NEWSLETTER #11 · ZAŁĄCZNIK 5

Kryteria rozpoznania PCOS — aktualny stan wiedzy i rekomendacje

Co zbadano i jak?

Analiza oparta na międzynarodowych wytycznych z 2023 r. (konsorcjum CRE WHiRL/ASRM/ESHRE/Endocrine Society/ESE, 39 organizacji, 254 rekomendacje) oraz przeglądzie stanowisk towarzystw naukowych. Uzupełniona o dane z badania pilotażowego Evans i wsp. (O&G Open 2026): retrospektywne, wieloośrodkowe (University of Rochester, Weill Cornell Medicine), 101 kobiet z PCOS + 50 kontrolnych, regresja logistyczna z regularyzacją L2. Poziom EBM wytycznych: wysoki; badania pilotażowego: niski.

Kluczowe zmiany wytycznych 2023 vs 2018

AMH jako alternatywa dla USG — pierwsza nowa zmienna w kryteriach diagnostycznych od 20 lat. Metaanaliza van der Ham i wsp. (Fertil Steril 2024, 82 badania): czułość 79%, swoistość 87% u dorosłych. U nastolatek czułość spada do 66% — AMH nadal nie powinien być stosowany w tej grupie. Progi odcięcia są zależne od metody i populacji.

W kryteriach rozpoznania PCOS wartości odcięcia dla AMH: zakres proponowanych progów 3,2–5,0 ng/mL. Wytyczne 2023 nie podają jednego uniwersalnego progu.

Uproszczenie algorytmu: gdy jednocześnie stwierdzasz hiperandrogenizm (HA) i dysfunkcję owulacji (OD) — diagnoza PCOS możliwa bez USG i bez AMH. Utrzymano próg AFC ≥20 pęcherzyków na jajnik (wprowadzony w 2018). Stary próg ≥12 zawyżał rozpoznawalność u 20–30% zdrowych kobiet.

AMH w gabinecie — co konkretnie zmienia

- Możesz użyć AMH jako alternatywy dla USG przy ocenie PCOM u dorosłych kobiet, ale wyłącznie w ramach reguły 2 z 3 (nie jako jedyne kryterium).
- Szczególnie użyteczne gdy USG jest utrudnione (otyłość, brak dostępu do sondy endowaginalnej), gdy pacjentka jest immunosupresyjna lub gdy wynik USG jest graniczny.
- AMH wykazuje niższą czułość w fenotypie owulacyjnym (fenotyp C) — tylko 50%, co wyklucza go jako jedyne narzędzie w tej grupie.
- Brak refundacji NFZ pozostaje praktyczną barierą.

Badanie Evans i wsp. — co wnosi do praktyki

Model czteroczynnikowy (AMH + objętość jajnika + skala Ferriman-Gallwey + maksymalna długość cyklu) osiągnął AUROC 0,982 (95% CI: 0,958–1,000), F1 0,965. AMH jako jedyny predyktor: AUROC 0,884, F1 0,807. Dodanie objętości jajnika poprawia AUROC do 0,906.

Zastrzeżenia krytyczne: retrospektywne, n=151, jednorodna aparatura USG, AMH z jednego laboratorium, brak prospektywnej walidacji, brak dopasowania wiekowego grup. Wyniki nie uzasadniają zmiany algorytmu — wskazują kierunek przyszłych badań.

Co z tego wynika w gabinecie — praktycznie

- **HA + OD jednocześnie:** rozpoznaj PCOS bez USG i AMH (wytyczne 2023).
- **Wykonujesz USG:** próg AFC ≥20 pęcherzyków lub objętość ≥10 mL — nie stary próg ≥12 pęcherzyków/jajnik.
- **AMH** możesz użyć jako alternatywy dla USG przy ocenie PCOM — sprawdź progi referencyjne używanego laboratorium, wartości powyżej 3,2 ng/mL (większa czułość i swoistość przy przyjęciu 5,0 ng/mL).
- **Nastolatki:** wymagane oba kryteria (HA + OD), bez USG i bez AMH. Kategoria „at risk" gdy jedno kryterium.
- **Kobiety z PCOS po menopauzie:** powikłania metaboliczne (ryzyko T2DM ~25%, CVD, rak endometrium ~2,8×) nie ustępują — monitorowanie przez całe życie.
- **Rutynowy screening depresji i lęku** u każdej pacjentki z PCOS (wytyczne 2023 — nadal brak w polskim stanowisku).

Wytyczne 2018 vs 2023 — kluczowe różnice

Aspekt	Wytyczne 2018	Wytyczne 2023
AMH w diagnostyce	Nie zalecany	Dopuszczony jako alternatywa USG (dorośli), wartość odcięcia
Próg AFC (PCOM)	≥12 pęcherzyków/jajnik	≥20 pęcherzyków/jajnik — utrzymany od 2018
Uproszczenie algorytmu	Częściowe	HA + OD = diagnoza bez USG/AMH
Screening CVD	Zalecany	Wzmocniony — kompleksowa ocena ryzyka
Screening depresji/lęku	Nie uwzględniony	Rutynowy
Liczba rekomendacji	166	254

Ograniczenia

Polskie stanowisko PTE/PTGiP/PTEG z 2018 r. nie zostało zaktualizowane — stosowanie go bez uzupełnienia wiedzą z 2023 r. prowadzi do nieaktualnej diagnostyki (próg AFC, brak AMH, ograniczony screening metaboliczny). Badanie Evans 2026 jest pilotażowe i nie zmienia obecnych wytycznych. Standaryzacja oznaczeń AMH między producentami pozostaje nierozwiązanym problemem uniemożliwiającym wprowadzenie uniwersalnych progów odcięcia.

Źródła

Evans AT i wsp. Diagnosis of Polycystic Ovary Syndrome with Anti-Müllerian Hormone and Ovarian Volume. O&G Open 2026;3(2):e161.
https://journals.lww.com/ogopen/fulltext/2026/04000/diagnosis_of_polycystic_ovary_syndrome_with.7.aspx

Teede HJ i wsp. Recommended Assessment and Management Across the Lifecycle in Polycystic Ovary Syndrome. J Clin Endocrinol Metab 2023;108(10):2447–2469.

Milewicz A i wsp. The polycystic ovary syndrome: a position statement from PTE/PTGiP/PTEG. Endokrynol Pol 2018;69(4):328–344.

Newsletter #11 · Kwiecień 2026