PCOS och hyperandrogena tillstånd

Hitta i dokumentet

Bakgrund
Definitioner
Utredning
Provtagning
Behandling
Uppföljning
Referenser
Uppdaterat från föregående version

Bakgrund

Vid hyperandrogena tillstånd förekommer olika grad och kombinationer av hirsutism, oligo-/amenorré, anovulation och adipositas. PCOS är den vanligaste diagnosen. Andra orsaker till hyperandrogena tillstånd är hereditet (15 %), 21-hydroxylasbrist (3 %), läkemedel (vanligen antiepileptika), Cushing etc. Virilisering ses vid hormonproducerande ovarialtumör (arrhenoblastom) och vid binjuresjukdom.

Definitioner

PCOS anses vara orsakat av en blandning av genetisk predisposition och livsstilsfaktorer (i första hand övervikt). Insulinresistens och hyperandrogenism anses vara de viktigaste bakomliggande mekanismerna. PCO-syndrom (PCOS) definieras som ett syndrom där oligo-/anovulation, klinisk eller biokemisk hyperandrogenism och polycystiska ovarier förekommer. Två av dessa kriterier krävs för att ställa diagnosen. Uppskattad prevalens är ca 10 % av alla kvinnor. Syndromet har ett brett spektrum av olika svårighetsgrader.
Hirsutism: Ökad behåring av manlig typ.
Virilism: Hirsutism samt håravfall, röstpåverkan, ökad muskelmassa, bröstatrofi, klitorishypertrofi, akne, amenorré.
Hypertrikos: Allmänt ökad behåring. Ej androgenberoende. Genetiska faktorer.

Utredning

För att ställa diagnosen PCOS utgår man från Rotterdamkriterierna, där minst två av tre kriterier ska vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas. De tre kriterierna är:

- Polycystiska ovarier på ultraljud (se nedan) alt förhöjt AMH
- Oligomenorré (>35 dgr cykel) eller amenorré
- Hyperandrogenism (klinisk eller kemisk, se nedan)

Klinisk undersökning inklusive gynekologisk undersökning, vaginalt ultraljud med bedömning av ovarier och endometrium. Polycystiska ovarier definieras som förekomst av minst ett ovarium med 20 eller fler folliklar mätande 2 - 9 mm. Typisk PCOS behöver ej labmässigt verifieras.

Någon exakt gräns för vilken AMH-nivå som är förenligt med PCOS, är inte fastslaget. I viss litteratur har man föreslagit AMH >3,1 ng/mL som gräns.

Provtagning

Anamnes: Kartlägg den kliniska problematiken och kardiovaskulära riskfaktorer.

Status: BMI, blodtryck, gradera hyperandrogenism (man kan använda Ferriman-Gallwey (score för standardiserad skattning), gynekologisk undersökning inklusive ultraljud. Observera att ultraljud inte ska användas som grund för PCOS-diagnos förrän minst 8 år efter menarke, eftersom de yngre kvinnorna har naturligt fler folliklar utan klinisk korrelation till PCOS-sjukdomsbilden.

Lab: Prover som kan bli aktuella är FSH (prematur ovariell insufficiens), LH (förhöjd LH/FSH-kvot >2 stärker diagnosen), U-hCG (graviditet), S-testosteron (>6 nmol/L kraftigt förhöjt, överväg vidare utredning avseende tumör), SHBG/testosteronkvot (<0.05 normalt, 0.05-0.5 mild hyperandrogenism,>0.5 grav hyperandrogenism. OBS! Testosteron >5–6 nmol/l => androgenproducerande tumör ska misstänkas!) I utvalda fall även AMH, prolaktin (hyperprolaktinemi), TSH/T4 (hypo-/hypertyreos).

17-OH-progesteron (icke-klassisk kongenital adrenal hyperplasi), glukos/HbA1c (samsjuklighet med diabetes). Provtagningsbehovet får värderas i det individuella fallet och beroende på vilka differentialdiagnoser som är aktuella.

Övrigt: Kraftigt hyperandrogena avvikelser som till exempel klitorishypertrofi, eller annan klinisk bild som inger misstanke om mer avancerad bakomliggande sjukdom som till exempelandrogenproducerande tumör, hyperkortisolism, kongenital adrenal hyperplasi med mera motiverar remiss till endokrinolog.

Behandling

PCOS utan aktuell barnönskan:
1) Viktreduktion vid övervikt, ökad fysisk aktivitet. Angående Metformin har omfattande studier inte visat några övertygande positiva resultat för behandling av PCOS, ändå finns en bred klinisk erfarenhet över stora delar av världen av off label förskrivning. Väljer man att behandla med Metformin är förslaget i litteraturen att börja med låg dos 500 mg x 1 och höja med några veckors mellanrum.
Några rekommendationer för underhållsdos vid PCOS finns inte.

2) Blödningsrubbning: Kombinerat p-piller eller gestagen. Det saknas evidens för att Diane skulle vara bättre än något annat kombinerat p-piller. Kombinerade p-piller och metformin kan ha positiva effekter på frekvens och regelbundenhet av menstruation. För GLP-1-analoger och antiandrogena läkemedel är underlaget otillräckligt för att bedöma effekten på menstruation. En eventuell övervikt behöver tas i beaktan som relativ kontraindikation för behandling med kombinerat p-piller utifrån risken för venös tromboembolism. Det är önskvärt för PCOS-patienterna att menstruera ibland för att skydda mot deras ökade risk för endometriecancer, men det finns ingen evidens för hur frekventa blödningar som krävs för att minska den risken.

3) Hirsutism: P-piller (i första hand preparat med så låg androgen påverkan som möjligt till exempel innehållande zyproteronacetat, drospirenon, dienogest, desogestrel). Kombinerade p-piller som innehåller cyproteronacetat kan ha en något större effekt på hirsutism jämfört med vanliga kombinerade p-piller. Vid uttalad hirsutism kan också Spironolakton provas.

Spironolakton ges i dos 50–200 mg/dag. Beakta kontraindikationer: hypotension, hyperkalemi. Kan kombineras med p-piller. S-K ska kontrolleras efter 3 veckor samt därefter var 6:e månad. Graviditet är kontraindicerad under behandling med Spironolakton. Observera att kombinationen Drospirenon och Spironolakton bör undvikas, då båda dessa läkemedel har en kaliumsparande effekt och kombinationen utgör en risk för hyperkalemi. Angående Finasterid finns en visad effekt mot hirsutism, dock bör noteras att en eventuell förskrivning är off label och att läkemedlet är teratogent med förväntade missbildningar i manliga genitalia vid exponering i tidig graviditet. Observera att det rent generellt rekommenderas återhållsamhet avseende insättning av mediciner om patienten planerar att bli gravid, eftersom studier saknas avseende fosterpåverkan. Vid besvärlig och aktiv akne kan hudkonsult vara av värde. Oavsett strategi kan systemisk behandling av hirsutism utvärderas tidigast efter 6 månader och full effekt ses oftast efter mer än 12 månaders behandling.

Observera att viktnedgång är en viktig del av behandlingen vid hirsutism hos patienter med PCOS, då viktnedgång i sig ger minskad hirsutism hos dessa patienter

I Halland finns möjlighet att få bidrag för epilering (hårborttagning) genom regionens handikappenhet. Bidraget utgår med hälften av kostnaden, är maximerat till 6 000 kr per år. Bidrag ges med ett år i taget. Ansökan måste ske innan behandlingen ges (behandlingen kan ha påbörjats men bidrag ges inte retroaktivt). I patientens ansökan skall det finnas info om vilken salong hon kommer att gå till, hur många behandlingar som sannolikt kommer att behövas samt vad varje behandling kostar. Läkaren skriver ett intyg med bedömning av behovet av epilering. Av läkarintyget ska framgå att hon har diagnosen PCOS och att den hormonella behandlingen är otillräcklig mot hennes oönskade hårväxt. Båda skrivelserna skickas till: Handikappkonsulenten (Yvonne Danielsson), Kommunikationscentrum, Hallandssjukhuset Halmstad.

Eventuell kosmetisk, laser eller nålepilering utöver ansiktet, får patienten själv bekosta.

PCOS vid aktuell barnönskan:
1) Viktreduktion (kan medföra regelbundna ovulationer)

2) Vid PCOS och anovulation är förstahandsbehandlingen ovulationsstimulering med Letrozol, eventuellt efter gestagenkur för att framkalla bortfallsblödning. Var god se vårdriktlinje Infertilitet - behandling efter utredning. IVF-behandling är möjligt på sedvanliga indikationer om paret uppfyller kriterierna.

PCOS är förenad med ökad risk för typ 2-diabetes, hypertoni och hjärtkärlsjukdom. Patienter med BMI >27 kg/m2 eller med riskfaktorer för typ 2-diabetes och hjärtkärlsjukdom skall kontakta sin VC för kontroll.

Uppföljning

Gynekologimottagning: Individanpassad uppföljning beroende på kvinnans besvär. PCOS-diagnosen i sig är inte gynekologiskt uppföljningskrävande om man är besvärsfri, däremot bör kvinnan ha fått info om värdet av att menstruera då och då. Ansvaret kan med fördel läggas på henne att höra av sig om hon får färre än fyra menstruationer per år, ifall hon inte står på något hormonellt preventivmedel.

Primärvård: Den allmänna kardiovaskulära riskprofilen bör följas upp inom primärvården.

Remittera för läkarsamtal om kardiovaskulära riskfaktorer och ställningstagande till vidare utredning och behandling. Utifrån den sammanlagda riskprofilen och patientens önskemål kan kontrollintervallet se olika ut.

Noterbart är slutligen att psykisk ohälsa är vanligare på gruppnivå hos PCOS-patienter jämfört med hos övriga befolkningen, vilket kan kräva ökad uppmärksamhet hos samtliga inblandade vårdgivare.

Referenser

Läkemedelsbehandling av polycystiskt ovarialsyndrom - hälsa och livskvalitet på kort och lång sikt

Evidence-Based-Guidelines-2023.pdf (monash.edu)
International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2018.

PCOS Program - Monash Centre for Health Research and Implementation (MCHRI)
Polycystisk ovarialsyndrom ARG rapport nr 58, 2008

Janusinfo, riktlinjer för utredning och behandling av hirsutism och polycystiskt ovariesyndrom (PCOS)

Uppdaterat från föregående version

2025-09-18: Flertaliga ändringar, bör läsas i sin helhet.
2025-08-28: Sidan 3 tagit bort stycket med remiss till hudkliniken.

2021-10-15: På sidan 3 i första stycket ändrat från Slinda till Drospirenon
2024-09-26: Mindre ändringar i hela dokumentet
2023-06-28: Ändrat till gemensam rutin KK HS. Större ändringar i hela dokumentet.
2020-04-06: Endast ändrat rubriken för bättre sökbarhet.