

## Gondolatok a policisztás ovarium szindrómáról egy tanulságos eset kapcsán

Dr. Sal István, Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest

A diabetológus-pszichoterapeuta szerző a policisztás ovarium szindróma klinikai diagnózisának integratív megközelítését használja egy tanulságos eset ismertetése kapcsán. Kihangsúlyozza a betegség népegészségügyi és demográfiai jelentőségét. Különböző szakmák közötti határterületi klinikai képről lévén szó, a jelen tanulmány célja rámutatni a pszichés tünetek és a betegség összefüggéseire, felhívni a figyelmet az interdiszciplináris megközelítés fontosságára.

*The diabetologist-psychoterapist author uses the integrative approach of the polycystic ovary syndrome in connection with an instructive case. He highlights the demographic and public health importance of the illness. As this pathology is at the border of different specialities, the goal of the present study is to point out the correspondence between psychological symptoms and the illness itself and calls the attention to the importance of the integrative approach.*

### TÉMAFELVETÉS

A policisztás ovarium szindróma (PCOS) a reprodukciós korban lévő nők leggyakoribb endokrin megbetegedése. Megjelenési formájának sokfélesége miatt a PCOS definíciója az egyes diszciplínáknak megfelelően (nőgyógyászat, belgyógyászat, endokrinológia) nem egységes, sokszor ellentmondásos. Nemcsak a fiatal és fertilis korú nők hiperandrogén megbetegedése. Előfordulása a jelenleg elfogadott Rotterdami kritériumok alapján 5-8% lehet. Hazánkban félmillió nőt is érinthet [1]. Egy közelmúltban megjelent összefoglaló közlemény a diagnosztikus kritériumoktól függően szintén jelentősen különböző előfordulási adatokra hivatkozik [2].

A PCOS legfontosabb tünetei felnőtt korban gyakorisági sorrendben [3]: 1. Meddőség 74%, 2. Hirzutizmus 68%, 3. Vértési rendellenesség 52%, 4. Elhízás 44%. Ezen adatok jelentőségét hazai viszonylatban a közismerten nagyon rossz népesedési helyzet adja meg. A KSH jelentése szerint talán mérséklődött a 2014. évi népességfogyás az előző év azonos időszakához képest. Mivel a halálozások száma mérséklődött, a születéseké pedig emelkedett, a természetes fogyás üteme 4,9 ezrelékről 4,4 ezrelékre csökkent és ez már biztató jelnek tekinthető. A Hungarostudy országosan reprezentatív felmérés adatai szerint jelentős különbség van a kívánt és a tényleges gyerekszám között mind a házasságban, mind az élettársi kapcsolatban élő 45 évnél fiatalabb nők körében. Az okokat a gazdasági és a pszichoszociális helyzet alapján elemezték, az esetleges meddőségre a vizsgálat nem terjedt ki [4], viszont ennek nyomán indult el a ma is működő „Három királyfi, három királylány” népesedési mozgalom.

ségre a vizsgálat nem terjedt ki [4], viszont ennek nyomán indult el a ma is működő „Három királyfi, három királylány” népesedési mozgalom.

### A BETEGSÉG KÓRÉLETTANA

A PCOS genetikai predispozíciójú betegség, kialakulását és klinikai képét környezeti tényezők jelentősen módosítják. Multiszisztémás, poligénes, multifaktoriális rendellenesség, amely különböző anyagcserezavarok és szövődemények fokozott rizikójával társul (menstruációs zavarok, hirzutizmus, infertilitás, vetélés, hipertónia, diszlipidémia, kardiovaszkuláris betegség, endometrium karcinóma; metabolikus szindróma, hiperinzulinémia/inzulinrezisztencia, obezitás, gyakoribb 2-es típusú diabetes mellitus). Az inzulinrezisztencia az az állapot, amelyben normális mennyiségű inzulin szubnormális hatást fejt ki. Ebben preceptor, receptor és posztreceptor-szintű okok játszhatnak szerepet [6]. PCOS esetében az inzulinrezisztencia posztreceptorális szinten alakul ki, a sejten belüli jelátvitel károsodik. Az ovarialis receptorokon ugyanakkor nincs inzulinrezisztencia, ezért okozhat a hyperinzulinémia fokozott szteroidogenezist, azaz stimulálja az ovarium thecasejtjeinek androgéntermelését. Serkenti továbbá az ACTH-stimulálta adrenális androgénszekréciót is. Az intraovariális inzulinszint-növekedés hyperandrogenizmushoz vezet, amelynek következtében a follicularis érés megáll, és létrejön a PCOS karakterisztikus policisztás ultrahangképe. Az inzulin gátolja a májban az SHBG (sex hormone binding globulin) termelést, így tovább növeli a szabad tesztoszteron szintjét. Az SHBG-csökkenés mértéke jó jelzője az inzulinrezisztenciának. A szénhidrát-anyagcsere változásai közvetlenül is hatnak a GnRH (gonadotropin realising hormone) és LH (luteinizáló hormon) szintekre. Inzulin, IGF1 (inzulin like growth factor-1) hatására GnRH-ra nagyobb LH-válasz jön létre, az inzulinszint csökkenése az LH-választ csökkenti [1].

### DIAGNOSZTIKAI KRITÉRIUMOK

A PCOS-betegek szénhidrát anyagcsere kivizsgálásának első lépése az éhomi vércukor mérése. Azoknál a betegeknél javasolt az OGTT elvégzése, akiknél az éhomi vércukor 6,1 és 7,0 mmol/l közötti (Impaired fasting glucose, IFG). A gyakorlat szempontjából elegendő a 0. és a 120. percben végzett vércukor-meghatározás, amelyet az inzulinrezisztencia tisztázása érdekében inzulin-meghatározással javasolt kiegészíteni. A 120 perces vércukor-érték alapján a glukóz-anyagcsere zavara is kideríthető (csökkent glukóz tolerancia, IGT; 2. típusú diabetes mellitus, 2TDM). Az Androgen Excess

Society (AES) javaslata szerint minden elhízottnál, akiknél az éhomi vércukor nem haladja meg az IFG felső határértékét, OGTT elvégzése indokolt. Abban nem egységes az irodalom állásfoglalása, hogy milyen módszerrel határozzuk meg az inzulinrezisztenciát. Ugyanakkor abban egyetértés van, hogy az inzulinrezisztencia meghatározása nem tartozik a PCOS diagnosztikai kritériumai közé. A gyakorlat szempontjából elegendő lehet az éhomi inzulin-meghatározás; amennyiben ez 20 mU/ml feletti, az inzulinrezisztencia valószínűsíthető. Ugyanakkor nincs egységes vélemény a 120. percben mért inzulin normál tartományáról. Az inzulinrezisztencia és a glukóz-anyagcsere állapotának együttes megítélésére a gyakorlatban kétféle számítási módszer használatos, az egyik a HOMA (Homeostasis Model Assessment) index.

$$\text{HOMA index} = \frac{0 \text{ perces inzulinszint (mU/ml)} \times \text{éhomi vércukor (mmol/l)}}{22,5}$$

Amennyiben az érték 4,4-nél magasabb, az inzulinrezisztenciát bizonyít. A másik módszer még egyszerűbb: az éhomi inzulin (mU/ml) és vércukor (mmol/l) hányados kiszámítása, s amennyiben ez az érték 4,0 felett van, inzulinrezisztencia igazolható [2]. Hátránya mindkét számítási módnak, hogy a perifériás inzulinszintet méri, holott a pankréásból az inzulin legnagyobb része a májba jut. Az inzulinérzékenység direkt mérésére szolgáló bonyolultabb módszerek a gyakorlatban nem terjedtek el (inzulintolerancia-teszt, inzulinszuppressziós teszt, inzulin-glukóz klamp módszer) [5].

## ESETISMERTETÉS

Ezt a patogenetikai áttekintést az eseteírás jobb megértéséhez tartottuk szükségesnek. A II. Interdiszciplináris PCOS Konszenzus Konferencia (2009. május 13.) a rotterdami kritériumrendszert javasolja a kórisméhez [6]. Az eset ismertetésénél is ehhez tartottuk magunkat.

**Anamnézis:** A 32 éves nőbeteget, aki egy fegyveres testület hivatásos állományú tagja, az éves szűrővizsgálat kapcsán az alakulat pszichológusa utalta be szakrendelésünkre alkalmassági vizsgálat céljából 2013 márciusában. Elmondja, hogy 2010-ben és 2011-ben 6., ill. 5. hetes korai vetélése volt, mensese 40 naponta van. Szeretnénk előrebocsátani, hogy a beteg személyiségi jogaira tekintettel a kórlefolymást csak vázlatosan áll módunkban ismertetni. A vetéléseket követően párkapcsolata felbomlott, pszichésen válságos helyzetbe került. A változatlan oligomenorrhoea mellett a meddőség, illetve párkapcsolat hiányában az attól való félelem lépett fel a panaszok között.

**Vizsgálati eredmények:** 2012 nyarán nőgyógyászati magánrendelésen OGTT vizsgálat történt szimultán inzulin-meghatározással, amiből inzulinrezisztenciára következtettek. 0 perces vércukor: 4,3 mmol/l, inzulin: 2,0 mU/ml alatt; 120 perces vércukor: 3,6 mmol/l, inzulin: 2,0 mU/ml alatt. HOMA-index: 0,38! Az inzulinrezisztencia megállapítását a fenti adatok alapján tévesnek kell minősítenünk.

Transzvaginális UH-lelet: Az uterus norm. méretű és szerkezetű. Az adnexumok területén kóros echo nem látha-

tó, jobb oldalon még erős PCOS-jelleg, de bal oldalon javulás észlelhető és egy 16 mm-es folliculus. Endometrium 8 mm. Korábbi lelet nem állt rendelkezésre. Metformin terápiát kezdtek, napi 3x850 mg adagban.

Megismételt transzvaginális UH-lelet: A bal adnexum területén kóros echo nem látható, jobb oldalon közepes PCOS-jelleg észlelhető, endometrium 4 mm.

A beteg fő panaszát állandó, étkezéstől független hasi puffadás képezte, amely fájdalommal, hányingerrel nem járt. Étvágya jó, nem fogyott, széklete nehezen van. A további vizsgálatok már az illetékességgel rendelkező fővárosi kórházban történtek.

**Gastroenterológiai kivizsgálás:** hasi UH, has + mence natív és kontrasztanyag CT-vizsgálata, altatásban végzett colonoscopia eredménye eltérés nélküli. Vélemény: irritábilis bél szindróma hasmenés nélkül.

**Immunológiai kivizsgálás:** a vetélések hátterében sem szisztémás autoimmun betegség, sem antifoszfolipid szindróma, sem coeliakia nem igazolódott. Jav: Amennyiben a vetélések oka nem tisztázódik, a nőgyógyász döntése alapján megkísérelhető a terhesség kiviselése LMWH védelemben. (Eddig az időpontig kórházi nőgyógyászati vizsgálatra nem került sor.)

Hajhullás miatt ismételt **bőrgyógyászati vizsgálat** is történt. A szokásos „rutin” labor. vizsgálatokon túlmenően TSH meghatározás, góc-vizsgálatok történtek normális eredménnyel, ezután lokális kezelés volt a javaslat. A paciens 2013 márciusában jelentkezett a fenti előzmények után a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet Pszichoszomatikus Szakrendelőjében.

**Status:** sovány testalkatú (testsúly 48 kg), jó intellektusú (egyetemet végzett), rendszeresen sportoló fiatal nő. Pszichésen az előzmények után női identitásában megrendült, kifejezetten szorongó (Hamilton-skála:15), enyhén depressziós (BDI:10), ugyanakkor hivatásában sikeres.

A kórházi szakambulancián megismételt endokrinológiai vizsgálat az inzulinrezisztenciát, a hyperandrogén állapotot nem igazolta, ciklus hormonok, TSH rendben. Intolerancia miatt a metformin elhagyásra került, ezzel a beteg hasi panaszai fokozatosan megszűntek.

**A SE II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika endokrinológiai szakrendelésével** együttműködve további kivizsgálásban részesült. Immuno-hematológiai és alap-hormonjai rendben, PCOS jellegű LH/FSH arány. Anatómiai eltérés (hysteroscopia) nem volt látható. Kiegészítő labor vizsgálatok (prolaktin, kortizol, 25-OH-D3 vitamin, 17-OH progeszteron, össz-, szabad tesztoszteron, SHBG, AMH, inhibin B) után clomiphen-citrát ovuláció indukciós kezelést kezdtek. Az első indukált ciklus során az ovulációt 1x5000 NE humán choriális gonadotropin (hCG) adásával váltották ki, mely után kontroll progeszteron-szint meghatározást terveztek a gyógyszeres kezelés pontosítására, de már az első ciklusban megfogant. 2014 elején UH-vizsgálat 12 hetes leány magzatot mutatott ki. A 24. heti vizsgálat 600 grammos ép leánymagzatot mutatott, megfelelő a magzatvíz és a lepény is. OGTT: 0 perces vércukor 3,9 mmol/l, 120 perces vércu-

kor 6,1 mmol/l. BDI ill. Hamilton-teszt alapján nincs depresszió és szorongás, párkapcsolatban él, szakmájában előléptették. 2014. július 15-én, terhessége 39. hetében per vias naturales szülés során 3210 gr-os élő, egészséges leány magzat jött a világra ugyanabban az illetékességgel rendelkező fővárosi kórházban, ahol az előzetes kivizsgálás, illetve a terhes-gondozás történt. Az egy évvel később (2015.09.30.) elvégzett OGTT nem utalt semmiféle szénhidrát intoleranciára.

**Tanulságok:** Esetünk a Rotterdami kritériumok alapján a 4., nem hyperandrogén (enyhe) PCOS fenotípusba tartozik. Az egy éve szubmaximális adagban szedett metformin elhagyásával a beteg fő panaszát képező haspuffadás megszűnt, tehát metformin intoleranciája volt a betegnek. A mai „küldözgetős” medicinából hiányzik az integratív szemlélet [7]. A PCOS, mint határterületi kórkép fokozottabban igényli az integratív megközelítést, a társ-szakmák közötti együttműködést: endokrinológus-diabetológus belgyógyász, szülés-nőgyógyász, pszichológus, dietetikus. A hazai szakirodalomban a közelmúltban jelent meg egy összefoglaló közlemény a policisztás ovárium szindróma pszichoszociális megközelítéséről, kihangsúlyozva annak multidiszciplináris jelentőségét [8]. Ennek alátámasztására készült jelen közlemény is.

Célunk az volt, hogy ráirányítsuk a figyelmet a kórkép közegészségügyi és demográfiai jelentőségére, és ehhez képest az ellátó rendszeren belüli ellátási nehézségeire. Az érintett betegek rendszerint először a háziorvosnál tűnnek fel, aki nem tud mit kezdeni velük, mert még az alap-kivizsgálás is meghaladja az OEP-előírások szerinti kompetenciáját. Így a betegek többsége a diabetológiai rendeléseken csapódik le, ahol általában metformin adására egyszerűsödik a kezelés, miután a teljes hormonális kivizsgálás ezen szakrendelések OEP-szabályozás szerinti kompetenciáját meghaladja. A diagnosztikus nehézségeken túlmenően a kezelés terén talán még több ellentmondással találkozunk.

Az első nehézség az integratív megközelítés hiányából adódik, amire esetünk is jó példa. A mai széttagolt medicinából következően minden specialista a maga szemüvegén keresztül látta el legjobb tudása szerint a beteget. Ebben az esetben a leírást közlő Pszichoszomatikus szakrendelés teljesítette be azt az integratív megközelítést, amely helyes irányba terelte a beteg sorsát, és elősegítette ezzel a várt eredményt

## KÖVETKEZTETÉSEK

A PCOS kezelését illetően a már többször idézett gyakorlati útmutatóra hivatkozunk [1,3]. A legáltalánosabb megfogalmazás talán az egyénre szabott kezelés lehet, beleértve az életmód-változtatást is. A gyógyszeres kezelést illetően a kompetencia-határok betartása kulcskérdés. A gyógyszeres kezelési lehetőségek teljes körű megtárgyalása meghaladja ezen esetismertetés terjedelmi korlátait. Az ellentmondásoktól sem mentes metformin-kezelést illetően a II. Interdiszciplináris Konszenzus Konferenciára hivatkozunk [6], amelynek előírásai nem minden esetben valósulnak meg. (Így leírásunkban sem szerepel, miután mi a metformin adását nem indikáltuk, hanem elhagytuk.) A gyógyszeres kezelés egyénre szabott megválasztása függ a beteg életkorától, az előtérben álló tünetektől (fenotípus), és az elérni kívánt közvetlen céltól: ciklus-rendezés vagy graviditás. Általánosságban kimondható, hogy a lehetséges szövődményeket (többes terhesség, hiperstimulációs szindróma) figyelembe véve az ovuláció-indukciós kezelés – kezdve a Clomiphencitrát adásától – a nőgyógyász-endokrinológus kompetenciája, együttműködve a lehetséges anyagcsere-zavarok illetve kardiovaszkuláris szövődmények kezelésében jártas belgyógyással. Az egyoldalú megközelítés, akár szomatikus, akár pszichés oldalról történik, a gyakorlatban tévutakra vezet, amire sajnos egyre több példával találkozunk. Ezeknek megtárgyalása egy újabb tanulmány témája lehetne.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Speer G: A PCOS patogenezeise és epidemiológiája. (In: Lakatos P, Speer G. /szerk./: Policisztás Ovarium Szindróma, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2009, pp. 25-45.)
- [2] Gődény S, Csenter O: A polycystás ovarium szindróma interdiszciplináris, bizonyítékokon alapuló diagnózisának fontossága, Orv.Hetil., 2014, 155(30): 1175-1188.
- [3] Lakatos P, Gimes G, Speer G: A PCOS klinikai képe felnőttben. (In: Lakatos P., Speer G. /szerk./: Policisztás Ovarium Szindróma, Semmelweis, Budapest, 2009, pp. 47-66.)
- [4] Kopp M., Skrabski Á.: Gyermekvállalás és életminőség. (In: Kopp M., Kovács M.,E. /szerk./: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Semmelweis Kiadó, 2006, pp. 253-262.
- [5] Kautzky L: Az inzulin rezisztencia (In: Halmos T., Kautzky L., Suba I. /szerk./: A metabolikus szindróma legújabb szemlélete, Tudomány Kiadó, Budapest, 2011, pp.141-173..)
- [6] Rác K, Winkler G, Szendei M, Sólyom J, György I, Szilágyi A: PCOS metformin kezelését áttekintő II. Interdiszciplináris Konszenzus Konferencia (2009. Budapest), Diabetologia Hungarica, 2009, 17.évf. 2. sz.
- [7] Unger, F (ed.): Az orvoslás paradigmája a 21. században, Semmelweis Kiadó, 2009.
- [8] Kohlné Papp I.: A policisztás ovárium szindróma pszichoszociális megközelítése, Orv. Hetil., 2014, 155(47): 1867-1871.

**Köszönetnyilvánítás:** Az együttműködés lehetőségét megköszönjük a SE II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika endokriológiai részleg vezetőjének, dr. Várbíró Szabolcsnak.

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Sal István** belgyógyász és pszichoterapeuta szakképesítéssel, diabetológus és lipidológus ráépített képesítéssel ill. magatartásterapeuta módszer-specifikus képesítéssel rendelkezik. Diabetológiából és obezitológiából tett licensz vizsgát. 1995 óta a SE Magatartástudományi Intézet külső mun-

katársa, részt vesz az oktatásban és rendel a pszichoszomatikus ambulancián. Nyugdíjba vonulásáig a Honvédkórház belgyógyászat járóbeteg rendelésének vezető főorvosa volt. 1990-től 1994-ig tagja volt a Belgyógyászat Szakmai Kollégiumnak. Több szakmai társaságban aktív tag, rendszeresen publikál hazai szaklapokban, külföldi kongresszusokon is részt vett.

## ***A kormány 2016-ban is 750 millió forintot biztosít praxispályázatokra***

**Az „Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia egyik kiemelt eleme az alapellátás megerősítése, hiszen az erős alapellátás a törődő egészségügyi rendszer kulcsa és kapuőre. A 2015. július 6-án elfogadott alapellátási törvény az alapellátás prevenciók célú megerősítésének támogatása mellett az alapellátás kapuőri szerepének növelését kívánja orvosolni.**

A 2014-ben meghirdetett háziiorvosi letelepedési pályázat keretében az állam az Országos Egészségbiztosítási Pénztáron (OEP) keresztül 413 millió forint támogatást fizetett ki, amelynek eredményeképpen 38, korábban betöltetlen háziiorvosi szolgálatot sikerült betölteni. A tavalyi évben a két praxisprogramra összesen 81 pályázatot nyújtottak be, ezek közül hatvannégyen kötötték meg a támogatáshoz szükséges szerződést. Az összesen 471,6 millió forint értékű támogatást az OEP 2015 végén átutalta.

Az elmúlt évek pályázatainak sikerét mutatja, hogy jelentős érdeklődés mutatkozik az idej kiírással kapcsolatban. Az előző években tapasztalt sikeres pályáztatásra való tekintettel, valamint annak érdekében, hogy a kormány tovább erősítse az alapellátást, a 2016. évben ismét praxispályázatot hirdet.

A tavalyi évhez hasonlóan, idén is 500 millió forint áll rendelkezésre a tartósan betöltetlen háziiorvosi praxisok betöltésére. A pályázati feltételek 2016-ban sem változnak, így továbbra is azok az orvosok pályázhatnak, akik képesítésük alapján önálló háziiorvosi tevékenységet végezhetnek. A betöltendő háziiorvosi szolgálatoknak pedig legalább egy éven keresztül betöltetlennek kellett lenniük és ellátandó lakosság számuknak meg kellett haladni az 1000, illetve az 500 főt (gyermek szolgálat esetében). Az elnyerhető támogatási összeg a praxis betöltetlenségének függvényében nettó 6 és 10 millió forint között alakult. Az elnyert támogatási összeg szabad felhasználású.

Mindemellett a kormány az idei évben is 250 millió forintot biztosít praxisvásárlási program keretében azoknak a háziiorvosoknak, akik praxisjogot szeretnének vásárolni. A pályázat elbírálása során továbbra is előnyt élveznek azok a háziiorvosok, akik nyugdíjas korú kollégájuktól vásárolnak praxisjogot. A 250 millió forintos keretösszegeből az egy háziiorvos által elnyerhető támogatás összege maximum 4 millió forint lehet. A támogatási összeget a háziiorvos kizárólag a praxisjog vásárlására fordíthatja.

A nyertes pályázóknak mindkét pályázat esetében vállalniuk kell, hogy az adott háziiorvosi szolgálatban legalább 4 éven keresztül önálló orvosi tevékenységet végeznek.

Idén október 15-ig lehet pályázni, de a 2016. évben a korábbiakhoz képest újdonság, hogy a beérkezett kérelmek a benyújtás sorrendjében folyamatosan, de legkésőbb a benyújtást követő 60 napon belül kerülnek elbírálásra.

A részletes pályázati kiírás az OEP honlapján, az alábbi linkekre kattintva elérhető:

[http://www.oep.hu//data/cms1010867/Haziorvosi\\_letelepedesi\\_palyazati\\_kiiras\\_20160201.pdf](http://www.oep.hu//data/cms1010867/Haziorvosi_letelepedesi_palyazati_kiiras_20160201.pdf)

[http://www.oep.hu//data/cms1010868/Praxisjog\\_va\\_sa\\_rla\\_s\\_palyazati\\_kiiras\\_20160201.pdf](http://www.oep.hu//data/cms1010868/Praxisjog_va_sa_rla_s_palyazati_kiiras_20160201.pdf)

*Emberi Erőforrások Minisztériuma  
Egészségügyért Felelős Államtitkárság*