Terapia ormonale sostitutiva ed ictus

Data 10 aprile 2007
Categoria ginecologia

Il punto sull' opportunita' di una eventuale Terapia Ormonale Sostitutiva, i problemi, gli eventuali vantaggi e svantaggi

L’ictus è la terza causa di morte nelle donne e la maggior causa di disabilità. Come per la cardiopatia ischemica, la patologia cerebrovascolare si situa nella popolazione femminile in una fascia di età più avanzata rispetto agli uomini.
Quale spiegazione di entrambi i fenomeni, era stato finora proposto l’effetto protettivo degli estrogeni in fase premenopausale. Di conseguenza, la terapia ormonale sostitutiva era stata considerata come un possibile agente protettivo nei confronti sia della cardiopatia ischemica che dell’ictus.
Invece, mentre numerosi studi osservazionali offrono dati in favore di una riduzione del rischio per patologia cardiovascolare in donne trattate con estrogeni, i dati relativi al rischio di ictus sono molto meno chiari.
In particolar modo, sussiste una chiara dicotomia tra quanto riportato dagli stessi studi osservazionali e dagli studi di prevenzioneprimaria.
L’analisi degli studi osservazionali fin qui condotti depone per un rischio di ictus non aumentato oppure aumentato nelle donne in terapia ormonale sostitutiva (HT); un solo studio riporta una diminuzione del rischio per ictus in donne in terapia ormonale sostitutiva.
Un importante studio randomizzato condotto su donne in menopausa a basso rischio ha dimostrato chiaramente che la terapia ormonale sostitutiva si associava in tali donne ad un incremento di rischio di tumore mammario invasivo, ad un incremento del rischio di ictus del 40% ed ad un incremento di rischio di primo evento ischemico cardiaco del 30%.
Questo studio condotto dalla Women’s Health Iniziative (WHI) contraddice i dati provenienti dagli studi sperimentali in cui la somministrazione di estrogeni in topi femmina ovariectomizzati riduce l’estensione dell’area infartuale dopo occlusione di arteria cerebrale media.
Tuttavia, altri dati sperimentali concernenti l’effetto neuroprotettivo degli estrogeni in modelli animali di danno ipossi-ischemico, già permettevano di suggerire che l’azione protettrice degli estrogeni fosse limitata fortemente dalla coesistenza nell’animale di diabete o di età avanzata.
Pertanto, studi futuri dovranno innanzitutto chiarire attraverso quali meccanismi la HT porti ad un incremento del rischio di ictus, partendo da un’attenta comprensione e valutazione di quello che si sa sui rischi ed i benefici della HT.
Tra i benefici ricordiamo il miglioramento del profilo lipidico, l’aumento del flusso sanguigno endotelio-dipendente ed la possibile attenuazione dei meccanismi di danno secondario dopo un ictus.
Tra i rischi vanno ricordati l’incremento della risposta infiammatoria ed un’azione protrombotica (rischio questo che va correlato con la coesistenza di altri fattori di rischio quali diabete ed età).
Al momento, l’American Neurological Association sicuramente sconsiglia l’utilizzo della HT quale strumento di prevenzione secondaria in donne in menopausa.
E di certo, aggiungerei, diviene altamente auspicabile valutare attentamente il rapporto costi-benefici prima di intraprendere una HT in ogni paziente con anamnesi positiva per evento cerebrovascolare (sia esso un TIA oppure un ictus).
(principale fonte: Seminars in Neurology, vol 26, number 1, 2006 pagg.123-130)

Maria Beatrice Panìco

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 19/11/2026 alle ore 22:47 | Pagina 1 di 1