Menopausa e morbo di Parkinson: il ruolo positivo degli ormoni

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

"Gentile professoressa, mia moglie ha 52 anni e da qualche tempo soffre di un crescente tremolio alle mani. All'inizio pensavamo che fosse solo stanchezza. Ma il medico, da cui eravamo andati per delle ricette, quando l'ha vista ha detto che potrebbe trattarsi di un iniziale morbo di Parkinson, forse in conseguenza della menopausa. E le ha suggerito di iniziare una terapia ormonale sostitutiva, cosa che lei sinora non aveva fatto perché, a parte le vampate, si sentiva abbastanza bene. Noi non sappiamo bene come regolarci, perché siamo molto spaventati sia dalla malattia sia da quel che leggiamo a proposito degli ormoni. Lei che cosa ci consiglia di fare?".
Giuseppe (Torino)

Gentile signor Giuseppe, il vostro medico vi ha ben consigliato: la carenza estrogenica provocata dalla menopausa, in donne geneticamente predisposte, può effettivamente favorire l'insorgenza del morbo di Parkinson; una terapia ormonale sostitutiva ben fatta può frenarne la progressione e garantire una buona qualità di vita. Io stessa incoraggio le mie pazienti affette da questa malattia a fare la terapia ormonale, per due ottime ragioni: sia per i benefici generali (su vampate, umore, sonno, dolori articolari, densità delle ossa, salute urogenitale, sessualità), sia per gli effetti specifici sulla salute del cervello.

Che cos'è esattamente il morbo di Parkinson?
E' una malattia neurodegenerativa progressiva che compare in seguito al deterioramento delle cellule nervose "dopaminergiche", che regolano la nostra capacità di muoverci in modo coordinato. Purtroppo il morbo compare in forma clinica quando è già stato distrutto il 70-80% di queste cellule. La prevenzione, in caso di familiarità con la malattia, è quindi preziosissima, a maggior ragione dopo la menopausa.

Perché gli estrogeni proteggono da questa malattia?
Perché aiutano le cellule nervose a riparare i danni dovuti all'età, allo stress, ai tossici ambientali, e quindi a mantenersi vitali più a lungo. Inoltre proteggono i vasi sanguigni cerebrali, garantendo migliore ossigenazione e nutrimento delle cellule stesse. Tutto questo produce un prezioso effetto "anti-age", tanto più efficace quanto più gli ormoni sono assunti subito dopo la menopausa.

Ma è vero o no che gli ormoni presentano gravi effetti collaterali?
La terapia ormonale sostitutiva ha alcune ben precise controindicazioni: tumori ormonodipendenti (alla mammella, all'utero o all'ovaio), epatiti acute o croniche, pregresse

tromboflebiti, trombosi, ictus o infarti, o malattie autoimmuni a rischio di peggioramento, come il Lupus eritematoso sistemico. A parte questi casi, l'esperienza clinica mi dice che usati bene, con dosaggi personalizzati e – ripeto – sin dall'inizio della menopausa, gli ormoni danno più vantaggi che rischi.
Se non ci sono controindicazioni, la terapia può essere prescritta anche per molti anni, ovviamente adeguando i dosaggi all'età, e purché la donna abbia anche stili di vita sani. I controlli e la rivalutazione dell'indicazione alla terapia sono normalmente annuali. Dal punto di vista farmacologico, l'ideale sono gli ormoni bioidentici, uguali a quelli prodotti dall'ovaio: estradiolo e progesterone naturale. In caso di menopausa chirurgica, poi, è necessario somministrare anche testosterone (vedi box).

Fare questa terapia mette al riparo da ogni rischio?
No, perché come abbiamo visto la patologia dipende anche da fattori genetici. Ma gli estrogeni ne ritardano la comparsa e ne rallentano la progressione. Grazie a ciò, inoltre, sono necessari meno farmaci e si patiscono minori effetti collaterali, molto vistosi quando si superi la cosiddetta "finestra terapeutica".

Di che cosa si tratta?
E' un periodo di circa nove anni a partire dalla diagnosi, durante il quale i farmaci riescono a compensare efficacemente la carenza di dopamina. Dopo tale periodo, diventa sempre più difficile trovare l'equilibrio terapeutico fra due estremi: la rigidità muscolare, quando il farmaco è eccessivo, e il tremore ingovernabile, quando i farmaci non raggiungono i livelli necessari a garantire il coordinamento dei quasi 400 muscoli che formano il nostro corpo.

Che cosa si deve fare, a livello di stili di vita, per potenziare l'effetto della terapia?
Il primo consiglio è di mantenersi attivi e in movimento. Un'ora di passeggiata tutti i giorni, anche a passo moderato, va benissimo. Ma nella cura del Parkinson è ancora più utile la danza, perché la musica e il movimento coreutico aiutano a sincronizzare i movimenti, riducendo sia le rigidità sia i tremori.
E' poi importante:
- mantenere il peso forma;
- seguire un'alimentazione povera di grassi saturi e zuccheri semplici, e ricca frutta e verdura, cereali e legumi, pesce, carne bianca, latte e formaggi freschi;
- evitare il fumo e limitare gli alcolici;
- dormire almeno sette ore per notte;
- coltivare gli affetti e gli interessi culturali.

E per le donne in menopausa precoce?

Nelle donne in menopausa precoce da ovariectomia il rischio di Parkinson è del 68 per cento più elevato rispetto alle donne che abbiano avuto una menopausa naturale, all'età giusta. E' quanto emerge dagli studi di Walter Rocca e collaboratori, della Mayo Clinic di Rochester in Minnesota (USA), che hanno seguito per 25-30 anni oltre 1400 donne alle quali in età fertile fossero state asportate una o entrambe le ovaie, un intervento che provoca la perdita di tutto l'estradiolo e di gran parte del testosterone.

Questa maggiore vulnerabilità al morbo di Parkinson è dovuta al fatto che, senza testosterone, si riducono drasticamente i livelli del "Brain Derived Neurotrofic Factor", una sostanza che aiuta la riparazione delle cellule nervose e stimola le cellule staminali a differenziarsi in neuroni.

Per le donne in menopausa chirurgica è quindi importante che la terapia ormonale sostitutiva ripristini anche i livelli di testosterone, da somministrarsi tramite cerotto transdermico.