



a cura del Dott.
Emilio Lavezzari,
Specialista in
Dermatologia
e Chirurgia Cosmetica

In aumento LA CALVIZIE FEMMINILE?

Si calcola che almeno il 30% delle donne italiane soffra di forme più o meno accentuate di calvizie e questo dato pare sia destinato ad aumentare nel corso dei prossimi anni.

Dopo aver trattato, nel primo fascicolo di *Antiaging*, del problema della calvizie maschile e delle tecniche di autotrapianto, affrontiamo ora, sempre con il dott. Emilio Lavezzari, lo stesso problema, ma "al femminile". È un tema di grande attualità visto che si calcola che almeno il 30% delle donne italiane in qualche modo ne soffrano. La calvizie femminile è contraddistinta da cause, meccanismi e aspetti assai diversi da quella maschile. Ma, come per la prima, anche la calvizie femminile può essere corretta in modo vantaggioso utilizzando le ultime tecniche disponibili, in particolare le Unità Follicolari (FU). Il dott. Emilio Lavezzari entra a far parte, da questo numero, del Comitato scientifico di *Antiaging*.

Dott. Lavezzari, si può parlare di una Alopecia Androgenetica nella donna?

L'alopecia androgenetica è una condizione ereditaria che provoca la caduta dei capelli per un progressivo diastrofismo del follicolo, condizionato dagli ormoni androgeni. Nell'uomo ha un'evoluzione standard ed interessa sempre le stesse aree (come quelle temporali e del vertice) dove è stata dimostrata la presenza dei recettori per il diidrotestosterone (DHT). Nella donna invece i modelli di diradamento e le note scale, tipo quella di Hamilton, della progressione della calvizie maschile non sono quasi mai adattabili. A grandi linee si potrebbero fissare tre diversi tipi di calvizie femminile: 1) un diradamento quasi sovrapponibile a quello maschile, con presenza di una vera e propria stempiatura, 2) un diradamento diffuso a praticamente tutto il cuoio capelluto e 3) un diradamento frontale e centrale, per cui la donna

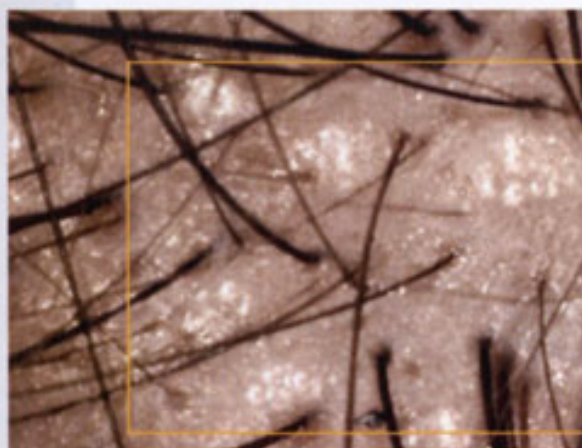




non riesce più a farsi la riga in mezzo. Quest'ultimo è anche il tipo di calvizie che si riscontra più frequentemente.

Si potrebbe quindi ipotizzare che le cause della calvizie femminile siano allora diverse da quella maschile?

Proprio perché nella donna la calvizie può presentarsi con aspetti molto diversi bisogna ammettere che la sua patogenesi non ha le stesse caratteristiche di quella maschile. Se prendiamo in considerazione l'età in cui comincia a manifestarsi si nota che si possono distinguere due gruppi abbastanza distinti: uno che va dalla pubertà ai 30 anni ed un altro a cavallo della menopausa, da 40 anni in poi. Nel primo gruppo possono coesistere alcuni dati comuni, come irregolarità delle mestruazioni, irsutismo, sindrome da ovaio policisti-



FOCAL ATRICIA:
microscopio digitale 30x:
sono visibili numerose
piccole aree di tipo
cicatriziale, esiti di pregressi
fenomeni infiammatori e
responsabili del
diradamento.

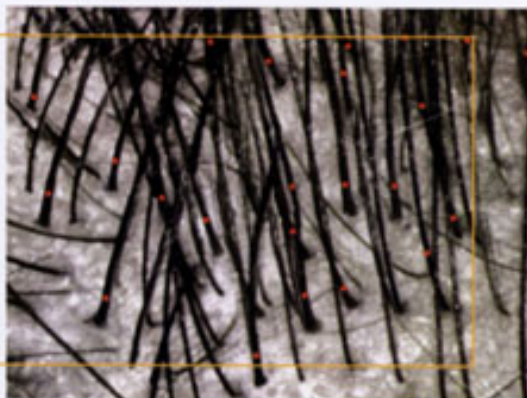
co, che portano a sospettare un eccesso di ormoni androgeni, in alcuni casi confermato da esami ematologici. Nelle donne in menopausa è più raro evidenziare un eccesso di ormoni maschili per cui si presume che sia la marcata riduzione di estrogeni ad indurre un aumento relativo di androgeni. In verità nella pratica tale distinzione non è mai così netta e spesso i due quadri si confondono; in particolare molte volte si scopre come non sia esatto definire alopecia androgenetica quella che



FASI DELL'INTERVENTO
A sinistra dopo l'inserimento di 1790 FU. Nelle altre
immagini i risultati dopo 8 mesi

presentano donne di età superiore ai 40 con un quadro ormonale assolutamente normale. In questi casi, invece, è abbastanza frequente il riscontro a livello istologico di numerose microscopiche aree del cuoio capelluto con totale assenza di capelli, definite dalla Olsen "focal atrichia". Sembra che queste piccole zone prive di capelli rappresentino l'esito cicatriziale di un processo infiammatorio riscontrabile in un buon numero di casi e che interessa la parte superiore del follicolo pilo-sebaceo.

INFOCULTAMENTO:
microsc. digitale
30x - area di
1cm/2: sono
visibili, ma solo al
microscopio,
nuovi capelli
trapiantati, che
conservano lo
spessore originale
della zona da
dove sono stati
rimossi e che sono
stati
contrassegnati in
rosso.



Quali mezzi ha a disposizione una donna per combattere la sua calvizie?

Proprio per la difficoltà di individuare le cause della calvizie femminile (che in un buon numero di casi è la risultante di fattori eziologici diversi) l'approccio terapeutico non offre risultati costanti e soddisfacenti come nell'uomo. Le associazioni di estrogeni e antiandrogeni sono spesso utilizzate con risultati difficili da quantificare, di solito buoni all'inizio della terapia e poi meno consistenti nel giro di qualche anno. Un discorso a parte merita la finasteride. Questo farmaco, tipicamente maschile perché utilizzato per combattere l'ipertrofia prostatica da almeno quindici anni, può effettivamente arrestare la caduta nell'alopecia androgenetica maschile e rappresenta attual-

mente il mezzo terapeutico più affidabile. La casa farmaceutica che lo produce sconsiglia tuttavia di utilizzarlo nella donna perché durante la sua somministrazione sono state notate (nella cavia) delle malformazioni fetali ed anche perché non esiste una casistica d'impiego così vasta come nell'uomo. Comunque, se utilizzato sotto trattamento anticoncezionale o in menopausa in donne che manifestano una calvizie di evidente natura familiare oltre che ormonale, può offrire risultati eccellenti. Lo stesso prodotto invece risulta assolutamente inutile in quelle pazienti che hanno manifestato una calvizie precoce, talora scatenata da una dieta dimagrante non equilibrata, ed i cui capelli vengono interessati in modo diffuso da un fenomeno distrofico che li rende sottili e vulnerabili. Le lozioni a base di minoxidil possono fornire qualche beneficio, per la verità impossibile da quantificare, ed in casi limitati. Tutti gli altri prodotti, per quanto largamente pubblicizzati, sono di solito inefficaci.

Quando una donna deve indirizzarsi verso l'autotrapianto?

Anche la calvizie femminile può essere corretta in modo vantaggioso utilizzando le ultime tecniche disponibili, in particolare le Unità Follicolari (FU). La perdita di capelli rappresenta per la donna una menomazione forse più grave che nell'uomo, perché con i capelli vede svanire il simbolo della sua femminilità ed anche della sua giovinezza. In certi casi il disagio che ne deriva arriva a diventare insopportabile. Ma l'approccio con l'autotrapianto nella donna risulta a volte più complicato, sia per una specie di reticenza ad affrontare questo problema sia per il timore che l'intervento risulti doloroso e poco efficace. In realtà quando venivano utilizzati grafts di 4-5 mm di diametro, il trauma indotto dai vecchi strumenti poteva danneggiare in modo irreversibile molti capelli rimasti, ed i risultati erano abbastanza deludenti, specie poi se non era possibile stabilizzare l'evoluzione della calvi-



zie. A questo proposito, durante i congressi americani di autotrapianti tutti gli specialisti, fino alla fine degli anni Novanta, si trovavano d'accordo nell'ammettere che i pazienti più "scomodi" erano proprio le donne ed i giovani. Oggi l'uso di incisioni microscopiche per inserire le FU nonché la possibilità di effettuare megasessions (ed in molti casi anche l'assunzione di finasteride) hanno praticamente ribaltato questo atteggiamento.

Nell'ambito dell'autotrapianto, quale tecnica risulta più efficace per correggere la calvizie femminile e quale tipo di diradamento nella donna può essere trattato con maggiori possibilità di successo?

Il microscopio stereoscopico ed il conseguente impiego delle Unità Follicolari ha cambiato profondamente lo scenario degli autotrapianti, consentendo di rimuovere un numero maggiore di capelli e di distribuirli in modo più naturale e razionale. Rimangono sempre alcune condizioni indispensabili, come la presenza di una zona donatrice indenne dalla calvizie e la consapevolezza che la caduta si sia stabilizzata, anche attraverso l'uso di terapie adeguate, non esclusa la finasteride.

Inoltre, malgrado vengano utilizzati strumenti microscopici, la possibilità che nella zona da infoltire una parte dei capelli rimasti possa cadere per l'effetto traumatico di migliaia di microincisioni rimane sempre piuttosto alta, anche se tale fenomeno (shock loss) è di solito totalmente reversibile nel giro di qualche mese. Rimane difficile fis-

sare le caratteristiche ideali del tipo di calvizie femminile che può trarre maggiore vantaggio dall'autotrapianto. In generale ho potuto riscontrare risultati eccellenti quando esistono condizioni di diradamento che ricordano la calvizie maschile e quindi riconducibili ad un processo androgenetico. L'area più colpita rimane sempre la parte centrale del capo e solo in casi molto gravi può interessare il vertex. La consistenza dei capelli da trapiantare può giocare un ruolo fondamentale, al punto da sconsigliare l'intervento in quelle pazienti che presentano capelli molto fini in corrispondenza della *donor area*. In molti casi nella donna la calvizie è strettamente legata, molto più che nell'uomo, ad una aumentata sensibilità dei recettori per il diidrotestosterone (DHT). Questo livello di sensibilità può essere modulato da svariati fattori, come lo stress, l'età, gravi infezioni, diete non equilibrate e da molti altri che ancora non conosciamo. Forse un giorno, grazie alle nuove biotecnologie ed alle terapie geniche, si potrà prevenire in modo totale la comparsa della calvizie femminile.

