Una pubblicazione by boxmedia story tellers

In collaborazione con
SIM, Rossella Nappi

Menopausa

Entra nella dimensione Box Media

- **Il problema dell'Atrofia Vulvo Vaginale**
  che patologia è, cosa comporta e come possiamo trattarla
- **Storytelling, testimonianze dirette**
  cercando un bambino ho trovato la menopausa
- **I principali disturbi della menopausa**
  come risolverli per vivere meglio
- **Salute cardio-vascolare e indebolimento delle ossa**
  da salvaguardare anche con l'aiuto degli integratori

sim
società italiana menopausa

QUESTO SUPPLEMENTO E STATO REALIZZATO DA BOX MEDIA ITALIA. RCS NON HA PARTECIPATO ALLA SUA REALIZZAZIONE E NON HA RESPONSABILITÀ PER IL SUO CONTENUTO / WWW.BOXMEDIAITALIA.COM

Direttore Stampa e Redazione
Box Media

Responsabile Divisione
Laura Santoro

Responsabile Edizione
Marta Frosi

Layout
Giandomenico Pozzi

Veicolato con
IO Donna

Diffusione
Nazionale

Tiratura
Pluriregionale

Collaboratori

SIM Società Italiana Menopausa

Rossella Nappi
Prof.ssa di Ostetricia e Ginecologia dell'Università Degli Studi di Pavia, Membro del Consiglio Direttivo della Società Internazionale della Menopausa

Giacomo Maria Guidelli
UOC Reumatologia - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

Mara Venturini
Giornalista professionista, oltre che di salute e benessere, si occupa di sostenibilità ambientale, alimentazione e agricoltura

Margherita Biazzi
Giornalista pubblicista, si occupa di medicina e salute per riviste italiane e internazionali

Claudio Ravel
Giornalista Professionista collabora con diverse riviste e si occupa di settori relativi all'economia finanza, fiere di settori e salute

Sommario

Sindrome genito-urinaria, il nuovo nome dell'atrofia vaginale **pag. 4**

Vampate di calore in menopausa, sintomi e rimedi **pag. 4**

"Cercando un bambino, ho trovato la menopausa! Quante lacrime…" **pag. 7**

Salute cardio-vascolare: attenzione alle vampate **pag, 7**

Osteoporosi e menopausa, un problema da non sottovalutare **pag. 8**

Salute osteo-articolare: l'importanza degli estrogeni **pag. 8**

Pavimento pelvico: prima della chirugia **pag. 10**

Editoriale

SECCHEZZA VAGINALE E SINDROME GENITOURINARIA DELLA MENOPAUSA

Prof. Annibale Volpe
Presidente Società Italiana della Menopausa

Con la perdita della produzione di estrogeni da parte dell'ovaio, che si verifica in menopausa, la vagina va incontro ad atrofia, caratterizzata da assottigliamento della mucosa, da perdita di elasticità e da secchezza. Anche la parte terminale dell'apparato urinario e la vulva risentono della mancanza di ormoni dell'ovaio. Questa atrofia è associata ad una costellazione di sintomi, come sensazione di secchezza, bruciore, irritazione, prurito, mancanza di lubrificazione, dolore nei rapporti, urgenza urinaria. Questi sintomi possono influire sulle attività giornaliere, sulla sessualità, sulla vita di relazione e sulla qualità di vita. L'atrofia del basso tratto genitourinario ed i sintomi associati sono oggi denominati: sindrome genitourinaria della menopausa. Al contrario delle vampate di calore, che tendono a diminuire con il tempo, la sindrome genitourinaria non si risolve spontaneamente e, se non trattata, spesso peggiora progressivamente. A causa della maggiore longevità, la donna può soffrire di questa sindrome per un terzo della sua vita.

Questa sindrome è non sufficientemente diagnosticata e quindi trattata, a causa della reticenza delle donne a rivelare i sintomi e dei ginecologi ad indagare. Esistono alcuni studi svolti negli Stati Uniti, Canada, Svezia, Norvegia, Danimarca, Finlandia, Gran Bretagna, Italia, Francia con interviste telefoniche o online ed un solo studio, della Società Italiana della Menopausa, con anche la valutazione oggettiva del ginecologo. Tutti questi studi concordano che, malgrado la frequenza, la sindrome è spesso insufficientemente diagnosticata ed inadeguatamente trattata. Questa sindrome colpisce circa il 65% delle donne già un anno dopo la menopausa e l'84% dopo 6 anni dalla menopausa. I sintomi soggettivi, come secchezza vaginale sono altamente correlati all'esame osservato dal ginecologo. Queste modificazioni anatomiche della vagina, oltre ai sintomi precedentemente descritti ed in particolare alla sensazione di secchezza, aumentano di 2,5 volte il rischio di infezione. La scelta del trattamento dipende dalla sua efficacia e sicurezza e dalla preferenza della donna. La prima linea di terapia include sostanze acidificanti e, continuando l'attività sessuale, lubrificanti. La terapia standard per la sindrome genitourinaria moderata o severa è, però, quella con estrogeni locali in creme od ovuli, che sono efficaci e sicuri in quanto agiscono prevalentemente localmente e solo in piccola parte arrivano ad altri organi. In altenativa può essere usato un nuovo farmaco da assumere per bocca, l'ospemifene, che avendo un'attività estrogenica selettiva sulla vagina, è altrettanto efficace e sicuro. Anche la terapia ormonale sostitutiva è efficace e può essere usata, tenendo conto delle limitazioni al suo uso.
La sindrome genitourinaria della menopausa è molto frequente; le donne che ne soffrono hanno una serie di sintomi fastidiosi che peggiorano la qualità di vita. Purtroppo oggi è sottodiagnosticata e, per tale motivo, spesso non trattata, malgrado esistono terapie efficaci e sicure.

Approfondimento

L'ARTROSI IN MENOPAUSA

dott. Giacomo M. Guidelli
UOC Reumatologia - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

La parola artrosi (od osteoartrosi) deriva dalle parole greche "artro" cioè articolazione, ed il suffisso "osi", che indica un processo di degenerazione; si parla pertanto di una malattia degenerativa che colpisce le articolazioni. All'interno delle articolazioni un tessuto importante è rappresentato dalla cartilagine, che ha lo scopo di rivestire e proteggere le ossa, e supportare il carico che vi viene esercitato durante i movimenti; è proprio a carico della cartilagine che avvengono le principali modificazioni patologiche dell'artrosi. Oggi sappiamo però che l'artrosi non è legata solamente al danno della cartilagine, ma coinvolge altre strutture dell'articolazione, come la membrana sinoviale e la parte di osso ricoperta da tessuto cartilagineo (l'osso subcondrale). In Italia rappresenta il 72,6% delle malattie reumatiche, di cui è la più diffusa e comune e la sua frequenza aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età.
La sua diffusione è destinata dunque a crescere nei prossimi decenni dato il graduale allungarsi della durata media della vita. Predilige il sesso femminile, soprattutto dopo i 55 anni.
Alcune localizzazioni, come quella della mano, si osservano di più nella donna, mentre le forme secondarie interessano più spesso il sesso maschile in rapporto a particolari attività lavorative.
Le cause dell'artrosi non sono ad oggi conosciute; si ritiene che la malattia riconosca un'origine multifattoriale, cioè numerosi fattori predisponenti o scatenanti contribuiscono all'instaurarsi e all'evolversi della patologia.
Tra questi l'età è considerata un fattore importante, tuttavia non si deve confondere il processo fisiologico legato all'invecchiamento della cartilagine articolare con la patologia artrosica vera e propria. Per quanto riguarda il genere, il diverso impegno artrosico nei due sessi è in parte legato al tipo di attività lavorativa e alle abitudini di vita, ma in parte potrebbe essere causato da un intervento degli ormoni sessuali nella patogenesi della malattia.
Per quanto concerne la familiarità, non possiamo considerare l'artrosi come una malattia ereditaria, ma è innegabile il riscontro di una predisposizione maggiore nelle donne appartenenti ad una stessa famiglia.
Esistono poi fattori di rischio "modificabili"; tra di essi, senza dubbio il più rilevante è rappresentato dal sovrappeso e dall'obesità, che determinano un'eccessiva sollecitazione sulle articolazioni. Sappiamo che il tessuto adiposo è responsa- ***/ segue a pag. 8***

QUESTO SUPPLEMENTO E STATO REALIZZATO DA BOX MEDIA ITALIA. RCS NON HA PARTECIPATO ALLA SUA REALIZZAZIONE E NON HA RESPONSABILITÀ PER IL SUO CONTENUTO / WWW.BOXMEDIAITALIA.COM

Primopiano

MODIFICAZIONI BIOLOGICHE ED ESTETICHE IN MENOPAUSA

Prof. Angelo Cagnacci
Ginecologia e Ostetricia
Azienda
Ospedaliero-Universitaria,
Policlinico di Modena

Gli ormoni femminili giuocano un ruolo importante nel sostegno e mantenimento di uno stato di salute generale, teso a far si che la donna sia in grado di fare ciò che la natura le ha delegato, concepire e nutrire dentro il proprio ventre il prodotto del concepimento. La fine della vita riproduttiva rappresenta un momento di brusco passaggio, la fine di un previlegio che la donna ha rispetto all'uomo. L'esaurimento delle cellule uovo si associa ad una concomitante ed inevitabile riduzione della produzione degli ormoni della riproduzione così protettivi fino a quel momento. Insieme ai classici sintomi della menopausa, si realizzano una serie di modificazioni che possono variare da donna a donna ma che assieme, alle possibili conseguenze metaboliche, sono causa di modificazioni della distribuzione del grasso, della composizione corporea e della composizione e del trofismo dei tessuti.
Soprattutto nel periodo di transizione menopausale, che inizia con le prime irregolarità mestruali fino a circa un anno dopo l'ultima mestruazione, si ha un accumulo di grasso che è circa 3 volte quello di una donna in fase fertile. Purtroppo questo grasso si accumula soprattutto a livello addominale, inducendo un maggior rischio metabolico e la perdita di quella siluette tipica della donna in fase riproduttiva caratterizzata da fianchi larghi e vita stretta.
Queste modificazioni avvengono in maniera diversa da donna a donna, e possono essere contrastate sia con un ripristino di un adeguato quantitativo di ormoni femminili, sia con adeguato stile di vita e dieta. Una maggiore attenzione agli alimenti, soprattutto quelli fortemente calorici a favore delle fibre può essere d'aiuto. Non bisogna dimenticare tuttavia anche un'adeguata attività fisica e buon sonno riposante.

La cute diventa più secca, più sottile, più fragile, e si evidenzia un'accentuazione delle rughe da espressione. Talvolta si accentua la peluria e compare una maggiore caduta di capelli. Tutti indici di carenza di ormoni riproduttivi. Anche in questi casi esistono numerosi rimedi che possono andare dalla somministrazione di ormoni femminili, all'introduzione sia per via generale che locale di sostanze di rinforzo per il collagene, a mezzi fisici di stimolazione del collagene a creme di vario tipo

Sia durante l'attività fisica che il sonno notturno sono prodotti quegli ormoni che aiutano a bruciare il grasso soprattutto a livello addominale. La carenza degli ormoni femminili si fa sentire anche su componenti essenziali dei tessuti dell'organismo quali il collageno. La riduzione del collagene induce una riduzione dell'imbibizione di acqua dei tessuti e una perdita di elasticità.
La cute diventa più secca, più sottile, più fragile, e si evidenzia un'accentuazione delle rughe da espressione. Talvolta si accentua la peluria e compare una maggiore caduta di capelli. Tutti indici di carenza di ormoni riproduttivi. Anche in questi casi esistono numerosi rimedi che possono andare dalla somministrazione di ormoni femminili, all'introduzione sia per via generale che locale di sostanze di rinforzo per il collagene, a mezzi fisici di stimolazione del collagene a creme di vario tipo. Importante è sapere che tutte le modificazioni del periodo menopausale possono essere alleviate e rallentate con un adeguato stile di vita e con l'aiuto di figure professionali che siano in grado di consigliare e prescrivere i presidi medici ed estetici adeguati alle varie esigenze.

Protagonisti

SECCHEZZA INTIMA: IDRATARE PER PREVENIRE

Il problema della secchezza intima colpisce soprattutto le donne in menopausa, ma può intervenire anche in età precoce; più o meno a partire dai 25 anni d'età, infatti, e per cause diverse, le donne possono incorrere in questa patologia. Disturbi legati al ciclo mestruale e dermatiti sono le cause più frequenti nelle persone giovani; altre cause frequenti possono essere la dermatite atopica, il diabete, le malattie coronariche o più semplicemente la gravidanza, l'allattamento, uso di anticoncezionali, l'uso di assorbenti interni o periodi di stress. Un'igiene intima corretta, regolare ed eseguita con prodotti adatti è il primo ed efficace sistema per combattere il manifestarsi di questa patologia e per ridurne i sintomi, qualora fosse già manifesta.
La casa farmaceutica Angelini ha posto in commercio Tantum Rosa Secchezza detergente intimo, un prodotto già ben noto alle consumatrici, che viene ora arricchito con sostanze naturali ad azione emolliente, dermoprotettiva e lenitiva e che è stato specificamente studiato per proteggere le parti intime dalla disidratazione. Tantum Rosa Secchezza detergente intimo è proposto nella formulazione oil-non-oil e – oltre a olio d'oliva e glicerina – contiene in particolare tre principi attivi efficaci nel trattamento della secchezza intima: l'estratto della barbabietola da zucchero (trimetilglicina, presente naturalmente nei tessuti umani ma che si riduce con l'età) con la sua potente azione idratante; l'estratto di calendula, che esercita un effetto antiflogistico sulla cute sensibile e infiammata e stimola la riepitelizzazione e l'olio di enotera, che svolge un'azione antipruriginosa, aiuta al normale funzionamento del nostro sistema di difesa o immunologico ed è di aiuto nel controllo della normale produzione di grasso nella pelle. Inoltre, l'olio di enotera può essere efficacemente impiegato nella regolazione degli effetti degli ormoni femminili nel ciclo mestruale.
Tantum Rosa Secchezza detergente intimo, ginecologicamente e dermatologicamente testato, è formulato per ridurre il rischio di insorgenza delle reazioni allergiche. Inoltre, un test di auto-valutazione condotto con un panel di 40 donne, in età fertile e in menopausa, aventi problemi di secchezza intima ne ha evidenziato la specifica capacità idratante long-lasting.

MENOPAUSA, DOLORE SESSUALE E FISIOTERAPIA DEL PAVIMENTO PELVICO

Mi chiamo Valeria, ho 52 anni e da tre sono in menopausa. Questa condizione ha davvero cambiato la mia vita: oltre alle vampate e ai dolori alle ossa, un'altra questione mi sta causando disagio e preoccupazione: durante i rapporti sessuali ho dolore e qualche volta sono costretta a fermarmi, perché la sofferenza è davvero troppa. Eppure ho ancora il desiderio di avere qualche momento di intimità con mio marito …. La terapia locale che mi è stata consigliata mi ha aiutato, ma non è stata sufficiente. Non so più cosa fare …

Il problema di questa signora può essere dovuto anche al coinvolgimento dei muscoli del pavimento pelvico, la cui elasticità è ridotta con la menopausa. Inoltre, la paura anticipatoria aumenta la loro contrazione da difesa durante i rapporti. Questi sintomi possono essere migliorati o guariti con la fisioterapia e riabilitazione del pavimento pelvico: attraverso semplici esercizi, e l'utilizzo di specifici strumenti, come il biofeedback, i dilatatori vaginali, è possibile restituire tono ed elasticità, ripristinando così una soddisfacente funzione.

Dott.ssa Arianna Bortolami, Fisioterapista, Consulente in Sessuologia
Studio di Fisioterapia 3D - Via Roberto Marin 17A - Padova
347 4272657 - www.pelvicfloor.it

QUESTO SUPPLEMENTO E STATO REALIZZATO DA BOX MEDIA ITALIA. RCS NON HA PARTECIPATO ALLA SUA REALIZZAZIONE E NON HA RESPONSABILITÀ PER IL SUO CONTENUTO / WWW.BOXMEDIAITALIA.COM

Primopiano

SINDROME GENITO-URINARIA, IL NUOVO NOME DELL'ATROFIA VAGINALE

Prof.ssa Rossella Nappi
Professore di Ostetricia e Ginecologia dell'Università degli Studi di Pavia, Ambulatorio di Endocrinologia Ginecologica e della Menopausa – IRCCS Policlinico San Matteo.
Membro del Consiglio Direttivo della Società Internazionale della Menopausa (2008-2014)
www.salutedelladonna@unipv.it

L'atrofia vaginale è una condizione tipica della menopausa causata dal calo degli ormoni femminili estrogeni e dai fenomeni di naturale involuzione dei tessuti uro-genitali. Circa una donna su due in postmenopausa riporta almeno un sintomo di atrofia-vaginale e i disturbi della sfera dell'intimo tendono a diventare più severi 5-10 anni dopo la data dell'ultima mestruazione.
La nuova definizione di sindrome genito-urinaria della menopausa sottolinea l'importanza di considerare tutti i disturbi della sfera pelvica che possono associarsi alla carenza estrogenica e non soltanto le modificazioni atrofiche del tessuto vaginale. I sintomi più frequenti sono secchezza, dolore nel rapporto sessuale, irritazione, prurito, bruciore e problemi del basso tratto urinario come disuria, urgenza, frequenza, nicturia ed infezioni urinarie ricorrenti. Nell'insieme questi sintomi influenzano sia l'intimità con il partner che la qualità della vita. Per di più, l'atrofia vaginale può essere fonte di problemi anche nelle donne che non hanno attività sessuale regolare perché i tessuti perdono la normale elasticità e, in assenza di stimolazione, diventano sempre più delicati e secchi fino alla comparsa di microtraumi, escoriazioni e sanguinamenti spontanei a causa dell'assottigliamento progressivo dei genitali. Gli estrogeni esercitano un effetto trofico sui tessuti dell'apparato genito-urinario e sono i principali regolatori del turn-over cellulare, condizionando il microambiente della vagina durante l'intero arco della vita fertile. In particolare, al di là del progressivo impoverimento delle fibre elastiche e del collagene, si assiste ad una riduzione significativa del tasso di idratazione tissutale e dell'acido ialuronico. La mucosa vaginale, il vestibolo e le piccole labbra si assottigliano ed assumono una colorazione pallida con una significativa riduzione del supporto vascolare e delle secrezioni che nel loro insieme concorrono alla lubrificazione. È anche presente una ipersensibilità dolorosa delle fibre nervose periferiche agli stimoli, soprattutto all'ingresso della vagina, con una possibile contrazione riflessa della muscolatura pelvica che genera a sua volta dolore. Per di più, l'assottigliamento dell'epitelio vaginale si associa ad una notevole riduzione del glicogeno e, pertanto, della popolazione di lattobacilli causando un innalzamento del pH vaginale (tra 5.0 e 7.5) e una riduzione del perossido di idrogeno vaginale con conseguente crescita soprattutto di batteri che possono dare vaginiti e cistiti. Per questo è così importante in menopausa utilizzare prodotti mirati che migliorino la lubrificazione, l'elasticità e le difese naturali dell'ambiente vaginale, oltre che, se possibile, utilizzare ovuli, creme, compresse, gel, e persino un anello, che rilasciano piccole quantità di estrogeni localmente per favorire il naturale equilibrio dei tessuti vaginali e contrastare i disturbi. Non tutte le donne sono a loro agio nell'assumere ormoni per via vaginale e, dunque è arrivata finalmente anche in Italia una nuova opzione terapeutica per bocca a base di ospemifene, una sostanza non ormonale che è capace di comportarsi come se fosse un estrogeno (ma non lo è!) soltanto sul tessuto vaginale. Può essere assunta fino ad un anno in tutte le donne che non vogliono o non possono assumere estrogeni o in quelle in cui gli estrogeni si sono dimostrati inefficaci.

Approfondimento

VAMPATE DI CALORE IN MENOPAUSA, SINTOMI E RIMEDI

Marco Gambacciani
U.O. Ostetricia e Ginecologia ad Indirizzo Oncologico, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Pisa

In molte donne in menopausa la carenza ormonale può provocare una serie di segni e sintomi clinici. Tra questi, le manifestazioni più precoci e caratteristiche sono le vampate di calore e le sudorazioni, variamente associate a irritabilità, dolori migranti, disturbi dell'umore, del sonno e della memoria. Le vampate possono essere lievi e transitorie, ma molte donne hanno vampate intense anche per molti anni. Vari fattori aumentano il rischio di sintomi vasomotori, la loro frequenza e l'intensità: fattori ambientali e socioeconomici, uso di alcol, cibi piccanti, peso corporeo elevato, fumo. Le vampate sono particolarmente severe nelle donne in menopausa chirurgica (asportazione delle ovaie) o indotta farmacologicamente. L'intensità e la frequenza delle vampate variano nelle varie fasi del periodo climaterico: sono più intense durante la fase di transizione menopausale, e nel periodo iniziale della postmenopausa con una prevalenza compresa fra 60 e 80%.
È importante ricordare che le donne con una sintomatologia intensa presentano anche un maggior rischio di aumento della pressione arteriosa e di sviluppare in futuro patologie cardiovascolari e osteoporosi. Quindi le vampate di calore sono e devono essere interpretate come un marcatore clinico della suscettibilità della donna alla carenza estrogenica e dovrebbero essere trattate per la qualità della vita, e perché il loro trattamento è fondamentale per la prevenzione e la salute presente e futura della donna sintomatica.
La terapia estrogenica è la terapia di prima scelta e la più efficace. La terapia ormonale include un'ampia serie di prodotti, a diversi dosaggi e vie di somministrazione, orali, transdermici e vaginali. L'ultimo decennio è stato caratterizzato da un riesame dei rischi e benefici della terapia ormonale in menopausa. Dosaggi estrogenici molto bassi mantengono una buona efficacia sulle vampate di calore e delle sudorazioni.
È compito del medico personalizzare al massimo la somministrazione, modificando dosi, tipologia e durata della terapia in base alla risposta clinica, alle caratteristiche e alle preferenze della donna. Il rapporto rischi/benefici è sicuramente favorevole nelle donne sintomatiche che, in assenza di controindicazioni, iniziano una terapia ormonale proprio per il trattamento delle vampate di calore. Per le terapie ormonali personalizzate e iniziate nelle donne giovani e sintomatiche al di sotto dei 60 anni e comunque entro i 10 anni dalla menopausa, i benefici sono infatti superiori ai possibili, ipotetici rischi.

Protagonisti

PER L'ATROFIA VULVO-VAGINALE, UN NUOVO TRATTAMENTO ORALE E NON ORMONALE

L'Atrofia Vulvo-Vaginale (AVV), è una patologia che si manifesta con secchezza vaginale e dolori durante il rapporto sessuale e in Italia ne soffre una donna su due in post-menopausa.

Dallo studio EU REVIVE (condotto su 1,000 donne italiane in post-menopausa di età compresa fra 45-75 anni) emerge che il 75% delle donne che soffrono di AVV sono sessualmente attive e il 65% di esse dichiara che la patologia ha un significativo impatto sulla loro vita intima, mentre il 67% evita addirittura l'intimità.

Si calcola che in Italia ne siano affette circa 7 milioni di donne, oltre 50 milioni nell'Unione Europea.

L'atrofia vulvo-vaginale potrebbe essere trattata con ormoni o terapie locali, ma l'assunzione di ormoni preoccupa il 35% delle donne, mentre il 39% trova le terapie locali molto scomode. Per alleviare le sofferenze di chi è affetto da questa patologia e consentire alle donne di condurre una vita più serena Shionogi, azienda farmaceutica giapponese tra le leader a livello mondiale, ha annunciato che è disponibile in Italia ospemifene, un nuovo modulatore selettivo del recettore degli estrogeni (SERM, Selective Estrogen, Receptor Modulator).

Ospemifene rappresenta una nuova opzione terapeutica orale e priva di ormoni per il trattamento dell'atrofia vulvo-vaginale sintomatica da moderata a severa nelle donne in post-menopausa che non sono candidate alla terapia estrogenica vaginale locale. Questo trattamento innovativo, in quanto orale e non ormonale, puo favorire una maggiore aderenza e continuità alla terapia da parte delle donne e quindi consentire una migliore gestione dell'AVV.

Gli studi clinici hanno dimostrato la sicurezza e l'efficacia di Ospemifene che contribuisce al miglioramento dei sintomi post-menopausale dell'AVV già dopo 12 settimane di trattamento passando da una condizione moderata-severa ad una lieve-moderata.

Approfonditi studi scientifici hanno dimostrato che il suo particolare meccanismo d'azione non solo riduce i sintomi, favorendo l'intimita' di coppia, ma migliora notevolmente anche la qualità di vita della donna.

Protagonisti

500.000 TRATTAMENTI ESEGUITI IN OLTRE 70 PAESI DEL MONDO CON L'80% DI SUCCESSO

ECCO I NUMERI DI MONNALISA TOUCH, IL LASER LEADER CONTRO I DISTURBI DELLA MENOPAUSA

a cura della Redazione

Intervistiamo il Professor Stefano Salvatore, Responsabile dell'Unità Funzionale di Uroginecologia presso l'Ospedale San Raffaele di Milano, che è stato il responsabile, cinque anni fa, del primo studio clinico su MonnaLisa Touch, dal quale emersero i primi risultati clinici entusiasmanti su questo innovativo laser che combatte i disturbi della menopausa.
Oggi la metodica laser messa a punto da DEKA, MonnaLisa Touch, ha conquistato il mondo vendendo oltre 1.000 sistemi a livello globale, raggiungendo la quota di oltre 500.000 trattamenti eseguiti complessivamente tra l'Italia e l'estero e toccando oltre 70 Stati tra cui la Cina, il Giappone e gli Stati Uniti.
I numerosi trattamenti, che devono sempre essere eseguiti da personale medico specializzato o dal ginecologo, confermano l'efficacia della terapia, che in oltre l'80% dei casi ha migliorato la qualità della vita delle pazienti, riducendo i principali sintomi della menopausa come bruciore, prurito, secchezza, lassità e dispareunia, ovvero il dolore durante i rapporti sessuali.

Professor Salvatore, come agisce MonnaLisa Touch?
È un trattamento ambulatoriale che contrasta i sintomi legati alla menopausa come l'atrofia vaginale, i disturbi di secchezza e bruciore vaginale, il prurito e il dolore durante il rapporto sessuale, causati dai cambiamenti che si hanno in questa fase della vita della donna, in assenza di una terapia con estrogeni. Questi sintomi li ritroviamo anche tra le pazienti più giovani, sottoposte a radio o chemioterapia dopo trattamento oncologico.
La metodica laser a CO_2 frazionato MonnaLisa Touch rigenera i tessuti vaginali, con una trasformazione che li rende simili all'età fertile, stimolando in primo luogo la produzione di nuovo collagene. Si verifica, inoltre, un aumento dello spessore dell'epitelio, cioè del tessuto che ricopre le pareti vaginali e un miglioramento dell'idratazione a livello locale.

Ci sono delle avvertenze da seguire?
Si tratta di una procedura ambulatoriale che non richiede nessun tipo di preparazione e non dà sostanzialmente complicanze. L'avvertenza è quella di non eseguirla nel caso ci siano vaginiti e cistiti in corso, ma altrimenti l'unica precauzione è quella di evitare rapporti per i tre giorni successivi al trattamento.

Quanto dura un ciclo completo di trattamenti?
Per atrofie conseguenti alla menopausa, in genere, si consiglia un ciclo di tre trattamenti da ripetere ad un mese circa l'uno dall'altro. Ogni trattamento ha una durata di esecuzione di circa 5-10 minuti.
Nel caso di pazienti con una storia di tumore al seno, che stanno eseguendo o hanno eseguito un trattamento oncologico, e che abbiano, in conseguenza di esso, una condizione di disturbo vaginale, i trattamenti in genere sono cinque.

Può essere doloroso?
Al primo trattamento, durante il quale i tessuti risentono maggiormente della terapia, può dare un lieve pizzicore, ma sono problematiche di intensità minime, in genere non dà nessun tipo di disturbo.

Qual è l'efficacia di MonnaLisa Touch?
L'efficacia nei confronti dei disturbi legati alla menopausa è un miglioramento sia soggettivo, quindi con una percezione da parte della paziente, sia oggettivo, verificabile con dei parametri scientifici, che arriva al miglioramento nell'86% dei casi. In pazienti, invece, con una storia di tumore al seno l'efficacia è leggermente inferiore, arrivando al 77%-78% di successo.

Professor Stefano Salvatore, Responsabile dell'Unità Funzionale di Uroginecologia presso l'Ospedale San Raffaele di Milano

Questo trattamento è nato e sviluppato in Italia, ma cosa succede nei paesi esteri?
MonnaLisa Touch è diffuso ormai in tutto il mondo. All'Ospedale San Raffaele di Milano, dove è partita cinque anni fa la sperimentazione della metodica, sono arrivati medici da ogni parte del mondo per imparare la nuova tecnica. A livello internazionale, anche università e centri prestigiosi lo hanno adottato: per esempio l'università di Stanford, che è tra le prime tre al mondo, quella di Melbourne, la Cleveland Clinic negli Stati Uniti, l'università di Atene e di Belgrado e tra poco anche il King's College Hospital di Londra.

Cosa rende MonnaLisa Touch leader nel campo dei laser medicali?
Sicuramente la nota distintiva è il riconoscimento da parte della comunità scientifica internazionale. Ad oggi sono otto gli articoli pubblicati da parte delle più prestigiose riviste scientifiche a livello mondiale, che hanno dato conferma anche da parte della comunità degli studiosi, dell'efficacia e sicurezza del trattamento a laser frazionato a CO_2. Tra le pubblicazioni più autorevoli quelle su The Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders, su Climacteric, rivista ufficiale della Società Mondiale di Menopausa, su Menopause, rivista ufficiale della North American Menopause Society.

Come questo trattamento incide sullo stile di vita delle donne?
La condizione di atrofia vaginale colpisce in media il 50% delle donne in menopausa, con impatto elevato sulla qualità della vita. Secondo alcuni dati l'atrofia vaginale incide in Europa su una donna su tre in termini di vita intima, ostacolando rapporti sereni con il partner.
Negli Stati Uniti la percentuale aumenta, si parla di quasi di una donna su due affetta da questa condizione. Dai nostri dati emerge, al di là del miglioramento del disturbo, come sia possibile per le nostre pazienti ritrovare una normale vita di coppia. All'inizio del nostro studio su donne affette da atrofia vaginale, risultava che il 76% di loro erano sessualmente attive, seppur con una scarsa soddisfazione. Alla fine, dopo aver eseguito il trattamento, oltre ad un miglioramento della soddisfazione sessuale, abbiamo avuto un incremento di donne ritornate sessualmente attive, che ha raggiunto il 98%, comprendendo anche quelle che prima del trattamento non avevano rapporti e sono poi, con MonnaLisa Touch, riuscite a ritornare ad una normale vita sessuale con il partner.

Come si è evoluto MonnaLisa Touch negli ultimi cinque anni?
C'è stata un'evoluzione dal punto di vista conoscitivo poiché le migliaia di trattamenti effettuati in tutto il mondo ne hanno confermato l'assoluta sicurezza ed efficacia.
Durante questo periodo c'è comunque stato un miglioramento dal punto di vista tecnologico: le sonde che si utilizzano sono diventate sempre più piccole ed ergonomiche. E' interessante riscontrare la velocità con cui, negli ultimi cinque anni, si è diffuso il trattamento in tutto il mondo: molto spesso sono le stesse donne a richiederlo.

Quali sono le prospettive future per le donne grazie a questo trattamento?
Le prospettive sono molteplici, più si usa MonnaLisa Touch più si viene a conoscenza degli effetti benefici che può avere, evidenziati dalle stesse donne. Ad esempio quello che stiamo notando è che sembra avere un effetto importante anche sulla riduzione di episodi di infezioni vaginali o urinarie nelle donne in post-menopausa, molto ricorrenti in questa fase della vita. Con questo trattamento, oltre a migliorare localmente la condizione della paziente, la donna ha un'aumentata autostima e un miglioramento dell'immagine di sé. Tale fattore psicologico è sicuramente di rilevante importanza poiché ormai parte della propria esistenza, la donna la vive in menopausa, ed è necessario mantenere anche in questo periodo una buona qualità di vita.

I numeri di MonnaLisa Touch

- 80% di casi di successo
- 500.000 trattamenti eseguiti in tutto il mondo
- diffusione in oltre 70 nazioni
- oltre 1.000 sistemi laser venduti in tutto il mondo
- 100 sistemi laser venduti solo in Italia
- in media 3 trattamenti per combattere l'atrofia vaginale
- 5-10 minuti la durata di un singolo trattamento
- 8 le pubblicazioni da parte delle più prestigiose riviste scientifiche
- 0 effetti collaterali

Per informazioni, visita il sito www.monnalisatouch.it, scrivi a contact@deka.it o vai sul profilo Facebook Monnalisa Touch Italia

QUESTO SUPPLEMENTO E STATO REALIZZATO DA BOX MEDIA ITALIA. RCS NON HA PARTECIPATO ALLA SUA REALIZZAZIONE E NON HA RESPONSABILITÀ PER IL SUO CONTENUTO / WWW.BOXMEDIAITALIA.COM

Storytelling

"CERCANDO UN BAMBINO, HO TROVATO LA MENOPAUSA! QUANTE LACRIME…"

Prof.ssa Rossella Nappi
Professore di Ostetricia e Ginecologia dell'Università degli Studi di Pavia, Ambulatorio di Endocrinologia Ginecologica e della Menopausa
IRCCS Policlinico San Matteo.
Membro del Consiglio Direttivo della Società Internazionale della Menopausa (2008-2014)
www.salutedelladonna@unipv.it

Grazia ha 37 anni e mi guarda con il pianto nel cuore… ho trovato le parole per dirle che sta entrando in menopausa proprio ora che si era decisa ad avere finalmente un bambino. "Se lo avessi saputo, altro che aspettare di essere a posto con casa e lavoro…non immaginavo che gli sbalzi del ciclo degli ultimi mesi avessero a con fare con la menopausa…ho pensato allo stress piuttosto, matrimonio, trasloco, nuova vita da sposata…le mestruazioni alla fine arrivavano sempre…i ritardi mi lasciavano sperare nella gravidanza…certo ogni tanto avevo caldo e mi sentivo strana, come confusa e stanca, ma chi se lo aspettava… la menopausa è una cosa per 50enni!"
Purtroppo una donna su 100 entra in menopausa prima dei 40 anni ed in circa la metà dei casi la causa è ignota. Un altro 3-5% delle donne entra in menopausa prima dei 45 anni. Molto probabilmente esiste una genetica predisponente da ricercare nella storia familiare (età della menopausa di madre e nonna sono fondamentali). Altre cause possono essere interventi chirurgici sulle ovaie, patologie autoimmuni e disfunzioni tiroidee, infezioni e terapie tossiche per la riproduzione. In alcuni casi si osserva una attività ovarica intermittente con produzione di ormoni, ma perdita della capacità di sviluppo della cellula uovo per la fecondazione. Questa condizione di insufficienza ovarica prematura o fertipausa è ancora più frustrante perchè la donna non si rassegna facilmente all'impossibilità di realizzare la maternità biologica. Capita spesso nei centri della procreazione medicalmente assistita di avere donne giovani che non rispondono ai farmaci utilizzati per indurre la superovulazione, ma che hanno ancora una mestruazione più o meno regolare.
Al di là della presenza di possibili segni clinici che la menopausa è in agguato come vampate, sudorazioni, palpitazioni, insonnia, irritabilità, malumore, calo della memoria e del desiderio sessuale, secchezza vaginale, dolori osteoarticolari, ecc., sono gli ormoni a dirci che il tempo della fertilità è scaduto.
Il valore dell'ormone che stimola i follicoli (FSH) in genere è superiore a 30 UI/L quando la menopausa è molto vicina, ma anche se è superiore a 15 UI/L (misurato nella terza giornata del ciclo) è un segno di esaurimento prematuro della funzione ovarica. I livelli di estrogeni (estradiolo) possono variare da caso a caso, mentre molto spesso il progesterone, l'ormone prodotto dal follicolo ovulatorio, è assente con conseguenti irregolarità del ciclo e possibili emorragie da alterata azione degli estrogeni. Un marcatore molto precoce di fertipausa è l'ormone antimulleriano (AMH) che viene prodotto dai follicoli dell'ovaio ancora attivi per l'ovulazione: un valore pari a 0.1 ng/ml è un indice negativo, seppure non certo al 100%, di una difficoltà riproduttiva, cioè di non riuscire più ad ovulare.
Come affrontare la situazione di Grazia? "Se non posso avere un bambino mio, almeno vorrei star bene…sono sposata da poco…non vorrei invecchiare precocemente...".
E' sempre importante rassicurare le donne che oggi è possibile fare qualcosa per la menopausa prematura e che le terapie ormonali sostitutive (TOS) non sono dannose perché vanno a sostituire gli ormoni che la donna non produce più da sola.
Tali terapie andrebbero usate almeno fino all'età media della menopausa delle donne italiane che è intorno ai 50-51 anni.
Si è, infatti, osservato un più alto tasso di incidenza di osteoporosi, malattie cardio-cerebrovascolari e neurodegenerative nelle donne in menopausa precoce che non assumono alcuna terapia ormonale, oltre che un significativo deterioramento nel tempo della salute genitale, sessuale ed urinaria, conseguente all'atrofia vaginale che causa secchezza, dolore nel rapporto di coppia e cistiti ricorrenti.
"Grazia, iniziamo una cura ormonale a basso dosaggio e vediamo come va fra qualche mese…nel frattempo è utile seguire una dieta equilibrata, fare movimento, assumere calcio e vitamina D, non piangere più…non serve a niente…impegnati per ritrovare il sorriso, pensa un po' alle donne che affrontano malattie ben più gravi…torna a trovarmi se ti senti giù, vieni magari con il tuo partner, così spieghiamo anche a lui quanto siamo forti e nello stesso tempo fragili noi donne…e poi chissà, magari fra un po' di tempo cambierai idea e forse ti sentirai pronta per discutere di ovodonazione, possiamo farla anche in Italia adesso…è una scelta importante che soltanto tu e il tuo partner potete fare…io sarò soltanto una guida, se necessario, per chiarire dubbi ed incertezze…a presto".

Monitor

SALUTE CARDIO-VASCOLARE: ATTENZIONE ALLE VAMPATE

di Mara Venturini

Due recenti ricerche condotte da medici americani e presentate durante l'ultimo congresso dell'American College of Cardiology pongono l'accento sulla necessità di monitorare con accuratezza il processo di invecchiamento nella donna, il periodo della pre-menopausa e l'insorgere di quel fastidioso disturbo che comunemente chiamiamo "vampate" (caratteristico del 70% circa delle donne che si avviano alla menopausa) al fine di tutelare la salute cardio-vascolare delle donne che si avvicinano ai 50-55 anni, cioè alla fine del periodo fertile. In particolare questi studi pongono l'accento sul periodo in cui compaiono queste vampate: se è precoce (circa 40-42 anni) può essere la spia dell'insorgere della "disfunzione endoteliale", cioè di un malfunzionamento del rivestimento interno dei vasi arteriosi, la sottile membrana che garantisce l'impermeabilità e l'elasticità dei vasi sanguigni e del cuore. Il suo malfunzionamento può portare a problemi delle coronarie, i vasi che nutrono il cuore e di altre arterie.
Nella prima ricerca (eseguita su un panel di 189 donne, intorno o subito dopo la menopausa) è stata valutata la relazione tra la presenza di vampate e la capacità di dilatazione dei vasi arteriosi, un marcatore della funzionalità endoteliale. Molto importante, nel definire le vampate come fattore di rischio cardiovascolare, è risultato il loro numero nelle 24 ore: le cinquantenni che accusavano 10 o più vampate al giorno, presentavano una capacità di vasodilatazione dimezzata rispetto alle altre, segno che in loro la disfunzione endoteliale era molto più marcata. Nella seconda ricerca (eseguita su un panel di 104 donne in post-menopausa di 67 anni di età media, non in terapia ormonale sostitutiva e con segni di malattia cardiaca) sono state valutate le caratteristiche peculiari delle donne nello sviluppo delle malattie cardiovascolari. Le donne che riferivano una comparsa precoce delle vampate sono risultate quelle con la minore capacità di vasodilatazione rispetto a quelle che avevano manifestato il disturbo in età più avanzata o che non le avevano mai avute.

Omegarosa®*Plus* di ITALCHILE

IL PIENO DI ACIDI GRASSI ESSENZIALI

***Omegarosa®Plus* associa l'olio biologico di Rosa Mosqueta, naturalmente ricco di acidi grassi Omega 3, all'olio biologico di Borragine, una delle rare fonti di acido gamma-linolenico (GLA), acido grasso della famiglia Omega-6 detto "olio amico delle donne": recenti studi ne hanno confermato l'efficacia su manifestazioni legate alla sindrome premestruale o la menopausa.**

Un apporto non equilibrato di acidi grassi, determina un'alterazione della composizione delle membrane che, a livello della pelle, si manifesta con la riduzione della capacità di trattenere l'acqua, con i conseguenti effetti di disidratazione ed esfoliazione: in altri termini, di precoce invecchiamento. Inoltre, gli acidi grassi essenziali hanno un importante ruolo in quanto dotati di attività anti-infiammatoria e di regolazione immunitaria.

In Erboristeria e Supermercati Bio

www.italchile.it

Protagonisti

OSTEOPOROSI E MENOPAUSA, UN PROBLEMA DA NON SOTTOVALUTARE

Prof.ssa Maria Luisa Brandi professoressa ordinaria di Endocronologia presso l'Università di Firenze

In Italia oltre 3 milioni di donne sono affette da osteoporosi dopo la menopausa. Con l'innalzamento dell'aspettativa di vita - circa 85 anni - questa patalogia tenderà a crescere, pertanto occorre intervenire subito per alleviare le sofferenze. Gli integatori a base di sostanze vegetali rivestono un ruolo preponderante. Si tratta di prodotti a base di isoflavoni di soia che garantiscono il controllo e il contenimento della sintomatologia e sono indicati per contrastare vampate, disturbi dell'umore e problematiche dell'apparato urogenitale, disturbi tipici del periodo menopausale. Un nuovo integratore, inoltre, contiene vitamina D in quantità idonea a favorire il mantenimento di ossa normali e lattoferrina, che rende il prodotto innovativo. "La prevenzione è fondamentale – afferma Maria Luisa Brandi, Professore Ordinario di Endocronologia presso l'Università di Firenze - piccoli accorgimenti risultano determinanti, come l'incremento dell'attività fisica, l'assunzione di un grammo di calcio al giorno e l'utilizzo di vitamine per stimolare il metabolismo osseo. Un ruolo preponderante in questo nuovo integratore lo rivestono gli isoflavoni, estrogeni naturali che derivano dal mondo vegetale. Alcune di queste molecole - spiega la Prof.ssa Brandi - si utilizzano come supplementi per ridurre la sintomatologia tipica della menopausa mentre l'utilizzo della lattoferrina, stimolatore della cellula ostoblastica, stimola la formazione ossea. Associata ad una assunzione quotidiana di vitamina D, che regola anche l'ormone paratiroideo – continua Maria Luisa Brandi - questa terapia garantisce risultati proficui nel tempo. Il dosaggio di vitamina D va dalle 400 unità giornaliere per una popolazione giovane, alle 800-1000 unità per gli anziani. L'assunzione del prodotto in maniera continuativa è importante per massimizzare l'efficacia preventiva".
"Inoltre – conclude Brandi - sarebbe fondamentale coinvolgere sempre di più i medici di famiglia nel promuovere l'importanza della prevenzione. In Italia, purtroppo, la cura di questa patologia è affidata soprattutto ai medici specialistici".

Da sapere

SALUTE OSTEO-ARTICOLARE: L'IMPORTANZA DEGLI ESTROGENI

di Mara Venturini

Perché la statura delle donne anziane si riduce, man mano che l'età avanza, mentre quella degli uomini no, o quantomeno non nella stessa misura?
Inoltre, perché i difetti osteo-articolari nelle donne anziane si acuiscono (scoliosi, gobba), le fratture si fanno più frequenti e i dolori diventano più intensi? È colpa degli estrogeni e soprattutto del fatto che non si tutela mai a sufficienza la salute della donna che ha raggiunto la menopausa. La carenza di estrogeni dopo la menopausa ha infatti un impatto devastante anche sulla struttura ossea e la riduzione della statura ne è l'effetto più evidente. La riduzione dello spazio intervertebrale è infatti dovuta all'assottigliamento dei dischi intervertebrali, ovvero gli anelli fibrosi costituiti da collagene, elastina e glicosaminoglicani (proteine complesse che trattengono acqua) Tutte queste componenti vengono prodotte dai fibroblasti, cellule-operaie responsabili della sintesi di queste preziose proteine di supporto, la cui attività è regolata anche dagli estrogeni, oltre che dal testosterone (la riduzione del numero dei fibroblasti è responsabile anche di altri disturbi legati alla perdita di collagene ed elastina: la pelle si riempie di rughe). Durante la menopausa la produzione dei fibroblasti cala del 30% circa, pertanto lo spessore dei dischi vertebrali si assottiglia: da una media di 1,80 cm (a 35 anni), a 1,40 cm (a 55 anni), con una perdita di circa 30-40 mm per spazio intervertebrale. Se si considera il numero dei dischi, ecco spiegata la perdita anche di qualche centimetro in altezza.
Se a questo si aggiunge la possibilità – maggiore nelle donne, rispetto agli uomini – di contrarre l'osteoporosi si capisce come il problema vada affrontato con serietà e con urgenza sin dalla premenopausa. La carenza di estrogeni va combattuta anche per scongiurare il crescendo di dolori articolari, soprattutto alle spalle e alle piccole articolazioni, e ancor più se hanno familiarità per l'artrosi. La somministrazione di estrogeni dopo la menopausa è pertanto il primo fronte di prevenzione per ostacolare questi sintomi dell'invecchiamento e per evitare – o rallentare – questo genere di patologie.

L'ARTROSI IN MENOPAUSA

segue da pag. 2 /

bile inoltre del rilascio di alcune sostanze pro-infiammatorie che peggiorano il danno alle articolazioni e amplificano il dolore. Tra le varie forme di artrosi, è molto importante quella delle mani, specie per l'importante disabilità che determina in coloro che ne sono affetti. Colpisce soprattutto le donne dopo i 50 anni, nelle articolazioni a livello delle falangi e alla base del pollice; non a caso, all'inizio del secolo scorso, gli anglosassoni erano solita chiamarla "l'artrite della menopausa".
All'inizio i sintomi sono rappresentati da dolore a livello delle articolazioni delle dita e/o da rigidità. Sin dagli stadi più precoci non è infrequente, invece, il riscontro dei caratteristici noduli di Heberden e Bouchard che conferiscono al dito un caratteristico aspetto bernoccoluto. L'interessamento dell'articolazione trapezio-metacarpale del 1° dito è sovente secondaria a microtraumatismi cronici ed a sovraccarico funzionale (per es. artrosi professionale dei sarti); è caratterizzato da un intenso dolore ai movimenti ed alla pressione.
L'evoluzione in anchilosi del pollice determina la comparsa di una salienza alla base del I metacarpo che conferisce il tipico aspetto di "mano quadrata".
L'artrosi della mano si può curare?
Non si deve considerare l'artrosi come inevitabile processo patologico legato all'invecchiamento, e pertanto non curabile. A tal proposito nel 2013 la Società Italiana di Reumatologia ha formulato 11 raccomandazioni da seguire nella gestione del paziente affetto da artrosi della mano (vedi tabella).
Si può dire che curare l'artrosi comprenda una terapia sintomatica (analgesici, antinfiammatori), una terapia intra-articolare (cortisonici ed acido ialuronico), e una terapia "di fondo" (condroprotettori come glucosamina e condroitin-solfato, volti al rallentamento della progressione di malattia).
Tra i provvedimenti non farmacologici vanno senza dubbio menzionati la fangobalneoterapia termale, l'agoupuntura, il ricorso a tutori specifici ("ortesi") fino ad arrivare alla terapia chirurgica (artroprotesi), necessaria per le forme più avanzate.
Proprio alla luce dell'impatto sociale della malattia artrosica delle mani, dal 2014 l'Azienda Ospedaliera di Siena ha istituito un ambulatorio interamente dedicato alla cura di questa condizione, coordinato dalla dott.ssa Antonella Fioravanti, che si svolge presso l'Istituto di Reumatologia diretto dal Prof. Mauro Galeazzi.

Raccomandazione
1. Il trattamento ottimale dell'artrosi della mano richiede una combinazione di trattamenti farmacologici e non farmacologici personalizzati in accordo alle esigenze del paziente.
2. Il trattamento dell'artrosi della mano deve essere personalizzato tenendo presente: i) il tipo di artrosi (nodale, erosiva, post-traumatica); ii) i fattori di rischio (età, sesso, fattori meccanici dannosi); iii) la localizzazione ed il grado di danno strutturale; iv) la presenza di infiammazione; v) il livello di dolore, di disabilità e impatto sulla qualità di vita; vi) la presenza di comorbidità e di trattamenti concomitanti (comprendente l'artrosi in altre sedi); vii) le aspirazioni e le aspettative del paziente.
3. Nei pazienti con artrosi della mano è indicata l'educazione riguardo alla protezione articolare per evitare fattori meccanici dannosi, unitamente all'esecuzione di esercizi finalizzati al miglioramento dell'articolarità e al rinforzo muscolare.
4. La terapia termale, l'applicazione locale di calore (per esempio paraffina), specialmente prima dell'esercizio fisico, e le terapie fisiche (per esempio la laserterapia, la magnetoterapia o gli ultrasuoni) possono essere trattamenti vantaggiosi.
5. Gli splint e le ortesi possono essere considerati per prevenire o correggere la dislocazione del pollice nella rizoartrosi.
6. I trattamenti farmacologici locali sono indicati specialmente per le forme dolorose di grado lieve-moderato e quando sono coinvolte solo poche articolazioni. FANS ed altre formulazioni topiche ad attività anti-flogistica ed analgesica possono risultare efficaci e sicuri per l'artrosi della mano.
7. Il paracetamolo (fino a dosaggi di 3 g/die) è l'analgesico da considerare come prima scelta per il trattamento del dolore. Se efficace, è da preferire per la terapia a lungo termine.
8. I FANS orali devono essere usati alla dose minima efficace e per la durata più breve possibile anche nei casi che non hanno risposto adeguatamente al paracetamolo. La risposta terapeutica deve essere valutata periodicamente. Nei pazienti con aumentato rischio gastrointestinale, devono essere usati FANS tradizionali in associazione a farmaci gastroprotettori, o inibitori selettivi della COX-2. In pazienti con incrementato rischio cardiovascolare, gli inibitori selettivi della COX-2 sono controindicati e i FANS tradizionali devono essere usati con cautela.
9. I SYSADOA (per esempio: glucosamina, condroitin solfato, complesso avocado-soia-insaponificabili, diacereina, acido ialuronico intrarticolare), possono dare un beneficio sintomatico con una bassa tossicità; tuttavia, l'effect size è modesto e, attualmente, non sono ancora identificabili i pazienti idonei ed altresì non sono ancora definiti gli effetti strutturali clinicamente rilevanti ed i benefici farmaco-economici.
10. Le infiltrazioni intra-articolari con corticosteroidi a lunga durata d'azione possono essere efficaci nelle riacutizzazioni dolorose dell'artrosi, specialmente dell'articolazione trapezio-metacarpale.
11. Il trattamento chirurgico (ad esempio la trapeziectomia, l'artroplastica tendinea in sospensione o l'artrodesi) può essere efficace per la rizoartrosi grave e dovrebbe essere considerato in pazienti con dolore forte e/o disabilità dopo che i trattamenti conservativi hanno fallito.

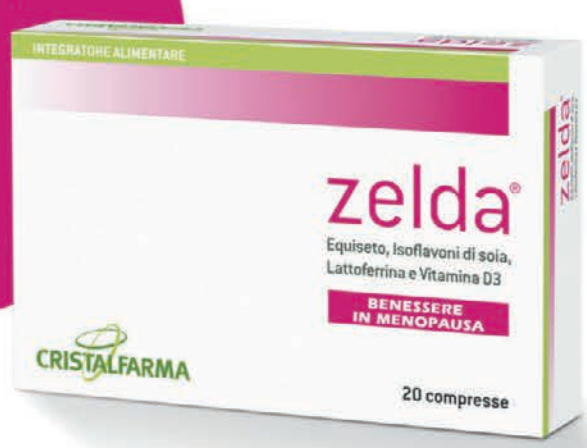
QUESTO SUPPLEMENTO E STATO REALIZZATO DA BOX MEDIA ITALIA. RCS NON HA PARTECIPATO ALLA SUA REALIZZAZIONE E NON HA RESPONSABILITÀ PER IL SUO CONTENUTO / WWW.BOXMEDIAITALIA.COM

Finalmente!

zelda®

UN APPROCCIO INNOVATIVO PER IL BENESSERE IN MENOPAUSA

1 compressa
al giorno
vicino ai pasti



ISOFLAVONI DA GLYCINE MAX

VITAMINA D3

EQUISETO

Novità
LATTOFERRINA

Non contiene glutine.
È costituito da Soia OGM free

CRISTALFARMA
scientificamente naturale

www.cristalfarma.it - info@cristalfarma.it

Da sapere

PAVIMENTO PELVICO: PRIMA DELLA CHIRURGIA

a cura della Redazione

Il pavimento pelvico rappresenta la chiusura inferiore del bacino e corrisponde all'area genito-urinaria e anale. In tale zona sono presenti muscoli, legamenti e fasce che ne compongono il tessuto connettivo. Gli organi presenti in questa zona (vescica e uretra, utero e canale vaginale nella donna, retto e canale anale) poggiano quindi su questo pavimento pelvico, che li sostiene e che, con l'età, fisiologicamente e gradualmente perde la propria elasticità.
La conseguenza immediata e più evidente è un progressivo affaticamento-peggioramento delle funzioni degli organi medesimi. Possono infatti insorgere disfunzioni sessuali (provare dolore durante i rapporti sessuali), episodi sempre più frequenti di incontinenza urinaria o, al contrario, difficoltà nello svuotamento e nell'evacuazione, bruciori e dolori in zona genitale.
Nei casi gravi il pavimento pelvico può addirittura cedere, causando di necessità il ricorso alla chirurgia, ma vi sono molti modi in intervenire per evitare che questo accada e consistono soprattutto nel fare attenzione ai sintomi e nell'adottare terapie efficaci ed esercizi utili a mantenere il pavimento pelvico elastico.
La Riabilitazione del Pavimento Pelvico è la terapia primaria e ha l'obiettivo di ridurre (arrivando anche a guarire) i sintomi riferiti dal paziente, migliorando sensibilmente la qualità di vita del soggetto. Medici esperti e fisioterapisti sono in grado di guidare il paziente nella fase di apprendimento delle tecniche, nella stesura del programma di esercizi e nel monitoraggio dei diversi stadi di miglioramento, da impostare a seconda della condizione della persona e dopo una adeguata valutazione del problema e dello stato generale di salute della persona. I muscoli del pavimento pelvico possono infatti essere ipovalidi (provocando incontinenza urinaria da sforzo, prolasso degli organi pelvici, ecc.), iperattivi (provocando disfunzioni sessuali e sindrome del dolore pelvico cronico), oppure presentare deficit di coordinazione. Gli esercizi devono pertanto variare caso per caso. Nei casi in cui la riabilitazione non dia gli effetti sperati, esiste la possibilità di affrontare il problema con terapie non invasive e di moderna concezione (per esempio l'interazione della luce laser con le pareti tissutali, che riattiva il metabolismo delle cellule atrofiche dei tessuti medesimi e stimola la produzione di collagene). Un indubbio vantaggio accomuna queste tecniche: il fatto che non comportino degenza ospedaliera, dolorosi interventi chirurgici e lunghi periodi di convalescenza, garantendo quindi alla paziente un miglioramento della qualità della vita generale, senza fastidiosi o dannosi effetti collaterali.

Protagonisti

"IL TOCCO MORBIDO DELLA LUCE" DEDICATO AL BENESSERE DELLA DONNA

TRATTAMENTI LASER EFFICACI PER L'ATROFIA VAGINALE E INCONTINENZA URINARIA

a cura della Redazione

Dr. Marco Gambacciani,
UO Ostetricia e Ginecologia
a Indirizzo Oncologico, Azienda
Ospedaliero Universitaria Pisana,
Ospedale Santa Chiara
Via Roma 67, 56100 Pisa
www.marcogambacciani.it

Dr Gambacciani, si sente parlare del trattamento laser vaginale. Di cosa si tratta?
Si tratta di un nuovo trattamento per il ripristino funzionale della vagina, nell'ottica di una sempre maggiore personalizzazione e mini invasività delle terapie. Non si tratta di chirurgia estetica, ma di un trattamento che porta a un recupero della funzione vaginale perduta a causa delle lacerazioni da parto, della carenza ormonale e dell'invecchiamento dei tessuti.

Il trattamento è doloroso?
Assolutamente no. Il trattamento dura circa 15 minuti, viene eseguito in ambulatorio, non necessita di anestesia essendo del tutto indolore, utilizzando strumenti dedicati e di alta tecnologia. L'apparecchio utilizzato per questa applicazione è un Laser Erbium, non ablativo, che non provoca abrasioni, ablazioni o lesioni di alcun genere. Il laser emette una luce infrarossa che non penetra profondamente nei tessuti: è interamente assorbita dall'acqua, che quindi rappresenta il mezzo di diffusione del calore generato. Il laser Erbium è quindi sicuro proprio per la sua stessa natura, ed è la maggiore garanzia negli interventi ambulatoriali con laser, rendendolo ideale per il trattamento termico delle pareti vaginali. Lo stimolo termico ristabilisce un'irrorazione ematica appropriata e stimola la produzione e il rimodellamento del collageno. Lo stimolo del laser migliora globalmente lo stato della vagina, aumentandone il turgore e l'elasticità, e porta a una maggiore idratazione e trasudazione.

Quali sono le indicazioni al trattamento laser vaginale?
Sicuramente l'atrofia vaginale dopo la menopausa (sia fisiologica che indotta chirurgicamente o conseguente a terapie antitumorali), quando compaiono sintomi quali secchezza, prurito, irritazione, e dolore durante il rapporto sessuale. L'azione del laser è indicata anche per il trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo, sia prima che dopo la menopausa. Globalmente questi sintomi con il tempo si fanno progressivamente più fastidiosi e persistenti e possono peggiorare la qualità della vita e i rapporti, con ripercussioni sulla vita sessuale. La terapia ormonale sostitutiva in postmenopausa è un sussidio fondamentale, ma molte donne non accettano il trattamento ormonale e purtroppo alcune presentano controindicazioni assolute, come le donne trattate per un tumore della mammella. In queste donne, alcune molto giovani, il laser vaginale migliora lo stato delle strutture vaginali ne ripristina la fisiologica funzione, con la riduzione della sintomatologia e del dolore consentendo la ripresa di normali rapporti sessuali.

Dr. M. Gambacciani

Come avviene il trattamento?
Abbiamo detto che la procedura è ambulatoriale, non invasiva, sicura ed indolore. I risultati sono evidenti già dopo la prima seduta: abitualmente il trattamento completo richiede 2-3 sedute a distanza di circa 30 giorni. I possibili effetti collaterali, i rischi per le pazienti sono veramente minimi: solo il 10% delle donne riferisce disturbi transitori, leggeri arrossamenti o lievi gonfiori. Questi fastidi non sono preoccupanti, compaiono immediatamente dopo la seduta, e solitamente si risolvono spontaneamente. È consigliato per qualche giorno evitare di avere rapporti, il bagno caldo in vasca e l'esercizio fisico intenso.

Quale evidenza scientifica abbiamo oggi?
L'ampia esperienza (otre 10.000 trattamenti in tutto il mondo di cui 1500 trattamenti eseguiti in Italia) si è tradotta in numerose pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali che dimostrano i miglioramenti delle condizioni vaginali, dei sintomi, dei rapporti, della soddisfazione sessuale e della continenza urinaria in circa 85 % delle donne trattate. Stiamo in questo periodo valutando gli effetti di possibili associazioni terapeutiche, ma possiamo dire che gli effetti del solo laser permangono almeno un anno dopo la fine del trattamento.

Che cos'è il 3D Vaginal Erbium Laser?

Ing. Chiara Agostini
Product Specialist Santec

L'acqua è il principale costituente della mucosa vaginale. Il laser Erbium con la sua lunghezza d'onda di 2940 nm, ha il più alto picco di assorbimento in acqua. Grazie alla tecnologia brevettata VSP in modalità Smooth si ottiene il riscaldamento omogeneo dello strato della mucosa vaginale, senza danneggiare tessuti e organi collocati in profondità, per stimolare la crescita di collagene

APPLICAZIONI GINECOLOGICHE CON 3D Vaginal Erbium Laser
TRATTAMENTO INCONTILASE EFFICACE PER L'INCONTINENZA URINARIA - Ripristina il collagene e la vascolarizzazione vaginale aumentando il tono muscolare, la forza ed il controllo volontario della muscolatura della vagina, questo determina un miglior supporto dell'uretra e della vescica, migliorando la continenza urinaria.
TRATTAMENTO RENOVALASE: TERAPIA NON ORMONALE EFFICACE E SICURA PER COMBATTERE L'ATROFIA - Agisce sui meccanismi che portano all'atrofia vaginale, eliminando prurito, irritazione ed il dolore legato al rapporto sessuale. Il 3D Vaginal Erbium Laser determina quindi un ripristino funzionale delle strutture vaginali. Efficace anche nelle donne che hanno subito un intervento chirurgico per tumori ormono-dipendenti.
TRATTAMENTO INTIMALASE: EFFICACE PER LA SINDROME DEL RILASSAMENTO VAGINALE - Il 3D Vaginal Erbium Laser determina un'azione trofica sulle strutture ovvero tende a ripristinare il tono e la normale ampiezza della vagina ristabilendo le condizioni per una normale funzione vaginale.

IL NOSTRO LASER È DISPONIBILE IN TUTTE LE REGIONI D'ITALIA. PER INFORMAZIONI SCRIVERE A marketing@santecsrl.it O TELEFONARE ALLO 0586 444 539

Casa di Cura San Rossore
Dott. Marco Gambacciani
Via delle Cascine 152/F Pisa
Tel: 050 586111
E-mail: info@sanrossorecura.it
Sito: www.sanrossorecura.it

Policlinico Universitario "A. Gemelli"
Prof. Mauro Cervigni
Via A. Gemelli 1 – Roma
Ambulatorio Ginecologico piano 7 stanza 4

Ospedale Campo di Marte Punto Donna (edificio B)
Dott. Gian Luca Bracco
Via dell'Ospedale 238, Lucca
Tel: 0583 970120

Studio Medico Dott. Amedeo Giuseppe Casagrande
Via Montenero 16
28100 Novara
Telefono: 0321 391753
E-mail: g_casagrande@hotmail.com
cel: 347 97 19 051

Centro Sofia - Centro Medico Polispecialistico
Via A. Volta 44 Monza Tel: 039 3900664
www.centrosofia.it
info@centrosofia.it

Poliambulatorio Privato Centro Palmer
Via F.lli Cervi 75/B Reggio Emilia
Tel: 0522 792400 / 0522 307856
E-mail: segreteria@centropalmer.it
Sito: www.centropalmer.it

Dott.ssa Stefania Tabanelli-Ambulatorio Ginecologico
Via Libia 20/6
40138 Bologna
Telefono: 051 392314
Celulare: 335 309490
E-mail: staban@tin.it

MediPro Sanità Srl Centro medico Polispecialistico
Dott.ssa Stefania Alfieri
Via Emilia 194 San Lazzaro di Savena – Bologna
Tel: 051.454685
Fax: 051.9910099
Email: info@medipro.it

Studio Associato Ostetrico Ginecologico
Prof. A. Angelini,
Dott.ssa E. Migliorini, Dr F. Fiorini
Via Papa Paolo VI, 2
06019 Umbertide (PG)
Tel. 075.9417716
Fax 075.9412869
Email: info@generaumbertide.it

Protagonisti

LE NUOVE FRONTIERE DELLA MAMMOGRAFIA

D.ssa A. Cilotti

D.ssa A. Cilotti, radiologo c/o CDC San Rossore, Pisa

Il rilevamento di lesioni dubbie in senologia comporta ovviamente la necessita' di caratterizzazione delle stesse con crescente ricorso a procedure bioptiche.Il nuovo mammografo IMS Giotto 3D acquisito dalla Casa di Cura di San Rossore e' dotato di sistema bioptico stereotassico 3D con biopsia prona. La eccellenza tecnologica del dispositivo consente quindi riduzione del disagio legato alla posizione della paziente, riduzione dei tempi di esame, riduzione della dose di esposizione.

ARMANDO TESTA

NOVITÀ

SECCHEZZA INTIMA?

TANTUM ROSA
INTIMO QUOTIDIANO

SECCHEZZA

IDRATAZIONE INTENSA

RICCO DI SOSTANZE DI ORIGINE NATURALE:

- **TRIMETILGLICINA** conosciuta per l'azione idratante
- **ESTRATTO DI CALENDULA** ad azione lenitiva
- **OLIO DI ENOTERA** noto per la sua azione antipruriginosa

La prevenzione inizia dal ginecologo
e continua ogni giorno in farmacia con Tantum Rosa.

SENZA PARABENI · SENZA SLES · NICHEL TESTED · NON UNGE

ANGELINI