

POLİKİSTİK OVER SENDROMU (BİR OLGU NEDENİYLE)

Dr. Tahir BURAN^x

Dr. Mahmut Celal APAYDIN^{xx}

Dr. Hasan KAYA^{xxx}

ÖZET :

Bu yazıda hirsutizm şikayetleri ile başvuran 19 yaşındaki bir genç kız incelendi. Polikistik over sendromu (P.O.S) tanısı konularak literatür ışığı altında konu gözden geçirildi.

Anahtar kelimeler: Polikistik Over Sendromu, hirsutizm

GİRİŞ

Kadınlarda erkek tipi kıllanmanın ortaya çıkmasına hirsutizm denir. Bu kıllanmanın olduğu alanlar sıklıkla yüz, göğüs, memeler, karın orta hattı, lumbosakral alan ve uyluktur (1). Kadınlarda hirsutizmin başlıca sebepleri şunlardır;

A- Eksojen ajanlar

- 1- Androjenler
- 2- Anabolik ajanlar (androjen deriveleri)
- 3- Androjen içeren oral kontraseptifler
- 4- Fenitoin
- 5- Minoxidil
- 6- Diazoxide
- 7- Cyclosporin

B- Endojen nedenler

1- Tümörler

a- Over Tümörleri

^xAtatürk Üni. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Arş. Gör.

^{xx}Atatürk Üni. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Öğretim üyesi Prof. Dr.

^{xxx}Atatürk Üni. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Arş. Gör.

- . Arhenoblastoma
- . Hilar-cell tümör
- . Lipoid-cell Tümör

b) Adrenal Tümörler

- . Adenoma
- . Karsinoma

2- Non-Tümör Sebebler

- a) Over hastalığı
- b) İdiopatik hirsutizm
- c) Hipertekozis Ovari

3- Adrenal Hastalıklar

- a) Konjenital adrenal hiperplazi
- b) Geç başlayan konjenital adrenal hiperplazi

Polikistik over sendromu kadınlarda hirsutizmin en genel sebebidir. Patogenezi hakkında tartışmalar vardır. Bir kısım görüşler ovarial hiperandrogenizm yönünde iken, diğer bir kısım görüşler ise androjenin aşırı üretimi olmadığı, bunu sebeninin kıl folikülünün dolaşımdaki normal androjene aşırı duyarlılık gösterdiğini ileri sürmektedir (1,2).

Polikistik over sendromunun klinik, biyokimyasal, ultrasonografik ve histopatolojik bir çok tarifleri yapılmıştır. Sonuçta ister ovulasyonlu, ister ovulasyonsuz olsun hastalığın ağırlığına göre kadında hormon profilinde değişiklikler olur. LH/FSH oranı LH lehine değişir. Testesteron, androstenedion artar, östrodiol çeşitli varyasyonlar gösterir (3,4,5,6). Artan kan androjenleri Seks Hormon Bağlayan Globulin (SHBG) de etkileyerek kanda serbest testestron artışına neden olur. Bütün bu andojen artışları deride 5 α redüktaz aktivitesini artırır (3,6).

Polikistik over sendromunda hirsutizm sıklıkla mevcuttur. Ancak yüzde erkek tipi (sakal) kıllanma nadir görülür. Bizim olgumuzda yüzde erkek tipi kıllanma (sakal) vardı. Bu nedenle yayınlanmasını uygun bulduk.

OLGU BİLDİRİMİ:

N.A., 19 yaşında bayan Sivas doğumlu, protokol no: 240 olan hasta; adet düzensizliği, yüzünde, kol ve bacaklarında kıllanma şikayeti ile hastaanemize başvurdu. Hasta ilk adetini 13 yaşında görmeye başladığında yüzünde hafif kıllanması da varmış. Yaklaşık 3 yıl içerisinde yüzündeki kıllanma gittikçe artmış, adet düzensizlikleri mevcutmuş, bazen 6 ay adet görmediği zamanlar oluyor-

yaşında adet düzensizliği ve yüzünde kıllanma, şikayeti ile ilk kez doktora gitmiş. Siproteron asetat adlı ilaç verilmiş. İlaç tedavisinden sonra şikayetleri kısmen düzelmiş, ancak ilaca devam etmemiş. Adet düzensizlikleri, yüz ve kollarında kıllanma daha da artmış. Kliniğimize başvuran hasta tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı.

Öz ve soy geçmişinde önemli özellik yoktu.

FİZİK MUAYENE : TA: 120/80 mmHg, Nb: 92/dk, Ateş: 36.7 C° Hafif obez, yüzde sakal tipi kıllanma mevcut (Resim 1-2), umbilikusun altında derin palpasyonda hafif hassasiyet ve 2x2cm çapında bilateral kitle mevcuttu. Meme gelişimi normal, ses kalınlaşması yoktu.



Resim-1



Resim-2

LABORATUVAR BULGULARI: Hemoglobin 14 gr/dl, Lokosit: 8000/ml³, Sedimantasyon: 15/20, Östrodiol: 15.6 pgr/ml, Total Testesteron: 89.5 ngr/dl, Serbest Testesteron: 5.1 pgr/ml, FSH : 7.3 mU/ml, LH: 23.2 mU/ml, Prolaktin: 15.6 ngr/ml, DHEA-SO₄: 128 µg/dl, Total T₃: 71 ngr/ml, Total T₄: 7 µg/dl, TSH: 0.5 µg/ml, Kortizol: 11.1 µ/dl, Androstenedion: 12.7 ngr/dl, Progesteron: 0.2 ngr/ml, 17 α hidroxiprogesteron: 0.9 ngr/ml, SHBG: 80.8 nmol/l, 24 saatlik idrarda 17 Keto steroid= 16.5 µg/24h, Pelvik Ultrasonografisi=her iki overde 40x25x15 mm ebadında kistik lezyonlar mevcut. Ultrasonografik tanı polikistik over, Sellagrafisi=normal, Surrenal tomografi: normal, Laparoskopi: Uterus normal büyüklükte, her iki tuba normal görünümde, sağ overde çatlak üzere olan follikül gözlemlendi. Her iki over normalden büyük ve polikistik görülmüştür.

Hastaya bu tetkikler sonucu polikistik over sendromu tanısı kondu. Operasyon için jinekoloji kliniği konseyinde tartışıldı. Ancak operasyona gerek olmadığı görüşüne varıldı.

Bunun üzerine hastaya spirenotakton tablet 100 mg 2x1 ve siproteron asetat tablet 50 mg: 2x1 (adetin 5 ila 15. günleri arası) başlandı. Cildiye kliniğinde epilasyon yapıldı. Üç ay sonra kontrole geldiğinde yüzdeki kılların ileri derecede azaldığı görüldü.

TARTIŞMA:

Polikistik over endromu çeşitli boyutta adet bozukluğu, şişmanlık, kıllanma, sklerokistik overler ile karakterizedir (3,8). Etyopatogenezi ne olursa olsun kadında normalden fazla androjen üreten overlerin bulunduğu patolojik bir tablodur. Bizim olgumuzda da adet bozukluğu, hafif obezite ve erkek tipi kıllanma mevcuttur.

P.O.S.'nin etyopatogenezinde çeşitli teoriler ortaya atılmıştır. Bazılarına göre adrenokortikal bir bozukluk sonucu androjenlerde artış ve hirsutizm olmaktadır. Bir başka görüşe göre hipotalamo-hipofizer sebeplerle sadece artmış LH etkisi ile polikistik ovaryum teşekkül etmektedir. Bazısı da hipotroidinin etkisi olduğunu söylemektedir. Son zamanlarda ise ovaryumda enzimatik biyosentez bozuklukları ile stromanın hiperplazisi sonucu androjenlerin daha fazla salgılandığı bildirilmiştir (4).

Hirsutizm olgularında, DHEA-SO₄'ün normal sınırlarda oluşu hiperandrojeneminin sürrenalle ilişkisi olmadığını gösterir (3). Bizim olgumuzda da DHEA-SO₄ normal olmasına rağmen androjenlerin yüksek olması olayın sürrenal kökenli olmadığını doğrulamıştır.

Sürrenal veya over kaynaklı malign tümörlerde serum total testesteron miktarı 200 ngr/dl' nin üzerinde olur. Bizim hastamızda total testesteron 89.5 ngr/dl olduğundan malign over tümörü düşünmedik. Ayrıca olgumuzda 24 saatlik idrar-

da 17 ketosteroid miktarı 16.5 ngr bulunmuştur. Bu nedenle 24 saatlik idrarda 17 ketosteroid miktarının 20 ngr 'in altında olması sürrenallerin hasta olmadığını gösterir.

P.O.S. da hirsutizm yavaş başlar ve menstrual siklusların düzensizliği ile birlikte görülür. Hirsutizmin arı başlaması ise androjen üreten tümörlerde görülür (1). Bizim olgumuzda da hirsutizm yavaş başlamış ve 3 yıl içinde artış göstermiştir, ayrıca adet düzensizliği ile birlikte seyretmiştir.

P.O.S. da ses kalınlaşması nadiren olmaktadır. Over tümörlerinde ise virilizasyon ile birlikte ses kalınlaşması olmaktadır. Bizim olgumuzda virilizasyon ve ses kalınlaşması mevcut değildir.

Polikistik over sendromlu hastalarda LH baskın olup, LH/FSH oranı 3/1-5/1 dir. Bizim olgumuzda da LH/FSH oranı 3/1 dir.

P.O.S lu hastalara pelvik ultrasonografi ve laparoskopi ile tanı konabilir, kan hormon seviyeleri tanıda yardımcıdır (5).

Polikistik over sendromunda önce medikal tedavi denir. İlaç tedavisinde genel prensipler, androjen üretimini baskılamaya, androjenin kıl folikülüne olan etkisini önlemeye ve anormal olarak çıkmış olan kılların ortadan kaldırılmasına dayanır. Androjen üretiminin baskılanması amacıyla oral kontraseptifler, glikokortikoidler, gonadotropin releasing hormon analogları, ketokanazol, bromokriptin kullanılabilir. Androjenin kıl foliküllerine olan etkisinin önlenmesi amacıyla spironolakton, sipreteron asetat, simetidin, flütamid verilebilir (9).

Overyan wedge rezeksiyonu günümüzde ender olarak uygulanmaktadır. Medikal tedaviden başarılı sonuçlar alınması ve postoperatif yapışıklıklara bağlı sık infertiliteye neden olmasından dolayı wedge rezeksiyondan vazgeçilmiştir (10).

Biz olgumuza spironolakton 200mgr/gün ve sipreteron asetat 100 mgr/gün başladık. Kozmetik amaçla epilasyon yaptık. 3 aylık tedaviye olumlu yanıt veren olgunun izlenmesine devam edilmektedir.

SUMMARY

POLYCYSTIC OVARY SYNDROME (CASE REPORT)

In this study a 19-year old girl who complain of hirsutizm was investigated. Diagnosis of polycystic ovary syndrome was done and the matter was reviewed under the light of literature.

Key Words: polycystic ovary syndrome, hirsutizm

KAYNAKLAR

- 1) Kirschner M A.: Drug Treatment of Hirsutism. Drug Therapy, 1992; 22: 91-101.
- 2) Yen SS.: The polycystic ovary syndrome. Clin. endocrinol 1980. 12: 177-208.
- 3) Atas T., Şahmay S.: Polikistik over sendromu. Reprodüktif Endoknoloji, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul. 1990; 291-292.
- 4) Yoshino K., Takahashi K., Nishigaki A., Eda Kitao M.: Changes in serum androgen levels in patients with polycystic ovary syndrome, Nippon Sanga Fujihka Gakkai Zasshi.: 1991; 43 (9). 1214-8.
- 5) Baron JJ.: Endocrine and Ultrasound Examination of Hirsutism. Zentrarbl Gynakol. 1991; 113 (9). 511-7.
- 6) Berger MJ., Taymor ML., Patton WV.: Gonadotropin levels and secretory patterns in patients with typical and atypical polycystic ovarian disease. Fertil steril 26: 619 1975.
- 7) Rutten F., Mowszowicz I., Schaison G., Mavvais-Jarvis P.: Androgen production and skin metabolism in hirsutism. J. Endocrinol. 75: 83, 1977.
- 8) Micic D.; Polycystic ovary syndrome: definition, pathoanatomic substrate and mechanisms of pathogenesis. Med. Pregl. 1991; 44 (9-10). 404-8.
- 9) Cumming DC., Yang JC., Rebar RW., Yen SS.: Treatment of hirsutism with spironolactone. JAMA, 1982; 242 (9): 1295-98.
- 10) Yen SC., Jaffe RB.; The polycystic ovary in Yen SC. Jaffe RB (eds): Deproductive Endoerinalgy, Saunders, Philadelphia 1991; 598-608.