

## Caso clinico: iperandrogenismo in menopausa

Visconti F., Garino F., Corneli G., Balbo M., Gottero C., Sansone D., Oleandri S. E.

SC Endocrinologia e malattie Metaboliche - ASL Città di Torino  
felicia.visconti@aslcitytorino.it

### INTRODUZIONE

L'eccesso di androgeni in postmenopausa spesso si verifica a causa dello squilibrio tra la rapida diminuzione degli estrogeni ovarici e un declino relativamente graduale della secrezione di androgeni. I sintomi dell'iperandrogenismo postmenopausale, come l'aumento dell'irsutismo o i cambiamenti nella struttura dei capelli, sono piuttosto comuni e di lieve entità. La rapida insorgenza di irsutismo, alopecia e acne è invece un evento raro, e necessita di ulteriori indagini, al fine di escludere una sottostante neoplasia.

### CASO CLINICO

Donna di 54 anni, giungeva in ambulatorio di endocrinologia per comparsa di irsutismo e defluvium capitis negli ultimi 9 mesi. In anamnesi: menarca all'età di 11 anni, cicli regolari, due gravidanze a termine con parto eutocico, un aborto spontaneo, menopausa all'età di 51 anni, ipertensione arteriosa ben controllata dalla terapia farmacologica, fumatrice attiva, obesità di grado lieve. All'esame obiettivo riscontro di ipertricosi del volto, del tronco e delle areole mammarie, riduzione del timbro della voce, defluvium capitis. Si eseguivano pertanto a completamento diagnostico esami ormonali, con riscontro di livelli elevati di testosterone (7,7 ng/mL, v.n.: 0.03-0.4), DHEAS (5437 mcg/L, v.n.:560-2830) e 17-OH-progesterone (3.1 nmol/L, v.n.: 0.2-1.7), livelli di gonadotropine compatibili con età menopausale, prolattina nella norma e test di Nugent negativo. Aveva eseguito ecografia utero-ovarica presso altro centro, negativa per lesioni. La paziente veniva pertanto avviata a TC addome, negativa per lesioni surrenaliche, e veniva effettuata quindi RM addome mirata alla ricerca di massa secernente, anch'essa negativa. La paziente è stata peranto indirizzata ad ecografia ovarica transvaginale di secondo livello presso il nostro centro, con riscontro di formazione annessiale sinistra, solida, ipoecogena, delle dimensioni di 19x18x24 mm, con scarsa vascolarizzazione periferica al colorDoppler, compatibile con neoplasia stromale/fibrotecoma ovarico. Si indirizzava, quindi, ad intervento chirurgico di isteroannessiectomia bilaterale.

### DISCUSSIONE

Diverse sono le condizioni cliniche correlate all'iperandrogenismo post-menopausale. La più frequente causa è rappresentata dalla sindrome dell'ovaio policistico. E' comunque necessario escludere la presenza di cause neoplastiche, come tumori ovarici o tumori surrenalici secernenti androgeni. In presenza di marcata virilizzazione e di iperandrogenismo severo è utile eseguire un' ecografia transvaginale, per ricercare la presenza di ipertecosi ovarica o di tumori ovarici androgeno-secernenti, e una TC/RM per lo studio dei surreni nelle donne con concomitante ecografia transvaginale negativa. I più comuni tumori ovarici virilizzanti sono quelli a cellule di Sertoli-Leydig e a cellule di Leydig, neoplasie raramente maligne.

L'ipertecosi ovarica è invece una patologia funzionale caratteristica della postmenopausa, con sintomi virilizzanti lentamente progressivi. Il trattamento di scelta nelle forme di iperandrogenismo di origine neoplastica e nell'ipertecosi ovarica è rappresentato dalla chirurgia, mentre nelle pazienti non candidabili a tale approccio è indicata la terapia con agonisti del GnRH.

### TAKE HOME MESSAGES

I sintomi di lieve iperandrogenismo postmenopausale sono comuni; tuttavia in caso di sviluppo di segni di rapida virilizzazione possono essere indicati ulteriori esami per identificarne la causa. Un'anamnesi mirata e un accurato esame obiettivo, unitamente ad un'appropriate valutazione di laboratorio e radiologica sono necessarie per differenziare le cause tumorali da quelle non tumorali dell'iperandrogenismo postmenopausale, portando a strategie di trattamento ottimali.

#### Bibliografia

Chiara Alfaroli , Elisa Maseroli , Linda Vignozzi, SIE, Iperandrogenismo della donna in menopausa, Markopoulos MC, Kassi E, Alexandraki KI, Mastorakos G, Kaltsas G. Hyperandrogenism after menopause. Eur J Endocrinol. 2015 Feb;172(2):R79-91. doi: 10.1530/EJE-14-0468. Epub 2014 Sep 15. PMID: 25225480.