

Dopo una leucemia in età pediatrica: perché il menarca ritarda

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

“Sono sconvolta: mia figlia più piccola è stata trattata a 8 anni per una brutta leucemia linfatica acuta con tre ricadute, che hanno richiesto cicli di chemioterapia molto aggressivi e trapianto di midollo dalla sorella maggiore, per fortuna molto compatibile, dopo radioterapia total body. E’ stato un calvario: ora che stava bene, speravamo che il peggio fosse alle spalle. Ma a tredici anni è rimasta piccolina, senza segni di pubertà. Siccome cresce poco e la prima mestruazione non arriva, abbiamo fatto gli esami ormonali. Risultato tremendo! Ha gli stessi livelli che ho io, che ho 50 anni e sto andando in menopausa. Come è possibile? La dottoressa mi ha detto che le ovaie sono state distrutte dalle terapie e che quindi è come una menopausa. Mi aiuti a capire...”.
Mamma disperata

La comprendo bene, signora, e mi dispiace moltissimo per sua figlia. Oggi ci sono eccellenti possibilità di curare bene queste conseguenze delle terapie oncologiche purché si sia tempestivi e si facciano terapie ormonali sostitutive personalizzate e appropriate.

Mi scuso, ma per rispondere alla sua giusta richiesta di capire bene che cosa sia successo, devo usare di necessità qualche termine medico in più. Negli anni Sessanta, una giovane donna colpita da una leucemia aggressiva o da un linfoma aveva una probabilità del 20-30% di superare la malattia; oggi il tasso di sopravvivenza è dell’80%: uno straordinario risultato dell’oncologia. Le cure necessarie per salvare la vita possono però avere effetti collaterali seri.

Anche nella bambina prepubere (oltre che dopo la pubertà) chemio e/o radioterapia possono creare un danno ovarico irreversibile, perché possono distruggere:

- 1) i follicoli ovarici, con mancata produzione di estrogeni e progesterone;
- 2) gli ovociti, ossia le cellule germinali, con perdita della fertilità;
- 3) le cellule di Leydig, contenute nella parte centrale dell’ovaio, con mancata produzione di testosterone.

La prima mestruazione non compare: si parla allora di amenorrea (mancanza di mestruazioni) primaria. Ma ci sono due tipi di amenorrea primaria. Per capire di quale tipo si tratti sono dirimenti i livelli degli ormoni dell’ipofisi (gonadotropine): il follicolostimolante (FSH), che stimola l’ovaio a produrre ormoni sessuali e a far maturare l’ovocita; e il luteostimolante (LH), che stimola l’ovulazione, la produzione di progesterone e di testosterone.

Nella forma di amenorrea primaria tipica del ritardo puberale semplice, in cui ci può essere un ritardo nella comparsa della mestruazione di uno-due anni rispetto alla media, e poi tutto si allinea, FSH e LH sono molto bassi (amenorrea ipogonadotropa), finché non parte il fenomeno puberale. Una radiografia del polso, che aiuta a determinare l’età ossea, può confermare il ritardo di sviluppo semplice. Nelle forme di amenorrea primaria da lesione definitiva delle ovaie, invece, si parla di insufficienza ovarica precoce: FSH e LH sono anormalmente alti (amenorrea ipergonadotropa), con livelli sovrapponibili al quadro ormonale che si vede in menopausa.

La mancata produzione di estrogeni, progesterone e testosterone, determinata dalla mancata

pubertà e dall'assenza del ciclo, può causare danni gravi per tutto l'organismo della bambina e della futura donna. Per questo è indispensabile che la ragazzina venga trattata fin da ora con una terapia ormonale sostitutiva articolata e ben personalizzata, per garantirle la miglior salute possibile.

Dal punto di vista medico, se è comparso anche un solo ciclo spontaneo, e poi tutto si blocca, perché l'ovaio si è esaurito del tutto, si può parlare di amenorrea secondaria e di insufficienza ovarica prematura anche nella ragazzina dodicenne (evitando così l'espressione "menopausa precoce", che ha un vissuto più negativo). L'essenziale è ridare alla ragazzina tutti gli ormoni di cui ha bisogno, con uno sguardo di fiducia nel futuro. Auguri di cuore!

Prevenire e curare - Insufficienza ovarica precoce: attenti alla crescita delle ossa

Il 30-40% delle ragazzine che hanno un'insufficienza ovarica prematura, con assenza delle mestruazioni (amenorrea primaria) o scomparsa definitiva del ciclo dopo qualche flusso, può manifestare una precoce perdita di osso. Non raggiungono il picco di massa ossea, a cui si arriva intorno ai 18 anni, e possono sviluppare osteopenia e anche osteoporosi.

E' indispensabile pensarci, e fornire all'osso tutti gli ingredienti di cui ha bisogno: vitamina D e vitamina K2, vitamina C, calcio, magnesio, ferro, silicio, collagene, acido ialuronico e altri ingredienti, che vanno poi attivati da un'attività fisica regolare quotidiana, di almeno un'ora, per costruire un tessuto osseo solido e adeguato dal punto di vista biomeccanico.
