

Figura 1

zione pulsatile del GnRH ipotalamico. Quando l'attività ovarica è cessata, il livello degli estrogeni prodotti è minimo e l'asportazione degli annessi non varia la concentrazione estrogenica circolante. La provenienza di piccole quantità in circolo di E2 nelle donne in menopausa non sembra del tutto chiarita.

La teoria della aromatizzazione extra gonadica spiegherebbe l'origine degli estrogeni trovati in circolo nella menopausa. In base a questa ipotesi, gli androgeni, come l'androstenedione prodotto principalmente dal surrene, sono convertiti in estrogeni al di fuori dell'ovaio. Il processo di aromatizzazione dell'androstenedione sembra avvenire nel tessuto adiposo, nel fegato, nel rene e anche nell'ipotalamo.

La produzione di androstenedione è legata all'età, al peso e all'assetto costituzionale della donna. In menopausa gli androgeni come l'androstenedione, il DHEA ed il DHEA-S si riducono.

| MODIFICAZIONI ORMONALI IN MENOPAUSA | |
|--|--|
| In aumento | In diminuzione |
| <ul style="list-style-type: none"> • FSH • LH • Testosterone • Norepinefrina | <ul style="list-style-type: none"> • Prolattina • Progesterone • DHEA • DHEAS • Androsterone • Inibina • Melatonina • Dopamina • Estradione |

Aspetti clinici delle variazioni ormonali

La cessazione della produzione ovarica di 17 beta-estradiolo crea uno stato di ipoestrogenismo. Il forte calo della produzione di estrogeni può provocare la comparsa di una serie di segni e sintomi clinici, che si racchiudono sotto la sindrome climaterica, che risulta caratterizzata da:

- sintomi psico-neuro-endocrini (vampate, cefalea, disturbi del sonno, irritabilità, depressione);
- modificazioni dell'apparato scheletrico;
- modificazioni dell'apparato cardiovascolare;
- modificazioni atrofiche;
- effetti psico-fisiologici.

Sintomi psico-neuro-endocrini

Come si può visualizzare nella figura 2 alla pagina seguente, molti segni e sintomi della menopausa sono la chiara conseguenza della riduzione dei livelli circolanti di estrogeni. L'ipoestrogenismo porta

Esempi di composizione dei pasti

Colazioni

Bevande

Tè al limone (determinato nei casi di maggiore ipereccitabilità con vampate di calore fin dal mattino) o acqua e limone con zucchero oppure miele.

Bevande alternative potrebbero essere la tisana di camomilla o il carcadè. Se gradito, il caffè potrà essere assunto a fine colazione ma sempre zuccherato per ridurne in parte l'effetto neuro-eccitante.

Con queste bevande si potrà ottenere un sostegno del metabolismo fin dal mattino. È comunque sempre preferibile aggiungere una quota di zuccheri a rapido assorbimento, compreso il miele, in modo da fornire energia a questa tipologia di donne che spesso si svegliano asteniche e atoniche.

Nella maggior parte dei casi non sarà indicato il latte, dato che non ha un effetto stimolante. Spesso è presente un'intolleranza al lattosio, in percentuale maggiore rispetto alle altre tipologie costituzionali. Sicuramente controindicato sarà lo zenzero, per la sua azione eccitante.

Alimenti solidi

• *Pane, meglio se tostato per abbattere l'eventuale presenza di lievito in eccesso nella mollica, o fette biscottate con marmellata o miele. Oppure pane con olio e un pizzico di sale, con un uovo strapazzato o alla coque, o con affettati crudi (prosciutto, bresaola, speck o lonza). In caso di stipsi si potrà aggiungere un frutto di stagione.*

L'esigenza di fornire una quota significativa di nutrienti per bilanciare l'elevato consumo energetico, dovuto all'adrenergia tipica di

queste pazienti, giustifica a volte anche la scelta dell'olio o del prosciutto crudo, oppure di altre proteine a elevato potenziale bionutrizionale come l'uovo. Soluzioni a elevato carico glicemico, come pane, fette biscottate o brioches con marmellata o miele saranno possibili solo in assenza di squilibri glicemici, evidenziati da una sensazione di fame e da un calo energetico che si manifestano a metà mattina, che non avvengono quando il carboidrato è associato a proteine o lipidi.

Merende

Le indicazioni per eventuali merende, se necessarie, sono le stesse fatte per la colazione, ovviamente alternando le varie soluzioni. Vanno bene anche delle olive o un frutto a scelta e acqua e limone con o senza zucchero o miele, da assumere solo se si ha sete.

Pranzi

1. *Bruschetta (con olio, sale e magari anche pezzetti di pomodoro, che è un drenante del fegato); fettina panata; pomodori conditi con olio extravergine d'oliva, sale, olive e basilico oppure fagiolini lessi conditi con olio, sale e limone; banana o mela o pera o fragole.*

Alla quota di carboidrati della bruschetta e allo stimolo metabolico della fettina panata sarà conveniente aggiungere il sostegno epatico dei pomodori conditi e il fruttosio, l'acqua di vegetazione e le vitamine dei frutti scelti. Oltre alla giusta quantità di olio e sale nel condimento dei pomodori, la paziente si gioverà anche dei micronutrienti delle olive e di una certa azione neuro-sedativa del basilico, spesso necessaria. Altrettanto indicati saranno i fagiolini, per il loro contenuto in potassio miorilassante. Da segnalare che la carne non dovrà essere quella di pollo o vitello provenienti da alle-

Nota

Volendo fare una riflessione relativa alla scelta degli alimenti proposti in queste soluzioni, si noterà che sono del tutto assenti latte e derivati, non particolarmente adatti per queste pazienti. In generale, non saranno indicate le verdure appartenenti alla famiglia delle Crucifere, vale a dire broccoli, verza, cavolfiore, cavolo cappuccio, ecc., il cui contenuto in zolfo può impegnare troppo l'attività epatica. Infatti, è una categoria di vegetali non amata da questa tipologia femminile. In caso di sovrappeso, è stata privilegiata la strategia di una stimolazione epatica, piuttosto di quella tiroidea (pochi e selezionati prodotti ittici e una moderata quantità di altri alimenti ricchi di iodio), in modo da controllare la tendenza all'ipereccitabilità neurologica.

Tipologia surrenalica o “sanguigna”

Caratteristiche generali

Tra le varie tipologie femminili, quella che analizziamo in questo paragrafo si caratterizza per una marcata tendenza anabolizzante (cioè all'accrescimento muscolare). L'incremento ponderale tenderà a localizzarsi prevalentemente nelle regioni superiori del corpo, in particolare a livello delle spalle, delle braccia, del collo e del torace, il cui diametro antero-posteriore avrà un'estensione superiore alla media. Nei casi più eclatanti si noteranno gambe e cosce relativamente sottili, con curve glutee ridotte o assenti per perdita della fisiologica lordosi lombare e spostamento in avanti del baricentro del bacino, tanto da configurare un sovrappeso che potremmo definire a “pera rovesciata” (figura 9).

La loro cute sarà spessa, calda e rosea, con facili arrossamenti e congestioni al viso, il sottocutaneo risulterà compatto e sodo, quasi

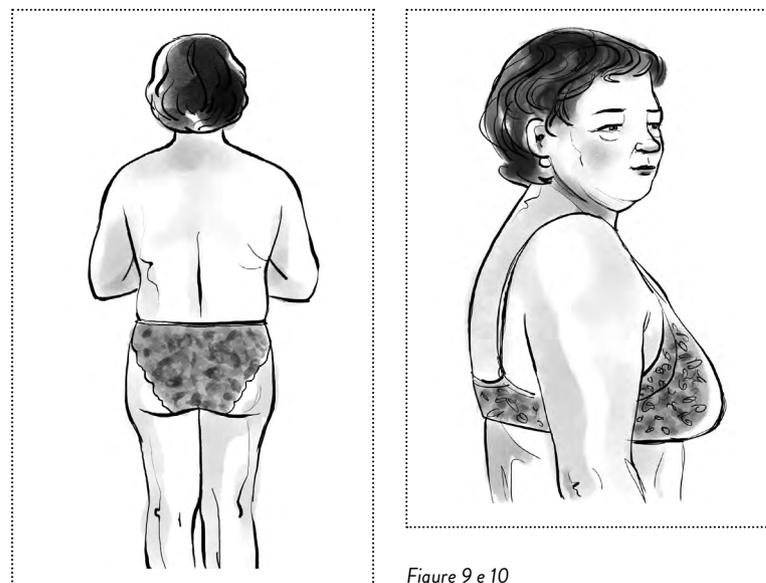


Figure 9 e 10

fibroso nelle forme più marcate. Il tono muscolare sarà stabilmente elevato e, parallelamente ai sintomi derivanti dalla forte diminuzione degli estrogeni, esse avranno una maggiore predisposizione all'ipertensione arteriosa e alle patologie cardiovascolari. Oltre al già citato aumento del diametro antero-posteriore del torace, un aspetto abbastanza caratteristico di queste donne sarà il collo corto con un accenno più o meno evidente di gibbo dorsale, vale a dire un ingrossamento a livello delle prime vertebre cervicali (figura 10). In alcuni casi si potranno verificare squilibri glicemici e diabete, tanto da configurare il quadro classico della sindrome metabolica, di cui bisognerà tenere conto nella programmazione nutrizionale, come vedremo più avanti. In base a quanto appena detto, bisognerà raccomandare a queste pazienti di limitare l'impiego di sostanze adrenergiche, come caffeina o teobromina (alcaloide naturale presente

sieme delle associazioni di alimenti componenti un pasto avrà un duplice vantaggio:

- prolungando i tempi digestivi, renderà più graduale l'assorbimento degli zuccheri e perciò eviterà un rialzo glicemico nel sangue, con inevitabile iperproduzione di insulina;
- per la stessa ragione la sensazione di sazietà sarà molto più prolungata e non si verificheranno subitanei cali glicemici negli intervalli fra i pasti con necessità di spuntini vari.

Tipologia linfatica o “melanconica”

Caratteristiche generali

Anche la lettrice non “addetta ai lavori” avrà sentito parlare qualche volta del cortisolo e dei corticosteroidi, non fosse altro che per il fatto che il cortisone come farmaco è ampiamente prescritto nelle più svariate patologie e ha molteplici effetti collaterali. Del resto, ne abbiamo ampiamente parlato a proposito delle donne con prevalenza costituzionale “sanguigna”, che tendono ad avere un certo eccesso di questi ormoni e ne possono patire le conseguenze che abbiamo descritto nel periodo della menopausa. Al contrario, esistono tipologie femminili, quasi specularmente opposte, che geneticamente avranno un certo deficit di sintesi di questi ormoni. Il risultato inevitabile sarà una vitalità biologica inferiore alla media, difese organiche meno attive, una pressione arteriosa difficilmente elevata, anzi tendente al basso, e una sessualità che deve fare i conti con un'energia vitale non esuberante.

Per quanto riguarda la forma del loro corpo, esse saranno tendenzialmente longilinee e piuttosto esili. A fronte di questa caratteristica, che oggi può venire considerata un vantaggio estetico, c'è da dire che, mancando l'azione tonica e anabolizzante degli ormoni

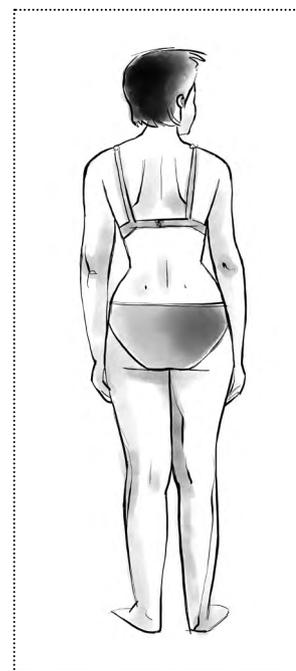


Figura 13

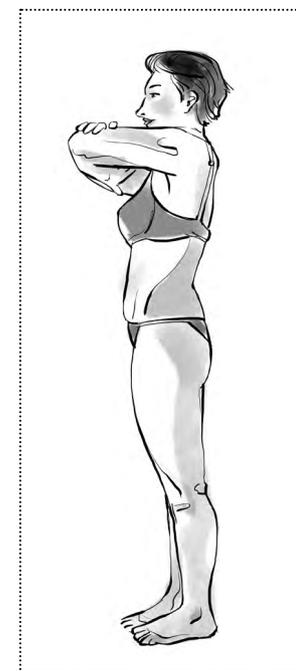


Figura 14

cortico-steroidi, statisticamente è probabile che abbiano un apparato muscolo-scheletrico meno efficiente e pronunciato rispetto alla media, cute sottile e scarso sviluppo del sistema pilo-sebaceo (figure 13 e 14).

Per esempio, si potrà osservare un diradamento dei capelli, che saranno molto sottili e privi di vitalità.

Il fatto che i tessuti periferici del corpo, tendenzialmente ipotonici e/o ipotrofici, abbiano una scarsa percentuale di adipe giustifica il fatto che queste donne siano abbastanza freddolose soprattutto nel periodo post menopausa e tendano a coprirsi adeguatamente soprattutto nella zona del torace e delle spalle.

Massobrio M., Gallo M., Buzio C., Mellano R., Sesia C., *Psiconeuro-endocrinologia della menopausa*. CIC, Roma 2004.

Morini A., Cantonetti G., Tridente V., Aleandri V., Roscetti C., Sala D., *Sessualità in pazienti sottoposte ad intervento di isterectomia secondo Wertheim*. Estratto da: "Rivista di Scienze Sessuologiche", Journal of Sexological Sciences, vol. 4, n. 3, pagg. 95-100, 1991.

Pescetto G., De Cecco L., Pecorari R., Ragni N., *Ginecologia e Ostetricia*, S.E.U, Roma, 2001.

Siiteri P.K., MacDonald P.C., *Role of extraglandular estrogen in human endocrinology*. In Greep RO Astwood E (eds). Handbook of Physiology: Endocrinology, vol. 2, Washington, DC, American, Physiological Society, 1973, p. 615.

Yen, Jaffe, Barbieri, *Endocrinologia della Riproduzione*, Verduci Editore, Roma, 2001.

Zichella L., Perrone G., Capri A., *La Menopausa*, in Benagiano, Negri: *Endocrinologia della Riproduzione Umana*, UTET, Torino 1994.

Indice

| | |
|----|---|
| 5 | Introduzione |
| | ADATTAMENTI E DISTURBI NEL PERIODO DELLA MENOPAUSA |
| 10 | La menopausa, una fase della vita |
| 11 | Variazioni ormonali in menopausa |
| 13 | Aspetti clinici delle variazioni ormonali |
| 19 | I disturbi e i rischi della menopausa |
| 23 | Irregolarità mestruali |
| 25 | Sintomi psico-neuro-endocrini |
| 28 | Disturbi del sonno |
| 31 | Cute, mucose e disturbi urogenitali |
| 35 | Vampate di calore |
| 38 | Gonfiore |
| 41 | Aumento di peso |
| 44 | Colesterolo e trigliceridi |
| 47 | Metabolismo del calcio e osteoporosi |
| 50 | Il sistema cardio-circolatorio in menopausa |
| 54 | Indicazioni e controindicazioni della terapia ormonale sostitutiva |
| | DIETE PER LA MENOPAUSA |
| 60 | Regole generali per la strutturazione di una dieta |
| 64 | Pesi, misure e quantità |

| | |
|-----|--|
| 67 | Le diverse “forme” delle donne in menopausa |
| 67 | Tipologia iper-adrenergica o “collerica” |
| 80 | Tipologia surrenalica o “sanguigna” |
| 93 | Tipologia insulinemica o “flemmatica” |
| 106 | Tipologia linfatica o “melanconica” |
| 123 | Bibliografia |