Obesità e ovaio policistico

Data 16 maggio 2007
Categoria ginecologia

L'obesità e il sovrappeso sono frequentemente associati alla sindrome dell'ovaio policistico (PCOS).

Durante il periodo maggio 2002 - dicembre 2005 sono state reclutate 113 donne in pre-menopausa che si erano rivolte ad un ambulatorio spagnolo di endocrinologia per obesità o per sovrappeso. In 32 di esse (28,3%) venne diagnosticato in ovaio policistico (PCOS) . La diagnosi veniva posta su base clinica e/o di laboratorio (presenza di iperandrogenismo), sulla presenza di oligo-ovulazione e sulla esclusione di cause secondarie.
La prevalenza dell'ovaio policistico non differiva nei vari sottogruppi in cui erano state divise le pazienti sulal abse del grado di obesità e indipendentemente dalla presenza di sindrome metabolica.
Gli autori riferiscono che nelle donne magre del loro paese la prevalenza dell'ovaio policistico è del 5,5%
Limiti dello studio sono i criteri di esclusione (donne in trattamento con contraccettivi orali o con farmaci insulino-sensibilizzanti) che possono aver portato ad una sottostima della prevalenza della PCOS.
Secondo gli autori in tutte le donne sovrappeso od obese si dovrebbe eseguire perlomeno uno screening clinico per la ricerca della PCOS: storia dettagliata del tipo di ciclo mestruale e presenza di segni di iperandrogenismo

Fonte:
Alvarez-Blasco F et al. Prevalence and Characteristics of the Polycystic Ovary Syndrome in Overweight and Obese Women. Arch Intern Med. 2006 Oct 23;166:2081-2086.

Commento di Renato Rossi

La diagnosi di sindrome dell'ovaio policistico viene posta in presenza di disfunzione ovulatoria, iperandrogenismo e assenza di patologie specifiche che possano giustificare tali segni. La paziente di solito riferisce turbe mestruali come oligomenorrea o amenorrea (ridotta secrezione di FSH) con conseguente mancata ovulazione e ridotta fertilità. Vi sono poi segni legati all'iperandrogenismo come ipertricosi, irsutismo, acne, seborrea, perdita dei capelli.
Il sovrappeso o la franca obesità sono frequenti mentre non mancano spesso iperglicemia e/o dislipidemia.
La diagnosi può essere confermata dall'ecografia pelvica ma bisogna considerare che la sensibilità non è molto elevata perchè si possono riscontrare ovaie più grandi della norma e presenza di cisti anche in donne senza segni di iperandrogenismo e con ovulazione normale. Più utili possono essere alcuni esami di laboratoio come il dosaggio dell' FSH che può essere basso mentre l'LH è aumentato. Con il test di stimolo con GnRH si evidenzia una risposta quasi assente dell'FSH mentre l'LH aumenta marcatamente. Sono aumentati anche i valori basali degli androgeni, sia quelli prodotti dall'ovaio (testosterone e androstenedione) che quelli prodotti dal surrene (deidroepiandrosetrone solfato o DHEA-S) e spesso anche la prolattina è elevata.
Secondo lo studio recensito in questa pillola esiste una importante relazione tra peso corporeo e PCOS: mentre in una donna magra la prevalenza della sindrome è del 5,5%, una donna con problemi di peso su tre probabilmente ha la PCOS.
Aver escluso dallo studio donne che assumevano contraccettivi orali o farmaci per aumentare la sensibilità all'insulina potrebbe addirittura aver sottostimato la prevalenza della sindrome. Questi dati si riferiscono ad un campione di donne spagnole ma è possibile che possano essere validi anche per altre popolazioni occidentali. In questo senso la raccomandazione degli autori di screenare per la PCOS tutte le nostre pazienti obese, se non altro dal punto di vista clinico, appare condivisibile. Direi che in questi casi l'aggiunta di alcuni esami di laboratorio (glicemia, profilo lipidico, FSH, LH e prolattina) possono contribuire ad
inquadrare meglio la paziente. Non dimentichiamo che le donne con PCOS possono avere un aumento del rischio cardiovascolare, oltre a tutti i problemi legati alla ridotta fertilità, all' iperandrogenismo e alle alterazioni del ciclo mestruale.
Per gli aspetti che riguardano la terapia rimandiamo al relativo capitolo del Manuale (disponibile su www.pillole.org).