European Society of Endocrinology clinical practice guideline for evaluation and management of menopause and the perimenopause *European Journal of Endocrinology*, Volume 193, Issue 4, October 2025, Pages G49–G81, https://doi.org/10.1093/ejendo/lvaf206,

Europejskie Towarzystwo Endokrynologiczne (ESE) opublikowało, które mają na celu ujednolicenie i zrównoważenie opieki nad kobietami w okresie menopauzy w całej Europie, gdzie dostęp do niej i podejście do niej są nadal bardzo zróżnicowane. Opublikowany w zeszłym miesiącu w *European Journal of Endocrinology* dokument zawiera jasne, oparte na dowodach naukowych wskazówki dotyczące diagnozowania i leczenia, kładąc nacisk na „środkową drogę" w terapii hormonalnej menopauzy (MHT) obok zmian stylu życia i opcji niehormonalnych.

Dlaczego ma to znaczenie: Kobiety stanowią 51% populacji Europy, 1 na 4 kobiety po menopauzie doświadcza objawów na tyle poważnych, że zakłócają one pracę i codzienne życie, a mimo to opieka pozostaje nierównomierna. Europa starzeje się, a popyt rośnie: co 10ta kobieta w Europie ma 45-60 lat, co oznacza, że około 25,2 miliona kobiet jest w okresie okołomenopauzalnym lub pomenopauzalnym. Nowe wytyczne dotyczą podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologii i endokrynologii w celu ujednolicenia praktyki, ograniczenia zbędnych badań i wsparcia odpowiedniego, zindywidualizowanego stosowania MHT.

We Włoszech stosowanie MHT należy do najniższych w Europie i wynosi około 7%, podczas gdy sprzedaż suplementów diety na menopauzę (33 mln euro w 2023 r.) jest obecnie ponad dwukrotnie wyższa niż rynek farmaceutycznych MHT (15 mln euro).

Kluczowe zalecenia zawarte w wytycznych ESE obejmują:

- Podejście wykraczanie poza samą MHT i uwzględnianie środków związanych ze stylem życia, wsparciem psychospołecznym oraz opcjami niehormonalnymi, stosownie do potrzeb.
- Diagnoza u kobiet w wieku ≥ 45 lat: Nie należy polegać na badaniach biochemicznych (np.FSH). Należy postawić diagnozę kliniczną na podstawie zaburzeń miesiączkowania i objawów, takich jak uderzenia gorąca i nocne poty; poziomy hormonów ulegają wahaniom i nie są przydatne diagnostycznie w tym wieku.
- Diagnoza u kobiet w wieku 40–45 lat: Rozważ perimenopauzę w przypadku wystąpienia objawów naczynioruchowych lub nieregularnych miesiączek; badania biochemiczne mogą pomóc w diagnozie.
- Kobiety w wieku < 40 lat: Rozważ przedwczesną niewydolność jajników (POI); potwierdź badaniem FSH. Wszystkie kobiety z POI skieruj do specjalisty lub zespołu multidyscyplinarnego.

- HTZ w przypadku POI: Zalecaj HT niezależnie od objawów naczynioruchowych, aby złagodzić długoterminowe zagrożenia dla zdrowia; kontynuuj do przewidywanego wieku naturalnej menopauzy (51lat).
- Kiedy rozpocząć MHT: Rozpocznij w przypadku uciążliwych objawów menopauzy u kobiet w wieku poniżej 60 lat lub w ciągu 10 lat od wystąpienia menopauzy.
- Zdrowie kości: MHT zapobiega utracie masy kostnej i zmniejsza ryzyko złamań; rozważyć rozpoczęcie w celu ochrony kości u bezobjawowych kobiet poniżej 60 roku życia po indywidualnej ocenie ryzyka i korzyści.
- Przeciwwskazania i środki ostrożności:
    - Nie stosować MHT wyłącznie w celu pierwotnej lub wtórnej profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych lub zapobiegania demencji.
    - Systemowa MHT nie jest ogólnie zalecana u kobiet z historią raka piersi, z wyjątkiem wyjątkowych okoliczności po konsultacji onkologicznej.
    - W przypadku kobiet, które przeżyły raka piersi i mają objawy ze strony układu moczowo-płciowego, należy rozważyć zastosowanie niskich dawek estrogenu dopochwowego, jeśli środki niehormonalne nie przynoszą oczekiwanych rezultatów.
- Droga podania: Po indywidualnej ocenie ryzyka i korzyści, w przypadku kobiet z pewnymi chorobami współistniejącymi (np. dobrze kontrolowanym nadciśnieniem lub cukrzycą, migreną z aurą w wywiadzie lub zakrzepicą żylną w wywiadzie) preferowane jest stosowanie estrogenu przezskórnego.

Definicje i zasady interpretacji:

Okres okołomenopauzalny i menopauza są definiowane na podstawie kombinacji zmian w rytmie miesiączkowania i markerów hormonalnych. Poniżej przedstawiono ustrukturyzowane podejście do ich identyfikacji.

Kryteria kliniczne zmiany cyklu menstruacyjnego - Wczesny okres okołomenopauzalny charakteryzuje się skróceniem długości cyklu (>7 dni krócej niż zwykle) spowodowanym wcześniejszym wzrostem stężenia hormonu folikulotropowego (FSH) i skróceniem fazy folikularnej, podczas gdy faza lutealna pozostaje na poziomie ~14 dni 1.

Późna perimenopauza charakteryzuje się większą zmiennością cyklu, z różnicami w odstępach wynoszącymi >7 dni, epizodami braku miesiączki trwającymi ≥60 dni i sporadycznymi pominięciami cyklu

Menopauza jest potwierdzana retrospektywnie po 12 kolejnych miesiącach braku miesiączki, pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn (np. ciąży, laktacji, patologii)

Objawy menopauzalne: Objawy naczynioruchowe (uderzenia gorąca, nocne poty) często pojawiają się lub nasilają w okresie okołomenopauzalnym i osiągają szczyt we wczesnym okresie pomenopauzalnym.

Markery hormonalne i laboratoryjne FSH i LH - Wczesnym objawem spadku rezerwy jajnikowej jest wzrost poziomu FSH, który zazwyczaj poprzedza wzrost poziomu LH. Stężenie FSH >30 mIU/ml u kobiety z ≥12-miesięcznym brakiem miesiączki jest zazwyczaj diagnostyczne dla menopauzy. Seria pomiarów co 2–3 miesiące pozwala udokumentować postęp okresu przejściowego. Standardowe rekomendacje (NAMS/FSRH/WHO) podają zalecenie kontynuacji antykoncepcji do 55 r.ż. lub do 12 miesięcy od ostatniej miesiączki u kobiet ≥50 lat;