

السكري والنساء والوظيفة التناسلية

Diabetes & Women

د. محمد محسن الصالح

اختصاصي في أمراض الغدد والسكري

مقدمة :

مما لا شك فيه أن للداء السكري تأثيرات هامة على دورة الحياة التناسلية عند المرأة .

وبالمقابل، فإن لدورة الحياة التناسلية تأثيرات هامة أيضا على الأنسولين واستقلاب الكاربوهيدرات.

فمن سن البلوغ، مروراً بسن الحمل والإنجاب، وصولاً إلى سن الإياس، تحتاج المريضات السكريات إلى إجراء الكثير من التغييرات في أنظمتهم العلاجية في محاولة منهن للوصول إلى ضبط جيد للداء السكري.

علاوة على ذلك، يؤثر الضبط السيئ لداء السكري تأثيراً بالغاً على الوظيفة التناسلية الطبيعية.

وعلى الرغم من الدراسات الموسعة التي شملت اختلاطات الداء السكري المختلفة إلا أن ما كتب حول تأثير المرض على الحياة التناسلية عند النساء كان قليلاً.

ومع ذلك، شهدت السنوات الأخيرة بروز عدد من الدراسات التي تناولت تأثيرات الداء السكري على تلك الحياة التناسلية.

لقد تمحورت معظم الدراسات حول تأثير السكري على الوظيفة التناسلية في مريضات السكري نمطاً نظراً لأنه الأكثر مصادفة في مثل هذه السن الإخصابي.

إلا أن انتشار البدانة، وما تلا ذلك من ازدياد حدوث الداء السكري نمطاً 2 في سن مبكر، قد دفع الباحثين إلى تسليط الضوء أيضاً على التأثيرات المتبادلة بين الداء السكري نمطاً 2 و الوظيفة التناسلية .

سأتناول في هذه المقالة أربع قضايا صحية نسوية هامة وهي:

أولاً : اضطرابات الدورة الطمثية

Menstrual dysfunction :

منذ عام 1925، لاحظ Eliot joslin انه ((بدون الأنسولين فإنه لن يحدث حيض في أي طفلة أصيبت بالسكري)) .



وعلى الرغم من اكتشاف الأنسولين وتطور الأنظمة العلاجية إلا أن اضطرابات الطمث ما زالت مشكلة شائعة عند المريضات السكريات .

تشير معظم التقارير إلى تأخر سن بدء الحيض في مريضات النمط 1 وبمعدل 12-15 شهر مقارنة مع النساء الطبيعيات.

ومع ذلك، تشير دراسة (Elsa S strotmeyer et al) (2005)، إلى أن مثل هذا التأخير لم يعد يحدث إلا في الحالات التي كان بدء الداء فيها قبل سن العاشرة وفي حالات الضبط السيئ للداء السكري .

هناك ثلاث مشاكل أخرى- غير تأخر الحيض- يكثر مصادفتها في مريضات السكري وهي:

- انقطاع الطمث Amenorrhea .
- قلة الطمث oligomenorrhea .
- كثرة الطمث أو النزف الرحمي عسر الوظيفي DUB .

يعرف انقطاع الطمث بأنه عدم حدوث حيض بسن 16 سنة بغض النظر عن وجود أو غياب الخصائص الجنسية الثانوية أو حدوثه تم انقطاعه لمدة من الزمن تعادل 6 دورات متعاقبة، بينما تعتبر قلة الطمث شكلاً ناقصاً من انقطاع الطمث.

ندوة حول أمراض القلب والسكري عند النساء

بينما اشتكت قلة منهن من انخفاض سكر الدم في بدء الطمث.

أما دراسة (lunt & brown) فقد أظهرت أن 36 % من النساء قد اضطرن إلى تعديل جرعة الأنسولين للتكيف مع تغيرات سكر الدم.

إن الآلية التي تكمن وراء هذه التغيرات هي موضع خلاف، إلا أن زيادة مستويات البروجسترون (في الطور اللوتيني) متهمة نظراً لأنه يحرض المقاومة على الأنسولين.

ثانياً : اضطرابات الوظيفة الجنسية

Sexual dysfunction :

على الرغم من أن اضطرابات الوظيفة الجنسية قد درست بشكل موسع عند الرجال المصابين بالسكري إلا أن اضطراباتها في النساء السكريات لم تلق الاهتمام إلا مؤخراً.

تشير معظم الدراسات إلى أن نسبة الاضطرابات الجنسية في النساء السكريات هي 27 % مقابل 15 % في النساء الطبيعيات، يؤثر الداء السكري في العديد من مظاهر الوظيفة الجنسية عند المرأة وتشتمل على: نقص في الرغبة (17% desire مقابل 9%)، نقص الإثارة (14% Arousal مقابل 6%) وقلة إفراز المزلقات المهبلية، عدم الشعور بالرضا Satisfaction واضطراب النشوة (14% Orgasm مقابل 10%)، عسر الجماع (12% dyspareunia مقابل 4%).

تزداد هذه النسب بوجود اختلالات الداء السكري.

إن الوظيفة الجنسية عند النساء، مقارنة مع الرجال، متبانية ومتنوعة خلال دورة الحياة الجنسية وهي أقل تأثراً بالهرمونات وأكثر حساسية للتأثيرات الاجتماعية والثقافية.

ومع ذلك بنيت دراسة (Salonia et al (Feb 2006)

أن النقص في الوظيفة الجنسية والزيادة في الكرب الجنسي distress، شائعتان في النساء السكريات وذلك خلال الطور اللوتيني (وليس الجريبي) من الدورة الطمثية.

من المعروف أن الاضطرابات العصبية والنوعانية متورطة في الاضطرابات الجنسية عند الرجال، إلا أنه لا يوجد ما يدعم مساهمتها في الاضطرابات الجنسية عند النساء.

علاوة على ذلك، تلعب العوامل التالية دوراً مهماً في الاضطرابات الجنسية عند المرأة السكرية:

- شيوع حدوث التهاب المهبل والفرج بالفتور.
- الإياس المبكر وما يتلوها من التهاب المهبل الشيخوي.

يتطلب حدوث الطمث النظامي تناغماً دقيقاً ومعقداً للإشارات العصبية والهرمونية للمحور تحت المهادي-النخامي-المبيضي-الرحمي.

يمكن أن يؤدي أي خلل في أي مستوى من هذا المحور إلى حدوث اضطراب الطمث.

ليس هناك آلية أو خلل واحد يمكن أن يفسر اضطراب الطمث عند المريضات السكريات، وإنما يوجد آليات متعددة ومتداخلة تساهم في حدوث ذلك الاضطراب.

يعتبر تناذر انقطاع الطمث تحت المهادي HA أكثر الاضطرابات مصادفة في مريضات السكري ذات الضبط السيئ.

ينتج HA عن اضطراب إفراز GnRH وبالتالي نقص إفراز LH وFSH النخاميين.

تكون مستويات LH وFSH منخفضة عند المريضات.

يشاهد تناذر HA في مريضات القمه العصبية Anorexia Nervosa وفي سياق الأمراض المزمنة الشديدة التي تتطلب دخول الشافي بكثرة.

فإذا ما أخذنا بعين الاعتبار أن معظم مريضات النمط I لديهن نقص في الوزن أو يمارسن رياضة عنيفة نسبياً للمحافظة على رشاقتهن مع وجود التغذية الناقصة، إضافة إلى دخولهن المتكرر للمشفى لأدركنا أن حدوث HA في المريضات السكريات ناجم عن مزيج من هذه العوامل.

ورغم أن دراسة Djursing et al قد ذكرت استعادة الطمث بعد الضبط الجيد للسكري، إلا أنها أشارت إلى فشل 6 مريضات في استعادة الطمث رغم الضبط الجيد، مما يشير إلى أن اضطرابات الأكل والاكتهاب تلعبان دوراً مهماً في انقطاع الطمث في مثل تلك الحالات.

تترافق قلة الطمث مع الضبط السيئ ونقص الوزن أيضاً. في الحقيقة ركزت البحوث التي تناولت قلة الطمث على تناذر البيض متعدد الكيسات وداء السكري النمط 2 أكثر من اهتمامها بمريضات النمط I وسنبحث ذلك مطولاً.

لكن ماذا عن اضطرابات استقلاب الكاربوهيدرات في سياق الدورة الطمثية عند المريضات السكريات؟

في دراسة واسعة اعتمدت على الملاحظة الدقيقة على عينة كبيرة من المريضات اشتكت مجموعة كبيرة منهن من وجود تغيرات في قيم سكر دمهن خلال الدورة.

فقد لاحظت 61-70% منهن ارتفاع مستويات سكر دمهن خلال الطور اللوتيني خصوصاً في الأسبوع الذي يسبق بدء الحيض.

ندوة حول أمراض القلب والسكري عند النساء

أضداد جائلة مضادة للمبيض في مريضات النمط 1. قد تلعب العوامل المورثية أيضاً دوراً في حدوث قصور المبيض المبكر حيث لوحظ ترافقه مع وجود الزمر النسيجية DR3 & DR4، وهما زميرتان نسجيتان مؤهبتان لحدوث الداء السكري نمطاً 1.

رابعاً اعتلال الثدي السكري

Diabetic Mastopathy :

اختلال نادر خاص بالسكري، يتظاهر على شكل كتلة أو كتل قاسية غير مؤلمة، وحيدة أو ثنائية الجانب وقد يكون من الصعب تمييزها عن الخباثة بالفحص السريري. يحدث، في الأغلب، في النساء قرب سن الإياس. صودفت معظم الحالات في مريضات النمط 1 وقلّة في مريضات النمط 2 المعالج بالأنسولين. غالباً ما يكون هناك اعتلال شبكية، كلية، أعصاب سكري مرافق.

تبدو الآفة بالماموغرافي على شكل تغير بارانشيمي كثيف، بينما تظهر بالإيكوغرافي على شكل تغيرات غير نوعية. نسيجياً: تليف كيلوئيدي مع التهاب حول الأوعية، وكذلك الأوعية، بوحييدات النوى.

هذه الآفة سليمة، ولا تترافق مع زيادة خطر حدوث الخباثة، العلاج جراحي والنكس شائع.

مراجع للاستزادة :

- The hypothalamus- pit- ova axis and type 1DM. Human Reproduction 2006 21 (2):(327 - 337).
- Sexual function & Endocrine profile in women with type 1 diabetes. Diabetes Care vol 29 (2) Feb 2006:(312 - 316)
- Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. Diabetes Care 25:672 - 677,2002.
- Menopause in type 1 diabetic women. Diabetes vol 50 2001.
- Menstrual cycle differences ... Diabetes Care vol 26 2003.

• الاكتئاب.

• الاضطرابات العاطفية: حيث لوحظ أن الاضطرابات الجنسية أكثر شيوعاً في السكريات اللواتي لديهن نظرة سلبية للمرض ولخطط العلاج.

ثالثاً: الإياس المبكر Menopause Earlier :

الإياس هو التوقف الدائم للدورات الطمثية، وهو لا يمثل توقف الأجربة المبيضية فحسب وإنما نقص مستويات الأستروجين والبروجسترون أيضاً.

إضافة إلى فقدان الحيض، فإن لفقد الهرمونات الجنسية تأثيرات مباشرة على الوظيفة الجنسية وكذلك زيادة معدل خطر الإصابة القلبية الوعائية وتخلخل العظام وكلاهما زائد أصلاً في المريضات السكريات حتى قبل الإياس.

تشير معظم الدراسات إلى أن الإياس في مريضات السكري أبكر (بمقدار 6 سنوات على الأقل) مقارنة مع النساء الطبيعيات (41.6 سنة مقابل 48-49 سنة).

يطرح الإياس المبكر عند السكريات عدة قضايا هامة:

1. نقص عدد سنوات الخصوبة بمعدل 17 % (هي ناقصة أصلاً بسبب الإسقاطات ومشاكل الولادة).
2. زيادة معدل الخطر القلبي الوعائي (الزائد أصلاً حتى قبل الإياس).
3. زيادة حدوث تخلخل العظام (الزائد أصلاً حتى قبل حدوث الإياس).

فإذا ما أضفنا اعتلال الأعصاب السكري، نقص الرؤية وهبوط الضغط الانتصابي لأدركنا مدى الخطر المحدق بالمريضات فما يتعلق بزيادة نسبة تعرضهن للكسور.

4. يطرح الإياس المبكر مسألة المعالجة الهرمونية المبيضة وما يترتب على ذلك من تأثيرات على ضبط الداء السكري وتغيرات بروفيل شحميات الدم.

إحدى التفسيرات للإياس المبكر عند السكريات هو ارتفاع سكر الدم المزمّن و/أو الاختلالات المزمّنة للداء وما يتلو ذلك من تأثيرات على المحور تحت المهادي -النخامي -المبيضي.

وكذلك تلعب الاختلالات المزمّنة للداء، خاصة الوعائية، تلعب دوراً في حدوث الضمور المبكر للمبيض.

قد يكون للألية المناعية الذاتية دوراً في تطور الإياس المبكر (التهاب المبيض الذاتي)، حيث لوحظ وجود