NEWSLETTER #15 · ZAŁĄCZNIK 4

Farmakoterapia zaburzeń libido u kobiet

HSDD / FSIAD — przegląd EBM z uwzględnieniem dostępności w Polsce · materiał dla lekarzy

Skróty: HSDD — hypoactive sexual desire disorder; FSIAD — female sexual interest/arousal disorder (DSM-5); SSE — satisfying sexual events; FSFI/FSDS — skale funkcji i distresu seksualnego. Testosteron omówiony w odrębnym pliku.

Opcje dostępne / stosowane w Polsce

Lek	Status w PL	Opis / dane
Bupropion (off-label)	Dostępny (Rp)	NDRI. Najlepsze dane przy dysfunkcji wywołanej SSRI: SR 150 mg 2×/d — poprawa domen FSFI (Safarinejad 2010, n=218; pożądanie 2,2 » 4,1). W pierwotnym HSDD dane słabsze. Off-label.
Prasteron dopochwowy — Intrarosa	Dostępny (Rp)	DHEA 6,5 mg/d dopochwowo; metabolizowany lokalnie do androgenów i estrogenów. Wskazanie: GSM/VVA i dyspareunia po menopauzie. Poprawia funkcje seksualne pośrednio.
Estrogeny dopochwowe	Dostępne	Standard leczenia GSM; łagodzą dyspareunię i pośrednio poprawiają funkcje seksualne. Nie są leczeniem samego zaburzenia pożądania.
MHT (estrogen ± progestagen)	Dostępna	Leczy objawy naczynioruchowe i GSM; poprawa libido zwykle wtórna. Sam estrogen systemowy nie jest leczeniem HSDD.
Tibolon	Dostępny	STEAR o działaniu estrogenowym, progestagennym i androgennym; obniża SHBG. Możliwa poprawa aspektów seksualnych. Ostrożnie >60 r.ż. (ryzyko udaru).
Sildenafil (PDE-5)	Eksperymentalny	Off-label, niezarejestrowany dla kobiet. Dane głównie dla dysfunkcji podniecenia/orgazmu wywołanej SRI (Nurnberg 2008, JAMA, n=98). Brak dowodów w pierwotnym HSDD.

Flibanseryna (Addyi) — brak rejestracji w UE

Mechanizm: wielofunkcyjny agonista 5-HT1A i antagonista 5-HT2A; efekt netto — wzrost dopaminy i noradrenaliny w korze przedczołowej. Metabolizm głównie CYP3A4.

Wskazanie i dawka: nabyte, uogólnione HSDD u kobiet przed menopauzą (od 2025 r. rejestracja FDA również po menopauzie). 100 mg doustnie raz dziennie na noc. Ocena po ~8 tyg.; brak odpowiedzi = odstawienie.

Skuteczność (EBM): meta-analiza Jaspers 2016 (JAMA Intern Med): +0,49 SSE/miesiąc ponad placebo (95% CI 0,32–0,67); FSFI-desire MD 0,27. Efekt statystycznie istotny, klinicznie skromny; jakość dowodów „bardzo niska".

Bezpieczeństwo — Black Box Warning: ciężka hipotensja i omdlenia — szczególnie z alkoholem, inhibitorami CYP3A4 i przy niewydolności wątroby (przeciwwskazana). Częste: zawroty głowy (~RR 4,0), senność (~RR 4,0), nudności, zmęczenie. W Polsce niezarejestrowana i niedostępna w legalnym obrocie. Wniosek EMA wycofany.

Bremelanotyd (Vyleesi) — brak rejestracji w UE

Mechanizm: analog alpha-MSH; agonista receptorów melanokortynowych (MC4R — odpowiedź seksualna w OUN).

Wskazanie i dawka: nabyte, uogólnione HSDD u kobiet przed menopauzą. 1,75 mg podskórnie NA ŻĄDANIE (autowstrzykiwacz), ~45 min przed aktywnością; maks. 8 dawek/miesiąc.

Skuteczność (EBM): badania RECONNECT (Kingsberg 2019, n=1267): poprawa FSFI-desire o ~0,3 pkt i redukcja distresu o ~0,3 pkt ponad placebo. Nie zwiększał istotnie liczby SSE.

Bezpieczeństwo: bardzo częste nudności (~40% vs ~1% placebo; najczęstszy powód odstawienia). Przemijający wzrost ciśnienia. Ogniskowa hiperpigmentacja (twarz, dziąsła, piersi) — może być nieodwracalna. W Polsce niedostępny — brak rejestracji EMA.

Testosteron: Omówiony w odrębnym pliku. Testosteron transdermalny w HSDD po menopauzie to najlepiej udokumentowana opcja EBM — w Polsce stosowany off-label.

Źródła (do weryfikacji w PubMed)

· Jaspers L i wsp. 2016 (JAMA Intern Med 176:453–462)

· Kingsberg SA i wsp. 2019 (Obstet Gynecol)

· Clayton AH i wsp. 2022 (J Womens Health)

· Safarinejad 2010

· Nurnberg HG i wsp. 2008 (JAMA 300:395–404)