

PCOS GUIDELINE- SUMMARY

PKOS REHBERİ-ÖZET

Amaç: Polikistik over sendromu (PKOS) olanların dünya çapında yaşamlarını iyileştirmek için tanı, değerlendirme ve tedavi için titiz, kapsamlı kanıta dayalı kılavuzlar geliştirmek ve uygulamak.

Katılımcılar: Kapsamlı sağlık profesyoneli ve kullanıcı veya hasta katılımı kılavuzun öncelikli alanlarını oluşturdu. Uluslararası toplum tarafından aday gösterilen paneller arasında kullanıcılar ve pediatri, endokrinoloji, jinekoloji, birincil bakım, üreme endokrinolojisi, psikoloji, diyetetik, egzersiz fizyolojisi, uyku, bariatrik/metabolik cerrahi, halk sağlığı, diğer seçilmiş uzmanlar, proje yönetimi, kanıt sentezi ve çevirisi uzmanları yer aldı.

Kanıt: En iyi uygulama, kanıta dayalı kılavuz geliştirme, kapsamlı kanıt; Önerilerin Derecelendirilmesi, Değerlendirme, Geliştirme ve Değerlendirme (GRADE) çerçevesi, kanıt kalitesini, uygulanabilirliğini, kabul edilebilirliğini, maliyetini, uygulamasını ve nihayetinde öneri gücünün sentezini içeriyordu ve kapsıyordu.

Süreç: Yönetim, uluslararası bir danışma paneli, yönetim komitesi ve 52 üyeli beş kılavuz geliştirme grubu, tüketici ve çeviri komiteleri içeriyordu. Avustralya Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırma Konseyi (NHMRC) tarafından finanse edilen ve Monash Üniversitesi tarafından yönetilen Kadın Sağlığında Üreme Yaşamında Mükemmellik Araştırma Merkezi, Amerikan Üreme Tıbbi Derneği, Endokrin Derneği, Avrupa Endokrinoloji Derneği ve Avrupa İnsan Üreme ve Embriyolojisi Derneği ile ortaklık kurdu. Otuz altı kuruluş dokuz ay boyunca uluslararası toplantılarda işbirliği yaptı. Elli beş öncelikli klinik soru, 52 sistematik ve üç anlatı incelemesini içeriyordu ve eşlik eden uygulama noktalarıyla birlikte kanıta dayalı ve fikir birliği önerileri üretti. İş birliği yapan kuruluşlar tarafından aday gösterilen komite üyeleri uluslararası akran incelemesi sağladı ve kanıt uzman incelemeli yöntemler ve çıktılar bağımsız inceleme için NHMRC'ye sunuldu.

Öneriler: PCOS, artık kanıta dayalı kriterlere güncellenen revize edilmiş konsensüs Rotterdam kriterleri kullanılarak teşhis edilmelidir. Yetişkinlerde bunun için, bu özelliklerin diğer nedenleri dışlandıktan sonra, i) klinik/biyokimyasal hiperandrojenizm, ii) yumurtlama disfonksiyonu ve iii) ultrasonda polikistik overler veya yüksek anti-müllerian hormon (AMH) seviyeleri gereklidir. Düzensiz adet döngüleri ve hiperandrojenizm mevcut olduğunda, tanı için ultrason veya AMH gerekli değildir. Ergenlerde, hem hiperandrojenizm hem de yumurtlama disfonksiyonu gereklidir, ancak düşük özgüllük nedeniyle ultrason ve AMH önerilmez. Teşhis konulduktan sonra, değerlendirme ve yönetim üreme, metabolik, kardiyovasküler, dermatolojik, uyku ve psikolojik özellikleri ele almalıdır. Gebelik öncesi risk faktörleri, sağlıklı yaşam tarzı ve kilo alımının önlenmesi ve doğurganlığın optimizasyonu üzerine odaklanan bir yaşam boyu üreme sağlığı planı önerilir. Metabolik risk faktörleri, diyabet, kardiyovasküler hastalık ve uyku bozuklukları PCOS'ta artar ve tarama ve yönetim önerilir. PCOS, kadınların belirlenip izlendiği gebelikte yüksek riskli bir durum olarak kabul edilmelidir. Endometrial kanser için artmış premenopozal risk tanınmalı, mutlak riskler düşük tutulmalıdır. Depresif ve anksiyete semptomları önemli ölçüde artmıştır ve PCOS'lu tüm kadınlar taranmalı, psikolojik değerlendirme ve terapi yapılmalıdır. Yeme bozuklukları, vücut imajı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkiler dahil olmak üzere psikolojik özellikler hakkında daha fazla farkındalık gereklidir. PCOS tanısı ve bakımıyla ilgili memnuniyetsizlik yüksektir ve kadınlar ve sağlık profesyonelleri için yüksek kaliteli, kanıta dayalı kaynaklar dahil olmak üzere farkındalığın artırılması ve eğitim şiddetle önerilir. Paylaşılan karar alma ve kendini güçlendirme temeldir ve entegre bakım modelleri geliştirilmeli, finanse edilmeli ve değerlendirilmelidir.

Desteklenen sağlıklı yaşam tarzı, PCOS'ta yaşam boyu hayati önem taşır ve genel sağlık, kilo alımının önlenmesi ve gerekirse kilo yönetimine güçlü bir şekilde odaklanılır. Birçok özel diyet ve fiziksel aktivite rejiminin faydalarını kabul ederek, PCOS'ta diğerlerine göre faydaları olan tek bir rejim yoktur. Kilo önyargısı ve damgalanma en aza indirilmeli ve sağlık profesyonelleri, kiloyla ilgili risklerin açıklanmasıyla kadınları tartmak için izin almalıdır. Kombine oral kontraseptif haplar, adet düzensizliği ve hiperandrojenizm için birinci basamak farmakolojik tedavidir, belirli bir önerilen preparat yoktur ve daha düşük dozlu preparatlar ve daha az yan etkiye sahip olanlar tercih edilir. Metformin, öncelikle metabolik özellikler için önerilir ve PCOS'ta sınırlı klinik faydalar sunan inositolden daha fazla etkinliğe sahiptir. Metformin'in, PCOS'lu hamile kadınlarda rutin olarak kullanılması önerilmez. Lazer tedavisi bazı alt gruplarda kıl azaltmada etkilidir, ancak antiandrojenlerin sınırlı bir rolü vardır ve diğer tedavilerin etkisiz olduğu veya kontrendike olduğu durumlarda kullanılır. Genel nüfus yönergelerine göre, fayda ve yan etki potansiyeli dengelenerek, obezite karşıtı ilaçlar ve bariatrik/metabolik cerrahi düşünülebilir. Letrozol, birinci basamak farmakolojik kısırlık tedavisidir ve klomifen tek başına veya metformin, gonadotropinler veya yumurtalık cerrahisi ile birlikte kullanıldığında ikinci basamak tedavi olarak rol oynar. İn vitro fertilizasyon (IVF) için kesin bir endikasyon olmadığında, PCOS ve anovuluar kısırlığı olan kadınlara, diğer yumurtlama indüksiyon tedavilerinin başarısız olduğu durumlarda üçüncü basamak tedavi olarak, potansiyel olarak in vitro matürasyonla IVF önerilebilir. Genel olarak, PCOS'taki kanıtlar düşük ila orta kalitededir. Yüksek yaygınlık ve önemli sağlık etkisine dayanarak, daha fazla öncelik, fon ve araştırma önerilir. Kılavuz çevirisi, tüketiciler (AskPCOS uygulaması), sağlık profesyonelleri ve politika yapıcılar için çok dilli eğitim çıktıları ve kanıta dayalı kaynaklar dahil olmak üzere kapsamlı olacaktır.

Tanıya ilişkin bağlam ifadesi: Kılavuza giriş

Burada, PCOS'un Değerlendirilmesi, Tanısı ve Yönetimi için 2018 Uluslararası Kanıta Dayalı Kılavuz'a ve başlangıçtaki fikir birliğine dayalı Rotterdam PCOS tanı kriterlerine dayanıyoruz.¹⁸

Burada, kanıta dayalı tanı kriterlerini iletıyoruz ve yetişkinlerde bunun

i) klinik/biyokimyasal hiperandrojenizm, ii) yumurtlama disfonksiyonu veya iii) ultrasonda polikistik overler ve yüksek anti-müllerian hormon (AMH) seviyeleri gerektirmesini öneriyoruz. AMH'nin yetişkinlerde tanıdaki rolünü dahil ettik ancak normal üreme fizyolojisiyle örtüşmesi nedeniyle ergenlerde AMH veya ultrason önermiyoruz. Tiroid hastalığı (tiroid uyarıcı hormon), hiperprolaktinemi (prolaktin) ve klasik olmayan konjenital adrenal hiperplazinin (17-hidroksi progesteron) dışlanması önerilir ve amenore ve hipogonadotropik hipogonadizm, Cushing hastalığı veya androjen üreten tümörlerden şüphelenilmesi gibi daha ciddi klinik özellikleri olanlarda daha fazla değerlendirme önerilir ve belirgin virilizasyonun PCOS ile tutarlı olmadığı belirtilir. Klinisyenler bu tanımlar için diğer ilgili kılavuzlara başvurmalıdır.

Teşhis özelliklerinin doğal olarak geliştiği menarş ve menopoz dönemi de dahil olmak üzere belirli teşhis özelliklerini tanımlamadaki zorlukları kabul ediyoruz.

Kılavuz, özellikle ergenlerde aşırı teşhisten kaçınırken PCOS'lu kadınlar için zamanında ve uygun tanı koymayı kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Burada alakalı özel öneriler şunlardır:

- ultrason ve anti-müllerian (AMH) seviyeleri, ilk adetten itibaren 8 yıl içinde olanlarda tanıda önerilmez
- tanı belirsiz olduğunda 'risk altında' olan genç kadınlar, takip ve yeniden değerlendirmeye belirlenebilir

- tanı özellikleri, tanı doğruluğunu artırmak için özgüllüğe odaklanarak rafine edilir.

Tanıda kaynak kullanımı, tanıda klinik özelliklere, alternatif olarak ultrason ve AMH için sınırlı endikasyonlara ve klinik belirgin biyokimyasal hiperandrojenizme odaklanılarak azaltılacaktır.

Ayrıca, PCOS 2012'deki Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) kanıta dayalı metodoloji çalıştayının, durumun adının dikkat dağıtıcı olduğu ve değiştirilmesi gerektiği yönündeki önerisini de onaylıyoruz. Adı değiştirmek için tüketici ortaklığı ve süreçleriyle kanıt ve kılavuz çabaları üzerine inşa ediyoruz.

PCOS'un değerlendirilmesi ve tanısının değeri ve en uygun zamanlaması, psikososyal ve kültürel faktörler ve tercihler göz önünde bulundurularak bireysel olarak hasta ile tartışılmalıdır. Eğitim, tanı anında kadınlar için hayati önem taşır ve komplikasyonların önlenmesi potansiyeli ve iyi genel üreme potansiyeli ve aile planlaması hakkında güvence verilmesi, bazı tıbbi yardımların gerekebileceğinin kabul edilmesi de buna dahildir. Genel bir rehber ilke olarak, PCOS'lu kadınlarla tanı ve bakımlarında ortaklık yaparken, kendi kendine güçlenme bir önceliktir ve değerlendirme yaparken, bilgi sağlarken veya müdahale veya tedavi önerirken kişisel özellikler, tercihler, kültür ve değerler dikkate alınmalıdır.

Önerilerin yorumlanması

Paydaş katılımı ve kılavuz geliştirme için ayrıntılı yöntemler, Altıncı Bölüm olan; Kılavuz geliştirme yöntemleri'nde bulunabilir. Kılavuzun geliştirilmesi ve yorumlanmasında, kavramsallaştırma, önceliklendirme, geliştirme, inceleme ve çeviri aşamalarının tümünde kanıtlar, multidisipliner sağlık profesyoneli uzmanlığı ve tüketici perspektifleriyle birlikte değerlendirilmiştir. Kaynaklardaki, sağlık sistemlerindeki ve sağlık profesyonellerine, araştırmalara ve terapilere erişimdeki değişkenlik, uluslararası ortamlarda dikkate alınmış ve en iyi uygulamayla tutarlı olarak, çeviride uyarlama gerekebilir. Uyarlama konusunda yardım, helena.teede@monash.edu ile iletişime geçilerek alınabilir.

Kılavuz önerilerinin yorumlanmasına yardımcı olmak için bunlar; kategoriye, kullanılan terimlere, SINIF'a ve kanıt kalitesine göre sunulmuştur. Önerilerin kategorisi kanıta dayalı veya fikir birliği önerilerini içerir ve Tablo 1'de açıklandığı gibi ilgili uygulama noktalarına eşlik eder. PCOS'ta yeterli kanıt mevcut olduğunda, kanıta dayalı bir öneri yapılır, PCOS'ta yeterli kanıt olmadığında, genel veya ilgili popülasyonlardaki kanıtlar dikkate alınır ve uygunsa ve fikir birliği varsa, GDG fikir birliği önerilerinde bulunur. Uygulama noktaları, GDG'nin kanıta dayalı veya fikir birliği önerilerini dikkate almasından kaynaklanan önemli klinik ve uygulama sorunlarını vurgular.

Tablo 1: PCOS kılavuz önerilerinin kategorileri

KDÖ Kanıta dayalı öneriler: Kılavuz geliştirme grubu tarafından yapılan bir öneriyi bilgilendirmek için yeterli kanıt.

KÖ Konsensüs önerileri: Yeterli kanıtın bulunmaması durumunda, kılavuz geliştirme grubu tarafından genel nüfustan alınan kanıtlarla da bilgilendirilen bir konsensüs önerisi yapılmıştır.

UN Uygulama noktaları: Kanıt aranmamıştır. Kılavuz geliştirme grubu tarafından, kanıta dayalı veya konsensüs önerilerinin tartışılmasından önemli sorunların ortaya çıktığı bir uygulama noktası yapılmıştır.

Öneri terimleri arasında 'olmalı', 'olabilir' ve 'olmamalıdır' yer alır. Bu terimler önerinin doğası (kanıt veya fikir birliği), GRADE çerçevesi ve kanıt kalitesi tarafından belirlenir ve tüketiciler de dahil olmak üzere çok disiplinli GDG'nin yargısını yansıtan bağımsız tanımlayıcılardır. Önerinin genel

yorumlanması ve pratik uygulamasına, faydalar ve zararlar arasında denge kurmaya atıfta bulunurlar. 'Olmalıdır', önerinin faydalarının zararları aştığı ve önerinin uygulamaya rehberlik edebileceğine güvenilebileceği durumlarda kullanılır. Koşullu öneriler, kanıt kalitesinin sınırlı olduğu veya mevcut çalışmaların bir yaklaşımın diğerine göre çok az belirgin avantajını gösterdiği veya fayda-zarar dengesinin belirsiz olduğu durumlarda kullanılan 'olabilir' veya 'olmalıdır/düşünülmelidir' terimleri kullanılarak yansıtılır. 'Olmamalıdır', uygun kanıt eksikliği olduğunda veya zararların faydalardan daha ağır basabileceği durumlarda kullanılır. Önerinin GRADE'i, GDG tarafından, istenen etkiler, istenmeyen etkiler, etki dengesi, kaynak gereksinimleri ve maliyet etkinliği, eşitlik, kabul edilebilirlik ve uygulanabilirlik dahil olmak üzere

GRADE çerçevesinin¹⁶ yapılandırılmış, şeffaf bir şekilde değerlendirilmesiyle belirlenir ve şunları içerir:

- Seçeneğe karşı koşullu öneri
- Seçenek veya karşılaştırma için koşullu öneri
- Seçenek için koşullu öneri
- Seçenek için güçlü öneri

Kanıt kalitesi aşağıdakilere göre sınıflandırılır (bkz. Tablo 2):

- sonucu ele alan çalışmaların sayısı ve tasarımı hakkında bilgi
- dahil edilen çalışmaların ve/veya sentezlenen kanıtların kalitesi hakkında yargılar, örneğin önyargı riski, tutarsızlık, dolaylılık, kesinsizlik ve kanıt kalitesini etkileyebilecek diğer hususlar
- temel istatistiksel veriler
- sonuçların öneminin sınıflandırılması.

Kanıt kalitesi, etki tahminine olan güvenimizin belirli bir öneriyi desteklemek için yeterli olup olmadığını yansıtır (16) ve büyük ölçüde uzman kanıt sentez ekibi tarafından belirlenmiştir.

Tablo 2: Kanıt kategorilerinin kalitesi (kesinliği) (GRADE'den uyarlanmıştır)¹⁶

Yüksek Gerçek etkinin, etki tahminine yakın olduğundan çok eminim.

Orta Etki tahminine orta düzeyde güven: Gerçek etkinin, etki tahminine yakın olma olasılığı yüksektir, ancak farklı olma olasılığı vardır.

Düşük Etki tahminine sınırlı güven: Gerçek etkinin, etki tahmininden önemli ölçüde farklı olma olasılığı vardır.

Çok Düşük Etki tahminine çok az güven: Gerçek etkinin, etki tahmininden önemli ölçüde farklı olma olasılığı vardır.

GRADE kanıt kalitesinin bir süreklilik olduğunu unutmayın; herhangi bir ayrı kategorizasyon, bir miktar öznellik içerir.

Yine de, basitlik, şeffaflık ve canlılık avantajları bu sınırlamalardan daha ağır basmaktadır.¹⁶

Aşağıdaki Tablo 3'teki öneriler özeti, önerilerin kategorisini, tanımlayıcı terimlerini, GRADE'ini ve kanıt kalitesini uygular. Kılavuzun gövdesinde, sorunun klinik ihtiyacını, klinik soruyu, kanıt özetini, öneriyi

ve uygulama noktalarını ve GDG tarafından geliştirilen ve kapsamlı uluslararası akran incelemesiyle değiştirilen gerekçenin bir özetini ana hatlarıyla belirtiyoruz.

Her öneriyi destekleyen kapsamlı kanıt incelemeleri, profiller ve GRADE çerçeveleri,ek Teknik Rapor'da bulunabilir.

Cochrane yöntemlerine uyumlu olarak, kanıt kesinliği her klinik soru için sonuçlar arasında önemli ölçüde değişir. Bu kılavuzda, kaydedilen kanıt kesinliği her soru için en önemli üç sonuç için en düşük kesinliği yansıtır. Burada, kanıtlar genellikle en kritik sonuç için daha güçlüydü ve genellikle yüksek kaliteli randomize kontrollü çalışmalar (RCT'ler) bireysel bir soruyu ele almıştı, ancak birden fazla sonucun dikkate alınması ve ek düşük kaliteli çalışmaların dahil edilmesi genel olarak düşük kesinlik kanıtıyla sonuçlanmış olabilir.

Kanıtlardaki bu nüanslar, GDG tarafından her klinik soru için dikkate alındı ve teknik raporda ve GRADE tablolarında ana hatlarıyla belirtildi. Bu nedenle, önerinin gücü ile kanıtın kesinliği arasında belirgin bir tutarsızlık gözlemlenebilir. Bu gerçekleştiğinde, ilgili klinik soru altındaki kılavuza bir gerekçe eklenir.

Bu, Bölüm 6'da özetlendiği gibi yaşayan bir kılavuzdur. Kılavuzun daha kısa vadede yeni kanıtların beklendiği en hızlı ilerleyen alanları için, ek kanıt aramak için yıllık bir kapsam incelemesi tamamlanacak ve süreç Bölüm 6'da belirtildiği şekilde izlenecektir. Öneriler tablosunda ve özetinde, bunlar # ile gösterilir.

Öneriler özeti;

Tablo 3: Öneriler

Öneri ve teknik rapor numaraları birbirine karşılık gelir. Konsensüs önerileri (KÖ) ve uygulama noktaları (UN) 'GRADE' derecelendirmelerine sahip değildir, ancak kanıt özetleri bunların PCOS ve genel nüfus kanıtları tarafından nasıl bilgilendirildiğini ana hatlarıyla belirtir. # yaşam kılavuzu güncellemeleri için önceliği belirtir.

1 Tarama, tanı ve risk değerlendirmesi ve yaşam evreleri

Genel ilkeler

UN Tüm tanısal değerlendirmelerin tanısal algoritmaya uygun olarak kullanılması önerilir.

1.1 Düzensiz döngüler ve yumurtlama disfonksiyonu

1.1.1 KÖ Düzensiz adet döngüleri şu şekilde tanımlanır:

- Ergenlik geçişinin bir parçası olarak menarştan sonraki ilk yılda normal
- Menarştan sonra > 1 ila < 3 yıl: < 21 veya > 45 gün
- Menarştan perimenopoza kadar > 3 yıl: < 21 veya > 35 gün veya yılda < 8 döngü
- Menarştan sonra > 1 yıl Herhangi bir döngü için > 90 gün

15 yaşına kadar birincil amenore veya telarştan sonra > 3 yıl (meme gelişimi)

Düzensiz adet döngüleri mevcut olduğunda PCOS tanısı bu PCOS Kılavuzlarına göre düşünülmeli ve değerlendirilmelidir.

1.1.2 UN Ortalama menarş yaşı popülasyonlar arasında farklılık gösterebilir.

1.1.3 UN Düzensiz adet döngüleri olan ergenlerde, PCOS'un değerlendirilmesi ve tanısının değeri ve en uygun zamanlaması, bu yaşam evresindeki tanı zorlukları ve psikososyal ve kültürel faktörler göz önünde bulundurularak hasta ve ebeveyni/ebeveynleri veya velisi/vasileri ile görüşülmelidir.

1.1.4 UN PCOS'un özelliklerine sahip ancak tanı kriterlerini karşılamayan ergenler için, 'artmış risk' düşünülebilir ve tam üreme olgunluğuna ermeden önce, menarştan 8 yıl sonra yeniden değerlendirme önerilebilir. Buna, PCOS özelliklerine sahip olanlar kombine oral kontraseptif hap (KOK) başlangıcından önce, devam eden özelliklere sahip olanlar ve ergenlikte önemli kilo alımı olanlar dahildir.

1.1.5 UN Yumurtlama disfonksiyonu düzenli döngülerde de meydana gelebilir ve anovülasyonun doğrulanması gerekiyorsa serum progesteron seviyeleri ölçülebilir.

1.2 Biyokimyasal hiperandrojenizm

1.2.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri PCOS tanısında biyokimyasal hiperandrojenizmi değerlendirmek için toplam ve serbest testosteron kullanmalıdır; serbest testosteron hesaplanan serbest androjen indeksi ile tahmin edilebilir.

1.2.2 KDÖ Testosteron veya serbest testosteron yüksek değilse, sağlık profesyonelleri androstendion ve dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS) ölçümünü düşünebilir, daha düşük özgüllüklerine ve DHEAS'ta yaşa bağlı daha büyük azalmaya dikkat çekebilirler.

1.2.3 KDÖ Laboratuvarlar toplam testosteronu ölçmek için ve gerekirse androstendion ve DHEAS için doğrulanmış, oldukça doğru tandem kütle spektrometrisi (LC-MS/MS) testleri kullanmalıdır. Serbest testosteron hesaplama, denge diyalizi veya amonyum sülfat çökeltmesi ile değerlendirilmelidir.

1.2.4 KDÖ Laboratuvarları, toplam veya serbest testosteronu değerlendirmek için doğrudan immünolojik testler yerine LC-MS/MS testlerini kullanmalıdır (örneğin radyometrik, enzim bağlantılı, vb.) (bunların doğruluğu sınırlıdır ve PCOS'ta hiperandrojenizmi teşhis etmek için zayıf duyarlılık ve kesinlik gösterir).

1.2.5 UN PCOS'ta hiperandrojenizmin tespiti için, biyokimyasal hiperandrojenizmin değerlendirilmesi, minimal veya hiç klinik hiperandrojenizm belirtisi olmayan hastalarda (yani hirsutizm) en büyük değere sahiptir.

1.2.6 UN Kombine oral kontraseptif hap (COCP) kullanan kadınlarda biyokimyasal hiperandrojenizmi güvenilir bir şekilde değerlendirmek çok zordur çünkü hap seks hormonu bağlayıcı globulini artırır ve gonadotropin bağımlı androjen üretimini azaltır.

Zaten KOK kullanımı mevcutsa ve biyokimyasal androjenlerin değerlendirilmesi zorunluysa, hap en az üç ay boyunca kesilmeli ve bu süre zarfında kontrasepsiyon başka şekilde yönetilmelidir.

1.2.7 UN Yetişkinlerde PCOS'nin devam eden değerlendirmesi için tekrarlanan androjen ölçümlerinin sınırlı bir rolü vardır.

1.2.8 UN Çoğu ergende, androjen seviyeleri 12-15 yaşlarında yetişkin aralıklarına ulaşır.

1.2.9 UN Androjen seviyeleri laboratuvar referans aralıklarının belirgin şekilde üzerindeyse, PCOS dışındaki hiperandrojenemi nedenleri, yumurtalık ve adrenal neoplastik büyümeleri, konjenital

adrenal hiperplazi, Cushing sendromu, yumurtalık hipertekozu (menopozdan sonra), iatrojenik nedenler ve şiddetli insülin direnci sendromları dahil olmak üzere dikkate alınmalıdır. Bununla birlikte, bazı androjen salgılayan neoplazmalar, androjen seviyelerinde yalnızca hafif ila orta dereceli artışlarla ilişkilidir. Semptomların başlangıç zamanı ve/veya hızlı ilerlemesinin klinik geçmişi, androjen salgılayan bir tümörü değerlendirmede kritik öneme sahiptir.

1.2.10 UN Farklı yöntemler ve laboratuvarlar için referans aralıkları büyük ölçüde değişir ve genellikle tam olarak karakterize edilmemiş ve PCOS'lu kadınları içerme olasılığı yüksek olan bir popülasyondan alınan ortalamanın keyfi bir yüzdesine veya varyanslarına dayanır. Normal değerler, iyi karakterize edilmiş sağlıklı bir kontrol popülasyonundaki değer aralığına göre veya genel popülasyon değerlerinin küme analiziyle belirlenmelidir.

1.2.11 UN Kadınlarda androjen ölçümleriyle ilgilenen laboratuvarlar şunları göz önünde bulundurmalıdır:

- iyi karakterize edilmiş sağlıklı bir kontrol popülasyonundaki değer aralığı veya büyük bir genel popülasyonun değerlerinin küme analizi yoluyla laboratuvar normal değerlerinin belirlenmesi
- mümkün olduğunda en doğru yöntemlerin uygulanması
- yeterli uzmanlığın mevcut olduğu durumlarda kütle spektrometrisine alternatif olarak ekstraksiyon/kromatografi immünolojik analizlerinin kullanılması
- 11-oksijenli androjenlerin ölçülmesi ve farklı yaş ve etnik kökenlere sahip popülasyonlarda büyük ölçekli doğrulamaya dayalı kesme seviyelerinin veya eşiklerin belirlenmesiyle gelecekteki iyileştirmeler sağlanabilir.

1.3 Klinik hiperandrojenizm

1.3.1 KDÖ Sadece hirsutizm varlığı yetişkinlerde biyokimyasal hiperandrojenizm ve PCOS'un tahmini olarak değerlendirilmelidir.

1.3.2 KDÖ Sağlık profesyonelleri, kadın tipi saç dökülmesi ve aknenin tek başına (hirsutizm olmadan) biyokimyasal hiperandrojenizmin nispeten zayıf öngörücüleri olduğunu fark edebilirler.

1.3.3 KÖ Akne, yetişkin kadın tipi saç dökülmesi ve hirsutizm ve ergenlerde şiddetli akne ve hirsutizm dahil olmak üzere klinik hiperandrojenizmin semptomları ve belirtileri için kapsamlı bir öykü ve fizik muayene tamamlanmalıdır.

1.3.4 KÖ Sağlık profesyonelleri, klinik hiperandrojenizmin potansiyel olumsuz psikososyal etkisinin farkında olmalı ve istenmeyen aşırı saç büyümesinin ve/veya kadın tipi saç dökülmesinin bildirilmesinin, belirgin klinik şiddetten bağımsız olarak önemli olduğunu düşünmelidirler.

1.3.5 KÖ Hirsutizmi tespit etmek için 4-6'lık değiştirilmiş bir Ferriman Gallwey skoru (mFG) kullanılmalıdır, etnik kökene bağlı olarak, kendi kendine tedavinin yaygın olduğu ve klinik değerlendirmeyi sınırlayabileceği kabul edilmelidir.

1.3.6 KÖ Sağlık profesyonelleri, hirsutizmin şiddetinin etnik kökene göre değişebileceğini ancak hirsutizmin yaygınlığının etnik kökenler arasında benzer görüldüğünü dikkate almalıdır.

1.3.7 UN Sağlık profesyonelleri şunları yapmalıdır:

- hirsutizmi değerlendirirken standart görsel ölçeklerin tercih edildiğinin farkında olmalıdır, örneğin fotoğraflık atlasla birlikte mFG ölçeği

- Kadın tipi saç dökülmesini değerlendirmek için Ludwig veya Olsen görsel ölçeklerini göz önünde bulundurun
- Aknenin varlığını değerlendirmek için evrensel olarak kabul görmüş görsel araçlar olmadığını unutmayın
- Kadınların klinik hiperandrojenizmi genellikle kozmetik olarak tedavi ettiğini ve görünür klinik şiddetlerini azalttığını kabul edin
- İstenmeyen aşırı kıl büyümesinin ve muhtemelen akne ve kadın tipi saç dökülmesinin kendi kendine değerlendirilmesinin yüksek derecede geçerliliğe sahip olduğunu ve hiperandrojenizmin belirgin klinik belirtileri muayenede kolayca belirgin olmasa bile yakın değerlendirmeyi hak ettiğini takdir edin
- Hirsutizmi tanımlamada yalnızca terminal kılların dikkate alınması gerektiğinin ve tedavi edilmezse > 5 mm'ye ulaşabileceğinin, şekil ve dokuda değişiklik gösterebileceğinin ve genellikle pigmentli
- hirsutizm dahil olmak üzere yeni başlayan şiddetli veya kötüleşen hiperandrojenizmin, androjen salgılayan tümörleri ve yumurtalık hipertekozunu dışlamak için daha fazla araştırma gerektirdiğini unutmayın
- hirsutizm, akne ve kadın tipi saç dökülmesi dahil olmak üzere hiperandrojenizmin klinik belirtilerini, tedavi sırasında iyileşme veya tedavi ayarlaması için izleyin.

1.4 Ultrason ve polikistik over morfolojisi

1.4.1 KDÖ Yumurtalık başına folikül sayısı (FNPO), yetişkinlerde polikistik over morfolojisini (PCOM) tespit etmek için en etkili ultrason belirteci olarak düşünülmelidir.

1.4.2 KDÖ Yumurtalık başına folikül sayısı (FNPO), kesit başına folikül sayısı (FNPS) ve yumurtalık hacmi (OV), yetişkinlerde PKOS için doğru ultrason belirteçleri olarak düşünülmelidir.

1.4.3 KÖ PKOS kriterleri folikül fazlalığına (FNPO, FNPS) ve/veya yumurtalık büyümesine (OV) dayanmalıdır.

1.4.4 KÖ En az bir yumurtalıkta yumurtalık başına folikül sayısı (FNPO) ≥ 20 yetişkinlerde PCOM için eşik olarak kabul edilmelidir.

1.4.5 KÖ Yumurtalık hacmi (OV) ≥ 10 ml veya en az bir yumurtalıkta bölüm başına folikül sayısı (FNPS) ≥ 10 yetişkinlerde daha eski teknoloji kullanılıyorsa veya görüntü kalitesi tüm yumurtalık boyunca folikül sayılarının doğru bir şekilde değerlendirilmesine izin vermek için yeterli değilse PKOS için eşik olarak kabul edilmelidir.

1.4.6 UN Ergenlerde ultrasonda polikistik over morfolojisini (PCOM) tanımlamak için kesin bir kriter yoktur, bu nedenle ergenlerde önerilmez.

1.4.7 UN Ultrason endike olduğunda, birey için kabul edilebilirse, transvajinal yaklaşım PCOM tanısı için en doğru yaklaşımdır.

1.4.8 UN Transabdominal ultrason, yetişkinlerde her iki overde de ≥ 10 ml eşik değerine sahip over hacmini (OV) veya bölüm başına folikül sayısını (FNPS) ≥ 10 olarak bildirmelidir, çünkü bu yaklaşımla tüm over boyunca folikül sayılarını değerlendirmenin zorluğu vardır.

1.4.9 UN Düzensiz adet döngüsü ve hiperandrojenizmi olan hastalarda, PCOS tanısı için over ultrasonu gerekli değildir.

1.4.10 PKOS için UN Eşikleri, ilerleyen ultrason teknolojisiyle düzenli olarak revize edilmeli ve PCOM için yaşa özgü kesme değerleri tanımlanmalıdır.

1.4.11 UN Yumurtalık başına dikkatli ve titiz folikül sayımı konusunda eğitime ihtiyaç vardır ve ultrasonda PKOS raporlaması için net standart protokoller önerilir ve en azından şunları içerir:

- son adet dönemi (veya döngü aşaması)
- dönüştürücü bant genişliği frekansı
- değerlendirilen yaklaşım/yol
- yumurtalık başına toplam 2–9 mm folikül sayısı
- üç boyutlu ölçümler (cm cinsinden) veya her yumurtalığın hacmi
- yumurtalık kistleri, korpus luteum, dominant foliküller (≥ 10 mm) (yumurtalık hacmi hesaplamalarına dahil edilmemelidir) dahil olmak üzere diğer yumurtalık özellikleri ve/veya patolojileri
- PKOS tanısı için, dominant bir folikülün not edildiği durumlarda,
- endometrial kalınlık ve desen dahil olmak üzere uterus özellikleri ve/veya patolojisi.

1.5 PKOS tanısında anti-müllerian hormon

1.5.1 KDÖ Serum anti-müllerian hormon (AMH), yetişkinlerde PKOS'u tanımlamak için kullanılabilir.

1.5.2 KDÖ Serum AMH yalnızca tanı algoritmasına uygun olarak kullanılmalıdır, düzensiz adet döngüsü ve hiperandrojenizmi olan hastalarda, bir AMH düzeyinin PCOS tanısı için gerekli olmadığını belirterek.

1.5.3 KDÖ Serum AMH'nin PCOS tanısında tek bir test olarak kullanılmamasını öneriyoruz.

1.5.4 KDÖ Serum AMH henüz ergenlerde kullanılmamalıdır.

1.5.5 UN PKOS'u tanımlamak için serum AMH veya ultrason kullanılabilir; ancak, aşırı tanıyı sınırlamak için her iki test de yapılmamalıdır.

1.5.6 UN Laboratuvarlar ve sağlık profesyonelleri, genel popülasyonda AMH'yi etkileyen faktörlerin farkında olmalıdır:

- yaş: Serum AMH genel popülasyonda genellikle 20-25 yaşları arasında zirve yapar
- vücut kitle indeksi (VKİ): Serum AMH, genel popülasyonda daha yüksek VKİ'ye sahip olanlarda daha düşüktür
- hormonal kontrasepsiyon ve yumurtalık ameliyatı: Serum AMH, mevcut veya yakın zamandaki COCP kullanımıyla baskılanabilir
- adet döngüsü günü: Serum AMH, adet döngüsü boyunca değişebilir.

1.5.7 UN Kadınlarda AMH ölçümlerinde yer alan laboratuvarlar, popülasyona ve teste özgü kesme noktaları kullanmalıdır.

1.6 Etnik çeşitlilik

1.6.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri, PKDÖ'un tüm etnik kökenlerde ve dünya bölgelerinde yaygın olduğunun farkında olmalıdır; bu oran, Rotterdam kriterlerine göre küresel olarak %10-13 arasında değişmektedir.

1.6.2 KDÖ Sağlık profesyonelleri, PCOS yaygınlığının dünya bölgeleri ve etnik kökenler arasında benzer olduğunun, ancak Güneydoğu Asya ve Doğu Akdeniz bölgelerinde daha yüksek olabileceğinin farkında olmalıdır.

1.6.3 UN Sağlık profesyonelleri, PCOS'un sunumunun etnik gruplar arasında değişebileceğinin farkında olmalıdır.

1.7 Menopoz yaşam evresi

1.7.1 KÖ PCOS tanısı kalıcı/ömür boyu olarak kabul edilebilir.

1.7.2 KÖ Sağlık profesyonelleri, PCOS'lu kadınlarda menopoz sonrası dönemde hem klinik hem de biyokimyasal hiperandrojenizmin devam ettiğini düşünebilir. 1.7.3 CR PCOS tanısı, daha önceki üreme yıllarında (20-40 yaş) daha önce bir tanı konulmuşsa veya hiperandrojenizm ve/veya PCOM ile birlikte uzun süreli oligo-amenore öyküsü varsa, menopoz sonrası olarak düşünülebilir.

1.7.4 KÖ Hirsutizm dahil olmak üzere yeni başlayan, şiddetli veya kötüleşen hiperandrojenizmle gelen menopoz sonrası kadınlarda androjen salgılayan tümörleri ve yumurtalık hipertekozunu ekarte etmek için daha fazla araştırma düşünülmelidir.

1.8 Kardiyovasküler hastalık riski

1.8.1 KDÖ PKOS'lu kadınların kardiyovasküler hastalık ve potansiyel olarak kardiyovasküler mortalite açısından artmış risk altında olduğu düşünülmeli ve premenopozal kadınlarda kardiyovasküler hastalığın genel riskinin düşük olduğu kabul edilmelidir.

1.8.2 KDÖ PKOS'lu tüm kadınlar kardiyovasküler hastalık risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir.

1.8.3 KÖ Yaş ve BMI'den bağımsız olarak tüm PKOS'lu kadınların tanı sırasında bir lipid profili (kolesterol, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol, yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol ve trigliserit seviyesi) olmalıdır. Bundan sonra, ölçüm sıklığı hiperlipidemi varlığına ve ek risk faktörlerine veya genel kardiyovasküler riske dayanmalıdır.

1.8.4 KÖ PKOS'lu tüm kadınların kan basıncı yılda bir ve gebelik planlarken veya doğurganlık tedavisi ararken ölçülmelidir, çünkü gebelikte hipertansif bozukluklar ve ilişkili komorbiditeler riski yüksektir.

1.8.5 KÖ Finansman kuruluşları, PCOS'un kardiyometabolik hastalık da dahil olmak üzere çok sistemli etkilerle oldukça yaygın olduğunu kabul etmeli ve buna göre araştırma desteğini çeşitlendirmeli ve artırmalıdır.

1.8.6 KÖ Kardiyovasküler genel nüfus kılavuzları, PCOS'un kardiyovasküler risk faktörü olarak dahil edilmesini değerlendirebilir.

1.8.7 KÖ Sağlık profesyonelleri, PCOS'lu kadınlar ve diğer paydaşlar, kardiyovasküler riski azaltmak için önleyici stratejilere öncelik vermelidir.

1.8.8 UN Risk değerlendirmesinin sıklığını belirlerken, etnik kökenlere (bkz. 1.6.1) ve yaşa göre kardiyovasküler risk faktörleri ve kardiyovasküler hastalığındaki farklılıklara dikkat edilmelidir.

1.9 Bozulmuş glikoz toleransı ve tip 2 diyabet riski

1.9.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri ve PCOS'lu kadınlar, yaş ve BMI'den bağımsız olarak, PCOS'lu kadınların bozulmuş açlık glikozu, bozulmuş glikoz toleransı ve tip 2 diyabet riskinin arttığını bilmelidir.

1.9.2 KDÖ Glisemik durum, PCOS'lu tüm yetişkinlerde ve ergenlerde tanı sırasında değerlendirilmelidir.

1.9.3 KÖ Glisemik durum, diyabet için ek bireysel risk faktörlerine göre her bir ila üç yılda bir yeniden değerlendirilmelidir.

1.9.4 KÖ Sağlık profesyonelleri, PCOS'lu kadınlar ve diğer paydaşlar, tip 2 diyabet riskini azaltmak için önleyici stratejilere öncelik vermelidir.

1.9.5 KÖ Finansman kuruluşları PCOS'un oldukça yaygın olduğunu, diyabet için önemli ölçüde daha yüksek risk taşıdığını kabul etmeli ve buna göre finanse edilmelidir.

1.9.6 KÖ Diyabet genel nüfus kılavuzları PCOS'un diyabet için bağımsız bir risk faktörü olarak dahil edilmesini dikkate almalıdır.

1.9.7 KÖ Sağlık profesyonelleri, PCOS'lu yetişkinler ve ergenler ve birinci derece akrabaları, diyabet riskinin arttığını ve düzenli glisemik değerlendirmeye ihtiyaç olduğunu bilmelidir.

1.9.8 KÖ Tip 1 ve tip 2 diyabetli kadınlarda PCOS riski artmıştır ve diyabetli bireylerde tarama düşünülmelidir.

Glisemik test

1.9.9 KDÖ Sağlık profesyonelleri ve PCOS'lu kadınlar, BMI'den bağımsız olarak PCOS'daki glisemik durumu değerlendirmek için en doğru test olarak 75 g oral glukoz tolerans testini (OGTT) önermelidir.

1.9.10 EBR OGTT yapılamıyorsa, açlık plazma glikozu ve/veya glikozlanmış hemoglobin (HbA1c) dikkate alınabilir ve doğruluk önemli ölçüde azalır.

1.9.11 KDÖ Gebelik planlayan veya doğurganlık tedavisi arayan tüm PCOS'lu ve önceden diyabeti olmayan kadınlarda, gebelikte hiperglisemi ve ilişkili komorbiditelerin yüksek riski göz önünde bulundurularak OGTT düşünülmelidir. Gebelik öncesi yapılmazsa, ilk doğum öncesi ziyarette OGTT önerilebilir ve PKOS'lu tüm kadınlara 24-28. gebelik haftalarında test önerilmelidir.

1.9.12 UN İnsülin direnci PCOS'ta patofizyolojik bir faktördür, ancak klinik olarak mevcut insülin testleri sınırlı klinik öneme sahiptir ve rutin bakımda önerilmez (3.1.10'a bakın).

1.10 Obstrüktif uyku apnesi

1.10.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri, PCOS'lu kadınların, BMI'den bağımsız olarak PCOS'suz kadınlara kıyasla obstrüktif uyku apnesi (OSA) prevalansının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu bilmelidir.

1.10.2 KDÖ PKOS'lu kadınlar semptomlar açısından değerlendirilmelidir (yani, horlama ile birlikte uykudan dinlenmiş bir şekilde uyanma, gündüz uykululuğu veya yorgunluk) ve mevcutsa, geçerli araçlarla tarama yapılmalı veya değerlendirme için sevk edilmelidir.

1.10.3 UN Basit obstrüktif uyku apnesi tarama anketleri (genel popülasyonda geçerliliği olan Berlin anketi gibi) PKOS'lu kadınlarda obstrüktif uyku apnesini belirlemede yardımcı olabilir ve tanı için resmi bir uyku çalışması gerektiğini belirtmektedir.

1.10.4 UN Tedavi hedefleri, obstrüktif uyku apnesiyle ilişkili semptom yükünü hedeflemelidir.

1.11 Endometriyal hiperplazi ve kanser

1.11.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri, PKOS'lu premenopozal kadınların endometriyal hiperplazi ve endometriyal kanser geliştirme riskinin belirgin şekilde daha yüksek olduğunu bilmelidir.

1.11.2 UN PKOS'lu kadınlar, endometriyal hiperplazi ve endometriyal kanser riskinin arttığı konusunda bilgilendirilmeli, endometriyal kanser geliştirme genel şansının düşük olduğu ve bu nedenle rutin taramanın önerilmediği kabul edilmelidir.

1.11.3 UN Uzun süreli tedavi edilmemiş amenore, yüksek kilo, tip 2 diyabet ve kalıcı kalınlaşmış endometriyum, PKOS'a ek olarak endometriyal hiperplazi ve endometriyal kanser için risk faktörleridir.

1.11.4 PP PKOS'lu kadınlar, kilo yönetimi, döngü düzenlemesi ve düzenli progestojen tedavisi gibi önleyici stratejiler hakkında bilgilendirilmelidir.

1.11.5 UN Aşırı endometrial kalınlık tespit edildiğinde, histolojik analiz ve çekilme kanaması ile biyopsi yapılması düşünülmelidir.

1.12 Akrabalardaki riskler

1.12.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri, PKOS'lu kadınların babalarında ve erkek kardeşlerinde metabolik sendrom, tip 2 diyabet ve hipertansiyonun daha yaygın olabileceğini düşünebilirler.

1.12.2 UN PKOS'lu kadınların birinci derece kadın akrabalarındaki kardiyometabolik risk henüz kesin değildir.

2 Psikolojik özelliklerin yaygınlığı, taranması ve yönetimi ve bakım modelleri

Genel ilkeler

UN Psikolojik özellikler, tüm sağlık profesyonellerinin farkında olması gereken PCOS'un yaygın ve önemli bir bileşenidir.

UN Finansman kuruluşları PKOS'un oldukça yaygın olduğunu, önemli ölçüde daha yüksek psikolojik bozukluklara sahip olduğunu ve buna göre önceliklendirilmesi ve finanse edilmesi gerektiğini kabul etmelidir.

2.1 Yaşam kalitesi

2.1.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri ve kadınlar, PCOS ve/veya PCOS özelliklerinin yetişkinlerde yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisini fark etmelidir.

2.1.2 UN PKOS'lu kadınlara PCOS ile ilişkili semptomlar, yaşam kalitesi üzerindeki etkileri, temel endişeleri ve yönetim için öncelikleri hakkında sorular sorulmalıdır

2.2 Depresyon ve anksiyete

2.2.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri, PKOS'lu yetişkinlerde ve ergenlerde orta ila şiddetli depresif semptomların ve depresyonun yüksek yaygınlığının farkında olmalı ve bölgesel olarak doğrulanmış tarama araçlarını kullanarak PKOS'lu tüm yetişkinlerde ve ergenlerde depresyon taraması yapmalıdır.

2.2.2 KDÖ Sağlık profesyonelleri, yetişkinlerde orta ila şiddetli anksiyete semptomlarının ve anksiyete bozukluklarının yüksek yaygınlığının farkında olmalı ve bölgesel olarak doğrulanmış tarama araçlarını kullanarak PKOS'lu tüm yetişkinlerde anksiyete taraması yapmalıdır.

2.2.3 KÖ Orta veya şiddetli depresif veya anksiyete semptomları tespit edilirse, uygulayıcılar daha fazla değerlendirme yapmalı, uygun şekilde sevk etmeli veya tedavi sunmalıdır.

2.2.4 UN Semptomların şiddeti ve depresyon veya anksiyetenin klinik tanısı yönetimi yönlendirmelidir. Anksiyete ve depresyon taraması için en uygun aralık bilinmemektedir. Pragmatik bir yaklaşım, tanı sırasında taramayı, klinik yargıya, risk faktörlerine, eşlik eden hastalıklara ve perinatal dönem de dahil olmak üzere yaşam olaylarına dayalı tekrar taramayı içerebilir. Ruh sağlığı bozuklukları için tarama, risk faktörlerinin, semptomların ve kendine zarar verme ve intihar niyeti riskinin değerlendirilmesini içerir.

2.3 Psikoseksüel işlev

2.3.1 KÖ Sağlık profesyonelleri, daha yüksek kilo, hirsutizm, ruh hali bozuklukları, kısırlık ve PCOS ilaçları dahil olmak üzere PKOS'ta psikoseksüel işlevi etkileyebilecek birden fazla faktörü göz önünde bulundurabilir.

2.3.2 KÖ Psikoseksüel işlevi tartışmak için izin alınmalıdır, psikoseksüel işlev bozukluğunun tanısının hem düşük psikoseksüel işlevi hem de ilgili sıkıntıyı gerektirdiği unutulmamalıdır.

2.4 Beden İmajı

2.4.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri, PKOS'un özelliklerinin beden imajı üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceğinin farkında olmalıdır.

2.5 Yeme bozuklukları ve düzensiz beslenme

2.5.1 KDÖ Yeme bozuklukları ve düzensiz beslenme, özellikle kilo yönetimi ve yaşam tarzı müdahaleleri bağlamında, ağırlığa bakılmaksızın PKOS'ta dikkate alınmalıdır (bkz. bölümler 2.4 ve 3.6).

2.5.2 UN Yeme bozuklukları veya yeme bozukluklarından şüpheleniliyorsa, uygun şekilde yetkilendirilmiş uygulayıcılar tam bir tanı görüşmesi yoluyla daha fazla değerlendirme yapmalıdır. Yeme bozukluğu veya düzensiz beslenme tespit edilirse, uygun yönetim ve destek sunulmalıdır.

2.6 Bilgi kaynakları, bakım modelleri, kültürel ve dilsel hususlar

2.6.1 Bilgi ihtiyaçları

2.6.1.1 KDÖ PKOS'lu herkese yüksek kaliteli, kültürel olarak uygun ve kapsayıcı olan özel bilgi, eğitim ve kaynaklar sağlanmalıdır.

2.6.1.2 KDÖ Bilgi, eğitim ve kaynaklar PKOS'lu hastalar için yüksek bir önceliğe sahiptir ve saygılı ve empatik bir şekilde sağlanmalıdır.

2.6.1.3 KÖ Sağlık profesyonelleri eğitiminden sorumlu kuruluşlar, bilgi boşluklarını gidermek için PCOS ile ilgili bilgi ve eğitimin sağlık profesyonelleri eğitiminin tüm seviyelerine sistematik olarak yerleştirilmesini sağlamalıdır.

2.6.1.4 UN Uygulama paradigmalarını uyarlarken nüfusun çeşitliliği dikkate alınmalıdır. Sağlık profesyonelleri fırsatları, lisansüstü ve lisansüstü eğitimin, sürekli mesleki gelişimin ve uygulamadaki destek kaynaklarının tüm aşamalarında optimize edilmelidir.

2.6.1.5 UN Kadınlara yanlış bilgilendirme riski konusunda danışmanlık yapılmalı ve kanıta dayalı kaynaklara yönlendirilmelidir.

2.6.2 Bakım modelleri

2.6.2.1 KÖ Bakım modelleri, gerektiğinde entegre uzman ve multidisipliner hizmetlere geçiş yolları ile kanıta dayalı birincil bakıma eşit erişimi önceliklendirmelidir.

2.6.2.2 UN En iyi bakım modellerini sunma stratejileri arasında sağlık profesyonelleri eğitimi, bakım yolları, sanal bakım, daha geniş sağlık profesyonelleri katılımı (örn. hemşire uygulayıcıları) ve koordinasyon araçları yer alabilir.

2.6.3 PKOS'u yönetmek için destek

2.6.3.1 KÖ Kamu sağlığı aktörleri, damgalanmayı ve marjinalleşmeyi azaltmak için PCOS konusunda toplumsal farkındalığı ve eğitimi artırmayı düşünmelidir.

2.6.3.2 UN Aileler için PCOS konusunda kültürel olarak uygun kaynaklar ve eğitim, bu duruma sahip olanların yaşam boyu değerlendirilmesi gerekir.

2.6.4 Hasta bakımı

2.6.4.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri, ortak karar alma ve hastanın sağlık ve bakımını yönetmek için bağımsız eylemlerde bulunma yeteneğini veya yeteneğini desteklemelidir.

2.6.4.2 KDÖ PKOS hakkında bilgi sahibi olmanın, tanı, tedavi ve sağlık etkileriyle ilgili haberleri paylaşırken kanıta dayalı uygulamaları uygulamanın ve hasta önceliklerini belirlemenin ve bunlara odaklanmanın önemi kabul edilmelidir.

2.6.4.3 KÖ Sağlık sistemi liderleri, sağlık profesyonellerinin eğitimini, bilgisini ve haberleri en iyi şekilde paylaşma, ortak karar alma ve hasta temsilciliğini destekleme konusunda uygulamalarını desteklemek için sistem genelinde değişikliklere olanak sağlamalı, buna yeterli danışma süresi ve erişilebilir kaynaklar da dahildir.

2.6.4.4 UN Ortak karar alma ve haber paylaşma için kanıta dayalı stratejiler (örneğin SPIKES çerçevesi) kolayca bulunabilir ve PCOS bakımını bilgilendirmek için kullanılmalıdır. PKOS'lu kadınlarla ortaklık kuran tüm sağlık profesyonelleri, haber paylaşımı, ortak karar alma ve hastanın kendi kendini yönetmesini destekleme konusunda bilgili olmalıdır. Kanıta dayalı stratejiler ve kaynaklar, hastanın kendi sağlığını ve bakımını kendi kendine yönetme konusunda değiştirilebilir bilgi, beceri, yetenek, güven ve isteklilik anlamına gelen hasta aktivasyonunu desteklemek için kullanılabilir.

2.7 Psikolojik terapi

2.7.1 KÖ Depresyon, anksiyete ve/veya yeme bozuklukları teşhisi konulan PKOS'lu kadınlara, bölgesel genel nüfus yönergeleri ve PKOS'lu kadının tercihleri doğrultusunda psikolojik terapi sunulmalıdır.

2.7.2 KÖ Yeme bozuklukları, beden imajı sıkıntısı, düşük öz saygı, kadınsı kimlik sorunları veya psikoseksüel işlev bozukluğu olan PKOS'lu kadınlara, uygun durumlarda kanıta dayalı tedaviler (örn. bilişsel davranış terapisi) sunulmalıdır.

2.8 Antidepresan ve anksiyolitik tedavi

2.8.1 KÖ Psikolojik terapi birinci basamak tedavi olarak düşünülebilir ve genel nüfus yönergelerine göre, ruhsal sağlık bozuklukları açıkça belgelenmiş ve kalıcıysa veya intihar belirtileri mevcutsa yetişkinlerde antidepresan ilaçlar düşünülebilir.

2.8.2 UN Yaşam tarzı müdahalesi ve diğer terapiler (örn. COCP, metformin, lazer epilasyon) PKOS özelliklerini hedef alan, psikolojik belirtileri iyileştirme potansiyelleri göz önünde bulundurularak düşünülmelidir. PKOS'ta anksiyete ve depresyon için farmakolojik tedavi sunulduğunda, sağlık profesyonelleri dikkatli olmalıdır:

- antidepresanlar veya anksiyolitiklerle uygunsuz tedaviden kaçınmak için
- kilo alımı da dahil olmak üzere PCOS belirtilerini şiddetlendiren ajanların kullanımını sınırlamak için.

Sağlık profesyonelleri, anksiyete ve depresyonu yönetmemenin PKOS tedavisine/yönetimine uyumu etkileyebileceğinin farkında olmalıdır.

3 Yaşam tarzı yönetimi

3.1 Yaşam tarzı müdahalelerinin etkinliği

3.1.1 KDÖ Yaşam tarzı müdahalesi (sadece egzersiz veya egzersiz ve davranış stratejileriyle birlikte çok bileşenli diyet) merkezi yağlanma ve lipid profili de dahil olmak üzere metabolik sağlığı iyileştirmek için tüm PKOS'lu kadınlara önerilmelidir.

3.1.2 KÖ Sağlıklı beslenme ve/veya fiziksel aktiviteyi kapsayan sağlıklı yaşam tarzı davranışları, genel sağlığı, yaşam kalitesini, vücut kompozisyonunu ve kilo yönetimini (kiloyu koruma, kilo alımını önleme ve/veya orta düzeyde kilo kaybı) optimize etmek için tüm PCOS'lu kadınlara önerilmelidir.

3.1.3 UN Sağlık profesyonelleri, yaşam tarzı yönetiminin PCOS yönetiminde temel bir odak noktası olduğunu bilmelidir.

3.1.4 UN Yaşam tarzı yönetimi hedefleri ve öncelikleri PCOS'lu kadınlarla ortaklaşa geliştirilmeli ve kadınların kişiselleştirilmiş tercihlerine değer verilmelidir.

3.1.5 UN Kilo kaybı olmasa bile sağlıklı bir yaşam tarzının faydaları vardır.

3.1.6 UN Daha fazla kiloya sahip olanlarda, kilo yönetimi önemli klinik iyileştirmelerle ilişkilendirilebilir ve aşağıdaki temel noktalar dikkate alınmalıdır:

- Daha fazla kilo alımının önlenmesine ömür boyu odaklanma
- Hedef kilo kaybı elde etmekse, kadınlar için bireysel enerji gereksinimlerini, vücut ağırlığını ve fiziksel aktivite seviyelerini göz önünde bulundurarak kişiye özel bir enerji açığı reçete edilebilir
- Merkezi yağlanmada (örn. bel çevresi, bel-kalça oranı) veya metabolik sağlıkta iyileşmenin değeri
- Devam eden değerlendirme ve desteğe ihtiyaç duyulması.

3.1.7 UN Sağlık profesyonelleri, PKOS'lu kadınlarla yaşam tarzı yönetimini tartışırken kilo damgasının farkında olmalıdır [bkz. 3.6].

3.1.8 UN Yapılandırılmış, yoğun ve devam eden klinik destek bağlamında sağlıklı yaşam tarzı ve optimum kilo yönetimi, PKOS'ta genel popülasyonda olduğu kadar eşit derecede etkili görünmektedir.

3.1.9 UN Aşırı kilolu olmayanlarda, ergenlikte ve yaşamın önemli noktalarında, odak noktası sağlıklı yaşam tarzı ve aşırı kilo alımının önlenmesi olmalıdır.

3.1.10 UN İnsülin direnci PKOS'ta patofizyolojik bir faktördür, ancak klinik olarak mevcut insülin testleri sınırlı klinik öneme sahiptir ve rutin bakımda kullanılmamalıdır (1.9.12'ye bakın).

3.2 Davranışsal stratejiler

3.2.1 KÖ Yaşam tarzı müdahaleleri, PKOS'lu kadınlarda kilo yönetimini, sağlıklı yaşam tarzını ve duygusal refahı optimize etmek için hedef belirleme, kendini izleme, problem çözme, iddialılık eğitimi, değişiklikleri pekiştirme ve nüks önleme gibi davranışsal stratejileri içerebilir.

3.2.2 UN Davranışsal destek şunları içerebilir: hedef belirleme, problem çözme, kendini izleme ve gözden geçirme veya AKILLI (SMART) hedefler (Belirli, Ölçülebilir, Ulaşılabilir, Gerçekçi ve Zamanında) (Specific, Measurable, Achievable, Realistic and Timely).

3.2.3 UN Kapsamlı sağlıklı davranışsal veya bilişsel davranışsal müdahaleler, PKOS'lu kadınlarda sağlıklı yaşam tarzının desteklenmesini, katılımını, tutulmasını, uyumunu ve sürdürülmesini artırmak ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için düşünülebilir.

3.3 Diyet müdahaleleri

3.3.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri ve kadınlar, antropometrik, metabolik, hormonal, üreme veya psikolojik sonuçlar için herhangi bir diyet kompozisyonunun diğerine göre daha iyi olduğunu destekleyen hiçbir kanıt olmadığını dikkate almalıdır.

3.3.2 KÖ Sağlıklı beslenme için nüfus yönergeleriyle tutarlı herhangi bir diyet kompozisyonunun sağlık yararları olacaktır ve bunun içinde sağlık profesyonelleri, bireysel tercihlere ve hedeflere göre uyarlanmış sürdürülebilir sağlıklı beslenmeyi önermelidir.

3.3.3 UN Genel nüfus yönergelerine göre, beslenme hedeflerine ulaşmak ve aşırı kısıtlayıcı ve beslenme açısından dengesiz diyetlerden kaçınmak için esnek, bireysel ve birlikte geliştirilmiş bir yaklaşıma izin veren diyet değişikliklerinin gıda tercihlerine göre uyarlanması önemlidir.

3.3.4 UN Diyet değişikliğine katılımı ve uyumu optimize etmek için engeller ve kolaylaştırıcılar, psikolojik faktörler, fiziksel sınırlamalar, sosyoekonomik ve sosyokültürel faktörler ve değişim için kişisel motivasyonlar dahil olmak üzere tartışılmalıdır. Daha geniş aile katılımının değeri dikkate alınmalıdır. Kadınların PCOS'lu diyetlerini optimize etme konusunda desteğe ihtiyaç duymaları durumunda uygun şekilde eğitilmiş sağlık profesyonellerine yönlendirme düşünülmelidir.

3.4 Egzersiz müdahaleleri

3.4.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri ve kadınlar, herhangi bir tür ve yoğunluktaki egzersizin antropometrik, metabolik, hormonal, üreme veya psikolojik sonuçlar için diğerinden daha iyi olduğunu destekleyen kanıt eksikliği olduğunu düşünebilirler.

3.4.2 KÖ Nüfus yönergeleriyle tutarlı herhangi bir fiziksel aktivitenin sağlık yararları olacaktır ve bunun içinde sağlık profesyonelleri, bireysel tercihlere ve hedeflere dayalı sürdürülebilir fiziksel aktiviteyi tavsiye etmelidir.

3.4.3 KÖ Sağlık profesyonelleri, genel nüfus fiziksel aktivite yönergelerine uygun olarak aşağıdakileri teşvik etmeli ve tavsiye etmelidir:

- Tüm yetişkinler fiziksel aktivite yapmalıdır çünkü biraz fiziksel aktivite yapmak hiç yapmamaktan iyidir.

- Yetişkinler hareketsiz geçirilen zamanı (örn. oturma, ekran süresi) sınırlamalıdır çünkü hareketsiz zamanı herhangi bir yoğunluktaki fiziksel aktiviteyle (hafif yoğunluk dahil) değiştirmek sağlık yararları sağlar.

Kilo alımının önlenmesi ve sağlığın korunması için yetişkinler (18-64 yaş) haftada en az 150 ila 300 dakika orta yoğunlukta aktivite veya 75 ila 150 dakika yüksek yoğunlukta aerobik aktivite veya her ikisinin eşdeğer bir kombinasyonunu haftaya yaymalı ve haftada iki ardışık olmayan günde kas güçlendirme aktiviteleri (örn. direnç/esneklik) yapmalıdır. Daha büyük sağlık yararlarının teşviki için, mütevazı kilo kaybı ve kilo alımının önlenmesi de dahil olmak üzere, yetişkinler (18-64 yaş) haftada en az 250 dakika orta yoğunluklu aktiviteler veya haftada 150 dakika yüksek yoğunluklu aktiviteler veya her ikisinin eşdeğer bir kombinasyonunu ve kas güçlendirme aktivitelerini (ör. direnç/esneklik) ideal olarak haftada iki ardışık olmayan günde hedeflemelidir. Ergenler, haftada en az üç kez, kas ve kemiyi güçlendiren aktiviteler dahil olmak üzere günde en az 60 dakika orta ila yüksek yoğunluklu fiziksel aktivite hedeflemelidir.

3.4.4 UN Fiziksel aktivite, iskelet kasları tarafından üretilen ve enerji harcaması gerektiren herhangi bir bedensel harekettir. Boş zaman fiziksel aktivitesi, ulaşım (örn. yürüyüş veya bisiklete binme), mesleki (yani iş), ev işleri, oyun oynama, spor veya planlı egzersiz veya günlük, aile ve toplum aktiviteleri bağlamındaki aktiviteleri içerir.

3.4.5 UN Aerobik aktivite en az 10 dakikalık sürelerde en iyi şekilde gerçekleştirilir ve çoğu gün günde en az 30 dakikaya ulaşılması hedeflenir.

3.4.6 UN Fiziksel aktiviteye katılımı ve uyumu optimize etmek için engeller ve kolaylaştırıcılar tartışılmalıdır; bunlara psikolojik faktörler (örn. beden imajı endişeleri, yaralanma korkusu, başarısızlık korkusu, ruh sağlığı), kişisel güvenlik endişeleri, çevresel faktörler, fiziksel sınırlamalar, sosyoekonomik faktörler, sosyokültürel faktörler ve değişim için kişisel motivasyonlar dahildir. Daha geniş aile katılımının değeri dikkate alınmalıdır. PKOS'lu kadınlarda fiziksel aktiviteyi optimize etmek için uygun şekilde eğitilmiş yardımcı sağlık profesyonellerine sevk edilmesi düşünülmelidir.

3.4.7 UN Adım sayısı ve egzersiz yoğunluğu için fitness izleme cihazları ve teknolojileri dahil olmak üzere kendi kendini izleme, aktif yaşam tarzlarını desteklemek ve teşvik etmek ve hareketsiz davranışları en aza indirmek için bir yardımcı olarak düşünülebilir.

3.5 PKOS'ta kilo alımını etkileyen faktörler

3.5.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri ve PKOS'lu kadınlar, PKOS'lu kadınlarda PKOS'suz kadınlara kıyasla kiloyla ilgili fizyolojik veya davranışsal yaşam tarzı farklılıklarına dair tutarlı kanıtların eksikliğini düşünebilirler.

3.5.2 UN Belirli mekanizmalar belirsiz olsa da, PKOS'lu birçok kadının daha fazla uzunlamasına kilo alımına ve daha yüksek BMI'ye yol açan altta yatan mekanizmalara sahip olduğu kabul edilmektedir. Bu da:

- kilo yönetiminde daha büyük zorluklara yol açabilir
- yaşam boyu sağlıklı yaşam tarzı stratejilerinin ve aşırı kilo alımının önlenmesinin önemini vurgulayabilir
- PKOS'lu kadınlara ve sağlık profesyonellerine gerçekçi, kişiye özel yaşam tarzı hedefleri oluşturmada yardımcı olabilir.

3.6 Kilo damgası

3.6.1 KDÖ PKOS'lu birçok kadın sağlık hizmetlerinde ve diğer ortamlarda kilo damgası yaşıyor ve bunun olumsuz biyopsikososyal etkileri kabul edilmelidir. 3.6.2 CR Sağlık profesyonelleri kilo önyargılarının ve bunun mesleki uygulamaları ve PKOS'lu kadınlar üzerindeki etkisinin farkında olmalıdır.

3.6.3 KÖ Sağlık politikası yapıcıları, yöneticileri ve eğitimcileri kilo damgası konusunda farkındalığı teşvik etmeli ve kilo damgası eğitimi ve en aza indirme stratejilerine yatırım yapmalıdır.

3.6.4 UN Sağlık profesyonelleri, vücut ölçüsü çeşitliliğinin kabulünü ve saygısını teşvik eden ve her boyuttaki insan için sağlık davranışlarının ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine odaklanan kilo kapsayıcı uygulamaların farkında olmalıdır. PKOS'ta buna şunlar dahildir:

- daha yüksek kilonun PCOS ve komplikasyonları için bir risk faktörü olduğunu kabul etmek, sadece sağlık göstergesidir ve daha geniş faktörler değerlendirilmelidir
- kiloyu tartışmak ve ölçmek için izin istemek ve rahatsızlığı en aza indirmek için stratejiler kullanmak (örn. kör tartım)
- 'aşırı kilo' ve 'obez/obezite' terimlerinin damgalayıcı olabileceğini kabul etmek 'daha yüksek kilo' gibi önerilen alternatiflerle tartılıyorsa, kilo bilgisinin riskleri önleme ve tedaviyi bilgilendirmek için nasıl kullanılacağını ve bilmemenin önerileri nasıl etkileyebileceğini açıklamak
- her boyuttaki kadın için uygun ekipmanın mevcut olduğundan emin olmak
- kilo merkezli bakım (kasıtlı kilo kaybını teşvik etmek) veya kilo kapsayıcı bakım (kasıtlı kilo kaybına odaklanmadan sağlıklı yaşam tarzı değişikliğini teşvik etmek) seçenekleri sunmak
- tüm kadınlara, hangi kilo, yaşam tarzı değişikliğinin tek başına kullanılması durumunda kilonun değiştirilemeyen bir risk faktörü olabileceğini kabul ederek.

3.6.5 UN Kadınların ve PKOS'lu ergenlerin aile üyeleri arasında kilo damgası konusunda farkındalığın artırılması düşünülmelidir.

4. Kısırlık dışı özelliklerin yönetimi

4.1 PCOS'ta farmakoloji tedavi prensipleri

UN Hasta (ve hasta çocuk ise ebeveyn/ebeveynleri veya veli/vasileri) ile sağlık uzmanı arasında paylaşılan karar alma gereklidir.

UN Bir bireyin özellikleri, tercihleri ve değerleri ortaya çıkarılmalı ve tek başına veya kombinasyon halinde herhangi bir müdahaleyi önerirken dikkate alınmalıdır.

UN İlaç reçete ederken, bireysel yetişkinlerin ve ergenlerin tedavi sonuçlarını nasıl değerlendirdiklerini anlamak önemlidir.

UN Tıbbi tedavi genellikle PCOS'ta özel olarak kullanım için onaylanmamıştır ve bu nedenle önerilen kullanım kanıta dayalıdır, ancak etiket dışıdır. Sağlık uzmanlarının yetişkinleri, ergenleri ve ebeveynlerini/ebeveynlerini veya velilerini bilgilendirmeleri ve kanıtları, olası endişeleri ve yan etkileri tartışmaları gerekir. Düzenleyici kurumlar PKOS'ta kullanım için kanıta dayalı ilaçların onaylanmasını düşünmelidir.

4.2 Kombine oral kontraseptif haplar

4.2.1 KDÖ Kombine oral kontraseptif hap (COCP), PCOS'lu üreme çağındaki yetişkinlerde hirsutizm ve/veya düzensiz adet döngülerinin yönetimi için önerilebilir.

4.2.2 KDÖ KOK, PKOS riski taşıyan veya PKOS tanısı net olarak konmuş ergenlerde hirsutizm ve/veya düzensiz adet döngülerinin yönetimi için düşünülebilir.

4.2.3 KDÖ Sağlık profesyonelleri, PKOS'lu yetişkinlerde hirsutizmi tedavi ederken yüksek doz etinilestradiol ($\geq 30 \mu\text{g}$) ile düşük doz etinilestradiol ($< 30 \mu\text{g}$) arasında klinik bir avantaj olmadığını düşünebilirler.

4.2.4 KDÖ Yetişkinlerde ve PKOS'lu ergenlerde KOK reçete edilirken genel nüfus yönergeleri dikkate alınmalıdır çünkü şu anda belirli progestin, östrojen veya KOK kombinasyonları önerilemez.

4.2.5 KDÖ 35 μg etinil estradiol artı siproteron asetat preparatları, faydalar ve venöz tromboembolik riskler dahil olmak üzere yan etkiler arasında denge kurarak diğer COCP'lere göre ikinci basamak tedavi olarak düşünülmelidir.

4.2.6 KDÖ Sadece progestin içeren oral kontraseptifler, PCOS'lu kadınlarda kanıtların sınırlı olduğunu kabul ederek, genel nüfus kılavuzlarına dayanarak endometriyal koruma için düşünülebilir.

4.2.7 UN Yetişkinlerde ve PKOS'lu ergenlerde ve PKOS riski taşıyan ergenlerde KOK'lar reçete edilirken:

- Başlıca görülen semptomları ele almak ve kozmetik tedaviler gibi diğer tedavileri düşünmek önemlidir.
- Ortak karar alma (KOK'Un etkinliği ve güvenliği hakkında doğru bilgi ve güvence dahil) önerilir ve uyumu iyileştirme olasılığı yüksektir.
- Doğal östrojen preparatları ve en düşük etkili östrojen dozları (örneğin 20-30 mikrogram etinil estradiol veya eşdeğeri), etkinliğin, metabolik risk profilinin, yan etkilerin, maliyetin ve bulunabilirliğin dengelenmesi gerekir.
- Özellikle PKOS'ta KOK'lar hakkında nispeten sınırlı kanıt, genel nüfus kılavuzları tarafından bilgilendirilen uygulama ile değerlendirilmelidir
- KOK'ların göreceli ve mutlak kontrendikasyonları ve yan etkileri dikkate alınmalı ve bireyselleştirilmiş tartışmanın konusu olmalıdır.
- Daha yüksek kilo ve kardiyovasküler risk faktörleri gibi PCOS'a özgü özellikler dikkate alınmalıdır.

4.3 Metformin

4.3.1 KDÖ Metformin tek başına PKOS'lu ve BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ olan yetişkinlerde insülin direnci, glikoz ve lipid profilleri dahil antropometrik ve metabolik sonuçlar için düşünülmelidir.

4.3.2 KDÖ Metformin tek başına PKOS riski taşıyan veya PKOS'lu ergenlerde döngü düzenlemesi için düşünülebilir, sınırlı kanıt kabul edilir.

4.3.3 KÖ Metformin tek başına PKOS'lu ve BMI $< 25 \text{ kg/m}^2$ olan yetişkinlerde sınırlı kanıt kabul edilir.

4.3.4 UN Metformin reçete edildiğinde aşağıdakilerin dikkate alınması gerekir:

- Ortak karar alma sürecinde aktif yaşam tarzı müdahalesinin uygulanabilirliği ve etkinliği göz önünde bulundurulmalıdır. Kadınlara metformin ve aktif yaşam tarzı müdahalesinin benzer etkililiğe sahip olduğu bildirilmelidir.
- Gastrointestinal yan etkiler de dahil olmak üzere hafif yan etkiler genellikle doza bağımlı ve kendi kendini sınırlayıcıdır.
- Düşük dozda başlanarak, haftada 1-2 kez 500 mg'lık artışlarla ve uzun süreli salımlı preparatlar yan etkileri en aza indirebilir ve uyumu iyileştirebilir.
- Önerilen maksimum günlük doz yetişkinlerde 2,5 g ve ergenlerde 2 g'dır.
- Diğer popülasyonlardaki kullanıma dayanarak, kullanım uzun vadede güvenli görünmektedir, ancak devam eden gereksinim için endikasyonların dikkate alınması gerekir. • Kullanım, özellikle düşük B12 vitamini seviyeleriyle ilişkili olabilir, özellikle düşük B12 vitamini için risk faktörleri olanlarda (örn. diyabet, bariatrik/metabolik cerrahi sonrası, pernisiyöz anemi, vegan diyeti vb.), bu durumlarda izleme düşünülmelidir.

4.4 Metformin ve kombine oral kontraseptif haplar

4.4.1 KDÖ KOK, PKOS'ta düzensiz adet döngülerinde hirsutizm tedavisinde metformin yerine kullanılabilir.

4.4.2 KDÖ Metformin, PKOS'ta metabolik endikasyonlar için KOK yerine kullanılabilir.

4.4.3 KDÖ KOK ve metformin kombinasyonunun, BMI ≤ 30 kg/m² olan PKOS'lu yetişkinlerde KOK veya tek başına metformine göre çok az ek klinik fayda sağladığı düşünülebilir.

4.4.4. UN Metformin, KOK ile kombinasyon halinde, BMI > 30 kg/m² olanlar, diyabet risk faktörleri, bozulmuş glukoz toleransı veya yüksek riskli etnik gruplar dahil olmak üzere yüksek metabolik riskli gruplarda en faydalı olabilir. 4.4.5 PP COCP kontrendike olduğunda, kabul edilmediğinde veya tolere edilmediğinde, düzensiz adet döngüleri için metformin düşünülebilir. Hirsutizm için diğer müdahaleler gerekebilir.

4.5 Obezite karşıtı farmakolojik ajanlar

4.5.1 KÖ Liraglutid, semaglutid, hem glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1) reseptör agonistleri hem de orlistat dahil olmak üzere obezite karşıtı ilaçlar, genel nüfus yönergelerine göre PCOS'lu yetişkinlerde yüksek kilonun yönetimi için aktif yaşam tarzı müdahalesine ek olarak düşünülebilir.

4.5.2 UN Sağlık profesyonelleri, gebelik mümkün olduğunda, GLP-1 reseptör agonistleri alan kadınlar için eş zamanlı etkili bir kontrasepsiyon sağlamalıdır, çünkü gebelik güvenliği verileri eksiktir.

4.5.3 UN Gastrointestinal yan etkileri azaltmak için GLP-1 reseptör agonistleri için kademeli doz artışı önerilir.

4.5.4 UN GLP-1 reseptör agonisti kullanımını PCOS'lu kadınlarla tartışırken paylaşılan karar alma, yan etkileri ve kilo yönetiminde uzun vadeli kullanım ihtiyacını, ilacın kesilmesinden sonra kilo alma riskinin yüksek olması ve uzun vadeli güvenlik verilerinin eksikliği göz önünde bulundurarak dikkate alınmalıdır.

4.6 Anti-androjen farmakolojik ajanlar

4.6.1 KDÖ Etkili kontrasepsiyonla birlikte, anti-androjenler, en az altı aylık COCP ve/veya kozmetik tedaviden sonra optimum olmayan bir yanıt varsa PKOS'lu kadınlarda hirsutizmi tedavi etmek için düşünülebilir.

4.6.2 KÖ Kadın tipi saç dökülmesinin olumsuz psikolojik etkisi göz önüne alındığında, PCOS popülasyonunda kanıt eksikliğini kabul ederek, anti-androjenler KOK ile birlikte denenebilir.

4.6.3 UN Gebelik mümkün olduğunda, sağlık profesyonelleri, kadınları ve ergenleri, ebeveynleri veya velileri, anti-androjenler kullanıldığında erkek fetüslerin dış genital yapılarının eksik gelişmesi (düşük virilizasyon) riskleri konusunda eğitmeli ve danışmanlık yapmalıdır. Bunu önlemek için, hamile kalabilen kadınlara etkili bir doğum kontrolü (örn. rahim içi araç veya COCP'ler) kullanmaları şiddetle tavsiye edilmelidir.

4.6.4 UN Anti-androjenler, KOK tedavisi için kontrendikasyonları olan veya COCP'ler zayıf bir şekilde tolere edildiğinde, başka bir etkili doğum kontrol yönteminin varlığında hirsutizmi tedavi etmek için düşünülebilir.

4.6.5 UN Anti-androjenler reçete edilirken, genel nüfus önerilerine göre, sağlık profesyonelleri şunları göz önünde bulundurmalıdır:

- 25-100 mg/gün dozunda spironolaktonun yan etki riski daha düşük gibi görünmektedir
- ≥ 10 mg dozlarında siproteron asetat, menenjiyom dahil olmak üzere artan risk nedeniyle önerilmemektedir
- finesterid karaciğer toksisitesi açısından artmış riske sahiptir
- flutamid ve bikalutamid ciddi karaciğer toksisitesi açısından artmış riske sahiptir.

PKOS'ta anti-androjenler hakkındaki nispeten sınırlı kanıt, az sayıda çalışma ve sınırlı sayıda katılımcıyla takdir edilmelidir.

4.7 İnositol

4.7.1 KDÖ İnositol (herhangi bir formda) PKOS'lu kadınlarda, sınırlı zarar, metabolik ölçümlerde iyileşme potansiyeli, ancak yumurtlama, hirsutizm veya kilo dahil olmak üzere sınırlı klinik faydalar göz önünde bulundurularak, bireysel tercihlere ve değerlere dayanarak düşünülebilir. 4.7.2 EBR Metformin, hirsutizm ve merkezi adipozite için inositolden daha fazla düşünülmelidir, metforminin inositolden daha fazla gastrointestinal yan etkiye sahip olduğu belirtilmelidir.

4.7.3 UN İnositol ve diğer tamamlayıcı tedavileri alan kadınların sağlık uzmanlarına danışmaları teşvik edilmektedir.

4.7.4 UN Kaliteli kanıt eksikliği nedeniyle, şu anda PCOS'lu yetişkinler ve ergenlerde belirli inositol tipleri, dozları veya kombinasyonları önerilemez.

4.7.5 UN Paylaşılan karar alma, inositolün herhangi bir formunun (diğer besin takviyeleri gibi) düzenleyici statüsünün ve kalite kontrolünün farmakolojik ürünler için olanlardan farklı olabileceği ve dozların ve kalitelerin değişebileceği tartışmasını içermelidir. 4.7.6 PP Politika yapıcılar ve sağlık profesyonelleri, kadınların ortak karar alma süreçlerini bilgilendirmek için çelişkisiz, kanıta dayalı bilgilere erişimini sağlama, ayrıca tamamlayıcı terapiler de dahil olmak üzere bireysel değerleri ve tercihleri kabul etme ve bunlara saygı gösterme sorumluluğuna sahiptir.

4.8 Kıl azaltma için mekanik lazer ve ışık tedavileri

4.8.1 KDÖ Mekanik lazer ve ışık tedavileri, PKOS'lu kadınlarda yüz hirsutizmini ve buna bağlı depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesini azaltmak için düşünülmelidir.

4.8.2 KDÖ Kıl azaltma elde etmek için PCOS'lu kadınlarda, idiyopatik hirsutizmi olan kadınlara kıyasla daha fazla sayıda lazer tedavi seansı gerekebilir.

4.8.3 KÖ Deneyimli ve uygun niteliklere sahip sağlayıcıların elinde olumsuz etkiler sınırlı görünmektedir ve kadınlar bu tür sağlayıcılardan kıl azaltma tedavileri almaya teşvik edilmelidir.

4.8.4 UN Lazer epilasyon reçete edildiğinde, aşağıdakiler dikkate alınmalıdır:

- Lazer tedavisinin dalga boyu ve iletimi cilt ve saç rengine göre değişir.
- Lazer, sarı, gri veya beyaz saçlı kadınlarda nispeten etkisizdir. ● Lazer tedavisine anti-androjenlerle veya onlarsız COCP eklenmesi, tek başına lazere kıyasla daha fazla kıl azalması ve bakımı sağlayabilir. Düşük ve yüksek akıcılıktaki lazer, yüzdeki kılları azaltmada benzer etkinliğe sahip gibi görünürken, düşük akıcılıktaki lazer ilişkili ağrıyı azaltmıştır.

4.8.5 UN Yoğun Darbeli Işık (IPL) ile mekanik epilasyon düşünülebilir, ancak faydaları lazer tedavisine kıyasla daha az belirgin olabilir. Evde uygulanan IPL kitlerinin etkinliğini destekleyen hiçbir kanıt yoktur.

4.8.6 UN Politika yapıcılar, PKOS'lu kadınlar için hirsutizm ve bununla ilişkili olumsuz yaşam kalitesi, vücut imajı ve psikolojik sağlık üzerindeki semptomları hafifletmek için bu kanıta dayalı etkili terapiyi finanse etmeyi düşünmelidir.

4.9 Bariatrik/metabolik cerrahi

4.9.1 KÖ Bariatrik/metabolik cerrahi, PCOS'lu kadınlarda kilo kaybını, hipertansiyonu, diyabeti (önleme ve tedavi), hirsutizmi, düzensiz adet döngülerini, yumurtlamayı ve gebelik oranlarını iyileştirmek için düşünülebilir.

4.9.2 KÖ PKOS'lu kadınlarda bariatrik/metabolik cerrahi genel popülasyon yönergelerine göre bilgilendirilmelidir.

4.9.3 KÖ PKOS metabolik bir durumdur ve diyabet dahil diğer metabolik durumlar gibi bariatrik/metabolik cerrahi için daha düşük bir BMI eşliğinde bir gösterge olarak düşünülebilir.

4.9.4 KÖ Kadınlara doğurganlığın hızla geri dönme olasılığı ve ideal olarak ameliyattan önce etkili bir doğum kontrolüne bağlı kalma gerekliliği konusunda güçlü bir şekilde danışmanlık yapılmalıdır. Gebelik istendiğinde bile, büyüme kısıtlaması, erken doğum, gebelik yaşına göre düşük doğum ağırlığı, gebelik komplikasyonları ve bebeğin uzun süre hastanede kalması riskini önemli ölçüde artırmaktan kaçınmak için genellikle bir yıl sonra sabit bir kiloya ulaşılan kadar doğum kontrolüne devam edilmelidir.

4.10 Gebelik sonuçları

4.10.1 KDÖ PKOS'lu kadınların gebelikleri daha yüksek risklidir ve sağlık profesyonelleri doğum öncesi bakım sırasında PKOS durumunun belirlenmesini ve uygun izleme ve desteğin sağlanmasını sağlamalıdır.

4.10.2 KDÖ Sağlık profesyonelleri, PKOS'lu gebe kadınların şu risklere sahip olduğunu kabul etmelidir:

- daha yüksek gebelik kilo alımı
- düşük

- gebelik diyabeti
- gebelikte hipertansiyon ve preeklampsi
- intrauterin büyüme kısıtlaması, gebelik yaşına göre küçük bebekler ve düşük doğum ağırlığı
- erken doğum
- sezaryen.

4.10.3 KDÖ PKOS'lu kadınlarda yardımcı üreme teknolojisinin, PKOS'suz kadınlarda gözlemlenenlere kıyasla ek düşük, erken doğum, bozulmuş fetal gelişim ve sezaryen riski oluşturmadığı düşünülmelidir. 4.10.4 EBR PKOS'lu kadınların gebelik yaşına göre büyük bebek, makrozomi ve enstrümantal doğum açısından artmış risk taşımadıkları düşünülmelidir.

4.10.5 UN PKOS'lu gebe kadınlara, daha yüksek bazal ağırlık, aşırı gebelik kilo alımı ve gebelik komplikasyonları riski göz önünde bulundurularak erken yaşam tarzı müdahalesi önerilmelidir.

4.10.6 UN Gebelik planlanırken veya doğurganlık tedavisi aranırken, PKOS'lu kadınlarda gebelikte hipertansif bozukluklar ve ilişkili komorbiditeler açısından yüksek risk göz önünde bulundurularak kan basıncı ölçümü yapılmalıdır.

4.10.7 UN Gebelik planlanırken veya doğurganlık tedavisi aranırken, PKOS'lu tüm kadınlara, gebelikte hiperglisemi ve ilişkili komorbiditeler açısından yüksek risk göz önünde bulundurularak OGTT önerilmelidir. Gebelik öncesi aşamada yapılmazsa, ilk doğum öncesi ziyarette OGTT önerilmeli ve 24-28. gebelik haftalarında tekrarlanmalıdır.

4.11 Gebelikte metformin

4.11.1 KDÖ Sağlık profesyonelleri, metforminin PCOS'lu gebe kadınlarda şunları önlediğinin gösterilmediğinin farkında olmalıdır:

- gebelik diyabeti
- geç düşük (12 hafta +1 gün ila 21 hafta +6 gün gebelik yaşı)
- gebelikte hipertansiyon
- preeklampsi
- makrozomi veya doğum ağırlığı ≥ 4000 g.

4.11.2 KDÖ Metformin, PKOS'lu gebe kadınlarda bazı durumlarda (örn. erken doğum riski) erken doğumu azaltmak ve gebelikte aşırı kilo alımını sınırlamak için düşünülebilir.

4.11.3 UN Kadınlara, metformin maruziyetinin uzun vadeli çocuk sağlığı üzerindeki sonuçlarının belirsiz olduğu ve nedensellik kesin olmasa da çocukluk çağı kilo artışına dair bir öneri olduğu konusunda danışmanlık yapılmalıdır. 4.11.4 PP Metforminin yan etkileri çoğunlukla hafif, geçici gastrointestinal semptomlardır ve gebelikte daha kötü değildir.

5 Kısırlığın değerlendirilmesi ve tedavisi

Genel ilkeler

UN PCOS'taki tüm doğurganlık tedavileri doğurganlık yönetimi algoritması tarafından yönlendirilmelidir.

UN PCOS'lu kişilere gebeliğin genellikle doğal olarak veya yardımla başarılı bir şekilde elde edilebileceği konusunda güvence verilmelidir.

UN Doğum öncesi vitamin takviyesi, rutin gebelik öncesi bakıma uygun yumurtlama indüksiyon tedavisiyle başlatılmalıdır.

UN Yumurtlama indüksiyon tedavisinden önce gebelik dışlanmalıdır.

UN Letrozol, metformin ve klomifen sitrat dahil yumurtlama indüksiyon ajanlarının kullanımı birçok ülkede etiket dışıdır. Yumurtlama indüksiyon ajanlarının etiket dışı kullanımına izin verildiğinde, sağlık profesyonellerinin kadınları bilgilendirmeleri ve kanıtları, olası endişeleri ve yan etkileri tartışmaları gerekir. PP Ovulasyon indüksiyon ajanlarıyla yürütülen tüm çalışmalarda hastaların olumsuz etkilere ve bebeklerin konjenital anomalilere karşı sürekli izlenmesi gerekir ve bunlar yayınlanan tüm makalelerde bildirilmelidir.

5.1 Gebelik öncesi risk faktörleri

5.1.1 KDÖ PKOS'lu kadınlara, kısırlık tedavisinin ardından aşırı kilonun klinik gebelik, düşük ve canlı doğum oranları üzerindeki olumsuz etkileri konusunda danışmanlık yapılmalıdır.

5.1.2 KÖ Rutin gebelik öncesi bakımla uyumlu olarak, PCOS'lu kadınlarda gebelik planlaması, kilo, kan basıncı, sigara, alkol, diyet ve beslenme durumu, folat takviyesi (BMI > 30 olanlarda daha yüksek doz), egzersiz, uyku ve zihinsel, duygusal ve cinsel sağlık dikkate alınmalı ve üreme ve gebelik sonuçlarını ve genel sağlığı iyileştirmek için optimize edilmelidir.

5.1.3 UN Ergenlerde ve PCOS'lu kadınlarda üreme sağlığının iyileştirilmesi konusunda yaşa uygun bir eğitim ve üreme yaşam planı önerilir. Bu eğitime sağlıklı yaşam tarzı, aşırı kilo alımının önlenmesi ve gebelik öncesi risk faktörlerinin iyileştirilmesi de dahildir. 5.1.4 PP Sağlık profesyonelleri izin almaya ve izin verilirse, hamilelik öncesinde kilo ve vücut kitle indeksini değerlendirmeye ve kilonun ve yaşam tarzının kadın sağlığı üzerindeki önemi hakkında bir diyalog başlatmaya teşvik edilir. Bu, kilo damgasından kaçınmak için dikkatli olmayı gerektirir ve sağlığın kültürel, sosyal ve çevresel belirleyicilerini dikkate almayı gerektirir (bkz. 3.6).

5.1.5 UN Diyabet, yüksek tansiyon, anksiyete, depresyon ve diğer ruh sağlığı koşulları gibi kronik rahatsızlıklar en iyi şekilde yönetilmeli ve kadınlara olumsuz hamilelik sonuçları riski konusunda danışmanlık yapılmalıdır.

5.2 Tüp açıklık testi

5.2.1 KÖ Sadece yumurtlama olmaması nedeniyle kısırlık yaşayan ve normal semen analizi olan PKOS'lu kadınlarda, tüp açıklık testinin riskleri, faydaları, maliyetleri, zamanlaması ve teknikleri, tedavi maliyeti ve karmaşıklığıyla ilişkili olarak, zamanlanmış ilişki veya intrauterin tohumlama ile yumurtlama indüksiyonuna başlamadan önce, kişisel geçmişe ve nüfus yaygınlığına bağlı olarak bireysel olarak değerlendirilmelidir.

5.3 Letrozol

5.3.1 KDÖ Letrozol, başka kısırlık faktörü olmayan PCOS'lu kısır yumurtlamaması olan kadınlarda yumurtlama indüksiyonu için birinci basamak farmakolojik tedavi olmalıdır.

5.3.2 UN Letrozolün kullanımı birçok ülkede hala etiket dışıdır. İzin verilmediği yerlerde, klinisyenler diğer yumurtlama indüksiyon ajanlarını kullanmalıdır.

5.3.3 UN Letrozol, önceden var olan bir gebelik olasılığı varsa verilmemelidir, ancak diğer yumurtlama indüksiyon ajanlarına kıyasla teratojenitenin arttığına dair bir kanıt yoktur.

5.4 Klomifen sitrat ve metformin

5.4.1 Metformin ve plasebo

5.4.1.1 KDÖ Metformin, anovulatuvar infertilitesi olan ve başka infertilite faktörü olmayan PCOS'lu kadınlarda klinik gebelik ve canlı doğum oranlarını iyileştirmek için tek başına kullanılabilirken, kadınlara daha etkili yumurtlama ajanları olduğunun bildirilmesi gerekir.

5.4.1.2 UN Kadınlara metformin ile olası hafif gastrointestinal yan etkiler konusunda danışmanlık yapılmalıdır.

5.4.1.3 UN İzleme, seyahat ve maliyetler dahil sağlık hizmeti ve kaynak yükü metformin ile daha düşüktür.

5.4.1.4 UN Metformin reçete edilmeden önce yaş ve diğer doğurganlık faktörleri için taramanın dikkate alınması gerekir.

5.4.2 Klomifen sitrat ve metformin

5.4.2.1 KDÖ Klomifen sitrat, yumurtlamayı, klinik gebelik ve canlı doğum oranlarını iyileştirmek için anovulatuvar infertilitesi ve başka kısırlık faktörü olmayan PCOS'lu kadınlarda metformine tercih edilerek kullanılabilir.

5.4.2.2 UN Klomifen sitrat kullanımıyla (tek başına veya metforminle birlikte) çoklu gebelik riski artar ve bu nedenle klomifen siklusları ultrason takibi gerektirebilir.

5.4.3 Klomifen sitrat ve metformin ve tek başına klomifen sitrat

5.4.3.1 KDÖ Klomifen sitrat, metforminle birlikte, yumurtlamayı ve klinik gebelik oranlarını iyileştirmek için anovulatuvar infertilitesi ve başka kısırlık faktörü olmayan PCOS'lu kadınlarda klomifen sitrat yerine kullanılabilir.

5.4.4 Klomifen sitrat ve metformin ile tek başına metformin

5.4.4.1 KDÖ Klomifen sitrat metforminle birlikte, canlı doğum oranlarını iyileştirmek için anovulatuvar infertilitesi ve başka kısırlık faktörü olmayan PCOS'lu kadınlarda metformin yerine kullanılabilir.

5.4.4.2 UN Kombine döngülerin izlenmesi, tek başına klomifen sitrata eşdeğer olmalıdır.

5.4.5 Klomifen sitrat ile Letrozol

5.4.5.1 KDÖ Letrozol, yumurtlamayı, klinik gebeliği ve canlı doğum oranlarını iyileştirmek için anovulatuvar infertilitesi ve başka kısırlık faktörü olmayan PCOS'lu kadınlarda klomifen sitrat yerine kullanılmalıdır.

5.4.5.2 UN Mevcut kanıtlar, letrozol veya klomifen sitrat yumurtlama indüksiyonu veya doğal gebe kalma arasında fetal anormallik oranlarında bir fark olmadığını göstermektedir.

5.5 Gonadotropinler

5.5.1 KDÖ Gonadotropinler, yumurtlamayı, klinik gebeliği ve canlı doğum oranlarını iyileştirmek için anovulatuvar infertilitesi ve başka hiçbir kısırlık faktörü olmayan PCOS'lu naif kadınlarda klomifen sitrat ile birlikte gonadotropinler yerine tek başına düşünülebilir (PP 5.5.6'ya bakın).

5.5.2 KDÖ Gonadotropinler, klomifen sitrat direnci veya başarısızlığı olan ve başka hiçbir kısırlık faktörü olmayan anovulatuvar ve kısırlık olan PCOS'lu kadınlarda gonadotropinler yerine tek başına kullanılabilir.

5.5.3 KDÖ Gonadotropinler, klomifen sitrat direnci olan ve başka hiçbir kısırlık faktörü olmayan anovulatuvar ve kısırlık olan PKOS'lu kadınlarda klomifen sitrat ve metformin kombinasyonu yerine düşünülebilir.

5.5.4 KDÖ Anovulatuvar ve kısırlık sorunu olan, klomifen sitrat direnci olan ve başka kısırlık faktörü olmayan PKOS'lu kadınlarda, gonadotropinlerle daha yüksek canlı doğum oranı ve daha yüksek çoklu gebelik oranları konusunda danışmanlık yapıldıktan sonra, gonadotropinler veya laparoskopik over cerrahisi kullanılabilir.

5.5.5 KDÖ Gonadotropinler, anovulatuvar ve kısırlık sorunu olan, başka kısırlık faktörü olmayan ve birinci basamak oral yumurtlama indüksiyonunda başarısız olan PCOS'lu kadınlar için ikinci basamak farmakolojik tedavi olabilir.

5.5.6 UN Gonadotropinlerin reçete edileceği durumlarda, aşağıdakiler dikkate alınmalıdır:

- Yumurtlama indüksiyonu için müdahalenin maliyeti.
- Yumurtlama indüksiyonu için müdahalenin kullanımı için gereken uzmanlık.
- Gereken yoğun ultrason izleme derecesi. • Monofoliküler gelişim şansını optimize etmek için düşük dozda kademeli gonadotropin protokolü kullanılmalıdır.
- Olası çoklu gebeliğin etkileri.

5.5.7 UN Mevcut gonadotropin preparatlarının klinik etkinliğinde hiçbir fark görülmemektedir.

5.5.8 UN Gonadotropinler kullanılırken en iyi klinik uygulama çoklu gebelikten kaçınmaktır. Burada dikkate alınması gereken hususlar, çapı 14 mm'den büyük toplam iki folikül olduğunda döngüleri iptal etmek ve korunmasız ilişkiden kaçınmayı tavsiye etmektir.

5.5.9 UN Canlı doğum oranı, hasta başına klinik gebelik oranı ve döngü başına yumurtlama oranı klomifen sitrattan daha yüksektir.

5.5.10 UN Monofoliküler büyüme şansını optimize etmek ve çoklu gebeliği en aza indirmek için düşük dozda gonadotropin protokolü kullanılmalıdır. 5.5.11 PP Döngüsü izleme ve ilaç maliyetleri, çoklu enjeksiyonla birlikte gonadotropin kullanımında seçimi etkileyecektir.

5.6 Laparoskopik over cerrahisi

5.6.1 KDÖ Laparoskopik over cerrahisi, anovulatuvar ve kısırlık sorunu olan, klomifen sitrat direnci olan ve başka kısırlık faktörü olmayan PCOS'lu kadınlar için ikinci basamak tedavi olabilir.

5.6.2 UN Laparoskopik over cerrahisi kullanırken, aşağıdakiler dikkate alınmalıdır:

- Yumurtlama indüksiyonu için müdahalenin karşılaştırmalı maliyeti.
- Yumurtlama indüksiyonu için müdahalenin güvenli kullanımı için gereken uzmanlık.
- Sağlıklı kilonun üzerinde olan kadınlarda daha yüksek olan hem intraoperatif hem de postoperatif riskler.

5.7 Tüp bebek ve tüp bebek olgunlaşması

5.7.0.1 KÖ Tüp bebek (IVF)/intrastoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) için kesin bir endikasyon olmadığında, birinci veya ikinci basamak yumurtlama indüksiyon tedavileri başarısız olmuşsa, PCOS ve anovulatuvar kısırlığı olan kadınlara IVF önerilebilir.

5.7.0.2 UN Anovulatuvar PCOS'lu kadınlarda, IVF kullanımı etkilidir ve elektif tek embriyo transferi kullanıldığında, çoklu gebelikler en aza indirilebilir.

5.7.0.3 UN IVF/ICSI tedavisi gören PCOS'lu kadınlara, tedaviye başlamadan önce yumurtalık hiperstimülasyon sendromunun artan riski hakkında danışmanlık yapılmalı ve riski azaltma seçenekleri sunulmalıdır.

5.7.1 Gonadotropin salgılatıcı hormon protokolü

5.7.1.1 UN Gonadotropin salgılatıcı hormon protokolü (GnRH) antagonisti protokolü, klinik gebelik veya canlı doğum oranını iyileştirmek için IVF/ICSI geçiren PCOS'lu kadınlar için GnRH agonist uzun protokolüne göre önerilemez.

5.7.1.2 UN IVF/ICSI geçiren PKOS'lu kadınlar için bir GnRH antagonisti protokolünün kullanılması, kümülatif canlı doğum oranından ödün vermeden, gerekirse üretilen tüm embriyoların dondurulmasıyla bir agonist tetikleyicinin kullanılmasına olanak sağladığı için önerilir. Önemli yumurtalık hiperstimülasyon sendromu riskini azaltmak için.

5.7.2 Tetikleyici tip

5.7.2.1 KÖ Son oosit olgunlaşmasını bir GnRH agonisti ile tetiklemek ve tüm uygun embriyoları dondurmak, taze embriyo transferi amaçlanmadığında veya yumurtalık hiperstimülasyon sendromu riskinin arttığı durumlarda, GnRH antagonisti protokolüyle bir IVF/ICSI döngüsünde önerilir.

5.7.3 Folikül uyarıcı hormon seçimi

5.7.3.1 KÖ İdrar veya rekombinant folikül uyarıcı hormon (FSH), IVF/ICSI için (kontrollü) yumurtalık (hiper) stimülasyonu geçiren PKOS'lu kadınlarda, belirli bir FSH preparatı türünü önermek için yeterli kanıt olmadığında kullanılabilir.

5.7.4 Ekzojen luteinize edici hormon

5.7.4.1 KÖ Ekzojen rekombinant luteinize edici hormon tedavisi, IVF/ICSI için kontrollü over hiperstimülasyonu geçiren PCOS'lu kadınlarda folikül uyarıcı hormon tedavisiyle birlikte rutin olarak kullanılmamalıdır.

5.7.5 Yardımcı metformin

5.7.5.1 KDÖ Yardımcı metformin tedavisi, GnRH agonisti uzun protokolüyle IVF/ICSI tedavisi gören PKOS'lu kadınlarda FSH over stimülasyonundan önce ve/veya sırasında kullanılabilir, böylece over hiperstimülasyon sendromu ve düşük gelişme riski azaltılabilir.

5.7.5.2 UN PCOS ve IVF'de iyi uygulama, GnRH agonisti tetikleyicisi kullanma esnekliği sağladığı için GnRH antagonist protokolünün kullanılmasıdır, böylece over hiperstimülasyon sendromu riski azaltılır. Ancak, GnRH agonisti uzun protokolü kullanılıyorsa metformin düşünülebilir.

Metformin kullanılıyorsa, aşağıdakiler düşünülebilir:

- GnRH agonisti tedavisinin başlangıcında metformine başlayın.

- Yan etkileri en aza indirmek için metformini günlük 1000 mg ile 2500 mg arasında bir doza kadar kademeli olarak titre edin.
- Gebelik testi veya adet döneminde metformin tedavisini durdurmak, metformin tedavisi aksi belirtilmediği sürece.

5.7.6 In vitro matürasyon

5.7.6.1 KDÖ In vitro matürasyon (IVM) ve ICSI kullanımı, uyarılmış IVF/ICSI döngüsüne bir alternatif olarak PKOS'lu kadınlarda, bir embriyonun dondurulup sonraki bir embriyo transfer döngüsünde değiştirildiği, yumurtalık hiperstimülasyon sendromu riski olmadığı ancak kümülatif canlı doğum oranının daha düşük olduğu kabul edilerek düşünülebilir.

5.7.6.2 KÖ IVM ve ICSI kullanımı, uyarılmış IVF/ICSI döngülerinden önce düşünülebilir hem faydaları hem de sınırlamaları kabul edilerek.

5.7.6.3 UN IVM yalnızca yeterli uzmanlığa sahip hizmetlerde düşünülmelidir ve bölgesel veya ulusal uzmanlık merkezleri için savunuculuk gereklidir. 5.7.6.4 PP IVM, daha önce şiddetli yumurtalık hiperstimülasyon sendromu geçiren ve şiddetli yumurtalık hiperstimülasyon sendromu riskinin kabul edilemez derecede yüksek olduğu düşünülen kadınlarda, IVM tekniklerinde uzmanlık olması koşuluyla bir seçenek olarak sunulabilir.

5.7.6.5 UN Kanıtlar, IVM/ICSI'nin hasta başına klinik gebelik ve hasta başına canlı doğum oranı açısından standart IVF/ICSI'den daha az etkili olduğunu göstermektedir.

5.8 İnositol

5.8.1 KDÖ İnositol tek başına veya diğer tedavilerle birlikte herhangi bir formda, kısırlık yaşayan PKOS'lu kadınlarda deneysel tedavi olarak düşünülmelidir, şu anda bu ajanların doğurganlık tedavileri olarak kullanılmasını önermek için faydaları ve riskleri çok belirsizdir.

5.8.2 UN İnositolün yumurtlama, klinik gebelik ve canlı doğum oranları üzerindeki etkisine ilişkin belirsiz sonuçlarla sınırlı kanıt bulunmaktadır.

5.8.3 UN İnositol için yan etkiler ve güvenlik bilinmemektedir.

5.8.4 UN Kadınların, bu ajanların değişken doz, kalite, tutarlılık ve diğer ajanlarla kombinasyon halinde sınırlı düzenlemeye sahip olabileceğinin farkında olması gerekir.

5.8.5 UN Tamamlayıcı tedaviler tartışılırken kadınların kişisel hedefleri ve tercihleri dikkate alınmalıdır.

5.9 Obezite karşıtı farmakolojik ajanlar

5.9.1 KÖ Üreme sonuçları için PCOS'ta obezite karşıtı ajanların etkinlik ve güvenliği belirlemek için yalnızca araştırma ortamlarında kullanılmasını öneriyoruz.