

ASSOCIAZIONE TRA LA TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA IN MENOPAUSA E MORTALITÀ IN SICILIA

Salvatore Sciacchitano, Alessia Di Prima, Antonella Ippolito, Alessandra Savasta, Massimo Varvarà, Anna Leone, Paola Pesce, Melchiorre Fidelbo, Giovanni Benedetto, Salvatore Sciacca

INTRODUZIONE. La terapia ormonale sostitutiva in menopausa è stata associata a vari effetti collaterali verso la salute delle donne, tra cui la variazione del rischio di malattie cardiovascolari e il cancro.

OBIETTIVI. Lo scopo del presente studio è stato quello di esplorare la relazione tra la terapia ormonale sostitutiva e mortalità in una coorte di donne in menopausa.

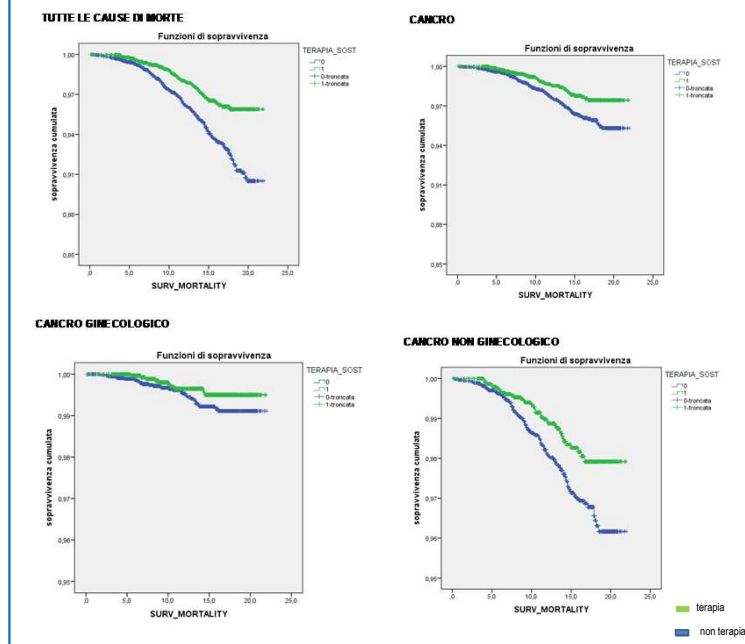
METODI. I dati raccolti prospetticamente di pazienti consecutive afferenti alla clinica ginecologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele, Catania, Italia, sono stati integrati (record linkage) con i dati di incidenza di cancro del Registro Tumori Integrato di Catania-Messina-Siracusa-Enna. Sono state selezionate le donne in menopausa al momento della visita e calcolato il rischio di avere un tumore in relazione alla terapia ormonale sostitutiva.

CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN ESAME

Variabili	Terapia no (n = 6,324)	Terapia si (n = 3,282)	p-value
Età	55.1 (25.7)	50.8 (6.8)	0.019
BMI	26.3 (4.4)	25.7 (4.4)	0.010
Livello educativo, n (%)			<0.001
Basso	4,319 (69.3)	2,041 (62.2)	
Medio	1,351 (21.7)	888 (27.1)	
Alto	564 (9.0)	350 (10.7)	
Livello occupazionale, n (%)			<0.001
Casalinga	4,271 (68.5)	2,010 (61.3)	
Basso	218 (3.5)	116 (3.5)	
Medio	1,222 (19.6)	808 (24.6)	
Alto	524 (8.4)	347 (10.6)	
Fumo, n (%)			<0.001
Non fumatrice	5,040 (81.6)	2,445 (75.6)	
Fumatrice	1,139 (18.4)	790 (24.4)	
Attività motoria			<0.001
Bassa	1,481 (24.9)	1,152 (35.8)	
Alta	4,458 (75.1)	2,068 (64.2)	
Età menarca	12.3 (1.32)	12.2 (1.34)	0.433
N° gravidanze	3.3 (2.08)	3.1 (2.10)	0.114
Contracezione (uso)	1,182 (21.6)	987 (32.4)	<0.001
Età menopausa	51.0 (16.8)	51.0 (15.7)	<0.001
Tipo di farmaco			
Estrogeni+Progesterone	-	1,722 (62.7)	
Estrogeni	-	766 (27.9)	
Tibolone	-	226 (8.2)	
Durata terapia >10 anni	-	1,920 (63.2)	

RISULTATI. Un totale di 9.606 donne sono state seguite per più di 20 anni, delle quali 3282 ha seguito terapia ormonale sostitutiva. L'analisi del rischio aggiustato per vari fattori di confondimento ha mostrato che le donne in terapia hanno avuto una significativa riduzione del rischio di morte per tutte le cause (HR = 0.67, 95% CI: 0.49, 0.93) e per cancro (HR = 0.64, 95% CI: 0.43, 0.97), ma non per patologia cardiovascolare (HR = 2.79, 95% CI: 0.86, 9.06). L'analisi per tipo di regime farmaceutico usato (estrogeni, estrogeni+progesterone, tibolone) non ha mostrato risultati significativi. L'analisi per tipo di tumore ha mostrato una riduzione del rischio di morte per tumori non-ginecologici (HR = 0.63, 95% CI: 0.39, 1.00).

SOPRAVVIVENZA PER TUTTE LE CAUSE, RISCHIO DI MORTE PER TUMORE E TUMORI GINECOLOGICI E NON



RISCHIO DI MORTE PER TERAPIA E TIPO DI TERAPIA SOSTITUTIVA

	TUTTE LE CAUSE DI MORTE		MORTE PER CANCRO	
	Casi, n (%)	HR (95% C.I.)	Casi, n (%)	HR (95% C.I.)
TERAPIA				
Age, BMI-adjusted	74 (21.4)	0.74 (0.57, 0.97)	48 (23.6)	0.72 (0.51, 1.01)
Multivariate-adjusted	74 (21.4)	0.67 (0.49, 0.93)	48 (23.6)	0.64 (0.43, 0.97)
TIPO				
ER+PGR	26 (8.0)	0.52 (0.32, 0.83)	20 (10.6)	0.58 (0.33, 1.02)
Estrogeno	20 (6.2)	0.85 (0.47, 1.42)	10 (5.3)	0.63 (0.29, 1.36)
Tibolone	5 (1.5)	1.17 (0.43, 3.16)	2 (1.1)	0.84 (0.20, 3.43)

RISCHIO DI MORTE DI TUMORI GINECOLOGICI E NON PER TERAPIA E TIPO DI TERAPIA SOSTITUTIVA

	TUMORI GINECOLOGICI		TUMORI NON GINECOLOGICI	
	Casi, n (%)	HR (95% C.I.)	Casi, n (%)	HR (95% C.I.)
TERAPIA				
Age, BMI-adjusted	10 (23.3)	0.63 (0.30, 1.30)	38 (23.8)	0.75 (0.51, 1.09)
Multivariate-adjusted	10 (23.3)	0.73 (0.31, 1.07)	38 (23.8)	0.63 (0.39, 1.00)
TIPO				
ER+PGR	4 (10.0)	0.54 (0.15, 1.85)	16 (10.7)	0.59 (0.31, 1.12)
Estrogeno	1 (2.5)	0.41 (0.05, 3.09)	9 (6.0)	0.70 (0.30, 1.61)
Tibolone	2 (5.0)	4.08 (0.94, 17.65)	0 (0.0)	-

CONCLUSIONI. L'uso della terapia ormonale sostitutiva non aumenta il rischio di morte, anzi potrebbe avere dei benefici soprattutto verso il rischio di morte per tumori non-ginecologici.