

LE GUIDE DEL METODO BMS, Volume 9

MENOPAUSA

Perché il tuo DNA decide come la vivi

• • •

e come puoi
cambiare traiettoria

Emiliano Bruni

Biologo Molecolare e Nutrizionista

Ideatore del Metodo BMS, Sistema Metabolico Bruni

MENOPAUSA, Perché il tuo DNA decide come la vivi

© 2026 Emiliano Bruni. Tutti i diritti riservati.

Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta senza il consenso scritto dell'autore, salvo brevi citazioni con indicazione della fonte.

Le informazioni contenute in questo libro hanno carattere informativo e divulgativo. Non sostituiscono il parere del medico né una valutazione clinica individuale.

In particolare, le indicazioni relative a dosaggi di nutrienti, integratori o molecole sono riferite alla letteratura scientifica citata e vanno sempre discusse con un professionista prima di essere applicate.

Edizioni BMS · Prima edizione: 2026

*A chi attraversa un cambiamento
e si rifiuta di chiamarlo declino.*

Prefazione

Ti sei svegliata di nuovo alle tre di notte, con il cuore che batte e una vampata che ti attraversa. Domani sarai stanca, irritabile, annebbiata, e qualcuno ti dirà che è normale, che è l'età, che bisogna farsene una ragione. Questo libro nasce per dirti l'esatto contrario: non è solo l'età, è biologia, e la biologia si può accompagnare.

La menopausa non è uguale per tutte, ed è la prima cosa che voglio tu sappia. C'è chi la attraversa quasi senza accorgersene e chi la vive come una tempesta che tocca il sonno, l'umore, le ossa, il cuore, il peso, la testa. La differenza, in gran parte, è scritta nel tuo terreno: nel modo in cui il tuo corpo smaltisce gli estrogeni, gestisce l'infiammazione, regola il ritmo del sonno.

Dietro ogni pagina di questo libro c'è il rifiuto di ridurre questa transizione a una questione di ormoni da sostituire o da sopportare. La menopausa tocca anche la chimica del cervello, e quei sintomi che ti fanno sentire un'altra persona hanno basi precise, leggibili, modulabili. Non con una formula unica per tutte, ma con un percorso costruito su di te. È un'altra faccenda rispetto a quello che ti hanno raccontato finora, e le prossime pagine servono esattamente a questo.

La menopausa non ti definisce. È una stagione, non un'etichetta. Questo libro è la mappa per attraversarla da protagonista, non da spettatrice del tuo stesso corpo.

Emiliano Bruni

Indice

Prefazione	1
Introduzione	4
CAPIRE	11
Non è l'età. È la biologia.	13
La storia di una rivoluzione	16
Smetti di crederci. Quello che ti hanno detto non è vero.	21
Il tuo corpo ti parlava da sempre. Adesso alza la voce.	23
Il cortocircuito che ti fa sentire "pazza". Non lo sei.	25
Il colesterolo non è una condanna. Il peso non è una sentenza.	28
Le vampate che non sono vampate	36
Le tue ossa hanno bisogno di più di una pastiglia di calcio	39
Il fegato, la detox e le sostanze che non assorbi	49
I TUOI GENI	55
La mappa genetica della tua menopausa	57
AGIRE	63
Mangiare in menopausa: non una dieta, una strategia	65
Integrazione: supportare la transizione senza ormoni	68
Le molecole vegetali della transizione	71
Terapia ormonale, una scelta che non è bianco o nero	78
La perimenopausa lunga, quando il cambiamento dura anni	81
La salute mentale in menopausa, quando il cervello cambia chimica	85
Il sonno in menopausa, perché si rompe e come si ricompone	95
Sessualità e libido, oltre il silenzio	104
Il grasso viscerale e il rischio metabolico, perché in menopausa cambia tutto	107
Microbiota ed estroboloma, l'orchestra invisibile della menopausa	111
Pelle, capelli, unghie, il riflesso esterno della transizione	116
Il ferro che a 50 anni cambia	119
Una settimana tipo, e la logica che la tiene insieme	125
10 cose che puoi fare da domani mattina	129

Le dieci domande che mi fate sempre	130
La storia di Filomena	134
La storia di Carla	139
La menopausa non ti definisce	145

APPENDICI	151
------------------	------------

Appendice A, Tabella dei geni BMS rilevanti per la menopausa	153
Appendice B, Tabella alimenti per la menopausa	157
Appendice C, Diario della menopausa BMS	159
Appendice D, Glossario	160
Appendice E, Per approfondire	161

Introduzione

Alle tre di notte

Ti sei svegliata di nuovo.

Sono le tre del mattino. Il cuscino è bagnato, la maglietta è bagnata, il cuore batte come se avessi corso. Non sai se hai caldo o freddo, senti tutt'e due insieme. Aspetti che passi, immobile nel buio, contando i minuti. Poi ti giri dall'altra parte, cerchi un angolo fresco del lenzuolo, e resti lì con gli occhi aperti. A pensare.

A pensare che questo corpo non è più il tuo.

Ieri mattina, al supermercato, ti è salita un'ondata di calore che ti ha acceso il viso come un semaforo. Hai abbassato gli occhi, hai fatto finta di niente. Ma dentro ti sei sentita esposta, vulnerabile, fuori controllo. La sera prima, a cena con le amiche, sei scoppiata a piangere senza motivo. Non era successo niente, solo una canzone alla radio. Le tue amiche ti hanno guardata e tu ti sei scusata. "Scusa, non so cosa mi prende."

Lo sai benissimo cosa ti prende. Ma non sai come dirlo.

Il sonno che non viene più. Il peso che sale senza che tu abbia cambiato niente, stesse porzioni, stessa vita, eppure la gonna non si chiude più. L'umore che oscilla come un pendolo impazzito: un'ora stai bene, un'ora dopo ti sembra che il mondo ti cada addosso. La memoria che fa le bizzze, il nome che avevi sulla punta della lingua e che si è dissolto. E poi quella tristezza di fondo, quel senso di perdita che non riesci nemmeno a nominare, perché non hai perso niente di concreto. Eppure qualcosa è cambiato.

Te l'hanno detto che è normale. Che fa parte dell'età. Che tutte ci passano. Ti hanno detto che il colesterolo adesso sarà alto. Che dovrai prendere la pastiglia. Che il peso ormai è quello. Che la stanchezza è una cosa che succede a cinquant'anni. Te l'hanno detto con gentilezza, ma il messaggio era chiaro: rassegnati.

Ma tua sorella ha la tua stessa età e dorme come un sasso. La tua collega ha attraversato la menopausa senza accorgersene. E tu non dormi da due anni.

Se la menopausa fosse uguale per tutte, tutte stareste male allo stesso modo. Ma non è così. La differenza non è la fortuna. Non è il carattere. Non è la forza di volontà. La differenza passa anche dal tuo DNA.

Questo libro è stato scritto per te. Non per “le donne in menopausa”, per te. Per quella che si sveglia alle tre e non sa perché. Per quella che si scusa di piangere. Per quella che ha smesso di riconoscersi.

E ti prometto una cosa: quando avrai finito di leggerlo, non ti scuserai più. Perché saprai perché.

Nessuno discute che a due anni si mangi in un altro modo

Il lavoro di un nutrizionista poggia su una cosa semplice: gli alimenti hanno un potere terapeutico, e quel potere cambia a seconda della fase che il corpo sta attraversando.

Nessuno lo mette in discussione quando si parla dell’inizio. C’è il latte, e poi c’è lo svezzamento, con i suoi tempi e il suo ordine. C’è la preadolescenza, che chiede ferro e calcio come non li aveva mai chiesti. C’è l’adolescenza, che cambia di nuovo tutto. A ogni passaggio le abitudini alimentari si riscrivono, e a nessuno viene in mente di trovarlo strano.

La menopausa è una fase ormonale come quelle. Non è una malattia e non è un guasto: è un passaggio, l’ennesimo, di un corpo che ne ha già attraversati parecchi.

E allora la domanda si apre da sola. Perché per un bambino di due anni la nutrizione si adatta alla fase, e per una donna di cinquanta no?

Questo libro non deve convincerti che la nutrizione serva in menopausa. Deve solo farti notare che è l’unica fase della vita in cui non lo facciamo.

Se il mese ha le sue fasi, la vita ne ha

Quando costruisco un piano alimentare per una ragazza con un ciclo difficile, non scrivo un piano solo. Ne scrivo due, che si alternano: la fase follicolare non chiede quello che chiede la fase premestruale. Cambiano i bisogni, cambiano i nutrienti, cambia perfino l’ora in cui certe cose funzionano meglio.

Nessuno trova che sia esagerato. È semplicemente preciso.

Se accetti che un mese abbia le sue fasi, non c’è nessuna ragione per non accettare che le abbia una vita intera.

Non c'è un giorno in cui succede

Mi hanno chiesto più volte di raccontare il momento in cui una donna si riconcilia con il proprio corpo. Non so raccontarlo, perché quel momento non esiste.

Quello che succede è un crescendo. Passano le settimane, il piano si assesta, il corpo comincia a rispondere. Una notte si dorme. Poi due. La pancia smette di essere gonfia tutti i giorni e lo diventa solo qualche volta. Non c'è una scena e non c'è una frase: c'è un accumulo lento di cose che tornano al loro posto.

E a un certo punto è già successo, e nessuna delle due sa dire quando.

È da lì che si comincia a vedere quanti elementi servano davvero per nutrire la modulazione ormonale, e insieme a quella la modulazione neurologica. Perché l'ormone cambia e il sistema nervoso risponde: la vampata, per dire, non nasce nell'ovaio. Nasce nel cervello, e il calo degli estrogeni è quello che la innesca.

LA PARTE CHE NON SI MISURA

Quello che si vede negli occhi

Quello che cambia, in quelle settimane, quasi nessuna me lo dice: lo vedo. Vedo gli occhi alleggerirsi. Vedo una leggerezza che prima non c'era, una specie di speranza nuova, una luce. E so anche da dove arriva, perché non arriva da una parola gentile. Arriva dall'aver capito che dietro a quello che c'è nel piatto c'è un ragionamento profondo, e che quel cibo ha un effetto preciso sul proprio assetto ormonale. Non è il «vedrai che passa». È: ecco perché questo piatto, ecco che cosa fa ai tuoi ormoni. Nessuna si alleggerisce perché la consolano. Ci si alleggerisce quando si capisce.

E poi c'è quella cosa di cui si parla ridendo

Nel mio studio la sessualità entra quasi sempre dalla porta di servizio, con una battuta. E quasi mai parlando di sé: si parla del compagno, che non è più quello di prima, e si ride. Ci si accontenta della battuta, oppure ci si alleggerisce.

Va benissimo così. La battuta non è una difesa da smontare: è già il gesto.

Sotto, però, c'è dell'altro, e non è quello che sembra. Non è che torna il desiderio perché si sono persi due chili. È che una donna si ritrova addosso un corpo che le appartiene di nuovo: qualche chilo in meno, sì, ma soprattutto la

vitalità che se n'era andata, e il movimento che a un certo punto si aggiunge al piatto e rimette in ordine tutto l'assetto ormonale. Ritrovarsi attraente viene dopo, quasi per inciso. Non è l'obiettivo: è una conseguenza.

Una fase, non un declino

Il cortocircuito di cui parla questo libro non nasce in menopausa. Arriva già carico.

Le vie che il calo ormonale manda in tilt sono le stesse che hanno lavorato in sovraccarico per vent'anni: la detossificazione, la metilazione, l'infiammazione di fondo, l'intestino. La menopausa non le rompe. Toglie il compenso che le teneva in piedi.

Per questo può compromettere davvero la qualità della vita, e non si tratta di piccoli fastidi da sopportare con pazienza.

E per questo, guardata dall'altro lato, può essere una fase nuova invece che una perdita: un corpo da ritrovare e da curare nella sua accezione più profonda, e una libertà che prima non c'era.

Questa può essere la storia di chiunque.

Come leggere questo libro

Ho scritto questo libro come se fossi seduta davanti a me, nel mio studio.

Il testo principale è la nostra conversazione: diretto, senza giri di parole. La scienza c'è tutta, ma la trovi nei box, quando hai voglia di andare più a fondo.

Nei box Approfondimento scientifico ci sono i geni, i meccanismi, gli studi. Sono lì per quando vuoi capire il come molecolare, e puoi saltarli senza perdere il filo del discorso.

Nei box La parte che non si misura si parla invece di quello che senti dentro, perché la menopausa non è solo biochimica. È identità, è paura, a volte è lutto. E alla fine è rinascita.

Lungo il percorso incontrerai infografiche e schemi visivi che ti aiuteranno a capire i meccanismi più complessi. Perché una buona immagine, a volte, vale più di mille parole.

Un'ultima cosa, prima di cominciare. Questo libro non ti chiederà di essere perfetta. Non ti chiederà di eliminare tutto, di pesare ogni cosa, di vivere con il terrore addosso a ogni pasto. Ti chiederà una cosa sola: di guardare il tuo corpo

come qualcosa che ha delle ragioni, e non come qualcosa che ti ha tradita. Tienilo a mente, perché è il ribaltamento su cui poggia tutto il resto del libro.

Emiliano Bruni

PARTE I

CAPIRE

CAPITOLO 1

Non è l'età. È la biologia.

Tre donne, tre stagioni della menopausa

Sabrina ha 44 anni e si è accorta che qualcosa stava cambiando quando il suo ciclo, sempre regolare come un metronomo, ha iniziato a saltare. Prima un mese, poi tre, poi due regolari, poi sei mesi di silenzio, poi un altro mese che però era diverso, più scarso, con vampate notturne che la svegliavano alle quattro del mattino. Quel quadro ha un nome, perimenopausa precoce, ed è più comune di quanto si creda. Ma un nome non è ancora una spiegazione, e Sabrina lo aveva capito da sola.

Marina ne ha 53 e la menopausa l'ha attraversata come da manuale: ultime mestruazioni a 51, vampate per due anni, sonno ritrovato dopo un periodo difficile, libido cambiata ma non perduta, qualche chilo in più che non riesce a perdere come prima. “Sto bene,” mi dice. “Ma non sto come stavo. E vorrei capire se posso fare qualcosa per recuperare un po' di terreno, prima che diventi un canyon.”

Renata ha 67 anni. È in postmenopausa da quindici. Dopo quindici anni la transizione viene spesso data per “finita”, come se restasse soltanto da convivere con quello che rimane. Renata, che è stata insegnante di filosofia per quarant'anni, non si rassegna a quel “basta convivere”. È arrivata in studio per stanchezza, fragilità ossea progressiva, una sensazione di nebbia che le rende difficili le cose che prima le venivano facili. “Voglio capire come funziona il mio corpo adesso,” mi ha detto. “Non per tornare quella di prima, ma per stare bene in quella che sono ora.”

Tre donne, tre stagioni diverse della transizione femminile. La perimenopausa precoce di Sabrina, la menopausa fisiologica di Marina, la postmenopausa di lungo corso di Renata. Tre quadri biologicamente distinti, tre pannelli nutrigenetici letti con tre lenti diverse, tre piani che hanno toccato leve diverse. Ma una cornice in comune: il corpo della donna, in queste tre stagioni, parla una lingua precisa, e quella lingua oggi possiamo leggerla con strumenti che vent'anni

fa non avevamo. Questo libro ti accompagna nel riconoscere la tua stagione, qualunque sia, e nel costruire un percorso che la abiti con dignità biologica e umana.

E adesso proviamo a spiegarla così

Devo dirti una cosa importante, e la dico subito: la menopausa non è una malattia. Non sei malata. Non ti sei rotta. Stai attraversando la transizione biologica più complessa della tua vita, più complessa della pubertà, più complessa della gravidanza, e merita di essere raccontata bene, perché a navigarla si impara.

La cura, oggi, è organizzata per specialità: le vampate le segue il ginecologo, l'insonnia il neurologo, l'umore lo psichiatra, il colesterolo il cardiologo, il peso il dietologo, le ossa l'ortopedico. Ognuno vede il suo pezzo. Il pezzo che mettiamo noi è un altro: rimettere insieme quei pezzi in un quadro solo.

Ma tu non sei un puzzle. Sei un sistema. Un sistema intero che sta cambiando le sue regole. E quel sistema ha bisogno di qualcuno che lo legga tutto insieme.

Nel mio studio, la menopausa non è il primo momento in cui guardo i tuoi ormoni. Li guardo da sempre. Perché il tuo corpo è un sistema ormonale dalla pubertà in poi: in adolescenza gli estrogeni e il progesterone hanno plasmato il tuo metabolismo, come distribuisce il grasso, come rispondi all'insulina, come il fegato detossifica, come il microbiota si compone, come rispondi all'infiammazione. Per trent'anni, quegli ormoni hanno fatto il loro lavoro. E per trent'anni, hanno anche coperto le fragilità che portavi nei tuoi geni senza saperlo.

La menopausa toglie quella copertura. E tutto quello che era compensato viene fuori.

Ecco perché il colesterolo “improvvisamente” sale. Non è improvviso, il tuo profilo lipidico era fragile da sempre, ma gli estrogeni lo tenevano in equilibrio. Ecco perché il peso “improvvisamente” cambia distribuzione. Ecco perché l'infiammazione “improvvisamente” si fa sentire. Niente di tutto questo è improvviso. È la slatentizzazione, un termine che i genetisti usano per descrivere l'emersione di fragilità che erano sempre state presenti ma mai espresse. Detto senza giri di parole: la menopausa non ti ha rotto niente. Ha tolto il cuscinetto che copriva quello che c'era già.

E i tuoi geni aiutano a capire quali fragilità hanno più probabilità di emergere. Prima che emergano, se possibile. O subito dopo, per capire dove intervenire con precisione.

Il lutto che non ha nome

Lo so che non se ne parla. Ma devo dirtelo: la menopausa porta con sé un lutto. Non la perdita della fertilità, molte di voi a cinquant'anni non desiderano più figli. È qualcosa di più sottile. È la perdita di un corpo che conoscevi. Di un ritmo che dava struttura al mese. Di un'identità che era intrecciata con il ciclo. Quel lutto è reale. È legittimo. E va attraversato, non “superato”, non “gestito”, non ignorato. Attraversato. E dall'altra parte c'è qualcosa di nuovo: una donna che si conosce meglio di prima. Che per la prima volta ha gli strumenti per capire come funziona il suo corpo. Non come obbligo, come scelta.

NOTA CLINICA BMS

Le donne che arrivano nel mio studio in perimenopausa hanno una cosa in comune: hanno fatto il giro degli specialisti. Il TSH è nella norma, gli esami sono “tutti a posto”. Ma stanno male. Quando alla clinica aggiungo la lettura genetica, il quadro prende forma: un profilo lipidico che gli estrogeni compensavano, un asse istaminico senza il freno del progesterone, un microbiota impoverito, un ritmo circadiano fragile. Non è nella tua testa. È anche nei tuoi geni. E adesso possiamo leggerli.

LA PARTE CHE NON SI MISURA

Quando ti dicono che è normale

È la parola che le donne si sentono ripetere di più in questa fase, e quasi sempre è detta con buone intenzioni. È normale, ci passano tutte, vedrai che si sistema. Il fatto è che «normale» e «da lasciare così» non sono la stessa cosa. Anche la carie è normale, e resta comunque una cosa che si cura. Se non dormi da mesi, se il tuo corpo ha cambiato regole senza avvisarti, se non ti riconosci nell'umore, quella parola non ti sta dando una spiegazione: ti sta chiedendo, gentilmente, di smettere di chiedere.

CAPITOLO 2

La storia di una rivoluzione

Dalle vampate ai recettori: come è cambiata la medicina della menopausa

Voglio raccontarti una storia che spiega perché molte donne della tua età hanno paura della terapia ormonale, e perché negli ultimi vent'anni la scienza ha rivisto profondamente quel timore. Capirla cambia il modo in cui ti puoi avvicinare a questa fase della vita.

Per quasi tutto il Novecento la menopausa era considerata “la fine della femminilità”. Una sorta di spegnimento naturale che bisognava attraversare con rassegnazione. Le donne che soffrivano (vampate intense, insonnia, calo della libido, sintomi urinari, depressione climateriale) venivano spesso liquidate con un “è normale, passa”. I farmaci che esistevano erano blandi e poco efficaci.

Negli anni Sessanta cominciò a diffondersi negli Stati Uniti la terapia ormonale sostitutiva (TOS, in inglese HRT). Si trattava di estrogeni coniugati equini, derivati dall'urina di cavalle gravide, e in seguito di combinazioni con progestinici. Il razionale era semplice: se la menopausa è il calo degli estrogeni, sostituirli risolve il problema. Funzionava, e funzionava bene: vampate ridotte, sonno migliorato, atrofia genitourinaria invertita, salute ossea protetta. Negli anni Settanta-Ottanta-Novanta diventò una prescrizione quasi di routine in moltissime donne occidentali.

Poi, nel 2002, arrivò un grande studio americano, il Women's Health Initiative, condotto su oltre 16.000 donne, che avrebbe dovuto confermare i benefici della terapia ormonale. Invece i primi risultati indicarono, nel braccio con progestinico, più tumori al seno ed eventi vascolari nelle donne che la assumevano rispetto a chi non la assumeva. La pubblicazione fu un terremoto. Milioni di donne sospesero la terapia in pochi mesi. Da quasi-standard, divenne quasi tabù. Per quasi vent'anni il messaggio dominante è stato: «la terapia ormonale fa male, evitala».

Cosa è emerso dopo

Negli anni successivi, una rilettura più attenta di quei dati ha mostrato cose importanti. Il campione di quello studio era composto in larga parte da donne

sopra i sessant'anni, già in menopausa avanzata, alcune con fattori di rischio cardiovascolare preesistenti. Quando si sono analizzati i sottogruppi, si è visto che il rischio era concentrato proprio in queste donne più anziane, mentre nelle donne più giovani, tra i cinquanta e i cinquantanove anni e a inizio menopausa, il bilancio tra rischi e benefici era completamente diverso, e in molti casi favorevole.

È nato il concetto di “finestra di opportunità”: la TOS, iniziata entro 5-10 anni dall'inizio della menopausa e in donne senza specifiche controindicazioni, ha un profilo di sicurezza migliore di quanto si pensasse, allevia i sintomi vasomotori e l'atrofia genitourinaria e previene la perdita di massa ossea. Su un punto, però, le società scientifiche sono nette, e vale la pena saperlo: la terapia ormonale non va usata per prevenire le malattie cardiovascolari né il declino cognitivo. Nel braccio di quello stesso studio dedicato alla memoria, condotto su donne che l'avevano iniziata dopo i sessantacinque anni, l'incidenza di demenza è risultata anzi più alta rispetto al placebo.

Inoltre la TOS è cambiata. Le formulazioni moderne usano estrogeni “bioidentici” (estradiolo identico a quello prodotto dal corpo) per via transdermica (cerotto, gel) invece che orale. Questo bypass dell'effetto epatico riduce in modo importante il rischio tromboembolico associato agli estrogeni orali. Il progesterone naturale micronizzato non è un progestinico di sintesi: è la molecola del corpo, e negli studi di osservazione il profilo mammario è migliore.

Oggi le principali società scientifiche internazionali, con il documento di posizione della North American Menopause Society del 2022, hanno rivisto la posizione: nelle donne sintomatiche entro la finestra di opportunità il bilancio è favorevole, con monitoraggio attento, scelta della formulazione adatta e durata personalizzata. Non è «per tutte» e non è «per nessuna». È una scelta clinica seria, da valutare caso per caso.

Cosa sai e cosa non sai

Te lo racconto perché capita che le donne mi arrivino in studio con due posizioni opposte e ugualmente rigide.

Da una parte ci sono donne che, per il timore residuo nato da quello studio, rifiutano qualsiasi forma di sostegno ormonale, anche quando i sintomi sono così invalidanti da compromettere la qualità della vita. Per loro la sola idea degli «estrogeni in pastiglia» suona come un rischio inaccettabile. Spesso convivono

per anni con vampate, insonnia, dolori articolari, calo della libido e umore basso, senza sapere che esistono opzioni più sicure di quelle che le hanno spaventate.

Dall'altra ci sono donne che cercano "la pillola della menopausa" come fosse la soluzione totale. Vogliono cominciare la TOS subito, alle dosi più alte, perché "vogliono tornare quelle di prima". Anche questa è un'aspettativa che la TOS non può sempre mantenere.

La realtà clinica ragionevole sta nel mezzo. La TOS è uno strumento, da valutare con il ginecologo, da integrare con il lavoro nutrizionale, di stile di vita, di gestione dello stress. Per alcune donne è la scelta giusta. Per altre, il lavoro di terreno è sufficiente senza ormoni. Per altre ancora, una combinazione mirata di TOS a basso dosaggio con sostegno nutraceutico funziona meglio di entrambe le opzioni isolate.

Il pannello BMS in menopausa

Nel percorso BMS guardiamo, oltre ai dosaggi ormonali (FSH, LH, estradiolo, progesterone, testosterone, DHEA-S, cortisolo, profilo tiroideo), una serie di varianti e di fenotipi che modulano l'esperienza della menopausa: alcuni li leggiamo direttamente dal pannello genetico, altri dal quadro clinico e dalla letteratura.

Il metabolismo degli estrogeni, endogeni e somministrati, passa anche per enzimi come CYP1A1, CYP1B1 e la COMT: non fanno parte del pannello BMS, e nel tuo referto non compaiono mai: restano un riferimento di letteratura. Quando queste vie lavorano in modo meno favorevole, gli estrogeni lasciano più metaboliti reattivi, e la letteratura ne discute da anni il peso sul rischio a lungo termine. Quale che sia il tuo assetto genetico, la detossificazione di Fase I e II si sostiene bene con crucifere, sulforafano, glutathione, indolo-3-carbinolo; sulla terapia ormonale, invece, la valutazione resta interamente del ginecologo. Una cautela che conta più del dosaggio: il DIM e l'indolo-3-carbinolo, presi come estratti concentrati, abbassano le concentrazioni della forma attiva del tamoxifene. Se stai seguendo quella terapia, questi estratti non si aggiungono di iniziativa, e la decisione appartiene all'oncologo che ti segue.

UGT1A1, il gene della sindrome di Gilbert, partecipa alla coniugazione degli estrogeni con l'acido glucuronico. Nelle donne con sindrome di Gilbert questo passaggio è più lento, e la letteratura descrive un profilo di estrogeni coniugati diverso rispetto alla media. Non è di per sé né un vantaggio né uno svantaggio: è

un dettaglio che vale la pena conoscere se si introducono ormoni esogeni, e che il ginecologo mette insieme al resto del quadro.

VDR rs731236 è una variante marcatrice del recettore della vitamina D: non cambia la sequenza della proteina, ma viaggia insieme a un assetto del gene associato in alcuni studi a una risposta ossea meno favorevole, mentre la meta-analisi più ampia non ha confermato un legame con densità ossea e fratture: è un dato di contesto, non un criterio di dose (in letteratura il quadro è completato da altri polimorfismi VDR come BsmI e FokI).

COL1A1 modula la qualità del collagene, importante per ossa e tessuti connettivi.

GSTM1 e GSTT1 contribuiscono alla capacità di Fase II di smaltire i metaboliti degli estrogeni.

MTHFR e gli altri geni della metilazione sono importanti perché la metilazione partecipa alla degradazione degli estrogeni in via SAME-dipendente (la COMT metila i 2-idrossiestrogeni).

Il pannello, integrato con la storia clinica e con i dosaggi ormonali, dà al ginecologo una mappa più ricca per valutare se la TOS è opportuna, in quale formulazione, a quale dosaggio, con quale supporto nutraceutico.

La pubblicazione di quello studio, nel 2002, portò a un crollo delle prescrizioni di terapia ormonale. Le analisi successive, sue e di altri lavori, hanno chiarito che il bilancio tra rischi e benefici è molto più favorevole nelle donne entro cinque-dieci anni dall'inizio della menopausa rispetto a quelle in menopausa avanzata: è il concetto di «finestra di opportunità». Le formulazioni moderne, con estradiolo bioidentico per via transdermica e progesterone naturale micronizzato, hanno un profilo di sicurezza migliore rispetto alle vecchie preparazioni orali. E qui entra la genetica: il metabolismo degli estrogeni dipende dalle vie di CYP1A1 e CYP1B1 e dall'enzima COMT, che la letteratura descrive e che il pannello non legge, e, sul versante del pannello, dalle glutathione-transferasi e dalla metilazione legata a MTHFR; insieme dicono quanto bene una donna smaltisce gli estrogeni e i loro prodotti di trasformazione. Quando queste vie sono meno efficienti, un sostegno nutraceutico mirato (sulforafano, indolo-3-carbinolo, NAC, metilfolato, B12 attiva, magnesio) accompagna l'eventuale terapia ormonale, anche se nell'uomo non è stato misurato. Qui una cautela conta più del dosaggio: il DIM e l'indolo-3-carbinolo, come estratti concentrati, abbassano le concentrazioni della forma attiva del tamoxifene, e in chi segue quella terapia non si aggiungono di iniziativa, perché la decisione appartiene

all'oncologo che la segue. È così che la lettura genetica trasforma una scelta «sì o no» in una strategia su misura.

Non sei invecchiata, stai cambiando

Per molte donne la menopausa è vissuta come un confine fra “prima” e “dopo”, un’identità ferita. La realtà biologica è meno drammatica e più feconda. La menopausa è un riassetto ormonale che il corpo attraversa per ragioni evolutive precise: liberare risorse biologiche dalla riproduzione per investirle in altre funzioni (longevità, supporto alla generazione successiva, attività cognitive che maturano dopo i cinquanta). Le società in cui le donne in menopausa sono celebrate come fonti di saggezza vivono questa fase con un senso completamente diverso da quello che la cultura occidentale dei secoli scorsi ha veicolato. Tu non stai “finendo qualcosa”. Stai cambiando configurazione. Capirla, sostenerla, attraversarla con strumenti adatti, è uno dei lavori più belli che la nutrizione clinica seria può fare con te. E la parola giusta è proprio quella: con te. Mi raccomando, non per te.

LE GUIDE DEL METODO BMS

LA MENOPAUSA NON È UGUALE PER TUTTE

Perché il tuo DNA decide come la vivi

L'estratto finisce qui.

Da qui in avanti il libro entra nella parte pratica: i geni che cambiano il modo in cui reagisci, che cosa dicono davvero gli esami, il piano delle quattro settimane, le tabelle e le storie di chi ci è passato prima di te.

Il volume completo è su Amazon, in edizione cartacea.

www.bmsnutrizione.it

Emiliano Bruni è biologo molecolare e nutrizionista.

Questo estratto è tratto dall'edizione a stampa e può essere condiviso liberamente, purché integro e senza modifiche.