

Una cura integrata per l'ovaio policistico

Sciogliere la matassa che lega androgeni, infiammazione, insulina e stress

di Francesco Bottaccioli*

Un'ampia recente review, pubblicata su *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, a cura di Evanthia Diamanti-Kandarakis, una delle massime esperte di sindrome dell'ovaio policistico, documenta il cambiamento di modello nell'analisi e nella cura di questo diffuso disturbo femminile che interessa dal 5 al 10% delle donne in età fertile e che porta a irregolarità mestruali, a ridotta fertilità, spesso a sovrappeso e obesità, ad eccessiva presenza di peli (irsutismo), ma anche a significative alterazioni relative al metabolismo dei grassi e dell'insulina.

Già dalla descrizione fatta, si capisce che la malattia è variegata. Tra gli esperti, negli anni scorsi, è stato raggiunto un accordo sui criteri diagnostici basandosi sulla seguente triade: iperandrogenismo (eccessiva produzione di androgeni, testosterone innanzitutto), anovulazione cronica (assenza di cicli con ovulazione e quindi infertilità), ovaio policistico (presenza, all'esame ecografico, di più di 10 cisti di 2-8 mm ciascuna). Di questi criteri ne sono sufficienti due per porre una diagnosi di sindrome dell'ovaio policistico. Da questo punto di vista, la malattia è tipicamente endocrinologica e come tale è stata trattata per anni tramite ormoni femminili (estroprogestinici o solo progesterone) e antiandrogeni, con effetti vari e complessivamente non molto soddisfacenti. Soprattutto perché i contraccettivi, anche quelli che contengono bassi livelli di estrogeni, non solo non sono efficaci verso le alterazioni metaboliche della malattia, ma anzi possono peggiorare il profilo lipidico, con aumento soprattutto dei trigliceridi. Ma è ormai chiaro che le alterazioni metaboliche sono una componente centrale di questa variegata sindrome: come ricorda Diamanti-Kandarakis tra il 60 e l'80% delle donne affette dalla sindrome presenta resistenza insulinica, che diventa praticamente il 100% nelle obese. Resistenza insulinica significa che i tessuti dell'organismo, come per esempio i muscoli e l'adipe, non rispondono più al segnale dell'ormone prodotto dal pancreas, che è essenziale per far entrare il glucosio dal sangue alle cellule che l'utilizzeranno poi per produrre energia. La resistenza insulinica è l'anticamera del diabete, della sindrome metabolica e delle patologie cardiovascolari. Da dove viene la resistenza insulinica? Dalla sedentarietà, dalla dieta contemporanea basata sui precotti e sul forno a microonde, dallo stress. L'insieme di questi fattori causa sovrapproduzione di radicali liberi e di infiammazione che è strettamente intrecciata alla resistenza insulinica, ma che è anche all'origine di un fenomeno alquanto diffuso: la forte presenza di ansia e depressione tra le donne sofferenti della sindrome dell'ovaio policistico. E qui veniamo all'altro dato scientifico nuovo, ben riassunto nel numero di gennaio 2013 di *Nature Review Neuroscience*: la regolazione dell'insulina e del ciclo del glucosio non è un fenomeno locale, che riguarda il metabolismo intestinale, in sostanza pancreas e fegato, è invece un complesso fenomeno sistemico nel quale svolge un ruolo contrale il cervello (ipotalamo) e il sistema nervoso vegetativo. È per questo che si moltiplicano gli studi che documentano l'efficacia terapeutica di un approccio integrato basato su attività fisica, alimentazione, tecniche antistress e meditative, agopuntura.

PUBBLICATO SU LA REPUBBLICA DEL 15.01.2013. RIPRODUZIONE RISERVATA