

سندرم تخمدان پلی کیستیک

دکتر ساغر صالح پور،* دکتر مریم تمیمی**

چکیده :

زمینه و هدف: ما در عصر جدیدی از آگاهی و درمان زنان مبتلا به تخمدان‌های پلی کیستیک و هیپراندرورژنیسم پا گذاشته‌ایم. در گذشته، ما اقدام به درمان موثر مشکلات اختصاصی ناباروری، خونریزی رحمی ناشی از اختلال عملکرد و هیرسوتیسم می کردیم، اما امروزه ملزم هستیم بر کمیت و کیفیت زندگی این بیماران تأثیر بگذاریم. پزشکی با ایجاد و تقویت گرایش به سوی مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه در زنان مبتلا به عدم تخمک‌گذاری هم به اصلاح اختصاصی عواقب بالینی عدم تخمک‌گذاری می‌پردازد و هم می‌تواند عوارض جانبی عمده‌ای را که بر سلامت کلی بیماران تأثیر می‌گذارد، کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: تخمدان پلی کیستیک، هیپراندرورژنیسم، مقاومت به انسولین.

زمینه و هدف

چاقی (مرکزی) و گاهی بدون علائم بالینی و وجود شواهد PCOS در سونوگرافی باشد.

تغییرات سرمی اندوکرینولوژیک در PCOS به این شرح است:

↑Fasting insulin-|testosterone & androstendione-
↑LH- → FSH-↓SHBG-↑Estra diol- ↑prolactine

PCOS می‌تواند عوارض درازمدتی از جمله دیابت ملیتوس دیس لیپیدمیا، افزایش فشارخون و بیماری‌های قلبی عروقی، کانسر اندومتر ایجاد کند. در مورد ایجاد کانسر پستان ابهاماتی وجود دارد.

جهت تشخیص PCOS اختلالات زیر باید رد شوند:

CAH (هیپر بلازی مادرزادی ادرنال)، سندرم کوشینگ و تومورهای ترشح‌کننده اندروژن، PCOS با وجود تغییراتی از جمله چاقی، ناباروری، بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی، درد لگنی و افسردگی بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد.

در مورد توزیع چربی در بدن قابل ذکر است که چربی احشایی یا سنترال آثار و عوارض متابولیک بیش‌تری نسبت به چربی زیرجلدی دارد. جهت اندازه‌گیری چربی و نحوه توزیع آن

سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) شایع‌ترین اختلال اندوکرین در بین بانوان است و شیوع آن ۲۰-۱۵٪ می‌باشد. ۳۳-۲۰٪ خانم‌ها علائم سونوگرافیک PCO را نشان می‌دهند که از این میان تنها سه چهارم موارد تظاهرات کلینیکی را به همراه دارند. PCOS علت ۹۵٪ موارد هیپراندرورژنیسم، ۹۵٪ موارد آکنه در بالغین، ۹۰٪ موارد الیگومنوره و ۳۵-۲۰٪ موارد آمنوره می‌باشد. PCOS یک اختلال بالینی است که در بالغین شروع می‌شود و در رابطه با افزایش وزن در دوره بلوغ می‌باشد.

PCOS با وجود دو مورد از کرایتریای زیر تعریف می‌شود: [ESHRE/ASRM(2003)]

۱- الیگو و یا انولاسیون

۲- هیپراندرورژنیسم (کلینیکال و یا بیوکمیkal)

۳- تخمدان‌های پلی کیستیک (با رد سایر اتیولوژی‌ها)

مورفولوژی PCO

تخمدان حاوی ۱۲ عدد یا بیش‌تر فولیکول به قطر ۲-۹mm و یا افزایش حجم تخمدان ($>10\text{cm}^3$) طیف تظاهرات بالینی PCOS می‌تواند شامل هیپراندرورژنیسم (آکنه، هیرسوتیسم، آلوپسی ولی نه به صورت ویریلیزاسیون)، اختلالات قاعدگی، ناباروری،

یا تست تحمل گلوکز دو ساعته ۱۹۰-۱۴۰ mg/dl بدیهی است درمان سندرم متابولیک در بیماران PCOS نیز رژیم غذایی، کاهش وزن و ورزش می‌باشد.^۱ رژیم غذایی این بیماران لازم است پر پروتئین (۵۰٪) و کم کربوهیدرات باشد. به طوری که ذکر شد، از میان بدخیمی‌های ژنیکولوژیک ریسک کانسر اندومتر در PCOS افزایش می‌یابد. در مورد کانسر پستان ابهاماتی وجود دارد و PCOS ریسک کانسر تخمدان را افزایش نمی‌دهد. چنانچه ضخامت اندومتر کم‌تر از ۷mm و فاصله بین سیکل‌های قاعدگی کم‌تر از ۳ ماه باشد، شانس هیپرپلازیا و کانسر اندومتر کم‌تر است. اکنون به اختصار به درمان هیپرسوتیسم، آکنه، بی‌نظمی قاعدگی و ناباروری در بیماران PCOS می‌پردازیم.

درمان هیپرسوتیسم:

کاهش وزن، افلورنتین هیدروکلراید (Vaniqa crème)، COCP، سیپروترون استات، دروسپیرنون، اسپیرنولاکتون، آنتی‌اندروژن‌ها (فلوتامید، فیناستراید)، پروژسترون، GnRh آگونیست‌ها و داروهای کاهنده انسولین

- درمان آکنه
- کاهش وزن: CDA+EE
- درمان ناباروری^۲

کاهش وزن، متفورمین، کلومیفن سیترات، لتروزول. گنادوتروپین‌ها (Lowdose step up) آگونیست‌های GnRh و آنتاگونیست‌های GnRh.

اختلالات خلقی در PCOS^۳

زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک به طور مشخص در ریسک بالای افسردگی قرار دارند.

(Deeks 2010, Bhattacharya 2010, Kerchren 2009)

هم‌چنین اختلالات خلقی و اضطرابی از جمله افکار خودکشی

در این بیماران شایع‌تر است (Manson 2008)^۴

در زنان مبتلا به PCOS که از ناباروری رنج می‌برند، میزان افسردگی بیش‌تر است (Deeks 2010).^۲

در زمینه درمان اختلالات خلقی توجه به این موارد لازم است: (Kerchner 2009- Hollinrake 2007)

غربالگری روتین و توجه به درمان صحیح اختلالات مذکور.^۵

از گزینه‌های درمانی جدید در این موارد می‌توان به داروهای حساس‌کننده به انسولین اشاره کرد. هم‌چنین توجه به مشاوره سایکولوژیک و تشویق بیماران به شرکت در گروه درمانی‌های حمایتی حایز اهمیت است.

می‌توان از روش‌هایی از جمله اندازه‌گیری دور کمر، نسبت دور باسن، استفاده کرد. اندازه دور کمر بالای ۸۸cm یکی از معیارهای سندرم متابولیک می‌باشد. درمان PCOS با تأکید بر کاهش وزن با رژیم غذایی و ورزش منجر به افزایش حساسیت به انسولین، کاهش LH و کاهش اندروژن‌ها می‌شود. لذا در درمان PCOS در کنار داروهای از جمله متفورمین باید رژیم غذایی و ورزش را مدنظر داشت. جهت توصیه رژیم غذایی مناسب در این زمینه رعایت نکات زیر ضروری است:

- حذف شکر از رژیم غذایی
- حذف کربوهیدرات‌های ساده از رژیم غذایی
- حذف چربی از رژیم غذایی
- افزودن فیبر به غذای دریافتی
- توصیه به مصرف افزایش مقدار وعده‌های غذایی با حجم کم‌تر
- توصیه به مصرف کالری دریافتی در ساعات ابتدایی روز

قابل ذکر است که سندرم تخمدان پلی‌کیستیک از سندرم X کاملاً مجزا است ولی ارتباط تنگاتنگی بین سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و مقاومت به انسولین وجود دارد و چنانچه ذکر شد رژیم غذایی مناسب و اصلاح شیوه زندگی مقاومت به انسولین را در بیماران PCOS کاهش می‌دهند.

HAIR- AN syndrome

سندرمی است که شامل هایپراندریسم (hyper androgenism)، مقاومت به انسولین (marked insuline resistance) و آکانتوز نیگریکانس (acanthosisnigri cans) می‌شود. شایان ذکر است که هیچ تستی جهت سنجش مقاومت به انسولین در زمینه تشخیص و نه انتخاب شیوه درمان PCOS لازم نیست. زنان چاق مبتلا به PCOS از نظر سندرم متابولیک توسط تست لیپید پروفایل و تست تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) غربالگری می‌شوند. تست‌های مذکور در زنان غیرچاق مبتلا به PCOS تنها در صورتی که سابقه فامیلی دیابت داشته باشند، درخواست می‌شود.

کرایتریای سندرم متابولیک در PCOS به این شرح است:

- چاقی شکمی (>۸۸cm)
- TG>۱۵۰mg/dl
- HDL-C<۵۰mg/dl
- Bp≥۱۳۰/۸۵mmHg
- FBS=۱۱۰-۱۲۶mg/dl

اختلالات عملکرد جنسی در PCOS

اختلالات عملکرد جنسی در سندرم تخمدان پلی کیستیک به موارد زیر مربوط می‌شود: (Anger, veraszolo, Janess 2008) کاهش احساس زنانگی، چاقی و هیرسوتیسم، تصور ذهنی منفی از خود، افسردگی، افزایش سطوح تستوسترون آزاد سرمی. بدیهی است بهبود علائم وابسته به سندرم تخمدان پلی کیستیک مانند هیرسوتیسم، چاقی و نامنظمی قاعدگی، دیسترس‌های روانی بیمار را کاهش می‌دهد و در نتیجه باعث بهبود رضایت‌مندی جنسی می‌گردد (Janess 2008). در مورد عللی که ممکن است منجر به سقط خودبه‌خود در زمینه PCOS

شوند. می‌توان به افزایش سطح LH، چاقی و افزایش سطح انسولین اشاره کرد. در رابطه با افزایش عوارض حاملگی در بیماران PCOS نگرانی‌هایی در مورد خطر افزایش GDM و PIH (در ارتباط با چاقی بیمار) وجود دارد و در نهایت در ارتباط با دوران کلیماکتریک و یائسگی در PCOS می‌توان گفت که علائم هیرسوتیسم بعد از یائسگی افزایش می‌یابد.^۶ تفاوت چشمگیری در سن یائسگی در این بیماران دیده نمی‌شود. اختلالاتی از جمله افزایش فشارخون، هایپرکلسترولمی و دیابت نیز در دوران یائسگی تشدید می‌گردند.

Abstract:

Polycystic ovary

Salehpour S. MD,^{*} Tamimi M. MD^{**}

Introduction & Objective: We clearly are in a new era in our understanding and management of women with PCOS. In the past, we treated the specific problems of infertility, dysfunctional uterine bleeding, and hirsutim effectively. Nowadays, We have the chance to offer interventions to prevent or reverse some of the metabolic consequences of the disorder that have an important impact on overall health and on the quality and quantity of life.

Key Words: Polycystic ovary (PCO), hyperandrogenism, insuline resistance.

^{*} Associate professor in OB GYN- IVF Fellowship Medical director IVF center- Taleghani Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Science.

^{**} Resident of IVF Fellowship, Taleghani Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Science.

References:

1. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility- Marc A. Fritz And Leon Speroff 2011, Volume 1
2. Fertility and Sterility Journal 2010-2011.
3. Metabolic Syndrome and Related Disorders. Volume 3.
4. Cochrane Menstrual Disorders and Sub Fertility Grop 2010.
5. The New England Journal of Medicine 2008.
6. Human Reproduction Journal 2010.