

FAQ - DOMANDE FREQUENTI SULLA "MENOPAUSA PRECOCE"



Associazione Menopausa Precoce ONLUS

V.le IV Novembre 9, Ferrara

www.menopausaprecoce-amponlus.it - menopausaprecoce@gmail.com

CODICE FISCALE: 93069850381

ISCRIZIONE ALBO PROVINCIALE: n. 74948 del 22/08/2007 - Ferrara

Queste sono le domande più frequenti riguardanti menopausa precoce e POF (premature ovarian failure). Le risposte sono state elaborate da alcune nostre Socie e poi sottoposte ad una delle due ginecologhe che ci prestano la loro consulenza, che le ha riviste/corrette. Ringraziamo sia la ginecologa Dr. Giovanna Testa che le Socie che se ne sono efficientemente occupate. Queste risposte non sostituiscono un consulto medico, né sono da intendersi quale strumento di auto-diagnosi o auto-cura.

1. **Che cos'è la POF o menopausa precoce?**

Il termine POF (Premature Ovarian Failure), indica l'esaurimento ovarico prematuro. Si parla di POF quando l'attività ovarica inizia a diventare insufficiente prima dei 40 anni. Si manifesta con l'irregolarità o l'assenza del ciclo mestruale e ha come effetto una compromissione pressoché irreversibile della fertilità. La POF è comunemente conosciuta come menopausa precoce. Essa non va confusa però con la menopausa naturale: si tratta di una condizione che deve essere trattata tempestivamente per permettere alla donna di mantenere una buona qualità della vita e un buono stato di salute. Inoltre, a differenza della menopausa naturale, la POF può presentare delle remissioni spontanee, sebbene rare e il più delle volte transitorie. Il termine «menopausa precoce» è comunque efficace nell'esprimere con immediatezza lo stato di disagio fisico e psicologico che le donne incontrano in questa condizione.

2. **Quali sono le cause della POF?**

La menopausa è precoce quando si verifica prima dei quarant'anni. Nei casi in cui essa insorge in modo spontaneo, si parla di menopausa precoce spontanea o POF (Premature Ovarian Failure), un fenomeno che riguarda l'1% delle donne italiane. Nei casi in cui invece essa è conseguente a cure mediche, si parla di menopausa iatrogena, un fenomeno che riguarda il 4-5% delle donne italiane. Menopausa precoce spontanea o POF: In un terzo dei casi la causa è genetica, a trasmissione familiare: bisogna quindi fare attenzione all'età in cui sono andate in menopausa la mamma, la nonna o eventuali sorelle (sia della linea materna che paterna). Nei due terzi dei casi è occasionale, nel senso che non ci sono altri casi in famiglia. Le cause possono essere: - autoimmuni (quando l'organismo produce anticorpi che attaccano l'ovaio), oppure associate a malattie come l'insufficienza renale cronica, il Lupus eritematoso sistemico, disfunzione polighiandolare, tiroiditi autoimmuni; - problemi enzimatici/metabolici, conseguenti a patologie come galattosemia, emocromatosi o celiachia a lungo trascurata; - alterazioni cromosomiche e sindromi genetiche, ad es. Sindrome di Turner, Sindrome dell'"X" Fragile; Nella maggior parte dei casi comunque le cause restano misteriose: in tal caso si parla di menopausa precoce "idiopatica", per dire che la causa resta sconosciuta. Menopausa iatrogena: Essa si presenta in conseguenza a cure mediche, quali interventi chirurgici, enucleazioni di cisti ovariche, asportazione bilaterale delle ovaie ("ovariectomia bilaterale"), chemioterapia o radioterapia pelvica. La menopausa chirurgica è la forma iatrogena più frequente. La menopausa può comparire anche in conseguenza a cure mediche chemioterapiche, come nella terapia dei linfomi di Hodgkin o delle leucemie. Infine possono causare menopausa precoce iatrogena anche la radioterapia pelvica, in cui le irradiazioni sono dirette al bacino per curare tumori in quella sede, oppure l'irradiazione completa necessaria prima di un trapianto di midollo.

3. **Come faccio a capire se ho la POF? Quali esami fare per capire se ci sono problemi di POF?**

È consuetudine dire che una donna ha sviluppato una POF se prima dei 40 anni si trova in una condizione di amenorrea da più di sei/nove mesi e ha valori di FSH, (ormone follicolo

stimolante), superiori a 40 riscontrati in due dosaggi effettuati ad almeno un mese di distanza. Dunque questo esame è cruciale per l'individuazione del problema. È comunque necessario effettuare una serie di esami per verificare se ci sono altri problemi di salute che causano l'amenorrea e per individuare eventualmente una causa scatenante della POF. È necessario puntualizzare che molte volte non è possibile individuare una causa specifica (vedi FAQ n° 2). Si rendono necessarie:

- Anamnesi familiare
- Esame obiettivo
- FSH , Estradiolo (le sigle sono E2 o 17Beta Estradiolo) - in genere sono necessari due dosaggi effettuati ad almeno un mese di distanza. Se c'è ancora presenza di ciclo mestruale, l'FSH e il 17 Beta Estradiolo possono essere controllati entro il quinto giorno del ciclo.
- Esami ormonali che completino l'indagine del quadro endocrino: LH, Progesterone, TSH, FT3,FT4, Prolattina, ACTH, testosterone, aldosterone, cortisolemia, DHEAS, 17 OH progesterone e Androstenerione
- Emocromo completo
- Ecografia della Tiroide
- In caso di prolattinemia, RMN
- Esami del cariotipo (mappa cromosomica)
- Esami genetici
- Ecografia pelvica

Si possono anche effettuare esami per la valutazione della riserva ovarica attraverso il dosaggio del l'inibinaB e dell'ormone antimulleriano.

Si consiglia di eseguire una serie di esami di base per verificare un'eventuale associazione tra POF e disordini autoimmuni. Nel caso in cui qualcuno di essi risulti positivo, sarà necessario approfondire il problema con la consulenza di un buon immunologo

- Anticorpi anti tiroide e anti ovaio
- Dosaggio Anticorpi Antinucleo, Fattore Reumatoide e VES
- Anticoagulante Lupus Like
- Immunoglobuline IgG, IgA, IgM
- Anticorpi Anti Muscolo Liscio
- Anti corpi anti Endomisio
- Sideremia, elettroforesi proteica, Proteine totali, creatinina
- Anticorpi Anti Cardiolipina IgG, IgM
- Esami per escludere la celiachia: Anticorpi Anti Gliadina IgG, IgA – Anti Transglutaminasi
- Elettroliti serici, calcemia e fosforemia per valutare in modo indiretto la presenza di anticorpi anti-paratiroide.

4. Come la POF influenza tutta la mia salute?

L'assenza di estrogeni si ripercuote su tutto l'organismo, poiché essi sono coinvolti in molti processi e funzioni del nostro corpo. L'effetto più immediato si ha nel metabolismo dell'osso. Il metabolismo dell'osso funziona mediante dei recettori sensibili agli estrogeni, grazie ai quali si innesca l'attività ricostruttiva dell'osso che tende a creare massa attraverso alcuni minerali, tra cui in particolare il calcio. Senza gli estrogeni questo processo viene compromesso. Gli estrogeni favoriscono l'attività rigenerativa dell'epidermide, dei capelli,

dei tessuti, delle articolazioni e dei muscoli. Inoltre favoriscono la ritenzione idrica nei tessuti. L'assenza di estrogeni comporta una sorta di atrofia e, secondo alcuni, degenerazione progressiva di queste strutture. Gli estrogeni mantengono il cuore e le arterie in buona salute: aumentano il colesterolo "buono" (HDL) e diminuiscono quello "cattivo" (LDL) ed evitano la formazione di depositi di colesterolo sulle pareti dei vasi. Questo effetto protegge la donna rispetto agli uomini durante l'età fertile: in effetti in genere le donne che non hanno menopause precoci iniziano a soffrire di disturbi cardio-circolatori a partire dai 50 anni in poi.

5. Oltre alla mancanza di ciclo mestruale, quali sono i sintomi che possono insorgere a causa della POF?

I sintomi della POF sono simili a quelli della menopausa naturale. Alcuni sono peculiari del periodo di passaggio dall'età fertile alla menopausa. In questo periodo il calo degli estrogeni crea uno squilibrio nell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaie che deve abituarsi al nuovo assetto ormonale. Possono manifestarsi una serie di disturbi che coinvolgono sia la sfera fisica che quella psichica e che possono variare da donna a donna: vampate di calore, sudorazioni improvvise, insonnia, irritabilità, nervosismo, depressione, tachicardia, calo della libido. Questi sintomi sono transitori e non hanno effetti incisivi sullo stato di salute. Possono però compromettere la qualità della vita della donna, specialmente quando è molto giovane e la POF sopraggiunge in maniera inaspettata. Altri sintomi sono conseguenti alla sofferenza del corpo per la mancanza di estrogeni e possono essere spie di patologie che nel tempo possono avere forti ripercussioni sulla salute della donna: incontinenza urinaria, secchezza vaginale, predisposizione allo sviluppo di funghi e infezioni vaginali, dolori osteo-articolari, secchezza delle mucose quali occhi e bocca, perdita del tono muscolare e dell'epidermide, aumento del grasso nelle zone come l'addome, aumento dei livelli di colesterolo, problemi circolatori.

6. Che cos'è la TOS?

TOS vuol dire Terapia Ormonale Sostitutiva. I preparati disponibili sono formulati per le donne in menopausa per alleviare i sintomi tipici di questa condizione. Le donne con POF possono utilizzare questo tipo di terapie per integrare gli ormoni che le ovaie non producono più in maniera sufficiente: estrogeni e progestinici. Il dosaggio deve essere valutato con il proprio medico e controllato periodicamente. La terapia ormonale può essere assunta per via orale o per via trans dermica. Sono disponibili: compresse, cerotti, gel o capsule vaginali.

7. Quali rischi e benefici comporta la TOS?

Se la donna ha ancora l'utero, deve assumere una terapia combinata di estrogeni e progesterone: è infatti dimostrato che l'assunzione di progesterone per almeno 12 gg al mese protegge l'endometrio dal rischio di tumore al quale è esposto in seguito all'assunzione di estrogeni. D'altra parte, l'assunzione di progesterone per più di 12 gg deve essere valutato dal medico nel singolo caso per il possibile ruolo del progesterone nello sviluppo del tumore al seno. Le donne che non hanno più l'utero in seguito ad un intervento di isterectomia, assumono solo estrogeni. L'efficacia della TOS nell'alleviare i sintomi vasomotori e nel contrastare l'insorgenza di osteoporosi è dimostrata. Inoltre sembra portare a una minore incidenza del tumore al colon. Per quanto riguarda i rischi della TOS, la questione è ancora piuttosto dibattuta. Innanzitutto, gli studi sulla TOS sono stati effettuati su campioni di donne di più di 50 anni: purtroppo non esistono studi sugli effetti della TOS su donne giovani, di età inferiore a 40 o 30 anni, che devono tra l'altro assumere la TOS per lunghi pe-

riodi, in teoria anche superiori a vent'anni. Per quanto riguarda gli studi sulle donne di più di 50 anni, è stato riscontrato un aumento di casi di tumore al seno, all'endometrio e alle ovaie, da molto lieve a moderato, a seconda della fascia di età e dell'uso nel tempo. Non sono stati finora dimostrati benefici sul sistema circolatorio e sulla prevenzione dei problemi cognitivi e di memoria. Nel caso delle donne con più di 50 anni, bisogna specificare che in realtà si tratta di una terapia di tipo "additivo" che tende a prolungare l'esposizione del loro corpo alle azioni degli estrogeni. Il loro corpo inoltre presenta già una maggiore vulnerabilità dovuta al progressivo invecchiamento con un aumento naturale di predisposizione allo sviluppo di malattie degenerative dei tessuti e problemi circolatori. Nel caso delle donne con POF vengono invece integrati ormoni che le ovaie non producono più, ma di cui il corpo giovane ha ancora bisogno per mantenere in buono stato tutte le funzioni e gli organi: tessuti, sistema scheletrico, muscolare e circolatorio. Per questo motivo, vari medici sostengono che, per una donna giovane, i benefici della TOS superano di gran lunga i rischi. Resta dunque al medico e alla paziente valutare il rapporto rischi-benefici sul singolo caso e valutare il proseguimento della TOS negli anni attraverso periodici controlli e rivalutazioni sulla opportunità e sul dosaggio della terapia.

8. Quali differenze ci sono tra la TOS e la pillola contraccettiva? Come scegliere?

La pillola contraccettiva prevede l'assunzione di un estrogeno di sintesi molto efficace, l'etinilestadiolo, che anche con bassissimi dosaggi può essere "intercettato" dall'ipofisi che smette di stimolare le ovaie non permettendo che si inneschi il processo ovulatorio. I vantaggi dell'assunzione di basse dosi di estro progestinici, sotto forma di pillola contraccettiva, sono soprattutto dovuti al fatto che è facilmente accettata dalle donne più giovani. In tal modo queste ultime si sentono più simili alle loro coetanee che ne fanno uso per fini contraccettivi. Il basso dosaggio può viceversa rappresentare uno svantaggio nel caso in cui sia già presente un problema di osteopenia/osteoporosi: in tal caso una TOS mirata, che prevede un dosaggio maggiore di estrogeni, può essere più efficace. Sia la pillola contraccettiva che la TOS sono utili per alleviare i sintomi vaso-costrittori, vampate, secchezza vaginale, insonnia. La TOS inoltre non inibisce l'ovulazione in caso di ripresa spontanea dell'attività ovarica, è quindi preferibile alla pillola contraccettiva in caso di desiderio di gravidanza. Con la pillola contraccettiva viene invece inibita l'ovulazione. Se è ancora presente il ciclo mestruale, si può però tentare di provocare il così detto effetto "rebound" assumendo la pillola per un breve periodo e alla sospensione monitorare una eventuale ripresa dell'attività ovarica. (vedi FAQ n° 13) In presenza di problemi circolatori, di predisposizione ad eventi trombotici, alcuni studi indicano come una TOS comporti minori effetti collaterali rispetto alla pillola contraccettiva, in particolar modo se assunti per via transdermica. Ciò vale anche nel caso di donne che soffrono di mal di testa ricorrenti o emicranie con aurea, per le quali l'etinilestadiolo è assolutamente sconsigliato. Inoltre l'assunzione transdermica permette, in particolar modo con il cerotto bisettimanale, il mantenimento di un livello costante di estrogeni e dunque una ridotta esposizione al calo degli stessi che può acuire, se non causare, episodi emicranici. Bisogna tener presente che diversi studi sull'utilizzo della TOS, seppur effettuati su donne di più di cinquant'anni, evidenziano un certo aumento di rischio per alcune malattie estrogeno-dipendenti, soprattutto nell'uso prolungato, quali tumore al seno, all'endometrio, alle ovaie. (vedi FAQ n° 7) La scelta della pillola contraccettiva piuttosto che la TOS deve essere attentamente valutata solo dopo aver effettuato tutti gli esami che permettono di valutare lo stato di salute della donna (vedi FAQ n° 11).

9. Non posso/non voglio seguire una cura ormonale. Ci sono altre cure che possono alleviare i sintomi della POF?

In alcune situazioni di salute è sconsigliato o assolutamente vietato assumere estrogeni (ad es. tumori ormono-dipendenti, episodi trombo embolici, ischemie, problemi cardiaci, ecc.) In altri casi la donna, dopo essere stata adeguatamente informata sul rapporto rischi/benefici legati all'assunzione di una TOS, può comunque decidere di non assumere la terapia. In entrambi i casi si può tentare di arginare i sintomi climaterici e intervenire sui problemi di salute che possono essere causati dalla menopausa attraverso fitofarmaci o farmaci non contenenti ormoni. Tali terapie devono comunque essere prescritte da medici specialistici che devono effettuare controlli regolari sullo stato di salute della donna ed eventualmente correggere la terapia nel tempo. E' possibile intervenire per alleviare i sintomi mediante l'assunzione di farmaci specifici: creme locali per alleviare la secchezza vaginale; psicofarmaci che attenuino i problemi di insonnia e di variazione dell'umore; farmaci e integratori specifici per la prevenzione e cura dell'osteoporosi.

10. Oltre alle terapie con o senza ormoni, c'è qualcos'altro che posso fare?

Ci sono molte cose che puoi fare per cambiare il tuo stile di vita: ogni donna con POF dovrebbe modificarlo in modo da arginare e prevenire i disturbi legati alla menopausa. Per i disturbi legati alla secchezza vaginale, al conseguente dolore durante i rapporti, all'incontinenza e anche al calo della libido che in parte ne è conseguenza, sono utili gli esercizi di Kegel da eseguire con costanza. Inoltre avere rapporti regolarmente migliora la lubrificazione vaginale e la tonicità ed elasticità dei suoi tessuti. Per la prevenzione dell'osteoporosi è utile praticare attività fisica: camminare un'ora 3/4 volte alla settimana, praticare almeno 2/3 volte a settimana sport che sfruttino la forza di gravità (non nuoto dunque ma corsa, danza, attività aerobica, pesi leggeri...). L'attività fisica inoltre aiuta anche a mantenere in buono stato l'apparato cardiocircolatorio. L'esposizione al sole mezz'ora al giorno aiuta la produzione di vitamina D e la fissazione del calcio. Per prevenire e/o non aggravare i problemi legati all'osteoporosi è necessario smettere di fumare e limitare l'utilizzo di alcol, che non dovrebbe essere superiore ad 1/2 bicchiere di vino al giorno. Il fumo è dannoso anche per l'apparato cardiocircolatorio e l'invecchiamento dei tessuti. Inoltre non bisognerebbe eccedere nell'uso di caffeina. Un aiuto importante può arrivare dalla dieta: frutta e verdura per garantire il giusto apporto di minerali e vitamine e mantenere dunque in buono stato tessuti e apparato circolatorio, formaggi per garantire un buon apporto di calcio (formaggi light se ci sono problemi di colesterolo, yogurt e latte ad alta digeribilità se c'è una intolleranza al lattosio), proteine, che non devono mancare, (sebbene non in eccesso per non aumentarne la perdita tramite l'urina) utili per garantire il buon funzionamento del metabolismo dell'osso sono quelle contenute nel pesce, che con i suoi grassi omega3 contribuisce inoltre al buono stato delle arterie. I grassi devono essere controllati nella qualità e nella quantità adeguate in relazione ad eventuali problemi di colesterolo. Può essere utile prevedere l'assunzione di integratori di calcio e vitamina D. Per i problemi dell'umore è consigliabile praticare a seconda dei casi discipline come lo yoga, il training autogeno e le tecniche di rilassamento.

11. Quali esami fare prima di iniziare una TOS e per controllare lo stato di salute durante la TOS?

L'uso prolungato di estroprogestinici (in caso di POF precocissima e menopause precocissime parliamo di decenni!) deve essere valutato con un attento studio della situazione di salute e della familiarità con patologie che possono insorgere o peggiorare con la somministrazione di ormoni sintetici. La terapia deve essere controllata e valutata periodicamen-

te con il medico per analizzarne gli effetti collaterali e il rapporto benefici-rischi. In genere, non possono utilizzare la TOS le donne che hanno sofferto di cancro alle ovaie o alla mammella, o in generale di patologie che si aggravano con la somministrazione di ormoni sintetici. Prima di iniziare una TOS è opportuno escludere mutazioni genetiche che predispongono a problemi circolatori attraverso l'esame della Mutazione del fattore II, fattore V di Leiden, MTHFR. È inoltre necessario controllare lo stato di salute attraverso un opportuno esame del sangue che controlli:

- i fattori di rischio per le malattie cardiovascolari: PT, PTT, Fibrinogeno
Antitrombina III
Proteina S e Proteina C Coagulativa
Omocisteina
Colesterolo Totale , LDL, HDL
- lo stato di salute generale con particolare riferimento al fegato:
emocromo completo, esame delle urine
bilirubinemia totale e frazionata
transaminasi GOT- GPT
- lo stato del metabolismo osseo:
calcemia, fosforemia, protidogramma, calciuria delle 24 ore

Inoltre è opportuna una visita ginecologica completa di Pap-test ed ecografia pelvica e una visita senologica con ecografia o mammografia (a seconda dell'età: di solito la mammografia si effettua dopo i 40 anni).

Se la POF è insorta già da qualche tempo, è inoltre consigliabile una visita specialistica di controllo dello stato delle ossa, per verificare un'eventuale osteopenia (iniziale indebolimento osseo, di solito recuperabile) o osteoporosi, seguita dall'esame della MOC. Insieme al medico si verificherà se la TOS, con il suo apporto ormonale, sarà sufficiente a controllare l'eventuale indebolimento delle ossa, o se è necessario affiancarvi integratori o farmaci specifici. Durante la TOS, il check-up annuo consigliato comprende la ripetizione degli esami del sangue e delle urine sopra citati, la visita senologica con ecografia o mammografia, la visita ginecologica con ecografia pelvica, pap test ed eventualmente, se si sono ravvisati problemi alle ossa, la MOC da ripetere ogni 1 o 2 anni. Un consiglio utile potrebbe essere quello di scegliere un "mese della prevenzione" in cui concentrare tutti gli esami e le visite.

12. Il mio medico mi dice che non può trattarsi di menopausa e/o dice che è un blocco psicologico, cosa faccio?

Purtroppo la POF è una patologia ancora relativamente poco nota, anche in ambito medico. In alcuni casi, la menopausa in giovane età è definita, dai medici stessi, "impossibile". In caso di presenza di sintomi che possano far pensare alla POF (ciclo irregolare o assente, dolori articolari, secchezza delle mucose, vampate, insonnia, depressione o sbalzi d'umore), la diagnosi di "stress" o "blocco psicologico" suggerita dal medico non può essere accettata senza effettuare altri accertamenti, prima di tutto i dosaggi ormonali che controllano il livello di FSH, LH, prolattina, ormoni tiroidei, progesterone. Nel caso in cui il medico curante o specialista si rifiuti di prescriberli, è opportuno sentire un altro parere, anche perché, soprattutto nel caso si desideri una gravidanza, il tempo è un fattore determinante.

13. **Con una diagnosi di POF è possibile la gravidanza? Con quali tecniche?**

Nel caso la POF non sia ancora definitiva, (cicli irregolari, l'FSH altalenante e qualche ovulazione ancora presente), è possibile, a volte, che si verifichi una gravidanza naturale o con l'ausilio di stimolazioni ormonali. Un esame utile da fare in questo caso è quello dell'ormone antimulleriano e dell'inibina b, utile a stimare la riserva ovarica. Nel caso i valori di questi ormoni siano ancora a un livello discreto, è possibile tentare, attraverso un monitoraggio dell'ovulazione e opportune stimolazioni ormonali, di giungere a una gravidanza attraverso una fecondazione assistita. Un altro tentativo che a volte viene fatto per arrivare a una gravidanza è il cosiddetto "effetto rebound": si somministra per alcuni mesi un anti-concezionale come la pillola, poi si interrompe la terapia e si verifica se l'improvvisa mancanza di ormoni stimola le ovaie a riprendere il loro lavoro. Si tratta di un tentativo che comunque non dà risultati certi. In caso invece di POF conclamata, con assenza del ciclo e FSH stabilmente sopra a 40, valori bassi di ormone antimulleriano e inibina b, la gravidanza con fecondazione omologa (cioè con ovuli propri) è quasi impossibile. La probabilità di concepire un bambino naturalmente rimane, secondo alcune stime, attorno al 10% circa per i primi 2 anni di menopausa, per poi ridursi drasticamente. L'unica possibilità rimane dunque la fecondazione eterologa, cioè attraverso ovodonazione. Il bambino viene concepito in vitro grazie al seme del compagno e una cellula uovo di una donatrice, successivamente l'embrione ottenuto viene impiantato, come accade nella fecondazione assistita omologa. In Italia purtroppo, con la Legge 40, l'ovodonazione non è consentita, quindi le coppie che vogliono tentare questa strada sono obbligate a rivolgersi a strutture estere (ad esempio, in Spagna, Belgio, Repubblica Ceca, ecc).

14. **Dopo la diagnosi non mi sento più la stessa donna di prima, come accettarsi?**

La diagnosi di POF, forse più di altre patologie, lede l'autostima femminile: ci si sente improvvisamente "vecchie", complici anche molti dei sintomi: dolori articolari e problemi alle ossa, aumento del peso o cambiamento della "forma" del corpo, perdita dei capelli, secchezza vaginale e calo del desiderio. Pensiamo a quanto sia difficile accettare la menopausa anche per le donne per le quali arriva "al momento giusto"; nel caso della POF, la situazione è aggravata dal fatto che la menopausa non era assolutamente preventivata, sconvolge eventuali progetti di vita e porta alla necessità di terapie e controlli periodici. Ci sono diverse strade da percorrere (anche contemporaneamente) per arrivare a una certa accettazione della POF e a convincerci che siamo, in fondo e comunque, le stesse donne di prima. Le terapie ormonali, o quelle naturali, sono di grande aiuto per tamponare una parte dei sintomi. Una buona attività fisica consente di risolvere alcuni dei problemi legati al peso o alla forma fisica. Un aiuto prezioso viene anche da un confronto sereno col partner: l'accettazione della situazione anche da parte sua è un grandissimo aiuto. Un'altra preziosa risorsa è il confronto con altre donne che hanno lo stesso problema e A.M.P. (Associazione Menopausa Precoce) è nata, fra gli altri scopi, anche per questo: constatare che non si è sole a fronteggiare certi problemi dà un bel contributo al percorso di accettazione personale. Anche un supporto psicologico può essere un ottimo aiuto.

15. **Ho paura di invecchiare precocemente a causa della POF, è un timore fondato?**

Innanzitutto, occorre chiarire cosa si intende quando si parla di "invecchiamento precoce" legato alla POF. È vero che la carenza di estrogeni causa danni a carico delle ossa (osteoporosi). Si tratta però di una conseguenza ben conosciuta dai medici, che in genere, dopo gli opportuni controlli, propongono o una terapia ormonale o altre terapie legate alle ossa per combattere il problema. Anche il calo di desiderio e la secchezza vaginale possono essere visti come segno di invecchiamento: in questi casi però una terapia ormonale,

anche locale, oppure l'uso di lubrificanti, nonché una buona intesa col partner, riescono a migliorare la situazione. Per il resto, non ci si deve assolutamente aspettare, dopo la diagnosi di POF, di vedersi all'improvviso rugose, curve, con i capelli bianchi: abbiamo constatato di persona, anzi, come molte donne in POF dimostrino in realtà meno della loro età, o comunque siano del tutto uguali alle loro coetanee!