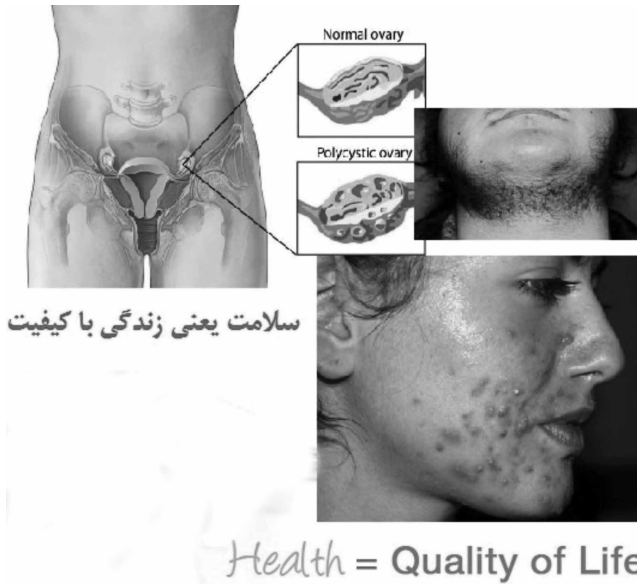


سندرم تخمدان پلی کیستیک



سلامت یعنی زندگی با کیفیت

PCOS (سندرم تخمدان پلی کیستیک یا نشانگان تخمدان پرکیستی) شایع ترین نارسیایی غدد درون ریز در زنان و شایعترین علت نازایی ناشی از عدم تخمک گذاری است. در سال ۱۹۳۵، Stein و Leventhal برای اولین بار نشانگان عدم تخمک گذاری را با عنوان سندرم تخمدان پلی کیستیک شرح دادند. این سندرم یکی از شایع ترین نارسیایی آندوکراین و پاراکراین است. علت آن تا کنون به طور دقیق شناخته نشده، و در ۶ تا ۱۰ درصد زنان در سنین بارداری دیده می شود و بر اساس معیار Rotterdam قابل بررسی است.

این پدیده را به عنوان یک عدم تخمک گذاری مداوم با طیفی از تظاهرات بالینی می دانیم. در بیشتر زنان با عدم تخمک گذاری، تخمدان پلی کیستیک یافت شده است. البته این مشکلات در سلامتی این افراد فقط به ناباروری که از راه وقفه در تخمک گذاری یا PCOS محدود نمی شود، بلکه ریسک سرطان تخمدان و بیماری های قلبی و عروقی و دیابت نوع ۲ را بالا می برد. بررسی های ژنتیکی بین بیماران PCOS، با کمبود یک فنوتیپ مشخص در بانوان نشان داده می شود. علت دقیق این سندرم شناخته شده نیست و یکی از علل مطرح آن بالا بودن سطح انسولین خون است. در واقع یکی از مشکلات زیربنایی موجود به همراه سندرم PCOS وجود عدم تعادل هورمون در زنانی است که به این سندرم دچار هستند. یعنی تخمدان ها در این افراد استروژن و آندروژن (هورمون مردانه) یا به عبارتی هورمون های مردانه بیش از حد طبیعی تولید می کنند.

از دیگر علایم رایج می توان به: آکنه، فشارخون بالا، hirsutism (۹۰ درصد) و چاقی شکمی اشاره کرد. چاقی شکمی در ۲/۳ مبتلایان این سندرم مشاهده شده است.

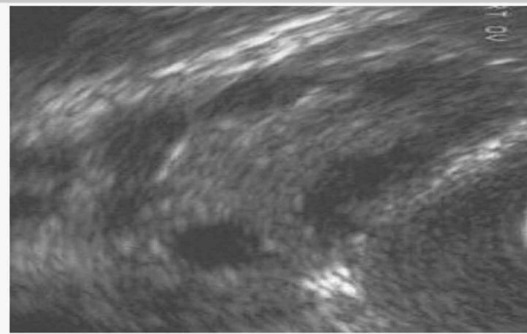
نشانگان

در این افراد تخمک گذاری کم و نامنظم و یا عدم تخمک گذاری به مدت طولانی، ایجاد قاعدگی های دیر به دیر و وقفه در دوران پرئودالیگولیشن (oligoovulation) دلیل آندومتریوز (تکه از بافت رحم جا به جا می گردد و به عضو دیگری از رحم می چسبد) یا به دلیل افزایش هورمون های مردانه است. در این افراد اگر ۲ نشانه از ۳ نشانه ی رایج وجود داشته باشد، فرد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک است: (۱) قاعدگی نامنظم (۲) هایپراآندروژنیسم (افزایش آندروژن سبب افزایش تستوسترون و بروز تظاهرات فنوتیپی مردانه می گردد). (۳) بزرگی دو طرف تخمدان (پر از فولیکول های ریز ۹-۲ میلی متری)

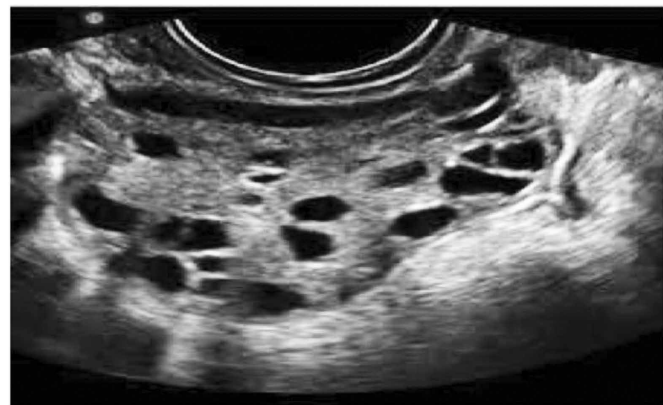
تشخیص

◀ مشاهده آکانتوزسیاه (وجود پوست مخملی و تیره پشت گردن، زیر بغل اعضای تناسلی خارجی و زیر پستان)
◀ مشاهده یکسری علایم از طریق سونوگرافی: تغییر حجم تخمدان، وجود کیست های فراوان مانند گردنبندی در تخمدان.
تقریباً ۲۵ درصد زنان طبیعی، یافته های تیپیک PCOS را در سونوگرافی نشان می دهند. حتی ۱۴ درصد زنانی که از قرص های ضد بارداری خوراکی استفاده می کنند نیز چنین تصویری را در سونوگرافی خواهند داشت.
همچنین مشاهده ی نارسیایی متابولیکی و آندوکراین مانند افزایش غلظت LH، تستوسترون، انسولین و پرولاکتین، با آزمایش های تشخیصی (البته تست اختصاصی برای تشخیص

سندرم تخمدان پلی کیستیک



تصویر فراصوت از نشانگان تخمدان پلی کیستیک



این درمان با کاهش اندازه های آندروژن، سیکل قاعدگی را منظم کرده و موی زائد را در این افراد کاهش می دهد. همچنین در افراد با چاقی شکمی در صورت ۵ تا ۱۰ درصد کاهش وزن، احتمال از سرگیری تخمک گذاری و حتی بارداری وجود دارد. در بسیاری از زنان هیرسوتیزم ترکیبی از درمان ها بهترین درمان است.

یکی دیگر از راه های درمان در این افراد تغییر سبک زندگی است و شامل تغییر عادات غذایی، افزایش تحرک، کاهش استرس و رعایت سیکل خواب است. نوسان شدید قند خون در بیماران مبتلا به این سندرم از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. زیرا که باعث عدم پایین آمدن وزن افراد می شود. رعایت میزان مصرف کربوهیدرات ها، اسید آمینه ها، اسید چرب و... و پرهیز از گرسنگی طولانی مدت و تنظیم سطح انسولین قند خون، از جمله موارد مهم قابل توجه است.

پیش آگهی

این بیماری بیشتر در بانوان در سنین تولید مثل با شیوع ۵ تا ۱۰ درصدی وجود دارد. در افراد سندرم تخمدان پلی کیستیک، بیشتر دارای یک مادر و یا خواهر با این شرایط هستند. ولی هنوز دلیل قاطعی وجود ندارد که ثابت کند این بیماری ارثی است. از نظر آماری خانم هایی که افراد درجه ۱ آنها (خواهر، مادر یا دختر) این بیماری را داشته اند، ۵۰ درصد شانس ابتلا به این بیماری را دارند. محققان به دنبال امکان ارتباط ژن های جهش یافته با PCOS هستند.

منابع

- 1) Goodarzi, M.O., Dumesic, D.A., Chazenbalk, G.A., Azziz, R. Polycystic ovary syndrome: etiology, pathogenesis and diagnosis. Nat Rev Endocrinol, 2011. 7(4): p. 219-31
- 2) Lujan, M.E., Chizen, D.R. Diagnostic Criteria for Polycystic Ovary Syndrome: Pitfalls and controversies. J Obstet Gynaecol Can, 2008. 30(8): p. 671-9
- 3) Johansson, J., and Stener-Victorin E. Polycystic Ovary Syndrome: Effect and Mechanisms of Acupuncture for Ovulation Induction. Evid Based Complement Alternat Med, 2013. 40(8): p. 62-6
- 4) Azziz R, Woods KS, Reyna R, Key TJ, Knochenhauer ES, Yildiz BO 2004 The Prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. J Clin Endocrinol Metab 89: 2745-2749
- 5) Azziz R, Carmina E, Dewailly D, Diamanti-Kandaraki E, Escobar-Morreale HF, Futterweit W, Janssen OE, Legro RS, Norman RJ, Taylor AE, Witchel SF 2009 The Androgen Excess and PCOS Society criteria for polycystic ovary syndrome: the complete task force report. Fertil Steril 91: 456-488
- 6) Ovalle F, Azziz R 2002 Insulin resistance, Polycystic ovary syndrome, and type 2 diabetes mellitus. Fertil Steril 77: 1095-1105

قطعی سندرم وجود ندارد، یعنی پزشک همه ی نشانه ها را بررسی کرده و سپس سایر احتمالات را رد می کند).

وجود سندرم متابولیک (افزایش فشار خون، دور کمر ۸۷،۵ سانت و بیشتر باشد، سطوح گلوکز بیشتر از نرمال، کلسترول خوب کمتر از نرمال، چربی خون در سطوح بالا (تری گلیسیرید)) همه خانم ها با تخمدان پلی کیستیک، همه نشانگان را ندارند. بیشتر به علت قاعدگی نامنظم یا مشکل در بچه دار شدن به پزشک مراجعه می کنند که این بیماری توسط پزشک تشخیص داده می شود.

درمان

استفاده از قرص های ضد بارداری تحت نظر پزشک هم در دختران (۲ سال پس از شروع اولین سیکل ماهیانه) و هم خانم ها. از آنجایی که این سندرم یک اختلال مزمن است، بنابراین با قطع دارو نشانه ها عود می کند (علایم آن علاج قطعی ندارد اما امکان پذیر است). بنابراین باید مصرف قرص به طور متناوب به خصوص برای پیشگیری از ضخامت غیر طبیعی مخاط رحم ادامه یابد.