

Zastosowanie prasteronu w leczeniu menopauzalnego zespołu moczowo-płciowego u pacjentki po laserowej rewitalizacji pochwy – opis przypadku (1)

Katarzyna Lau

Oddział Ginekologii Operacyjnej, Miejskie Centrum Medyczne im. dr. K. Jonschera w Łodzi

Wstęp

Pod względem biochemicznym i biologicznym prasteron jest identyczny z endogennym ludzkim DHEA – nieaktywnym prekursorem hormonów steroidowych przekształcanym wewnątrzkomórkowo w estrogeny i androgeny. Dopochwowe stosowanie prasteronu jest wskazane w leczeniu atrofii sromu i pochwy o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego u kobiet po menopauzie [1, 2]. Korzystny wpływ leku na przedmiotowe i podmiotowe objawy atrofii sromu i pochwy jest skutkiem aktywacji receptorów estrogenowych i androgenowych w pochwie. Wiarygodne wyniki badań klinicznych wykazały, że stosowany dopochwowo prasteron w porównaniu z placebo w istotnym stopniu łagodzi objawy atrofii pochwy oraz poprawia jakość życia seksualnego u kobiet po menopauzie [3–6]. Lek jest dobrze tolerowany i bezpieczny, nawet jego długotrwałe stosowanie nie zwiększa stężeń steroidowych hormonów płciowych w surowicy krwi powyżej zakresu normy dla kobiet po menopauzie [7, 8].

Opis przypadku

Pięćdziesięciosiedmioletnia kobieta, BMI 30,3, wieloródka (dwa porody siłami natury), od ok. pięciu lat cierpiała na bardzo dokuczliwe objawy związane z suchością pochwy. Status postmenopauzalny trwał u niej od ok. sześciu lat. W wywiadzie stwierdzono nadciśnienie tętnicze, kontrolowane z dobrym skutkiem za pomocą leków beta-adrenolitycznych, wywiad w kierunku chorób nowotworowych był negatywny, pacjentka nie była obciążona genetycznie w kierunku chorób nowotworowych.

Kobieta od początku menopauzy borykała się z nasilającymi się objawami menopauzalnymi związanymi z zespołem moczowo-płciowym. Zgłosiła się po pomoc głównie ze względu na dyspareunię związaną z uczuciem suchości pochwy. Schorzenie ograniczało jej aktywność seksualną, ponadto okresowo powodowało świąd sromu i pochwy. W przeszłości stosowała estrogeny miejscowo, jednak ich objawem ubocznym było występowanie bólu i obrzmienia piersi, dlatego zrezygnowała z terapii estrogenowej. Okresowo stosowała

preparaty z kwasem hialuronowym – z miernym skutkiem – oraz lubrykanty. Nasilenie dyspareunii i suchości pochwy oceniła na stopień 3 (ciężki).

Do oceny jakości życia seksualnego w ciągu ostatnich czterech tygodni zastosowano skalę FSFI. Pacjentka uzyskała 6 punktów, co oznacza bardzo znamienne klinicznie dysfunkcję seksualną.

Wyniki badania ginekologicznego: macica z niewielkimi mięśniakami – od około 10 lat pozostawały pod obserwacją. Przydatki palpacyjnie niebadalne. Tarcza czysta, szyjka nieznacznie przerośnięta. Cystocele POPQ I, rectocele POPQ I/II. Cewka moczowa ruchoma. Próba kaszlowa dodatnia przy 200 ml w pęcherzu moczowym. Szerokie wejście do pochwy po nacięciu kroczka w linii bocznej prawej. Uwagę zwracała znaczna suchość pochwy, tworzenie wybroczyn podczas wziernikowania, bladoróżowy nabłonek oraz brak wydzieliny. Do wziernikowania konieczne było użycie lubrykantów. Indeks zdrowotności pochwy wg Bachmann oceniono na 2. stopień. Na indeks składają się: zła elastyczność pochwy, skąpa wydzielina, krwawienie przy delikatnym badaniu. PH pochwy wynosiło 6,0.

Wyniki badań obrazowych USG: cztery mięśniaki o średnicy maksymalnie do 3 cm. Jajniki drobne. Bez odchyień w badaniach laboratoryjnych. W badaniu urodynamicznym stwierdzono wysiłkowe nietrzymanie moczu z inkontynencją przy ok. 200 ml. Ciśnienie cewkowe: MUP 56 mm H₂O. Ujemne ciśnienie zamknięcia cewki MUCP. Objętość cystometryczna: 350 ml. Zaleganie po mikcji: 20 ml. Prawidłowe czucie pęcherzowe podczas cystometrii.

Po omówieniu możliwości terapeutycznych pacjentka podjęła decyzję o próbie leczenia laserem CO₂ w połączeniu z zastosowaniem dopochwowym prasteronu w okresie dwóch miesięcy po zabiegu.

Pacjentka rozpoczęła terapię z rozpoznaniem dyspareunii w przebiegu menopauzalnego zespołu moczowo-płciowego oraz wysiłkowego nietrzymania moczu mierzonego stopnia.

Zabieg rewitalizacji przeprowadzono przy użyciu lasera CO₂ firmy BTL po znieczuleniu maścią z lidokainą i prylokainą. Obejmował całą powierzchnię pochwy z uwzględnieniem okolicy podcewkowej. Celem zabiegu było przywrócenie elastyczności i jędrności pochwy

oraz poprawa nawilżenia poprzez odnowę kolagenową. Laser frakcyjny dwutlenkowęglowy (laser CO₂) powoduje korzystne zmiany struktury błony śluzowej: regenerację i pogrubienie błony śluzowej, zwiększenie wydzielania śluzu, poprawę napięcia ścian pochwy, a także zmniejszenie dolegliwości związanych z wysiłkowym nietrzymaniem moczu miernego stopnia. Dwa dni po zabiegu rozpoczęto stosowanie dopochwowo prasteronu w dawce 6,5 mg raz dziennie przed snem. Oceny skuteczności leczenia dokonano po miesiącu i dwóch miesiącach od rozpoczęcia terapii.

Wyniki badania ginekologicznego po miesiącu: śluzówka pochwy różowa, elastyczność dostateczna, wydzielina skąpa, biaława, pH 5,5. Indeks zdrowotności pochwy wg Bachmann oceniono na 3.–4. stopień. Próba kaszlowa przy 200 ml była dodatnia. W samoocenie pacjentki dyspareunia i suchość pochwy zostały uznane za łagodne. Ocena funkcjonowania seksualnego kobiety FSFI – 26 punktów. Bez odchyłeń w badaniu USG przezpochwowym.

Drugą ocenę przeprowadzono po dwóch miesiącach od zabiegu laseroterapii i w drugim miesiącu podawania prasteronu. W badaniu ginekologicznym: śluzówka pochwy różowa, elastyczność dobra, wydzielina prawidłowa, pH 5,0. Indeks zdrowotności pochwy wg Bachmann oceniono na 4.–5. stopień. Próba kaszlowa przy 200 ml była ujemna. Klasyfikacja POPQ nie uległa zmianie. Samoocena dyspareunii i suchości pochwy dokonana przez pacjentkę wykazała brak dyspareunii i suchości. Ocena funkcjonowania seksualnego FSFI – 30 punktów. Bez odchyłeń w badaniu USG przezpochwowym.

Pacjentka podczas zabiegu laseroterapii nie zgłaszała żadnych dolegliwości bólowych ani dyskomfortu. W pierwszej dobie od zabiegu skarżyła się na pieczenie pochwy, które ustąpiło po 24 godzinach, a po włączeniu terapii dopochwowej prasteronem całkowicie zniknęło. Samą aplikację globulek pacjentka oceniała jako łatwą. Do współżycia wróciła po ok. dwóch tygodniach od zabiegu i odczuła poprawę w zakresie nawilżenia pochwy. Po dwóch miesiącach od leczenia oceniła swoje życie seksualne jako bardzo dobre i deklaruwała chęć kontynuacji terapii. Nie odnotowała żadnych objawów ubocznych. Ból i obrzmienie piersi, które obserwowano po terapii estrogenowej, nie wystąpiły. Znaczącej poprawie uległa również subiektywna ocena pacjentki w zakresie trzymania moczu. Nie wykonywano natomiast ponownie badania urodynamicznego, na które pacjentka nie wyraziła zgody w związku z subiektywnym poczuciem poprawy kontynencji moczu.

U pacjentki utrzymano terapię prasteronem przez następne miesiące. Nie wystąpiły wskazania do powtórzenia zabiegu laseroterapii.

Artykuł powstał we współpracy z firmą Theramex.

Piśmiennictwo

1. Intrarosa – Charakterystyka Produktu Leczniczego.
2. Bińkowska M, Paszkowski T, Skrzypulec-Plinta V i wsp. Position statement by Experts of the Polish Menopause and Andropause Society, and the Polish Society of Aesthetic and Reconstructive Gynaecology on the medicinal product Intrarosa®. *Prz Menopauzalny* 2019; 18: 127-132.
3. Archer DF, Labrie F, Bouchard C i wsp. Treatment of pain at sexual activity (dyspareunia) with intravaginal dehydroepiandrosterone (prasterone). *Menopause* 2015; 22: 950-963.
4. Labrie F, Archer DF, Koltun W i wsp. Efficacy of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on moderate to severe dyspareunia and vaginal dryness, symptoms of vulvovaginal atrophy, and of the genitourinary syndrome of bmenopause. *Menopause* 2016; 23: 243-256.
5. Bouchard C, Labrie F, Derogatis L i wsp. Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on the female sexual function in postmenopausal women: ERC-230 open-label study. *Horm Mol Biol Clin Investig* 2016; 25: 181-190.
6. Labrie F, Derogatis L, Archer DF i wsp. Effect of intravaginal prasterone on sexual dysfunction in postmenopausal women with vulvovaginal atrophy. *J Sex Med* 2015; 12: 2401-2412.
7. Ke Y, Gonthier R, Simard J-N i wsp. Serum steroids remain within the same normal postmenopausal values during 12-month intravaginal 0.50% DHEA. *Horm Mol Biol Clin Invest* 2015; 24: 117-129.
8. Martel C, Labrie F, Archer DF i wsp. Serum steroid concentrations remain within normal postmenopausal values in women receiving daily 6.5 mg intravaginal prasterone for 12 weeks. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2016; 159: 142-153.