Ovaio policistico: criteri diagnostici e principi di terapia

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano
Dott.ssa Dania Gambini
Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, H. San Raffaele, Milano

"Ho 33 anni, e soffro di ovaio policistico da quando ne avevo 20. Nonostante la morfologia delle mie ovaie, ho sempre avuto un ciclo molto regolare e senza dolore. Gli esami prescritti dalla mia ginecologa hanno però mostrato spesso, negli anni, come il mio ciclo fosse anovulatorio. Questa dottoressa mi ha sempre consigliato di utilizzare la pillola ma io, non avendo sintomi, non ho mai accettato. Negli ultimi anni, però, ho iniziato ad avere problemi di irsutismo e, sempre dietro consiglio della ginecologa, ho provato dapprima una pillola a base di drospirenone, che però mi causava un forte dolore al seno, e poi l'anello vaginale, che ho sopportato per pochissimo tempo a causa dell'emicrania invalidante che fin da subito mi ha provocato. Adesso sono passata a un cerotto a base di norelgestromina, che utilizzo da un anno. Non avverto troppi effetti collaterali, se non un po' di dolore alle ovaie durante la settimana di interruzione, che precedentemente non avevo mai avuto. Tuttavia non ho notato alcun effetto sull'irsutismo. C'è qualcosa di più specifico per alleviare il disagio della peluria? L'inositolo può essere utile? Grazie mille!".
Bianca

Gentile Bianca, la diagnosi di policistosi ovarica (PCOS, Poly-Cystic Ovary Syndrome) si basa sull'associazione del quadro clinico, del referto ecografico e di dosaggi ormonali specifici. Tipicamente le pazienti con PCOS soffrono di oligo-amenorrea, sovrappeso o franca obesità, e segni di iperandrogenismo: acne, irsutismo (peli in sedi maschili), ipertricosi (eccesso di peli in sedi femminili), caduta dei capelli, modifica del tono di voce. Dal punto di vista ecografico, si evidenziano ovaie di dimensioni aumentate (diametro superiore ai 4 centimetri), con presenza di follicoli di piccole dimensioni disposti a corona nella corticale ovarica (lo strato più esterno dell'ovaio). Da un punto di vista ormonale, infine, è tipico un rapporto tra ormone luteinizzante (LH) e ormone follicolo-stimolante (FSH) superiore a 2, con iperandrogenismo associato (livelli aumentati di testosterone, androstenedione e DHEA).
Per migliorare la funzionalità ovarica, la riduzione del peso corporeo rappresenta un importante approccio terapeutico, perché modifica l'assetto ormonale: la riduzione del tessuto adiposo periferico migliora infatti la ciclicità fisiologica della produzione ormonale tipica del ciclo mestruale, diminuendo la conversione estrogenica a livello del tessuto adiposo periferico.
L'assunzione di inositolo è dimostrata scientificamente utile nel ripristinare la normale ciclicità mestruale e nell'aumentare il tasso di ovulazione: è la terapia di scelta nelle donne in cerca di figli o con controindicazioni assolute all'utilizzo di terapia estro-progestinica.
Per quanto riguarda la scelta della terapia ormonale, risulta indicato il ricorso a composti contenenti un progestinico con attività antiandrogenica come il drospirenone, che però lei non

© 2020 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org

sopporta, ma anche il dienogest o il desogestrel, da assumersi dopo l'esecuzione di esami ematici comprensivi del profilo trombofilico. Un cordiale saluto.

© 2020 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org