Desiderio in menopausa, una terapia per riaccenderlo

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

"Ho 54 anni e sono in menopausa chirurgica da 5, per asportazione di utero e ovaie. Mi è successa una cosa sgradevole: nonostante un matrimonio sereno e con molto amore, il mio desiderio prima è scomparso e poi è diventato vera avversione. Il sesso mi ripugna. Se vedo una scena di sesso in televisione, cambio canale! Eppure mio marito è sempre lo stesso, affettuoso e curato. Si sente rifiutato e non capisce che cosa mi sia successo. Non ho un altro uomo, non mi passa nemmeno per la testa! C'entra la menopausa? O dovrei fare una terapia sessuale?".
Luciana S. (Brescia)

Sì, gentile signora, la menopausa c'entra eccome! Lei è molto precisa: non solo il suo desiderio prima è scomparso e poi è diventato avversione, ma il problema è generalizzato, ossia interessa tutte le forme di sessualità esplicita, perfino in TV. Inoltre l'avversione non è scatenata da fattore affettivi o di coppia.
L'indizio biologico più importante è il drastico cambiamento dei suoi livelli ormonali, causato dalla menopausa chirurgica: la perdita secca di ormoni sessuali, estrogeni e progesterone, nonché testosterone e deidroepiandrosterone (DHEA) prodotti dalle ovaie, oltre che dal surrene. Senza questi ormoni il sistema nervoso centrale perde il motore biologico fondamentale del desiderio, delle fantasie e dei sogni erotici, dell'eccitazione mentale, della voglia fisica di baci, di carezze, di contatto appassionato del corpo. E' come se nei centri del cervello che governano la sessualità si spegnesse la luce. Peggio: in molte donne si attivano anche i centri dell'avversione sessuale, che può essere così forte da trasformare ogni rapporto subìto in un abuso.
Se il problema è biologico, la soluzione è biologica, come sostengo da decenni (vox clamans in deserto…). Una terapia ben personalizzata, con estradiolo bioidentico in gel o cerotto (il progesterone non serve, perché non ha più l'utero), va integrata con testosterone di estrazione vegetale oppure testosterone propionato, entrambi in crema da applicare sui genitali in quantità dosata, preparati da un farmacista certificato su prescrizione galenica, e deidroepiandrosterone solfato in capsule da 10 o 25 mg, da assumere al mattino per bocca sempre su prescrizione medica galenica.
Grazie a questi ormoni, in circa tre mesi l'avversione si attenua e, nel giro di sei mesi, il desiderio sessuale può tornare insieme a una risposta fisica genitale – lubrificazione, congestione genitale e orgasmo – di crescente soddisfazione per lei e per suo marito.

Prevenire e curare – Ormoni: possiamo usarli in sicurezza?
Sì! L'importante è iniziare la terapia entro i 60 anni, o almeno entro 10 anni dalla menopausa. Si può continuarla "a dosi appropriate e per il tempo appropriato". Dunque basta terrorismi, come è stato ribadito dal documento di consenso pubblicato su Climacteric (De Villiers et Al, 2016),

© 2017 - RCS Periodici - www.alessandragraziottin.it

approvato dalle sette società scientifiche più importanti al mondo.

In particolare, dopo un'isterectomia, gli estrogeni sono protettivi per il seno, con una riduzione del 23 per cento del rischio relativo di cancro. Anche testosterone e DHEA sono protettivi, come suggeriscono diversi studi recentemente pubblicati.

Sì dunque alle terapie ormonali (quando non vi siano controindicazioni maggiori) iniziate presto, insieme a stili di vita sani e con un monitoraggio clinico periodico con un ginecologo esperto di menopausa!