

di **Patrizio Tatti**

Direttore della Unità Operativa di
Endocrinologia e Diabetologia della AUSL
RMH Roma www.patriziotatti.it

La presenza di peluria nelle donne è sempre causa di disagio, ma vanno distinte due situazioni;

- **Ipertricosi** è la presenza di peluria nelle zone tipiche del sesso femminile, (peluria non sessuale). In genere si tratta di peli chiari, morbidi e presenti dalla pubertà o prima. Questa condizione, anche se può disturbare psicologicamente, non è causata da disturbi endocrinologici e può essere indotta dall'uso di alcuni farmaci;

- **Irsutismo**. In questo caso la peluria è spessa, più scura e invade nella donna le zone caratteristiche del sesso maschile (peluria sessuale), come il triangolo superiore del pube, il mento, il labbro superiore, l'area periareolare, la zona mediana del torace, la linea mediana dell'addome sopra e sotto l'ombelico, la parte superiore del braccio, la parte superiore della schiena e talora le natiche. Nei casi estremi si può associare a calvizie, aumento di profondità della voce, aumento di volume del clitoride, aumento della massa muscolare, riduzione di volume della mammella.

L'irsutismo è causato da un disturbo ormonale. Peraltro nella valutazione dell'eccesso di peluria si deve tener conto della diversità genetica razziale. Ad esempio nelle donne asiatiche, che sono le più glabre del mondo, anche un minimo irsutismo può indicare eccesso di ormone o iperattività dei recettori.

L'irsutismo, infatti, non è una malattia ma segnala la presenza di una disfunzione endocrinologica che può avere implicazioni importanti per la fertilità, rischi di malattia e può richiedere un counseling genetico.

La distinzione tra irsutismo e ipertricosi non è sempre facile. E sono state create delle scale di misura che si basano sul grado di coinvolgimento di queste zone "sessuali".

Cause

Gli ormoni che causano comparsa di eccessiva peluria nelle zone "sessuali maschili", condizione che si definisce "irsutismo" sono gli Androgeni. Il principale è il testosterone prodotto dalle ovaie e trasformato in "diidrotosterone" nella cute. In genere oltre all'aumento della secrezione di questi ormoni coesiste maggiore sensibilità alla loro azione nella cute. Talvolta i tassi di androgeni nel sangue sono normali e l'unica anomalia sta nell'esagerata risposta alla loro azione nei tessuti periferici "sessuali maschili" dove la crescita dei peli risulta esaltata. Per questo motivo in casi di irsutismo conclamato il testosterone può essere normale o solo lievemente aumentato. In questi soggetti è

Ipertricosi o irsutismo?



Questa immagine viene conservata nel Museo del Prado ed è il ritratto di Magdalena Ventura che allatta.

Alle spalle il marito. Dipinto nel 1631 con il titolo "La Mujer Barbuda" da Jusepe de Ribera.

aumentata la sensibilità tessutale. Più raramente anche i surreni possono contribuire all'iperandrogenismo con l'ormone DHEAS.

I peli crescono in maniera asincrona (non simultaneamente) e la fase di crescita, nota come "anagen" è diversa nelle diverse aree del corpo. Ad esempio nel viso la crescita del pelo richiede circa 4 mesi. Proprio per questo gli effetti della terapia ormonale richiedono circa 6 mesi per comparire, e l'effetto massimo si raggiunge dopo circa 9 mesi.

La patologia più frequentemente alla base di questa eccessiva produzione di ormoni è la Policistosi Ovarica (PCOS), caratterizzata più tipicamente da irregolarità del ciclo, ovaie "policistiche" ed obesità centrale. Queste caratteristiche non sono però sempre presenti. E' molto frequente la resistenza all'insulina, che può portare a diabete conclamato. Le altre cause sono molto rare e rappresentano meno del 5% del totale.

La terapia

Ci sono due possibilità, la terapia farmacologica e la rimozione diretta del pelo o del follicolo pilifero.

TERAPIA FARMACOLOGICA

In genere la prima scelta è la pillola contraccettiva. Alcune contengono Ethinil estradiolo, più uno dei molti progestinici disponibili. La maggior parte di questi progestinici deriva dal testosterone e quindi ha deboli effetti androgenici che non li rendono favorevoli. Il migliore è il ciproterone acetato, che non ha alcun rapporto con il testosterone, anzi funziona da antagonista bloccandone la attività sui recettori. Questa sostanza viene usata per tali caratteristiche anche nei tumori della prostata.

Il ciproterone ha lunga durata di azione, e spesso viene usato con la "terapia inversa". In pratica mentre nella pillola consueta si dà prima l'estrogeno e poi il progesterone, in questo caso si dà prima il progesterone acetato. Questo tipo di terapia ha effetto anticoncezionale più debole per cui si consiglia lo stesso precauzione nei primi due mesi di terapia se si vuole evitare la gravidanza. Va anche sottolineato che il ciproterone acetato ha effetti teratogeni, per cui non va usato da solo nelle donne in età fertile, ma associato ad estrogeni per ottenere un effetto anticoncezionale.

Spirolattone: si tratta di un antagonista dell'aldosterone, altro ormone prodotto dal surrene, che tra le altre azioni inibisce anche la sintesi e l'azione degli androgeni. E' abbastanza efficace, il costo è modesto, ed ha effetto diuretico che può essere fastidioso. Dà anche irregolarità del ciclo mestruale e per questo va spesso associato alla pillola contraccettiva, anche perchè ha un potenziale teratogeno che ne sconsiglia l'uso in gravidanza.

Finasteride: altro antiandrogeno che viene usato spesso nella terapia delle malattie della prostata. La sua efficacia è più o meno sovrapponibile a quella dello spironolattone.

Esistono altre terapie ormonali che comunque sono una seconda scelta o non andrebbero usate. Quella che segue è una lista compilata dalla American Endocrinological Association.

Flutamide. Un antiandrogeno più frequentemente usato in passato per il cancro della prostata ed anche per la Sindrome dell' Ovaio Policistico. Può dare seria tossicità epatica. NON ANDREBBE USATO.

Antiandrogeni per uso locale (pomate, gel). Non si sono dimostrati realmente utili. Possono esercitare una minima azione che comunque è legata all'assorbimento sistemico. Gli eccipienti possono irritare la pelle. NON ANDREBBERO USATI

Farmaci che riducono la insulinemia. Non esiste prova della efficacia, ed alcuni, ad esempio il pioglitazone, possono dare effetti dannosi. Unica eccezione è la metformina nelle donne con Policistosi ovarica. Va anche chiarito che la Metformina può essere utile su tutto il quadro di questa patologia, ma non ha effetti dimostrati sulla peluria. NON ANDREBBERO USATI

Glucocorticoidi (cortisonici). Sono indicati esclusivamente nelle rarissime forme di irsutismo indotte da iperplasia surrenale da deficit di 21 idrossilasi. Si tratta di una condizione presente in circa 1 su 15000 neonati. Nei casi meno seri può comparire irsutismo e tendenza alla calvizie senza altri sintomi. Ad eccezione di questi casi NON ANDREBBERO MAI USATI. Comunque anche queste forme rispondono ai contraccettivi orali.

Antagonisti del GnRH. Si tratta di sostanze che aboliscono lo stimolo della ipofisi alla secrezione di ormoni nelle ovaie (Mettono a riposo le ovaie). Ci sono stati molti studi sull'uso di queste sostanze: in alcuni casi possono essere utili ma non si sono mai dimostrate superiori ai contraccettivi orali. Anche sul piano pratico sono molto scomodi perchè vanno usati per via iniettiva, sono molto più costosi, e se non si associano gli estrogeni danno spiacevoli sintomi di menopausa. NON ANDREBBERO USATI

Metodiche di intervento diretto

I sistemi diretti di rimozione del follicolo includono le metodiche di rimozione della base del pelo dalla cute (depilazione) e quelli che estraggono il pelo sino a sopra il bulbo pilifero (epilazione). Radere il pelo non ha influenza sulla durata dell'anagen o sul diametro del pelo, e piuttosto lascia in evidenza una base scura che dà un'impressione negativa sul piano estetico. Esistono altre metodiche chimiche, che prevedono l'iniezione di composti contenenti zolfo ma che lasciano un pessimo odore ed irritano la pelle. Ci sono metodi di attenuazione del colore del pelo, e metodiche di risoluzione permanente. Tra queste ultime, che in realtà danno più una riduzione della peluria che una eliminazione perenne, ci sono la fotodepilazione e l'elettrolisi.

Indipendentemente dai loro meriti e dai risultati andrebbero comunque affiancati da una terapia medica.

In sintesi mentre l'ipertricosi si può considerare un danno estetico, l'irsutismo dovrebbe essere sempre valutato con grande attenzione perchè è spia di una disfunzione endocrina importante che va trattata da specialisti.