

La menopausa è precoce nelle donne con infezione da HIV

Per testare l'ipotesi di una menopausa precoce legata all'infezione da HIV, in 82 pazienti di età compresa tra 18 e 45 anni è stato eseguito, all'inizio del ciclo, il dosaggio di quattro noti marker di funzione ovarica: FSH, inibina B, ormone antimulleriano AMH (*Anti-Mullerian Hormone*), e conta dei follicoli antrali.

Complessivamente, l'85% di esse presentava almeno un marker anormale, e fino al 100% quelle di età 40-45 anni. Le anomalie erano marcate e avevano inizio nel quarto decennio di vita, indipendentemente dal trattamento anti-retrovirale, dalla carica virale e dal tasso di CD4.

Questi dati inducono a non ritardare una gravidanza desiderata.

(Partisani M, et al. Premature ovarian deficiency in HIV-infected women. 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 3-6 febbraio 2008).

Le donne ipertese hanno molti altri fattori di rischio cardiovascolare

L'ipertensione arteriosa (IA) è uno dei più importanti fattori di rischio di malattie cardiovascolari, che costituiscono la principale causa di morte nelle donne. Questa constatazione ha indotto un gruppo di ricercatori di Hong Kong a esaminare l'influenza del sesso sul controllo dell'IA, nonché sulla frequenza di 5 altri fattori di rischio cardiovascolare: obesità centrale, aumento della colesterolemia totale, diminuzione del colesterolo-HDL, iperglicemia, e fumo.

I partecipanti sono stati valutati dal database dello studio americano NHANES (*National Health And Nutrition Examination Survey*). L'arruolamento ha avuto luogo tra il 1999 e il 2004. Sono stati inclusi 3.475 ipertesi adulti di età superiore a 18 anni.

La prevalenza di IA non controllata, aggiustata per l'età, era di 50,8±1,5% nelle donne, differenza non statisticamente significativa e non evolutiva nel tempo. In compenso, un'obesità centrale, un'ipercolesterolemia e una riduzione del colesterolo-HDL erano riscontrabili molto più spesso nelle donne che negli uomini: per l'obesità centrale, 79,0±1,0% vs 63,9±1,6%; per il colesterolo totale, 61,3±1,6% vs 48,1±1,8%; per il colesterolo-HDL, 30,7±1,6% vs 35,6±1,7%; tutte queste differenze erano statisticamente significative ($P < 0,05$).

La proporzione di pazienti, aggiustata per l'età, con almeno 3 dei 6 fattori di rischio studiati era maggiore nelle donne (52,5±1,4%) che negli uomini (40,9±1,8%) ($P < 0,001$); tale proporzione si è ridotta in maniera significativa, del 7,7%, nelle donne tra il 1999 e il 2004 ($P < 0,05$), ma non negli uomini. Questo studio dimostra dunque che il controllo della pressione arteriosa nelle donne ipertese non è significativamente meno performante che negli uomini, e non ha subito modificazioni tra il 1999 e il 2004. Tuttavia, le donne hanno una frequenza più elevata di altri fattori di rischio cardiovascolare.

Se è certamente necessario migliorare il controllo della pressione arteriosa sia negli uomini che nelle donne, questo studio dimostra che nelle prime è particolarmente importante ricercare e controllare gli altri fattori di rischio cardiovascolare.

(Ong J, Iso AW, Lam KS, Cheung BM. Gender difference in blood pressure control and cardiovascular risk factors in American with diagnosed hypertension. Hypertension. 2008;51:1142-8).

Fattori perinatali e rischio di tumori germinali del testicolo

I tumori a cellule germinali del testicolo (TGCT, *Testicular Germ Cell Tumors*) rappresentano, negli Stati Uniti e nell'Europa occidentale, la neoplasia più frequente nei giovani uomini. Alcuni studi hanno suggerito che i TGCT potrebbero "trovare la loro origine" nella vita perinatale, sebbene finora siano stati identificati pochi fattori di rischio.

Al fine di precisare questo dato, il *National Institute of Health* (NIH) ha condotto, tra il 2002 e il 2005, lo studio caso-controllo STEED (*Servicemen's Testicular tumor Environmental and Endocrine Determinants*) su dei pazienti e sulle loro madri. In totale, lo studio ha incluso 527 madri di pazienti affetti da TGCT e 561 madri di controllo, che hanno fornito informazioni sul periodo perinatale.

Per calcolare gli odds ratio (OR) è stata utilizzata la regressione logistica, con gli intervalli di confidenza al 95% (IC 95%) associati ai fattori di rischio. Analisi sono state condotte per l'insieme dei TGCT, come pure per ogni sottotipo istologico (seminomi e tumori non-seminomatosi) separatamente.

La giovane età della madre (<20 vs 20-29 anni: OR, 1,51; IC 95%, 1,09-2,10), la giovane età del padre (<25 vs 25-29 anni: OR, 1,45; IC 95%, 1,08-1,94), la parità materna (3 vs 1: OR, 0,63; IC 95%, 0,44-0,90)

e il parto podalico (OR, 1,92; IC 95%, 1,03-3,56) sono stati associati al rischio di TGCT. Per il seminoma, la giovane età della madre (<20 vs 20-29 anni: OR, 1,653; IC 95%, 1,10-2,54), la giovane età del padre (<25 vs 25-29 anni: OR, 1,53; IC 95%, 1,03-2,27), la parità materna (3 vs 1: OR, 0,58; IC 95%, 0,35-0,96) e il basso peso alla nascita (<2.500 vs 2.500-4.000 g: OR, 1,82; IC 95%, 1,00-3,30) sono apparsi essere dei fattori di rischio. I tumori non-seminomatosi sono stati associati a un parto podalico (OR, 2,44; IC 95%, 1,25-4,78) e a un taglio cesareo (OR, 2,10; IC 95%, 1,25-3,54).

Questi risultati suffragano l'ipotesi dell'influenza di certi fattori perinatali sulla comparsa dei TGCT.

(Cook MB, Graubard BI, Rubertone MV, Erickson RL, McGlynn KA. *Perinatal factors and the risk of testicular germ cells tumors. Int J Cancer. 2008;122:2600-6*).

Le gestanti devono usare farmaci per la cessazione del fumo?

I dati sull'uso in gravidanza di farmaci per la cessazione del fumo sono scarsi, e la sicurezza di questi composti durante la gestazione non è nota; il farmaco è però dannoso per il feto, e pertanto le linee-guida sulla pratica clinica fanno notare come sia più sicuro far uso di questi farmaci, piuttosto che continuare a fumare. Un articolo pubblicato sul numero di febbraio di *Obstetrics and Gynecology* conclude che è più proba-

bile che le gestanti cessino di fumare se il loro ostetrico discute con loro l'argomento e se esse fruiscono di un'assicurazione privata di malattia.

Nancy A. Rigotti e collaboratori, del Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School di Boston, hanno svolto un'inchiesta su 296 fumatrici alla fine della gravidanza e 3 mesi dopo il parto, per determinare se era più probabile che le forti fumatrici e le donne che durante la gravidanza avevano cercato di smettere di fumare senza riuscirci assumessero dei farmaci contro il fumo.

Questo gruppo di ricercatori ha riscontrato che durante la gravidanza il 10% delle donne usava farmaci per cessare di fumare (cerotti o gomme alla nicotina, oppure bupropione), e che 3 mesi dopo il parto li usava il 14,3%. La relazione tra i medici che discutevano dei farmaci antifumo e le donne che successivamente sceglievano questa opzione era statisticamente significativa.

Sebbene lo studio fosse limitato alle donne che vivevano in una sola area geografica e non richiedesse in maniera specifica che i medici parlassero dei vari metodi per la cessazione del fumo, gli autori concludono che i dati ottenuti indicano decisamente come più probabile che le gestanti userebbero farmaci per smettere di fumare se i loro ostetrici ne parlassero con loro e se una assicurazione sanitaria coprisse il relativo costo.

(Rigotti NA, Park ER, Chang Y, et al. *Smoking cessation medication use among pregnant and postpartum smokers. Obstet Gynecol. 2008;111:348-55*).