NEWSLETTER #19 · ZAŁĄCZNIK 5 · PAŹDZIERNIK 2026

Review — przegląd publikacji 22.09–17.10.2026

Menopauza, terapia testosteronem, liszaj twardzinowy sromu i ciąża

Jak powstał ten przegląd

Przeszukałam PubMed/MEDLINE (okno 22.09–17.10.2026, decyduje data e-pub), strony wydawców i komunikaty towarzystw (ACOG, The Menopause Society, IMS). Przejrzałam ok. 70 rekordów; do omówienia zakwalifikowałam pozycje z okna o znaczeniu dla pracy w gabinecie. Okno było ubogie w RCT z chorób pochwy, STI, antykoncepcji i endometriozy — piszę o tym wprost na końcu.

1. Menopauza — nowe wytyczne ACOG nr 13

ACOG Clinical Practice Guideline No. 13, Obstet Gynecol 2026;148(5):e345–e369, e-pub 15.10.2026. Zastępuje Practice Bulletin nr 141 z 2014 r. Metodyka GRADE: „recommends" = zalecenie silne, „suggests" = warunkowe.

Zalecenia silne

- **Systemowa MHT** na objawy naczynioruchowe i zaburzenia snu z nimi związane (estrogen + progestagen przy zachowanej macicy).
- **Start przed 60. r.ż. lub w ciągu 10 lat od menopauzy.** Przegląd Cochrane (19 badań, N=40 410): przy wczesnym starcie mniejsze ryzyko choroby wieńcowej (RR 0,52; 95% CI 0,29–0,96), przy wyższym ryzyku VTE (RR 1,74). Przy starcie po >10 latach RR VTE 1,96, udaru 1,21.
- **SSRI/SNRI** u kobiet, które nie chcą lub nie mogą stosować hormonów; unikać fluoksetyny i paroksetyny przy tamoksyfenie.
- **Antagoniści receptorów neurokininowych** (fezolinetant, elinzanetant) — na objawy naczynioruchowe i sen. Fezolinetant: próby wątrobowe na początku, co miesiąc przez 3 miesiące, potem w 6. i 9. miesiącu; elinzanetant: przed leczeniem i po 3 miesiącach.

Zalecenia warunkowe i brak poparcia

- Warunkowo: gabapentyna wieczorem (gdy inne metody niehormonalne zawiodły), CBT, mindfulness, aktywność fizyczna, hipnoza kliniczna, akupunktura.
- Bez poparcia w leczeniu objawów naczynioruchowych: fitoestrogeny, suplementy ziołowe, DHEA, monoterapia progestagenem, testosteron. MHT na objawy depresyjne — dowody niewystarczające.
- Kontrola po 3 miesiącach, potem co rok; krwawienie utrzymujące się >6 miesięcy wymaga diagnostyki; potrzebę antykoncepcji oceniać do 55. r.ż.

Polska perspektywa

Zalecenie warunkowe dla skoniugowanych estrogenów końskich z bazedoksyfenem pomijamy — preparat nie funkcjonuje w Polsce. Paroksetyna 7,5 mg (jedyny SSRI z rejestracją FDA na objawy naczynioruchowe) nie ma odpowiednika w Polsce — SSRI/SNRI i gabapentyna w tym wskazaniu to stosowanie off-label. Ochrona endometrium systemem LNG-IUS — Mirena. GSM ACOG omówi w osobnym dokumencie w 2027 r.

W gabinecie: dokument przydaje się jako argument w rozmowie z pacjentką, która „boi się hormonów", i z kolegami z POZ. Nowością jest przede wszystkim siła zalecenia dla antagonistów receptorów neurokininowych.

2. Elinzanetant — zbiorcza analiza bezpieczeństwa

Pinkerton JV, Francuski M, Nappi RE i wsp. eClinicalMedicine 2026;101:104250, e-pub 7.10.2026, open access, sponsor Bayer. Analiza eksploracyjna 4 RCT (SWITCH-1, OASIS 1–3): 1519 kobiet w zbiorze 12-tygodniowym (765 elinzanetant 120 mg vs 754 placebo) i 1113 kobiet leczonych przez 52 tygodnie.

- Działania niepożądane po 12 tyg.: 50,8% vs 43,2%; najczęściej ból głowy, zmęczenie, senność.
- Brak przerostu i raka endometrium w obu grupach; brak przypadków spełniających prawo Hy'a.
- Wg omówień wtórnych (do weryfikacji w pełnym tekście): przerwanie z powodu działań niepożądanych 7,8% vs 3,6%; senność 3,4% vs 0,5%; zmęczenie 5,4% vs 1,3%.

W gabinecie: uprzedzić o senności i zmęczeniu, zalecić przyjmowanie wieczorem, ALT/AST zgodnie z ChPL. Lek zarejestrowany w UE (Lynkuet). Poziom EBM: zbiorcza analiza RCT, punkty eksploracyjne, sponsor.

3. Testosteron po menopauzie — związek ze zdarzeniami sercowo-naczyniowymi

Jiang XD i wsp. (Drexel University College of Medicine), abstrakt na kongres The Menopause Society 2026, komunikat z 7.10.2026. Retrospektywna kohorta TriNetX, >6300 kobiet ≥45 r.ż., dobór 1:1 metodą propensity score, bez przebytej choroby sercowo-naczyniowej; obserwacja ok. 3 lat.

- Złożony punkt końcowy (choroba wieńcowa, udar niedokrwienny, niewydolność serca): **3,8% vs 0,5%; HR 8,08 (95% CI 4,72–13,82)**. Kierunek zgodny w porównaniu „testosteron + HT vs sama HT".
- Ograniczenia: dane z elektronicznej dokumentacji, brak informacji o dawce, preparacie i czasie stosowania, niewiele zdarzeń, brak recenzji. HR rzędu 8 odbiega od danych z RCT przy dawkach fizjologicznych — prawdopodobny błąd systematyczny.

W gabinecie: wskazanie się nie zmienia — testosteron wyłącznie w HSDD po menopauzie, po wykluczeniu innych przyczyn. Przed włączeniem ocena ryzyka SCORE2/SCORE2-OP (kalkulator POLSCORE2-OP, pzh.gov.pl), lipidogram, ciśnienie, glikemia. Udokumentowana zgoda z informacją o stosowaniu off-label (brak preparatu dla kobiet zarejestrowanego w Polsce) i o tym sygnale. Pacjentce podawać liczby bezwzględne, nie „ośmiokrotny wzrost". Ocena efektu po 6 miesiącach, bez efektu — odstawić.

4. Liszaj twardzinowy sromu, ciąża i poród

Andersen CH i wsp., Am J Obstet Gynecol 2026 (październik), DOI 10.1016/j.ajog.2026.10.004. Retrospektywna kohorta z Północnej Danii (X 2019–IX 2024): 224 porody drogami natury u kobiet z liszajem twardzinowym sromu vs 441 bez LS.

- Po korekcie: pęknięcie krocza II° — ryzyko 1,32× wyższe (p=0,006); **uraz zwieracza odbytu (OASIS) — 3,37× wyższe (p=0,01)**.
- W grupie z LS ryzyko OASIS zwiększały: pierwszy poród (4,91×), poród próżniociągiem (6,50×), zwężenie wejścia do pochwy przed ciążą (6,20×), objawy w ciąży — świąd, kruchość skóry (3,98×).
- Ograniczenia: jeden region, mała liczba zdarzeń, brak danych o aktywności choroby i leczeniu w ciąży (dane z omówienia Medscape).

Wniosek jest prosty: aktywny, nieleczony liszaj w ciąży to większe ryzyko urazu krocza. Objawy w ciąży i zwężenie wejścia do pochwy — czyli czynniki, na które mamy wpływ leczeniem — były silnymi predyktorami OASIS.

Sterydy miejscowe na srom w ciąży — jak postępować

Silne miejscowe glikokortykosteroidy (propionian klobetazolu 0,05%, furoinian mometazonu 0,1%) można i należy stosować na srom w ciąży. Ciąża nie jest powodem do odstawienia leczenia podtrzymującego liszaja twardzinowego — odstawienie sprzyja zaostrzeniu, pękaniu skóry, zrostom i zwężeniu wejścia do pochwy, czyli dokładnie tym czynnikom, które w badaniu Andersen zwiększały ryzyko urazu przy porodzie.

Dowody bezpieczeństwa: przegląd Cochrane (Chi CC i wsp., 2015) nie wykazał związku miejscowych GKS z wadami wrodzonymi, porodem przedwczesnym, zgonem płodu ani sposobem porodu. Sygnał niższej masy urodzeniowej dotyczy steroidów bardzo silnych stosowanych w dużych ilościach — w kohortach przy przekroczeniu ok. 300 g w całej ciąży. Leczenie sromu zużywa ułamek tej ilości: tubka 30 g przy leczeniu podtrzymującym wystarcza zwykle na ok. 3 miesiące.

Praktycznie: w zaostrzeniu klobetazol 1× dziennie przez 4 tygodnie, potem co drugi dzień, następnie leczenie podtrzymujące 1–2× w tygodniu przez całą ciążę; cienka warstwa (ok. 1 FTU na srom), tylko na zmienioną skórę. Ilość przepisanego leku warto zapisywać w dokumentacji. Kontrola sromu w ciąży, a w 32.–36. tygodniu ocena wejścia do pochwy i przekazanie informacji o LS lekarzowi prowadzącemu poród i położnej. Leczenie można kontynuować w połogu i w czasie karmienia piersią.

W gabinecie: u pacjentki z LS planującej ciążę omówić ryzyko urazu krocza i dążyć do remisji przed zajściem w ciążę. LS sam w sobie nie jest wskazaniem do cięcia cesarskiego, ale uzasadnia ochronę krocza i świadomą decyzję o nacięciu.

Laser w liszaju twardzinowym — bez zmian

Dwuletnia obserwacja po RCT lasera Nd:YAG/Er:YAG vs GKS (Lasers Med Sci 2026;41:256, e-pub 13.10.2026) to otwarty protokół z ryzykiem efektu placebo. Jedyne badanie z kontrolą sham (przegląd Aksahin i wsp., Maturitas, VI 2026, poza oknem) nie potwierdziło przewagi lasera CO2. Laser pozostaje metodą badawczą.

5. Krótko — bez zmiany praktyki

- **Fezolinetant, OPTION-VMS** (IMS 2026, sponsor Astellas): obserwacja fazy 4, o 2,6 mniej wybudzeń nocnych w 12. tyg. Bez grupy kontrolnej — nie dowodzi efektu leku.
- **Nitrogliceryna transdermalna na uderzenia gorąca** (przegląd, The Menopause Society, 15.10.2026): dowody niespójne, RCT nie wykazało przewagi nad placebo. Nie rekomendować.
- **Spray probiotyczny w BV** (Sci Rep, 12.10.2026): pilotaż produktu komercyjnego. Nie rekomendować.
- **Estrogen dopochwowy a ZUM po złamaniu biodra** (abstrakt TMS): najpewniej efekt wskazania. Estrogen dopochwowy pozostaje podstawą profilaktyki nawracających ZUM po menopauzie.
- **Uczenie maszynowe w diagnostyce endometriozy** (Front Med, metaanaliza 22 badań): wynik ujemny obniża prawdopodobieństwo z 10% do 1%, ale czułość spada w badaniach wieloośrodkowych. Jeszcze nie do gabinetu.

Mój komentarz

ACOG opublikował nowe wytyczne (CPG nr 13, 15.10.2026) dotyczące objawów naczynioruchowych, snu i nastroju w menopauzie: zalecenie silne mają MHT rozpoczęta przed 60. r.ż. lub w ciągu 10 lat od menopauzy, **SSRI/SNRI oraz — po raz pierwszy na równi z nimi — antagoniści receptorów neurokininowych.**

Zbiorcza analiza 4 RCT **elinzanetantu (Lynkuet) nie wykazała wpływu na endometrium ani wątrobę, ale pacjentki dwa razy częściej przerywały leczenie, głównie z powodu senności i zmęczenia.**

Retrospektywna kohorta przedstawiona na kongresie **The Menopause Society wiąże terapię testosteronem po menopauzie z częstszymi zdarzeniami sercowo-naczyniowymi (3,8% vs 0,5%)**.

Duńska kohorta pokazuje, że **liszaj twardzinowy sromu ponad trzykrotnie zwiększa ryzyko urazu zwieracza odbytu przy porodzie — dlatego LS trzeba leczyć także w ciąży, a silne steroidy miejscowe na srom są w ciąży dopuszczalne i wskazane.**

Ograniczenia

- Przegląd nie jest systematyczny w rozumieniu PRISMA; nie potwierdzono PMID żadnej pozycji z okna (opóźniona indeksacja).
- Część liczb (ACOG, szczegóły elinzanetantu, Andersen) pochodzi z omówień wtórnych.
- Dane z kongresu The Menopause Society to abstrakty bez pełnej recenzji. Sponsorzy: Bayer (elinzanetant), Astellas (fezolinetant).

Źródła

Liczba przeanalizowanych źródeł: ok. 70 rekordów; omówiono 9 pozycji z okna oraz 2 pozycje kontekstowe.

ACOG. Clinical Practice Guideline No. 13. Management of Menopause-Related Vasomotor, Sleep, and Mood Symptoms. Obstet Gynecol 2026;148(5):e345–e369. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000006428

Pinkerton JV i wsp. Safety and tolerability of elinzanetant: a pooled analysis from four randomized clinical trials. eClinicalMedicine 2026;101:104250. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2026.104250

Jiang XD i wsp. Testosterone therapy and cardiovascular risk in postmenopausal women. Abstrakt, The Menopause Society 2026. https://menopause.org/press-releases/testosterone-therapy-may-increase-risk-of-cardiovascular-disease-in-postmenopausal-women

Andersen CH i wsp. Liszaj twardzinowy sromu a urazy krocza przy porodzie. Am J Obstet Gynecol 2026. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2026.10.004

Chi CC i wsp. Safety of topical corticosteroids in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015;CD007346 (kontekst). https://doi.org/10.1002/14651858.CD007346.pub3

Two-year follow-up of women with lichen sclerosus treated with laser therapy. Lasers Med Sci 2026;41:256. https://doi.org/10.1007/s10103-026-05062-5

Aksahin E i wsp. Energy-based therapies for vulvar lichen sclerosus. Maturitas 2026;211:109039 (poza oknem, kontekst). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42391933/

Shapiro M i wsp. OPTION-VMS. Abstrakt 2693-MA-3457, IMS 20th World Congress 2026.

The Menopause Society. Transdermal nitroglycerin and menopausal hot flashes. Komunikat 15.10.2026. https://menopause.org/press-releases/transdermal-nitroglycerin-shows-limited-but-potential-benefit-for-menopausal-hot-flashes

Exploratory pilot study of a spray-type probiotic delivery system in women at risk for bacterial vaginosis. Sci Rep 2026. https://doi.org/10.1038/s41598-026-74965-8

Machine Learning and Deep Learning for Diagnosis of Endometriosis: SR and MA. Front Med 2026. https://doi.org/10.3389/fmed.2026.1907483