



Addio sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), benvenuta PMOS.

Data 04 ottobre 2026
Categoria ginecologia

Cosa cambia nella pratica clinica dopo che è stato proposto di abbandonare la dizione di PCOS?

Un consenso globale, formalizzato durante l'ultimo Congresso Europeo di Endocrinologia e pubblicato su The Lancet, ha proposto di cambiare nome alla Sindrome dell'Ovaio Policistico (PCOS). La nuova denominazione scientifica è PMOS: Sindrome Ovarica Poliendocrina Metabolica (Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome = PMOS). Non è una pura questione semantica ma una svolta cruciale per l'approccio diagnostico e terapeutico.

I limiti del vecchio acronimo

Il termine "PCOS", coniato in un'era dominata dalla diagnostica ecografica morfologica, generava tre grandi criticità:

- Diagnosi errata ed eco-centrismo: Molte pazienti ricevevano una diagnosi errata basata solo su un'ecografia che mostrava la presenza di "cisti" (in realtà semplici piccoli follicoli antrali immaturi) mentre altre, affette dalla sindrome, venivano escluse solo perché non avevano l'aspetto ovarico "a collana di perle" all'ecografia pelvica.
- Stigmatizzazione riproduttiva: Il focus esclusivo sull'ovaio portava le pazienti (e spesso i clinici) a considerare la patologia unicamente in funzione della fertilità, trascurando la gestione a lungo termine degli altri aspetti metabolici.
- Frammentazione delle cure: La gestione veniva delegata quasi interamente al ginecologo, ritardando l'intervento sul vero motore della patologia, cioè il quadro metabolico ed endocrino sistemico.

Cosa significa il nuovo acronimo?

L'acronimo PMOS ridefinisce le priorità cliniche della patologia, che colpisce ben 1 donna su 8 in età fertile:

- P (Polyendocrine): Allarga l'orizzonte oltre gli ormoni sessuali. Ricorda al clinico l'insieme di disfunzioni che include l'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio, l'iperandrogenismo (surrenalico e ovarico) e le alterazioni dell'ormone antimülleriano (AMH = biomcatore sempre più studiato nella sindrome).
- M (Metabolic): L'insulino-resistenza rappresenta uno dei principali meccanismi patogenetici e uno dei determinanti più importanti del rischio metabolico nella maggior parte delle pazienti. Questo parametro guida lo screening del rischio cardiovascolare, della dislipidemia, della NAFLD/MASLD e del diabete di tipo 2, delle apnee del sonno.
- OS (Ovarian Syndrome): Mantiene il focus sull'organo bersaglio periferico, giustificando la presentazione clinica classica (oligomenorrea/amenorrea, anovulazione cronica e sub-fertilità).

Cosa fare in pratica

La gestione clinica quotidiana si dovrà orientare su queste direttive:

1. Ricalibrare la comunicazione con la paziente

È nostro compito rassicurare le pazienti già diagnosticate: i criteri clinici non sono stati aboliti, ma ricontestualizzati. Spiegare che lo spostamento verso il termine PMOS serve a validare sintomi non ginecologici spesso frustranti per la donna (es. fatica cronica, difficoltà nel controllo del peso, acantosi nigricans). La sindrome è inoltre associata a un aumento della prevalenza di ansia, depressione e riduzione della qualità di vita, aspetti che meritano un riconoscimento e una gestione dedicati.

2. Monitoraggio metabolico proattivo

Non limitarsi alla richiesta di ecografie pelviche seriate, ma impostare un follow-up rigoroso che includa: valutazione periodica del profilo glicemico (HbA1c, curva da carico orale di glucosio ove indicato) e assetto lipidico, monitoraggio della pressione arteriosa e della circonferenza vita.

3. Approccio terapeutico multidisciplinare e centralità dello stile di vita

L'intervento sullo stile di vita (nutrizione clinica per il controllo del carico glicemico e attività fisica strutturata) si conferma l'alleato di prima linea per agire sulla componente M (Metabolica) della sindrome. La terapia farmacologica (estrogeno-progestinici combinati, antiandrogeni o insulino-sensibilizzanti come la metformina) va personalizzata non più solo in base al desiderio di prole, ma al fenotipo metabolico generale della paziente.



Un aspetto molto importante da comunicare alla paziente è che, nonostante il nome fuorviante, la PCOS non comporta un rischio maggiore di cisti ovariche patologiche. Molte pazienti e talora anche i medici presumono, comprensibilmente, che le grandi cisti ovariche siano una caratteristica della PCOS. In realtà il termine "policistico" si riferisce alla presenza, all'esame ecografico, di piccoli follicoli antrali e non alle grandi cisti ovariche rivestite da epitelio, che possono essere dolorose o rompersi. Come ha evidenziato un recente studio osservazionale le pazienti con PCOS non sono a maggior rischio di sviluppare cisti ovariche rispetto alle donne senza PCOS. Cisti ovariche benigne sono state dimostrate essere egualmente frequenti nelle donne con PCOS che senza PCOS. Attività ovulatoria è presente anche nelle donne con PCOS: infatti cisti del corpo luteo sono state riscontrate nel 27% delle donne con diagnosi di PCOS e nel 37% delle donne senza questa diagnosi.

Conclusioni

La nuova denominazione ci aiuterà a focalizzare la nostra attenzione (e quella della paziente) più sulle conseguenze metaboliche e riproduttive piuttosto che preoccuparsi della presenza di "policisti" evidenziate con l'esame ecografico. In particolare una donna con cicli irregolari, sub-fertilità, acne o irsutismo, aumento del grasso addominale, difficoltà a perdere peso, trigliceridi elevati o familiarità per diabete, merita una valutazione endocrinologica anche se l'ecografia ovarica non è particolarmente suggestiva.

Ma quali esami chiedere se sospettiamo una PCOS/PMOS? Per l'aspetto endocrinologico e ginecologico: Testosterone totale e libero, SHBG, DHEAS, Androstenedione, LH e FSH, Prolattina, TSH, 17-OH progesterone per escludere forme non classiche di iperplasia surrenalica congenita, Ecografia ovarica. Per la componente metabolica: Glicemia, Insulina, HbA1c, OGTT (se indicato), Profilo lipidico completo, Transaminasi (per valutare possibile steatosi epatica), valutazione del rischio cardiovascolare.

Renato Rossi

Bibliografia

1. Teede HJ, Khomami MB, Morman R, Laven JSE, Joham AE, Costello MF, Patil M, Rees DA, Berry L, Cree MG, Zhao H, Norman RJ, Dokras A, Piltonen T; Global Name Change Consortium. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. *Lancet*. 2026 Jun 6;407(10545):2329-2339. doi: 10.1016/S0140-6736(26)00717-8. Epub 2026 May 12. PMID: 42119588.
2. Piltonen TT, et al. Ovarian cysts in polycystic ovary syndrome. *JAMA Intern Med* 2026 May 11; DOI: 10.1001/jamainternmed.2026.1370.