

Menopausa: Domande Frequenti

Tradotte dalla Società Italiana per la Menopausa. La Società Internazionale per la Menopausa è grata per avere la possibilità di adattare per un uso globale le informazioni che sono state prodotte originariamente da SIGMA la Società per la Menopausa Canadese. Le informazioni mediche e scientifiche fornite potrebbero non essere rilevanti per circostanze particolari e devono sempre essere discusse con il proprio medico di riferimento. Il testo può avere subito lievi modifiche per adattarlo alla realtà nazionale.

www.sigmamenopause.com

Menopausa: Domande Frequenti

www.menopauseinfo.org

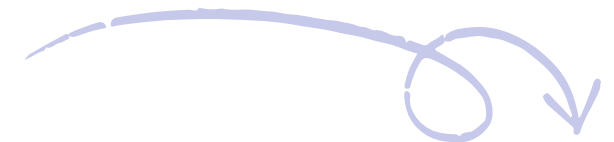
menopause
Info

International **IMS**
Menopause Society
Promoting education and research on midlife women's health



Quando Arriva la Menopausa?

La menopausa è l'ultima mestruazione della vita fertile della donna e può verificarsi a varie età, nella maggior parte delle donne avviene tra i 45 e i 55 anni, con un'età media di circa 51 anni. La menopausa precoce si verifica tra i 40 e i 45 anni e quella tardiva tra i 55 e i 60 anni. L'1-2% delle donne va incontro ad una menopausa prematura, prima dei 40 anni. Il momento in cui una donna raggiunge la menopausa dipende da una serie di fattori. Nelle fumatrici, in media, la menopausa compare 2 anni prima rispetto alle non fumatrici. Il miglior predittore dell'età della menopausa è l'età in cui le madri e le sorelle hanno raggiunto la menopausa.



Menopausa spontanea è una cessazione spontanea delle mestruazioni non causata da malattie o interventi. Con l'aumento dell'aspettativa di vita, la maggior parte delle donne vive oggi almeno un terzo della propria vita dopo la menopausa.

Menopausa chirurgica. La menopausa si verifica immediatamente se entrambe le ovaie vengono rimosse chirurgicamente (ovariectomia bilaterale). L'intervento chirurgico di rimozione dell'utero (isterectomia) non provoca la menopausa se le ovaie vengono lasciate in sede, anche se le mestruazioni scompaiono. Le donne sottoposte ad isterectomia in media vanno incontro alla menopausa 2-3 anni prima rispetto a quelle non isterectomizzate. Per la maggior parte delle donne la menopausa si manifesta con la comparsa di vampate di calore e sudorazioni notturne. La chemioterapia e la radioterapia pelvica possono predisporre la donna ad una menopausa anticipata. Con la chemioterapia o la radioterapia, questi sintomi possono essere temporanei e può verificarsi il ritorno della normale funzione delle ovaie (e delle mestruazioni) al termine delle cure.

Menopausa prematura, naturale o indotta, si verifica prima dei 40 anni. Nel 40% dei casi la causa principale è sconosciuta. Il 30% dei casi è di origine autoimmune, per la presenza di anticorpi che distruggono le cellule uovo. È necessario indagare su eventuali condizioni autoimmuni coesistenti (tiroidite, artrite reumatoide, lupus, ecc.). Tra le cause meno comuni vi è la distruzione del tessuto ovarico in seguito a interventi chirurgici, radiazioni e chemioterapia. In rari casi è dovuta ad anomalie genetiche o cromosomiche. La terminologia di questa condizione comprende la menopausa prematura, e l'insufficienza ovarica prematura (POF). Le donne con menopausa prematura dovrebbero discutere con il proprio medico di utilizzare la terapia ormonale per la prevenzione di specifiche malattie legate all'invecchiamento.



E Per Quanto Riguarda Sbalzi D'umore, Perdita Di Memoria E Depressione?

Molte donne spesso soffrono di irritabilità, facilità al pianto, ansia, difficoltà di concentrazione, mancanza di energia, scarsa concentrazione e sbalzi d'umore quando entrano in menopausa. Ma tutti questi problemi sono causati dalla menopausa?

Sbalzi d'umore vs. depressione: gli sbalzi d'umore legati alla menopausa e la depressione sono due cose distinte. La menopausa non è causa di depressione maggiore, né vi sono tassi più elevati di depressione maggiore tra le donne in menopausa. Tuttavia, i disturbi del sonno e le vampate di calore, sono frequenti e possono contribuire alla sensazione di irritabilità e alterato tono dell'umore.

Memoria e menopausa: e i problemi di memoria? Molte donne riferiscono di avere difficoltà di memoria e di concentrazione durante la transizione menopausale. Gli studi che hanno cercato di indagare i cambiamenti della memoria sono per lo più di piccole dimensioni e i test di memoria utilizzati potrebbero non avere misurato funzioni della memoria applicate nella vita reale della donna. Molti autori sottolineano anche che il modo in cui ci si percepisce ("Ho poca memoria!") non sempre coincide con i risultati di test oggettivi che dimostrano le nostre capacità (per esempio, hai ottenuto un buon punteggio in un test di richiamo della memoria; oppure sei riuscita a ricordare tutte le parole di una canzone che hai appena ascoltato). Alla luce di queste incertezze, è difficile valutare se la menopausa e la perdita di memoria siano correlate.

La menopausa è solo una delle tante sfide che le donne devono affrontare. La mezza età presenta molti fattori di stress che hanno un impatto sulla nostra salute mentale. Avere a che fare con figli adolescenti, affrontare un nido vuoto, aumentare le richieste di carriera, le sfide finanziarie e prendersi cura dei genitori anziani, possono influenzare la percezione di stress e disagio di una donna nel suo ambiente personale. Con l'arrivo della menopausa e la presenza di disturbi del sonno e vampate di calore, la situazione può sembrare ingestibile.

MESSAGGIO
FINALE:

Cercare di alleviare i fattori importanti della vita quotidiana che probabilmente contribuiscono ai cambiamenti di umore e allo stress. Se siete preoccupate per la vostra salute mentale, rivolgetevi al vostro medico di fiducia.

La Mia Vita Sessuale Cambierà Dopo La Menopausa?

Una vita sessuale sana e attiva prima della menopausa rimarrà probabilmente sana e attiva anche dopo la menopausa. Purtroppo le disfunzioni sessuali possono verificarsi a qualsiasi età, dall'adolescenza alla post-menopausa. Per alcune donne, la menopausa influisce sulla vita sessuale.

Ecco alcune condizioni comuni:

Basso desiderio sessuale, noto anche come disturbo da desiderio sessuale ipoattivo (HSDD in inglese), comprende l'assenza di fantasie sessuali o di desiderio per qualsiasi forma di attività sessuale. Questa assenza di desiderio è spesso angosciante per la donna e può causare difficoltà nella relazione sessuale. Le donne a cui sono state rimosse chirurgicamente le ovaie (cioè sottoposte a menopausa chirurgica) hanno maggiori probabilità di soffrire di HSDD rispetto alle donne che vanno incontro a menopausa spontanea.

Dolore durante i rapporti sessuali I rapporti sessuali dolorosi sono la conseguenza dei cambiamenti della vulva, della vagina e delle vie urinarie che si assottigliano e diventano più fragili nel corso del tempo. Questi cambiamenti sono conosciuti come atrofia vulvovaginale, o in breve VVA, e sono dovuti alla perdita di produzione di estrogeni durante la menopausa. La perdita di elasticità della vagina, inoltre, può rendere difficili i rapporti sessuali e provocare lacerazioni del tessuto ormai fragile. Possono manifestarsi spasmi reattivi della muscolatura vaginale, secondari a rapporti dolorosi e vi è anche un aumento del rischio di infezioni vaginali. Soluzioni semplici come l'uso di lubrificanti e idratanti vaginali possono essere d'aiuto; nei casi più gravi il medico può prescrivere creme, compresse o anelli vaginali a base di estrogeni. Tutte le pazienti con dolore sessuale dovrebbero essere valutate per verificare la presenza di patologie ginecologiche. Ci sono anche situazioni legate alla menopausa che a loro volta influenzano il desiderio sessuale: la depressione, ad esempio, anche se non direttamente causata dalla menopausa, è più comune. La prevalenza media della depressione maggiore nel corso della vita della donna è di circa il 20% e può attenuare il desiderio sessuale e influenzare il ciclo globale della risposta sessuale. Anche alcuni antidepressivi, in particolare gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), possono ridurre il desiderio sessuale.



Problemi relazionali. La menopausa può essere un periodo difficile; quando una donna è infelice, arrabbiata o delusa con il proprio partner, anche la sua vita sessuale può risentirne. La ricerca ha dimostrato che i problemi relazionali possono influenzare di mancanza di desiderio sessuale, più del calo dei livelli ormonali.

MESSAGGIO
FINALE:

La menopausa non segna la fine di una vita sessuale sana e attiva! Non abbiate paura di parlarne con il vostro medico. Con una valutazione appropriata, un eventuale trattamento, una consulenza e il coinvolgimento del partner, è possibile risolvere molti problemi e continuare ad avere una vita sessuale piacevole ben oltre la menopausa.

Cosa Posso Fare Per Le Vampate Di Calore?

Le vampate di calore sono molto frequenti ma non interessano tutte le donne. Le vampate di calore iniziano con il passaggio dalla vita fertile alla menopausa (transizione menopausale) e sono più frequenti e intense nei primi due anni dopo la menopausa. Sebbene la causa delle vampate di calore non sia del tutto nota, si sa che la diminuzione dei livelli di estrogeni svolge un ruolo importante. A differenza della secchezza vaginale, che peggiora con il tempo, le vampate di calore tendono a scomparire, in genere nel 60% delle donne dopo 7 anni dalla menopausa anche se, fino al 15% delle donne, continuerà a soffrire di vampate di calore per 10 anni o più.

La maggior parte delle vampate di calore è lieve o moderata. Le vampate di calore gravi, che alterano la qualità della vita, si verificano in circa il 10% delle donne. Le vampate di calore lievi possono essere gestite con cambiamenti dello stile di vita, come vestire più leggero e tenere l'ambiente più fresco, fare regolare esercizio fisico, controllare il peso, smettere di fumare ed evitare i fattori scatenanti (ad esempio, cibi caldi e piccanti, bevande contenenti caffeina e alcol).

La terapia ormonale è il trattamento più efficace per alleviare le vampate di calore nelle donne in menopausa. Se non potete assumere la terapia ormonale, il medico può prescrivervi un trattamento non ormonale. Se state pensando di ricorrere alla medicina complementare e alternativa (preparati a base di origine vegetale come soia o altre derivati delle piante), è bene sapere che molti di questi trattamenti hanno dimostrato di avere una modesta efficacia e per la maggior parte dei casi non sono disponibili dati sulla sicurezza.

MESSAGGIO
FINALE:

Le vampate di calore sono comuni, ma sono gestibili, sia con modifiche dello stile di vita che con la terapia ormonale.

La Terapia Ormonale Causa Il Cancro Al Seno?

La ricerca ha dimostrato un legame tra la terapia ormonale e il cancro della mammella: il dubbio è se gli estrogeni causino il cancro o semplicemente favoriscano la crescita di tumori preesistenti. Le ricerche attuali dimostrano che gli estrogeni NON causano il cancro della mammella.

Nel 2002, il Women's Health Initiative (WHI), il più grande studio sulle donne e la terapia ormonale, ha riportato che l'uso di estrogeni e progestinici nelle donne con utero era associato a un piccolo aumento del rischio di cancro al seno dopo 5 anni di terapia. Nel 2004, il braccio del Women's Health Initiative dedicato ai soli estrogeni (donne senza utero) non ha mostrato un aumento del rischio di cancro al seno dopo 6,8 anni di assunzione di soli estrogeni.

Altri studi hanno dimostrato che più lungo è la durata della terapia e maggiore è la dose di estrogeni, più alto è il rischio di cancro al seno. Per questo motivo molti medici prescrivono la terapia ormonale sostitutiva (TOS) alla "dose minima efficace per il periodo più breve".

Conosci i tuoi fattori di rischio "personali" per lo sviluppo di un tumore al seno:

I Principali Fattori Di Rischio Comprendono:

età (il rischio aumenta significativamente dopo i 55 anni); anamnesi familiare positiva; precedente biopsia al seno che ha evidenziato cellule anomale; aumento della densità mammaria alla mammografia; non aver mai avuto figli (o avere il primo figlio dopo i 30 anni).

Abitudini Di Vita Che Incidono Sul Tuo Rischio Comprendono:

mancanza di esercizio fisico; assunzione eccessiva di alcol (più di 2 drink al giorno); obesità e aumento di peso dopo la menopausa; fumo; mancato allattamento.

Può sorprendere, ma i fattori legati allo stile di vita, come la mancanza di esercizio fisico, l'assunzione di alcol e l'aumento di peso dopo la menopausa, hanno un impatto sul rischio di sviluppare il cancro al seno simile o superiore a quello dell'uso della terapia ormonale!

MESSAGGIO
FINALE:

Le donne in menopausa (tra i 50 ei 60 anni) che soffrono di vampate di calore devono sapere che l'uso a breve termine della terapia ormonale avrà un impatto minimo sul loro rischio personale di cancro al seno. Se le donne sono ad alto rischio, devono discutere il loro personale profilo beneficio/rischio con il proprio medico per prendere una decisione sul trattamento. Le donne in post-menopausa (età 50-60 anni) con sintomi vasomotori (vampate di calore) intensi e stressanti, devono sapere che l'USO A BREVE TERMINE della terapia ormonale avrà un effetto minimo sul loro rischio personale di cancro al seno, ma consentirà loro un eccellente controllo dei sintomi e della qualità di vita. L'uso prolungato della terapia ormonale aumenta il rischio di cancro alla mammella, analogamente ai rischi legati allo stile di vita.



La Terapia Ormonale Causa Attacchi Di Cuore?

Le malattie cardiache sono il principale killer delle donne. La terapia ormonale da sola NON aumenta il rischio di infarto. Il fattore più importante per le malattie cardiache è l'ETÀ; la premenopausa è protettiva e il rischio è basso, ma dopo la menopausa, con l'avanzare dell'età, il rischio di malattie cardiache aumenta.

I sette fattori principali che spiegano il 94% dei rischi di infarto sono stati identificati come: fumo, profilo lipidico anormale, ipertensione, obesità addominale, dieta scorretta, eccesso di alcol e stress. La vera buona notizia è che questi fattori sono modificabili, cioè si può fare qualcosa per correggerli.

Lo storico studio Women's Health Initiative (WHI) del 2002, condotto su donne che avevano iniziato la terapia ormonale per la menopausa tra i 50 e gli 80 anni, ha sollevato preoccupazioni sulla relazione tra terapia ormonale e attacchi cardiaci.

Ma c'è dell'altro in questa storia che forse non conoscete: I risultati iniziali sono stati riportati dai media popolari come causa di un 26% in più di attacchi cardiaci nelle donne in post menopausa (50-80 anni) che assumevano estrogeni + progestinici (rispetto a quelle che non assumevano la terapia ormonale), che però non hanno chiarito cosa questo significasse. In particolare, nel gruppo di donne che aveva iniziato la terapia ormonale tra i 50-59 anni di età, la probabilità di morire per malattia coronarica era ridotta (un decesso in meno ogni 1000 utilizzatori di TOS). In una nuova analisi dei dati del WHI e di altri studi, è emerso un risultato chiaro: i rischi cardio-vascolari (CV) associati alla terapia ormonale in postmenopausa (estrogeni/estrogeni-progestinici) sono legati all'età. In altre parole, prima di iniziare il trattamento con qualsiasi terapia ormonale, le donne di 50 anni hanno la metà del rischio CV delle donne di 60 anni e un quarto del rischio delle donne di 70 anni.

È importante quindi che il medico consideri l'età della paziente prima di prescrivere una terapia ormonale sostitutiva. È dimostrato infatti che le donne che iniziano la terapia ormonale tra i 50 e i 59 anni non corrono un rischio maggiore di malattia cardiaca e possono anzi trarre benefici cardiovascolari dall'assunzione della TOS.

I FATTI:

Se usata all'età giusta, la terapia ormonale può fare bene al tuo cuore. Gli studi hanno dimostrato che iniziare la terapia ormonale all'inizio della menopausa è sicuro e può avere effetti benefici sulla salute cardiaca.

Attualmente la Società Internazionale della Menopausa (IMS) raccomanda che la terapia ormonale venga utilizzata per la gestione dei sintomi della menopausa da moderati a gravi e non venga prescritta allo scopo di prevenire le malattie cardiache.

MESSAGGIO FINALE:

Le donne di età compresa tra i 50 e i 59 anni dovrebbero sentirsi rassicurate dal fatto che la terapia ormonale non è dannosa per la loro salute cardiaca. Le donne che soffrono di vampate di calore e altri sintomi non dovrebbero esitare a prendere la TOS per alleviare la sintomatologia. Maggiore cautela deve essere adottata se si prende in considerazione la terapia ormonale per le donne in postmenopausa di età più avanzata, poiché l'assunzione di ormoni per la menopausa dopo i 60 anni, e in particolare dopo i 70, potrebbe avere effetti cardiovascolari negativi.

La Terapia Ormonale Causa Ictus?

Gli ictus non sono rari sia negli uomini che nelle donne. A differenza delle malattie cardiache, la premenopausa non offre alcuna protezione dall'ictus. Tuttavia, l'incidenza dell'ictus è molto bassa nelle donne più giovani, tra i 50 e i 59 anni.

Anche se l'ictus aumenta con l'età, la chiave per ridurre il rischio di ictus -indipendentemente dal fatto che si stia seguendo una terapia ormonale o meno -è uno stile di vita sano. Questo dovrebbe includere un programma di esercizio fisico attivo, il controllo della pressione sanguigna, del peso e del diabete (se pertinente), la cessazione del fumo e la limitazione dell'assunzione di alcol.

Che dire dell'uso della terapia ormonale sostitutiva in menopausa (TOS)?

La relazione tra la terapia ormonale e l'ictus ischemico (un vaso sanguigno ostruito che ostruisce il flusso di sangue al cervello) è inficiata da disinformazione e paura. I risultati degli studi che hanno esaminato se l'uso della TOS in menopausa aumenti il rischio di ictus sono contrastanti: molti non hanno mostrato alcun effetto, altri hanno riscontrato una diminuzione, mentre altri ancora hanno mostrato un aumento di eventi.

Gli studi più recenti hanno dimostrato che dosi più basse di estrogeni, l'aggiunta di progesterone naturale e, più recentemente, l'uso di preparati transdermici (cioè cerotti o gel di estrogeni) non sembrano aumentare il rischio di ictus.



Sono Troppo Giovane Per Preoccuparmi Di Un Problema Come L'osteoporosi?

Le donne perdono massa ossea più rapidamente degli uomini durante la transizione menopausale, quando il livello di estrogeni diminuisce. Una donna di 50 anni ha il 40% di probabilità di sviluppare fratture dell'anca, delle vertebre e del polso nel corso della sua vita. Quindi non si è mai troppo giovani per prevenire l'osteoporosi.

Fattori di rischio per l'osteoporosi

Conoscere i propri fattori di rischio può aiutare a determinare quali misure preventive adottare per ridurre il rischio di osteoporosi e fratture. È possibile effettuare un calcolo online per la stima del rischio di frattura detto FRAX.

Il rischio di sviluppare una frattura osteoporotica potrebbe essere più elevato se si è in presenza di uno dei seguenti fattori:

- Avete subito una precedente frattura da fragilità
- Perdita di 1,5 pollici o 3 cm in altezza
- Indice di massa corporea basso
- Fumo, consumo di più di due unità di alcolici al giorno
- Storia di utilizzo di corticosteroidi
- Storia familiare di osteoporosi

Uno dei più grandi studi clinici sulle donne in postmenopausa, il Women's Health Initiatives (WHI), ha dimostrato che anche in una popolazione di donne anziane in postmenopausa e a basso rischio, il rischio di frattura dell'anca si riduce con l'assunzione della terapia ormonale. Le donne con sintomi da menopausa che necessitano di estrogeni possono essere rassicurate dal fatto che questa terapia è sicura se iniziata precocemente dopo la menopausa e rallenta la perdita ossea.

La menopausa aumenta il rischio di sviluppare l'osteoporosi, quindi parlate con il vostro medico delle misure da adottare per monitorare e/o prevenire la perdita ossea. Esistono alcuni trattamenti ormonali sostitutivi indicati per la prevenzione dell'osteoporosi: sarete voi e il vostro medico a decidere se questo trattamento è adatto a voi.

MESSAGGIO
FINALE:

Posso Formarsi Coaguli Di Sangue Se Assumo Una Terapia Ormonale?

La maggior parte delle donne che assumono la terapia ormonale non presenta formazione di coaguli di sangue nelle circolazione degli arti (TVP: trombosi venosa profonda) o nei polmoni (PE: embolia polmonare). Tuttavia, alcune donne presentano un rischio maggiore di sviluppare coaguli di sangue (rischio trombotico).

In base alla ricerca Women's Health Initiative (WHI), gli estrogeni orali (Premarin® 0,625 mg) e il progestinico (Provera® 2,5 mg) aumentano di due volte il rischio di tromboembolia venosa (TEV). Con i soli estrogeni (Premarin® 0,625 mg), il rischio di TVP aumentava solo leggermente.

Dati recenti suggeriscono che, per quanto riguarda la terapia ormonale e i disturbi della coagulazione, il rischio è maggiore nei primi 3 mesi di terapia, ma poi diminuisce. Alcuni dati indicano che la terapia ormonale transdermica e quella a basso dosaggio non aumentano rischio trombotico.

Conoscere il proprio rischio. Tutte le donne devono conoscere il proprio rischio personale di TEV prima di prendere in considerazione la TOS:

- Età (il rischio aumenta con l'età)
- Peso (l'obesità e il sovrappeso contribuiscono ad aumentare il rischio)
- Precedenti casi di TEV
- Storia familiare
- Fumo
- Gravidanza
- Immobilità (dovuta a interventi chirurgici importanti, in particolare alle ossa e alle articolazioni, all'addome o alla pelvi, o a una frattura)
- Malattia
- Ferite o traumi
- Uso di contraccettivi orali o TOS



Puoi anche considerare di ridurre il rischio di TEV utilizzando le seguenti strategie:

- Utilizzare una terapia ormonale a bassa dose
- Utilizzare una forma transdermica (“cerotto o gel sulla pelle”) di TOS
- Interrompere le abitudini a rischio, come il fumo
- Mantenere uno stile di vita attivo e controllare il peso
- Se avete una forte storia familiare di TEV o ictus, chiedete al vostro medico se siete candidate a test speciali per i rischi ereditari di trombofilia (cioè una predisposizione a formare coaguli nel sangue).

MESSAGGIO
FINALE:

Se avete intenzione di iniziare la terapia ormonale sostitutiva, valutate il vostro rischio di sviluppare una TEV e parlatene con il vostro curante.

A Questa Età, Sono a Maggior Rischio Di Cancro Colon-Rettale (CRC)?

La menopausa non aumenta il rischio di CRC, ma l'invecchiamento sì. Infatti, il 93% dei casi di CRC si verifica in persone di età superiore ai 50 anni. Sebbene non sia così noto come il cancro al seno o alle ovaie, il CRC è il terzo tumore più comune e colpisce sia uomini che donne. Lo screening per questo tumore dovrebbe essere offerto a tutti gli adulti tra i 50 e i 74 anni.

È bene parlare con il proprio medico del rischio personale di sviluppare il CRC.

Lo studio WHI ha dimostrato che l'assunzione della TOS può avere dei benefici: nel gruppo di trattamento che assumeva estrogeni/progestinici sono stati osservati 45 casi di cancro al colon, mentre nel gruppo placebo (pazienti che assumevano la pillola “vuota”) sono stati osservati 67 casi di cancro al colon dopo un periodo di 7 anni.



Gli Ormoni Bioidentici Sono “Naturali” E Più Sicuri Delle Terapie Ormonali Standard ?

Il termine “ormone bioidentico” si riferisce solitamente a estrogeni e progesterone chimicamente simili a quelli prodotti dal nostro corpo. Si tratta di ormoni di origine vegetali (soia e yam) che vengono modificati chimicamente per essere simili agli ormoni prodotti dal nostro corpo.

La terapia ormonale con composizione personalizzata si riferisce a una “ricetta” ormonale preparata da un farmacista galenico su prescrizione medica. Il problema della terapia ormonale personalizzata sta nella sua produzione. La produzione infatti non è regolamentata e non esistono standard uniformi per la produzione di questi prodotti composti.

Se le terapie ormonali composte su misura sono identiche agli ormoni presenti nel mio corpo, non sono sicure e più efficaci?

Non esistono prove scientifiche a sostegno delle affermazioni dei produttori secondo cui le terapie ormonali composte su misura sono efficaci o sicure, perché non sono state sottoposte a un rigoroso processo di sperimentazione.

MESSAGGIO
FINALE:

Come per le terapie complementari o i rimedi naturali, è bene prestare attenzione nell’acquisto, in particolare se decidete di usare un trattamento che non dispone di solide informazioni sulla sicurezza e sui dosaggi. Parlate con il vostro medico delle opzioni a vostra disposizione per capire se sono adatte a voi.



Le Terapie Complementari (O “Alternative”) Sono Efficaci Per Gestire La Menopausa?

Il pensiero di trattare la menopausa in modo “naturale” con rimedi a base di erbe è attraente per molte donne. Forse perché molte associano il concetto di naturale a innocuo. Purtroppo, i prodotti naturali non sono sempre sicuri e, per di più, non sono necessariamente così efficaci come pubblicizzato, quando si tratta di alleviare i sintomi della menopausa.

Rimedi per le vampate di calore.

È stato dimostrato che molti dei rimedi erboristici attualmente in commercio hanno un'efficacia limitata nell'alleviare le vampate di calore. In una recente revisione è stato sottolineato che, sebbene singoli studi possano suggerire benefici da alcune terapie, non ci sono abbastanza prove conclusive per dimostrare che le terapie complementari e alternative siano veramente efficaci nella gestione dei sintomi della menopausa. Inoltre, senza dati di sicurezza ed efficacia a lungo termine, non possiamo essere sicuri che non ci siano danni. Gli effetti collaterali e le interazioni farmacologiche non sono ben noti, ma si verificano.

La terapia ormonale rimane il miglior trattamento per le vampate di calore.

Anche in questo caso, quando si tratta di acquistare rimedi naturali è bene che il compratore stia attento. È meglio diffidare di qualsiasi prodotto a base di erbe che prometta di alleviare efficacemente i sintomi della menopausa.

MESSAGGIO
FINALE: