

Da Pcos a Pmos: un cambio di paradigma, non solo di nome

Il 12 maggio 2026 *The Lancet* ha designato ufficialmente il nuovo nome della sindrome dell'ovaio policistico: non più Pcos, ma Pmos - *Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome*. Non è un semplice aggiornamento terminologico. È un cambio di paradigma che ridisegna l'orizzonte clinico di tale patologia

Marcello Orio

Medico Internista, Diabetologo - Direttore Sanitario Centro Endocrino-Metabolico Cmsò, Salerno

La precedente terminologia era fuorviante per due motivi: suggeriva la presenza di cisti ovariche patologiche e inquadrava la sindrome come una malattia ginecologica dell'ovaio. In realtà il termine Pcos da tempo è motivo di confusione sia per le pazienti che per i medici ed ha storicamente distolto l'attenzione clinica dall'effettiva fisiopatologia della sindrome¹. Il termine Pmos esprime invece la veridicità della patologia stessa: indica una sindrome endocrina e metabolica complessa, il cui motore fisiopatologico centrale è l'insulino-resistenza, presente nell'85% delle pazienti, anche nel 75% delle donne normopeso².

La prevalenza nella popolazione femminile non selezionata è stimata intorno al 6-7%³, con tassi simili sia in Europa che negli Stati Uniti. L'iperinsulinemia compensatoria stimola direttamente le cellule tecali ovariche a produrre androgeni in eccesso, inibisce la sintesi epatica della Shbg (*Sex Hormone-Binding Globulin*) e innesca un circolo vizioso che porta a iperandrogenismo, anovulazione e irregolarità mestruali. Tuttavia l'impatto va ben oltre la sfera riproduttiva: le evidenze documentano la presenza precoce di disfunzione endoteliale, ipertrofia ventricolare sinistra, dislipidemia aterogena e

marcatori di infiammazione cronica di basso grado già in giovani donne con la sindrome^{4,5}, con un rischio fino a quattro volte maggiore di sviluppare diabete tipo 2, obesità viscerale, ipertensione e Malattia epatica steatosica associata a disfunzione metabolica (Masld) e un rischio significativamente aumentato di infarto e ictus prima della menopausa, indipendentemente dal Bmi^{4,5}.

Il ruolo del medico di medicina generale è quindi cruciale: una volta effettuata la diagnosi, la paziente Pmos va valutata sistematicamente dal punto di vista metabolico e cardiovascolare⁶. Glicemia, insulinemia, profilo lipidico, pressione arteriosa e circonferenza addominale non sono esami opzionali sono parte integrante della gestione di tale sindrome. La valutazione delle comorbidità metaboliche deve essere sistematica e il trattamento non può essere ridotto alla sola terapia ormonale sintomatica⁶.

Sul versante terapeutico, il cambio di paradigma è altrettanto netto. La pillola estroprogestinica copre i sintomi senza affrontare la causa. La metformina non rappresenta più la prima scelta metabolica. L'approccio terapeutico che le evidenze supportano oggi è articolato su più livelli.

Gli **inositoli**, in particolare la combinazione Myo-inositolo e D-chiro-

inositolo nel rapporto fisiologico 40:1, agiscono correggendo lo squilibrio epimerico indotto dall'iperinsulinemia a livello ovarico. Studi recenti hanno dimostrato che dopo soli tre mesi di supplementazione si ottengono riduzioni significative di testosterone totale e libero, dell'indice degli androgeni liberi e dell'Homa-Ir, con aumento della Shbg e dell'estradiolo, sia nelle pazienti insulino-resistenti che nelle normoinsulinemiche⁷.

La **dieta chetogenica a basso apporto energetico (Vlekt)** si è dimostrata superiore alla dieta ipocalorica tradizionale nel migliorare l'insulino-resistenza, ridurre il tessuto adiposo viscerale e ripristinare la funzione ovarica in tempi più brevi^{8,9}.

Nella donna con Pmos e obesità, i nuovi **farmaci antiobesità** rappresentano oggi uno strumento terapeutico di grande rilevanza: gli agonisti del recettore Glp-1 come semaglutide migliorano il quadro metabolico, riducono l'iperandrogenismo e normalizzano i cicli mestruali nelle pazienti in cui le sole modifiche dello stile di vita abbiano fallito¹⁰. I doppi agonisti Gip/Glp-1 come tirzepatide, con la loro azione sinergica su peso e insulino-resistenza, rappresentano l'evoluzione naturale di questa classe per il trat-

tamento della sindrome metabolica nella donna obesa¹¹.

Adottare il termine Pmos significa riconoscere una patologia sistemica che richiede una medicina integrata. Il medico di medicina generale è il primo presidio di questa integrazione - il punto in cui la diagnosi precoce, la valutazione del rischio cardiovascolare e la scelta terapeutica corretta possono davvero cambiare il destino clinico della paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Escobar-Morreale HF. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. *Nat Rev Endocrinol.* 2018;14:270-284. DOI: 10.1038/nrendo.2018.24
- Teede HJ et al. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. *The Lancet.* Published online May 12, 2026. DOI: 10.1016/S0140-6736(26)00717-8
- Azziz R, Woods KS, Reyna R, Key TJ, Knochenhauer ES, Yildiz BO. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89(6):2745-2749. DOI: 10.1210/jc.2003-032046
- Orio F Jr, Palomba S, Colao A. Cardiovascular risk in women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2006;86(Suppl 1):S20-S21. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2006.03.003
- Giallauria F, Orio F, Palomba S, Lombardi G, Colao A, Vigorito C. Cardiovascular risk in women with polycystic ovary syndrome. *J Cardiovasc Med.* 2008;9:987-992. DOI: 10.2459/JCM.0b013e32830b58d4
- Orio F, Palomba S. New guidelines for the diagnosis and treatment of Pcos. *Nat Rev Endocrinol.* 2014;10:130-132. DOI: 10.1038/nrendo.2013.248
- Pustotina O, Myers SH, Unfer V, Rasulovala I. The effects of myo-inositol and D-chiro-inositol in a ratio 40:1 on hormonal and metabolic profile in women with Pcos classified as phenotype A. *Gynecol Obstet Invest.* 2024;89:131-139. DOI: 10.1159/000536163
- Barrea L et al. Ketogenic Diet as Medical Prescription in Women with Polycystic Ovary Syndrome (Pcos). *Curr Nutr Rep.* 2023 Mar; 12(1):56-64.
- Gambineri A. et al. Efficacy of very low-calorie ketogenic diet with the Pronokal® method in obese women with polycystic ovary syndrome: a 16-week randomized controlled trial. *Endocr Connect.* 2023 Jun 12;12(7): e220536.
- Goldberg A et al. Anti-obesity pharmacological agents for polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis to inform the 2023 international evidence-based guideline. *Obes Rev.* 2024;25:e13704. DOI: 10.1111/obr.13704
- Jastreboff AM et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med.* 2022; 387(3):205-216. DOI: 10.1056/NEJMoa2206038

BOX CLINICO PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Pmos: cosa cambia nella pratica quotidiana

Il cambio di paradigma

La Pmos non è una malattia dell'ovaio. È una sindrome **endocrina e metabolica** il cui motore è l'insulino-resistenza. Il vecchio nome (Pcos) era fuorviante - il nuovo (Pmos) dice la verità.

Cosa valutare alla diagnosi

Oltre ai criteri standard (oligo-anovulazione, iperandrogenismo, morfologia ovarica/Amh), richiedere sempre:

- Glicemia + insulinemia → Homa-Ir
- Profilo lipidico completo
- Circonferenza addominale
- Tsh → diagnosi differenziale
- HbA1c
- Pressione arteriosa
- Alt/Ast → escludere Masld

Approccio terapeutico aggiornato

| Strumento | Indicazione | Note |
|---------------------------|------------------------|---|
| Inositoli Mi/Dci 40:1 | Prima linea metabolica | Sicuri, efficaci anche a basso dosaggio |
| Stile di vita | Sempre | Dieta + attività fisica aerobica |
| Vlekt | Obesità + Ir severa | Superiore a dieta ipocalorica |
| Semaglutide | Pmos + obesità | Migliora ciclo e iperandrogenismo |
| Tirzepatide | Pmos + obesità severa | Massima efficacia su peso e Ir |
| Pillola estroprogestinica | Solo sintomatica | Non tratta la causa metabolica |

Rischio cardiovascolare - non sottovalutarlo

Le pazienti Pmos presentano, indipendentemente dal Bmi:

x4

Rischio diabete T2

x2,5

Rischio infarto

x1,7

Rischio ictus

Alta

Prevalenza Masld

→ **Stratificazione del rischio Cv obbligatoria a ogni controllo**

Follow-up consigliato

- Controllo metabolico ogni **6 mesi**
- Profilo lipidico **annuale**
- Oggt ogni **1-2 anni** se fattori di rischio presenti

→ **Invio allo specialista endocrinologo/diabetologo se Homa-Ir >2,5 o obesità**

Orio M. - Da Pcos a Pmos: un cambio di paradigma che cambia la medicina