

Kiedy należy zmienić antykoncepcję doustną na indywidualizowaną hormonalną terapię zastępczą

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka J.D., lat 49, zgłosiła się do lekarza konsultanta ginekologa-endokrynologa z powodu braku wystąpienia miesiączki z odstawienia w przerwie, w trakcie regularnego stosowania tabletek antykoncepcyjnych. W wywiadzie wskazała, że dwukrotnie rodziła siłami natury, po raz ostatni 16 lat temu. Nigdy nie była operowana. Obecnie skarży się na kłopoty z utrzymaniem prawidłowej masy ciała. W badaniu podmiotowym pacjentka od 3,5 roku stosuje regularnie preparat o składzie: 0,03 mg estradiolu i 3 mg drospirenonu. Dotychczas miesiączki występowały po odstawieniu stosowanej sekwencji 21 tabletek i trwały ok. od 2-3 dni. Ze względu na brak miesiączki w przerwie po zakończeniu pełnego cyklu tabletkowego pacjentka nie zaczęła nowego opakowania antykoncepcji hormonalnej obawiając się, że jest w ciąży. Ponadto od kilku dni występują wzmożone poty w godzinach nocnych i uderzenia gorąca w ciągu dnia. Po wypełnieniu przez pacjentkę ankiety wg. Kuppermana - indeks oceniono na 28 punktów, czyli średnio wyrażone objawy wypadowe. Innych dolegliwości nie zgłaszała.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono otyłość z BMI – 32 kg/m², prawidłową kobiecą budowę ciała, ciśnienie tętnicze w normie (135/85). W badaniu palpacyjnym gruczołów piersiowych stwierdzono znaczne napięcie oraz silnie wyrażoną tkiwość dotykową. Zmian ogniskowych nie stwierdzono. W ostatnim badaniu ultrasonograficznym sutków 3 miesiące temu, bez odchylenia od stanu prawidłowego. W badaniu ginekologicznym pochwa bez zmian, część pochwy szyjki macicy prawidłowa. Wydzielina śluzowa pochwy bez cech zapalnych. Rozmaz cytologiczny wykonany około 9 miesięcy temu - prawidłowy. Macica niepowiększona, prawidłowo ruchoma, przydatki obustronnie - bez zmian. W następnym wykonanym badaniu USG sondą transwaginalną stwierdzono macicę o prawidłowych wymiarach, endometrium linijne o grubości 2 mm. Jajnik po stronie prawej o wymiarach 2/2 cm, jajnik lewy o wymiarach 1,5/2 cm. Obydwa jajniki zawierają od 2-4 drobnych pęcherzyków, nie przekraczających średnicy 5 mm.

DIAGNOSTYKA:

Zdecydowano wykonać badania dodatkowe, aby ocenić ryzyko zajścia w niepożądaną przez pacjentkę ciążę przy regularnym współżyciu. W tym celu zlecono pobranie

badan hormonalnych. Nie oczekuje się wpływu stosowanych tabletek antykoncepcyjnych na wyniki badań laboratoryjnych, ponieważ od przyjęcia ostatniej minęło 10 dni. Pobrano krew w celu oceny stężenia folitropiny (FSH), estradiolu (E), prolaktyny (PRL), a także zlecono pełny lipidogram, oznaczenie stężenia glukozy i morfologię.

Następnie poinformowano pacjentkę o braku wskazań do kontynuacji dotychczasowej antykoncepcji tabletkowej i zalecono przez okres 2-3 tygodni antykoncepcję barierową np. prezerwatywę.

Wyznaczono badanie kontrolne za dwa do trzech tygodni oraz zlecono ponownie oznaczenie stężeń folitropiny i estradiolu, które należy wykonać na kilka dni przed wizytą.

PRZEBIEG DRUGIEJ WIZYTY PACJENTKI:

Pacjentka stawiała się na wizycie kontrolnej w wyznaczonym terminie. W wywiadzie zgłosiła nasilenie objawów wypadowych ocenionych wg indeksu Kuppermana na 30 punktów. Nadal nie pojawiła się miesiączka. W badaniu ginekologicznym narząd rodny jak w badaniu poprzednim bez istotnych i uchwytanych zmian. W badaniu palpacyjnym piersi stwierdzono jeszcze bardziej nasiloną twardość i bolesność gruczołów sutkowych potwierdzoną przez pacjentkę, która skarży się na ich dużą wrażliwość nawet przy niewielkim dotyku. Następnie zapoznano badaną z wynikami uzyskanych badań:

FSH – 31 IU/l

Estradiol – 12 pg/ml

PRL – 10 ng/ml

Lipidogram:

Cholesterol całkowity – 230 mg/dl

HDL – 30 mg/dl

Triglicerydy – 160 mg/dl

LDL – 130 mg/dl

Stężenie glukozy i morfologia w normie.

Ponadto pacjentka dostarczyła następujące wyniki badań laboratoryjnych:

FSH – 45 IU/l

Estradiol – 10 pg/ml.

Po analizie danych z wywiadu, badania przedmiotowego i badań dodatkowych poinformowano pacjentkę o rozpoznaniu okresu okołomenopauzalnego, podczas którego możliwość zajścia w ciążę jest bardzo mało prawdopodobna. W związku z tym stwierdzono brak wskazań do kontynuacji antykon-

cepcji doustnej. Jednak istnieją, ze względu na nasilone objawy wypadowe, wskazania do hormonalnej terapii zastępczej.

Po akceptacji decyzji przez pacjentkę wypisano dwa opakowania preparatu zawierającego 1 mg estradiolu i 10 mg dydrogesteronu w celu likwidacji objawów wypadowych. Ze względu na nieprawidłowy lipidogram i otyłość zalecono modyfikację stylu życia polegającą na zwiększeniu wysiłku fizycznego oraz dietę przeciwmiażdżycową i niskokaloryczną 1400 kcal.

TRZECIA WIZYTA

W trakcie kolejnej wizyty pacjentka zgłosiła znaczną poprawę samopoczucia, mniejszą liczbę uderzeń gorąca i zmniejszenie intensywności nocnych potów. Niestety wbrew oczekiwaniom miesiączka nie wystąpiła.

Indeks Kuppermana zmniejszył się do 21. W przeprowadzonym badaniu ginekologicznym bez odchylenia od stanu prawidłowego. W badaniu USG sondą transwaginalną macica i przydatki jak poprzednio, endometrium jednorodne o grubości 3 mm. Pacjentka nadal zgłasza objawy mastalgii co potwierdzono w badaniu przedmiotowym, z tym, że o znacznie mniejszym nasileniu niż poprzednio.

Zlecono kontrolne badanie lipidogramu i zdecydowano o zmianie hormonalnej terapii zastępczej z sekwencyjnej na ciągłą. Dostępna na rynku szeroka oferta dawek estradiolu od 0,5 mg do 2 mg i dydrogesteronu od 2,5 mg do 10 mg pozwoliła zaproponować skrojoną na miarę potrzeb pacjentki terapię zawierającą 1 mg estradiolu i 5 mg dydrogesteronu na dobę (w jednej tabletkie). Taki skład preparatu nie powinien wywołać złuszczenia endometrium, a może być wystarczający do wygaszenia objawów wypadowych. W związku z tym pacjentka otrzymała receptę na 2 opakowania leku i została umówiona na kolejną wizytę kontrolną za 3 miesiące.

PRZEBIEG CZWARTEJ I KOLEJNYCH WIZYT

Po czterech miesiącach leczenia prawie całkowicie ustąpiły objawy wypadowe. Indeks Kuppermana - 15. Jednakże, u pacjentki w trakcie leczenia nie pojawiło się krwawienie z dróg rodnych.

W badaniu ginekologicznym i w USG sondą transwaginalną bez odchylenia od stanu prawidłowego. W dostarczonym przez badaną

Po analizie utrzymano zalecenia i wyznaczono datę kolejnej wizyty kontrolnej za cztery miesiące.

PODSUMOWANIE I KOMENTARZ

W praktyce klinicznej często stajemy przed dylematem, w którym momencie należy zmienić hormonalny środek antykoncepcyjny na hormonalną terapię zastępczą. Jest to dla naszych pacjentek ważna zmiana, ponieważ nawet niskodawkowe tabletki, czy plastry zawierające 15 lub 20 mikrogramów etynylestradiolu dostarczają organizmowi czterokrotnie większej ilości estrogenów niż standardowa HTZ. Jednocześnie wraz z wiekiem wzrasta ryzyko wystąpienia nowotworów estrogenozależnych. Jednym ze spo-

sobów określania momentu wystąpienia menopauzy jest mierzenie stężenia folitropiny co 6-12 miesięcy i obserwacja szybkości tempa jej narastania. Na podstawie szeregu randomizowanych badań klinicznych określono jako punkt odcięcia wynik FSH powyżej 30 IU/l oraz stężenie estradiolu poniżej 20 pg/ml. Jednakże codzienna praca z pacjentkami rodzi szereg wątpliwości, jedna z nich została opisana w powyższym artykule. Wiadomo bowiem, że w trakcie stosowania doustnej tabletki antykoncepcyjnej dochodzi do zahamowania wydzielania gonadotropin, ale zachowana jest ich synteza i w okresie przerwy po ich odstawieniu dochodzi do skokowego wzrostu ich wydzielania. Dlatego też, w takiej sytuacji należy ponownie, po kilkunastu dniach ocenić stężenie FSH i estradiolu, aby nabrać pewności co do stopnia zagrożenia nieplanowaną ciążą. Ważne są także dodatkowe objawy podmiotowe i przedmiotowe sugerujące wygasanie czynności jajników. W doborze konkretnego preparatu z grupy leków HTZ istotny jest rodzaj użytego progestogenu tak, aby jak i powyżej opisanej pacjentki osiągnąć dodatkowe korzyści zdrowotne

w postaci poprawy profilu lipidowego (m.in. obniżenia stężenia frakcji LDL cholesterolu). Dodatkowo, w badaniu klinicznym z dydrogesteronem wykazano brak wpływu leczenia HTZ z tym gestagenem na wzrost masy tłuszczowej w obrębie całego ciała. Czynnikiem decydującym o wyborze optymalnej terapii powinno być indywidualne podejście do pacjentki oraz takie dobranie dawki HTZ, aby zlikwidować uciążliwe objawy wypadowe, stosując możliwie najniższą dawkę estradiolu. Częstą dolegliwością zgłaszaną przez pacjentki w czasie menopauzy jest mastalgia o różnym nasileniu. Zastosowanie dawki estradiolu w ilości 2 mg i powyżej może powodować nasilenie tych dolegliwości, pomimo braku zmian organicznych. Dlatego też, należy wybierać leki zawierające jak najniższą dawkę estradiolu. Na zakończenie należy podkreślić, że dobór leku powinien być dobrze przemyślany i ściśle dopasowany do profilu pacjentki, tak, aby do minimum zmniejszyć możliwe powikłania polekowe.

Dr n. med. Wiesław Kurach
specjalista ginekolog- endokrynolog

reklama

[illegible]