

Ανασκόπηση

Αξιολόγηση και παρακολούθηση των γυναικών στην εμμηνόπαυση

Α. Ζεπειρίδης
Θ. Θεοδορίδης
Ι. Μπόντης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, οστεοπόρωσης και γυναικολογικών καρκίνων. Ο τακτικός έλεγχος, η συχνή εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου, καθώς επίσης και οι τροποποιήσεις στον τρόπο ζωής και διατροφής είναι απαραίτητα για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση αλλά και τη θεραπεία των παραπάνω. Ωστόσο, η παρακολούθησή τους δεν αρκείται μόνον σε αυτούς τους τομείς. Η σύγχρονη γυνιατρική φροντίδα περιλαμβάνει τον έλεγχο κάθε πλευράς της γυναικείας υγείας, σε συνεργασία πάντα με τις κατάλληλες ιατρικές ειδικότητες.

Όροι ευρετηρίου: εμμηνόπαυση, παρακολούθηση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εμμηνόπαυση είναι μια καθαρά φυσιολογική οργανική εξέλιξη, που συμβαίνει σε όλες τις γυναίκες. Η εισαγωγή και η πρόοδος της μπορεί να είναι χρόνια. Αν και το βασικό αίτιο της εμφάνισής της είναι ένα, η απόσυρση των οιστρογόνων λόγω της εξάντλησης των ωοθυλακικών αποθεμάτων των ωοθηκών, τα αποτελέσματά της και η επίδρασή της στο γυναικείο οργανισμό είναι πολυσυστηματικά. Έτσι, η εμμηνοπαυσιακή γυναίκα έχει μια ανάγκη από πιο πολύπλευρη παρακολούθηση. Όπως όλες οι ιατρικές παρεμβάσεις, έτσι κι εδώ η αντίστοιχη γυνιατρική φροντίδα δεν είναι περιορισμένη στη θεραπεία, αλλά βασικά στην πρόληψη. Στα πλαίσια της τελευταίας, έχουν στο παρελθόν ακολουθηθεί τακτικές χορήγησης σκευασμάτων ορμονικής υποκατάστασης -και μάλιστα με μεγάλο ενθουσιασμό, πράγμα που τα τελευταία χρόνια έχει ριζικά αμφισβητηθεί και, τελικά, αλλάξει, τόσο μάλιστα που η χορήγηση αυτών των σκευασμάτων από προληπτική έγινε συμπτωματική. Οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, οστεοπόρωσης και γυναικολογικών καρκίνων. Ωστόσο, η παρακολούθησή τους δεν αρκείται μόνον σε αυτούς τους τομείς. Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, τα ψυχολογικά προβλήματα, οι διαταραχές του ύπνου, της μνήμης και της libido αποτελούν εντονότερα συμπτώματα, που μεταβάλλουν και την ποιότητα ζωής της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας. Ο τακτικός έλεγχος, η συχνή εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου, καθώς επίσης και οι τροποποιήσεις στον τρόπο ζωής και διατροφής είναι απαραίτητα για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση αλλά και τη θεραπεία των παραπάνω. Η σύγχρονη

Α' Μαιευτική και Γυναικολογική
Κλινική ΑΠΘ

Αλληλογραφία:
Α' Μαιευτική & Γυναικολογική
Κλινική ΑΠΘ
ΓΝΘ «Παπαγεωργίου»
Περιφερειακή Οδός, Νέα Ευκαρπία,
54603 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 693131
Κατατέθηκε: 15/2/07
Εγκρίθηκε: 15/5/07

γυναιατρική φροντίδα περιλαμβάνει τον έλεγχο κάθε πλευράς της γυναικείας υγείας, σε συνεργασία πάντα με τις κατάλληλες ιατρικές ειδικότητες.

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η γυναικολογική εκτίμηση, μέσω της αντίστοιχης εξέτασης, έχει τους ίδιους στόχους όπως και πριν την εμμηνόπαυση. Η κλασική κλινική εξέταση ελέγχει την κοιλία και τα έσω και έξω γεννητικά όργανα, με επισκόπηση και ψηλάφηση (και επίκρουση στην κοιλία). Πρόσθετα εκτελούνται ειδικά τεστ και διακολπικό ή διακοιλιακό υπερηχογράφημα.

Η επισκόπηση κατά την κολπική εξέταση αρχικά ελέγχει την ύπαρξη ή όχι ατροφίας, δυστροφικών αλλοιώσεων, αλλά και δυσπλαστικών ή καρκινικών βλαβών στο αιδοίο και τον κόλπο. Πολλές είναι οι περιπτώσεις όπου υπάρχει εμφανέστατη ένδειξη δράσης οιστρογόνων. Αυτό σε γυναίκες αυξημένου βάρους είναι ως ένα σημείο αναμενόμενο, αλλά όχι τόσο σε αδύνατα άτομα και, περισσότερο, σε εκείνα που δεν λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης. Η ανίχνευση αίματος ή παθολογικών υγρών είναι συνήθως κάτι για το οποίο η ασθενής θα παραπονεθεί, παρά θα ανακαλύψει ο κλινικός γιατρός. Ο κολπικός έλεγχος για την εμφάνιση ή όχι κυστεοκήλης, ορθοκήλης ή/και πρόπτωσης της μήτρας είναι αναγκαίος. Αδρά μπορεί να ελεγχθεί και η εμφάνιση ή όχι ακράτειας τύπου προσπάθειας.

Η επισκόπηση του τραχήλου συνήθως στοχεύει στον αποκλεισμό σοβαρών βλαβών επί της επιφανείας του. Συχνή σχετικά είναι η ανεύρεση πολυπόδων, που χρειάζονται παραπέρα αφαίρεση και έλεγχο με ιστολογική εξέταση. Η τραχηλική εξέταση συμπληρώνεται από το τεστ Παπανικολάου, το οποίο εκτελείται ανά έτος αν δεν υπάρχει άλλη ένδειξη για συντομότερη επανεξέταση. Επί σταθερά αρνητικών αποτελεσμάτων, η εξέταση μπορεί και να γίνεται σε λιγότερο συχνά διαστήματα, όσο η ηλικία προχωρά. Τέλος, η λήψη ή όχι κολπικών καλλιερχειών εξαρτάται από τα ευρήματα, αλλά και από τα προβλήματα τα οποία μπορεί να αναφέρει η ασθενής. Η ατροφική κολπίτιδα αλλά και οι συχνές ουρολοιμώξεις είναι κλασικό παράπονο μεγάλου μέρους των εμμηνοπαυσιακών γυναικών.

Η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση μπορεί να αναδείξει ευαισθησίες των έσω γεννητικών οργάνων, μεταβολές του μεγέθους τους (συνήθως ατροφία), αλλά και μεταβολές της κινητικότητάς τους, ως αποτέλεσμα συμφύσεων ή μαζών. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος γίνεται με διακολπικό υπερηχογράφημα για τη διαπίστωση καταρχήν του πάχους του ενδομητρίου, που οφείλει να είναι λιγότερο από 4 χιλιοστά. Σε μεγάλες αυξήσεις του πάχους του ενδομητρίου συνι-

στάται υστεροσκοπικός έλεγχος, με κατευθυνόμενη βιοψία, ή διαγνωστική απόξεση ενδομητρίου. Εναλλακτικά, και σε μικρή αύξηση του πάχους του ενδομητρίου ή σε απουσία επιβαρυντικών παραγόντων, μπορεί να εφαρμοστεί η βιοψία με τα διάφορα είδη πιπέτας ή με τα ειδικά μικροσκοπικά δειγματοληπτικά υλικά του ενδομητρίου. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να εφαρμοσθεί διαγνωστικά, αλλά και επεμβατικά, η υδρο-υστερο-υπερηχογραφία, ειδικά όταν υπάρχει η υποψία για ενδομήτριο πολύποδα. Ακόμη, με το ενδοκολπικό υπερηχογράφημα μπορεί να ελεγχθεί η ενδομήτρια κοιλότητα για την εμφάνιση ή όχι πολυπόδων ή ινομυωμάτων, αλλά και το μυομήτριο για την εμφάνιση ινομυωμάτων ή τη μεταβολή τους σε μέγεθος, εφόσον ήταν ήδη γνωστά. Είναι γνωστό ότι οι –συνήθως– καλοήθεις αυτοί όγκοι, δεν αυξάνονται, αλλά αντίθετα μικραίνουν στην εμμηνόπαυση. Μεγέθυνσή τους αποτελεί ένδειξη αφαίρεσης ή απόδειξη παραγωγής οιστρογόνων.

Ακολουθεί η υπερηχογραφική εξέταση των ωοθηκών για τον καθορισμό του όγκου τους, που οφείλει να είναι μικρότερος των 2 κυβικών εκατοστών. Οφείλει κανείς, όμως, να αποκλείσει την ανάπτυξη σε αυτές κυστικών ή συμπαγών μαζών, για τις οποίες θεωρείται παθολογικό να εμφανίζονται στην εμμηνόπαυση. Τα τελευταία, ωστόσο, χρόνια υπάρχει πιο συντηρητική στάση απέναντι στα απλά και μικρά κυστικά μορφώματα των ωοθηκών, ειδικά εφόσον δεν υπάρχουν υπερηχογραφικοί δείκτες που να συνιστούν υποψία κακοήθειας και εφόσον και οι καρκινικοί δείκτες (οι οποίοι ζητούνται απαραίτητως) δεν συνιστούν επίσης κακοήθεια. Φυσικά, οι επανέλεγχοι σε αυτή την περίπτωση είναι συχνότατοι, τόσο οι υπερηχογραφικοί όσο και οι βιοχημικοί. Οι υπερηχογραφικοί δείκτες είναι το μέγεθος του κυστικού μορφώματος, η εντόπιση, το πάχος του τοιχώματός του, η ύπαρξη διαφραγμάτων ή αιμάτωσης, η ανεύρεση συμπαγών στοιχείων, θηλωδών προσεκβολών ή υγρού στον δουλγάσιο χώρο. Ο βιοχημικός καρκινικός δείκτης που κλασικά χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των κυστικών μορφωμάτων των ωοθηκών, είναι, βασικά, το CA-125, αλλά μπορεί κανείς να χρησιμοποιήσει κι άλλους δείκτες, όπως τα CA 72-4, TPA, CEA, AFP, β-HCG και CA 19-9. Αν κάποια στιγμή υπάρξει κάποια μεταβολή που να κινεί υποψίες κακοήθειας, συνιστάται η αφαίρεση του εξαρτήματος λαπαροσκοπικά ή ανοικτά, ακολουθούμενη από ταχεία βιοψία, ή ακόμη, εφόσον το επιθυμεί και η ασθενής, ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα. Παρατηρείται, λοιπόν, περισσότερος συντηρητισμός, ακόμη και στην έκταση της επέμβασης, που λίγα χρόνια πριν ήταν, αυτονόητα, η ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα. Πρόσφατες ανασκοπικές μελέτες και μελέτες ανάλυσης απόφασης

έχουν δείξει ότι η αφαίρεση των ωοθηκών σε ηλικίες πριν τα 65 έτη για καλοήγη αίτια οδηγούν σε σημαντική ελάττωση του συνολικού προσδόκιμου επιβίωσης της γυναίκας (περίπου κατά 12 έτη).

ΜΑΣΤΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού έχει αυξανόμενη επίπτωση, καθώς η ηλικία προχωρά. Είναι ο πιο συχνός καρκίνος στη γυναίκα, με ένα εκατομμύριο νέα περιστατικά ετησίως, παγκόσμια, αντιπροσωπεύοντας το 18-20% όλων των καρκίνων στην γυναίκα. Η σύγχρονη, λοιπόν, γυναίκα, με προσδόκιμο επιβίωσης περίπου τα 85 έτη, έχει πιθανότητα περίπου 12% να νοσήσει από αυτόν τον καρκίνο. Το ιατρείο της εμμηνοπαύσεως έχει ως έναν από τους βασικούς στόχους του τον τακτικό έλεγχο της υγείας των μαστών της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας. Σε γενικές γραμμές ελέγχεται το ιστορικό για παράγοντες κινδύνου, γίνεται κλινική μαστολογική εξέταση, ζητείται μαστογραφία και υπερηχογράφημα μαστών, ετησίως, και της συστήνεται τακτική αυτοεξέταση. Καταρχήν λοιπόν δίδονται συστάσεις για αυτοεξέταση των μαστών. Αν και η αξιοπιστία της είναι χαμηλή (ευαισθησία <20%), είναι κάτι που μπορεί να κάνει η κάθε γυναίκα μόνη στο σπίτι της.

Η κλινική εξέταση των μαστών από τον γιατρό είναι ένα μέρος της συνολικής κλινικής εκτίμησης της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας. Ωστόσο, μέχρι τα τέλη του 2006 δεν υπήρχαν τυχαιοποιημένες μελέτες που να ελέγχουν τα οφέλη από την εφαρμογή της. Η ευαισθησία της είναι 40-70% και η ειδικότητά της 85-95%. Εκτιμάται ότι, πρακτικά, η αξιοπιστία της αντιστοιχεί στο ήμισυ της αξιοπιστίας της μαστογραφίας. Η μαστογραφία, λοιπόν, μπορεί να εκτελείται ανά έτος στην εμμηνοπαύση και να συνοδεύεται από το υπερηχογράφημα μαστών και μασχάλης. Η ευαισθησία της σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες μπορεί να είναι υψηλή (έως 92%) και η ειδικότητά της ως και 98%. Ωστόσο, είναι από τις μεθόδους που έχουν ανάγκη από ποιοτικό έλεγχο (συνεχή εκπαίδευση και ερμηνεία από δύο εξεταστές). Τα τελευταία χρόνια έχει διαδοθεί η τεχνική της ψηφιακής μαστογραφικής απεικόνισης, που δίνει πιο λεπτομερείς εικόνες για ερμηνεία. Είναι σημαντική η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού μέσω της μαστογραφίας, δεδομένου ότι προσφέρει ελάττωση της θνησιμότητας από αυτόν, κατά 20%.

Ο έλεγχος με το υπερηχογράφημα μαστών μπορεί να προσθέσει αρκετά στην αξιοπιστία της μαστογραφίας (95% μαζί με μαστογραφία). Μπορεί να βοηθήσει στο να διευκρινιστούν διαγνωστικά μαστογραφικές εικόνες πυκνών κυρίως μαστών, αλλά και να διευκρινιστεί η φύση σκιερών μορφωμάτων κατά τη μαστογραφία (κυστικά ή συμπαγή). Επιπλέον, υπάρχει η δυνατότητα

πιο λεπτομερούς ελέγχου κάθε μορφώματος, ειδικά αν το μόρφωμα είναι συμπαγές (έλεγχος ορίων, μεγέθους, αιμάτωσης, ελασβεστώσεων, ομοιογένειας κ.λπ.). Συνήθως η βραχυπρόθεσμη παρακολούθηση των μορφωμάτων των μαστών γίνεται με τακτικά υπερηχογραφήματα.

Υπάρχουν φορές που σε εξαιρετικά πυκνούς μαστούς οι προαναφερθείσες μέθοδοι δεν πετυχαίνουν αξιόλογη εικόνα. Μπορεί να αποδειχθεί, τότε, βοηθητική η μαγνητική τομογραφία μαστών και η PET, αλλά και η εκτέλεση βιοχημικών δεικτών για τους μαστούς όπως το CA 15-3. Τέλος, επί ανεύρεσης συγκεκριμένων μαζών, η εμμηνοπαυσιακή γυναίκα δίχως δισταγμό μπορεί να παραπεμφθεί για βιοψία με FNA βελόνη ή TRUE CUT ή, αν υπάρχει ένδειξη, και σε κλασική ανοικτή βιοψία.

ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ

Η οστεοπόρωση δίκαια χαρακτηρίζεται ως μια σιωπηλή επιδημία, η οποία προσβάλλει 75 εκατομμύρια γυναίκες στις ΗΠΑ, στην Ευρώπη και στην Ιαπωνία. Αυτό αντιπροσωπεύει το 33% των εμμηνοπαυσιακών γυναικών. Το σύνθετο φαινόμενο είναι να ανακαλύπτεται με την διαπίστωση ενός παθολογικού κατάγματος, όταν δηλαδή είναι ήδη αργά. Η πιθανότητα μίας πενήντάχρονης εμμηνοπαυσιακής γυναίκας να πάθει οστεοπορωτικό κάταγμα είναι 40% στην υπόλοιπη ζωή της, ενώ, τέλος, η πιθανότητα να πεθάνει από αυτό είναι περίπου 15%, εφόσον της συμβεί σε μεγάλη ηλικία.

Η παρακολούθηση της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας έχει την έγκαιρη, κατά το δυνατόν, διάγνωση της οστεοπενίας ή της οστεοπόρωσης -κι ακόμη περισσότερο την αναγνώριση των γυναικών που είναι σε κίνδυνο για την εκδήλωση αυτής της νόσου- ως έναν από τους βασικότερους στόχους της. Όσο και να φαίνεται υπερβολικό, το ιστορικό μπορεί να προσφέρει χρησιμότερες πληροφορίες και ειδικότερα το οικογενειακό, το ατομικό, οι έξεις κι ο τρόπος ζωής, οι σωματομετρικές πληροφορίες, κι οι λήψεις συγκεκριμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Η κλινική εξέταση είναι επίσης χρήσιμη, αποκαλύπτοντας προβλήματα από τη στάση του σώματος και ειδικότερα της σπονδυλικής στήλης, το άνοιγμα των χεριών κ.λπ., τα οποία μάλλον δείχνουν εγκατεστημένη οστεοπόρωση.

Ο εργαστηριακός έλεγχος γίνεται σε ετήσια βάση και περιλαμβάνει μέτρηση των πυριδινολινών και των τελοπεπτιδίων (αμινο- ή καρβοξυ- τελικών) σε αίμα και ούρα, τα οποία αντανακλούν τους ρυθμούς σύνθεσης και απορρόφησης των οστών, πρακτικά λόγω του ότι μετρούν τον μεταβολισμό του προκολλαγόνου και του κολλαγόνου τύπου I. Ακόμη, διαθέσιμες είναι και οι μετρήσεις της οστεοκαλσίνης και του οστικού

κλάσματος της αλκαλικής φωσφατάσης, του ασβεστίου, του φωσφόρου, της αλβουμίνης, της TSH, του ασβεστίου των ούρων 24ώρου, αν και χρησιμοποιούνται όλο και λιγότερο πια.

Η πλέον χρήσιμη πληροφορία την οποία μπορεί ο κλινικός να έχει στην διάθεσή του για την εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, τόσο για διάγνωση ή αποκλεισμό της οστεοπόρωσης – οστεοπενίας όσο και ως εξέταση παρακολούθησης για τις παραπάνω καταστάσεις, είναι η μέτρηση της οστικής πυκνότητας (BMD). Για τον σκοπό αυτό και σε ετήσια βάση ζητούνται απλές ακτινογραφίες της ΟΜΣΣ και της λεκάνης. Ωστόσο, θεωρείται ότι, αφενός, η αξιοπιστία τους είναι χαμηλή και, αφετέρου, για να γίνει διάγνωση οστεοπόρωσης από αυτές θα πρέπει η οστική πυκνότητα να έχει ήδη ελαττωθεί κατά 50%. Σαφώς πιο αξιόπιστη μέθοδο αποτελεί η DEXA (Dual Energy X-Ray Absorbtiometry) της ΟΜΣΣ και των κεφαλών των μηριαίων οστών, η οποία αποτελεί και τη μέθοδο εκλογής, με υψηλή αξιοπιστία.

Εναλλακτικά, χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο η ποσοτική τομογραφία οστών (quantitative computerized tomography), η οποία παρέχει μετρήσεις με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια, διότι μετράει την οστική πυκνότητα κατ' όγκον σε τρεις διαστάσεις, αλλά απλώς η ασθενής λαμβάνει μεγαλύτερη δόση ακτινοβολίας από ότι στην DEXA.

Τελευταία έχουν διαδοθεί αρκετά αξιόπιστες υπερηχογραφικές μέθοδοι ελέγχου της οστικής κατάστασης, οι οποίες είναι ελεύθερες ακτινοβολίας, γρήγορες και με υψηλά ποσοστά αξιοπιστίας, αν και αυτό δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Πρόκειται για την ποσοτική υπερηχοτομογραφία. Η μετάδοση των υπερήχων μέσα από τα οστά μαρτυρά την πυκνότητα και τη δομή τους. Η μέθοδος λέγεται BUA (broadband ultrasound attenuation) κι έχει το πλεονέκτημα ότι δεν απαιτεί ακριβό εξοπλισμό, αλλά αντίθετα μετακινήσιμο, ενώ, τέλος, παρόλο που δεν μετρά την οστική πυκνότητα αυτή καθ' εαυτή, μπορεί να προβλέψει με την ίδια ακρίβεια με την DEXA την πιθανότητα για κατάγματα. Ο συνδυασμός των δύο μεθόδων μπορεί να έχει ακόμη μεγαλύτερη ακρίβεια.

Τα αποτελέσματα από τις απεικονιστικές μεθόδους εκφράζονται ως t-scores. Αυτό εκφράζει τον αριθμό των τυπικών αποκλίσεων πάνω ή κάτω από την μέση οστική πυκνότητα μιας νέας, υγιούς γυναίκας αναφοράς. Με βάση τα κριτήρια του παγκόσμιου οργανισμού υγείας, οστεοπόρωση θεωρείται το t-score <2,5.

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΛΙΠΙΔΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ

Η στεφανιαία νόσος και τα εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου για τις γυναίκες μετά

από την ηλικία των 60, διότι η συχνότητά τους αυξάνει πολύ μετά από την εμμηνόπαυση. Μια πενήντάχρονη γυναίκα έχει πιθανότητα γύρω στο 50% να αναπτύξει καρδιαγγειακή νόσο και περίπου 30% να πεθάνει από αυτήν. Τα εγκεφαλικά επεισόδια, ακόμη, αποτελούν την κύρια αιτία αναπηρίας και ανικανότητας στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι περίπου μία στις έξι γυναίκες μπορεί να πεθάνει από αυτά. Πριν την εμμηνόπαυση, οι άνδρες κατέχουν τα πρωτεία σε αυτού του είδους τις παθήσεις. Ωστόσο, μετά από την εμμηνόπαυση τα ποσοστά δεν διαφέρουν πολύ, ενώ, τελικά, στις γυναίκες έχουν και χειρότερη πρόγνωση.

Η απόσυρση των οιστρογόνων, μπορεί να οδηγήσει στο λεγόμενο εμμηνοπαυσιακό μεταβολικό σύνδρομο. Αυτό χαρακτηρίζεται από αύξηση βάρους, αλλαγές στα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος (η LDL αυξάνεται, ενώ ελαττώνεται η HDL), αυξάνεται η αντίσταση στην ινσουλίνη, ενώ παρατηρούνται δυσμενείς αλλαγές στη λειτουργία του ενδοθηλίου των αγγείων, αλλά και αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης, Lp (a) και παραγόντων πήξεως. Αυτή η κατάσταση προσθέτει επιπλέον ρίσκο για καρδιαγγειακά προβλήματα. Η προσθήκη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης (HRT) μπορεί να αναστρέψει το βιοχημικό κι αιματολογικό προφίλ που αναφέραμε. Αυτό συμβαίνει χάρη στον ευεργετικά ρυθμιστικό ρόλο των οιστρογόνων στην παραγωγή NO, προστακυκλίνης και ενδοθηλίνης. Ακόμη, τα ίδια ευεργετικά αποτελέσματα έχουμε με τις ιδιότητες του αποκλεισμού των διαύλων ασβεστίου και την αναστολή του μετατρεπτικού ενζύμου.

Παρόλο όμως που οι παλαιότερες μελέτες παρατήρησης (όπως η Nurses' Health Study) έδειχναν όφελος από τη χρήση της ορμονικής υποκατάστασης, οι μελέτες HERS και WHI (που ήταν προοπτικές) δεν έδειξαν κάποιο κέρδος από το καρδιαγγειακό σύστημα, μετά από πενταετή χορήγηση HRT, ενώ αντίθετα φάνηκε πως οι γυναίκες υπό HRT εμφάνισαν περισσότερα καρδιαγγειακά και θρομβοεμβολικά επεισόδια. Έτσι, δεν θεωρείται πια σωστή τακτική στα ιατρεία εμμηνόπαυσης η χορήγηση HRT για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, των εγκεφαλικών επεισοδίων και των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου.

Μπορεί κανείς να αντιληφθεί πόσο σημαντικό είναι το να ελέγχεται προληπτικά η γυναίκα, στα πλαίσια του γυνιατρικού της ελέγχου κατά την επίσκεψη στο ιατρείο εμμηνόπαυσης, για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Λαμβάνοντας δε προληπτικά μέτρα, ο κίνδυνος από αυτά τα νοσήματα μπορεί να ελαττωθεί. Πολύ σημαντικό ρόλο βέβαια παίζει η λήψη ή όχι HRT. Σε ετήσια, λοιπόν, βάση, ελέγχονται η χοληστερόλη, η HDL, η LDL, η Lp(a) και τα τριγλυκερίδια. Επειδή η εμμηνόπαυση σχετίζεται ακόμη και με αύξηση του πά-

χους των καρδιακών τοιχωμάτων (γεγονός αναστρέψιμο με τη χορήγηση οιστρογόνων), η καρδιολογική εξέταση συνοδευόμενη από ηλεκτροκαρδιογράφημα και υπερηχογράφημα καρδιάς θεωρούνται απαραίτητες.

Τέλος, το υπερηχογράφημα και το doppler των καρωτίδων (που συμπεριλαμβάνει έλεγχο του πάχους του τοιχώματος, έλεγχο ύπαρξης αθηρωματώδους πλάκας και μετρήσεις ροής) αποτελεί έναν πολύ καλό δείκτη για την αθηροσκλήρωση, ειδικά των στεφανιαίων, και επομένως αυτά πρέπει να ελέγχονται ετησίως.

ΑΓΓΕΙΟΚΙΝΗΤΙΚΑ - ΘΥΜΙΚΟ - ΜΝΗΜΗ -ΥΠΝΟΣ

Υπάρχει ένα σοβαρό κομμάτι στην παρακολούθηση της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας που, ενώ συνήθως είναι ο συνηθισμένος λόγος επίσκεψης στο συγκεκριμένο ιατρείο, δεν του δίδεται ο κατάλληλος χρόνος και σημασία, ίσως επειδή δεν κινδυνεύει η γυναικεία ζωή από αυτόν. Αναφερόμαστε στα αγγειοκινητικά συμπτώματα, τις διαταραχές του θυμικού, του ύπνου, της μνήμης και της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Όλα αυτά έχουν την αιτία τους στην οξεία ελάττωση των επιπέδων των οιστρογόνων στον οργανισμό. Η παρακολούθηση αυτών των συμπτωμάτων γίνεται με προσωπική συνέντευξη και σε διαστήματα μικρότερα του έτους, διότι επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινή ποιότητα ζωής της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας.

Οι εξάψεις είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα που υπάρχει μέχρι και στο 80% των εμμηνοπαυσιακών γυναικών. Οι ερωτήσεις του κλινικού γιατρού σε κάθε επίσκεψη, για τη συχνότητα και τη διάρκειά τους, δεν θα θεραπεύσουν το πρόβλημα, αλλά θα βοηθήσουν στην κατανόηση της σοβαρότητας της διαταραχής και, κατ'επέκταση, στην αναγκαιότητα χορήγησης θεραπείας υποκατάστασης.

Οι διαταραχές του ύπνου μπορεί αρχικά να οφείλονται στις εξάψεις, αλλά αργότερα μάλλον αντικατοπτρίζουν τις διαταραχές στην ψυχολογία της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας, τόσο λόγω των ορμονικών αλλαγών όσο και των αλλαγών στον κοινωνικό ρόλο που βιώνει συνήθως την ίδια εποχή.

Οι διαταραχές του θυμικού και της συμπεριφοράς, όπως η ευερεθιστότητα, η νευρική κατάσταση, η κατάθλιψη, το έντονο άγχος, η ευσυγκινησία, αποτελούν εκδηλώσεις μεταβολών του θυμικού, ίσως και διαταραχές που ξεκινούν στην περιεμμηνοπαυσιακή περίοδο και εδραιώνονται αμέσως μετά. Πρόσφατες μελέτες απέδειξαν ότι η ένδεια οιστρογόνων στην εμμηνόπαυση είναι υπεύθυνη για αλλαγές στο νευροενδοκρινικό σύστημα που τελικά ρυθμίζει την εγκεφαλική λειτουργία στα επίπεδα της όρεξης και της διάθεσης.

Οι γυναίκες ερωτώνται για την ποιότητα της μνήμης τους. Η ελάττωση της μνήμης είναι ένα πραγματικά λυπηρό σύμπτωμα που ακόμα και οι

ίδιες οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες δυσκολεύονται να κατανοήσουν και να αποδεχθούν. Σε πολύ πιο προχωρημένες περιπτώσεις -και σε θετικό ιδίως οικογενειακό ιστορικό- η έκπτωση της λειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος, λόγω ελαττωμένων οιστρογόνων, οδηγεί σε νόσο του Alzheimer που επηρεάζει, ως εκφυλιστική νόσος, όλες τις γνωστικές και συμπεριφερειακές λειτουργίες.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

Η εμμηνοπαυσιακή γυναίκα ερωτάται για την σεξουαλική της ζωή, με βάση την ποιότητα και την ποσότητα. Η σεξουαλική επιθυμία, η συχνότητα των επαφών και η σεξουαλική απόλαυση είναι παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη. Από τις υπάρχουσες αναδρομικές επιδημιολογικές μελέτες, γνωρίζουμε ότι περίπου 30% των εμμηνοπαυσιακών γυναικών έχουν απώλεια της όρεξης για σεξουαλική επαφή, ενώ ένα ανάλογο ποσοστό έχει σαφή ελάττωση της libido. Ένα μικρότερο ποσοστό αναφέρει βελτίωση, που από κάποιους εξηγείται από την απελευθέρωση από τη φοβία για εγκυμοσύνη. Πολύ συχνά αυτή η ελάττωση (που είναι αυτή που μας ενδιαφέρει) μπορεί να οφείλεται ή να επιδεινώνεται από εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, όπως η ξηρότητα του κόλπου ή η ατροφία του αιδοίου, που τελικά μπορεί να δημιουργήσουν έντονη δυσφορία κι όχι απόλαυση κατά την επαφή. Ο κλινικός ιατρός μπορεί να βοηθήσει ρωτώντας, ακούγοντας και προσπαθώντας να δώσει τις κατάλληλες συμβουλές ή και θεραπείες (λιπαντικά κόλπου, ορμονικά σκευάσματα κ.λπ.).

Summary

Zepiridis L, Theodoridis T, Bontis J

Evaluation and follow-up of menopausal women

Helen Obstet Gynecol 19(2):135-140, 2007

Menopausal women are in great risk of developing cardiovascular disease, osteoporosis and gynecological cancer. Frequent and normal follow-up visits, evaluation of the relevant risk factors, and alterations of life style and diet are necessary for the prevention, early diagnosis, and treatment. However, the modern gynecological care includes additional approach and examination of all aspects of gynecological health, in co-operation with the relevant medical specialties.

Key words: *menopause, follow-up*

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anderson GL, Chlebowski RT, Rossouw JE, Rodabough RJ, McTiernan A, Margolis KL, Aggerwal A, David Curb J, Hendrix SL, Allan

- Hubbell F, Khandekar J, Lane DS, Lasser N, Lopez AM, Potter J, Ritenbaugh C. Prior hormone therapy and breast cancer risk in the Women's Health Initiative randomized trial of estrogen plus progestin. *Maturitas* 2006; 55(2):103-15 [Epub: Jul 11 2006].
2. Barrett-Connor E, Wenger NK, Grady D, et al. Hormone and nonhormone therapy for the maintenance of postmenopausal health: the need for randomised controlled trials of estrogen and raloxifene. *J Women's Hlth* 1998; 7:839-847.
 3. Blake J. Menopause: evidence-based practice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006; 20(6):799-839.
 4. Brass LM. Hormone replacement therapy and stroke: clinical trials review. *Stroke* 2004; 35(11 Suppl.1):2644-7.
 5. Deal CL. Using bone densitometry to monitor therapy in treating osteoporosis: pros and cons. *Curr Rheumatol Rep* 2001; 3(3):233-9.
 6. Edwards BJ, Brooks ER, Langman CB. Osteoporosis screening of postmenopausal women in the primary care setting: a case-based approach. *Gend Med* 2004; 1(2):70-85.
 7. Frost ML, Blake GM, Fogelman I. Quantitative ultrasound and bone mineral density are equally strongly associated with risk factors for osteoporosis. *J Bone Miner Res* 2001; 16:406-16.
 8. Geusens PP. Review of guidelines for testing and treatment of osteoporosis. *Curr Osteoporos Rep* 2003; 1(2):59-65.
 9. Glueck CJ, Wang P, Fontaine RN, et al. Effect of exogenous estrogen on atherothrombotic vascular disease risk related to the presence or absence of the factor V Leiden mutation (resistance to activated protein C). *Am J Cardiol* 1999; 84:549-554.
 10. Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ. Hormone therapy and coronary heart disease: the role of time since menopause and age at hormone initiation. *J Womens Health (Larchmt)* 2006; 15(1):35-44.
 11. Jamin C, Raccach-Tebeke B, Chevallier T, Micheletti MC. [How WHI study influences women doctors' behaviour towards menopause]. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(6):499-505.
 12. Kanis JA, Delmas P, Burckhardt P, Cooper C, Torgerson D. Guidelines for diagnosis and management of osteoporosis. The European Foundation for Osteoporosis and Bone Disease. *Osteoporos Int* 1997; 7(4):390-406.
 13. Klaiber EL, Vogel W, Rako S. A critique of the Women's Health Initiative hormone therapy study. *Fertil Steril* 2005; 84(6):1589-601.
 14. Liebson PR. Women's Health Initiative (WHI) Dietary Trial and Norwegian Vitamin Trial (NORVIT). *Prev Cardiol* 2006; 9(3):178-82.
 15. Mosca L, Collins P, Herrington DM, et al. AHA Science Advisory. Hormone replacement therapy and cardiovascular disease. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2001; 104:499-503.
 16. Prentice RL, Langer RD, Stefanick ML, Howard BV, Pettinger M, Anderson GL, Barad D, Curb JD, Kotchen J, Kuller L, Limacher M, Wactawski-Wende J; Women's Health Initiative Investigators. Combined analysis of Women's Health Initiative observational and clinical trial data on postmenopausal hormone treatment and cardiovascular disease. *Am J Epidemiol* 2006; 163(7):589-99 [Epub: Feb 16 2006].
 17. Psaty BM. Hormone replacement therapy, prothrombotic mutations and the risk of incident nonfatal myocardial infarction in postmenopausal women. *JAMA* 2001; 285:906-913.
 18. Raisz LG. Clinical practice. Screening for osteoporosis. *N Engl J Med* 2005; 353(2):164-71.
 19. Randolph JF Jr; Women's Health Initiative Estrogen/Progestin and HERS II Trials. Be careful of what you wish for: putting the WHI Estrogen/Progestin and HERS II Trials in perspective. *Medscape Womens Health* 2002; 7(4):7.
 20. Ridker PM, Hennekens CH, Buring JE, Rifai N. C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med* 2000; 342:836-843.
 21. Sammartino A, Cirillo D, Mandato VD, Di Carlo C, Nappi C. Osteoporosis and cardiovascular disease: benefit-risk of hormone replacement therapy. *J Endocrinol Invest* 2005; 28(10 Suppl):80-4.
 22. Shapiro S. Risk of cardiovascular disease in relation to the use of combined postmenopausal hormone therapy: detection bias and resolution of discrepant findings in two Women's Health Initiative studies. *Climacteric* 2006; 9(6):416-20.
 23. Simons LA, von Konigsmark M, Simons J, et al. Phytoestrogens do not influence lipoprotein levels or endothelial function in healthy, postmenopausal women. *Am J Cardiol* 2000; 85:1297-1301.
 24. Smith SC, Blair SN, Bonow RO, et al. AHA/ACC Guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 Update. *Circulation* 2001; 104:1577-1579.
 25. Speroff L. A clinician's review of the WHI-related literature. *Int J Fertil Womens Med* 2004; 49(6):252-67.
 26. Wei GS, Jackson JL, O'Malley PG. Postmenopausal osteoporosis risk management in primary care: how well does it adhere to national practice guidelines? *J Am Med Womens Assoc* 2003; 58(2):99-104.