

## LA MENOPAUSA NELLA SOCIETA' POSTINDUSTRIALE

*Luigi Mario Chiechi*

Vi sono parole che si caricano di storia; nascono, vivono e sono destinate a durare, ma con significato diverso. La menopausa è una di queste.

Questo termine fu coniato per la prima volta dal medico francese Gardanne nel 1813, come “ménospausie”, dalla parola greca “mese” o “mensile” e “fine” o “cessazione”; più tardi, nel 1821, lo cambiò nel più familiare “ménopause”, menopausa, termine che dura tutt’oggi.

Nello stesso 1813 il famoso medico inglese Henry Halford, medico personale di re Giorgio III, presidente del Royal College of Physicians (dal 1822 fino al 1844, anno della sua morte), pubblicò un articolo dal titolo “*On the climacteric disease*”, che rappresentò il primo articolo pubblicato sul climaterio.

Egli descrisse questa nuova malattia, caratterizzata da:

1. *weakness*, debolezza
2. *fatigue*, affaticamento
3. *palpitations*, palpitazioni
4. *irritability*, irritabilità
5. *restlessness*, agitazione
6. *headaches*, mal di testa
7. *paresthesia*, parestesia
8. *vague fears*, paure vaghe

cui Mendel aggiunse poi (nel 1910) le vampate e gli attacchi improvvisi di sudorazione.

È, come potete osservare, la stessa sindrome climaterica che siamo abituati a rilevare ancora oggi nelle nostre donne, mediante le più comuni scale di valutazione.

Con una differenza: che la sindrome climaterica descritta da Halford nel 1813 si riferiva agli uomini. Egli scriveva: “I should observe, that though this climacteric disease is sometimes equally remarkable in women as in men, yet most certainly I have not noticed it so frequently, nor so well characterized in females”.<sup>1</sup>

Halford e Mendel cioè parlavano di climaterio **maschile**, riferendo una sintomatologia identica al climaterio femminile di oggi.

Halford nel suo articolo usò il termine *climacteric*, senza chiarirlo, nella presunzione che i lettori ne conoscessero il significato.

E aveva ragione.

Il termine **climacteric** nella medicina pre-moderna era molto usato, era familiare, e seguiva la concezione che la vita umana procedesse a tappe, di 7 anni, nella concezione più comune, o di 9 anni secondo altri. Ogni 7 anni c'era il cosiddetto “*annus climactericus*” (o “*androklas*”), caratterizzato da profondi cambiamenti. L'anno climaterico peggiore, il più suscettibile di morte, il cosiddetto “*annus climactericus maximus*”, era il 63° anno di vita, anno in cui il ritmo settennale e novennale coincidevano e univano la loro potenza distruttrice.

Ma l'anno climaterico in cui si verificavano i sintomi che abbiamo descritto sopra era il 49°, o più raramente il successivo, il 56°.

Come il vecchio concetto di *climacterical years*, la **climacteric disease** conteneva il concetto di un periodo di passaggio caratterizzato da profondi cambiamenti critici.

Nel 1822 John Mason Good introdusse la “climacteric disease” (o “*marasmus climactericus*”) nel suo sistema nosologico e dal 1833 il termine entrò a far parte del dizionario medico standard.

E il climaterio femminile?

Non esisteva.

Nel 16° e 17° secolo le mestruazioni erano considerate un “beneficio della natura” perché eliminavano l'eccesso di sangue o le pericolose impurità che si accumulavano ogni mese. Nel 18° secolo l'attenzione medica si concentra invece sull'utero; la mestruazione fu vista come una secrezione uterina attiva, di scarso o nullo valore catartico, l'attenzione era focalizzata su questo organo, l'utero, che esercita il suo “tirannico ruolo” stimolando e irritando il sistema nervoso femminile al passaggio del flusso mestruale, tanto che nel 1872 Robert Battey, della Georgia, e Lawson Tait, di Birmingham, furono i pionieri della ovariectomia (una menopausa chirurgica) per curare la “menstrual madness and insanity”. Tait era lo stesso che riteneva che “le ragazze giovani non devono suonare musica o leggere libri seri, perché ciò disturba il loro ciclo mestruale e il loro intelletto”, giacché la concezione corrente era che “la donna fosse intellettualmente handicappata, e che “quando la natura spende in una direzione deve economizzare in un'altra” come scriveva Sir Henry Mandsley nel suo articolo “Sex in Mind and Education” del 1874.<sup>2</sup>

La menopausa aveva quindi in questo secolo un valore positivo tranne che per gli anni a ridosso dell'ultima mestruazione, anni di turbamento finché finalmente l'utero terminava la sua funzione.

(Nel **1840** il dottor **Conolly**, rinomato alienista, osservò che la sintomatologia climaterica riscontrata negli uomini era identica a quella delle donne, che pensò quindi non poteva essere attribuibile semplicemente alla cessazione delle mestruazioni, e i due climateri, maschile e femminile cominciarono a sovrapporsi e per un certo periodo coesistere, tanto che nel **1865** **Skæ** presentò al Royal College di Edimburgo una casistica di 60 uomini affetti da “*climacterical*

*insanity*”, con dei sintomi caratteristici identici alla *climacterical insanity* femminile, condizione riguardante entrambi i sessi, finché gradualmente cominciò a sfumare l’attenzione per il climaterio maschile).

Il definitivo passaggio dal climaterio maschile a quello femminile si ebbe alla fine del 19° secolo quando con il termine climaterio si passò ad intendere il “change of life” femminile.<sup>3</sup>

Ma negli anni 90 succedettero dei fatti nuovi; nel 1992 l’**American College of Physicians** pubblicò le linee guida che consigliavano la terapia ormonale a scopo preventivo a tutte le donne in menopausa e per decenni.

[“*All women, regardless of race, should consider preventive hormone therapy* (Tutte le donne, di qualsiasi razza, dovrebbero prendere in considerazione la terapia ormonale a scopo preventivo).

“*Although evidence is limited, the maximum benefits of therapy in reducing risk for coronary heart disease and osteoporotic fractures are more likely to be achieved with long-term therapy (10 to 20 years or more)*” (“Sebbene le evidenze siano limitate, il massimo beneficio nel ridurre la malattia coronarica cardiaca e le fratture osteoporotiche è più probabilmente ottenuto con la terapia a lungo termine (da 10 a 20 o più anni).<sup>4</sup>

Nel 1999 furono emanate le linee guida della **American Association of Clinical Endocrinologists**, con delle asserzioni molto precise:

(“*The American Association of Clinical Endocrinologists believes that menopause is a state of hormone deficiency that should be treated.*

“*All women should consider HRT not only as essential replacement of missing hormones but also a type of preventive medicine.*

“*Clearly, because the hormonal deficiencies are permanent, replacement therapy must be permanent also.*

“*Adherence of the patient to treatment recommendations remains the Achilles heel of HRT.*”)

- “La Associazione Americana degli Endocrinologi Clinici ritiene che la menopausa sia uno **stato di deficienza ormonale** che dovrebbe essere trattato.
- “Tutte le donne dovrebbero prendere in considerazione la Terapia Ormonale Sostitutiva non soltanto come sostituzione essenziale degli ormoni persi ma anche come tipo di medicina preventiva.
- “Chiaramente, poiché la deficienza ormonale è permanente, la terapia ormonale sostitutiva deve anche essere permanente.
- “L’aderenza della paziente ai consigli terapeutici rimane il tallone di Achille della terapia ormonale sostitutiva”.<sup>5</sup>

Cosa è cambiato in questo frattempo? è cioè cambiato il dato oggettivo, la malattia, il disturbo, da quando la mestruazione era considerata benefica e la menopausa malefica, a quando l'utero era considerato un organo irritabile e la menopausa benefica; è cambiata la menopausa da un punto di vista biologico o è cambiata la società, e quindi la fisiologia femminile è compressa o dilatata a seconda delle esigenze sociali cui la donna è assoggettata?

Antonio di ser Tomaso Masi, morto nel 1459, è passato alla storia perché ebbe 36 figli, e la moglie poté partorire 36 figli perché 28 figli furono messi a balia, e questo perché l'allattamento al seno, con il suo periodo di contraccezione naturale, impediva la fecondazione, in un'epoca in cui la fecondazione doveva essere intensiva.

Oggi assistiamo alla soppressione della capacità riproduttiva per 20-30 anni con la contraccezione ormonale.

Lynette J Dumble nel 1996 fece su Nexus una affermazione forte: "*the sole basis of HRT is to create a commercial market that is highly profitable for the pharmaceutical companies and doctors*" ("l'unica ragione della terapia ormonale sostitutiva è creare un mercato commerciale altamente remunerativo per le compagnie farmaceutiche e i medici").<sup>6</sup>

E questo "commercial market" si è prospettato come globale.

E io credo che anche su questo dobbiamo riflettere, perché ignorare il rapporto fra malattia e società è fuorviante e pericoloso; ce lo ha insegnato Ivan Illich, e certo lui si riferiva alla creazione fisica della malattia, nata quando l'uomo diventò stanziale, le epidemie create dagli agglomerati urbani e dalle condizioni di vita, allora come adesso l'amianto crea i tumori. Ma c'è un'altra creazione sociale della malattia, quella teorica, inventata, inesistente, quella che va sotto il nome di *disease mongering*, quella tipica della nostra società, perché l'industria ha bisogno di mercato e se non c'è bisogna inventarlo.

Io per descrivere la nostra società in rapporto alla menopausa uso il termine di società postindustriale, perché è quello che ne sintetizza le direttive economiche, anche se è un termine equivoco, che non dice niente, se non che viene dopo la società industriale, ma alcune sue caratteristiche sono precise, ad indicare la società odierna seguita alla società industriale, che fu caratterizzata dal capitalismo industriale e dalle masse operaie, dalle grandi ideologie e dalle lotte di classe, dalla massificazione dei prodotti; si dice che la società industriale era *product oriented* (perché il mercato c'era e bisognava solo fornire il prodotto, ricordate l'idea di Henry Ford di fornire tutti gli americani di una macchina) e quella postindustriale *market oriented* per individuare la differenza fondamentale e identificare l'effetto domino da cui derivano tutti gli altri, peculiari del tipo di società.

Poteva essere la menopausa trattata nella società industriale così come è stata trattata oggi? Certamente no.

Ma non per ragioni mediche, per ragioni economiche.

La trasformazione fondamentale che ha investito la menopausa è stata la cosiddetta **medicalizzazione**, cioè la trasformazione di un fenomeno fisiologico in malattia e necessità di essere trattato con i metodi della medicina di oggi: esami tecnologicamente avanzati e costosi, ricoveri, farmacologizzazione spinta, la medicina che alimenta se stessa (una donna in terapia inutile, quella ormonale sostitutiva, deve per questo sottoporsi all'ecografia che costringe all'isteroscopia che costringe al ricovero ecc). Ovviamente le premesse e le ragioni della medicalizzazione non nascono oggi e affondano negli stereotipi ancestrali che fanno risalire all'utero il centro delle emozioni e dei disturbi femminili; ma è stata la società postindustriale che se ne è impossessata, li ha strumentalizzati e commercializzati; la menopausa ha rappresentato semplicemente il ventre molle per l'industria medica che ha tentato di trasformare la biologia femminile in una vasta operazione di marketing; e ci è voluta una caduta etica enorme per farlo.

Ma fenomeni così complessi non si realizzano solo per un motivo; devono concorrervi varie componenti, anch'esse caratteristiche della nostra società:

1. il messaggio globale che fa sì che in tutte le parti del mondo si dia la stessa interpretazione,
2. la potenza dell'industria farmaceutica che sia in grado di influenzare la scienza,
3. la scienza trasformata in tecnologia che non è più strumento ma strumentalizza il modo di pensare,
4. l'industria strumentale che sforna macchine sempre più costose,
5. i medici che sono gratificati dalla carriera e dalle aziende,
6. gli ospedali che aumentano l'attività e l'occupazione,
7. i politici che aumentano il potere clientelare.

Ma la caratteristica principale della società postindustriale è il profitto; profitto non come logica conseguenza di una azione dovuta, ma come necessità, finalizzazione di ogni attività che viene effettuata solo se produce profitto, in senso non soltanto economico, e che quindi fa della società postindustriale più che una società *market-oriented*, più precisamente una società globalmente *profit-oriented* (tanto che finanche delle organizzazioni no-profit funzionano solo se producono profitto).

Non si sarebbe medicalizzata la menopausa se questa medicalizzazione non avesse prodotto profitto; se la medicalizzazione non avesse rappresentato un mercato enorme (trattamento farmacologico di tutte le donne in menopausa), non si sarebbe mosso tutto l'apparato medico-

farmaceutico a convincere le donne che se non avessero curato la menopausa sarebbero invecchiate, si sarebbero ammalate e sarebbero diventate dementi.

Carl Djerassi nel suo libro *Dalla pillola alla penna*, descrive come ad un certo punto il principale interesse in campo ormonale per l'industria farmaceutica non fu più la pillola, ma la terapia ormonale sostitutiva, che rappresenta “un mercato assai più grande e remunerativo rispetto a quello della contraccezione orale”.<sup>7</sup>

E solo nella società postindustriale la donna desidera rimanere ancorata ai concetti di giovinezza di trent'anni prima, ha fede nella onnipotenza della medicina, rimanda all'infinito l'ultima mestruazione, modella il suo corpo secondo la moda, rifiuta di vivere una sola vita replicando le esperienze giovanili (amori, matrimoni, figli); si è slegata dalla casa, si è slegata dalla fabbrica, si è slegata dalle necessità, si è slegata dai figli, vuole slegarsi dal concetto che la menopausa è inizio della vecchiaia e fine della vita.

E tutto questo è tipico della società postindustriale.

E di un'altra particolarità: che la donna di oggi è la donna di “prima generazione”, la prima chiamata a costruirsi il significato sociale della menopausa, quella che non ha nessuna trasmissione culturale specifica alle spalle, come succede per la pubertà o la maternità.

Ma oggi in questa sede siamo chiamati ad una riflessione più specifica, quella sulla terapia ormonale sostitutiva, e nonostante queste premesse sulla menopausa credo che la storia della terapia ormonale sostitutiva non sia finita.

In essa possiamo distinguere quattro periodi:

1. il **primo** periodo è stato il periodo “miracoloso” degli estrogeni (gli estrogeni visti come elisir della eterna giovinezza), dal 1966, anno di pubblicazione del famoso “Feminine forever” del ginecologo newyorkese Robert Wilson, fino al 1998, anno di pubblicazione dello studio HERS, con un quarto di secolo nel mezzo dovuto allo shock dell'articolo comparso sul New England nel 1975<sup>8</sup> sull'aumento dei tumori uterini provocati dagli estrogeni dati in forma sbilanciata dall'inequivocabile titolo “Associazione fra estrogeni esogeni e carcinoma endometriale”, al lasciapassare del PEPI trial<sup>9</sup> e al campanello d'allarme ascoltato dai sordi della metaanalisi pubblicata sul Lancet nel 1997.<sup>10</sup>
2. il **secondo** periodo è stato quello degli estrogeni visti come farmaci, il periodo in cui la terapia ormonale sostitutiva è diventata terapia ormonale per caduta della parola: sostituiva, ed io ho vissuto con entusiasmo questo periodo perché pensavo rappresentasse la quadratura del cerchio. Allora io pensavo che se riuscivamo a togliere la parola “sostitutiva” (ancora

oggi come vedete non è accaduto) cadeva tutta una impalcatura, tutta una concezione, cadeva la medicalizzazione della menopausa, con il suo concetto di malattia, e di malattia da deficienza, o il concetto della normalità femminile come unicamente rappresentata da quella della fase riproduttiva. E invece no; a questa fase, caratterizzata dal calcolo dei rischi/benefici, (il razionale adottato successivamente alla pubblicazione dello studio WHI è stato che il bilancio rischio/beneficio nelle donne di età inferiore ai 60 anni che usano gli ormoni per la prima volta è molto favorevole, essendo stimato il rischio molto basso, di 1 caso ogni 2000-3000 donne/anno. Ma che significa rischio molto basso?) ne è seguita un'altra.

3. il **terzo** periodo lo si può definire quello della “individualizzazione” (non più il dosaggio standard dei 50y, quello tipico della fase follicolinica, necessario alla prevenzione delle malattie croniche postmenopausali, uguale per tutte le donne), in cui si sono tenute presenti le caratteristiche individuali: l'età della donna, l'età all'inizio del trattamento, la durata della terapia, il dosaggio, la via di somministrazione, il tipo e la combinazione di estrogeni e progestinici ecc
4. ora siamo nel **quarto** periodo, alla ricerca delle nuove molecole in grado di massimizzare i benefici e ridurre i rischi, come i TSEC (Tissue Selective Estrogen Complex) di cui il più noto è il bazedoxifene (usato nell'associazione bazedoxifene/CE), o il testosterone transdermico, chiamato a risolvere le nuove necessità della libido postmoderna.
5. ma già bussava alla porta il **quinto** periodo della lunga storia della terapia ormonale sostitutiva, con la nuova chimera postgenomica, quella in grado di mappare il nostro singolo genoma per individuare la nostra genetica suscettibilità. Elizabeth Nabel, direttore del National Heart, Lung e Blood Institute del Bethesda, in un recente editoriale su Science (il 22 settembre 2006) scrive che siccome siamo in grado di individuare il polimorfismo genetico del fattore V Leiden, che aumenta il rischio trombotico nelle donne in trattamento ormonale, possiamo essere in grado di individuare le donne a rischio, il che renderebbe sicura la terapia ormonale sostitutiva. Questo approccio permetterebbe di identificare i geni e i marcatori biologici in grado di spiegare la suscettibilità di malattia e contemporaneamente gli effetti del trattamento. E questo è, come comprendete tutti, un enorme vantaggio in medicina.<sup>11</sup>

Ma tutto ciò ormai esula dalla normale interazione medico-paziente. È ormai un'altra medicina.

E allora forse la riflessione che ci aspetta non è soltanto medica, è molto più profonda e porta molto più lontano, perché noi non dobbiamo solo chiederci quali sono i farmaci migliori per la menopausa e quali sono le donne che con maggiore sicurezza possono assumere questa terapia.

La domanda che mi faccio e vi faccio è:

Perché una donna che attraversa un fisiologico periodo della sua esistenza, dovrebbe ricorrere ad un trattamento medico?

O, se la volete più chiara, la domanda è: la donna ha ancora diritto alla propria biologia?

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Lock M. Menopause: Lessons from anthropology. *Psychosom Med.* 1998; Vol 60(4): 410-9
2. J Studd. Ovariectomia per follia mestruale e sindrome premenstruale
3. Stolberg M. From the “climacteric disease” to the “male climacteric”. The historical origins of a modern concept. *Maturitas.* 2007; 58: 111-6
4. American College of Physicians. Guidelines for Postmenopausal Women about Preventive Hormone Therapy. *Annals of Internal Medicine.* 1992; 117(12): 1038-1042
5. AACE Medical Guidelines for Clinical Practice for Management of Menopause. *Endocrine Practice* 1999; 5(6): 354-66
6. S Sellman. Hormone heresy Oestrogen’s deadly truth. *Nexus* 1996; 15-9 e 67-9
7. Carl Djerassi. Dalla pillola alla penna. Di Renzo Editore. 2004, pag 58
8. Smith DC, Prentice R, Thompson DJ, Hermann WL. Association of exogenous estrogens and endometrial carcinoma. *N Engl J Med* 1975; 293 (23): 1164-7
9. The postmenopausal estrogen/progestin interventions (PEPI) trial. *JAMA.* 1995; 273: 199-208
10. Breast cancer and hormone replacement therapy. *Lancet* 1997; 350: 1047-59
11. A Pines. Postmenopausal hormone therapy: the way ahead. *Maturitas.* 2007; 57: 3-5