

L'IMPIEGO DELLA TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA NELLA CLASSE MEDICA ITALIANA

PIERO SISMONDI, NICOLETTA BIGLIA
Cattedra di Ginecologia Oncologica,
Università di Torino

L'opportunità di utilizzare la terapia ormonale sostitutiva (TOS) in menopausa e le sue indicazioni sono da anni oggetto di discussione. L'argomento è in continua evoluzione, seguendo l'andamento della ricerca scientifica, ma è particolarmente dibattuto da un anno dopo la pubblicazione dello studio *Women's Health Initiative* (WHI) che, pur confermando l'effetto favorevole della TOS sulla sintomatologia, sull'osteoporosi e sul carcinoma del colon-retto, ne ha messo in dubbio l'azione protettiva sulle patologie cardiovascolari, riaffermando il già noto aumento di rischio per la mammella¹.

Sapere se e quanto le donne medico o partner di medico utilizzano personalmente la TOS e per quali motivazioni appare quindi in questo momento di estremo interesse, sia perché sono le donne meglio informate sui rischi e benefici del trattamento, sia perché possono influenzare le scelte delle loro pazienti. Numerose indagini condotte in altri paesi hanno evidenziato un maggiore utilizzo della TOS da parte dei medici rispetto alla popolazione generale²⁻⁸. Per conoscere la realtà del nostro paese dopo la pubblicazione dello studio WHI abbiamo condotto un'indagine su scala nazionale mediante interviste telefoniche con questionario strutturato rivolte a 1.000 donne medico e partner di medico nella fascia di età 45-65 anni, servendoci di una società specializzata. La selezione dei nominativi è avvenuta in maniera random ed è rappresentativa della distribuzione reale nelle aree geografiche e nelle ampiezze di centro delle specializzazioni considerate.

L'utilizzo globale della TOS è risultato essere del 37% fra le donne medico e del 39% fra le partner di medico, con una durata media di trattamento rispettivamente di 2,7 e di 3,7 anni. Questo dato è in linea con quanto accade negli USA e nei paesi nord-europei, ma è particolarmente interessante in Italia dove l'utilizzo di TOS fra la popolazione generale si attesta oggi intorno all'8% e solo per brevi periodi di tempo. La percentuale di utilizzo varia in modo considerevole a seconda della specializzazione, passando dal 56% fra le ginecologhe, al 16% fra le oncologhe. Questa distribuzione, presente in modo più sfumato anche fra le mogli di medico, rispecchia indirettamente il principale freno alla diffusione della TOS: il timore che gli ormoni aumentino l'incidenza delle neoplasie, in particolare della mammella.

Le motivazioni che hanno spinto all'assunzione della TOS

sono rappresentate prima di tutto dai sintomi vasomotori (70%) e dalla prevenzione dell'osteoporosi, considerata dal 25% circa delle donne. Poca rilevanza assume nel nostro paese, anche prima della pubblicazione dei risultati dello studio WHI, l'intento di prevenire le patologie cardiovascolari, riportato solo dal 14% delle donne medico. Parallelamente, oltre il 50% delle donne che non assumono la TOS motivano la scelta con l'assenza di sintomi disturbanti. È interessante notare che le stesse motivazioni si ritrovano quando si chiede ai medici per quali ragioni prescrivono la TOS alle loro pazienti.

L'età media all'inizio del trattamento è di 48 anni fra le donne medico e di 49 anni fra le partner di medico, il *body mass index* medio è di 23 e solo l'8% delle intervistate riferisce di essere ipertesa. Questo dato sottolinea le profonde differenze fra la situazione del nostro paese ed il campione arruolato nello studio WHI, in cui l'età media è di 63 anni, con il 66% delle donne in età superiore a 60, il BMI medio è di 28, con il 34% delle donne superiore a 30 e la terapia per ipertensione è usata dal 35% del campione. Queste osservazioni devono far riflettere quando si decide di trasferire "tout court" l'esperienza dello studio WHI alla nostra popolazione, completamente differente sia per caratteristiche fisiche, che per abitudini prescrittive. L'impatto della pubblicazione dello studio WHI è stato valutato con una domanda specifica nel questionario e viene riferito come motivo di sospensione solo dall'8% delle donne medico e dal 4% fra le mogli di medico, in linea con la bassa percentuale di uso al fine di prevenire il rischio cardiovascolare. La maggior parte riferisce invece come motivo di sospensione della TOS la cessazione dei sintomi menopausali ed, in misura meno rilevante, la paura del tumore e la comparsa di effetti collaterali, come la mastodinia e l'aumento di peso. Sono state valutate inoltre le caratteristiche personali, lo stato di salute, l'anamnesi familiare e molte altre variabili; gli elementi differenzianti nel profilo delle donne che hanno assunto la TOS rispetto a quelle che non l'hanno mai usata, sono la menopausa chirurgica e la menopausa in più giovane età, un maggiore utilizzo di contraccettivi orali in passato e, limitatamente alle mogli di medico, lo svolgimento di attività fisica regolare. Anche l'area geografica risulta rilevante solo in quest'ultimo gruppo di soggetti, con un minore utilizzo nel sud che rispecchia

l'andamento della popolazione generale, mentre non vi sono differenze nell'uso personale di TOS in relazione alla sede di residenza fra le donne medico.

Circa il 20% delle donne in entrambi i gruppi ha utilizzato anche altri farmaci per i problemi della menopausa, prevalentemente fitoestrogeni, integratori di calcio, tibolone e terapie estrogeniche vaginali.

Sorprendenti sono i risultati relativi alle domande sulla prescrizione della TOS alle pazienti. Infatti alla domanda: "quante delle sue pazienti in età menopausale sono in trattamento con TOS?" le donne medico hanno risposto 39-44%. Questo dato, chiaramente erroneo se si analizzano i consumi reali di TOS nel nostro paese, può riflettere una differenza fra l'atteggiamento prescrittivo reale e quello percepito o, più verosimilmente, evidenziare una scarsa aderenza delle pazienti alle prescrizioni.

Al di là di queste discordanze, è probabile che anche nel nostro paese l'ampia diffusione della TOS nella classe medica contribuisca a portare ad un progressivo aumento del suo utilizzo fra la popolazione generale.

Da questo studio emerge in modo molto chiaro che le donne medico italiane, che dispongono di informazioni scientifiche non filtrate attraverso i media e sono capaci di dare loro un giusto peso, usano questo trattamento come le loro colleghe nel resto del mondo occidentale. È auspicabile che le informazioni sulla TOS vengano tra-

smesse allo stesso modo anche alle altre donne, per consentire loro una scelta più razionale, evitando che un trattamento potenzialmente molto utile sia rifiutato non per un sereno esame del rapporto fra rischi e benefici, ma solo sulla base di una spinta emotiva.

Bibliografia

- 1 Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. *Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women*. JAMA 2002;288:321-33.
- 2 Andersson K, Pedersen AT, Mattson LA, Milsom I. *Swedish gynecologists' and general practitioners' views on the climacteric period: knowledge, attitudes and management strategies*. Acta Obstet Gynecol Scand 1998;77:909-16.
- 3 Nilsen ST, Fredriksen T, Iversen OE, Moen MH. *Attitude to and practice of Norwegian gynecologists concerning hormone replacement therapy in climacteric*. Tidsskr Nor Laegeforen 1998;118:2940-3.
- 4 Kaplan B, Aschkenazi-Steinberg S, Yogev Y, Nahum R, Sulkes J, Phisher M. *Gynecologists' trends and attitudes toward prescribing hormone replacement therapy during menopause*. Menopause 2002;9:354-9.
- 5 McNagny SE, Wegner NK, Frank E. *Personal use of postmenopausal hormone replacement therapy by women physicians in the United States*. Ann Intern Med 1997;127:1093-6.
- 6 Fallon U, Kelleher C. *Hormone replacement therapy: a survey of Irish general practitioners*. Ir Med J 2000;93:10-1.
- 7 Kaplan B, Yogev Y, Sulkes J, Geva A, Nahum R, Fisher M. *Attitude towards health and hormone replacement therapy among female obstetrician-gynecologists in Israel*. Maturitas 2002;43:113.
- 8 Isaacs AJ, Britton AR, McPherson K. *Why do the women doctors in the UK take hormone replacement therapy?* J Epidemiol Community Health 1997;51:373-7.

Il commento degli esperti

La lettura del lavoro proposto in queste pagine suscita qualche perplessità:

- il campione prevede un numero di Ginecologhe o donne Medico (= 150 + 150) pari alla metà delle donne Medico di Medicina Generale e delle mogli di Medici di Medicina Generale (= 300 + 300), mentre nella realtà la proporzione è molto diversa: 10.283 Ginecologi contro 44.752 Medici di Medicina Generale.
- le donne considerate non sembrano rappresentative delle donne che il Medico di Medicina Generale si trova di fronte quotidianamente e per le quali deve decidere se e come proporre una terapia ormonale sostitutiva. Si tratta infatti di donne magre (BMI 23) (quindi attente alla dieta), per la quasi totalità normotese (mentre la prevalenza dell'ipertensione nella nostra popolazione è elevata), molte delle quali fanno regolare attività fisica, sono più istruite, più use alla discussione e alla riflessione sui temi della propria salute, ma soprattutto con possibilità di ottenere informazioni, di ridiscutere la propria scelta e di effettuare controlli di gran lunga maggiori rispetto a quella della normale popolazione.

Non sembra strano che la loro compliance sia più elevata della popolazione normale. Certamente si tratta di un campione non paragonabile a quelli del WHI, ma nemmeno di un campione esemplare della normale popolazione italiana in questa fascia di età.

Proprio queste differenze fanno riflettere sul fatto che la difficoltà alla prescrizione della HRT da parte dei Medici di Medicina Generale sia sì "concettuale", per i timori e le incertezze che oggi ne caratterizzano il profilo di efficacia (come si può dedurre dal rapido succedersi negli ultimi anni di dati della letteratura contrastanti tra loro), ma sia in buona parte legata al timore da parte del Medico di Medicina Generale di non poter controllare adeguatamente la gestione della paziente, effettuando un follow-up realmente efficace sia per mancanza di strumenti, sia per la difficoltà ad ottenere dalle pazienti una compliance costante nel tempo.

Guardiamo comunque con interesse alle ricerche del gruppo del prof. Sismondi restando disponibili ad ampliare le ricerche utilizzando il nostro motore di ricerca, Health Search.

Giorgio Tresoldi, Raffaella Michieli