

Terapia Ormonale Sostitutiva

Dieci buone ragioni per essere felici della terapia ormonale

Commento a 'Ten reasons to be happy about hormone replacement therapy: a guide for patients' (1)

"Dieci ragioni per essere felici con la terapia ormonale: una guida per le pazienti". Questo il titolo dell'editoriale uscito su Menopause International, firmato da John Studd, ginecologo londinese da decenni convinto sostenitore della terapia ormonale sostitutiva e figura di spicco della ginecologia internazionale. Perché essere felici? Perché non c'è paragone tra la qualità di salute, di vita e di benessere che si godono le donne con una terapia ormonale ben scelta e personalizzata (Box 1), rispetto a quelle con invecchiamento "naturale". Eppure, in Italia, solo il 3% delle donne in post-menopausa è attualmente in terapia ormonale sostitutiva, per la grande fuga che medici e donne hanno fatto da queste terapie. I medici, perché frenati sia dalle possibili implicazioni medico-legali sia dal dispendio di tempo ed energie che la terapia ormonale comporta, nella personalizzazione e nel monitoraggio. Le donne perché terrorizzate dal possibile rischio oncogeno sulla mammella.

“Una guida per le pazienti”

da www.theramex.it



Suddivisione calendario per area geografica (Italia/Esteri)

BOX 1. Per personalizzare la terapia, bisogna scegliere bene tra:

- **tipo di estrogeni** (estradiolo, estriolo, promestriene, estrogeni naturali coniugati);
- **tipo di progestinici** (a seconda della derivazione dal 17-OH-progesterone; dal 19-nor-testosterone; dal 17-alfa-spironolattone) e **loro attività biologica**;
- **tipo di androgeni** (testosterone o deidroepiandrosterone (DHEA, quest'ultimo non da tutti considerato TOS), nella versione DHEA solfato o enantato);
- **via di somministrazione** (orale, transdermica, vaginale, nasale, intramuscolare, sottocutanea, quest'ultima raramente usata in Italia);
- **dosaggi**;
- **tipo di somministrazione** (solo estrogeni, sistemici o vaginali; estrogeni e progestinici in combinata sequenziale; estrogeni e progestinici in combinata continua; estrogeni e testosterone; estrogeni e deidroepiandrosterone enantato).



“
Le donne con
una terapia
ormonale
ben fatta hanno
una salute e
una qualità di
vita migliori
”

Eppure non c'è dubbio: le donne con una terapia ormonale ben fatta hanno una salute complessiva e una qualità di vita incomparabilmente migliori. Ben lo sanno i pochi medici che ancora prescrivono queste terapie, anche in Italia usate più dalle ginecologhe che dalle pazienti. Con un trend confermato anche tra le ginecologhe del Nord Europa (che la assumono in oltre l'80% dei casi). En passant, l'82% delle mie pazienti in post-menopausa è in terapia ormonale sostitutiva, e ben oltre i 5 anni, con grande soddisfazione personale, del partner e della famiglia. Perché una donna in salute, soddisfatta, energica, propositiva, e ancora sessualmente vivace, è una presenza che irradia positività e piacere di vivere anche verso gli altri.

Perché non rileggere insieme queste dieci felici ragioni, nella sequenza proposta da John Studd (1), sulle quali è sostanzioso il consenso internazionale dei medici più preparati e aggiornati, per condividerle con le nostre pazienti? In corsivo, aggiungo i commenti personali. Ecco.

1. Stop a vampate e sudorazioni. Con la terapia estrogenica, fine delle vampate, delle sudorazioni notturne e dell'insonnia che divora energia vitale e lascia la donna stanca ed esausta al mattino. Se la donna ha l'utero, è necessario aggiungere un progestinico per prevenire l'iperplasia dell'endometrio.

- *Torna il sonno ristoratore, custode della grande salute fisica e psichica, dell'umore, della memoria, della nostra stessa identità.*
- *Ormai l'evidenza è solida: avere vampate non significa solo "aver caldo". La vampata è un semaforo rosso che si accende sulla salute del cervello: le donne che hanno vampate intense e frequenti hanno un rischio significativamente più elevato di depressione (2), di deterioramento cognitivo (3) e di parkinsonismo (4).*
- *Rischio più elevato nelle donne che abbiano avuto una menopausa precoce, senza fare terapia ormonale sostitutiva, come hanno ben dimostrato i dati di Rocca e collaboratori, della Mayo Clinic (3).*

“
Stop alle
secchezze
vaginali
”

2. Fine della secchezza genitale, del dolore ai rapporti, con estrogeni in minima quantità, anche solo in somministrazione vaginale. La terapia transdermica estrogenica è probabilmente la migliore in assoluto, sostiene Studd (1), perché efficace e perché più sicura, in quanto non vengono stimolati i fattori epatici della coagulazione (Box 2).

- *Con gli estrogeni, anche solo vaginali, migliorano il trofismo della mucosa vaginale e la qualità della vascolarizzazione sottomucosa, prerequisito per un'adeguata lubrificazione: questo consente una cura etiologica (e non solo sintomatica, come fanno i vari gel lubrificanti) per la secchezza vaginale e la dispareunia, ad essa associate) (5).*
- *Ritorna l'ecosistema fisiologico, con i lattobacilli, i migliori alleati della salute vaginale.*
- *È netta la riduzione delle vaginiti atrofiche, e delle vaginiti da saprofitti patogeni di provenienza intestinale, da Escherichia Coli, Enterococcus faecalis e così via.*
- *L'effetto protettivo è particolarmente efficace sulle cistiti ricorrenti, specie postcoitali, che compaiono 24-72 ore dopo il rapporto, devastando la vita intima della donna e della coppia.*

BOX 2. I vantaggi della via transdermica

Gli estrogeni somministrati per via non-orale hanno il vantaggio di **evitare il primo passaggio epatico** con netta differenza del profilo di rischio e dei benefici che si possono ottenere con diverse vie di somministrazione. In particolare, **la via transdermica**:

- **minimizza la sintesi epatica di fattori della coagulazione e altre proteine;** riduce i livelli plasmatici di trigliceridi e di più larghe particelle LDL, preservando l'effetto antiossidante degli estrogeni.
- **riduce la sintesi di biomarkers plasmatici implicati nella coagulazione** (fattore VII, fibrinogeno e attivatore del plasminogeno);
- **riduce di conseguenza al minimo il rischio di tromboembolia venosa (VTE), sia essa trombosi venosa profonda (DVT) e tromboembolismo polmonare (PE).** Questo rischio è di circa 1 per 1000 persone per anno nelle donne in postmenopausa, contribuendo a circa un terzo di tutti gli eventi CV potenzialmente fatali.
- Gli estrogeni transdermici non aumentano il rischio di VTE nemmeno nelle donne obese, come dimostrato dallo studio ESTHER, che ha invece ben confermato l'aumento di rischio trombotico specificamente associato alla sola obesità.
- **migliora l'impatto cardiovascolare, con effetto benefico anche sulla pressione arteriosa.** La tendenza all'ipertensione varia dal 35% delle donne che iniziano la menopausa al 75% delle donne oltre i 75 anni. La **vulnerabilità all'ipertensione** è in parte legata all'**età**, in parte alla **carenza estrogenica**, che sua volta riduce la **funzione** vasomotoria endoteliale.

Ecco perché una terapia **estrogenica transdermica**, iniziata subito dopo la menopausa, può **ridurre il rischio tromboembolico e modulare la tendenza all'ipertensione** legata all'età e contrastare l'ulteriore incremento dovuto ad una menopausa non trattata.

Se poi l'**estrogeno** è combinato con un **progestinico dall'eccellente profilo sul fronte coagulativo, come il levonorgestrel**, ecco il **binomio** più affidabile per ridurre i sintomi menopausali e ridare alla donna l'equilibrio ormonale di cui ha bisogno.

- *Non ultimo, con la terapia topica c'è il miglioramento dei sintomi di urgenza minzionale (urgenza, frequenza, nicturia) con iniziale incontinenza da urgenza (6).*

3. Ossa più solide, con la terapia ormonale: tutti gli studi concordano nel riconoscere agli **estrogeni** il ruolo di primo attore nel mantenere un bilancio osseo ottimale. Sono molto **sicuri**, specie se **iniziali prima dei 60 anni**. E sono ben più efficaci dei bifosfonati, che, dice Studd (1), dato il costo e le considerevoli complicanze a lungo termine, non dovrebbero essere usati prima dei 60 anni. Il beneficio osseo, per le donne che iniziano la terapia come cura per le vampe, porta ad un **incremento della densità**

“Ossa più solide con la terapia ormonale”



www.theramex.it
da non perdere
la sezione
GIURISPRUDENZA
COMMENTATA

Focus On

"MEDILEX in ginecologia"
Giurisprudenza Medica Commentata

NEW! Domande e risposte a cura di Mirella Cicciò e Sandro Raimondi Scarica il pdf *

ossea fino al 15% in 10 anni: e questo porta a **ridurre le fratture osteoporotiche** fino a vent'anni dopo. Nelle **donne giovani, con osteopenia od osteoporosi**, dovuta a menopausa precoce, annessiectomia o anoresia con amenorrea persistente, il **trattamento estrogenico** deve essere considerato a **lungo termine**, raccomanda Studd (1).

- **Gli estrogeni sono anche i primi amici dei denti: la salute dell'osso alveolare, su cui i denti sono letteralmente "piantati", correla con osteopenia ed osteoporosi.** Ed è ben difficile che un impianto dentale tenga su un osso osteopenico, o peggio, osteoporotico. Curare la salute dell'osso significa anche poter mantenere una **migliore salute dei denti**: un aspetto da sottolineare con le nostre pazienti, data l'importanza funzionale, estetica e, non ultimo, economica, che avere una bocca con denti sani comporta.
- **In caso di osteoporosi conclamata, il primo obiettivo è evitare le fratture:** mediante rallentamento o blocco della perdita ossea, mantenimento della forza dell'osso e minimizzando o eliminando i fattori che contribuiscono alle cadute; per la terapia farmacologica sono indicati i bifosfonati, i SERM, estrogeni e calcitonina (6).
- Pochi lo considerano, ma gli **estrogeni sono i primi alleati della salute articolare**. L'artrosi, processo infiammatorio e degenerativo delle articolazioni, **triplica nelle donne in postmenopausa**, rispetto ai maschi.
- Con la sua coorte di **dolori articolari - presenti fino al 70% delle donne in postmenopausa non curata-, limitazione funzionale e deformazione articolare**, l'artrosi è uno dei fattori che più impoverisce la qualità della vita, l'autonomia e la gioia di vivere dopo la menopausa.
- Le donne più colpite, con **familiarità per l'artrosi delle piccole articolazioni**, hanno un **polimorfismo del recettore estrogenico** che **aumenta la vulnerabilità articolare alla carenza estrogenica**.
- In positivo, la terapia ormonale sostitutiva, iniziata subito dopo la menopausa, **riduce la progressione del processo artrosico fino al 60%**, con parallela riduzione del dolore articolare, della limitazione funzionale, degli altri sintomi e segni (quali il gonfiore e la deformazione articolare) e mantenimento di migliore competenza motoria.
- In più gli **ormoni costano molto meno** di qualsiasi altra terapia non ormonale per l'osso o la salute articolare. E danno un beneficio generale e non solo organo-specifico.

“
Efficacia degli estrogeni per mantenere l'elasticità ottimale della colonna e ridurre i rischi di fratture vertebrali
”

4. Ormoni amici dei dischi intervertebrali e dell'integrità del collagene che li costituisce: molteplici studi hanno prodotto **dati conclusivi** sull'efficacia degli **estrogeni nel mantenere trofismo, spessore e idratazione dei dischi intervertebrali** che contribuiscono a circa un quarto della lunghezza della colonna vertebrale. Questo significa mantenere **l'elasticità ottimale della colonna, ridurre il rischio di fratture vertebrali** (che contribuiscono alla gibbosità della donna molto anziana con plurime microfratture e dolorosi collassi vertebrali) e conservare quei **tre-quattro centimetri di altezza che tutte le donne perdono nella menopausa naturale non curata**, proprio a causa dell'assottigliamento dei dischi per la perdita di collagene. Inoltre, sottolinea giustamente Studd, questa **capacità di protezione dei dischi intervertebrali, è sola ed esclusiva degli estrogeni**; nessun altro farmaco, né bifosfonati né altro, è in grado di darla.

- Questa motivazione, in un'epoca in cui le donne sono estremamente attente anche alla loro **estetica**, è fondamentale: **perché perdere 3-4 cm di altezza dopo la menopausa**, se si può evitarlo stando pure meglio?
- Inoltre, gli **estrogeni** hanno una potente **azione antalgica sul sistema osteoarticolare**, del tutto sottovalutata. Il **dolore** (anche articolare e osseo) è uno spaventoso **divoratore di energia vitale, depressogeno** (anche per l'ondata di molecole infiammatorie prodotte dal processo infiammatorio/degenerativo articolare che deprimono l'attività neuronale cerebrale, come ultimissimi studi suggeriscono) e un fattore che **inibisce il movimento**, grande sentinella di vita. Perché tutti parlano di qualità di vita e nessuno menziona l'effetto sostanzialmente antalgico degli estrogeni sulle articolazioni?

5. Con gli estrogeni, la riduzione delle malattie cardiovascolari e degli infarti è documentata da 30 anni di studi osservazionali: certo, se la **terapia è iniziata all'inizio della menopausa**, e non quindici anni dopo! La negatività dei dati del **WHI**, del 2002 è invece dovuta proprio **all'età sbagliata delle donne** in cui è stata iniziata la terapia ormonale, e al **dosaggio errato per quell'età**. La **ri-analisi** del dati del **WHI** ha poi confermato la **sicurezza e l'efficacia preventiva** della terapia ormonale nei confronti delle malattie **cardiovascolari** quando **iniziata prima dei 60 anni**. La **sicurezza**, evidenzia sempre il **WHI**, è massima nelle **donne isterectomizzate** che usano **solo estrogeni**. L'evidenza sostiene un buon ruolo **protettivo primario**, nella donna subito dopo la menopausa, **ma nega quest'effetto quando la malattia coronarica è già iniziata**. In altri termini, **gli estrogeni non funzionano in prevenzione secondaria**. Studi molteplici suggeriscono che il rischio di cancro mammario, di infarti e, forse, di ictus, è legato alla componente progestinica della terapia ormonale. Il suggerimento di Studd è quindi di **tenere basso il dosaggio progestinico**, o di inserire Mirena, così da avere amenorrea, proteggere l'endometrio per 5 anni, e limitare gli effetti sistemici dei progestinici.

- **La malattia cardiaca è il primo killer delle donne nell'era moderna**, indipendentemente da età, razza o etnia; la sua prevalenza aumenta dopo la menopausa (7). Le donne hanno compiti molteplici, più stress biologico e psichico, consumano un eccesso di grassi e carboidrati, fumano, non fanno esercizio fisico regolare e non hanno abbastanza tempo per il riposo. Questo aumenta il rischio di sovrappeso, dislipidemie, ipertensione arteriosa, ridotta tolleranza al glucosio e diabete. La percentuale di **morte coronarica, dopo infarto miocardico, è doppia nelle donne rispetto agli uomini**: sia subito dopo l'infarto, sia dopo rivascolarizzazione (by-pass) coronarico (7).
- La **carenza estrogenica menopausale** è anche associata **all'iperattività del sistema nervoso simpatico** (correlata alla complessa disgregazione ipotalamica) e **all'attivazione del sistema renina-angiotensina-aldosterone (RAAS)**. Insieme ad altri fattori quali **obesità e stress ossidativo** questi fattori contribuiscono alla crescente **tendenza all'ipertensione nella postmenopausa tardiva**.
- La **terapia transdermica riduce di circa il 30% la scarica basale nervosa simpatica**, e questo può tradursi in un ulteriore effetto benefico anche dal punto di vista pressorio.

www.theramex.it
trovi anche il bollettino
di ginecologia
endocrinologica



“Beneficio cardiovascolare degli estrogeni”



- Il massimo **beneficio cardiovascolare degli estrogeni** è ottenibile se la terapia è associata indissolubilmente ad **appropriati e costanti stili di vita** (8, 9). Non si può chiedere alla terapia ormonale di eliminare tutti i rischi derivanti da inattività fisica, sovrappeso, sindrome metabolica, diabete o ipertensione mal controllati, fumo e così via.
- **Normopeso, dieta sana, attività fisica aerobica quotidiana, regolari controlli medici e buon monitoraggio di eventuali patologie dismetaboliche** concomitanti, **esclusione del fumo**, sono essenziali perché gli estrogeni possano manifestare appieno il loro potenziale protettivo.
- L'aspetto **educazionale** è parte **integrale della consulenza in ginecologia, ad ogni età**, ma è ancora più importante quando si consideri la terapia ormonale nella donna in menopausa.

“
Gli estrogeni riducono la depressione in moltissime donne
”

6. Gli estrogeni riducono la depressione in moltissime donne. **Depressione** che presenta massima incidenza in età fertile ed è scatenata dalle **fluttuazioni degli estrogeni endogeni, quali si verificano nella sindrome premenstruale e in puerperio**, in donne geneticamente predisposte.

- **Dopo la menopausa la depressione è meno frequente ma molto più severa**, più resistente alle terapie farmacologiche e con tempi di miglioramento più lunghi (2).
- La **sinergia tra terapia ormonale e antidepressivi migliora significativamente l'efficacia di questi ultimi**, accelera la ripresa di un buon tono dell'umore, aiuta a mantenere il risultato nel tempo e riduce la dose di antidepressivi necessaria sia a ottenere l'effetto terapeutico, sia a mantenerlo nel tempo (10), come sanno gli psichiatri più aperti e competenti (11).
- Questa **sinergia migliora anche il profilo cognitivo**, significativamente colpito nelle pazienti depresse per molteplici ragioni, con effetto maggiore se gli ormoni sono iniziati presto.
- La **depressione migliora anche con basse dosi di androgeni**: nuove evidenze sottolineano anche il ruolo del **Deidroepiandrosterone solfato (DHEA-S, 10 o 25 mg al dì)** nel migliorare molti parametri di funzionamento cerebrale.

“
La terapia ormonale migliora il desiderio sessuale
”

7. La terapia ormonale migliora il desiderio sessuale, perché riduce i fattori frenanti, quali la secchezza vaginale la dispareunia. L'aggiunta di testosterone, ormone prodotto nel corpo della donna a dosaggi dieci volti superiori rispetto agli estrogeni (!) e di cui Studd è stato grande sostenitore per decenni, può ulteriormente **migliorare l'energia vitale, l'umore e la sessualità**.

- Con corpo e mente più sani e vitali, grazie agli ormoni amici, è favorito un atteggiamento più disponibile all'**erotismo**, dal punto di vista sia **biologico**, sia **motivazionale**. Il desiderio rinasce e può diventare appassionato, proprio da un punto di vista fisico, con gli stimoli giusti. Tuttavia, il testosterone sistemico, in cerotti o gel, aumenta l'intensità del desiderio ma non ne modifica la direzione: se una coppia è in crisi, il testosterone può aumentare l'aggressività, il desiderio in generale, ma non nei confronti del partner che non si ama più.

- **Il testosterone topico**, in preparazione galenica, (testosterone propionato all'1 o al 2% in vaselina filante o in lipogel di vitamina E), applicato quotidianamente sui genitali esterni in minima quantità, dopo 8-10 settimane **migliora la velocità di eccitazione e congestione genitale, l'intensità e il numero degli orgasmi e riduce il tempo tra l'inizio dell'eccitazione e l'orgasmo**. La terapia di mantenimento va personalizzata, mediamente con due-tre applicazioni alla settimana. Gli effetti collaterali sono legati alla qualità della preparazione e al dosaggio: localmente si possono verificare eritema, edema e congestione fastidiosa. Inoltre, poiché il testosterone anche topico è avidamente assorbito dai tessuti, se la dose è eccessiva possono comparire foruncoli, iniziiali irtsutismo e alopecia. Basta sospendere la terapia e riprenderla poi a dosi inferiori.

8. La terapia ormonale migliora la compattezza della pelle. La menopausa comporta una perdita di circa il 25% del collagene, sia a livello di cute e annessi cutanei, da cui risultano assottigliamento cutaneo, rughe, fragilità delle unghie, perdita di capelli sia della matrice ossea su cui si deposita il calcio, riduzione che contribuisce all'osteopenia, all'osteoporosi, all'assottigliamento dei dischi intervertebrali, come sopra descritto. Con la **terapia ormonale**, sottolinea Studd, si **migliora sia la struttura del corpo**, per l'eccellente effetto su osso e articolazioni, sia **l'aspetto fisico**, per l'evidente effetto cosmetico che una pelle migliore ha per il viso e per il corpo.

- *Gli ormoni stimolano i fibroblasti, che costruiscono collagene, elastina e mucopolisaccaridi, a lavorare al meglio. La produzione aumenta di circa il 30% rispetto alle donne di pari età che non fanno terapia ormonale*, con effetto migliore che con qualsiasi terapia cosmetica.
- *L'effetto ormonale è positivo anche per tutti gli altri organi di senso: olfatto, gusto, tatto, vista, udito, hanno un deterioramento rallentato nelle donne che fanno terapia ormonale rispetto ai controlli, purché la terapia sia iniziata subito dopo la menopausa e continuata a lungo.*

9. "I'm a nicer person to live with" per dirla proprio con le parole di Studd (1): con un corpo più sano, con meno dolori, senza vampate, con un umore migliore e una maggiore positività verso la vita, la donna diventa più piacevole: per sé, per il marito, per i figli.

- *"Mi riconosco, sono di nuovo io"; "Sono di nuovo in forma, al mio meglio": queste sono la frasi che danno la percezione globale di una terapia su misura, come un vestito. In cui non solo si prevengono e curano problemi di salute seri e serissimi, ma si lavora veramente per migliorare -a lungo - il benessere globale della donna. Fatto spesso confermato da mariti, compagni e figli, molto soddisfatti dell'effetto percepibile, obiettivo, di una terapia ormonale ben fatta.*

10. La terapia è sicura. Con un 1% complessivo di effetti collaterali, tra cui un minimo incremento del rischio di tumore al seno, resta una terapia preziosa. Tanto più che, sottolinea di nuovo Studd (1), quel meno **dell'1% di rischio al seno equivale al rischio indipendente di essere sovrappeso, di bere vino, di essere senza figli o di prendere statine**.

“
**Migliora
l'aspetto fisico**
”

“
**Mi riconosco
sono di nuovo io**
”

“
**Sono di nuovo
in forma
al mio meglio**
”

“
**La terapia
è sicura**
”



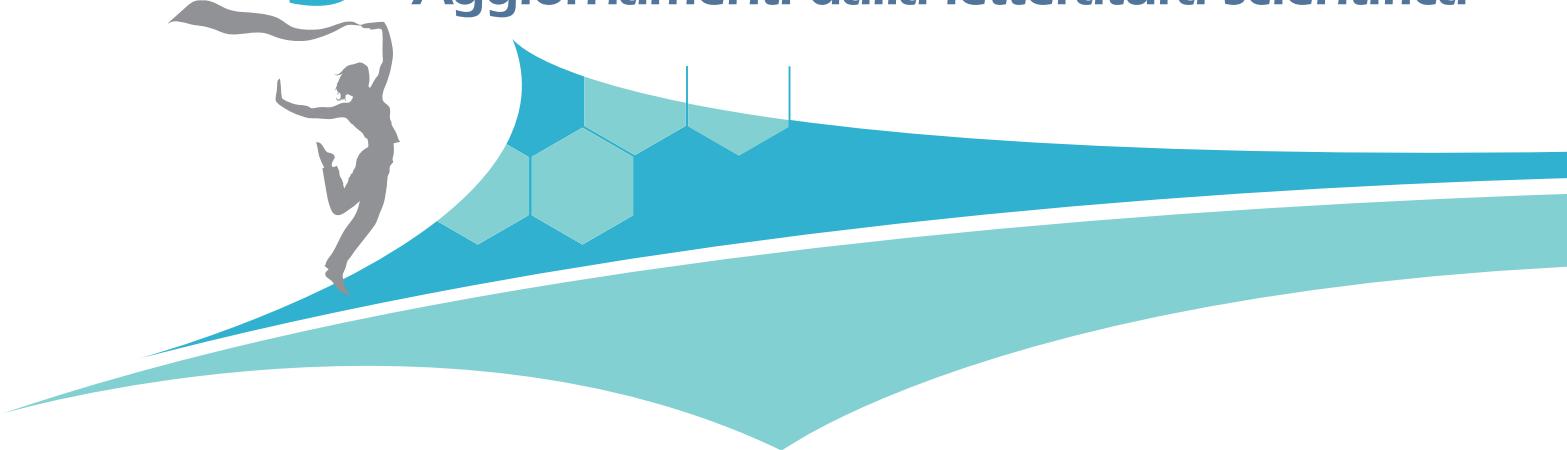
da www.theramex.it



- *Rischi ridotti, se la terapia è ben personalizzata con la giusta intelligenza clinica, e che vanno bilanciati con i netti vantaggi sul fronte dell'invecchiamento cerebrale, dell'osteoporosi, del rischio cardiovascolare, del miglioramento sessuale e della qualità di vita.*
- *Giusto per mettere il dato in prospettiva, anche l'aspirina ha un 1% di effetti collaterali, tra cui temibili emorragie cerebrali e gastrointestinali. Eppure resta un farmaco da banco...*
- ***In sintesi: L'equilibrio ormonale è condizione necessaria ma non sufficiente per restare in salute. Stili di vita sani sono essenziali per valorizzare i benefici della terapia ormonale minimizzandone i rischi:*** per questo è necessaria anche un'assunzione di responsabilità da parte della donna verso la propria salute. Per non incolpare poi gli ormoni di qualsiasi problema o malattia, dovuto a ben altri fattori, e non chiedere agli ormoni quello che non possono dare. Con questa felice combinazione, di terapia ormonale su misura e stili di vita sani, mantenendo in parallelo curiosità mentale verso la vita e gusto di imparare, ***allunghiamo l'aspettativa di salute,*** l'unica variabile che conti davvero per invecchiare con gioia, in dignità e in autonomia.

Bibliografia

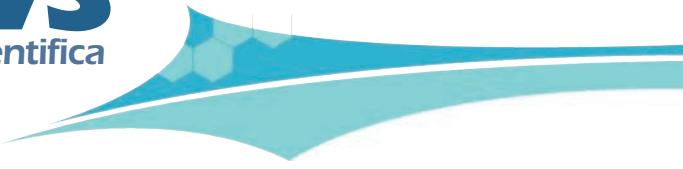
1. Studd J (2010) Ten reasons to be happy about hormone replacement therapy: a guide for patients. Menopause International 16:44-46
2. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB (2010) Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. Arch Gen Psychiatry 63(4):375-382
3. Rocca WA, Bower JH, Maragonore DM, Ahlskog JE, Grossardt BR, de Andrade M, Melton III LJ (2007) Increased risk of cognitive impairment or dementia in women who underwent oophorectomy before menopause. Neurology 69(11):1074-1083
4. Rocca WA, Bower JH, Maraganore DM, Ahlskog JE, Grossardt BR, de Andrade M, Melton LJ (2008) Increased risk of parkinsonism in women who underwent oophorectomy before menopause. Neurology 70(3):200-209
5. Graziottin A (2008) Dyspareunia and vaginismus: review of the literature and treatment. Current Sexual Health Reports 5(1):43-50
6. NAMS Position Statement (2010) Estrogen and Progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. Menopause 17(2):242-255
7. Solimene MC (2010) Coronary heart disease in women: a challenge for the 21st century. Clinics 65(1):99-106
8. Mosca L, Banka CL, Benjamin EJ, Benjamin EJ, Berra K, Bushnell C, Rowena JD, Ganiats TG et al (2007) Evidence based guidelines for cardiovascular prevention in women: 2007 update. J Am Coll Cardiol 49:1230-1250
9. Collins P, Rosano G, Casey C, Daly C, Gambacciani M, Hadji P, Kaaia R, Mikkola T, Palacios S, Preston R, Simon T, Stevenson J, Stramba-Badiale M (2007) Management of cardiovascular risk in the perimenopausal woman: a consensus statement of European cardiologist and gynecologist. Climacteric 10(6):508-526
10. Graziottin A, Serafini A (2009) Depression and menopause: why antidepressants are not enough? Menopause Int 15:76-81
11. Pae CU, Mandelli L, Kim TS, Han C, Masand PS, Marks DM, Patkar AA, Steffens DC, De Ronchi D, Serretti A (2009) Effectiveness of antidepressant treatments in pre-menopausal versus post-menopausal women: A pilot study on differential effects of sex hormones on antidepressant effects. Biomed Pharmacother 63(3):228-235 [Epub 2008 Apr 30]



Menopausa Contraccezione

Interazioni con il pianeta donna

- **Candida recidivante: un'emergenza in ginecologia**
- **Dieci buone ragioni per essere felici della terapia ormonale**



Sommario

Fascicolo 1-2011

Redazione articoli a cura di Alessandra Graziottin*

Candida recidivante: un'emergenza in ginecologia	1
Dieci buone ragioni per essere felici della terapia ormonale	15

* Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica - "San Raffaele Resnati", Milano

Direttore Scientifico:
Alessandra Graziottin

Vice Direttore Scientifico:
Rocco Gallicchio

Direttore Responsabile:
Anna Gallicchio

Prodotto derivato di
'Menopausa e Contracezione.
Interazioni con il pianeta donna

Registrazione del Tribunale di Milano
n. 17 del 11 gennaio 2000
ISSN: 1592-6389

©smm - scientific multimedia 2000-2011
www.smm-srl.it

Realizzazione Web:
smm srl - scientific multimedia
www.theramex.it/gyneconews
gyneconews@theramex.it

Stampato in Italia

Edizione riservata Theramex
per i Sig. Medici - Fuori Commercio

Finito di stampare nel mese
di Aprile 2011

Questa pubblicazione è stata realizzata
in collaborazione con

