



National klinisk retningslinje for polycystisk ovariesyndrom – diagnostik og risikovurdering

Quick guide

Det er god praksis at undlade rutinemæssig ultralydsskanning af yngre kvinder under 18 år med oligo-/amenoré for at opspore PCOS.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Arbejdsgruppen vurderer, at systematisk udredning for PCOS først er hensigtsmæssig 2 år efter menarchen. Ved rutinemæssig brug af UL af ovarier hos yngre kvinder under 18 år er der risiko for overdiagnostik.

Ved primær amenoré eller afvigende pubertetsudvikling foretages udredning i henhold til specifikke retningslinjer for disse tilstande. Dette gælder også ved mistanke om anatomiske deformiteter/anomalier, polyp, graviditet eller tumor.

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at pausere p-piller alene med henblik på at stille diagnosen PCOS. Tidlig diagnostik synes ikke at have betydning for kvindernes prognose med hensyn til fertilitet og risiko for udvikling af kardiovaskulær sygdom.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

PCOS er en udelukkelsesdiagnose, hvor andre årsager til patientens symptomer skal udelukkes, før diagnosen kan stilles. Dette kan være mistanke om thyreoidealidelse, prolaktinom, ovarie- eller binyrebarktumor. Ved kraftig hirsutisme bør androgenproducerende tumor udelukkes. I disse tilfælde bør kvinden udredes på trods af aktuel p-pillebehandling.

Er en kvinde på eget initiativ ophørt med brug af p-piller og ønsker udredning for PCOS, kan udredning gennemføres. Hvis kvinden inden ophør af p-piller rådfører sig med egen læge herom, er det arbejdsgruppens vurdering, at det er god praksis at fraråde ophør med henvisning til de risici, der kan være forbundet hermed.

Hvis seponering af p-piller alligevel vælges, bør p-pille pausen være af mindst 3 måneders varighed før blodprøvetagning.



Det er god praksis at henvise til endokrinologisk udredning ved vedvarende hyperprolaktinæmi, uanset graden. Hyperprolaktinæmi kan ikke tilskrives tilstanden PCOS.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Prolaktin bør måles hos kvinder under udredning for PCOS. Koncentration af prolaktin øges under stress og søvn. Det er derfor vigtigt, at blodprøven tages mindst 2 timer efter opvågning, uden forudgående stress og efter stabil nattesøvn.

Målemetode, måleenheder og referenceintervaller kan variere afhængigt af det anvendte laboratorium, hvorfor klinikerens må være opmærksom på dette.

Makroprolaktin udgøres af højmolekylære komplekser af prolaktin med lille eller ingen biologisk aktivitet.

Makroprolaktin kan derfor medføre falsk forhøjet prolaktin.

Makroprolaktinæmi bør udelukkes, så det sikres, at der er tale om reelt forhøjet prolaktin. Afhængigt af lokale laboratorieforhold foregår fortolkningen af dette i endokrinologisk regi. I et tilfældigt udvalg af blodprøver, hvor man finder forhøjet prolaktin, skyldes det makroprolaktin i 25 % af tilfældene.

Der kan også være farmakologiske årsager til hyperprolaktinæmi, som eksempelvis psykofarmaka og antiemetika.

Henvis til endokrinologisk udredning på mistanke om non-klassisk adrenal hyperplasi (NACH) ved vedvarende forhøjet serum 17-hydroxyprogesteron.

Stærk anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

17-OHP bør måles hos kvinder under udredning for PCOS. Måleenheder og referenceintervaller kan variere afhængigt af det anvendte laboratorium.

Niveauet af 17-OHP er svingende gennem menstruationscyklus. Prøven bør om muligt tages i follikulær fase. Øvre normalgrænse for 17-OHP i lutealfase er ved mange assays 12 nmol/l. Hos kvinder med uregelmæssig cyklus vil det ofte være vanskeligt at sikre et korrekt prøvetagningstidspunkt for 17-OHP. Det forventes derfor, at en del kvinder med PCOS kan have let forhøjede værdier af 17-OHP, uden at NCAH kan bekræftes ved ACTH test og gen-test.

Prævalens af NCAH er varierende og afhænger af etnicitet og geografi. NCAH er særligt hyppigt forekommende blandt kvinder fra middelhavslandene og Sydeuropa. Det betyder, at man for disse patienter bør overveje henvisning ved lavere værdier af 17-OHP.



Det er god praksis at henvise til endokrinologisk eller gynækologisk udredning for androgenproducerende tumor i ovarie eller binyre eller enzymdefekt ved vedvarende forhøjet total testosteron svarende til to gange øvre referenceinterval. Dette gælder også ved pludseligt indsættende eller hastigt progredierende androgene symptomer.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

S-testosteron bør måles hos kvinder under udredning for PCOS. Måleenheder og referenceintervaller kan variere afhængigt af det anvendte laboratorium.

Ved forhøjet total testosteron gentages blodprøven. Om muligt måles testosteron om formiddagen i follikulærfasen af menstruationscyklus, da niveauet varierer gennem cyklus. Ved amenoré eller bestyrket klinisk mistanke om androgenproducerende tumor, hvor hurtig diagnostik er vigtig, tages prøven på et vilkårligt tidspunkt.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at en lille andel af kvinderne ikke har typiske endokrine symptomer og/eller væsentlig forhøjelse af androgener. Hvis der er bestyrket klinisk og/eller biokemisk mistanke om androgenproducerende tumor, skal patienten henvises umiddelbart.

Ved måling af androgener er det væsentligt at være opmærksom på, om en evt. forhøjet koncentration af frit s-testosteron kan være forårsaget af lavt niveau af kønshormonbindende globulin (SHBG). Ved PCOS betragtes en lav koncentration af SHBG ofte som udtryk for insulinresistens. Desuden er det vigtigt at anvende den korrekte målemetode til måling af testosteron. Søjlekromatografi efterfulgt af tandem massespektrometri betragtes som guldstandard. I nogle laboratorier anvendes assays til måling af androgener, hvorved flere steroidhormoner fejlagtigt måles samtidigt, hvilket medfører en overestimering af testosteronniveauet.

Det er god praksis at undlade at udføre systematisk tidlig opsporing af kardiovaskulær sygdom ved hjælp af gentaget blodtryksmåling blandt præmenopausale kvinder med PCOS uden risikofaktorer for kardiovaskulær sygdom.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Arbejdsgruppen har vurderet, at PCOS ikke bør medføre systematisk tidlig opsporing af kardiovaskulær sygdom. Ved forekomst af risikofaktorer for kardiovaskulær sygdom skal kvinder med PCOS, i lighed med kvinder uden PCOS, følges i henhold til gældende retningslinjer.



Det er god praksis at undlade at udføre systematisk tidlig opsporing af dyslipidæmi ved hjælp af gentaget lipidmåling blandt præmenopausale kvinder med PCOS uden risikofaktorer for kardiovaskulær sygdom.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Arbejdsgruppen har vurderet, at PCOS alene ikke bør medføre tilbud om systematisk tidlig opsporing af kardiovaskulær sygdom. Ved forekomst af risikofaktorer for kardiovaskulær sygdom skal kvinder med PCOS, i lighed med kvinder uden PCOS, følges i henhold til gældende retningslinjer.

Det er god praksis at tilbyde præmenopausale kvinder med PCOS systematisk tidlig opsporing af Type 2 Diabetes Mellitus.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Opsporingen foreslås påbegyndt, når diagnosen PCOS stilles, og herefter gentaget med 3 års intervaller. Opsporing af Type 2 Diabetes Mellitus foretages ved måling af HbA1c > 48mmol/mol (6.5 %).

Når diagnosen Type 2 Diabetes Mellitus er stillet hos en kvinde med PCOS, skal vedkommende følges i henhold til retningslinjer gældende for andre patienter med erkendt Type 2 Diabetes Mellitus.

Ved mistanke om Type 2 Diabetes Mellitus kan patienten screenes med HbA1c uanset evt. behandling med p-piller.

Ved tilstedeværelsen af andre risikofaktorer for Type 2 Diabetes Mellitus foretages opsporing gentaget med hyppigere intervaller og i overensstemmelse med retningslinjer for disse.



Det er god praksis at tilbyde postmenopausale kvinder med tidligere diagnosticeret PCOS systematisk tidlig opsporing af Type 2 Diabetes Mellitus.

Denne anbefaling er en udvidelse af anbefalingen til det fokuserede spørgsmål 5. Arbejdsgruppen foreslår det samme opsporingsprogram for postmenopausale kvinder med tidligere diagnosticeret PCOS som hos præmenopausale kvinder med PCOS, da risikoen for Type 2 Diabetes Mellitus øges med stigende alder.

Det er god praksis at undlade rutinemæssig systematisk tidlig opsporing af kardiovaskulære risikofaktorer som hypertension og dyslipidæmi hos postmenopausale kvinder med tidligere diagnosticeret PCOS, som ikke har kendte risikofaktorer for kardiovaskulær sygdom.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Målemetoderne er beskrevet i de fokuserede spørgsmål 6, 7 og 8. Anbefalingen omhandler således ikke den basale udredning, herunder afklaring af risikofaktorer, som vil finde sted indledningsvist.



Om quick guiden

Quick guiden indeholder de centrale anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje for polycystisk ovariesyndrom – diagnostik og risikovurdering.

Retningslinjen er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Fokus for den nationale kliniske retningslinje er inden for emnerne diagnostik og risikovurdering af kvinder med polycystisk ovariesyndrom.

Den nationale kliniske retningslinje indeholder anbefalinger for udvalgte dele af området, og kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med øvrige retningslinjer, vejledninger, forløbsbeskrivelser mv. på området.

Yderligere information fra Sundhedsstyrelsen

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk) kan man tilgå den fulde version af den nationale kliniske retningslinje inklusiv en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens for anbefalingerne.

Om de nationale kliniske retningslinjer

Denne nationale kliniske retningslinje er en af de nationale kliniske retningslinjer (NKR), der blev udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2016. I perioden 2017-2020 er de nationale kliniske retningslinjer blevet vurderet for behov for opdatering.

Uddybende materiale om emnevalg, metode og proces ligger på www.sst.dk