

توصیه‌های نوین برای تشخیص و درمان هیرسوتیسم

دکتر فریدون عزیزی*

* مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تستوسترون را در زنان اندازه‌گیری نمی‌کند، به علاوه تفاوت اندازه‌گیری در کیت‌های مختلف وجود دارد (۵). در صورت همه‌گیر شدن اندازه‌گیری با Tandem mass اسپکترومتری دقت و پایداری اندازه‌گیری تستوسترون افزایش خواهد یافت. بخشی از تستوسترون که فعال است با اندازه‌گیری تستوسترون آزاد و یا Bioavailable مشخص می‌شود ولی روشهای اندازه‌گیری این دو نیز یکنواخت و استاندارد نیستند (۳). روشهای قابل اعتمادی وجود دارند که تستوسترون آزاد یا Bioavailable را در حین اندازه‌گیری تستوسترون و SHBG و یا با در دست داشتن میزان تستوسترون و بخشی که در Equalibrium dialysis جدا می‌شود، محاسبه می‌کنند.

اندازه‌گیری سایر آندروژن‌ها در بررسی هیرسوتیسم کمک چندانی نمی‌کند (۶). غلظت DHEAS در حدود ۱۶ درصد زنان طبیعی بالا است (۲) و فقط در مواردی کمک‌کننده است که غلظتهای بسیار بالا (بیشتر از $700 \mu\text{g/dL}$) داشته باشد که تشخیص تومور را مطرح می‌کند (۷). اندازه‌گیری DHEAS برای غربالگری هیپرپلازی مادرزادی آدرنال غیرکلاسیک نیز ارزشمند نیست. در چنین مواردی 17-OH پروژسترون آزمایش انتخابی است (۲).

در زنانی که هیرسوتیسم خفیف دارند، یعنی نمرات فریمن گالوی (Ferriman Gallwey score) بین ۸-۱۵ است (۸)، اندازه‌گیری هورمون‌های آندروژن توصیه نمی‌شود (۱). اندازه‌گیری این هورمون‌ها در مواردی که هیرسوتیسم متوسط یا شدید و نمرات فریمن گالوی بیشتر از ۱۵ است و نیز در هر نوع هیرسوتیسم همراه با تغییرات عادت ماهیانه، چاقی یا بزرگ شدن کلیتوریس توصیه می‌شود (شکل ۱).

درمان هیرسوتیسم باید به دنبال تشخیص صحیح و با مهارت انجام شود. برحسب نوع تشخیص، درمانهای خاص برای علت بیماری مانند هیپرپلازی مادرزادی آدرنال، تومورها،

هیرسوتیسم بیماری شایعی است که در دختران و زنان در سنین باروری مشکلات عدیده تشخیصی و درمانی را ایجاد می‌کند. عدم تشخیص و درمان صحیح این تظاهر بالینی از طرفی سبب ناشناخته ماندن تومورها شده و خطرات شدیدی برای بیمار به دنبال دارد و از طرف دیگر سبب تالما ت روحی و مشکلات جسمی فراوان می‌شود (۱).

تستوسترون هورمون مهم آندروژن است که از تخمدان و آدرنال ترشح می‌شود و از تبدیل آندروستندیون و دی‌هیدرواپی آندروسترون در سایر بافت‌ها مانند چربی و پوست تشکیل می‌شود (۲). غلظتهای تستوسترون در زنان در میانه فاز فولیکولی حدود ۲۵ درصد از میانگین غلظت ماهیانه آن تغییر می‌کند و بیشترین غلظت در ساعات صبح است. در زنان بارور غلظت آن در روزهای اطراف پرئود کمی کاسته شده و در وسط سیکل ماهانه کمی افزایش می‌یابد (۳). شکل فعال آن تستوسترون آزاد است که در برخی موارد که غلظت تستوسترون طبیعی است، می‌تواند افزایش داشته باشد. زنان هیرسوت مقادیر کمتری گلوبولین متصل‌کننده هورمون‌های جنسی (Sex hormone binding globulin=SHBG) را دارند، لذا اندازه‌گیری تستوسترون آزاد ممکن است حساسیت بیشتری به تولید آندروژن زیادی در زنان هیرسوت داشته باشد. SHBG توسط استروژن افزایش و در کم‌کاری تیروئید، هیپرانسولینمی، مقاومت به انسولین و توسط آندروژن‌ها کاهش می‌یابد (۴).

اندازه‌گیری تستوسترون بیشتر در دسترس است ولی روشهای معمولی که در آزمایشگاهها انجام می‌شود، اکثراً به طور دقیق

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دکتر فریدون عزیزی (email: azizi@erc.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۵/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۶/۲۷