



## *Notizie al femminile*

di **Monica Faganello**, farmacista

Uomini e donne rispondono ai farmaci in maniera differente, hanno un sistema immunitario che non reagisce nel medesimo modo agli stimoli esterni e sono soggetti in misura diversa all'insorgenza di determinate patologie.

La medicina di genere, prima ancora di essere una scienza, è quindi una forma di sensibilità che si contrappone a una ricerca scientifica da sempre abituata a pensare alla donna come a un "piccolo uomo".

Questa rubrica si propone di fornire le notizie più importanti riguardanti la salute e il benessere femminile; si farà riferimento ai temi trattati nelle più recenti conferenze stampa, alle iniziative di genere, alle campagne medico-informative, alle nuove ricerche, ai farmaci, ai trattamenti e ai centri di elezione per la cura delle patologie femminili.

## APRILE: MESE PER L'OSTEOPOROSI

**Nel mese di aprile 2013 O.N.Da, l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, promuoverà un'iniziativa di prevenzione dell'osteoporosi dal nome "Il mese per la salute delle ossa". Il progetto, che coinvolgerà il network Bollini rosa, consentirà l'erogazione di servizi gratuiti quali visite specialistiche, esami strumentali, incontri aperti alla popolazione e altre attività.**

La salute delle ossa è un bene prezioso e necessario per vivere appieno la propria esistenza, prevenire le patologie scheletriche cronico-degenerative come artrosi e osteoporosi e mantenere una buona qualità di vita, preservando la propria autonomia. L'osteoporosi è la più diffusa patologia a carico del sistema osteo-articolare, caratterizzata dalla progressiva diminuzione della massa scheletrica. Ciò causa un aumento della fragilità dell'osso con conseguente maggior rischio di fratture che si verificano soprattutto a carico di vertebre, femore e polso. L'osteoporosi è una malattia silenziosa e asintomatica, che colpisce il 33 per cento delle donne tra i sessanta e i settanta anni di età e il 66 per cento quelle sopra gli ottanta anni.

Uno scheletro forte e sano si costruisce fin dalla prima infanzia e si mantengono nel tempo adottando quotidianamente corrette abitudini di vita, basate su poche semplici regole quotidiane. In particolare è necessario:

1) Un regime alimentare sano, equilibrato, vario e bilanciato cui affiancare una dieta ricca di calcio e vitamina D. Oltre al latte e ai suoi derivati, alimenti particolarmente ricchi di questo minerale sono i legumi, gli ortaggi a foglia larga (carciofi, cardi, cavolo cappuccio verde, cicoria, indivia, radicchio verde, spinaci) e alcuni pesci (sardine, alici, sgombri), mandorle, noci, pistacchi e fichi secchi. La vitamina D è prodotta dal nostro organismo a livello cutaneo attraverso l'esposizione alla luce solare: è sufficiente restare all'aria aperta un'ora al giorno con almeno mani e viso scoperti, per avere a disposizione le quantità di cui l'organismo ha bisogno. Poche sono le fonti alimentari di questa vitamina, in particolare pesci grassi come sgombero, sardina, salmone, aringa e, in minor misura, fegato e uovo. Le donne devono incrementare l'assunzione di calcio e vitamina D in particolari periodi della loro vita come in gravidanza e durante l'allattamento, in perimenopausa e menopausa poiché la caduta degli estrogeni comporta perdite accelerate di calcio e riduzione della massa ossea, aumentando il rischio di osteoporosi.

2) Essere "fisicamente attivi" praticando attività fisica regolare che favorisce il rinnovo del metabolismo osseo e riduce il rischio di fragilità.

3) evitate di fumare e limitate il consumo di bevande alcoliche poiché limitano l'assorbimento di calcio. Moderare anche l'assunzione di caffeina e sale, che, se in eccesso, favoriscono la perdita di calcio con le urine. Attenzione: anche una dieta eccessivamente ricca di proteine e fibre espone al rischio di perdite di calcio.

Per tutti questi motivi la prevenzione dell'osteoporosi tramite una diagnosi precoce permette di adottare le misure terapeutiche necessarie per impedire il verificarsi di fratture da fragilità.

Per informazioni sull'iniziativa "Il mese per la salute delle ossa" basta visitare il sito [www.bollinirosa.it](http://www.bollinirosa.it) o chiamare il numero verde 800 58 86 86 attivo dal 1 marzo 2013 dal lun. al ven. dalle 9:00 alle 18:00.

## AIDS: CURATA LA PRIMA NEONATA DA MADRE SIEROPOSITIVA

Un gruppo di scienziati statunitensi sarebbe riuscito a curare una bambina nata sieropositiva somministrandole una terapia antiretrovirale entro le prime trenta ore di vita. La notizia ha fatto il giro del mondo poiché il risultato ottenuto, con totale remissione dell'infezione HIV, non aveva precedenti storici.

La ricerca potrebbe avere un'enorme portata considerando che, a oggi, sono trentaquattro milioni i sieropositivi che convivono con l'AIDS nel mondo e che, se fosse confermato questo risultato, potrebbe significare l'eliminazione dell'infezione in tutti i neonati da madri sieropositive.

I test effettuati hanno dimostrato che la presenza virale nel sangue della piccola paziente è diminuita progressivamente fino a risultare non più rilevabile dopo ventinove giorni dalla nascita. La terapia è stata portata avanti fino ai diciotto mesi di età, e dopo dieci mesi dalla sua sospensione, il virus continua a non essere rilevabile con i test standard né la bambina presenta gli anticorpi all'HIV che di solito segnano la presenza del virus nell'organismo. "Questo risultato suggerisce non solo che è possibile far guarire questi bambini, ma anche che è possibile ottenere una remissione completa a lungo termine: questa bambina sembrerebbe aver evitato la terapia a vita che tutti gli altri sieropositivi devono seguire", ha spiegato Deborah Persaud, autrice principale dello studio. "In altre parole pensiamo di aver trovato una 'cura funzionale' alla malattia, in altre parole un metodo che non elimina del tutto il virus, che seppure non visibile con i test normali può essere rilevato con strumenti ultrasensibili, ma che permetta di mantenere i risultati per tutta la vita, senza bisogno di continuare la terapia". Gli scienziati sostengono che sia stato proprio l'inizio tempestivo di questo trattamento a salvare la bimba, poiché questo avrebbe evitato la formazione di "riserve" di virus più resistenti e difficili da eliminare, come le cellule infette dormienti che reinnescono l'infezione nei pazienti adulti che smettono di assumere i farmaci. "Nonostante dobbiamo ancora verificare che l'inizio tempestivo della terapia possa beneficiare tutti i neonati da madri sieropositive, pensiamo che nel frattempo questo debba essere consigliato a tutti i bambini a rischio, visti gli incredibili benefici che gli antiretrovirali hanno dimostrato", ha aggiunto Deborah Persaud. "La prevenzione per ora rimane la nostra migliore opzione di cura, e a oggi abbiamo gli strumenti per prevenire le infezioni da madre a figlio nel 98% dei casi". "La completa eradicazione del virus rimane il nostro obiettivo primario", ha concluso Katherine Luzuriaga, a capo di uno dei team di ricerca. "Tuttavia, questa rimane per ora lontana, e per questo le migliori chance che abbiamo arrivano proprio dall'uso di terapie antiretrovirali in maniera 'aggressiva', con la tempistica corretta sui pazienti a rischio".



## *Sessualità e maternità dopo un tumore*

di **Monica Faganello**, farmacista

Le pazienti oncologiche denunciano varie problematiche legate all'intimità sessuale ma spesso non riescono a parlarne con i medici. Fondamentale un approccio multidisciplinare e "rompere il silenzio" per garantire un ritrovato benessere e una completa guarigione.

**D**opo una diagnosi di tumore la donna si trova ad affrontare diverse problematiche che possono modificare la sua qualità di vita e spegnere nel tempo "quel desiderio di vita" necessario per un ritrovato benessere e per una guarigione.

In particolare, il tumore e le terapie di cui necessita possono impattare negativamente su tre aspetti della sessualità femminile: l'identità sessuale (composta di femminilità, maternità, erotismo, ruolo sociale), la funzione sessuale e la relazione di coppia. Solo un approccio multidisciplinare qualificato può aiutare le donne operate di tumore che lo desiderano a recuperare l'intimità di coppia e l'erotismo compromessi dalla malattia. Per fare questo è necessario rompere il silenzio attorno a un argomento, come quello della sessualità, ancora tabù tra i medici e gli operatori sanitari ai quali invece si richiede maggior apertura e disponibilità al dialogo in questo senso.

Se da un lato, oggi, nella crisi della sessualità dopo tumore viene data ampia importanza alle variabili psicologiche e relazionali, dall'altro il ruolo dei fattori biologici è ancora troppo sottovalutato e sottostimato. È importante invece conoscere cosa accade biologicamente nella donna che si trova ad affrontare una diagnosi di tumore per aiutarla non solo a trovare le risposte in termini oncologici ma anche in termini di ritrovato piacere fisico nella propria intimità di coppia.

## IDENTITÀ SESSUALE

**La gravità dell'impatto di un tumore sull'identità sessuale della donna dipende da numerose variabili:**

- **il tipo di tumore** (correlato a diagnosi istologica, grado di malignità, profilo genetico-molecolare);
- **la sede e le dimensioni del tumore.** Nel caso di tumore al seno, per esempio, una mastectomia può determinare importanti conseguenze sull'immagine corporea e sull'autostima;
- **l'età al momento della diagnosi.** Basti considerare che il 25% delle donne colpite da cancro al seno non è ancora in menopausa al momento della diagnosi e che molte si trovano ad affrontare la malattia mentre sono alla ricerca di una relazione stabile, oppure del primo figlio o hanno figli piccolissimi. La difficoltà derivante dalla diagnosi di tumore s'inserisce quindi in vissuto molto impegnativo e può aprire una serie di domande che vanno oltre la sopravvivenza personale.
- **lo stadio della malattia e gli effetti collaterali di chirurgia, chemioterapia e radioterapia:** tanto più aggressivo è il tumore con necessità di chirurgia estesa e chemioterapia sistemica con rischio di menopausa precoce, tanto maggiore sarà l'impatto.
- **la presenza di esiti neurologici permanenti di tipo motorio, sensoriale, linguistico ed emozionale** (nel caso di tumori cerebrali);
- **l'epilessia conseguente a tumori cerebrali maligni e benigni;**
- **la menopausa precoce** iatrogena con i problemi d'infertilità e quelli correlati a possibili gravidanze future;
- **le conseguenze della carenza estrogenica e androgenica,** con le sue ripercussioni sul cervello, sugli organi di senso, sulle articolazioni, sull'osso, sull'apparato gastrointestinale, sull'apparato genitale e sul pavimento pelvico, nonché sul livello d'infiammazione generale con tutte le sindromi algiche e depressive correlate.

**P**er quanto riguarda la maternità e il desiderio di diventare mamma o ritornare a esserlo dopo un problema oncologico, se la diagnosi è favorevole, i deficit residui limitati o assenti e le problematiche della sessualità personale affrontate e risolte, gli eventuali impedimenti sono limitati a due casi. Il primo riguarda le possibili conseguenze di localizzazioni tumorali particolari (ad esempio adenomi ipofisari voluminosi) che causando amenorrea persistente, richiedono sostituzione ormonale ed eventuale procreazione medicalmente assistita (PMA). Il secondo caso è legato alle conseguenze della chemioterapia sistemica che può dare esaurimento ovarico prematuro e infertilità permanente. I danni ovarici da chemioterapia possono essere però superati attraverso un approccio multidisciplinare in grado di garantire una collaborazione tra l'oncologo e il medico di medicina riproduttiva. Da alcuni anni, infatti, è possibile conservare il patrimonio ovarico della donna fertile attraverso la crioconservazione (ibernazione in azoto liquido) degli ovociti o di pezzi di tessuto ovarico che potranno essere utilizzati dopo la fine delle terapie. La crioconservazione, che consiste in un



deposito cautelativo dei gameti, viene fatta dopo induzione ovocitaria farmacologica e successivo ricovero per prelievo dei gameti, e necessariamente prima dell'inizio della chemioterapia. È inoltre recente la sperimentazione di una tecnica italiana che permette di mettere "a riposo" le ovaie durante la chemioterapia così da preservarle dall'attacco dei farmaci. La crioconservazione è coperta dal Sistema Sanitario nazionale ma purtroppo è ancora poco sponsorizzata dagli oncologi e poco conosciuta tra i pazienti anche perché le strutture che la attuano sono ancora poche in Italia.

## FUNZIONE SESSUALE

**Le donne colpite da una malattia oncologica lamentano vari tipi di sintomi a discapito della funzionalità sessuale. In particolare il calo di desiderio, la diminuita lubrificazione, la difficoltà o l'impossibilità all'orgasmo e la conseguente insoddisfazione fisica sessuale.**

La caduta del desiderio è un sintomo comune e molto ricorrente le cui cause sono legate sia a una componente psicologica sia a una potente componente biologica.

Il calo del desiderio sessuale dipende:

- dalla depressione spesso derivante dal dover affrontare esperienze molto faticose e stressanti come l'intervento chirurgico, la chemio e la radioterapia. La depressione può aggravarsi se la paziente è sola, con difficoltà economiche o quando vive relazioni conflittuali o deludenti. Da un punto di vista biologico la depressione è anche scatenata dall'incremento di molecole infiammatorie associato al tumore e agli effetti di chemio e radioterapia;
- dalla ferita sull'immagine di sé derivante dall'intervento chirurgico. La donna si sente meno donna, meno bella e meno desiderabile in una misura che varia in rapporto alla gravità dell'intervento (conservativo o radicale nel caso di tumore al seno), alla qualità delle cicatrici e degli interventi ricostruttivi, alle eventuali complicanze e recidive, al risultato cosmetico finale (nel caso di mastectomia o nelle forme di tumore cerebrale che colpiscono il nervo facciale), e all'impatto su cute (discromie, xerosi), mucose e capelli di eventuali chemioterapie.
- dalla perdita di ormoni femminili per menopausa spontanea o iatrogena. La carenza di estrogeni e la riduzione degli androgeni colpiscono le basi neurobiologiche del desiderio, dell'eccitazione mentale e fisica. Una donna su due lamenta l'impoverimento della propria sessualità fisica con un andamento che peggiora nel tempo. Terapie con tamoxifene o inibitori delle aromatasi possono avere un ulteriore effetto peggiorativo sul fronte sessuale sia per l'effetto diretto sulla funzione sessuale a livello centrale e genitale sia per il peggioramento dei sintomi menopausali;
- dalla comparsa del linfedema e di progressive limitazioni funzionali correlate al braccio omolaterale all'intervento, nel caso di tumore alla mammella;
- dalla presenza e gravità di sintomi menopausali quali le vampate, l'insonnia, le tachicardie notturne, le artralgie, che costituiscono ulteriore fattore di stress biologico, oltre che emotivo, e che si sommano ai sintomi sessuali e neuropsichici.

Un altro importante sintomo che impatta sulla funzionalità sessuale è la difficoltà di lubrificazione con secchezza vaginale intensa e conseguente dolore ai rapporti (dispa-

reunia) fino a renderli impossibili. Nella donna con diagnosi di tumore questo disagio può essere dovuto al danno che la radioterapia pelvica è in grado di causare ai vasi che circondano la vagina, riducendo la qualità della congestione vascolare in corso di eccitazione genitale; oppure alla scomparsa o quasi della produzione ovarica, causata dalla chemio e dalla radioterapia, non solo di estrogeni ma anche di testosterone che, oltre ad aiutare il desiderio, aiuta anche l'eccitazione genitale. La difficile lubrificazione può nel tempo peggiorare e associarsi a prurito, bruciore e irritazione fino a determinare la comparsa o il peggioramento di cistiti post-coitali, causate dal trauma meccanico vescicale in condizioni di secchezza vaginale, dispareunia e contrazione difensiva del muscolo elevatore dell'ano.

Il risultato dell'insieme di questi sintomi negativi che comprendono il dolore alla penetrazione, la mancata lubrificazione vaginale e il calo del desiderio sessuale è una difficoltà o impossibilità all'orgasmo. La dispareunia e le difficoltà orgasmiche sono più marcate nei tumori ginecologici, specie della cervice uterina, soprattutto se è stato necessario estendere la radicalità vaginale e/o se la radioterapia sulla cupola non è stata associata a trattamento riabilitativo precoce per mantenere la migliore abitabilità vaginale.

## **COSA FARE**

**Che cosa fare per evitare queste problematiche e migliorare la propria sessualità dopo una diagnosi di tumore?**

**P**rima di tutto è necessario ridurre i sintomi legati alla menopausa operando per vie diverse a seconda che si tratti di tumori ormonodipendenti o non ormonodipendenti.

In caso di tumori ormonodipendenti (mammari ma anche adenocarcinomi endometriali e ovarici), i sintomi menopausali possono essere in parte affrontati tramite l'assunzione di farmaci antidepressivi che inibiscono selettivamente la ricaptazione della serotonina, come la paroxetina. Tali farmaci sono in grado di ridurre significativamente le vampate, l'ansia e la depressione ma bisogna usarli alla dose minima efficace perché possono inibire anche l'orgasmo, oppure associarli al bupropione, farmaco che protegge la sessualità contribuendo, seppure moderatamente, a migliorare l'umore. Un farmaco che si è dimostrato utile per le vampate è anche il gabapentin, un antiepilettico da usare a dosi di 600-1500 mg al giorno. Alcuni oncologi consigliano i fitoestrogeni (estratti dalla soia o dal trifoglio rosso), che possono essere assunti in forma d'integratori alimentari, anche se non esiste consenso in materia. I fitoestrogeni sono sostanze naturali, estratte dalle piante, simili agli estrogeni ma con potenza biologica 1000-10000 volte inferiore. Presentano inoltre un'azione simile al tamoxifene interagendo preferibilmente con i recettori estrogenici di tipo beta che mediano l'azione antiproliferativa degli estrogeni.

In caso di tumori non ormonodipendenti (ematologici in primis) la terapia ormonale sostitutiva, inclusiva del testosterone, se indicato, è indispensabile per curare i sintomi in modo etiologicamente mirato e ricreare le condizioni biologiche per migliorare significativamente l'identità sessuale, la funzione sessuale e la relazione di coppia. Lo-



calmente si può attuare una terapia estrogenica in grado di mantenere lubrificazione e trofismo vaginale e vescicale, somministrando una compressina di estradiolo (ormone bio-identico all'estrogeno normalmente prodotto dall'ovaio) in vagina due, tre volte la settimana; rispetto a creme o ovuli vaginali a base di estrogeni ha il pregio di essere molto discreta e di non dar luogo a perdite vaginali. In poco tempo, continuando con la terapia ormonale sostitutiva personalizzata o con la pillola, questo piccolo aiuto locale normalizzerà la risposta fisica vaginale. Nel frattempo, in caso di rapporto, per evitare che la secchezza causi microabrasioni si può applicare localmente, due volte la settimana, un gel a base di aliamidi (palmitoiletanolmide), sostanze che prevengono l'infiammazione e la curano, se presente. Il gel, inoltre, è fortemente consigliato per tutte le donne che stanno facendo radioterapia pelvica o sulla cupola vaginale, per ridurre il danno da raggi sulla mucosa vaginale sana. Infine, se il dosaggio ormonale di testosterone risultasse basso, è possibile far preparare, su prescrizione medica, una pomata galenica in farmacia a base di testosterone propionato: applicata in piccolissima quantità sui genitali esterni, questa pomata migliora anche la risposta fisica clitoridea. Sia che si tratti di tumori ormonodipendenti sia non ormonodipendenti, vi sono altre strategie terapeutiche utili nella pratica quotidiana in grado di restituire alla donna il piacere di un'intimità sessuale. Tali strategie comprendono:

- l'assunzione di uno stile di vita sano, con particolare importanza alla pratica di un'attività fisica regolare; nel caso di vampate è poi necessario abolire l'assunzione di alcol e limitare al massimo il consumo di bevande a base di caffeina;
- il biofeedback pelvico, ossia una ginnastica attiva di contrazione e di rilasciamento. Tali esercizi, finalizzati a rilassare il muscolo che circonda la vagina -la cui contrazione provoca dolore- associati a stretching pelvico e automassaggi che la donna può fare da sola con olio d'iperico o gel di aliamidi, risultano utili in caso di dispareunia;
- interventi psicoterapeutici strutturati in grado di offrire un supporto psicosessuale a entrambi i partner (anche l'uomo che vuole aiutare la propria compagna in questo difficile passaggio esistenziale ha bisogno di informazioni, di ascolto, di risposte ai suoi dubbi, alle sue paure, alle sue difficoltà) con suggerimenti pratici in grado di aiutare la coppia a superare questa difficile prova mantenendo una soddisfacente intimità fisica.

## CONCLUSIONI

Sulla base degli argomenti affrontati, per aiutare concretamente le donne colpite da una diagnosi di tumore nel recupero della loro intimità e del loro erotismo è fondamentale un approccio multidisciplinare qualificato associato a una maggiore disponibilità e apertura dei medici a parlare di sessualità con le loro pazienti. Secondo una ricerca italiana solo il 15% delle donne operate al seno riesce a parlare dei problemi sessuali con il proprio medico o con lo psicologo del centro oncologico, mentre il 62% ne parla apertamente con il partner; il problema della sessualità quindi esiste ma le donne denunciano una chiusura da parte del personale sanitario.

E' necessario quindi che tutti gli operatori sanitari (medici, psicoterapeuti, fisioterapisti, farmacisti) superino il tabù legato all'argomento sessualità e intimità e aiutino le pazienti oncologiche a trovare risposte al loro "desiderio di vita", inteso anche come ritrovato piacere fisico nella relazione d'amore.