Diabete e menopausa

Data 30 dicembre 2000
Categoria metabolismo

Spesso le pazienti chiedono al medico se debbano modificare il proprio stile di vita o le proprie terapie durante il periodo menopausale. La cosa e’ ancora piu’ rilevante se le pazienti siano affette da diabete. La menopausa e’ uno stadio naturale della vita della donna e di solito inizia un anno dopo la cessazione delle mestruazioni. I sintomi della menopausa possono iniziare invece intorno ai 40 anni e continuare per molti anni anche se la menopausa di per sè inizia in epoca successiva (48-54 anni). Alcune donne hanno una esperienza prematura alla fine dei 30 anni e altre invece dichiarano di avere flussi fino alla fine dei 50. I sintomi piu’ comuni della menopausa sono le "vampate di calore" che iniziano quando si riduce il livello estrogenico e possono modificare la temperatura corporea, a volte accompagnate a sensazione di sudore notturno. Alcune donne continuano ad avere vampate di calore fino ai 70 anni.
CAMBIAMENTI DELLA LIBIDO: alcune donne avvertono un diminuito interesse nell’attivita’ sessuale mentre altre invece rilevano una accentuazione soprattutto motivata dalla possibilita’ di lasciarsi trasportare senza preoccupazione del rischio di concepimento.
Altri effetti possono essere vertigini, astenia, disturbi del sonno, flussi irregolari spesso con metrorragia, modifiche improvvise dell’umore, dolori muscolari, palpitazioni.
Circa il 15% delle donne hanno bisogno assolutamente necessita’ di terapia sostitutiva perche’ i sintomi sono di gravita’ intollerabile; un 15% al contrario non avverte alcun sintomo fastidioso. Il restante 70% va valutato caso per caso.
EFFETTI DELLA MENOPAUSA SUL DIABETE: il rischio cardiovascolare e’ 2-3 volte piu’ elevato nelle donne con diabete in epoca post-menopausale. E’ percio’ necessario che le donne si sottopongano a visita medica per una valutazione dei fattori di rischio con possibilita’ di modifiche del programma alimentare. In menopausa puo’ accadere di osservare una riduzione del fabbisogno di insulina a causa del ridotto livello di estrogeni e progesterone, anche se al fabbisogno non corrisponde spesso una riduzione di glicemia basale sia per le fluttuazioni ormonali che per un aumentato rischio bulimico. Nel diabete di tipo 1 si osserva spesso un periodo di maggior rischio ipoglicemico seguito da una riduzione di quasi il 20% del fabbisogno insulinico, una volta stabilizzatasi la menopausa. Questa riduzione del fabbisogno si esplica normalmente nella diminuzione del dosaggio dell’insulina lenta serale mentre si tende a lasciare invariate le insuline pronte preprandiali. Nel diabete di tipo 2 si assiste frequentemente a un incremento ponderale spesso peggiorato dalla contemporanea insorgenza di un fallimento secondario alla terapia con ipoglicemizzanti orali e a una necessita’ di iniziare una terapia insulinica. Dato che si osserva una riduzione del metabolismo basale e’ utile implementare l’attivita’ fisica o ridurre del 20% l’apporto calorico per evitare un incremento ponderale.
Il diabete non ben controllato e’ considerato inoltre fattore di rischio aggiuntivo per l’osteoporosi; cosi’ come l’apporto inadeguato di calcio e la non cessazione del fumo, poiche’ e’ dimostrato che il fumo di sigaretta puo’ interferire con la residua minima capacita’ estrogenica di prevenire la fragilita’ ossea.
Non e’ stata mai dimostrata definitivamente una relazione diretta tra menopausa e depressione negli anni postmenopausali.
Nelle diabetiche in realta’ si osserva solitamente un tratto depressivo insorgente precocemente e probabilmente e’ collegato alla consapevolezza di esser portatrici di una malattia cronica con cui si dovra’ convivere per tutto il resto della vita. Alcune ricerche avrebbero dimostrato che molte donne che hanno completato la menopausa hanno in realta’ un’attitudine molto piu’ positiva verso la vita di coloro che sono agli inizi dell’esperienzamenopausale.

Daniele Zamperini. Fonte: V. Miselli, "Medico e metabolismo" anno 3 n. 2, 1999)