

# Calvizie femminile

Si calcola che almeno il 30% delle donne svizzere soffra di forme più o meno accentuate di calvizie e questo dato pare sia destinato ad aumentare nel corso dei prossimi anni. *Ticino Management Donna* ha incontrato lo specialista Emilio Lavezzari per affrontare questa problematica e capire quali soluzioni oggi siano offerte dalla moderna medicina.

**S**i calcola che oggi almeno il 30% delle donne svizzere soffra di forme più o meno accentuate di calvizie: un dato che pare sia destinato ad aumentare nel corso dei prossimi anni. *Ticino Management Donna* ha incontrato lo specialista Emilio Lavezzari per affrontare questa problematica e capire quali soluzioni offra attualmente la moderna medicina.

*Si può parlare di un'alopecia androgenetica nella donna?*

L'alopecia androgenetica è una condizione ereditaria, che provoca la caduta dei capelli a causa di un progressivo distrofismo 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 di recettori per il diidrotestosterone (Dht). Nella donna, invece, i modelli di diradamento e le scale (tipo quella di Hamilton, della progressione della calvizie maschile) non sono quasi mai adattabili. A grandi linee, si po-

trebbero fissare tre diversi tipi di calvizie femminile: un diradamento quasi sovrapponibile a quello maschile, con presenza di una vera e propria stempiatura; un diradamento diffuso a praticamente tutto il cuoio capelluto e, infine, un diradamento frontale e



Emilio Lavezzari, specialista in tricologia attivo a Lugano.

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 la calvizie femminile abbia cause diverse rispetto a 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, dai 40 anni in poi. Nel primo gruppo possono coesistere alcuni dati comuni, come l'irregolarità delle mestruazioni, l'irsutismo e la sindrome da ovaio policistico, 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 presentano donne di età superiore ai 40 anni 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 specialista E.A. 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.

*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 lo 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 nell'uomo e ne rappresenta attualmente 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; non esiste inoltre una casistica d'impiego così

vasta come nell'uomo. Comunque, se utilizzato sotto trattamento anti-concezionale 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 praticamente inutile in quelle pazienti che hanno manifestato una calvizie precoce, talora scatenata da



Un esempio di trattamento con impianto di nuovi capelli in due fasi.

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 completamente 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 per l'uomo, perché essa con i capelli vede svanire il simbolo della sua femminilità ed anche della sua giovinezza. In certi casi, il disagio che ne deriva può diventare insopportabile. Ma l'approccio all'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 effetti quando venivano utilizzati 'grafts' di 4-5 mm di diametro, il trauma indotto dagli strumenti poteva danneggiare in modo irreversibile molti capelli rimasti e i risultati erano inoltre abbastanza deludenti, specie se poi non era possibile stabilizzare l'evoluzione della calvizie. 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 'megasezioni' (e 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



L'intervento di autotrapianto di capelli utilizza strumenti di alta tecnologia.

hanno 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 fissare 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 più 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 un'au-

mentata sensibilità dei recettori per il Dht. Questo livello di sensibilità può essere modulato da svariati fattori, come lo stress, l'età, gravi infezioni, diete non equilibrate e molti altri che ancora non conosciamo. Forse un giorno, grazie alle nuove biotecnologie e alle terapie geniche, si potrà prevenire in modo totale la comparsa della calvizie femminile.

*Che vantaggi pratici hanno portato il trapianto delle unità follicolari (FU) e le 'megasections'?*

La tecnica delle unità follicolari (FU) ha certamente permesso di utilizzare in modo molto più razionale che in passato la zona donatrice e quindi anche di trapiantare un numero molto superiore di capelli. Ma quello che, a mio parere, ha veramente cambiato la filosofia degli autotrapianti è l'impiego del microscopio, che ha offerto la possibilità di ottenere infoltimenti con una densità finora sconosciuta. Grazie ad una meticolosa preparazione della 'donor area' si possono infatti ottenere migliaia di singoli follicoli, con i quali si potrà ricostruire in modo estremamente naturale ogni zona del cuoio capelluto.

*In che modo e perché si riesce con le FU a trapiantare un numero maggiore di capelli?*

In realtà, l'impiego delle FU ha permesso di aumentare la qualità dei capelli trapiantati piuttosto che la loro quantità. I capelli che ricrescono sono sempre e solo quelli rimossi dalla zona donatrice. Per avere un'idea di quello che sarà il risultato

finale la paziente potrebbe controllare il mazzetto di capelli (specie se sono un po' lunghi) che, prima della rimozione chirurgica, vengono tagliati in corrispondenza della nuca. Quelli che vede saranno esattamente i capelli che si ritroverà sulla zona fronto-temporale, meno forse un 5-8%, che, per cause varie, potrebbero anche non ricrescere. Se poi ancora la paziente nutre dei dubbi sulla densità della zona da infoltire, un rapido calcolo matematico la potrà aiutare. Tenuto conto che un soggetto normale presenta in corrispondenza della 'donor area' una densità media di 120-150 capelli per centimetro quadrato, prelevando dalla nuca una striscia di cute non superiore a 25-30 centimetri quadrati si possono trapiantare, nel migliore dei casi, 4500 capelli. Molti specialisti di autotrapianti, come Marzola, Limmer, Beehner, sono concordi nel ritenere che una rimozione più vasta, come 50 o 60 centimetri quadrati, anche se possibile, comporta per la chiusura uno scollamento eccessivo, che preclude, di fatto, la possibilità di ricorrere ad ulteriori interventi. Inoltre, si potrebbe provocare una cicatrice anche molto visibile. I capelli prelevati dalla nuca, se inseriti ad una densità di non meno di 50 per centimetro quadrato, possono rappresentare un infoltimento soddisfacente per un'area di circa 90 centimetri quadrati. Queste cifre sono naturalmente suscettibili a qualche variazione.

*Possono esistere complicazioni durante o dopo un autotrapianto?*

Per quanto non mi risulti che siano mai stati segnalati casi gravi di complicazioni, occorre ricordare che si tratta sempre di un intervento chirurgico, durante il quale, tra l'altro, viene utilizzata una certa quantità di anestetico locale, che può diventare un valore consistente dopo oltre 6 ore di intervento. Nelle cliniche dove opero, le pazienti sono costantemente monitorate da un medico anestesista e ricevono ogni cura ed attenzione durante tutto il corso dell'intervento, allo scopo di rendere il più possibile confortevole e sicura questa loro nuova esperienza.

Alda Albertini