

L'irsutismo: diagnosi, eziopatologia e terapia

S. Corsello

Un corretto approccio al problema dell'irsutismo nella donna, prevede, soprattutto nei casi più severi, un'adeguata valutazione ormonale per escludere una sottostante patologia endocrina. Oltre che degli androgeni, che agiscono sull'unità pilosebacea nel promuovere lo sviluppo del pelo terminale, anche alterazioni dell'asse dei glucocorticoidi, del GH-IGF1 e degli ormoni tiroidei, possono determinare simili quadri clinici, influenzando, ad esempio, la concentrazione della SHBG e di conseguenza la quota di testosterone libero.

Le principali cause di iperandrogenismo si suddividono in:

- ✓ Ovariche
- ✓ Surrenaliche
- ✓ Periferiche
- ✓ Farmacologiche
- ✓ Dovute ad altre endocrinopatie

Tra le cause ovariche, la più comune è la PCO, che prevede (consensus di Rotterdam, 2003) la presenza di almeno due condizioni tra:

1. segni clinici e/o biochimici di iperandrogenismo
2. oligomenorrea e/o anovularietà
3. ecostruttura policistica dell'ovaio.

L'ipertecosi ovarica, caratterizzata da un iperandrogenismo conseguente all'ipertrofia delle cellule tecali, è un'importante causa di irsutismo, ma, un testosterone francamente elevato (> 2 ng/ml con DHEA-S normale o poco aumentato) e segni importanti di virilizzazione, devono indurre il sospetto di un tumore ovarico ed obbligare il ricorso all'esecuzione di esami strumentali. Il testosterone elevato diventa il più sensibile parametro in presenza di tumori "occulti", non rilevati da TAC ed ecografia pelvica: in un recente caso di grave irsutismo giunto alla nostra osservazione, valori superiori a 5 ng/ml, pur in presenza del riscontro strumentali e biotico solo di un'ipertecosi ovarica, hanno suggerito l'esecuzione dell'ovariectomia bilaterale, con il riscontro all'esame istologico, di un tumore a cellule di Leydig.

Le cause surrenaliche di iperandrogenismo possono essere determinate da forme "late onset" di deficit enzimatici, il più frequente dei quali è il deficit di 21 idrossilasi. In questo caso, un valore basale di 17 OH progesterone superiore a 2 ng/ml, implica l'esecuzione del test all'ACTH per confermare la sindrome surreno-genitale (SAG). Un isolato aumento del DHEA-S (in genere > 7000 ng/ml) è indicativo di una rara forma di SAG dovuta a deficit di 3βolo-deidrogenasi, ma, se accompagnato al concomitante aumento di testosterone, richiede l'esecuzione di una TAC addome nel sospetto di un tumore del corticosurrene. Rarissimi i casi di adenoma surrenalico secernente testosterone.

L'irsutismo periferico, condizione piuttosto frequente, prevede un aumento del 3 α andostanediolo glucuronide.

Tra i farmaci responsabili della comparsa di isutismo si ricordano gli steroidi anabolizzanti, i corticosteroidi, il danazolo, il diazossido, il minoxidil, la difenilidantoina, le fenotiazine, i contraccettivi orali (con Progestinici derivati dal 19-NOR-Testosterone).

Nel caso in cui altri elementi clinici siano fortemente orientativi, il dosaggio della PRL, del GH e dell'IGF1, lo studio dell'asse dei glucocorticoidi e gli ormoni tiroidei potranno confermare casi di iperprolattinemia, acromegalia, sindrome di Cushing o di iper/ipotiroidismo quali cause di irsutismo. Tra le condizioni metaboliche, sia l'anorexia nervosa che l'obesità con insulinoresistenza possono determinare questa condizione.