

# Polycystisk ovariesyndrom – de diagnostiske kriterier i den kliniske håndtering

Diagnosen af polycystisk ovarie-syndrom (PCOS) er en »mindst to ud af tre-diagnose«. Hvis kvinden opfylder mindst to af tre kriterier (oligoovulation, hyperandrogenisme og polycystiske ovarier set ved ultralydskanning), og anden endokrinologisk sygdom er udelukket, har kvinden definitivt PCOS [1]. Definitionen giver fire kombinationer af kriterierne: enten alle tre på én gang eller to kriterier i tre kombinationer, dvs. fire fænotyper i alt. Fænotyperne giver en opsplitning i relevante undergrupper og kan bruges i forbindelse med både forskning og opfølgning af tilstanden, hvor fænotyper med oligoovulation, hyperandrogenisme og overvægt medfører den højeste risiko for langtidsfølger. I dette nummer af Ugeskrift for Læger [2] gennemgås de seneste års justeringer af de diagnostiske PCOS-kriterier, der berører det gynækologiske område [3]. I tråd med udviklingen af den ultrasoniske teknologi er ultralydkriteriet justeret fra fund af tidligere 12 til nu 20 antrale follikler under ovariekapslen ved todimensional skanning. I den danske kliniske retningslinje for diagnostisk og risikovurdering af PCOS [3] anbefales det desuden at undlade ultralydskanning, hvis kvinden er under 18 år gammel. Dette budskab er blevet skærpet yderligere i den nyligt publicerede internationale evidensbaserede guideline for diagnostik, udredning og behandling af PCOS [4]. Her anbefales ultralydskanning som led i udredning af mulig PCOS tidligst at indgå otte år efter menarken [4]. Desuden anbefales det nu generelt, at man undlader at stille PCOS-diagnosen i adolescensen pga. risikoen for at forveksle fysiologisk blødningsforstyrrelse og pubertetsbetingede hudproblemer med PCOS [3, 4]. Justeringerne af de diagnostiske kriterier minimerer risikoen for overdiagnostik af unge kvinder. Der er således meget, der taler for at vente med udredning af PCOS til kvinden er først i 20'erne, medmindre der er klinisk mistanke om anden differentialdiagnostisk sygdom, der kræver udredning på et tidligere tidspunkt, f.eks. svær hyperandrogenisme eller primær amenorré. Ved udredningen vil en systematisk anamnese sammen med resultaterne af en standardiseret blodprøvepakke [1] sikre korrekt diagnostik. Hvis anamnese og blodprøvesvar er entydige (anovulation og hyperandrogenisme), er ultralydskanning ift. PCOS-diagnosen overflødig: Kvinden har to af tre kriterier opfyldt, og diagnosen er hermed stillet uanset det ultrasoniske fund. Efter diagnosetidspunktet er det kvindens aktuelle behandlingsbehov, der er omdrejningspunktet: Den basale behandling med livsstil-korrektion ved inaktivitet og overvægt (kostændring,

motion) samt behandling med p-piller eller metformin kan i vid udstrækning varetages hos egen læge med mulighed for henvisning til en speciallæge ved behov. I nogle regioner findes der fælles PCOS-klinikker, hvor patienterne udredes og behandles af gynækolog og endokrinolog i fællesskab. Præmenopausale kvinder med mild til moderat hyperandrogenisme, blødningsforstyrrelse eller andre gynækologiske symptomer, der kræver speciallægevurdering, og/eller infertilitet henvises til en gynækolog eller en PCOS-klinik. I [2] berøres kriteriet hyperandrogenisme ikke. Imidlertid har Dansk Endokrinologisk Selskab netop udgivet en national behandlingsvejledning om udredning og behandling af hirsutisme. Vejledningen indeholder operationelle retningslinjer for henvisningspraksis for kvinder med hirsutisme [5]. Præmenopausale kvinder, som har svær hirsutisme og virilisering, og/eller hos hvem der er mistanke om endokrin sygdom henvises til endokrinologisk vurdering [5]. Hyperandrogenisme med vedvarende forhøjet totaltestosteronniveau svarende til to gange det øvre referenceinterval kræver ligeledes endokrinologisk vurdering [3]. Diagnosen idiopatisk hirsutisme og postmenopausal fysiologisk hirsutisme (med normalt total testosteron-niveau) kan stilles hos egen læge, som ved behov kan henvise direkte til dermatologisk behandling dvs. uden forudgående endokrinologisk vurdering [5]. Mild til moderat hirsutisme som led i PCOS kræver således ikke specifik endokrinologisk vurdering [5].

PCOS er en tilstand, der hyppigt kan udredes og behandles hos egen læge. Tilstanden bliver ofte kompleks, fordi det fænotypiske udtryk og behov for behandling og opfølgning varierer og ofte ændrer sig over tid. Et godt samspil med egen læge som tovholder og relevante speciallæger i assistance er centralt for at sikre en optimal diagnosticering og behandling af kvinder, der har PCOS.

## LITTERATUR

1. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. Polycystisk Ovariesyndrom (PCOS), 2015. [https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/55aff640e4b0a5f3c55960ef/1437595200099/PCOS\\_rev2015+final.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/55aff640e4b0a5f3c55960ef/1437595200099/PCOS_rev2015+final.pdf) (22. mar 2019).
2. Lauritsen MP, Svendsen PF, Andersen AN. Diagnostiske kriterier for polycystisk ovariesyndrom. Ugeskr Læger 2019;181:V12180845.
3. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for polycystisk ovariesyndrom – diagnostik og risikovurdering, 2014. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014//media/91718685807C47F6B3343B28EF63DCC9A.ashx> (22. mar 2019).
4. Neven ACH, Laven J, Teede HJ et al. A summary on polycystic ovary syndrome: diagnostic criteria, prevalence, clinical manifestations, and management according to the latest international guidelines. Semin Reprod Med 2018;36:5-12.
5. Dansk Endokrinologisk Selskab. NBV: hirsutisme, 2018. [www.endocrinology.dk/index.php/5-gonadelidelser/2-hirsutisme](http://www.endocrinology.dk/index.php/5-gonadelidelser/2-hirsutisme) (22. mar 2019).

## LEDER

Pernille Ravn

Ugeskr Læger  
2019;181:V70500

## KORRESPONDANCE:

Pernille Ravn, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Odense Universitetshospital. E-mail: [pernille.ravn@rsyd.dk](mailto:pernille.ravn@rsyd.dk)

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk