

Πώς το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών αφορά και άνδρες – Ο καθηγητής Γεώργιος Χρούσος* εξηγεί

Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ

Το πολυενδοκρινικό μεταβολικό ωοθηκικό σύνδρομο δεν αφορά μόνο τις γυναίκες, αλλά συνδέεται με αντίσταση στην ινσουλίνη, μεταβολικό κίνδυνο και καρδιαγγειακή υγεία σε ολόκληρη την οικογένεια

ΥΓΕΙΑΜΟΥ.GR TEAM

11/06/2026 13:26:52



PHOTO: SHUTTERSTOCK

Η σύγχρονη ιατρική συχνά σκοντάφτει όχι στην έλλειψη γνώσης, αλλά στη δύναμη των λέξεων. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το συχνότατο στη χώρα μας «**σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών**» (polycystic ovarian syndrome, PCOS), που, παρά την παραδοσιακή ονομασία του, αποδεικνύεται ότι δεν είναι απλά μια αυστηρά γυναικολογική διαταραχή.

Είναι στην πραγματικότητα μια συστηματική μεταβολική και νευροενδοκρινική νόσος που υπερβαίνει τα όρια του φύλου και **αφορά ολόκληρες οικογένειες**. Πρόσφατα μετονομάστηκε σε «**πολυενδοκρινικό μεταβολικό ωοθηκικό σύνδρομο**» (polyendocrine metabolic ovarian syndrome, PMOS), που προφανώς αναμένεται να έχει ενδοκρινικές και μεταβολικές εκδηλώσεις **και σε άνδρες**.

Για σχεδόν έναν αιώνα, το PMOS περιγραφόταν ως μια «ιδιορρυθμία» των ωοθηκών: **κύστεις, διαταραχές κύκλου, υπογονιμότητα**. Σήμερα όμως γνωρίζουμε ότι αυτή η περιγραφή αγγίζει μόνο την επιφάνεια. Στον πυρήνα του συνδρόμου βρίσκεται μια γενετικά και ίσως, επιπρόσθετα, επιγενετικά καθοριζόμενη **αντίσταση στην ινσουλίνη**, συνοδευόμενη από υπερανδρογοναιμία και δυσλιπιδαιμία. Πρόκειται για μια διαταραχή που εμπλέκει **τον εγκέφαλο, το ήπαρ, τον λιπώδη ιστό, το δέρμα και το καρδιαγγειακό σύστημα** —ένα πραγματικά εκτεταμένο δίκτυο δυσρρύθμισης.

Αν όντως αυτός είναι ο βιολογικός πυρήνας της νόσου, τότε γιατί να περιορίζεται μόνο στις γυναίκες; Η απάντηση είναι απλή – **δεν περιορίζεται**. Μελέτες που εξετάζουν οικογένειες γυναικών με PMOS αποκαλύπτουν ένα εντυπωσιακό μοτίβο: αδέρφια και πατέρες παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά αντίστασης στην ινσουλίνη, διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη και αθηρογόνο λιπιδαιμικό προφίλ, ακόμη και ανεξάρτητα από την παχυσαρκία. Με άλλα λόγια, μοιράζονται την ίδια καρδιομεταβολική «υπογραφή» της νόσου.

Η εικόνα αυτή ενισχύεται από ένα φαινομενικά άσχετο, αλλά αποκαλυπτικό εύρημα: άνδρες με **πρώιμη ανδρογενετική**

αλωπεκία – φαλάκρα που ξεκινά ήδη από τη δεύτερη δεκαετία της ζωής – που παρουσιάζουν συχνά υπερινσουλιναμία, χαμηλή δεσμευτική σφαιρίνη φυλετικών ορμονών (SHBG), αυξημένα ελεύθερα, δηλαδή δραστικά, ανδρογόνα και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ορισμένοι ερευνητές εύστοχα πρότειναν στο παρελθόν ότι πρόκειται για το «ανδρικό ισοδύναμο» του **PCOS: διαφορετική φαινοτυπική έκφραση, κοινός παθοφυσιολογικός πυρήνας**. Αποδείχτηκαν προφητικοί.

Η γενετική έρχεται να ολοκληρώσει το παζλ. Παραλλαγές γονιδίων που αυξάνουν τον κίνδυνο PMOS στις γυναίκες συνδέονται στους άνδρες με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος, αντίσταση στην ινσουλίνη, **σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2** και καρδιαγγειακή νόσο—παρά την απουσία ωοθηκών. Σημειωτέον, σε γυναίκες με PMOS, η ενδομήτρια έκθεση σε αυξημένα ανδρογόνα φαίνεται να επηρεάζει μακροχρόνια τον μεταβολισμό και τη γονιμότητα των αρρένων απογόνων, που σημαίνει ότι πιθανόν λαμβάνει χώρα και επιπρόσθετη επιγενετική μετάδοση.

Το μήνυμα είναι σαφές και, ταυτόχρονα, ανησυχητικά απλό: **το PMOS δεν είναι νόσος των γυναικών**· είναι οικογενειακή μεταβολική διαταραχή. Κι όμως, η κλινική πράξη παραμένει καθηλωμένη σε ένα παρωχημένο σχήμα σκέψης. Ένας νεαρός άνδρας με κοιλιακή παχυσαρκία, αυξημένα τριγλυκερίδια και πρώιμη φαλάκρα σπάνια ερωτάται αν η μητέρα ή η αδελφή του πάσχει από PMOS. Οι καρδιολόγοι δεν αναγνωρίζουν τη συγγένεια με ασθενή με PMOS ως παράγοντα κινδύνου. Δεν υπάρχει καμία διαγνωστική κατηγορία για τους άνδρες που φέρουν το ίδιο γενετικό και πιθανώς επιπρόσθετο επιγενετικό φορτίο.

Αυτή η «τυφλή κηλίδα» έχει πραγματικές συνέπειες. **Χάνουμε την ευκαιρία για έγκαιρη πρόληψη σε μια ομάδα υψηλού κινδύνου**—σε μια ηλικία όπου η παρέμβαση μπορεί να αλλάξει τη φυσική πορεία προς τον σακχαρώδη διαβήτη και τα καρδιαγγειακά συμβάματα. Η αναθεώρηση της προσέγγισής μας θα είχε άμεσο κλινικό όφελος. Οι πρώτου βαθμού άρρενες συγγενείς γυναικών με PMOS θα μπορούσαν να ενταχθούν σε στοχευμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου ήδη από την εφηβεία: μέτρηση γλυκόζης, λιπιδίων, αρτηριακής πίεσης. Η πρώιμη ανδρογενετική αλωπεκία θα μπορούσε να αναγνωριστεί ως βιοδείκτης μεταβολικού κινδύνου και όχι απλώς ως αισθητικό φαινόμενο.

Η παλιά ονομασία του συνδρόμου δυστυχώς αποτέλεσε εμπόδιο για πολλά χρόνια. Όπως το «σύνδρομο X» μετεξελίχθηκε σε «μεταβολικό σύνδρομο», έτσι και το PMOS είναι ένας όρος που αντικατοπτρίζει τη συστηματική και κληρονομική του φύση. Η γλώσσα δεν είναι ουδέτερη· καθοδηγεί την έρευνα, τη διάγνωση και την πολιτική υγείας. Έχουμε να κάνουμε με ένα «δυσ-μεταβολικό-αναπαραγωγικό σύνδρομο», όπως σωστά προτάθηκε για τις γυναίκες, το οποίο δεν περιορίζεται σ' αυτές.

Σε ένα βαθύτερο επίπεδο, το PMOS αποτελεί ένα ακόμη παράδειγμα της ενότητας του ανθρώπινου οργανισμού. Οι διαταραχές δεν σέβονται τα τεχνητά όρια που θέτουμε μεταξύ οργάνων ή φύλων. Το ενδοκρινικό, το μεταβολικό και το νευρικό σύστημα συνιστούν ένα αδιάσπαστο σύνολο. **Η επιστήμη έχει ήδη κάνει το βήμα.** Έχει αποδείξει ότι η βιολογία του PMOS δεν περιορίζεται στις ωοθήκες, ούτε στις γυναίκες. Το ερώτημα πλέον δεν είναι αν ισχύει αυτό, αλλά αν είμαστε έτοιμοι να το

αποδεχθούμε. Γιατί κάθε καθυστέρηση στη διεύρυνση της οπτικής μας σημαίνει χαμένες ευκαιρίες πρόληψης—και τελικά, χαμένες ζωές. Ίσως, λοιπόν, ήρθε η στιγμή να δούμε το PMOS όχι ως μια «γυναικεία πάθηση», αλλά ως έναν καθρέφτη της σύγχρονης μεταβολικής ευαλωτότητας του ανθρώπου. Και να δράσουμε ανάλογα.

**Ο κ. Γεώργιος Π. Χρούσος είναι ακαδημαϊκός, ομότιμος καθηγητής Παιδιατρικής και Ενδοκρινολογίας, επικεφαλής στην έδρα της UNESCO Εφηβικής Υγείας και Ιατρικής, ΕΚΠΑ, πρόεδρος στο Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur*