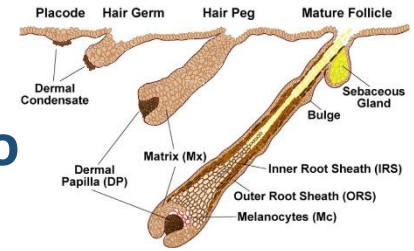




IRSUTISMO

Storia clinica ed esame obiettivo



- Insorgenza improvvisa
- Progressione rapida
- Virilizzazione

- Onset peripuberale
- Lenta Progressione
- Assenza di virilizzazione

- Eco ovarica
- CT o RM surrene

Studio di immagini negativo

- Cateterismo venoso surrenalico/ovarico
- Laparoscopia

Tumore o Iperplasia

- Segni di SEA
- FAI
- Monitor ovulazione
- Escludere patologie

- Irsutismo
- Elevato FAI
- Oligoanovulazione
- Escludere NCCAH

PCOS

- Irsutismo
- Elevato FAI
- Cicli ovulatori
- Normale m ovarica

Iperandrogenismo

- Irsutismo
- Normale FAI
- Cicli ovulatori
- Normale m ovarica

Irsutismo

- $17\alpha\text{OHP} > 2$ e > 10 dopo 1-24 ACTH
- Elevati livelli di 11 desossicortisolo

NCCAH

FoRiSIE Winter School in Clinical Endocrinology

7-11 gennaio 2019 - Roma

L'endocrinologia della PCOS

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA TOR VERGATA

Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Diabetologia

Direttore: Prof. D. Lauro

Tutor: Prof. C. Moretti

Specializzando: Dott. A. Minasi

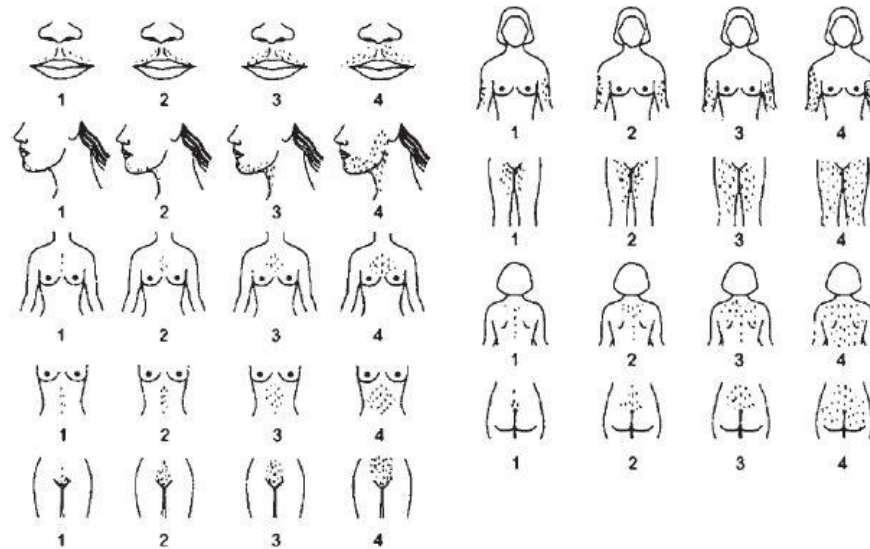
Presentazione caso clinico

- Donna 24 aa, giunge alla nostra osservazione per grave **irsutismo** e **oligomenorrea** (3-4 cicli/anno) associati ad incremento della BMI. Al momento del controllo clinico era in amenorrea da sette mesi.
- **Note Cliniche:** familiarità per DM2 da parte materna ed ipertensione arteriosa da parte materna e paterna. Nata a termine da parto eutocico, peso alla nascita 3.200 Kg, allattamento materno. Nulla di rilevante se non un aumento della BMI iniziato intorno a 7/8 aa. Non riferisce adnarcia prematuro. Menarca all'età di 12 aa seguito da amenorrea per circa 8 mesi, poi flussi mestruali con intervallo ampio e variabile (4 cicli/anno - oligomenorrea)
- Riferisce aumento della peluria sin dalla pubertà esacerbatosi creando grave disagio tra 18 e 20 anni contemporaneamente ad incremento ponderale che negli ultimi due anni è stato di circa 10 Kg
- Dichiara di essere sessualmente attiva e di non desiderare al momento di concepire
- E' molto a disagio per il suo aspetto fisico che ha trattato sin ora solo con **procedure cosmetiche** (depilazione meccanica e creme depilatorie)



Valutazione Clinica

- **E.O:** PA 125/75 mmHg, ACR 78 bpm, peso corporeo 82Kg, BMI 30.5 Kg/m², circonferenza vita 94 cm, grave irtsutismo con indice di **Ferriman-Gallwey** ≥ 28 , tiroide non palpabile, di normale ultrastruttura al look ecografico, presenza di virilismo, assenza di *acanthosis nigricans*



H.F. Escobar-Morreale et al. Epidemiology, diagnosis and management of hirsutism: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society

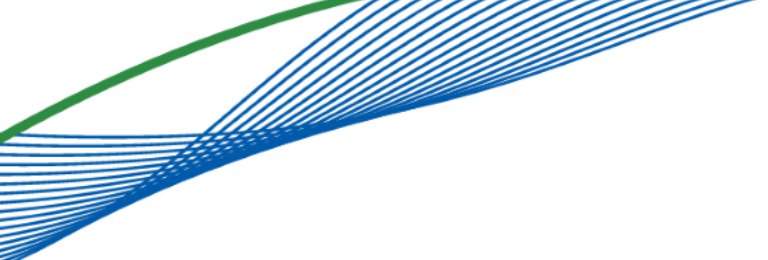
- **Esami di laboratorio:** T tot.: **74** (v.n. 10-55 ng/dL), SHBG: 34.7 (v.n. 24.6-122 nmol/L) , T biodisp.: **30.7** (v.n. 1.1 -14.3 ng/dL) - 41.4%, E2: 48 (v.n. 30-100 pg/mL), LH: **18.5** (v.n. 2-9 mIU/mL), FSH: 4.2 (v.n. 1.8-11 mU/mL), PRL: 18.79 (v.n. 5.18-26.53 ng/ml), TSH: 1.82 (v.n. 0.35-4.94 IU/ml)

1. Abbiamo escluso tra le cause di grave irsutismo il deficit di *21-idrossilasi* forma non classica (late onset) mediante dosaggio *17 α OH-progesterone*. Abbiamo escluso nella valutazione biochimica iperPRL e distiroidismo come causa di disfunzione ovulatoria
2. La **ecografia pelvica** 2D condotta con sonda TV ha mostrato: *“corpo uterino normoversoflesso di normali dimensioni (L 75 x AP 30 x T 45 mm), con contorni regolari ed ecostruttura miometriale omogenea. Ecopattern endometriale di spessore sottile. Ovaio destro 45 x 20 x 30 mm di volume aumentato; ovaio sinistro 37 x 20 x 30 mm di volume aumentato. Entrambe le ovaie hanno, a livello della corticale, più di 14 follicoli di diametro compreso tra 4 e 8 mm, disposti a corona; la midollare risulta iperecogena e priva di follicoli. Non si evidenzia follicolo dominante. Assenza di falde fluide libere endopelviche”*

PCOS fenotipo A

Disfunzione ovulatoria + iperandrogenismo clinico + iperandrogenismo biochimico + morfologia PCO

	1990 US NIH criteria		2006 AE-PCOS criteria		2003 Rotterdam criteria	
	Phenotype A	Phenotype B	Phenotype C	Phenotype C	Phenotype D	Phenotype D
Hyperandrogenism and hirsutism	Present	Present	Present	Present	Absent	Absent
Ovulatory dysfunction	Present	Present	Absent	Absent	Present	Present
Polycystic ovarian morphology	Present	Absent	Present	Present	Present	Present

- 
3. Lo **screening delle anomalie metaboliche** (tolleranza glucidica e assetto lipidico) non dovrebbe basarsi sull'insulinemia a digiuno (scarsa sensibilità) e la glicemia a digiuno (sottostima dei casi di IGT - alterata tolleranza al glucosio e DM2). Le attuali raccomandazioni sono di effettuare lo screening in tutte le donne affette da PCOS mediante **OGTT 75 g**
- Valutazione **fattori di rischio CV** include: età, BMI, apnee notturne, fumo, familiarità, assetto lipidico, funzione epatica e pressione arteriosa da monitorare regolarmente durante follow-up
4. La **terapia** deve essere individualizzata ed è spesso multifattoriale. Intervento stile vita con regolare esercizio fisico e restrizione calorica finalizzati alla perdita di peso rappresenta la 1a linea terapeutica → può migliorare disfunzioni metaboliche, ovulazione, fertilità e umore
- Trattamento con **EP** rappresenta **1a linea terapeutica farmacologica** per **irregolarità mestruali, irsutismo** e **acne** per donne che non richiedono fertilità. Riduce rischio iperplasia e cancro endometriale e sanguinamenti uterini anomali
 - Terapia con **EP + antiandrogeno** come 1a linea in casi di irsutismo severo o in aggiunta ad EP dopo almeno 6 mesi di terapia
 - Per il trattamento della **disfunzione metabolica**, in caso OGTT positivo, potrebbe essere iniziata terapia con **Metformina**
 - Nel caso della nostra pz è stata consigliata dieta ipocalorica associata a regolare attività fisica aerobica ed instaurata terapia con EP con notevole beneficio ed è stato avviato regolare monitoraggio di peso corporeo, pressione arteriosa, tolleranza glucidica e quadro lipidico durante il follow-up
- 