore favorente è l'iperestrogenismo endogeno ed esogeno. Si manifesta più frequentemente nelle donne in postmenopausa, è raro prima dei 40 anni. La prognosi generalmente è buona, il tumore è spesso diagnosticato quando la malattia è confinata al corpo uterino. La sopravvivenza globale è dipendente dallo stadio (diffusione della malattia) e dall'istotipo al momento della diagnosi.

Precancerosi del carcinoma endometriale: il tipo più frequente di carcinoma endometriale è spesso preceduto da forme di precancerosi che vanno sotto il nome di **iperplasia atipica**. Queste vanno distinte dalle **iperplasie semplici o complesse**, forme benigne.

In caso di iperplasia atipica in menopausa si preferisce asportare l'utero; nel caso di giovani donne desiderose di prole è possibile un trattamento conservativo a base di ormoni progestinici sia le iperplasie atipiche che le iperplasie semplici e complesse non atipiche.

La **diagnosi precoce del CA dell'endometrio** è legata alla sintomatologia, comparsa anomala di sanguinamento in menopausa. Questo segnale porta la donna a rivolgersi al ginecologo. Il tumore è quindi diagnosticato perché precocemente sintomatico. Infine, l'utero è un muscolo con pareti molto spesse, quindi, in genere quando si arriva alla diagnosi, il tumore è ancora confinato alla parte più interna dell'organo e la rimozione dell'utero, in menopausa, comporta la guarigione nella maggioranza dei casi.

L'ecografia transvaginale e l'isteroscopia sono le metodiche standard utilizzate per la diagnosi CA dell'endometrio per donne ad alto rischio (obese, diabetiche e in trattamento con modulatore selettivo dei recettori degli estrogeni (pazienti in terapia tamoxifene per CA della mammella)).

Una donna in postmenopausa anche se non a rischio, per un buon controllo del suo stato di salute (check-up) può annualmente sottoporsi ad un controllo ginecologico con ecografia transvaginale, consentendo un trattamento conservativo nei casi di iperplasia e una certezza di avvenuta diagnosi precoce in caso di diagnosi di CA dell'endometrio asintomatico.

CARCINOMA DELL'OVAIO

Il carcinoma epiteliale dell'ovaio è una neoplasia molto eterogenea, con carattere di gravità e si presenta prevalentemente in donne tra 50 ai 75 anni.

Il CA ovarico è generalmente sporadico (90-95%) ma può essere con minore frequenza, familiare (5-10%).

Il carcinoma familiare viene trasmesso su base autosomica dominante e si manifesta in donne più giovani.

La sindrome ereditaria mammella-ovaio è associata ad una mutazione dei geni onco-soppressori BRCA1 e BRCA2 localizzati rispettivamente, sul cromosoma 17 e sul cromosoma 13. In questa sindrome il rischio di sviluppare un CA ovarico varia dal 60% per il BRCA1 al 15% per il BRCA2.

Ogni istotipo presenta un suo profilo di genetica molecolare diverso, l'etiopatogenesi dei tumori ovarici si correla principalmente con la teoria dell'ovulazione incessante. Si ipotizza che il trauma ovulatorio con la liberazione di citochine infiammatorie seguito dalla riparazione dell'epitelio di superficie dell'ovaio, sia il principale fattore di rischio.

A conferma di questa teoria è significativo che l'uso di contraccettivi orali, le gravidanze e l'allattamento al seno siano dei fattori protettivi. Lo screening di questa neoplasia è diretto solo verso questo gruppo di donne e si avvale della ecografia transvaginale con ecocolodoppler a cadenza periodica, in soggetti con positività, alla ricerca del BRCA1 e BRCA2 in questi si può associare il biomarcatore tumorale CA125.

Il 70% dei carcinomi ovarici è in stato avanzato alla diagnosi.

L'esecuzione di una visita ginecologica annuale e di un'ecografia transvaginale annuale, effettuate con regolarità, per escludere masse pelviche è consigliabile a tutte le donne. Anche il CA 125, sempre di più, acquisisce consensi come marker tumorale affidabile per il ca ovarico.

CARCINOMA DELLA MAMMELLA

Il tumore della mammella è la neoplasia più frequente nel sesso femminile e costituisce attualmente quasi il 30% di tutte le diagnosi tumorali nella donna. Ogni anno in Italia sono diagnosticati circa 38.000 nuovi casi e circa 11.000

decessi (è la prima causa di morte per tumore nel sesso femminile). L'incidenza è in diretto rapporto con l'età e raggiunge il picco, di circa 300 casi ogni 100.000 donne l'anno, intorno all'età di sessanta anni. Al di sopra di questa età il tasso rimane relativamente stabile. I tassi di incidenza sono stati in costante aumento sino alle fine degli anni Novanta, poi si sono stabilizzati ed è iniziato un certo decremento. Ciò è da attribuire probabilmente all'utilizzo sempre più diffuso degli screening.

Il CA della mammella è attualmente considerato patologia multifattoriale. Esiste un 5-7% di tumori mammari ereditari. Nelle famiglie ad alto rischio, la predisposizione ad ammalarsi è dovuta ad una mutazione di BRCA1 e BRCA2, geni onco-soppressori, a trasmissione autosomica dominante e penetrazione elevata.

La classificazione più semplice dei tumori maligni della mammella distingue due tipi di neoplasie: i carcinomi non invasivi ed i carcinomi invasivi.

Il carcinoma duttale infiltrante rappresenta circa l'80% dei carcinomi invasivi.

L'esame clinico è l'esame di base nella senologia e deve essere parte integrante negli accertamenti diagnostici.

La mammografia è un esame strumentale fondamentale nella valutazione clinica della mammella.

L'ecografia mammaria trova indicazione nello screening mammario e nella diagnosi precoce, insieme alla visita e alla mammografia, che mantiene un ruolo insostituibile.

Il trattamento chirurgico ha portato ad interventi sempre più conservativi, avvalendosi anche del supporto del "linfonodo sentinella".

La donna non più sottoposta a interventi mutilanti del suo seno, simbolo della femminilità, ha accettato di buon grado la prevenzione.

Quando si deve intervenire con la mastectomia totale e la dissezione ascellare, la ricostruzione mammaria a completamento della mastectomia va garantita sempre!

COSA FARE PER LA PREVENZIONE DEI TUMORI

La prevenzione dei tumori passa dai controlli medici e ad ogni età corrispondono quelli da fare assolutamente. Per le donne prima dei 25 anni è importante il vaccino anti-Hpv, il papillomavirus che può causare il tumore al collo dell'utero iniziata la vita sessuale visita ginecologica e pap test.

I controlli da fare tra i 25 e i 40 anni: almeno una volta al mese è raccomandata l'autopalpazione del seno, una volta l'anno la visita ginecologica e pap test e dopo i 30 anni anche l'Hpv Dna test;

Il Programma di Screening per la Prevenzione del carcinoma del collo dell'utero prevede (Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018) che entro il 2018 tutti i programmi di screening italiani passino dal Pap test al test HPV come test primario per le donne dai 30-35 anni, in modo progressivo e programmato.

Dai 30 anni in poi è meglio sottoporsi ad una visita senologica con ecografia mammaria.

Mammografia ogni due anni tra i 40 e i 50 anni e ogni anno dopo i 50 anni, a volte associata all'ecografia. La mammografia è il metodo attualmente più efficace per la diagnosi precoce.

Le Linee guida del Ministero della salute suggeriscono di eseguire una **mammografia** ogni 2 anni, dai 50 ai 69 anni di età, ma la cadenza può variare a seconda delle considerazioni del medico sulla storia personale di ogni donna. Nelle donne che hanno avuto una madre o una sorella malata in genere si comincia prima, verso i 40-45 anni.

L'**ecografia** è un esame molto utile per esaminare il seno giovane, dato che in questo caso la mammografia non è indicata. Si consiglia di farvi ricorso, su suggerimento del medico, in caso di comparsa di noduli.

La **risonananza magnetica** viene riservata ai seni molto densi o ai dubbi diagnostici, sebbene possa essere di grande aiuto in casi specifici.

La **visita**: è buona abitudine fare una visita del seno presso un ginecologo o un medico esperto almeno una volta l'anno, indipendentemente dall'età.

L'**autopalpazione**: è una tecnica che consente alla donna di individuare precocemente eventuali trasformazioni del proprio seno. La sua efficacia in termini di screening è però molto bassa: questo significa che costituisce un di più rispetto alla sola visita e alla mammografia a partire dall'età consigliata, ma non può sostituirla.

I **test genetici** per la ricerca dei geni BRCA1 e 2, responsabili di alcune forme ereditarie di cancro del seno, sono strumenti di prevenzione utili in situazioni particolari, in cui lo studio della genealogia di una persona evidenzia specifiche caratteristiche di trasmissione della malattia. Prima di sottoporsi ai test genetici è necessario rivolgersi a un genetista esperto che confermerà o smentirà l'utilità dell'esame. In caso di positività è possibile rafforzare le misure di controllo con mammografie ed ecografie molto ravvicinate per identificare il tumore in una fase precoce.

Si ricorda ai lettori che la terapia va sempre prescritta e monitorata dal medico specialista o dal medico curante. I consigli terapeutici non possono essere utilizzati senza il parere del proprio medico.

OCCHIO NEL MIRINO. TRA ANALISI E STORIA

Algoritmo per la valutazione del rischio di progressione del danno funzionale e la programmazione del follow-up clinico del glaucoma

**ECM Unità Funzionale di Oculistica
Policlinico “G.B. Morgagni” Presidio di Catania**

Il Team Oftalmologico del Policlinico “Morgagni” Case di Cura, è attivo dal 1972. Primo responsabile fu il dott. Sergio Borellini, al tempo aiuto Clinica Universitaria.

Attualmente oltre agli specialisti senior consultants prof. Alfredo Reibaldi, già direttore della Clinica Universitaria, dott. Antonello Rapisarda, già primario ospedaliero e dott. Salvatore Randazzo, il dipartimento oculistico si avvale delle prestigiose firme di 20 professionisti che dotati delle tecnologie adeguate affrontano giornalmente la patologia oculare nei suoi diversi aspetti.

Il polo oculistico opera nel blocco edilizio di ultima generazione dotato di 3 sale operatorie e 20 p.l. in D.H.



La media annua degli interventi, malgrado il tetto di spesa imposto dal S.S.N., si attesta su 3000 casi tra cui molti i trapianti corneali grazie all'utenza assistita da assicurazioni.

Recentemente l'Azienda si è dotata di Femtolaser, strumento che consente di aumentare il livello di sicurezza nella chirurgia della cataratta.

Il più recente evento di aggiornamento clinico scientifico in ECM è dell'8 novembre 2017 "Algoritmo per la valutazione del rischio di progressione del danno funzionale e la programmazione del Follow-up clinico.

Per i non addetti ai lavori: un algoritmo è una procedura semplice che tenta di risolvere un determinato problema applicando un certo numero di passi elementari.



L'algoritmo viene generalmente descritto come "procedimento di risoluzione di un problema". I problemi sono caratterizzati da dati di ingresso (input) variabili, su cui l'algoritmo stesso opererà per giungere fino alla soluzione. Algoritmo è un termine che deriva dal nome matematico persiano Al-Khwarizmi che è considerato uno dei primi autori a fare riferimento a questo concetto.

Organizzato dalla Dott.ssa Rita Ghirlanda nell'aula "Moscati" del Policlinico Morgagni, coordinato dal Dr. Antonello Rapisarda (Morgagni), cinque specialisti: Giancarlo Bannò (Catania), Piero Biondi (Morgagni), Francesco Castiglione (Morgagni), Francesco Lanzafame (Morgagni), Alfonso Spinello (Morgagni) hanno presentato e discusso con colleghi operatori in altre sedi della Sicilia orientale sui criteri che regolano il follow up della patologia glaucomatosa utilizzando l'algoritmo dello studio.

Glaucoma: una malattia grave e diffusa

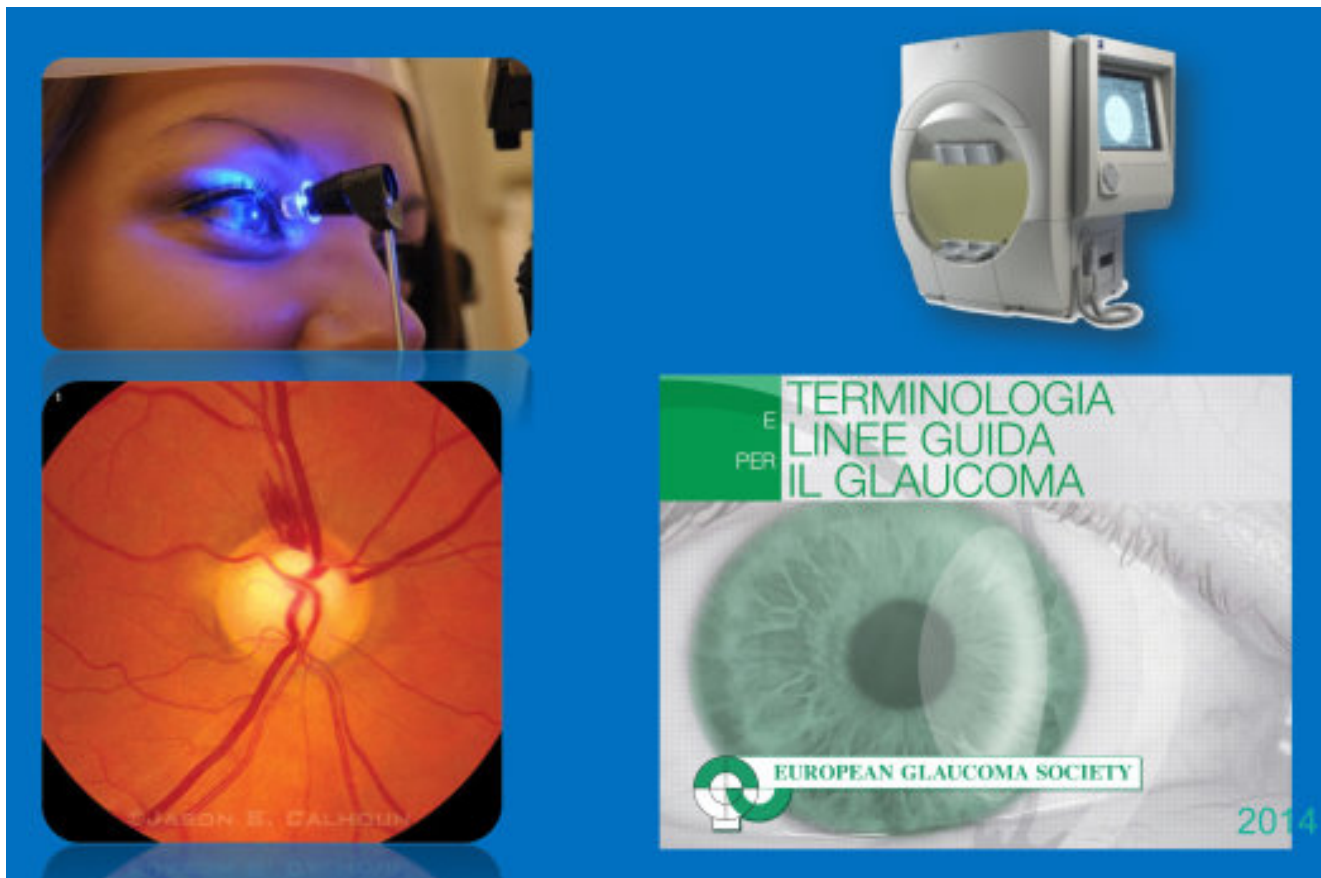
Il glaucoma è una grave e progressiva atrofia del nervo ottico. Se diagnosticato in tempo è curabile tenendo bassa la pressione endoculare. La prevalenza (percentuale di soggetti affetti) raggiunge il 6% della popolazione dopo i 70 anni. Purtroppo, come mostra la foto che vi proponiamo, solo 1 persona (cerchio rosso) su 3 (cerchio giallo) sa di esserne affetto: per questo risulta la seconda causa di cecità in Europa dopo le maculopatie.

Dal 1978 la Società Europea per lo studio del Glaucoma analizzando le risultanze di studi basati sulla medicina dell'evidenza ha elaborato, e continuamente aggiornato, delle linee guida per la diagnosi e la terapia del Glaucoma in modo da garantire degli standard di trattamento omogenei e di alto livello a tutti i pazienti.



Ottimizzare i tempi

Il Glaucoma è una patologia cronica che accompagna il paziente per tutta la sua vita. E' necessaria pertanto una ottimizzazione delle visite: quali esami effettuare? Con quale periodicità rivedere il paziente?



La Società Italiana per il Glaucoma (SIGLA) ha dato mandato ad alcuni autorevoli studiosi (prof. Galdolfi, dr. A. Rapisarda) di elaborare una flow-chart che consenta di valutare il rischio di progressione della malattia in tempi brevissimi.



L'algoritmo proposto, come rappresentato nella Tavola 1 valuta il ruolo dei fattori di rischio (noti allo specialista) rapportato alla pressione endoculare correlandoli alla velocità di progressione della malattia glaucomatosa.

Tav. 1

Algoritmo per valutazione il rischio di progressione della malattia glaucomatosa

	PIO (mm Hg)				
	< 14	14-18	19-24	25-30	> 30
Assenza di fattori di rischio	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5
Aspettativa di vita > 15 anni	B 1	B 2	B 3	B 4	B 5
Rischio vascolare *	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5
Fattori di rischio addizionali**	D 1	D 2	D 3	D 4	D 5
Qualsiasi danno perimetrico legato a glaucoma confermato	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5
Qualsiasi danno perimetrico centrale*** / Danno funzionale avanzato (MD peggiore di 12 dB)	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5
Presenza di pseudoesfoliazione	G 1	G 2	G 3	G 4	G 5
Velocità di progressione perimetrica della malattia > 1dB/anno	H 1	H 2	H 3	H 4	H 5

Livelli di rischio: basso ■ moderato ■ alto ■ molto alto ■

*Rischio vascolare: almeno 2 dei seguenti fattori: (a) pressione di perfusione diastolica < 55 mmHg, (b) ipertensione in trattamento con più di due principi attivi, (c) pregresso IMA, ictus o TIA, (d) segni di ipoperfusione periferica (vasospasmo, fenomeno di Raynaud), (e) emorragie papillari.

**Fattori di rischio addizionali: almeno due tra i seguenti: età > 65 anni; etnia afro-caraibica; familiarità di 1° grado per ipovisione da glaucoma accertato; spessore corneale < 500 µ; miopia ≥ 6D; paziente monocolo.

*** almeno uno dei 4 punti centrali con sensibilità abolita

Nella Tavola 2 viene suggerita la programmazione delle frequenze dei controlli secondo gravità.

Tav. 2

Timing per i controlli del paziente a secondo della gravità della malattia

Follow-up	Frequenza consigliata per i controlli in funzione del livello di rischio			
	Basso	Moderato	Alto	Molto alto
Cambio/aumento terapia farmacologica (Abbassamento target IOP)**	NO	Solo se c'è progressione	SI se non raggiunta la target IOP	SI *** se non raggiunta la target IOP
Invio Centro riferimento Indicazione Chirurgica / laser terapia	NO	NO	Solo se c'è progressione	SI
Controllo PIO	6 mesi	3 mesi	1-3 mesi	1 mese
Visita completa con visus	12 mesi	6 mesi	6 mesi	3-6 mesi
Campo visivo	Baseline + ogni 6-12 mesi	Baseline + Ogni 6 mesi	Baseline + ogni 4-6 mesi	Baseline + Ogni 3 mesi
Curva tonometrica	NO	Se progressione nonostante un buon controllo tonometrico	Se progressione nonostante un buon controllo tonometrico	Se progressione nonostante un buon controllo tonometrico
Imaging/foto*	Basale e 24 mesi	Basale e 12 mesi	NO	NO
Monitoraggio PA per 24 ore	NO	NO	Solo se progressione e PIO > 15	Solo se progressione e PIO > 15

* OCT indicato nelle fasi iniziali o miopia elevata con coroidosi severa

** se la terapia (sia iniziale che dopo cambiamento) si dimostra inefficace valutare la non compliance.

*** se il danno è avanzato ipotizzare subito terapia chirurgica

Timing per i controlli del paziente a seconda della gravità della malattia

Gli ambulatori di Oftalmologia che adottano le linee guida della Società Europea del Glaucoma, e organizzano le visite e i controlli secondo la flow-chart della Società Italiana del Glaucoma offrono quindi al paziente:

- la garanzia di diagnosi condotte con le tecnologie più moderne ed efficaci;
- la certezza di trattamenti all'avanguardia
- il rispetto di una periodicità nei controlli che tenga conto dello stadio di gravità che la patologia ha raggiunto nel singolo ammalato e della sua peculiare compliance

