



La menopausa e l'andropausa sono due transizioni ormonali naturali che si verificano rispettivamente nella donna e nell'uomo durante l'invecchiamento. Nonostante siano fisiologiche, queste periodi possono essere accompagnate da disturbi e sintomi talvolta debilitanti, che influenzano significativamente la qualità della vita e la salute a lungo termine. Comprendere i meccanismi sottostanti e le opzioni di trattamento è essenziale per accompagnare nel modo migliore le persone interessate.

La menopausa corrisponde alla cessazione definitiva dei cicli mestruali, risultante dall'esaurimento del patrimonio follicolare ovarico. Si verifica in media intorno ai 51 anni, ma può essere più precoce in caso di insufficienza ovarica prematura o di menopausa chirurgica (ovariectomia bilaterale). Dal punto di vista ormonale, la menopausa è caratterizzata da un collasso della produzione di estrogeni e progesterone da parte delle ovaie, che porta a uno squilibrio dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi (HPG). Questa carenza di estrogeni è responsabile di numerosi sintomi, a breve e lungo termine.

I disturbi climaterici sono le manifestazioni più precoci e più frequenti della menopausa. Essi includono tipicamente le vampate di calore (sensazioni improvvise di intenso calore, con arrossamento e sudorazione), le sudorazioni notturne (risvegli sudati durante la notte), la secchezza vaginale (che causa disagio e dispareunia), i disturbi dell'umore (irritabilità, ansia, depressione) e i disturbi del sonno (insonnia, risvegli notturni). Questi sintomi sono legati alla carenza di estrogeni e al suo impatto sulla termoregolazione, sulle mucose e sui neurotrasmettitori. La loro intensità e durata variano da una donna all'altra, ma possono persistere per diversi anni dopo la menopausa e alterare significativamente la qualità della vita.

A lungo termine, la carenza di estrogeni della menopausa aumenta il rischio di patologie

croniche, come l'osteoporosi e le malattie cardiovascolari. Gli estrogeni giocano un ruolo chiave nel mantenimento della massa ossea, rallentando il riassorbimento e stimolando la formazione ossea. Il loro deficit porta a una perdita di massa ossea accelerata, soprattutto negli anni successivi alla menopausa, aumentando il rischio di fratture osteoporotiche (polso, vertebre, anca). Allo stesso modo, gli estrogeni esercitano effetti protettivi sul sistema cardiovascolare migliorando il profilo lipidico, riducendo l'infiammazione e preservando la funzione endoteliale. Dopo la menopausa, si nota un aumento del rischio di malattia coronarica, ictus e malattia arteriosa periferica.

La gestione dei disturbi della menopausa si basa su un approccio globale e individualizzato, che combina misure igienico-dietetiche, trattamenti farmacologici e supporto psicologico se necessario. Il trattamento ormonale sostitutivo (THS) è il trattamento di riferimento per disturbi climaterici moderati a severi. Consiste nell'amministrare estrogeni, associati a progesterone (o un progestinico) nelle donne non isterectomizzate per prevenire il rischio di cancro all'endometrio. Il THS permette di alleviare efficacemente i sintomi vasomotori e genito-urinari, prevenire la perdita di massa ossea e ridurre il rischio cardiovascolare se iniziato precocemente (entro 10 anni dalla menopausa). Tuttavia, può aumentare leggermente il rischio di cancro al seno, di malattia tromboembolica e di ictus, da cui l'importanza di una valutazione individuale del rapporto beneficio-rischio.

In caso di controindicazione o rifiuto del THS, altre opzioni terapeutiche possono essere proposte. I modulatori selettivi del recettore degli estrogeni (SERM) come il raloxifene hanno un'azione agonista sull'osso e antagonista sul seno e sull'endometrio, permettendo di prevenire l'osteoporosi senza stimolare i tessuti ormone-dipendenti. Gli inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SNRI) come la venlafaxina possono alleviare le vampate di calore regolando la termoregolazione centrale. La tibolone, uno steroide sintetico, ha effetti estrogenici, progestinici e androgenici che migliorano i sintomi climaterici e mantengono la densità ossea. Infine, alcuni approcci non ormonali come l'agopuntura, l'ipnosi o la coerenza cardiaca possono aiutare a gestire i disturbi vasomotori ed emotivi.

Parallelamente, le misure igienico-dietetiche sono essenziali per ottimizzare la salute dopo la menopausa. Un'alimentazione equilibrata, ricca di calcio, vitamina D, fitoestrogeni (soia, lino) e omega-3 (pesci grassi), contribuisce a preservare la massa ossea e a ridurre il rischio cardiovascolare. Un'attività fisica regolare, che combina esercizi di peso (camminare, correre) e di resistenza (sollevamento pesi), stimola la formazione ossea, migliora la composizione corporea e riduce il rischio di cadute. Il mantenimento del peso corporeo è fondamentale, in quanto l'aumento di peso comune in menopausa aggrava l'insulino resistenza, la dislipidemia e il rischio vascolare. Infine, lo smettere di fumare e un consumo moderato di alcol sono benefici per la salute cardiovascolare e generale.

L'andropausa o deficit androgenico legato all'età (DALA) è l'equivalente maschile della menopausa, caratterizzato da una diminuzione progressiva della produzione di

testosterone dai testicoli. A differenza della menopausa che si verifica in modo relativamente brusco, l'andropausa è un processo graduale che si installa nel corso di diversi anni, con una diminuzione dell'1-2% all'anno di testosterone a partire dai 40 anni. Questo "ipogonadismo tardivo" colpisce circa il 20% degli uomini di oltre 60 anni e può causare sintomi fastidiosi e rischi per la salute.

Clinicamente, il DALA si manifesta con una riduzione della libido, disfunzione erettile, diminuzione della massa e della forza muscolare, aumento del grasso addominale, diminuzione dell'energia e della motivazione, disturbi dell'umore (irritabilità, depressione), disturbi cognitivi (diminuzione della memoria e della concentrazione) e talvolta vampate di calore. Questi sintomi sono aspecifici e spesso attribuiti all'invecchiamento normale, da qui l'importanza di considerare un DALA di fronte a questo quadro in un uomo di oltre 50 anni.

La diagnosi si basa sulla presenza di segni clinici evocatori associati a un livello di testosterone totale diminuito ($< 10,4$ nmol/L o 3 ng/mL), confermato da due test matutini. È importante escludere altre cause di ipogonadismo (tumore ipofisario, emocromatosi, sindrome di Klinefelter) e cercare comorbidità frequentemente associate (obesità, sindrome metabolica, diabete, apnee del sonno). Un esame etiologico complementare (dosaggio di LH e FSH, imaging ipofisario) può essere effettuato a seconda del contesto.

La gestione del DALA mira a correggere i sintomi, prevenire le complicazioni a lungo termine (osteoporosi, sarcopenia, rischio cardiovascolare) e migliorare la qualità della vita. Un trattamento sostitutivo con testosterone può essere proposto in caso di deficit confermato e sintomi fastidiosi, dopo aver escluso una controindicazione (cancro alla prostata, emoglobina > 18 g/dL, insufficienza cardiaca severa). Il testosterone può essere somministrato mediante modalità transdermica (gel, cerotti), intramuscolare (iniezioni di esteri di testosterone) o più raramente orale (undecanoato di testosterone). L'obiettivo è di ripristinare un livello di testosterone all'interno dei valori medi dell'adulto giovane (15-30 nmol/L), con un monitoraggio regolare dell'efficacia, della tolleranza e degli eventuali effetti collaterali (poliglobulia, ipertrofia prostatica, apnee del sonno).

Come per la menopausa, le misure igienico-dietetiche sono essenziali per ottimizzare i benefici del trattamento e prevenire le complicazioni. Un'alimentazione equilibrata, ricca di proteine (per preservare la massa muscolare), antiossidanti (frutta, verdura) e acidi grassi insaturi (olio d'oliva, pesce) è raccomandata. Un'attività fisica regolare, che combina esercizi di endurance (camminata, bicicletta) e di rinforzo muscolare (pesi), permette di combattere la sarcopenia, l'insulinoreistenza e il rischio cardiovascolare. Il mantenimento del peso corporeo è fondamentale, poiché l'obesità peggiora l'ipogonadismo per un meccanismo di conversione aumentata del testosterone in estrogeni nel tessuto adiposo. Infine, un buon'igiene del sonno (screening e trattamento delle apnee del sonno) e una gestione dello stress (relax, meditazione) sono benefici per l'equilibrio ormonale e la qualità della vita globale.

In sintesi, la menopausa e l'andropausa sono due transizioni ormonali che possono essere accompagnate da disturbi debilitanti e rischi per la salute a lungo termine. Il loro trattamento richiede un approccio globale e personalizzato, che combina trattamenti ormonali sostitutivi adatti, misure igienico-dietetiche mirate e supporto medico e psicologico se necessario. Il coaching in salute ormonale ha un ruolo chiave nell'aiutare le persone interessate a capire meglio questi cambiamenti, adottare strategie di prevenzione efficaci e mantenere una qualità della vita ottimale durante questo periodo di transizione. Grazie all'ascolto empatico, ai consigli esperti e al monitoraggio regolare, il coach può favorire un atteggiamento positivo e proattivo di fronte a queste sfide ormonali, per vivere una menopausa e un'andropausa soddisfacenti e in buona salute.

Punti chiave da ricordare:

- La menopausa e l'andropausa sono transizioni ormonali naturali legate all'invecchiamento, rispettivamente nelle donne e negli uomini.
- La menopausa è caratterizzata dalla cessazione dei cicli mestruali e dal collasso della produzione di estrogeni e progesterone, che causano disturbi climaterici (vampate di calore, secchezza vaginale, disturbi dell'umore e del sonno) e un aumento del rischio di osteoporosi e malattie cardiovascolari.
- Il trattamento ormonale sostitutivo (THS) è il trattamento di riferimento per i disturbi climaterici, ma deve essere avviato in modo personalizzato, valutando il rapporto beneficio-rischio. Altre opzioni terapeutiche (SERM, SNRI, tibolone, approcci non ormonali) possono essere proposte a seconda dei casi.
- L'andropausa o deficit androgenico legato all'età (DALA) si caratterizza per una diminuzione progressiva del testosterone, che causa sintomi fastidiosi (diminuzione della libido, disfunzioni erettile, riduzione della massa muscolare, aumento della massa grassa, disturbi dell'umore e cognitivi) e rischi per la salute.
- La diagnosi di DALA si basa su segni clinici associati a un livello di testosterone diminuito. Un trattamento sostitutivo con testosterone può essere proposto in assenza di controindicazioni, con monitoraggio regolare.
- Per la menopausa come per l'andropausa, le misure igienico-dietetiche (alimentazione equilibrata, attività fisica regolare, mantenimento del peso corporeo, smettere di fumare, consumo moderato di alcol) sono fondamentali per ottimizzare la salute e prevenire le complicazioni.
- Il coaching in salute ormonale ha un ruolo fondamentale nell'aiutare le persone a comprendere meglio queste transizioni, adottare strategie di prevenzione efficaci e

mantenere una qualità della vita ottimale, attraverso un approccio globale e personalizzato combinando ascolto, consigli e monitoraggio.