

Aile Hekimliği Polikliniğinde Polikistik Over Sendromu Tanısı Alan Bir Olgu *A Case of Polycystic Ovary in the Family Medicine Outpatient Clinic*

Altun GÜNDAY
Özgür ENGİNYURT
Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:
Özgür ENGİNYURT
Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Tel/phone: +90 532 231 74 99
E-mail: enginyurt72@gmail.com

Anahtar Kelimeler:
PKOS, oligomenore, anovulasyon

Keywords:
PCOS, oligomenore, anovulation

Geliş Tarihi - Received
05/12/2018
Kabul Tarihi - Accepted
08/01/2019

Öz

Polikistik Over Sendromu (PKOS) tanısı için günümüzde 2003 Rotterdam kriterleri kullanılmaktadır. PKOS tanı kriterleri ultrasonda polikistik overlerin görülmesi, kronik olarak ovülasyonun olmaması, şikayet fizik muayene ve/veya biyokimyasal olarak androjen fazlalığı belirti ve bulgularının varlığıdır. Mevcut şikayet ve kliniğe neden olabilecek diğer tanımlar ekarte edildikten sonra yukarıdaki üç tanı kriterinin en az ikisinin varlığı ile PKOS tanısı konabilir. PKOS multisistemik bir hastalıktır. Kronik süreçte birçok sağlık problemine yatkınlığa neden olmaktadır. Bizim hazırladığımız olguda hasta son zamanlarda ortaya çıkan oligomenore şikayeti ile polikliniğimize başvurmuştur. Klinik laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinde PKOS dışında oligomenoreyi açıklayacak bir durum ile karşılaşmamıştır. PKOS tanısı konan hastaya farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi başlanmıştır.

Abstract

2003 Rotterdam criteria used for the diagnosis of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). PCOS diagnostic criteria include the presence of polycystic ovaries in the ultrasound, the chronic absence of ovulation, complaints, physical examination and / or biochemical evidence of androgen excess. PCOS can be diagnosed by the presence of at least two of the above three diagnostic criteria after exclusion of other diagnoses that may lead to the current complaint and the clinic. PCOS is a multisystemic disease. It leads to many health problems in chronic process. In our case, the patient was admitted to our outpatient clinic with the complaint of oligomenorrhea. In clinical laboratory and imaging examinations, there was no case to explain oligomenorrhea except PCOS. Pharmacological and nonpharmacological treatment was initiated to the patient diagnosed with PCOS.

Giriş

Polikistik over ultrasonografide 2-9 mm çapında, 12 ve üzeri sayıda folikül bulunması ve/veya over volümü artışı (> 10 mL) olarak tanımlanmaktadır. Bu görüntünün bilateral olması şart değildir tek overde görülmesi yeterlidir. Polikistik over durumu ve polikistik over sendromu (PKOS) birbirinden farklı kavramlardır. Sağlıklı kadınların yak-

laşık %20' sinde ultrasonografide polikistik over durumu gözlenebilir. Polikistik over durumu PKOS tanısı yoksa uzun vadede ek sağlık sorunlarına yol açması beklenmez. Ancak OHSS(ovarian hyperstimulation syndrome) için risk faktörü olduğu bilinmektedir (1). PKOS reproduktif çağıdaki kadınların en sık karşılaştığı endokrin hastalıklardan biridir. Bu alanda birçok çalışmalar yapılmasına rağmen halen PKOS etyopatogenezi ve tanı kriterleri net olarak ortaya konamamıştır. PKOS tanısı için günümüzde en çok kabul gören 2003 Rotterdam kriterleridir. Buna göre PKOS tanı kriterleri ultrasonda polikistik overlerin görülmesi, kronik olarak ovülasyonun olmaması (oligomenore, amenore), şikayet fizik muayene ve/veya biyokimyasal olarak androjen fazlalığı belirtir ve bulgularının varlığıdır. Cushing sendromu, prolaktin fazlalığı, klasik olmayan konjenital adrenal hiperplazi, androjen salgılayan tümörler de PKOS gibi bulgulara yol açabilir. Bu gibi nedenler ekarte edildikten sonra yukarıdaki üç tanı kriterinin en az ikisinin varlığı ile PKOS tanısı konabilir (2).

PKOS endokrinopatisinin etyopatogenezinde genetik geçişin önemi üzerine yapılan çalışmalar her geçen gün artmaktadır. Çalışmaların çoğu otozomal dominant bir geçiş olduğunu göstermektedir (3). Kronik ovulasyon bozukluğuna bağlı infertilitenin en sık nedeni PKOS' dur. PKOS birçok sistemi etkileyen metabolik bir sendrom olarak dislipidemi, tip 2 diyabetes mellitus, aterosklerotik kalp hastalığı ve endometriyal malignensi gibi sağlık problemlerine yatkınlığa neden olmaktadır (4).

PKOS klinik olarak genelde düzensiz menstrüel siklus (disfonksiyonel uterin kanama, oligomenore, amenore), infertilite, hiperandrojenizm bulguları (virilizasyon, hirsutizm, akne, yağlı cilt, alopesi), obezite, akantosis nigrikans ile karşımıza çıkmaktadır. PKOS'luların yaklaşık %20'sinde düzenli menstrüel siklus görülebileceği akılda tutulmalıdır.(2) PKOS'de en sık karşımıza çıkan androjen fazlalığına bağlı klinik bulgu hirsutizmdir. Obezite ise %40-60 sıklıkla eşlik etmektedir. Sıklıkla santral obezite tipindedir. Laboratuvarda LH seviyesinde, LH/FSH oranında (>2), androjenik hormonlarda, insülin düzeyi ve insülin direncinde artış olabilir (5).

PKOS dört farklı fenotip ile sınıflanabilir. Birinci grupta oligo/anovulasyon, hiperandrojenizm ve polikistik overler üçü birarada bulunmaktadır. İkinci grupta oligo/anovulasyon ile hiperandrojenizm birlikte grup üçte hiperandrojenizme polikistik overler eşlik etmekte ve dördüncü grupta ise oligo/anovulasyon ile polikistik overler bulunmaktadır (6).

PKOS' un standart bir tedavi protokolü yoktur. Tedavi metodu kişide meydana gelmiş olan bulgular ışığında farklılık göstermektedir. Kilo verme, diyet, egzersiz şeklindeki yaşam tarzı değişikliği PKOS tedavisinin temel yapıtaşını oluşturmaktadır. İnsülin duyarlılığını arttırmaya yarayan metformin gibi ilaçların kullanımı PKOS bulgularının gerilemesine yar-

dımcı olmaktadır.(5) OKS ilaçların düzenli kullanımı menstrüel siklusun düzenlenmesini ve akne, hirsutizm şikayetlerinin gerilemesini sağlar. Düşük dozlu anti-androjen ilaçlar da androjenik alopesi, akne ve hirsutizm semptomlarının düzenlenmesinde kullanılmaktadır (4).

Olgu

C.A. 26 yaşında bekar hasta son zamanlarda görülen adet düzensizliği şikayetiyle aile hekimliği polikliniğine başvurdu. Hastanın menstrüel siklusu sorgulandığında oligomenore ile uyumlu olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde bilinen hastalığı, düzenli kullandığı ilacı yoktu. Fizik muayenede patolojik bulguya rastlanmadı. Hirsutizm, akne, yağlı cilt, aşırı kilo, galaktore gözlenmedi. Hastadan fizik muayene sonrası hemogram, biyokimya, lipitler, T4, TSH, FSH, LH, beta HCG, prolaktin, estradiol, tüm abdomen-suprapelvik jinekolojik USG ile tiroid USG görüldü.

Tam kan sayımında hemoglobin 12,2 g/dl, beyaz küre 8810 u/l, platelet 313000 u/l, açlık kan şekeri 89 mg/dl, total kolesterol 175 mg/dl, HDL kolesterol 52 mg/dl, LDL kolesterol 102 mg/dl, trigliserid 103 mg/dl, serbest T4 1,31 ng/dl, TSH 2,36 mU/l, LH 6.62 mIU/ml, prolaktin 17,78 ng/ml, estradiol 184,6 pg/ml olarak ölçülmüş olup normal sınırlar arasında değerlendirilmiştir. Gebeliği dışlamak adına bakılan beta HCG değerinin negatif olduğu görülmüştür. FSH değeri normal sınırların altında 2,55 mIU / ml olarak ölçülmüş olup LH/FSH oranı PKOS u destekler nitelikte 2,59 olarak hesaplanmıştır. Hastamızın vücut kitle endeksi normal sınırlardadır. Suprapelvik jinekolojik USG de uterus antevort-antefleks pozisyonda normal boyutlarda konturu düzgün görülmüştür. Myometrium homojen, endometrium düzgün ve ekojen kalınlığı 6 mm olarak ölçülmüştür. Sağ over boyutu 36x21 mm, sol over boyutu 34x24 mm ölçülmüştür. Her iki overde periferik dizilim gösteren ortalama 6 mm boyutunda çok sayıda immatür folikül görülmüştür. Bilateral overlerde santral stromal doku belirginleşmiştir. Bulgu öncelikle PKOS lehine değerlendirilmiştir. Klinik ve laboratuvar bulguları ile korele değerlendirilmesi önerilir şeklinde yorumlanmıştır.

PKOS ile hepatosteatoz, hipotroidi, hashimato tiroiditi birlikteliği sık görüldüğü için ve ayırıcı tanı açısından hasta abdomen ve tiroid USG ile incelenmiştir. Tüm abdomen USG de karaciğer, safra kesesi, dalak, pankreas, mesane, bilateral böbrek ve sürrenal lojlar normal olarak değerlendirilmiştir. Batın içi serbest sıvı görülmemiştir. Tiroid USG de tiroid bezi boyutları normal, parankim ekojenitesi homojen ve normal görülmüştür. Nodül formasyonu izlenmemiştir. Tiroid bezi içinde her iki lobda ortalama 5 mm boyutunda birkaç adet kolloid kist izlenmiştir. Tiroid bezi vaskülarizasyonu doğal izlenmiş, bez çevresinde patolojik boyutta lenf nodu görülmemiştir.

Tetkikler neticesinde PKOS teşhisi konan hastaya tedavi olarak diyet egzersiz önerilmiş ve metoksiprogesteron ase-

tat ile mens görülmesi sonrası düzenli OKS başlanması planlanmıştır.

Tartışma

Kadında menstrual siklusun düzenli olabilmesi için uterus, vajina, over, hipofiz bezi ve hipotalamusun normal çalışıyor olması gerekir. Menstrüel düzensizlik organik ve hormonal nedenlere bağlı olabilir ve poliklinik başvurularında sık rastlanan şikayetlerdendir. Oligomenore 35 günden uzun aralıklarla oluşan irregüler kanamalardır. Oligomenorelerde genellikle ovarial disfonksiyon mevcuttur. Bizim hastamız da oligomenore şikayetiyle polikliniğimize başvurmuştur. İlaçların bazıları, aşırı zayıflık veya obezite, yoğun egzersiz, yeme davranış bozuklukları, sigara, yoğun stres ve depresyon gibi faktörler geri dönüşümlü olarak oligomenore veya sekonder amenoreye sebep olabilir. (7) Olgumuzun özgeçmişinde, oligomenoreye neden olacak ilaç kullanımını veya psikolojik durum saptanmamıştır. Klinik laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri neticesinde oligomenore şikayeti (anovulasyon) ile LH/FSH oranı >2 olması, tipik polikistik overlerin ultrasonda görülmesi PKOS tanı kriterlerinin ikisini karşılamaktadır. PKOS fenotiplerinden grup 4 e uygun olduğu görülmüştür.

PKOS günümüzde özellikle genç kadınlar arasında sık görülen multisistemik kompleks bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik bir hastalık olan etyopatogenezi net olarak bilinemediği için kesin tedavi yöntemi olmayan PKOS hastalığı özellikle reproduktif çağıdaki kadınları etkileyen önemli bir halk sağlığı problemidir. Hem fizyolojik hem de

psikolojik olarak tüm yönleriyle değerlendirilmeli ve tedavisi buna uygun olarak düzenlenmelidir. Hasta uzun süreli yaşam tarzı değişiklikleri yapmalı (egzersiz, kilo verme, doğru beslenme alışkanlıklarının benimsenmesi..) ve medikal tedavisini düzenli uygulamalıdır.

Kaynaklar

1. Evliyaoğlu O. Polikistik over sendromu ve hirsutizm. *Türk Ped. Arş.* 2011; 46 Özel Sayı: 97-102.
2. Baysal B. Polikistik over sendromu ve hirsutizm. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi No:63 Mart 2008; s.99-107.*
3. Aydos A, Öztumur Y, Gür Dedeoğlu B. Polikistik over sendromu ve moleküler yaklaşımlar. *Türk Hij Den Biyol Derg*, 2016; 73(1): 81 – 88.
4. Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Polikistik Over Sendromuna Güncel Yaklaşım. *Haseki Tıp Bülteni Ocak-Şubat-Mart 2009 Cilt 47 Sayı 1.*
5. Turan V, Erdoğan M, Yeniel Ö, Ergenoğlu M, Kazandı M. Polikistik over sendromu tanısı konmuş 89 hastanın biyokimyasal, hormonal kan parametrelerinin ve klinik bulgularının incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* 50 (3): 179-182, 2011.
6. Kucur S, Yüksel B, Seven A, Polat M, Aksoy A, Keskin N. Farklı Dört Polikistik Over Sendromu Fenotipinin Klinik ve Laboratuvar Değerlerinin Karşılaştırılması. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg* 2016; 7(26): 32-38.
7. Evliyaoğlu O, Alikışıfoğlu M, Ercan O. Ergenlerde menstrüel döngü bozuklukları. *Türk Ped Arş* 2010; 45: 6-12.