



BROJ
5.

Bilten Hrvatskog društva za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ

GODINA
2021.

TEMA BROJA

Sindrom policističnih jajnika (PCOS)

1. Što je sindrom policističnih jajnika (PCOS)

PCOS je najčešće dijagnosticirani endokrinološki poremećaj žena reproduktivne dobi s prevalencijom 8-13 %. Dijagnoza i liječenje PCOS-a je i dalje kontroverzno. Primjenom različitih kriterija za dijagnozu i/ili uključivanjem samo nekih značajki ovog sindroma bespotrebno ćemo 'dijagnosticirati' i liječiti žene s blagim simptomima ili čak i one koje uopće nemaju PCOS. Vrlo je upitna i dijagnoza PCOS-a u adolescentica i mlađih žena koje mogu imati neredovite cikluse, akne ili multifolikularne jajnike u sklopu normalnog razvoja.

Prema preporukama međunarodnih udruženja (*International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2018*) za dijagnozu PCOS-a potrebna je prisutnost sljedeća dva kriterija (uz **isključenje drugih uzroka** koji se mogu manifestirati sličnom kliničkom slikom):

1. Neredoviti menstruacijski ciklusi

(< 21 ili > 35 dana ili manje od 8 ciklusa godišnje)

2. Hiperandrogenemija

klinička (hirsutizam, akne, alopecija) ili biokemijska (povišena koncentracija testosterona)

U slučajevima kada je prisutan samo jedan od navedenih simptoma potrebno je učiniti **ultrazvuk jajnika** u cilju utvrđivanja policistične morfologije jajnika (jajnik s > 20 folikula ili volumen jajnika > 10 ml)

Zbog preklapanja s normalnom fiziologijom jajnika, za dijagnozu PCOS-a se ne preporučuje raditi ultrazvuk jajnika unutar 8 godina od menarhe.

2. Koju dijagnostičku obradu je potrebno učiniti kod sumnje na PCOS?

- **Isključiti najčešće druge uzroke** neregularnih ciklusa (TSH, prolaktin, FSH, LH), a u slučaju značajne hiperandrogenemije i kliničke sumnje uraditi daljnju obradu (KAH, Cushingov sindrom, adrenalni tumori).
- Za dokaz **biokemijske hiperandrogenemije** preporučuje se odrediti ukupni, a u slučaju graničnih vrijednosti slobodni **testosteron**. Normalne vrijednosti testosterona isključuju „biokemijsku” hiperandrogenemiju. Za dijagnozu PCOS nije potrebno određivati DHAES, androstendion i anti-Mullerov hormon (AMH)
- Evaluacija metaboličkih poremećaja kod PCOS-a može uključivati:
 - glukozu natašte ili HbA1c
 - OGTT (u slučaju anamneze gestacijskog dijabetesa, ITM > 25 kg/m², obiteljske anamneze šećerne bolesti)
 - lipidogram

3. Inzulinska rezistencija

Inzulinska rezistencija (IR) može biti posljedica različitih poremećaja koji dovode do smanjenog biološkog učinka inzulina. IR je vrlo često posljedica pretilosti i smanjenje tjelesne težine dovodi do poboljšanja osjetljivosti na inzulin (ne vrijedi obrnuto, odnosno pretilost nije posljedica IR).

IR ne postoji kao zasebna bolest, ne postoji standardizirani test za dijagnozu IR i nije odobren niti jedan lijek za liječenje IR. Iako je IR često prisutna kao dio patofizioloških poremećaja u PCOS-u, nije uvrštena

u kriterije za dijagnozu i stoga se pri evaluaciji PCOS-a ne preporučuje određivati inzulin ili IR. Isto tako, nema smisla rutinski određivati inzulin/IR kod pretilosti.

4. Kako liječiti PCOS?

Terapijski pristup ovisi o kliničkim simptomima, dobi i 'željama' bolesnice.

- **Opće mjere**

Promjene životnih navika (modifikacija prehrane, redovita fizička aktivnost, prestanak pušenja, održavanje normalne tjelesne težine) preporučuje se svim ženama s PCOS-om. Već i mali gubitak tjelesne težine može dovesti do poboljšanja simptoma.

- **Medikamentozno liječenje**

Liječenje kliničke hiperandrogenemije

Kozmetički tretman i oralni hormonski kontraceptivi (OHK) se preporučuju kao prva linija liječenja hirsutizma.

Za liječenje akni i hirsutizma u žena s PCOS-om preporučuju se niskodozirani OHK s 20-30 ug etinilestradiola i gestagenom s antiandrogenim učinkom (ciproteron-acetat, drospirenon, dienogest, klormadinon-acetat). Već nakon tri mjeseca primjene OHK-a dolazi do smanjenja akni za 60–85%, a za 6 do 12 mjeseci ublažuje se hirsutizam za 40–70%.

U slučaju kontraindikacija ili nepodnošenja OHK mogu se primjenjivati u monoterapiji drugi lijekovi s antiandrogenim učinkom (ciproteron-acetat, finasterid, flutamid, spironolakton), ali uz neki od oblika kontracepcije.

Regulacija menstruacijskog ciklusa

Primjena OHK je najčešći način regulacije menstruacijskog ciklusa, a pored toga ima i povoljan učinak na kliničke znakove hiperandrogenemije. Za žene s PCOS-om koje ne žele ili ne smiju uzimati OHK, terapija izbora je cikličko davanje gestagena (minimalno svaka tri mjeseca).

Metformin se može preporučiti ženama s visokim metaboličkim rizikom ili predijabetesom. Primjena metformina nema učinka na akne i hirsutizam.

Indukcija ovulacije

Kao prva linija liječenja anovulacije u žena s PCOS-om koristi se letrozol, klomifen-citrat i metformin.

Gonadotropini se mogu koristiti kao druga linija liječenja za indukciju ovulacije.

