

Dopochwowe zastosowanie prasteronu u pacjentki z objawami atrofii sromu i pochwy o umiarkowanym nasileniu – opis przypadku (5)

Iwona Szydłowska

Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Prasteron jest nieaktywnym steroidem przekształcanym wewnątrzkomórkowo w aktywne hormony płciowe, identyczny z endogennym dehydroepiandrosteronem (DHEA). W 2016 r. Food and Drug Administration (FDA) zatwierdziła po raz pierwszy stosowanie prasteronu do leczenia bolesnych stosunków płciowych w przypadku atrofii pochwy i sromu (VVA). VVA jako składowa menopauzalnego zespołu moczowo-płciowego obejmuje takie dolegliwości, jak suchość, pieczenie i podrażnienie w pochwie, objawy dyzuryczne oraz ból i dyskomfort w czasie stosunków płciowych, co powoduje istotne pogorszenie jakości życia kobiet.

Z licznych badań naukowych wynika, że dla prawidłowego funkcjonowania nabłonka pochwy niezbędne są zarówno estrogeny, jak też androgeny. Te pierwsze zwiększają elastyczność nabłonka i zapewniają utrzymanie prawidłowego pH w pochwie, a androgeny stymulują zakończenia nerwowe i wpływają na kurczliwość ścian pochwy [1–3].

DHEA, produkowany i wydzielany do krwi jako nieaktywny prekursor, jest przekształcany wewnątrz komórek w aktywne hormony, wywierając efekt biologiczny wewnątrz komórki, w której zostały wytworzone – tzw. wydzielanie intrakrynne. Miejscowe zapotrzebowanie komórek wpływa na produkcję określonej ilości estrogenów i androgenów. Równocześnie miejscowa inaktywacja tych hormonów powoduje, że bardzo mała ich ilość dyfunduje do krwi i nie mają one wpływu ogólnoustrojowego [4].

W 2018 roku preparat prasteronu w postaci globulek dopochwowych Intrarosa (6,5 mg) został zarejestrowany w krajach Unii Europejskiej do leczenia u kobiet po menopauzie atrofii sromu i pochwy z objawami o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego.

Opis przypadku

Pacjentka w wieku 56 lat, o BMI 24,9, zgłosiła się z powodu dyspareunii i objawów suchości pochwy. Ze względu na objawy menopauzalne (nasilone uderzenia gorąca i nocne poty) stosowała od 2 lat przezskórny

preparat estradiolu w połączeniu z mikronizowanym progesteronem, dołączanym od 16. do 28. dnia cyklu. Pomimo ogólnoustrojowej menopauzalnej terapii hormonalnej (MTH) oraz terapii miejscowej preparatami estriolu naprzemiennie z preparatami zawierającymi kwas hialuronowy, utrzymywała się u niej uciążliwa i powodująca bolesne stosunki płciowe suchość pochwy. Objawy te nasiliły się po zabiegu plastyki tylnej ściany pochwy i krocza, który wykonany został 5 miesięcy wcześniej. Wskazaniem do zabiegu było obniżenie tylnej ściany pochwy w stopniu II POPQ oraz zastarzałe pęknięcie krocza II stopnia.

W przeszłości u pacjentki nie wykonywano innych operacji ani zabiegów ginekologicznych. Nie chorowała na żadne choroby ogólnoustrojowe i poza MTH nie stosowała innych leków. Zgodnie z wywiadem położniczym przeżyła dwie ciąży i dwa porody drogami natury.

W samoocenie dyspareunii oraz suchość pochwy pacjentka oceniła jako umiarkowaną. Do oceny jakości życia seksualnego wykorzystano kwestionariusz Female Sexual Function Index (FSFI), oceniający sześć domen: pożądanie, podniecenie, lubrykację, orgazm, satysfakcję seksualną i dolegliwości bólowe w czasie stosunku. W sumarycznej ocenie punktowej, podsumowującej okres ostatnich czterech tygodni, otrzymano wynik 10,7 punktu, sugerujący obecność znamienych klinicznie dysfunkcji seksualnych.

W badaniu ginekologicznym stwierdzono suchość pochwy oraz skąpą wydzielinę pochwową, w związku z czym niemożliwe było bezbolesne założenie wziernika i należało użyć lubrykant. Kolor nabłonka pochwy oceniono jako błydy, a jego grubość jako umiarkowaną, o wygładzonych fałdach i zmniejszonej elastyczności. Integralność nabłonka była umiarkowana, a pH pochwy wynosiło 5,5.

Po pobraniu cytologii w ocenie szyjki macicy według systemu Bethesda nie stwierdzono cech neoplazji i raka. Obserwowano jednak atrofię nabłonka.

W przezpochwowym badaniu USG stwierdzono na wysokości cieśni mięśniaka macicy o średnicy 4 cm. Mięśniak obserwowany był od kilku lat, bez progresji

wzrostu w stosunku do poprzednich badań USG i bez niepokojących przełyków w dopplerowskim badaniu USG. Endometrium było grubości 4 mm, a jajniki obustronnie bez zmian.

Pacjentce zalecono wykonanie testów tarczycowych. Wyniki TSH, fT3 i fT4 były w normie. W oznaczonej wartości 25 (OH) D3 stwierdzono niedobór witaminy D3 – stężenie 12,2 ng/ml. Zalecono suplementację: początkowo dawkę 4000 j.m./dobę, a następnie 2000 j.m./dobę.

Ze względu na objawy atrofii sromu i pochwy o umiarkowanym nasileniu, powodujące istotne klinicznie dysfunkcje seksualne i brak efektów wcześniejszego leczenia miejscowego, zdecydowano wdrożyć terapię prasteronem 6,5 mg w postaci globulek dopochwowych stosowanych raz dziennie. Celem było zmniejszenie suchości pochwy i poprawa funkcjonowania seksualnego pacjentki.

Po dwóch miesiącach znacznie zwiększyła się ilość wydzieliny pochwowej i zmniejszyło się uczucie suchości pochwy. Poprawie uległ kolor nabłonka pochwy, co świadczy o lepszym jego ukrwieniu. pH pochwy uległo obniżeniu do 4,5.

Po trzymiesięcznej terapii nie stwierdzono pęknięć w obrębie nabłonka pochwy, a założenie wziernika nie sprawiało pacjentce dyskomfortu ani nie trzeba było użyć lubrykantów.

W kontrolnym przezpochwowym badaniu USG stwierdzono, tak jak w badaniu poprzednim, mięśniaka macicy o średnicy 4 cm, endometrium grubości 3,5 mm, jajniki bez zmian.

W kwestionariuszu FSFI po 3 miesiącach terapii prasteronem pacjentka uzyskała rezultat 33,2 punkty, co świadczy o znacznej poprawie jej funkcjonowania seksualnego.

Wszystkim powyższym korzystnym efektom terapii nie towarzyszyły efekty uboczne.

Mając na uwadze wszystkie powyższe korzyści zastosowanego leczenia, pacjentka nadal wyraża chęć stosowania preparatu. Nie występują też przeciwwskazania medyczne do kontynuacji terapii prasteronem.

Pacjentka pozostaje pod stałą kontrolą ginekologiczną.

Artykuł powstał we współpracy z firmą Theramex

Piśmiennictwo

1. Heo Y-A. Prasterone: A Review in Vulvovaginal Atrophy. *Drugs Aging* 2019; 36: 781-788.
2. Labrie F, Martel C, Pelletier G. Is vulvovaginal atrophy due to a lack of both estrogens and androgens? *Menopause* 2017; 24: 452-461.
3. Traish AM, Vignozzi L, Simon JA i wsp. Role of androgens in female genitourinary tissue structure and function: implications in the genitourinary syndrome of menopause. *Sex Med Rev* 2018; 6: 558-571.
4. Labrie F, Bélanger A, Pelletier G i wsp. Science of intracrinology in postmenopausal women. *Menopause* 2017; 24: 702-712.