

TRATTAMENTI PER L'ATROFIA VULVO-VAGINALE

Terapia ormonale sostitutiva

Tra le indicazioni della terapia ormonale sostitutiva (TOS) per via sistemica sono inclusi i sintomi urogenitali. I medicinali per la TOS sono stati studiati ed hanno dimostrato una chiara e soddisfacente efficacia. La somministrazione di estrogeni esogeni ripristina il normale pH vaginale, ispessisce e rivascularizza l'epitelio e aumenta la lubrificazione vaginale. Pertanto, la TOS allevia i sintomi correlati all'atrofia vaginale, che comprendono la secchezza, l'irritazione, il prurito e la dispareunia (dolore durante i rapporti sessuali).

Terapia estrogenica locale

Anche se la terapia con estrogeni per via sistemica si è dimostrata efficace per il trattamento dell'atrofia vulvo-vaginale, la terapia estrogenica vaginale locale è da preferire quando la terapia sistemica non è necessaria per altre ragioni. La terapia locale infatti evita la maggior parte degli eventi avversi sistemici associati alla TOS.

La terapia estrogenica locale può essere somministrata sotto forma di compresse vaginali, ovuli, creme o di anello vaginale.

Alcune donne **non sono disposte** a utilizzare le terapie locali a base di estrogeni perchè considerate **scomode** oppure perchè **preoccupate degli effetti collaterali** legati agli estrogeni contenuti. Ciò ne **compromette l'aderenza** al trattamento che può determinare una **gestione subottimale dell'AVV**.

Altre donne invece non possono utilizzare tali terapie; gli estrogeni vaginali, infatti, sono controindicati nelle donne con un'anamnesi di tumore al seno o altre comorbidità.

Trattamenti non-ormonali/lubrificanti

I lubrificanti e i trattamenti non-ormonali per l'atrofia vulvo-vaginale consistono soprattutto in una combinazione di agenti protettivi ed idratanti. I lubrificanti sono utilizzati soprattutto per dare sollievo alla secchezza vaginale durante il rapporto sessuale e dunque non rappresentano una soluzione terapeutica. Alcuni dati suggeriscono che gli agenti idratanti ed alcune altre sostanze possono avere un effetto duraturo se il loro utilizzo è costante. Le opzioni terapeutiche non ormonali sono indicate soprattutto nelle donne che desiderano evitare l'assunzione di terapia ormonale o in donne ad alto rischio con una storia di patologie oncologiche sensibili agli ormoni, come il tumore della mammella o il tumore dell'endometrio.

Il loro meccanismo d'azione è esclusivamente sintomatico, quindi i prodotti vaginali idratanti e lubrificanti possono fornire un sollievo temporaneo, ma non curano la causa sottostante di atrofia vulvo-vaginale.^{i; ii}

Oltre il 40% delle donne sperimenta un sollievo dai sintomi insufficienteⁱⁱⁱ, oltre che riportare che spesso i lubrificanti sono scomodi da applicare.ⁱⁱⁱ

Preparazioni fitoestrogeniche

Alcuni dati della letteratura hanno dimostrato un effetto benefico urogenitale delle preparazioni fitoestrogeniche, come gli **isoflavoni della soia** e del **trifoglio rosso**, ma queste preparazioni di origine naturale esercitano comunque effetti di tipo estrogenico. Dal momento che i dati di efficacia sono controversi e che non sono disponibili dati di sicurezza di questi preparati nelle donne con tumori ormono-sensibili, bisogna essere cauti nel raccomandarli in queste condizioni cliniche.

Nuove terapie

È arrivato da pochissimo in Italia un nuovo farmaco da assumere per bocca (ospemifene) che **non è un ormone ma un "modulatore selettivo dei recettori estrogenici"**. Il farmaco ha la peculiarità di agire in modo differente a seconda dei tessuti: su quelli vaginali agisce come "stimolatore", migliorandone il trofismo (cioè la "salute" dei tessuti) e la lubrificazione, mentre su quelli mammari svolge un ruolo di antagonista, bloccando i recettori con conseguente azione antiproliferativa e dunque protettiva. Si tratta di una **soluzione**

assolutamente innovativa per modalità di azione e di assunzione che trova indicazione nelle donne che non vogliono - o non possono - assumere ormoni e che non hanno confidenza con i prodotti locali da applicare in vagina.

Riferimenti

i Biglia N, et al. *Gynecol Endocrinol* 2010; 26(6): 404-412.

ii Sturdee DW, et al. *Climacteric* 2010; 13:1-14.

iii Kingsberg SA, et al. *J Sex Med* 2013; 10: 1790-1799.