



DR.SSA MAURA MASSIMINO
DIRETTORE SC PEDIATRIA
TEL: 02-2390-2593/2588 FAX: 02-23902648
E-MAIL: maura.massimino@istitutotumori.mi.it

A chi di competenza

Milano 8 aprile 2024

Oggetto: Disforia di genere e bloccanti della pubertà

Come da intestazione è verificabile che il mio lavoro, da 37 anni presso questa struttura, è di oncologa pediatra.

Nella mia esperienza esiste un fenomeno patologico che accade sia a bambini di sesso femminile che maschile e si chiama *pubertà precoce*.

E' un processo talvolta piuttosto rapido e che quindi va intercettato con cura, che porta alle manifestazioni evolutive del corpo, e in parte anche del pensiero, caratteristiche della maturazione puberale in bambini di età inferiore agli 8 anni per le femmine e 9 anni per i maschi. E' correlato alla presenza di tumori nella regione ipotalamo-ipofisaria (strutture delicatissime all'incirca al centro del nostro encefalo) o, anche, purtroppo, al trattamento degli stessi, in particolare alla radioterapia praticata per la cura di molte neoplasie del sistema nervoso centrale.

Una volta effettuati test specifici che si praticano sulla base del sospetto clinico che si è di fronte a questo fenomeno (comparsa di peli ascellari e pubici, modifiche dell'odore della cute e del sudore, comparsa del bottone mammario, etc), l'endocrinologo pediatra, considerata anche tutta un'altra serie di fattori come peso, altezza, stato di malattia, altre alterazioni ormonali, prescrive, in dosi adeguate alle caratteristiche del paziente, la triptorelina. In questo contesto i pazienti sono seguiti accuratamente per quanto riguarda il loro bilancio di accrescimento, la composizione dei grassi plasmatici, il metabolismo osseo, la crescita lineare (accrescimento staturale), lo stato soggettivo. Una volta raggiunta l'età della pubertà fisiologica il farmaco, che si somministra per via intramuscolare una volta al mese, viene sospeso.

Va ricordato che la triptorelina agisce come inibitore dell'attività degli ormoni ipofisari anche in individui già del tutto puberi o adulti: vi sono indicazioni in diversi tumori, come alcuni fibromi uterini, tumori della prostata e della mammella e patologie non neoplastiche, ma invalidanti, come l'endometriosi. E' dunque un farmaco con una attività certa.

Il suo uso in condizioni di non-patologia endocrina quale è l'indicazione data dalla *disforia di genere*, che non è una malattia organica, è stato molto meno valutato, perlomeno per quanto riguarda gli effetti collaterali.

In linea di principio, come detto più sopra, la pubertà non è un fenomeno di crescita esclusivamente legato agli ormoni sessuali, ma è una evoluzione complessiva di tutto l'essere umano, con degli impulsi alla crescita incostanti nel tempo e che dipendono da un elevato numero di fattori, estremamente eterogenei e



neppure del tutto conosciuti. Questo significa che non esiste un “bloccare la pubertà” che non blocchi anche elementi di esperienza, intellettivi ed emotivi, che portano alla crescita da bambino ad adulto.

Bloccare gli ormoni, quindi, significa non solo rimandare, ma anche perdere in maniera definitiva dei passaggi importanti che fanno parte del vissuto insieme ai pari che progrediscono nel loro fisiologico sviluppo ormonale: cambiamento dell’aspetto, della “taglia”, ma anche dei desideri e delle prospettive sul presente e sul futuro. Dal punto di vista cognitivo, vi sono senza dubbio dei limiti all’apprendimento, in particolare alla critica e alla dialettica che rendono così evidente il passaggio da bambino a adulto. Non è pensabile una interruzione ed una riaccensione di questo delicato ed estremamente complesso processo con l’automatismo di cui si parla ora con conoscenze molto sommarie.

Per quanto riguarda gli effetti collaterali, essi sono ben noti: osteopenia, alterazione di colesterolo e trigliceridi, alterata distribuzione della massa grassa, riduzione del tono muscolare e della crescita.

Dai lavori, pochi con un follow-up adeguato di questi “nuovi” pazienti, non appare riportata in maniera soddisfacente la reversibilità degli effetti collaterali (essi non sono del tutto reversibili neppure in chi ha la pubertà precoce e non è neppure prevedibile a chi potrà succedere). In particolare la fertilità successiva è un grosso dubbio, successivamente all’interruzione del trattamento se non si proseguirà la via della transizione.

Leggo nei lavori internazionali disponibili: difficoltà nell’apprendimento della matematica e delle scienze esatte, riduzione del tenore osseo anche 24 mesi dopo la sospensione del farmaco, ansia e depressione come prima del trattamento (cioè alla diagnosi della disforia), maggiore massa grassa, costo (25.000 dollari/anno), riduzione della crescita, riduzione del quoziente intellettivo, aumento ponderale persistente anche dopo due anni dalla fine del trattamento, dislipidemia. Tutto questo a bambini prima sani.

Non sto a descrivere gli effetti collaterali acuti quali cefalea, nausea, vampate, sanguinamento vaginale, etc etc.

Per tutto questo il trattamento con triptorelina, così come si fa in campo oncologico, deve essere prescritto sotto stretta osservazione e solo quando ne esistano indicazioni considerate indispensabili e continuative. Il calcolo costo/benefici non appare al momento attuale minimamente vantaggioso.