

Capo-Redattori: Vincenzo Di Donna & Cecilia Motta

Redattori: Elena Castellano, Carmela Coccaro, Pina Lardo, Barbara Pirali, Alessandro Prete, Soraya Puglisi, Laura Rizza, Chiara Sabbadin, Benedetta Zampetti

Coordinatore

Vincenzo Toscano

Editors

Marco Caputo & Renato Cozzi

IN OCCASIONE DEL MESE DELLA PCOS

L'editoriale pubblicato a inizio mese su *Lancet Diabetes Endocrinology* (1) ci ricorda che settembre non è solo il mese della fine delle ferie e dei rientri a scuola, ma è anche il **mese della sindrome dell'ovaio policistico (PCOS)**. La PCOS è la più frequente malattia endocrino-ginecologica che interessa le donne in età fertile, con una **prevalenza** che, utilizzando i criteri di Rotterdam (2), arriva **fino al 20%**.

La **diagnosi**, secondo tali criteri, è posta sulla copresenza di almeno due delle seguenti caratteristiche, previa esclusione di altre patologie interferenti: cicli oligo-anovulatori, segni biochimici/clinici di iperandrogenismo e tipico quadro morfologico di ovaio micropolicistico. La patologia, pertanto, si può manifestare da subito in epoca post-puberale con le tipiche alterazioni della regolarità mestruale, che accomunano indipendentemente molte ragazze adolescenti, ma anche con segni importanti e spesso ingravescenti di iperandrogenismo, prevalentemente irsutismo, acne, cute seborroica e alopecia. Con gli anni tali problemi possono persistere, ma diventare di minor interesse per la paziente, ormai diventata donna, rispetto a quelli relativi alla sfera riproduttiva. Ecco che, pertanto, **la PCOS accompagna la donna nelle diverse fasi della sua vita con differenti manifestazioni cliniche**, che richiedono ognuna l'attenzione e le cure mirate del medico. Tale scenario è reso ancora più complesso da uno spettro di **comorbidità frequentemente associate** alla PCOS, come ad esempio insulino-resistenza, diabete, obesità, ipertensione arteriosa, dislipidemia, epato-steatosi, sindrome delle apnee notturne, depressione e carcinoma dell'endometrio. Tali comorbidità vanno precocemente indagate e corrette, in quanto predispongono tali pazienti a elevato rischio metabolico e cardio-vascolare a medio e lungo termine. Nonostante l'impatto epidemiologico e socio-sanitario di tale patologia, attualmente sono pochissime le **terapie** approvate per la PCOS: ad esempio, i farmaci anti-androgeni e insulino-sensibilizzanti comunemente usati sono prescritti "off-label". In particolare, la **metformina** è sicuramente il farmaco da sempre più usato e studiato nella PCOS, intervenendo sull'insulino-resistenza che gioca un ruolo eziopatogenetico fondamentale nella sindrome. Numerosi studi hanno dimostrato come la metformina migliori non solo molteplici aspetti metabolici, ma anche la funzione ovarica nella PCOS, venendo pertanto suggerita anche dalle più recenti linee guida dell'*Endocrine Society* (3) nella correzione delle irregolarità mestruali come terapia di seconda linea (dopo la pillola estro-progestinica). Inoltre, studi recenti suggeriscono un ruolo terapeutico della metformina anche nelle donne con PCOS **in gravidanza**, riducendo il rischio di aborto e parto pre-termine (4). Tuttavia, gli studi sulla metformina in gravidanza sono ancora limitati e necessitano di un'attenta valutazione dei possibili effetti a lungo termine sulla madre e sul bambino: ad esempio, alcune evidenze recenti mostrano come, a 5 e 10 anni, il BMI di bambini nati da madri che in gravidanza hanno assunto metformina sia maggiore rispetto a quello di bambini non esposti (5). Infine, studi crescenti sull'uso delle **incretine** anche nella PCOS permetteranno di migliorare sia le conoscenze sui meccanismi fisiopatologici alla base della sindrome, sia le possibili alternative terapeutiche e gli esiti di cura (6).

Data l'eterogeneità delle manifestazioni cliniche e le molteplici comorbidità spesso già presenti al momento della diagnosi di PCOS, è fondamentale continuare a **sensibilizzare i medici che potrebbero più facilmente venire a contatto** con tali pazienti. I **pediatri** per primi possono individuare le bambine a maggior rischio di sviluppo di PCOS (per esempio per basso peso alla nascita, pubarca anticipato o prematuro, ipertricosi pre-puberale, obesità infantile) e possono promuovere un adeguato stile di vita, con particolare attenzione alla dieta, all'attività fisica aerobica e al mantenimento di un normale peso corporeo. Altrettanto importanti sono **medici di base, ginecologi, dermatologi** e gli stessi **endocrinologi**, che devono essere in grado di diagnosticare correttamente la sindrome, escludendo altre patologie interferenti, più rare ma a volte anche più gravi, e intervenire adeguatamente, tenendo conto sia delle richieste della paziente sia del trattamento degli altri aspetti che potrebbero influire sul rischio globale a medio e lungo termine.



Chiara Sabbadin (chiarasabbadin.85@gmail.com) & Cecilia Motta

¹Unità di Endocrinologia, Dipartimento di Medicina, Università di Padova

²Medicina Specialistica Endocrino-Metabolica, AOU Sant'Andrea, Roma

Bibliografia

1. The Lancet Diabetes Endocrinology. Empowering women with PCOS. Lancet Diabetes Endocrinol [2019, 7: 737](#).
2. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. Fertil Steril [2004, 81: 19-25](#).
3. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, et al; Endocrine Society. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab [2013, 98: 4565-92](#).
4. Løvvik TS, Carlsen SM, Salvesen Ø, et al. Use of metformin to treat pregnant women with polycystic ovary syndrome (PregMet2): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol [2019, 7: 256-66](#).
5. Hanem LGE, Salvesen Ø, Juliusson PB, et al. Intrauterine metformin exposure and offspring cardiometabolic risk factors (PedMet study): a 5-10 year follow-up of the PregMet randomised controlled trial. Lancet Child Adolesc Health [2019, 3: 166-74](#).
6. Liu X, Zhang Y, Zheng SY, et al. Efficacy of exenatide on weight loss, metabolic parameters and pregnancy in overweight/obese polycystic ovary syndrome. Clin Endocrinol (Oxf) [2017, 87: 767-74](#).