

10

Atrofia urogenitale post-menopausale

10.1 Introduzione

Con un'aspettativa di vita superiore ai 30 anni dopo la menopausa, è forte la necessità di porre attenzione sulla qualità della vita di una donna in epoca post-climaterica. Sfortunatamente, l'enfasi giustamente attribuita alla prevenzione delle malattie cardio-vascolari, dell'osteoporosi e delle patologie neoplastiche ha messo in secondo piano quella che è la conseguenza prevalente dell'ipoestrogenismo postmenopausale: l'atrofia urogenitale (1). Si calcola infatti che almeno il 50% delle donne in età postmenopausale presenti qualche evidenza di discomfort urogenitale (2), sebbene i dati di prevalenza siano largamente imprecisi a causa della comparsa spesso tardiva rispetto all'ultimo ciclo mestruale e perché molte donne ritengono che l'atrofia urogenitale rappresenti una conseguenza inevitabile del processo di invecchiamento tissutale (3).

10.2 Sintomatologia e valutazione

Da un punto di vista sintomatologico, l'atrofia urogenitale si manifesta attraverso una serie di sintomi che investono i tessuti target degli ormoni sessuali (1, 4, 5) ossia quelli che hanno una derivazione embriologica dal seno urogenitale (vagina, uretra, trigono vescicale, parte del pavimento pelvico). La tabella 1 evidenzia i sintomi più comunemente riscontrabili.

Tab. 1 – Sintomatologia correlata all'atrofia urogenitale

Vaginale	Urinaria
Secchezza	Frequenza
Prurito	Nicturia
Bruciore	Urgenza
Leucorrea	Disuria
Dispareunia	Infezioni urinarie ricorrenti

La raccolta anamnestica consente al medico di valutare presuntivamente la tipologia e l'entità della sintomatologia riferita dalla paziente. Esistono in letteratura numerosi questionari volti a qualificare con discre-

ta approssimazione gli effetti dell'atrofia urogenitale, ad esempio quello proposto da Bachmann (2) che viene riportato in tabella 2. Altri questionari, come quello proposto da Walters riportato in tabella 3, possono essere indicati per valutare i differenti tipi di incontinenza urinaria (6).

Tab. 2 – Questionario per lo screening urogenitale

1. Ha secchezza vaginale?
2. Ha mai avuto perdite maleodoranti?
Se sì, quanto spesso?
3. Ha mai avuto prurito o bruciore vaginale?
4. Ha mai avuto delle irritazioni vaginali?
5. Ha sensazione di bruciore durante la minzione?
6. Quando deve urinare, le capita mai una sensazione di urgenza tale per cui teme di non arrivare alla toilette in tempo?
7. Perde urina quando tossisce, starnutisce o ride?
Se sì, quanto spesso?
Da quanto tempo soffre di questo problema?
8. È sessualmente attiva? Prova dolore durante i rapporti?
Se sì, quanto spesso?
Ha perdite ematiche dopo i rapporti?
9. Quante infezioni urinarie ha avuto durante gli ultimi due anni?
10. Ha avuto infezioni da Candida?

10.3 Terapia ormonale sostitutiva e atrofia urogenitale

Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia della terapia ormonale sostitutiva nel trattamento dell'atrofia urogenitale (7-9). In particolare, la più recente metanalisi sull'argomento (3) ha dimostrato che qualsivoglia tipo di estrogeno è significativamente più efficace

rispetto al placebo per tutte le variabili misurate (sintomatologia vaginale ed urinaria come citate nella Tabella 1, dispareunia, esame ginecologico, pH vaginale, citologia vaginale), sebbene tale efficacia si limiti al periodo di trattamento, per poi cessare al termine dello

Tab. 3 – Questionario per la valutazione dell'incontinenza urinaria femminile

1. Perde urine quando tossisce, starnutisce o ride?
2. Ha mai una necessità di urinare così spiacevole e intensa da poter perdere le urine se non riesce ad arrivare al bagno?
3. Se la risposta alla domanda n. 2 è “sì”, perde mai le urine prima di raggiungere il bagno?
4. Quante volte urina durante la giornata?
5. Quante volte si deve alzare per urinare durante la notte?
6. Ha mai bagnato il letto durante l'ultimo anno?
7. Ha la necessità impellente di urinare quando è nervosa, stressata o irritata?
8. Perde mai le urine durante un rapporto sessuale?
9. Deve indossare un pannolino per l'incontinenza?
10. Con che frequenza perde l'urina?
11. Ha mai avuto cistiti, infezioni delle vie urinarie o del rene?
12. Prova dolore o fastidio quando urina?
13. Ha mai avuto del sangue nelle urine?
14. Incontra difficoltà per iniziare ad urinare?
15. Il getto dell'urina è debole?
16. Deve spingere per fare uscire l'urina?
17. Dopo aver urinato continua a perdere gocce di urina o ha la sensazione che la vescica sia ancora piena?

stesso (assenza di “effetto memoria” delle terapie ormonali) (1).

Per ciò che concerne la via di somministrazione, la stessa meta-analisi ha dimostrato che la via vaginale correlava meglio con l'effettiva riduzione della sintomatologia e con il miglioramento del reperto citologico, mentre per le altre variabili non si era identificata una differenza sostanziale. Di converso, riguardo ai tipi di estrogeni uti-

Tab. 4 – Terapia estrogenica locale: indicazioni possibili

- ❖ Pazienti che presentano controindicazioni o che sono intolleranti alla terapia ormonale sostitutiva per via sistemica
- ❖ Pazienti i cui segni e sintomi siano limitati all'atrofia urogenitale (vedi Tabella 1) in assenza di altri sintomi climaterici
- ❖ Pazienti che sono in trattamento con una terapia sistemica ma che presentano persistenza di segni e sintomi di atrofia urogenitale (10-25%) (11)
- ❖ Pazienti che richiedono un trattamento trofico in preparazione di un intervento chirurgico interessante il tratto genito-urinario.

lizzati (estradiolo, estrogeni coniugati, estriolo, estrogeni sintetici), gli effetti dimostrabili erano sempre significativamente migliori rispetto al placebo per tutti i tipi, anche se l'estradiolo si dimostrava più efficace nella riduzione della sintomatologia e gli estrogeni coniugati producevano le modificazioni citologiche più evidenti. È importante notare che mentre per le preparazioni orali si rende necessaria l'associazione estroprogestinica per contrastare gli effetti degli estrogeni dell'endometrio, ciò non è necessario per le preparazioni locali, sebbene l'estradiolo vaginale sia in grado di modificare i livelli sierici di estradiolo ed estrone, anche se in misura trascurabile rispetto alle formulazioni per os (3).

Per ciò che concerne la compliance, gli studi hanno evidenziato che, a parità di efficacia, le donne trattate favoriscono la via di somministrazione locale, sia sotto forma di crema che di ovuli vaginali (1, 3). In questo senso, quindi, è molto utile considerare a priori le indicazioni al trattamento topico (vedi Tabella 4). Sfortunatamente, però, pochi studi valutano l'efficacia terapeutica oltre i 6 mesi, sebbene sia a volte necessario trattare le pazienti per più di un anno prima di ottenere effetti tangibili (10).

10.4 Conclusioni

Qualsiasi trattamento estrogenico è efficace nel trattamento dell'atrofia urogenitale (3). La maggior parte degli studi, infatti, concorda nell'affermare che il trattamento estrogenico migliora l'urgenza sensitiva, l'incontinenza da urgenza, la frequenza, la nicturia e la disuria (12). Sebbene sia implicita l'utilità di indicare un potenziale golden standard terapeutico, in termini di tipo di estrogeno, via di somministrazione, dosaggio e durata di trattamento, non è possibile dare indicazioni chiare in tal senso a causa della relativa scarsità degli studi controllati presenti in letteratura. Sembra, comunque, che la terapia locale a base di estriolo o estradiolo a basso dosaggio abbia effetti locali sull'atrofia genitale sovrapponibili alle preparazioni sistemiche. Tuttavia, queste preparazioni locali non producono lo stesso aumento dei livelli sierici di estrone ed estradiolo che si evidenziano con le preparazioni per os, agendo presumibilmente grazie ad un effetto locale e, quindi, la terapia topica potrebbe agire con un'azione alternativa rispetto alla via sistemica. Il 10-25% delle donne sottoposte ad HRT per via sistemica continuano a soffrire di sintomi riconducibili all'atrofia urogenitale (11). È probabile che per queste donne la somministrazione aggiuntiva della terapia locale a basse dosi possa migliorare la sintomatologia, ma sono necessari approfonditi studi per una soluzione a questo problema.

Livello di evidenza di efficacia trattamento ormonale dell'atrofia urogenitale

Segni e sintomi	Livello di evidenza e forza delle raccomandazioni
Sintomatologia soggettiva (secchezza, bruciore, prurito)	I A (3)
Valutazione clinica e di laboratorio (giudizio del medico, ph vaginale, modificazioni citologiche)	I A (3)
Dispareunia	II A (7)
Sintomatologia irritativa vescico-uretrale frequenza (urgenza)	II B (12)
Infezioni urinarie ricorrenti	II B (13)

Bibliografia

1. Notelovitz M. *Urogenital aging: solutions in clinical practice*. Int J Gynecol Obstet 1997; 59 (Suppl 1): 35-9
2. Bachmann GA. *A new option for managing urogenital atrophy in postmenopausal women*. Contemp Obstet Gynecol 1997; 42: 13-28
3. Cardozo L, Bachmann G, McClish D, et al. *Meta-analysis of estrogen therapy in the management of urogenital atrophy in postmenopausal women: second report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee*. Obstet Gynecol 1998; 92: 722-7
4. Smith P. *Estrogens and the urogenital tract*. Acta Obstet Gynecol Scand 1993; Suppl 157: 5-26
5. Smith P, Heimer G, Norgren A, Ulmsten U. *Localization of steroid hormone receptors in the pelvic muscles*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993; 50: 83-5
6. Walters MD, Realini JP. *The evaluation and treatment of urinary incontinence in women: a primary care approach*. J Am Board Fam Pract 1992; 5: 289
7. Erikson PS, Rasmussen H. *Low dose 17 β -estradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis: a double blind placebo controlled study*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1992; 44: 137-44
8. Foidart JM, Vervliet J, Buytaert P. *Efficacy of sustained-release vaginal formulation of oestrinol in alleviating urogenital and systemic climacteric complaints*. Maturitas 1991; 13: 99-107
9. Laufer ER, Defazio JL, Lu JKH. *Estrogen replacement therapy by transdermal estradiol administration*. Am J Obstet Gynecol 1983; 146: 533-40
10. Iosif CS. *Effects of protracted administration of oestrinol on the lower genitourinary tract in postmenopausal women*. Acta Obstet Gynecol Scand 1992; 251: 115-20
11. Smith RJN, Studd JWW. *Recent advances in hormone replacement therapy*. Br J Hosp Med 1993; 49: 799-809
12. Sultana CJ, Walters MD. *Estrogen and urinary incontinence in women*. Maturitas 1995; 20: 129-38
13. Cardozo L, Benness C, Abbott D. *Low dose oestrogen prophylaxis for recurrent urinary tract infections in elderly women*. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105 (4): 403-7

