

LIBRIS | We know
MARY CLAIRE HAVER Books

NOUA MENOPAUZĂ

CUM SĂ FACI FAȚĂ
SCHIMBĂRILOR HORMONALE

Traducere de
IRINA-MARINA BORTOI

 UNIVERS

Cuprins

SCRISOARE CĂTRE CITITOARE	7
---------------------------------	---

PARTEA ÎNTÂI

Istoria tratamentelor pentru menopauză

1. Nu se întâmplă doar în capul tău.....	15
2. Trecutul complicat și natura derutantă a tratamentelor pentru menopauză	31
3. Se produce o mișcare seismică	42
4. Împreună schimbăm schimbarea.....	57

PARTEA A DOUA

Cum să-ți cunoști menopauza

(sau tot ce a uitat medicul tău să ți spună despre menopauză)

5. Cele trei stadii finale ale schimbărilor reproductive: perimenopauza, menopauza și postmenopauza	71
6. Ce se întâmplă cu corpul tău la menopauză	92
7. Tot ce ai vrut să știi despre terapia hormonală	120
8. Pregătirea pentru consultație	156

PARTEA A TREIA

Simptome și soluții

9. Comportamentele de zi cu zi care contribuie la sănătatea la menopauză	181
---	-----

10. Setul de instrumente pentru menopauză: o secțiune cu resurse clasificate în funcție de simptome	195
RESURSE UTILE PENTRU MENOPAUZĂ	327
ANEXA A: DECLARAȚII ȘI STATISTICI ACTUALIZATE DESPRE UTILIZAREA TERAPIEI HORMONALE LA MENOPAUZĂ.....	328
ANEXA B: FIȘA DE SCOR A SIMPTOMELOR MENOPAUZEI (SCALA GREENE).....	331
ANEXA C: JURNAL DE BUFEURI/SIMPTOME.....	333
REFERINȚE	336
MULȚUMIRI	364

CAPITOLUL 1

Nu se întâmplă doar în capul tău

„Ne cunoaștem corpul; știm când s-a schimbat ceva în plan fizic.“

„La vârsta de patruzeci și șapte de ani, un ginecolog mi-a spus că perimenopauza nu există și m-a întrebat dacă am un psihiatru.“

„Fostul meu medic mi-a spus că femeile folosesc menopauza ca scuză ca să se îngrașe și că nu e ceva real.“

„Mi s-a spus că se întâmplă doar în capul meu.“

„Bun-venit la noua ta normalitate.“

„E descurajant să nu fii luată în serios.“

„M-am dus la ginecologa mea cu o serie de întrebări despre perimenopauză și schimbările de dispoziție și lipsa interesului sexual. Mi-a dat cu flit și a zis că sunt prea tânără să intru la menopauză.“

„Migrenele sunt un simptom nou. Le-am avut doar de câteva ori, dar au fost debilitante. Medicul meu îmi sugerează să iau paracetamol și să stau în pat. Eu aș prefera să tratez cauza și nu doar simptomul.“

„Doctorul a zis că nu e perimenopauză dacă nu am bufeuri.“

„A trebuit să merg la un ginecolog și trei cardiologi până să găsesc unul care să mă creadă și să aibă cunoștințele necesare pentru a înțelege că starea mea ar putea fi legată de schimbările hormonale.“

„Am fost trimisă la analize complete de sânge și de tiroidă. Toate analizele au avut rezultate bune, așa că nu s-a mai ocupat nimeni de afecțiunile mele.“

„Încă sufăr.“

Aceasta e doar o mică selecție de comentarii distribuite pe rețelele mele de socializare și într-un studiu de cercetare despre experiențele femeilor cu simptomele menopauzei. Studiul, publicat în anul 2023 în *Journal of Women's Health*, a căutat să înțeleagă ce fel de susținere simte o pacientă că primește de la furnizorii săi de servicii medicale (și cum poate fi îmbunătățită acea susținere). În mod covârșitor, răspunsurile au dezvăluit îngrijiri nesatisfăcătoare și o susținere precară. Numeroase paciente s-au simțit invalidate sau au raportat că nu li s-a oferit niciun ajutor sau că nici măcar nu au primit acces la informații care să le permită să înțeleagă cauza simptomelor cu care se confruntă. „Sondajul“ meu neoficial din postările de pe rețelele mele de socializare, adresat pacientelor ginecologice, a dezvăluit multe păreri similare. Femeile au spus lucruri precum: „Medicul meu mi-a spus că nu crede în perimenopauză“ și „Mi s-a spus că e doar o parte naturală a îmbătrânirii, să mă impac cu gândul“ și au descris o atitudine a medicilor de genul „Bun-venit la noua normalitate“. Din păcate, aceste experiențe nu sunt o excepție, ci regula. Există atât de multe probleme legate de acest lucru, încât nici nu știu sigur de unde să încep. Dar primul lucru pe listă este faptul că există consecințe medicale majore ale acestui refuz al îngrijirii și îndrumării. Dacă o femeie aflată la perimenopauză sau menopauză nu primește îngrijiri foarte bune, atunci este o chestiune de viață și de moarte. Serios.

Motivul o reprezintă simptomele tale, dintre care zeci (inclusiv bine-cunoscutele bufeuri și nu atât de bine cunoscutul umăr înghețat) sunt rezultatul direct al scăderii estrogenului. Paciențele mele, colegii mei și cu mine am fost luați prin surprindere de cercetările care încep să exploreze relația dintre scăderea nivelului de estrogen la menopauză și problemele precum tusea

cronică, tinitusul și vertijul paroxistic pozițional benign, ca să numesc doar câteva. Acestea sunt probleme pe care multe femei le pun pe seama „îmbătrânirii“, în timp ce se chinuie să fie crezute, să capete ajutor și să se simtă bine într-o perioadă a vieții care ar trebui să fie puternică și entuziasmantă.

Estrogenul nu e doar un hormon simpatic care e esențial pentru capacitățile de reproducere, ci este responsabil de mult mai multe lucruri. Există receptori ai estrogenului în aproape toate sistemele biologice din organism și, pe măsură ce nivelul acestuia scade, aceste celule încep să-și piardă capacitatea de a ne ajuta să ne păstrăm sănătatea în alte zone, inclusiv inima, funcția cognitivă, integritatea oaselor și echilibrul glucozei.

Lista continuă, dar numai în aceste zone putem observa câteva boli care ajung frecvent în lista celor mai frecvente zece cauze de deces la femei: bolile cardiace, atacul cerebral, boala Alzheimer și diabetul de tip 2. Deși osteoporoza nu se află pe această listă, prezintă un motiv grav de îngrijorare, deoarece una din două femei își vor rupe un os în timpul vieții din cauza pierderii de masă osoasă ca urmare a osteoporozei, și numai fracturile de șold sunt asociate cu o creștere de 15-20% a ratei mortalității într-un an de la apariția fracturii. Toate acestea înseamnă că estrogenul îți protejează sănătatea în mod profund și amplu, iar reducerea acestuia în anii de perimenopauză și menopauză este o problemă foarte mare și trebuie tratată ca atare.

În paginile care urmează, îți voi prezenta un tur din cap până în picioare a ceea ce poți face pentru a prioritiza îngrijirea propriei persoane în timpul acestei etape a *problemei foarte mari*. Înainte să ajungem la strategii, aș vrea să fac un pas înapoi și să stabilesc o înțelegere de bază a numeroaselor feluri în care se pot prezenta schimbările hormonale și a motivelor pentru care simptomele și suferința rezultantă au fost gestionate nepotrivit atât de mult timp.

Dacă poți urma terapia hormonală, aceasta îți poate prelungi viața. Un studiu publicat în revista *Menopause* a relatat că o femeie care începe tratamentul cu estrogen la vârsta de cincizeci de ani se poate aștepta să trăiască cu până la doi ani mai mult decât femeile care nu fac acest lucru, iar terapia este asociată cu o reducere de 20 până la 50% a riscului de deces din orice cauză, în fiecare an.

Atât de multe simptome, atât de puțină susținere

Oprește-mă dacă ai mai auzit povestea asta: o pacientă intră într-un bar... sau de fapt, stai așa... o pacientă intră mai întâi în cabinetul medicului ei și *apoi* într-un bar, după ce i s-a spus, *încă o dată*, că simptomele cu care se confruntă de luni, chiar ani de zile, sunt doar normale sau naturale și asociate cu îmbătrânirea, că sunt o manifestare a schimbărilor de dispoziție care trebuie pur și simplu îndurate sau, lucrul cel mai jignitor, că „se întâmplă totul în capul tău“. (Nu e de mirare că rata consumului de alcool la femei a crescut, deși nu este o tendință sănătoasă.)

Realitatea deloc amuzantă este că probabil nu doar ai mai auzit povestea asta, ci ai și trăit-o pe pielea ta. Întrebarea e *de ce?* De ce poți să mergi la medic și să ceri ajutor, să-ți descrii simptomul sau simptomele și apoi să ieși simțindu-te dată afară, fără un diagnostic și fără speranța unei ameliorări la orizont?

În medicină, privim această întrebare din perspectiva accesului la îngrijiri. Asta înseamnă că, dacă există o experiență ideală a pacientei, care sunt barierele ce împiedică persoanele să aibă acel gen de experiență, cea în care pacienta pleacă din cabinetul medicului simțindu-se sprijinită și abilitată și dotată cu

opțiuni de tratament? Hai să ne uităm la barierele în calea unei astfel de experiențe.

Lipsa conștientizării

Una dintre cele mai semnificative probleme responsabile de tratamentul inadecvat al celor aflate în tranziția menopauzei sau la menopauză este înțelegerea insuficientă din jurul patologiei sale, adică modul în care o stare sau o boală existentă se poate prezenta la nivel simptomatic. Schimbările valorilor hormonale pot duce la o varietate de simptome care se manifestă în moduri unice la fiecare pacientă, făcându-le dificil de recunoscut, diagnosticat și tratat.

Medicilor, dar și pacientelor, le-ar prinde bine să cunoască lista simptomelor potențiale, deoarece aceasta se întinde cu mult dincolo de bufeuri, transpirații nocturne, pierderea densității osoase și simptomele genito-urinare. Iată multe dintre simptomele care pot fi asociate cu perimenopauza sau menopauza (vezi Setul de instrumente pentru strategii de gestionare a acestor simptome).

Acnee	Ceață cerebrală
Amețeli	Colesterol/trigliceride mărite
Anxietate	Creștere în greutate
Apnee în somn	Creșterea părului nedorit (perciuni)
Artralgie (dureri articulare)	Depresie
Artrită	Dificultăți de concentrare
Astm	Dorință scăzută de a face sex
Balonare	Durere la contact sexual
Boala ficatului gras non-alcoolic	Dureri de cap
Boli autoimune (noi sau care se agravează)	Dureri musculare
Bufeuri	Eczemă
	Fibromialgie

Gură uscată
 Incontinență
 Infecții ale tractului urinar
 Irascibilitate
 Mâncărimi ale pielii
 Mâncărimi ale urechilor
 Migrene
 Mirosul corpului
 Oboseală
 Ochi uscați sau cu mâncărimi
 Osteoporoză
 Palpitații
 Piele uscată
 Pietre la rinichi
 Probleme cu memoria
 Probleme dentare
 Răirea părului (de pe cap)
 Reflux gastric/BRGE
 Rezistență la insulină
 Riduri
 Sarcopenie (atrofie musculară)
 Schimbări ale ciclului menstrual

Schimbări ale compoziției corporale/grăsime abdominală
 Schimbări ale toleranței la alcool
 Schimbări bruște ale dispoziției
 Sensibilitate/dureri de sâni
 Senzație de arsură în gură/pe limbă
 Senzații de furnicături în extremități
 Senzații de furnicături sub piele
 Senzații de șoc electric
 Sindrom genito-urinar
 Sindromul de intestin iritabil
 Sindromul de oboseală cronică
 Subțierea pielii
 Tinitus
 Transpirații nocturne
 Tulburări ale articulației temporo-mandibulare (ATM)
 Tulburări de sănătate mintală
 Tulburări de somn
 Umăr înghețat
 Unghii casante
 Uscăciune vaginală
 Vertij

E suficient să te uiți la această listă ca să înțelegi cât de profunde și de vaste pot fi schimbările hormonale și că o persoană poate să meargă la aproape toate specialitățile medicale în căutarea unui diagnostic dacă numitorul comun, și anume scăderea estrogenului, nu este identificat. Acesta este și motivul pentru care simptomele menopauzei pot fi confundate cu simptomele altor afecțiuni, ceea ce duce la diagnosticarea greșită; dar există și posibilitatea de a avea mai multe cauze ale unor simptome similare (hipotiroidism și perimenopauză).

Profesioniștilor din domeniul sănătății le place uniformitatea, iar menopauza este o nonconformistă ce iese din tipare și are forme puternic individualizate. Deși schimbările endocrine sunt relativ asemănătoare la majoritatea persoanelor, experiența simptomatică poate fi diferită și diversă. Nu toate femeile vor avea toate simptomele pe care le-am enumerat, dar majoritatea vor avea câteva. Și *timpul* când o persoană va avea simptomele poate să varieze. Simptomele menopauzei pot începe în timpul perimenopauzei și pot dura decenii întregi. Poți să fii bombardată de simptome multiple la perimenopauză și să nu mai ai nicio problemă la postmenopauză sau poți să te confrunți exact cu situația opusă.

Avem o zicală în medicină: dacă merge ca o rață și face ca o rață, atunci e o rață. Ei bine, ce fel de rață e menopauza? Depinde de zi, chiar și de momentul zilei și, după cum arată dovezile tot mai multe, mai depinde și de nenumărate alte lucruri. Cum se manifestă menopauza în corpul tău poate să depindă de genetică, de factorii stilului de viață precum alimentația, exercițiile fizice, fumatul și istoricul reproducător și de influențe precum greutatea/indicele de masă corporală, clima, statutul socioeconomic și chiar și convingerile și atitudinile culturale referitoare la menopauză.

Lipsa unor criterii standardizate de diagnostic sau a screeningului

Există o definiție medicală a menopauzei: momentul în care nu ai mai avut menstruație de douăsprezece luni. Dar asta înseamnă că de fapt știi că ai ajuns „acolo” abia după ce a trecut acel an. Înainte – pe măsură ce menstruațiile tale devin mai

sporadice (sau uneori mai abundente și mai frecvente) – te afli într-o stare de incertitudine, știi că se schimbă ceva, dar nu ești sigură cât va dura tranziția. Aceasta e etapa perimenopauzei, dar ea este prin definiție *imprevizibilă*. Îmi place să o descriu drept „etapa haosului“. Și nu are o definiție universal acceptată sau criterii specifice de diagnostic; în prezent, nu există o analiză de sânge unică și consacrată care să-i poată spune medicului tău unde anume te afli în acest proces. O varietate mare de simptome schimbătoare înseamnă că nu există un diagnostic specific și clar al perimenopauzei.

În plus, nu există un screening de rutină al pacientelor. În medicină, screeningurile sunt folosite pentru a depista prezența unei afecțiuni sau a unei boli obișnuite înainte să apară simptomele, astfel încât să poată fi adoptate strategii de prevenție și alte acțiuni pentru îmbunătățirea rezultatelor. Se face screening pentru hipertensiune arterială, anumite tipuri de cancer, cum ar fi cel cervical, mamar și de prostată, pentru osteoporoză, depresie și multe altele. Deseori, screeningurile sunt efectuate folosind un fel de instrument sau tehnologie medicală, dar în cazul anumitor afecțiuni precum depresia, screeningul se face rugând pacientul să completeze un chestionar.

Nu există un screening standard pentru perimenopauză, în parte deoarece nu există tratament sau prevenție pentru ceea ce urmează; menopauza nu poate fi evitată. Știm însă că multe dintre afecțiunile sau bolile care debutează când intri la perimenopauză și care continuă la postmenopauză apar ca urmare a scăderii nivelului de estrogen și al altor hormoni sexuali. Un screening corespunzător ar ameliora simptomele și ar reduce confuzia, dar ar permite și implementarea unor pași preventivi țintiți care să prelungească atât starea de sănătate, cât și durata vieții.

Este adevărat că menopauza afectează doar persoanele care au organe reproducătoare feminine, dar din păcate este privită adesea cu aroganță drept o „problemă femeiască“ și rareori este luată în serios de medici sau de cultura noastră. Drept urmare, simptome foarte reale care pot schimba viața și sănătatea sunt desconsiderate sub pretextul că sunt de natură afectivă și psihologică ori sunt desconsiderate categoric ca fiind schimbări bruște de dispoziție pe care pacienta ar trebui pur și simplu să le tolereze sau să le îndure. Din nefericire, aceasta nu este o tendință nouă; de fapt, aceasta e situația de mii de ani încoace.

În mitologia greacă, femeile despre care știm acum că probabil se confruntau cu simptomele menopauzei erau descrise ca având „melancolie uterină“ sau o formă distinctă de nebunie ce își avea originea în uter. Mai târziu, medicul grec Hipocrate a inventat termenul *isterie* pentru a se referi la o boală vagă care pornea tot din uter, despre care credea că umblă prin corp și cauzează simptome precum tremur și anxietate prin eliberarea de vapori toxici. Mi-aș dori să inventez așa ceva! (Dacă vrei să afli mai multe despre istoria sănătății femeilor, citește o carte fantastică, *Unwell Women* de Elinor Cleghorn.)

Deși Hipocrate practica medicina acum aproape 2500 de ani, teoriile lui încă par să se infiltreze în mintea multora din domeniul medical și să influențeze felul în care aceștia practică medicina în zilele noastre. Convingerea moștenită că problemele medicale ale unei femei sunt numai de natură afectivă sau psihologică are o putere deosebit de mare de a rezista și contribuie la ceea ce astăzi numim „decalaj de gen al durerii“. Acest termen descrie realitatea derutantă că, deși femeile simt mai multă durere cronică și au mai multe afecțiuni cronice decât bărbații, suferința lor este mai probabil să fie minimalizată și

tratată greșit. Dacă ești persoană de culoare și femeie, ești de două ori invizibilă și e chiar mai puțin probabil să ți se trateze durerea în mod corespunzător.

„Decalajul“ nu este doar o teorie; existența sa a fost dovedită. Studiile au arătat că femeile care se prezintă la unitatea de primiri urgențe cu aceeași severitate a durerii ca bărbații așteaptă în medie cu șaisprezece minute mai mult să primească analgezice (dacă ai simțit vreodată o durere severă, știi că șaisprezece minute înseamnă o eternitate) și că este mai probabil ca femeilor să li se prescrie sedative sau antidepresive decât analgezice. Este mai probabil și ca femeile să aștepte mai mult pentru a fi consultate și să li se acorde mai puțin timp pentru abordarea problemei decât pacienților bărbați.

Detest să spun asta, dar pe mine aceste statistici nu mă miră. Asta pentru că am văzut cu ochii mei acest tratament diferit, iar la începutul carierei mele medicale m-am făcut vinovată de același lucru.

Când eram la facultatea de medicină și apoi ca proaspăt medic în anii 1990, mi s-a spus că există un tip de pacientă la care se făcea referire doar prin inițialele „FP“. Aceste paciente veneau de obicei și descriau un set de simptome: creștere în greutate, ceață cerebrală, irascibilitate, dureri articulare, libido scăzut, somn de slabă calitate și oboseală. „Ai o FP în sala de consultații 3. Baftă!“, spunea un coleg. Asta însemna, și mi se strepezesc dinții când scriu asta, că urma să întâlnesc o „femeie plângăreață“. Practicam medicina modernă, însă confundam simptome legitime cu o emoție, la fel cum făceau medicii din Antichitate.

La momentul respectiv, colegii mei și cu mine știam că e probabil ca aceste paciente să intre în tranziția menopauzei. Însă aveam foarte puțină instruire sau educație cu privire la diagnosticul adecvat, gestionarea și tratarea sa.