

Ungdomsgynekologi

Redaksjonell kommentar: Nåværende innhold vurderes godkjent, men kapittelet ikke fullstendig og skal ved senere revisjon utvides fra punkt 8 og utover (emner merket i *grå kursiv*).

Innhold

- 1) Introduksjon og definisjoner
 - c) Dysmenoré
 - d) Premenstruelt syndrom (PMS)
 - e) Vulvovaginitt
- 2) Pubertet
- 3) Gynekologisk undersøkelse
- 4) Prevensjon
 - a) Prevensjonsveiledning
 - b) LARC
 - c) Langsyklisk kombinasjonsbehandling
 - d) ADHD
 - e) Akne
- 5) Svangerskap og abort
- 6) Seksuelt overførte infeksjoner (SOI)
 - a) Seksualanamnese
 - b) Klamydia og gonore
 - c) Mycoplasma genitalum
 - d) Herpes simplex
 - e) Kondylomer
- 7) Gynekologiske problemstillinger hos ungdom
 - a) Menstruasjonsforstyrrelser
 - b) Gynekologiske blødningsforstyrrelser
- 8) Spesielle tilstander og diagnoser
 - a) Polycystisk ovariesyndrom (PCOS)
 - b) Endometriose
 - c) Ovarialcyster
 - d) Medfødte misdannelser
- 9) Psykososiale aspekter
 - a) Seksualitet og identitet
 - b> *Spiseforstyrrelse og gynekologiske konsekvenser*
- 10) *Ungdom med kroniske sykdommer og funksjonshemninger*
 - a) *Tilpasset gynekologisk omsorg*
 - b) *Fertilitetsbevarende tiltak*
- 11) *Etiske og juridiske betraktninger*
- 12) *Oppfølging og langsiktig omsorg*
 - a) *Overgang fra ungdoms- til voksen gynekologisk omsorg*

1. Introduksjon

Kapittelet gir en oversikt over utvalgte gynekologiske problemstillinger hos ungdom og henviser ellers til øvrige veiledere/kapitler for detaljerte anbefalinger om diagnostikk og behandling.

Ungdom (10–19 år) (1) utgjør en egen pasientgruppe med behov for alderstilpasset kommunikasjon og utredning. Tillitsfull dialog er en forutsetning før gynekologisk anamnese og eventuelle undersøkelser kan gjennomføres. Ungdommen bør tilbys konsultasjon uten foreldre/verge til stede, avhengig av alder og problemstilling. Ved behov for tverrfaglig oppfølging bør fastlege og/eller lokal barne- og ungdomsklinikk involveres.

Gynekologisk anamnese hos ungdom bør kort kartlegge skole- og familiesituasjon, tidligere sykdommer/behandling, livsstil og vaksinasjonsstatus, samt psykososiale forhold og eventuelle utfordringer. Seksualitet og reproduktiv helse kan være relevant, og omfatter frivillighet, prevensjon, risiko for seksuelt overførbare infeksjoner og eventuelle tidligere graviditeter.

Gynekologisk undersøkelse kan ofte unngås eller utsettes. Anamnese, undersøkelse av pubertetsstadium og evt. gestagentest, urin hCG og/eller blodprøver kan ofte avklare mye.

2. Pubertet

Pubertet er beskrevet i Generell veileder i pediatri ([2.4 Normal pubertet - Helsebiblioteket](#), [2.5 For tidlig pubertet - Helsebiblioteket](#), [2.6 Manglende eller forsinket pubertet - Helsebiblioteket](#)).

- Tidlig pubertet (**pubertas praecox**) defineres som pubertetsstart før 8 års alder
- Sen pubertet er manglende pubertetsutvikling etter 13,5 år.
- Gjennomsnittlig alder for **menarke** i en norsk populasjon er 13 år (SD ± 1.2). Genetikk antas å forklare 50-75% av variasjonen for normal pubertetsstart, men faktorer som kroppsvekt, søvn, miljøgifter og stress kan også påvirke menarke (2).
- Pubertet og menstruasjonssyklus er nyttig som biologisk markør for vurdering av generell helse (3)
- **Primær amenoré** foreligger når menstruasjon mangler ved 16 års alder hos jenter med normale sekundære kjønnskaraktetika ([Metodebok](#)), utredning anbefales.

Pubertetsutviklingen vurderes gjennom anamnese (familiehistorie, alder ved pubertetstegn, vekstmønster og menarke) og klinisk undersøkelse. Vi foreslår å beskrive brystutvikling og behåring ved hjelp av **Tanners stadier** ([Tanner illustrasjon](#)).

Aktivering av hypothalamus-hypofyse-gonade akselen gir utvikling av sekundære kjønnskaraktetika, vekstspurt og etablering av menstruasjonssyklus. Klinisk defineres pubertetsstart ved **thelarke** (brystutvikling). Hårvekst på pubes og i aksiller kommer vanligvis senere og skyldes økt produksjon av binyrebarkandrogen (**adrenarke**). Høydeveksten akselererer tidlig i puberteten, og østrogenstimulerte endringer i skjelettet fører til epifyselukning og at vekstkurven flater ut ([2.1 Normal vekst - Helsebiblioteket](#)).

Manglende pubertet behandles helst i samarbeid med pediater og/eller endokrinolog som må vurdere alle hormonakser ([2.6 Manglende eller forsinket pubertet - Helsebiblioteket](#)). Langsom opptrapping av østradiol anbefales for å sikre fysiologisk utvikling, og unngå brystasymmetri og striae. Ved oppnådd vekst og utvikling bør som regel ungdom med hypofyse- eller gonadesvikt substitueres som voksne (Prematur ovariesvikt; [Metodebok](#)).

3. Gynekologisk undersøkelse

Gynekologen bør innledningsvis informere pasient og eventuell foresatt om hva som skal skje, bekymringer avklares, pasientens forståelse og evne til å samtykke vurderes. Alle ungdommer bør få mulighet til å snakke alene med helsepersonell, da de kan føle seg ukomfortable med å ta opp helseproblemer foran foresatte. Ungdommen kan velge å involvere foreldre/foresatte i konsultasjonen og som støtte i videre behandling/oppfølging.

Gynekologisk undersøkelse kan ofte utsettes og noen ganger unngås dersom alder eller andre forhold tilsier det.

Anamnese, klinisk vurdering, undersøkelse av pubertetsstadium og vekst, evt. gestagentest og/eller blodprøver kan ofte avklare mye.

- Ved primær amenoré avklarer positiv gestagentest at pasienten har uterus, at endometriet er stimulert (østrogen = gonader) og at det ikke foreligger septum/utløpshinder for blødning.
- Primær amenoré og/eller negativ gestagentest bør utredes (Amenoré og oligomenoré; [Metodebok](#))(4).
- Gestagentest er oftest ikke diagnostisk nyttig ved manglende eller arrestert pubertet (grunnet manglende/lav østrogen blir testen negativ, [2.6 Manglende eller forsinket pubertet - Helsebiblioteket](#)).

Ved indikasjon kan inspeksjon av ytre genitalier gjennomføres uten vaginal undersøkelse. Dersom GU ikke kan gjennomføres kan abdominal ultralyd være nyttig for identifikasjon av indre genitalia, evt. kan barneradiolog utføre UL bekken. Ved mistanke om anomalier kan ytterligere bildediagnostikk være aktuelt (Genitale misdannelser; [Metodebok](#)), og i sjeldne tilfeller GU i narkose (husk samtykke).

4. Prevensjon

Alder alene er ikke en kontraindikasjon mot å bruke prevensjonsmiddel. I Norge er prevensjonsveiledning en juridisk rettighet for ungdom ([Helsestasjon for ungdom \(HFU\) - Helsedirektoratet](#)). Sex og samfunn har utarbeidet god pasientinformasjon som er nyttig ved samvalg ([Prevensjon - Sex og samfunn](#)).

Helsepersonell kan rekvirere prevensjon til ungdom også under 16 år og uten involvering av foresatte ([Rekvirering av hormonell prevensjon til personer under 16 år - Helsedirektoratet](#)). Samarbeid med Skolehelsetjenesten og/eller Helsestasjon for ungdom anbefales ved behov for

oppfølging. Ungdom over 16 år regnes som helserettslig myndige og har som hovedregel rett til å samtykke til helsehjelp på egne vegne.

a. **Prevensjonsveiledning**

Her omtales råd for ungdom med etablert menstruasjonssyklus og som er fysiologisk i stand til å bli gravide. Ungdom med manglende pubertet og/eller amenoré må utredes og vurderes individuelt. Bruk kapittelet Prevensjon; [Metodebok](#).

Før oppstart av prevensjon er det viktig å **utelukke graviditet**, særlig for ungdom som kan ha uregelmessig syklus og være mindre oppmerksomme på svangerskapsymptomer.

Et støtteverktøy ved prevensjonsforkrivning til ungdom >16 år kan være Fraser guidelines*:

Fraser guidelines	
Pasienten forstår informasjonen og rådene som blir gitt	JA/NEI
Pasienten har forstått at vi har taushetsplikt og ikke informerer foreldre uten samtykke/at vi lar pasienten være med på avgjørelsen hvis vi må informere videre	JA/NEI
Pasienten vil begynne med, eller fortsette med å ha sex selv om vi ikke gir pasienten prevensjon eller annen råd	JA/NEI
Hvis vi ikke gir pasienten råd om prevensjon eller prevensjon kan pasientens fysiske eller psykiske helse bli forverret	JA/NEI
Det er det beste for pasienten at vi gir prevensjonsveiledning eller prevensjon uten at foreldrene har fått beskjed.	JA/NEI

*Dette er ikke juridiske kriterier

b. **LARC**

Langtidsvirkende prevensjon (LARC) er den sikreste formen for prevensjon og kan i all hovedsak anbefales uavhengig av alder (Prevensjon; [Metodebok](#)).

1) Spiral

Ved innsetting anbefales test for klamydia og gonore. Vurder å bruke spiral av liten størrelse for lettere innsetting og dersom pasienten har umoden/liten uterus. Planlegg premedikasjon (analgetika) og/eller lokalanestesi ved innsetting, samt analgetika etter prosedyren. Ved forventet vanskelig innsetting, vurder behov for Misoprostol (oral/ vaginal administrasjon)(5).

2) P-stav

P-stav kan være et alternativ også for ungdom og det er ikke vist at denne gir redusert beinmasse.

3) Gestagen depotinjeksjon

Peak Bone Mass bygges opp gjennom puberteten og tidlig voksenliv. Pga. uavklart langtidseffekt på bentetthet anbefales ikke gestagen depotinjeksjon som førstevalg for langtidsprevensjon hos ungdom, selv om studier viser at beinmassen normaliseres etter seponering (6). Individuell risikovurdering anbefales før oppstart hos unge. Vær obs på tilleggsrisiko for redusert beintetthet, f.eks. ved lav KMI.

c. Kombinasjonspiller

Ungdom kan bruke p-piller (kombinasjonspreparat) som voksne ([Metodebok](#)), men vi foreslår at ungdom uten etablert menstruasjonssyklus og som ikke er ferdig utvokst, får alternativ prevensjon hvis mulig (7).

Ved kontinuerlig (langsyklisk) bruk økes sikkerheten i forhold til graviditet. Husk samtidig at bortfallsblødning er tegn på at pasienten IKKE er gravid. Ved langsyklisk bruk kan graviditet være vanskelig å oppdage. Informer dessuten om:

- Ta minst 21 hormonpiller mellom hver pause
- Pausen kan ikke være >7 dager, men kan være kortere (3-4 dager er nok ved gjennombruddsblødning)
- Vurder bytte av preparat ved uregelmessig blødning, som er en vanlig årsak til dårlig compliance

d. Prevensjon ved ADHD

Jenter med ADHD får diagnosen i gjennomsnitt 4 år senere enn gutter, har seks ganger høyere risiko for å bli tenåringsmødre og fem ganger høyere risiko for å få depresjon ved bruk av p-piller, en økning som ikke er sett ved bruk av LARC (8). Ungdom med ADHD bør anbefales p-stav eller spiral.

e. Prevensjon ved akne

Aknebehandling anbefales i regi av fastlege og/eller hudlege (9). Gynekolog kan kartlegge kliniske tegn på hirsutisme eller hyperandrogenisme. Økt SHBG gir økt binding av androgener som igjen kan redusere akne. Avhengig av plager og øvrig risiko, kan et kombinasjonspreparat med gestagen med antiandrogen profil (f.eks. drospirenion), velges. Ved bruk av isotretinoin anbefales LARC, gjerne hormonspiral.

5. Svangerskap og abort

Det har vært en synkende forekomst av fødsler blant tenåringer, aldersgruppen 17 til 19 år sto for 0,5% av alle fødsler i 2023 (11% i 1972). Antall aborter blant kvinner under 20 år har gått ned til 4,4 aborter per 1000 kvinner i 2020 men tallet steg til 5,9 per 1000 i 2023. I samme periode har bruken av hormonell prevensjon sunket noe (10).

Oppfølging i svangerskapet skal som et minimum være lik for tenåringer som for andre gravide (Svangerskap og fødselshjelp; [Metodebok](#)). Det samme gjelder for tenåringer som opplever spontanabort ([Metodebok](#)), eller som ønsker svangerskapsavbrudd (Provosert abort; [Metodebok](#))

Helsestasjon for ungdom, helsesykepleier tilknyttet skole, og stiftelsen Amatheia, tilbyr informasjon og oppfølging til gravide tenåringer, enten de planlegger å fortsette svangerskapet eller ikke. Fastlegen og evt. jordmor har en viktig rolle. Tenåringer kan ha behov for gjentatte kontroller tidlig i svangerskapet. Hvis det er ambivalens rundt å fortsette svangerskapet eller ikke, bør man tilby tett oppfølging til dette valget er tatt.

- Tenåringer kan fysiologisk ha uregelmessig menstruasjon, rask tilgang til ultralydundersøkelse kan være nødvendig for å fastslå svangerskapslengde.
- Gravide tenåringer har økt risiko for seksuelt overførbare sykdommer og bør screenes.
- Ungdom har som gruppe økt risiko for depresjon, både i og etter svangerskap. Kartlegg forhold til og støtte hos barnefar, familie og venner. Bistå i forventningsavklaring og planlegging av barseltid.
- Tenåringer kan ha varierende kunnskap om svangerskap, og dermed behov for grundigere og gjentatt informasjon om anbefalinger.
- På gruppenivå har tenåringer redusert ernæringsstatus, i tillegg til at de fortsatt kan være i vekst. Tilstreb et sunt kosthold i svangerskapet med tilskudd av relevante vitaminer og mineraler, inkludert kalsium og vitamin D.

6. Seksuelt overførte infeksjoner

Sex og samfunn har god og tilgjengelig informasjon for pasienter og helsepersonell ([Sykdommer og underlivsplager - Sex og samfunn](#)). Se også Seksuelt overførbare infeksjoner ([Metodebok](#))

a) Seksualanamnese

Kartlegg seksuell aktivitet/praksis siste halvår eller forrige test:

- Fast partner og antall partnere
- Opprinnelsesland hos partnere
- Seksuell praksis (vaginal, anal, oral)
- Kondombruk (evt. Pre-eksponeringsprofylakse, PrEP)
- Kjønn på partnere
- Kjøp/salg av sex, rusmiddelbruk med sprøyte

b) Klamydia og gonore

Svært utbredt blant unge under 25 år – hyppige partnerbytter og lav kondombruk øker risiko.

- Klamydia: Test genitalt, og rektalt ved analsamleie. Ved anal infeksjon: test for lymfograduloma venerum. Hjemmetester anbefales ikke; positiv hurtigtest bør bekreftes.
- Gonore: Økende forekomst, også blant heteroseksuelle kvinner <19 år. Test liberalt <25 år. 50 % er asymptomatiske. Ubehandlet kan gi bekkeninfeksjon, infertilitet og ektopisk graviditet.
- Behandler bør bistå ungdom i smitteoppsporing for å sikre oppfølging.

c) Mykoplasma genitalium

Test ved symptomer eller PID der andre årsaker er utelukket. Behandles kun ved påvist infeksjon. Asymptomatiske kvinner skal ikke testes. Kun fast partner testes, og behandles kun ved positiv prøve.

d) Herpes simplex-virus

Vanlig, men stigmatisert. Forklar smittemåte og utbredelse. Ved alvorlige primærutbrudd kan antiviral behandling og evt. innleggelse i sykehus, være indisert. Vurder immunstatus ved alvorlig forløp. Diagnostikk: PCR fra lesjon. Serologi frarådes pga. falske positive resultater.

e) Kondylomer

HPV er svært vanlig; type 6 og 11 gir 90 % av kondylomene. De fleste infeksjoner går over spontant innen 12–18 mnd. Informer om smittemåte, sykdomsforløp og at kondom gir delvis beskyttelse.

- Klinisk diagnose
- Egenbehandling: Podofyllotoksin 0,5 % liniment eller imiquimodkrem (Aldara).
- Destruktiv behandling: Kryoterapi, CO₂-laser eller kirurgi ved store, mange eller behandlingsresistente vorter.
- Oppfølging: Godartet tilstand, men residiv vanlig. Ved pigmenterte eller terapieresistente lesjoner: henvis hudlege.
- Vaksine (Gardasil 4/9) beskytter mot de vanligste typene og har redusert forekomsten betydelig.

7. Gynekologiske problemstillinger hos ungdom

a. Menstruasjonsforstyrrelser/ amneoré

- Vi anbefaler å utrede **Amenoré og oligomenoré** ihht [Metodebok](#).
- Ved mistanke om anomali se kapittel **Genitale misdannelser**; [Metodebok](#).
- Pasienter med usikker somatisk kjønnsutvikling (DSD/disorders of sex development) skal henvises til flerregional behandlingstjeneste ved Haukeland - eller Oslo Universitetssykehus.
- Ved gonadesvikt vurderer behov for pubertetsinduksjon ([2.6 Manglende eller forsinket pubertet - Helsebiblioteket](#)) og østrogensubstitusjon (Prematur ovarieinsuffisiens; [Metodebok](#)). Trisekvens og andre MHT preparat er ikke egnet substitusjon for unge kvinner etter gjennomgått pubertet, grunnet for lav dose østrogen. Vi anbefaler individuell oppfølging til substitusjon er godt etablert og tolerert.

b. Gynekologiske blødningsforstyrrelser; bruk [Metodebok](#).

- For ungdom bør utredning modereres (se pkt 3, Gynekologisk undersøkelse) - endometrieprøver, vannscan og/eller hysteroskopi er sjelden indisert.
- **Metroragi** skyldes gjerne anovulatoriske blødninger, behandling med *syklisk* gestagen anbefales.
- Ved **menometroragi** (og dysmenoré) er kombinasjonspille effektivt. Vi foreslår ikke kombinasjonspille som førstevalg til svært unge pasienter uten allerede etablert syklus, se også Prevensjon; [Metodebok](#). Kombinasjonspiller er imidlertid ikke kontraindisert uansett alder (11).

c. Dysmenoré

En studie blant skoleungdom i Norge rapporterte at 38,1 % opplevde alvorlig dysmenoré, og at 61,9 % hadde milde til moderate symptomer. Ungdom med sterke smerter rapporterte 85 % skolefravær på grunn av menstruasjonssmerter, sammenlignet med 53,1 % blant dem med mildere symptomer. Menoragi, dyschezi, oppkast og tretthet var prediktorer for skolefravær. Høyere fravær fra skole og sosial aktivitet ble observert blant deltakere med ikke-norsk etnisitet og dysmenoré (12).

- Vi anbefaler å ta symptomer på alvor, utrede og behandle dysmenoré til pasienten har reduksjon av plager og tilnærmet normal funksjon på skole og sosialt.
- Vi anbefaler hormonell behandling som førstevalg, og anbefaler som hovedregel ikke diagnostisk laparoskopi. Se Endometriose; [Metodebok](#)
- Regionale behandlingshelsetjenester for endometriose er etablert, og NKTEA ([Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose - Oslo universitetssykehus HF](#)) utvikler mestringsverktøy og formidler informasjon.

d. Premenstruelt syndrom (PMS)

Anbefalinger bygger hovedsakelig på data fra voksne og klinisk konsensus, som i [Metodebok](#). Forekomst hos ungdom er usikker grunnet normale variasjoner i puberteten. Prevalens er muligens høyere blant ungdom (25–60 % versus 20–30 % PMS for voksne og 2–5 % PMDD) (13).

Patofysiologi

Hormonverdiene er normale. PMS skyldes økt sensitivitet for hormonvariasjoner i lutealfasen, særlig gjennom påvirkning av serotonin og GABA-systemet.

Diagnose

PMS er en klinisk diagnose. Symptomdagbok anbefales.

Følgende må være oppfylt:

- Symptomer skal begynne minst fem dager før menstruasjon
- Symptomer skal bedres innen fire dager etter menstruasjon
- Ingen symptomer uken før eggløsning
- Symptomene skal vedvare i minst tre sykluser på rad
- Minst ett av symptomene går ut over skole, arbeid, sosialt liv eller fritidsaktiviteter
- Andre årsaker skal være utelukket som depresjon, angst, somatisk sykdom med flere

Vanlige symptomer hos ungdom

- Affektive: irritabilitet, nedstemthet, angst, emosjonell labilitet, konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, endret appetitt.
- Fysiske: hodepine, magesmerter, oppblåsthet, rygg smerter, ømme bryster, kvalme.

Behandling/tiltak

Behandling vurderes sammen med ungdommen og ev. foresatte (14), se [Metodebok](#).

Kombinasjons-p-piller, fortrinnsvis monofasisk og langsyklisk, kan være et godt valg til ungdom ved samtidig prevensjonsbehov/dysmenorè/blødningsplager. Kan redusere total symptombyrde. Det kan være økt risiko for bivirkninger hos hormonsensitive individ, preparat med alternativt gestagen kan da forsøkes (15, 16).

SSRI bør initieres i samarbeid med fastlege/ ungdomspsykiater. Effektivt særlig for affektive symptomer. Lite data for ungdom. Kan brukes kontinuerlig eller i lutealfasen. Tett oppfølging pga. suicidrisiko ved oppstart (17).

Kalsiumkarbonat i dose på 1 200 mg daglig i siste del av syklusen kan redusere premenstruelle plager, med bivirkninger som for placebo (18).

Kognitiv atferdsterapi gir lett til moderat symptomreduksjon. Kan gi mer varig effekt enn SSRI.

Regelmessig trening gir bedre håndtering av fysiske og affektive premenstruelle symptomer (19).

NSAIDs og analgetika gir lindring av fysiske smerter som hodepine og ryggmerter.

Tiltak som ikke anbefales til ungdom

- GnRH-agonister (risiko for bentap)
- Kirurgi

e. Vulvovaginitt og utflod

Utflod øker med stigende østrogennivå, vanligvis fra ett til tre år før menarke. I puberteten vil vaginalfloraen få økende mengde laktobaciller og utfloden lavere pH. Ved behov for utredning bruk kapittel Vulvovaginitt; [Metodebok](#)

Bakteriell vaginose (BV)

- Ungdom kan være mer utsatt for å få BV da risikofaktorer er flere og nye seksualpartnere, sex uten kondom, deling av sexleketøy, overdreven underlivshygiene
- Assosiert med økt risiko for seksuelt overførbare infeksjoner
- Obs økt risiko for bekkeninfeksjon ved spiralinnsetting

Enkelte studier har vist forebyggende effekt av probiotika, men probiotika alene kan ikke kurere BV. Man kan foreslå samtidig bruk av kondom og vaginale probiotika i opptil to måneder etter behandling for BV for å redusere residiv (20). Behandling av mannlig partner er generelt ikke anbefalt.

Candida vulvovaginitt

Forekomst: 75 % før 25-års alder. Tilbakevennende soppvaginitt er vanligst i aldersgruppen 19-35 år. Andre vulvovaginale dermatoser eller underlivsinfeksjoner er viktige differensialdiagnoser ved manglende effekt av egenbehandling.

Genitale sår

Flere ulike sykdommer og tilstander kan gi genitale sår. Disse omtales i andre kapitler.

Ulcus vulvae acutum (Lipschutz ulcer): Sjelden. Akutt innsettende og smertefulle genitale sår som forekommer hos prepubertale jenter, tenåringer og unge kvinner. Tilstanden er ikke seksuelt overførbart og rammer oftest unge, seksuelt inaktive kvinner. Kan oppstå etter en periode med annen sykdom. Ofte idiopatisk, men 30% av tilfeller sees sammenheng med EBV, CMV, mycoplasma pneumoniae, gruppe A streptokokker, Influenza A. Differensialdiagnoser; Herpes simplex og Syfilis

8. Spesielle tilstander og diagnoser

a. PCOS

Se [Metodebok](#) og Hirsutisme og androgenisering; [Metodebok](#)

Vi anbefaler i utgangspunktet ikke å stille diagnosen PCOS i puberteten (før 19 år) da normale utviklingsprosesser ofte overlapper med PCOS-symptomer (21). Det kan likevel være nyttig å identifisere ungdom med «PCOS fysiologi» og forebygge risiko fra ung alder. Andre årsaker til symptomer må utelukkes.

Diagnostikk

PCOS-diagnosen/risiko krever begge:

1. Oligo- eller anovulasjon (uregelmessig eller uteblitt menstruasjon)

Definisjon av oligomenoré hos ungdom etter tidspunkt for menarche:

<1 år: sykluser >90 dager

1–3 år: sykluser <21 eller >45 dager

>3 år: sykluser <21 eller >35 dager, eller primær amenoré ved 15 år og >3 år etter thelarche

2. Klinisk/biokjemisk hyperandrogenisme

Vi foreslår modified Ferriman Gallwey score (mFGS) for vurdering av hirsutisme.

Biokjemisk hyperandrogenisme hos ungdom vurderes som hos voksne kvinner. En jentes androgennivå kan nå «voksent» nivå ved menarche. Biokjemisk hyperandrogenisme defineres som fritt testosteron indeks (total testosteron x 10 / SHBG) > 0,6. Dette er ikke validert for ungdom, men trolig brukbar. Biokjemisk hyperandrogenisme kan ikke vurderes ved pågående bruk av hormonell prevensjon, seponering 3 måneder før måling.

Frarådes for ungdom

- Ultralyd av ovarier anbefales ikke rutinemessig til diagnostikk hos ungdom på grunn av fysiologiske endringer i eggstokkene (multifollikulære ovarier er normalt).
- Måling av Anti-Müllersk hormon (AMH) er ikke anbefalt som diagnostisk verktøy hos ungdom på grunn av lav sensitivitet og spesifisitet.

Risikogrupper og oppfølging

Ungdom som kun oppfyller ett kriterium kan klassifiseres som «i risiko» for PCOS og følges med revurdering til full reproduktiv modenhet, inntil 8 år etter menarke.

Screening og komorbiditet (vi foreslår at dette gjøre i primærhelsetjenesten)

- Screening for psykiske lidelser anbefales (økt forekomst ved PCOS)
- Screening metabolsk status; vekt, lipidprofil og glukose foreslås

Behandling og livsstilsråd

- Førstelinjebehandling er sunn livsstil: fysisk aktivitet og kostholdstiltak
- Vi foreslår at gynekolog ikke iverksetter medikamentell slankebehandling til ungdom utover Metformin, men henviser til lokal overvektspoliklinikk for ungdom eller barne- og ungdomsklinikk.
- Kombinert p-pille og/eller Metformin kan vurderes, tilpasset den enkeltes behov og risikoprofil. Kontraindikasjonene og forhåndsreglene er de samme som for jenter/kvinner uten PCOS. Det anbefales ingen bestemte doser/kombinasjoner som førstevalg.
- Dersom ikke tilstrekkelig antiandrogen effekt, kan man i andre linje forsøke en p-pille med et mer antiandrogen gestagen (desogestrel, cyproteron acetat eller drospirenon).
- Sikre at ungdommen får tilbud om psykologisk støtte og gi god pasientinformasjon om prognose

Differensialdiagnoser

PCOS er en eksklusjonsdiagnose hos ungdom, og andre årsaker til uregelmessig menstruasjon, amenore og/eller hyperandrogenisme må utelukkes. Ved hyperandrogenisme som ikke kan forklares med PCOS skal pasienten henvises endokrinolog.

Tilstander som kan gi hyperandrogenisme og tilhørende test:

Ikke-klassisk medfødt binyrebarkhyperplasi (NCCAH); 17-hydroksyprogesteron

Hypothyroidisme; TSH

Hyperprolaktinemi; prolaktin

Cushing's sykdom; Deksametason suppresjonstest (endokrinolog)

b. Endometriose

Bruk [Metodebok](#) Endometriose for diagnostikk og behandling.

- Vi anbefaler å utrede og behandle dysmenoré til pasienten har reduksjon av plager og tilnærmet normal funksjon på skole og sosialt.
- Involver evt. foreldre og fastlege ved komplekse smerter og høyt skole-/jobb-/sosialt fravær.
- Regionale behandlingshelsetjenester for endometriose er etablert
- NKTEA ([Nasjonalt kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose - Oslo universitetssykehus HF](#)) utvikler mestringsverktøy og formidler informasjon.

Diagnostikk:

- Vurdere risikofaktorer for endometriose; positiv familieanamnese, obstruktiv genital misdannelse, tidlig menarke, høyt skolefravær. Sykliske bekkensmerter, kroniske bekkensmerter, særlig kombinert med kvalme, dysmenoré, dyskezi, dysuri, dyspareuni.

- Vurder diagnostisk behov for og samtykke til GU og/eller UL undersøkelse (vaginal eller rektal) når pas er ung.
- Vurder MR ved mistanke om endometriom og/eller dyp endometriose
- Vi anbefaler som hovedregel ikke diagnostisk laparoskopi/kirurgi til ungdom. Laparoskopi med biopsi er ikke lenger nødvendig for diagnostikk (22).

Behandling:

- Symptomatisk behandling kan iverksettes uten full utredning og undersøkelse dersom effekten av behandling følges opp.
- Vi anbefaler NSAIDs og/eller hormonell behandling som førstevalg (22, 23).
- Ved manglende effekt av hormonell behandling kan alternativt regime med annen hormonkombinasjon, dose eller administrasjonsform forsøkes, se [Metodebok](#).
- GnRH-agonist/antagonist til ungdom bør først vurderes etter grundig gjennomgang av bivirkninger og mulige langtidskonsekvenser, legg til add-back behandling.
- Dersom kirurgi er indisert hos ungdom, bør den utføres laparoskopisk av erfaren kirurg, vi foreslår konsultasjon med eller henvisning til regionalt senter for endometriose. Fertilitetsbevarende kirurgi anbefales.
- Preserverende behandling av ovarialvev/oocytter kan drøftes ved svært alvorlig ovarial/dypt infiltrerende endometriose, men risiko ved prosedyren og effekt på fremtidig fertilitet er ikke tilstrekkelig dokumentert for ungdom (22).

c. Ovarialcyster

Se [Metodebok](#)

- Ovarialcyster er oftest benigne hos ungdom. Behandling vurderes ved symptomer og/eller vedvarende cyster.
- Monofasisk kombinasjonspille kan forebygge nye cyster/hemorragisk cyste/cysteruptur (24).
- Vi foreslår å bruke en systematisk modell, IOTA eller RMI, for vurdering av risiko
- Serummarkører kan brukes for å vurdere malignitetsrisiko, men kan være mindre nyttige hos yngre pasienter. Fravær av forhøyede tumormarkører utelukker ikke malignitet, og forhøyede tumormarkører kan forekomme ved benigne svulster (24).
- Ved lav risiko for malignitet og behov for kirurgi, anbefales en prosedyre som best mulig bevarer ovarialfunksjon.
- Ved usikkerhet eller mistanke om malign tumor/cyste foreslås henvisning til regionssykehus (25).

d. Anomalier

Genitale misdannelser er omtalt i kapittel [Metodebok](#).

Se også avsnittet om utredning av pubertet og amenore. Vær oppmerksom på at svært vanlige symptomer som amenore, kan være tegn på sjeldne tilstander som oppdages i ungdomstiden. Systematisk tilnærming anbefales (26).

- Ta hensyn til ungdommens behov ved anamnese, utredning og informasjon om tilstanden.
- Sørg for kontinuitet i oppfølging, informasjon må ofte gjentas i ny konsultasjon.
- Ungdom utvikler seg, behovene endrer seg over (relativt kort) tid, lag en plan for oppfølging frem til ung voksen alder.

9. Psykososiale aspekter

a. Kjønn- og seksuell identitet

Kjønnsidentitet brukes som et uttrykk for hva slags kjønn man opplever å være i, man kan identifisere seg som mann, kvinne, trans, ikke-binær eller noe annet. Mennesker med kjønnsinkongruens (transpersoner), vil ha en opplevelse av at eget kjønn ikke stemmer overens med biologisk kjønn.

Kjønnsidentitet må ikke forveksles med seksuell identitet, som handler om hvilke(t) kjønn man blir tiltrukket av, hvem man vil ha sex med eller bli kjæreste med.

For de som bryter med hetero-normene kan dette være både vanskelig og skambelagt. Det er ikke uvanlig at helsepersonell mangler kunnskap om seksualitet og seksuell helse hos personer som bryter med det heteronorme.

Manglende samsvar mellom tildelt kjønn og egen kjønnsidentitet kalles på fagspråket kjønnsinkongruens. Personer som bryter med kjønnsnormene rammer mange ulike identiteter, kjønnsuttrykk og seksualiteter. Transpersoner kan ha identitet som kvinne eller mann, ha en flytende kjønnsidentitet eller la være å kategorisere seg.

Fra 2016 kan alle over 16 år kan sende en egenerklæring til Skatteetaten for å endre juridisk kjønn. Våren 2018 (ICD-11) ble diagnosen F64.0 Transseksualisme og de andre diagnosene for kjønnsidentitetsforstyrrelser flyttet fra kapittelet om psykiske lidelser, til kapittelet som omhandler seksuell helse.

Kjønnsinkongruens kan lede til kjønnsdystrofi, som betyr psykisk smerte, dypt ubehag eller plager ved det manglende samsvaret mellom biologisk kjønn og egen kjønnsidentitet. Dysfori vil for mange føre meg seg seksuelle utfordringer og vansker med å oppleve seksuell nytelse og glede.

Seksuell identitet er det samme som seksuell orientering, og handler om hvem man blir forelsket i, seksuelt tiltrukket av, og hvem man ønsker å være sammen med. Seksuell identitet omfatter identiteter som homofil, lesbisk, bifil, aseksuell, skeiv eller noe annet.

b. Spiseforstyrrelse og gynekologiske konsekvenser

Ved spiseforstyrrelser, lav BMI eller REDS (Relative Energy Deficiency in Sports) kan hypothalamus-hypofyse-ovarialaksen påvirkes. Funksjonell hypothalamisk amenore kan oppstå, og medfører økt risiko.

Red kommentar: dette er avsnittet er uferdig.

Referanser

1. WHO. WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights. WHOint 2018.
2. Joakimsen HL, Brendlien A, Furberg AS, Nielsen CS, Grimnes G, Evensen EK. Age at menarche and its association with preschool BMI among girls in Northern Norway. *PloS one*. 2025;20(5):e0322986.
3. Popat VB, Prodanov T, Calis KA, Nelson LM. The menstrual cycle: a biological marker of general health in adolescents. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1135:43-51.
4. Seppa S, Kuiri-Hanninen T, Holopainen E, Voutilainen R. MANAGEMENT OF ENDOCRINE DISEASE: Diagnosis and management of primary amenorrhea and female delayed puberty. *European journal of endocrinology*. 2021;184(6):R225-R42.
5. Scavuzzi A, Souza AS, Costa AA, Amorim MM. Misoprostol prior to inserting an intrauterine device in nulligravidas: a randomized clinical trial. *Human reproduction*. 2013;28(8):2118-25.
6. Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, Barlow WE, Ott SM. Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(2):139-44.
7. Bachrach LK. Hormonal Contraception and Bone Health in Adolescents. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2020;11:603.
8. Lundin C, Wikman A, Wikman P, Kallner HK, Sundstrom-Poromaa I, Skoglund C. Hormonal Contraceptive Use and Risk of Depression Among Young Women With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023;62(6):665-74.
9. Stangeland KZ, Huldt-Nystrom T, Li X, Danielsen K. [Treatment of acne]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke*. 2019;139(12).
10. Løkeland M. Induced abortion in Norway fhi.no: NIPH; 2025 [
11. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use, sixth edition. World Health Organization. 2025;2025.
12. Gravdahl OF, Svenningsen R, Majak P, Majak G. Menstrual-related symptoms as red flags for school absenteeism among Norwegian adolescents (MINA): A cross-sectional study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2025;104(4):746-54.
13. Itriyeva K. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2022;52(5):101187.
14. Moen MH, Lundgren RA. [Treatment of premenstrual complaints]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke*. 2004;124(15):1933-4.
15. Ma S, Song SJ. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2023;6(6):CD006586.

16. de Wit AE, de Vries YA, de Boer MK, Scheper C, Fokkema A, Janssen CAH, et al. Efficacy of combined oral contraceptives for depressive symptoms and overall symptomatology in premenstrual syndrome: pairwise and network meta-analysis of randomized trials. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2021;225(6):624-33.
17. Modzelewski S, Oracz A, Zukow X, Ilendo K, Sledzikowka Z, Waszkiewicz N. Premenstrual syndrome: new insights into etiology and review of treatment methods. *Front Psychiatry*. 2024;15:1363875.
18. Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. Premenstrual Syndrome Study Group. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1998;179(2):444-52.
19. Yesildere Saglam H, Orsal O. Effect of exercise on premenstrual symptoms: A systematic review. *Complement Ther Med*. 2020;48:102272.
20. Cohen CR, Wierzbicki MR, French AL, Morris S, Newmann S, Reno H, et al. Randomized Trial of Lactin-V to Prevent Recurrence of Bacterial Vaginosis. *The New England journal of medicine*. 2020;382(20):1906-15.
21. Teede HJ, Mousa A, Tay CT, Costello MF, Brennan L, Norman RJ, et al. Summary of the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome: an Australian perspective. *The Medical journal of Australia*. 2024;221(7):389-95.
22. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2022;2022(2):hoac009.
23. ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstetrics and gynecology*. 2018;132(6):e249-e58.
24. Baskovic M, Habek D, Zaninovic L, Milas I, Pogorelic Z. The Evaluation, Diagnosis, and Management of Ovarian Cysts, Masses, and Their Complications in Fetuses, Infants, Children, and Adolescents. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(7).
25. Birbas E, Kanavos T, Gkrozou F, Skentou C, Daniilidis A, Vatopoulou A. Ovarian Masses in Children and Adolescents: A Review of the Literature with Emphasis on the Diagnostic Approach. *Children (Basel)*. 2023;10(7).
26. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Electronic address aao. Current evaluation of amenorrhea: a committee opinion. *Fertility and sterility*. 2024;122(1):52-61.