



Ελληνική Εταιρεία
Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης
Hellenic Society of Climacterium and Menopause

10^o

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης

08-10 Δεκεμβρίου 2023

Royal Olympic, Αθήνα



Τελικό Πρόγραμμα

ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

EUROPEAN
MENOPAUSE
AND
ANDROPAUSE
SOCIETY



ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



Το Συνέδριο αξιολογείται με είκοσι δύο (22)
Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης
(CME-CPD Credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Αλεξανδρουπόλεως 8 & Δερβενίων, 144 52 Μεταμόρφωση
Τ 6951 803550 • E-mail: emmino@projector-company.gr



Όλα ξεκινούν με μια υπόσχεση
να κάνουμε τη ζωή των ανθρώπων καλύτερη

Προτεραιότητά μας είναι να παρέχουμε υψηλής ποιότητας φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα σε όσους τα έχουν ανάγκη, αλλάζοντας τη ζωή και τις προσδοκίες τους. Να δίνουμε ελπίδα στους ανθρώπους μας που πάσχουν από σοβαρές και εξουθενωτικές ασθένειες εξασφαλίζοντας έγκαιρη πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπευτικές επιλογές. Να προσφέρουμε υπεύθυνα επιστημονική ενημέρωση & να ανταποδίδουμε στην κοινωνία μέσα στην οποία δραστηριοποιούμαστε.

03-11-2023

VICHY

LABORATOIRES

ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ

ΑΠΟ **50.000**

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΥΣ

ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΤΕ ΞΑΝΑ
ΤΟΥΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑΣ ΣΑΣ
ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

ΝΕΟΒΑΔΙΟΛ



-25%

ΧΑΛΑΡΩΣΗ*

-28%

ΡΥΤΙΔΕΣ*

**PROXYLANE + ΕΚΧΥΛΙΣΜΑ CASSIA
+ ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟ ΟΞΥ + ΟΜΕΓΑΣ**

N°1

ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ
ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ**

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΗΣ ΤΗΣ
Ελληνική Εταιρεία
Κλιμακτηρίου &
Εμμηνόπαυσης

10^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης

08-10 Δεκεμβρίου 2023

Royal Olympic, Αθήνα



Ελληνική Εταιρεία
Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης
Hellenic Society of Climacterium and Menopause

Περιεχόμενα

Μήνυμα Προέδρου	5
Διοικητικό Συμβούλιο	6
Οργανωτική Επιτροπή	7
Πρόγραμμα Συνεδρίου	8
Ευρετήριο Ομιλητών	20
Ελεύθερες Ανακοινώσεις	26
Ευρετήριο Συγγραφέων Ελεύθερων Ανακοινώσεων	52
Περίληψεις Ομιλιών	56
Δορυφορικές Διάλεξεις	127
Ευρετήριο Ομιλητών Δορυφορικών Διαλέξεων	127
Γενικές Πληροφορίες	128
Ευχαριστίες	129



Μήνυμα Προέδρου

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με μεγάλη χαρά, σας προσκαλούμε στο **10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης** που μετά από τα 2 έτη πανδημίας θα διεξαχθεί και πάλι με φυσική παρουσία.

Καθώς, ο μέσος όρος ζωής αυξάνεται συνεχώς ενώ η ηλικία εμμηνόπαυσης είναι σταθερή, βρισκόμαστε αντιμέτωποι με οδυόενα μεγαλύτερο αριθμό γυναικών που έχουν ανάγκη από πρόληψη αθλή και θεραπεία χρόνιων νοσημάτων που συνδέονται με την εμμηνόπαυση, με στόχο την εξασφάλιση μακροβιότητας και ευζωίας. Στο συνέδριο θα συζητηθούν τα νέα δεδομένα στην εξατομίκευση της ορμονικής θεραπείας για κάθε γυναίκα, βάσει της ηλικίας και της υποκείμενης παθολογίας της.

Επιπλέον, η παρουσίαση των νέων ερευνητικών δεδομένων για αμφιλεγόμενα θέματα, τόσο από τους Έλληνες όσο και από τους διεθνείς ομιλητές μας, πιστεύουμε ότι θα σας προβληματίσει και θα αποτελέσει εφαιτήριο για εποικοδομητική συζήτηση. Τέλος, οι νέοι συνάδελφοι θα παρουσιάσουν τα κλινικά περιστατικά τους, των οποίων η διαχείριση θα αναλυθεί σε διαδραστική συζήτηση.

Θα χαρούμε να σας καλωσορίσουμε στο Συνέδριό μας!

Ειρήνη Λαμπρινουδάκη

Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας ΕΚΠΑ

Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης

Επιστημονική Διευθύντρια, European Menopause and Andropause Society (EMAS)

10^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης

08-10 Δεκεμβρίου 2023

Royal Olympic, Αθήνα



Ελληνική Εταιρεία
Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης
Hellenic Society of Climacterium and Menopause

Διοικητικό Συμβούλιο

Ειρήνη Λαμπρινουδάκη

Σοφία Καθανταρίδου

Κωνσταντίνος Πανουλής

Αρετή Αυγουλέα

Δημήτριος Γουλής

Νεοκλής Γεωργόπουλος

Κωνσταντίνος Σαμαράς



Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος

Ειρήνη Λαμπρινουδάκη

Ενδοκρινολόγος, Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Αντιπρόεδρος

Σοφία Καλανταρίδου

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Καθηγήτρια Μαιευτικής - Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Γενικός Γραμματέας

Κωνσταντίνος Πανουλής

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Ταμίας

Αρετή Αυγουλέα

*Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Β' Μαιευτικής
και Γυναικολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.*

Μέλη

Δημήτριος Γουλής

*Ενδοκρινολόγος, Καθηγητής Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής
Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης*

Νεοκλής Γεωργόπουλος

Ενδοκρινολόγος, Καθηγητής Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Πατρών

Κωνσταντίνος Σαμαράς

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος

10^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης

08-10 Δεκεμβρίου 2023

Royal Olympic, Αθήνα



Ελληνική Εταιρεία
Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης
Hellenic Society of Climacterium and Menopause

Πρόγραμμα Συνεδρίου



Πρόγραμμα Συνεδρίου

Παρασκευή 8 Δεκεμβρίου 2023

12:00 -12:30

Προσέλευση - Εγγραφές

12:30 -14:30

Ελεύθερες Ανακοινώσεις I (ΕΑ01-ΕΑ08)

Προεδρείο: **Μ. Αποστολάκης, Ι. Αυγουστή**

ΕΑ01

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αυγουστή Ιφιγένεια¹, Καραγκούνη Ηλιάνα¹, Αρμένη Έλενα¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Στεφανάκη Αικατερίνη², Καραγιαννάκης Δημήτρης³, Πανουήλης Κωνσταντίνος¹, Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος³, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Μονάδα Κλίμακτριου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Ενδοκρινολογική Μονάδα, Τμήμα Κλινικής Θεραπευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Αλέξανδρα

³ Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΑ02

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΔΟΜΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Αποστολάκης Μιχαήλ¹, Σταματελόπουλος Κίμων², Αυγουλέα Αρετή¹, Πάσχου Σταυρούλα², Αρμένη Έλενα¹, Πανουήλης Κωνσταντίνος¹, Βάκας Παναγιώτης¹, Γεωργιόπουλος Γεώργιος², Καπαρός Γεώργιος³, Ρίζος Δημήτριος³, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ

² Θεραπευτική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

³ Ορμονολογικό και Βιοχημικό Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ

ΕΑ03

ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΥΨΗΛΟΤΕΡΕΣ ΤΙΜΕΣ ΤΣΗ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ ΔΥΝΑΜΗ ΧΕΙΡ/ΛΑΒΗΣ: ΜΙΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Χατζηβασιλείου Παναγιώτα¹, Αρμένη Έλενα^{1,2}, Chedraui Peter³, Καραγκούνη Ηλιάνα¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Παθαιολόγου Αναστασία¹, Καπαρός Γεώργιος⁴, Πανουήλης Κωνσταντίνος¹, Σαμπάνη Αναστασία¹, Βλάχος Νικόλαος¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλίμακτριου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Royal Free Hospital, NHS Foundation Trust, University College London Medical School

³ Escuela de Posgrado en Salud, Universidad Espíritu Santo, Samborondín, Ecuador

⁴ Βιοχημικό Εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα



08-10 Δεκεμβρίου 2023

Royal Olympic, Αθήνα

Πρόγραμμα Συνεδρίου

Παρασκευή 8 Δεκεμβρίου 2023

- ΕΑ04** **ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ 43-50 ΕΤΩΝ: ΕΝΑ ΣΤΙΓΜΙΟΤΥΠΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**
Καραφλή Μαρία, Μαυραγάνη Φωτεινή
Ιδιωτικό Ιατρείο Ενδοκρινολογίας Διαβήτη & Μεταβολισμού, Φάρος Ψυχικού
- ΕΑ05** **Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ LASER ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΑΤΡΟΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**
Αλιμονάκη Ελίνα-Χριστιάνη¹, Δημητρακοπούλου Αικατερίνη¹, Καρόζη Ελένη^{1,2}, Κύρκου Γιαννούλα¹
¹ Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Μαιευτικής, Αθήνα
² Κέντρο Υγείας Αθιβερίου
- ΕΑ06** **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**
Κύρκου Γιαννούλα¹, Αλιμονάκη Ελίνα-Χριστιάνη¹, Δημητρακοπούλου Αικατερίνη¹, Καρόζη Ελένη^{1,2}
¹ Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Μαιευτικής, Αθήνα
² Κέντρο Υγείας Αθιβερίου
- ΕΑ07** **ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ BIRADS3 ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΚΥ ΛΑΜΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥΣ**
Κατσαρδάνη-Τζοβανέττο Καλλιόπη-Πηνελόπη, Κατσούδα Δέσποινα
Μαιευτικό και Γυναικολογικό Τμήμα ΚΥ Λαμίας, Νομός Φθιώτιδος
- ΕΑ08** **ΔΙΑΔΟΧΙΚΗ ΑΝΤΙ-ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**
Αναγνωστής Παναγιώτης¹, Διβάρης Ευστάθιος¹, Μπόσδου Κ. Ιουλίτσα², Τουρνής Συμεών³, Σταθόπουλος Κωνσταντίνος⁴, Γουλιής Γ. Δημήτριος
¹ Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
² Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
³ Εργαστήριο Έρευνας Παθήσεων Μυοσκελετικού Συστήματος «Θ. Γαροφαλίδης», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «ΚΑΤ», Αθήνα
⁴ Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Μεταβολικά Νοσήματα των Οστών, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα



Πρόγραμμα Συνεδρίου

Παρασκευή 8 Δεκεμβρίου 2023

- 14:30 - 14:45 **Χαιρετισμοί**
Γ. Σιάσος, Ν. Αρκαδόπουλος, Ν. Βλάχος, Γ. Κρεατσάς, Γ. Χριστοδουλάκος
-
- 14:45 - 16:30 **Στρογγυλό τραπέζι: Περιεμμνόπαυση**
Συντονιστές: **Ε. Δεληγεώρογλου, Κ. Πανουλής, Χ. Συριστατίδης**
- Προχωρημένη ηλικία μητέρας και γονεϊκότητα: Συμβολή και περιορισμοί της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής **Ε. Μακράκης**
 - Διαχείριση των διαταραχών κύκλου μετά τα 40 **Α. Αυγουλέα**
 - Προεμμνορρυσιακό σύνδρομο στην όψιμη αναπαραγωγική ηλικία **Θ. Καλαμπόκας**
-
- 16:30 - 17:45 **Ουρογεννητικό σύνδρομο εμμνόπαυσης**
Συντονιστές: **Σ. Αθανασίου, Π. Βάκας**
- Ουρογεννητικό σύνδρομο εμμνόπαυσης και ορμονική θεραπεία **Ν. Μήλη**
 - Σεξουαλική δυσλειτουργία: Θεραπευτικές επιλογές **Α. Αρμέν**
 - Μη ορμονικές θεραπείες στην αντιμετώπιση του ουρογεννητικού συνδρόμου της εμμνόπαυσης **Χ. Γρηγοριάδης**
-
- 17:45 - 18:15 **Διάλειμμα**
-
- 18:15 - 19:00 **Δορυφορική Διάλεξη**
-
- 19:00 - 20:00 **Debate: Εμμνόπαυση, ορμονική θεραπεία, νόσηση & άνοια**
Συντονιστές: **Θ. Ψαλτοπούλου, Ε. Λαμπρινουδάκη**
- Η ορμονική θεραπεία προστατεύει από την έκπτωση της νοητικής λειτουργίας και την άνοια **Σ. Καλανταρίδου**
 - Η ορμονική θεραπεία αυξάνει τον κίνδυνο έκπτωσης της νοητικής λειτουργίας και της άνοιας **Δ. Γουλής**



Πρόγραμμα Συνεδρίου

Σάββατο 9 Δεκεμβρίου 2023

08:00 - 10:00

Ελεύθερες Ανακοινώσεις II (EA09-EA18)

Προεδρείο: Σ. Στεργιώτης, Η. Καραγκούν

EA09

MEΛΕΤΗ LADY: EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PREVALENT AND NEW GENITOURINARY SYNDROME OF MENOPAUSE CASES IN GREECE

Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹, Μήλη Νικολέττα¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Αρμένη Έλενα¹, Βλάχος Νικόλαος¹, Βάκας Παναγιώτης¹, Μίκος Θεμιστοκλής², Γριμπίζης Γρηγόριος², Ροδολάκης Αλέξανδρος³, Αθανασίου Σταύρος³

¹ Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα

² Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³ Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα, Ελλάδα

EA10

ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΤΑΜΗΝΙΟΥ ΚΥΚΛΟΥ

Στεργιώτης Στέφανος¹, Αρμένη Έλενα¹, Δελιαλής Δημήτριος², Γεωργιόπουλος Γεώργιος², Αυγουλέα Αρετή¹, Χατζηβασιλείου Παναγιώτα¹, Ρίζος Δημήτριος³, Μαυραγάνης Γεώργιος², Πάτρως Ραφαήλ², Πανουλής Κωνσταντίνος¹, Πάσχου Σταυρούλα¹, Σταματελόπουλος Κίμων², Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Αγγειολογικό Εργαστήριο, Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα

³ Ορμονολογικό εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ

EA11

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΥΓΕΙΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Καραγκούν Ηλιάνη^{1,3}, Αυγουστή Ιφιγένεια¹, Αρμένη Έλενα¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Γιαννακούλια Μαίρη², Πανουλής Κωνσταντίνος¹, Καϊτελίδου Δάφνη³, Βλάχος Νικόλαος¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Τμήμα Διατροφής – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

³ Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

EA12

Η ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Καραγκούν Ηλιάνη^{1,3}, Αυγουστή Ιφιγένεια¹, Αρμένη Έλενα¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Γιαννακούλια Μαίρη², Πανουλής Κωνσταντίνος¹, Καϊτελίδου Δάφνη³, Σταματελόπουλος Κίμων⁴, Βλάχος Νικόλαος¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹



Πρόγραμμα Συνεδρίου

Σάββατο 9 Δεκεμβρίου 2023

¹ Τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Τμήμα Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

³ Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

⁴ Αγγειολογικό Εργαστήριο, Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα

EA13

ΜΕΤΑΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΔΥΝΑΠΕΝΙΑ ΕΧΟΥΝ ΥΨΗΛΟΤΕΡΕΣ ΤΙΜΕΣ ΔΕΙΚΤΗ FIBROSIS-4

Χατζηβασιλείου Παναγιώτα¹, Καραγκούνη Ηλιάννα¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Παθαιολόγου Αναστασία¹, Κοντού Λωραίνα¹, Λαμπροπούλου Βιργινία¹, Χατζιωάννου Αχιλλέας², Καπαρός Γεώργιος³, Αλεξάνδρου Ανδρέας¹, Αρμένη Έλενα¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Α' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

³ Βιοχημικό Εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

EA14

ΑΓΓΕΙΟΚΙΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΕΡΙ- ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Αρμένη Αναστασία^{1,2}, Αναγνωστής Παναγιώτης³, Αρμένη Έλενα^{2,4}, Μήλη Νικολέττα², Γουλήs Δημήτρης³, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη²

¹ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Τμήμα Αναπαραγωγικής Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ρίο, Πάτρα

² Τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

³ Μονάδα Αναπαραγωγικής Ενδοκρινολογίας, Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

⁴ Royal Free Hospital NHS Trust, UCL Medical School, London, UK

EA15

Η ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Αρμένη Αναστασία¹, Αρμένη Έλενα^{2,3}, Αυγουλέα Αρετή², Δελιαλής Δημήτριος⁴, Αγγελιδάκης Λασθένης⁴, Παπαϊωάννου Μαρία⁴, Καπαρός Γεώργιος⁵, Αλεξάνδρου Ανδρέας², Γεωργόπουλος Νεοκλής¹, Βλάχος Νικόλαος², Σταματελόπουλος Κίμων⁴, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη²

¹ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Τμήμα Αναπαραγωγικής Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ρίο, Πάτρα

² Τμήμα Κλιμακτηρίου-Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

³ Royal Free Hospital NHS Foundation Trust, UCL Medical School, London, UK



08-10 Δεκεμβρίου 2023

Royal Olympic, Αθήνα

Πρόγραμμα Συνεδρίου

Σάββατο 9 Δεκεμβρίου 2023

⁴ Εργαστήριο Αγγειακής Παθολογίας, Τμήμα Θεραπευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

⁵ Εργαστήριο Βιοχημείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

EA16

ΤΑ ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ, Η ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ Η ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΟΧΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΙΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΕΣ ΣΞΘΥΑΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Αρμένη Αναστασία^{1,2}, Αρμένη Έλενα¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Στεργιάτης Στέφανος¹, Καπαρός Γεώργιος³, Αλεξάνδρου Ανδρέας¹, Ελευθεριάδης Μακάριος¹, Γεωργίου Νεοκλής², Βλάχος Νικόλαος¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Τμήμα Αναπαραγωγικής Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ρίο, Πάτρα

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

EA17

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΦΥΤΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Πάντσιου Σοφία-Μαρία

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Μαιευτικής, Αθήνα

EA18

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Δημητρακοπούλου Αικατερίνη¹, Αθιμονάκη Ελίνα-Χριστιάνα¹, Καρόζη Ελένη^{1,2}, Κύρκου Γιαννούλα¹

¹ Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Μαιευτικής, Αθήνα

² Κέντρο Υγείας Αθιβερίου

10:00 - 11:00

EMAS session: Menopause and the breast

Chairs: **A. L. Hirschberg, C. Dimitrakakis**

- Menopausal hormone therapy in women at risk for and after breast cancer
T. Hillard
- Vulvovaginal health in women after breast cancer **A. L. Hirschberg**

11:00 - 11:30

EMAS Lecture

Chairs: **G. Mastorakos, I. Lambrinoudaki**

- Neurokinin receptor antagonists for the management of menopausal symptoms
R. Nappi

11:30 - 12:00

Διάλειμμα



Πρόγραμμα Συνεδρίου

Σάββατο 9 Δεκεμβρίου 2023

12:00 - 12:30

EMAS Lecture

Chairs: **D. Goulis, V. Lambadiari**

- Timing of menopausal hormone therapy: When is it too late to start MHT?
T. Simoncini

12:30 - 13:00

Διάλεξη

Συντονιστές: **A. Βρυωνίδου-Μπομποτά, A. Αυγουλή**

- Ορμονική θεραπεία και εμμνόπαυση σε διεμφυλικές γυναίκες **N. Γεωργόπουλος**

13:00 - 14:00

Διάλεξη

Συντονίστριες: **H. Νικολαΐδου, M. Χαραμαντά**

- Διάγνωση και θεραπεία των παθήσεων του δέρματος και των μαλλιών στην εμμνόπαυση **M. Κοσμαδάκη**

14:00 - 15:00

Μεσημβρινή Διακοπή

15:00 - 17:00

Ορμονική θεραπεία στην εμμνόπαυση: Hot topics

Συντονιστές: **Γ. Δασκαλάκης, Θ. Πανοσκάλης, Ι. Ζέρβας**

- Ενδομητρίωση - Ινομυωματώδης μήτρα και αδενομύωση **M. Καλαμπόκας**
- Γυναικολογικός καρκίνος **Θ. Πανοσκάλης**
- Θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα και θρόμβωση **K. Στεφανάκη**
- Εμμνόπαυση, άγχος και διαταραχή συναισθήματος **A. Σπυροπούλου**

17:00 - 17:30

Διάλειμμα

17:30 - 19:30

Οι ειδικευόμενοι ρωτούν, οι ειδικοί απαντούν

Συντονιστές: **Δ. Γουλής, Σ. Καλιανταρίδου**

- Περιστατικό I: Γυναίκα 50 ετών με εμμνοπαυσιακά συμπτώματα, βαρβιδοπάθεια υπό αντιπηκτική αγωγή και αυξημένα ηπατικά ένζυμα, **N. Παπανικόλα**
Σχολιασμός: **E. Λαμπρινουδάκη**
- Περιστατικό II: Γυναίκα 48 ετών με μηνορραγία και δυσμηνόρροια **M. Μαθιοπούλου**
Σχολιασμός: **E. Λαμπρινουδάκη**
- Περιστατικό III: Πρώρη ωθηκική ανεπάρκεια σε γυναίκα με λέμφωμα Hodgkin **A. Αρμένη**
Σχολιασμός: **N. Γεωργόπουλος**



Πρόγραμμα Συνεδρίου

Σάββατο 9 Δεκεμβρίου 2023

- Περιστατικό IV: Γυναίκα 59 ετών με φυσιολογικό εμμηνορρυσιακό κύκλο
A. Αρμένι
Σχολιασμός: **N. Γεωργόπουλος**
- Περιστατικό V: Θυρεοειδική νόσος και εμμηνόπαυση **Σ. Βενέτι**
Σχολιασμός: **Δ. Γουλής**
- Περιστατικό VI: Καρκίνος μαστού και θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης
K. Παπαδημητρίου
Σχολιασμός: **Δ. Γουλής**
- Περιστατικό VII: Γυναίκα 23 ετών με πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια λόγω ηρομεταθιλάξεων του ευθραύστου X. Ενδιαφέρεται για διατήρηση γονιμότητας,
Π. Κρόκος
Σχολιασμός: **Σ. Καλανταρίδου**
- Περιστατικό VIII: Γυναίκα 27 ετών με πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια υπό διαδερμική ΟΘ. Προσέρχεται με μέτριου βαθμού εξάψεις και έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας, **A. Κοντογεώργη**
Σχολιασμός: **Σ. Καλανταρίδου**
- Περιστατικό IX: Γυναίκα 52 ετών σε εμμηνόπαυση από έτους με οστεοπόρωση και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, **K. Αθανασιάδου**
Σχολιασμός: **Σ. Πάσχου**
- Περιστατικό X: Γυναίκα, 54 ετών, σε εμμηνόπαυση από 2ετίας, με παχυσαρκία, υπερλιπιδαιμία και οστεοπενία, **O. Μιχαηλοπούλου**
Σχολιασμός: **Σ. Πάσχου**

19:30 - 20:00

Συζήτηση - Σχολιασμός



Πρόγραμμα Συνεδρίου

Κυριακή 10 Δεκεμβρίου 2023

08:00 - 10:00 **Ελεύθερες Ανακοινώσεις III (EA19-EA25)**

Προεδρείο: **Κ. Στεφανάκη, Α. Σαμπάνη**

EA19

Η ΧΡΗΣΗ ΣΤΑΤΙΝΩΝ ΚΑΙ Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ PALLADIA

Μαυραγάννης Γεώργιος¹, Παπανικόλα Νεκταρία², Αγγελιοπούδου Αναστασία², Στεφανάκη Αικατερίνη², Αρμένη Έλενα^{2,3}, Πάσχου Σταυρούλα², Anelli Valentina⁴, Αυγουλέα Αρετή², Βλάχος Νικόλαος², Σταματελόπουλος Κίμων¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη²

¹ Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, ΕΚΠΑ, Αθήνα

² Τμήμα Κλινικηρίου-Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

³ Royal Free Hospital NHS Foundation Trust, UCL Medical School, London, UK

⁴ University of Brescia, Department of Clinical and Experimental Sciences, Brescia, Italy

EA20

Η ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Αρμένη Έλενα¹, Κοπανός Στέλιος^{1,2}, Βερκούκη Ευρυδίκη^{1,4}, Αυγουλέα Αρετή¹, Πάσχου Σταυρούλα⁵, Ρίζος Δημήτριος⁶, Καπαρός Γεώργιος⁶, Ελευθεριάδης Μακάριος¹, Χάιδης Άννα-Μπετίνα³, Γουλής Γ. Δημήτριος², Βλάχος Νικόλαος¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλινικηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Ιατρική Σχολή, Μονάδα Αναπαραγωγικής Ενδοκρινολογίας, Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

³ Ιατρική Σχολή, Τμήμα Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Βιοστατιστικής, Τομέας Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

⁴ Εργαστήριο Εντομολογίας και Γεωργικής Ζωολογίας, Τμήμα Αγροτικής Παραγωγής και Αγροτικού Περιβάλλοντος, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁵ Ιατρική Σχολή, Μονάδα Ενδοκρινολογίας και Διαβήτη, Τμήμα Κλινικής Θεραπευτικής, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

⁶ Βιοχημικό και Ορμονολογικό Εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

EA21

Η ΕΝΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΟΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΝΕΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Αρμένη Έλενα¹, Παπανικόλα Νεκταρία¹, Μαυραγάννης Γεώργιος², Αγγελιοπούδου Αναστασία¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Πάσχου Σταυρούλα², Στεργιώτης Στέφανος¹, Χαραμαντά Μαρία¹, Χατζηβασιλείου Παναγιώτα¹, Καπαρός Γεώργιος³, Βλάχος Νικόλαος³, Σταματελόπουλος Κίμων², Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹



Πρόγραμμα Συνεδρίου

Κυριακή 10 Δεκεμβρίου 2023

- ¹ Τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο
² Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα
³ Βιοχημικό Εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

EA22

Η ΣΧΕΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Σιάκαλη Δήμητρα, Καραγκούνη Ηλιάνα, Λαμπροπούλου Βιργινία, Αυγουστή Ιφιγένεια, Αρμένη Έλενα, Αυγουλέα Αρετή, Σαμπάνη Αναστασία, Παουλίδη Κωνσταντίνος, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη

Τμήμα Κλιμακτηρίου-Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

EA23

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΥΠΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Ποταμιάνου Ειρήνη¹, Βαρελά Πηνελόπη^{1,2}, Φρουσίου Ιωάννα-Μαρία¹, Δελτισίδου Άννα¹

¹ Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα, Ελλάδα

² Γ.Ν.Α. "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"

EA24

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΕΤΥΧΕΙ ΚΥΗΣΗ ΣΕ ΠΡΟ-ΧΩΡΗΜΕΝΗ ΗΛΙΚΙΑ ΜΕΣΩ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Καδδά Αναστασία¹, Καληνταρίδου Σοφία², Μαστοράκος Γεώργιος³, Τούντας Γιάννης⁴, Πάντος Κωνσταντίνος⁵

¹ Μεταδιδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα

² Καθηγήτρια Μαιευτικής, Γυναικολογίας και Στείρωσης, Διευθύντρια ΠΜΣ «Παθολογία της Κύησης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

³ Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Σακχαρώδη Διαβήτη και Μεταβολισμού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Αθήνα

⁴ Ομότιμος Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

⁵ Επιστημονικός Διευθυντής Κλινικής «ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ», Αθήνα

EA25

ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΠΡΩΡΗ ΡΩΘΗΚΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Νεοφύτου Σπυριδούλα¹, Σιαφάκα Βασιλική², Κοντογεώργη Αδαμαντία³, Μεσσαρόπουλος Παντελής³, Γρυπάρης Αλέξανδρος², Καραλέξη Μαρία³, Κρόκος Παναγιώτης³, Χρούσος Γεώργιος⁴, Καληνταρίδου Σοφία³

¹ Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αρεταίειο», Αθήνα

² Τμήμα Λογοθεραπείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

³ Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

⁴ Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Υγείας Μητέρας Παιδιού και Ιατρικής Ακριβείας, Έδρα Εφηβικής Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», Αθήνα



Πρόγραμμα Συνεδρίου

Κυριακή 10 Δεκεμβρίου 2023

- 10:00 - 12:00 **Στρογγυλό τραπέζι: Εμμηνόπαυση και καρδιομεταβολική υγεία**
Συντονιστές: **Κ. Τσιούφης, Ε. Κούκου**
- Διαχείριση της αύξησης βάρους κατά την εμμνοπαυσιακή μετάβαση **Μ. Γραμματικοπούλου**
 - Διαβήτης και εμμνόπαυση **Ε. Λαμπρινουδάκη**
 - Υπολογισμός καρδιαγγειακού κινδύνου κατά τη μετάβαση στην εμμνόπαυση **Ε. Αρμένη**
 - Ορμονική θεραπεία σε γυναίκες υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου **Σ. Πάσχου**

12:00 - 12:30 **Δορυφορική Διάλεξη**

- 12:30 - 14:30 **Στρογγυλό τραπέζι: Γυναίκα και οστική υγεία**
Συντονιστές: **Γ. Τροβάς, Μ. Πέππα**
- Προεμμνοπαυσιακή οστεοπόρωση **Ε. Κασσή**
 - Πρώιμη ωθητική ανεπάρκεια και μυοσκελετική υγεία **Π. Αναγνωστής**
 - Ποιότητα οστού: Τι είναι και πως εκτιμάται; **Σ. Τουρνής**
 - Εξατομίκευση της αντιοστεοπορωτικής θεραπείας στη γυναίκα μετά την εμμνόπαυση **Α. Αναστασιλάκης**

14:30 - 15:30 **Συμπεράσματα - Λήξη Συνεδρίου**
Ε. Λαμπρινουδάκη

10^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης

08-10 Δεκεμβρίου 2023

Royal Olympic, Αθήνα



Ελληνική Εταιρεία
Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης
Hellenic Society of Climacterium and Menopause

Ευρετήριο ομιλητών



Ευρετήριο Ομιλητών

- Hillard Tim** BM, DM, FRCOG, FFSRH, Consultant Gynaecologist, Department of Obstetrics & Gynaecology, University Hospitals Dorset, Poole, UK
- Hirschberg Angelica Linden** MD, PhD, Professor, Department of Gynecology and Reproductive Medicine, Karolinska University Hospital, Sweden
- Nappi Rossella** Professor of Obstetrics & Gynecology, University of Pavia, IRCCS San Matteo Hospital, Italy
- Simoncini Tommaso** Professor of Obstetrics and Gynecology, University of Pisa, Head-Division of Obstetrics and Gynecology, Past-President of European Menopause and Andropause Society (EMAS), Italy
- Αθανασιάδου Κλεονίκη** MD, MSc (Res), Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Ενδοκρινολογική Μονάδα & Διαβητολογικό Κέντρο, Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα
- Αθανασίου Σταύρος** Μαιευτήρας - Γυναικολόγος - Ουρογυναικολόγος, Αναπηρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αντιπρόεδρος Ευρωπαϊκής Ένωσης Ουρογυναικολογίας (EUGA), Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Αποκατάστασης του πνευλικού εδάφους, Αθήνα
- Αναγνωστής Γ. Παναγιώτης** MD, MSc, PhD, FRSPH, Ενδοκρινολόγος, Υπεύθυνος Ενδοκρινολογικού Τμήματος ΕΛΑΣ, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Αναστασιλάκης Αθανάσιος** Διευθυντής Ενδοκρινολογικού Τμήματος 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη
- Αποστολάκης Μιχαήλ** Ενδοκρινολόγος, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Αθήνα
- Αρκαδόπουλος Νικόλαος** Καθηγητής Χειρουργικής, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα
- Αρμένη Αναστασία** Ειδικευόμενη Ενδοκρινολογίας, Διδάκτωρ Ενδοκρινολογίας - Αναπαραγωγής, Ενδοκρινολογικό Τμήμα Παθολογικής Κλινικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα
- Αρμένη Έλενα** Δρ, MD, PhD, Ενδοκρινολόγος - Διαβητολόγος, Αθήνα
- Αυγουλέα Αρετή** Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος ΕΚΠΑ, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Τμήμα Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Αθήνα
- Αυγουστή Ιφιγένεια** Διατροφολόγος, Επιστημονική Συνεργάτις Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα



Ευρετήριο Ομιλητών

Βάκας Παναγιώτης	Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Αθήνα
Βενέτη Σταυρούλα	Ειδικευόμενη Ενδοκρινολογίας, Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
Βλάχος Νικόλαος	Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Διευθυντής Β' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, «Αρεταίειον» Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα
Βρυωνίδου-Μπομποτά Ανδρομάχη	Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Ενδοκρινολογίας & Μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο, Νοσοκομείο «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΙΠΕΝΑΚΕΙΟ» ΕΕΣ, Αθήνα
Γεωργόπουλος Νεοκλής	Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, ΠΓΝ Πατρών, Πάτρα
Γουλής Γ. Δημήτριος	Καθηγητής Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Πρόεδρος European Menopause and Andropause Society (2021-2023), Ταμίας International Society of Andrology (2020-2025), Συν-πρόεδρος Επιτροπής Κατευθυντηρίων Οδηγιών, European Academy of Andrology (2017-2025), Θεσσαλονίκη
Γραμματικοπούλου Μαρία	Λέκτορας Διατροφής - Διατολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα
Γρηγοριάδης Χαράλαμπος	MD, MSc, PhD, Χειρουργός - Μαιευτήρ - Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Μέλος Επιστημονικού Συμβουλίου Μαιευτηρίου «ΛΗΤΩ», Αθήνα
Δασκαλάκης Γεώργιος	Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Περιγεννητικής Ιατρικής, Member of the Scientific Board of UENPS, Αθήνα
Δεληγεώρογλου Ευθύμιος	Ομότιμος Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας / Παιδικής & Εφηβικής Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Ειδικός Παιδογυναικολόγος, Πρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας
Δημητρακάκης Κωνσταντίνος	Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Χειρουργός Μαστού, Αθήνα
Ζέρβας Ιωάννης	Καθηγητής Ψυχιατρικής - Ψυχοσωματικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα
Καλαμπόκας Εμμανουήλ	MSc, PhD, RCOG, RCOG/ESGO, Γυναικολόγος-Ογκολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Β' Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Αθήνα
Καλαμπόκας Θεόδωρος	MD, MSc, PhD, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», British Fertility Society Certified IVF Specialist, Αθήνα



Ευρετήριο Ομιλητών

- Καλανταρίδου Σοφία** Καθηγήτρια Μαιευτικής - Γυναικολογίας και Στείρωσης, Διευθύντρια ΠΜΣ «Παθολογία της Κύησης» Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα
- Καραγκούνη Ηλιάνη** Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, Επιστημονική Συνεργάτις Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα
- Κασσή Ευανθία** Ενδοκρινολόγος, Καθηγήτρια Βιοχημείας - Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα
- Κοντογεώργη Αδαμαντία** Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Γ' Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα
- Κοσμαδάκη Μαρίτα** Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Αθήνα
- Κούκου Ευτυχία** Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Συντονίστρια Διευθύντρια, Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη & Μεταβολισμού, Γ.Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ», Αθήνα
- Κρεατσάς Γεώργιος** FACS, FRCOG, FACOG, Ομότιμος Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, τ. Αντιπρύτανης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα
- Κρόκος Παναγιώτης** Μαιευτήρας- Γυναικολόγος, Υπ. διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Συνεργάτης ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις, Αθήνα
- Λαμπαδιάρη Βαϊά** Καθηγήτρια Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα
- Λαμπρινουδάκη Ειρήνη** Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Επιστημονική Διευθύντρια της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Εμμηνόπαυσης και Ανδρόπαυσης (EMAS), Αθήνα
- Μαθιοπούλου Μαρία** Γενική Παθολόγος, Ειδικευόμενη Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ζυρίχης, Ελβετία
- Μακράκης Ευάγγελος** Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, Μαιευτήρας - Γυναικολόγος Αναπαραγωγής, Επιστημονικός Υπεύθυνος «ΥΓΕΙΑ IVF-Εμβρυογένεσις», Αθήνα
- Μαστοράκος Γεώργιος** Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Σακχαρώδη Διαβήτη και Μεταβολισμού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Αθήνα
- Μήλη Νικολέττα** Ειδικευόμενη Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Αθήνα



Ευρετήριο Ομιλητών

Μιχαλοπούλου Ολυμπία	MD, Ενδοκρινολογική Μονάδα & Διαβητολογικό Κέντρο, Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα
Νικολαΐδου Ηλέκτρα	Καθηγήτρια Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, Α' Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ», Αθήνα
Πανοσκάλητος Θεόδωρος	MD, PhD, FRCOG, CCST(UK), ESGO, ESPSO, Γυναικολόγος - Ογκολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Αθήνα
Πανουλής Κωνσταντίνος	Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα
Παπαδημητρίου Κασσιανή	Ειδικεύομενη Ενδοκρινολογίας, ΓΝΑ Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ, Υποψήφια Διδάκτωρ, Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
Παπανικόλα Νεκταρία	Ενδοκρινολόγος - Διαβητολόγος, Ιατρείο Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Τμήμα Ενδοκρινολογίας & Μεταβολισμού - Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Κοργιαλένιο - Μπενάκειο ΕΕΣ, Αθήνα
Πάσχου Σταυρούλα	Επίκουρη Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα
Πέππα Μεληπομένη	Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Υπεύθυνη Μονάδος Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Παθήσεων των Οστών, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Αθήνα
Σαμπάνη Αναστασία	Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα
Σιάσος Γεράσιμος	Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Πρύτανης ΕΚΠΑ, Αθήνα
Σπυροπούλου Αρετή	Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπεύτρια, ΕΔΙΠ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα
Σταματελόπουλος Κίμων	Καθηγητής Θεραπευτικής - Καρδιολογίας, Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» Αθήνα
Στεργιάτης Στέφανος	Ενδοκρινολόγος-Διαβητολόγος, Διδάκτωρ, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Κλιμακτηρίου Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα



Ευρετήριο Ομιλητών

Στεφανάκη Κατερίνα

MSc, IFEPAG, SCOPE, Ενδοκρινολόγος Θεραπευτικής Κλινικής, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα

Συριστατίδης Χαράλαμπος

Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας και Αναπαραγωγικής Ιατρικής, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Αθήνα

Τουρνής Συμεών

Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Εργαστήριο Έρευνας Παθήσεων Μυοσκελετικού Συστήματος, Τμήμα Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΚΑΤ», Αθήνα

Τροβάς Γεώργιος

Ενδοκρινολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Εργαστηρίου Έρευνας Μυοσκελετικών Παθήσεων «Θ. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗΣ», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Μέλος ΔΣ (ΕΛΙΟΣ), Αθήνα

Τσιούφης Κωνσταντίνος

Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης, Αθήνα

Χαραμαντά Μαρία

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Επιστημονική Συνεργάτις Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

Χριστοδουλάκος Γεώργιος

Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

Ψαλτοπούλου Θεοδώρα

Παθολόγος, Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

10^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης

08-10 Δεκεμβρίου 2023

Royal Olympic, Αθήνα



Ελληνική Εταιρεία
Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης
Hellenic Society of Climacterium and Menopause

Ελεύθερες Ανακοινώσεις



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

ΕΑ01 - ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αυγουστή Ιφίγενεια¹, Καραγκούνη Ηλιάννα¹, Αρμένη Έλενα¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Στεφανάκη Αικατερίνη², Καραγιαννάκης Δημήτρης³, Πανουλής Κωνσταντίνος¹, Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος³, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Μονάδα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναίκολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Ενδοκρινολογική Μονάδα, Τμήμα Κλινικής Θεραπευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

³ Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή - Σκοπός: Η εμμηνόπαυση αποτελεί μια ιδιαίτερη περίοδο στη ζωή των γυναικών, που συνοδεύεται από ποικίλες αλλαγές. Οι εμμηνόπαυσιακές γυναίκες τείνουν να εμφανίζουν συχνότερα Μη Αλκοολική Λιπώδη Νόσο του Ήπατος λόγω της επίδρασης διαφόρων παραγόντων όπως είναι οι μεταβολικές συννοσηρότητες, η ενδογενής έλλειψη ορμονών του φύλου και το διατροφικό προφίλ. Η ποιότητα της διατροφής των εμμηνόπαυσιακών γυναικών μπορεί να επηρεάσει το βαθμό ηπατικής ίνωσης και τη διαμόρφωση του σχετικού κινδύνου. Η αξιολόγηση της ποιότητας διατροφής υπό το πρίσμα των δεικτών ηπατικής ίνωσης σε εμμηνόπαυσιακές γυναίκες αποτελεί το σκοπό της παρούσας πιλοτικής μελέτης.

Υλικό - Μέθοδος: Δείγμα αποτέλεσαν 75 υγιείς εμμηνόπαυσιακές γυναίκες που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης του Αρεταίειου Νοσοκομείου Αθηνών. Δημογραφικά και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά καταγράφηκαν στο σύνολο του δείγματος. Η εκτίμηση της διατροφικής πρόσληψης ολοκληρώθηκε μέσω έγκυρου ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων (FFQ) και ημερήσιας ανάκλησης. Υπολογίστηκε η ημερήσια πρόσληψη υδατανθράκων, πρωτεϊνών και λιπαρών οξέων όπως και η μέση κατανάλωση μη επεξεργασμένων δημητριακών, επεξεργασμένων δημητριακών, πατάτας, φρούτων, λαχανικών, ψαριού, κόκκινου κρέατος, αλκοόλ και τσαγιού-καφέ. Η προσκόλληση στη Μεσογειακή δίαιτα αξιολογήθηκε βάσει του MedDietScore. Η ελαστογραφία ήπατος χρησιμοποιήθηκε ως εξέταση για την αξιολόγηση του βαθμού ηπατικής ίνωσης και στεάτωσης με τις μεθόδους Fibroscan και 2D Shear Wave Elastography.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 58 ± 7 έτη, ενώ, ο ΔΜΣ ήταν $26,3 \pm 5,4$ kg/m². Αντίστοιχα, η μέση προσκόλληση στο πρότυπο της μεσογειακής διατροφής στις γυναίκες της παρούσας μελέτης ήταν υψηλή ($37,8 \pm 4,6$) με βάση το MedDietScore. Ο ΔΜΣ διέφερε σημαντικά (mean difference= 7,2, p=0.004) ανάμεσα στις γυναίκες χωρίς στεάτωση ($23,201 \pm 3,47$) και στην ομάδα με σοβαρή στεάτωση ($30,410 \pm 5,37$). Η μέση κατανάλωση τσαγιού-καφέ συσχετίστηκε αρνητικά με τις μετρήσεις ελαστογραφίας ($r = -0,256$, p=0,026). Αντίστοιχα, η ημερήσια διατροφική πρόσληψη πρωτεϊνών (% συνολικής πρωτεΐνης) συσχετίστηκε θετικά με τις μετρήσεις ελαστογραφίας ($r = 0,356$, p=0,002). Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των λιπαρών οξέων και υδατανθράκων με τις μετρήσεις ελαστογραφίας. Επίσης, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο βαθμό ίνωσης και στεάτωσης και τις ελεγχόμενες διατροφικές παραμέτρους, δηλαδή, τη μέση κατανάλωση μη επεξεργασμένων δημητριακών, επεξεργασμένων δημητριακών, πατάτας, φρούτων, λαχανικών, ψαριού και κόκκινου κρέατος πιθανότατα λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος και του περιορισμένου αριθμού γυναικών στις ομάδες με σοβαρή ίνωση και στεάτωση.

Συμπεράσματα: Διατροφικές παράμετροι και ειδικότερα η ημερήσια διατροφική πρόσληψη πρωτεΐνης και η μέση κατανάλωση τσαγιού-καφέ εμφανίζουν συσχέτιση με δείκτες ίνωσης και στεάτωσης σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

ΕΑ02 - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΔΟΜΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Αποστολάκης Μιχαήλ¹, Σταματελόπουλος Κίμων², Αυγουλέα Αρετή¹, Πάσχου Σταυρούλα², Αρμένη Έλενα¹, Πανουλής Κωνσταντίνος¹, Βάκας Παναγιώτης¹, Γεωργιόπουλος Γεώργιος², Καπαρός Γεώργιος³, Ρίζος Δημήτριος³, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ

² Θεραπευτική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

³ Ορμονολογικό και Βιοχημικό Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ

Εισαγωγή: Η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί το πρώτο αίτιο θανάτου παγκοσμίως. Με την πάροδο των χρόνων στη ζωή μιας γυναίκας, αθλή και πιο συγκεκριμένα μετά την εμμηνόπαυση, συμβαίνουν διάφορες μεταβολές στον οργανισμό, οι οποίες σε κάποιες από τις γυναίκες προδιαθέτουν για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να ερευνήσουμε την επίπτωση της υπέρτασης και να προσδιορίσουμε τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου σε υγιείς, μετεμμηνοπαυσιακές, μη διαβητικές Ελληνίδες με φυσιολογική νεφρική λειτουργία.

Υλικό - Μέθοδοι: Αξιολογήσαμε 141 πρόσφατα μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες στην πρώτη επίσκεψη κι έκτοτε επησίως (συνολικός χρόνος παρακολούθησης: 1 έως 8 έτη). Τα δείγματα αίματος ελήφθησαν και οι υπερηχογραφικοί έλεγχοι εκτελέστηκαν κατά την πρώτη επίσκεψη. Ένα λεπτομερές ιατρικό ιστορικό, ανθρωπομετρικές παράμετροι, μια πίεση αίματος και καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου καταγράφηκαν για κάθε γυναίκα σε κάθε επίσκεψη. Ως επεισόδιο αρτηριακής υπέρτασης ορίστηκε το πρώτο περιστατικό συστολικής ή διαστολικής πίεσης αίματος, που μετρήθηκε σε 2 διαφορετικές επισκέψεις μέσα σε 2 μήνες ή το ιστορικό έναρξης ενός αντιυπερτασικού φαρμάκου.

Αποτελέσματα: Επεισόδιο υπέρτασης εντοπίστηκε σε 30 από τις 141 γυναίκες (21.3%). Ο μέσος χρόνος της διάγνωσης ήταν 3.5 έτη. Η παχυσαρκία, τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων, η αντίσταση ινσουλίνης και η τεκνοποίηση συνδέθηκαν θετικά με την εμφάνιση υπέρτασης. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, εντούτοις, η παχυσαρκία και η αντίσταση ινσουλίνης ήταν οι μόνες στατιστικά σημαντικές μεταβλητές που συσχετίστηκαν 3 φορές και 2 φορές αντίστοιχα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης.

Συμπέρασμα: Ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που εισέρχονται στην εμμηνόπαυση εμφανίζουν αρτηριακή υπέρταση γεγονός που συνδέεται περισσότερο με την παχυσαρκία και την αντίσταση ινσουλίνης.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

ΕΛ03 - ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΥΨΗΛΟΤΕΡΕΣ ΤΙΜΕΣ ΤΣΗ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ ΔΥΝΑΜΗ ΧΕΙΡΟΛΑΒΗΣ: ΜΙΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Χατζηβασιλείου Παναγιώτα¹, Αρμένι Έλινα^{1,2}, Chedraui Peter³, Καραγκούνη Ηλιάννα¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Παλαιολόγου Αναστασία¹, Καπαρός Γεώργιος⁴, Πανουλής Κωνσταντίνος¹, Σαμπάνη Αναστασία¹, Βλάχος Νικόλαος¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλινιατρικού – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Royal Free Hospital, NHS Foundation Trust, University College London Medical School

³ Escuela de Posgrado en Salud, Universidad Espíritu Santo, Samborondín, Ecuador

⁴ Βιοχημικό Εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή - Σκοπός: Να αξιολογηθεί η πιθανή συσχέτιση μεταξύ της θυρεοτροπίνης (TSH), μέσα σε όρια ευθυρεοειδικής λειτουργίας, και των μυοσκελετικών παραμέτρων, καθώς και της σύστασης του σώματος σε ένα δείγμα εμμνοπαυσιακών γυναικών.

Υλικό: Η παρούσα συγχρονική μελέτη περιέλαβε 96 εμμνοπαυσιακές γυναίκες με επίπεδα TSH εντός του φυσιολογικού εύρους αναφοράς του εργαστηρίου.

Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε βιοχημική/ορμονική αξιολόγηση και εκτιμήσαμε την κατάσταση των οστών και τη σύσταση του σώματος με χρήση DEXA. Η μυϊκή ισχύς αξιολογήθηκε μετρώντας τη δύναμη χειρολαβής (HGS). Η φυσική δραστηριότητα ποσοτικοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας.

Αποτελέσματα: Οι τιμές TSH συσχετίστηκαν με τη HGS ($r=0,233$, $p=0,025$) και με τιμές συνολικού T-score ($r=0,321$, $p=0,003$). Οι μετρήσεις HGS συσχετίστηκαν με BMD ($r=0,415$, $p<0,001$), BMC ($r=0,427$, $p<0,001$) και άλιπη μάζα ($r=0,326$, $p=0,003$). Γυναίκες με χαμηλή μυϊκή δύναμη ($HGS < 16$ Kg), είχαν χαμηλότερα επίπεδα TSH σε σύγκριση με γυναίκες με φυσιολογική μυϊκή δύναμη (ANCOVA $1,13\pm 0,49$ mU/L έναντι $1,60\pm 0,83$ mU/L, $p=0,024$), ανεξάρτητα από την ηλικία, BMD, το ποσοστό λίπους στο σώμα ή την άλιπη μάζα. Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι οι τιμές HGS συσχετίζονταν με τις μετρήσεις TSH (συντελεστής $b=0,246$, $p=0,014$) και με τις τιμές T-score της πυκνότητας των οστών (συντελεστής $b=0,306$, $p=0,002$). Όλα τα μοντέλα προσαρμόστηκαν για ηλικία, δείκτη μάζας σώματος, βιταμίνη D, LDL-χοληστερόλη, τρέχον κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα και αντίσταση στην ινσουλίνη.

Συμπεράσματα: Σε αυτό το δείγμα εμμνοπαυσιακών γυναικών, υψηλότερες τιμές TSH στον ορό, εντός του φυσιολογικού εύρους, συσχετίζονται με μεγαλύτερη μυϊκή δύναμη σε σύγκριση με χαμηλότερες τιμές TSH. Περαιτέρω έρευνα χρειάζεται για να διευκρινιστεί η σημασία των προκαταρκτικών μας ευρημάτων.

This research is co-financed by Greece and the European Union (European Social Fund- ESF) through the Operational Programme «Human Resources Development, Education and Lifelong Learning» in the context of the project "Reinforcement of Postdoctoral Researchers - 2nd Cycle" (MIS-5033021), implemented by the State Scholarships Foundation (IKY).



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

ΕΑ04 - ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ 43-50 ΕΤΩΝ: ΕΝΑ ΣΤΙΓΜΙΟΤΥΠΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Καραφλή Μαρία, Μαυραγάνη Φωτεινή

Ιδιωτικό Ιατρείο Ενδοκρινολογίας Διαβήτη & Μεταβολισμού, Φάρος Ψυχικού

Εισαγωγή: Η ανάλυση σύστασης σώματος είναι ένα χρήσιμο κλινικό εργαλείο. Κατά την περιεμμηνόπαυση τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται και αυτό σχετίζεται με μεταβολή της κατανομής του σωματικού λίπους.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετηθούν τα σωματομετρικά δεδομένα υγιών περιεμμηνόπαυσιακών γυναικών.

Υλικό: 52 υγιείς γυναίκες ηλικίας 43 έως 50 ετών υποβλήθηκαν σε ανάλυση σύστασης σώματος με τη μέθοδο βιοεμπέδωσης.

Μέθοδος: Τα δεδομένα συνελήφθησαν με τη συγκατάθεση των εξεταζομένων & αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία (SD) ήταν 46,5 (2,1) έτη. Το μέσο βάρος (SD) ήταν 75 kg (15,5) και το μέσο ύψος (SD) ήταν 164,4 cm (5,2). Ο μέσος ΔΜΣ (SD) ήταν 27,9 kg/m² (5,9), ενώ το μέσο ποσοστό λίπους (SD) ήταν 38% (8,2). Η μέση λιπώδης μάζα (SD) και η μέση σκελετική μάζα (SD) ήταν 29,7 kg (11,7) και 24,9 kg (3,4) αντίστοιχα.

Ο μέσος ΔΜΣ είναι στο εύρος υπέρβαρων/παχύσαρκων στην ηλικία 43-50 με 33 γυναίκες στις 52 να έχουν ΔΜΣ μεγαλύτερο από 25 kg/m². Πιο συγκεκριμένα 16 από τις 52 ήταν στο εύρος της παχυσαρκίας. Το μέσο ποσοστό λίπους στις υπέρβαρες/παχύσαρκες γυναίκες είναι 42,7 % (5,3), ενώ στις γυναίκες με φυσιολογικό βάρος το μέσο ποσοστό λίπους (SD) είναι 29,9% (5,6).

Συμπεράσματα: Η ανάλυση της σύστασης σώματος στην περιεμμηνόπαυση μπορεί να είναι ένας προγνωστικός δείκτης του καρδιομεταβολικού προφίλ και της κατανομής του λίπους μετά την τελική έμμηνο ρύση.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA05 - Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ LASER ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΑΤΡΟΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Αλιμονάκη Ελίνα-Χριστιάνα¹, Δημητρακοπούλου Αικατερίνη¹, Καρόζη Ελένη^{1,2}, Κύρκου Γιαννούλα¹

¹ Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Μαιευτικής, Αθήνα

² Κέντρο Υγείας Αθήναιου

Εισαγωγή: Στην εμμηνόπαυση η ραγδαία πτώση των οιστρογόνων στον οργανισμό συντελεί καθοριστικά στην επιθηλιακή μετατροπή του βλενωγόνου του κόλπου και των ιστών. Η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων οδηγείται σε κοιλική ατροφία με έντονα συμπτώματα ξηρότητας, κνησμού, καύσου και δυσπαρευίας. Μία από τις θεραπευτικές προσεγγίσεις στις μέρες μας παρουσιάζονται οι συσκευές με βάση την ενέργεια (Laser), με την υποσχόμενη «αναζωογόνηση» του κόλπου και θεραπεία των συμπτωμάτων της ατροφίας.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και καταλληλότητας χρήσης των συσκευών με βάση την ενέργεια (Laser) ως θεραπευτική μέθοδος της κοιλικής ατροφίας.

Υλικό - Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των ετών 2018 – 2023 στη βάση επιστημονικών δεδομένων PubMed. Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής λέξεις κλειδιά: Vaginal atrophy, menopause, Laser therapy, VVA, Vaginal rejuvenation.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία θεραπείες εκλογής αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της κοιλικής ατροφίας στην σημερινή εποχή που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές είναι: η χορήγηση οιστρογόνων, PRP, λιπαντικά-ενυδατικά σκευάσματα με βάση το νερό, DHEA και Ospemifene. Σαν υποψήφια θεραπευτική επιλογή της κοιλικής ατροφίας, προτείνεται τα τελευταία χρόνια η εφαρμογή των συσκευών με βάση την ενέργεια (Laser). Υπάρχει προβληματισμός όσον αφορά την καταλληλότητα και την αποτελεσματικότητα των συσκευών Laser. Από έρευνες φαίνεται να ανταποκρίνονται στο αναμενόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα, χωρίς σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Συμπεράσματα: Με βάση την ανασκόπηση φαίνεται ότι η πιθανή χρήση των συσκευών Laser για την αντιμετώπιση της κοιλικής ατροφίας είναι ενθαρρυντική. Απαιτούνται όμως πιο συμπαγή επιστημονικά δεδομένα. Συστήνεται περαιτέρω διερεύνηση με δεδομένα μακροπρόθεσμης αποτελεσματικότητας και ασφάλειας προκειμένου να αποσαφηνιστεί η βέλτιστη κλινική εφαρμογή της μεθόδου.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

ΕΑ06 - ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κύρκου Γιαννούλα¹, Αθιμονάκη Ελίνα-Χριστίνα¹, Δημητρακοπούλου Αικατερίνη¹, Καρόζη Ελένη^{1,2}

¹ Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Μαιευτικής, Αθήνα

² Κέντρο Υγείας Αθήναιου

Εισαγωγή: Η εμμηνόπαυση είναι μια φυσιολογική αλλαγή που συμβαίνει στη μέση της ζωής μιας γυναίκας. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι γυναίκες εμφανίζουν αγγειοκινητικά, σωματικά και σεξουαλικά συμπτώματα που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής τους. Κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες έχουν σημαντική επίδραση στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.

Σκοπός: Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί ο επιπολασμός των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης μεταξύ των εμμηνοπαυσιακών και μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών και των παραγόντων που σχετίζονται με την Ποιότητα της ζωής αυτών των γυναικών.

Υλικό - Μέθοδοι: Η μελέτη διεξήχθη σε 150 Ελληνίδες εμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που ζουν στη νότια περιοχή του νησιού της Εύβοιας. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε τον δείκτη MENQOL που αναφέρεται στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και στο κατά πόσο επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Αποτελέσματα: Μεταξύ των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, το «Αίσθημα νευρικότητας ή άγχους» (64,7%) και «Αλλοιές στην εμφάνιση, την υφή ή τον τόνο του δέρματος» (8%) ήταν τα περισσότερα και τα λιγότερο συχνά αντίστοιχα. Οι εργαζόμενες γυναίκες είχαν υψηλότερα επίπεδα αγγειοκινητικών συμπτωμάτων από τις άνεργες. Οι μη καπνιστές είχαν υψηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικών συμπτωμάτων από τους καπνιστές επίσης. Η λήψη φαρμάκων για προβλήματα υγείας ήταν ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρέασε αρνητικά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης.

Συμπέρασμα: Η εμμηνόπαυση σχετίζεται με ποικίλα συμπτώματα. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συμβουλεύουν τις γυναίκες και να τους προτείνουν μεθόδους και θεραπείες σύμφωνα με το ιστορικό υγείας και τις προσωπικές τους προτιμήσεις. Προτείνονται περαιτέρω μελέτες για την αξιολόγηση του ρόλου των προσωπικών και κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα και την ένταση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

ΕΛ07 - ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ BIRADS3 ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΚΥ ΛΑΜΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥΣ

Κατσιαρδάνη-Τζοβανέτο Καηλιόνη-Πινελίση, Κατσούδα Δέσποινα

Μαιευτικό και Γυναικολογικό Τμήμα ΚΥ Λαμίας, Νομός Φθιώτιδος

Εισαγωγή: Ανάμεσα στους στόχους του Μαιευτικού και Γυναικολογικού τμήματος του ΚΥ Λαμίας είναι και η πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Προς αυτή την κατεύθυνση είμαστε πεπεισμένοι ότι θα πρέπει να εφαρμοστούν απεικονιστικές μέθοδοι υψηλής ευκρίνειας (MRI μαστών, ελαστογραφία, 3D τομοσύνθεση, PEM) που ανιχνεύουν έγκαιρα καρκίνους μικρού μεγέθους, σε επίπεδο 1 χιλιοστού.

Σκοπός: Να καταγραφεί ο πληθυσμός κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού και συγκεκριμένα ο αριθμός των γυναικών που παρουσίαζαν BIRADS3 στη μαστογραφία ή στον υπέρηχο μαστού και για τις οποίες θα προταθεί η διενέργεια MRI μαστού με έγχυση σκιαγραφικού.

Υλικό - Μέθοδος: Καταγράφηκαν όλες οι γυναίκες που εμφάνιζαν BIRADS 3 από την περίοδο 3/9/2019 έως και 9/11/2023. Πρόκειται για 33 γυναίκες συνολικά για αυτή την περίοδο.

Αποτελέσματα: Από τις 33 γυναίκες με BIRADS3 αυτές κατανέμονται ως εξής ανά έτος: από 3/9/2019=0, 2020=0 (περίοδος covid19), 2021=7, 2022=13, έως 9/11/2023=15.

Συμπεράσματα: Μετά την περίοδο covid19 παρατηρείται αύξηση της καταγραφής των BIRADS3 γιατί περισσότερες γυναίκες επισκέπτονται το Μαιευτικό και Γυναικολογικό τμήμα του ΚΥ Λαμίας, επίσης θα πρέπει να διερευνηθούν εάν και άλλοι λόγοι έχουν προκαλέσει αυτή την αύξηση των περιστατικών BIRADS3. Τα κινητά τηλέφωνα των γυναικών έχουν καταγραφεί και θα ειδοποιηθούν το μήνα Νοέμβριο 2023 για να κάνουν MRI μαστών άμφω με έγχυση σκιαγραφικού, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση καρκίνων του μαστού. Σε περίπτωση ανάδειξης ευρημάτων από την MRI μαστού οι γυναίκες αυτές προσπαθούμε να οργανώσουμε συνεργασία με το Μαιευτικό-Γυναικολογικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας, ώστε να παραπέμπονται στο δημόσιο σύστημα υγείας για δωρεάν παρακέντηση με λεπτή βελόνα των οζωδών αλληλώσεων FNA με την καθοδήγηση υπερήχου ή core biopsy ή να παραπέμπονται στον Αγ. Σάββα για μαμωτόμο σε περίπτωση παρουσίας ύποπτων αποιτανώσεων.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

ΕΑ08 - ΔΙΑΔΟΧΙΚΗ ΑΝΤΙ-ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Αναγνώστis Παναγιώτis¹, Διβάρης Ευστάθιος¹, Μπόσδου Κ. Ιουλιία², Τουρνής Συμεών³, Σταθόπουλος Κωνσταντίνος⁴, Γουλής Γ. Δημήτριος

¹ Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Έρευνας Παθήσεων Μυοσκελετικού Συστήματος «Θ. Γαροφαλίδης», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «ΚΑΤ», Αθήνα

⁴ Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Μεταβολικά Νοσήματα των Οστών, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Η ορμονική θεραπεία εμμηνόπαυσης (ΟΘΕ) έχει αποδεδειγμένο όφελος όσον αφορά στον οστικό μεταβολισμό, καθώς μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο σπονδυλικών, μη-σπονδυλικών και καταγμάτων ισχίου. Παρ'αυτά, η βέλτιστη διαδοχική αντι-οστεοπορωτική αγωγή μετά τη διακοπή της ΟΘΕ δεν έχει επαρκώς καθοριστεί.

Σκοπός: Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση δεδομένων σχετικά με την επίδραση των διαδέσιμων θεραπειών στην οστική πυκνότητα (ΟΠ) και τον κίνδυνο κατάγματος σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μετά τη διακοπή της ΟΘΕ.

Υλικό - Μέθοδοι: Αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Cochrane μέχρι τις 31/10/2023. Συμπεριελήφθησαν τόσο τυχαίοποιημένες όσο και μελέτες παρατήρησης.

Αποτελέσματα: Μετά από αποκλεισμό των διπλο-εγγραφών, αναγνωρίστηκαν 717 μελέτες, από τις οποίες δύο ήταν κατάλληλες για ποιοτική ανάλυση, μία τυχαίοποιημένη και μία αναδρομική μελέτη κοόρτης. Σύμφωνα με την πρώτη μελέτη (n=144), η χορήγηση αλενδρονάτης 10 mg/ημέρα για 12 μήνες οδήγησε σε επιπλέον αύξηση της ΟΠ στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ) κατά 2,3%, ενώ διατήρησε τη ΟΠ στον αυχένα του μηριαίου (ΑΜ), σε αντίθεση με το εικονικό φάρμακο. Η αλενδρονάτη οδήγησε επίσης σε μείωση των δεικτών οστικού αναβολισμού και καταβολισμού κατά 47% και 36%, αντίστοιχα.

Σύμφωνα με τη δεύτερη μελέτη (n=34), η χορήγηση ραλοξιφένης 60 mg/ημέρα για 12 μήνες, οδήγησε σε αύξηση της ΟΠ στην ΟΜΣΣ και τον ΑΜ, κατά 3% και 2,9%, αντίστοιχα. Δεν αναφέρθηκαν νέα κατάγματα σε καμία από τις δύο μελέτες.

Συμπεράσματα: Η αντι-οστεοκλαστική αγωγή με αλενδρονάτη ή ραλοξιφένη, μπορεί να προταθεί σε γυναίκες μετά τη διακοπή της ΟΘΕ, καθώς αυξάνει σημαντικά την ΟΠ. Πάντως, δεν μπορούν να εξαχθούν ακόμα ασφαλή συμπεράσματα από την υπάρχουσα βιβλιογραφία.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA09 - MELETH LADY: EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PREVALENT AND NEW GENITOURINARY SYNDROME OF MENOPAUSE CASES IN GREECE

Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹, Μήλη Νικολέττα¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Αρμένη Έλενα¹, Βλάχος Νικόλαος¹, Βάκας Παναγιώτης¹, Μίκος Θεμιστοκλής², Γριμπίζης Γρηγόριος², Ροδολάκης Αλέξανδρος³, Αθανασίου Σταύρος³

¹ Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταιείο Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα

² Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³ Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση σχετίζεται με συμπτώματα και σημεία ατροφίας του ουρογεννητικού συστήματος λόγω ανεπάρκειας οιστρογόνων. Το Ουρογεννητικό Σύνδρομο της Εμμηνόπαυσης (ΟΣΕ) έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής μετά την εμμηνόπαυση. Ενώ το ΟΣΕ είναι ένα χρόνια και επιδεινούμενο σύνδρομο, υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται.

Σκοπός: Αξιολόγηση του επιπολασμού του ΟΣΕ και των σχετικών συμπτωμάτων σε Ελληνίδες περι- και μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες.

Μέθοδος: Τετρακόσιες πενήντα (450) γυναίκες, που προσήλθαν σε τρεις γυναικολογικές κλινικές για έλεγχο ρουτίνας, απάντησαν σε επικυρωμένα ερωτηματολόγια (VSQ και ICIQFLUTS) και υποβλήθηκαν σε γυναικολογική εξέταση.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των γυναικών, μέσης ηλικίας $58,2 \pm 6,8$ έτη, ΟΣΕ διαγνώστηκε στο 87,6%, ενώ μόνο το 16% είχε ήδη λάβει προηγούμενη διάγνωση ΟΣΕ. Η ξηρότητα του κόλπου (72,7%), το αίσθημα καύσου ή ο κνησμός του αιδοίου (64%) και η δυσπαρευνία (52,7%) ήταν τα πιο διαδεδομένα συμπτώματα. Κατά τη γυναικολογική εξέταση συχνότερα παρατηρήθηκε κοιλιακή ξηρότητα (89%) και χωρότητα του κόλπου (86,9%). Η έπειξη προς ούρηση ή η αυξημένη συχνότητα επηρέαζαν το 51,6% των συμμετεχόντων. Η πλειοψηφία των γυναικών (60,4%) περιέγραψε τα συμπτώματά τους ως σημαντικά για την ποιότητα ζωής τους. Ωστόσο, μόνο το 31,3% είχε αναφέρει ή συζητήσει τις ανησυχίες του με το γιατρό της, το 11,1% είχε λάβει προηγουμένως κάποιο είδος θεραπείας συνταγογραφούμενης ή μη θεραπείας και το 8,7% βρισκόταν υπό θεραπεία.

Συμπεράσματα: Το ουρογεννητικό σύνδρομο της εμμηνόπαυσης είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο στις Ελληνίδες μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Ωστόσο, στην πλειονότητα των ασθενών παραμένει αδιάγνωστο και χωρίς θεραπεία.

Δήλωση συμφερόντων: Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από την ITF-Hellas. Η ITF δεν συμμετείχε στο σχεδιασμό, τη συλλογή δεδομένων, τη στατιστική ανάλυση, την ερμηνεία δεδομένων ή τη σύνταξη της μελέτης.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

ΕΑ10 - ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΤΑΜΗΝΙΟΥ ΚΥΚΛΟΥ

Στεργιάτης Στέφανος¹, Αρμένη Έλενα¹, Δελιαλής Δημήτριος², Γεωργιόπουλος Γεώργιος², Αυγουλέα Αρετή¹, Χατζηβασιλείου Παναγιώτα¹, Ρίζος Δημήτριος³, Μαυραγάνης Γεώργιος², Πάτρας Ραφαήλ², Πανουλής Κωνσταντίνος¹, Πάσχου Σταυρούλα¹, Σταματελόπουλος Κίμων², Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Αγγειολογικό Εργαστήριο, Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα

³ Ορμονολογικό εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Πειραματικά δεδομένα συσχετίζουν τα επίπεδα προλακτίνης με αθηροσκληρωτικά μονοπάτια. Επίσης κλινικές μελέτες δείχνουν δυσμενείς μεταβολικές επιδράσεις των χρόνια αυξημένων επιπέδων προλακτίνης, ωστόσο ο θηλασμός, που είναι μια κατάσταση υπερπρολακτιναιμίας, έχει ευεργετικές επιδράσεις στο καρδιομεταβολικό προφίλ.

Σκοπός: Εξετάζουμε τη συσχέτιση της προλακτίνης και των βραχυπρόθεσμων διακυμάνσεων της, με την αρτηριακή λειτουργία, κατά την διάρκεια της εμμήνου ρύσεως γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας.

Υλικό: 61 υγιείς γυναίκες με τακτική έμμηνο ρύση χωρίς καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου, αξιολογήθηκαν μεταξύ της 3ης και 5ης ημέρας περιόδου (ωοθυλακική φάση) και 18^{ης} με 23^{ης} ημέρας (ωχρινική φάση). Λήφθηκαν δείγματα αίματος και έγιναν αγγειακές εξετάσεις την ίδια ώρα της ημέρας και στις 2 φάσεις.

Μέθοδοι: Υπολογίστηκαν η ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV), η εξαρτώμενη από το ενδοθήλιο αγγειοδιαστολή της βραχιόνιου αρτηρίας (FMD), ο κεντρικός αυξητικός δείκτης (AI) και η ΑΠ στις γυναίκες αυτές.

Αποτελέσματα: Με ανάλυση γραμμικού μικτού μοντέλου, βρέθηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επιπέδων προλακτίνης και περιόδου (P=0,005) σε δύο επαναλαμβανόμενες μετρήσεις του PWV (από F- σε L-φάση) μετά τον έλεγχο για καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου. Αυτή η αλληλεπίδραση παρέμεινε στατιστικά σημαντική μετά από πρόσθετη προσαρμογή για την οιστραδιόλη (P=0,006).

Συμπεράσματα: Γυναίκες με υψηλά επίπεδα προλακτίνης παρουσιάζουν μη φυσιολογική αγγειακή λειτουργία και πιθανόν προδιαθέτουν στην εκδήλωση ΑΥ και καρδιαγγειακής νόσου στην μετέπειτα ζωή.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA11 - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Καραγκούνη Ηλιάνη^{1,3}, Αυγουστή Ιφιγένεια¹, Αρμένη Έλενα¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Γιαννακούλα Μαίρη², Πανουλής Κωνσταντίνος¹, Καίτηλίδου Δάφνη³, Βλάχος Νικόλαος¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλίμακτριου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Τμήμα Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

³ Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η μετάβαση των γυναικών στην εμμηνόπαυση σχετίζεται με αλλαγές στην ποιότητα ζωής τους, ενώ ο ρόλος της διατροφής παραμένει αρκετά σημαντικός.

Σκοπός: Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των διαιτητικών συνηθειών, της ποιότητας ζωής και της έντασης των εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων.

Υλικό: 453 υγιείς εμμηνόπαυσιακές γυναίκες που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο Κλίμακτριου και Εμμηνόπαυσης του Αρεταίειου Νοσοκομείου Αθηνών.

Μέθοδος: Δημογραφικά/άνθρωπομετρικά χαρακτηριστικά καταγράφηκαν στο σύνολο του δείγματος. Η εκτίμηση της διαιτητικής πρόσληψης ολοκληρώθηκε μέσω έγκυρου ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Η προσκόλληση στη Μεσογειακή δίαιτα αξιολογήθηκε βάσει του MedDietScore. Η ποιότητα ζωής (QoL) των συμμετεχουσών αξιολογήθηκε μέσα από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου SF-12 (12-item Short Form Survey). Παράλληλα έγινε αξιολόγηση της έντασης των ψυχολογικών, σωματικών και αγγειοκινητικών εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων μέσω της ειδικής κλίμακας Greene Climacteric Scale (GCS).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 63 ± 7 έτη, ενώ ο ΔΜΣ ήταν 27 ± 4,7 kg/m². Η QoL σχετιζόταν με τη σωματική υγεία των γυναικών σχετίστηκε θετικά με την ημερήσια κατανάλωση ροφημάτων καφέ/τσαγιού (b-coefficient= 3.450, p=0.002) και αρνητικά με την περιεκτικότητα πρωινού γεύματος σε λίπος (b-coefficient= -0.146, p=0.011). Η QoL σχετιζόταν με την ψυχική υγεία σχετίστηκε θετικά με την περιεκτικότητα μεσημεριανού γεύματος σε ενέργεια (b-coefficient= 0.004, p=0.008), υδατάνθρακες (b-coefficient= 0.034, p=0.009) και πρωτεΐνες (b-coefficient= 0.065, p=0.008). Η ένταση των σωματικών συμπτωμάτων σχετίστηκε αρνητικά με την ημερήσια κατανάλωση μη-αμυλούχων μαγειρεμένων λαχανικών ως βάση γευμάτων (b-coefficient= -3.513, p=0.042) και κρέατος χαμηλής/μέτριας περιεκτικότητας λίπους (b-coefficient= -1.587, p=0.036), καθώς και με την περιεκτικότητα μεσημεριανού γεύματος σε λίπος (b-coefficient= -0.009, p=0.028). Η ημερήσια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων πλήρων λιπαρών (b-coefficient= -0.776, p=0.019) και η περιεκτικότητα μεσημεριανού γεύματος σε υδατάνθρακες (b-coefficient= -0.006, p=0.012) σχετίστηκε με μικρότερη ένταση αγγειοκινητικών εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων. Η στατιστική σημαντικότητα των ανωτέρω μοντέλων γραμμικής παλινδρόμησης χάθηκε έπειτα από προσαρμογή της στατιστικής σημαντικότητας κατά Bonferroni (p<0.001). Δεν παρατηρήθηκε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της Μεσογειακής διατροφής και των παραμέτρων ποιότητας ζωής.

Συμπεράσματα: Διαιτητικά πρότυπα που περιλαμβάνουν ημερήσια κατανάλωση ροφημάτων καφέ/τσαγιού, μη-αμυλούχων λαχανικών, άπαχου κρέατος και γαλακτοκομικών προϊόντων πλήρων λιπαρών, φαίνεται να, σχετίζονται με καλύτερη διαμόρφωση παραμέτρων της ποιότητας ζωής των γυναικών στην εμμηνόπαυση.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA12 - Η ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Καραγκούνη Ηλιάνη^{1,3}, Αυγουστή Ιφιγένεια¹, Αρμένη Έλενα¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Γιαννακούλια Μαίρη², Πανουλής Κωνσταντίνος¹, Καϊτελίδου Δάφνη³, Σταματελόπουλος Κίμων⁴, Βλάχος Νικόλαος¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Τμήμα Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

³ Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

⁴ Αγγειολογικό Εργαστήριο, Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ Αλεξάνδρα

Εισαγωγή - Σκοπός: Οι παράγοντες που αυξάνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο μετά την εμμηνόπαυση, δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς μέχρι σήμερα. Σκοπός της παρούσας συγχρονικής μελέτης ήταν η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ διατροφικών συνθηκών με ανθρωπομετρικούς δείκτες καθώς και δείκτες υποκλινικής αγγειοπάθειας σε υγιείς εμμηνόπαυσιακές γυναίκες.

Υλικό - Μέθοδος: Δείγμα αποτέλεσαν 453 υγιείς εμμηνόπαυσιακές γυναίκες που προσήλθαν στο Ιατρείο Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης της Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο. Όλες οι συμμετέχουσες υποβλήθηκαν σε ανθρωπομετρικές μετρήσεις, αξιολόγηση δεικτών αγγειακής λειτουργίας, βιοχημικών/ορμονικών δεικτών ορού πλάσματος και εκτίμηση των διατροφικών τους συνθηκών. Η εκτίμηση της διαιτητικής πρόσληψης ολοκληρώθηκε μέσω έγκυρου ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, καθώς και μέσω καταγραφής διαιτητικής 24-ώρης ανάκλησης. Η προσκόλληση στη Μεσογειακή δίαιτα αξιολογήθηκε βάσει του MedDietScore. Επίσης, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της σωματικής δραστηριότητας μέσω του International Physical Activity Questionnaire. Ο αγγειολογικός έλεγχος των συμμετεχουσών περιλάμβανε εκτίμηση ταχύτητας σφυγμικού κύματος καρωτίδας-μηνιαίας (PWV), πάχους σημείων έσω μέσου καρωτίδας και μηνιαίας αρτηρίας (IMT), δείκτη FMD και παρουσίας αθηρωματικών πλάκων.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των γυναικών ήταν 63 ± 7 έτη, ενώ ο ΔΜΣ ήταν 27 ± 4,7 kg/m². Η μέση προσκόλληση στη μεσογειακή δίαιτα των συμμετεχουσών, σύμφωνα με το MedDietScore ήταν 36,4 ± 5,1. Τα μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης κατέδειξαν αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ημερήσιας κατανάλωσης ξηρών καρπών και α) του σωματικού βάρους (b-coefficient= -5.499, p<0.001), σχέση σημαντική ακόμα και ύστερα από προσαρμογή κατά Bonferroni. Η περιεκτικότητα πρωτεΐνης σε ενέργεια σχετίστηκε θετικά με το σωματικό βάρος των γυναικών (b-coefficient= 0.011, p=0.002). Η ημερήσια κατανάλωση φρούτων σχετίστηκε αρνητικά με την περιφέρεια μέσου βραχίονα (b-coefficient= -1.407, p=0.009), ενώ αντίστοιχη συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της ημερήσιας κατανάλωσης μη-επεξεργασμένων δημητριακών και δερματοτοπικής τριεφάλης (b-coefficient= -3.084, p=0.01). Η ταχύτητα σφυγμικού κύματος σχετίστηκε αρνητικά με την ημερήσια κατανάλωση ροφημάτων καφέ/τσαγιού (b-coefficient= -0,547, p=0.045) και θετικά με την ημερήσια κατανάλωση ψαριών/θαλασσιών (b-coefficient= 3,563, p=0.014) και αριθμού ημερήσιων γευμάτων (b-coefficient= 0.346, p=0.003). Η ημερήσια κατανάλωση πατάτας σχετίστηκε με υψηλότερες τιμές πάχους κοινής καρωτίδας (b-coefficient= 0.976, p<0.001; σχέση σημαντική ακόμα και μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni) και συνολικού πάχους καρωτίδας (b-coefficient= 0.446, p=0.008). Η ημερήσια κατανάλωση επεξεργασμένων δημητριακών (b-coefficient= 0.157, p=0.009) και αλκοόλ (b-coefficient= 0.176, p=0.049) σχετίστηκε θετικά με το πάχος έσω μέσου χιτών κοινής καρωτίδας. Η κατανάλωση ξηρών καρπών σχετίστηκε αρνητικά με την παρουσία αθηρωματικής πλάκας έσω καρωτίδας (b-coefficient= -0.482, p=0.043).

Συμπεράσματα: Διατροφικά πρότυπα που περιλαμβάνουν ημερήσια κατανάλωση ξηρών καρπών, φρούτων, δημητριακών ολικής αλέσεως, ροφημάτων καφέ / τσαγιού και χαμηλότερη συχνότητα κατανάλωσης πατάτας, φαίνεται να, σχετίζονται με καλύτερη διαχείριση του σωματικού βάρους, βελτίωση δεικτών σύστασης σώματος και μετριασμό της εξέλιξης της υποκλινικής αθηροσκλήρωσης σε εμμηνόπαυσιακές γυναίκες.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA13 - ΜΕΤΑΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΔΥΝΑΠΕΝΙΑ ΕΧΟΥΝ ΥΨΗΛΟΤΕΡΕΣ ΤΙΜΕΣ ΔΕΙΚΤΗ FIBROSIS-4

Χατζηβασιλείου Παναγιώτα¹, Καραγκούνη Ηλιάννα¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Παλαιοιόλογος Αναστασία¹, Κοντού Λωραίνα¹, Λαμπροπούλου Βιργινία¹, Χατζιωάννου Αχιλλέας², Καπαρός Γεώργιος³, Αλεξάνδρου Ανδρέας¹, Αρμένη Έλενα¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Α' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

³ Βιοχημικό Εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Δείκτες μη αλκοολικής λιπώδης διήθησης του ήπατος (NAFLD), όπως ο Fibrosis-4 (Fib-4) και ο NAFLD fibrosis (NFS), μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον αποκλεισμό προχωρημένης ίνωσης. Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση έχει συσχετιστεί με την αύξηση παραγόντων καρδιομεταβολικού κινδύνου, που ενδεχομένως να αυξάνουν τον κίνδυνο NAFLD και χαμηλής δύναμης ισχύος (HGS).

Στόχος: Η αξιολόγηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των δεικτών Fib-4 και NFS και της HGS, σε ένα δείγμα εμμηνόπαυσιακών γυναικών.

Υλικό: 122 εμμηνόπαυσιακές γυναίκες

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε λήψη αίματος για βιοχημική/ορμονική αξιολόγηση και υπολογίστηκαν οι τιμές των δεικτών Fib-4 και NFS. Μετρήσαμε τιμές HGS και καθορίσαμε τη δυναπενία ως $HGS < 16$ kg.

Αποτελέσματα: Οι τιμές του δείκτη Fib-4 συσχετίστηκαν με την HGS ($r = -0,213$, $p = 0,034$) και τη δυναπενία ($r = 0,232$, $p = 0,020$). Ο δείκτης NFS συσχετίστηκε με την HGS ($r = -0,247$, $p = 0,015$) και τη δυναπενία ($r = 0,219$, $p = 0,032$). Και οι δύο δείκτες συσχετιζόνταν με την ηλικία, την ηλικία εμμηνόπαυσης, το δείκτη μάζας σώματος και τα λιπίδια του αίματος. Οι γυναίκες με δυναπενία έναντι εκείνων με φυσιολογική μυϊκή δύναμη είχαν υψηλότερες τιμές Fib-4 ($1,34 \pm 0,6$ έναντι $1,1 \pm 0,37$, $p = 0,016$ ANOVA). Οι μετρήσεις Fib-4 συσχετιζόνταν γραμμικά με τη δυναπενία ($b = 0,230$, $p = 0,022$). Τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η δυναπενία συσχετίζεται με αύξηση των τιμών Fib-4 (OR = 5,580, $p = 0,010$). Όλα τα μοντέλα προσαρμόστηκαν για ηλικία και παράγοντες καρδιοαγγειακού κινδύνου.

Συμπέρασμα: Οι μετρήσεις του δείκτη Fib-4 συσχετίζονται σταθερά με τη δυναπενία και τις μετρήσεις HGS σε εμμηνόπαυσιακές γυναίκες, σε αντίθεση με τον δείκτη NFS. Περαιτέρω μελέτες με μακροχρόνια προοπτική προοπτική χρειάζονται για την επιβεβαίωση της σημασίας των ευρημάτων μας.

This research is co-financed by Greece and the European Union (European Social Fund- ESF) through the Operational Programme «Human Resources Development, Education and Lifelong Learning» in the context of the project "Reinforcement of Postdoctoral Researchers - 2nd Cycle" (MIS-5033021), implemented by the State Scholarships Foundation (IKY).



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA14 - ΑΓΓΕΙΟΚΙΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΕΡΙ- ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ **Αρμένη Αναστασία^{1,2}, Αναγνωστής Παναγιώτης³, Αρμένη Έλενα^{2,4}, Μήλη Νικολέττα², Γουλιές Δημήτρης³, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη²**

¹ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Τμήμα Αναπαραγωγικής Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ρίο, Πάτρα

² Τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

³ Μονάδα Αναπαραγωγικής Ενδοκρινολογίας, Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

⁴ Royal Free Hospital NHS Trust, UCL Medical School, London, UK

Εισαγωγή: Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα (vasomotor symptoms, VMS) αποτελούν κύριο δείκτη για την αξιολόγηση χορήγησης θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης. Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών έχει συσχετίσει την παρουσία των VMS με το μελλοντικό κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

Σκοπός: Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο τη συστηματική ποιοτική και ποσοτική αξιολόγηση, της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των VMS και του κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου (CVD).

Υλικό: 11 προοπτικές μελέτες, που αξιολόγησαν περι- και μεταμνοπαυσιακές γυναίκες

Μέθοδος: Εξετάστηκε ο συσχετισμός ανάμεσα σε VMS (εξάψεις και/ή νυχτερινές εφιδρώσεις) και της εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής νόσου (ΚΝ) και του εγκεφαλικού επεισοδίου. Οι συσχετίσεις εκφράζονται ως σχετικοί κίνδυνοι (RR) με διαστήματα εμπιστοσύνης 95% (CI).

Αποτελέσματα: Ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε γυναίκες με και χωρίς VMS διαφέρει ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων. Οι γυναίκες με VMS ≤ 60 ετών είχαν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης CVD από τις γυναίκες χωρίς VMS της ίδιας ηλικίας (RR 1.12, 95% CI 1.05-1.19, I2 0%). Αντιστρόφως, η εμφάνιση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε γυναίκες > 60 ετών δεν συσχετίστηκε με την εκδήλωση VMS (RR 0.96, 95% CI 0.92-1.01, I2 55%).

Συμπεράσματα: Ο συσχετισμός μεταξύ των VMS και των καρδιαγγειακών συμβαμάτων διαφέρει με την ηλικία. Η παρουσία VMS σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο CVD μόνο σε γυναίκες ηλικίας ≤ 60 ετών. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης περιορίζονται από την υψηλή ετερογένεια μεταξύ των μελετών, που αφορά κυρίως χαρακτηριστικά του πληθυσμού και τον ορισμό των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης.

This research is co-financed by Greece and the European Union (European Social Fund- ESF) through the Operational Programme «Human Resources Development, Education and Lifelong Learning» in the context of the project "Reinforcement of Postdoctoral Researchers - 2nd Cycle" (MIS-5033021), implemented by the State Scholarships Foundation (IKY).



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA15 - Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Αρμένη Αναστασία¹, Αρμένη Έλενα^{2,3}, Αυγουλέα Αρετή², Δελιαλής Δημήτριος⁴, Αγγελιδάκης Λασθένης⁴, Παπαϊωάννου Μαρία⁴, Καπαρός Γεώργιος⁵, Αλεξάνδρου Ανδρέας², Γεωργόπουλος Νεοκλής¹, Βλάχος Νικόλαος², Σταματελόπουλος Κίμων⁴, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη²

¹ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Τμήμα Αναπαραγωγικής Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ρίο, Πάτρα

² Τμήμα Κλιμακτηρίου-Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

³ Royal Free Hospital NHS Foundation Trust, UCL Medical School, London, UK

⁴ Εργαστήριο Αγγειακής Παθολογίας, Τμήμα Θεραπευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

⁵ Εργαστήριο Βιοχημείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταί

Εισαγωγή: Δεδομένα συσχετίζουν την γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία (FSD) με τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των λειτουργικών δεικτών αγγειακής λειτουργίας και των βαθμών FSD σε υγιείς εμμηνόπαυσιακές γυναίκες.

Υλικό - Μέθοδος: Στην συγχρονική αυτή μελέτη συμπεριελήφθησαν 116 εμμηνόπαυσιακές γυναίκες, στις οποίες αξιολογήθηκε η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία μέσω της μέτρησης της διαμεσοθαβούμενης από την ροή διαστολής της βραχιονίου αρτηρίας (FMD) και η αρτηριακή σκλήρυνση μέσω της μέτρησης της ταχύτητας σφυγμικού κύματος (PWV). Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα (VMS) αξιολογήθηκαν μέσω της κλίμακας Greene, η σεξουαλική λειτουργία μέσω της κλίμακας FSFI και η κατάθλιψη μέσω της κλίμακας Beck. Σεξουαλική δυσλειτουργία ορίζεται ως FSFI<26.55.

Αποτελέσματα: Οι βαθμολογίες σεξουαλικής λειτουργίας σχετίστηκαν με μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης: Συστολική (SBP): 120.2±15.0mmHg έναντι 113.4±14.6mmHg, p=0.026, διαστολική (DBP): 75.9±10.5 mmHg έναντι 70.3±9.9 mmHg, p=0.012, προσαρμοσμένα για την ηλικία, τον δείκτη μάζας σώματος, το κάπνισμα και το PWV. Η SBP σχετίστηκε με τον συνολικό δείκτη FSFI (b=0.249, p=0.041) και το PWV (b=0.392, p<0.001). Οι μετρήσεις PWV σχετίστηκαν με το FSFI (b=-0.291, p=0.047) και την πίεση παλμού (b=0.355, p=0.017). Οι μετρήσεις FMD σχετίστηκαν ομοίως με το FSFI (b=0.427, p=0.033). Όλα τα μοντέλα προσαρμόστηκαν για την ηλικία, τον δείκτη μάζας σώματος, το κάπνισμα, την αντίσταση στην ινσουλίνη, τα VMS και την κατάθλιψη.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματά μας δείχνουν ότι οι χαμηλότερες βαθμολογίες σεξουαλικής λειτουργίας σχετίζονται με επιδεινωμένη αγγειακή λειτουργία που εκδηλώνεται κυρίως ως αρτηριακή σκλήρυνση συμβάλλοντας περαιτέρω σε μεταβολές στην συστολική αρτηριακή πίεση.

Η παρούσα έρευνα συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση», στο πλαίσιο της Πράξης «Ενίσχυση Μεταδιδακτόρων ερευνητών/ερευνητριών - Β' Κύκλος» (MIS-5033021), που υλοποιεί το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών (ΙΚΥ).



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

ΕΑ16 - ΤΑ ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ, Η ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ Η ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΟΧΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΙΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Αρμένη Αναστασία^{1,2}, Αρμένη Έλενα¹, Αυγουλιά Αρετή¹, Στεργιώτης Στέφανος¹, Καπαρός Γεώργιος³, Αλεξάνδρου Ανδρέας¹, Ελευθεριάδης Μακάριος¹, Γεωργόπουλος Νεοκλής², Βλάχος Νικόλαος¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Τμήμα Αναπαραγωγικής Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ρίο, Πάτρα

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η σεξουαλική λειτουργία μετά την εμμηνόπαυση προϋποθέτει την ενορχήστρωση ορμονικών, νευρικών και αγγειακών αλληλεπιδράσεων και ψυχολογικών, διαπροσωπικών, πολιτισμικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η αίσθηση συνοχής (SOC) αντανακλά την ικανότητα ενός ατόμου να αντιμετωπίζει στρεσογόνους παράγοντες και μπορεί να επηρεάσει την εκδήλωση συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης και σεξουαλικής δυσλειτουργίας.

Σκοπός: Η διερεύνηση της συσχέτισης των κλιμακτηρικών συμπτωμάτων, των καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου και της SOC με την σεξουαλική λειτουργία σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες.

Υλικό - Μέθοδος: Συνολικά 281 σεξουαλικά ενεργές μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες χωρίς σημαντική ψυχοπαθολογία ή καρδιαγγειακή νόσο που επισκέφθηκαν τη Μονάδα Εμμηνόπαυσης του Νοσοκομείου Αρεταίειου αξιολογήθηκαν με το FSFI για την σεξουαλική απόκριση, την Κλίμακα Greene Climacteric για τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, την κλίμακα κατάθλιψης Beck και την κλίμακα αίσθησης συνοχής (SCO). Αξιολογήθηκαν ορμονικές και βιοχημικές παράμετροι και παράγοντες καρδιομεταβολικού κινδύνου. Βαθμολογίες FSFI <26.5 θεωρήθηκαν παθολογικές.

Αποτελέσματα: Παθολογικές βαθμολογίες FSFI βρέθηκαν στο 79.7% του δείγματος. Πολυμεταβλητή ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι οι βαθμολογίες FSFI συσχετίστηκαν με (1) βαθμολογίες Beck ($b = -0.200$, $P = .001$), σοβαρότητα αγγειοκινητικών συμπτωμάτων ($b = -0.324$, $P < .001$) και ηλικία και (2) SOC ($b = 0.150$, $P = .008$), σοβαρότητα αγγειοκινητικών συμπτωμάτων ($b = -0.361$, $P < .001$) και ηλικία. Και τα δύο μοντέλα προσαρμόστηκαν για την ηλικία εμμηνόπαυσης, τον σακχαρώδη διαβήτη, την υπέρταση, τον τύπο εμμηνόπαυσης και την μετεμμηνόπαυσιακή ορμονική θεραπεία. Η SOC συσχετίστηκε με βαθμολογίες κατάθλιψης Beck ($\beta = -0.487$, $P < .001$; Greene Climacteric Scale, $\beta = -0.199$, $P < .001$). Η βαθμολογία FSFI <26.5 έναντι >26.5 συσχετίστηκε με SOC (odds ratio, 0.982; 95% CI, 0.563 έως 1.947; $P = .006$) και μέτρια έως σοβαρή σοβαρότητα αγγειοκινητικών συμπτωμάτων (odds ratio, 2.476; 95% CI, 1.478 έως 3.120; $P = .009$) ανεξάρτητα από την ηλικία, τον σακχαρώδη διαβήτη, την υπέρταση, την μετεμμηνόπαυσιακή ορμονική θεραπεία τον τύπο εμμηνόπαυσης ή την ταξινόμηση κατάθλιψης Beck.

Συμπεράσματα: Οι παθολογικές βαθμολογίες FSFI ήταν πολύ συχνές σε αυτό το δείγμα μετεμμηνόπαυσιακών γυναικών. Η FSFI σχετίζεται θετικά με την ηλικία και τη σοβαρότητα των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων και αρνητικά με την SOC.

Η παρούσα έρευνα συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση», στο πλαίσιο της Πράξης «Ενίσχυση Μεταδιδακτόρων ερευνητών/ερευνητριών - Β' Κύκλος» (MIS-5033021), που υλοποιεί το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών (ΙΚΥ).



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA17 - ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΦΥΤΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Πάντσιου Σοφία-Μαρία

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Μαιευτικής, Αθήνα

Εισαγωγή: Σήμερα στις ανεπτυγμένες χώρες, όπου το προσδόκιμο ζωής ανέρχεται τα 75-80 έτη αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση. Οι γυναίκες περνούν το ένα τρίτο της ζωής τους στο εμμηνόπαυσιακό στάδιο. Παλαιότερα, η αντιμετώπιση των δυσάρεστων συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης γίνονταν με τη χρήση βοτάνων. Τον 20ο αιώνα, αυτή η θεραπευτική μορφή αντικαταστάθηκε από συνθετικά φάρμακα καθώς και την εισαγωγή της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης (Θ.Ο.Υ). Τα τελευταία χρόνια όμως, λόγω των σοβαρών κινδύνων που δημιουργούσε μακροχρόνια, ορμόνα και περισσότερες στρέφονται προς την βοτανοθεραπεία και τα φυτοοιστρογόνα για την ανακούφιση τους.

Σκοπός: Η συγκεκριμένη μελέτη αποσκοπεί στο να διερευνήσει την εφαρμογή της βοτανοθεραπείας σε γυναίκες στην εμμηνόπαυση.

Υλικό - Μέθοδος: Η παρούσα μελέτη βασίστηκε στην μεθοδολογία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Πραγματοποιήθηκε έρευνα σε 3 βάσεις δεδομένων: το Google scholar, PubMed & Elsevier. Καταγράφηκαν 20 έρευνες, 8 εκ των οποίων πληρούσαν τα κριτήρια.

Αποτελέσματα: Με την χρήση φυτοοιστρογόνων παρατηρήθηκε μείωση των εξάψευων-νυχτερινών επιδρώσεων, κοιλιακής ξηρότητας, ατροφίας και κατά συνέπεια δυσπαρέυνης και πρόληψη οστεοπόρωσης. Τέλος, φάνηκε ότι ίσως και να δρουν ανασταλτικά στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού και του ενδομητρίου.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία με φυτοοιστρογόνα μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία ως προς την ανακούφιση των ενοχλητικών συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. Είναι μάλιστα πιο προσβάσιμη και «φυσική» σε σχέση με την Θ.Ο.Υ. που περιλαμβάνει συνθετικές ορμόνες. Ωστόσο, υπάρχουν διαφορούμενες απόψεις σχετικά με την ασφάλεια της χρήσης της.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA18 - Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Δημητρακοπούλου Αικατερίνη¹, Αλιμονάκη Ελίνα-Χριστιάνα¹, Καρόζη Ελένη^{1,2}, Κύρκου Γιαννούλα¹

¹ Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Μαιευτικής, Αθήνα

² Κέντρο Υγείας Αλιβερίου

Εισαγωγή: Σύμφωνα με τα τρέχοντα κλινικά δεδομένα, η έκπτωση των οιστρογόνων κατά την εμμηνόπαυση δίνει έναυσμα σε μία σειρά μεταβολών της διάθεσης και της γνωστικής λειτουργίας της γυναίκας.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση του ρόλου των νευροστεροειδών στο ΚΝΣ κατά την εμμηνόπαυση, με έμφαση στη συσχέτισή τους με την κατάθλιψη και το Alzheimer.

Υλικό - Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των ετών 2016 – 2023 στη βάση επιστημονικών δεδομένων PubMed. Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής λέξεις κλειδιά: hormones-estrogen-menopause-depression-SSRIs-central-nervous-system.

Αποτελέσματα: Τα οιστρογόνα μειώνουν την δραστηριότητα των ενζύμων Μονοαμινοξειδάση Α και Μονοαμινοξειδάση Β (MAO-A και MAO-B). Επιπλέον, αυξάνουν την δραστηριότητα της Υδροξυλάσης της Τρυπτοφάνης και τα επίπεδα υποδοχέων της Σεροτονίνης. Κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση, χρονικές περίοδοι με υψηλότερη αναλογία τεστοστερόνης: οιστρογόνων σχετίζονται με εντονότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Σύμφωνα με τα τρέχοντα κλινικά δεδομένα, η χορήγηση οιστρογόνων είναι εξίσου αποτελεσματική με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής στην περιεμμηνόπαυση, αλλά δεν είναι αποτελεσματική σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Ωστόσο, η Θ.Ο.Υ. δεν συνιστάται ως μία θεραπεία πρώτης γραμμής της Μείζονος Καταθλιπτικής διαταραχής.

Όσον αφορά στη νόσο Alzheimer, τα οιστρογόνα έχουν νευροπροστατευτική δράση, ενισχύουν την συναπτική πλαστικότητα και μειώνουν την παραγωγή του β-αμυλοειδούς, της πρωτεΐνης που σχετίζεται με την ανάπτυξη της νόσου. Απεικονίσεις PET scan έδειξαν ότι οι περιεμμηνόπαυσιακές και οι εμμηνόπαυσιακές γυναίκες είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα μεταβολισμού της γλυκόζης σε αρκετές περιοχές – κλειδιά του εγκεφάλου. Παρόμοιο μοτίβο υπομεταβολικών περιοχών έχει διαπιστωθεί σε εγκεφάλους ασθενών με Alzheimer.

Συμπεράσματα: Η εμμηνόπαυση επιφέρει μεταβολικές αλλαγές στον εγκέφαλο, οι οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης Alzheimer και διαταραχών της διάθεσης. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα αναφορικά με την επίδραση των νευροστεροειδών στο Κ.Ν.Σ. έτσι ώστε αυτό να χρησιμεύσει στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης και ορισμένων νευροεγκεφαλικών νοσημάτων.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

ΕΑ19 - Η ΧΡΗΣΗ ΣΤΑΤΙΝΩΝ ΚΑΙ Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ PALLADIA

Μαυραγάννης Γεώργιος¹, Παπανικόλα Νεκταρία², Αγγελιοπούλου Αναστασία², Στεφανάκη Αικατερίνη², Αρμένι Έλινα^{2,3}, Πάσχου Σταυρούλα², Anelli Valentina⁴, Αυγουλέα Αρετή², Βλάχος Νικόλαος², Σταματελόπουλος Κίμων¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη²

¹ Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, ΕΚΠΑ, Αθήνα

² Τμήμα Κλιμακτηρίου-Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Αρεταιείο Νοσοκομείο, Αθήνα

³ Royal Free Hospital NHS Foundation Trust, UCL Medical School, London, UK

⁴ University of Brescia, Department of Clinical and Experimental Sciences, Brescia, Italy

Εισαγωγή: Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρδιομεταβολικών επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένου του πρωτοεμφανιζόμενου σακχαρώδους διαβήτη (NODM). Η χρήση στατινών αυξάνει τον κίνδυνο NODM στον γενικό πληθυσμό, ωστόσο, οι επιπτώσεις της χρήσης στατινών αναφορικά με τον κίνδυνο NODM, ειδικά σε μετεμμηνοπαυσιακούς πληθυσμούς, δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς.

Σκοπός: Να εκτιμηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης NODM ύστερα από τη χρήση στατινών σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Υλικό: 473 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, μέση διάρκεια παρακολούθησης 10 έτη

Μέθοδος: Η προοπτική μελέτη PALLADIA, αποτελείται από γυναίκες μέσης ηλικίας εξετάστηκαν ετησίως για συμπτώματα που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση.

Αποτελέσματα: Η εμφάνιση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στην αρχή και το τέλος της παρακολούθησης ήταν ως εξής: κάπνισμα 26% έναντι 19,4%; σακχαρώδης διαβήτης 3% έναντι 9,9%; υπέρταση 22,4% έναντι 29,6%; δυσλιπιδαιμία 30,9% έναντι 46,9%; χρήση στατινών 16,7% έναντι 34,2%. NODM διαγιγνώστηκε σε 38 γυναίκες, ενώ η NODM±διαταραχή γλυκόζης νηστείας διαγιγνώστηκε σε 44 γυναίκες. Η πολυμεταβλητή ανάλυση έδειξε ότι ο κίνδυνος για NODM συνδέθηκε με προγενέστερη χρήση στατινών (OR=4,5, 95%CI, 1,67–12,11) προσαρμοσμένο για ηλικία, ΔΜΣ, HTN, κάπνισμα. Η συνδυαστική χρήση στατινών/ΔΜΣ συνδέθηκε με υψηλότερο κίνδυνο για NODM±υπεργλυκαιμία (OR=4,63, 95%CI, 1,80–11,90).

Συμπεράσματα: Ο κίνδυνος για την εκδήλωση NODM λόγω της χρήσης στατινών στον ελληνικό πληθυσμό της PALLADIA είναι υψηλότερος σε σύγκριση με τον κίνδυνο που αναφέρθηκε σε προηγούμενες μελέτες. Ανάμεσα στους παραδοσιακούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, ο αρχικός ΔΜΣ κατά την περιεμμηνοπαυση σχετίζεται περισσότερο με το μελλοντικό κίνδυνο δυσγλυκαιμίας. Είναι αναγκαία περαιτέρω έρευνα για να διερευνηθούν οι παθογενετικοί μηχανισμοί που βρίσκονται στη βάση αυτών των παρατηρήσεων.

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε με την ευγενική χορηγία της VICHY. Η VICHY δεν είχε καμία ανάμιξη στο σχεδιασμό, στην εκτέλεση, στην στατιστική ανάλυση ή στη συγγραφή της παρούσας μελέτης.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA20 - Η ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Αρμένη Έλενα¹, Κοπανός Στέλιος^{1,2}, Βερικούκη Ευρυδίκη^{1,4}, Αυγουλέα Αρετή¹, Πάσχου Σταυρούλα⁵, Ρίζος Δημήτριος⁶, Καπαρός Γεώργιος⁶, Ελευθεριάδης Μακάριος¹, Χαΐδης Άννα-Μπετίνα³, Γουλιής Γ. Δημήτριος², Βλάχος Νικόλαος¹, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Ιατρική Σχολή, Μονάδα Αναπαραγωγικής Ενδοκρινολογίας, Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

³ Ιατρική Σχολή, Τμήμα Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Βιοστατιστικής, Τομέας Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

⁴ Εργαστήριο Εντομολογίας και Γεωργικής Ζωολογίας, Τμήμα Αγροτικής Παραγωγής και Αγροτικού Περιβάλλοντος, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁵ Ιατρική Σχολή, Μονάδα Ενδοκρινολογίας και Διαβήτη, Τμήμα Κλινικής Θεραπευτικής, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

⁶ Βιοχημικό και Ορμονολογικό Εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Η διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας συνδέεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και των καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου σε μια ομάδα υγιών γυναικών μέσης ηλικίας.

Υλικό: 2793 γυναίκες περι-/μεταεμμηνόπαυσιακές που δεν έλαβαν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης.

Μέθοδοι: Αξιολογήθηκαν δημογραφικά/ανθρωπομετρικά και βιοχημικά/ορμονικά δεδομένα. Η ένταση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης αξιολογήθηκε με την Κλιμακτηρική Κλίμακα Greene (GCS).

Αποτελέσματα: Το συνολικό GCS-σκόρ συσχετίστηκε με το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ, $b=0.12$, 95%CI: 0.04 έως 0.20), τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (T2ΔΜ, $b=2.10$, 95%CI: 0.06 έως 4.15) και την εμμηνόπαυση ($b=-1.24$, 95% CI: -2.17 έως -0.33). Το ψυχολογικό GCS-σκόρ συσχετίστηκε με το ΔΜΣ ($b=0.06$, 95% CI: 0.00 έως 0.11). Το σωματικό GCS-σκόρ συσχετίστηκε με το ΔΜΣ ($b=0.06$, 95%CI: 0.03 έως 0.09), την κεντρική παχυσαρκία ($b=0.18$, 95% CI: 0.02 έως 0.34) και τη μετεμμηνόπαυση. Όλα τα GCS-σκόρ συσχετίστηκαν αρνητικά με την ηλικία. Η ανάλυση Cox-παλινδρομής έδειξε ότι ο εκδηλούμενος T2ΔΜ συσχετίζεται θετικά με την αύξηση της ηλικίας, του ΔΜΣ, της μέρσης κατανάλησης αλκοόλ, των μέτριων έως σοβαρών αγγειοκινητικών συμπτωμάτων (OR=1.045, 95% CI: 1.011 έως 1.079) και αρνητικά με τη μέτρια έως έντονη φυσική δραστηριότητα. Αυτές οι συσχετίσεις διατηρήθηκαν σε αδύνατες γυναίκες, αλλά όχι σε παχύσαρκες.

Συμπεράσματα: Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης συνδέεται με τον T2ΔΜ, την παχυσαρκία και το κάπνισμα σε μια ομάδα περι-/μεταεμμηνόπαυσιακών γυναικών. Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα συσχετίζονται με τον κίνδυνο εκδήλωσης T2ΔΜ, ιδίως σε αδύνατες γυναίκες. Αυτές οι συσχετίσεις πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την υλοποίηση στρατηγικών πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA21 - Η ΕΝΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΟΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΝΕΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Αρμίνη Έλενα¹, Παπανικόλα Νεκταρία¹, Μαυραγάνης Γεώργιος², Αγγελιοπούλου Αναστασία¹, Αυγουλέα Αρετή¹, Πάσχος Σταυρούλα², Στεργιώτης Στέφανος¹, Χαραμαντά Μαρία¹, Χατζηβασιλείου Παναγιώτα¹, Καπαρός Γεώργιος³, Βλάχος Νικόλαος³, Σταματελόπουλος Κίμων², Λαμπρινουδάκη Ειρήνη¹

¹ Τμήμα Κλίμακτριου – Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταιείο Νοσοκομείο

² Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

³ Βιοχημικό Εργαστήριο, Αρεταιείο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή - Σκοπός: Η αξιολόγηση της πιθανής σχέσης ανάμεσα στη ένταση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων και του κινδύνου για καρδιομεταβολικές εκδηλώσεις μετά τη μεταβατική περίοδο της εμμηνόπαυσης.

Υλικό: Από ένα αρχικό δείγμα 1784 γυναικών, επιλέξαμε 825 γυναίκες χωρίς ενδείξεις μεταβολικού συνδρόμου (MetSyn) κατά την έναρξης της μελέτης και άνευ αγωγής με θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Οι γυναίκες ταξινομήθηκαν σε τρεις ομάδες (1:1 matched; χωρίς αγγειοκινητικά έντασι μέτρια έναντι σοβαρά συμπτώματα). Όλες οι συμμετέχουσες παρακολούθηθηκαν για 15 χρόνια μετά την πρώτη τους επίσκεψη για την εμφάνιση MetSyn, νέας υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας.

Αποτελέσματα: Κατά την έναρξη της μελέτης, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων δεν συσχετίστηκε με τη διάγνωση υπέρτασης ή δυσλιπιδαιμίας. Μετά από 15έτη, οι γυναίκες με σοβαρά συμπτώματα κατά την έναρξη παρουσίασαν υψηλότερη επίπτωση MetSyn/υπέρτασης (χωρίς vs ελαφρά vs μέτρα/σοβαρά, MetSyn 22,6% vs 17,1% vs 28,2%, P=0,049; υπέρταση 26,9% vs 32,9% vs 38,9%, P=0,025). Ο χρόνος για τη διάγνωση αυτών ήταν μικρότερος σε γυναίκες με πλέον σοβαρά συμπτώματα στην αρχική κατάσταση (καμπύλη-KM, μέτρα/σοβαρά vs ελαφρά vs χωρίς, MetSyn 11,4±0,4 έτη vs 12,9±0,3 έτη vs 13,1±0,2 έτη; υπέρταση 10,5±0,4 έτη vs 11,5±0,3 έτη vs 12,7±0,2 έτη; log-rank P<0,001). Η διάγνωση του MetSyn συσχετίστηκε με την παρουσία συμπτωμάτων μέτριας/σοβαρής έντασης (HR=1,797, P=0,021), μετρία κατανάλωση αλκοόλ, LDL-χοληστερόλη, έντονη άσκηση, ΔΜΣ, ηλικία. Η διάγνωση της υπέρτασης συσχετίστηκε με συμπτώματα μέτριας/σοβαρής έντασης (HR=1,902, P=0,004), έντονη άσκηση, τρέχον κάπνισμα, μετρία κατανάλωση αλκοόλ, συστολική πίεση, ΔΜΣ, ηλικία. Τα μοντέλα προσαρμόστηκαν επίσης για την περίμετρο μέσης, HOMA-IR, λιπίδια, διαστολική πίεση.

Συμπεράσματα: Η παρουσία αγγειοκινητικών συμπτωμάτων μέτριας/σοβαρής έντασης σχετίζεται με τον κίνδυνο για MetSyn και νέα υπέρταση σε νεαρές εμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε με την ευγενική χορηγία της VICHY. Η VICHY δεν είχε καμία ανάμειξη στο σχεδιασμό, στην εκτέλεση, στην στατιστική ανάλυση ή στη συγγραφή της παρούσας μελέτης.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA22 - Η ΣΧΕΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Σιάκαλη Δήμητρα, Καραγκούνη Ηλιάννα, Λαμπροπούλου Βιργινία, Αυγουστή Ιφιγένεια, Αρμέν Έλενα, Αυγουλέα Αρετή, Σαμπάνη Αναστασία, Πανουλής Κωνσταντίνος, Λαμπρινουδάκη Ειρήνη

Τμήμα Κλιμακτηρίου-Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση σχετίζεται με πολλαπλές καρδιομεταβολικές επιπλοκές, απώλεια μυϊκής μάζας και ελάττωση της μυϊκής ισχύος, με επακόλουθο κίνδυνο σαρκωπενίας. Η μεσογειακή διατροφή (ΜΔ) έχει συσχετιστεί με πολλαπλά οφέλη για τις μεγαλύτερες ηλικίες.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της σχέσης ανάμεσα στην προσκόλληση στη ΜΔ και τους δείκτες μυϊκής μάζας/ισχύος.

Υλικό: 112 υγιείς μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες, από το Ιατρείο Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ.

Μέθοδος: Βιοχημικές/ορμονολογικές παράμετροι αξιολογήθηκαν σε δείγματα πλάσματος νηστείας. Η αξιολόγηση της προσκόλλησης στη ΜΔ έγινε μέσω της εκτίμησης του Mediterranean Dietary Score (MedDietScore), οι τιμές του οποίου παρουσιάζονται σε τρίτημωρια, που αντιστοιχούν σε χαμηλή ή ενδιάμεση ή υψηλή προσκόλληση. Εκτιμήσαμε τη δύναμη χειρολαβής (HGS, handgrip strenght) καθώς και παραμέτρους ενδεικτικές της σύστασης του σώματος, χρησιμοποιώντας DXA.

Αποτελέσματα: Οι χαμηλές/ενδιάμεσες τιμές MedDietScore συσχετίστηκαν με χαμηλότερες τιμές HGS σε σύγκριση με τις υψηλότερες τιμές MedDietScore (19.5±4.9kg vs 21.9±3.9kg, p-value=0.023). Παρατηρήσαμε μια βαθμιαία αύξηση στις τιμές HGS ανάλογα με τα τρίτημωρια του MedDietScore (T1 vs T2 vs T3: 18.4±4.4 kg vs 20.6±5.2 kg vs 21.9±3.9 kg, ANOVA p-value για linear trend 0.009, ANCOVA p-value=0.026). Η πολυπαραγοντική ανάλυση κατέδειξε ότι οι τιμές HGS σχετίζονται σημαντικά με το MedDietScore (b-coefficient= 0.266, p-value=0.010). Οι μετρήσεις άλιπης μάζας συσχετίστηκαν με τιμές MedDietScore (b-coefficient=0.205, p-value=0.040). Τα μοντέλα προσαρμόστηκαν για την ηλικία και καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου.

Συμπεράσματα: Η προσκόλληση στη ΜΔ συσχετίστηκε θετικά με τις μετρήσεις μυϊκής μάζας/ισχύος στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Τα αποτελέσματα αυτά ενδεχομένως να είναι χρήσιμα για την οργάνωση στρατηγικών πρωτοβάθμιας πρόληψης, που αφορούν τις υγειοδιαίτητικές συνήθειες.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA23 - ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Ποταμιάνου Ειρήνη¹, Βαρελά Πηνελόπη^{1,2}, Φρουσίου Ιωάννα-Μαρία¹, Δελτσίδου Άννα¹

¹ Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα, Ελλάδα

² Γ.Ν.Α. "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"

Εισαγωγή: Η πλειοψηφία των γυναικών θα βιώσει την εμμηνόπαυση φυσιολογικά μεταξύ των ηλικιών 45 και 52 ετών. Υπολογίζεται ότι το 85% αυτών θα βιώσουν εξάψεις, διαταραχές της διάθεσης, αύξηση του σωματικού βάρους, νυχτερινές εφιδρώσεις, έκπτωση των γνωστικών ικανοτήτων καθώς και διαταραχές του ύπνου. Οι εμμηνόπαυσιακές και μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες αναφέρουν προβλήματα ύπνου σε ποσοστό 28%-63%. Η πολυετής συζήτηση αναφορικά με τα πλεονεκτήματα αλλά και τους κινδύνους της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης, τα τελευταία χρόνια έχει προκαλέσει σύγχυση στις γυναίκες, με αποτέλεσμα να αναζητούν συμπληρωματικές και εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας.

Σκοπός: Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αποσκοπεί στην ανάδειξη των ερευνητικών δεδομένων σχετικά με τις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται συχνότερα για τις διαταραχές του ύπνου στην εμμηνόπαυση.

Υλικό - Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση δημοσιευμένων μελετών στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus, από το 2008 έως το 2022.

Αποτελέσματα: Η αναζήτηση ανέδειξε έξι συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται συχνότερα από εμμηνόπαυσιακές και μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες για τις διαταραχές του ύπνου. Αυτές είναι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η αυτό-ύπνωση, τα συμπληρώματα διατροφής, η αρωματοθεραπεία, ο βελιονισμός και η άσκηση. Η πλειοψηφία των μελετών καταδεικνύει τα οφέλη των παραπάνω θεραπειών αφού παρατηρήθηκε μείωση των διαταραχών του ύπνου καθώς και βελτίωση της ποιότητας αυτού.

Συμπεράσματα: Οι διαταραχές του ύπνου στην εμμηνόπαυση δύνανται να βελτιωθούν με τη χρήση συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών οι οποίες έχουν κριθεί αποτελεσματικές βάσει τεκμηριωμένων μελετών. Η πραγματοποίηση περισσότερων μελετών για την επιβεβαίωση των οφελών των προαναφερθέντων θεραπειών, κρίνεται απαραίτητη.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA24 - ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΕΤΥΧΕΙ ΚΥΗΣΗ ΣΕ ΠΡΟ-ΧΩΡΗΜΕΝΗ ΗΛΙΚΙΑ ΜΕΣΩ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Καδδά Αναστασία¹, Καλιανταρίδου Σοφία², Μαστοράκος Γεώργιος³, Τούντας Γιάννης⁴, Πάντος Κωνσταντίνος⁵

¹ Μεταδιδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα

² Καθηγήτρια Μαιευτικής, Γυναικολογίας και Στείρωσης, Διευθύντρια ΠΜΣ «Παθολογία της Κύησης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

³ Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Σακχαρώδη Διαβήτη και Μεταβολισμού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ», Αθήνα

⁴ Ομότιμος Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

⁵ Επιστημονικός Διευθυντής Κλινικής «ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ», Αθήνα

Εισαγωγή: Η απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο που στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία εμφανίζεται τα τελευταία χρόνια με αυξανόμενη συχνότητα και με ποικίλες βιο-ψυχοκοινωνικές διαστάσεις. Ως εκ τούτου, ολοένα και περισσότερες γυναίκες σε κλιμακτήριο και εμμηνόπαυση επιδιώκουν και επιτυγχάνουν κύηση μέσω της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Σκοπός: Η διερεύνηση των κοινωνικών προσδιοριστών υπογονιμότητας και του κοινωνικού προφίλ γυναικών που έχουν πετύχει κύηση σε προχωρημένη ηλικία, μέσω υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Υλικό: Το δείγμα της έρευνας περιλάμβανε 300 υπογόνιμες γυναίκες ηλικίας άνω των 40 που είχαν πετύχει κύηση με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης σε Ιδιωτική Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Μέθοδος: Η παρούσα μελέτη που αποτελεί μέρος μεταδιδασκτορικής έρευνας βασίστηκε στη χρήση ερωτηματολογίου ως προς τους κοινωνικούς προσδιοριστές υπογονιμότητας και το κοινωνικό προφίλ των υπό μελέτη γυναικών.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των υπογόνιμων γυναικών σε κύηση είναι άνω των 40 ετών, έγγαμες δίχως παιδιά, με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, πνευματική καθιστική εργασία, καλό οικονομικό-κοινωνικό στάτους, συχνή γεωγραφική κινητικότητα, πολύ καλές συνθήκες διαβίωσης και σχετικά υγιεινό τρόπο ζωής. Οι υπό μελέτη γυναίκες φαίνεται να βιώνουν αρνητικά ως κοινωνικά στρεσογόνο γεγονός ζωής οποιαδήποτε αποτυχημένη προσπάθεια επίτευξης κύησης και παρόλο που οι αντιλήψεις τους δεν είναι τόσο παραδοσιακές, υιοθετούν θρησκευτικούς τρόπους και τελετουργικά για την επίτευξη κύησης. Λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια, φίλους, συγγενείς και λιγότερο από το επίσημο κράτος και οι περισσότερες θεωρούν την υπογονιμότητα στην ηλικία αυτή taboo για την ελληνική κοινωνία.

Συμπεράσματα: Η διερεύνηση και γνώση των κοινωνικών προσδιοριστών και του κοινωνικού προφίλ υπογόνιμων προχωρημένης ηλικίας γυναικών σε κύηση, ως ένα σύγχρονο ιατρικό παράδοξο, συνεισφέρει σημαντικά στην ολιστική προσέγγιση της υγείας-ασθένειας.



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

EA25 - ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΠΡΩΡΗ ΩΘΗΚΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Νεοφύτου Σπυριδούλα¹, Σιαφάκα Βασιλική², Κοντογεώργη Αδαμαντία³, Μεσσαρόπουλος Παντελής³, Γριπαρής Αλέξανδρος², Καραλέξη Μαρία³, Κρόκος Παναγιώτης³, Χρούσος Γεώργιος⁴, Καλιανταρίδου Σοφία³

¹ Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αρεταίειο», Αθήνα

² Τμήμα Λογοθεραπείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

³ Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

⁴ Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Υγείας Μπτέρας Παιδιού και Ιατρικής Ακριβείας, Έδρα Εφηβικής Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η διάγνωση της πρόωρης ωθηκικής ανεπάρκειας σχετίζεται με πληθώρα ψυχολογικών συμπτωμάτων, όπως είναι το stress και η κατάθλιψη.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη έγινε αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε γυναίκες με πρόωρη ωθηκική ανεπάρκεια.

Υλικό: Στη μελέτη συμμετείχαν 100 γυναίκες με διάγνωση πρόωρης ωθηκικής ανεπάρκειας.

Μέθοδος: Η εκτίμηση της κατάθλιψης και του άγχους έγιναν με τα ερωτηματολόγια Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D) και State-Trait Anxiety Inventory (STAI) trait. Επίσης, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιώντας το Quality of Life tool του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των γυναικών που συμμετείχαν ήταν τα 35.03±7.68 έτη (εύρος: 17-43 έτη). Το 58% των γυναικών δεν είχαν σύντροφο, ενώ το 6% δεν είχε ποτέ σεξουαλική επαφή. Η πλειοψηφία των γυναικών (75%) ανέφερε καταθλιπτικά συμπτώματα, με βάση το CES-D score >16 και άγχος.

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία των νέων γυναικών με πρόωρη ωθηκική ανεπάρκεια εμφανίζει συμπτωματολογία κατάθλιψης και άγχους. Η πολυδιάστατη αντιμετώπιση από συνδυασμό Επαγγελματιών Υγείας, όπως Γυναικολόγους Ενδοκρινολόγους, Ψυχολόγους ή ακόμα και Ψυχιάτρους, είναι επιβεβλημένη.

10^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης

08-10 Δεκεμβρίου 2023

Royal Olympic, Αθήνα



Ελληνική Εταιρεία
Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης
Hellenic Society of Climacterium and Menopause

Ευρετήριο Συγγραφέων Ελεύθερων Ανακοινώσεων



Ευρετήριο Συγγραφέων Ελεύθερων Ανακοινώσεων

A	
ANELLI VALENTINA	EA19
C	
CHEDRAUI PETER	EA03
A	
ΑΓΓΕΛΙΔΑΚΗΣ ΛΑΣΘΕΝΗΣ	EA15
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ	EA19, EA21
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΣΤΑΥΡΟΣ	EA09
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ ΑΝΔΡΕΑΣ	EA13, EA15, EA16
ΑΛΙΜΟΝΑΚΗ ΕΛΙΝΑ-ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ	EA05, EA06, EA18
ΑΝΑΓΝΩΣΤΗΣ ΠΑΝΑΠΩΤΗΣ	EA08, EA14
ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ	EA02
ΑΡΜΕΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ	EA14, EA15, EA16
ΑΡΜΕΝΗ ΕΛΕΝΑ	EA01, EA02, EA03, EA09, EA10, EA11, EA12, EA13, EA14, EA15, EA16, EA19, EA20, EA21, EA22
ΑΥΓΟΥΛΕΑ ΑΡΕΤΗ	EA01, EA02, EA03, EA09, EA10, EA11, EA12, EA13, EA14, EA15, EA16, EA19, EA20, EA21, EA22
ΑΥΓΟΥΣΤΗ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ	EA01, EA11, EA12, EA22
B	
ΒΑΚΑΣ ΠΑΝΑΠΩΤΗΣ	EA02, EA09
ΒΑΡΕΛΑ ΠΗΝΕΛΟΠΗ	EA23
ΒΕΡΥΚΟΥΚΗ ΕΥΡΥΔΙΚΗ	EA20
ΒΛΑΧΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	EA03, EA09, EA11, EA12, EA15, EA16, EA19, EA20, EA21
Γ	
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	EA02, EA10
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ ΝΕΟΚΛΗΣ	EA15, EA16
ΠΑΝΝΑΚΟΥΛΙΑ ΜΑΙΡΗ	EA11, EA12
ΓΟΥΛΗΣ Γ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	EA08, EA14, EA20
ΓΡΙΜΠΙΖΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ	EA09
ΓΡΥΠΑΡΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ	EA25
Δ	
ΔΕΛΙΑΛΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	EA10, EA15
ΔΕΛΤΣΙΔΟΥ ANNA	EA23
ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	EA05, EA06, EA18
ΔΙΒΑΡΗΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ	EA08



Ευρετήριο Συγγραφέων Ελεύθερων Ανακοινώσεων

Ε
ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΗΣ ΜΑΚΑΡΙΟΣ _____ ΕΑ16, ΕΑ20

Κ

ΚΑΔΔΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ _____ ΕΑ24

ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ _____ ΕΑ11, ΕΑ12

ΚΑΛΑΝΤΑΡΙΔΟΥ ΣΟΦΙΑ _____ ΕΑ24, ΕΑ25

ΚΑΠΑΡΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ _____ ΕΑ02, ΕΑ03, ΕΑ13, ΕΑ15, ΕΑ16, ΕΑ20, ΕΑ21

ΚΑΡΑΠΑΝΝΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ _____ ΕΑ01

ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗ ΗΛΙΑΝΑ _____ ΕΑ01, ΕΑ03, ΕΑ11, ΕΑ12, ΕΑ13, ΕΑ22

ΚΑΡΑΛΕΞΗ ΜΑΡΙΑ _____ ΕΑ25

ΚΑΡΑΦΛΟΥ ΜΑΡΙΑ _____ ΕΑ04

ΚΑΡΟΖΗ ΕΛΕΝΗ _____ ΕΑ05, ΕΑ06, ΕΑ18

ΚΑΤΣΙΑΡΔΑΝΗ-ΤΖΙΟΒΑΝΕΤΤΟ ΚΑΛΛΙΟΠΗ-ΓΗΝΕΛΟΠΗ _____ ΕΑ07

ΚΑΤΣΟΥΔΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ _____ ΕΑ07

ΚΟΝΤΟΓΕΩΡΓΗ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ _____ ΕΑ25

ΚΟΝΤΟΥ ΛΩΡΑΙΝΑ _____ ΕΑ13

ΚΟΠΑΝΟΣ ΣΤΕΛΙΟΣ _____ ΕΑ20

ΚΡΟΚΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ _____ ΕΑ25

ΚΥΡΚΟΥ ΠΑΝΝΟΥΛΑ _____ ΕΑ05, ΕΑ06, ΕΑ18

Λ

ΛΑΜΠΡΙΝΟΥΔΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ _____ ΕΑ01, ΕΑ02, ΕΑ03, ΕΑ09, ΕΑ10, ΕΑ11, ΕΑ12, ΕΑ13, Α14, ΕΑ15, ΕΑ16, ΕΑ19, ΕΑ20, ΕΑ21, ΕΑ22

ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ ΒΙΡΓΙΝΙΑ _____ ΕΑ13, ΕΑ22

Μ

ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ _____ ΕΑ24

ΜΑΥΡΑΓΑΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ _____ ΕΑ10, ΕΑ19, ΕΑ21

ΜΑΥΡΑΓΑΝΗ ΦΩΤΕΙΝΗ _____ ΕΑ04

ΜΕΣΣΑΡΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ _____ ΕΑ25

ΜΗΛΗ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ _____ ΕΑ09, ΕΑ14

ΜΙΚΟΣ ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗΣ _____ ΕΑ09

ΜΠΟΣΔΟΥ Κ. ΙΟΥΛΙΑ _____ ΕΑ08

Ν

ΝΕΟΦΥΤΟΥ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ _____ ΕΑ25



Ευρετήριο Συγγραφέων Ελεύθερων Ανακοινώσεων

Π	
ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ	EA03, EA13
ΠΑΝΟΥΛΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	EA01, EA02, EA03, EA10, EA11, EA12, EA22
ΠΑΝΤΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	EA24
ΠΑΝΤΣΙΟΥ ΣΟΦΙΑ-ΜΑΡΙΑ	EA17
ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	EA01
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ ΜΑΡΙΑ	EA15
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑ ΝΕΚΤΑΡΙΑ	EA19, EA21
ΠΑΣΧΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ	EA02, EA10, EA19, EA20, EA21
ΠΑΤΡΑΣ ΡΑΦΑΗΛ	EA10
ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΥ ΕΙΡΗΝΗ	EA23
Ρ	
ΡΙΖΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	EA02, EA10, EA20
ΡΟΔΟΛΑΚΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ	EA09
Σ	
ΣΑΜΠΑΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ	EA03, EA22
ΣΙΑΚΑΛΛΗ ΔΗΜΗΤΡΑ	EA22
ΣΙΑΦΑΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ	EA25
ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	EA08
ΣΤΑΜΑΤΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΚΙΜΩΝ	EA02, EA10, EA12, EA15, EA19, EA21
ΣΤΕΡΓΙΩΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ	EA10, EA16, EA21
ΣΤΕΦΑΝΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	EA01, EA19
Τ	
ΤΟΥΝΤΑΣ ΠΑΝΝΗΣ	EA24
ΤΟΥΡΝΗΣ ΣΥΜΕΩΝ	EA08
Φ	
ΦΡΟΥΣΙΟΥ ΙΩΑΝΝΑ-ΜΑΡΙΑ	EA23
Χ	
ΧΑΪΔΙΤΣ ΑΝΝΑ-ΜΠΕΤΙΝΑ	EA20
ΧΑΡΑΜΑΝΤΑ ΜΑΡΙΑ	EA21
ΧΑΤΖΗΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ	EA03, EA10, EA13, EA21
ΧΑΤΖΗΙΩΑΝΝΟΥ ΑΧΙΛΛΕΑΣ	EA13
ΧΡΟΥΣΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	EA25

10^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης

08-10 Δεκεμβρίου 2023

Royal Olympic, Αθήνα



Ελληνική Εταιρεία
Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης
Hellenic Society of Climacterium and Menopause

Περιλήψεις Ομιλιών



Περιλήψεις Ομιλιών

Προχωρημένη ηλικία μητέρας και γονεϊκότητα: Συμβολή και περιορισμοί της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Ευάγγελος Μακράκης

Η καθυστέρηση της τεκνοποίησης αποτελεί πλέον σταθερό χαρακτηριστικό των σύγχρονων κοινωνιών παγκοσμίως. Οι λόγοι εντοπίζονται στις κοινωνικές, μορφωτικές και εργασιακές προσαρμογές στην σύγχρονη εποχή, αλλιά και στην υπερεκτίμηση ή/και παρανόηση των δυνατοτήτων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που οδηγεί στον εφησυχασμό και την αναβλητικότητα.

Επισημώς, ως ‘προχωρημένη’ θεωρείται η ηλικία της μητέρας (ΠΗΜ) άνω των 35 ετών, αν και αξιολογώντας τις μαιευτικές επιπλοκές αλλιά και τις επικρατούσες τάσεις το όριο συνθίζεται να τοποθετείται στα 40 έτη ως ‘πολύ προχωρημένη’ (ΠΠΗΜ) θεωρείται η ηλικία άνω των 45 ετών.

Η (Π)ΠΗΜ χαρακτηρίζεται από μια δραματικά προοδευτική επιδείνωση όλων των δεικτών αναπαραγωγικής ικανότητας και αποτελεσματικότητας, που οφείλεται στα ακόλουθα:

- Μείωση και τελικά εξάντληση του ωθηκικού αποθέματος ωαρίων.
- Επιβάρυνση της ποιότητας των ωαρίων.
- Εντυπωσιακή αύξηση της αναλογίας προκυπτόντων εμβρύων με χρωμοσωμικές διαταραχές.
- Αύξηση των επιπλοκών της κύησης, με περαιτέρω επιδείνωση επί συνύπαρξης προϋπαρχόντων παθολογικών καταστάσεων.

Η στρατηγική αντιμετώπισης των γυναικών με (Π)ΠΗΜ που επιζητούν την γονεϊκότητα περιλαμβάνει:

- Έγκυρη ενημέρωση για την κατάσταση, τόσο ως προς τις δυσκολίες επίτευξης κύησης αλλιά και ως προς τον αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών κατά την κύηση (υπερτασική νόσος-προεκλαμψία, σακχαρώδης διαβήτης κύησης, ενδομήτριος καθυστέρηση ανάπτυξης, χαμηλό βάρος γέννησης, πρόωρος τοκετός, αποκόλληση πλακούντα, ενδομήτριος θάνατος).
- Αποφυγή καθυστερήσεων: Ζευγάρια όπου η γυναίκα είναι άνω των 40 ετών θα πρέπει να υποβάλλονται στον έλεγχο υπογονιμότητας πριν ξεκινήσουν προσπάθειες για φυσική σύλληψη, ενώ επί ηλικίας 35-40 ετών ο έλεγχος θα πρέπει να γίνεται μετά από διάστημα άκαρπων προσπαθειών που δεν υπερβαίνει τους 6 μήνες.
- Εφαρμογή εξωσωματικής γονιμοποίησης με προσπάθεια μεγιστοποίησης του αριθμού των ωαρίων που θα ληφθούν με ωθηκική διέγερση: Η εκτίμηση των ωθηκικών αποθεμάτων με την μέτρηση της αντιμυλλήριας ορμόνης στο αίμα και την καταμέτρηση του αριθμού των μικρών ωοθυλακίων κατά την έναρξη ενός κύκλου, υποδεικνύει την δόση της εξωγενούς γοναδοτροφίνης που θα χορηγηθεί.



Περιλήψεις Ομιλιών

Το πρωτόκολλο με χρήση ανταγωνιστή προτιμάται λόγω των καλών αποτελεσμάτων, της ευκολίας στην εφαρμογή του και της δυνατότητας αποφυγής πιθανού συνδρόμου υπερδιέγερσης ωοθηκών (αν και το τελευταίο είναι εξαιρετικά σπάνιο σε ΠΗΜ γυναίκες). Η προσθήκη LH ή δραστηκότητας LH στην χορηγούμενη FSH ενδέχεται να βελτιώσει την ωοθηκική ευαισθησία στην τελευταία. Η εφαρμογή πρωτοκόλλων ήπιας ή και διπλής (κατά την ωοθυλακική και την ωχρινική φάση ενός κύκλου) ωοθηκικής διέγερσης μπορεί να αποδώσει παρεμφερή ή και καλύτερα αποτελέσματα σε ΠΗΜ γυναίκες με πολύ χαμηλά ωοθηκικά αποθέματα. Η προσπάθεια ενίσχυσης της ωοθηκικής απάντησης με χορήγηση αυξητικής ορμόνης, δευδροεπιανδροστερόνης, τεστοστερόνης ή με τοπική έγχυση platelet rich plasma (PRP), είναι (το λιγότερο) αμφιλεγόμενη και δεν συστήνεται.

- Εφαρμογή προεμφυτευτικού γενετικού ελέγχου για ανευπλοειδίες (PGT-A) στα έμβρυα που προκύπτουν με εξωσωματική γονιμοποίηση: Με δεδομένη την δραματική αύξηση των εμβρυικών ανευπλοειδιών καθώς η ηλικία της γυναίκας αυξάνεται, το PGT-A μπορεί να συμβάλει στην αποφυγή κυήσεων που είναι καταδικασμένες να οδηγηθούν σε πολύ πρώιμη ή κλινική απώλεια (αποτυχία εξωσωματικής, βιοχημική κύηση, παλίνδρομη κύηση, αποβολή) καθώς και εξελισσόμενων κυήσεων με χρωμοσωμική ανωμαλία (συνηθέστερα σύνδρομο Down). Αν και η τελική (αθροιστική) πιθανότητα γέννησης ενός υγιούς παιδιού δεν αυξάνεται, η αποφυγή του ψυχικού και σωματικού φορτίου από ενδεχομένως πολλαπλές αποτυχίες, αποβολές ή ιατρικές διακοπές κύησης καθιστά το PGT-A μια επιλογή που θα πρέπει να συζητιέται με τις ΠΗΜ γυναίκες που υποβάλλονται σε εξωσωματική.

- Κρυσσυντήρηση ωαρίων σε περιπτώσεις γυναικών που είναι ΠΗΜ ή πρόκειται να είναι ΠΗΜ όταν θα θελήσουν να τεκνοποιήσουν: Περιλαμβάνονται γυναίκες που η γονιμότητά τους θα επηρεαστεί ή που η τεκνοποίηση επιβάλλεται να αναβληθεί για ιατρικούς λόγους, καθώς και γυναίκες που δεν βρίσκονται επί του παρόντος σε κοινωνική κατάσταση που ευνοεί την τεκνοποίηση. Για την συλλογή των ωαρίων εφαρμόζονται τα πρωτόκολλα ωοθηκικής διέγερσης που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο. Κορυφαίες σημασίας είναι η ειλικρινής ενημέρωση των υποψηφίων γυναικών για τον αριθμό των ωαρίων που απαιτείται για την εξασφάλιση μιας ικανοποιητικής πιθανότητας απόκτησης τέκνου στο μέλλον, καθώς ο αριθμός αυτός αυξάνεται δραματικά (και ενίοτε εξωπραγματικά) με την αύξηση της ηλικίας.

- Ένταξη των ΠΗΜ γυναικών σε προγράμματα δωρεάς ωαρίων: Αποτελεί την μόνη λύση για γυναίκες που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση ή εκείνες που παρά την εφαρμογή πρωτοκόλλων ωοθηκικής διέγερσης ή παρακολούθησης φυσικών κύκλων αδυνατούν να δώσουν ωάρια ή έμβρυα με πιθανότητες εμφύτευσης. Το ενδομήτριο δεν ακολουθεί παρόμοια διαδικασία 'γήρανσης' με τις ωοθήκες με αποτέλεσμα να επιτυγχάνονται εξαιρετικά ποσοστά επιτυχίας με την κατάλληλη προετοιμασία του και την χρήση των ωαρίων δότη. Οι ΠΗΜ γυναίκες που εντάσσονται σε προγράμματα δωρεάς θα πρέπει να λαμβάνουν την δέουσα ψυχολογική υποστήριξη καθώς και να ενημερώνονται για την επιπλέον επικινδυνότητα της επερχόμενης κύησης, η οποία κυρίως αφορά την υπερτασική νόσο και τις συνέπειές της.



Περιλήψεις Ομιλιών

- Οι κυήσεις σε ΠΗΜ γυναίκες θεωρούνται υψηλού κινδύνου (βλ. παραπάνω) και θα πρέπει να παρακολουθούνται με ιδιαίτερη σχολαστικότητα από έμπειρη ομάδα

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην σύγχρονη εξέλιξη της μπορεί, όπως προκύπτει από τα ανωτέρω, να βοηθήσει τις ΠΗΜ γυναίκες να ολοκληρώσουν την οικογένειά τους. Θα πρέπει όμως να συνειδητοποιήσουμε πως επί του παρόντος υπάρχουν προφανείς περιορισμοί:

- δεν μπορούμε να δημιουργήσουμε ωάρια in vitro.
- δεν μπορούμε να 'ξυπνήσουμε' ωάρια που πιθανώς παραμένουν αδρανή στις ωοθήκες.
- δεν μπορούμε να βελτιώσουμε την εξελικτική δυναμική μειονεκτικών ωαρίων ή/και εμβρύων που συχνά προκύπτουν σε ΠΗΜ γυναίκες.
- δεν μπορούμε να επιδιορθώσουμε χρωμοσωμικές ανωμαλίες σε προκύπτοντα έμβρυα.
- δεν μπορούμε να επιβραδύνουμε τον ρυθμό απώλειας του πεπερασμένου αριθμού αρχέγονων ωοθυλακίων στις ωοθήκες, ώστε να παρατείνουμε την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας.

Το αισιόδοξα όμως δεδομένα δεικνύουν πως όσο δραματική είναι η επιβάρυνση της αναπαραγωγικής ικανότητας των ΠΗΜ γυναικών, τόσο δραματική είναι και η ταχύτητα των εξελίξεων στον τομέα της ανθρώπινης αναπαραγωγής. Η ερευνητική δραστηριότητα εστιάζεται στην:

- δημιουργία γαμετών in vitro: Έχουν αναγνωριστεί ωοθηκικά βλαστοκύτταρα τα οποία είναι δυνητικά ικανά να διαφοροποιηθούν σε ωάρια· μάλιστα, τα βλαστοκύτταρα αυτά μπορούν να κρυσσοσυντηρηθούν για μελλοντική χρήση. Επίσης έχει επιχειρηθεί η έγχυση στην ωοθήκη βλαστοκυττάρων μυελού των οστών με στόχο την βελτίωση ή αναζωογόνηση της ωοθυλακικής εξέλιξης και ανάπτυξης.
- ενίσχυση της δυναμικής των ωαρίων: Έχει επιχειρηθεί η αυτόλογη μεταφορά μιτοχονδρίων από ωοθηκικά βλαστοκύτταρα σε ωάρια, ενώ ως πηγές μιτοχονδρίων θα μπορούσαν ίσως να χρησιμοποιηθούν και άλλα κύτταρα όπως τα κοκκίωδη ή εκείνα που περιβάλλουν το ωάριο στον ωοφόρο δίσκο.
- μεταφορά προπυρήνων ή χρωμοσωμικής ατράκτου με χρήση ωαρίων δότηριας, αν και κάτι τέτοιο εγείρει σοβαρά ηθικά και γενετικά θέματα.
- διόρθωση χρωμοσωμικών διαταραχών σε ζώντα κύτταρα: έχει γίνει πειραματικά με χρήση μη κωδικοποιήσιμου RNA καθώς και του συστήματος CRISPR/Cas9.

Συμπερασματικά, η διαχείριση των (Π)ΠΗΜ γυναικών που επιζητούν την τεκνοποίηση είναι δύσκολη, πολύπληρη, οδηγεί σε κυήσεις υψηλού κινδύνου και συνήθως φέρνει στο προσκήνιο κρίσιμα διλήρηματα. Έτσι, το πιο σημαντικό βήμα είναι η έγκαιρη, πλήρης και ειλικρινής ενημέρωσή τους. Οι μελλοντικές προοπτικές επίλυσης των προβλημάτων που παρατηρούνται στις (Π)ΠΗΜ γυναίκες θα βρεθούν απέναντι σε σοβαρά βιοηθικά θέματα.



Περιλήψεις Ομιλιών

Διαχείριση των διαταραχών κύκλου μετά τα 40.

Εκτίμηση της κοιλιακής αιμόρροιας προ και περιεμμηνόπαυσιακών γυναικών

Αρετή Αυγουλέα

Η προεμμηνόπαυσιακή και η μετεμμηνόπαυσιακή κοιλιακή αιμόρροια αποτελεί κλασικό λόγο γυναικολογικής εκτίμησης και σε αυτήν οφείλεται ένας μεγάλος αριθμός υστερεκτομών. Στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες έχουμε τέτοια διάγνωση όταν υπάρχει αλλαγή στην συχνότητα, τη διάρκεια και τον όγκο του αίματος κατά τη διάρκεια της εμμηνου ρύσεως ή από την μία έμμηνο ρύση μέχρι την επόμενη (Πίνακας I). Περίπου το 14% των γυναικών βιώνουν κάποιες διαταραχές κύκλου ή ακόμη και μνημορραγίες. Κλινικά οι γυναικολόγοι κατηγοριοποιούν τις αιμορραγίες με την κατάταξη της FIGO σε 4 τύπους: 1) μη ρυθμική αιμορραγία, 2) βαριά, αλλήλα καταμήνια αιμορραγία (μνημορραγία), 3) σοβαρή οξεία αιμορραγία, 4) μη φυσιολογική αιμορραγία.

Η αιτία κοιλιακής αιμόρροιας σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες είναι γνωστή μόνο στις μισές των περιπτώσεων. Στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες κάθε κοιλιακή αιμόρροια για ένα χρόνο μετά την τελευταία έμμηνο ρύση θεωρείται ύποπτη και χρήζει περαιτέρω εκτίμησης. Η σωστή λήψη ιστορικού εστιάζει στο να μπορέσουμε να εντάξουμε την κοιλιακή αιμόρροια σε κάποια κατηγορία ανάλογα με την πιθανή αιτιολογία, όπως για παράδειγμα ωοθηλακιορρηκτικής, ανωοθηλακιορρηκτικής ή ανατομικής αιτιολογίας, ώστε να μπορέσουμε να κατευθύνουμε τη θεραπευτική μας αγωγή και την περαιτέρω αντιμετώπιση. Κάποια φάρμακα μπορούν επίσης να προκαλέσουν κοιλιακή αιμόρροια (Πίνακας II).

Ολιγομηνόρροια	Η έμμηνο ρύση έρχεται σε διαστήματα >35 ημερών και συνήθως οφείλεται σε παρατεταμένη παραγωγική φάση (follicular phase)
----------------	---

Πίνακας I: Ορολογία περιγραφής κοιλιακής αιμόρροιας

Πολυμηνόρροια	Η έμμηνο ρύση έρχεται σε διαστήματα <21 ημερών και μπορεί να οφείλεται σε δυσλειτουργία της εκκριτικής φάσης (luteal phase)
Μνημορραγία	Η έμμηνο ρύση έρχεται σε φυσιολογικά διαστήματα (21-35 ημέρες) αλλά με μεγάλη ροή (>80ml) και διάρκεια >7 ημέρες
Μνημομνημορραγία	Η έμμηνο ρύση δεν έρχεται σε φυσιολογικά διαστήματα, έχει μεγάλη ροή (>80ml) και διάρκεια >7 ημέρες
Αμηνόρροια	Η έμμηνο ρύση δεν έρχεται για διάστημα 6 μηνών ή και περισσότερο σε μη εμμηνόπαυσιακή γυναίκα

Περιλήψεις Ομιλιών

Μητρορραγία	Κολπική αιμόρροια ανάμεσα σε δύο κύκλους. Οι πιο συχνές αιτίες είναι: παθολογία τραχήλου, ενδομητρικά σπειράματα, ενδομητρίτιδα, πολύποδες, υποβλενογόνια ινομυώματα, υπερπλασία του ενδομητρίου, καρκίνος
Διάμεση κολπική αιμόρροια	Σταγονοειδής κολπική αιμόρροια λίγο πριν την ωοθηλακιορρηξία συνήθως λόγω μείωσης των επιπέδων των οιστρογόνων
Μετεμμηνοπauσιακή κολπική αιμόρροια	Σταγονοειδής κολπική αιμόρροια σε γυναίκες που είναι σε εμμνόπauση για τουλάχιστον 1 χρόνο
Οξεία επείγουσα αιμορραγία κατά την έμμηνο ρύση	Αιμορραγία κατά την έμμηνο ρύση με μεγάλη απώλεια αίματος που οδηγεί σε υποβολαιμία (υπόταση ή ταχυκαρδία) ή σοκ
Δυσλειτουργικές αιμορραγίες	Αυτή η ωοθηλακιορρηκτική ή ανωοθηλακιορρηκτική αιμόρροια μπορεί να διαγνωσθεί μετά από αποκλεισμό εγκυμοσύνης, φαρμάκων, ιατρογενών αιτιών, παθολογιών του γεννητικού συστήματος και συστηματικών παθήσεων

Πίνακας II: Φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν κολπική αιμόρροια

Αντιπηκτικά
Ακετυλοσαλικυλικό οξύ
Αντικαθιλιπτικά
Ορμονική Θεραπεία
Ταμοξιφαίνη
Φαινοθειαζίνες
Κορτικοστεροειδή

Εργαστηριακός έλεγχος κολπικής αιμόρροιας προ και περιεμμηνοπauσιακών γυναικών

Ο εργαστηριακός έλεγχος συμπεριλαμβάνει: διάγνωση ύπαρξης κύησης, αιματοκρίτη και φερριτίνη. Περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος μπορεί να γίνει βάσει κλινικής υποψίας. Η ύπαρξη διαταραχών πήξεως πρέπει να ελέγχεται όταν η μητρορραγία συμβαίνει κατά την εμμηναρχή και δεν υπάρχει πυελική αιτιολογία. Η περαιτέρω διερεύνηση περιλαμβάνει υπερηχογραφικό έλεγχο για να μπορέσουμε να αποκλείσουμε παθολογία των ωοθηκών και της μήτρας, καθώς και έλεγχο ενδομητρίου με βιοψία. Ως προς τις προ-εμμηνοπauσιακές γυναίκες δεν υπάρχει μέχρι σήμερα γνωστή συσχέτιση πάχους



Περιλήψεις Ομιλιών

ενδομητρίου και παθολογίας του ενδομητρίου. Στον Πίνακα III αναφέρονται οι παράγοντες κινδύνου καρκίνου του ενδομητρίου.

Εξειδικευμένες διαγνωστικές δοκιμασίες για ανατομικές αλλαγές και για τον καρκίνο του ενδομητρίου αποτελούν η διαγνωστική υστεροσκόπηση, η υπέρηχο-υστερογραφία και η διαγνωστική απόξεση.

Πίνακας III: Παράγοντες κινδύνου για καρκίνο ενδομητρίου

Ηλικία >40
Βάρος>90
Ανωθηλακωορικτικοί κύκλοι
Ατοκία
Στείρωση
Χρήση ταμοξιφαίνης
Οικογενιακό ιστορικό για καρκίνο ενδομητρίου ή παχέος εντέρου

Διαγνωστική προσέγγιση κοιλιακής αιμόρροιας: απεικονιστικές μέθοδοι και βιοψία

Η ευαισθησία της βιοψίας του ενδομητρίου ως προς την διάγνωση διαφόρων παθολογιών του είναι υψηλή. Το ενδοκοιλιακό υπερηχογράφημα μπορεί να διαγνώσει ινομυώματα, υπερπλασία ενδομητρίου και διάφορες άλλες εστιακές βλάβες. Το υπερηχογράφημα αποτελεί την πρώτη γραμμής προσέγγιση της κοιλιακής αιμόρροιας γυναικών που δεν ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική αγωγή, αλλά είναι χαμηλού κινδύνου για καρκίνο ενδομητρίου. Η ύδρο-υπέρηχο-υστερογραφία είναι μία τεχνική που βασίζεται στην υπερηχογραφική απεικόνιση της κοιλότητας της μήτρας, αφού πρώτα γίνει έγχυση 5 έως 10 ml στείρου φυσιολογικού ορού. Η διαγνωστική απόξεση αποτελεί πιο ειδική προσέγγιση της κοιλιακής αιμόρροιας. Η υστεροσκόπηση με βιοψία μπορεί να μας δώσει περισσότερες πληροφορίες από την διαγνωστική απόξεση, έχοντας παράλληλα το πλεονέκτημα να μπορούμε να κάνουμε και ύδρο-υπέρηχο-υστερογραφία.

Η πιο συχνή αιτία μετεμμηνοπαυσιακής κοιλιακής αιμόρροιας είναι εκ της ατροφίας του κοιλιακού επιθήλιου (59%). Είναι πάντα σημαντικό να μπορέσουμε να αποκλείσουμε τον καρκίνο του ενδομητρίου που αποτελεί το 10% και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας που αποτελεί το 2%. Το όριο του πάχους του ενδομητρίου των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών αποτελεί αμφιλεγόμενο γεγονός. Αρκετές πολύ μεγάλες μελέτες χρησιμοποιούν σαν όριο για περαιτέρω έλεγχο τα 4 χιλιοστά.

Θεραπεία κοιλιακής αιμόρροιας προ και περιεμμηνοπαυσιακών γυναικών

Η φαρμακευτική θεραπεία των ανωθηλακωορικών δυσλειτουργικών αιμορραγιών συμπεριλαμβάνει την από του στόματος χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, ορμονικής θεραπείας και προγεσταγόνων, όπως φυσική προγεστερόνη, οξική μεδρόξυπρογεστερόνη και οξική νορεθιστερόνη



Περιλήψεις Ομιλιών

και τα ενδομητρικά σπειράματα λεβονοργεστρέλης (Mirena)(Πίνακας IV). Φαρμακευτική αγωγή των μνηορραγιών αποτελούν και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAIDs).

Όταν η φαρμακευτική αντιμετώπιση αντενδείκνυται ή αποτυγχάνει τότε η αντιμετώπιση είναι χειρουργική. Η υστερεκτομία είναι ένδειξη επιλογής στην περίπτωση αδενοκαρκινώματος. Η υστερεκτομία αποτελεί ένδειξη και σε περιπτώσεις ατυπίας και σε περιπτώσεις που διαχειριστικά δεν μπορεί να σταματήσει η αιμορραγία. Ενδοκοιλιτικές ανωμαλίες της μήτρας μπορούν να αφαιρεθούν με επεμβατική υστεροσκόπηση. Εκφυρνήσεις ινομυωμάτων μπορούν να γίνουν με ανοιχτό ή λαπαροσκοπικό χειρουργείο, αλλήλα και υστεροσκοπικά. Εμμένουσες μητρορραγίες μπορούν να αντιμετωπιστούν με θεραπευτική απόξεση ή καυτηριασμό του ενδομητρίου υστεροσκοπικά.

Πίνακας IV: Δυσλειτουργική αιμορραγία μήτρας - Ορμονική Θεραπευτική Προσέγγιση ανάλογα με την ηλικία της ασθενούς:

Κυκλικά χορηγούμενα προγεσταγόνα
Συνδυασμένα αντισυλληπτικά δισκία, αυτοκόλλητα ή κολλητικοί δακτύλιοι 17-β-οιστραδιόλης
GnRH ανάλογα
Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης χορηγούμενη διαδερμικά, ή από το στόμα
Ενδομήτρια συσκευή βραδείας αποδέσμευσης λεβονοργεστρέλης (Mirena®)

Βιβλιογραφία

Angioni S, Loddo A, Milano F, Piras B, Minerba L, and Melis GB. Detection of benign intracavitary lesions in postmenopausal women with abnormal uterine bleeding: a prospective comparative study on outpatient hysteroscopy and blind biopsy. *J Minim Invasive Gynecol* 15: 87-91, 2008.

Spicer JM, Siebert I, and Kruger TF. Postmenopausal bleeding: a diagnostic approach for both private and public sectors. *Gynecol Obstet Invest* 61: 174-178, 2006.

M. Rees, I. Lambrinouadaki et al., The essential menopause curriculum for healthcare professionals: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement, *Maturitas* 158 (2022) 70-77

J Carugno., Clinical management of vaginal bleeding in postmenopausal women Review *Climacteric* 2020 Aug;23(4):343-349.

Fagioli R, Vitagliano A, Carugno J, Castellano G, De Angelis MC, Di Spiezio Sardo A. Hysteroscopy in postmenopause: from diagnosis to the management of intrauterine pathologies. *Climacteric*. 2020 Aug;23(4):360-368. Review.

The significance of "atrophic endometrium" in women with postmenopausal bleeding.

Rotenberg O, Goldberg GL. *Arch Gynecol Obstet*. 2022 Sep;306(3):579-583 Review.



Περιλήψεις Ομιλιών

Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο στην όψιμη αναπαραγωγική ηλικία

Θεόδωρος Καλαμπόκας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Οι προεμμηνορρυσιακές διαταραχές περιλαμβάνουν διάφορες ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές διαταραχές που σχετίζονται με τις ορμόνες του καταμήνιου κύκλου.
- Τα συμπτώματα εκδηλώνονται συνήθως κατά τη διάρκεια της ωχρινικής φάσης ή και αμέσως μετά την ωορρηξία και συνήθως υποχωρούν μέχρι το τέλος της εμμηνόρρυσιακής ρύσεως.
- Περίπου το 90% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας εμφανίζουν κάποια στιγμή κατά την αναπαραγωγική τους ζωή συμπτώματα προεμμηνορρυσιακών διαταραχών, τα οποία όμως υποχωρούν.
- Περίπου 20-40% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας εμφανίζουν κάποια στιγμή συμπτώματα αρκετά σοβαρά, ώστε να χαρακτηριστούν ως προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο (PMS).
- Μόνο το 3-8% των γυναικών αυτών εμφανίζουν εξαιρετικά έντονα συμπτώματα και διαγιγνώσκονται με την πιο σοβαρή μορφή προεμμηνορρυσιακής διαταραχής την προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή (PMDD).
- Τα συμπτώματα της PMDD μπορεί να είναι:
 - Ψυχολογικά: κατάθλιψη, άγχος, έντονες αλλαγές στη διάθεση, ευερεθιστικότητα και απώλεια της αυτοπεποίθησης, συμπτώματα που οδηγούν ακόμα και σε αυτοκτονικές τάσεις
 - Σωματικά: έντονη ευαισθησία των μαστών και μαστωδυνία, πυελικός πόνος και αίσθηση πληρότητας (φούσκωμα)
- Η διαφορική διάγνωση του PMS και της PMDD από απλά συμπτώματα έντονης δυσφορίας κατά την έμμηνο ρύση ή/και από άλλες ιατρικές ή/και ψυχιατρικές διαταραχές καθίσταται πολλές φορές δύσκολη, με αποτέλεσμα το PMS και η PMDD να διαληάθουν πολλές φορές της προσοχής των ειδικών, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση στη διάγνωση.
- Κάτι τέτοιο έχει συχνά ακραία δυσμενείς συνέπειες για την υγεία, τη ψυχοσωματική ισορροπία και τη ποιότητα ζωής των γυναικών που πάσχουν από αληθή PMS και ειδικά από PMDD.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι επικρατέστερες θεωρίες αναφορικά με τη παθοφυσιολογία του φαινομένου είναι οι παρακάτω, οι οποίες καταδεικνύουν μία πολύπλοκη και πολυπαραγοντική παθοφυσιολογική βάση:

1. Μη φυσιολογική υπερευαισθησία του κεντρικού νευρικού συστήματος στις αλλαγές των



Περιλήψεις Ομιλιών

επιπέδων των στεροειδών ορμονών του φύλλου που παρατηρούνται κατά τον καταμήνιο κύκλο και ειδικά κατά την ωχρινική φάση.

Καθοριστικό ρόλο στην παθοφυσιολογία του PMS/PMDD διαδραματίζει η αυξημένη ευαισθησία στις ορμονικές διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια ενός φυσιολογικού έμμηνου κύκλου, ιδίως στην προγεστερόνη και στον GABAεργικό μεταβολίτη της, την αλληλοπρεγναολόνη, η οποία συντίθεται μετά την ωορρηξία και πιο εκτεταμένα κατά την ωχρινική φάση του κύκλου.

Η θεωρία της υπερευαισθησίας του κεντρικού νευρικού συστήματος στα στεροειδή του φύλλου και πιο ειδικά στην προγεστερόνη και τους μεταβολίτες της ενισχύεται σημαντικά από τη παρατήρηση ότι τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται κατά τη διάρκεια σταδίων της ζωής στα οποία δεν υπάρχουν σημαντικές καταμήνιες ορμονικές διακυμάνσεις, δηλαδή στην προεφηβεία, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά την εμμνόπαυση.

2. Γενετικοί παράγοντες

Υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα που υποστηρίζουν πως η αιτιολογία της PMDD μπορεί να έχει και γενετική βάση. Ο πολυμορφισμός ενός νουκλεοτιδίου στο γονίδιο ESR1 (υποδοχέας οιστρογόνων τύπου 1) που κωδικοποιεί τους υποδοχείς των στεροειδών ορμονών του φύλλου μπορεί να προσδίδει διαφορετική ευαισθησία του κεντρικού νευρικού συστήματος στις ορμόνες στις γυναίκες που πάσχουν από PMDD. Πιο πρόσφατα, προτάθηκε ότι η ευαισθησία μπορεί να αποδοθεί σε δυσλειτουργία και υπερέκφραση του γονιδίου του συμπλέγματος Extra Sex Combs/Enhancer of Zeste [ESC/E(Z)] σε γυναίκες με PMDD. Αυτή η in vitro μελέτη εξηγεί την πιθανή γενετική βάση της PMDD, αλλά απαιτούνται περισσότερες έρευνες στον τομέα αυτό.

3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως το άγχος

Υπάρχουν δεδομένα στη βιβλιογραφία που καταδεικνύουν πως η χρόνια έκθεση σε παράγοντες που επάγουν το stress μπορούν να αποτελέσουν την αιτία εμφάνισης ή/και επιδείνωσης των PMS/PMDD. Ο μηχανισμός που συνδέει το stress με την PMDD παραμένει ασαφής, αλλά μπορεί να σχετίζεται με τα επίπεδα αλληλοπρεγναολόνης. Αυτά συνήθως αυξάνονται ως απάντηση στο οξύ stress. Ωστόσο, τα δεδομένα που συνδέουν το stress με την παθοφυσιολογία των εν λόγω διαταραχών είναι περιορισμένα και μερικές φορές αντικρουόμενα και για αυτό απαιτείται περαιτέρω έρευνα στο πεδίο.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σήμερα η διάγνωση της PMDD βασίζεται ως επί των πλείστων στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών-5 (DSM-5) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (2013), όπου και ορίζονται τα διαγνωστικά κριτήρια για τη PMDD, στο πιο σοβαρό άκρο του φάσματος των προεμμηνορροϊκών διαταραχών, στην ενότητα II (καταθλιπτικές διαταραχές), διαχωρίζοντάς τη PMDD από το ήπιο έως μέτριο PMS.



Περιλήψεις Ομιλιών

Διαγνωστικά Κριτήρια PMDD

A: Τεκμηριωμένη συσχέτιση των συμπτωμάτων με τον καταμήνιο κύκλο.

Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα την τελευταία εβδομάδα του καταμήνιου κύκλου πριν από την έναρξη της εμμήνου ρύσεως, να αρχίζουν να βελτιώνονται μέσα σε λίγες ημέρες από την έναρξη της εμμήνου ρύσεως και να γίνονται ελάχιστα ή να απουσιάζουν την εβδομάδα μετά την εμμηνόρροια

B και Γ: Τουλάχιστον 5 από τα 11 παρακάτω συμπτώματα, με τουλάχιστον ένα βασικό σύμπτωμα.

Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα στους περισσότερους κύκλους κατά τους τελευταίους 12 μήνες

Βασικά συμπτώματα

1. Σημαντική συναισθηματική αστάθεια (π.χ. εναλλαγές της διάθεσης, ξαφνική θλίψη ή αυξημένη ευαισθησία στην απόρριψη)
2. Σημαντική ευερεθιστότητα ή θυμός ή αυξημένες διαπροσωπικές συγκρούσεις
3. Σημαντική καταθλιπτική διάθεση, αίσθημα απελπισίας ή σκέψεις αυτοκριτικής
4. Έντονο άγχος, ένταση ή/και αίσθημα νευρικότητας

Πρόσθετα συμπτώματα

5. Μειωμένο ενδιαφέρον για συνήθεις δραστηριότητες (π.χ. εργασία, σχολείο, φίλοι, χόμπι)
6. Δυσκολία συγκέντρωσης
7. Έλλειψη ενέργειας, εύκολη κόπωση
8. Σημαντική αλλαγή στην όρεξη, επιθυμία για φαγητό
9. Αίσθημα υπερφόρτωσης ή αδυναμία ελέγχου των αντιδράσεων
10. Αλλαγές στον ύπνο (υπερυπνία, αϋπνία)
11. Σωματικές ενοχλήσεις, όπως ευαισθησία στο στήθος, πόνοι στις αρθρώσεις/μύες, πονοκέφαλοι, φούσκωμα, αύξηση βάρους

Δ: Συμπτώματα που παρεμβαίνουν αισθητά στις συνήθεις δραστηριότητες.

Για παράδειγμα, εργασία, σχολείο, κοινωνικές σχέσεις

Ε: Τα συμπτώματα ΔΕΝ αποτελούν απλή επιδείνωση μιας υποκείμενης πάθησης.

Για παράδειγμα, κατάθλιψη, άγχος

ΣΤ: Τα συμπτώματα ΔΕΝ οφείλονται σε παρενέργειες φαρμακευτικών θεραπευτικών σχημάτων ή άλλων ιατρικών παρεμβάσεων.



Περιλήψεις Ομιλιών

Τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια για το PMS/PMDD είναι:

1. Άμεση συσχέτιση των συμπτωμάτων με την ωχρινική φάση του ωθηκικού κύκλου
2. Ανακούφιση των συμπτωμάτων μετά την έναρξη της εμμηνου ρύσεως
3. Περίοδος χωρίς συμπτώματα πριν από την ωορρηξία
4. Συμπτώματα που προκαλούν σημαντική δυσφορία και υποβαθμίζουν τις καθημερινές προσωπικές, επαγγελματικές ή κοινωνικές υποχρεώσεις κατά τη διάρκεια της ωχρινικής φάσης

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Υπάρχουν πολλά σημαντικά σημεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη όταν υπάρχει υποψία διάγνωσης PMS/PMDD:

1. Προοπτική συμπλήρωση του ημερολογίου συμπτωμάτων για δύο κύκλους πριν από την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας.
2. Το κυκλικό μοτίβο των συμπτωμάτων διακρίνει το PMS/PMDD από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.
3. Θα πρέπει να αποκλείονται άλλες υποκείμενες ιατρικές και ψυχιατρικές διαταραχές και να επιδεικνύεται προσοχή κατά την αξιολόγηση γυναικών με προεμμηνορροϊκή έξαρση υποκείμενης ψυχιατρικής πάθησης. Η απουσία διαστήματος χωρίς συμπτώματα καθιστά τη διάγνωση του PMS/PMDD απίθανη.
4. Όταν η διάγνωση είναι αμφίβολη ή συνυπάρχουσες καταστάσεις καθιστούν δύσκολη την διαπιστευμένη ακριβή επίδραση του καταμήνιου κύκλου στη συνολική κλινική εικόνα, μια δοκιμή φαρμακευτικής καταστολής των ωθηκών με GnRH αγωνιστή μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διαφορική διάγνωση.
5. Εάν τα συμπτώματα εμφανιστούν μετά από χορήγηση εξωγενών ορμονών, απαιτείται άμεση διακοπή της χορήγησης προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η διαταραχή είναι ιατρογενούς προέλευσης ή εάν πράγματι υπάρχει υποκείμενη διαταραχή
6. Δεν υπάρχουν διαθέσιμες εργαστηριακές ή απεικονιστικές αναλύσεις για τη διάγνωση του PMS/PMDD
7. Ανάλογα με την κλινική εικόνα και τη συμπτωματολογία, οι ακόλουθες ιατρικές/ψυχιατρικές καταστάσεις θα πρέπει να αποκλείονται ως υποκείμενη αιτία των συμπτωμάτων με τη λήψη πλήρους ιστορικού:

Ψυχιατρικές διαταραχές: κατάθλιψη, δυσθυμία, άγχος, κρίση πανικού, διπολική διαταραχή, σωματόμορφη διαταραχή, διαταραχή προσωπικότητας, κατάχρηση ουσιών

Ιατρικές διαταραχές: αναιμία, αυτοάνοσα νοσήματα, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, διαβήτης, επιληπτικές διαταραχές, υποθυρεοειδισμός, ενδομητρίωση, αλλεργίες, κύστες ωθηκών



Περιλήψεις Ομιλιών

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Μέχρι σήμερα δεν έχουν βρεθεί αποτελεσματικές ριζικές θεραπείες για τις διαταραχές PMS/PMDD. Η μοναδική τεκμηριωμένη θεραπευτική προσέγγιση είναι η ωοθηκεκτομή, η οποία ωστόσο δεν αποτελεί λύση για γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, ειδικά όταν δεν έχουν ολοκληρώσει τον οικογενειακό τους προγραμματισμό. Επίσης, τα συμπτώματα υποχωρούν με την έλευση της εμμηνόπαυσης.

Με βάση την παθοφυσιολογία της PMDD, τα πρωτόκολλα συμπτωματικής διαχείρισης στοχεύουν:

1. Στη μείωση της επίδρασης των ορμονικών διακυμάνσεων που συνδέονται με τον καταμήνιο κύκλο στους υποδοχείς των νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνη και GABAA)
2. Στη καταστολή του ωοθηκικού κύκλου και στην αποτροπή της ωορρηξίας

Evidence Based Management Protocols

Πρώτη γραμμή: μείωση της επίδρασης της ορμονικής διακύμανσης στους νευροδιαβιβαστές

- Βελτιστοποίηση του τρόπου ζωής (lifestyle modifications)
Δίαιτα σύνθετων υδατανθράκων κατά τη διάρκεια της ωορρηξιακής φάσης
Αερόβια άσκηση, γιόγκα, διαλογισμός
Έκθεση στο ηλιακό φως
Διακοπή του καπνίσματος/αλκοόλη
- Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT)
- Νευροτροποποιητές (Εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης [SSRI], Εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης [SNRI] - βλ. Συνεχής χορήγηση, ή εκλεκτική κατά την ωορρηξιακή φάση)
- Συνδυασμένα από του στόματος αντισυλληπτικά χάπια

Δεύτερη γραμμή:

- Συνδυαστική θεραπεία με SSRIs και COCPs
- Θεραπεία με οιστρογόνα: επιθέματα οιστραδιόλης (100 μικρογραμμάρια) ή γέλη οιστραδιόλης (3 mg) + micronised προγεστερόνη (200 mg για 12 ημέρες κατά τη διάρκεια της ωορρηξιακής φάσης, από το στόμα ή κοιλιακά) ή ενδομήτριο σπείραμα λεβονοργεστρέλης (LNG IUS) 52 mg

Τρίτη γραμμή: φαρμακευτική καταστολή του άξονα Υποθάλαμος - Υπόφυση - Γονάδες

GnRH ανάλογα ± συμπληρωματική θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT) - GnRH αγωνιστές (μηνιαίες ή 3μηνιαίες ενέσεις) ± συμπληρωματική HRT



Περιλήψεις Ομιλιών

Τέταρτη γραμμή: χειρουργική διαχείριση

Ολική υστερεκτομή + αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοοφορεκτομή ± HRT σε ανθεκτικές περιπτώσεις που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή

Νέες θεραπείες (υπό έρευνα)

- Αναστολέας της 5-α αναγωγάσης (ντουταστερίδη) - δόση 2,5 mg ημερησίως (μείωση της αύξησης της αλληλοπρεγναολόνης στην ωχρινική φάση)
- Ισοαλληλοπρεγναολόνη (UC1010) - ανταγωνιστής στεροειδών που ρυθμίζει το GABAA αναστέλλει τη δράση της αλληλοπρεγναολόνης
- Vitex agnus castus (VAC) (βιυγαριά ή chasteberry) - εξισορροπεί τις γυναικείες ορμόνες του φύλλου μέσω των φυτοχημικών του ιδιοτήτων επιδρώντας στην υπόφυση



Περιλήψεις Ομιλιών

Ουρογεννητικό σύνδρομο εμμηνόπαυσης και ορμονική θεραπεία

Νικολέττα Μήλη

Η αιδοιοκοληπική ατροφία είναι αποτέλεσμα απώλειας οιστρογόνων και συχνά σχετίζεται με αιδοιοκοληπικά συμπτώματα (π.χ. ξηρότητα, κάψιμο, δυσπαρεύνια) σε εμμηνόπαυσιαικές ασθενείς. Μπορεί επίσης να εμφανιστούν συχνουρία και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις της ουροδόχου κύστης. Το 2014, ο νέος όρος Ουρογεννητικό Σύνδρομο της Εμμηνόπαυσης (ΟΣΕ) εισήχθη από τη Διεθνή Εταιρεία για τη Μελέτη της Σεξουαλικής Υγείας των Γυναικών και τη Βορειοαμερικανική Εταιρεία Εμμηνόπαυσης. Αυτός ο όρος περιλαμβάνει όλα τα ατροφικά συμπτώματα που μπορεί να έχουν οι ασθενείς στην αιδοιοκοληπική περιοχή και στην ουροδόχο κύστη-ουρήθρα από την απώλεια οιστρογόνων που συμβαίνει με την εμμηνόπαυση. Τα αιδοιοκοληπικά συμπτώματα περιλαμβάνουν κοληπική ξηρότητα, κάψιμο, κνησμό, δυσπαρεύνια, κοληπικές εκκρίσεις, αιμορραγία ή κηλίδες. Τα συμπτώματα του ουροποιοτικού συστήματος περιλαμβάνουν δυσουρία, συχνουρία, δυσφορία στην ουρήθρα ή, σπάνια, αιματουρία. Πολλοί ασθενείς με ΟΣΕ δεν αναζητούν ιατρική περίθαλψη για αυτά τα ζητήματα (λόγω αμηχανίας, πολιτιστικών, θρησκευτικών ή κοινωνικών πεποιθήσεων ή έλλειψης επίγνωσης σχετικά με ασφαλείς και αποτελεσματικές θεραπείες) και πολλοί κλινικοί γιατροί αποτυγχάνουν να ρωτήσουν τους εμμηνόπαυσιαικούς ασθενείς τους σχετικά με τα συμπτώματα του ΟΣΕ. Έτσι ενώ το ΟΣΕ έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής μετά την εμμηνόπαυση, συχνά υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται.

Το φάσμα των δυσμενών συνεπειών καθιστά τη μακροχρόνια θεραπεία απαραίτητη σε πολλές ασθενείς, όχι μόνο για την ανακούφιση των συμπτωμάτων, αλλά και για τα πιο ενοχλητικά προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν, όπως η σεξουαλική δυσλειτουργία, η αιμορραγία κατά την επαφή και οι υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του ουροποιοτικού συστήματος.

Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν τόσο ορμονικές όσο και μη ορμονικές παρεμβάσεις. Η κύρια ένδειξη για τη θεραπεία του ΟΣΕ είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων που προκαλούν δυσφορία. Η διαχείριση καθοδηγείται από τα συμπτώματα, τη συνολική κατάσταση της υγείας και τους στόχους της ασθενούς. Για συμπτώματα κοληπικής ξηρότητας, δυσφορίας ή δυσπαρεύνιας που σχετίζεται με κοληπική ατροφία, οι θεραπείες πρώτης γραμμής είναι συχνά μη ορμονικές κοληπικές ενυδατικές και λιπαντικές ουσίες. Αυτές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για άτομα με ήπια συμπτώματα ή μπορεί να είναι η μόνη εναλλακτική για εκείνες με ευαίσθητες στα οιστρογόνα νεοπλασίες. Εάν οι θεραπείες πρώτης γραμμής δεν παρέχουν επαρκή ανακούφιση από τα συμπτώματα, μπορεί να συνταγογραφηθεί κοληπική θεραπεία με οιστρογόνα ή άλλα ορμονικά φάρμακα για ασθενείς χωρίς αντενδείξεις στη χρήση τους.

Η θεραπεία πρώτης γραμμής για το ΟΣΕ περιλαμβάνει μη ορμονικές κοληπικές ενυδατικές κρέμες και λιπαντικά. Τα συμπτώματα της κοληπικής ξηρότητας μπορούν να αντιμετωπιστούν με την τακτική χρήση κοληπικών ενυδατικών παραγόντων με συμπληρωματική χρήση κοληπικών λιπαντικών για σεξουαλική επαφή. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να βελτιώσουν την αίσθηση του κόληπου και να αυξήσουν την κοληπική υγρασία, αλλά δεν αναστρέφουν τις περισσότερες ατροφικές κοληπικές αλλαγές. Έτσι, ενώ οι κοληπικές ενυδατικές κρέμες και λιπαντικά είναι χρήσιμα για ασθενείς με ήπια συμπτώματα, πολλοί ασθενείς θα έχουν επίμονα συμπτώματα με αποτέλεσμα την ανάγκη ορμονικής ή άλλης θεραπείας.



Περιλήψεις Ομιλιών

Η κοηλική θεραπεία με οιστρογόνα είναι μια κοινή θεραπεία δεύτερης γραμμής για το ΟΣΕ που δεν ανταποκρίνεται επαρκώς σε ενυδατικές κρέμες και λιπαντικά. Η χαμηλή δόση κοηλικών οιστρογόνων είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία για μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα κοηλικής ατροφίας που δεν ανταποκρίνεται σε μη ορμονική παρέμβαση. Η χρήση της θεραπείας με οιστρογόνα είναι κατάλληλη για ασθενείς με συμπτώματα κοηλικής ατροφίας σε συνθήκες χαμηλών επιπέδων οιστρογόνων, υπό την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχουν αντενδείξεις σε αυτή τη θεραπεία. Η επαρκής θεραπεία με οιστρογόνα οδηγεί σε αποκατάσταση του φυσιολογικού όξινου pH του κόλπου και της μικροχλωρίδας, πάχυνση του επιθηλίου, αυξημένες κοηλικές εκκρίσεις και μειωμένη κοηλική ξηρότητα και επακόλουθη δυσπαρενία. Επιπλέον, η θεραπεία με οιστρογόνα σχετίζεται με οφέλη για το ουροποιητικό σύστημα. Η κοηλική θεραπεία με οιστρογόνα στις συνιστώμενες δόσεις έχει ως αποτέλεσμα την απορρόφηση οιστρογόνων στην κυκλοφορία, αν και σε μικρότερο βαθμό από την από του στόματος ή διαδερμική θεραπεία με οιστρογόνα. Μπορεί να χορηγηθεί μέσω διαφόρων μορφών, συμπεριλαμβανομένων κοηλικών κρεμών, δισκίων ή δακτυλίων.

Άλλα ορμονικά σκευάσματα εκτός από τα οιστρογόνα είναι επίσης διαθέσιμα για τη θεραπεία του ΟΣΕ. Η κοηλική DHEA, που αναφέρεται επίσης ως πρασπερόνη, είναι μια θεραπευτική επιλογή για τη δυσπαρενία που σχετίζεται με το ΟΣΕ. Η οσπεμφαίνη είναι ένας SERM που δρα ως αγωνιστής οιστρογόνου στον κόλπο και φαίνεται να μην έχει κλινικά σημαντική οιστρογονική επίδραση στο ενδομήτριο ή στο μαστό. Η οσπεμφαίνη εγκρίθηκε για τη θεραπεία της μέτριας έως σοβαρής δυσπαρενίας και/ή κοηλικής ξηρότητας VVA σε εμμνοπαυσιακές ασθενείς.

Η συστηματική ΟΘ έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων του ΟΣΕ ενώ παράλληλα συμβάλλει στην αντιμετώπιση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων της εμμνόπαυσης, τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου και του κινδύνου οστεοπόρωσης.

Σε μια πληθώρα μελετών η χρήση θεραπείας για το ΟΣΕ κυμάνθηκε από 13% έως 78%. Μεταξύ των ειδικών για το ΟΣΕ θεραπείες, τα μη ορμονικά σκευάσματα ήταν τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα. Συγκεκριμένα, η χρήση μη ορμονικών θεραπειών κυμάνθηκε από 24% έως 85,5%, ενώ η συνταγογραφούμενη ορμονική θεραπεία κυμάνθηκε από 4,8% έως 35%.

Η συντριπτική πλειονότητα των γυναικών δεν αναζητά ιατρική βοήθεια για τη χορήγηση θεραπείας για το ΟΣΕ. Οι εμμνοπαυσιακές γυναίκες είναι δύσπιστες σχετικά με τη χρήση προϊόντων οιστρογόνων. Ανησυχούν κυρίως για τη μακροχρόνια έκθεση σε ορμόνες, τον καρκίνο του μαστού και άλλες πιθανές παρενέργειες. Ωστόσο, οι ασθενείς συχνά πιστεύουν ότι δεν είναι καλά ενημερωμένοι για τις θεραπευτικές επιλογές τους καθώς και για τα οφέλη και τους κινδύνους της ορμονοθεραπείας. Οι συμπτωματικές μετεμμνοπαυσιακές γυναίκες θα ήταν πρόθυμες να χρησιμοποιήσουν ΟΘ αφού είχαν ενημερωθεί διεξοδικά εάν το συνιστούσε έντονα ο γιατρός τους.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν την πάθηση και να ενθαρρύνουν τις γυναίκες να συζητούν ζητήματα που σχετίζονται με τη σεξουαλική υγεία που θα μπορούσαν να θεωρηθούν ντροπιαστικά ή ταμπού. Η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση μπορεί να οδηγήσει σε πιο επιτυχημένα θεραπευτικά αποτελέσματα, υψηλότερη ποιότητα ζωής και πιο ικανοποιητικές σχέσεις. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι για τις συστάσεις σχετικά με τις θεραπείες ειδικές για το ΟΣΕ ώστε να βοηθήσουν τις ασθενείς να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις.



Περιλήψεις Ομιλιών

Σεξουαλική δυσλειτουργία και θεραπευτικές επιλογές

Αναστασία Αρμένη

Ο πολυπαραγοντικός συμπεριφορικός φαινότυπος που στοιχειοθετεί την σεξουαλικότητα είναι η συνισταμένη πολλοπλών ψυχολογικών, βιολογικών, διαπροσωπικών και κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων. Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας της σεξουαλικότητας είναι πρόδηλος στη γυναικεία σεξουαλική απόκριση, καθώς αυτή είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης νευροσυναισθηματικών αποκρίσεων, της επιδίωξης διαπροσωπικής εγγύτητας και ορμονικών διακυμάνσεων. Η σεξουαλική υγεία ορίζεται ως «μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας που σχετίζεται με την σεξουαλικότητα, όχι μόνο ως η απουσία δυσλειτουργίας ή αναπηρίας», ενώ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η σεξουαλικότητα αποτελεί συνιστώσα της υγείας και βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Δεδομένου του παρατείνόμενου προσδόκιμου επιβίωσης οι γυναίκες περνούν κατά μέσο όρο το ένα τρίτο της ζωής τους σε εμμηνόπαυση. Παρόλο που στην πλειοψηφία των γυναικών δεν παρατηρείται μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος μετά την εμμηνόπαυση, ένα σημαντικό ποσοστό αναζητά βοήθεια λόγω αναφερόμενης σεξουαλικής δυσλειτουργίας.

Ορμονικοί παράγοντες και σεξουαλική συμπεριφορά

Η μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων αποτελεί το κεντρικό παθοφυσιολογικό συμβάν που σχετίζεται με την εμφάνιση σεξουαλικής δυσλειτουργίας κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση. Το ορμονικό «μικροπεριβάλλον» επιτελεί κυρίαρχο ρόλο στην σεξουαλική λειτουργία των γυναικών, δεδομένων των οργανωτικών και τροφικών δράσεων στα γεννητικά όργανα, ενώ επιπλέον διαμεσολαβεί τόσο την εγκεφαλική ανταπόκριση όσο και το κατώφλι της απόκρισης των ιστών στα ερεθίσματα. Εκτός από τις ορμονικές επιδράσεις, η σεξουαλική απόκριση έχει ως προσαπαιτούμενα την αλληλεπίδραση μεταξύ κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος και την αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχολογικών, διαπροσωπικών, πολιτισμικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Τα στεροειδή του φύλλου ασκούν θετική δράση στην σεξουαλική συμπεριφορά, καθώς επίσης και στις γνωστικές λειτουργίες και την συναισθηματική ισορροπία σε όλη την διάρκεια της ζωής των γυναικών. Η μείωση στα επίπεδα στεροειδών κατά την περιεμμηνόπαυση και η περαιτέρω μείωση των οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση επιδρούν αρνητικά σε όλους τους τομείς της σεξουαλικής απόκρισης. Όσον αφορά στο κεντρικό νευρικό σύστημα, τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων κατά την εμμηνόπαυση οδηγούν σε μεταβολές στην ενεργοποίηση ορισμένων περιοχών του εγκεφάλου, στοιχειοθετώντας τη νευροβιολογική βάση της μετεμμηνοπαυσιακής μείωσης της σεξουαλικής διέγερσης. Η απεικόνιση με λειτουργικό μαγνητικό συντονισμό (fMRI) σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ανέδειξε χαμηλότερη ενεργοποίηση στις περιοχές του θαλάμου, της αμυγδαλής και του πρόσθιου φλοιού του προσαγωγίου μετά από οπτική σεξουαλική διέγερση. Η μείωση των επιπέδων οιστρογόνων επιταχύνει τις επιπτώσεις της γήρανσης στις γνωστικές λειτουργίες, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη νευροεκφυλιστικών διεργασιών. Επιπλέον, η μετεμμηνοπαυσιακή οιστρογονική απόσυρση



Περιλήψεις Ομιλιών

συμβάλλει στην σεξουαλική δυσλειτουργία και μέσω του δικτύου ντοπαμινεργικής νευροδιαβίβασης, δεδομένου ότι τα οιστρογόνα διεγείρουν συστήματα νευροδιαβίβαστών σε περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στη σεξουαλική συμπεριφορά.

Η έρευνα για την σεξουαλικότητα στην εμμνόπαυση επικεντρώνεται συνήθως στην οιστρογονική ανεπάρκεια και την τοπική ή συστηματική υποκατάσταση. Ωστόσο, τα ανδρογόνα ως βασικοί ρυθμιστές της γυναικείας σεξουαλικής απόκρισης κερδίζουν έδαφος από ερευνητικές πηληυράς. Κλινικές μελέτες δείχνουν ότι τα οιστρογόνα και τα ανδρογόνα ασκούν συνεργική, διεγερτική δράση στην γυναικεία σεξουαλική απόκριση, ευοδώνοντας την σεξουαλική επιθυμία μέσω ενός πολύπλοκου δικτύου νευροδιαβίβασης μεταξύ διεγερτικών και ανασταθτικών σημάτων.

Η μείωση των επιπέδων των ανδρογόνων σχετίζεται περισσότερο με την γήρανση παρά με την εμμνόπαυση. Η επινεφριδιακή παραγωγή της δεϋδροεπιανδροστερόνης (DHEA), η οποία αποτελεί πρόδρομη ουσία της τεστοστερόνης, προοδευτικά μειώνεται και παρά την υψηλή ωοθηκική παραγωγή, το έλλειμμα παραμένει μεγάλο. Από την άλλη πλευρά, η χειρουργική εμμνόπαυση σε νεαρές γυναίκες συνοδεύεται από απότομη πτώση των επιπέδων τεστοστερόνης, καθώς μειώνονται τα ανδρογόνα ωοθηκικής προέλευσης. Η χειρουργική εμμνόπαυση συχνά οδηγεί σε εντονότερα εμμνοπαυσιακά συμπτώματα, ιδιαίτεως σε σεξουαλική δυσλειτουργία, συγκριτικά με την φυσική εμμνόπαυση, με διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης χαμηλής σεξουαλικής επιθυμίας. Δεδομένου ότι η ωοθηκική σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα ολικής και ελεύθερης τεστοστερόνης συγκριτικά με την φυσική εμμνόπαυση, η μείωση των ανδρογόνων είναι η κύρια αιτία αυξημένου κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχής υποτονικής σεξουαλικής επιθυμίας (Hypoactive Sexual Desire Disorder) στις γυναίκες αυτές. Η θεραπεία με τεστοστερόνη είναι αποτελεσματική στη βελτίωση της χαμηλής σεξουαλικής επιθυμίας σε φυσική όσο και σε χειρουργική εμμνόπαυση είτε ως μονοθεραπεία είτε σε συνδυασμό με θεραπεία μετεμμνοπαυσιακής ορμονικής υποκατάστασης (HRT). Αν και οι μοριακοί μηχανισμοί δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί, έχει προταθεί ότι τα ανδρογόνα διεγείρουν τη σεξουαλική επιθυμία ενεργώντας στα συστήματα ανταμοιβής του εγκεφάλου, πιθανώς μέσω των ντοπαμινεργικών οδών.

Θεραπεία

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, η θεραπευτική αντιμετώπιση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας στην εμμνόπαυση μπορεί να ακολουθήσει τον εξής αλγόριθμο:

A. Προσέγγιση πρώτης γραμμής:

1. Διερεύνηση τροποποιησίμων παραγόντων: συναισθηματικές διαταραχές/χρήση αντικαταθλιπτικών δισκίων, καθιστική ζωή, ενδοκρινολογικές διαταραχές: υπερπρολακτιναιμία, υπο-/υπερθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης, γυναικολογικά/ουρολογικά χρόνια νοσήματα ή λοιμώξεις
2. Μη φαρμακευτική παρέμβαση: Σεξουαλική εκπαίδευση, εμπλοκή του συντρόφου



Περιλήψεις Ομιλιών

Β. Ήπια συμπτώματα ή αντενδείξεις στην ορμονική θεραπεία:

1. Μη ορμονικές τοπικές θεραπείες για το ουρογεννητικό σύνδρομο της εμμηνόπαυσης:

- Λιπαντικά και ενυδατικά σκευάσματα για την κοιλιακή ξηρότητα
- Θεραπεία Laser (off-label)
- Φυσιοθεραπεία πυελικού εδάφους
- Διαστολείς
- Γνωσιακή - συμπεριφορική ψυχοθεραπεία

2. Ψυχολογικές παρεμβάσεις για HSDD

Γ. Μέτρια ή σοβαρά συμπτώματα που δεν ανταποκρίνονται στην μη-ορμονική θεραπεία:

1. Τοπική ορμονική θεραπεία για το ουρογεννητικό σύνδρομο/αιδοιοκοιλιακή ατροφία: τοπικά οιστρογόνα

2. Φαρμακευτική θεραπεία για HSDD:

- Ενδοκοιλιακή προαστερόνη (DHEA)
- Διαδερμική τεστοστερόνη (off-label)
- Σκευάσματα που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα: φλιμπανσερίνη (αγωνιστής του υποδοχέα 1A της σεροτονίνης και ανταγωνιστής του υποδοχέα 2A της σεροτονίνης), βρεμελανοτίδη (αγωνιστής του υποδοχέα 4 της μελανοκορτίνης)

Δ. Μέτρια ή σοβαρή δυσπαρέυνεια που δεν ανταποκρίνεται στα τοπικά οιστρογόνα:

1. Από του στόματος οσπεμφαΐνη (εκλεκτικός ρυθμιστής των οιστρογονικών υποδοχέων)

2. Από του στόματος συζευγμένα οιστρογόνα/βαζεδοξифαΐνη

Βιβλιογραφία

1. Vignozzi, L.; Maseroli, E. *Hormones and sex behaviour. In Endocrinology Female Reproductive Dysfunction; Petraglia, F., Fauser, B.C.J.M., Eds.; Springer: Berlin/Heidelberg, Germany, 2019; in press.*
2. WHO. *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*; WHO: Geneva, Switzerland, 2002.
3. Cain, V.S.; Johannes, C.B.; Avis, N.E.; Mohr, B.; Schocken, M.; Skurnick, J.; Ory, M. *Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: Baseline results from SWAN. J. Sex. Res. 2003, 40, 266–276.*



Περιλήψεις Ομιλιών

4. Damsted Petersen, C. *Female Sexual Function in Midlife in Kirana. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology*, 1st ed.; Medix Publishers: Amsterdam, The Netherlands, 2013; pp. 1173–1197.
5. Davis SR, Lambrinoudaki I, Lumsden M, et al. *Menopause*. *Nat Rev Dis Primers* 2015; 1:15004.
6. Nappi RE, Cucinella L. *Advances in pharmacotherapy for treating female sexual dysfunction*. *Expert Opin Pharmacother* 2015; 16:875–887.
7. Berek JS and Novak E. 2012. *Berek & Novak's gynecology*. 15th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
8. Clayton, A.H.; Vignozzi, L. *Pathophysiology and medical management of hypoactive sexual desire disorder*. In *Textbook of Female Sexual Function and Dysfunction—Diagnosis and Treatment*; Goldstein, I., Clayton, A.H., Goldstein, A.T., Kim, N.N., Kingsber, S.A., Eds.; Wiley Blackwell: Oxford, UK, 2018; pp. 59–100.
9. Kim, G.; Jeong, G.W. *Menopause-related brain activation patterns during visual sexual arousal in menopausal women: An fMRI pilot study using time-course analysis*. *Neuroscience* 2017, 343, 449–458.
10. Hara, Y.; Waters, E.M.; McEwen, B.S.; Morrison, J.H. *Estrogen effects on cognitive and synaptic health over the lifecourse*. *Physiol. Rev.* 2015, 95, 785–807.
11. Buster, J.; Lobo, R. *Treatment of Postmenopausal Women*; Lippincott: Boston, MA, USA, 1999.
12. Kokcu, A.; Kurtoglu, E.; Bildircin, D.; Celik, H.; Kaya, A.; Alper, T. *Does surgical menopause affect sexual performance differently from natural menopause?* *J. Sex. Med.* 2015, 12, 1407–1414.
13. Davison, S.L.; Bell, R.; Donath, S.; Montalto, J.G.; Davis, S.R. *Androgen levels in adult females: Changes with age, menopause, and oophorectomy*. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2005, 90, 3847–3853.
14. Tobiansky, D.J.; Wallin Miller, K.G.; Floresco, S.B.; Wood, R.I.; Soma, K.K. *Androgen regulation of the mesocorticolimbic system and executive function*. *Front. Endocrinol.* 2018, 9, 279.
15. Schroeder, J.P.; Packard, M.G. *Role of dopamine receptor subtypes in the acquisition of a testosterone conditioned place preference in rats*. *Neurosci. Lett.* 2000, 282, 17–20.
16. Ryu KJ, Park H, Kim YJ, et al. *Comparison of various menopausal symptoms and risk factor analysis in Korean women according to stage of menopause*. *Maturitas.* 2020; 140:41-48.
17. Reed SD, Newton KM, LaCroix AZ, et al. *Night sweats, sleep disturbance, and depression associated with diminished libido in late menopausal transition and early postmenopause: baseline data from the Herbal Alternatives for Menopause Trial (HALT)*. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(6):593.e1-7; discussion 593.e7.
18. Worsley R, Bell RJ, Gartoulla P, et al. *Prevalence and Predictors of Low Sexual Desire, Sexually Related Personal Distress, and Hypoactive Sexual Desire Dysfunction in a Community-Based Sample of Midlife Women*. *J Sex Med.* 2017;14(5):675-686.
19. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, et al. *Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-*



Περίληψεις Ομιλιών

aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause* 2005;12:385-98.

20. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008;112:970-978.

21. Leiblum S, Koochaki P, Rodenberg C, et al. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause* 2006;13:46-56.

22. Laumann E, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281:531-544.

23. Naworska B, Bak-Sosnowska M. Risk factors of sexual dysfunctions in postmenopausal women. *Ginekol Pol.* 2019;90(11):633-639.

24. Castelo-Branco C, Blumel JE, Araya H, et al. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *J Obstet Gynaecol.* 2003;23(4):426-30.

25. von Hippel C, Adhia A, Rosenberg S, et al. Sexual Function among Women in Midlife: Findings from the Nurses' Health Study II. *Womens Health Issues.* 2019;29(4):291-298.

26. Dombek K, Capistrano EJM, Costa ACC, et al. Risk factors associated with sexual dysfunction in Brazilian postmenopausal women. *Int J Impot Res.* 2016;28(2):62-7.

27. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, et al. The relationship between menopausal symptoms and sexual function. *Women Health.* 2018;58(10):1112-1123.

28. Logan S, Thu WPP, Ho K, et al. Sexual inactivity and sexual dysfunction in midlife Singaporean women: A prospective cross-sectional study of prevalence and risk factors. *Maturitas.* 2021;152:1-9.

29. Sánchez SC, Chedraui P, Pérez-López FR, et al. Evaluation of sexuality in a Paraguayan mid-aged female urban population using the six-item Female Sexual Function Index. *Climacteric.* 2016;19(3):256-60.

30. Martelli V, Valisella S, Moscatiello S, et al. Prevalence of sexual dysfunction among postmenopausal women with and without metabolic syndrome. *J Sex Med.* 2012;9(2):434-41.

31. Nappi RE, Veneroni F, Verde JB, et al. Climacteric complaints, female identity, and sexual dysfunctions. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):567-76.

32. Smith RL, Gallicchio L, Flaws JA. Factors Affecting Sexual Function in Midlife Women: Results from the Midlife Women's Health Study. *J Womens Health (Larchmt).* 2017;26(9):923-932.

33. Ribeiro Valadares AL, Pinto-Neto AM, de Souza MH, et al. The prevalence of the components of low sexual function and associated factors in middle-aged women. *J Sex Med.* 2011;8(10):2851-8.

34. Woods NF, Mitchell ES, Smith-Di Julio K. Sexual desire during the menopausal transition and



Περιλήψεις Ομιλιών

early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. J Womens Health (Larchmt). 2010;19(2):209-18.

35. Chen CH, Booth-LaForce C, Park H, et al. A comparative study of menopausal hot flashes and their psychosocial correlates in Taiwan and the United States. *Maturitas. 2010;67(2):171-7.*

36. Ngai FW. Relationships between menopausal symptoms, sense of coherence, coping strategies, and quality of life. *Menopause. 2019;26(7):758-764.*

37. Jalava-Broman J, Junttila N, Sillanmäki L, et al. Psychological behavior patterns and coping with menopausal symptoms among users and non-users of hormone replacement therapy in Finnish cohorts of women aged 52-56 years. *Maturitas. 2020; 133:7-12.*

38. Jalava-Broman J, Mäkinen J, Sillanmäki L, et al. Characteristics associated with initiation of hormone replacement therapy among Finnish women: A register-linkage study. *Maturitas. 2016; 89:73-8.*

39. Augoulea A, Palaiologou A, Christidi F, et al. Assessing the efficacy of a structured stress management program in reducing stress and climacteric symptoms in peri- and postmenopausal women. *Arch Womens Ment Health. 2021;24(5):727-735.*



Περιλήψεις Ομιλιών

Μη ορμονικές θεραπείες στην αντιμετώπιση του ουρογεννητικού συνδρόμου της εμμηνόπαυσης

Χαράλαμπος Γρηγοριάδης

Η εκδήλωση ουρογεννητικής ατροφίας, χαρακτηριζόμενη από κοιλική ξηρότητα και δυσπαρεΐνια, είναι συχνή κατά την εμμηνόπαυση προκαλώντας σημαντικά προβλήματα ποιότητας ζωής ιδιαίτερα μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών γυναικών. Η επίπτωση εκτιμάται από 10 έως 50%. Είναι γεγονός πως η παρουσία οιστρογονικών υποδοχέων έχει τεκμηριωθεί στις ανατομικές περιοχές του αιδοίου, του κόλπου, της ουροδόχου κύστεως, στους στηρικτικούς μύες του πυελικού εδάφους και στην ενδοπυελική περιτονία. Οι δομές αυτές, επομένως, ακολουθούν ένα κοινό πρότυπο ορμονικής απόκρισης και καθίστανται ιδιαίτερος ευαίσθητες επί πτώσεως των επιπέδων οιστρογόνων όπως συμβαίνει στην εμμηνόπαυση, στη ροχεία κατά το θηλασμό ή σε καταστάσεις υποθαλαμικής αμηνόρροιας.

Εάν ο κόλπος απωλέσει την ευεργετική επίδραση των οιστρογόνων, ακολουθεί απώλεια κολλαγόνου, λιπώδους ιστού και της δυνατότητας του να κατακρατεί νερό. Ως εκ τούτου, το κοιλικό επιθήλιο ληπταίνει αποτελούμενο από μια μικρή στιβάδα κυττάρων, με την αναλογία των επιπολής προς τα βασικά κύτταρα να μειώνεται σημαντικά. Ο κόλπος χάνει σημαντικό τμήμα της αιμάτωσής του καθώς σημειώνεται λήπτυνση των αγγείων και καθίσταται λιγότερο ευένοτος με συνέπεια εύκολος τραυματισμός ακόμη και με μικρό μηχανικό ερεθισμό. Επιπρόσθετα, το κοιλικό pH γίνεται πιο αλκαλικό με επίπεδα άνω του 4.5 να παρατηρούνται τυπικά επί οιστρογονικής ανεπάρκειας. Το αλκαλικό pH δημιουργεί ένα κοιλικό περιβάλλον λιγότερο φιλόξενο προς τους γαλακτοβάκιλλους και περισσότερο ευαίσθητο σε μολύνσεις από παθογόνα τόσο της εντερικής όσο και της ουρογεννητικής οδού.

Προοδευτική ατροφία επισυμβαίνει και στο επιθήλιο του αιδοίου όσο ελλοτώνονται τα επίπεδα των οιστρογόνων με αποτέλεσμα σημαντικού βαθμού απώλεια λιπώδους ιστού από τα μεγάλα χείλη που οδηγεί σε συρρίκνωση των ανατομικών δομών της κλειτορίδας και της ουρήθρας και στένωση του κόλπου. Συνεπεία των ανωτέρω αλλαγών τα κλινικά συμπτώματα που σχετίζονται με την ουρογεννητική ατροφία περιλαμβάνουν την κοιλική ξηρότητα, τον ερεθισμό, τον κνησμό, τη δυσπαρεΐνια, τη δυσουρία, τη συχνουρία, την επιτακτικότητα, την ακράτεια ούρων και τις υποτροπιάζουσες ριμώξεις του ουροποιητικού συστήματος.

Βασική θέση στην αντιμετώπιση του ουρογεννητικού συνδρόμου κατέχει η ορμονική θεραπεία, είτε συστηματική, είτε μέσω κοιλικών σκευασμάτων (υπό μορφή ταμπλέτας ή κρέμας). Ωστόσο, υφίστανται περιπτώσεις όπου η ορμονική θεραπεία μπορεί να αντενδείκνυται, όπως σε ογκολογικές ασθενείς, ή να μη γίνεται εύκολα αποδεκτή. Στην πρώτη γραμμή για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του ουρογεννητικού συνδρόμου ευρίσκονται τοπικά κοιλικά λιπαστικά που δύνανται να εφαρμοσθούν προ της επαφής αλλά και ενυδατικά (σε μορφή τζελ, κοιλικού υπόθετου ή ενέσιμου τοπικού παράγοντα) που δύνανται να περιέχουν υδροφιλή πολυμερή ή υαλουρονικό οξύ. Σημαντική βοήθεια φαίνεται ότι μπορεί να προκύψει μετά από παρεμβάσεις όπως η υιοθέτηση συστηματικού προγράμματος ασκήσεων ενδυνάμωσης του πυελικού εδάφους, ενώ στις ημέρες μας ολοένα και κερδίζει έδαφος η εφαρμογή θεραπειών με laser κόλπου, προσφέροντας μια νέα ασφαλή και αποτελεσματική πρόταση στην αντιμετώπιση των δυσμενών επιπτώσεων του ουρογεννητικού συνδρόμου σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.



Περιλήψεις Ομιλιών

Η ορμονική θεραπεία προστατεύει από την έκπτωση της νοτικής λειτουργίας και την άνοια

Σοφία Καλανταρίδου
Μαντώ Κοντογεώργη

Εισαγωγή

Η επίδραση της μετεμμηνοπαυσιακής ορμονικής θεραπείας στην άνοια είναι ένα αμφιλεγόμενο θέμα. Πληθυσμιακές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχουν διαφορές στη συχνότητα της άνοιας ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, με την άνοια λόγω της νόσου Alzheimer να είναι πιο συχνή στις γυναίκες, υποδεικνύοντας ότι η έλλειψη οιστρογόνων μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για νευροεκφυλιστικά νοσήματα.

Κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας, το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) γίνεται αποδέκτης της δράσης των ωοθηκικών στεροειδών. Τα οιστρογόνα επηρεάζουν θετικά την λειτουργία του νευρικού ιστού, μέσω της απευθείας δράσης τους σε νευρώνες και νευρωνικές συνάψεις, και εμμέσως επηρεάζοντας τα επίπεδα του οξειδωτικού στρες, της νευρωνικής φλεγμονής και της εγκεφαλικής αγγείωσης. Η προγεστερόνη και οι μεταβολίτες της αλληληπιδρούν με υποδοχείς GABA και τα ανδρογόνα, όπως η τεστοστερόνη και το DHEA, που εμπλέκονται σε σηματοδοτικές οδούς δια μέσου αδρενεργικών υποδοχέων (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Δράση ωοθηκικών στεροειδών ως νευροστεροειδή

Ωοθηκικά στεροειδή που δρουν ως νευροστεροειδή
σε υποδοχείς στον εγκεφαλικό φλοιό και στέλεχος:

- Οιστρογόνα
- Ανδρογόνα
- Προγεστερόνη

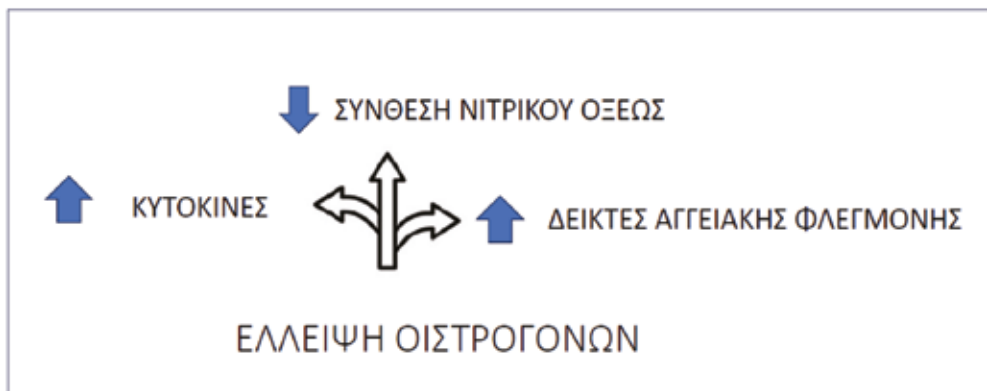
Εμμηνόπαυση

Πολλές γυναίκες κατά τη μετάβαση από την αναπαραγωγική ηλικία στην εμμηνόπαυση παραπονιούνται για γνωσιακές αλλαγές και διαταραχές μνήμης, γεγονός που έχει αποδοθεί στην έλλειψη οιστρογόνων. Μελέτες σε ζωικά μοντέλα επιβεβαιώνουν ότι τα επίπεδα των κυκλοφορούντων οιστρογόνων σχετίζονται με τη διατήρηση και προστασία του ΚΝΣ, ενώ η

Περιλήψεις Ομιλιών

έλλειψη οιστρογόνων σχετίζεται με φλεγμονή του ΚΝΣ (Πίνακας 2). Επιπλέον, μελέτες σε εμμηνόπαυσιακές γυναίκες δείχνουν ότι η έλλειψη οιστρογόνων αποτελεί το εκλυτικό αίτιο έκπτωσης γνωσιακών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένης της μνήμης, της ικανότητας λεκτικής έκφρασης, της οπτικοχωρικής αντίληψης (δηλαδή της ικανότητας του ατόμου να προσανατολίζεται στον χώρο) και της διατήρησης της προσοχής. Όλα τα παραπάνω κινούνται στο φάσμα της ήπιας γνωσιακής διαταραχής (Mild Cognitive Impairment – MCI) και χαρακτηρίζονται ως ήπια εξασθένηση των γνωσιακών λειτουργιών, χωρίς βέβαια την κλινική εικόνα της άνοιας. Είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον το γεγονός ότι το 15-20% των γυναικών άνω των 65 ετών εμφανίζουν ήπια γνωσιακή διαταραχή, ενώ μεταξύ αυτών το 10% θα εξελιχθεί σε άνοια.

Πίνακας 2. Έλλειψη οιστρογόνων και φλεγμονή του κεντρικού νευρικού συστήματος



Μετεμμηνόπαυσιακή ορμονική θεραπεία (menopausal hormone therapy)

Με αφορμή την αιτιολογική σχέση μεταξύ της έλλειψης οιστρογόνων και της ήπιας γνωσιακής διαταραχής, δημιουργήθηκε το εύλογο ερώτημα του κατά πόσο η χορήγηση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης μπορεί να προστατεύσει το ΚΝΣ. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι ετερογενή και αντικρουόμενα. Μεγάλες κλινικές μελέτες έδειξαν ότι η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης δεν βελτιώνει το γνωσιακό προφίλ των εμμηνόπαυσιακών γυναικών αλλά, αντιθέτως, αυξάνει τον κίνδυνο άνοιας όταν γίνεται λήψη ορμονικής θεραπείας μετά την ηλικία των 65 ετών.

Όμως, δύο πολύ σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι το είδος της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης και, κυρίως, ο χρόνος έναρξής της.

Η Wroolie και συν. το 2011 συνέκριναν την νευροπροστατευτική δράση της 17β-οιστραδιόλης σε σύγκριση με τα συζευγμένα οιστρογόνα (CEE) και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς που έλαβαν CEE εμφάνισαν μειωμένη απόδοση στη λεκτική μνήμη, δηλαδή την βραχυπρόθεσμη μνήμη των ήχων και φωνών, σε σύγκριση με τις γυναίκες που έλαβαν 17β-οιστραδιόλη.



Περιλήψεις Ομιλιών

Χρόνος έναρξης της θεραπείας υποκατάστασης

Ένας εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας είναι ο χρόνος έναρξης της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης. Αρχικά, είναι εξαιρετικά σημαντικό το γεγονός ότι γυναίκες με πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια ή ιατρογενή εμμνόπαυση πριν την ηλικία των 40 ετών που δεν έλαβαν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης έχουν 40% πιθανότητα για απώλεια της οπτικής και λεκτικής μνήμης και 70% μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν άνοια κατά τη διάρκεια της ζωής τους σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Σε αυτές τις ομάδες ασθενών η συντομότερη έναρξη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης επιφέρει μεγαλύτερη νευροπροστασία. Σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας τα δεδομένα δεν είναι τόσο ξεκάθαρα.

Συμπέρασμα

Τα δεδομένα από η βιβλιογραφία είναι πολλαπλά και αντικρουόμενα με μεγάλη ετερογένεια ως προς τα χαρακτηριστικά των μελετών. Η έλλειψη οιστρογόνων επιδρά αρνητικά στο ΚΝΣ, ωστόσο το κατά πόσο η ορμονική θεραπεία υποκατάσταση δύναται να επιδράσει θετικά και να αναστείλει τη διαδικασία της νευροεκφύλισης παραμένει υπό διερεύνηση.

Βιβλιογραφία

Craig MC, Pauline M Maki PM, Murphy DGM The Women's Health Initiative Memory Study: findings and implications for treatment. *Lancet Neurol* 2005 Mar;4(3):190-4. Grady D, Yaffe K, Kristof M, Lin F, Richards C, Barrett-Connor E. Effect of postmenopausal hormone therapy on cognitive function: the Heart and Estrogen/progestin Replacement Study. *Am J Med* 2002;113:543-548. 212. Karamitrou EK, Panagiotis Anagnostis P, Vaitis K, Athanasiadis L, Dimitrios G Goulis DG. Early menopause and premature ovarian insufficiency are associated with increased risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of observational studies *Maturitas*2023;176:107792.

Noor A, Rohab S, Syedra Rabab I et al. The Role of Estrogen Therapy as a Protective Factor for Alzheimer's Disease and Dementia in Postmenopausal Women: A Comprehensive Review of the Literature. *Cureus* 2023 Aug 6;15(8):e43053

Resnick SM, Maki PM, Rapp SR, et al. Women's Health Initiative Study of Cognitive Aging Investigators. Effects of combination estrogen plus progestin hormone treatment on cognition and affect. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91:1802-1810. 213.

Shumaker SA, Legault C, Rapp SR et al., WHIMS Investigators Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003 May 28;289(20):2651-62

Woolie TE, Kenna HA, Williams KE, et al. Differences in verbal memory performance in postmenopausal women receiving hormone therapy: 17β-estradiol versus conjugated equine estrogens. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011 Sep;19(9):792-80



Περιλήψεις Ομιλιών

Ορμονική θεραπεία για την εμμηνόπαυση και κίνδυνος έκπτωσης της νοτικής λειτουργίας ή άνοιας

Δημήτριος Γ. Γουλής

1. Εισαγωγικά στοιχεία

Η νόσος Alzheimer (AD) είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή, που ευθύνεται για περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων άνοιας στους ηλικιωμένους. Οι κλινικές εκδηλώσεις της AD επηρεάζουν δυσανάλογα τις γυναίκες, που αποτελούν τα δύο τρίτα των περιπτώσεων. Αν και οι υποκείμενοι μηχανισμοί για αυτόν το φυλετικό διμορφισμό δεν είναι πλήρως διευκρινισμένοι, τα δεδομένα υποστηρίζουν συσχέτιση μεταξύ εμμηνόπαυσης και υψηλότερου κινδύνου ανάπτυξης AD. Το γεγονός που υποδηλώνει τον κεντρικό ρόλο των ελαττωμένων συγκεντρώσεων οιστρογόνων στην παθογένεση της AD.

2. Μελέτες παρατήρησης

Ιστορικά, η ορμονική θεραπεία για την εμμηνόπαυση (menopausal hormone treatment - MHT) έχει χρησιμοποιηθεί για την υποκατάσταση των ενδογενών συγκεντρώσεων οιστρογόνων σε περι- και μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες και την ανακούφιση των ανεπιθύμητων αγγειοκινητικών και εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων, όπως κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, εξάψεις, εφίδρωση και απώλεια ελέγχου της κύστης. Το 1994, οι Henderson et al. έδειξαν ότι οι γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με AD είχαν σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να έχουν χρησιμοποιήσει MHT για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης σε σύγκριση με υγιείς γυναίκες. Άλλες επιδημιολογικές μελέτες κατά τη δεκαετία του 1990, ανέφεραν μειωμένη συχνότητα εμφάνισης AD μεταξύ των γυναικών που έλαβαν MHT σε σύγκριση με εκείνες που δεν έλαβαν. Μία σχετική μετα-ανάλυση έδειξε ότι ο κίνδυνος εμφάνισης AD σε χρήστριες MHT μειώθηκε σχεδόν κατά 30%, παρέχοντας ισχυρές ενδείξεις για τις ευεργετικές ενέργειες της MHT στη γνωστική λειτουργία.

3. Μελέτες παρέμβασης

Οι μελέτες παρατήρησης καταλήγουν ότι η MHT βελτιώνει τη γνωστική λειτουργία σε ένα ευρύ φάσμα νευρολογικών και νευροψυχιατρικών εξετάσεων, συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης οσφρητικής οσμής, της ήπιας γνωστικής δυσλειτουργίας (mild cognitive impairment - MCI), της περιφερικής ροής του αίματος και παραμέτρων του ηλεκτροεγκεφαλογράφηματος (HEΓ). Ωστόσο, οι εννέα διαθέσιμες κλινικές δοκιμές (randomized controlled trials - RCT) ασθενών με AD καταλήγουν σε ετερογενή αποτελέσματα, με πέντε από αυτές να μην εμφανίζουν ουσιαστικές διαφορές στη γνωστική λειτουργία και τις υπόλοιπες τέσσερις να εμφανίζουν βελτιώσεις. Οι Levine και Battista κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η MHT προκάλεσε περαιτέρω ελάττωση στις κλίμακες γνωστικής λειτουργίας των ασθενών.



Περιλήψεις Ομιλιών

Η Women's Health Initiative Memory Study (WHIMS) στρατολόγησε ένα υποσύνολο ασθενών από τη μελέτη Women's Health Initiative (WHI) και αποτελεί τη μεγαλύτερη τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή που αξιολόγησε την επίδραση της ΜΗΤ στην άνοια και τις γνωστικές βλάβες. Οι συμμετέχουσες δεν είχαν διαγνωσθεί με άνοια και ήταν μεγαλύτερες των 65 ετών. Συνολικά, 4532 συμμετέχουσες τυχαίοποιήθηκαν σε συνδυασμένη ΜΗΤ ή εικονικό φάρμακο. Επιπρόσθετα, 2974 γυναίκες με υστερεκτομή έλαβαν ΜΗΤ χωρίς προγεσταγόνο ή εικονικό φάρμακο. Μετά από 4 έτη, η χρήση ΜΗΤ προκάλεσε διπλασιασμό της επίπτωσης της άνοιας σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Την εποχή της δημοσίευσης της WHIMS, τα αποτελέσματά αυτά ερχόνταν σε σύγκρουση με τα έως τότε δεδομένα που υποδήλωναν τα οφέλη των οιστρογόνων στη γνωστική λειτουργία. Ακόμη και σήμερα, δύο δεκαετίες μετά, υπάρχει σημαντική αβεβαιότητα σχετικά με τη βέλτιστη κλινική σύσταση προς τις μετεμμηνοπauσαικές γυναίκες σχετικά με τη χρήση ΜΗΤ και τις γνωστικές λειτουργίες. Η συνολική ερμηνεία των δεδομένων οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ΜΗΤ είναι πιο αποτελεσματική ως προφυλακτική θεραπεία. Η πιθανότητα πρόληψης ή καθυστέρησης της έναρξης της AD να είναι πολύ υψηλότερη εάν η ΜΗΤ χρησιμοποιηθεί πριν την εμφάνιση της νευρολογικής συμπτωματολογίας.

4. Υπόθεση κριτικού παράθυρου

Η ερμηνεία της διαφοράς μεταξύ των ευρημάτων των επιδημιολογικών μελετών και αυτών της WHIMS είναι δύσκολη. Η επανεξέταση του πληθυσμού της WHIMS παρέχει κάποιες εξηγήσεις. Λόγω του αυξημένου κινδύνου AD σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, η WHIMS υπέθεσε ότι αυτή η ηλικιακή ομάδα θα ωφεληθεί περισσότερο από τη ΜΗΤ. Ωστόσο, καθώς η μέση ηλικία έναρξης της εμμηνόπαυσης είναι τα 51 έτη, οι συγκεντρώσεις οιστρογόνων των γυναικών της WHIMS ήταν ελαττωμένες επί 14 έτη κατά μέσο όρο. Οι Sherwin και Maki διατύπωσαν την «υπόθεση του κριτικού παραθύρου» ως πιθανή εξήγηση για αυτά τα ετερογενή ευρήματα, προτείνοντας ότι η αποτελεσματικότητα της ΜΗΤ εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από ένα συγκεκριμένο χρονικό παράθυρο χορήγησης, που εντοπίζεται λίγο μετά την εμμηνόπαυση.

Προκειμένου να επιβεβαιωθεί η υπόθεση του κριτικού παραθύρου, αρκετές μελέτες συνέκριναν την επίδραση της ΜΗΤ μεταξύ των ηλικιακών ομάδων. Η μελέτη MIRAGE Multi-Institute Research in Alzheimer's epidemiology» συμπεριέλαβε τρεις ηλικιακές ομάδες: 50–63, 64–71 και 72–99 ετών. Σε όλες τις ομάδες βρέθηκε χαμηλότερος σχετικός κίνδυνος AD σε χρήστριες ΜΗΤ. Ωστόσο, το μεγαλύτερο όφελος παρατηρήθηκε στη νεότερη ομάδα, με την επίδραση να εξασθενεί καθώς αυξανόταν η ηλικία. Μελέτες με ευρύτερες γνωστικές και νευροψυχιατρικές εκβάσεις έχουν δείξει παρόμοια αποτελέσματα. Η μελέτη Kaiser Permanente έδειξε χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης AD σε χρήστριες ΜΗΤ μέσης ηλικίας, αλλά αυξημένη συχνότητα σε όψιμες χρήστριες. Η μελέτη SWAN (Study of Women's Health Across the Nation) έδειξε ότι η πρώιμη έναρξη της ΜΗΤ (πριν την τελευταία έμμηνος ρύση) ήταν πιο ωφέλιμη για τη γνωστική υγεία σε σύγκριση με την όψιμη έναρξη. Τέλος, οι συμμετέχουσες στη μελέτη REMEMBER (Research into Memory, Brain Function and Estrogen Replacement) που ξεκίνησαν



Περιλήψεις Ομιλιών

ΜΗΤ μετά την ηλικία των 56 ετών, είχαν σημαντικά χειρότερη επίδοση σε σύγκριση με τις νεαρότερες χρήστριες και τις μη χρήστριες ΜΗΤ.

Εκτός της WHIMS, αρκετές άλλες κλινικές δοκιμές (RCT), που δημοσιεύθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 2000, εφάρμοσαν την κατηγοριοποίηση των συμμετεχουσών σε ηλικιακές ομάδες. Τρεις RCT με μέση ηλικία τα 66–71 έτη απέτυχαν να δείξουν συσχέτιση μεταξύ της ΜΗΤ και των μεταβολών στη γνωστική λειτουργία. Μία RCT με νεότερο πληθυσμό (μέση ηλικία: 51 έτη) έδειξε οφέλη σε γνωστικές διεργασίες μετά από μόλις 21 ημέρες θεραπείας. Η WHIMSY (WHIMS of Younger Women) συνέκρινε τη χρήση ΜΗΤ σε συμμετέχουσες ηλικίας 50–55 έως 65–79 ετών χωρίς προηγούμενη χρήση ΜΗΤ. Οι μεγαλύτερες σε ηλικία συμμετέχουσες που χρησιμοποίησαν ΜΗΤ εμφάνισαν μακροπρόθεσμες μειώσεις στις γνωστικές λειτουργίες, στη μνήμη και στις εκτελεστικές λειτουργίες. Επιπρόσθετα, οι Girard et al. και Dunkin et al. έδειξε ότι, εάν ξεκινήσει κατά την περιεμμηνόπαυση, η ΜΗΤ οδηγεί σε σημαντικές βελτιώσεις στις γνωστικές λειτουργίες. Συνολικά εξεταζόμενες, αυτές οι μελέτες παρέχουν ισχυρές ενδείξεις υπέρ της ύπαρξης μίας κρίσιμης περιόδου αμέσως μετά την εμμηνόπαυση, κατά την οποία η οιστρογονική θεραπεία είναι ευεργετική. Ωστόσο, οι ακριβείς παράμετροι αυτής της περιόδου και ο υποκείμενος μηχανισμός δράση παραμένουν ασαφείς.

5. Συμπεράσματα

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι ετερογενή, δείχνοντας ότι η χρήση της ΜΗΤ μπορεί να έχει τόσο ευεργετική όσο και επιβλαβή επίδραση. Επομένως, η σύσταση για τη χρήση της ΜΗΤ θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ηλικία έναρξης, χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως ο γονότυπος και η καρδιαγγειακή υγεία, καθώς και χαρακτηριστικά του σκευάσματος, όπως ο τύπος, η δοσολογία και η διάρκεια της θεραπείας. Οι παράγοντες κινδύνου που ρυθμίζουν την επίδραση της ΜΗΤ στο κεντρικό νευρικό σύστημα πρέπει διερευνηθούν διεξοδικά. Επιπρόσθετα, η έρευνα πρέπει να επικεντρωθεί στην ανάπτυξη εναλλακτικών θεραπειών.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

- **Μελέτη WHIMS:** Espeland, M.A.; Rapp, S.R.; Shumaker, S.A.; Brunner, R.; Manson, J.E.; Sherwin, B.B.; Hsia, J.; Margolis, K.L.; Hogan, P.E.; Wallace, R.; et al. *Women's Health Initiative Memory, S. Conjugated equine estrogens and global cognitive function in postmenopausal women: Women's Health Initiative Memory Study.* JAMA 2004, 291, 2959–2968.
- **Μελέτη WHIMSY:** Espeland, M.A.; Rapp, S.R.; Manson, J.E.; Goveas, J.S.; Shumaker, S.A.; Hayden, K.M.; Weitlauf, J.C.; Gaussoin, S.A.; Baker, L.D.; Padula, C.B.; et al. *Long-term Effects on Cognitive Trajectories of Postmenopausal Hormone Therapy in Two Age Groups.* J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 2017, 72, 838–845.



Περιλήψεις Ομιλιών

- **Μελέτη MIRAGE:** Henderson, V.W.; Benke, K.S.; Green, R.C.; Cupples, L.A.; Farrer, L.A.; Group, M.S. Postmenopausal hormone therapy and Alzheimer's disease risk: Interaction with age. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2005, 76, 103–105.
- **Μελέτη Kaiser Permanente:** Whitmer, R.A.; Quesenberry, C.P.; Zhou, J.; Yaffe, K. Timing of hormone therapy and dementia: The critical window theory revisited. *Ann. Neurol.* 2011, 69, 163–169.
- **Μελέτη SWAN:** Greendale, G.A.; Huang, M.H.; Wight, R.G.; Seeman, T.; Luetters, C.; Avis, N.E.; Johnston, J.; Karlamangla, A.S. Effects of the menopause transition and hormone use on cognitive performance in midlife women. *Neurology* 2009, 72, 1850–1857.
- **Μελέτη REMEMBER:** MacLennan, A.H.; Henderson, V.W.; Paine, B.J.; Mathias, J.; Ramsay, E.N.; Ryan, P.; Stocks, N.P.; Taylor, A.W. Hormone therapy, timing of initiation, and cognition in women aged older than 60 years: The REMEMBER pilot study. *Menopause* 2006, 13, 28–36.



Περιλήψεις Ομιλιών

Menopausal hormone therapy (MHT) in women at risk for and after breast cancer

Tim Hillard

The risk of breast cancer with MHT remains a constant source of discussion but for most women the risk remains relatively low. However, for those who have an increased risk or personal history of breast cancer the situation is more uncertain.

Women with a strong family history of breast cancer will have an increased personal risk particularly if they carry a genetic mutation such as the BRCA gene. Women with the BRCA genes have an 85-90% lifetime risk of breast cancer and a 30-60 % risk of ovarian cancer. As a result of the latter risk many women opt to have a risk reducing bilateral salpingo-oophorectomy (rrBSO). Should these women then have MHT? The benefits of symptom relief and prevention of longer-term effects such as osteoporosis and cardiovascular disease are just as relevant particularly if they have their rrBSO before the age of 45 years. The uptake of MHT in this group is relatively low at around 40-50% which may reflect both women's own anxieties and also a lack of confidence in the health care professionals advising them. The data are relatively sparse but MHT for 4.3 years after BSO does not appear to increase the risk of breast cancer or negate the benefits of risk-reducing surgery (Vermeulen 2019). The type and route of MHT may have an impact and this will be discussed. Most national guidelines recommend MHT after rrBSO until age of 50.

For women who have had a personal history of breast cancer MHT is generally contra-indicated. Data on the safety or otherwise of MHT in women with previous breast cancer are limited. International and National Guidelines recommend alternative approaches with MHT only as a last resort taking into account the need for any adjuvant therapy. Women who have undergone treatment for breast cancer not only face the typical symptoms of the menopause but these maybe aggravated by adjuvant therapies. If the original tumour was ER (estrogen receptor) -ve then whilst MHT should not promote a recurrence, there is a potential increased risk of a new contralateral tumour that maybe ER +ve. For those with ER +ve tumours the concern is that MHT will either promote a recurrence, stimulate a contralateral primary and possibly stimulate a late recurrence. The trials available on MHT after breast cancer have mixed results and were all stopped prematurely. The evidence is not clear enough to give a specific recommendation. Ultimately, the decision to initiate MHT after a diagnosis of breast cancer will come down to an informed discussion between the woman and her menopause specialist ideally in conjunction with the oncologist. The type, dose and route of MHT may all be tailored accordingly.

Vermeulen RF et al Climacteric 2019;22:352-360
Marsden J Post Reproductive Health 2022;28:199-210



Περιλήψεις Ομιλιών

Ορμονική θεραπεία και εμμνόπαυση σε διεμφυλικές γυναίκες

Νεοκλής Α. Γεωργόπουλος

Δεδομένου ότι η μετεμμνοπαυσιακή ορμονοθεραπεία ομοιάζει με την ορμονοθεραπεία επαναπροσδιορισμού φύλλου (GAHT), οι κλινικοί γιατροί που υποστηρίζουν τις cisgender γυναίκες κατά την εμμνόπαυση είναι σε θέση να υποστηρίξουν και τα διεμφυλικά άτομα. Τα διεμφυλικά άτομα στο σύνολό τους αντιμετωπίζουν περιθωριοποίηση παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Συχνά αναφέρεται δυσκολία πρόσβασης στην βασική ιατρική φροντίδα καθώς και στους χειρισμούς επαναπροσδιορισμού φύλλου. Η αποτυχία της υγειονομικής περίθαλψης λόγω του φόβου της θεραπευτικής αστοχίας κατά τη διάρκεια θεραπευτικών χειρισμών επαναπροσδιορισμού φύλλου, των διακρίσεων και της κακομεταχείρισης είναι εξαιρετικά συχνή, γεγονός που συμβάλει στην κακή υγεία των διεμφυλικών ατόμων. Επιπλέον, η εμπειρία ευρέως διαδεδομένων κοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων (κοινωνική απομόνωση, βία και εγκλήματα μίσους, ανεργία) που καταλήγουν σε οικονομική και νομική περιθωριοποίηση οδηγεί σε άγχος των μειοψηφιών, επιδεινώνοντας με τη σειρά του τα κακά αποτελέσματα σωματικής και ψυχικής υγείας.

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι τα διεμφυλικά άτομα έχουν αυξημένο κίνδυνο χρόνιων παθήσεων σε σύγκριση με τους ομολόγους τους cisgender, όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, κατάθλιψη, ηπατίτιδα, HIV, σχιζοφρένεια, διαταραχές χρήσης ουσιών, παχυσαρκία και ηπατικές παθήσεις. Περισσότερο από το 60% αναφέρει ιστορικό διαγνωσμένης κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής και πάνω από το 40% έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει. Τα ποσοστά θανάτων από αυτοκτονία είναι υπερδιπλάσια από ό,τι για τους πληθυσμούς των cisgender και υπάρχουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, ειδικά μεταξύ των trans ατόμων που θεωρούνται άντρες κατά τη γέννηση (με θηλυκές ή μη δυαδικές ταυτότητες) και των trans έγχρωμων ατόμων. Η ανισότητα στην υγεία που αντιμετωπίζουν τα trans άτομα παγκοσμίως είναι μια σημαντική ανησυχία για τη δημόσια υγεία.

Το 2019, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων-11^η Αναθεώρηση (ICD-11), επαναπροσδιόρισε και επαναταξινόμησε την «Ασυμφωνία φύλλου» από το κεφάλαιο «Ψυχική υγεία» σε ένα νεοσύστατο κεφάλαιο «Σεξουαλική Υγεία», αντικατοπτρίζοντας τη σύγχρονη κατανόηση της ταυτότητας φύλλου. Η ποικιλομορφία των φύλλων δεν είναι μια κατάσταση ψυχικής υγείας και η αναταξινόμηση επεδίωξε να μειώσει το στίγμα και να βοηθήσει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη επαναπροσδιορισμού φύλλου. Η «ασυμφωνία φύλλου της εφηβείας και της ενηλικίωσης» ορίζεται ως μια έντονη και επίμονη ασυμφωνία μεταξύ του επιθυμητού φύλλου ενός ατόμου και του εκχωρημένου φύλλου, που συχνά οδηγεί σε μια επιθυμία για «μετάβαση», προκειμένου να ζήσει και να γίνει αποδεκτό ως άτομο του επιθυμητού φύλλου, μέσω ορμονικής θεραπείας, χειρουργικής επέμβασης ή άλλων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για να εναρμονιστεί το σώμα του ατόμου, όσο επιθυμείται και στο μέτρο του δυνατού, με το επιθυμητό φύλλο.



Περιλήψεις Ομιλιών

Η ορμονική θεραπεία επαναπροσδιορισμού του φύλου (GAHT), αρρενοποιητική ή θηλεοποιητική, είναι επιθυμητή από πολλή (αλλά όχι όλη) διεμφυλικά άτομα για την ανάπτυξη των φυσικών χαρακτηριστικών του επιθυμητού φύλου. Το GAHT μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ψυχική υγεία, τη δυσφορία φύλου και την ποιότητα ζωής. Τα διεμφυλικά άτομα που είναι αρσενικά κατά τη γέννηση και ξεκινούν θεραπεία με θηλεοποιητικές ορμόνες θα επιτύχουν συγκεντρώσεις οιστραδιόλης και τεστοστερόνης στον ορό στο εύρος των cisgender γυναικών. Οι ορμονικές θεραπείες περιλαμβάνουν την οιστραδιόλη και αντιανδρογονικούς παράγοντες όπως η οξική κυπροτερόνη, η σπιρονολακτόνη ή τα ανάλογα ορμόνης απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης για άτομα που δεν υποβάλλονται σε ορχεκτομή. Ανάλογα με το μηχανισμό δράσης, οι περιφερειακοί ανταγωνιστές των υποδοχέων ανδρογόνων όπως η σπιρονολακτόνη ή η βικαλιουταμίδη μπορεί να μην μειώνουν απαραίτητα τις συγκεντρώσεις τεστοστερόνης.

Η ορμονοθεραπεία θηλεοποίησης προκαλεί αύξηση του μαζικού αδένα, αύξηση της λιπώδους μάζας και ανακατανομή λίπους σύμφωνα με το γυναικείο πρότυπο, μείωση της μυϊκής μάζας, μείωση της τριχοφυΐας σώματος και προσώπου και διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας. Ορισμένα φυσικά χαρακτηριστικά που οριστικοποιούνται κατά την ανδρική εφηβεία δεν αλληλάζουν, όπως το χαμηλό τονικό ύψος της φωνής και η δομή των οστών. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν αυξημένο κίνδυνο εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης (ΦΘΕ), αύξηση βάρους, διαταραχές του οστικού μεταβολισμού και καρδιαγγειακή νόσο (CVD) συγκριτικά με τα cisgender άτομα.

Η διαδικασία της γήρανσης στα διεμφυλικά άτομα συνεπάγεται μοναδικές προκλήσεις. Ο φόβος της κακομεταχείρισης στη φροντίδα ηλικιωμένων, η απομόνωση και η μοναξιά που επιτείνονται από την διεμφυλική ταυτότητα και η αυξημένη ευαλωτότητα σε οικονομικούς και άλλους στρεσογόνους παράγοντες αποτελούν μερικά μόνο από τα ζητήματα αυτά. Παρόλο που η νόσος του Αλτσχάιμερ και τα σχετικά ανοϊκά σύνδρομα είναι διαδεδομένα μεταξύ των διεμφυλικών ατόμων, η επίδραση της GAHT στη γνωστική λειτουργία παραμένει ασαφής.

Για τα διεμφυλικά άτομα που λαμβάνουν GAHT υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης της GAHT κατά τη γήρανση, εάν υπάρχουν υψηλότεροι κίνδυνοι με την έναρξη σε μεγαλύτερη ηλικία ή εάν η δόση πρέπει να μειωθεί με την πάροδο του χρόνου. Δεν υπάρχει ηλικία στην οποία η GAHT αντενδείκνυται απολύτως, και στην πραγματικότητα, τα διεμφυλικά άτομα που ξεκινούν την GAHT σε μεγαλύτερη ηλικία αναφέρουν υψηλότερους δείκτες ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τα νεότερα άτομα.

Σε διεμφυλικά άτομα που χρησιμοποιούν θεραπεία με οιστρογόνα, μια αναδρομική ανασκόπηση 296 ατόμων σύγκρισε σκευάσματα οιστραδιόλης και συγκεντρώσεις οιστραδιόλης στον ορό σε άτομα ηλικίας πάνω ή ίσης των 45 ετών (n=55) και κάτω των 45 ετών (n=241) στην Αυστραλία. Παρά τις συστάσεις για διαδερμική οιστραδιόλη σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης ή ίσης των 45 ετών, η από του στόματος οιστραδιόλη ήταν το κυρίαρχο σκευάσμα οιστραδιόλης που χρησιμοποιήθηκε από το 58% των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης ή ίσης των 45 ετών. Ωστόσο, η διάμεση δόση βαλერიανικής



Περίληψεις Ομιλιών

οιστραδιόλης από το στόμα ήταν χαμηλότερη (4 mg έναντι 6 mg, $p=0,01$) και ένα υψηλότερο ποσοστό ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης ή ίσης των 45 ετών χρησιμοποίησε διαδερμική οιστραδιόλη (31% έναντι 8%, $p<0,01$). Δεν υπήρχε διαφορά στη συγκέντρωση οιστραδιόλης στον ορό μεταξύ των ομάδων (300 pmol/l έναντι 328 pmol/l, $p=0,22$).

Παραμένει ασαφές εάν οι συστάσεις από τη βιβλιογραφία που αφορούν την ορμονοθεραπεία στην εμμηνόπαυση ισχύουν για διεμφυλικά άτομα που συνήθως λαμβάνουν θεραπεία με υψηλότερες από του στόματος και διαδερμικές δόσεις οιστραδιόλης και ως εκ τούτου απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

Βιβλιογραφία

- [1] Spizzirri G, Eufrazio R, Lima MCP, et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep.* 2021;11(1):2240.
- [2] Crissman HP, Berger MB, Graham LF, et al. Transgender demographics: a household probability sample of US adults, 2014. *Am J Public Health.* 2017;107(2):213–215.
- [3] Kuypers L, Wijzen C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Arch Sex Behav.* 2014;43(2):377–385.
- [4] Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, et al. Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Arch Sex Behav.* 2015;44(5): 1281–1287.
- [5] Ihs JW, Dhejne C, Magnusson C, et al. Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One.* 2018;13(10):e0204606.
- [6] Clark TC, Lucassen MF, Bullen P, et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *J Adolesc Health.* 2014;55(1):93–99.
- [7] Foster Skewis L, Bretherton I, Leemaqz SY, et al. Short-term effects of gender-affirming hormone therapy on dysphoria and quality of life in transgender individuals: a prospective controlled study. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2021;12:717766.
- [8] van Leerdam TR, Zajac JD, Cheung AS. The effect of gender-affirming hormones on gender dysphoria, quality of life, and psychological functioning in transgender individuals: a systematic review. *Transgender Health.* 2023;8(1):6–21.
- [9] Baker KE, Wilson LM, Sharma R, et al. Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: a systematic review. *J Endocr Soc.* 2021;5(4):bvab011.
- [10] Javier C, Crimston CR, Barlow FK. Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: a systematic literature review. *Int J Transgender Health.* 2022;23(3):255–273.
- [11] Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Trans Health.* 2022;23(sup1):S1–S259.
- [12] Safer JD, Coleman E, Feldman J, et al. Barriers to healthcare for transgender individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2016;23(2):168–171.



Περιλήψεις Ομιλιών

- [13] Ortiz-Martínez Y, Ríos-Gonzalez CM. Need for more research on and health interventions for transgender people. *Sex Health*. 2017;14(2):196–197.
- [14] Safer JD. Research gaps in medical treatment of transgender/nonbinary people. *J Clin Invest*. 2021;131(4):e142029.
- [15] Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, et al. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013;103(5):943–951.
- [16] Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674–697.
- [17] Scandurra C, Amodeo AL, Valerio P, et al. Minority stress, resilience, and mental health: a study of italian transgender people. *J Soc Issues*. 2017;73(3):563–585.
- [18] Hughes L, Shireman TI, Hughto J. Privately insured transgender people are at elevated risk for chronic conditions compared with cisgender counterparts. *Health Aff (Millwood)*. 2021;40(9):1440–1448.
- [19] Dragon CN, Guerino P, Ewald E, et al. Transgender medicare beneficiaries and chronic conditions: exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health*. 2017;4(6):404–411.
- [20] Bretherton I, Thrower E, Zwickl S, et al. The health and well-being of transgender Australians: a national community survey. *LGBT Health*. 2021;8(1):42–49.
- [21] Zwickl S, Wong AFQ, Dowers E, et al. Factors associated with suicide attempts among Australian transgender adults. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):81.
- [22] Chen R, Zhu X, Wright L, et al. Suicidal ideation and attempted suicide amongst Chinese transgender persons: national population study. *J Affect Disord*. 2019;245:1126–1134.
- [23] Budhwani H, Hearld KR, Milner AN, et al. Transgender women's experiences with stigma, trauma, and attempted suicide in the Dominican Republic. *Suicide Life Threat Behav*. 2018;48(6):788–796.
- [24] Marshall E, Claes L, Bouman WP, et al. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: a systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):58–69.
- [25] Boyer TL, Youk AO, Haas AP, et al. Suicide, homicide, and all-cause mortality among transgender and cisgender patients in the veterans health administration. *LGBT Health*. 2021;8(3):173–180.
- [26] Hughes LD, King WM, Gamarel KE, et al. Differences in all-cause mortality among transgender and Non-Transgender people enrolled in private insurance. *Demography*. 2022;59(3):1023–1043.
- [27] Hughes LD, King WM, Gamarel KE, et al. US Black-White differences in mortality risk among transgender and cisgender people in private insurance, 2011–2019. *Am J Public Health*. 2022;112(10):1507–1514.
- [28] Wiepjes CM, den Heijer M, Bremmer MA, et al. Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2017). *Acta Psychiatr Scand*. 2020;141(6):486–491.



Περιλήψεις Ομιλιών

- [29] World Health Organization. *International classification of diseases eleventh revision (ICD-11)*. Geneva: World Health Organization; 2022.
- [30] Cheung AS, Wynne K, Erasmus J, et al. Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. *Med J Aust*. 2019;211(3):127–133.
- [31] Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869–3903.
- [32] Cheung AS, Leemaqz SY, Wong JWP, et al. Non-binary and binary gender identity in Australian trans and gender diverse individuals. *Arch Sex Behav*. 2020;49(7):2673–2681.
- [33] Nota NM, Wiepjes CM, de Blok CJM, et al. Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy. *Circulation*. 2019;139(11):1461–1462.
- [34] Angus L, Leemaqz S, Ooi O, et al. Cyproterone acetate or spironolactone in lowering testosterone concentrations for transgender individuals receiving oestradiol therapy. *Endocr Connect*. 2019;8(7):935–940.
- [35] Angus LM, Nolan BJ, Zajac JD, et al. A systematic review of antiandrogens and feminisation in transgender women. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2021;94:743–752
- [36] Getahun D, Nash R, Flanders WD, et al. Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2018;169(4):205–213.
- [37] Ettner R. Care of the elderly transgender patient. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2013;20(6):580–584.
- [38] Adan M, Scribani M, Tallman N, et al. Worry and wisdom: a qualitative study of transgender elders' perspectives on aging. *Transgender Health*. 2021;6(6):332–342.
- [39] Guo Y, Li Q, Yang X, et al. Prevalence of alzheimer's and related dementia diseases and risk factors among transgender adults, Florida, 2012–2020. *Am J Public Health*. 2022;112(5):754–757.
- [40] van Heesewijk JO, Dreijerink KMA, Wiepjes CM, et al. Long-term gender-affirming hormone therapy and cognitive functioning in older transgender women compared with cisgender women and men. *J Sex Med*. 2021;18(8):1434–1443.
- [41] Mohamed S, Hunter MS. Transgender women's experiences and beliefs about hormone therapy through and beyond mid-age: an exploratory UK study. *Int J Transgend*. 2019;20(1):98–107.
- [42] Cai X, Hughto JMW, Reisner SL, et al. Benefit of gender-affirming medical treatment for transgender elders: later-life alignment of mind and body. *LGBT Health*. 2019;6(1):34–39.
- [43] Balcerek MI, Nolan BJ, Brownhill A, et al. Feminizing hormone therapy prescription patterns and cardiovascular risk factors in aging transgender individuals in Australia. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:667403



Περιλήψεις Ομιλιών

Διάγνωση και θεραπεία των παθήσεων του δέρματος και των μαλλιών στην εμμηνόπαυση

Μαρίτα Κοσμαδάκη

Το δέρμα είναι κύριος στόχος ορμονών όπως τα οιστρογόνα και τα ανδρογόνα. Εκτός από τα αγγειοκινητικά συμπτώματα (VMS) της εμμηνόπαυσης, τα συμπτώματα από το δέρμα και τα μαλλιά συχνά λαμβάνουν λιγότερη προσοχή από άλλα όργανα παρά το γεγονός ότι έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής. Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης για το δέρμα και τους βλεννογόνους περιλαμβάνουν ξηρότητα και κνησμό, λήπτυνση και ατροφία, ρυτίδες και χαλάρωση, κακή επούλωση τραυμάτων και μειωμένη αγγείωση. Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης στα μαλλιά αφορούν σε μειωμένη τριχοφυΐα και πυκνότητα στο τριχωτό της κεφαλής (διάχυτη αραιώση και/ή ανδρογενετική αλωπεκία γυναικείου μοτίβου), αλλοίωση της ποιότητας και της δομής των μαλλιών και αυξημένη ανεπιθύμητη τριχοφυΐα στις περιοχές του προσώπου. Αν και η HRT βοηθά στην αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων, η χρήση της δεν ενδείκνυται μόνο για αντιμετώπιση αυτών, λόγω ανισορροπίας κινδύνου-οφέλους. Θα συζητηθεί πως μπορεί αλλιώς να βοηθήσει ο δερματολόγος σχετικά με τον τρόπο πρόληψης ή διαχείρισης των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης σε δέρμα και μαλλιά.



Περιλήψεις Ομιλιών

Ορμονική θεραπεία σε ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο

Θεόδωρος Πανοσκάλης

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μεγάλη βελτίωση στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των γυναικολογικών καρκίνων, με αποτέλεσμα την καλύτερη επιβίωση αυτών των ασθενών. Κατά συνέπεια, δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα ζωής τους και, ειδικά, στα επακόλουθα της πρόωρης ιατρογενούς εμμηνόπαυσης. Αυτή μπορεί να προσέλθει χειρουργικά λόγω ωθηκεκτομής, χημειοθεραπευτικά και ακτινοθεραπευτικά λόγω ωθηκικής ανεπάρκειας ή λόγω φαρμακευτικής ορμονικής καταστολής.

Καρκίνος Ωθηκών

Σε πρόσφατη Cochrane μετα-ανάλυση δεν κατεδείχθη αρνητική συσχέτιση με τη χρήση HRT σε ασθενείς με τον συχνότερο επιθηλιακό καρκίνο ωθηκών, τον χαμηλής διαφοροποίησης ορώδη τύπο, παρά το γεγονός ότι η χρήση της δεν επηρέασε θετικά σε στατιστικό βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών. Αντίθετα, στον υψηλής διαφοροποίησης επιθηλιακό καρκίνο ωθηκών, όπου υπάρχει υπερέκφραση οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων, η χορήγηση HRT κρίνεται επισφαλής και δεν συστήνεται.

Αναδρομικά στοιχεία δεν δείχνουν αρνητική συσχέτιση χρήσης HRT σε ασθενείς με άλλους επιθηλιακού τύπου καρκίνου ωθηκών (ενδομητριοειδή), παρ'όλο που μπορεί να υπάρχει υπερέκφραση ορμονικών υποδοχέων. Γενικά, οιστρογονική μονοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε αρχόμενα στάδια, αλλά όχι σε προχωρημένα όπου μπορεί να υπάρχουν εστίες υπολειμματικού όγκου.

Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τη χορήγηση HRT σε ασθενείς με μη επιθηλιακού όγκου ωθηκών. Γενικά, αυτή αντενδείκνυται σε ορμονοεξαρτώμενους στρωματικούς όγκους, ενώ κρίνεται ασφαλής σε νέες ασθενείς με όγκους από γεννητικά κύτταρα.

Καρκίνος Ενδομητρίου

Παγκοσμίως, είναι ο δεύτερος συχνότερος γυναικολογικός καρκίνος με αυξητική τάση και περίπου το 20-25% των ασθενών διαγιγνώσκονται σε προεμμηνοπαυσιακή ηλικία.

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν πολλές αξιόπιστες μελέτες, φαίνεται ότι η χρήση οιστρογονικής μονοθεραπείας είναι ασφαλής σε ασθενείς διαγνωσμένες με καλά διαφοροποιημένο ενδομητριοειδή καρκίνο ενδομητρίου σε αρχόμενα στάδια. Αντίθετα, δεν θεωρείται ασφαλής η χρήση HRT σε ασθενείς με χαμηλής διαφοροποίησης ενδομητριοειδή καρκίνο ενδομητρίου ή τύπου 2 (ορώδη), καθώς και σε ασθενείς με μεσεγχυματικούς όγκους (λείομυοσάρκωμα ή στρωματικό σάρκωμα). Τα ανωτέρω φαίνεται ότι ισχύουν και για χορήγηση τοπικών κοιλιακών οιστρογονικών σκευασμάτων.



Περιλήψεις Ομιλιών

Στην περίπτωση προφυλακτικής υστερεκτομής και αμφοτερόπλευρης σαλπινγγο-ωθηκτομής σε φορείς γονιδιακών μεταλλάξεων (Lynch σύνδρομο) οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν τη χορήγηση HRT οιστρογονικής μονοθεραπείας μέχρι την ηλικία των 50 ετών.

Καρκίνος Τραχήλου

Περίπου, το 45% των ασθενών διαγιγνώσκεται σε προεμμηνοπαυσιακή ηλικία και, συνήθως, θεωρείται ασφαλής η ριζική υστερεκτομή με διατήρηση των ωθηκών. Μάλιστα, πολλές φορές διενεργείται διεχειρητικά μετάθεση των ωθηκών στην άνω κοιλία, ώστε να μην περιέλθουν στο πεδίο της ακτινοθεραπείας. Όμως, και στις δύο περιπτώσεις μπορεί να συμβεί πρόωρη ωθηκική ανεπάρκεια, είτε λόγω διαταραχής της ωθηκικής αιμάτωσης είτε λόγω απορρόφησης ακτινοβολίας.

Ο HPV σχετιζόμενος καρκίνος τραχήλου (πλάκωδης και αδενικός) δεν φαίνεται ότι επηρεάζεται από τη χορήγηση HRT και, γενικά, συστήνεται σε προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς μέχρι την ηλικία των 50 ετών.

Βιβλιογραφία

Brennan A, Hickey M. The use of menopausal hormone therapy after cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2022 May;81:22-30. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2021.11.005. Epub 2021 Nov 15. PMID: 34920970

Londero AP, Parisi N, Tassi A, Bertozzi S, Cagnacci A. Hormone replacement therapy in endometrial cancer survivors: a meta-analysis. *J Clin Med* 2021;10(14):3165

Harris BS, Bishop KC, Kuller JA, Ford AC, Muasher LC, Cantrell SE, et al. Hormonal management of menopausal symptoms in women with a history of gynecologic malignancy. *Menopause* 2020;27(2):243e8

Crosbie EJ, Ryan NAJ, Arends MJ, Bosse T, Burn J, Cornes JM, et al. The Manchester International Consensus Group recommendations for the management of gynecological cancers in Lynch syndrome. *Genet Med* 2019;21(10):2390e400

Cibula D, Potter R, Planchamp F, Avall-Lundqvist E, Fischerova D, Haie-Meder C, et al. The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the management of patients with cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2018;28(4):641e55

Saeib N, Peeyananjarassri K, Liabsuetrakul T, Buhachat R, Myriokefalitaki E. Hormone replacement therapy after surgery for epithelial ovarian cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2020 Jan 28;1(1):CD012559. doi: 10.1002/14651858.CD012559.pub2. PMID: 31989588; PMCID: PMC7027384

Rees M, Angioli R, Coleman RL, Glasspool R, Plotti F, Simoncini T, et al. European Menopause and Andropause Society (EMAS) and International Gynecologic Cancer Society (IGCS) position statement on managing the menopause after gynecological cancer: focus on menopausal symptoms and osteoporosis. *Maturitas* 2020;134:56e61



Περιλήψεις Ομιλιών

Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης στην εμμνόπαυση (ΜΗΤ) και Θρόμβωση

Κατερίνα Στεφανάκη

Η φλεβική θρόμβωση, που περιλαμβάνει την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (ΕΦΘ) και την πνευμονική εμβολή (ΠΕ), αποτελεί μια πολυπαραγοντική σοβαρή επιπλοκή σχετιζόμενη με την ηλικία, γενετικούς παράγοντες και τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (ΘΟΥ) στην εμμνόπαυση. Ο απόλυτος κίνδυνος σε γυναίκες που δεν λαμβάνουν ΘΟΥ είναι 0,5 ανά 1000 πριν από την ηλικία των 50 ετών και αυξάνει σε 2-3 ανά 1000 σε ηλικίες άνω των 60 ετών (1,2). Οι θρομβογόνες μεταλλάξεις (μετάλλαξη προθρομβίνης G20210A, μετάλλαξη του παράγοντα V Leiden) και η παχυσαρκία είναι πρόσθετοι παράγοντες κινδύνου για θρόμβωση στις μετεμμνοπαυσιακές γυναίκες (3,4).

Ο κίνδυνος θρομβωτικών επεισοδίων που σχετίζονται με την ΘΟΥ έχουν αξιολογηθεί από σειρά μελετών οι οποίες έχουν καταδείξει σαφή συσχέτιση μεταξύ ΘΟΥ και κινδύνου για φλεβικές θρομβώσεις. Η μελέτη Women's Health Initiative (WHI) παρέχει σημαντικά κλινικά δεδομένα, αποδεικνύοντας διπλάσια κίνδυνου θρομβοφλεβικών επεισοδίων σε άτομα που έκαναν χρήση ΘΟΥ (HR 2.06, 95% CI: 1.6-2.7), χωρίς να αναδείξει διαφορές στα ποσοστά εμφάνισης μεταξύ ΕΦΘ και ΠΕ (5). Παρομοίως, διπλάσια αύξηση του κινδύνου για ΕΦΘ σε άτομα υπό αγωγή με ΘΟΥ, ανέδειξε και η μελέτη Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) (6). Ωστόσο, ο απόλυτος κίνδυνος και στις δύο μελέτες, ιδίως σε υγιείς μετεμμνοπαυσιακές γυναίκες, ήταν εξαιρετικά χαμηλός.

Παραταύτα, η μελέτη WHI έδειξε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο ΕΦΘ σε γυναίκες με προηγούμενο θρομβοεμβολικό επεισόδιο, με HR 3.9, καθώς και βηλάσια αύξηση του κινδύνου ΕΦΘ (HR 6.7, 95% CI 3.1-14.5) σε γυναίκες με μετάλλαξη του παράγοντα V Leiden (ΠVL) που λάμβαναν ΘΟΥ. Άλλες γενετικές μεταλλάξεις δε φάνηκε να συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για ΕΦΘ ή ΠΕ (5). Τέλος, σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση 20.000 γυναικών, ο εκτιμώμενος κίνδυνος ΠΕ σε χρήστες ΘΟΥ ήταν 2.16 φορές μεγαλύτερος, επισημαίνοντας όμως στο σημείο αυτό πως το αποτέλεσμα χρήζει περαιτέρω επιβεβαίωσης, καθώς η συγκεκριμένη ανάλυση συμπεριλάμβανε μικρό αριθμό τυχαίοποιημένων μελετών, με μικρό αριθμό ασθενών έκαστος (7). Η μόνη τυχαίοποιημένη μελέτη που συνέκρινε την ΘΟΥ με εικονικό φάρμακο σε 140 γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό ΕΦΘ, τερματίστηκε πρόωρα λόγω της υψηλής συχνότητας εμφάνισης ΕΦΘ στην ομάδα της ΘΟΥ σε σύγκριση με την ομάδα του εικονικού φαρμάκου (10,7% έναντι 2,3%, αντίστοιχα) (8).

Σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον κίνδυνο εμφάνισης ΕΦΘ σε γυναίκες στην εμμνόπαυση που λαμβάνουν ΘΟΥ, είναι επίσης η οδός χορήγησης του οιστρογόνου και ο τύπος του συμπεριλαμβανόμενου προγεσταγόνου. Φαίνεται από δεδομένα τυχαίοποιημένων μελετών ότι η χρήση από του στόματος οιστρογόνων που χορηγούνται είτε μόνα τους, είτε σε συνδυασμό με προγεσταγόνο, αυξάνει τον κίνδυνο ΕΦΘ στις μετεμμνοπαυσιακές γυναίκες (5). Παρόλο που δεν υπάρχει καμία τυχαίοποιημένη μελέτη για τη διαδερμική χορήγηση οιστρογόνων, η μελέτη ESTHER



Περιλήψεις Ομιλιών

και μεγάλης επιδημιολογικές μελέτες υποδηλώνουν ότι τα διαδερμικά οιστρογόνα είναι ασφαλέστερα από του στόματος οιστρογόνα όσον αφορά τον κίνδυνο για εκδήλωση ΕΦΘ (9).

Σε ότι αφορά τη σημασία του τύπου του προγεσταγόνου, η μελέτη ESTHER έδειξε ότι τα σκευάσματα που περιέχουν παράγωγα νορπρεγνάνης ήταν πιο θρομβογόνα από εκείνα που περιείχαν φυσική προγεστερόνη ή παράγωγα της πρεγνάνης (9). Στη μεγαλύτερη μελέτη Ε3Ν, δεν υπήρξε αύξηση του κινδύνου ΕΦΘ όταν τα διαδερμικά οιστρογόνα χορηγούνταν με φυσική προγεστερόνη ή υδρογεστερόνη (10). Συμπερασματικά, η φυσική προγεστερόνη έχει ευνοϊκό προφίλ κινδύνου, ενώ τα παράγωγα της νορπρεγνάνης και η οξική μεδροξυπρογεστερόνη έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο για ΕΦΘ (10-14).

Συνεπώς, η ΘΟΥ στην εμμηνόπαυση θα πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με την ηλικία και τους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου για ΕΦΘ. Ιδιαίτερα θα πρέπει να αξιολογούνται προσεκτικά παράγοντες όπως: το οικογενειακό ιστορικό ΕΦΘ, τα έτη από την έναρξη της εμμηνόπαυσης, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η ακινητοποίηση, ο αρρυθμιστος ΣΔ και η ηλικία διάγνωσης του ΣΔ. Σε γυναίκες με τους παραπάνω παράγοντες και εφόσον χρήζουν θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι προτιμότερο να δίνεται μικρή δόση διαδερμικής οιστραδιόλης σε συνδυασμό με φυσική προγεστερόνη (14,15).

Βιβλιογραφία

1. Oger E. Incidence of venous thromboembolism: a community-based study in Western France, EPI-GETBP Study Group. *Groupe d'Etude de la Thrombose de Bretagne Occidentale. Thromb Haemost* 2000;83:657-60.
2. Naess IA, Christiansen SC, Romundstad P, et al. Incidence and mortality of venous thrombosis: a population-based study. *J Thromb Haemost* 2007;5:692-9.
3. Scarabin PY 2014 Hormone therapy and VTE among postmenopausal women
4. Canonico M 2015 hormone therapy and risk of VTE among postmenopausal women *Maturitas*
5. M. Cushman, et al., Estrogen plus progestin and risk of venous thrombosis, *Jama* 292 (13) (2004) 1573-1580.
6. D. Grady, et al., Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II), *Jama* 288 (1) (2002) 49-57.
7. Beral V, Banks E, Reeves G. Evidence from randomised trials on the long-term effects of hormone replacement therapy. *Lancet*. 2002;360(9337):942-944
8. Hiiibraaten E, Qvigstad E, Arnesen H, Larsen S, Wickstrøm E, Sandset PM. Increased risk of recurrent venous thromboembolism during hormone replacement therapy results of the randomized,



Περιλήψεις Ομιλιών

double-blind, placebo-controlled Estrogen in Venous Thromboembolism Trial (EVTET). Thromb Haemost. 2000;84(6):961-967.

9. Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, et al. for the Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER) Study. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation* 2007;115:840–5.

10. Canonico M, Fournier A, Carcaillon L, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of idiopathic venous thromboembolism: results from the E3N cohort study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2010;30:340–5.

11. Schneider C, Jick SS, Meier CR. Risk of cardiovascular outcomes in users of estradiol/dydrogesterone or other HRT preparations. *Climacteric* 2009;12:445–53.

12. Renoux C, Dell’aniello S, Suissa S. Hormone replacement therapy and the risk of venous thromboembolism: population-based study. *J Thromb Haemost* 2010;8:979–86.

13. Ohira T, Folsom AR, Cushman M, et al. Reproductive history, hormone replacement, and incidence of venous thromboembolism: the longitudinal investigation of thromboembolism etiology. *Br J Haematol* 2010;149:606–12.

14. Tremollieres F, Brincat M, Erel CT, et al. EMAS position statement: Managing menopausal women with a personal or family history of VTE. *Maturitas*. 2011 Jun;69(2):195-8.

15. Irene Lambrinouadaki, Eleni Armeni, Dimitrios Goulis, et al. Menopause, wellbeing and health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society. *Maturitas*. 2022 Sep;163:1-14.



Περιλήψεις Ομιλιών

Εμμηνόπαυση, άγχος και διαταραχή του συναισθήματος

Αρετή Σπυροπούλου

Η εμμηνόπαυση είναι μια φάση ορμονικής μετάβασης στη ζωή των γυναικών που μοιάζει με την ήβη - από την αντίστροφη μεριά - καθώς σηματοδοτεί μια φάση βιολογικής μετάβασης της ωοθηκικής λειτουργίας. Οι δύο αυτές σημαντικές φάσεις στη ζωή των γυναικών τυχάνουν όμως διαφορετικής αντιμετώπισης σε κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο. Αντί λοιπόν να υφίσταται μια επιστημονική και σε βάθος κατανόηση της μεταβατικής αυτής φάσης της ζωής στην ψυχική και σωματική υγεία των γυναικών, υπερισχύουν τα απλουστευτικά στερεότυπα και η απαξιοτική αποτίμηση των επιπτώσεων της εμμηνόπαυσης στο γυναικείο συναίσθημα. Στη συνέχεια θα επιχειρήσουμε να ανασκοπήσουμε εν συντομία τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με την επίπτωση της εμμηνοπαυσιακής μετάβασης στις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές που αφορούν στο άγχος και τις διαταραχές του συναισθήματος.

Η εμμηνόπαυση είναι μια μεταβατική περίοδος στη ζωή των γυναικών κατά την διάρκεια της οποίας συμβαίνουν ταυτόχρονα πολλαπλές αλλαγές, μερικές από τις οποίες συμπίπτουν με την διαδικασία του μεγαλώματος και της μέσης ηλικίας. Συνοπτικά η εμμηνόπαυση συνδέεται με:

- αλλαγή στην αναπαραγωγική λειτουργία
- στην έκλυση των ορμονών
- στη λειτουργία του σώματος
- στην εξωτερική εμφάνιση
- στη σεξουαλική ζωή
- στην οικογενειακή ζωή
- στις προσδοκίες για το μέλλον
- στις προσωπικές σχέσεις
- στις κοινωνικές και επαγγελματικές συνθήκες.

Ως μεταβατική περίοδος θα κινητοποιήσει τους αναγκαίους **προσαρμοστικούς μηχανισμούς** στις καινούριες βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους της ζωής. Η προσαρμογή στα καινούρια δεδομένα θα εξαρτηθεί από την ισορροπία μεταξύ υποκειμενικών/εσωτερικών παραγόντων και αντικειμενικών/εξωτερικών συνθηκών. Για τις περισσότερες γυναίκες η μετάβαση στην εμμηνόπαυση θα γίνει ομαλά, αν και σε κάποιες περιπτώσεις θα εμφανιστούν συμπτώματα άγχους, ευερεθιστότητας, διαταραχές ύπνου, καταθλιπτικά συμπτώματα και διαταραχές συγκέντρωσης.



Περιλήψεις Ομιλιών

Η εμμνόπαυση δεν βρίσκει όλες τις γυναίκες στην ίδια φάση της ζωής τους. Άλλες θα χρειαστεί να αντιμετωπίσουν τη συνταξιοδότηση και την πιθανή αποχώρηση των παιδιών από το σπίτι («σύνδρομο της άδειας φωλιάς»), ή θα χρειαστεί να φροντίσουν για τα νεότερα και τα μεγαλύτερα σε ηλικία μέλη των οικογενειών τους, καθώς οι γυναίκες «παραδοσιακά» επιωμίζονται το κύριο φορτίο των οικιακών εργασιών και των καθηκόντων φροντίδας. Άλλες θα χρειαστεί να «πενθήσουν» το τέλος της αναπαραγωγικής τους ικανότητας και τη μη απόκτηση (καθόλου ή άλλων) παιδιών, ενώ για ορισμένες θα ξεκινήσει η προσπάθεια τεκνοποίησης μέσω των δυνατοτήτων που προσφέρει στις μέρες μας η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με τη χρήση είτε δανεικού, είτε κρυοσυντηρημένου γενετικού υλικού.

Αγχώδη συμπτώματα στην εμμνόπαυση

Οι σωματικές αλλαγές και οι ψυχοπνευματικές καταστάσεις που συνδέονται με τη μέση ηλικία των γυναικών μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένα επίπεδα άγχους που συνήθως δεν θα χρειαστούν ειδική θεραπεία. Πάντως οι μελέτες για το άγχος στην περιεμμνόπαυση παραμένουν περιορισμένες. Σε μερικές περιπτώσεις τα αγγειοκινητικά συμπτώματα (εξάψεις και εφιδρώσεις) μπορεί να μιμηθούν αγχώδη συμπτώματα και να επιδεινώσουν ή να πυροδοτήσουν κρίσεις άγχους ή/και κρίσεις πανικού.

Η πρώιμη ωθητική ανεπάρκεια ή η εμμνόπαυση που σχετίζεται με κάποια σοβαρή ασθένεια (πχ χειρουργική ή ως συνέπεια χημειοθεραπείας ή ορμονοθεραπείας για καρκίνο) είναι πολύ πιθανό να βρει τις γυναίκες ψυχικά απροετοίμαστες και να κινητοποιήσει σημαντικά υπαρξιακά άγχη.

Εμμνόπαυση και διαταραχή του συναισθήματος

Τα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα δεν υποστηρίζουν την ύπαρξη συγκεκριμένης ψυχιατρικής νοσολογίας στην εμμνόπαυση, δηλαδή μιας ψυχικής διαταραχής με μοναδικά και ειδικά συμπτώματα για αυτή τη φάση της ζωής.

Στο τέλος του δέκατου ένατου αιώνα είχαν αναγνωριστεί τα ηλεγόμενα σύνδρομα «υποστροφικής μελαγχολίας» στις γυναίκες αυτής της ηλικίας, που με βάση τα σύγχρονα Διαγνωστικά Συστήματα θα διαγιγνώσκονταν ως «κατάθλιψη με ψυχωσικά συμπτώματα» ή «άτυπες ψυχωσικές διαταραχές». Στο πλαίσιο αυτών των συνδρόμων συμπτώματα κατάθλιψης συνυπήρχαν με παραληρητικές ιδέες ενοχής, μηδενιστικό παραλήρημα ή άλλες παραληρητικές ιδέες). Παρόλο που στα σύγχρονα διαγνωστικά συστήματα αυτή η ειδική ψυχοπαθολογία δεν αναγνωρίζεται, φαίνεται ότι για κάποιες γυναίκες η επίπτωση των βιολογικών αλλαγών της εμμνόπαυσης μπορεί να έχει αυτά τα δυσάρεστα αποτελέσματα που κατέγραψαν οι σπουδαίοι ψυχοπαθολόγοι Maudsley (1867) και Kraepelin (1896).

Με βάση τα πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα, φαίνεται ότι για ορισμένες γυναίκες η περιεμμνόπαυση συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα για εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης, σε συχνότητα περίπου διπλάσια σε σύγκριση με τις προεμμνοπαυσιακές γυναίκες. Η περιεμμνόπαυση και η πρώτη



Περιλήψεις Ομιλιών

φάση της εμμηνόπαυσης έχουν χαρακτηριστεί ως ένα «παράθυρο ευαλωτότητας» για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή καταθλιπτικής διαταραχής. Η αύξηση αυτή έχει παρατηρηθεί ακόμη και σε γυναίκες χωρίς προηγούμενο ιστορικό καταθλιπτικών επεισοδίων. Γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης βρίσκονται σε πολλαπλάσιο κίνδυνο για υποτροπή της κατάθλιψης, στην εμμηνόπαυσιακή μετάβαση.

Ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει επίσης ότι γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης είναι πιθανό να μπαίνουν πιο γρήγορα στην εμμηνόπαυση.

Η τρέχουσα διαγνωστική αξιολόγηση του καταθλιπτικού επεισοδίου

Τα συμπτώματα που απαιτούνται για τη διάγνωση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου με βάση τα σύγχρονα διαγνωστικά συστήματα (DSM-5 και ICD-10) είναι τα ακόλουθα:

1. Καταθλιπτική διάθεση τις περισσότερες ημέρες
2. Ελλειπτικό ενδιαφέρον ή απώλεια της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες της ημέρας
3. Σημαντική απώλεια ή αύξηση βάρους, μείωση ή αύξηση της όρεξης
4. Διαταραχές του ύπνου (αϋπνία ή υπερυπνία)
5. Ψυχοκινητική ανησυχία ή ψυχοκινητική επιβράδυνση (που δύναται να παρατηρηθεί από τρίτους)
6. Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας
7. Αίσθημα προσωπικής ανεπάρκειας ή υπερβολικής ενοχής και αρνητικές απόψεις για το μέλλον
8. Διαταραχές της συγκέντρωσης και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων
9. Επανελημμένες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου) η/και αυτοκτονικός ιδεασμός

Ως ελάχιστος χρόνος για την διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου απαιτείται η συνεχής παρουσία συμπτωμάτων για 2 εβδομάδες και

- Η σαφής αλλαγή από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας
- Η διάκριση από αντιδράσεις σε σημαντική απώλεια (όπως το πένθος που προκύπτει από την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή από μια οικονομική καταστροφή)



Περιλήψεις Ομιλιών

Πίνακας 1.

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης στην περίοδο της εμμηνόπαυσης

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	Προηγούμενο ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής (ο πιο επιβαρυντικός παράγοντας κινδύνου) Καταθλιπτικά συμπτώματα σε φάσεις ορμονικής μετάβασης (πχ προεμμηνορυστική δυσφορική διαταραχή και επιδόχεια κατάθλιψη)
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ	Περιεμμηνόπαυση και αρχή της εμμηνόπαυσης Επαγόμενη Εμμηνόπαυση (πχ Χειρουργική) Μακρύτερη διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης Αγγειοκινητικά συμπτώματα (κυρίως περισσότερες εξάψεις)
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Στρεσογόνα γεγονότα ζωής Υποκειμενικές εκτιμήσεις και φόβοι για την επίπτωση της εμμηνόπαυσης στην σωματική, ψυχική και σεξουαλική ζωή

Αιτιολογικές συσχετίσεις καταθλιπτικών συμπτωμάτων και εμμηνόπαυσης

- ορμονικές μεταβολές, και κυρίως η υπο-οιστρογοναιμική κατάσταση
- μεγάλες ταλαντώσεις των ορμονών του φύλου στη διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης
- ενοχλητικά σωματικά προβλήματα της εμμηνοπαυσιακής μετάβασης
- διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με τα αγγειοκινητικά συμπτώματα (εξάψεις και εφιδρώσεις)
- ανησυχία για πιθανές μεταβολές της εικόνας του σώματος αθλή και για την αρνητική επίπτωση της εμμηνόπαυσης στη σωματική υγεία
- συμπτώματα συναισθηματικής δυσφορίας

Συμπεράσματα

Η εμμηνόπαυση ως μια εποχή μετάβασης, σηματοδοτεί μια σειρά αλλαγών στη ζωή των γυναικών που απαιτούν την παράλληλη βιολογική και ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε πολλά νέα δεδομένα. Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση θα γίνει ομαλά για τις περισσότερες γυναίκες χωρίς σημαντικά προβλήματα αγχώδους ή καταθλιπτικής τάξης. Για κάποιες όμως η μετάβαση στην εμμηνόπαυση θα κινητοποιήσει υπαρκτά άγχη, φόβους για την υγεία τους (σωματική και ψυχολογική) και σε ένα μικρότερο ποσοστό θα συνοδευτεί από καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα. Αν αυτή η μετάβαση δεν πραγματοποιηθεί ομαλά μπορεί να χρειαστεί η προσεκτική διαγνωστική αποτίμηση των θεμάτων ψυχικής υγείας, ώστε να σχεδιαστεί και η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση (ψυχοθεραπευτική ή/και ψυχοφαρμακολογική).



Περιλήψεις Ομιλιών

Διαχείριση της αύξησης βάρους κατά την εμμηνοπαυσιακή μετάβαση

Μαρία Γ. Γραμματικοπούλου

Η εμμηνοπαυσιακή μετάβαση χαρακτηρίζεται από πλήθος μεταβολών στη σύνθεση σώματος, το ορμονικό προφίλ και τη φυσιολογία της γυναίκας. Παράλληλα, παρατηρούνται και αλλαγές στην εικόνα σώματος, με περίπου ένα κιλό (kg) σωματικού βάρους να εναποτίθεται κάθε διετία. Αυτό που απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα είναι το ερώτημα αν η εναπόθεση σωματικού βάρους οφείλεται στη διαδικασία της εμμηνόπαυσης, ή αν αποτελεί επιφανόμενο της αυξανόμενης ηλικίας των γυναικών.

Η έρευνα δείχνει ότι πλήθος παραγόντων συμβάλλουν στην εναπόθεση σωματικού βάρους και λιπώδους ιστού κατά την περι-εμμηνοπαυσιακή περίοδο, οδηγώντας σε μία παράλληλη ελάττωση της άλιπης μάζας σώματος. Οι ορμονικές μεταβολές (κυρίως τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων), γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, η καθιστική ζωή και η πτωχή διατροφική πρόσληψη, φαίνεται ότι δρουν συνεργικά στην εναπόθεση σωματικού βάρους. Παράλληλα, παρατηρείται ελάττωση στο βασικό μεταβολικό ρυθμό και στη δραστηριότητα του φαιού λιπώδους ιστού, μειώνοντας περαιτέρω τις ενεργειακές απαιτήσεις. Η προοδευτική ελάττωση στα επίπεδα μελατονίνης, διαταράσσει τον κρκαδικό ρυθμό οδηγώντας σε προβλήματα ύπνου, τα οποία με τη σειρά τους συμβάλλουν στην αίσθηση της όρεξης και επιδρούν στην εναπόθεση σωματικού βάρους. Όλα συμβάλλουν στην εντερική δυσβίωση και την εμφάνιση σαρκοπενικής παχυσαρκίας.

Παρά το γεγονός ότι αρκετές μελέτες υποδηλώνουν ότι η ηλικία, και όχι η εμμηνόπαυση, ευθύνονται για την εναπόθεση σωματικού βάρους, οι παράλληλες μεταβολές στη σύνθεση σώματος καθιστούν πιο δύσκολη τη διαχείριση του βάρους σε αυτή τη χρονική στιγμή της ζωής. Η παρατηρούμενη αύξηση στη λιπώδη μάζα και η ελάττωση της άλιπης μάζας σώματος, σε συνδυασμό με τη θεραπεία για την αντιμετώπιση της εμμηνόπαυσης και των συμπτωμάτων της, φαίνεται ότι έχουν αθροιστική δράση στην εναπόθεση σωματικού βάρους. Πρέπει όμως να λαμβάνουμε υπόψη και το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην υπερβαρότητα και την παχυσαρκία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, με τη μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο να βρίσκει το 43% των γυναικών με διάγνωση απλής παχυσαρκίας. Ως εκ τούτου, η διαχείριση της περίσσειας σωματικού βάρους αποτελεί για τις γυναίκες στην περι-εμμηνόπαυση σημαντικό στόχο ψυχικής και σωματικής υγείας.

Από τις διαθέσιμες θεραπείες, ο συνδυασμός υποθερμιδικής διαίτας και άσκησης φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικός στην απώλεια λιπώδους και άλιπης μάζας σώματος από την εφαρμογή διαίτας μόνο. Συγκριτικά με την προ-εμμηνόπαυση, η υιοθέτηση υποθερμιδικής διαίτας στην περι-εμμηνόπαυση φαίνεται ότι οδηγεί σε μεγαλύτερη απώλεια σωματικού λίπους. Παράλληλα, οι παρεμβάσεις απώλειας βάρους που περιλαμβάνουν αντικαταστάσεις γευμάτων ή προγράμματα διατροφής μπορεί να βελτιώνουν μεν την ποιότητα της διατροφής, δεν καταφέρνουν όμως να καλύψουν τις διατροφικές



Περιλήψεις Ομιλιών

απαιτήσεις των γυναικών. Μετα-αναλύσεις διατροφικών παρεμβάσεων δείχνουν ότι δεν υπάρχει σημαντική μεταβολή στο σωματικό βάρος, τη λιπώδη και άλιπη μάζα σώματος γυναικών πριν και μετά την εμμνόπαυση. Φαίνεται όμως, ότι όσες γυναίκες εφαρμόζουν και προγράμματα άσκησης ταυτόχρονα με τις διατροφικές παρεμβάσεις δεν εμφανίζουν αύξηση στα επίπεδα σωματικού λίπους, σε αντίθεση με αυτές που υιοθετούν μόνο συγκεκριμένες διατροφικές παρεμβάσεις δίχως άσκηση. Ιδιαίτερα σημαντική επίδραση διαφαίνεται να έχει η άσκηση με αντιστάσεις.

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, η ενσωμάτωση της εξατομικευμένης διατροφικής πληροφορίας στις συστάσεις απώλειας σωματικού βάρους δύναται να βελτιώσει το βαθμό υιοθέτησης της θεραπείας, οδηγώντας σε καλύτερα αποτελέσματα. Κάθε προσπάθεια απώλειας σωματικού βάρους όμως, οφείλει να εξετάζεται και ως προς τα καταληκτικά σημεία που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των γυναικών στην εμμνόπαυση. Δεδομένου ότι η διατροφή στην εμμνοπαυσιακή μετάβαση δύναται να επηρεάσει την ποιότητα ύπνου και στοιχεία της ψυχικής υγείας των γυναικών, κρίνεται απαραίτητο τα καταληκτικά αυτά σημεία να αξιολογούνται παράλληλα με τις ανθρωπομετρικές μεταβολές, σε κάθε σχετική παρέμβαση απώλειας βάρους. Για παράδειγμα, πρόσφατη κλινική δοκιμή έδειξε ότι η υιοθέτηση της Παλαιολιθικής διατροφής για 2 έτη οδήγησε σε σημαντική απώλεια βάρους (8 kg) και ταυτόχρονη βελτίωση του συνδρόμου υπνικής άπνοιας σε γυναίκες με υπερβάλλον σωματικό βάρος μετά την εμμνόπαυση. Αξιοσημείωτο είναι ότι η Παλαιολιθική διατροφή βρέθηκε πιο αποτελεσματική από την τυπική, χαμηλή σε λίπος δίαιτα που προτείνουν οι περισσότερες επιστημονικές εταιρείες.

Πιο πρόσφατα, αρκετές τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές εστίασαν στη διόρθωση μεμονωμένων ανθρωπομετρικών μεταβολών που λαμβάνουν χώρα στην περι-εμμνοπαυσιακή περίοδο. Παράλληλα, η αυξημένη πρωτεϊνική αποδόμηση που λαμβάνει χώρα στην περίοδο της περι-εμμνόπαυσης προτάθηκε ως ένας επιπλέον παράγοντας που πυροδοτεί την αυξημένη εναπόθεση βάρους, μέσω του ενδογενούς μηχανισμού αντιστάθμισης πρωτεΐνης. Για το λόγο αυτό, ακόμη και μία μικρή αύξηση στην προσλαμβανόμενη πρωτεΐνη θα μπορούσε θεωρητικά να βελτιώσει το σωματικό βάρος. Βασισμένες σε αυτήν τη κλινική υπόθεση, κλινικές δοκιμές έδειξαν ότι η καθημερινή κατανάλωση πρωτεΐνης ορού στο πλαίσιο μιας υποθερμιδικής δίαιτας δύναται να βελτιώσει τα επίπεδα άλιπης μάζας σώματος, διεγείροντας την πρωτεϊνοσύνθεση, ανεξάρτητα από την εφαρμογή άσκησης. Παράλληλα, η συμπληρωματική χορήγηση πρωτεΐνης βελτιώνει το λιπιδικό προφίλ και τη γλυκαιμία, και δύναται να ελαττώσει τα επίπεδα συγκεκριμένων ενδοκανναβινοειδών (ανανδαμίδη και 2-AG), προάγοντας περαιτέρω τη μεταβολική υγεία.

Σε αρκετές περιπτώσεις δυστυχώς, η απώλεια σωματικού βάρους που επιτυγχάνεται, δεν είναι παντοτινή. Μελέτες επαναπρόσληψης σωματικού βάρους ύστερα από επίτευξη απώλειας στην εμμνόπαυση έδειξαν ότι τα χαμηλά επίπεδα απώλειας βάρους και η αποφυγή κατανάλωσης πρωινού γεύματος αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της επαναπρόσληψης σωματικού βάρους.



Περιλήψεις Ομιλιών

Οι μελέτες για την εύρεση αποτελεσματικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην απώλεια βάρους κατά την περι-εμμηνόπαυση συνεχίζονται, προσθέτοντας νέα δεδομένα και τεκμηριωμένες στρατηγικές. Σε κάθε περίπτωση όμως, σημασία πρέπει να δοθεί και στη δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων (ενδοκρινολόγων, διαιτολόγων, γυναικολόγων) για την επίτευξη και διατήρηση της απώλειας βάρους στην περι-εμμηνόπαυση, στοχεύοντας στην καλύτερη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, πιο ολοκληρωμένη επίβλεψη και βελτιωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

Pataky MW, Young WF, Nair KS. Hormonal and Metabolic Changes of Aging and the Influence of Lifestyle Modifications. *Mayo Clin Proc.* 2021;96(3):788–814. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.07.033.

Thomson ZO, Kelly JT, Sainsbury A, Reeves MM. Weight loss outcomes in premenopausal versus postmenopausal women during behavioral weight loss interventions: a systematic review and meta-analysis. *Menopause.* 2020;28(3):337–346. doi: 10.1097/GME.0000000000001684.

Grammatikopoulou MG, Nigdelis MP, Goulis DG. Weight gain in midlife women: Understanding drivers and underlying mechanisms. *Curr Opin Endocrinol Metab Res.* 2022;27:100406. doi: 10.1016/j.coemr.2022.100406.



Περιλήψεις Ομιλιών

Σακχαρώδης διαβήτης και εμμνόπαυση

Ιφιγένεια Αυγουστή, Ειρήνη Λαμπρινουδάκη

Ο επιπολασμός του Σακχαρώδους Διαβήτη (ΣΔ) περιγράφεται ως 10% των ενηλίκων στους δυτικούς πληθυσμούς. Από τους ασθενείς με διάγνωση ΣΔ, το 90% έχει συσχετιστεί με τη διάγνωση ΣΔ τύπου 2 (ΣΔτ2), που συσχετίζεται με το γήρας και την παχυσαρκία, ενώ, το 10% των ασθενών συσχετίζεται με διάγνωση ΣΔ τύπου 1 (ΣΔτ1), που προκύπτει από την αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος¹.

Η εμμνοπαυσιακή μετάβαση λαμβάνει χώρα όταν ο αριθμός των ωοκυττάρων ελαττωθεί σε λιγότερο από 750-1000 ωοθυλάκια, μια επίπτωση της αύξησης της ηλικίας σε ένα γενετικά καθορισμένο αριθμό ωοκυττάρων². Μετά την παύση της ωοθηκικής λειτουργίας, οι επικείμενες ορμονικές αλλαγές συνδέονται με ισοουλινοαντίσταση, κεντρική εναπόθεση λιπώδους ιστού και μείωση στην άλιπη μάζα, προδιαθέτοντας στην ανάπτυξη ΣΔτ^{3,4,5}. Παράλληλα, η μετάβαση στην εμμνόπαυση συσχετίζεται με την εκδήλωση ενός προ-αθηρογόνου προφίλ, που ορίζεται από δυσλιπιδαιμία, ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και αρτηριακή σκλήρυνση. Αντίστροφα, ο ΣΔ ενδέχεται να επηρεάσει την ωοθηκική γήρανση και τη χρονική έναρξη της εμμνόπαυσης^{6,7}.

Η παρούσα εισήγηση στοχεύει να περιγράψει τη συσχέτιση ανάμεσα στο ΣΔ και την παύση της ωοθηκικής λειτουργίας, καθώς και τις συνοδές κλινικές επιπτώσεις σε συνδυασμό με θεραπευτικές οδηγίες για τη διαχείριση των γυναικών.

Ορισμός της εμμνόπαυσης ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας

Η μέση ηλικία φυσιολογικής διακοπής της ωοθηκικής λειτουργίας στις γυναίκες του δυτικού κόσμου εκτιμάται γύρω στα 50 έτη⁸. Η εμμνόπαυση πριν την ηλικία των 45 ετών ορίζεται ως πρόωρη εμμνόπαυση, ενώ πριν από τα 40 έτη χαρακτηρίζεται ως πρόωμη ωοθηκική ανεπάρκεια⁹. Η απουσία εμμήνου ρύσεως για διάστημα 12 συνεχόμενων μηνών ορίζεται ως εμμνόπαυση⁸.

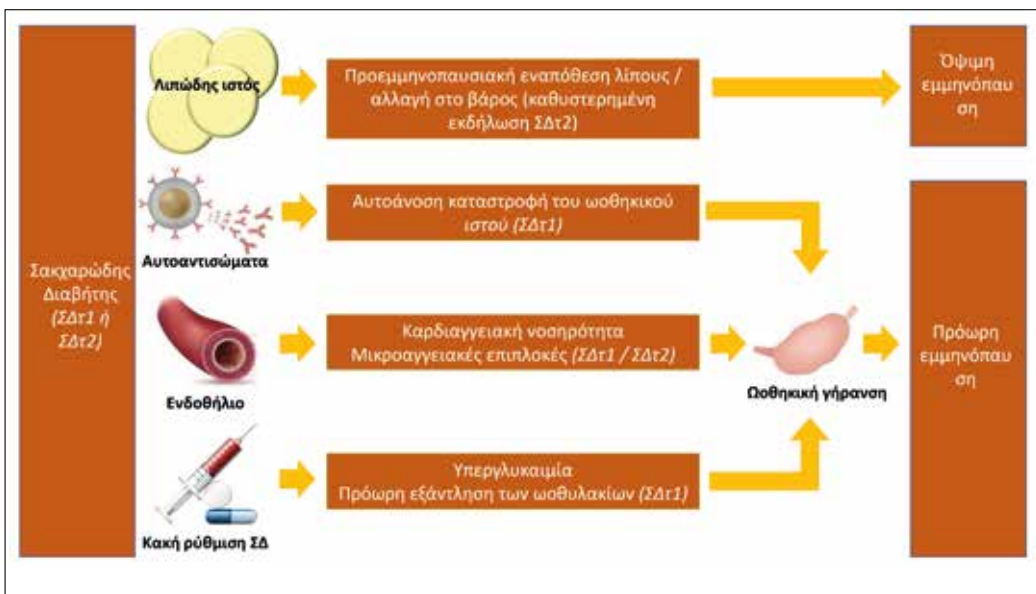
ΣΔ και ηλικία έναρξης εμμνόπαυσης

Τα δεδομένα αναφορικά με τη σχέση ΣΔτ1 και την παύση της ωοθηκικής λειτουργίας παραμένουν αμφιλεγόμενα, αν και η παρουσία μικροαγγειακών επιπλοκών φαίνεται να συμβάλλει σε μια πρόωρη διακοπή της λειτουργίας των ωοθηκών. Στην προοπτική μελέτη EDC (Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications) και στη μελέτη SWAN (Study of Women's Health Across the Nation), γυναίκες με ΣΔτ1, που εμφανίστηκε πριν την εμμναρχή παρουσίασαν καθυστερημένη εμμναρχή και εμμνόπαυση σε μικρότερη ηλικία έχοντας ως αποτέλεσμα την απώλεια 2.5 αναπαραγωγικών ετών¹⁰. Αντιθέτως, σε άλλες μελέτες διασταύρωσης όπως η OVADIA και μία φινλανδική μελέτη πληθυσμού βρέθηκε ότι η ηλικία εμμνόπαυσης δεν διέφερε ανάμεσα σε γυναίκες με ή χωρίς

Περιλήψεις Ομιλιών

ΣΔτ1^{11,12}. Παρ' όλα αυτά, μικροαγγειακές επιπλοκές οφειλόμενες στο ΣΔτ1, όπως η αλβουμινουρία και η αμφιβληστροειδοπάθεια συσχετίστηκαν με μικρότερη ηλικία εμμηνόπαυσης¹¹.

Η επίδραση του ΣΔτ2 στην εμφάνιση της εμμηνόπαυσης δεν έχει διευκρινιστεί. Η μελέτη SWAN σε περιεμμηνόπαυσιακές γυναίκες έδειξε ότι οι γυναίκες με προϋπάρχοντα ΣΔ (είτε ΣΔτ1 είτε ΣΔτ2) εμφανίζουν πρόωρη εμμηνόπαυση σε σύγκριση με τις γυναίκες χωρίς ΣΔ¹³. Αντίθετα, η παρουσία ΣΔτ2 φαίνεται να σχετίζεται με τριπλάσιο κίνδυνο πρόωρης εμμηνόπαυσης σε γυναίκες κάτω των 45 ετών, όπως περιγράφηκε σε μια μελέτη διασταύρωσης με 6,079 Λατινοαμερικές γυναίκες μέσης ηλικίας¹⁴.



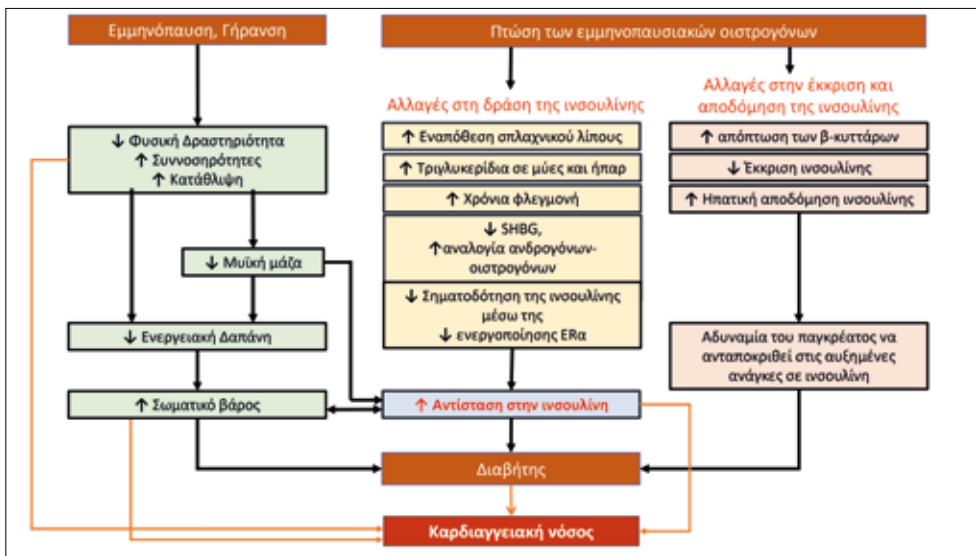
Η εμμηνόπαυση και ο κίνδυνος για ΣΔτ2

Η διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας σχετίζεται με μια σειρά παθοφυσιολογικών μεταβολών, συγκεκριμένα, αλλαγές στη σύσταση του σώματος καθώς και αλλαγές στη δράση της ινσουλίνης, που φαίνεται να τροποποιούν τον ατομικό κίνδυνο για την εκδήλωση ΣΔτ2 στο μέλλον. Δεδομένα από τη



Περιλήψεις Ομιλιών

μελέτη SWAN δείχνουν ότι η γυναίκες, που μεταβαίνουν στην εμμηνόπαυση εμφανίζουν αύξηση στο σπλαχνικό λιπώδη ιστό κατά 8.2% σε σύγκριση με το διάστημα πριν την εμμηνόπαυση¹⁵. Μια μετα-ανάλυση, που συμπεριέλαβε 14,445 γυναίκες έδειξε αύξηση της περιφέρειας μέσης (+4.12 εκ) και του ΔΜΣ (+0.94kg/m²) κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση¹⁶. Ειδικά για τη δράση της ινσουλίνης, η περίσσεια λιπώδους ιστού παράγει κυτοκίνες που εντείνουν την περιφερική ινσουλινοαντίσταση και οδηγούν σε χαμηλού βαθμού συστηματική φλεγμονή. Το μετεμμνοπαυσιακό ορμονικό περιβάλλον σχετικής ανδρογοναιμίας και η υψηλή βιοδιαθεσιμότητα ανδρογόνων επιτείνουν περαιτέρω την ινσουλινοαντίσταση¹⁷.



Η ηλικία διακοπής της εμμηνου ρύσεως και ο κίνδυνος για ΣΔτ2 στη μετέπειτα ζωή

Η ανάπτυξη ΣΔτ2 επηρεάζεται από την πάροδο της ηλικίας, την συσσώρευση λιπώδους ιστού και την ηλικία διακοπής της εμμηνου ρύσεως³. Στην προοπτική μελέτη (EPIC)-InterAct (11ετής επανέλεγχος), γυναίκες με πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια εμφάνισαν 32% υψηλότερο κίνδυνο για ΣΔτ2 σε σύγκριση με γυναίκες με φυσιολογική αυτόματη εμμηνόπαυση¹⁸. Σε μια μετα-ανάλυση 13 μελετών (191,762 γυναίκες, 21,664 με ΣΔτ2), οι γυναίκες με πρόωρη εμμηνόπαυση (40–45 έτη) ή πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια (<40 έτη) είχαν υψηλότερο κίνδυνο για ΣΔτ2 σε σύγκριση με τις γυναίκες με ηλικία



Περιλήψεις Ομιλιών

εμμηνόπαυσης άνω των 45 ετών¹⁹. Η χειρουργική εμμηνόπαυση μπορεί, επίσης, να οδηγήσει σε υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔτ2, όπως διαπιστώθηκε στον επανέλεγχο της επιδημιολογικής μελέτης NHANES I²⁰. Παράλληλα, ένας σημαντικός αριθμός μελετών κατέδειξε ότι η όψιμη εμμηνόπαυση σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο για ΣΔτ2. Στην προοπτική μελέτη E3N (83,799 γυναίκες, 22 έτη παρακολούθησης) κατεδείχθη ότι η μεγαλύτερη ηλικία εμφάνισης εμμηνόπαυσης συσχετίστηκε με χαμηλότερη επίπτωση ΣΔτ2. Στη μελέτη WHI (124,379 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες), γυναίκες με διάστημα αναπαραγωγικής ζωής <30 έτη εμφάνισαν 37% υψηλότερο κίνδυνο ΣΔτ2 από ότι γυναίκες με φυσιολογικό διάστημα 36-40 έτη^{4,5}.

Σχέση κλιμακτηριακών συμπτωμάτων καθώς και χρόνιων νοσημάτων με τον κίνδυνο ΣΔ

1. Εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα και Σακχαρώδης Διαβήτης

Η σχέση ανάμεσα στα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα και τον κίνδυνο για ΣΔ φαίνεται να παραμένει αμφιλεγόμενη. Στην ανάλυση δεδομένων της μελέτης WHI (150,007 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, 13.1-ετής επανέλεγχος), ο κίνδυνος για ανάπτυξη ΣΔ ήταν 18% υψηλότερος σε γυναίκες με αγγειοκινητικά συμπτώματα από ότι σε αυτές χωρίς συμπτώματα²¹. Από την άλλη πλευρά, σε μια πολυεθνική μελέτη (6,079 γυναίκες μέσης ηλικίας), οι συμμετέχουσες με ΣΔτ2 είχαν παρόμοιο κίνδυνο για εμφάνιση ενοχλητικών εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων συγκριτικά με γυναίκες χωρίς ΣΔ¹⁴. Ωστόσο, οι μελέτες, που διερευνούν τη σοβαρότητα των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων δεν είναι άμεσα συγκρίσιμες μεταξύ τους λόγω του σχεδιασμού τους και της αξιολόγησης των συμπτωμάτων.

2. Καρδιαγγειακή νόσος, εμμηνόπαυση και ΣΔ

Ο ΣΔ αποτελεί εδραιωμένο παράγοντα κινδύνου για την καρδιαγγειακή νόσο ειδικά στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες²². Σε μία πληθυσμιακή μελέτη στη Δανία (218,549 άτομα με ΣΔτ2, 46% γυναίκες), οι σχετικές αναλογίες για καρδιαγγειακά επεισόδια ήταν υψηλότερες σε γυναίκες με ΣΔτ2 από ότι στους άνδρες σε όλες τις ηλικίες, με τη μεγαλύτερη διαφορά να εντοπίζεται σε άτομα ηλικίας 50–69 ετών, ηλικία, που συμπίπτει με τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση²³. Επιπροσθέτως, σε μια γαλλική, πληθυσμιακή μελέτη (2,953,816 συμμετέχοντες, 11.9% με ΣΔτ1 ή ΣΔτ2), τα καρδιαγγειακά συμβάντα προσαρμοσμένα για το ΣΔ ήταν υψηλότερα σε γυναίκες άνω των 40 ετών από ό,τι σε άνδρες²⁴. Είναι ενδιαφέρον ότι η έλλειψη οιστρογόνων ενδέχεται να συσχετιστεί με δυσμενή ρύθμιση του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης και ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου²⁵.

3. Κίνδυνος κατάγματος, εμμηνόπαυση και Σακχαρώδης Διαβήτης

Η ανεπάρκεια οιστρογόνων στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες οδηγεί σε οστική απώλεια και επιδείνωση της οστικής αρχιτεκτονικής αυξάνοντας τον κίνδυνο για οστεοπορωτικό κάταγμα²⁶, ενώ συνυπάρχων

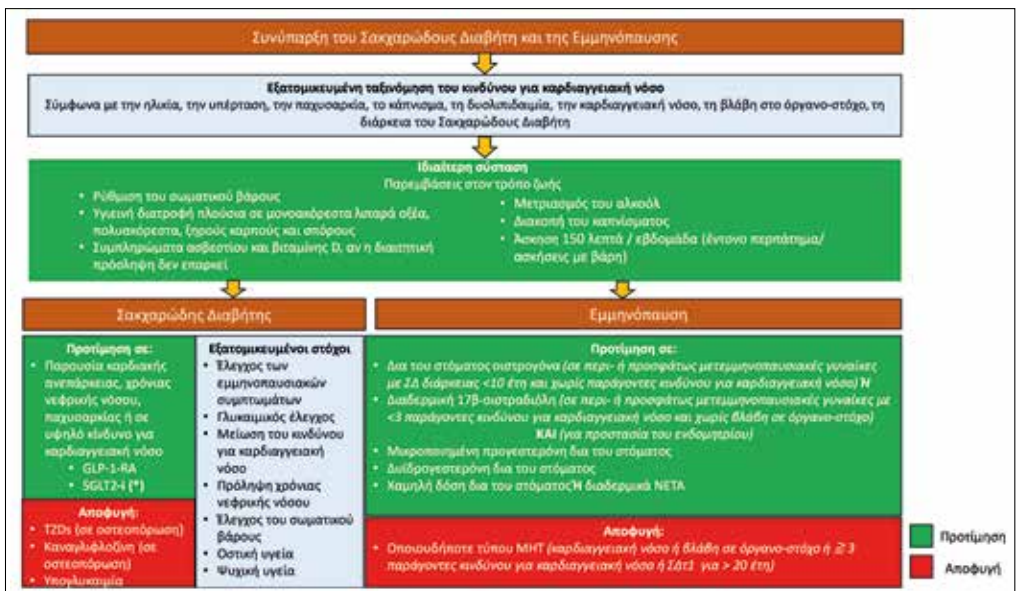


Περιλήψεις Ομιλιών

ΣΔ επηρεάζει περαιτέρω την οστική ποιότητα²⁷. Στη μελέτη WHI (93,676 μετεμμνοπαυσιακές γυναίκες με ΣΔ και 88,120 γυναίκες χωρίς ΣΔ) διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με ΣΔ είχαν υψηλότερη οστική πυκνότητα στο ισχίο και την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης από ότι γυναίκες χωρίς ΣΔ. Ωστόσο, στον 7ετή επανέλεγκο διαπιστώθηκε 20% υψηλότερος κίνδυνος κατάγματος στις γυναίκες με ΣΔ σε σύγκριση με τις γυναίκες χωρίς ΣΔ²⁸. Στη μελέτη NHS (Nurses' Health Study, 109,983 γυναίκες, 20-ετής προοπτικός επανέλεγκος), ο σχετικός κίνδυνος για κάταγμα στο ισχίο ήταν 6.4 υψηλότερος για εκείνες με ΣΔτ1 και 2.2 σε γυναίκες με ΣΔτ2 συγκριτικά με τις γυναίκες χωρίς ΣΔ²⁹.

Διαχείριση εμμνόπαυσης σε γυναίκες με συνυπάρχον ΣΔ

Η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (ΘΟΥ) αποτελεί μονοθεραπεία οιστρογόνων σε γυναίκες με ιστορικό υστερεκτομής ή συνδυαστικά με προγεσταγόνο σε γυναίκες με άθικτη μήτρα. Αγωγή με ΘΟΥ έχει καταδειχθεί να μειώνει την επίπτωση του ΣΔτ2 κατά 30%, καθώς και την ινσουλινοαντίσταση κατά 13%³⁰. Ειδικά σε γυναίκες με προϋπάρχοντα ΣΔ, η ΘΟΥ φάνηκε να βελτιώνει το γλυκαιμικό έλεγχο και τις συγκεντρώσεις της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης^{6,30,31}.





Περιλήψεις Ομιλιών

Εξατομίκευση της ΘΟΥ

Δεδομένων των πιθανών ευεργετικών επιδράσεων της ΜΗΤ στο μεταβολισμό της γλυκόζης και στο καρδιαγγειακό σύστημα, η ΘΟΥ χορηγείται σε γυναίκες με ΣΔ βάσει της ταξινόμησης καρδιαγγειακού κινδύνου. Επειδή συνήθως οι γυναίκες με ΣΔ έχουν συνυπάρχοντες παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, η πρώτη επιλογή είναι διαδερμική οιστραδιόλη σε συνδυασμό με ένα μεταβολικά ουδέτερο προγεσταγόνο, όπως η προγεστερόνη, η δυδρογεστερόνη ή η διαδερμική νορεθιστερόνη^{3,6,32}.

Διαχείριση του Σακχαρώδους Διαβήτη

Οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ΣΔ συνιστάται να ακολουθούν τις διεθνείς και εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του ΣΔ, οι οποίες αφορούν πρωταρχικά τροποποίηση στον τρόπο ζωής^{33,34}.

Η φαρμακευτική θεραπεία του ΣΔτ2 περιλαμβάνει τόσο αγωγή από του στόματος (μεφορμίνη, σουήφονιλουρίες, θειαζολιδινεδιόνες, sodium-glucose co-transporter-2 - SGLT2) όσο και ενέσιμους παράγοντες (glucagon like peptide 1 - GLP1, ινσουλίνη). Τα τελευταία χρόνια, η Αμερικανική Διαβητολογική Ένωση και ο EASD (European Association for the Study of Diabetes), λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα μεγάλων τυχαίοποιημένων κλινικών δοκιμών, έχουν προτείνει ότι οι ασθενείς με εδραιωμένη καρδιαγγειακή νόσο ή υψηλό κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο πρέπει να θεραπεύονται με αγωνιστές GLP1 ή/και SGLT2 αναστολείς ενωρίς μετά τη διάγνωση³⁵.

Από την άλλη πλευρά, τόσο οι θειαζολιδινεδιόνες όσο και η καναγλιφλοζίνη καλό είναι να αποφεύγονται σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες σε κίνδυνο για οστεοπόρωση³³. Αντίστοιχα, η ινσουλίνη πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μιας και αυξάνει το σωματικό βάρος, οδηγεί σε υπογλυκαιμικά επεισόδια και έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων^{33,35}.

Συμπεράσματα

Η βιβλιογραφία καταδεικνύει μια σημαντική σχέση ανάμεσα στη διάγνωση ΣΔτ1 ή/και πρώιμη εκδήλωση ΣΔτ2 με την παύση της ωθητικής λειτουργίας σε μικρότερη ηλικία, σε σύγκριση με γυναίκες χωρίς ΣΔ. Παρόλ'αυτα, η εμμηνόπαυση ευνοεί την κεντρική εναπόθεση λιπώδους ιστού και την ινσουλινοαντίσταση ενισχύοντας τον κίνδυνο για ΣΔτ2. Η ορμονική θεραπεία μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΣΔτ2 και βελτιώνει τη γλυκαιμική ρύθμιση σε γυναίκες με προϋπάρχοντα ΣΔ. Η χορήγηση ορμονικής θεραπείας σε γυναίκες με ΣΔ εξατομικεύεται βάσει του καρδιαγγειακού κινδύνου της ασθενούς. Για τις περισσότερες γυναίκες με προϋπάρχοντα ΣΔ το σχήμα επιλογής είναι η διαδερμική οιστραδιόλη σε συνδυασμό με ένα μεταβολικά ουδέτερο προγεσταγόνο, όπως η φυσική προγεστερόνη, η δυδρογεστερόνη ή η διαδερμική νορεθιστερόνη.



Περιλήψεις Ομιλιών

Βιβλιογραφία

1. Mauvais-Jarvis, F., Manson, J. A. E., Stevenson, J. C. & Fonseca, V. A. Menopausal hormone therapy and type 2 diabetes prevention: Evidence, mechanisms, and clinical implications. *Endocr. Rev.* 38, 173–188 (2017).
2. Park, S. U., Walsh, L. & Berkowitz, K. M. Mechanisms of ovarian aging. *Reproduction* 162, R19–R33 (2021).
3. Paschou, S. et al. Diabetes in menopause: risks and management. *Curr. Vasc. Pharmacol.* 17, 556–563 (2018).
4. LeBlanc, E. S. et al. Reproductive history and risk of type 2 diabetes mellitus in postmenopausal women: findings from the Women's Health Initiative. *Menopause* 24, 64–72 (2017).
5. Tatulashvili, S. et al. Gonadal hormonal factors before menopause and incident type 2 diabetes in women: a 22-year follow-up of 83799 women from the E3N cohort study. *J. Diabetes* 13, 330–338 (2021).
6. Slopian, R. et al. Menopause and diabetes: EMAS clinical guide. *Maturitas* 117, 6–10 (2018).
7. Davis, S. R. et al. Menopause. *Nat. Rev. Dis. Prim.* 1, 15004 (2015).
8. Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A. & Neal-Perry, G. The menopause transition: signs, symptoms, and management options. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 106, 1–15 (2021).
9. Lambrinoudaki, I. et al. Premature ovarian insufficiency: a toolkit for the primary care physician. *Maturitas* 147, 53–63 (2021).
10. Yi, Y. et al. Women with type 1 diabetes (T1D) experience a shorter reproductive period compared with nondiabetic women: the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications (EDC) study and the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause* 28, 634–641 (2021).
11. Sjöberg, L. et al. Menopause in women with type 1 diabetes. *Menopause* 18, 158–163 (2011).
12. Yarde, F. et al. Age at menopause in women with type 1 diabetes mellitus: the OVADIA study. *Hum. Reprod.* 30, 441–446 (2015).
13. Khalil, N. et al. Menopausal bone changes and incident fractures in diabetic women: a cohort study. *Osteoporos. Int.* 22, 1367–1376 (2011).
14. Monterrosa-Castro, A. et al. Type II diabetes mellitus and menopause: a multinational study. *Climacteric* 16, 663–672 (2013).
15. Samargandy, S. et al. Abdominal visceral adipose tissue over the menopause transition and carotid atherosclerosis: the SWAN heart study. *Menopause* 28, 626–633 (2021).
16. Pu, D., Tan, R., Yu, Q. & Wu, J. Metabolic syndrome in menopause and associated factors: a meta-analysis. *Climacteric* 20, 583–591 (2017).
17. de Mutsert, R. et al. Associations of abdominal subcutaneous and visceral fat with insulin resistance and secretion differ between men and women: the Netherlands Epidemiology of Obesity Study. *Metab. Syndr. Relat. Disord.* 16, 54–63 (2018).
18. Brand, J. S. et al. Age at menopause, reproductive life span, and type 2 diabetes risk: results from the EPIC-InterAct study. *Diabetes Care* 36, 1012–1019 (2013).
19. Anagnostis, P. et al. Early menopause and premature ovarian insufficiency are associated with increased risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Eur. J. Endocrinol.* 180, 41–50 (2019).



Περιλήψεις Ομιλιών

20. Appiah, D., Winters, S. J. & Hornung, C. A. Bilateral oophorectomy and the risk of incident diabetes in postmenopausal women. *Diabetes Care* 37, 725–733 (2014).
21. Gray, K. E. et al. Vasomotor symptom characteristics: are they risk factors for incident diabetes? *Menopause* 25, 520–530 (2018).
22. Ma, Y. et al. All-cause, cardiovascular, and cancer mortality rates in postmenopausal white, black, Hispanic, and Asian women with and without diabetes in the United States: The Women's Health Initiative, 1993–2009. *Am. J. Epidemiol.* 178, 1533–1541 (2013).
23. Malmborg, M. et al. Does type 2 diabetes confer higher relative rates of cardiovascular events in women compared with men? *Eur. Heart J.* 41, 1346–1353 (2020).
24. Angoulvant, D. et al. Impact of gender on relative rates of cardiovascular events in patients with diabetes. *Diabetes Metab.* 47, 101226 (2021).
25. Gersh, F. L., O'Keefe, J. H., Lavie, C. J. & Henry, B. M. The renin-angiotensin-aldosterone system in postmenopausal women: the promise of hormone therapy. *Mayo Clin. Proc.* 96, 3130–3141 (2021).
26. Greendale, G. A. et al. Bone mineral density loss in relation to the final menstrual period in a multiethnic cohort: results from The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J. Bone Miner. Res.* 27, 111–118 (2012).
27. Shanbhogue, V. V., Mitchell, D. M., Rosen, C. J. & Bouxsein, M. L. Type 2 diabetes and the skeleton: new insights into sweet bones. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 4, 159–173 (2016).
28. Bonds, D. E. et al. Risk of fracture in women with type 2 diabetes: the Women's Health Initiative Observational Study. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 91, 3404–3410 (2006).
29. Janghorbani, M., Feskanich, D., Willett, W. C. & Hu, F. Prospective study of diabetes and risk of hip fracture: the Nurses' Health Study. *Diabetes Care* 29, 1573–1578 (2006).
30. Salpeter, S. R. et al. Meta-analysis: effect of hormone replacement therapy on components of the metabolic syndrome in postmenopausal women. *Diabetes, Obes. Metab.* 8, 538–554 (2006).
31. Kim, J. E. et al. Associations of postmenopausal hormone therapy with metabolic syndrome among diabetic and non-diabetic women. *Maturitas* 121, 76–82 (2019).
32. Shufelt, C. L. & Manson, J. E. Menopausal hormone therapy and cardiovascular disease: the role of formulation, dose, and route of delivery. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 106, 1245–1254 (2021).
33. American Diabetes Association. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Medical Care in Diabetes 2021. *Diabetes Care* 44, S111–S124 (2021).
34. Giugliano, D., Maiorino, M. I., Bellastella, G., Chiodini, P. & Esposito, K. Glycemic control, preexisting cardiovascular disease, and risk of major cardiovascular events in patients with type 2 diabetes mellitus: systematic review with meta-analysis of cardiovascular outcome trials and intensive glucose control trials. *J. Am. Heart Assoc.* 8, e012356 (2019).
35. Buse, J. B. et al. 2019 update to: management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 43, 487–493 (2020).



Περιλήψεις Ομιλιών

Υπολογισμός καρδιαγγειακού κινδύνου κατά τη μετάβαση στην εμμνόπαυση

Έλενα Αρμέν

Το τέλος της αναπαραγωγικής ζωής χαρακτηρίζεται από σημαντική διακύμανση στα επίπεδα των ορμονών του φύλου, μια κατάσταση που συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα με ποικίλη ένταση και διάρκεια [1,2]. Η εμμνοπαυσιακή μετάβαση ορίζεται ως η χρονική περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας η διάρκεια του καταμήνιου κύκλου αρχίζει να αυξάνεται, ενώ ακολουθεί η εμμνόπαυση με την οριστική διακοπή της εμμήνου ρύσεως [2,3]. Η περίοδος που αρχίζει με την έναρξη των πρώτων κλινικών ή βιοχημικών/ορμονολογικών σημείων που σχετίζονται με την απουσία οιστρογόνων και ολοκληρώνεται 12 μήνες μετά την τελευταία έμμηνο ρύση, είναι γνωστή ως περιεμμνόπαυση [4]. Η διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας μπορεί να είναι αυτόματη ή δευτερογενής ως συνέπεια των ιατρογενών παρεμβάσεων, π.χ. χειρουργείο ή φαρμακευτική παρέμβαση. Η διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας σε ηλικία κάτω των 45 ετών είναι γνωστή ως πρόωπη εμμνόπαυση [5]. Αντίθετα, η διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας σε ηλικία κάτω των 40 ετών είναι γνωστή ως πρόωπη ωοθηκική ανεπάρκεια [2,3,5].

Η μετάβαση στην εμμνοπαυση σχετίζεται με σημαντικές επιπτώσεις, τόσο βραχυπρόθεσμες όσο και μακροπρόθεσμες, οι οποίες αφορούν τόσο την σωματική υγεία αλλά και την ποιότητα ζωής [6,7]. Οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις περιλαμβάνουν τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, τις διαταραχές του θυμικού, τις αλλαγές στο πρότυπο του ύπνου αλλά και την ουρογεννητική ατροφία [6]. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της εμμνόπαυσης περιλαμβάνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου (cardiovascular disease – CVD) αλλά και την οστεοπόρωση [6].

Η CVD αποτελεί την πρωταρχική αιτία θανάτου ανάμεσα στις γυναίκες της Ευρώπης και αντιστοιχεί σχεδόν στον 50% των θανάτων στις γυναίκες παγκοσμίως [7]. Ωστόσο, η θνησιμότητα λόγω CVD ποικίλλει σημαντικά ανάμεσα στους πληθυσμούς [8,9]. Σύμφωνα με τα τελευταία στατιστικά δεδομένα για την Ευρώπη, η CVD ευθύνεται για 3.9 εκατομμύρια θανάτων ετησίως [10]. Ο κίνδυνος της σχετιζόμενης με CVD νοσηρότητας και θνησιμότητας, που είχε προηγουμένως ελεγχθεί στις χώρες υψηλού κατά κεφαλή εισοδήματος, άρχισε πλέον να σταθεροποιείται ή να αυξάνεται στα τελευταία χρόνια. Αντίθετα ο καρδιαγγειακός κίνδυνος παραμένει υψηλός σε χώρες χαμηλού κατά κεφαλή εισοδήματος [8,9,11].

Κατά τη μετάβαση στην εμμνόπαυση, το πρώτο βήμα που απαιτείται για τη θεραπευτική διαχείριση των γυναικών είναι η αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Η αξιολόγηση κινδύνου μπορεί να λάβει χώρα χρησιμοποιώντας τον Αμερικάνικο αλγόριθμο ASCVD score (atherosclerotic CVD risk algorithm) [12], τον Αγγλικό αλγόριθμο Q-risk [13], ή το Ευρωπαϊκό Heart score [14]. Σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες [15,16], η αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου στη μέση



Περιλήψεις Ομιλιών

ηλικία καλό είναι να περιλαμβάνει την εκτίμηση του λιπιδαιμικού προφίλ, της αρτηριακής πίεσης και του μεταβολισμού της γλυκόζης. Το αποτέλεσμα της ατομικής αξιολόγησης καρδιαγγειακού κινδύνου θα καθοδηγήσει περαιτέρω θεραπευτικές επιλογές. Η αξιολόγηση αυτή αποτελείται από 4 στάδια, την αξιολόγηση θρομβωτικού κινδύνου, γλυκαιμικού προφίλ, αρτηριακής πίεσης, λιπιδαιμικού προφίλ. Ο συνδυασμός των παραγόντων αυτών τελικά θα κατευθύνει την καταλληλότητα για ορμονική θεραπεία υποκατάστασης ή διαφορετικών θεραπευτικών επιλογών [17].



Βήμα 1^ο. Αξιολόγηση κινδύνου θρόμβωσης

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ: ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

1. Score $\geq 10\%$
2. Διεγνωσμένη CVD ή χρόνια νεφρική νόσος (XNN)
3. Εμμνοπαυσιακή ηλικία άνω των 10 ετών
4. Εγκατεστημένη CVD ή σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ)
 - Είτε βλάβη σε όργανο στόχο
 - Είτε ≥ 2 μείζονες παράγοντες CVD
 - Είτε ΣΔ τύπου 1 ηρώιμης έναρξης με διάρκεια > 20 έτη

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ: ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

1. Score 5 έως $< 10\%$
2. Διεγνωσμένη CVD ή XNN
3. Εμμνοπαυσιακή ηλικία > 10 έτη
4. ΣΔ διάρκειας ≥ 10 ετών, χωρίς παρουσία καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου ή βλάβη σε όργανο στόχο

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ: ΕΝΔΙΑΜΕΣΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

1. Score ≥ 1 έως $< 5\%$
2. Εμμνοπαυσιακή ηλικία > 5 έτη
3. Παχυσαρκία
4. Κάπνισμα
5. Οικογενειακό ιστορικό φλεβικής θρόμβωσης
6. Αρτηριακή υπέρταση
7. ΣΔ σε μικρή ηλικία (Τύπου 1 ηλικίας < 35 έτη ή τύπου 2 ηλικίας < 50 ετών), χωρίς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και με διάρκεια ΣΔ < 10 έτη



Περιλήψεις Ομιλιών



Βήμα 2°. Γλυκαιμικός έλεγχος

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ: ΕΝΔΙΑΜΕΣΟΣ ΕΩΣ ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

1. Πρώιμη έναρξη εντατικού γλυκαιμικού ελέγχου και δευτερογενούς πρόληψης
2. Οι στόχοι καλό είναι να εξατομικεύονται ανάλογα με την ηλικία, τη συννοσηρότητα και τη διάρκεια του ΣΔ
3. α) Σε περίπτωση ΣΔ τύπου 2 σε αγωγή με μετφορμίνη:
 - εάν η HbA1c είναι εντός του θεραπευτικού στόχου, καλό είναι να συνεχίζουμε τη μονοθεραπεία
 - εάν η HbA1c είναι άνω του θεραπευτικού στόχου, συστήνεται είτε SGLT2 ή GLP-1 RA.β) Σε περίπτωσης νέας διάγνωσης με ΣΔ τύπου 2, καλό είναι να συστήνεται μονοθεραπεία SGLT2 ή GLP-1 RA
4. Σύσταση για αποφυγή
 - Θειαζολιδινεδιόνες και καναγλιφλοζίνη, για γυναίκες με υψηλό κίνδυνο οστεοπόρωσης
 - Υπογλυκαιμία

Στόχος ο αυστηρός γλυκαιμικός έλεγχος με HbA1c < 7% ή < 53 mmol/mol

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ: ΧΑΜΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

Δεν απαιτούνται ιδιαίτερες συστάσεις



Βήμα 3°. Έλεγχος αρτηριακής πίεσης

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ: ΜΕΤΡΙΟΣ ΕΩΣ ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

Στόχοι Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης (ΣΑΠ)

Για ηλικία < 65 ετών: ≤ 120-129 mmHg

Εάν συνυπάρχει ΣΔ, στόχος για ΣΑΠ ≤ 130 mmHg εάν είναι ανεκτό (όχι < 120 mmHg)

Για ηλικία ≥ 65 έτη: ≤ 130 -139 mmHg

Εάν συνυπάρχει ΣΔ, στόχος για ΣΑΠ 130-139 mmHg

Στόχοι Διαστολικής Αρτηριακής Πίεσης (ΔΑΠ)

Γενικά, ≤ 80 mmHg

Εάν συνυπάρχει ΣΔ, καλό είναι να στοχεύουμε για ΔΑΠ > 70 mmHg

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ: ΧΑΜΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

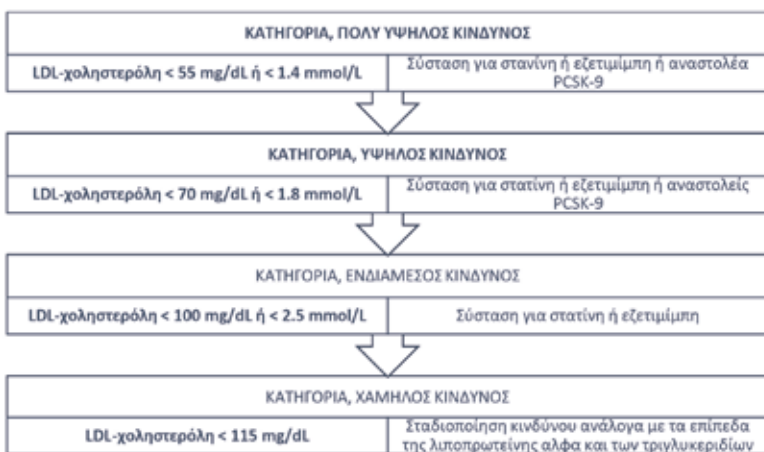
Για ηλικίες < 65 έτη, ΣΑΠ ≤ 120 - 129 mmHg και ΔΑΠ ≤ 80 mmHg

Για ηλικίες ≥ 65 έτη, ΣΑΠ ≤ 130 - 139 mmHg και ΔΑΠ ≤ 80 mmHg

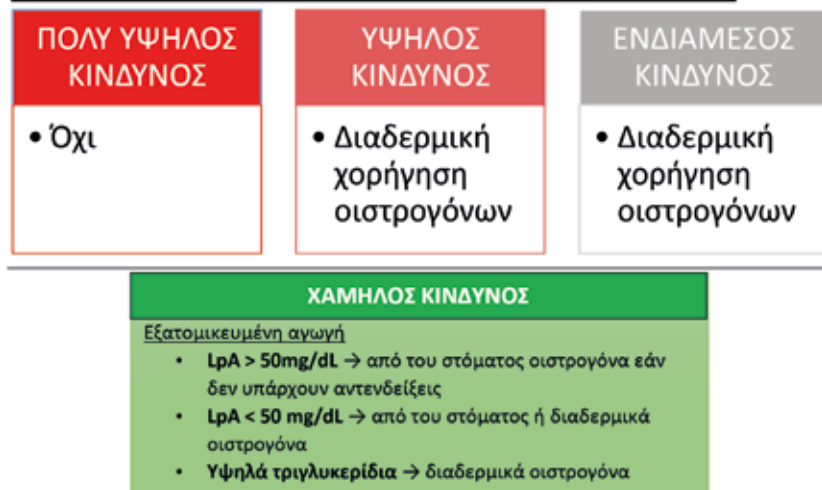


Περιλήψεις Ομιλιών

Βήμα 4^ο. Έλεγχος λιπιδαιμικού



Συμπέρασμα καταλληλότητας για χορήγηση ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης





Περιλήψεις Ομιλιών

Βιβλιογραφία

1. Baber RJ, Panay N, Fenton A. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016 Apr;19(2):109-50.
2. Lambrinouadaki I, Armeni E, Goulis D, et al. Menopause, wellbeing and health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society. *Maturitas*. 2022 Sep;163:1-14.
3. Rees M, Abernethy K, Bachmann G, et al. The essential menopause curriculum for healthcare professionals: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. *Maturitas*. 2022 Apr;158:70-77.
4. Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012 Apr;97(4):1159-68.
5. Panay N, Anderson RA, Nappi RE, et al. Premature ovarian insufficiency: an International Menopause Society White Paper. *Climacteric*. 2020 Oct;23(5):426-446.
6. Davis SR, Lambrinouadaki I, Lumsden M, et al. Menopause. *Nat Rev Dis Primers*. 2015 Apr 23;1:15004.
7. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, et al. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2018 Apr;14(4):199-215.
8. Lopez AD, Adair T. Is the long-term decline in cardiovascular-disease mortality in high-income countries over? Evidence from national vital statistics. *Int J Epidemiol*. 2019 Dec 1;48(6):1815-1823.
9. Rosengren A, Smyth A, Rangarajan S, et al. Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *Lancet Glob Health*. 2019 Jun;7(6):e748-e760.
10. Nappi RE, Chedraui P, Lambrinouadaki I, et al. Menopause: a cardiometabolic transition. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022 Jun;10(6):442-456.
11. Lamelas PM, Yusuf S, Schwalm JD. Effective approaches to address the global cardiovascular disease burden. *Curr Opin Cardiol*. 2017 Sep;32(5):557-566.
12. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019 Jun 18;139(25):e1082-e1143.
13. Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. *Bmj*. 2017 May 23;357:j2099.
14. Maas A, Rosano G, Cifkova R, et al. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *Eur Heart J*. 2021 Mar 7;42(10):967-984.
15. Anagnostis P, Bitzer J, Cano A, et al. Menopause symptom management in women with dyslipidemias: An EMAS clinical guide. *Maturitas*. 2020 May;135:82-88.
16. Slopian R, Wender-Ozegowska E, Rogowicz-Frontczak A, et al. Menopause and diabetes: EMAS clinical guide. *Maturitas*. 2018 Nov;117:6-10.
17. Lambrinouadaki I, Armeni E. Understanding of and clinical approach to cardiometabolic transition at the menopause. *Climacteric*. 2023 May 24:1-7.



Περιλήψεις Ομιλιών

Ορμονική θεραπεία σε γυναίκες υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου

Σταυρούλα Α. Πάσχου

Μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες υψηλού καρδιαγγειακού (ΚΔ) κινδύνου είναι οι παχύσαρκες ή υπέρβαρας γυναίκες που έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), υπέρταση, δυσλιπιδαιμία ή/και καθημερινή συνήθεια καπνίσματος, καθώς και εκείνες που έχουν εγκατεστημένη αθηροσκληρώση ή έχουν υποστεί κάποιο καρδιαγγειακό σύμβωμα στο παρελθόν. Οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν αρκετές ιδιαιτερότητες, που θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κατά τη διαγνωστική και θεραπευτική τους προσέγγιση σε σχέση με τη χρήση ορμονικής θεραπείας (ΟΘ):

Κλιμακτηριακά συμπτώματα: Τα κλιμακτηριακά συμπτώματα, όπως εξάψεις και εφιδρώσεις, είναι γενικά περισσότερο συχνά στις παχύσαρκες γυναίκες. Στη μελέτη SWAN, ο λόγος της πιθανότητας αύξησης των εξάψεων ήταν 1,27 φορές μεγαλύτερος για κάθε τυπική απόκλιση στην αύξηση του ποσοστού σωματικού λίπους, ενώ ειδικά οι γυναίκες εκείνες που αποκτούν βάρος κατά τη διάρκεια της μεταβατικής εμμηνόπαυσιακής περιόδου είναι ακόμη πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση εμμηνόπαυσιακών συμπτωμάτων.

Επίταση των παραγόντων ΚΔ κινδύνου: Ο μεταβολισμός της γλυκόζης φαίνεται να διαταράσσεται επιπλέον κι από την ίδια την μετάβαση στην εμμηνόπαυση και την έκπτωση των συγκεντρώσεων των οιστρογόνων, ενώ η υπέρταση επηρεάζεται κυρίως από την ανάπτυξη κεντρικής παχυσαρκίας. Το λιπιδαιμικό προφίλ επιδεινώνεται μετά την εμμηνόπαυση επίσης, και το φαινόμενο είναι πιο έντονο σε γυναίκες με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και κεντρική παχυσαρκία.

Στεφανιαία νόσος: Οι παχύσαρκες μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου (ΣΝ). Σύμφωνα με στοιχεία από την Nurses' Health Study, αύξηση του ΔΜΣ κατά 5 kg/m² συνδέεται με 30% αύξηση της συχνότητας εμφάνισης ΣΝ στις γυναίκες αυτές, ανεξάρτητα από την παρουσία άλλων σχετικών παραγόντων κινδύνου, όπως η χρονολογική ηλικία, το κάπνισμα, η ελαττωμένη σωματική δραστηριότητα, η πρόσληψη αλκοόλ ή το οικογενειακό ιστορικό για ΣΝ.

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: Ο κίνδυνος για εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) αυξάνει γραμμικά με την αύξηση του ΔΜΣ ανεξαρτήτως του φύλου και της εθνικότητας. Σύμφωνα με στοιχεία από την Nurses' Health Study, γυναίκες με ΔΜΣ > 32 kg/m² παρουσιάζουν 2,37 φορές αυξημένο σχετικό κίνδυνο εμφάνισης ισχαιμικού ΑΕΕ. Επιπλέον, γυναίκες που προσλαμβάνουν 10-20 kg επιπλέον κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους παρουσιάζουν 69% αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ισχαιμικού ΑΕΕ.

Θρομβοεμβολική νόσος: Η παχυσαρκία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο φλεβοθρόμβωσης. Η θρομβοεμβολική νόσος είναι σπάνια σε προεμμηνοπαυσιακές και νεαρές μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, αλλά η επίπτωσή της αυξάνεται με την ηλικία, το ΔΜΣ και φυσικά με την παρουσία θρομβωτικών μεταλλάξεων. Οι παχύσαρκες γυναίκες στο σκέλος του placebo της Women's Health Initiative (WHI) Study παρουσίασαν 2,9 φορές αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης φλεβοθρόμβωσης σε σύγκριση με νορμοβαρείς γυναίκες.



Περιλήψεις Ομιλιών

Καρκίνος μαστού: Οι παχύσαρκες μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού. Η παχυσαρκία σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου καρκίνου μαστού που κυμαίνεται μεταξύ 1,26 και 2,52 φορές παραπάνω. Σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση που συμπεριελάβε 2,5 εκατομμύρια γυναίκες, αύξηση του ΔΜΣ κατά 5 kg/m² οδηγεί σε 12% αύξηση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου μαστού. Εκτός από το απόλυτο σωματικό βάρος, το επιπλέον βάρος που αποκτήθηκε μετά την ηλικία των 30-40 ετών και ειδικά αυτό που αποκτήθηκε μετεμμηνοπαυσιακά φαίνεται να αυξάνει επιπλέον τον κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου μαστού. Η παχυσαρκία αποτελεί λοιπόν παράγοντα κινδύνου για καρκίνο μαστού, δεν φαίνεται να επηρεάζει όμως τον κίνδυνο από την ΟΘ.

Στο παρελθόν, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) θεωρούνταν ως ισοδύναμο ΚΔ νόσου ή τουλάχιστον ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου για ΚΔ νόσο, γεγονός που μπορεί να καθιστά ακόμη κλινικούς γιατρούς διστακτικούς σχετικά με τη συνταγογράφηση ΟΘ σε αυτές τις γυναίκες. Ωστόσο, υπάρχουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία για ευεργετικά αποτελέσματα της ΟΘ στην ομοιοστασία της γλυκόζης σε γυναίκες με ή χωρίς ΣΔ2. Στις γυναίκες χωρίς ΣΔ2, μια μετα-ανάλυση 107 μελετών έδειξε ότι η χρήση ΟΘ μπορεί να μειώσει το κοιλιακό λίπος, τον δείκτη HOMA-IR κατά 13% και την νεοδιάγνωση ΣΔ2 κατά 30%. Στις γυναίκες με ΣΔ2, η ΟΘ ασκεί ευεργετικά αποτελέσματα στις συγκεντρώσεις γλυκόζης νηστείας και στο δείκτη HOMA-IR. Η μείωση στην αντίσταση στην ινσουλίνη, όπως φάνηκε με τον δείκτη HOMA-IR, ήταν 36%, ακόμη μεγαλύτερη από αυτή των γυναικών χωρίς ΣΔ2. Η ΟΘ μειώνει την εναπόθεση κοιλιακού λίπους, μέσω αύξησης της οξειδωσης των λιπιδίων και αύξησης της ενεργειακής δαπάνης. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα οιστρογόνα μπορούν να δράσουν άμεσα σε ERs στο ήπαρ, τους μυς ή στο λιπώδη ιστό, βελτιώνοντας την ευαισθησία στην ινσουλίνη και συμβάλλοντας στη βελτίωση των επιπέδων γλυκόζης. Επιπλέον, τα οιστρογόνα μπορεί να αυξήσουν την έκκριση ινσουλίνης μέσω άμεσας δράσης σε ERs στα παγκρεατικά β κύτταρα, όπως φάνηκε σε πειραματικές μελέτες.

Τα συζευγμένα οιστρογόνα (CEs) σε συνδυασμό με την οξική μεδροξυπρογεστερόνη (MPA) αντιπροσωπεύουν τον τύπο εκείνο της ΟΘ που έχει εξεταστεί ως επί το πλείστον στις μεγάλες μελέτες. Τα CEs είναι διαθέσιμα μόνο σε από του στόματος δισκία, ενώ η 17β-οιστραδιόλη είναι διαθέσιμη τόσο σε δισκία όσο και σε διαδερμικά σχήματα. Τα από του στόματος οιστρογόνα διαθέτουν ισχυρότερες ευεργετικές επιδράσεις σχετικά με την ευαισθησία στην ινσουλίνη, την καταστολή της ηπατικής παραγωγής γλυκόζης και τις συγκεντρώσεις χοληστερόλης, εξαιτίας της διάβασης από το ήπαρ. Ωστόσο, αυξάνουν την ηπατική σύνθεση τριγλυκεριδίων, παραγόντων πήξης και άλλων φλεγμονωδών δεικτών. Τα προγεστογόνα έχει παραδοσιακά αποδειχθεί ότι ελαττώνουν τα ευεργετικά αποτελέσματα των οιστρογόνων στον μεταβολισμό της γλυκόζης. Το φαινόμενο αυτό εξαρτάται από τη δόση και σχετίζεται με την ανάπτυξη αντοχής στην ινσουλίνη. Ωστόσο, φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των διαφόρων θεραπευτικών σχημάτων. Πράγματι, η MPA είναι γνωστό ότι έχει γλυκοκορτικοειδή δραστηριότητα, ενώ η λεβονοργεστρέλη είναι προϊόν προερχόμενο από τεστοστερόνη, οπότε και τα δύο σκευάσματα αυξάνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη. Η φυσική προγεστερόνη, η οξική νορεθιστερόνη (NETA) και η δυδρογεστερόνη είναι πιο ουδέτερες όσον αφορά στο μεταβολισμό της γλυκόζης.

Θα πρέπει να ακολουθείται εξατομικευμένη προσέγγιση στη χρήση ΟΘ στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου. Συγκεκριμένα:



Περιλήψεις Ομιλιών

- Θα πρέπει να διερευνάται η παρουσία κλιμακτηριακών συμπτωμάτων και να γίνεται σκέψη της χρήσης ΟΘ μόνο επί της κλινικής παρουσίας τους.
- Θα πρέπει να διερευνάται η πιθανή συνδυασμένη παρουσία ΣΔ2, υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας, αθηροσκλήρωσης καθώς και ο εξατομικευμένος κίνδυνος θρομβοεμβολικής νόσου και καρκίνου του μαστού.
- Ως γενική αρχή, στις γυναίκες που χρειάζεται και μόνο θα πρέπει να χρησιμοποιείται η χαμηλότερη αποτελεσματική δόση οιστρογόνων, με τη διαδερμική οδό χορήγησης να προτιμάται. Διαδερμική 17β-οιστραδιόλη σε χαμηλή δόση 25 (ως 50 μg) είναι καλή επιλογή. Αυτή η οδός χορήγησης παρουσιάζει πιο ευεργετικά αποτελέσματα όσον αφορά τις συγκεντρώσεις τριγλυκεριδίων και τους παράγοντες πήξης.
- Συστήνεται η χρήση ενός μεταβολικά «ουδέτερου» προγεσταγόνου, όπως η φυσική προγεστερόνη, η δυδρογεστερόνη ή η διαδερμική νοραιθιστερόνη.
- Συστήνεται προσοχή στη χρήση της τιβολόνης ειδικά σε παχύσαρκες γυναίκες, δεδομένου ότι η λήψη της μπορεί να σχετίζεται με αύξηση του σωματικού βάρους.
- Στις μεγαλύτερες γυναίκες (> 60 ετών ή > 10 έτη μετά την εμμηνόπαυση), δεν θα πρέπει να γίνεται έναρξη ΟΘ, καθώς μια τέτοια θεραπεία μπορεί να αποσταθεροποιήσει ώριμες αθηροκληρωτικές πλάκες, με αποτέλεσμα θρομβωτικά επεισόδια.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

1. Mauvais-Jarvis F, Manson JE, Stevenson JC, Fonseca VA. Menopausal Hormone Therapy and Type 2 Diabetes Prevention: Evidence, Mechanisms, and Clinical Implications. *Endocr Rev* 2017;38:173-88.
2. Paschou SA, Anagnostis P, Pavlou DI, Vryonidou A, Goulis DG, Lambrinouadaki I. Diabetes in menopause: risks and management. *Curr Vasc Pharmacol*. 2019;17(6):556-563.
3. Szmuiłowicz ED, Stuenkel CA, Seely EW. Influence of menopause on diabetes and diabetes risk. *Nat Rev Endocrinol* 2009;5:553-8.
4. Paschou SA, Marina LV, Spartalis E, et al. Therapeutic strategies for type 2 diabetes mellitus in women after menopause. *Maturitas* 2019;126:69-72.
5. Paschou SA, Anagnostis P, Goulis DG, Lambrinouadaki I. Diet and lifestyle for post-reproductive health: focus on diabetes. *Case Reports in Women's Health* 2018;18:e00056.
6. Paschou SA, Papanas N. Type 2 Diabetes Mellitus and Menopausal Hormone Therapy: An Update. *Diabetes Ther*. 2019;10:2313-2320.
7. Slopian R, Wender-Ozegowska E, Rogowicz-Frontczak A, et al. Menopause and diabetes: EMAS clinical guide. *Maturitas* 2018;117:6-10.
8. Lambrinouadaki I, Brincat M, Erel CT, et al. EMAS position statement: managing obese postmenopausal women. *Maturitas* 2010;66:323-6.



Περιλήψεις Ομιλιών

Πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια και μυοσκελετική υγεία

Παναγιώτης Γ. Αναγνωστής

- Η πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια (ΠΩΑ) χαρακτηρίζεται από πρώιμη εξάντληση των ωοθυλακίων και αφορά σε γυναίκες ηλικίας ≤ 40 ετών. Για τη διάγνωσή της, απαιτούνται ≥ 4 μήνες αμηνόρροιας και συγκεντρώσεις FSH >25 mIU/l, σε ≥ 2 μετρήσεις. Ο επιπολασμός της ΠΩΑ εκτιμάται σε 1-3% των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών.
- Η ΠΩΑ σχετίζεται με σημαντικές μακροχρόνιες επιπλοκές, όπως αυξημένη επίπτωση παραγόντων καρδιαγγειακής νόσου (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία), καρδιαγγειακής και συνολικής θνητότητας, αλλήλα και νευροψυχιατρικής νόσου, όπως άνοια και κατάθλιψη.
- Όσον αφορά στη μυοσκελετική υγεία, τα οιστρογόνα είναι απαραίτητα για την απόκτηση της κορυφαίας οστικής μάζας. Η μείωση των συγκεντρώσεων τους κατά την εμμηνόπαυση σχετίζεται τόσο με αυξημένη οστεοκλαστική και όσο και με μειωμένη οστεοβλαστική δραστηριότητα, οδηγώντας σε μείωση οστικής πυκνότητας (ΟΠ) στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ) και στο ισχίο.
- Σχετικά με τον κίνδυνο κατάγματος, πρόσφατη μετα-ανάλυση που συμπεριέλαβε >462.393 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και 12.130 κατάγματα, ανέδειξε αυξημένο κίνδυνο κατάγματος σε γυναίκες με πρώιμη εμμηνόπαυση (<45 ετών) σε σύγκριση με εκείνες με ηλικία εμμηνόπαυσης >45 ετών (OR 1.36, 95% CI 1.11-1.66). Δε φάνηκε όμως σημαντική διαφορά για τις γυναίκες με ΠΩΑ, πιθανά λόγω μικρού αριθμού καταγμάτων ή λόγω της συχνότερης λήψης θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης (ΘΟΥ) σε σύγκριση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Στο μοντέλο FRAX η πρώιμη εμμηνόπαυση περιλαμβάνεται ως αιτία δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης και πρέπει πάντα να καταγράφεται αντίστοιχα.
- Εκτός από τη διαταραχή του οστικού μεταβολισμού, τελευταία χρησιμοποιείται ο όρος «σαρκοπενία», για να περιγράψει τη σχετιζόμενη με ηλικία απώλεια σκελετικής μυϊκής μάζας. Ο επιπολασμός της ποικίλει ανάλογα με την ηλικία, αλλά εκτιμάται στο 10% του γενικού πληθυσμού και στα δύο φύλα. Αν και αρχικά θεωρήθηκε ως γηριατρικό σύνδρομο, η σαρκοπενία μπορεί να εμφανιστεί και σε νεότερες ηλικίες, σχετιζόμενη με χρόνιες νόσους. Ο ορισμός της έχει επεκταθεί και απαιτεί την συνύπαρξη χαμηλής μυϊκής δύναμης (π.χ. με δύναμη χειρολαβής <16 kg για γυναίκες και <27 kg για άνδρες) και χαμηλής μυϊκής μάζας (π.χ. σκελετική μάζα/ύψος² <5.5 kg/m² για γυναίκες και <7.0 kg/m² για άνδρες). Αν συσυμπάρχει και χαμηλή λειτουργικότητα, η σαρκοπενία χαρακτηρίζεται ως «σοβαρή».
- Σύμφωνα με πρόσφατη μετα-ανάλυση (6 μελέτες, 18.291 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες), οι γυναίκες με ΠΩΑ παρουσιάζουν ελάττωση των δεικτών σαρκοπενίας, και συγκεκριμένα χαμηλή μυϊκή ισχύ και λειτουργικότητα, σε σύγκριση με τις γυναίκες με φυσιολογική ηλικία εμμηνόπαυσης (>45 ετών). Η συσχέτιση με χαμηλή λειτουργικότητα φαίνεται να είναι ανεξάρτητη της ηλικίας.
- Οι ακριβείς παθογενετικοί μηχανισμοί δεν είναι γνωστοί, αλλά εκτιμάται ότι η μικρότερη διάρκεια έκθεσης στα οιστρογόνα λόγω ΠΩΑ ή πρώιμης εμμηνόπαυσης παίζει σημαντικό ρόλο, αφού η οιστραδιόλη προάγει την ενεργοποίηση και πολλαπλασιασμό των μυϊκών δορυφόρων κυττάρων μέσω των υποδοχέων των οιστρογόνων τύπου α και β. Επιπλέον, η ελάττωση των επιπέδων των οιστρογόνων



Περιλήψεις Ομιλιών

σχετίζεται με αύξηση των προφλεγμονωδών κυτταροκινών, όπως παράγουν νέκρωσης όγκου τύπου α και ιντερλευκίνης 6, οι οποίες αναστέλλουν τη σύνθεση των μυϊκών πρωτεϊνών και οδηγούν σε απόπτωση των σκελετικών μυών, συμβάλλοντας στο μυϊκό καταβολισμό. Επιπλέον, οδηγεί σε ανακατανομή του σωματικού λίπους με αποτέλεσμα την αυξημένη λιπώδη διήθηση των μυών (μυοστεάτωση).

- Η ΘΟΥ είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αύξηση της ΟΠ σε ΟΜΣΣ και ισχίο και στη μείωση του κινδύνου σπονδυλικών, μν-σπονδυλικών και καταγμάτων ισχίου (30-40%), ανεξαρτήτως αρχικής τιμής ΟΠ (καθώς είναι αποτελεσματική ακόμα και σε γυναίκες με φυσιολογική ΟΠ), κινδύνου πτώσεων και τιμής FRAX. Η προστατευτική δράση των οιστρογόνων στα οστά είναι δοσο-εξαρτώμενη, αν και παρατηρούνται ευεργετικά αποτελέσματα ακόμα και σε χαμηλές δόσεις (π.χ. από του στόματος 17β-οιστραδιόλη 0,5 mg/ημέρα ή διαδερμικά σε δόση 25 μg/ημέρα). Γενικά, προτιμάται η διαδερμική οδός, λόγω της ουδέτερης επίδρασης στον κίνδυνο θρομβοεμβολικής νόσου.

- Η ΘΟΥ αποτελεί τη θεραπεία εκλογής των γυναικών με ΠΩΑ, αν και δεν υπάρχουν μελέτες μείωσης καταγματικού κινδύνου σε αυτή την υπο-ομάδα των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών. Γενικά, συνιστάται η μέγιστη δόση οιστρογόνου, ήτοι από του στόματος 17β-οιστραδιόλη 3-4 mg/ημέρα ή διαδερμικά σε δόση 75-100 μg/ημέρα, συνοδευόμενη από την αντίστοιχη δόση προγεσταγόνου (φυσική προγεστερόνη 200 mg/ημέρα ή διϋδρογεστερόνη 20 mg/ημέρα), στις περιπτώσεις με ακέραη μήτρα. Σε περιπτώσεις με ιστορικό υστερεκτομής, συνιστάται η μονοθεραπεία με οιστρογόνο.

- Μετά τη διακοπή της ΘΟΥ, παρατηρείται γενικά αύξηση της οστεοκλαστικής δραστηριότητας και πτώση της ΟΠ, αν και διατηρείται σε επίπεδα πάνω από τα αρχικά προ θεραπείας. Η βελτίωση της μικροαρχιτεκτονικής του οστού φαίνεται να διατηρείται σε ένα βαθμό, ενώ αντικρουόμενα στοιχεία υπάρχουν για τον κίνδυνο κατάγματος. Αν και δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τη βέλτιστη θεραπευτική αντιμετώπιση στις περιπτώσεις αυτές, συνιστάται συνέχιση της αντι-οστεοκλαστικής αγωγής σε ασθενείς με αυξημένο καταγματικό κίνδυνο (π.χ. χορήγηση διφωσφονικού ή ραλοξιφένης).

- Σχετικά με την επίδραση της ΘΟΥ στους δείκτες σαρκοπενίας, υπάρχουν αντικρουόμενα στοιχεία. Μελέτη από τη Νότια Κορέα (n=4.254) έδειξε ότι η μακρά χορήγηση ΘΟΥ για τουλάχιστον 13 μήνες σχετίστηκε με αύξηση σκελετικής μάζας και χαμηλότερη επίπτωση σαρκοπενίας, ιδίως σε γυναίκες <65 ετών και με δείκτη μάζας σώματος <25 kg/m², σε σύγκριση με τη μν-θεραπεία. Το ίδιο έδειξε και η τυχαίοποιημένη μελέτη WHI (χορήγηση ορμονικής θεραπείας για 3 έτη οδήγησε σε μεγαλύτερη σκελετική μυϊκή μάζα σε σύγκριση με το placebo). Τα οιστρογόνα φαίνεται να αποτρέπουν τη λιπώδη διήθηση των μυών και να αυξάνουν τη μυϊκή ισχύ και λειτουργία. Πάντως, πρόσφατη μετα-ανάλυση τυχαίοποιημένων μελετών δεν έδειξε σημαντική επίδραση της ορμονικής θεραπείας στη σκελετική μάζα.



Περιλήψεις Ομιλιών

Εξατομίκευση αντιοστεοπορωτικής αγωγής μετά την εμμνόπαυση

Αθανάσιος Αναστασιλάκης

Η εξατομικευμένη θεραπεία αποτελεί τον ιδανικό τρόπο διαχείρισης ενός νοσήματος σε ένα συγκεκριμένο ασθενή, κι η οστεοπόρωση δε θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση. Για να καταφέρουμε να επιτύχουμε την εξατομίκευση θα πρέπει βέβαια να λάβουμε υπόψιν μια πληθώρα παραμέτρων, όπως:

- Την ηλικία της ασθενούς
- Τη βαρύτητα της νόσου
- Προηγούμενες θεραπείες για την οστεοπόρωση
- Τυχόν συννοσηρότητες - άλλα φάρμακα
- Κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες
- Την προτίμηση της ασθενούς

Πλην και πριν από την ειδική θεραπεία για την οστεοπόρωση θα πρέπει να συστήσουμε στην ασθενή μας κάποιες υγιεινοδιατροφικές παρεμβάσεις, οι οποίες επίσης θα πρέπει να εξατομικευθούν και είναι:

- Επαρκής πρόσληψη ασβεστίου
- Επίτευξη επαρκών επιπέδων βιταμίνης D
- Διακοπή καπνίσματος
- Μείωση/διακοπή κατανάλωσης αλκοόλ
- Περιορισμός κατανάλωσης αλατιού
- Επαρκής διατροφική πρόσληψη πρωτεϊνών
- Άσκηση

Οι φαρμακευτικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης διακρίνονται αδρά στους αντιοστεοκλαστικούς, που στοχεύουν στη μείωση της δραστηριότητας του οστεοκλάστη, και τους οστεοαναβολικούς, που επάγουν τη δραστηριότητα των οστεοβλαστών. Ωστόσο, η τελική δράση των παραγόντων αυτών δεν είναι αμιγώς αντιοστεοκαταβολική ή οστεοαναβολική, αντίστοιχα, λόγω του φαινομένου της σύζευξης με συνέπεια στην 1η περίπτωση η καταστολή των οστεοκλαστών να προκαλεί αντίστοιχη μείωση της δραστηριότητας και των οστεοβλαστών ενώ στη 2η περίπτωση η ευόδωση της οστεοβλαστικής δραστηριότητας να συμπαρασύρει και την οστεοκλαστική δράση. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί ο αναστολέας σκληροστίνης (romosozumab), που φαίνεται να επιτυγχάνει αποσύζευξη, με αύξηση της οστεοβλαστικής και μείωση της οστεοκλαστικής δραστηριότητας.

Οι αντιοστεοκλαστικοί παράγοντες μπορούν να χορηγηθούν για πολλά έτη συνεχόμενα, χρησιμοποιούνται στις περισσότερες περιπτώσεις ως 1^{ns} γραμμής θεραπεία και περιλαμβάνουν:



Περιλήψεις Ομιλιών

- Τα διφωσφονικά είτε από στόματος (αλενδρονάτη, ρισεδρονάτη, ιμπαδρονάτη) είτε ενδοφλεβίως (ζολεδρονάτη)
- Το denosumab
- Του εκλεκτικούς τροποποιητές των υποδοχέων των οιστρογόνων (SERMs: ραλοξιφένη, βαζεδοξιφένη)
- Η ορμονική θεραπεία (ΜΗΤ) αν και προστατεύει από την οστική απώλεια δεν συγκαταλέγεται στις θεραπείες της οστεοπόρωσης

Οι οστεοαναβολικοί παράγοντες μπορούν να χορηγηθούν για 1-2 έτη και χρησιμοποιούνται συνήθως ως 2^{ης} γραμμής θεραπεία αν και μπορούν να χορηγηθούν και ως 1^{ης} μορφής αγωγή σε σοβαρές μορφές της νόσου. Περιλαμβάνουν:

- Τα ανάλογα της παραθορμόνης (ΡΤΗ): τεριπαρατίδη (ΡΤΗ 1-34) και αμπαλοπαριτίδη (ΡΤΗrP 1-36 - όξινη μορφή διαθέσιμη ακόμη στην Ελλάδα)
- Τους αναστολείς σκληροστίνης, με μοναδικό εκπρόσωπο ως σήμερα το romosozumab

Ειδικά σημεία:

- Όλες οι θεραπείες αποδίδουν καλύτερα σε ασθενείς που δεν έχουν λάβει πριν άλλη αντιοστεοπορωτική αγωγή (treatment naïve)
- Σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική έκπτωση αντενδείκνυται τα διφωσφονικά και τα ανάλογα ΡΤΗ - προτιμάται το denosumab που δεν επιβαρύνει τη νεφρική λειτουργία - ασφαλές και αποτελεσματικό φαίνεται να είναι και το romosozumab
- Σε νεφροπαθείς η χορήγηση ισχυρών αντιοστεοκλαστικών παραγόντων μπορεί να προκαλέσει υπασβεσταιμία, ιδίως αν δεν συγχρησιμοποιούνται συμπληρώματα ασβεστίου/βιταμίνης D
- Η μακροχρόνια συνεχής χορήγηση ισχυρών αντιοστεοκλαστικών παραγόντων (διφωσφονικά - denosumab) έχει συνδεθεί με την εμφάνιση κάποιων σπάνιων αλλά σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών (οστεονέκρωση γνάθου - άτυπα κατάγματα μηριαίου)
- Τα οστεοαναβολικά αντενδείκνυται σε ασθενείς με ενεργό κακοήθεια
- Τα αραιότερα δοσολογικά σχήματα αυξάνουν τη συμμόρφωση και συνεπώς το αποτέλεσμα της θεραπείας - η προτίμηση του ασθενούς έχει σημασία καθώς συμβάλλει στην καλύτερη συμμόρφωση

Χαρακτηριστικό όλων των αντιοστεοπορωτικών παραγόντων, με εξαίρεση τα διφωσφονικά, είναι η ταχεία απώλεια του θεραπευτικού αποτελέσματος με την διακοπή τους, δηλαδή η μείωση της οστικής πυκνότητας στα προ θεραπείας επίπεδα. Επιπλέον, η διακοπή του denosumab μπορεί σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών, πέραν της οστικής απώλειας, να οδηγήσει σε πολλαπλά σπονδυλικά κατάγματα. Συνεπώς, σε περίπτωση διακοπής των αντιοστεοπορωτικών παραγόντων πηλη των διφωσφονικών θα πρέπει η ασθενής να μην αφαιρεθεί χωρίς αγωγή αλλά να λάβει θεραπεία, συνηθέστερα με διφωσφονικά ή denosumab. Όσον αφορά τα διφωσφονικά, επειδή ενταφιάζονται στο οστό και παραμένουν εκεί για χρόνια, εξακολουθούν να δρουν και να παρέχουν προστασία για 1-3 έτη μετά τη διακοπή τους.



Περιλήψεις Ομιλιών

Ο ρόλος των διφωσφονικών στην θεραπεία της οστεοπόρωσης σήμερα:

- 1^η γραμμής θεραπεία
- Διατήρηση/επαύξηση αποτελέσματος
 - μετά από αναβολικά
 - διακοπή denosumab

Ο ρόλος του denosumab στην θεραπεία της οστεοπόρωσης σήμερα:

- 1^η γραμμής θεραπεία
 - ιδίως νεφροπαθείς, ηλικιωμένους, πολυφαρμακία, δυσανοχή ΔΦ
- Επί αστοχίας ΔΦ
- Διατήρηση/επαύξηση αποτελέσματος
 - μετά από αναβολικά

Ο ρόλος των SERMs στην θεραπεία της οστεοπόρωσης σήμερα:

- Σε ηπιότερες μορφές οστεοπόρωσης
- Σε δυσανοχή - αντένδειξη ΔΦ
- Κάποια έτη μετά την εμμνόπαυση

Ο ρόλος των οστεοαναβολικών στην θεραπεία της οστεοπόρωσης σήμερα:

- Επί αστοχίας των αντιοστεοκλαστικών
- 1^η γραμμής θεραπεία σε πολύ υψηλού κινδύνου ασθενείς

Ο ρόλος της ορμονικής θεραπείας στην θεραπεία της οστεοπόρωσης σήμερα:

- Όχι ένδειξη αμιγώς ως θεραπεία της οστεοπόρωσης
- Τα πρώτα έτη μετά την εμμνόπαυση σε γυναίκες με συμπτώματα οιστρογονοπενίας

Συστάσεις καλής κλινικής πρακτικής:

- Σε νεαρότερες, περιπατητικές ασθενείς χωρίς διαταραχές πεπτικού ή νεφρικής λειτουργίας προτείνεται η αγωγή με από στόματος διφωσφονικό (ή SERM)
- Σε μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες, με πολύ ελαττωμένη BMD, κατακεκλιμένες, με μειωμένη νεφρική λειτουργία ή πολυφαρμακία προτιμάται η αγωγή με denosumab
- Σε γυναίκες στα πρώτα έτη μετά την εμμνόπαυση με έντονα αγγειοκινητικά συμπτώματα μπορεί να χορηγηθεί ορμονική θεραπεία
- Σε ασθενείς με συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό με από στόματος διφωσφονικό προτείνεται να χορηγηθεί ενδοφλέβιο διφωσφονικό ή denosumab
- σε σοβαρή οστεοπόρωση - πρόσφατο κάταγμα προτείνεται η χορήγηση οστεοαναβολικού παράγοντα

10^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης

08-10 Δεκεμβρίου 2023

Royal Olympic, Αθήνα



Ελληνική Εταιρεία
Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης
Hellenic Society of Climacterium and Menopause

Γενικές Πληροφορίες



Δορυφορικές Διαλέξεις

Παρασκευή 8 Δεκεμβρίου 2023

18:15-19:00

Δορυφορική Διάλεξη

Παρόν και μέληθον στην αντιμετώπιση της μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης: Γαστροανθεκτικό δισκίο ρισεδρονάτης

Προεδρείο: **Σ. Πάσχου**
Ομιλητής: **Γ. Μπούτζος**



Κυριακή 10 Δεκεμβρίου 2023

12:00-12:30

Δορυφορική Διάλεξη

Η εμπνόνπαυση και τα οφέλη της βελτιστοποίησης της διατροφής, με ιδιαίτερη έμφαση στις Ελληνίδες

Προεδρείο: **Σ. Καλανταρίδου, Μ. Γραμματικοπούλου**
Ομιλητής: **M. Wakeman**



Ευρετήριο Ομιλητών

Wakeman Mike

MSc, MSc, MSc, MA, BSc, MRPharmS

Γραμματικοπούλου Μαρία

Λέκτορας Διατροφής-Διαιτολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Καλανταρίδου Σοφία

Καθηγήτρια Μαιευτικής-Γυναικολογίας και Στείρωσης, Διευθύντρια ΠΜΣ «Παθολογία της Κύησης» Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα

Μπούτζος Γεώργιος

MD, PhD, Ενδοκρινολόγος, Επικεφαλής Ενδοκρινολογικής Μονάδας - Παθολογική Φυσιολογία, Αναπηρωτής Επιστ. Υπεύθυνος Κέντρου Εμπειρογωμοσύνης Νοσημάτων των Οστών, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Πάσχου Σταυρούλα

Επίκουρη Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα



Γενικές Πληροφορίες

Γλώσσα Συνεδρίου

Οι επίσημες γλώσσες του Συνεδρίου είναι η Ελληνική και η Αγγλική.

Μοριοδότηση

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου αξιολογείται με είκοσι δύο (22) Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης από τον Π.Ι.Σ.

Ιστότοπος

www.emmino.gr

Εγγραφές

Έως 17/11/2023		Από 18/11/2023 και on site	
Ειδικευμένοι Ιατροί	120,00 €	Ειδικευμένοι Ιατροί	170,00 €
Ειδικευόμενοι Ιατροί	80,00 €	Ειδικευόμενοι Ιατροί	100,00 €
Μαίες / Νοσηλεύτες	50,00 €	Μαίες / Νοσηλεύτες	70,00 €
Μεταπτυχιακοί Φοιτητές	50,00 €	Μεταπτυχιακοί Φοιτητές	70,00 €
Προπτυχιακοί Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ	Προπτυχιακοί Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ

* Οι συμμετέχοντες με δωρεάν εγγραφή θα πρέπει να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο το οποίο θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους.

Σημείωση: Στην τιμή της εγγραφής συμπεριλαμβάνεται ο ΦΠΑ 24%

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Συνεδρίου
- Είσοδο στην έκθεση των φαρμακευτικών εταιριών
- Βεβαίωση Παρακολούθησης για όλους τους Συμμετέχοντες και Πιστοποιητικό Συμμετοχής με μόρια για τους Ιατρούς (εφόσον έχει καθυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης)



Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή του
10^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης
ευχαριστεί τις παρακάτω εταιρίες για τη συμβολή τους στην πραγματοποίησή του



Glucophage®

υδροχλωρική μετφορμίνη



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΗ

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Για την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
σκάναρετε το QR code ή επικοινωνήστε με την εταιρεία Πετσιαβας Α.Ε.
στοιχ. τμή. 210-6202301 ή στο email -mkt@pharma@petsiavas.gr



ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΙΓΡΑΦΗ: 210 6202357

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΑΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Glucophage® is manufactured
under license from Merck

 **PETSIAVAS**
A NAME, A HISTORY, A FUTURE

Αγ. Αναργύρων 21, Κ. Κηφισιά 14564
Τ: 210 6202 301, Φ: 210 8077 079

www.petsiavas.gr



Ελληνική Εταιρεία
Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης
Hellenic Society of Climacterium and Menopause

10°

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Κλιμακτηρίου & Εμμηνόπαυσης

08-10 Δεκεμβρίου 2023

Royal Olympic, Αθήνα



ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



Αλεξανδρουπόλεως 8 & Δερβενίων, 144 52 Μεταμόρφωση, Τ 6951 803550 • E-mail: emmino@projector-company.gr