

Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar

Orvosi laboratóriumi és képalkotó diagnosztikai analitikus

Képalkotó diagnosztika analitikus szakirány

A masztopátia krónikai fibróza cisztika és a Policisztás Ovárium Szindróma összehasonlítása

Konzulens: Dr Antalfi Bálint

Nagy Dorottya

2014

Tartalom

1.	BEVEZETÉS	2
1.1.	A választott téma jelentősége	2
1.2	Célkitűzések	2
2	ANYAG ÉS MÓDSZER	4
2.1	A kutatás helye	4
2.2	A kutatás módszere	4
3	SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS	5
3.1	Általában a masztopátiás emlőbetegségekről	5
3.1.1	Az emlő vizsgálmódszerei	6
3.2	A Polycystas Ovarium Syndroma (PCOS) jellemzői	7
3.2.1	Inzulinrezisztencia (IR)	10
3.2.2	Vérzészavar	12
3.2.3	Kivizsgálás	13
3.2.4	Kezelése, gyógymódok	14
4	EREDMÉNYEK ISMERTETÉSE	15
5	ÖSSZEGZÉS	23
6	IRODALOMJEGYZÉK	25
7	MELLÉKLETEK	26

1. BEVEZETÉS

1.1.A választott téma jelentősége

Az orvostudomány és a diagnosztikai eljárások fejlődésével egyre több betegség korai szakban diagnosztizálható és ennek megfelelően eredményesen kezelhető vagy gyógyítható. Az egyik választott betegség a Policisztás Ovárium Szindróma (PCOS) amely egy komplex betegség és a női lakosság tizedét érinti. Tünetei közül kiemelendő a petefészek kötőszövetes vázának felszaporodása, soktömlős elfajulása és felvetődik a betegség hátterében az androgén túlsúly.

A másik betegség a masztópátia krónika fibróza cisztika, amely az emlő sokcisztás elfajulása, és ahogyan a nevében is szerepel, kötőszövet felszaporodás jellemzi. Főként a 45-55 éves korban lévő nőket érinti. E betegség hátterében is bizonyos esetekben (ha a cisztákban úgynevezett apokrin sejtek vannak) szintén androgének szerepét veti fel az irodalom.

1.2 Célkitűzések

Dolgozatom elkészítésénél általam szerkesztett kérdőíves módszer feldolgozásával vizsgálni kívántam, hogy a 2013 áprilisától 2014 márciusáig, a HUNIKO Emlőcentrumban diagnosztizált, masztópátia krónika fibróza cisztikában szenvedő betegeknél, fiatal korban jelen volt-e a PCOS, mely a betegek kérdőívre adott válaszaiból felállított anamnézis alapján megállapítható.

Felmerült, hogy a két betegség azonos oksági, de eltérő életkori és szervi megjelenésű, ennek kapcsolatát kívántam vizsgálni.

A kérdőívre adott válaszok, valamint az aspirációs citológiai eredménye alapján keresem a választ arra, hogy megállapítható-e a kapcsolat a két betegség között. Amennyiben a PCOS-sal, és az apokrin metapláziával is diagnosztizált betegeknél bizonyítható az androgén túlsúly, szeretném felhívni a figyelmet arra, hogy a jelenleg fiatal, PCOS-es nők fokozott figyelmet igényelnek követésük során, mert ők nagyobb százalékban lesznek érintettek a már említett emlőbetegségben.

2 ANYAG ÉS MÓDSZER

2.1 A kutatás helye

Vizsgálati anyagom a miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ HUNIKO Emlőcentrumából (Emlő Centrum vezető: Dr. Horváth Andrea radiológus főorvos) származik, az osztályvezető főorvos engedélyével.

Kutatásomat a kórházban a 2013. április 1-től 2014. március 31-ig terjedő időszakban emlővizsgálaton megjelent és emlőcisztával diagnosztizált betegeknek átadott saját szerkesztésű kérdőívem alapján végeztem.

A nagyszámú betegek esetében 100 darab általam szerkesztett kérdőív (lásd:1.számú melléklet) került kiosztásra, ám csak 92 beteg vállalta a kitöltését. Ebből sajnos csak 61 esetben kaptam vissza értékelhetően kitöltve. A kutatásom során csak ezeket vettem figyelembe.

2.2 A kutatás módszere

A kérdőívet a két betegség szakirodalmi tünettana alapján állítottam össze és a HUNIKO Emlőcentrumban nyert adatok alapján a masztopátia krónika fibróza cisztikával diagnosztizált betegekkel töltettem ki. 100 kérdőív került kiosztásra, de ebből csak 61 került kiértékelésre, mely statisztikai módszerekkel történt.

Több értékelési szempont esetén egy-egy vizsgált jellemző csak kis esetszámban fordult elő, mely mind százalék meghatározásra, mind következtetés levonásra nem volt alkalmas.

A kérdőívek kitöltése nem volt kötelező, és a betegek anonim módon válaszoltak. A kitöltés előtt mindenkit tájékoztattunk a felmérés céljáról.

3 SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

3.1 Általában a masztopátiás emlőbetegségekről

A masztopátia krónika fibróza cisztika elnevezés összefoglaló fogalom, mert minden olyan emlőbetegséget jelent, amely a szövetek normális anatómiai fejlődésétől eltér. [6.]

Ez egy olyan emlőelváltozás mely 45-55 közötti életkorra jellemző, és a nők körülbelül 2/3-át érinti. Az emlőállomány soktömlős elváltozása mellett az alapállomány kötőszövetes felszaporodása jellemzi. Ha a cisztákban savó van, akkor annak leszívása terápiás hatású és újra megtelődése nem várható, rosszindulatú daganatos átalakulás nem jellemző. Ha a ciszták falában így a vékonytűvel történő cisztatartalom leszívása során úgynevezett apokrin sejtek kimutathatóak, akkor a tömlők újratelődése vagy a folyamat súlyosbodása várható és ez az általában szokásoshoz képest szorosabb klinikai ellenőrzést igényel. Ebben az esetben gyakoribbak a recidívák. [6.]

Háttérben jóindulatú, kiterjedt (diffúz) vagy körülírt, az emlőmirigy strukturális átalakulása áll, amely emlőmirigyhám felszaporodással (epitel proliferáció) és kötőszövet felszaporodással (fibrózis), és úgynevezett tömlőképződéssel (degeneratív ciszta) jár. Hisztológiaiag mindhárom fenti jellemző együttes megléte esetén úgynevezett komplex emlőelváltozás néven ismert, melyben makro és mikro ciszták egyaránt előfordulhatnak. A felsorolt eltérések önmagukban is, de általában kombináltak, és változó mértékben jelennek meg az emlőben. Kialakulásának oka a hormonális egyensúly, az ösztrogén és progeszteron arányának megváltozása. Az ösztrogén túlsúly és a prolaktin túl produkció az emlőmirigyre proliferációt serkentő hatással van. Súlyosabb esetben a ciklustól független panaszok jelentkeznek

fájdalom, feszülő, égő, szúró, húzó érzés formájában. Ezt nevezzük egyszerű masztopátia krónika fibróza cisztikának. [6.][7.]

Kezelése egyszerű, a ciszta tartalom leszívásával történik, ami az emlő feszülésével járó panaszok megszűnését eredményezi. [6.]

Ezzel szemben ha apokrin metaplázia is megjelenik, akkor androgén túlsúly is véleményezhető a fenti hormoneltéréseken túlmenően, azokkal akár szövődve. Ellentétben a masztopátia krónika fibróza cisztikával, ezek kiújulásra hajlamos, több centiméteres, feszülő, panaszokat gyakrabban és kifejezettebben okozó ciszták. [6.]

3.1.1 Az emlő vizsgálómódszerei

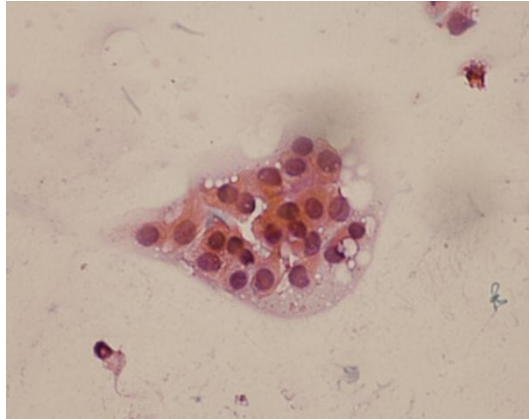
Mivel a 45-55 éves korosztályt érinti a betegség, sokszor a népegészségügyi szűrőprogram keretein belül derül fény az elváltozás meglétére. Ilyenkor mammográfiás készülékkel vizsgálják az emlőket. Ez alkalmas a fizikális vizsgálat alapján észlelt csomók pontos meghatározására és a nem tapinthatóak észrevételére is. Ennél a vizsgálómódszernél különösen fontos, hogy a legjobb minőségű és felbontású képet kapjuk. Mivel az emlő szövetei között nagyon kicsi a sugárelnyelési értékek különbsége, ezért lágysugár technikát alkalmazunk, mely 25-30 kV-os csőfeszültséget jelent. Ha a mammográfia eredménye nem negatív, további vizsgálatokra hívják vissza a beteget. [9.]

Ha fiatal korban tapintanak csomót az emlőben, ebben az esetben az UH az elsődleges vizsgálati módszer. Erre a 7,5 MHz-es transzducer a legalkalmasabb, ezzel vizsgálható legeredményesebben az emlőállomány. [9.]

Ha az emlőben a radiológus olyan elváltozást lát, melyet úgy ítél meg, hogy szükséges belőle a mintavétel, úgynevezett vékonytű aspirációs módszerrel történik a mintavétel. Az általam vizsgált cisztás betegségnél ennek a vizsgálatnak nélkülözhetetlen szerepe van a tapintható és képalkotó eljárással kimutatott emlőelváltozások diagnosztizálásában. Célja, hogy az ismert elváltozásból

punkcióval sejteket nyerjenek, és ezek morfológiai vizsgálatával hozzájáruljon jóindulatú (benignus) vagy rosszindulatú (malignus) jellegének tisztázására. [8.]

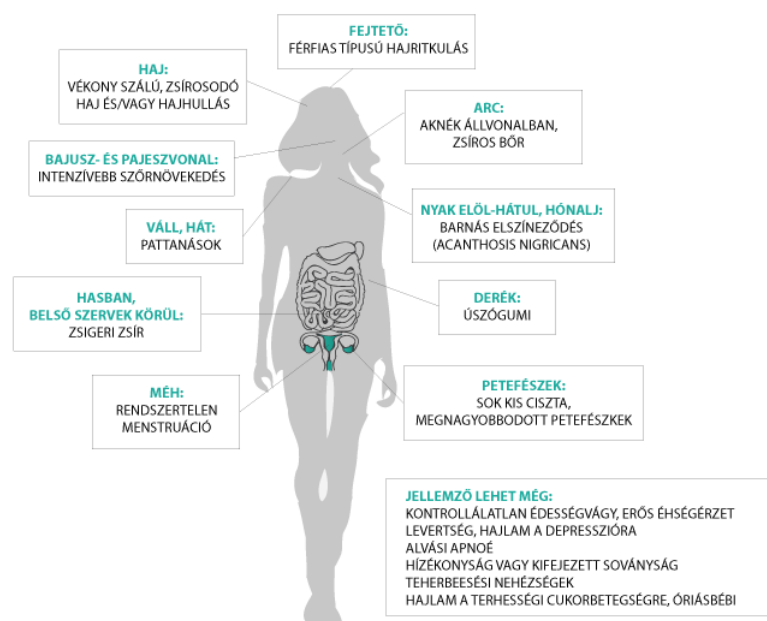
Az eljárás előnye, hogy viszonylag egyszerű, olcsó és könnyen kivitelezhető, nem jár szövődmenyekkel. [8.]



1. ábra: Apokrin sejtek mikroszkópos képe

3.2 A Polycystas Ovarium Syndroma (PCOS) jellemzői

JELLEMZŐ TÜNETEK A PCOS-BEN



FONTOS TUDNIVALÓ: A TÜNETEK EGYÉNEKENKÉNT VÁLTOZHATNAK, NINCS KÉT EGYFORMA ESET!

2. ábra: A PCOS jellemző tünetei[1.]

A nők kb. 10%-át érinti és a vezető tünete a meddőség, így gyakran emiatt kezdődik a kivizsgálás. Mivel nem csak nőgyógyászati probléma a petefészek e betegsége (az új endokrinológiai eredmények alapján), hanem komplex endokrin betegségről van szó, így a teljes kivizsgálása részben a belgyógyászat (endokrinológia) és részben a nőgyógyászat hatáskörébe tartozik. [1.]

Döntően olyan hormonális petefészek megbetegedés, melyre a férfi nemi hormon, az androgén túlsúlya jellemző. Az androgén hormon normál esetben is jelen van a női szervezetben, de csak kis mértékben. Mennyiségének felszaporodása számos, főleg fiatal nők érzelmi állapotára is ható tünetet, panaszt okoz, így:

- Zsíros bőr, pattanások (acne) az esetek döntő többségében észlelhetők, melyek a serdülőkor múlásával sem csökkennek.

- Gyakori az eleinte alig észrevehető, majd erősödő férfias típusú szőrnövekedés (bajusz- és szakállképződés, szőrök az emlőbimbó körül, a hason felfelé húzódóan, hátul a keresztcsont tájékán).
- Hajhullás, férfias típusú kopaszodás is előfordul. [1.]

Jellemző lehet az elhízás.

A betegek gyakran vérzészavarral is küzdenek, menstruációjuk a normálistól sokkal ritkább, vagy pedig egyáltalán nincs. A legtöbb nő leggyakrabban a menstruációs zavar, meddőség és a bőrtünetek miatt fordul orvoshoz. [2.]

A meddőség úgy alakul ki, hogy a petefészkeken egy vastag, kéregszerű bevonat képződik, mely megakadályozza az érett petesejt kilökődését (ovuláció), a tüszőrepedést, ami által lehetetlenné válik a megtermékenyülés, mert a hímivarsejt nem tud érett petesejt hiányában petét megtermékenyíteni. Ezen elváltozás nem azonos a petefészek ún. soktömlős (multi cisztás) elfajulásával, mely nem androgén hormonváltozás eredetű, hanem női nemi hormonhiányos állapot következménye, mely döntően a klimax idején kezdődik. [2.]

Ezekből a PCOS esetén a meg nem repedt tüsző maradványokból alakulnak ki a ciszták, melyek a betegsége jellemző úgynevezett policisztás ovárium képet adják az UH vizsgálatokon. [2.]



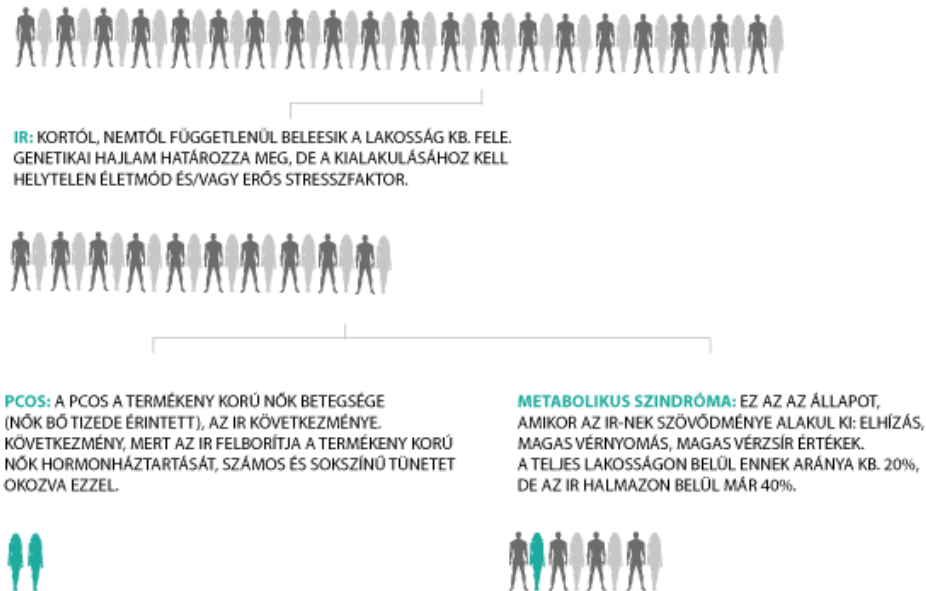
3.ábra: Policisztás ovárium UH képe

3.2.1 Inzulinrezisztencia (IR)

Az újabb vizsgálatok többféle örökletes tényező közül az inzulin-hatás zavarát hangsúlyozzák, amelynek közismert elnevezése az inzulinrezisztencia (IR). A szervezet sejtjei az inzulinra kevésbé reagálnak, ezáltal több inzulin termelődik, amit úgynevezett IR-nek nevezünk, ami többféle hormonális és anyagcserezavart is okoz. [1.]

A hiperinzulinémia több lépcsőben eredményezi a hormonháztartás és az anyagcsere zavarát. Tünetei a hiperinzulinémia mértékétől függően változatosak, azonban sok esetben nem kifejezettek, így rejtve marad a betegség alapvető oka, és gyakran csak egy-egy tünetet vizsgálnak, nem egy komplex endokrin folyamatot véleményeznek. Gyakran csak a szénhidrát anyagcsere zavarának, endokrin, vagy bőrgyógyászati probléma felismerése történik, így maga a PCOS rejtve marad. [1.] Gyakori, hogy a tünetek ellenére a betegséget nem ismerik fel vagy nem kezelik megfelelően, miközben a rossz irányba sodródó szénhidrát- és zsíryanycsere, a megváltozott véralvadékonyság, cukorbetegség és/vagy szív- és érrendszeri betegségek kialakulásához vezet, melyek később nagy kockázatot jelentenek az egyén egészségügyi állapotára. [1.]

A PCOS ÉS AZ IR KAPCSOLATA



4. ábra: A PCOS és az inzulinrezisztencia kapcsolata[1.]

Az érintettek családjában gyakoriak az anyagcsere betegségek, tehát a cukorbetegség, az elhízásra való hajlam, amit szív-és érrendszeri problémák tovább súlyosbítanak. [1.]

Fontos tudni, hogy az inzulinrezisztencia a kezdetektől fennáll, a vércukor szint kezdetben nem feltétlen tér el a normálistól. Éppen ezért fontos, hogy a vizsgáló orvos ne csak a vércukorszintet vizsgálja automatikusan, hanem az egyéb tünetek fennállta esetén az inzulin szintet is. A pontos diagnózis felállításához az úgynevezett terheléses vércukormérés szükséges, amikor a betegnek 75 mg glükózt tartalmazó vizes oldatot kell meginnia éhgyomorra. A folyadék bevitele előtt készül egy éhgyomri vércukorszint meghatározására szolgáló vérvétel, majd a bevétel után

is 120 perc múlva. Insulinrezisztenciáról akkor beszélünk, ha a 120 perces érték 7.8-11.1 mmol/l között mérhető. [2.][3.]

3.2.2 Vérzészavar

Az érintettek több mint kétharmada tapasztalja, hogy rendszertelenek a ciklusai. Ez többféleképpen megnyilvánulhat:

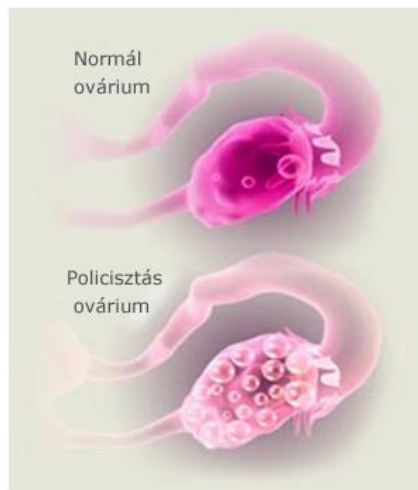
- a ciklusok rövidebbek, mint 22 nap
- a ciklus hossza ugyan normális (22 – 35 nap közötti) és rendszeres a vérzés, de a ciklust köztivérzések, pecsételések zavarják meg, a menzeszt megelőzően napokig barnás pecsételés, vérezgetés jelentkezik
- a ciklus hossza normális (22-35 nap közötti) és rendszeres a vérzés, de a peteérést követő fázis rövid, kevesebb, mint 10-11 nap, amely elégtelen progeszterontermelésre utalhat
- a ciklus hosszabb, mint 35 nap (oligomenorrea) - általában évenként kevesebb, mint 9 vérzés jelentkezik
- egyáltalán nincsen ciklus (amenorrea) [1.]

Még a rendszeresen jelentkező ciklusoknál is gyakori az elégtelen peteérés vagy a peteérés hiánya. Azonban ezt sok nő addig nem veszi észre, amíg nem szeretne gyermeket vállalni. Ugyanakkor számos PCOS-es nő gond nélkül esik teherbe, ezért a PCOS és a meddőség nem feltétlenül jár együtt. [1.]

Ha mégis megtermékenyül a petesejt, további problémát okozhat a rendszerint alacsony progeszteronszint, amely fokozza a korai vetélés kockázatát. Emiatt gyakori, hogy a PCOS-es kismama progeszteronpótló kezelésben részesül az első trimeszterben. [1.]

Az UH ugyanolyan jelentőséggel bír a PCOS diagnosztizálásában, mint a klinikai és laboratóriumi tesztek. Az endovaginális UH megjelenése lehetővé tette az ováriumok megítélésének minőségi javulását, különös tekintettel a kórosan elhízott betegeknél. A petefészkek méretének megnövekedése a legfontosabb és

leggyakoribb jellemzők egyike. A megfelelő tapasztalattal rendelkező szonográfus szakember vagy a vizsgálatot végrehajtó orvos könnyen felismeri a petefészek eltéréseit: a kéreg alatt gyöngysorszerűen helyezkednek el a meg nem érett tüszők, amelyek egyenként 6-8 mm-esek. [4.][5.]



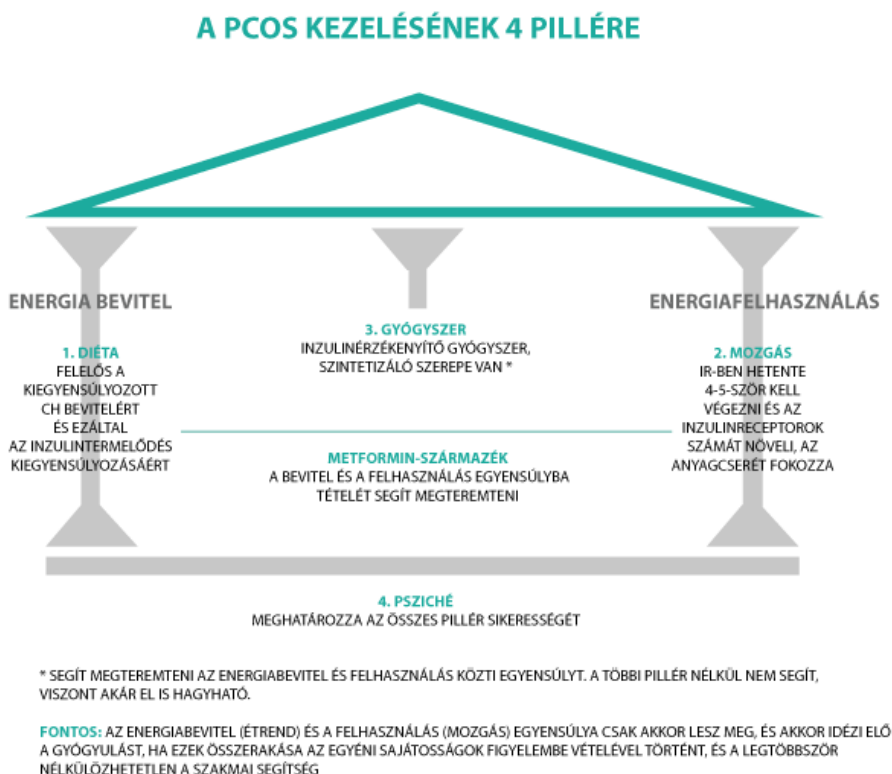
5. ábra: Normál és policisztás ováriumok összehasonlító képe[1.]

3.2.3 Kivizsgálás

A jelenleg érvényben levő, ún. 2003-as rotterdami kritériumok szerint a PCOS diagnózis kimondásához három kritériumból legalább kettő megléte szükséges:

- Peteérési vagy menstruációs zavar
- Férfihormon-túlsúly tünetei vagy laboratóriumi jelei
- Policisztás ováriumok észlelése ultrahanggal [1.]

3.2.4 Kezelése, gyógymódok



6. ábra: A PCOS kezelésének lépései[1.]

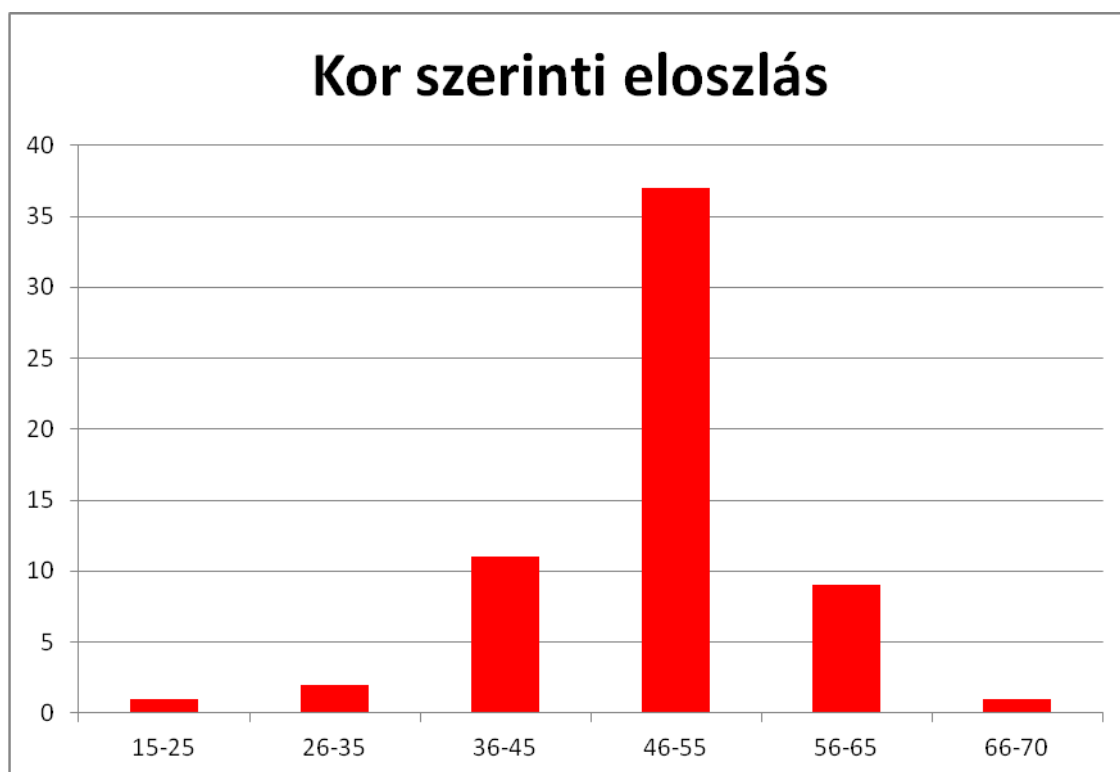
A PCOS egyelőre nem gyógyítható teljesen, de a tünetek jól kezelhetőek és részben visszafordíthatóak, és az állapotromlás megakadályozható az éveken át alkalmazott megfelelő kezeléssel és életmódbeli változtatással. [2.]

Az alapkezelés elsősorban az inzulinrezisztencia visszaszorítására irányul. Három fő alkotója miatt hármas alapkezelésnek hívjuk, amely újabban kiegészült egy újabb igencsak fontos összetevővel, a pszichés pillérrel. [1.]

A gyógyszeres terápia mellett nagyon fontos szerepet tölt be az életmód változtatás is, hiszen a cél a legtöbb esetben a testsúly csökkentése, mely sokszor már a tünetek nagy részét megszünteti. Fontos betartani a megfelelő étrendet, valamint be kell iktatni a rendszeres testmozgást a mindennapokba, mert igazolhatóan javul a sejtek inzulinrezisztenciája a rendszeres testmozgás hatására. [2.]

4 EREDMÉNYEK ISMERTETÉSE

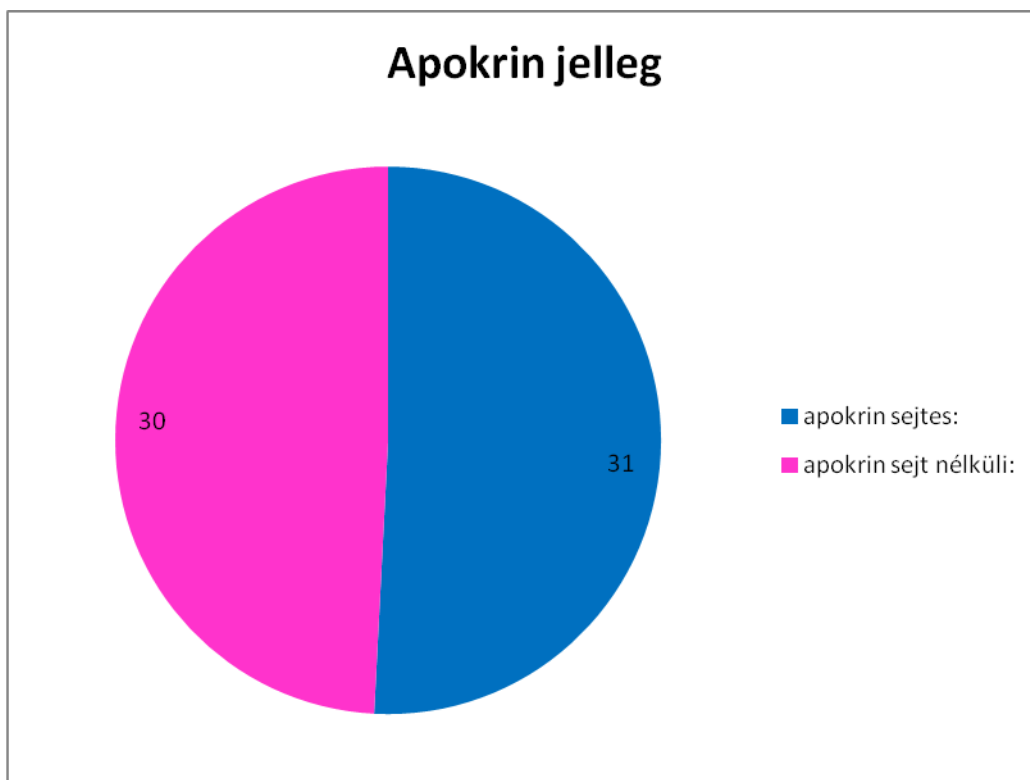
A 61 darab kérdőív feldolgozásának eredményei:



1. diagram: A kérdőívet kitöltők kor szerinti csoportosítása

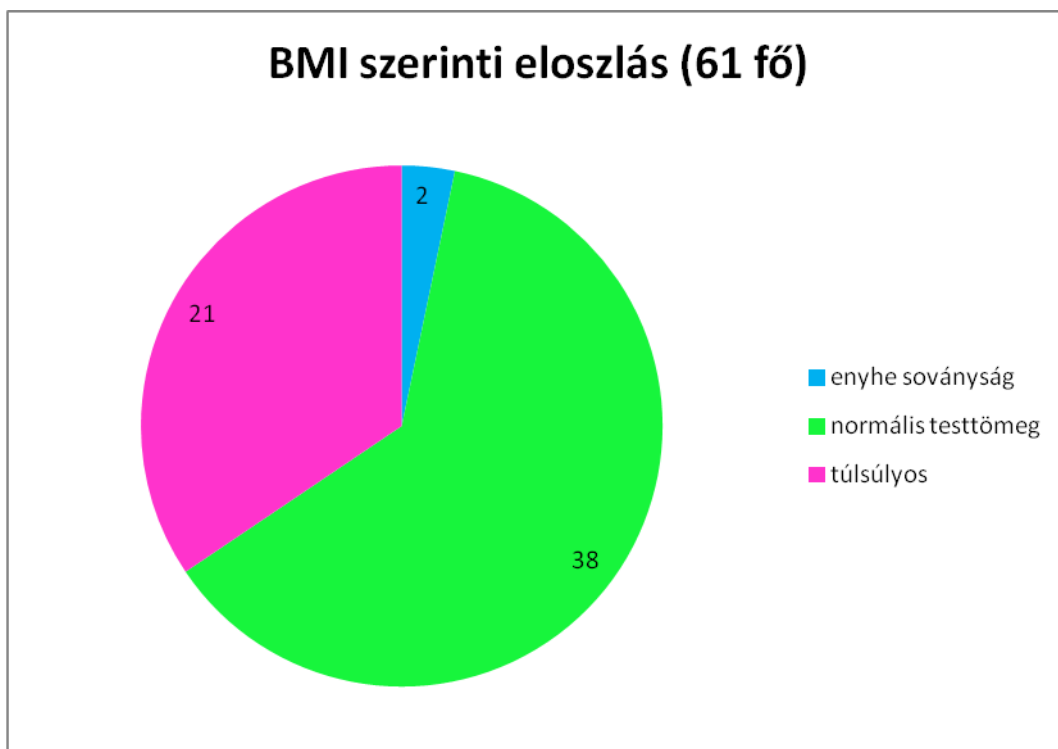
A diagram alapján megállapítható, hogy a választ adók legtöbbször 46-55 év közötti nők, akik masztopátia krónika fibróza cisztikában szenvednek. Ez 37 főt jelent, vagyis az összes kitöltő 60%-át. Ez egybeesik az irodalmi adatok szerinti kormegoszlással, jellemzően ebben a korosztályban jelenik meg a nőknél az elváltozás. 11 esetben (18%) 36-45 év közötti betegek, 9 esetben (15%) 56-65 év közötti nők, és 2 esetben 26-35 év közötti nők töltötték ki a kérdőívet, akik érintettek ebben az emlőbetegségben.

A legfiatalabb egy 19 éves nő volt, aki panaszok miatt jelentkezett vizsgálatra, míg a legidősebb egy 66 éves hölgy, aki a népegészségügyi szűrés keretén belül lett vizsgálva.



2. diagram: *Az aspiráció típus szerinti megoszlása*

Azoknál a betegeknél, akiknél vékonytű aspirációs citológiát végeztek, megvizsgáltuk, hogy találtak-e apokrin sejteket, avagy sem. Ahogy az a diagramon is látszik, 31 mintában, azaz az esetek 50%-ban találtak apokrin jellegre utaló sejteket. Az esetek másik felében, 30 mintában nem találtak.



3. diagram: BMI szerinti eloszlás

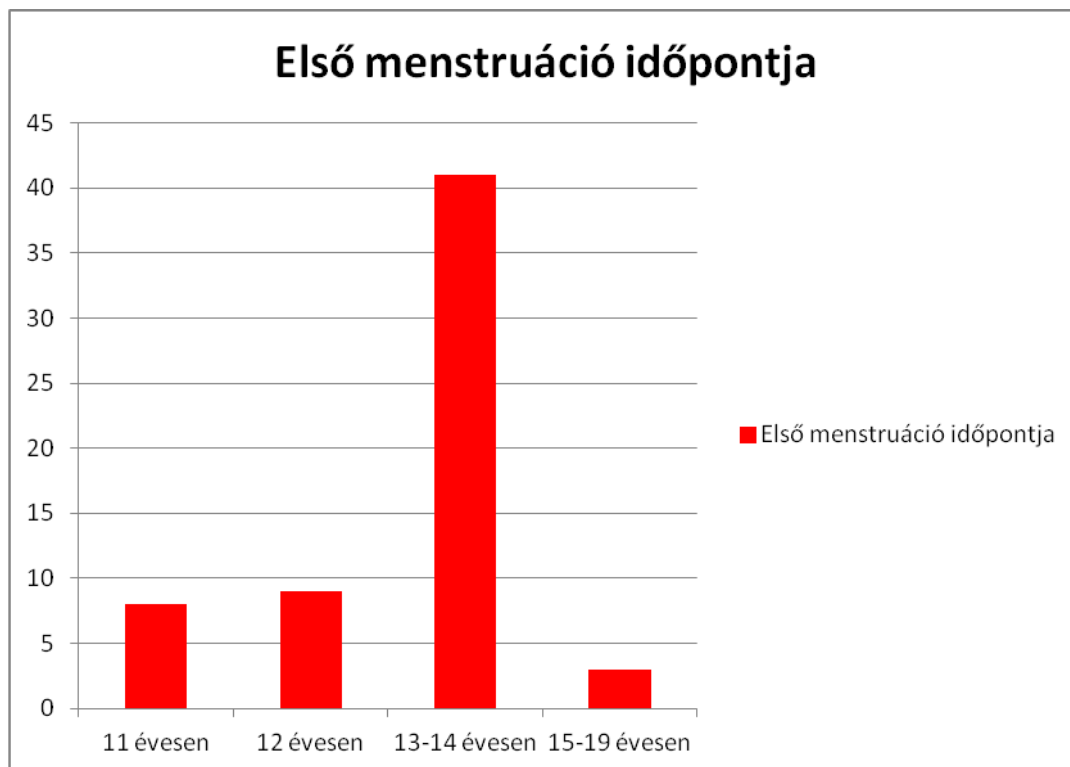
Mivel a Polycisztás Ovarium Syndroma (PCOS) kialakulásában fontos szerepet tölt be a beteg testtömege ezért a vizsgálatok során erre is kitértem. A páciens méterben megadott magasságából, valamint a kilogrammban megadott testsúlyából következtethetünk arra, hogy ideális-e a testtömegindexe (TTI, angolul Body Mass Index, röviden BMI).

A diagram alapján jól látszik, hogy a 61 értékelt betegből 38 esetben(62%) testtömegindexe a normális besorolásba esett, és 21 fő (34%) túlsúlyos.

A diagram alapján megállapítható, hogy sem kórosan sovány, sem extrémén elhízott beteg nincs a kérdőívet kitöltők között. A legkisebb testtömegindexű beteg BMI-je 17,5 volt, míg a legkövérebb betegé 30,5.

A kérdőívre adott válaszokból kiderül, hogy a kérdőívet kitöltők 1/3-a túlsúlyos.

A kérdőívre adott válaszokból kiderül, hogy 61 betegből egy beteg sem szenvedett fiatal korában cukorbetegségben, és jelenleg sem az. Ezen megállapítás nem támasztja alá a szakirodalomban leírt IR-t.



4.diagram: *Első menstruáció időpontja*

Felmérésünkben kíváncsiak voltunk arra, hogy a betegek első menstruációja az irodalmi adatokkal megmegegyezően vagy később jelentkezett.

Ahogy a diagramon is láthatjuk az esetek döntő többségében normális korban , a legnagyobb számban 13-14 évesen jelentkezett először a vizsgált egyéneknél, ez összesen 41 főt jelent, vagyis a kérdőívet kitöltők 67%-át. A többi kor igen kis számban jelenik meg, ezek az esetek elenyészőek. 8 főnél jelentkezett 11 éves korban először a menzesz és 9 főnél 12 éves korban. 3 főnél jelentkezett az irodalmi adatoktól eltérően később az első vérzés, itt 15, 18 és 19 éves korról számolnak be a betegek.

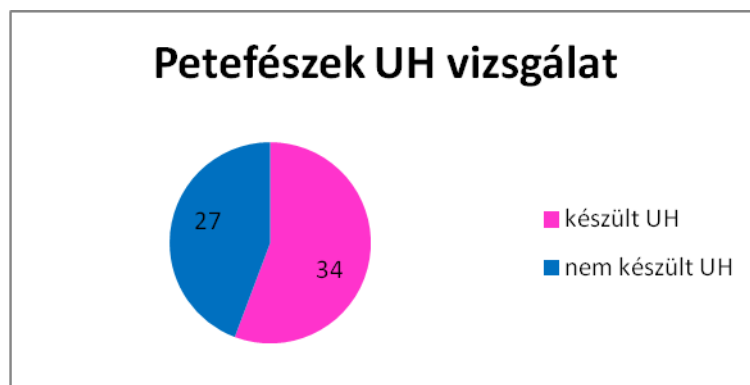


5. diagram: *A menstruáció jellege szerinti megoszlás*

A diagramból megfigyelhető, hogy a kérdőívet kitöltők közül csak 13 főnek, vagyis az összes beteg 21%-ának volt rendszertelen a menstruációja, míg 48 fő azaz 79%-uk rendszeresnek vallotta.

A kérdőívekből kiderül még, hogy a 13 rendszertelen vérzésű páciens közül csak 3 főnek kezelték a problémáját, és ebből 2 főnek meg is oldódott a kezelés hatására. Ebből a 3 betegből mindannyian használtak a korábbiakban valamilyen orális úton szedhető fogamzásgátlót, így feltételezem, hogy ennek köszönhetően szűntek meg a vérzés problémáik.

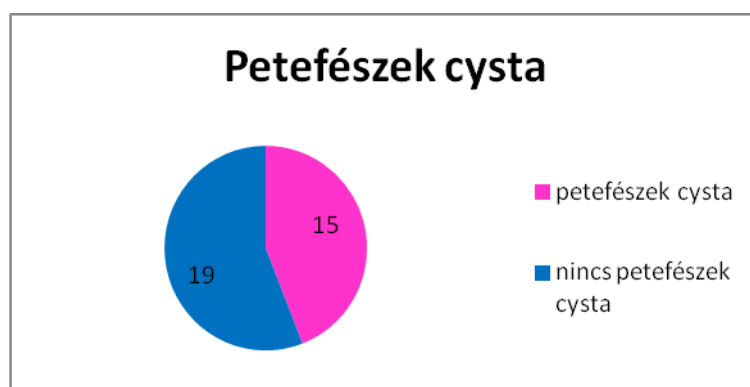
Véleményem szerint azokra a nőkre akik rendszertelen menstruációval küzdöttek és androgén túlsúlyra jellemző egyén tüneteik is fennáltak sokkal nagyobb figyelmet kellett volna fordítani, ezek pontos kivizsgálására.



6. diagram: *Petefészek UH vizsgálata*

Mivel két betegséget vizsgálok dolgozatomban , hogy összefüggenek-e egymással, így a kérdőív a petefészek cisztákra is kiterjed. A kérdőívben megkértük a betegeket, hogy válaszoljanak voltak-e már petefészek UH vizsgálaton, és ha erre igennel válaszoltak , mutattak-e ki petefészek cisztát, cisztákat.

A diagramon látszik, hogy a kitöltők több mint felének, 34 főnek, azaz 55%-ának legalább egyszer már volt ilyen vizsgálata. Ahogy az a diagramon is látszik, abból a 34 nőből akiknél elvégezték az UH vizsgálatot, 15 főnél, azaz 44%-ánál mutattak ki cisztózus elváltozást a petefészekben.



7.diagram: *Petefészek cysta jelenléte*

Kérdőívünk egy részében az androgén tünetek megjelenésére voltunk kíváncsiak, hogy a kitöltők hány százalékát érinti, illetve milyen formában jelennek meg a tünetek a leggyakrabban. Így kitértünk arra, hogy a betegek tapasztaltak-e erőteljesebb hajhullást, amit könnyen zsírosodó, vékonyszálú haj kísér, esetleg fokozott szőrnövekedést az arcon, háton, mellbimbók körül. Kitértünk még a pattanásos, aknés bőrre, mely a serülőkor után sem múlt el.

Így a következő eredményeket kaptuk:

Zsíros, hulló haj	Fokozott szőrnövekedés	Aknés bőr
28	11	14

1.táblázat: Androgén tünetek megoszlása a betegek között

Ahogy a táblázatból is láthatjuk, a leggyakoribb tünet a zsíros, vékonyszálú haj, amely mellé fokozott hajhullás is társul. Ilyen tünetekről 28 beteg számolt be, ami a kérdőívet kitöltők 45%-ának felel meg. Második helyen szerepel az aknés, pattanásos bőr, erről a problémáról 14 fő (23%), míg a fokozott szőrnövekedésről 11 fő (18%) vallott a kitöltések alapján. Természetesen voltak olyan betegek, akiknél egyik tünet sem jelent meg, ez 8 főt (14%) jelent.

Mivel egy tünet alapján nem lehet bizonyítani egyértelműen az androgén túlsúlyt, ezért tovább vizsgáltuk ezeket a betegeket, hogy milyen egyéb tünet társul még egy-egy formája mellé. Ezek alapján a következő eredményeket kaptuk:

Zsíros, hulló haj és fokozott szőrnövekedés	Zsíros, hulló haj és aknés bőr	Fokozott szőrnövekedés és aknés bőr	3 tünet együttes megjelenése
9 fő	8 fő	4 fő	4 fő

2.táblázat: Androgén tünetek együttes megjelenése

Ahogy azt a táblázatból is látjuk, kevés beteg van akinél két és/vagy három tünet együttesen megjelenne. Ez az irodalmi leírásoknak megfelel, hiszen nem feltétlenül jelenik meg minden jellemző egyszerre, ebből is adódik a betegség diagnosztizálásának nehézsége.

5 ÖSSZEGZÉS

Mivel a kérdőívet kitöltő betegeket kivétel nélkül emlőcystával diagnosztizálták, ebből indultunk ki a kutatás további részében. Az UH képek alapján az esetek 68%-ában ítélte úgy a vizsgáló orvos, hogy szükséges a mintavétel az elváltozásból, és ezek közül 61 fő töltötte ki a kérdőívet és ez került feldolgozásra.

Ebből a 61 mintavételből 60-nál C2 eredményt mutattak ki, azaz az elváltozás jóindulatúságát igazolták, cisztának bizonyult. Csak egy esetben volt C3-as a citológiai eredmény, amely atípusos sejtek megjelenését bizonyította, további egyéb vizsgálatok elvégzése vált szükségessé. A minták felénél, azaz 31 esetben igazolódott az apokrin metaplázia jelenléte.

Mi a továbbiakban ennek a 31 főnek a kérdőívét vizsgáltuk, összefüggést keresve a PCOS és az apokrin metaplázia között. A 31-ből 19 esetben a PCOS-re jellemző előzményben szereplő megbetegedések közül legalább 2 volt jelen, mely androgén túlsúlyra utal és volt egyúttal apokrin metaplázia is.

Megvizsgáltuk az apokrin metapláziával nem rendelkező emlőelváltozásokat amelyek közül 4 esetben szintén fellelhetőek voltak a PCOS fenti tünetei.

Az eredmények alapján az véleményezhető, hogy az apokrin metapláziás emlőcisztás elváltozásban szenvedő nőbetegek anamnesztikus adataiban 62%-ban igazolható volt androgén túlsúlyra jellemző tünet, így a eredeti felvetés alapján mindenképpen felvethető, hogy a két betegség között esetlegesen oksági összefüggés fennáll.

Szeretnénk ezzel felhívni a figyelmet, hogy a fiatal nők esetében akiket PCOS-el diagnosztizáltak, az életkor előrehaladtával fokozottabban kell figyelmet fordítani az emlő cisztás elfajulásának kialakulására és már fiatal korban

felhívni a figyelmet, hogy még panaszok hiánya esetén is a későbbi életkorban feltétlen menjenek el emlővizsgálatra.

Az apokrin metaplázia hiánya klinikai tünetek mellett nem mond ellent a fenti megállapításnak, mert a citológiai mintavétel során nem biztos, hogy elegendő számú apokrin sejt jelent meg az elváltozásban ahhoz, hogy az kimutatható legyen.

Ismételten szeretnénk felhívni a figyelmet hogy apokrin metaplázia megléte esetén az emlőciszták kiújulása és növekedési üteme nagyobb mint az e nélküliek esetében.

Dolgozatomban nagy forgalmú kórházban vizsgáltuk a 2 betegség kapcsolatát, kérdőíves módszerrel. A vizsgálat azt látszik alátámasztani hogy jelenlegi ismereteink szerint még nem teljes körűen vizsgált tényezők játszhatnak szerepek pl. életmód, elhízás, környezeti hatás, genetika, a betegségek kialakulásában.

6 IRODALOMJEGYZÉK

1.<http://pco-szindroma.hu/pcos/>

2.<http://www.webbeteg.hu/cikkek/nogyogyaszat/860/a-policisztas-petefeszek-betegseg-pcos>

3.<http://www.webbeteg.hu/cikkek/cukorbetegseg/4021/a-szenhidrat-haztartas-zavarai---inzulinrezisztencia>

4.László János, Gaál Magdolna: Nőgyógyászati pathologia

5.Y.Robert : Az ovarium functionalis zavarai és dystrophiája (Hopital Claude Huriez – Lille)

6. Y. Grumbach: Benignus emlőelváltozások (Hopital Nord-Amiens)

7. Kahán Zsuzsanna, Tot Tibor: Breast Cancer, a Heterogeneous Disease Entity The very early stages

8. Dr Döbrössy Lajos: A szervezett szűrés az onkológiában” című Eü. Minisztériumi kiadvány

9. Dr. Balogh Endre, Berecz András: A képalkotó diagnosztika alapjai

7 MELLÉKLETEK

1.számú melléklet: A kutatáshoz összeállított kérdőív

Kérdőív

Tisztelt Beteg!

Nagy Dorottya vagyok, a Miskolci Egyetem Egészségügyi Karának IV. évfolyamos radiográfus hallgatója és a szakdolgozatomhoz kérem a segítségét. Dolgozatomban az emlő cystak eredetét kutatom, ezért kérem, hogy segítsen nekem a kérdőív kitöltésével, természetesen anonim módon.

Köszönöm szíves segítségét!

1.Születési év:.....

2.Testmagassága:..... cm

3.Testsúlya:..... kg

4.Menstruáció kezdete:.....

5.Menstruációm rendszeres/ rendszertelen, mennyisége bő/ közepes/ kevés.

6.Ha menstruációja rendszertelen volt, kezelték-e gyógyszeresen? igen/ nem

7. A kezelés hatására megszűnt-e a vérzészavar? igen/ nem

8.Szedett-e fogamzásgátlót? igen/ nem

9. Volt-e petefészek ultrahang vizsgálaton? igen/ nem

10.Amennyiben volt, igazoltak-e petefészek cystákat? igen/ nem

11.Könnyen zsírosodik, vékony szálú és hullik a haja? igen/ nem

12.Tapasztalt-e fokozott szőr növekedést az arcán, testén? igen/ nem

13.Zsíros, pattanásos (aknés) az arca? igen/ nem

14.Volt-e hormon labor vizsgálaton? igen/ nem

15.Jelenleg szed valamilyen hormon tartalmú gyógyszert? igen/ nem

16.Ismert-e magas vérnyomás betegség? igen/ nem

17.Ön cukorbeteg? igen/ nem

18.Amennyiben igen, mivel kezelik? tablettá/ inzulin

- 19.Cukorbetegség kezdete:
- 20.Van még menstruációja? igen/ nem
- 22.Hány terhessége volt?
23. Volt-e mesterséges megtermékenyítés? igen/ nem
- 24.Volt-e vetélése? igen/ nem
25. Hányszor szült és mikor?
26. Részt vett-e meddőség elleni kezelésben? igen/ nem