

ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΩΟΡΡΗΞΙΑΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός του κεφαλαίου είναι να κατηγοριοποιήσουμε τις μεθόδους, με τις οποίες μπορούμε να πετύχουμε ωορρηξία σε ανωορρηκτικούς κύκλους ή πολλαπλή ωορρηξία σε κανονικούς, ωορρηκτικούς κύκλους.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Υπάρχει μια κατηγορία γυναικών, που έχει ανωορρηκτικούς κύκλους. Συνήθως οι κύκλοι αυτοί, δεν έχουν την κανονικότητα των φυσιολογικών ωορρηκτικών κύκλων. Παρουσιάζονται με συμπτωματολογία, που ποικίλει από αρραιομηνόρροια (κύκλοι μεγαλύτεροι από 35 μέρες), μέχρι και δευτεροπαθή αμηνόρροια (πλήρης ανυπαρξία περιόδου). Είναι πιθανό, να υπάρχει μια ενδιάμεση κατάσταση, όπου ανάμεσα στους ανωορρηκτικούς κύκλους παρεμβάλλονται και κάποιοι ωορρηκτικοί (3-4 ετησίως), αλλά ακόμη και όταν αυτό συμβαίνει, πρόκειται για ένα μοτίβο, που απέχει από την κανονικότητα ενός στρωτού, φυσιολογικού, περιοδικού φαινομένου.

Οι συνέπειες έχουν να κάνουν, αφενός με την αυτονόητη δυσκολία σύλληψης, λόγω απουσίας ή σπανιότητας ωορρηξίας, αφετέρου με τον αυξημένο κίνδυνο για άτυπη υπερπλασία ενδομητρίου και για νεοπλασία μαστού. Ως εκ τούτου, η θεραπευτική παρέμβαση είναι απαραίτητη. Ο τύπος παρέμβασης εξαρτάται από την πιθανή επιθυμία για εγκυμοσύνη. Όταν υπάρχει επιθυμία εγκυμοσύνης, ο σκοπός της θεραπείας είναι να αποκατασταθεί η μηνιαία ωορρηξία και η συνεπακόλουθη περιοδικότητα του κύκλου. Αυτό μπορεί ανάλογα με την περίπτωση να είναι δύσκολο, έως αδύνατο. Αν λοιπόν δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί κανονική αυτόματη ωορρηξία, το επόμενο στάδιο αφορά στο να επιτευχθεί με θεραπευτική παρέμβαση η ωρίμαση ενός θυλακίου, (ιδανικά ενός μόνο, στην πράξη μπορεί να είναι και περισσότερα) και επακόλουθη ωορρηξία αυτού. Όταν δεν υπάρχει επιθυμία εγκυμοσύνης, ο σκοπός πρωταρχικά παραμένει ο ίδιος, δηλαδή η αποκατάσταση, με θεραπευτική παρέμβαση, της μηνιαίας ωορρηξίας και η συνεπακόλουθη περιοδικότητα του

κύκλου με όλα τα οφέλη της. Αν αυτό είναι ανέφικτο, σκοπός μας είναι να αποκατασταθεί τεχνητός κύκλος με προγεσταγόνα ή αντισυλληπτικά, προκειμένου να διαφυλαχτεί η υγεία του ενδομητρίου και του μαστού. Ταυτόχρονα έχει σημασία να διερευνηθεί η ασθενής για την πιθανότητα διαταραχών μεταβολισμού του σακχάρου και των λιπιδίων, που συχνά συνυπάρχουν με ανωορρηκτικές καταστάσεις και να ακολουθήσει ανάλογη συμβουλευτική και αντιμετώπιση.

ΑΙΤΙΑ ΑΝΩΟΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑΣ

Επιγραμματικά, τα αίτια ανωορρηξίας-αμηνόρροιας κατηγοριοποιούνται σε 4 ενότητες.

-Υπογοναδοτροφική υπογοναδικής αιτιολογίας (υποθαλαμική αμηνόρροια)

Παρουσιάζεται με χαμηλή ή στα κατώτερα φυσιολογικά FSH και χαμηλή οιστραδιόλη (E2) λόγω απορρύθμισης του μηχανισμού, που σε φυσιολογικές συνθήκες, εκκρίνει κατά ώσεις την GnRH. Έντονο άγχος, διατροφικές διαταραχές τύπου νευρικής ανορεξίας, έντονη άσκηση σε επίπεδο πρωταθλητισμού και σύνδρομο kallman, είναι τα συνηθέστερα αίτια.

-Νορμογοναδοτροφική ανωορρηξία

Είναι ο συχνότερος απ' όλους τους τύπους. Αφορά συνηθέστερα γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Η FSH και η E2 είναι φυσιολογικές, ενώ η LH είναι συνήθως ανεβασμένη. Κλινικά ωορρηξία απουσιάζει παντελώς ή αν συμβαίνει, συμβαίνει σπάνια. Αν συνυπάρχει με παχυσαρκία, απώλεια βάρους μπορεί να αποκαταστήσει φυσιολογικούς κύκλους και ωορρηξία. Η σύγχρονη πρακτική επιβάλλει να γίνεται και έλεγχος μεταβολισμού γλυκόζης καθώς και λιπιδαιμικού προφίλ και ανάλογη αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

-Υπεργοναδοτροφική υποοιστρογονική ανωορρηξία

Το κυρίαρχο αίτιο είναι η ωοθηκική ανεπάρκεια (πρώρη ή μη). Τα αίτια

ωοθηκικής ανεπάρκειας είναι πολλά και ποικίλουν. Είναι αυτονόητο, ότι η θεραπεία με κιτρική κλομιφαίνη ή γοναδοτροφίνες δεν μπορεί να αποδώσει τα αναμενόμενα σε αυτές τις περιπτώσεις, όπου το πρόβλημα έγκειται στην μειωμένη, έως ανύπαρκτη, ωοθηκική ρεζέρβα ωαρίων. Αν δεν υπάρχουν ωάρια, ώστε να δουλέψουν τα φάρμακα δεν έχει νόημα η χορήγησή τους.

-υπερπρολακτιναιμική ανωορρηξία

Αφορά σε περιπτώσεις, όπου η αυξημένη προλακτίνη παρεμβαίνει στον φυσιολογικό άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-ωοθήκες, μειώνοντας την φυσιολογική έκκριση γοναδοτροφινών και κατ' επέκταση την οιστραδιόλη (E2). Αφορά περιπτώσεις με εκσεσημασμένη άνοδο της προλακτίνης, που συνήθως πρέπει να διερευνούνται με απεικονιστικές μεθόδους και να αντιμετωπίζεται θεραπευτικά.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΩΟΡΡΗΞΙΑΣ

Από την παράθεση των αιτίων γίνεται αντιληπτό, ότι στις περιπτώσεις που το πρόβλημα είναι σαφές και αντιμετωπίσιμο, επίλυση αυτού θα επιφέρει και την επιθυμητή ωορρηξία. Αιτιολογική αντιμετώπιση λοιπόν, του stress, των διατροφικών διαταραχών, της παχυσαρκίας, της καθιστικής ζωής, της υπερπρολακτιναιμίας με την ανάλογη θεραπεία, που εξειδικευμένα απαιτεί καθεμία από αυτές τις καταστάσεις, μπορεί να αποκαταστήσει ωορρηκτικούς κύκλους σε ένα μεγάλο ποσοστό.

Όταν δεν ανευρίσκεται διορθώσιμο αίτιο ή όταν η θεραπεία δεν αποκαθιστά ωορρηκτικούς κύκλους, τότε τον λόγο έχουν φάρμακα και λοιπές χειρουργικές μέθοδοι πρόκλησης ωορρηξίας.

κιτρική κλομιφαίνη

Είναι το πιο κοινά χρησιμοποιούμενο ωορρηκτικό σκέυασμα. Ο μηχανισμός δράσης της κιτρικής κλομιφαίνης, έχει να κάνει με την μεγάλη συνεκτικότητα, που αυτή έχει με τους υποδοχείς οιστραδιόλης, παντού στον οργανισμό. Συνδεόμενη εκλεκτικά με αυτούς και ειδικότερα με εκείνους του υποθαλάμου, δημιουργεί την 'ψευδαίσθηση' στον οργανισμό, ότι βρίσκεται σε ένδεια οιστρογόνων, με αποτέλεσμα η υπόφυση να αντιδρά με αύξηση των επιπέδων FSH και LH κατά 50% περίπου. Αυτή η αύξηση είναι, που διεγείρει τις ωοθήκες και οδηγεί κατά ένα ποσοστό, σε ωορρηξία.

Η αποτελεσματικότητα της κ.κ. αποδεικνύεται με την χρήση υπερηχογραφικής παρακολούθησης και συνοδών ορμονικών εξετάσεων και φυσικά με αυτή καθαυτή την έλευση της επιθυμητής εγκυμοσύνης. Αποδεκτή ανταπόκριση θεωρείται η ανάπτυξη από ένα έως τρία μεγάλα θυλάκια. Μη αποδεκτή ανταπόκριση θεωρούμε φυσικά, την μηδενική ανάπτυξη θυλακίων, καθώς και στον αντίποδα την ανάπτυξη μεγάλου αριθμού θυλακίων, που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε υπερδιέγερση αφενός και σε πολύδυμη κύηση αφετέρου.

η χρήση της κ.κ. πρέπει να περιορίζεται σε ένα προκαθορισμένο αριθμό επαναλήψεων στη ζωή της γυναίκας, διότι ανεξέλεκτη κατάχρηση έχει συσχετιστεί με καρκίνο ωοθηκών. Το όριο πρέπει να είναι οκτώ με δέκα φορές το μέγιστο. Δυστυχώς στην πράξη, πολύ συχνά καταστρατηγείται αυτός ο κανόνας εις βάρος της υγείας της γυναίκας.

Οι συχνότερες παρενέργειες της κ.κ. είναι οι εξάψεις, οι αλλαγές διάθεσης, η τάση στους μαστούς και η κοιλιακή διάταση. Σπανιότερες είναι, η υπερδιέγερση ωοθηκών, η πολύδυμη κύηση, οι πονοκέφαλοι και οι διαταραχές όρασης. Ειδικότερα οι έντονοι πονοκέφαλοι και οι διαταραχές όρασης (σκοτώματα, λάμπεις, θολότητα, διπλωπία) θεωρούνται σοβαρές παρενέργειες και επιβάλλουν την διακοπή της αγωγής.

Στις ανεπιθύμητες ενέργειες πρέπει να σημειωθεί η αρνητική επίδραση της κ.κ. στην ποιότητα και το πάχος του ενδομητρίου, καθώς και στην ποιότητα και την υποδεκτικότητα της τραχηλικής βλέννης. Και τα δύο αυτά ορμονοεξαρτώμενα φαινόμενα είναι απότοκο της αντιοιστρογονικής δράσης, που παρουσιάζει τοπικά η κ.κ., χωρίς όμως να θεωρούνται απαγορευτικά για την επίτευξη εγκυμοσύνης.

ταμοξιφαίνη

Παρόμοιας φιλοσοφίας φάρμακο με την κ.κ. είναι και η ταμοξιφαίνη. Με την γνωστή της αντι-οιστρογονική δράση προκαλεί έμμεση αύξηση της FSH και επακόλουθη ωορρηξία. Δεν παρουσιάζει τις ανεπιθύμητες επιδράσεις που έχει η κ.κ. στο ενδομήτριο και αυτό μπορεί να θεωρηθεί ως πλεονέκτημα.

λετροζόλη

Είναι αναστολέας της αρωματάσης, του ενζύμου που προάγει την παραγωγή οιστραδιόλης. Παρουσιάζει και αυτή λοιπόν αντιοιστρογονική δράση με συνεπακόλουθη αύξηση της ενδογενούς FSH και πρόκληση ωορρηξίας. Και η λετροζόλη στερείται των ανεπιθύμητων ενεργειών σε επίπεδο τραχηλικής βλέννης και ενδομητρίου.

μετοφορμίνη

Η χορήγηση μεθορμίνης σε υπεργλυκαιμικές-υπερινουλιαιμικές ασθενείς με ανωορρηξία, μπορεί από μόνη της σαν θεραπεία, να αποκαταστήσει φυσιολογικό κύκλο και ωορρηξία. Σε κάθε περίπτωση, αν αυτό δεν συμβεί, πρέπει να συγχωρηγείται μαζί με τα προαναφερθέντα ωορρηκτικά φάρμακα διότι αφενός εντείνει την αποτελεσματικότητά τους, αφετέρου δημιουργεί ευγλυκαιμικό περιβάλλον. Το ευγλυκαιμικό περιβάλλον είναι απαραίτητο για αύξηση της πιθανότητας σύλληψης και για μείωση πιθανότητας συγγενών ανωμαλιών και αποβολών πρώτου τριμήνου.

γωναδοτροφίνες

Είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας. Όταν αποτύχουν οι άλλες θεραπείες από του στόματος, επιστρατεύονται οι γωναδοτροφίνες σε ενέσιμη μορφή. Η χρήση τους είναι δύσκολη στις πολυκυστικές-ανωορρηκτικές ασθενείς και απαιτείται λεπτός χειρισμός και εμπειρία για να βρεθεί η χρυσή τομή μεταξύ των δύο άκρων, που μπορεί να οδηγήσει η θεραπεία. Το ένα άκρο είναι η μηδενική αντίδραση των ωοθηκών όταν χρησιμοποιείται μικρή δόση. Το άλλο άκρο είναι η υπεραντίδραση των ωοθηκών με ανάπτυξη πολλών θυλακίων, με άμεσο κίνδυνο υπερδιέγερσης και πολυδύμου κυήσεως, όταν επιχειρούμε να αυξήσουμε τη δόση. Με προσεκτική, υπομονετική παρακολούθηση και βαθμιαία αύξηση της δόσης, επιτυγχάνεται συνήθως η ανάπτυξη ενός λογικού αριθμού θυλακίων (μέχρι τέσσερα). Αν αναπτυχθούν περισσότερα θυλάκια, η προσπάθεια πρέπει να ακυρώνεται ή να μετατρέπεται σε ωοληψία για εξωσωματική γονιμοποίηση.

Λαπαροσκοπική ηλεκτροκαυτηρίαση ωοθηκών (drilling)

Είναι η χειρουργική μέθοδος με την οποία έχει παρατηρηθεί, ότι ένα ποσοστό γυναικών αποκαθιστά ωορρηξία. Είναι εναλλακτική θεραπεία δεύτερης γραμμής σε περιπτώσεις που αποτυχαίνουν ή αντενδείκνυνται τα φάρμακα πρόκλησης. Έχει αντικαταστήσει την σφηνοειδή εκτομή ωοθηκών, επέμβαση που εφαρμοζόταν παλαιότερα. Η μερική καταστροφή της σκληρής υπερτροφικής 'θήκης' των ωοθηκών βελτιώνει το ορμονικό προφίλ των ασθενών μειώνοντας τα ανδρογόνα και την LH και αυξάνει την FSH ευνοώντας την ωορρηξία.