

Szanowni Państwo

Uprzejmie informujemy i przypominamy, że wszystkie materiały naukowe to jest slajdy wyświetlane na ekranie jak i te które Państwo otrzymali w formie „skryptów” są własnością autorów.

Zostały nam udostępnione jedynie na nasze szkolenia i do Państwa prywatnego wykorzystania, natomiast dalsze ich udostępnianie i/lub powielanie tak w całości jak i w jakiegokolwiek części czy prowadzenie w oparciu o nie szkoleń jest objęte odpowiedzialnością karną.

Pragnąc uniknąć w przyszłości niejednoznacznych sytuacji prosimy o przestrzeganie powyższych ustaleń.

*

**

MAGAN - Podróże, Kongresy i Konferencje sp. z o.o.
ul. Krowoderska 59/6, 31-141Kraków

NADMORSKA SZKOŁA MENOPAUZY I ANTI-AGING

**5 – 6 PAŹDZIERNIKA 2018 R.
GDYNIA
HOTEL NADMORSKI UL. EJSMONDA 2**



ZJAZD ORGANIZOWANY PRZEZ

**POLSKIE TOWARZYSTWO MENOPAUZY I ANDROPAUZY
POLSKIE TOWARZYSTWO MEDYCYNY PREWENCYJNEJ I PRZECIWSZARZENIOWEJ
STOWARZYSZENIE LEKARZY MEDYCYNY PREWENCYJNEJ I PRZECIWSZARZENIOWEJ
POLSKIE TOWARZYSTWO GINEKOLOGII ESTETYCZNEJ I REKONSTRUKCYJNEJ
NARODOWĄ FUNDACJĘ ENDOKRYNOLOGII IM. W. HARTWIGA**

Uczestnicy otrzymują certyfikat z 14 punktami edukacyjnymi.

PROGRAM

5 PAŹDZIERNIKA 2018 - PIĄTEK

- 9.00** **Otwarcie Zjazdu**
- 9.15 - 10.00** **Wykład wprowadzający** – Prof. S. Zgliczyński
Starzenie się i związana z tym menopauza i zależny od wieku hipogonadyzm
- 10.15 - 12.15** **Sesja I – Leczenie menopauzy**
- 10.15 - 10.40 Standardy stosowania hormonalnego leczenia menopauzy
– Prof. T. Paszkowski
- 10.40 - 11.05 Badanie USG po menopauzie – Prof. R. Dębski
- 11.05 - 11.30 Hiperandrogenemia u kobiet po menopauzie – przyczyny, leczenie – Prof. W. Zgliczyński
- 11.30 - 11.55 Progesteron i allopregnanolon w nowym świetle
– Dr M. Bińkowska
- 11.55 - 12.15 Dyskusja
- 12.15 - 12.45 Przerwa na kawę
- 12.45 - 14.40** **Sesja II – Aktywność seksualna po 50-tce**
- 12.45 - 13.10 Seks po 50-tce a zdrowie – Prof. Z. Lew-Starowicz
- 13.10 - 13.35 Praktyczne zasady stosowania testosteronu u mężczyzn po 50-tce – Doc. M. Rabijewski
- 13.35 - 14.00 Czy androgeny poprawiają jakość życia u kobiet po menopauzie? – Dr E. Drozd-Styk
- 14.00 - 14.25 Antykoncepcja w okresie premenopauzy
– Prof. T. Paszkowski
- 14.25 - 14.40 Dyskusja
- 14.40 - 15.30 Lunch

- 15.30 - 17.25** **Sesja III – Terapie lokalne w okresie okołomenopauzalnym**
- 15.30 - 15.55 Terapia lokalna w okresie okołomenopauzalnym
– Dr M. Bińkowska
- 15.55 - 16.20 Nieoperacyjne metody leczenia nietrzymania moczu
– Prof. A. Jakimiuk
- 16.20 - 16.45 Laser w ginekologii estetycznej i rekonstrukcyjnej – State of Art. 2018 – Prof. T. Paszkowski
- 16.45 - 17.10 Krwawienia okresu okołomenopauzalnego i pomenopauzalnego – Prof. R. Dębski
- 17.10 - 17.25 Dyskusja
- 17.25 - 18.00 Przerwa na kawę
- 18.00 - 19.30** **Sesja IV – Czy istnieją hormony młodości?**
- 18.00 - 18.25 DHEAS –hormonem młodości? – Doc. L. Papierska
- 18.25 - 18.50 Hormon wzrostu – czy można bezpiecznie stosować w medycynie przeciwstarzeniowej? – Dr J. Kozakowski
- 18.50 - 19.15 Witamina D3 jako wszechstronny hormon o działaniu przeciwstarzeniowym i przeciwnowotworowym – Doc. L. Papierska
- 19.15 - 19.30 Dyskusja
- 20.00 Kolacja z wykładowcami
dla osób zainteresowanych, informacja przy zgłoszeniu

6 PAŹDZIERNIKA 2018 – SOBOTA

- 9.00 - 11.20** **Sesja V – Otyłość i insulinooporność po menopauzie**
- 9.00 - 9.25 Metformina a przeciwdziałanie nowotworom
– Dr J. Kozakowski
- 9.25 - 9.50 Wpływ estrogenów na metabolizm – Dr M. Sendrakowska
- 9.50 - 10.15 Nietolerancje pokarmowe w otyłości – Dr M. Drobczyńska

- 10.15 - 10.40 Otyłość po 50-tce – Dr J. Kozakowski
- 10.40 - 11.05 Powikłania zatorowo-zakrzepowe leczenia hormonalnego menopauzy – Prof. D. Rachoń
- 11.05 - 11.20 Dyskusja
- 11.20 - 12.00 Przerwa na kawę
- 12.00 - 14.40 Sesja VI – Medycyna przeciwstarzeniowa**
- 12.00 - 12.25 Depresja okołomenopauzalna – Dr M. Bińkowska
- 12.25 - 12.50 Suplementy przeciwstarzeniowe w świetle potencjalnych interakcji z lekami – Dr P. Paśko
- 12.50 - 13.35 Nietolerancje pokarmowe w nawracających infekcjach, alergiach, chorobach autoimmunologicznych – Mgr D. Jankowska
- 13.35 - 14.00 Zaburzenia snu w okresie okołomenopauzalnym – Dr M. Bińkowska
- 14.00 - 14. 25 Czy rzeczywiście możemy spowolnić proces starzenia? – Dr M. Sendrakowska
- 14.25 - 14.40 Dyskusja
- 14.40 Zakończenie Zjazdu

SPONSORZY

Berlin-Chemie / Menarini Polska sp. z o.o.
Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne LEK-AM sp. z o.o.
Mylan Healthcare sp. z o.o.

BIURO ORGANIZACYJNE

MAGAN - PODRÓŻE, KONGRESY I KONFERENCJE

31-141 Kraków ul. Krowoderska 59/6
tel./fax 12 632 43 88, tel. 692 277 506
e-mail: konferencje@magan.pl, www.magan.pl

Terapia lokalna w okresie okołomenopauzalnym

Małgorzata Bińkowska

Klinika Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa CMKP

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Grzegorz Panek

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

05.10.2018

Genitourinary Syndrome of Menopause = Urogenitalny Zespół Menopauzalny

GSM obejmuje różnorodne objawy i dolegliwości w obrębie warg sromowych większych i mniejszych, techtaczki, przedsonka pochwy, pochwy, cewki moczowej i pęcherza moczowego, będące wynikiem spadku stężenia estrogenów oraz innych hormonów płciowych.

- Dolegliwości nie ograniczają się do uczucia suchości, pieczenia i podrażnienia w obrębie sromu i pochwy oraz następstw braku nawilżenia podczas współżycia seksualnego, ale obejmują również objawy dyzuryczne, nawracające stany zapalne dróg moczowych i nagłe parcia na mocz.

North American Menopause Society, International Society for the Study of Women's Sexual Health, 2014

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Patofizjologia GSM

- Prawidłowy ekosystem pochwy zależy od wystarczającego stężenia estrogenów, który zabezpieczy prawidłowy nabłonek pochwy oraz od zdrowej mikroflory (mikrobiomu pochwy), na które ma dodatkowo wpływ odpowiedź immunologiczna.
- Ochronna flora *Lactobacilli* charakteryzuje się dynamicznie zmieniającym się składem, wytwarza substancje antybakteryjne, które mają zapobiegać namnażaniu się i przyleganiu patogenów i wchodzi w interakcje z miejscowymi mechanizmami immunologicznymi w pochwie.
- Kluczową rolę w zabezpieczeniu właściwej i dominującej ilości *Lactobacilli* odgrywa odpowiednie stężenie estrogenów.

05.10.2018

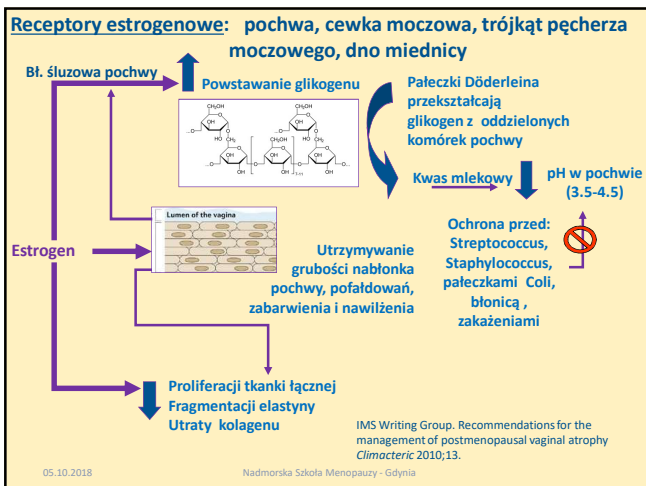
Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Patofizjologia GSM

- Ważnym elementem prawidłowej mikroekologii pochwy jest właściwie zróżnicowany warstwowy nabłonek.
- Hormony płciowe zapewniają i podtrzymują elastyczność pochwy oraz jej nawilżenie.
- Ze względu na wysokie powinowactwo estrogenów do ER potrzebna jest tylko nieznaczna ich ilość.
- Stężenia E_2 przed menopauzą: 40-400 pg/ml.
- **< 20 pg/ml E_2 po menopauzie jest niewystarczające.**
- Inne sytuacje niedoboru E_2 : okres karmienia piersią, POI, leczenie tamoksyfenem lub inhibitorami aromatazy, radioterapia, też nałogowe palenie papierosów.

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia



Rozpoznanie

Objawy: suchość (75%), pieczenie, podrażnienie pochwy / sromu, upławy.

- Niedostateczne nawilżenie i dyspareunia.
- Objawy dyzuryczne i nawracające stany zapalne pęcherza.

W badaniu: ścienzony nabłonek pochwy, bledłość jej ścian, skrócenie pochwy, zgładzenie sklepień, utrata elastyczności jej ścian, zwężenie pochwy, redukcja owłosienia łonowego, zmniejszenie warg sromowych, \uparrow pH pochwy do 6-7, utrata pofałdowań ścian pochwy.

Dodatkowo: Niski VMI (< 49%) z / lub bez stanu zapalnego. Niskie stężenie E_2 w surowicy.

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Leczenie objawów GSM

- 1. Ultraniskodawkowa miejscowa terapia estrogenowa:**
Estradiol / Estriol / CEE.
w przypadku izolowanej suchości pochwy i / lub dyspareunii lub jako uzupełnienie systemowej HTM .
- 2. SERM doustny:**
Ospemifem®.
- 3. DHEA dopochwowy:**
Prasteron (Intrarosa®).
- 4. Postępowanie niehormonalne:**
 - A. Doraźne leczenie stanów zapalnych;
 - B. Preparaty nawilżające / lubrykanty działające chwilowo w momencie podania, w dodatku często wzbogacane w zbędne substancje dodatkowe o nieznanym bezpieczeństwie.

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Istotne różnice hormonalnych preparatów miejscowych

Wchłanianie preparatów estrogenowych:

1. Siła działania: CEE >> Estradiol >> Estron > Estriol.
2. Ilość substancji: formuła kremu > tabletki czy pierścień.
3. Miejsce aplikacji: 2/3 górne pochwy >> 1/3 dolna pochwy > przedsionek pochwy i wargi sromowe.
4. Stan nabłonka pochwy: atroficzny >> zestrogenizowany.

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Estriol

- Końcowy metabolit syntezy estrogenów.
- 10 x słabszy niż E₂.
- Krótkie działanie estrogenowe (na krótko wiąże się z ER i ma najmniejsze powinowactwo).
 - „Early effect” bez „late effect”.
- **Endogenne wytwarzanie:**
 - w premenopauzie: 14 ±2 mcg/d w fazie folikularnej
23±2 mcg/d w fazie lutealnej
 - po menopauzie: 11±4 mcg/d.
- We krwi: 92% związane z białkami transportowymi, a tylko 8% – wolne.
- ½ czas eliminacji: 9 - 10 godz.
- Wydalanie: 95% z moczem, jako związany z glikuronianami.

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Estriol

- Po podaniu doustnym – łatwo wchłaniany i metabolizowany w wątrobie.
- Pozostaje tylko 1-2% w aktywnej niezmienionej formie.
- 8 mg E₃ p.o. → 75-220 pg/ml po 1-3 godz.
- Po podaniu dopochwowym – 20% dawki osiąga krążenie w niezmienionej formie.
- **Absorpcja pochwowa estrogenów zależy od stanu nabłonka pochwy!**
 - Przy prawidłowym IM: → mniejsza.
 - Przy atrofii / niskim IM: → dużo większa.
- **Dawka ≤ 0,5 mg E₃ 2 x w tygodniu nie prowadzi do istotnego ↑ stężenia estrogenów w osoczu po krótkim (tygodnie) i długim (1 rok) podawaniu.**

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Lactobacilli

- Od lat uważane za warunek homeostazy pochwy, a ich brak za główną przyczynę problemów zapalnych.
- Korzystne probiotyczne szczepy *Lactobacilli* hamują wzrost patogenów dzięki wytwarzaniu substancji antybakteryjnych.
- Badania *in vitro* potwierdziły, że szczepy *L. acidophilus* są zdolne do wytwarzania kwasu mlekowego.
- Dodatkowo są aktywne w produkcji H₂O₂.
- Kolejne mechanizmy obronne to: wytwarzanie bakteriocyn i biosurfaktantów oraz zdolność do agregacji i tworzenia biofilmu.
- Pomyślnie konkurują z patogenami w walce o substancje odżywcze.
- Wykazują właściwości immunomodulujące.

05.10.2018

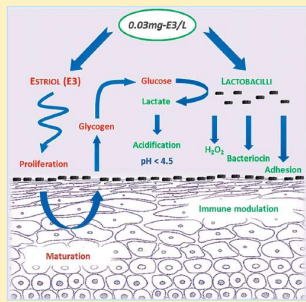
Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Lactobacilli po menopauzie

- Ze ↓ estrogenów następuje ↓ szczepów *Lactobacilli*.
- Miejscowa terapia estrogenowa przywraca prawidłowy nabłonek pochwy – przypominający premenopauzalny.
- Udokumentowano, że jednoczesne podawanie egzogennych *Lactobacilli* zapewnia właściwą florę bakteryjną i ochronę przeciwzapalną.
- Opisano synergistyczny efekt jednoczesnego podawania estriolu i *Lactobacilli* w leczeniu i / lub poprawie urogenitalnego procesu starzenia.

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Podwójny mechanizm działania Estriolu i *Lactobacillus acidophilus*

05.10.2018

A. Mueck et al. Climacteric 2018;21.
Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Gynoflor

Połączenie ultraniskiej dawki E_3 (0,03 mg) oraz 100 mln CFU żywych liofilizowanych *Lactobacillus acidophilus* KS400 0,03 mg E_3/L

- Po licznych badaniach klinicznych w leczeniu objawów VVA, dostępne w wielu krajach.
- Ustanowienie i utrzymywanie zdrowego ekosystemu pochwy – przywrócenie prawidłowego nabłonka pochwy, leczenie upławów i objawów atrofii pochwowej po menopauzie.
- Zasada leczenia:** 1 globulka dopochwowa / codziennie na noc / przez 12-14 dni.
- Terapia podtrzymująca:** 2 – 3 x w tygodniu.

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Gynoflor → 0,03 mg E_3/L

W badaniach farmakokinetycznych: stężenie niezwiązanego E_3 w surowicy w czasie 12-dniowego leczenia pozostawało bez zmian.

- Brak zjawiska akumulacji i brak efektów ogólnoustrojowych.

W badaniu farmakokinetycznych wśród kobiet po raku piersi leczonych inhibitorami aromatazy – populacja o najniższym stężeniu estrogenów – z silnymi objawami atrofii:

- Po pojedynczej aplikacji → mały i przejściowy $\uparrow E_3$ do 44 pg/ml u 50% kobiet → inne hormony i białka je wiążące bez zmian → po kolejnych aplikacjach brak jakiegokolwiek dalszej absorpcji a \uparrow miejscowego metabolizmu w dojrzałym nabłonku.

Leczenie bezpieczne bez ryzyka dla endometrium, bez innych efektów ogólnych, które można stosować również u kobiet po raku piersi, też leczonych inhibitorami aromatazy.

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Gynoflor → 0,03 mg E_3/L

- Bezpieczeństwo: oceniono u > 4000 kobiet w różnych badaniach klinicznych.
- Objawy uboczne: 1,7% (80% - miejscowe).
- Dobra tolerancja.
- Brak objawów układowych, bez ryzyka powikłań zakrzepowozatorowych.
- Jednoczesne stosowanie progestogenu – nie jest potrzebne, → bez stymulacji endometrium.
- Czas leczenia jest nieograniczony.
- Terapia potrzebna również w czasie prowadzenia ogólnej HTM.

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia A.Mueck et al. Climacteric 2018;21.

Ospemifen®

- SERM podawany drogą doustną – tabletki 60 mg / dz.
- Zarejestrowany do leczenia umiarkowanej i ciężkiej dyspareunii związanej z GSM.
- Dodatkowo wywiera korzystny wpływ na kości.
- Nie stanowi zagrożenia dla endometrium.
- W badaniach preklinicznych stwierdzano antyestrogenowe działanie na gruczoł piersiowy, ale nie przeprowadzono badań wśród zdrowych kobiet.
- W UE nie jest przeciwwskazany po zakończeniu leczenia raka piersi., inaczej niż w USA.

05.10.2018

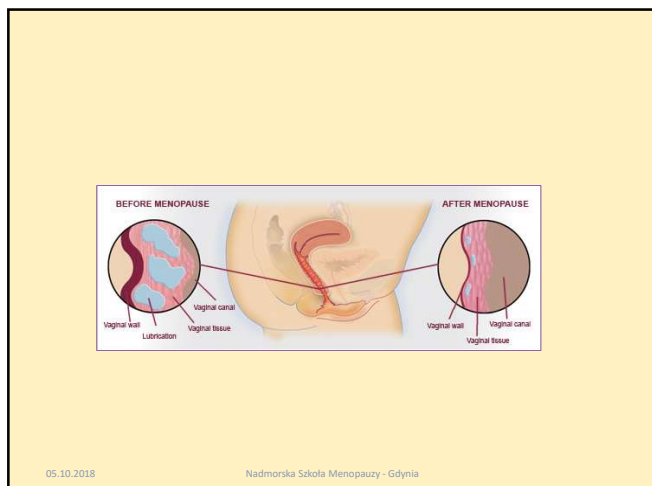
Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Lidokaina

- 4% wodny roztwór lidokainy.
- Proponowany w sytuacjach dyspareunii.
- Po badaniach klinicznych wśród kobiet po raku piersi z objawami GSM, dyspareunią, utrudniającą aktywność seksualną.
- W RCT aplikowana do przedsionka pochwy 3 minuty przed stosunkiem - redukcja dyspareunii w 88% w stosunku do 33% przy podaniu NaCl.

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia



Urogenitalny Zespół Menopauzalny

OBJAWY POCHWOWE

- Suchość;
- Utrata nawilżenia
- Dyspareunia;
- Stany zapalne pochwy;
- Nieprawidłowa wydzielina;
- Świąd i pieczenie w pochwie.

UROLOGICZNE

- Częstomocz;
- Nawracające zapalenia pęcherza moczowego;
- Dyzuria;
- Nagłe parcia na mocz;
- Wysiętkowe nietrzymanie moczu;
- Mieszane postaci nietrzymania moczu.

05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Efficacy of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on moderate to severe dyspareunia and vaginal dryness, symptoms of vulvovaginal atrophy, and of the genitourinary syndrome of menopause

Fernand Labrie, MD, PhD.¹ David F. Archer, MD.² William Koltun, MD.³ Andrée Vachon, MD.⁴

- DHEA - biosyntetyzowany i wydzielany przez nadnercza.
- Nieznane działania fizjologiczne.
- Niezidentyfikowany receptor komórkowy.
- Prohormon przekształcany w tkankach docelowych w androgeny i estrogeny.
- Stężenie maksymalne osiąga około 30 r.ż., a następnie obniża się z wiekiem.
- Staje się jedynym źródłem estrogenów i androgenów po menopauzie.
- Pozwala utrzymywać stężenie estradiolu na bardzo niskim i biologicznie nieaktywnym poziomie (< 10 pg/ml).

Menopause 2016;23.

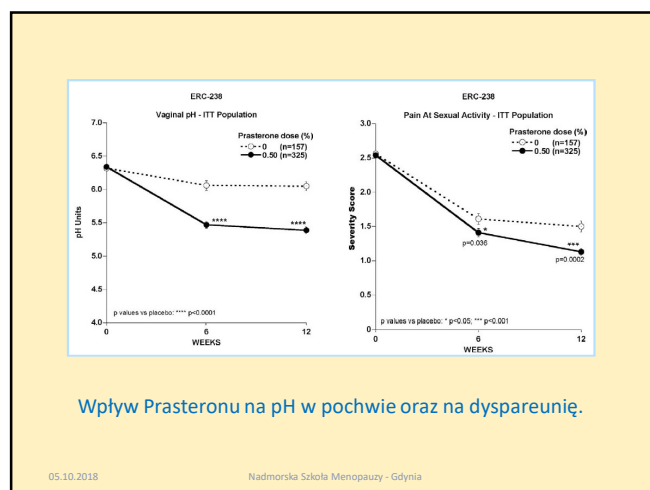
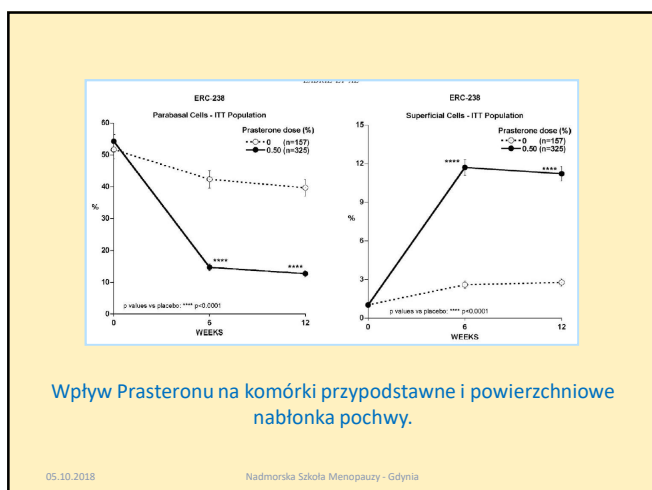
05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

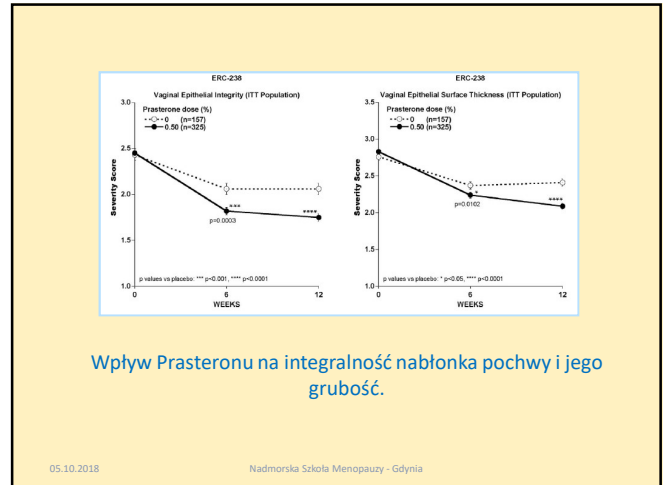
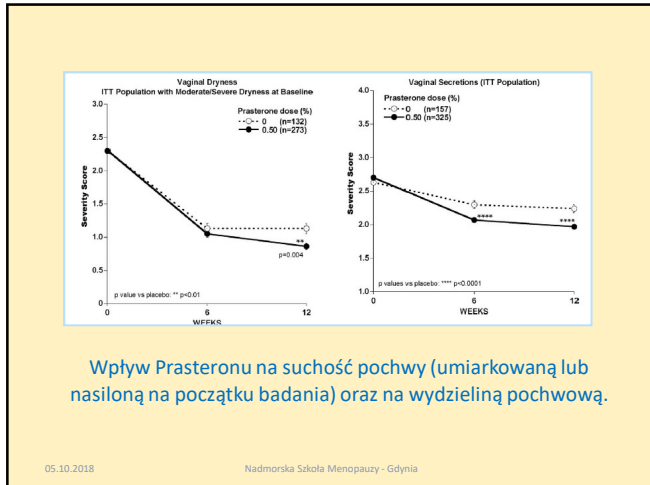
Efficacy of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on moderate to severe dyspareunia and vaginal dryness, symptoms of vulvovaginal atrophy, and of the genitourinary syndrome of menopause

Fernand Labrie, MD, PhD.¹ David F. Archer, MD.² William Koltun, MD.³ Andrée Vachon, MD.⁴

- Prospektywne randomizowane badanie z podwójnie ślełą próbą;
- Kobiety co najmniej rok po OM w wieku 40-80 lat, FSH > 40;
- Preparat 0,50% DHEA (6,5 mg) = Prasteron
- Stosowany codziennie dopochwowo przez 12 tygodni.
- Rekrutacja 2 : 1
325 – w grupie aktywnego leczenia
157 – w grupie placebo.
- *Vaginal Atrophy Symptoms Questionnaire* + badanie fizykalne.

05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia





DHEA po menopauzie

- Zaaprobowany do leczenia pomenopauzalnej atrofii pochwowo-sromowej.
- Obiektywna poprawa obejmuje:
 1. Obniżenie pH pochwy.
 2. Wzrost odsetka komórek powierzchniowych nabłonka pochwy.
 3. Spadek odsetka komórek przypodstawnych.
 4. Poprawę ukrwienia pochwy, grubości nabłonka, nawilżenia i integralności.
- Subiektywna poprawa dotyczy:
 1. Zmniejszenia / zniesienia dyspareunii.
 2. Ustępowania świądu.
 3. Zaniku suchości.

05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

- DHEA ma korzystny wpływ na objawy atrofii pochwowej.
- Dopochwowy DHEA zapewniając wewnątrzkomórkową obecność estrogenów, jednocześnie utrzymuje ich niezmienną stężenie w osoczu.
- Dopochwowy DHEA zapewnia równocześnie wewnątrzkomórkową aktywność androgenową.
- Jako krążący prohormon nie ma własnej aktywności.
- *Preparat dopochwowy Intrarosa® 6,5 mg prasteronu / dziennie zatwierdzony przez FDA i obecny od 2 lat w USA.*
- *Zaaprobowany przez EMA w lutym 2018.*

05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Management: The Journal of The North American Menopause Society
Vol. 21, No. 4, pp. 396-408
DOI: 10.1097/GME.0000000000000121
© 2018 by The North American Menopause Society

CONSENSUS RECOMMENDATIONS

Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: consensus recommendations from The North American Menopause Society and The International Society for the Study of Women's Sexual Health

- Postępowanie indywidualizowane, biorące pod uwagę nawrotu, ciężkość objawów, wpływ na QoL, decyzje samej kobiety.
- Preparaty nawilżające i lubrykanty, gimnastyka mięśni miednicy, stosowanie dilatatorów – postępowanie I rzutu.
- Podjęcie hormonalnej terapii lokalnej po konsultacji z onkologiem.
- Ospemifen® – nie był badany w tej populacji.
- Preparaty miejscowe testosteronu lub estriolu nie są zalecane.

Gdy wysokie ryzyko raka piersi (> 20%, nosicielki BRCA, atypowa hiperplazja przewodowa, rak zrazikowy lub przewodowy in situ):

- Terapia miejscowa hormonalna gdy zawiódła niehormonalna.
- Badania obserwacyjne nie sugerują wzrostu ryzyka raka piersi.

05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Management: The Journal of The North American Menopause Society
Vol. 21, No. 4, pp. 396-408
DOI: 10.1097/GME.0000000000000121
© 2018 by The North American Menopause Society

CONSENSUS RECOMMENDATIONS

Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: consensus recommendations from The North American Menopause Society and The International Society for the Study of Women's Sexual Health

Kobiety z rakiem ER+ leczone tamoksyfenem:

- Tamoksyfen jako SERM jest antagonistą ER w gruczole piersiowym, mały przejściowy wzrost estrogenów przy terapii miejscowej nie budzi większego niepokoju.
- Kobiety z utrzymującymi się przewlekłe ciężkimi objawami, którym nie pomaga terapia niehormonalna, a u których istnieje niskie ryzyko nawrotu są kandydatkami do miejscowej terapii hormonalnej.

Kobiety z rakiem piersi ER+ leczone inhibitorem aromatazy (AI):

- AI blokuje konwersję androgenów do estrogenów, co prowadzi do nieoznaczalnych stężeń estrogenów, przejściowy wzrost estrogenów byłby niepokojący.
- Objawy GSM są często bardzo uciążliwe.
- Konsultacja z onkologiem przed decyzją, ewentualna zmiana na tamoksyfen.

05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Menopause: The Journal of The North American Menopause Society
Vol. 21, No. 10, pp. 396-408
DOI: 10.1097/00006123-2018100000000121
© 2018 by The North American Menopause Society

CONSENSUS RECOMMENDATIONS

Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: consensus recommendations from The North American Menopause Society and The International Society for the Study of Women's Sexual Health

Kobiety z rakiem potrójnie ujemnym:

- Teoretycznie miejscowe stosowanie hormonów rozsądne, ale brak badań.

Kobiety z chorobą przerzutową, rozsianą:

- QoL, wygoda i pragnienia kobiety są priorytetem.
- Stosowanie terapii miejscowej, zależne od spodziewanego przeżycia dłuższego lub krótszego i aspektów QoL.

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Vulvovaginal atrophy = VVA / urogenital atrophy / vaginal atrophy / atrophic vaginitis / GSM / UZM

- **Co najmniej 40-50% kobiet** po menopauzie rozwija objawy atrofii urogenitalnej w ciągu pierwszych kilku lat.
- **Zaledwie 25% z nich aktywnie szuka pomocy** i zgłasza problemy lekarzowi.
- **70% z nich jest pytana** przez lekarza o objawy miejscowe menopauzy.
- **Dolegliwości nasilają się z upływem lat i obejmują coraz większą rzeszę kobiet.**
- Objawy VVA mają niekorzystny wpływ na zdrowie seksualne.
- Temat *taboo* w wielu społecznościach, ignorowany przez część lekarzy, traktowany jako wstydlivy, powszechnie niedoceniany.

05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

**NADMORSKA SZKOŁA
MENOPAUZY I ANTI AGING**

NIEOPERACYJNE METODY LECZENIA WYSIŁKOWEGO NIETRZYMANIA MOCZU


**ARTUR JAKIMIUK
MALGORZATA NOWICKA**

Klinika Położnictwa, Ginekologii Onkologicznej i Chorób Kobięcych CSK MSWiA w Warszawie
Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia 05.10.2018

NIETRZYMANIE MOCZU

- W skali światowej dotyczy nawet 50% kobiet:
 - 37,5% w wieku 30-50 lat
 - 25% kobiet > 20 roku życia
 - 77% w kobiet przebywających w domach opieki
- Tylko 1/4 z tych kobiet poszukuje pomocy medycznej, a tylko 50% z nich ją otrzymuje
- Problem będzie narastał wraz ze starzeniem się populacji
- Nietrzymanie moczu znacznie obniża jakość życia kobiet, powoduje infekcje dróg moczowych, zaburzenia snu, depresję
- Czynniki ryzyka: wiek, otyłość, brak aktywności fizycznej, cukrzyca, astma, choroba niedokrwienna serca, nikotynizm




Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia
NgSF et al. Stress urinary incontinence in younger women in primary care: prevalence and opportunistic intervention. J Women's Health 2014;23:65-8. 05.10.2018

NIETRZYMANIE MOCZU

<p>WYSIŁKOWE</p> <ul style="list-style-type: none"> - najczęściej występujący typ nietrzymania moczu u młodych kobiet - związane ze wzrostem ciśnienia wewnątrzbrzuszego (w czasie kaszlu, kichania, aktywności fizycznej, śmiechu) przy braku skurczów pęcherza moczowego <p style="text-align: center;">MIESZANE</p>	<p>PARCIA NAGŁĄCE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pęcherz nadreaktywny - konieczność natychmiastowego oddania moczu z niepohamowanym nietrzymaniem (od kilku kropli do całkowitego przemoczenia bielizny) - Częściej u starszych kobiet - Związane często z takimi stanami klinicznymi jak infekcje, choroby przewlekłe (cukrzyca, zaburzenia neurologiczne) 	<p>Z PRZEPĘLNIENIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stałe nietrzymanie moczu przy równoczesnej niemożności całkowitego opróżnienia pęcherza - Staby lub przerywany strumień moczu, częstomocz, nocturia - Spowodowane przeszkodą okolicy pęcherza lub zmniejszoną aktywnością wypieracza <p style="text-align: center;"><small>05.10.2018</small></p>
--	--	---

DIAGNOSTYKA WNM WYWIAD

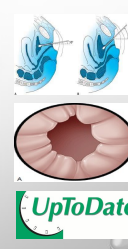
- Pozwala na rozróżnienie WNM (pojawiającego się w przypadku wzmożonego ciśnienia brzuszego: kaszel, kichanie, ćwiczenia fizyczne) od PARĆ NAGŁĄCYCH (potrzeba nagłego oddania moczu, bez wzrostu ciśnienia wewnątrzbrzuszego)
- U 20%-36% pacjentek występuje MIESZANE NM i wówczas rekomendowane jest wdrożenie leczenia zachowawczego



Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia
Myers D.L. Female mixed urinary incontinence: a clinical review. JAMA 2014;311:2007-2014. 05.10.2018

DIAGNOSTYKA WNM BADANIE PRZEDMIOTOWE

- ocena zmian atroficznych pochwy i sromu
- ocena wypadania narządu rodnego (skala POP-Q)
- ocena ruchomości cewki moczowej (Q-tip test)
- możliwość rozpoznania niewydolności zwieracza cewki (ISD- intrinsic sphincter deficiency)
- dalszej diagnostyki wymaga: ból okolic brzucha i miednicy, hematuria przy braku infekcji dróg moczowych, nawracające zapalenia dróg moczowych, objawy neurologiczne, podejrzenie przetoki, przewlekłe cewnikowanie, trudności z wprowadzeniem cewnika, POP poniżej poziomu błony dziewiczej, operacja rekonstrukcyjna lub napromienianie w zakresie miednicy w wywiadzie, znaczna objętość moczu zalegającego po mikcji



Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia 05.10.2018

DIAGNOSTYKA WNM EWENTUALNE BADANIA DODATKOWE

<p>BADANIE URODYNAMICZNE</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnostyka różnicowa między WNM a parciami nagłymi - profilometria cewkowa (UPP- urethral pressure profilometry) daje możliwość stwierdzenia niewydolności zwieracza cewki (ISD- intrinsic sphincter deficiency) 	<p>DZIENNICZEK MIKCIJ, TESTY PODPASKOWE</p> <ul style="list-style-type: none"> - obiektywna metoda częstości mikcji i objętości moczu (dla pacjentki i lekarza) - metoda tania i nieinwazyjna - przeprowadza ją jedynie < 10% urologów - test krótszy (1 h) jest łatwiejszy do wykonania przez pacjenta, ale dłuższy (48-72 h) daje bardziej powtarzalne wyniki 	<p>KWESTIONARIUSZE</p> <ul style="list-style-type: none"> - dostarczają dodatkowych informacji dotyczących subiektywnych aspektów NM - ostrożna interpretacja - dostarczają wskazówek do wdrożenia terapii behawioralnej lub wyboru bardziej inwazyjnej metody leczenia
--	---	---

BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE

- ocena anatomii miednicy mniejszej w skomplikowanych przypadkach

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia 05.10.2018

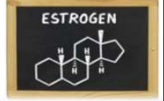
DE VRIES A et al. Contemporary diagnostics and treatment options for female stress urinary incontinence. Asian J Urol. 2018;5:141-148.

LECZENIE NIEOPERACYJNE

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

05.10.2018

ESTROGENY



- Oceniano wpływ leczenia miejscowego i ogólnoustrojowego estrogenami u pacjentek pomenopauzalnych z NM
- 34 badań randomizowanych, 19676 pacjentek
- Estrogeny podawane **miejscowo** wpływają **korzystnie** na WNM, ale istnieją ograniczone dowody na ich działanie po zaprzestaniu terapii i efekt długoterminowy
- Terapia **systemowa pogarsza** NM
- Brak danych dotyczących: typu estrogenu, drogi podania, ryzyka raka endometrium i sutka

Cody JD et al. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2012;10:CD001405.

05.10.2018

INHIBITORY ZWROTNEGO WYCHWYTU SEROTONINY

- 10 badań randomizowanych, 3944 pacjentki
- Porównanie duloksetyny z placebo i/lub ćwiczeniami mięśni miednicy (3-12 tygodni)
- Liczba pacjentek bez poprawy w trakcie leczenia mniejsza w grupie stosującej duloksetynę:
 - 80 mg/dobę: RR 0,74 (4 RCT, 1733 pacjentki)
 - 40 mg/dobę: RR 0,64 (1 RCT, 67 pacjentek)
 - 20 mg/dobę: RR 0,55 (2 RCT, 160 pacjentek)
- Wniosek: duloksetyna może zmniejszyć dolegliwości, ale nie wykazano poprawy obiektywnej. W grupie stosującej duloksetynę (szczególnie w dawce 80 mg/dobę) - więcej działań niepożądanych (6 RCT, 1879 pacjentek)



Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

05.10.2018

Mariappan P et al. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRI) for stress urinary incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3):CD004742.

ĆWICZENIA MIĘŚNI DNA MIEDNICY PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING (PFMT)

- Najstarszą formą PFMT są ćwiczenia Kegla (w 1948 r. opisał je Arnold Kegel): zestaw 8-12 skurczów mięśni dna miednicy, podtrzymywanych przez około 10 s. Wymagają dyscypliny od pacjentki, gdyż powinny być powtarzane kilkakrotnie w ciągu dnia, przez 4-5 miesięcy



Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. Am J Obstet Gynecol 1948;56:238-248

- Na podstawie 18 badań wykazano skuteczność 56% w grupie PMFT w porównaniu z 6% w grupie nielezionej

Dumoulin C et al. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2014:Cd005654.

- Brak wystarczających danych na temat długoterwanych efektów i kontynuacji terapii po zakończeniu badań klinicznych (2 badania z 5-letnią obserwacją wykazały stosowanie się do zaleceń 10-70% pacjentek)

Bo K et al. Does it work in the long term? - a systematic review on pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. Neurourol Urodyn 2013;32:215-223.

05.10.2018

ĆWICZENIA MIĘŚNI DNA MIEDNICY PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING (PFMT)

- Badanie Labrie i wsp. porównujące efekty fizjoterapii z operacją slingową (460 kobiet) wykazało znaczną poprawę w grupie operacyjnej (obiektywna- 77% vs. 59%; subiektywna- 85% vs. 53%)

Labrie J et al. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. N Engl J Med 2013;369:1124-1133

- Wykazano przewagę PFMT nad elektryczną stymulacją i ćwiczeniami pęcherza w WNM. Efekty długotrwałe zależą od wielu czynników (edukacja pacjentek, kontynuacja ćwiczeń, opieka)

- Wniosek: EAU rekomenduje **PMFT** jako leczenie **pierwszego rzutu** (Rekomendacja A) ze względu na brak inwazyjności, cenę i bezpieczeństwo

<http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>

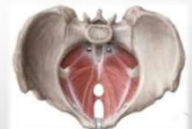


Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

05.10.2018

ĆWICZENIA MIĘŚNI DNA MIEDNICY PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING (PFMT)

- PMFT dołączane do innych metod leczenia: 13 badań, 1164 pacjentki
- PFMT + elektrostymulacja vs. elektrostymulacja: bez różnic (2 RCT, 56 pacjentek, niska jakość dowodów)
- PFMT + stożki pochwowe vs. stożki pochwowe: bez różnic (1 RCT, 34 pacjentek, niska jakość dowodów)
- Wniosek: brak dowodów do stwierdzenia efektów dołączania PMFT do innych metod leczenia WNM



Costa AALEU et al. What do Cochrane systematic reviews say about non-surgical interventions for urinary incontinence in women? Sao Paulo Med J 2018;136:73-83.

05.10.2018

BIOFEEDBACK

Biofeedback może pomóc pacjentce w ćwiczeniach mięśni dna miednicy przez dostarczenie informacji, w jaki sposób przeprowadzać ćwiczenia

- Techniki biofeedbacku: palpacja, stożki pochwowe, electromiografia (EMG)
- **24 badania randomizowane**, 1583 pacjentki:
 - PFMT + biofeedback vs. PFMT: znaczna poprawa w grupie PMFT + biofeedback jeśli chodzi o subiektywne odczucia pacjentek w zakresie oddawania moczu (RR 0,75; 7 RCT, 520 pacjentek), satysfakcję pacjentek (RR 0,65; 3 RCT, 294 pacjentki). Mniejsza poprawa w zakresie redukcji częstości epizodów NM (8 RCT, 532 pacjentki)
 - PFMT + feedback vs. PFMT: poczucie poprawy w grupie Feedback (RR 0,53; 1 RCT, 122 pacjentki) i większa satysfakcja z leczenia (RR 0,33; 1 RCT, 166 pacjentek)
- Wniosek: feedback lub biofeedback mogą przynieść korzyści w WNM przy zastosowaniu łącznie z PFMT

Herderschee R et al. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2011;(7):CD009252. 05.10.2018

ĆWICZENIA PĘCHERZA MOCZOWEGO

- Techniki behawioralne polegające na wstrzymaniu oddania moczu mimo uczucia parcia na pęcherz i oddawaniu moczu zgodnie z ustalonym harmonogramem
- 8 badań randomizowanych, 858 pacjentek
- Mimo poprawy w przypadkach ćwiczeń pęcherza (w porównaniu z oksybutyniną, imipraminą z flavoksatem, PFMT, biofeedbackiem) nie można wyciągnąć wiążących wniosków dotyczących skuteczności i stworzyć zaleceń ze względu na niską wagę dowodów i małe grupy badane



Wallace SA et al. Bladder training for urinary incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD001308. 05.10.2018

MODYFIKACJE STYLU ŻYCIA

- Zmiany diety (alkohol, kofeina, napoje gazowane), spadek masy ciała, zaprzestanie palenia, aktywność fizyczna, ograniczenie przyjmowanych płynów
- 11 badań randomizowanych, 5974 pacjentów
- Subiektywna poprawa u pacjentek po zmniejszeniu masy ciała (RR 1,40; 1 RCT, 304 pacjentki)
- Bez różnic we wskaźnikach wyleczenia czy częstości epizodów NM na tydzień
- Na podstawie dotychczasowych wyników nie można stwierdzić skuteczności w/w metod w leczeniu WNM, jednak w przypadku **nadwagi/otyłości** zaleca się **redukcję masy ciała** (rekomendacje European Association of Urology; poziom dowodów 1B)

/http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/

Imamura M et al. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(12):CD003505. 05.10.2018

PESSARY POCHWOWE



- Mechanizm działania w NM: wzrost czynnościowej długości cewki moczowej, ciśnienia zamknięcia, usunięcie przeszkody w wypływie moczu, poprawa niestabilności wypieracza
- Leczenie za pomocą pessara można zaproponować większości pacjentek z POP lub NM
- Zalecany jest pessary ringowy, gdyż jest on wygodny, łatwo zakładany i wyjmowany przez pacjentkę, odbywanie stosunków jest możliwe bez jego wyjmowania (2C). Pessary ringowy odpowiada 70% pacjentek
- Wysoki odsetek satysfakcji z leczenia: 50% w ciągu 12 miesięcy; skuteczność w NM: 50% w trakcie leczenia 3-miesięcznego
- Zastosowanie pessarów pozwala na rozpoznanie ukrytego WNM i przewidzenie efektu operacji oraz pooperacyjnej retencji moczu
- Rekomendacja (2C): u pacjentek z WNM (bez POP), które nie są leczone chirurgicznie, preferowanym leczeniem jest PMFT



Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia. 05.10.2018

WAŻONE STOŻKI POCHWOWE

- 23 badania randomizowane, 1806 pacjentek:
 - vs. brak leczenia (4 RCT, 375 pacjentek): **poprawa** pod koniec okresu obserwacji w grupie stosującej pessary (RR 0,84)
 - vs. ćwiczenia mięśni dna miednicy (5 RCT, 338 pacjentek): bez różnic (RR 1,01)
 - vs. elektrostymulacja mięśni dna miednicy (3 RCT, 151 pacjentek): bez różnic (RR 1,26)
- Wniosek: ważne stożki dopochwowe są lepszą opcją niż brak leczenia



Herbison CP et al. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(7):CD002114. 05.10.2018

INIEKCJE OKOŁOCEWKOWE URETHRAL INJECTION THERAPY


- UBA- urethral bulking agents- naturalne lub syntetyczne substancje wystrzykiwane okołocewkowo (stosowane wcześniej jako terapia ISD) celem wzmocnienia przestrzeni wokół cewki moczowej i jej podtrzymania
- Biodegradowalny żel z cząsteczkami
- Gorsze wyniki w porównaniu z leczeniem operacyjnym
- Działanie ograniczone czasowo
- Powikłania; reakcje alergiczne, migracja tkanki, tworzenie jałowych ropni
- Opcja terapeutyczna dla starszych pacjentek z przeciwwskazaniami do leczenia operacyjnego



Mohr S et al. Bulking agents: an analysis of 500 cases and review of the literature. Int Urogynecol J 2013;24:241-247. 05.10.2018

INIEKCJE OKOŁOCEWKOWE URETHRAL INJECTION THERAPY

- 14 badań randomizowanych, 2004 pacjentki
- Iniekcje vs. leczenie zachowawcze: poprawa w zakresie nietrzymania moczu w grupie iniekcji (RR 0,7; 1 RCT, 45 pacjentek) i znaczna poprawa jakości życia (1 RCT, 45 pacjentek)
- Iniekcje vs. leczenie operacyjne: znaczniejsze zmniejszenie dolegliwości w grupie operowanej
- zbyt mało badań, niska jakość dowodów, znaczna heterogeniczność grup nie pozwala na wyciągnięcie wniosków
- Wniosek: terapia z zastosowaniem „bulking agents” nie powinna być rekomendowana pacjentkom wymagającym trwałego wyleczenia WNM (rekomendacje EAU) /<http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>




Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia 05.10.2018

Kirchin V et al. Urethral injection therapy for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2017;7:CD003881.

METODY O NIEUDOWODNIONEJ SKUTECZNOŚCI

- Agoniści receptora adrenergicznego
- Mikcje w określonych odstępach czasowych („timed voiding”)
- Akupunktura
- Przecewkowa denaturacja kolagenu oparta na radiofrekwencji (TRCD - transurethral radiofrequency collagen denaturation)
- Produkty absorbujące mocz (podpaski, pieluchy)



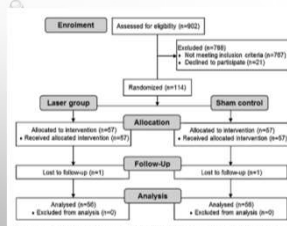
Costa AALED et al. What do Cochrane systematic reviews say about non-surgical interventions for urinary incontinence in women? Sao Paulo Med J 2018;136:73-83. 05.10.2018

LASEROTERAPIA W WNM

- Metaanaliza 13 badań
- Głównym źródłem wyników były subiektywne skale do oceny objawów WNM przez pacjentki
- W 7 stosowano również pomiary obiektywne – vaginometr, ważenie wkładki, w jednym wykonywano badanie urodynamiczne i cystometrię
- Follow up 6-36 miesięcy, zwykle ok. 6 miesięcy
- W żadnym badaniu nie zarejestrowano istotnych powikłań terapii
- Poziom wiarygodności badań 3b lub 4
- Nie znaleziono badań prospektywnych z grupą kontrolną ani randomizowanych, w związku z tym na podstawie metaanalizy można stwierdzić jedynie, że **terapia laserowa jest obiecująca, małoinwazyjna, bezpieczną metodą leczenia wymagającą potwierdzenia skuteczności wg EBM**

Pergialichi V et al. A systematic review on vaginal laser therapy for treating stress urinary incontinence. Do we have enough evidence? Int Urogynecol J 2017;28:1445 – 1451 05.10.2018

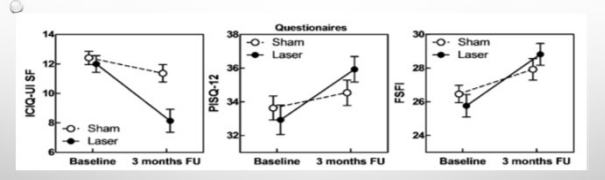
BADANIE PORÓWNUJĄCE SKUTECZNOŚĆ LASEROTERAPII W WNM VS PLACEBO



	Laser group		Sham group	
	Mean	SD	Mean	SD
Demographic characteristics:				
Age	39.95	6.36	43.84	5.67
BMI	23.54	3.66	23.73	3.60
Parity	2.05	0.84	2.29	0.82
1 (n, %)	13	23.2%	9	16.1%
2	28	50.0%	26	46.4%
3	11	19.6%	17	30.4%
4	3	5.4%	4	7.1%
Baseline values of outcome measures:				
ICQ-UI SF	12.00	4.24	12.41	3.35
MSK-12 SF (ICQ-UI SF 1-5) (n, %)	5	8.0%	1	1.4%
Moderate MSK-12 SF (6-12)	23	39.3%	17	30.4%
Severe MSK-12 SF (13-18)	29	50.0%	36	64.3%
PSQ-12	32.93	6.48	33.63	5.29
PSQ-12	25.76	4.89	26.46	3.68
Perineometer measurements:				
Muscle diameter (D)	8.02	2.77	7.00	3.21
Maximal contraction pressure (MPa)	34.34	19.18	30.50	14.70
Average contraction pressure (MPa)	28.93	13.01	18.00	10.42

Blaganje M et al. Non-ablative Er:YAG laser therapy effect on stress urinary incontinence related to quality of life and sexual function. A randomized controlled trial. Eur J Obst Gyn Rep Biol 2018; 224:153-158 05.10.2018

OCENA SUBIEKTYWNA PO 3 MIESIĄCACH



ICQ-UI SF

Group	Baseline	3 months FU
Sham	~12.5	~11.5
Laser	~12.5	~8.5

Questionnaires (PISQ-12)

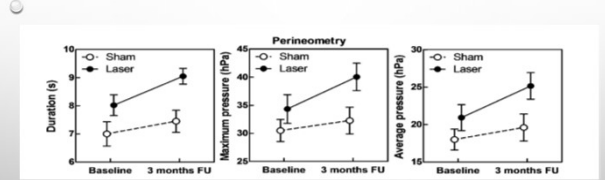
Group	Baseline	3 months FU
Sham	~33.5	~35.5
Laser	~33.5	~36.5

Questionnaires (FSFI)

Group	Baseline	3 months FU
Sham	~25.5	~28.5
Laser	~25.5	~28.5

Blaganje M et al. Non-ablative Er:YAG laser therapy effect on stress urinary incontinence related to quality of life and sexual function: A randomized controlled trial. Eur J Obst Gyn Rep Biol 2018; 224:153-158 05.10.2018

OCENA OBIEKTYWNA PO 3 MIESIĄCACH NAPIĘCIA MIĘŚNI



Perineometry (Duration (s))

Group	Baseline	3 months FU
Sham	~7.5	~7.5
Laser	~8.5	~9.5

Perineometry (Maximum pressure (MPa))

Group	Baseline	3 months FU
Sham	~32.5	~32.5
Laser	~32.5	~38.5

Perineometry (Average pressure (MPa))

Group	Baseline	3 months FU
Sham	~18.5	~18.5
Laser	~20.5	~25.5

Blaganje M et al. Non-ablative Er:YAG laser therapy effect on stress urinary incontinence related to quality of life and sexual function: A randomized controlled trial. Eur J Obst Gyn Rep Biol 2018; 224:153-158 05.10.2018

BADANIE PORÓWNUJĄCE SKUTECZNOŚĆ LASEROTERAPII W WNM VS PLACEBO

Table 2
Effect size, Change from baseline in laser and sham control groups, p value from paired t test, Effect size of laser vs. sham control group (difference in means and 95% confidence interval) and p value from ANCOVA. KIQ-UI SF score is the main outcome measure.

Outcome measure	Laser		Sham		Laser vs. Sham	
	Change (95% CI)	p	Change (95% CI)	p	Effect size (95% CI)	p
KIQ-UI SF	-3.80 (-5.00 to -2.60)	<0.001	-1.05 (-2.01 to -0.09)	0.022	-2.85 (-4.34 to -1.35)	<0.001
≤12*	-3.96 (-5.37 -2.56)	<0.001	-0.45 (-2.08 1.18)	0.481	-3.66 (-5.78 to -1.55)	0.001
>12*	-3.76 (-5.38 -2.13)	<0.001	-1.39 (-2.85 0.69)	0.042	-1.93 (-4.20 to 0.34)	0.004
PIQ-12	3.00 (1.81-4.19)	<0.001	0.89 (-0.27 to 2.06)	0.129	1.87 (0.38-3.37)	0.014
POP	3.06 (1.96-4.16)	<0.001	1.35 (0.46-2.22)	0.003	1.52 (0.19-2.86)	0.005
Duration	1.04 (0.50-1.57)	<0.001	0.45 (-0.15 to 1.05)	0.141	0.98 (0.30-1.66)	0.005
Max p	5.60 (2.25-8.95)	0.001	1.89 (-1.74 to 5.51)	0.302	4.68 (0.01-9.35)	0.050
Average p	4.24 (1.72-6.75)	0.001	1.64 (-0.60 to 3.89)	0.148	3.03 (-0.28 to 6.35)	0.072

Terapia laserem jest **szybką, bezpieczną i skuteczną** **małoinwazyjną** metodą leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet

05.10.2018

TECHNIKI OPERACYJNE TVT I TOT W LECZENIU WNM SKUTECZNOŚĆ 40-70 %

Table 3
Results of the surgical treatment of stress urinary incontinence

	After 3 months (%)	After 12 months
Group 5: total cure	17 (45.9)	15 (42.8)
Group 4: significant improvement	8 (21.6)	6 (17.1)
Group 3: symptoms abated	3 (8.1)	4 (11.4)
Group 2: no improvement	7 (18.9)	7 (20)
Group 1: deterioration in quality of life	2 (5.5)	3 (8.7)

Jakimik AJ et al. Surgical treatment of stress urinary incontinence using the tension-free vaginal tape-obturator foramen (TVT-O) technique. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007; Nov;135(1):127-31.

05.10.2018

BADANIE PORÓWNUJĄCE SKUTECZNOŚĆ LASEROTERAPII W WNM VS TVT I TOT

- Po 50 pacjentek w grupach: laser, TVT i TOT
- Powikłania:
 - TVT: 1 pacjentka- silny ból, 2 pacjentki- infekcja
 - TOT: 1 pacjentka- silny ból uda, 1 pacjentka- infekcja
 - Laser: brak powikłań

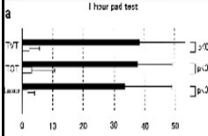


Okui N. Comparison between erbium-doped yttrium aluminum garnet laser therapy and sling procedures in the treatment of stress and mixed urinary incontinence. World J Urol 2018;16

05.10.2018

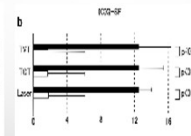
PORÓWNIANIE SKUTECZNOŚCI LASEROTERAPII W WNM VS TVT I TOT PRZED I PO 12 MIESIĄCACH

a



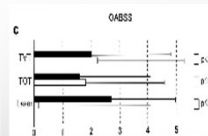
TEST PODPASKOWY
obj. moczu zalegającego po mikcji ok. 10 ml u 10 pacjentek po TVT i 7 po TOT

b



INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE SHORT FORM (ICIQ-SF)

c



OVERACTIVE BLADDER SYMPTOM SCORE (OABSS)


Okui N. Comparison between erbium-doped yttrium aluminum garnet laser therapy and sling procedures in the treatment of stress and mixed urinary incontinence. World J Urol 2018;16

05.10.2018

BADANIE PORÓWNUJĄCE SKUTECZNOŚĆ LASEROTERAPII W WNM VS TVT I TOT

Wniosek:

- Terapia laserem Er:Yag leczy nietrzymanie moczu u kobiet z podobną skutecznością jak operacje sposobem TVT i TOT, ale z mniejszą liczbą powikłań (mniej OAB)
- Laseroterapia może być również dobrą opcją terapeutyczną w mieszanym nietrzymaniu moczu ze względu na korzystny wpływ na ukrwienie i regenerację nabłonka pochwy



Okui N. Comparison between erbium-doped yttrium aluminum garnet laser therapy and sling procedures in the treatment of stress and mixed urinary incontinence. World J Urol 2018;16

05.10.2018

METODY OPARTE NA RADIOFREKWENCJI

- Urządzenia te emitują fale RF o wysokiej częstotliwości, które miejscowo podgrzewają tkankę do temperatury 40–45°C, co stymuluje fibroblasty do syntezy kolagenu
- Stosowane celem poprawy elastyczności i napięcia tkanek pochwy
- Metoda bezbolesna, krótka (15–30 minut), pozwala pacjentce natychmiast wrócić do aktywności zawodowej i seksualnej.
- W badaniu 23 pacjentek wykazano zmniejszenie epizodów WNM w przypadku łagodnego i umiarkowanego nasilenia WNM

Karcher C et al. Vaginal rejuvenation using energy-based devices. Int J Womens Dermatol 2016;2:85–88.

- W badaniu Vicariotto i wsp. w 12-miesięcznej obserwacji 25 kobiet po menopauzie poddanych procedurze wykazano efekt terapeutyczny na podstawie: VLQ (Vaginal Laxity Questionnaire), PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire), SSQ (Sexual Satisfaction Questionnaire), VAS (Visual Analogue Scale)
- Nie wykazano żadnych powikłań

vicariotto F et al. Dynamic quadripolar radiofrequency treatment of vaginal laxity/menopausal vulvo-vaginal atrophy: 12-month efficacy and safety. Minerva Ginecol 2017; 69: 342–349.

05.10.2018

**"ENERGY-BASED DEVICES" W LECZENIU WNM
STANOWISKO FDA**

FDA
The Food and Drug Administration

• 30 lipca 2018 r. FDA opublikowała bardzo krytyczne stanowisko wobec metod reklamowania przez producentów sprzętu laserowego oraz innych „energy-based devices” (np. radiofrekwencji) jako sprawdzonych metod terapeutycznych w zakresie tzw. „vaginal rejuvenation”

• Mimo że opublikowane dotychczas badania o ograniczonej sile dowodów nie wykazały jednocześnie groźnych skutków ubocznych stosowania lasera pochwowego czy radiofrekwencji, to brak jest badań randomizowanych potwierdzających jednoznacznie ich skuteczność i profil bezpieczeństwa w WNM, dysfunkcjach seksualnych czy zespółu urogenitalnym u kobiet

JUST LIKE NEW

05.10.2018

<https://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm615013.htm>

METODY NIEOPERACYJNE LECZENIA WNM

• na podstawie rekomendacji European Association of Urology (EAU) leczenie zachowawcze powinno być wdrażane jako **pierwsze**

• mniej inwazyjne

• niesie ze sobą mniejsze ryzyko powikłań

• tańsze

EAU
European Association of Urology

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

05.10.2018

<http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>

Rób to ,co Cię uszczęśliwia.
Przebywaj z kimś,
kto sprawia
że się uśmiechasz.
Śmiej się tyle, ile oddychasz
i kochaj tak długo jak żyjesz

Miłego dnia ..

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia



Tomasz Paszkowski
Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Estetycznej i Rekonstrukcyjnej

Laser w ginekologii estetycznej i rekonstrukcyjnej

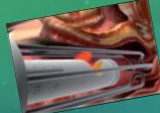
NADMORSKA SZKOŁA MENOPAUZY I ANTI-AGING
5 - 6 PAŹDZIERNIKA 2018 R.

05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation

wzmocnienie światła poprzez wymuszoną emisję promieniowania

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia 05.10.2018

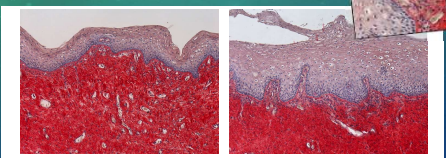


LASER W GINEKOLOGII jak to działa?

- fototermiczne napięcie i obkurczenie okolicy przedniej ściany pochwy/tylnej pęcherza moczowego oraz cewki moczowej
- remodeling kolagenu + neokolagenogeneza - obkurczanie/ujędrnianie tkanek - przywrócenie funkcji

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia 05.10.2018

MICROABLATIVE FRACTIONAL CO₂ LASER



[Histological study on the effects of microablative fractional CO2 laser on atrophic vaginal tissue: an ex vivo study.](#)
Salvatore S, Leone R, Roberi Maggiore U, Athanasiou S, Origoni M, Candiani M, Calligaro A, Zerbinati N. Menopause. 2015 Jan 20. [Epub ahead of print] PMID: 25608269

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia 05.10.2018

LASER CO₂ VERSUS ER:YAG - RÓŻNICE

	CO ₂	Er:YAG
Absorption in water	15 x less than Er:YAG	15 x more than CO ₂
Optical penetration	50um	3-5um
Mechanism of action	ablation	Thermal diffusion
Aggressiveness of treatment	Always partial necrosis and associated adverse effects	Surface of mucosa is not ablated (damaged)
Depth of penetration	3mm or more	200-500um

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia 05.10.2018

KWALIFIKACJA DO ZABIEGU

- prawidłowy wynik badania ginekologicznego
- prawidłowy wynik badania cytologicznego
- prawidłowy wynik posiewu wydzieliny z pochwy
- prawidłowy wynik badania ogólnego moczu wraz z posiewem
- prawidłowy wynik badania USG TVS

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia 05.10.2018

PRZECIWWSKAZANIA

- krwawienie z dróg rodnych
- ciąża
- znacznego stopnia obniżenie narządu rodnego
- III/IV stopień nietrzymania moczu

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia 05.10.2018

Emerging Trends in Nonsurgical Female Genital Rejuvenation

Dermatol Surg 2016;0:1-11

MONIQUE VANAMAN, MD,* JOANNA BOLTON, MD, FAAD,¹ OTTO PLACIK, MD,² AND SARRINA GUILLEN FARI, MD, FAAD, FAACS³


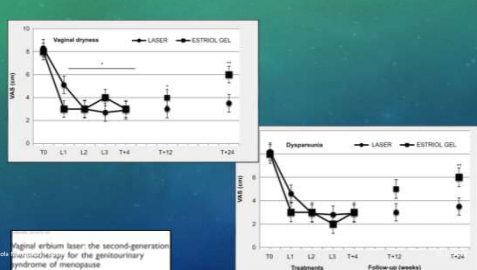


Figure 5. (A) Patient with significant VVL before treatment with ablative CO2 laser. (B) Vulva immediately after treatment. (C) Eight weeks after treatment. Used with permission: Paul M. Altmann, MD.

05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

LASER W LECZENIU GSM



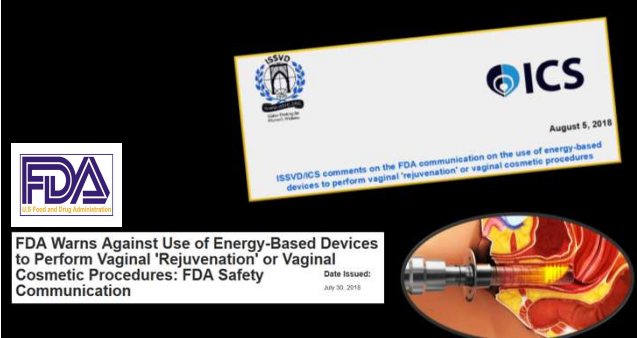
Vaginal erbium laser: the second-generation radiofrequency for the genitourinary syndrome of menopause

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

LASER W LECZENIU GSM

Treatment ^a	Level of evidence
Level of evidence of treatments for genitourinary syndrome of menopause	
Lifestyle	
Sexual activity	B-2B
Alcohol	III-C
Exercise	III-C
Smoking	B-3B
Vaginal moisturizers 2-3 times/week for improvement of symptoms	I-A
Vaginal lubricants for sexual activity	B-2B
Other treatments	
Menopausal hormone therapy	III-D
Phytoestrogens	III-D
Phytoestrogens	III-D
Systemic and local hormonal therapy	
Improvement of symptoms	I-A
Treatment	I-A
Vaginal laser for improvement of symptoms and treatment	I-A

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia




ISSVD/ICS comments on the FDA communication on the use of energy-based devices to perform vaginal 'rejuvenation' or vaginal cosmetic procedures

August 5, 2018

FDA Warns Against Use of Energy-Based Devices to Perform Vaginal 'Rejuvenation' or Vaginal Cosmetic Procedures: FDA Safety Communication

Date Issued: July 30, 2018


05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia



Celem komunikatu FDA z 30.07.2018 r. jest poinformowanie pacjentów i lekarzy, że użycie takich metod jak laser czy radiofrekwencja w celu tzw. „Vaginal rejuvenation”, lub wykonania niechirurgicznych zabiegów pochwowych w leczeniu objawów menopauzalnych, nietrzymania moczu lub dysfunkcji seksualnych może być związane z poważnymi działaniami niepożądanymi. Bezpieczeństwo i skuteczność stosowania tych urządzeń w leczeniu powyższych stanów nie została określona.

FDA zwraca uwagę, że wielu producentów urządzeń tego typu reklamuje te urządzenia do stosowania w powyższych wskazaniach pomimo braku stosownej rejestracji przez FDA.

05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia



Zalecenia dla lekarzy:

- Należy być świadomym, iż bezpieczeństwo i skuteczność zabiegów przy użyciu lasera lub radiofrekwencji w zakresie ginekologii estetycznej i rekonstrukcyjnej nie zostały określone. Stosując te metody należy być świadomym, iż FDA nie zarejestrowało ich używania we wskazaniach takich jak: „Vaginal rejuvenation”, objawy menopauzalne, nietrzymanie moczu czy dysfunkcje seksualne.
- Należy przedyskutować z pacjentką korzyści i ryzyko wszystkich dostępnych metod terapeutycznych w powyższych wskazaniach.
- Zaleca się informowanie FDA w każdym przypadku wystąpienia objawów niepożądanych stosowania metod typu laser czy radiofrekwencja ze wskazań z zakresu ginekologii estetycznej i rekonstrukcyjnej.

05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia






August 5, 2018
ISSVD/ICS comments on the FDA communication on the use of energy-based devices to perform vaginal 'rejuvenation' or vaginal cosmetic procedures

W dniu 05.08.2018 r. do ostrzeżenia wydanego przez FDA odniosły się dwa towarzystwa International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) i International Continence Society (ICS).

ISSVD oraz ICS stwierdzają, iż:

- zastosowanie tych metod w leczeniu atrofii pochwy i sromu podobnie jak wulwodynii oraz lichen sclerosus nie jest poparte wiarygodnymi dowodami.



05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

August 5, 2018
ISSVD/ICS comments on the FDA communication on the use of energy-based devices to perform vaginal 'rejuvenation' or vaginal cosmetic procedures

W oparciu o dostępne dowody ISSVD oraz ICS nie zalecają użycia lasera i radiofrekwencji w leczeniu lichen sclerosus, wulwodynii, nietrzymania moczu, atrofii pochwy i sromu lub w celu tzw. „vaginal rejuvenation” (termin komercyjny a nie naukowo-kliniczny) inaczej niż w ramach prawdziwo skonstruowanych badań klinicznych.

05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

FDA Warns Against Use of Energy-Based Devices to Perform Vaginal 'Rejuvenation' or Vaginal Cosmetic Procedures: FDA Safety Communication

August 5, 2018
ISSVD/ICS comments on the FDA communication on the use of energy-based devices to perform vaginal 'rejuvenation' or vaginal cosmetic procedures

UWAGI

- Historyczny ton obu stanowisk – kruczata a nie debata w oparciu o Evidence Based Medicine
- Krytyczny ton stanowisk skierowany jest głównie do producentów sprzętu
- Brak wskazania jakie i jak częste są działania niepożądane – literatura przedmiotu przynosi wnioszek odwrotny
- Wrzucenie „do jednego worka” lasera ablacyjnego, lasera nieablacyjnego i radiofrekwencji

05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Wpływ terapii wysiłkowego nietrzymania moczu nieablacyjnym laserem erbowo-yagowym – pierwsze randomizowane badanie kontrolowane

114 wieloródek w wieku przedmenopauzalnym zrandomizowano do dwóch grup (2x57):

- grupa leczona - terapia nieablacyjnym laserem Er:YAG 2940 nm (XS Dynamis, Fotona, Słowenia) zgodnie z protokołem IncontiLase® (1 zabieg),
- grupa placebo („sham group”) – zabieg wykonany urzędzeniem nieaktywnym.

05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

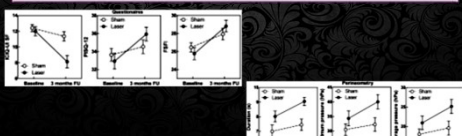
Non-ablative Er:YAG laser therapy effect on stress urinary incontinence related to quality of life and sexual function: A randomized controlled trial

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 224 (2018) 153–158

Mija Blaganje^a, Darija Šćepanović^a, Lidija Žgur^a, Ivan Verdenik^a, Franja Pajk^b

Table 2
Effect size. Change from baseline in laser and sham control groups; p value from paired t test. Effect size of laser vs. sham control group difference in mean and 95% confidence interval and p value from ANCOVA, Er:YAG vs. sham in the sham outcome measure.

Outcome measure	Laser		Sham		Laser vs. Sham	
	Change (95% CI)	p	Change (95% CI)	p	Effect size (95% CI)	p
QOL SF	3.86 (1.36 to 6.36)	<0.001	1.05 (-2.01 to 4.09)	0.502	2.86 (-1.34 to 7.07)	<0.001
QOL	3.86 (1.36 to 6.36)	<0.001	0.45 (-2.08 to 1.18)	0.601	3.46 (-1.29 to 8.21)	<0.001
QOL SF	3.76 (1.26 to 6.26)	<0.001	1.19 (-1.85 to 0.49)	0.002	2.57 (-1.22 to 6.36)	<0.001
QOL SF	3.86 (1.36 to 6.36)	<0.001	1.31 (0.48 to 2.14)	0.001	2.55 (1.19 to 3.91)	<0.001
Sexual	3.94 (0.26 to 7.62)	<0.001	0.45 (-1.17 to 0.26)	0.141	3.49 (2.09 to 4.89)	<0.001
Max SF	5.00 (2.25 to 7.75)	<0.001	1.89 (-1.74 to 5.51)	0.302	3.11 (1.51 to 4.71)	<0.001
Max SF	4.24 (1.74 to 6.74)	<0.001	1.54 (-0.80 to 3.85)	0.148	2.70 (1.51 to 3.91)	<0.001



05.10.2018 Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

Wpływ terapii wysiłkowego nietrzymania moczu nieablacyjnym laserem erbowo-yagowym – pierwsze randomizowane badanie kontrolowane

Wniosek

W obserwacji trzymiesięcznej terapia nieablacyjnym laserem Er:YAG poprawia jakość życia i parametry perineometryczne u przedmenopauzalnych pacjentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu.

05.10.2018


Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

The Journal of Obstetrics and Gynaecology of India January 2017; 65(1):13-19
DOI: 10.1007/s1224-016-0903-y

INVITED MINI REVIEW

Female Cosmetic Genital Surgery: Delivering What Women Want

Naveen Magesh¹, Rad Ahluwalia²



Mounting scientific evidence suggests that a number of FCGS procedures currently exist that are safe, effective, and capable of treating the suite of conditions associated with course-of-life vulvo-vaginal changes. The recent proliferation of noninvasive techniques holds much promise. The advent of energy-based techniques using lasers and RF offers effective procedures that are safe, consistent, and reproducible, suggesting a new era of elective surgery for women is on the horizon, which may revolutionize the way gynecology is practiced. This class of procedures is likely the most prone to exploitation, overexposure, and the creation of unrealistic expectations.

05.10.2018

LASER W GINEKOLOGII ESTETYCZNEJ I REKONSTRUKCYJNEJ State of the Art 2018/19

- Solidne podstawy teoretyczne i obiecujące wstępne wyniki badań
- Czekamy na twarde dowody na skuteczność i profil bezpieczeństwa

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia

05.10.2018

Dziękuję Państwu za uwagę

www.ptgeir.alltus.pl



05.10.2018

Nadmorska Szkoła Menopauzy - Gdynia