

Aprile 2004

01

MEDICINA  
MEDICINA → SOCIETÀ ←  
SOCIETÀ

Direttore responsabile

**Dr. Paolo Diotallevi**

# La menopausa

- Gli aspetti clinici più comuni
- Gli esami diagnostici più importanti
- Alcune indicazioni utili  
per una migliore qualità della vita



# Studio Moglioni

studio dentistico



## IMPLANTOLOGIA A CARICO IMMEDIATO

Solo Tre Ore  
per una  
**Masticazione  
Perfetta**

Professionalità • Igiene • Qualità  
Innovazione • Competenza  
Tecnologia • Materiali • Sensibilità

**Studio Dentistico Moglioni**

Via Cristoforo Colombo, 348 - 00147 Roma

**Info Line: 06.51.23.341**

Lunedì - Venerdì > 09:30 - 13:00 > 15:30 - 19:00

[www.studiomoglioni.it](http://www.studiomoglioni.it)

MEDICINA  
**MEDICINA SOCIETÀ**  
 SOCIETÀ

IN QUESTO NUMERO

“Presentazione...” di Paolo Diotallevi Luigi Altomare	<b>3</b>
“La menopausa: tanto per cominciare vediamo di cosa si tratta” di Marcello Sergio	<b>5</b>
“Donne fumatrici in menopausa. Controlli periodici con TAC spirale: la proposta Veronesi” di Achille Sabatini	<b>8</b>
“Prevenzione e mammografia: cosa bisogna sapere” di Emanuela Rastelli	<b>10</b>
“Le unità funzionali di senologia (UFS). Il significato dell’approccio multidisciplinare del tumore al seno” di Vittorio Altomare	<b>11</b>
“Menopausa ed apparato cardiovascolare” di Mario Buttinelli	<b>13</b>
“Belle in gamba anche in menopausa” di Flavio Bigi	<b>15</b>
“Osteoporosi in menopausa” di Rossana Rosso	<b>18</b>
<i>Lo Specialista risponde</i> “Menopausa e mal di schiena” di Francesco Saverio Pastore	<b>26</b>
<i>Medicina e innovazione tecnologica</i> “Un apparecchio di risonanza magnetica articolare” di Remo Diotallevi	<b>28</b>
“Patologia del cavo orale in menopausa” di Enrico Moglioni	<b>30</b>
“...Brevemente” di Paolo Diotallevi	<b>32</b>

## **MEDICINA SOCIETÀ**

Editore **EOSMED®**

Via Prenestina 321 - Tel. 06299391

*Direttore responsabile:*  
Dr. Paolo Diotallevi

*Direttore editoriale:*  
Dr.ssa Elisabetta Diotallevi

*Comitato di redazione:*  
Daniela De Benedictis,  
Roberta Di Bona,  
Valentina Gallo,  
Antonella Fabrizi,  
Gloria Ercoli.

*Comitato scientifico:*  
Giuseppe Altamore,  
Luigi Altomare,  
Vittorio Altomare,  
Flavio Bigi,  
Laura Boffa,  
Pier Leopoldo Borrelli,  
Mario Buttinelli,  
Raffaele Certomà,  
Simone Di Rezze,  
Stefano De Santis,  
Remo Diotallevi,  
Caterina Fragomeli,  
Stefano Frattaroli,  
Giuseppina Laganà,  
Domenico Lambiase,  
Laura Liberini,  
Marco Liccardo,  
Gabriele Mazzetti di Pietralata,  
Enrico Moglioni,  
Francesco Montella,  
Rita Moure Lorenzo,  
Eugenio Pezzuti,  
Francesco Saverio Pastore,  
Marina Rabagliati,  
Emanuela Rastelli,  
Benedetto Ronci,  
Achille Sabatini,  
Giuseppe Sartiano,  
Tiziana Scaldaferrì,  
Piero Siragusa,  
Angelo Spagnuolo,  
Francesco Suppressa,  
Maria Teresa Triglia.

*Progetto Grafico:* P'partners

*Stampa:* Ograro - 00153 Roma  
Vicolo dei Tabacchi, 1  
Tel. 06 5818605  
*Quinta ristampa* Giugno 2015

*Questa rivista non è periodica  
ed è pubblicata nel rispetto  
delle Leggi n.47 del 8-2-1948, n.689 24.11.1981 e  
AA 4985 del 12.2.2001 e successive modifiche.*

Ufficio Legale: Avv. Mario Chiaverini  
Via Basile 15 - 00128 Roma

*“Medicina-Società” è una rivista medica monotematica a-periodica, proposta nella veste di uno strumento informativo snello e di facile lettura, rivolto quindi non solo ai Medici, ma anche e soprattutto agli Utenti interessati.*

*In ogni numero il filo conduttore sarà un unico argomento, trattato da vari Specialisti.*

*Saranno affrontati temi di interesse generale, scelti di volta in volta sulla base delle domande che come Medici ci sentiamo più spesso rivolgere, sia dai Pazienti sia dai nostri stessi Colleghi, con Specializzazioni diverse dalla nostra.*

*Lo spirito che ci anima è il desiderio di fornire un servizio, la cui radice sta nella solidarietà, non solo professionale ma anche umana, verso ogni Paziente. Cercheremo pertanto di fornire sempre informazioni chiare, evitando tecnicismi inutili.*

*Inoltre, i numeri della rivista usciranno soltanto quando avremo coscienza di poter offrire informazioni utili e di interesse generale.*

*Gli autori risponderanno a ogni domanda sugli articoli, o più in generale sull'argomento trattato, all'indirizzo [direzione@eosmed.it](mailto:direzione@eosmed.it)*

**Paolo Diotallevi**

*Direttore Sanitario Eosmed*

*Responsabile Nazionale area Radiologica ARASS*

Al nostro caro amico Paolo Diotallevi diamo un particolare incoraggiamento per la sua Rivista, edita dal prestigioso Centro da lui diretto, nuova impresa nella quale si cimenta con il consueto spirito di servizio alla società, ispirandosi sempre a principi altamente professionali ed etici.

I nostri auguri di un sereno e proficuo lavoro.

**Luigi Altomare**

*Segretario Generale*

*dell'Università “Campus Bioedico” di Roma*



**SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA**

2004  
EVENTI RESIDENZIALI

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA



**25 · 26 · 27 novembre 2004**

Corso base di  
**Radiologia odontostomatologica**

*Direttore*

**Dott. Paolo Dotallevi**

*Corso depositato al Ministero della Salute  
per l'attribuzione dei crediti formativi ECM*

**(crediti ECM assegnati 28)**



SEGRETERIA S.M.O.

Borgo S. Spirito, 3 - 00193 Roma

Tel. 06 68802626 - 68352411 - Fax 06 68806712 - [segreteria@smorrl.it](mailto:segreteria@smorrl.it)

[www.smorrl.it](http://www.smorrl.it)

IL CORSO È APERTO A MEDICI E ODONTOIATRI. IL NUMERO MASSIMO DEI PARTECIPANTI È 16.

# La menopausa

## Tanto per cominciare vediamo di cosa si tratta

di **Marcello Sergio**

Specialista in Ginecologia e Ostetricia

**N**egli ultimi decenni si è assistito ad un generale miglioramento delle condizioni di vita rispetto agli anni del dopoguerra. Questo ha comportato un progressivo **incremento dell'età media** nei paesi occidentali, con un'aspettativa di vita in Italia per le donne intorno agli 83 anni.

Il miglioramento dello stato di salute delle donne è testimoniato da una riduzione di alcuni tassi di mortalità come quello legato al parto o ad alcune patologie cardiovascolari e neoplastiche (tumore al seno o al collo dell'utero). Questi progressi sono dovuti sostanzialmente ad un miglioramento nell'assistenza sanitaria con l'introduzione di terapie antiipertensive nell'ambito della prevenzione cardiovascolare e ad una sensibilizzazione dell'opinione pubblica femminile ad eseguire esami preventivi.

In base a quanto detto, il compito del Medico e soprattutto del Ginecologo, sarà quello di gestire al meglio un periodo della vita della donna (la menopausa) che si va progressivamente allungando.

### DEFINIZIONE

Il termine "**menopausa**" indica propriamente il verificarsi dell'ultimo ciclo mestruale (in Italia mediamente intorno ai 52 anni); questo

episodio ben definito è preceduto da una "**pre-menopausa**". Il "**climaterio**", invece, identifica il lungo periodo di tempo in cui possono manifestarsi tutta una serie di disturbi correlati alla menopausa.

Da un punto di vista endocrinologico, l'assetto ormonale della donna viene a modificarsi radicalmente. Le ovaie infatti, che durante la vita fertile producono ormoni estrogeni e progesterone, al verificarsi della menopausa cessano di produrle, determinando nella donna una "tempesta" ormonale responsabile dei disturbi legati alla menopausa. Così assistiamo ad un aumento di due ormoni (FSH ed LH) prodotti dall'ipofisi (ghiandola situata nell'encefalo). Spesso il dosaggio dell'FSH (che aumenta sensibilmente durante la menopausa) viene utilizzato come test diagnostico per stabilire se la donna è effettivamente in menopausa.

Ma è soprattutto la mancanza di estrogeni la causa di tutta una serie di disturbi che caratterizzano questa fase della vita femminile.

### SINTOMI

Il venire meno dell'attività ormonale ovarica determina, come già detto, la cessazione delle mestruazioni e di tutto ciò che è legato alla funzione riproduttiva: in questa fase la donna

sicuramente non è più “fertile”. Da un punto di vista psicologico, la perdita della funzione riproduttiva può determinare l’insorgenza di un “senso di inutilità” nella donna, il sentirsi di “non piacere” a se stessa e agli altri e quindi un progressivo avvicinarsi all’invecchiamento. Tutto ciò si traduce in alcuni **sintomi psicologici tipici della menopausa: irritabilità, ansia, depressione, insonnia**, che possono compromettere la stessa vita di relazione della donna con i propri familiari o con il proprio ambiente di lavoro.

Caratteristici anche i sintomi vasomotori riferiti dalle pazienti: le **vampate** (ossia la sensazione improvvisa e senza causa di calore diffuso al volto e al collo seguita talora da sudorazione), riferite dalla maggioranza delle donne per più di 1 anno, fino a 5 anni dalla menopausa. Le vampate sono i sintomi che vengono vissuti più negativamente dalla donna che quasi si vergogna se queste si manifestano di fronte a familiari, amici o sul posto di lavoro. Spesso è proprio questo sintomo che porta la donna a consultare il Ginecologo.

Analogamente la carenza di estrogeni comporta un progressivo invecchiamento della cute per la perdita di elasticità e la secchezza del derma.

Passando ad elencare la sintomatologia “oggettiva” della donna in menopausa, dobbiamo ricordare i **disturbi legati all’apparato urogenitale**. Essi sono rappresentati da distrofia, atrofia (ossia secchezza, perdita di elasticità) dei tessuti genitali con conseguente dispareunia (ossia dolore al rapporto sessuale). Questi disturbi, associati ad una perdita del desiderio, possono influenzare negativamente il rapporto di coppia.

Un’altra conseguenza della carenza estrogeni-

ca è la riduzione della funzione di sostegno di alcuni legamenti dell’apparato genitale che determinano con l’andar del tempo incontinenza urinaria, prolasso, cisto-rettocele, altamente invalidanti per la Paziente.

Talvolta fra i sintomi menopausali collegati al mutamento ormonale, può comparire **l’aumento di peso corporeo**.

Estremamente importanti sono gli effetti sull’apparato cardiovascolare e sul tessuto osseo in cui si traduce il deficit di ormoni estrogeni. Sebbene controverso, è comunque evidente l’effetto protettivo degli estrogeni sull’apparato cardiovascolare. Infatti, **dopo la menopausa si assiste ad un aumento degli accidenti cardiovascolari** (infarto, ictus cerebrale), soprattutto nelle Pazienti a rischio per tali patologie (ipertese, diabetiche, dislipidemiche).

Argomento altamente discusso e per il quale le donne sono molto sensibilizzate è **l’osteoporosi**.

Conseguentemente alla carenza di estrogeni, in menopausa, si assiste ad una progressiva perdita di massa ossea dovuta ad un aumento dell’attività delle cellule che riassorbono il tessuto osseo (osteoclasti) rispetto a quelle che lo producono (osteoblasti). Ciò comporta che la donna è maggiormente suscettibile rispetto all’uomo ad andare incontro in età senile ad una frattura del femore, del polso o vertebrale.

## **PREVENZIONE E TERAPIA**

In considerazione dell’allungamento della vita media delle donne, diventa sempre più importante da un punto di vista sociale indirizzare le risorse umane ed economiche alla prevenzione delle patologie che caratterizzano la

menopausa. Ogni anno infatti in Italia vi sono circa 20.000 - 25.000 fratture di femore con 2.000 morti conseguenti ad esse. Per ridurre tale incidenza, conseguente all'osteoporosi, è importante analizzare il ruolo sostenuto dalla **terapia ormonale sostitutiva**.

Essa consiste nel somministrare alla donna in menopausa gli ormoni - estrogeni e progesterone - che non sono più prodotti dalle ovaie. Questa terapia non può essere prescritta a tutte le donne, ma soltanto a quelle che, sottoposte a esami specifici (visita ginecologica, pap-test, mammografia, ecografia transvaginale), non presentano controindicazioni alla sua utilizzazione.

La terapia ormonale sostitutiva, ricreando l'assetto ormonale precedentemente dovuto all'attività delle ovaie, migliora tutti quei disturbi che, come abbiamo visto, caratterizzano la menopausa.

I disturbi vasomotori, le vampate, spesso sono i primi a beneficiare di questa terapia. Altrettanto rapidamente migliorano i sintomi psicologici, irritabilità e depressione, ridando alla donna quella tranquillità e sicurezza in se stessa che aveva in parte perduto. La terapia ormonale sostitutiva determina, con l'andar del tempo, anche un miglioramento di alcuni dei disturbi urogenitali, in particolare la secchezza vaginale e i dolori durante il rapporto.

Se questi sintomi "soggettivi", che portano la donna a rivolgersi al Ginecologo, sono importanti, è altrettanto importante **il ruolo che deve sostenere il Ginecologo** informando la Paziente sull'utilità di iniziare una terapia per prevenire l'osteoporosi.

**Esistono diversi modi di somministrazione della terapia sostitutiva:** abbiamo infatti cerotti bisettimanali o settimanali con-

tenenti estrogeni combinati o meno con progesterone, compresse da assumere per 21 o 28 giorni, gel all'estrogeno oppure spray nasale. La scelta di uno o di un altro tipo di terapia deve essere presa insieme alla Paziente e dipende dal tipo di donna che si ha di fronte (per es., se la Paziente è meticolosa e precisa si potrà optare per una terapia cerotto all'estrogeno + compressa al progesterone per 10 giorni oppure, se la Paziente tende a dimenticare la terapia, sarà preferibile il cerotto settimanale ovvero la formulazione combinata o la compressa da assumersi tutti i giorni).

La terapia ormonale sostitutiva non espone la donna a maggiori rischi neoplastici rispetto a chi non ne fa, anzi può essere vero il contrario!

La donna che assume la terapia ormonale sostitutiva è maggiormente sensibilizzata ad eseguire i controlli rispetto alle altre Pazienti che, una volta andate in menopausa, diradano le visite sfuggendo così al controllo medico.

Infatti, è estremamente importante raccomandare alla paziente di eseguire **i controlli medici regolarmente ogni anno:** visita ginecologica con pap-test, ecografia transvaginale per il controllo dell'endometrio (organo bersaglio della terapia sostitutiva), mammografia (ogni 12-24 mesi). Con l'ausilio di tali esami diagnostici, se eseguiti regolarmente, il Ginecologo è in grado di svolgere una ottima prevenzione oncologica nei confronti delle proprie Pazienti.

In conclusione, la menopausa è una fase della propria vita (che può durare anche oltre i 30 anni) che deve essere affrontata dalla donna con serenità e con la consapevolezza che esistono gli strumenti per mantenersi giovane. ■

# Donne fumatrici in menopausa

## Controlli periodici con TAC spirale: la proposta Veronesi

di **Achille Sabatini**

Medico Radiologo - Dirigente 1° livello

Azienda Osp. San Giovanni Addolorata - Roma

La diagnosi precoce del carcinoma polmonare è purtroppo rara, perchè sono pochi programmi di screening, quei programmi cioè che prevedono, per i soggetti a rischio, esami di controllo da effettuarsi in maniera sistematica. Si ricorre infatti agli esami diagnostici solo in presenza di sintomi, cioè in fase avanzata (quando un esame diagnostico viene prescritto in presenza di sintomi non si stanno facendo più indagini preventive ma accertamenti diagnostici).

Nella maggior parte dei casi, il carcinoma viene scoperto quando il Paziente si reca dal Curante per un disturbo, ad esempio tosse persistente che non migliora nel tempo, inducendo il Medico al sospetto clinico.

Talvolta il tumore viene individuato durante un normale controllo di routine. Indipendentemente dal modo in cui viene scoperto, in presenza di sospetto tumore del polmone occorre effettuare una serie di esami di approfondimento.

A partire da una singola cellula neoplastica, dopo circa 30 divisioni per raddoppiamento, si forma un tumore di dimensioni minuscole (sebbene costituito da un miliardo di cellule). Per alcuni tipi di cancro è possibile effettuare, fin da queste fasi di sviluppo "subclinico", uno "screening" (cioè, eseguire semplici test dia-

gnostici in tutti i componenti di una popolazione sana a rischio con l'obiettivo di effettuare una diagnosi precoce).

Le donne fumatrici in menopausa costituiscono una vera e propria categoria "a rischio".

L'ex Ministro della Salute, **Umberto Veronesi**, sempre attivo per le campagne a favore della salute, ne ha lanciata ultimamente una molto interessante.

Premessa: il numero delle fumatrici è cresciuto negli ultimi 20 anni del 60%, e la quota delle grandi fumatrici (più di 20 sigarette al giorno) è triplicata.

Per questa fascia della popolazione Veronesi propone un programma di screening per la prevenzione secondaria, finalizzato appunto a scoprire il tumore in una fase inicialissima.

Il programma prevede in sintesi l'esecuzione di una TC spirale senza iniettare mezzo di contrasto in vena, esame che si effettua velocemente e con una limitata dose di radiazioni. Sarebbe così possibile scoprire molti tumori asintomatici in una fase precocissima, quando hanno cioè dimensioni millimetriche e sono ancora suscettibili di cura.

L'esame potrebbe essere ripetuto periodicamente, a partire dalla me-

nopausa, con tempi e modalità in fondo abbastanza simili a quanto previsto per la mammografia

Grazie a questo controllo, semplice e rapido, **“sarà possibile riconoscere un tumore al polmone 4-5 anni prima e guarire 8 malati su 10, 6 in più rispetto ad oggi”**. È questa la promessa dell'illustre Oncologo, Direttore scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano che, presentando i traguardi raggiunti dal Centro nel 2001, ha definito la Tac spirale come “un esame in grado di trasformare il cancro del polmone da big killer a malattia curabile”. Lo dimostrerebbero i risultati di uno studio su 1.000 forti fumatrici in menopausa eseguito presso l'IEO.

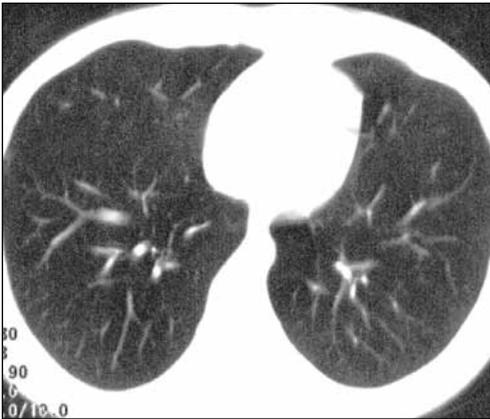
Ricordiamo inoltre che attualmente si stanno sviluppando anche nuovi tipi di test citologici sia su espettorato che su altri liquidi d'origine

polmonare per consentire la scoperta precoce di eventuali cellule tumorali.

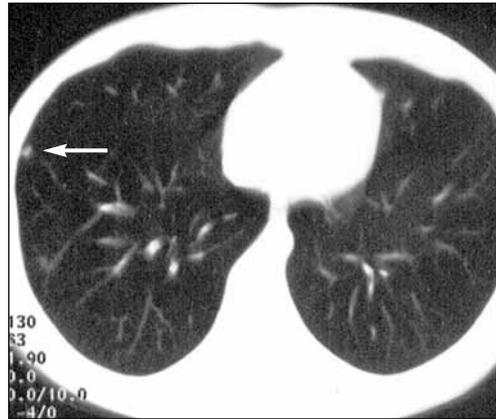
Grazie al progresso tecnologico e al continuo impegno di coloro che, in tutto il mondo, si occupano di promuovere la conoscenza del cancro polmonare, le politiche di screening stanno ricevendo una nuova attenzione.

Sebbene i risultati siano del tutto preliminari e ancora in corso di validazione scientifica, consideriamo auspicabile che fra qualche anno lo screening del tumore polmonare venga accettato ed applicato, come già accade per i tumori della mammella, della prostata, dell'utero e della cute.

Per concludere con le parole dell'ex Ministro della Sanità, “l'esame TC spirale è un regalo che ogni fumatore dovrebbe farsi, ma la cosa migliore sarebbe ovviamente dire addio alla sigaretta.” ■



Donna di 58 anni, fumatrice.  
Spiral TC del torace negativa.



Stessa Paziente dopo 12 mesi:  
presenza di un piccolissimo nodulo a destra.

# Prevenzione e mammografia

## Cosa bisogna sapere

di **Emanuela Rastelli**

Specialista in Radiologia - Dirigente 1° liv. Policlinico Umberto 1° - Roma

Docente corsi ECM presso la Scuola Medica Ospedaliera di Roma e Regione Lazio

I programmi finalizzati alla diagnosi precoce dei tumori mammari hanno altissima rilevanza sociale, se si considera quanto affermato da Umberto Veronesi, e cioè che “un nodulo con diametro inferiore al centimetro ha una possibilità di guarigione fino al 99 per cento”.

La mammografia resta il metodo più accurato per effettuare una diagnosi precoce del tumore ed è quindi di fondamentale importanza sottoporsi periodicamente a questo esame.

Nel nostro paese la Conferenza Stato Regioni dell'8 marzo 2001 ha definito le linee guida per lo screening mammografico. In sintesi queste prevedono che a tutte le donne residenti di età compresa fra i 50 e i 69 anni debba essere offerta una mammografia di screening ogni due anni secondo modalità organizzative e qualitative ben precisate. In effetti molte ASL stanno cercando attualmente ad attenersi a queste indicazioni, ovviamente secondo le risorse economiche disponibili.

In questo modo però si trascurano alcuni fattori importanti, in particolare:

- Il rischio di tumore mammario aumenta significativamente dopo i 40 anni
- Il rischio aumenta anche con la familiarità.

Ultimamente, inoltre, due ricercatori danesi, con grande risonanza sulla stampa scientifica e non, hanno pubblicato una revisione sistematica di precedenti studi, concludendo in

modo perentorio che l'uso della mammografia come esame di screening è inutile, ingiustificato, addirittura potenzialmente dannoso, in quanto porta a una maggiore uso di trattamenti aggressivi

Tutte queste informazioni, apparentemente contraddittorie, si basano spesso anche su fattori economici e possono generare confusione, paura e atteggiamenti fatalistici, che contrastano con il dato essenziale prima esposto e cioè che un tumore scoperto precocemente ha oggi alta possibilità di guarire, grazie anche ai progressi della Chirurgia, della Radioterapia e della Chemioterapia.

A questo scopo ci sembra più equilibrato consigliare quelle che sono le linee guida della Sezione di Senologia della **Società Italiana di Radiologia Medica**, che riunisce tutti i Radiologi operanti in Italia:

- tra i 35 e i 40 anni, un esame mammografico di base
  - dopo i 40 anni esami periodici con intervallo di 12 mesi, che può essere esteso fino a due anni a seconda delle caratteristiche specifiche del quadro mammografico, della familiarità e dei fattori di rischio della Paziente.
- È prerogativa esclusiva del Medico Radiologo, nonché suo preciso dovere professionale, consigliare l'intervallo di tempo più consono oppure richiedere l'integrazione con ulteriori indagini, in primo luogo l'ecografia. ■

# Le unità funzionali di senologia (USF)

## L'approccio multidisciplinare del tumore al seno

di **Vittorio Altomare**

Responsabile Unità Funzionale di Senologia del Policlinico Universitario "Campus Biomedico"

La strutturazione di un servizio di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie della mammella è oggi un tema di attualità e di primaria importanza

I dati epidemiologici del nostro Paese infatti stimano in oltre 30.000 i nuovi casi di tumore della mammella per anno.

Inoltre l'evoluzione di nuove tecniche diagnostiche e l'applicazione di tecniche di trattamento integrato impongono agli operatori del settore – siano Medici Infermieri o Tecnici dedicati – un aggiornamento continuo, un elevato livello di specializzazione e la necessità di un **approccio alla patologia mammaria di tipo multidisciplinare**.

Sul piano diagnostico-strumentale l'accuratezza e la multifunzionalità delle tecniche di imaging tradizionali quali mammografia ed ecografia, associate ad apparecchiature di localizzazione e tipizzazione cito-istologiche sempre più sofisticate e invasive, hanno imposto allo Specialista Radiologo una competenza più tipica del Chirurgo e al Chirurgo Senologo che esegue tali metodiche una competenza più tipica del Radiologo.

Sul fronte clinico-terapeutico, l'incremento delle lesioni non palpabili della mammella con conseguente individuazione dei tumori in stadio precoce e la definizione delle cosiddette lesioni "borderline", con comportamento biologico incerto, richiedono uno stretto collega-

mento tra Chirurgo, Oncologo, Radiologo, Anatomo Patologo e Medico Nucleare.

Non è più verosimile pensare di approcciare un tumore della mammella se non si è in grado di offrire alle Pazienti la possibilità di una terapia conservativa rispettosa di un approccio estetico. **La chirurgia onco-plastica** prevede l'acquisizione da parte del Chirurgo Oncologo delle opportune conoscenze di Chirurgia Plastica e da parte del Chirurgo Plastico di una visione oncologica della ricostruzione.

La più recente **metodica del linfonodo sentinella** si è ormai imposta al mondo scientifico e numerosi studi internazionali hanno validato la metodica come opzione chirurgica alternativa alla linfoadenectomia ascellare, con conseguente notevole riduzione in termini di morbidità. Anche in questo caso è evidente la imprescindibile collaborazione tra le diverse figure professionali coinvolte: Chirurgo, Radiologo, Medico Nucleare, Oncologo, Anatomo Patologo.

Ciò premesso, passiamo alle proposte operative. Il Parlamento Europeo il 7 marzo 2003 si è espresso con una relazione sul cancro al seno nella Commissione Europea, a cura della Commissione per i diritti della donna e le pari opportunità. In questa relazione ha definito quali devono essere i criteri base di una

**Unità Multidisciplinare di Senologia**  
(documento di seduta A5 0159/2003  
pag. 9, paragrafo 5).

In particolare il Parlamento Europeo chiede che tutte le donne affette da cancro al seno siano curate da una équipe multidisciplinare e invita pertanto gli Stati membri a sviluppare una rete capillare di Centri di Senologia certificati e interdisciplinari, che soddisfino determinati criteri di qualità:

- ogni Centro opera almento 150 Pazienti all'anno cui viene diagnosticato per la prima volta un cancro al seno
- il Centro è diretto da un Medico qualificato in patologia mammaria che coordina una équipe interdisciplinare formata da Medici e Collaboratori perfezionati nel settore con corsi di aggiornamento regolari (*Chirurghi, Radiologi, Patologi, Oncologi, Infermieri, Tecnici*)
- conferenze settimanali sui casi riscontrati
- superamento di prove organizzative a intervalli regolari
- visite di controllo e post-terapia in stretta cooperazione
- garanzia per le Pazienti di consulenza oncologico-psicologica, sostegno psicoterapeutico, fisioterapia ed accesso ai servizi sociali.

Sulla base di questa dichiarazione e dell'esperienza consolidata a livello internazionale possiamo affermare che oggi non è più possibile affrontare il problema del tumore al seno al di fuori di un contesto di una Unità Funzionale di Senologia multidisciplinare in cui operino Medici (Chirurghi, Radiologi, Oncologi etc.) con le conoscenze specifiche.

Tale obiettivo può essere raggiunto attraverso la partecipazione obbligatoria a Master Universitari di durata biennale, oppure con la istituzione di una Scuola di Specializzazione specifica in Senologia. Da questi canali si possono selezionare i Medici che potranno accedere al ruolo di Coordinatori delle UFS.

Inoltre non possiamo non considerare l'enorme e prioritario vantaggio per la Paziente che potrà finalmente scegliere il **Medico di riferimento** come unico interlocutore, il quale si fa garante delle scelte terapeutiche.

La donna coinvolta da un problema così importante sarà sottratta alle incertezze, dubbi, perplessità e interrogativi che sono alla base della difficile situazione psicologica, sociologica e familiare che caratterizza queste Pazienti. ■

# Menopausa e apparato cardiovascolare

di **Mario Buttinelli**

Specialista in malattie cardiovascolari

Capo Reparto Cardiologia - Policlinico Militare "Celio", Roma

Le malattie cardiovascolari sono comuni ad entrambi i sessi, anche se i tempi di presentazione, i fattori di rischio e le espressioni cliniche sono diverse. Queste malattie (fondamentalmente l'ipertensione arteriosa e la cardiopatia ischemica) compaiono più tardi nelle donne: tra i 35 e i 44 anni, infatti, queste patologie sono mediamente 5 volte più frequenti negli uomini.

Nelle donne, però, aumentano progressivamente dopo la menopausa, fino a raggiungere valori simili a quelli maschili in età avanzata.

La crescita dell'età media della popolazione ha portato ad un aumento delle donne anziane. Poiché la cardiopatia ischemica tende nelle donne a manifestarsi con maggiore gravità, diventano importanti diagnosi precoce e adeguata terapia tempestiva, insieme allo sviluppo di criteri di prevenzione capaci di incidere sulla modificazione degli stili di vita. Ci sono dati controversi sul ruolo degli estrogeni come fattore di protezione cardiovascolare. Oggi si è portati a pensare che i mutamenti comportamentali, oltre che l'aumento dell'età, siano le cause preminenti della mortalità cardiovascolare delle donne.

Detto questo appare auspicabile che tutte le donne che entrano nella fase della menopausa non portino l'attenzione solo al problema ginecologico, ma si sensibiliz-

zino alla possibilità di un aumentato rischio cardiovascolare.

Spetta alla classe medica diffondere le raccomandazioni sui corretti stili di vita e sull'inquadramento clinico che preveda nelle donne l'esecuzione almeno di esami ematochimici periodici opportuni per conoscere il profilo lipidico e la glicemia, la misurazione periodica della pressione arteriosa, il controllo del peso corporeo e infine attività fisica ed alimentazione adeguate.

Mai fuori moda è l'invito ad evitare il fumo di sigaretta.

Proprio quest'ultimo è responsabile di un aumento da 2 a 4 volte del rischio di sviluppare una malattia cardiovascolare rispetto alle non fumatrici. Il rischio aumenta anche nelle cosiddette "piccole fumatrici" (consumo da 1 a 4 sigarette al giorno) che hanno comunque un rischio doppio rispetto alle non fumatrici. Si ricorda che per la cardiopatia ischemica alla cessazione del fumo segue un progressivo calo del rischio aggiuntivo che nell'arco di 3-5 anni, indipendentemente dal numero delle sigarette fumate, dal numero di anni dell'abitudine al fumo e dall'età al momento della sospensione, arriva a quello dei non fumatori (per la serie "non è mai troppo tardi!). [Attenzione però, questa considerazione non può essere estesa al cancro polmonare, per il quale vale la legge: "prima si smette di fumare, meglio è" - N.d.Dir.]

L'ipertensione arteriosa è contemporaneamente una patologia ed un fattore di rischio per la cardiopatia ischemica. Quest'ultima associazione è più forte nella donna che non nell'uomo, ed è il secondo fattore di rischio cardiovascolare dopo l'età nella donna. Si è notato che l'aumento del peso corporeo, del livello di sale (sodio fundamentalmente) nell'alimentazione, del consumo di alcool da una parte e la riduzione dell'attività fisica dall'altra producono più alti livelli di pressione arteriosa. Il migliorare tutti questi aspetti determina un miglioramento dei valori pressori e della qualità della vita.

L'alimentazione, per quanto detto, deve prevedere un basso consumo di grassi saturi e colesterolo a favore dell'olio d'oliva ed essere ricca in frutta, verdura, cereali e fibre.

Questa dieta produce una riduzione del colesterolo totale e dell'LDL (il cosiddetto colesterolo "cattivo"). Il consumo di alcool deve essere moderato, anche perché si sono ipotizzati aumenti del rischio relativo del cancro mammario a fronte di elevati consumi. I valori del colesterolo HDL (quello cosiddetto "buono") devono essere più alti che nell'uomo. E' quindi fondamentale conoscere i propri livelli lipemici per poter impostare una dieta corretta ed eventuale terapia con statine (farmaci in grado di ridurre il colesterolo) .

Parimenti importante appare conoscere il livello della glicemia perché il diabete come fattore di rischio è molto più "potente" nelle donne che non negli uomini, aumentando da 3 a 7 volte il rischio di malattie cardiovascolari. Il diabete altera l'assetto lipemico, aumenta la pressione arteriosa, riduce l'effetto protettivo degli estrogeni.

Nel controllo degli assetti lipidici e glicemici gioca un ruolo importante il peso corporeo. L'obesità è in grado di peggiorare il rapporto LDL/HDL, di aumentare i trigliceridi, ridurre il colesterolo HDL e aumentare la pressione arteriosa.

Strettamente correlato all'incremento del peso corporeo è l'entità dell'attività fisica. L'inattività fisica è un problema che interessa una percentuale molto elevata di donne, in particolare modo in quelle in condizioni socioculturali ed economiche più basse.

Alcuni studi hanno mostrato che la pratica anche una sola volta alla settimana di esercizio fisico, riduce significativamente il rischio cardiovascolare, anche nella menopausa.

Va incoraggiato l'esercizio fisico costante e quotidiano, anche se non necessariamente si deve trattare di pratica sportiva in senso stretto: camminare il più possibile, salire le scale, aumentare gli spostamenti a piedi. E' comunque consigliabile, superati i 50 anni di età, eseguire un elettrocardiogramma da sforzo prima di cominciare qualsiasi tipo di attività fisica.

Dopo anni di travagli, nel mondo scientifico non sono ancora emerse indicazioni sulla prescrizione della terapia ormonale sostitutiva come prevenzione per le malattie cardiovascolari. In ogni caso, non appare opportuno prescriverla nelle donne in menopausa da molti anni, perché se beneficio ci deve essere, la assunzione deve essere comunque precoce.

La menopausa dal punto di vista cardiovascolare deve passare quindi attraverso la conoscenza dei valori del proprio profilo lipidico e glicemico, della propria pressione arteriosa, attraverso una corretta alimentazione ed attività fisica, sospendendo il fumo quando presente, trattando quando presenti l'ipercolesterolemia, il diabete e l'ipertensione arteriosa. ■

# Belle in gamba anche in menopausa

di **Flavio Bigi**

Specialista in Medicina Interna

Membro Soc. Française de Phlebologie - Responsabile Serv. Medicina Interna Radiologia Diotallevi

**E**sperienza comune che molte donne, nel periodo peri e post menopausa, riferiscono della comparsa o peggioramento di alcuni disturbi alle gambe, frequente espressione di una "insufficienza venosa".

**Perché questa naturale tendenza della insufficienza venosa cronica ad esprimersi con il passare degli anni, in particolare nelle donne in menopausa?**

Sebbene la causa rimanga ancora in parte oscura e complessa, la malattia venosa cronica degli arti inferiori (nota da millenni) interessa una larga percentuale della popolazione femminile e si evidenzia sempre più, da un punto di vista soggettivo ed oggettivo, con il passare degli anni e risulta particolarmente evidente nelle donne in menopausa.

Ma perché questa prevalenza femminile? Certamente un ruolo fondamentale spetta al sistema ormonale. I momenti chiave della fisiologia femminile (menarca, gravidanza, menopausa) sono, infatti, accompagnati da tempeste ormonali, responsabili, in soggetti predisposti, della comparsa o accentuazione di alcuni segni e sintomi a carico delle gambe quali *pesantezza, parestesie, dolori, crampi, gonfiore, edemi, comparsa di capillari e varici*.

Lo squilibrio ormonale tipico della menopausa, frequentemente favorisce ritenzione di liquidi, dilatazione venosa, aumento della permeabilità dei capillari venosi linfatici ed incre-

mento del peso che contribuiscono al rallentamento della circolazione venosa, favorendo il gonfiore delle gambe e la comparsa di inestetiche varicosità e varici.

Altri fattori, quali la maggiore sedentarietà, l'eccesso di alimentazione, e la comparsa o l'aggravarsi di patologie come l'artrosi e l'osteoporosi, spesso associati alla menopausa, concorrono ad un ulteriore sovraccarico dei capillari e vene determinando la comparsa di sintomi caratteristici come pesantezza delle gambe, cellulite e dolore.

Le manifestazioni cliniche della malattia venosa cronica dipendono infatti dalla presenza di due fenomeni tipici: *l'aumento della pressione venosa e l'alterazione della elasticità e permeabilità dei capillari*.

Molti degli eventi ormonali e comportamentali associati alla menopausa causano un peggioramento clinico a livello degli arti inferiori, con vari meccanismi. Anche alcune patologie (*diabete, scompenso cardiaco ecc.*), spesso presenti nelle donne in menopausa, determinano un aggravio della malattia venosa cronica degli arti inferiori attraverso una tendenza alla venodilatazione e danno a carico della parete dei capillari.

Cosa fare, dunque, per ridurre questa naturale tendenza della insufficienza venosa cronica ad esprimersi con il passare degli anni, in particolare nelle donne in menopausa?

In presenza di gambe che mostrano segni di affaticamento **la “contenzione elastica” rimane il cardine della terapia flebologica** ed i progressi nella fabbricazione di calze a compressione graduata decrescente sono tali da consentire, in quasi tutti i casi, l'uso di un collant, calza o gambaletto elastico efficace, confortevole ed estetico.

Un collant con compressione alla caviglia di 12-18 mm Hg rappresenta il più semplice ed efficace rimedio per ridurre la sensazione di gonfiore, pesantezza e dolore delle gambe e dovrebbe essere indossato da tutte le donne in particolare dopo la menopausa.

L'uso di **farmaci venolinfotonici**, che aiutino a riassorbire l'eccesso di liquidi interstiziali, risulta di particolare utilità; farmaci a base di curarine, diosmine, vit E e centella sono quindi consigliabilissimi per lunghi periodi.

Sempre utile risulta una fisioterapia decongestiva: la **ginnastica vascolare attiva**, praticata dalla paziente stessa al proprio domicilio, permette di agire sulle sinergie “muscolo-veno-linfatiche” e conservare una buona mobilità articolare, molto utile per il corretto funzionamento del circolo venoso degli arti inferiori.

Alcune **cure termali** (vasche per ginnastica vascolare e talassoterapia) rappresentano un ottimo supporto alla terapia farmacologica ed elastocompressiva; tuttavia, se non è possibile accedere a centri specializzati o non si ha sufficiente tempo disponibile, anche la semplice marcia in acqua conserva la sua indiscutibile utilità e per questo si potrà approfittare del periodo estivo per effettuare benefiche passeggiate nell'acqua del mare ad una profondità di 50-60 cm., per venti-trenta minuti.

Sempre utile (non solo per le vene!) una **riduzione dell'eccesso di peso**, modificando lo stile di vita, in modo da prevedere una maggiore attività fisica ed una più corretta educazione alimentare che induca ad una rinuncia a cibi eccessivamente calorici ed in generale a mangiare meno.

**A chi dovrà rivolgersi, dunque, una donna che in menopausa accusi pesantezza, gonfiore e dolore o che rilevi la comparsa di varici e teleangectasie agli arti inferiori?**

Una **visita medica flebologica** resta l'elemento insostituibile per la valutazione dei sintomi soggettivi (crampi, pesantezza, ecc) e segni clinici oggettivi (varici, edema, ulcere, ecc.) della Paziente, nonché indispensabile guida ad una giusta indicazione e corretta realizzazione delle indagini diagnostiche strumentali e scelte terapeutiche.

Tra le metodiche diagnostiche, il **“Doppler, l'eco-Doppler ed il color-Doppler”**, tutte non invasive e quindi ambulatoriali, mantengono ciascuna la propria peculiarità e specificità, e sono spesso tra loro integrate, per ottenere il massimo delle informazioni utili ad una corretta diagnosi della Paziente con malattia venosa cronica degli arti inferiori.

Una **TAC o RMN** sarà richiesta per lo studio delle vene profonde nel sospetto di una *tromboflebite*, quando gli esami Doppler non consentano un diagnosi di certezza. Anche la determinazione del *D-Dimero* nel sangue può fornire elementi per escludere tale sospetto diagnostico.

Il gonfiore delle gambe (*flebedema*, *linfedema* e *flebolinfedema*) e l'eccesso di tessuto adiposo con ritenzione idrica (*lipedema*) si possono gio-



# Osteoporosi e menopausa

di **Rossana Rosso**

Specialista in Medicina Interna

Dirigente 1° livello, Policlinico Umberto I - Roma

“**O**steoporosi” è una parola che deriva dal greco formata da due termini distinti: “osteon”, che significa osso e “poros”, che significa poro. Le ossa nelle persone colpite da questa malattia sono porose, con perdita di consistenza.

La prima descrizione medica dell'osteoporosi risale al 3000 a.C. Dopo circa 5000 anni con la scoperta dei raggi X (1896), è stato possibile studiare lo scheletro delle persone. Questo ha permesso, pertanto, di effettuare un'opportuna classificazione delle malattie metaboliche ossee.

L'osteoporosi è una **malattia dismetabolica** dello scheletro caratterizzata da una diffusa riduzione della massa ossea. Il tessuto osseo perde progressivamente la sua originaria compattezza e acquisisce un'anomala porosità che lo rende fragile e, di conseguenza, **esposto al rischio di fratture.**

## STRUTTURA DELLE OSSA

L'osso non è inerte, ma è un tessuto molto attivo dal punto di vista metabolico, che si rinnova costantemente e rapidamente nel corso della vita. Lo scheletro dell'individuo adulto contiene quasi il 99% di tutto il calcio presente nell'organismo.

Il tessuto osseo ha una struttura rigida e allo stesso tempo molto leggera. La rigidità è re-

sponsabile della resistenza, mentre la leggerezza è essenziale per consentire ai muscoli di poter muovere lo scheletro. Le due caratteristiche coesistono grazie alla presenza, all'interno delle ossa, di due tessuti differenti. Uno, detto corticale, è compatto e resistente ai carichi; l'altro detto trabecolare, presenta una struttura porosa per potersi adattare ai movimenti muscolari. L'80% della massa dello scheletro è composta da tessuto compatto che forma la superficie esterna di tutte le ossa; il restante 20% è formato da tessuto poroso rappresentato da un reticolo rigido.

La struttura generale dello scheletro è rappresentata da un substrato di proteine molto resistenti ed elastiche (collagene) nel cui contesto si depositano i cristalli di calcio e fosfato (idrossiapatite), che conferiscono rigidità e consistenza e da particolari cellule che prendono il nome di **osteoblasti** e **osteoclasti**. Queste lavorano insieme sviluppando le ossa nell'infanzia e nell'adolescenza, e garantendo un continuo rinnovamento nell'età adulta. Le ossa, infatti, non sono strutture statiche ma crescono, invecchiano, muoiono e si rinnovano.

**Gli osteoblasti** producono il tessuto dell'osso, sintetizzando il collagene che rappresenta il 65% della struttura dell'osso. Il successivo meccanismo della mineralizzazione delle ossa avviene grazie al calcio trasportato dal san-

gue. Gli osteociti, invece, sono i precursori degli osteoblasti.

**Gli osteoclasti** hanno il compito di rimuovere il tessuto osseo, privandolo prima del calcio e poi fagocitandolo. **La loro azione distruttrice è contrastata dagli estrogeni** (ormoni femminili prodotti dalle ovaie).

Entrambi i gruppi di cellule provvedono, pertanto, al continuo ricambio del tessuto osseo, sostituendo la parte vecchia con nuovo tessuto. Questo meccanismo è molto importante per la salute dell'osso poiché permette di rimediare alle microfratture che quasi ogni giorno si producono nello scheletro. Il processo metabolico generale prende il nome di **“rimodellamento”**.

**Se la quantità di osso formato è pari a quella di osso assorbito si ha una condizione di equilibrio metabolico. L'osteoporosi sopraggiunge come evento finale di una serie di cicli durante i quali viene riassorbito più osso di quanto non se ne formi.**

Questo può avvenire perché gli osteoclasti lavorano troppo o perché gli osteoblasti lavorano troppo poco, o per tutte e due le cause assieme.

Durante l'infanzia e l'adolescenza prevale la formazione di nuovo osso; ciò consente l'allungamento delle ossa e quindi la crescita, ma anche la deposizione di una adeguata quantità di minerale, che viene così accumulato come **“deposito”**.

La massima capacità individuale di accumulare minerale nell'osso viene raggiunta al momento del cosiddetto “picco di massa ossea”, intorno ai 20-25 anni nella donna ed i 25-30 anni nell'uomo. Dopo questa data, se i mec-

canismi di controllo funzionano bene, **l'osso rimane in equilibrio, nella donna sino alla menopausa**, nell'uomo sino a 65-70 anni. Alla menopausa, di norma tra i 45 anni e i 55 anni, la rapida cessazione della secrezione di estrogeni condiziona una **perdita progressiva di minerale dallo scheletro femminile**, di regola quantizzabile intorno all'1-2% per anno, e dipendente da un prevalere del processo di riassorbimento su quello di formazione.

Una menopausa precoce, o la menopausa chirurgica (ovariectomia) anticipano il momento in cui la donna inizia a perdere minerale. La riduzione del contenuto minerale osseo legata all'età nell'uomo (ma anche nella donna anziana) sembra dipendere soprattutto da un rallentamento della formazione.

È ovvio che l'entità del picco di massa ossea raggiunta in giovane età è determinante per la protezione dello scheletro nella postmenopausa e nell'anziano (come per un deposito bancario, un prelievo costante verrà meglio tollerato se il saldo iniziale è il più alto possibile).

## EPIDEMIOLOGIA

L'osteoporosi è stata dichiarata dall'Organizzazione mondiale della Sanità una “malattia sociale”. La sua diffusione è, infatti, altissima: in Italia colpisce più di 5 milioni di persone, di cui il 30% sono **donne in postmenopausa**. In Europa, Stati Uniti e Giappone si contano 75 milioni di persone malate di osteoporosi e nei soli USA, la malattia provoca ogni anno circa un milione e mezzo di fratture ossee.

L'aumento considerevole del numero dei malati nei Paesi industrializzati è dovuto soprattutto all'innalzamento della durata media del-

la vita che si è triplicata in un solo secolo di storia, portando ad oggi le prospettive di vita media alla nascita a 72,6 anni per gli uomini e a 79,2 anni per le donne.

## CAUSE

Non esiste un'unica causa che possa essere indicata come responsabile dell'osteoporosi. Ci sono, invece, una serie di **fattori di rischio** che, se presenti contemporaneamente, rendono **quasi inevitabile** la comparsa della malattia. Vediamoli nello specifico.

**Menopausa.** Nel periodo della postmenopausa la perdita della massa ossea avviene in maniera molto più rapida poiché la produzione di estrogeni è più bassa e questo impoverisce rapidamente il tessuto osseo. In questo periodo della vita è utile, pertanto, sottoporsi ad una terapia ormonale sostitutiva.

**Ereditarietà.** È più facile che la malattia si instauri in chi ha genitori con lo stesso problema. In questi casi è perciò importante una seria prevenzione.

**Dieta povera di calcio.** La carenza nutrizionale di calcio viene riconosciuta come fondamentale fattore di rischio nell'insorgenza dell'osteoporosi. Il calcio, infatti, è il minerale più presente nel nostro organismo e la maggior parte di esso (99%) si trova proprio nelle ossa. Se l'assunzione di calcio è insufficiente si ha una mineralizzazione ossea inadeguata nei giovani e una perdita di densità e massa ossea negli adulti e negli anziani.

**Vita sedentaria.** La rigenerazione delle ossa può avvenire in modo adeguato solo se la massa scheletrica può svolgere il suo compito fondamentale: sostenere il corpo durante i

movimenti. La sedentarietà, invece, priva l'osso dello stimolo a rigenerarsi e lo rende fragile e debole.

**Eccessiva magrezza.** Chi è troppo magro ha più probabilità di andare incontro alla malattia poiché la massa ossea (secondo numerosi studi) cresce in proporzione all'aumento di peso.

**Abitudini di vita nocive.** Il fumo di sigaretta aumenta il rischio di contrarre la malattia in quanto anticipa l'età della menopausa e, in genere, si associa a calo di peso corporeo. L'alcool, invece, ostacola l'assorbimento del calcio introdotto con l'alimentazione e, come già detto sopra, un deficit di questo minerale predispone all'osteoporosi. Infine, la caffeina aumenta le carenze di calcio poiché ne incrementa l'eliminazione con l'urina e le feci.

**Terapia cortisonica, terapia anticoagulante, assunzione di antiacidi a base di alluminio, terapia con antiepilettici, terapia con alcuni diuretici, terapia a base di ormoni tiroidei.**

A fianco dei fattori che inducono all'osteoporosi, esistono anche fattori che **proteggono** dal rischio di contrarre la malattia:

**Allattamento.** Le donne che allattano in maniera naturale e per periodi prolungati presentano una massa ossea migliore rispetto a chi non ha mai allattato. Probabilmente l'aumento della massa delle ossa è spiegato dall'innalzamento dei livelli di estrogeni.

**Attività fisica.** Chi cammina almeno 45 minuti al giorno per tre volte a settimana ha una massa ossea superiore rispetto alle persone che non si muovono quasi mai. L'attività fisica, pertanto, viene considerata come un importante fattore di prevenzione.

## SINTOMI

L'osteoporosi, purtroppo, non determina nessun sintomo fino a che non si verifica la frattura delle ossa. Per questo viene anche denominata "malattia silenziosa".

È comunque possibile individuare alcuni segnali d'allarme rivelatori della patologia:

**Dolori muscolari.** Si verificano a causa del collasso delle vertebre; i muscoli della schiena, dovendo sostenere la metà superiore del corpo, si contraggono innaturalmente, provocando il dolore.

**Dolore cronico alla colonna vertebrale.** Può avere delle forme acute localizzate nella parte inferiore del torace e in quella alta lombare quando si svolgono sforzi eccessivi, movimenti bruschi o se si subiscono dei piccoli traumi.

**Dolore a girarsi nel letto.** Le fitte, in questo caso, si attenuano solo quando si rimane immobili.

**Diminuzione dell'altezza.** Dovuta ad una incurvatura della schiena. Si verifica, di solito, una cifosi (curvatura nella parte superiore della schiena); in alcuni casi si arriva persino ad osservare una deformazione e un abbassamento della cassa toracica.

La conseguenza più temuta dell'osteoporosi restano, però, le fratture.

Le ossa maggiormente soggette a rompersi sono il collo femorale, le vertebre, il polso.

Tuttavia, tutte le ossa dello scheletro possono fratturarsi a causa dell'osteoporosi. Le persone più esposte a questi pericoli sono le **donne**, che hanno il 27% di probabilità in più di fratturarsi rispetto agli uomini. Nelle donne, infatti, la massa ossea inizia a diminuire a partire dai 35-40 anni a causa dell'invecchiamento fisico. Inol-

tre le donne sono dotate naturalmente di una massa ossea minore rispetto a quella degli uomini: verso i 50 anni le donne presentano il 15% circa di osso compatto in meno rispetto agli uomini. Più passa il tempo e più queste differenze aumentano poichè con l'arrivo della menopausa cessa, nelle donne, la produzione di estrogeni. Nei soggetti che assumono il contraccettivo orale (che contiene estrogeni), la massa ossea è maggiore rispetto a quella delle donne che non usano la pillola. Anche gli uomini, però, corrono dei rischi: dopo i 60 anni il pericolo di andare incontro all'osteoporosi e alle fratture è identico in entrambi i sessi.

## DIAGNOSI

La diagnosi precoce dell'osteoporosi è difficile perchè la malattia compare in modo molto silenzioso. Spesso si scopre la sua esistenza tramite radiografie effettuate per altri motivi. È necessario, quindi, sottoporsi ad accertamenti particolari.

L'esame base per valutare lo stato di salute delle ossa prende il nome di **densitometria ossea** e consente di stabilire il livello di densità ossea prima che si verifichi una frattura.

Oltre alla densitometria ossea esistono **altre tecniche di più recente introduzione.**

Questo tipo di indagini fanno parte della **Mineralometria ossea computerizzata (MOC).**

**L'ISPA (mineralometria a fotone singolo)** Esame eseguito sull'avambraccio: si tratta di una indagine vecchia e ormai superata.

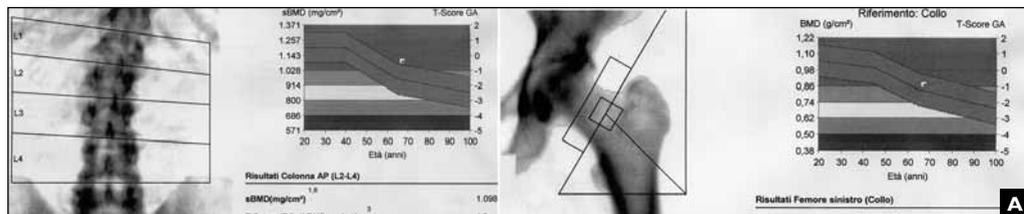
**La DPA (mineralometria a doppio raggio fotonico)** Misura la densità ossea a livello della colonna vertebrale, del femore e dello scheletro nel suo insieme, ma anche questo esame è ormai superato dal tipo di indagine che segue:

### LA MOC - DEXA

(MINERALOMETRIA A RAGGI X - DEXA)

Quest'ultimo tipo di Moc è **il più preciso e il meno invasivo**. Sfrutta lo stesso principio della DPA, ma la fonte è un tubo a raggi X. La

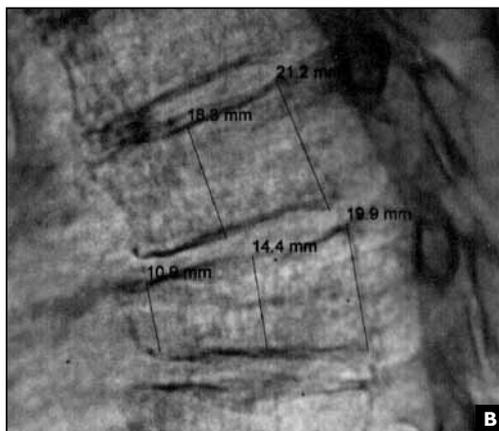
durata dell'esame è minore (dai 5 ai 7 minuti) e pertanto espone ad una **minor dose di radiazioni**. Con la DEXA si può esaminare il tessuto osseo del femore, della colonna vertebrale e di tutto lo scheletro (*figura A*).



### LA MORFOMETRIA VERTEBRALE

La Radiologia convenzionale è tuttora necessaria allo scopo di misurare l'altezza del corpo vertebrale. Sono generalmente considerate fratture le riduzioni di una delle altezze del corpo vertebrale maggiori del

20% rispetto alle vertebre vicine, o una riduzione maggiore di 4 millimetri in valori assoluti. In particolare, è preferibile la morfometria vertebrale **digitale**, che consente misurazioni precisissime, assistite dal computer (*figura B*).



Esistono infine altre tecniche, meno diffuse.

**La TAC** (Tomografia Assiale Computerizzata), ad esempio, che si usa per misurare la densità di minerale presente nelle ossa a livello della colonna vertebrale. Il suo uso però, a causa delle alte dosi radianti a cui sottopone il Paziente e agli alti costi che comporta, è limitato a casi particolari.

Ci sono poi le metodiche ultrasonografiche che forniscono informazioni anche sulla elasticità e struttura della massa ossea, potendo pertanto essere considerato complementare all'esame MOC-DEXA, che rimane comunque l'esame che a livello internazionale viene ritenuto come il più indicato.

**L'esame MOC** è l'unica misurazione in grado di darci una risposta in termini quantitativi, e ci consente di confrontare la massa ossea del Paziente in esame con quella del soggetto normale di pari età o con quella ideale di un soggetto adulto che ha raggiunto un picco di massa ossea adeguato.

La differenza in più o in meno del dato rilevato nel soggetto in esame dal valore medio della popolazione di riferimento viene espressa come Deviazione Standard (DS).

Il numero di DS dalla media per ogni soggetto valutato si indica con il termine di "**Z score**" se ci si riferisce al controllo di pari età, e con il termine di "**T score**" se ci si riferisce al controllo giovane adulto.

Ogni DS in meno corrisponde all'incirca ad una riduzione del 10 -15% rispetto alla media di riferimento.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stabilito i criteri in base ai quali un soggetto può essere definito normale oppure osteoporotico in base alle rilevazioni della MOC.

1. Il soggetto è normale se la densità minerale (BMD) è compresa entro IDS in più o in meno rispetto all'adulto (T score tra +1 e -1).
2. Il soggetto ha una massa ossea ridotta (osteopatia) se la sua BMD si colloca tra -1 e -2.5 DS dal valore medio dell'adulto (T score -1 e -2.5).
3. Il soggetto è osteoporotico se la sua BMD è di -2.5 DS od oltre, sempre nei confronti dell'adulto (T score < di -2.5).
4. Il soggetto ha una osteoporosi severa (o conclamata) se oltre ad un T score < di -2.5 ha avuto anche una o più fratture atraumatiche o per traumi molto lievi.

Per ognuna di queste condizioni il Medico ha a disposizione linee guida per una diagnosi più

approfondita e per una scelta terapeutica efficace da applicare caso per caso.

## PREVENZIONE

La prevenzione dell'osteoporosi deve essere attuata sin dai primi anni di vita, da quando inizia, cioè, lo sviluppo delle ossa. Le regole da seguire per mantenere sana la massa ossea sono principalmente tre:

**Attività fisica.** L'abitudine a muoversi è fondamentale per prevenire malattie alle ossa. Le persone che vanno in palestra, infatti, incorrono in misura minore nell'osteoporosi. Gli sport migliori da praticare sono la ginnastica dolce, la bicicletta e le passeggiate a passo sostenuto su terreni pianeggianti. Va sottolineato, però, che anche l'esercizio fisico, se svolto male e in quantità eccessiva, può essere dannoso.

**Esposizione ai raggi solari.** La luce solare, infatti, è in grado di stimolare l'organismo a produrre vitamina D. Questa svolge molte funzioni importanti per la salute dell'osso e le principali riguardano:

- un miglior assorbimento del fosforo e del calcio a livello intestinale, che vedremo più avanti essere indispensabili alla salute delle ossa;
- la regolazione dei livelli plasmatici di calcio;
- un'adeguata mineralizzazione dello scheletro.

**Dieta adeguata.** L'alimentazione, sia nell'adulto, sia nel bambino, è di fondamentale importanza per mantenere sane le ossa dello scheletro. La prima regola da seguire è quella di introdurre una grande varietà di alimenti contenenti calcio. Il minerale, infatti, è il maggior componente del tessuto osseo (99%) e svolge quindi un ruolo importante nella prevenzione dell'osteoporosi. Il fabbisogno di calcio giornaliero varia a seconda dell'età. Una

fase particolarmente critica è l'adolescenza: tra i 15 e i 20 anni, infatti, la crescita delle ossa si completa e si ha un primo consolidamento dello scheletro. Un altro periodo delicato è la gravidanza, poiché il nascituro deve accumulare circa 30 grammi di calcio al giorno, soprattutto negli ultimi tre mesi di gestazione. Anche l'allattamento è una fase della vita in cui il fabbisogno di calcio aumenta; la donna che allatta, infatti, spende circa 160-300 mg di calcio materno al giorno per la produzione di latte. Infine è importante assumere elevate quantità del minerale anche quando si è in peri e post menopausa.

Più precisamente i dietologi, da alcuni anni, hanno calcolato il giusto ammontare della quantità di calcio da ingerire in una dieta bilanciata e hanno messo a punto, così, i LARN (livelli di assunzione raccomandati di energia e nutrienti per gli italiani) Tab. 1, 2:

Tab. 1 **Quantità di calcio (mg/die) da assumere con la dieta per età**

ETÀ	LIVELLI DI CALCIO
0-6 mesi	400 mg al giorno
7-12 mesi	600 mg al giorno
1-10 anni	800 mg al giorno
11-24 anni	1200-1550 mg al giorno
25-65 anni	1000 mg al giorno
>65 anni	1500 mg al giorno

Tab. 2 **Quantità di calcio (mg/die) da assumere con la dieta per fase di vita**

ETÀ	LIVELLI DI CALCIO
Gravidanza	1200 mg (o più) al giorno
Post-menopausa con terapia Ormonale sostitutiva	1000 mg al giorno
Post-menopausa senza terapia Ormonale sostitutiva	1500 mg al giorno

Perché il calcio possa essere reso disponibile, però, è necessario che sia assorbito attraverso un meccanismo particolare. Questo si verifica prevalentemente nel duodeno ed è direttamente regolato dalla vitamina D. Il comportamento del nostro organismo nell'assorbire il calcio, però, non è lineare. Più precisamente il sistema di assorbimento prevede che **tanto più calcio viene introdotto con la dieta, minore risulta l'assorbimento del minerale da parte dell'intestino**. Se la dieta, invece, è povera di calcio, l'intestino ne assorbe in quantità maggiori. Questo strano meccanismo, inoltre, aumenta con il passare degli anni: i bambini, per esempio, assorbono fino al 75% del calcio ingerito, mentre gli anziani ne riescono ad assorbire solo il 20-40%. **In quali alimenti, però, è possibile trovare il minerale?** Una buona fonte di calcio sono il latte ed i suoi derivati. Le persone che ogni giorno consumano almeno 1/4 di litro di latte e almeno 1/2 etto di di formaggi introducono circa 90 mg di calcio. Anche alcune verdure a foglia che contengono molto calcio: le più importanti sono i broccoli e i cavoli. Vi sono, poi, alcuni tipi di pesce che non vanno trascurati; tra questi ricordiamo le alici, il salmone e le sardine. Non bisogna dimenticarsi della frutta secca, dei cereali integrali, della soia e dei legumi. Una dieta ricca di questi alimenti dovrebbe coprire il fabbisogno di calcio giornaliero.

Un altro elemento importante per tenere il più possibile lontana la malattia è il **fosforo**. Questo minerale, infatti, favorisce il mantenimento della massa ossea. Vediamo allora, più precisamente, quanto fosforo e quanto calcio sono presenti in alcuni tipi di alimenti (Tab. 3):

Tab. 3

ALIMENTO (100 g)	CONTENUTO DI CALCIO	CONTENUTO DI FOSFORO
Grana	1310 mg	750 mg
Pecorino	1160 mg	675 mg
Emmenthal	1145 mg	700 mg
Fontina	870 mg	561 mg
Caciotta	750 mg	600 mg
Gorgonzola	612 mg	356 mg
Tuorlo d'uovo	147 mg	586 mg
Latte scremato	122 mg	97 mg
Latte parz. scremato	120 mg	94 mg
Yogurt	120 mg	90 mg
Latte intero	119 mg	93 mg
Carciofi	86 mg	67 mg
Spinaci	78 mg	62 mg
Arance	49 mg	25 mg
Piselli	47 mg	100 mg
Lattuga	45 mg	30 mg
Carote	44 mg	37 mg
Tonno	38 mg	264 mg
Salame	35 mg	225 mg
Mandarini	33 mg	215 mg
Asparagi	25 mg	70 mg
Merluzzo	25 mg	194 mg
Tacchino	23 mg	1270 mg
Margarina	20 mg	16 mg
Prosciutto crudo	20 mg	177 mg
Marmellata	18 mg	7 mg
Pasta	17 mg	165 mg
Albicocche	16 mg	16 mg
Burro	15 mg	16 mg
Pane	15 mg	73 mg

Non bisogna, poi, dimenticare di **bere molta acqua** ricca di calcio e di **non eccedere con il consumo di bevande alcoliche**. L'alcool, infatti, agisce sul metabolismo dell'osso favorendo l'azione negativa degli osteoclasti, a discapito di quella positiva degli osteoblasti. In più impedisce l'assorbimento del calcio da parte dell'organismo.

## TERAPIA

**La terapia farmacologia deve essere consigliata è monitorata sempre e solo dal Medico**, il quale sceglie caso per caso il farmaco più indicato per l'età e le condizioni cliniche della Paziente.

I farmaci sono suddivisi in due classi: inibitori del riassorbimento osseo e stimolatori della formazione di nuovo osso. I primi sono utilizzati più frequentemente perché rallentano la fase riassorbitiva nel ciclo di rimodellamento, lasciando invariata l'attività di formazione. Poco usati i secondi. Poiché quasi tutte le forme di osteoporosi primaria e secondaria sono caratterizzate da un incremento del riassorbimento a spese della formazione, il risultato finale della terapia con farmaci inibitori del riassorbimento è l'aumento della densità ossea.

### Sono principalmente antiriassorbitivi:

- gli estrogeni: vengono prescritti dal Ginecologo come terapia sostitutiva nella postmenopausa, sia da soli che in associazione con progestinici.
- SERM: svolgono un'azione simile a quella degli estrogeni su osso, fegato ed apparato cardiovascolare, mentre contrastano gli estrogeni su mammella e utero. In termini di sicurezza questo significa che i SERM aumentano la massa ossea e riducono il rischio di frattura, *riducendo l'incidenza di carcinoma mammario nelle pazienti trattate*.
- bifosfonati: bloccano l'attività degli osteoclasti
- calcitonina: è un ormone prodotto dalle cellule C della tiroide, ad attività ipocalcemizzante ed antiriassorbitiva. E' un farmaco attualmente superato, mantiene indicazioni solo per la sua rilevante azione analgesica
- Vitamina D: favorisce l'assorbimento intestinale del calcio, va usata con cautela nei soggetti predisposti alla calcolosi urinaria. ■

# Lo specialista risponde

## Menopausa e mal di schiena

a cura di **Francesco Saverio Pastore**

Specialista in Neurochirurgia - Ricercatore Università Tor Vergata, Roma

*Gentile Dottore, sono una impiegata di 55 anni, da dieci circa in menopausa e da allora afflitta da un mal di schiena "a sbarra", che aumenta quando sono costretta a mantenere la stessa posizione a lungo (in piedi o seduta).*

*Di solito, ma non sempre, il riposo a letto mi allevia i disturbi.*

*Il medico di famiglia, osservando le radiografie della colonna, ha parlato di "schacciamento" delle vertebre lombari. Mi ha prescritto anche una MOC che parla di una osteoporosi di grado lieve-moderato. Cosa mi devo aspettare per il futuro? Dovrò operarmi oppure devo rassegnarmi ad una vita fortemente limitata fino all'immobilità?*

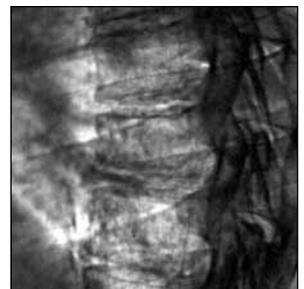
(V.S., Frosinone)

La Signora non ci dice se è in sovrappeso e non ci descrive la sua attuale situazione ormonale, tuttavia menziona un problema molto comune. Bisogna sgomberare il campo però da un equivoco frequente: per "schacciamento" o "frattura" vertebrale si intende una **riduzione di altezza del corpo vertebrale** (fig. A) che interessa generalmente le vertebre dorsali e quelle della giunzione dorso-lombare, dovuta ad un cedimento della struttura ossea di sostegno del corpo vertebrale (che sopporta la maggior parte del carico). La causa più frequente di questo fenomeno nelle donne in menopausa è l'**osteoporosi, tipica della menopausa**; il grado di osteoporosi che può innescare questo fenomeno deve essere però notevole, oppure deve associarsi un evento traumatico a carico della colonna vertebrale, tale da sottoporre il corpo vertebrale indebolito ad una

sollecitazione che non è in grado di sopportare. Il sintomo cardine di questa situazione patologica è il dolore vertebrale locale, spesso intensissimo che, di solito, si accentua immediatamente con l'assunzione della stazione eretta. La terapia consiste nella eliminazione del carico sul corpo vertebrale finché la vertebra non consolidi. Questa contenzione si può realizzare con corsetti rigidi o, più recentemente, con la iniezione di resine biocompatibili (liquide durante la procedura e poi rapidamente indurentisi) sotto pressione

(fig. A)

Riduzione di altezza del corpo vertebrale, per osteoporosi: questa è una condizione tipica della menopausa, anche se non esclusiva.



all'interno del corpo vertebrale collassato, fino a ripristinare una morfologia adeguata (vertebro-plastica). Occasionalmente i frammenti del corpo vertebrale schiacciato possono sporgere nel canale vertebrale che contiene la corda midollare (midollo nervoso) con gravi disturbi di forza agli arti inferiori, nel qual caso si impone un intervento d'urgenza di rimozione dei frammenti e di eventuale stabilizzazione.

Del tutto diversa è la situazione in cui i corpi vertebrali specie a livello lombare e lombo-sacrale appaiono ravvicinati tra di loro, **poiché si riduce l'altezza disco intervertebrale** che li separa (fig. B). Ciò è spesso conseguenza della *disidratazione del nucleo stesso del disco* che va immaginato come una pallina d'acqua racchiusa in un "castone" fibro-elastico con la precisa funzione di **ammortizzatore tra due vertebre**. Quando la perdita del contenuto d'acqua rende questo meccanismo meno efficace, l'attrito tra i due corpi vertebrali aumenta; il disco può sporgere posteriormente sotto carico e premere su una radice nervosa (ricordiamo che a livello lombare e lombo-sacrale queste contribuiscono a formare i vari nervi degli arti inferiori tra cui lo sciatico) oppure semplicemente premere su un "nastro" legamentoso che lo riveste posteriormente, ricco di terminazioni dolorifiche, innescando la cosiddetta lombalgia. Una conse-

guenza a più lungo termine è rappresentata da una precoce artrosi vertebrale. La situazione descritta (che presumibilmente corrisponde a quella della Paziente che scrive) non ha relazione con la menopausa, a parte l'eventuale sovrappeso. C'è invece in questi Pazienti una certa predisposizione costituzionale alla disidratazione discale che è un fenomeno fisiologico con l'età ma che si manifesta più precocemente e con maggiore rilevanza sul piano dei sintomi. Questi consistono in dolori lombari "a fascia", che tipicamente hanno un andamento altalenante: cioè vi sono periodi di settimane o mesi di relativo (ma di rado completo) benessere alternati a periodi di intense e continue algie, senza che spesso si possa ravvisare una relazione diretta con la intensità o la continuità dell'attività fisica. D'altronde vi è invece una relazione con le posture prolungate, mentre generalmente il riposo a letto è di sollievo.

Le terapie proposte sono molteplici anche se nessuna infallibile. Le mobilizzazioni della colonna che si ottengono con alcuni tipi di ginnastica (posturale ad es.) ed il riadattamento segmentario della stessa con la risoluzione di contratture croniche muscolari può essere efficace; poco significativi invece i risultati con contenzioni leggere (di stoffa ad es.). Per quanto riguarda le procedure più invasive, la aspirazione per via percutanea del disco degenerato, come pure l'iniezione di ozono o di altre sostanze che inducano una digestione chimica dello stesso, dopo un iniziale entusiasmo e qualche successo, hanno sostanzialmente deluso le aspettative. Promettente, ma in attesa di verifiche su grandi numeri è la coartazione del medesimo nucleo con radiofrequenza sempre per via percutanea. ■



(fig. B)  
I corpi vertebrali sono normali ma le distanze tra gli stessi sono ridotte, per discopatia: questa condizione è possibile in un'ampia fascia di età e in entrambi i sessi.

## Medicina e innovazione tecnologica

# Stop alla claustrofobia

## Un apparecchio di risonanza magnetica articolare

di **Remo Diotalle**

Medico Specialista in Radiologia e Gastroenterologia  
 Responsabile Servizio Gastroenterologia Radiologia Diotallevi  
 già Primario Radiologo Ospedale S. Giovanni Addolorata, Roma

La Risonanza Magnetica rappresenta la novità più recente nel campo della Diagnostica per Immagini, e costituisce non soltanto un punto di arrivo della ricerca tecnologica, ma anche una branca in continua evoluzione.

Inizialmente utilizzata soltanto per lo studio del sistema nervoso, nel corso degli anni la RM ha evidenziato tutte le sue potenzialità nel campo della diagnostica osteoarticolare, toracica e addominale.

Come ormai universalmente noto, l'esame di Risonanza Magnetica viene effettuato posizionando il Paziente in una specie di tunnel all'interno di un magnete, nel quale il soggetto deve mantenere l'immobilità assoluta per tempi molto lunghi, a volte quasi un'ora.

Per questo motivo una parte dei Pazienti (circa il 25%) ha **problemi di tipo claustrofobico** durante l'esame, tali da renderne spesso impossibile l'esecuzione.

Ma se da una parte l'introduzione del lettino nel tunnel risulta assolutamente necessaria per lo studio del sistema nervoso, della colonna, del torace o dell'addome, dall'altra non se ne comprende l'indispensabilità per quanto attiene gli esami degli arti.

Già nel corso dei primi anni di introduzione

della Risonanza ci si era resi conto di come la rinuncia ad una elevata percentuale di esami articolari a causa dei problemi claustrofobici rappresentasse un significativo danno sociale, anche in considerazione del continuo aumento della richiesta (basti pensare alla traumatologia sportiva o al notevole aumento delle artropatie senili in relazione all'allungamento della vita media.).

Questa evidenza ha spinto negli ultimi anni alcune Aziende produttrici a progettare e a produrre apparecchiature di concezione completamente nuova, **dedicate esclusivamente allo studio delle articolazioni periferiche**.

Le più diffuse sono caratterizzate da un magnete di piccole dimensioni in cui è sufficiente introdurre l'articolazione da esaminare (es. il polso o il ginocchio), mentre il Paziente è comodamente seduto su una poltroncina (fig. **A**). Una seconda generazione di questi apparecchi, di recentissima introduzione, consente di studiare tutte le articolazioni del corpo facendo semplicemente sdraiare il paziente su un lettino di un macchinario abbastanza simile nell'aspetto e nelle dimensioni ad un apparecchio convenzionale per raggi-x quindi, senza alcun

problema collegato a fastidiosi tunnel o ad ambienti chiusi o ansiogeni (fig. B).

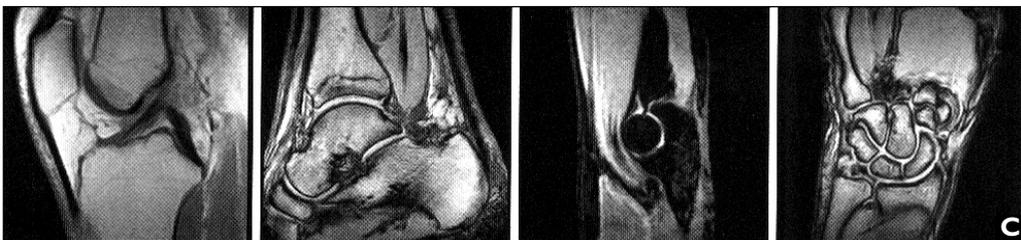
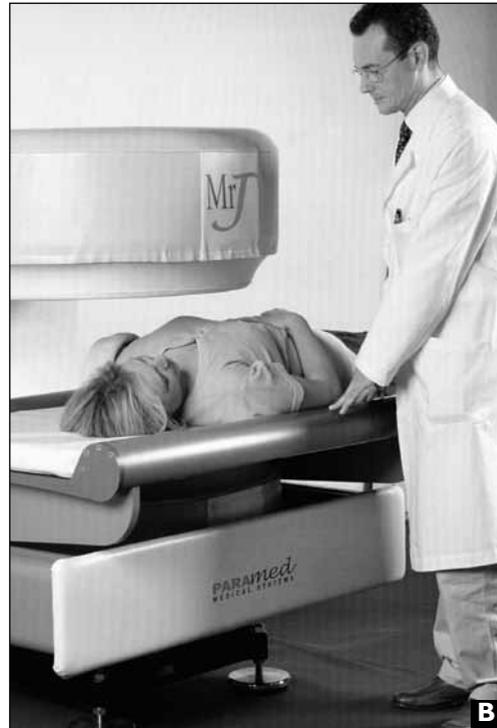
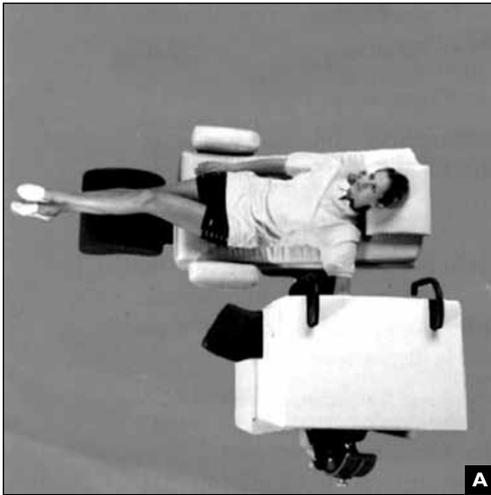
**Questi apparecchi eliminano completamente l'inconveniente della claustrofobia garantendo nel contempo il massimo confort del Paziente, e consentono di eseguire indagini articolari di livello elevatissimo (fig. C).**

Anche i problemi di protezione ambientale sono quasi inesistenti e risultano in ogni caso estremamente ridotti rispetto agli apparecchi RM di tipo tradizionale.

L'utilità delle apparecchiature descritte è parti-

colarmente evidente nei Pazienti nella fascia di età più avanzata, tra i quali la prevalenza delle patologie articolari è elevata, pertanto anche nella donna in età menopausale, in cui avvertiamo l'esigenza di coniugare l'accuratezza dell'indagine alla comodità di esecuzione della stessa. La praticità di queste apparecchiature è tale da averne esteso l'uso (in alcuni Centri negli Stati Uniti) anche in Pronto Soccorso.

Infine, ci fa molto piacere e ci rende orgogliosi notare che l'Azienda leader mondiale nella progettazione e nella produzione di RM articolare è italiana. ■



# Patologia del cavo orale in menopausa

di **Enrico Moglioni**

Medico Chirurgo, Odontoiatra

Presidente Nazionale ARASS, Associazione per la Ricerca e le Attività Sociali in Stomatologia

**G**li ormoni sessuali femminili modulano la maturazione dei caratteri primari e secondari nella donna, ma interagiscono anche con organi bersaglio diversi, fra cui la cavità orale.

In questo articolo evidenzieremo brevemente le possibili manifestazioni orali indotte dalle variazioni ematiche degli ormoni sessuali femminili nel corso della menopausa.

La menopausa può essere definita come l'interruzione irreversibile del ciclo mestruale, che si realizza di solito tra i quarantacinque ed i cinquantacinque anni. Si chiama pre-menopausa il periodo di tempo che la precede.

Come noto, le principali patologie che vanno previste e tenute pertanto in massima considerazione durante il climaterio e la menopausa sono l'osteoporosi, le malattie cardiovascolari e l'ipertensione. Non tutti sanno, però, che nello stesso periodo alcuni cambiamenti significativi riguardano **anche la cavità orale**, nella quale sono evidenti manifestazioni cliniche collegate alle patologie sistemiche sopradette oppure direttamente correlate alla diminuzione del tasso estro-progestinico.

Molti studi indicano chiaramente che l'osteoporosi in menopausa si manifesta anche a livello delle ossa mascellari o mandibolari.

L'osteoporosi è una delle condizioni tipiche della menopausa ed è contraddistinta dalla diminuzione della densità ossea, con ridotta resistenza

scheletrica e maggiore incidenza delle fratture. Poiché i denti sono radicati in strutture ossee (mascellari e mandibolari), il deterioramento di queste porta ad un inevitabile indebolimento del loro ancoraggio. Di conseguenza, diventano più facili anche le infiltrazioni all'interno delle strutture che circondano il dente e, pertanto, l'**attacco batterico**, responsabile dei maggiori danni gengivali.

È comprovata inoltre l'interazione diretta degli ormoni sessuali femminili con il cavo orale.

La ragione di tale relazione è dovuta alla presenza di recettori ormonali per gli estrogeni e il progesterone nel parodonto, definito come l'insieme delle strutture che circondano il dente, ossa e gengive comprese.

L'esame della letteratura scientifica evidenzia come questi ormoni agiscano come veri e propri modulatori della risposta dell'ospite e come la loro modificazione determini una maggiore suscettibilità alle infezioni del cavo orale.

Un altro problema legato molto spesso al periodo della menopausa è la **“sindrome della bocca urente”** o **“della bocca che brucia”**, un disturbo dalle cause non del tutto chiare, forse con componente psicogena, che colpisce soggetti con mucose orali clinicamente normali in cui sia stata esclusa qualsiasi eziologia di tipo medico od odontoiatrico. Molti sono i termini usati in passato per indicare la sindrome

della bocca che brucia tra i quali glossodinia, glossopirosi, stomatodinia, stomatopirosi, lingua urente e disestesia orale. La ricerca, appunto, ha evidenziato che questa sindrome colpisce prevalentemente le donne, in modo particolare dopo la menopausa.

Ma allora come deve comportarsi la donna **dal punto di vista preventivo**, nel periodo della menopausa?

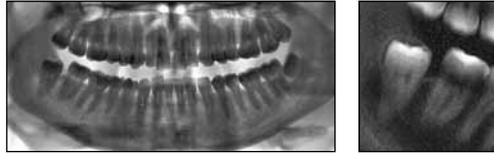
Accurati esami dentali ed igiene orale, sempre importanti, lo sono in modo particolare per le donne in menopausa.

Sono consigliabili almeno due visite dentistiche ogni anno, che diventano assolutamente obbligatorie qualora subentrino problemi gengivali quali sanguinamento, infiammazione, alito cattivo, mobilità dentale, sensazioni fastidiose nel chiudere la bocca.

È inoltre importante che il dentista sia informato dei trattamenti farmacologici in corso, nonché di eventuali condizioni di osteoporosi. I risultati della **mineralometria ossea computerizzata (MOC)**, unitamente alle indagini radiologiche che consentono di valutare la qualità e la quantità di osso a disposizione, devono pertanto essere comunicati al Dentista.

Un recente studio apparso sul Journal of the American Dental Association ha messo in evidenza come l'ortopantomica sia l'esame ottimale per lo studio routinario delle arcate dentarie, risultando allo stesso tempo particolarmente utile per identificare anche eventuali calcificazioni ateromatose a livello delle carotidi.

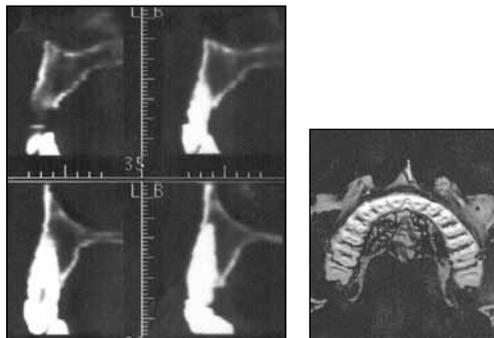
L'evoluzione tecnologica ha consentito di recente l'introduzione nella pratica clinica della ortopantomica digitale, con notevole incremento delle potenzialità diagnostiche dell'indagine e possibilità di ingrandimenti dettagliati (vedi in alto).



Infine, qualora la compromissione delle strutture di sostegno sia tale da far prevedere la possibile sostituzione di alcuni denti con impianti, L'Odontoiatra richiederà una indagine ad altissimo contenuto diagnostico, la **Tac con Denta-Scan**, che consentirà una accurata valutazione delle strutture ossee di sostegno del dente, con ricostruzioni 2D e 3D (figure in basso). Dal punto di vista dell'**igiene orale** la pulizia dei denti con spazzolino e filo interdentale deve essere quotidiana ed accurata dopo ogni pasto.

Per quanto sopra esposto risulta chiaro che la terapia sostitutiva ormonale prescritta dal Medico di fiducia può risultare efficace anche come trattamento preventivo delle patologie orali.

Non sono da escludere poi eventuali interventi dietetici, anch'essi concordati con il Medico Curante, rivolti in particolare ad una **migliore assunzione di calcio**. Il corretto quantitativo è compreso tra i 1000-1300 mg al giorno e le fonti principali sono i latticini, preferibilmente a basso contenuto di grassi, i broccoli, i cereali ed eventualmente gli integratori di calcio. ■



Ricostruzione 2D.

Ricostruzione 3D.

# Brevemente...

di Paolo Dotallevi

Durante la **menopausa** l'assetto ormonale della donna si modifica radicalmente. Le ovaie infatti, cessano di produrre estrogeni e progesterone, determinando una "tempesta fisiologica" responsabile di vari disturbi. Proviamo ora a riassumere i punti salienti degli articoli pubblicati.

## I SINTOMI TIPICI DELLA MENOPAUSA

I principali sono irritabilità, ansia, depressione, insonnia, vampate di calore, perdita di elasticità della pelle, aumento di peso corporeo, disturbi circolatori degli arti inferiori, sintomi vari a carico dell'apparato urogenitale (secchezza della mucosa, incontinenza, prolasso), disturbi del cavo orale (bruciore, infezioni, paradentosi). Aumenta l'incidenza degli incidenti cardiovascolari, così come il rischio di fratture, collegate all'osteoporosi.

## ALCUNE BUONE ABITUDINI DA ASSUMERE

- Astensione dal fumo, riduzione al minimo degli alcolici
- Alimentazione ricca di verdure e povera di grassi saturi
- Assunzione quotidiana di una adeguata quantità di latte e latticini (*contengono calcio*) senza eccedere in colesterolo (*preferire il latte scremato*)
- Assunzione giornaliera di almeno due litri di acqua
- Controlli periodici della pressione
- Controlli mammografici periodici e Pap-test
- Esercizio fisico moderato ma costante (*ginnastica, bici, passeggiate*)
- Uso abituale di calze elastiche a compressione graduata
- Ginnastica vascolare al proprio domicilio
- Passeggiate in acqua d'estate
- Due visite dentistiche annue, igiene orale accurata

## IL RUOLO DEL MEDICO

Il Medico curante resta il punto di riferimento per la visita generale periodica. La terapia ormonale sostitutiva, prescritta quando necessario dal Ginecologo, ricrea l'assetto ormonale precedentemente dovuto all'attività delle ovaie e migliora tutti quei disturbi che, come abbiamo visto, caratterizzano la menopausa. In caso di problemi specifici si eseguiranno gli esami necessari e si consulterà lo Specialista di volta in volta competente (Radiologo, Angiologo, Cardiologo, Internista, Odontoiatra, Senologo).

Più  
Xte!

O<sub>3</sub>

# OLTRE IL PULITO

## SANIFICAZIONE ALL'OZONO

L'ozono è un gas naturale che possiede un grande potere disinfettante. Attivo per la disinfezione dell'acqua e dell'aria, ha una straordinaria efficacia su **batteri, virus, muffe, funghi**, ed ha inoltre un'azione **deodorante**.

## PULIZIA E IGIENIZZAZIONE DIRETTAMENTE A CASA!!!

→ MATERASSI → TENDAGGI → TAPPEZZERIE → DIVANI  
NON SOLO PER LA CASA, MA ANCHE PER L'AUTO, IL CAMPER, LA BARCA

**INOLTRE**

## LINEA HYGIENE BOX CLEAN LA RIVOLUZIONE DELL'IGIENE ABBIGLIAMENTO E OGGETTI

→ ABITI → CAPPELLI → SCARPE → CASCHI → PASSEGGINI  
MA ANCHE PER CUSCINI, COPERTE, TAPPETI E MOLTO ALTRO

L'OZONO ELIMINA  
BATTERI  
VIRUS  
ACARI  
MUFFE



E RIMUOVE  
TUTTI GLI ODORI

PER I SERVIZI  
DI SANIFICAZIONE A DOMICILIO

**CHIAMA SUBITO**

il numero verde gratuito

**800 598627**

oppure scrivi una mail a:

[info@servizisanificazione.it](mailto:info@servizisanificazione.it)

[WWW.SERVIZISANIFICAZIONE.IT](http://WWW.SERVIZISANIFICAZIONE.IT)



# EOSMED®

DIRETTORE DR. PAOLO DIOTALLEVI

AZIENDA CON SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ CERTIFICATA UNI EN ISO 9001:2008



## LABORATORIO ANALISI CLINICHE

Analisi di routine \_ PRIME TEST \_ Microbiologia \_ Parassitologia \_  
Infettivologia \_ Markers tumorali \_ Analisi ormonali \_ Monitoraggio farmaci e  
droghe \_ HIV \_ Pap Test



## DIAGNOSTICA PER IMMAGINI \*

Radiologia interamente digitale \_ Ortopanoramica e  
Telecranio digitale \_ Esami contrastografici \_ Mammografia \_  
Ecografia \_ Ecocardiografia \_ Color-Doppler \_ MOC \_ TC \_ RM



## POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

Medicina interna \_ Cardiologia \_ ECG \_ Angiologia \_ Neurologia \_  
Neurochirurgia \_ Elettromiografia \_ Elettroencefalografia Endocrinologia \_  
Gastroenterologia \_ Endoscopia \_ Ginecologia \_ Oculistica \_  
Otorinolaringoiatria \_ Ortopedia \_ Dermatologia \_ Ginnastica Posturale



## RISONANZA MAGNETICA APERTA

### TAC SPIRALE - DENTASCAN

## CENTRO DI RADIOLOGIA ODONTOIATRICA

Ortopanoramica digitale \_ Teleradiografia del cranio digitale \_  
Esami radiologici occlusali \_ Studio diretto e stratigrafico digitale delle ATM \_  
TAC arcate dentarie \_ Dentascan



## TAC "CONE BEAM"

## OFFERTA FORMATIVA PER OPERATORI SANITARI

Il Centro è la Sede dei Corsi ECM di Radiologia Odontoiatrica dell'ARASS e  
della SIAMEG - *Direttore: Dr. Paolo Diotallevi*



00177 Roma - Via Prenestina 321 (Largo Irpinia)  
Tel. e Fax 06.299391 - 298286 r.a. - [segreteria@eosmed.it](mailto:segreteria@eosmed.it)

**Orario continuato Lun-Ven 8,00/19,00 - Sabato 8,00/12,30**  
**Convenzioni SSN**

[www.eosmed.it](http://www.eosmed.it)



**Radiologia Dr. Diotallevi Srl**  
RADIOLOGIA DIGITALE - ECOGRAFIA - MOC -  
RM - TAC - DENTASCAN - POLIAMBULATORIO  
00177 Roma - Via Prenestina 321 - scala A  
Tel. e Fax 06.299391 - 298286 r.a. - [posta@eosmed.it](mailto:posta@eosmed.it)  
ARCHIVIO FSCALE: 00128 Roma - Via Basile 16



**Salus 2000 Srl**  
LABORATORIO ANALISI CLINICHE  
00177 Roma - Via Prenestina 321  
Tel. e Fax 06.274241 - [posta@eosmed.it](mailto:posta@eosmed.it)  
ARCHIVIO FSCALE:  
00128 Roma - Via Basile 16  
Tel. e Fax 06.27868247



**ARASS - No profit**  
RICERCA E FORMAZIONE IN AMBITO  
SANITARIO  
Via S. Spirito, 47 - Castel Gandolfo 00040 (Roma)  
Tel. 06.89683645  
[segreteria@arass-noprofit.org](mailto:segreteria@arass-noprofit.org)