

Hormonalne leczenie zastępcze po 70. roku życia

– doświadczenia własne

HRT in Patients over 70 years old – own experiences

Grzegorz Surkont, Grażyna Rubersz-Adamska, Jacek Suzin

W Polsce nadal wiele kontrowersji budzi stosowanie hormonalnej terapii zastępczej u kobiet po 70. roku życia. W pracy przeanalizowano wskazania, przeciwwskazania, sposoby prowadzenia hormonalnej terapii zastępczej oraz tolerancję u kobiet po 70. roku życia, będących pod opieką Poradni Menopauzy IGiP AM w Łodzi w 1999 roku. Najczęstszym wskazaniem do prowadzenia leczenia hormonalnego po 70. roku życia była osteoporoza. Indywidualizacja sposobu prowadzenia hormonalnej terapii zastępczej pozwoliła na uzyskanie dobrej tolerancji leczenia.

Słowa kluczowe: menopauza, hormonalna terapia zastępcza.

(Przegląd Menopauzalny 2002, 2: 35–38)

Przed 20 laty hormonalna terapia zastępcza włączana była u kobiet w pierwszych latach po menopauzie z powodu nasilonego zespołu klimakterycznego. Obecnie coraz więcej schorzeń traktowanych jest jako wskazanie do leczenia hormonalnego. Wśród nich najczęściej wymienia się osteoporozę i choroby serca. Często leczenie hormonalne włączane jest profilaktycznie przed menopauzą, z chwilą wystąpienia pierwszych objawów niedoboru hormonów. W Polsce nadal wiele kontrowersji budzi stosowanie hormonalnej terapii zastępczej u kobiet po 70. roku życia.

Cel pracy

1. Analiza wskazań do prowadzenia hormonalnej terapii zastępczej u kobiet po 70. roku życia.
2. Ocena sposobu prowadzenia oraz tolerancji terapii hormonalnej u kobiet po 70. roku życia.

Materiał i metody

Retrospektywnie oceniono wskazania i przeciwwskazania do prowadzenia terapii hormonalnej, przebieg leczenia i objawy uboczne występujące u pacjentek po 70. roku życia, które znajdowały się pod opieką Poradni Menopauzy Instytutu Ginekologii i Położnictwa AM w Łodzi w 1999 roku. W zakresie zastosowanej terapii analizowano rodzaj leku, dawkę, drogę podania i sposób prowadzenia leczenia.

Wyniki

W analizowanym okresie pod opieką Poradni Menopauzy znajdowało się 618 pacjentek. Kobiety po 70. roku życia stanowiły 6,8% (42 pacjentki). U 35 pacjentek hormonalna terapia zastępcza kontynuowana była od 2–15 lat. Siedem kobiet rozpoczęło leczenie hormonalne po 70. roku życia (tab. I).

I Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej, Instytut Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej w Łodzi, kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Jacek Suzin



Tab. I. Charakterystyka badanych pacjentek

liczba pacjentek	42
wiek	70–76 (śr. 71,8)
lata po menopauzie	12–27 (śr. 19,1)
liczba (%) pacjentek, które rozpoczęły leczenie po 70. roku życia	7 (16,7%)
liczba (%) pacjentek kontynuujących leczenie hormonalne po 70. roku życia	35 (83,3%)
czas stosowania HRT przed 70. rokiem życia (lata)	2–15 (śr. 5,9)

Tab. II. Wskazania do rozpoczęcia lub kontynuowania hormonalnej terapii zastępczej u pacjentek po 70. roku życia

Wskazania	Liczba pacjentek
osteoporoza	32
choroba niedokrwienna serca	12
uderzenia gorąca, nocne poty	4
nietrzymanie moczu	4
zanik śluzówki pochwy	3
bóle kostne	2

U wszystkich kobiet po 70. roku życia stwierdzano obecność objawów i schorzeń stanowiących wskazania do prowadzenia hormonalnej terapii zastępczej (tab. II).

Wskazaniem do rozpoczęcia terapii po 70. roku życia w 5 przypadkach (71,4%) była osteoporoza, w 1 przypadku (14,3%) nasilone objawy wypadowe, w 1 przypadku (14,3%) objawowe zanikowe zapalenie błony śluzowej pochwy. Wskazaniem do kontynuowania leczenia u kobiet po 70. roku życia u 27 pacjentek (77,1%) była osteoporoza, u 12 (34,3%) choroba niedokrwienna serca, u 4 (11,4%) nietrzymanie moczu, u 3 (8,6%) objawy wypadowe, u 2 (5,7%) zmiany zanikowe pochwy, u 2 (5,7%) bóle kostne.

U kobiet, u których stwierdzano względne przeciwwskazania do terapii doustnej (nadciśnienie tętnicze: n=8, 18,4%, kamica pęcherzyka żółciowego n=3, 7,1%) estrogeny podawano drogą przezskórną. U 1 pacjentki (2,4%) przerwano leczenie z powodu zakrzepowego zapalenia żył głębokich kończyny dolnej.

Estrogeny podawano przezskórnie (n=29, 69,0%), doustnie (n=8, 19,0 %) lub dopochwowo (n=4, 9,5%). U 2 pacjentek stosowano równocześnie leki przezskórne i dopochwowe. Droga poda-

nia estrogenów uwarunkowana była stanem zdrowia i preferencjami pacjentki. Niskie dawki estrogenów (25 µg 17β-estradolu przezskórnie, 1 mg walerianianu estradiolu doustnie) zastosowano u 11 pacjentek (29,7%), wyższe u 26 pacjentek (70,3%). Progestageny podawano doustnie. U wszystkich pacjentek po operacji usunięcia macicy (n=7, 16,7%) stosowano ciągłą terapię estrogenową, u pozostałych (n=35, 83,3%) – ciągłą terapię estrogenowo-progestagenową. U 3 kobiet (7,1%) zastosowano tibolon.

Spośród 7 kobiet rozpoczynających terapię po 70. roku życia, u 6 zastosowano estrogeny w dawce 25 µg przezskórnie oraz medroksyprogesteron (2,5 mg/d.), u 1 kobiety zastosowano wyłącznie estriol dopochwowo. U 2 pacjentek po 6 tyg. leczenia zwiększono dawkę estradiolu do 50 µg (dawka medroksyprogesteronu nie uległa zmianie).

W leczeniu zastosowano następujące leki: Estraderm TTS/MX 25 i 50 (Novartis), System 50 (Janssen-Cilag), Estroplast 40 (Adamed), Progynova 21 – 1 mg i 21 – 2 mg (Schering AG), Premarin 0,625 (Wyeth-Lederle), Provera 5 mg (Pharmacia & Upjohn), Gesto Micron 5 mg (Adamed), Primolut-Nor 5 mg (Schering AG), Duphaston 10 mg (Solvay), Livial (Organon), Ovestin (Organon), Ortho Gynest D (Janssen-Cilag).



Tab. III. Leki stosowane w poradni menopauzy u kobiet po 70. roku życia

A. ciągła terapia estrogenowo-progestagenowa z zastosowaniem estrogenów przezskórnie

Estrogeny n=29 (69%)	Dawka	Progestageny	Dawka
17β-estradiol	25 µg	medroksyprogesteron	2,5 mg
		norethisteron	1,25 mg
	40 µg	medroksyprogesteron	2,5 mg
	50 µg	medroksyprogesteron	2,5–5 mg
		norethisteron	1,25–2,5 mg

B. ciągła terapia estrogenowo-progestagenowa doustna

Estrogeny n=8 (19%)	Dawka	Progestageny	Dawka
17β-estradiol	2 mg	norethisteron	1 mg
walerianian estradiolu	1 mg	norethisteron	1,25 mg
		medroksyprogesteron	2,5 mg
	2 mg	norethisteron	1,25–2,5 mg
		medroksyprogesteron	2,5–5 mg
estrogeny skoniugowane	0,625 mg	medroksyprogesteron	2,5–5 mg
		norethisteron	1,25 mg
		dydrogesteron	10 mg

C. estrogeny stosowane dopochwowo

Estrogeny n=4 (9,5%)	Dawka
estriol dopochwowo	3,5 mg
	0,5 mg

D. syntetyczny steroid

Nazwa chemiczna n=3 (7,1%)	Dawka
Tibolon	2,5 mg

Stosowane leki i dawki przedstawia tab. III.

Wśród pacjentek rozpoczynających leczenie po 70. roku życia 4 skarżyły się na napięcie sutków (dolegliwości ustąpiły po 2 mies.), u 1 po mies. wystąpiło plamienie. W materiale uzyskanym w wyniku próbnego łyżeczkowania nie stwierdzono patologii. Leczenie kontynuowano w niezmienionej dawce. Plamienie z dróg rodnych nie powtórzyło się.

Pacjentki, które kontynuowały leczenie po 70. roku życia nie zgłaszały objawów ubocznych.

Dyskusja

Ciągła terapia estrogenowo-progestagenowa stosowana jest od niedawna. Staje się ona coraz bardziej popularna ze względu na brak miesiączek i dobrą tolerancję. Wśród kobiet w okresie pomenopauzalnym tylko 9,2% akceptuje krwawienia [1]. Wyniki badań wskazują, że występowanie krwawień w trakcie stosowania terapii hormonalnej jest częstą przyczyną przerwania leczenia [2, 4]. Mniejsze znaczenie odgrywa zwiększenie masy ciała, tkliwość sutków, uczucie pełności [4]. Objawy te występują zwykle na początku leczenia.

Hormonalna terapia zastępcza jest skuteczna w zapobieganiu utracie masy kostnej u kobiet w okresie pomenopauzalnym. To zahamowanie trwa tak długo, jak długo stosowane jest leczenie, do 70. roku życia, a i prawdopodobnie dłużej. Gdy leczenie zostaje przerwane, szybkość utraty wapnia z kości wraca do stanu sprzed zastosowania hormonalnej terapii zastępczej [5].

Zwykle zalecany okres stosowania leczenia hormonalnego nie przekracza 10 lat [5]. W Polsce hormonalna terapia zastępcza stała się popularna od kilku lat. Wiele kobiet rozpoczęło leczenie po 60. roku



życia i ze względu na pozytywny wpływ na kości i metabolizm lipidów decyduje się na kontynuowanie terapii po 70. roku życia [8, 10]. Nie ma powodu do przerywania HTZ ze względu na wiek, ponieważ nie stanowi on przeciwwskazania do prowadzenia leczenia [11, 12]. Przy istnieniu istotnych wskazań do prowadzenia HTZ i widocznych pozytywnych efektach tego leczenia, kobiety po 70. roku życia w pełni akceptują i dobrze tolerują kurację [3, 7, 9].

Summary

There is a lot of controversy on HRT in late postmenopausal women among polish gynecologists. In the study there were assessed the indications, contraindications, types and tolerance of HRT in women over 70 years old – the patients of Menopause Clinic in Institute of Obstetrics and Gynecology Medical University of Łódź in 1999. The most common indication to HRT was osteoporosis. „Tailored HRT” led to good tolerance of the therapy.

Key words: menopause, HRT.

Wnioski

1. Najczęstszym wskazaniem do prowadzenia leczenia hormonalnego po 70. roku życia była osteoporoza.

2. Indywidualizacja sposobu prowadzenia hormonalnej terapii zastępczej pozwoliła na uzyskanie dobrej tolerancji leczenia u kobiet po 70. roku życia.

Piśmiennictwo

1. Barentsen R, et al. *Women's opinion on withdrawal bleeding with hormone replacement therapy*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993; 203.
2. Christiansen C, Bente JR. *17-beta-estradiol and continuous norethisterone: A unique treatment for established osteoporosis in elderly women*. J Clin Endocr Metabol 1990; 71, 4: 836.
3. Davie MWJ, Evans SF, Haddaway MJ. *Low dose HRT prevents bone loss at ages up to 75 years*. Bone 1994; 15: 730.
4. Doren M, et al. *Superior compliance and efficacy of continuous combined oral estrogen-progestogen replacement therapy in postmenopausal women*. Am J Obstet Gynecol 1995; 173, 5: 1446.
5. Kanis JA. *Osteoporosis*. Blackwell Healthcare Comm Ltd 1997, 259.
6. Lobo RR. *Treatment of the postmenopausal women*, Raven Press 1994, 338.
7. Sharp CA, et al. *Effects of low- and conventional-dose transcutaneous HRT over 2 years on bone metabolism in younger and older postmenopausal women*. Europ J Clin Invest 1996; 26: 763.
8. Stadberg E, Mattsson LA., Uvebrandt M. *17β-Estradiol and norethisterone acetate in low doses as continuous combined hormone replacement therapy*. Maturitas 1996; 23: 31-9.
9. Taga M, et al. *The efficacy of several doses of oral 17 β-estradiol for the treatment of vasomotor symptoms in Japanese women*, Climacteric 1999; vol. 2 Suppl. 1.
10. Yano T, et al. *Continuous-combined 17 β-estradiol and norethisterone acetate increase bone mineral density in Japanese women with osteopenia and osteoporosis*. Climacteric 1999; vol. 2 Suppl. 1.
11. Whitehead M. *The Prescriber's guide to hormone replacement therapy*. The Parthenon Publishing Group, 1998, 8.
12. Whitehead M, Godfree V. *Hormone replacement therapy – your questions answered*. Churchill Livingstone 1992, 235.

Adres do korespondencji

I Klinika Ginekologii Operacyjnej
i Onkologii Ginekologicznej
Instytut Ginekologii i Położnictwa
Akademii Medycznej w Łodzi
ul. Wileńska 37
94-029 Łódź

