

# ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ(\*)

ΧΡΥΣΟΥΛΑΣ ΠΑΝΙΤΣΑ - ΦΑΦΛΙΑ  
Μαιευτήρος - Γυναικολόγου

## ΟΡΙΣΜΟΣ

«Όταν λέμε έμμηνόπαυση έννοούμε όλοι, την περίοδο τής ζωής τής γυναίκας που άκολουθεί τὸ μόνιμο σταμάτημα τής έμμηνορροσίας. Άλλά, άν θελήσουμε νά δώσουμε ένα έπιστημονικότερο όρισμό τής έμμηνοπαύσεως θά μπορούσαμε νά πούμε ότι:

« Έμμηνόπαυση είναι ή κατάπαυση τής έμμηνορροσίας ή όφειλομένη σέ πλήρη και μόνιμη έκπτωση τής αναπαραγωγικής λειτουργίας τών ώοθηκών ».

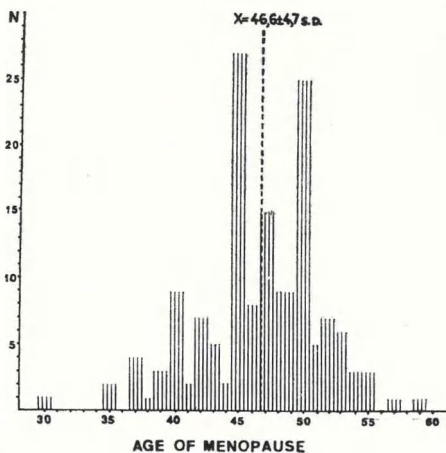
Μ' αυτόν τόν όρισμό αποκλείουμε περιπτώσεις παροδικής παύσεως τής έμμηνορροσίας, που θά μπορούσαν νά συμβούν σ' οποιαδήποτε ηλικία. Π.χ. μία ψυχογενής άμηνόρροια στήν ηλικία τών 40 έτών που μπορεί νά εκληφθῆ σαν έμμηνόπαυση, ως επίσης και εκείνες τες καταστάσεις που δέν όφείλονται σέ ώοθηκικά αίτια, όπως π.χ. μία βλάβη τής ύποφύσεως, που κι αυτή μπορεί νά παρουσιαστῆ κοντά στήν ηλικία τής έμμηνοπαύσεως.

Συνεπώς με τόν όρο έμμηνόπαυση έννοούμε τήν πλήρη κατάπαυση τής Ε. Ρ. που είναι μόνιμη και που όφείλεται σέ ώο-

θηκική αίτιολογία, στήν έξάντληση, με άλλα λόγια, τής ώοθηκικής λειτουργίας.

## ΗΛΙΚΙΑ

Ό μέσος όρος ηλικίας έμφανίσεως τής έμμηνοπαύσεως στήν Εύρώπη και τες Η. Π.Α. θεωρείται ότι είναι τὰ 51.1 χρόνια. Σε μία πρόσφατη Έλληνική στατιστική



Εικών 1.

άπό τόν κ. Μπατρίνο εύρέθη 46,6 χρόνια (είκων 1) και είναι περίπου ίδια με τήν στατιστική του Ίσραήλ τὸ 1977 που είναι 47 χρόνια. Βεβαίως δέν υπάρχουν άνάλογες στατιστικές μεσογειακών κρατῶν — Ίταλίας, Ίσπανίας, Πορτογαλίας— για σύγκριση και άναζήτηση τυχόν μεσογειακού στοιχείου ως ύπευθύνου, για τήν μι-

\* Διάλεξη, από τήν Ένημερωτική Έκδήλωση τής Ένδοκρινολογικής Έταιρείας, στήν Καστοριά (27 Οκτωβρίου 1978).

κρότερη ηλικία εμφάνισης της έμμηνοπαύσεως.

Κατά καιρούς έχουν διερευνηθῆ πολλοί παράγοντες ὅσον ἀφορᾷ τὸν ρόλο πὸν ἐνδέχεται νὰ παίζουσι στὴν ηλικία ἐμφάνισης τῆς ἐμμηνοπαύσεως. Μεταξὺ αὐτῶν, κυριότεροι ἦσαν ἡ ηλικία ἐμμηναρχῆς, ἡ κληρονομικότης, ὁ ἀριθμὸς τῶν κηῖσεων καὶ ἡ διάρκεια τοῦ θηλασμοῦ, τὸ γεωγραφικὸ πλάτος, οἱ οἰκονομικοκοινωνικὲς συνθήκες καὶ τελευταίως ἡ μακροχρόνια χρῆσις τοῦ ἀντισυλληπτικοῦ δισκίου. Πλὴν ὁμῶς, κανεὶς ἀπὸ αὐτοὺς τοὺς παράγοντες δὲν ἀπεδείχθη ὅτι ἔχει σαφῶς ἐπιταχυντικὸ ἢ ἐπιβραδυντικὸ ἀποτέλεσμα, διότι τὰ

κηῖσεων δὲν συνεπάγεται καθυστέρηση στὴν ἐμφάνιση τῆς ἐμμηνοπαύσεως (εἰκὼν 2).

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ἡ κλινικὴ εἰκόνα τῆς Ε.Π. γυναίκας εἶναι ἀρκετὰ τυπικὴ καὶ ἐμφανίζει χαρακτηριστικὴ συμπτωματολογία (πίναξ 3).

### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΤΙΚΟΤ ΣΤΗΝΔΡΟΜΟΤ

- 1) Ἐξάψεις
- 2) Ἴδρωτες
- 3) Ἀτροφία κόλπου - δυσπαρενία
- 4) Κεφαλαλγίες
- 5) Ταχυπαλμίες
- 6) Κατάθλιψη - ἀϋπνία - νευρικότης
- 7) Ἀρθραλγίες - μυαλγίες
- 8) Ἐλάττωσις προσφάτου μνήμης

Τὰ συμπτώματα ἀναφέρονται μὲ ἰεράρχηση ἀπὸ πλευρᾶς συχνότητος καὶ σπουδαιότητος, ὑπὸ τὴν ἐννοια ὅτι, τὰ πρῶτα εἶναι τὰ πιὸ χαρακτηριστικὰ γιὰ τὴν ἐμμηνοπαύση.

Ἀξίζει λοιπὸν νὰ σταματήσουμε στὰ δύο πρῶτα συμπτώματα, δηλ. τὶς ἐξάψεις καὶ τοὺς ἰδρωτες, τὰ ὁποῖο ἔχουν σχεδὸν σταθερὴ ἐμφάνιση καὶ χαρακτηρίζουν τὸ σύνδρομο, ὑπὸ τὴν προϋπόθεση ὁμῶς, ὅτι θὰ ἔχουν τοὺς χαρακτῆρες τῆς αἰφνιδίας καὶ ἐν ἡρεμίᾳ ἐμφάνισης γιὰ λίγα λεπτὰ καὶ κυρίως καὶ κατὰ τὸν ὕπνο.

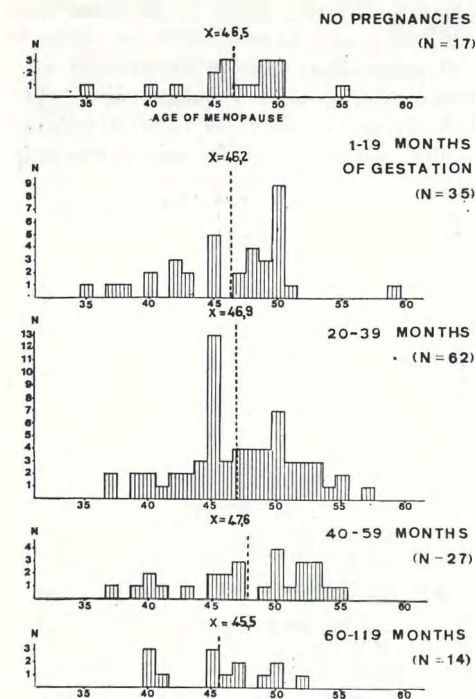
Γιὰ τὴν αἰτιολογία τους ἐνοχοποιήθηκαν ἀρχικὰ οἱ ἀυξημένους τιμὲς FSH, LH πλὴν ὁμῶς νεώτερες ἔρευνες\* δὲν συμφωνοῦν πρὸς τὴν ἀποψη διότι:

α) ἐξωγενὴς χορήγησις μεγάλων δόσεων FSH, LH δὲν προκαλεῖ τὰ συμπτώματα.

β) Μὲ τὴν πάροδο τῶν χρόνων, ἐδῶ τὸ συνῆδροιο ἐλαττώνεται, οἱ γοναδοτροφίνες ἐξακολουθοῦν νὰ εἶναι ὑψηλές.

γ) Χορήγησις πολλῶν μικρῶν δόσεων οἰστρογόνων εἶναι ἱκανὴ νὰ ἐξαφανίσῃ τὸ σύνδρομο παρ' ὅτι ἐλάχιστα ἐλαττώνον-

(\* ) Thomas Detre 1978.

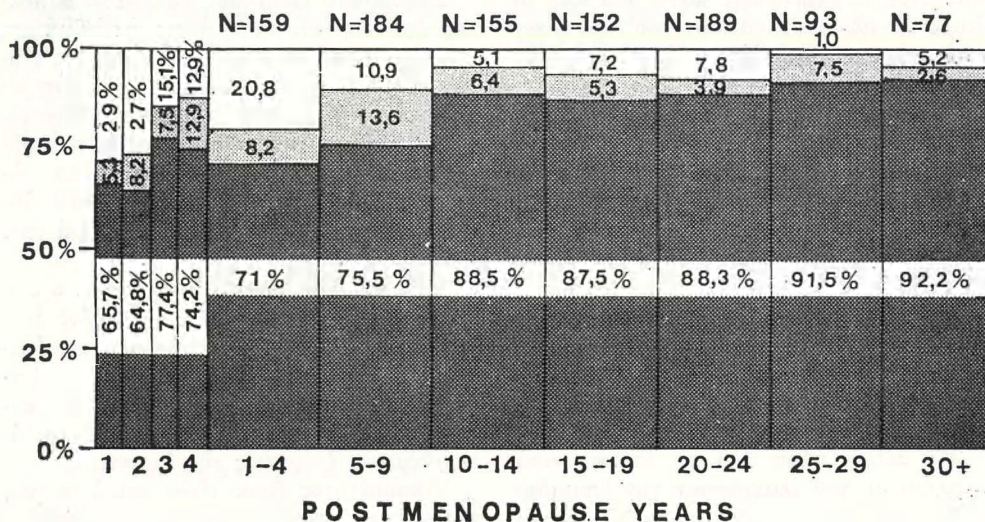


Εἰκόνα 2.

στατιστικὰ στοιχεῖα εἶναι καὶ ἀνεπαρκῆ καὶ ἀντιφατικὰ.

Γιὰ τὴ σχέση τοῦ ἀριθμοῦ τῶν κηῖσεων ὑπάρχει καὶ μίαν Ἑλληνικὴ ἐργασία ἡ ὁποία ἔδειξε ὅτι, ὁ μεγάλος ἀριθμὸς τῶν





Εικόνα 4.

ται οι γοναδοτροφίνες.

Ός πιθανότερος λοιπόν αιτιολογικός παράγοντας παραμένει η απότομη ελάττωση των οιστρογόνων.

Η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι συνήθως μέχρι δύο χρόνια μετά την Ε. Π., μπορεί όμως να έχουν προηγηθεί αυτής ή και να παρατείνονται για πολλά περισσότερα χρόνια.

Το τρίτο κατά σειρά σύμπτωμα είναι η άτρωφία του κόλπου και η συνοδος της δυσπαρευνία. Υπεύθυνη και εδώ η έλλειψη των οιστρογόνων, που με τα χρόνια επιτείνεται, και η πικρή εμπειρία του πόνου από τον ρικνωμένο και ξηρό κόλπο κατά την έπαφή έχει δυσμενή επίδραση στις σχέσεις των ζευγαριών.

Τα υπόλοιπα συμπτώματα απαντώνται άλλοτε σε άλλη ένταση, ώστε άλλες φορές κυριαρχούν και άλλες φορές ούτε καν υποσημαίνονται από την εμμηνόπαυσιακή γυναίκα. Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις που ένα σύμπτωμα λόγω εδάφους και ιδιοσυστάσις προβάλλεται έντονότερα και δημιουργεί διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα.

## ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Επιβεβαίωση του συνδρόμου και διάγνωση ότι πρόκειται περί εμμηνόπαυσεως με τον όρισμό που δώσαμε, μάς προσφέρει ο εργαστηριακός έλεγχος. Αυτός θα μάς δείξει αυξημένες τιμές γοναδοτροφινών και δη της FSH κατά 13 φορές από τα φυσιολογικά επίπεδα της πρώτης φάσεως ενός κανονικού κύκλου, ενώ της LH κατά 3,5 φορές αντίστοιχως.

Τα οιστρογόνα ελαττώνονται σημαντικά ενώ τα ανδρογόνα μπορεί και να αυξηθούν.

Τέλος το Κ.Ε. εμφανίζεται άτρωφικό σ' ένα μεγάλο ποσοστό, το οποίο είναι 65,7% σε γυναίκες 1 χρόνο μετά την εμμηνόπαυση και φθάνει 92,2% μετά 30 χρόνια (Μπατρίνος κ. Συν.). (Εικόνα 4).

## ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ξεκινώντας πάλι από την συμπτωματολογία, μπορούμε εύκολα να συμπεράνουμε, πόσες, ποιές και ποιās βαρύτητας είναι οι επιπτώσεις του συνδρόμου της εμμηνόπαυσεως. Σχηματικά μπορεί κανείς να τις



διακρίνει σέ επιπτώσεις πάνω στο ίδιο το άτομο εκ των ενοχλημάτων του, στο οικογενειακό του περιβάλλον και στο κοινωνικό σύνολο.

“Αν σκεφθῆ κανείς ότι το ποσοστό τῶν ἄνω τῶν 45 ἐτῶν γυναικῶν — σύμφωνα μέ τήν ἀπογραφή τοῦ 1976 — εἶναι 36,6% δηλ. τὸ 1)3 τοῦ γυναικείου πληθυσμοῦ, ἀντιλαμβάνεται τὸ μέγεθος τοῦ προβλήματος (ἐπὶ 4.677.000 οἱ 1.713.000 45 ἐτ.).

Αὐτὸ δὲ τὸ ποσοστὸ ἀποτελεῖ παραγωγικὸ στοιχεῖο τῆς κοινωνίας, εἴτε ὡς ἐργαζομένη γυναίκα μέ καθημερινὰ περισσότερες ὑπευθυνότητες, εἴτε ἀκόμη ὡς οἰκοκυρά.

Ἐξ ἄλλου, πέρα ἀπὸ τὰ ὑποκειμενικὰ ἐνοχλήματα πού ἐλαττώνουν τὴν ὀποιαδήποτε παραγωγικότητα καὶ πού ἐν πάσει περιπτώσει διαρκοῦν μερικὰ χρόνια, ὑπάρχουν καὶ οἱ ἀπώτερες συνέπειες τῆς ἐμμηνοπαύσεως πού εἶναι κυρίως:

- α) τὸ πρόβλημα τῶν καρδιαγγειακῶν νόσων,
- β) ἡ ὀστεοπώρωση.

Καὶ τὰ μὲν καρδιαγγειακὰ συμβάματα γιὰ τὶς γυναῖκες πρὸ τῆς ἐμμηνοπαύσεως εἶναι σπάνια, ἐνῶ μετὰ τὴν ἐμμηνοπαύση φθάνουν στὰ ἴδια ποσοστὰ τῶν ἀνδρῶν, ἢ δὲ ὀστεοπώρωση ὀδηγεῖ σὲ κατάγματα πού κάθε μέρα καὶ περισσότερο ἀποτελοῦν αἰτία ἀναπηρίας, ἡμερῶν νοσηλείας καὶ ἡμεραργιῶν, μέ ὅλα τὰ συνοδὰ οικονομικοκοινωνικὰ συνακόλουθα.

Γι' αὐτοὺς τοὺς λόγους, ὀλοένα καὶ περισσότερο ἐδραιώνεται ἡ πεποίθησις ὅτι ἡ ἐμμηνοπαύση πρέπει νὰ ἀντιμετωπίζεται θεραπευτικὰ καὶ ὄχι νὰ γίνεται μοιρολατρικὴ ἀποδοχὴ τῶν ἐνοχλημάτων.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μὲ αὐτὴ τὴ θέση ἔχουν τεθῆ διεθνῶς ὅλοι οἱ ἀσχολούμενοι μέ τὸ θέμα. Ὁ προβληματισμὸς πλέον ἔχει μετατεθῆ ἀπὸ τὸ ἂν θὰ δώσουμε θεραπεία, στὸ ποιά θεραπεία θὰ δώσουμε.

Στὸ πρῶτο ἐρώτημα, ὕστερα ἀπὸ πολλές ἔρευνες καὶ συζητήσεις ἡ ἀπάντησις εἶναι καταφατικὴ: ΝΑΙ: Ο ἰ σ τ ρ ο γ ὶ ν α. Καὶ ἔρχεται σὰν δεῦτερο ἐρώτημα τὸ ποῖο οἰστρογόνον θὰ δώσουμε; Πιστεύεται ὅτι τὰ φυσικὰ οἰστρογόνα εἶναι προτιμότερα, ἀκολουθούμενα πάντοτε ἀπὸ ὠχρινομιμητικά, τὰ ὁποῖα φαίνεται ὅτι ἀμβλύνουν τὶς πιθανὲς ἐπιπτώσεις ἐπὶ τοῦ ἐνδομητρίου.

Βεβαίως πρὸ πάσης χορηγήσεως, ὁ σωστὸς κλινικοεργαστηριακὸς ἔλεγχος τῶν ὀργάνων στόχων τῆς θεραπείας, ὡς ἐπίσης καὶ τῆς τυχόν οικογενειακῆς προδιαθέσεως τοῦ ατόμου ἢ τῆς φυσικῆς του μειονεκτικότητας, θὰ μᾶς περιορίσουν τὶς ἀνεπιθύμητες ἐνέργειες τῆς θεραπείας.

Ἀπαραίτητος ὅμως εἶναι καὶ ὁ συχνὸς ἐπανελέγχος τῆς ὑπὸ θεραπείαν ἀσθενοῦς καὶ ἡ διακοπὴ τῆς θεραπείας ἐπὶ ἐμφάνισης φαινομένων δυσανεξίας.

Ἐντελῶς πρόσφατα προτείνεται ἡ χρῆσις τῆς οἰστριόλης ἀντὶ τῶν ἄλλων οἰστρογόνων. Τὰ πλεονεκτήματά της ἀπέναντι τῶν ἄλλων οἰστρογόνων ἀποτελοῦν ἀντικείμενο μελέτης σὲ διεθνῆς ἐπίπεδο.

Γιὰ τὸ χρονικὸ διάστημα πού θὰ διαρκέσῃ ἡ θεραπεία ὑποκαταστάσεως, οἱ γνώμες διίστανται. Πολλοὶ ὑποστηρίζουν ὅτι ἡ θεραπεία πρέπει νὰ ἐξακολουθῆ ἐπὶ μακρόν. Ἄλλοι τὴν ἐφαρμόζουν γιὰ ὀρισμένα χρόνια. Τὸ πρόβλημα δὲν ἔχει λυθεῖ καὶ ἡ καλλίτερη ἀντιμετώπισή του εἶναι ἡ ἀξιοτομίκευσις τῆς θεραπείας ἀναλόγως τῆς περιπτώσεως.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μ. ΜΠΑΤΡΙΝΟΣ: Σύγχρονη ἐνδοχρονολογία.
2. VAN KEEP: Consensus on Menopause Research.
3. R. BEARD: The Menopause.
4. GREENBLOTT: The Menopause Syndrome.
5. Μ. ΜΠΑΤΡΙΝΟΣ, Μ. ΕΥΣΤΡΑΤΙΑΔΟΥ, Ε. ΤΑΜΒΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Χ. ΠΑΝΙΤΣΑ: Συχνότης Ἀτροφικῶν ἐπιχρισμάτων ἐπὶ 1.000 ἐμμηνοπαυστικῶν γυναικῶν ἄνω τῶν 50 ἐτῶν. (Min. Med. Greca 3, 2)75).