



SALUTE della DONNA

SINDROME dell'OVAIO POLICISTICO

Una condizione insidiosa che merita attenzione

A cura di Antonio Canino

Specialista in Ostetricia e Ginecologia - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - Milano

La policistosi ovarica (PCOS) è una conformazione anatomica dell'ovaio su base congenita diffusa tra la popolazione femminile italiana in età fertile (ne soffre circa il 10% delle donne). L'ambiente e lo stile di vita influiscono in maniera minore sulla sua diffusione: incidenza e prevalenza maggiore le troviamo nelle donne provenienti dal Meridione. L'ovaio policistico genera una serie di sintomi e segni clinici per cui si configura un quadro patologico sindromico, già osservato da Ippocrate nel 400 a.C. (le donne con mestruazioni scarse erano maschiline e faticavano a rimanere gravide) e descritto in maniera sistemica per la prima volta nel 1721 da Antonio Vallisneri dell'Università di Padova.

→ Inquadramento clinico-diagnostico

La sindrome è complessa, di non univoca interpretazione e identificata mediante numerose denominazioni (PCOS, sindrome di Stein Leventhal, anovulazione iperandrogenica, policistosi ovarica). È caratterizzata da disturbi che compaiono precocemente durante la pubertà e consistono in irregolarità mestruali (oligomenorrea) causate da alterati cicli ovulatori che diminuiscono la capacità di concepire e da iperandrogenismo che incide sulla psiche e sul metabolismo e genera alterazioni della cute che si presenta grassa, acneica e con eccesso di peli, salvo il cuoio capelluto che tende alla alopecia androgenica.

Dal punto di vista anatomico-patologico le ovaie sono di volume leggermente aumentato, a superficie liscia translucida, di colore

madreperlaceo. Nel parenchima ovarico è possibile evidenziare numerose cisti follicolari immature nella zona sottocorticale, di piccole dimensioni (1-2 mm), documentabili mediante esame ecografico che rileva un tipico aspetto a "collana di perle". Le microcisti sono il prodotto di cicli anovulatori generati dalla difficoltosa maturazione dei follicoli ovarici. La PCOS genera squilibri ormonali e modifiche metaboliche che nel tempo possono dare origine a malattie cronico-degenerative. Le donne affette da questa patologia presentano, a livello della teca ovarica, una produzione aumentata di ormoni maschili (testosterone, androstenedione, DHA) in grado di generare irsutismo, alterazioni del carattere, sindrome metabolica, disturbi cardiovascolari. Le donne con PCOS presentano resistenza aumentata all'insulina con incremento dei livelli sierici dell'ormone e tendenza a sviluppare negli anni diabete, ipertensione e obesità di tipo centrale. I livelli di estrogeni si elevano in seguito all'aumento della massa grassa, potendo causare negli anni iperplasia atipica, carcinoma dell'endometrio e predisposizione al carcinoma mammario. Il rapporto FSH/LH si inverte e questo fattore ha fatto ipotizzare una corresponsabilità ipotalamica nell'insorgere della sindrome che risulterebbe di origine neuroendocrina centrale oltre che periferica ovarica.

La diagnosi clinica non sempre è agevole e richiede la conferma di due dei tre seguenti fattori (criteri di Rotterdam) costituiti da:

- policistosi ovarica (almeno dieci follicoli ovarici diagnosticati con ecografia),
- irregolarità mestruali dovute ad alterazioni del ciclo ovulatorio,
- iperandrogenismo clinico o biochimico.

Fondamentale è l'utilizzo dell'ecografia transvaginale in grado di confermare l'ipotesi clinico-diagnostica. I dosaggi ormonali rilevano l'iperandrogenismo, l'iperinsulinemia, l'iperestrogenismo, l'aumento del rapporto LH/FSH, valori normali di prolattina.

→ Interventi terapeutici

La terapia si avvale, nella fase iniziale, di modifiche dello stile di vita. Fondamentale è informare la paziente sulle cause della sindrome e le conseguenze a lungo termine per la salute. Il risultato che si vuole ottenere è la diminuzione del peso corporeo e della insulino-resistenza.

È necessario convincere la paziente a effettuare una quotidiana, regolare e moderata attività fisica aerobia aumentando il movimento giornaliero (passeggiate, utilizzo della bicicletta e delle scale, stare seduti il meno possibile). Sono da effettuare modificazioni della dieta che deve essere ipocalorica, prevalentemente vegetariana e a basso contenuto di grassi saturi, zuccheri semplici e bevande alcoliche. Bisogna privilegiare la colazione del mattino e il pasto di mezzogiorno rimanendo frugali alla sera. L'obiettivo che si persegue è una diminuzione dell'adipe viscerale, con contenimento della produzione ormonale tipica di questa componente adiposa (estrogeni, insulina, cortisone).

La terapia farmacologica si avvale di contraccettivi estroprogestinici con componente progestinica antiandrogena (ciproterone acetato, dienogest) in grado di diminuire la produzione ormonale androgena e interrompere il circolo vizioso che si viene a creare tra le modificazioni ormonali, metaboliche e psicofisiche. Il risultato è ottimo

e l'acne, l'irsutismo, le irregolarità e le algie mestruali migliorano rapidamente.

L'aumentata resistenza insulinica predispone all'obesità centrale, alla sindrome metabolica e al diabete di tipo 2 in età più avanzata. Un farmaco capace di bloccare questa concatenazione di eventi è la metformina, che al dosaggio di 1.000 mg/die può essere assunta cronicamente senza significativi effetti collaterali. La metformina ha efficaci effetti metabolici, ma incide poco sugli aspetti cutanei o sulla fertilità della paziente. Se l'anovulazione ostacola un concepimento desiderato, si somministra clomifene che agisce bloccando i recettori estrogenici a livello ipotalamico e favorendo la secrezione di FSH che stimola la produzione di follicoli ovarici maturi in maggiore quantità. Se la donna è in cerca di una gravidanza bisogna evitare i farmaci a base di acido retinoico per la terapia dell'acne. Le donne obese affette da PCOS severa e che desiderano una gravidanza devono essere sottoposte a un regime di dimagrimento basandosi su dieta ed esercizio fisico, per diminuire l'incidenza di preclampsia, diabete gestazionale, ipertensione gravidica, parto pretermine. Il mio-inositolo e il D-chiro-inositolo sono carboidrati complessi non utilizzati dall'organismo come fattori energetici, ma come molecole di segnale. Hanno trovato un notevole utilizzo nella terapia della PCOS, in quanto agiscono a livello intracellulare migliorando la sensibilità all'insulina e diminuendo le concentrazioni plasmatiche dell'ormone (simili meccanismi

li troviamo anche generati dalla metformina o dall'esercizio fisico moderato). Le tecniche chirurgiche di microperforazione multipla ovarica e di resezione ovarica bilaterale, sono state abbandonate perché sostanzialmente poco efficaci e causa di complicanze aderenziali e algiche.

→ **Impatto psicologico e sociale della PCOS**

L'eccessiva secrezione di androgeni e le alterazioni del vissuto corporeo e della percezione del sé che si generano nella donna giovane (inestetismi cutanei, acne, obesità, alterazioni del ciclo) possono dare origine a problematiche psicologiche (attacchi di panico, sindrome ansioso-depressiva, insonnia, senso di inadeguatezza, introversione, disturbi della sessualità) che richiedono supporto psicologico e farmacologico ansiolitico o antidepressivo. La PCOS, oltre che sindrome di complessa risoluzione dal punto di vista clinico-terapeutico, costituisce un importante problema socio-sanitario-economico, interessando il 10%

delle donne in età fertile e costituendo la prima causa di infertilità nella donna. Le caratteristiche della sindrome sono oltremodo insidiose in quanto inizia in un periodo giovanile in cui la paziente, se non adeguatamente informata, non comprende il concetto di prevenzione e come tale non modifica quegli aspetti e stili di vita (nutrizione, esercizio fisico, astensione dal fumo e alcolici) che, amplificati dalle modifiche metaboliche-ormonali indotte dalla PCOS, possono generare negli anni un aumento di incidenza di diabete, malattie cardiovascolari, metaboliche, neurologiche, oncologiche. La sensibilizzazione al problema e la successiva risoluzione terapeutica devono costituire un'esigenza e una necessità delle istituzioni socio-sanitarie che si occupano di salute e prevenzione nella donna. In modo particolare dobbiamo focalizzarci verso la prevenzione di una malattia grave come il diabete di tipo 2 che in percentuale significativa affligge in età adulta le ragazze affette da PCOS, se non si interviene secondo le strategie descritte.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Genazzani A. *Endocrinologia Ginecologica*. Editeam Gruppo Editoriale, 2004
- Cattaneo S. *PCOS - Convivere con la Sindrome dell'Ovaio Policistico*. Edizioni Età dell'Acquario, 2022.
- Grasso M. *La Sindrome dell'ovaio policistico e le sue implicazioni psicologiche, emotive e relazionali*. Una guida evidence based per la donna con PCOS, 2019.
- Dioudi Y et al. *Sindrome dell'ovaio policistico nelle donne (Italian Edition)*. Edizioni Sapienza, 2021.
- Ferrazzi EM et al. *Advisory Board Italiano sulla sindrome dell'ovaio policistico*. Edizioni Minerva Medica, 2020.
- SIEDP- Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica. *Sindrome dell'Ovaio Policistico*. www.siedp.it