

Karlskrona Läkareförenings 1374:e ordinarie sammanträde å Sjöofficersmässens lokaler den 29 mars 2012.

1. Mötet öppnades och ordförande Göran hälsade välkommen.
2. Föregående mötesprotokoll upplästes och godkändes.
3. Inbjuden gäst till marsmötet var Angelica Lindén Hirschberg, inte bara duktig föreläsare utan även professor och överläkare i endokrinologisk gynekologi vid Karolinska, liksom livmedikus, förestående hovets medicinska service.

Så till ämnet - den vanligaste endokrina rubbningen hos kvinnor i fertil ålder, med en prevalens på 5-10%; polycystiskt ovariesyndrom, PCOS. Presenterat första gången 1935 och är ett heterogent tillstånd med varierande symptom och svårighetsgrad, med grund i en för stor produktion av manligt könshormon i ovarierna. Testosteron är visserligen av största vikt för menscykeln men för höga nivåer ger en aromatashämning och därmed en minskad omvandling till östrogen, med följd att östrogendominansen som ska finnas mot slutet av cykeln uteblir. Detta ger många små folliklar som inte mognar vidare, och kan ses i den karakteristiska ultraljudsbilden med perifert liggande, likstora folliklar, lämpligt nog liknandes ett pärlhalsband.

Exakt hur syndromet uppstår är fortfarande inte helt känt, men genetiska faktorer på såväl mödernet som fädernet, androgen programmering under fosterlivet samt livsstilsfaktorer som påverkar kroppsvikten, inverkar. Ofta syns en viktuppgång trigga igång det hela, som i sin tur skapar en ond cirkel. Övervikt sammanfaller ofta med syndromet, men ses även hos kvinnor med normal vikt. Fetma i sig ger dessutom en hyperandrogenism.

Diagnos ställs utifrån tre kriterier, där minst två ska vara uppfyllda; 1) mensrubbning till följd av oligo- eller anovulation, 2) klinisk och/eller biokemisk hyperandrogenism, 3) polycystiska ovarier. PCOS innebär inte infertilitet, eller ens en sämre fertilitet, utan snarast har man ett fint äggförråd men där ägglossning inte fungerar riktigt som önskat. Eventuellt föreligger till och med en förlängd fertil period. Hyperandrogenismens kardinalsymptom är hirsutism, acne och androgen alopeci. En hyperinsulinism som inte är beroende av övervikt verkar också hänga ihop med syndromet, och insulin i sin tur har förmåga att direkt stimulera ovariernas androgenproduktion. Syndromet kan leda till en kroppskonstitution som befrämjar kvinnliga idrottsprestationer.

Behandling utgår från symptom och eventuell graviditetsönskan. Övervikt är viktigt att komma åt för att bryta den onda cirkeln, minska hirsutism och risk för metabola komplikationer, liksom öka graviditetschanser. Alltså – livsstilsförändringar högt prioriterade! Vidare p-piller, gärna så östrogendominerade som möjligt, för såväl mensreglering som mot hyperandrogena manifestationer. Avseende dessa finns även

direkt antiandrogen behandling att tillgå liksom hårreduktion med epilering och laser. Ovulationsstimulering respektive induktion av bortfallsblödning görs vid behov. Med en så småningom minskad ovarialreserv kommer testosteronproduktionen att minska och balansen förändras mot östrogendominans.

Detta försök till sammanfattning gör knappast Angelicas föreläsning rättvisa, då hon lyckades framställa PCOS och dess komplicerade natur som det mest självklara i världen, via hormonella återkopplingsystem, enzymer, thecaceller, granulosaaceller och så vidare. Inte att förglömma är att PCOS är högst vanligt förekommande även utanför våra kvinnokliniker.

Vid penna och tangentbord

Linda Thörn, KLF-sekreterare 2012