

GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO

Jak menopauzalny zespół moczowo-płciowy wpływa na jakość życia seksualnego kobiet i jak to zmienić?

Katarzyna Wysocka

Menopauzalny zespół moczowo-płciowy ciągle rozpoznawany jest zbyt rzadko. Tymczasem może znacząco obniżać jakość życia kobiet po menopauzie, w tym także życia seksualnego. Jednak wcale nie musi tak być. W jaki sposób lekarz ginekolog może pomóc pacjentce borykającej się z tym zespołem, wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Maciej Wilczak z Katedry i Kliniki Zdrowia Matki i Dziecka Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.



Fot. iStockphoto

Menopauza ma bardzo różny przebieg. Warto jednak pamiętać, że średnia długość życia ciągle rośnie, a więc obecnie przeciętnie aż jedna trzecia życia kobiety przypada na okres pomenopauzalny. W tym czasie kobiety nadal mogą być aktywne seksualnie, jednak wiele z nich napotyka w tej sferze życia niespodziewane problemy. Ich główną przyczyną są uwarunkowania biologiczne, które powodują dyskomfort związany ze współżyciem.

Zmiany w układzie moczowo-płciowym

Jak wyjaśnia prof. Maciej Wilczak, w okresie klimakterium w związku ze spadkiem czynności jajników i zmniejszeniem wydzielania 17β-es-

tradiolu dochodzi do szeregu zmian zanikowych w obrębie narządów moczowo-płciowych.

– Główną dolegliwością, którą można powiązać z zaburzeniami życia seksualnego, jest zmniejszenie się grubości błony mięśniowej i w następstwie zmniejszenie aktywności skurczowej pochwy w czasie orgazmu. Kolejnym elementem jest hialinizacja włókien kolagenowych połączona z fragmentacją elastyny w obrębie macierzy komórkowej. Ma to wpływ na zanik błony śluzowej pochwy i zmniejszenie się ukrwienia tych obszarów, a także na spadek ilości komórek pochwy gromadzących glikogen i zmniejszenie aktywności pałeczek Doderleina. Konsekwencją tych zjawisk jest zmniej-

szone zakwaszenie środowiska pochwy – wyjaśnia prof. Maciej Wilczak.

Zmiany te prowadzą do utraty elastyczności pochwy, jej skrócenia i zwężenia, co niekiedy uniemożliwia współżycie płciowe.

W wyniku braku estrogenów dochodzi też do zmiany relacji między warstwą komórek powierzchniowych, przypodstawnych i pośrednich. Warstwa komórek powierzchniowych w okresie pomenopauzalnym zmniejsza się 15-krotnie w stosunku do okresu premenopauzalnego, natomiast warstwa komórek przypodstawnych zwiększa się prawie 8-krotnie, stanowiąc 39 proc. w okresie pomenopauzalnym.

”

Menopauza ma bardzo różny przebieg. Warto jednak pamiętać, że średnia długość życia ciągle rośnie, a więc obecnie przeciętnie aż jedna trzecia życia kobiety przypada na okres pomenopauzalny. W tym czasie kobiety nadal mogą być aktywne seksualnie, jednak wiele z nich napotyka w tej sferze życia niespodziewane problemy. Ich główną przyczyną są uwarunkowania biologiczne, które powodują dyskomfort związany ze współżyciem

”

prof. Maciej Wilczak: W leczeniu atrofii pochwy i sromu dominuje terapia miejscowymi preparatami estrogenowymi. Chcę jednak zwrócić uwagę, że istnieją również inne możliwości leczenia, które dają bardzo zbliżone, o ile nie lepsze efekty. W związku ze zjawiskami występującymi w okresie pomenopauzalnym warto przyjrzeć się aktywności DHEA w zakresie jego intrakrynologii

Atrofia pochwy i sromu

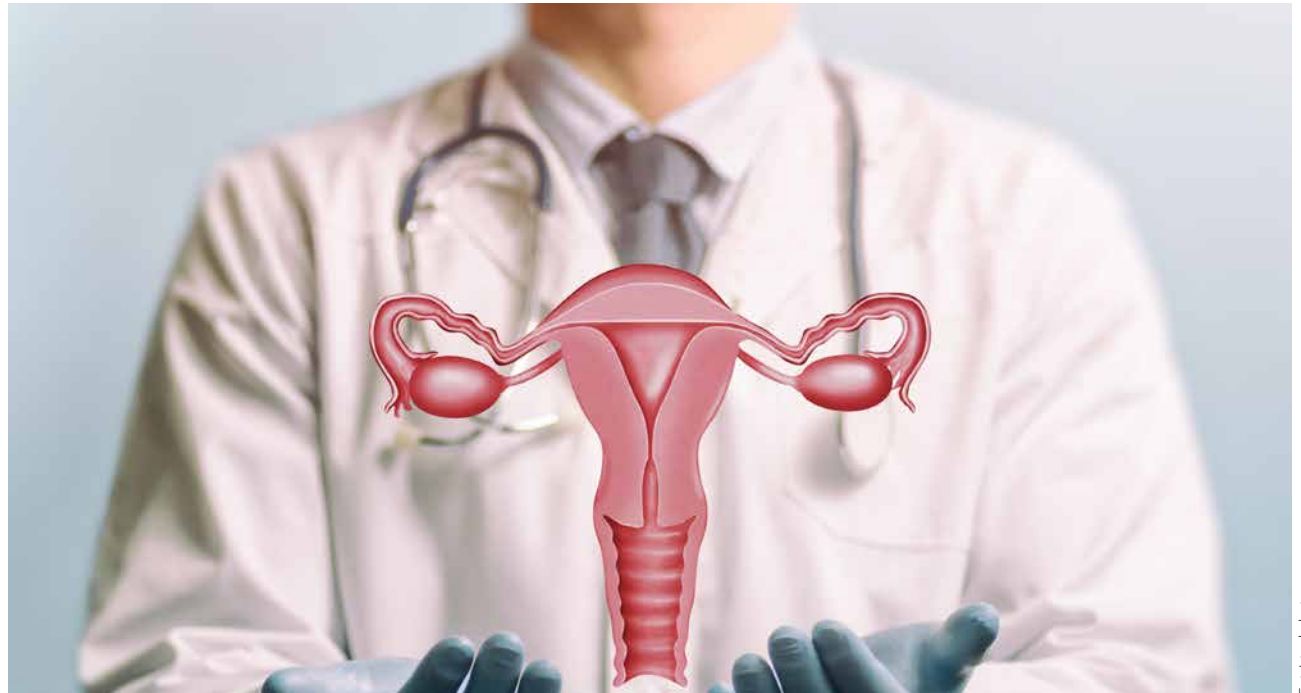
Objawów atrofii pochwy i sromu (VVA) w okresie perimenopauzy doświadcza ponad 50 proc. kobiet. Ponad 44 proc. jako jeden z najbardziej uciążliwych zgłasza dyspareunię.

– Objawy VVA powodują istotne pogorszenie jakości życia, podobnie jak ciężkie choroby, np. przewlekła obturacyjna choroba płuc, zapalenie stawów, astma, zespół jelita drażliwego. U kobiet z objawami VVA w porównaniu z kobietami bez tych objawów jakość życia jest statystycznie znacznie niższa w takich obszarach, jak funkcjonowanie seksualne, dobrostan emocjonalny czy samoocena. Tymczasem badania przeprowadzone w 2008 r. wśród kobiet w okresie menopauzalnym wykazały, że aż 83 proc. z nich nigdy nie rozmawiało o swoich problemach z ginekologiem, 59 proc. ukrywa niepokojące objawy przed partnerem, 71,5 proc. nie leczy objawów związanych z dolegliwościami ze strony pochwy – mówi prof. Maciej Wilczak.

Główne dolegliwości, które zgłaszają pacjentki, nawet te nieaktywne seksualnie, to odczucie suchości pochwy, świąd, pieczenie, uczucie napięcia, bólu, rozpierania w obrębie pochwy. – Są one związane w głównej mierze z utratą elastyczności pochwy, zmniejszeniem nawilżenia i wszystkimi czynnikami, które w konsekwencji wywołują sklepienie pochwy, jej skrócenie i włóknienia będą prowadzący do bolesnych stosunków płciowych i dużej podatności na uszkodzenia – mówi prof. Maciej Wilczak. – Dlatego duża część kobiet w sypialni po prostu śpi. Tymczasem my jako ginekolodzy jesteśmy w stanie przywrócić im normalne funkcjonowanie w sferze życia seksualnego. Jednak ponad 65 proc. kobiet jest niezadowolonych z dotychczasowej terapii proponowanej przez ginekologów, dlatego rodzaj preparatu trzeba dobierać bardzo uważnie – zaznacza.

Możliwości leczenia atrofii pochwy i sromu

– W leczeniu atrofii pochwy i sromu dominuje terapia miejscowymi preparatami estrogenowymi. Chcę jednak zwrócić uwagę, że istnieją również inne możliwości leczenia, które dają bardzo zbliżone, o ile nie lepsze efekty. W związku ze zjawiskami występującymi w okresie pomenopauzalnym warto przyjrzeć się aktywności DHEA w zakresie jego intrakrynologii. Intrakrynnie działanie DHEA jest związane z tym, że w przeciwieństwie do estrogenów, które są wydzielane do krwi jako aktywne hormony, DHEA jest produkowany przez nadnercza, a także przez gonady i mózg i wydzielany



Fot. istockphoto

jako nieaktywny prekursor – mówi prof. Maciej Wilczak. – Zmiana w sposobie postępowania dotycząca wykorzystania działania intrakrynnego preparatów wiąże się z tym, że nieaktywny DHEA jest przekształcany wewnątrzkomórkowo do aktywnych hormonów, które wywierają działanie specyficzne komórkowo. Wszystko to sprawia, że ilość aktywnych hormonów wytwarzanych w komórce odpowiada specyficznym potrzebom danej komórki – dodaje.

Dlaczego warto wybrać prasteron? – W przypadku tego rodzaju terapii nie ma systemowych efektów wynikających z wpływu aktywnych hormonów na inne tkanki – odpowiada prof. Maciej Wilczak. – Chcę zwrócić uwagę, że w tym zakresie estradiol i testosteron w tkankach obwodowych są inaktywowane miejscowo. Bardzo mała ilość (bez znaczenia klinicznego) aktywnych hormonów płciowych dyfunduje do krwi. W wyniku braku systemowego efektu wynikającego z wpływu aktywnych hormonów na inne tkanki dominującym objawem jest to, że w komórkach endometrium nie występuje aromataza, w związku z tym mamy do czynienia z brakiem stymulacji estrogenowej endometrium mimo obecności DHEA. Stężenia tych substancji nie mają biologicznej aktywności – wyjaśnia.

Efekty leczenia prasteronem

Prasteron zmienia relacje poszczególnych warstw nabłonka, co udowodniono w badaniach z 2016 r. Pierwsze badanie objęło 81 kobiet przyjmujących prasteron i 77 kobiet otrzymujących placebo, w drugim ich liczby wynosiły odpowiednio 325 i 157. Dowiedziano, że pod wpływem działania prasteronu komórki przypodstawne (których warstwa w okresie pomenopauzalnym bez terapii zwiększa się prawie 8-krotnie) ulegają znacznej redukcji. W pierwszym badaniu ich ilość zmniejszyła się o 47,4 proc., a w drugim o 41,5 proc. Efekty leczenia prasteronem są bardzo korzystne również w przypadku komórek powierzchniowych, których liczba bez terapii znacząco się zmniejsza. Te same dwa badania pokazały, że ilość komórek powierzchniowych po terapii wzrasta: w pierwszym badaniu o 5,62 proc., a w drugim o 10,20 proc. To niezwykle istotne dla zmniejszenia urazowości nabłonka pochwy. Po leczeniu prasteronem również odczyn pH pochwy zmienia się na korzyść: wartość pH jest niższa o 1,04,

”

prof. Maciej Wilczak: Duża część kobiet po menopauzie w sypialni po prostu śpi. Tymczasem my jako ginekolodzy jesteśmy w stanie przywrócić im normalne funkcjonowanie w sferze życia seksualnego

a w przypadku drugiego badania o 0,94. Zmniejszyły się również objawy dyspareunii – w pierwszym badaniu o 1,27, a w drugim o 1,42.

– Co istotne, badania wykazały również brak działania na endometrium. Prasteron podawano codziennie w dawce 6,5 mg przez 52 tygodnie 422 kobietom, u których na początku i na końcu badania wykonano biopsję endometrium. Opublikowane badania wskazują na brak aktywności aromatazy w normalnym endometrium, co może tłumaczyć, dlaczego nie występuje stymulacja endometrium – mówi prof. Maciej Wilczak.

Dlaczego warto rozważyć zastosowanie prasteronu?

Prasteron to pierwszy zarejestrowany przez FDA i EMA dopochwowy lek nieestrogenowy. Ta informacja ma kluczowe znaczenie dla pacjentek, które obawiają się terapii hormonalnej.

– Obawy dotyczą tego, że aktywna substancja hormonalna rozprowadzana jest przez układ krążenia do komórek docelowych. Plamienie i krwawienie w trakcie terapii hormonalnej są jedną z głównych przyczyn przerwania leczenia przez kobiety. Dlatego rozmawiając z pacjentką, warto podkreślać, że stosowanie prasteronu nie wiąże się ze zwiększeniem zagrożenia, lecz z obniżeniem ryzyka w obrębie endometrium – mówi prof. Maciej Wilczak. Prasteron jest identyczny z endogennym DHEA – nieaktywnym steroidem przekształcanym wewnątrzkomórkowo do aktywnych hormonów płciowych.

– To innowacyjny lek wskazany w leczeniu atrofii sromu i pochwy u kobiet po menopauzie, z objawami o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego. W związku z tym mamy bardzo szerokie możliwości zastosowania tego preparatu w terapii dolegliwości ze strony pochwy związanych ze zmianami w okresie pomenopauzalnym – podsumowuje prof. Maciej Wilczak.

Po terapii prasteronem indeks dojrzałości komórek oraz pH pochwy w sposób zdecydowany zmieniają się na korzyść. Terapia tym preparatem likwiduje dyspareunię od umiarkowanej do ciężkiej – zwiększa się integralność i grubość nabłonka pochwy, zmniejsza suchość pochwy, normalizuje wydzielina pochwową i kolor pochwy, gdyż poprawia się jej ukrwienie, co jest istotne dla aktywności seksualnej. ■