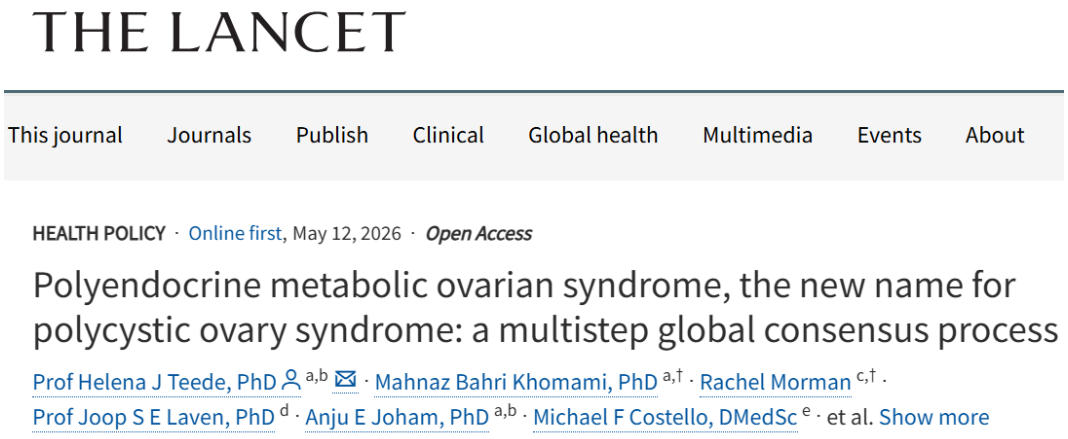
NEWSLETTER #12 · ZAŁĄCZNIK 1

PCOS ma nową nazwę: Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome (PMOS)


THE LANCET

This journal Journals Publish Clinical Global health Multimedia Events About

HEALTH POLICY · Online first, May 12, 2026 · *Open Access*

Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process

Prof Helena J Teede, PhD [a,b] · Mahnaz Bahri Khomami, PhD [a,†] · Rachel Morman [c,†] · Prof Joop S E Laven, PhD [d] · Anju E Joham, PhD [a,b] · Michael F Costello, DMedSc [e] · et al. Show more

Globalny konsensus opublikowany w *The Lancet* (Teede i wsp., 12 maja 2026) zmienia oficjalną nazwę PCOS na PMOS — *Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome* — co można tłumaczyć jako **Wielogruczołowy zespół metaboliczno-jajnikowy.**

Badanie objęło 14 360 respondentów — 10 411 pacjentek z PCOS i 3 949 specjalistów — z całego świata, z udziałem 56 organizacji naukowych i pacjenckich. Zastosowano metody Delphi, technikę grup nominalnych oraz analizę marketingową.

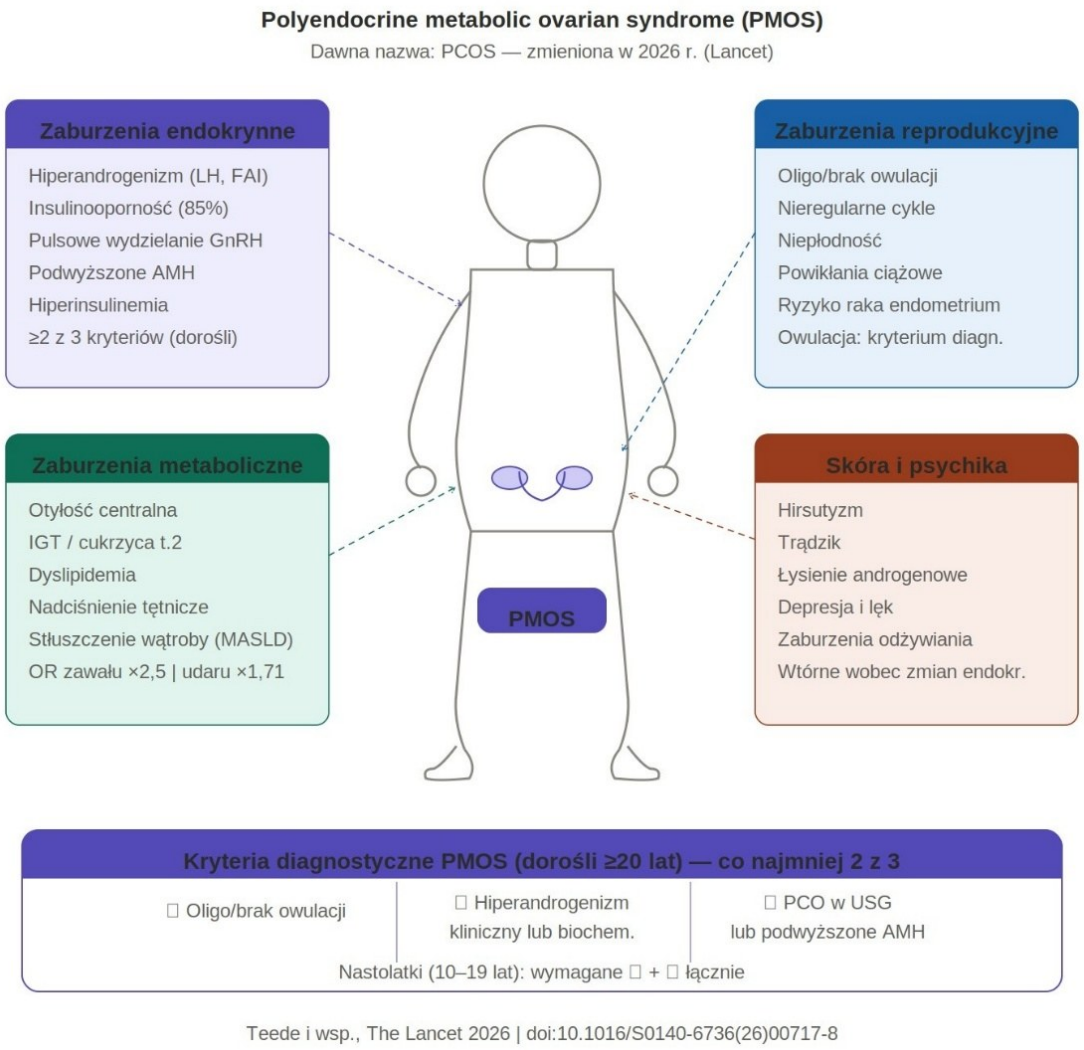
Kluczowy wniosek praktyczny: zmiana nazwy nie zmienia kryteriów diagnostycznych ani schematu leczenia.

Co się zmieniło i dlaczego

Stara nazwa (PCOS) była dezinformująca na trzech poziomach:

- Implikowała obecność policystycznej (drobnopęcherzykowej) struktury jajników, która nie jest cechą konieczną i nie występuje częściej niż w populacji ogólnej.
- Redukowała wielonarządowy zespół do patologii jajnika, utrudniając dostrzeganie komponentów metabolicznych i endokrynnych.
- Powodowała stygmatyzację — szczególnie w kulturach, w których płodność ma szczególną wartość.

Termin PMOS zwyciężył głosowaniem (66% respondentów ogółem, 69% pacjentek, 57% specjalistów). Akronim celowo zaczyna się od P, zapewniając ciągłość z PCOS — świadoma decyzja "ewolucyjnego rebrandingu".



Teede i wsp., The Lancet 2026 | doi:10.1016/S0140-6736(26)00717-8

Kryteria diagnostyczne — co zostało bez zmian

Dorośli (≥20 lat) — co najmniej 2 z 3 kryteriów:

- **Oligo/brak owulacji:** cykle <21 lub >35 dni, lub mniej niż 8 cykli miesiączkowych w roku.
- **Hiperandrogenizm kliniczny lub biochemiczny:** hirsutyzm (skala F-G ≥8 punktów), trądzik, łysienie androgenowe; lub podwyższone FAI/testosteron całkowity.
- **Obraz policystyczny w USG (PCO) lub podwyższone AMH:** ≥20 pęcherzyków w jednym jajniku lub objętość jajnika >10 ml.

Nastolatki (10–19 lat) — kryteria zaostrzone:

- **Wymagane oba kryteria łącznie:** oligo/anowulacja ORAZ hiperandrogenizm kliniczny/biochemiczny.
- Sam obraz PCO w USG jest niewystarczający — może występować fizjologicznie w dojrzewaniu.

• AMH nie stosujemy jako zastępstwa USG bez dodatkowych badań u dziewcząt <8 lat po menarche.

Rola AMH w diagnostyce PMOS

AMH (anty-Müllerowski hormon) jest uwzględniony w wytycznych 2023 jako alternatywa dla kryterium USG u dorosłych. Kiedy można go użyć:

• Gdy USG jest niedostępne, pacjentka ma trudność z tolerancją badania lub wyniki są niejednoznaczne.

Jak interpretować AMH:

• Brak jednego globalnego cut-off — wartość progowa zależy od użytego zestawu diagnostycznego i laboratorium.

• Dla testu Roche Elecsys AMH/AMH Plus (badanie APHRODITE/HARMONIA): próg **3,2 ng/mL (23 pmol/L)**.

• Dla picoAMH (Ansh Labs): 6,16 ng/mL (44,0 pmol/L); dla Beckman Coulter Gen II: **zakres 2,8–7,04 ng/mL** (brak konsensusu).

• **Uwaga:** u kobiet stosujących antykoncepcję hormonalną wartości AMH mogą być zaniżone o ok. 30–40% — wynik należy interpretować ostrożnie lub oznaczyć po przerwie w przyjmowaniu hormonów.

• AMH jest podwyższone w PMOS, ale także w innych stanach (np. wysoka rezerwa jajnikowa) — interpretuj w kontekście całego obrazu klinicznego, nie jako jedyny test przesiewowy.

Interpretacja innych badań laboratoryjnych

FAI = (testosteron całkowity [nmol/L] / SHBG [nmol/L]) × 100. W polskiej praktyce, jeśli laboratorium podaje testosteron w ng/dL, należy przeliczyć (× 0,0347 = nmol/L). Za podwyższone najczęściej uznaje się wartości ≥5, ale wytyczne 2023 nie podają jednolitego liczbowego progu — odsyłają do lokalnych zakresów referencyjnych, z zaleceniem stosowania LC-MS/MS. Przy SHBG <30 nmol/L FAI może być fałszywie wysokie.

Testosteron całkowity: wytyczne nie podają jednej wartości odcięcia. Orientacyjnie: >86 ng/dL (>2 nmol/L w LC-MS/MS) sugeruje hiperandrogenizm; >5 nmol/L jest sygnałem ostrzegawczym w kierunku guza androgenizującego. Kluczowe jest odwołanie do metody i zakresu referencyjnego własnego laboratorium.

Kiedy i jak leczymy PMOS — podsumowanie

Leczenie jest objawowe i zależy od priorytetu klinicznego. Zmiana nazwy nie zmienia żadnego z poniższych zaleceń.

Priorytet kliniczny	Leczenie pierwszego wyboru	Uwagi kliniczne
Regulacja cyklu / hiperandrogenizm	OC (estrogen + progestagen)	Progestagen o słabym efekcie androgennym (dienogest, dezogestrel)

Priorytet kliniczny	Leczenie pierwszego wyboru	Uwagi kliniczne
Niepłodność / indukcja owulacji	Letrozol (1. wybór), klomifen, gonadotropiny, metformina	Letrozol: wyższa skuteczność i niższa częstość ciąż wielopłodowych niż klomifen
Insulinooporność / metabolizm	Modyfikacja stylu życia (dieta + aktywność fizyczna), metformina	Przy BMI >25
Otyłość / intensywne leczenie	GLP-1 (semaglutyd, tirepatyd) + styl życia	Dane w PMOS obiecujące, brak dedykowanych RCT
Objawy skórne (hirsutyzm)	OC + spironolakton / flutamid (off-label)	Efekty po 6–12 miesiącach leczenia
Psychika / jakość życia	Psychoterapia (CBT), SSRI	Depresja i lęk: częste, niedodiagnozowane

Czy leczymy pacjentki bezobjawowe?

Kobieta z rozpoznaniem PMOS, owulacyjna, z prawidłowymi cyklami, bez otyłości i bez objawów klinicznych — wytyczne 2023 (Teede et al., Eur J Endocrinol 2023) **nie rekomendują farmakoterapii.** Odpowiada to fenotypowi D w klasyfikacji Rotterdam — najłagodniejszemu klinicznie i najsłabiej powiązanemu z ryzykiem metabolicznym.

Konkretne zalecenia dla pacjentki bezobjawowej:

- **Farmakoterapia: brak wskazań.** Ani OC, ani metformina, ani leki antyandrogenne nie są rekomendowane przy braku objawów.
- **Modyfikacja stylu życia: zalecana jako prewencja, nie jako leczenie.** Wytyczne zalecają zdrowy styl życia i aktywność fizyczną niezależnie od BMI ze względu na długoterminowe ryzyko metaboliczne.
- **Monitorowanie metaboliczne: co 1–2 lata.** Glikemia (OGTT lub HbA1c), lipidogram, ciśnienie tętnicze, masa ciała — ryzyko cukrzycy t.2, dyslipidemii i nadciśnienia jest podwyższone niezależnie od fenotypu.
- **Endometrium:** przy regularnych owulacyjnych cyklach ryzyko hiperplazji jest niskie. Jeśli pojawi się długotrwały brak miesiączki (>3 miesiące) — rozważ indukcję złuszczania progestagenem.

Kontekst kliniczny — skuteczne interwencje:

- PMOS + BMI >25 (lub obwód talii >80 cm) + insulinooporność: modyfikacja stylu życia i monitoring metaboliczny, nawet bez objawów subiektywnych.
- PMOS + planowanie ciąży: ocena rezerwy jajnikowej, poradnictwo prekoncepcyjne, optymalizacja masy ciała przed koncepcją.
- PMOS bez objawów, szczupła, nieplanująca ciąży: odstąpić od farmakoterapii, coroczna ocena metaboliczna, edukacja o ryzyku cukrzycy t.2.

Ważna zasada: PMOS to rozpoznanie na całe życie. Objawy ewoluują z wiekiem — hiperandrogenizm bywa bardziej widoczny w młodości, ryzyko metaboliczne rośnie po menopauzie. Pacjentka powinna być aktywnie monitorowana poza latami reprodukcyjnymi.

Co wprowadzić w gabinecie

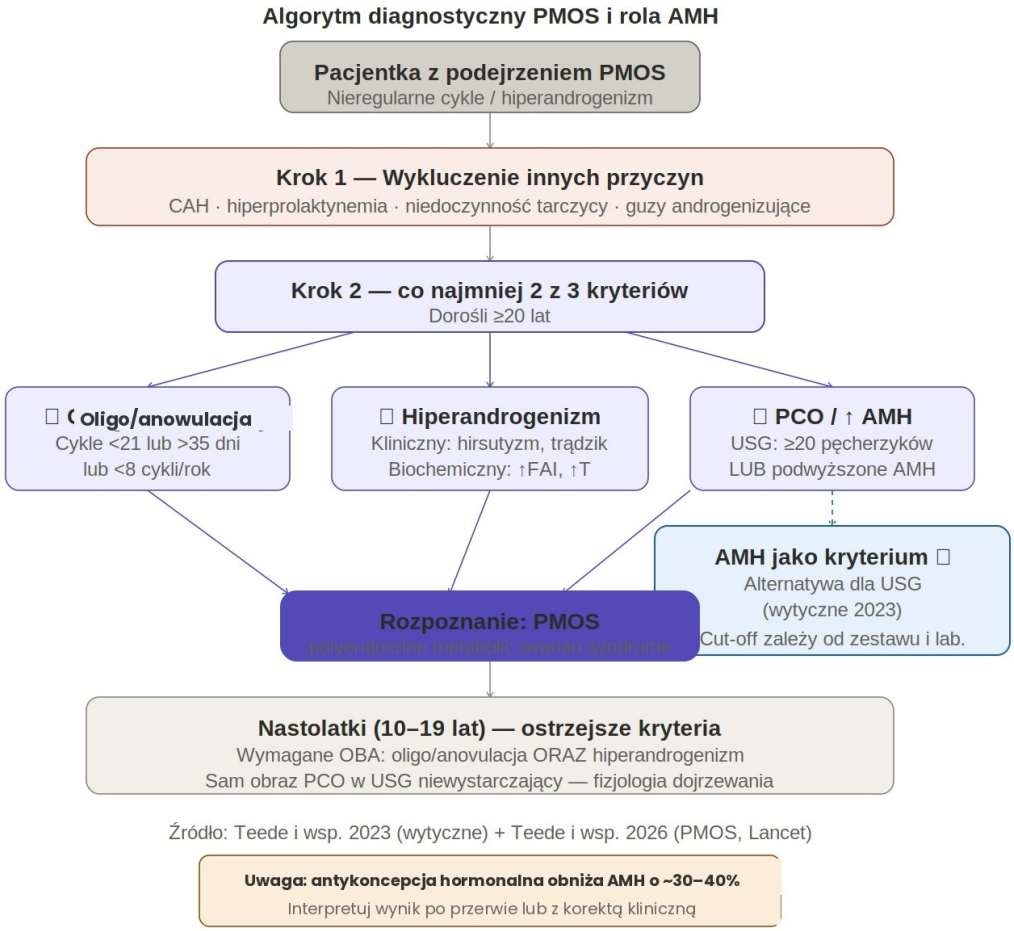
• Zacznij mówić PMOS do pacjentek z rozpoznaniem PCOS i wyjaśniaj, dlaczego zmiana nazwy jest korzystna.

• **Dokumentuj:** oba akronimy są dopuszczalne przez 3 lata (do ok. 2029 r.).

• **Przy każdej wizycie przypominaj o komponencie metabolicznym:** ciśnienie, glikemia, masa ciała. Nie jest wymagana rutynowa ocena FSH/LH ani test obciążenia glukozą — jednak u pacjentki z nadwagą lub otyłością insulinooporność jest prawdopodobna.

• **AMH jako narzędzie diagnostyczne:** przydatne, gdy USG jest niejednoznaczne lub niedostępne. Pamiętaj o korekcie dla antykoncepcji hormonalnej (~30–40% zaniżenia), do oceny po 3 miesiącach po odstawieniu.

• **Aktywnie pytaj o nastrój, jakość życia i samoocenę** — depresja i lęk w PMOS są niedodiagnozowane.



Zastrzeżenia

• **Wytyczne 2023 nie określają cut-off testosteronu, FAI i AMH** — to wyraz świadomości, że metody laboratoryjne istotnie się różnią. Praktykujący ginekolog musi znać metodę i zakres referencyjny własnego laboratorium.

• **Brak standaryzacji AMH:** cut-off 3,2 ng/mL dotyczy WYŁĄCZNIE testu Roche Elecsys AMH/AMH Plus. Stosowanie tego progu z innym testem da fałszywie ujemne lub dodatnie wyniki. Harmonizacja międzynarodowa jest w toku.

• **Konflikty interesów:** badania APHRODITE i HARMONIA były finansowane przez Roche Diagnostics. Wyniki przeszły recenzję w Fertility & Sterility, ale uzasadnia to czujność interpretacyjną i potrzebę niezależnych walidacji.

• **Brak polskich danych walidacyjnych:** PTGiP nie opublikowało własnych progów. W praktyce stosuje się wytyczne Teede 2023.

• **Konsensus oparty na ankietach (nie RCT):** nadreprezentacja krajów anglojęzycznych i Europy Zachodniej. Implementacja w ICD i systemach dokumentacji medycznej wymaga czasu.

• "PMOS" nie jest jeszcze zaimplementowane w klasyfikacjach ICD. Kryteria diagnostyczne pozostają identyczne z PCOS (Rotterdam 2003, zaktualizowane przez Teede 2018/2023).

Ograniczenia

Konsensus oparty na ankietach — nie jest RCT ani przeglądem systematycznym. Nadreprezentacja krajów anglojęzycznych i Europy Zachodniej. Implementacja ICD i systemów dokumentacji medycznej wymaga czasu. Cut-offy AMH nie są jeszcze ujednolicone międzynarodowo.

Źródło

Teede HJ et al. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. The Lancet. Published online May 12, 2026.
https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00717-8