Kluczowe zasady diagnostyki i postępowania w chorobach skóry sromu u starszych kobiet i cechy GSM

H. Awad i S. Shawer **„Genitourinary syndrome of menopause: overview and management" (2024)**,

Kluczowe punkty przeglądu literatury

- **Definicja i geneza terminu:**
  - Genitourinary syndrome of menopause (GSM) – pojęcie wprowadzone w 2014 r. przez ISSWSH i NAMS zamiast atrofia urogenitalna.
  - Obejmuje objawy genitalne, urologiczne i seksualne wynikające ze spadku estrogenów i innych steroidów płciowych.
  - Zastępuje wcześniejsze terminy: atrophic vaginitis, vaginal atrophy, vulvovaginal atrophy.
- **Epidemiologia:**
  - Dotyczy ok. 50–70% kobiet po menopauzie.
  - Rzadziej zgłaszany przez pacjentki niż *vasomotor symptoms* z powodu wstydu lub przekonania o „normalności" objawów.
- **Patofizjologia:**
  - Brak estrogenów prowadzi do:
    - ścieńczenia nabłonka pochwy i zewnętrznych narządów płciowych,
    - obniżenia glikogenu i spadku Lactobacillus,
    - wzrostu pH i kolonizacji bakteriami patologicznymi,
    - spadku elastyczności tkanek i przepływu krwi,
    - zaburzeń funkcji urotelialnej.
  - Receptory ERα dominują w drogach moczowych, ERβ w tkankach sromu i pochwy.
- **Obraz kliniczny:**
  - Objawy w trzech domenach:
    - **Vulvovaginalne:** suchość, pieczenie, świąd, dyspareunia, mikrourazy.
    - **Urologiczne:** częstomocz, parcie naglące, nietrzymanie moczu, zakażenia nawrotowe.
    - **Seksualne:** obniżone libido, trudności w pobudzeniu, ból przy współżyciu.
  - Nasilenie objawów często wzajemnie się potęguje.
- **Zakażenia dróg moczowych (UTIs):**
  - Dotyczą ok. 10% kobiet po menopauzie, połowa z nich ma nawroty w ciągu roku.

    - Niedobór estrogenów powoduje niepełne opróżnianie pęcherza, atrofię urotelium i zaburzenia flory ochronnej.
- **Diagnostyka:**
    - Kompleksowy wywiad (również seksualny, urologiczny, emocjonalny).
    - Badanie ginekologiczne z oceną pH, elastyczności, wilgotności.
    - Pomocne skale: Vaginal Health Index, Vaginal Maturation Index, Vulvovaginal Symptoms Questionnaire.
    - Ważne wykluczenie innych przyczyn suchości i bólów sromu (np. lichen sclerosus).
- **Postępowanie terapeutyczne:**
    - Zindywidualizowane, zależne od nasilenia objawów i preferencji pacjentki.
    - **Edukacja i modyfikacja stylu życia:**
        - Rzucenie palenia, regularna aktywność seksualna, ograniczenie miejscowych czynników drażniących
    - **Terapie niehormonalne:**
        - Nawilżacze i lubrykanty, preparaty z kwasem hialuronowym, fitosaponiny, laseroterapia (w wybranych przypadkach), osocze bogatopłytkowe (PRP) w niektórych doniesieniach.
    - **Terapie hormonalne:**
        - Miejscowe estrogeny (kremy, globulki, pierścienie), dopochwowy DHEA (w Polsce Intrarosa), selektywne modulatory ER (np. ospemifene, niedostępne w Polsce).
        - U części pacjentek kwalifikacja do systemowej terapii MHT, jeśli występują objawy ogólnoustrojowe.
    - **Monitorowanie:**
        - Ocena skuteczności po 6–12 tyg., kontynuacja terapii przewlekłej przy zachowaniu minimalnej skutecznej dawki.

Cite this: Cases Highlight Diagnosis, Management Pearls for Vulvar Skin Conditions in Older Patients - Medscape - September 19, 2025.

https://www.medscape.com/viewarticle/cases-highlight-diagnosis-management-pearls-vulvar-skin-2025a1000owl?ecd=WNL_mdplsfeat_250923_mscpedit_obgy_etid7743060&uac=131155EN&spon=16&impID=7743060

W praktyce dermatologicznej, szczególnie u starszych pacjentek, konieczne jest systematyczne badanie skóry sromu. Wynika to z niskiej częstości wizyt u ginekologa po menopauzie oraz z częstego współwystępowania kilku chorób skóry i pochwy. Absolutną podstawą jest szerokie podejście diagnostyczne oraz konsekwentna edukacja pacjentek.

Przypadek 1: Lichen sclerosus u kobiety 65+

- Objawy i obraz kliniczny: Przebarwienia, ścieńczenie, połysk, zmarszczki i nadmierne rogowacenie wokół warg sromowych większych, zanik warg mniejszych, stulejka czyli zakryta łechtaczka.
- Rozpoznanie: Klasyczne objawy lichen sclerosus (LS). W odróżnieniu od lichen planus (LP), LS nie obejmuje pochwy.
- Postępowanie: Jeśli obraz kliniczny jest typowy, zwykle stosuje się leczenie bez biopsji, o ile nie następuje pogorszenie. Wskazane jest wykonanie dokumentacji fotograficznej.
- Leczenie: Maść z Klobetazolem 0,05% dziennie przez 4 tygodnie, potem co 2gi dzień przez 4 tygodnie, następnie dawkowanie podtrzymujące 1-2 razy w tygodniu. Zawsze należy instruktować pacjentkę co do ilości i lokalizacji aplikacji, a użycie lusterka bywa pomocne.
- Alternatywne terapie: W przypadku nieskuteczności steroidu miejscowego można rozważyć inhibitory kalcyneuryny, inhibitory JAK, leki immunosupresyjne (metotreksat, hydroksychlorochina, inhibitory TNF/interleukiny-4).
- Postępowanie chirurgiczne: W razie zrostów łechtaczki możliwa jest liza zrostów, nawet w warunkach ambulatoryjnych.

Przypadek 2: Rumień, krosty i drożdżakica u kobiety 70+, określiłabym jako WYPRZENIA w pachwinach, na sromie

- Objawy: Rumień, bolesność, liczne drobne krosty wokół warg większych i fałdów pachwinowych, niewielkie swędzenie.
- Diagnostyka różnicowa: Łuszczyca krostkowa, infekcja Candida, nadkażenia bakteryjne.
- Postępowanie: Wymaz mikrobiologiczny przy braku zgody na biopsję. W tym przypadku potwierdzono Candida.
- Leczenie: Flukonazol doustnie w dawce 200 mg co 72 godziny ×3, potem cotygodniowo przez 4 tygodnie. Alternatywą jest połączenie flukonazolu z nystatyną miejscową oraz dodanie delikatnego steroidu w nasilonym stanie zapalnym.
- Związek z estrogenami: Miejscowy estradiol (stosowany dowolnie długo w GSM) może prowokować objawy kandydozy, ale nie jest jej bezpośrednią przyczyną – zalecane jest równoczesne leczenie infekcji oraz kontynuacja hormonalnej terapii miejscowej.

Podsumowanie diagnostyki i leczenia

- Diagnostyka chorób skóry sromu opiera się głównie na ocenie klinicznej, ale w przypadkach niejednoznacznych lub nieprawidłowej odpowiedzi na leczenie należy rozważyć dodatkowe badania (biopsja, mikrobiologia).
- Steroidy miejscowe pozostają podstawą leczenia lichen sclerosus i innych przewlekłych dermatoz sromu. Długoterminowe, podtrzymujące stosowanie leku jest niezbędne.
- W infekcjach drożdżakowych ważne jest rozpoznanie kliniczne lub mikrobiologiczne oraz indywidualizacja leczenia (doustne/leki miejscowe/steroidy).
- Edukacja pacjentek co do techniki aplikacji, miejsc stosowania i ilości preparatów jest krytyczna dla efektywnego postępowania i prewencji powikłań.
- Złożoność diagnostyczna: częste współwystępowanie kilku dermatoz (np. lichen sclerosus, lichen planus, kandydoza) wymaga szerokiego spojrzenia.