



# INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY

THE SOCIETY FOR THE STUDY OF ALL ASPECTS OF THE CLIMACTERIC IN MEN AND WOMEN

## توصيات لعلاج الضمور المهبلي بعد إنقطاع الطمث

اول اكتوبر 2010

د.و.ستوردي , ن.باناي \*

بالنيابة عن المجموعه المشاركه في الكتابه من الجمعيه العالميه لأنقطاع الطمث

قسم النساء والتوليد مؤسسه قلب انجلترا , مستشفى سوليهورل \* مستشفى الملكه شرلوت وشيلسي لندن المملكه المتحده

### المجموعه المشاركه في الكتابه من الجمعيه العالميه لأنقطاع الطمث

د.ف.ارشر , ر.بابر , س.كاستيلويرانكو , ت.ج.دي فيليي , ا.جوميل , ف.جويدوزي , ك.ي.هانج , م.قنديل , س.كانديوال ,

ر . لويو , ر.م.مصطفي , ر.ي.نابي , ر.ف.نابي , س.بالاشيوس , ن.باناي , ا.بينس , ج.ا.سيمون , س.او .سكوبي ,

س.استونكل , د.و.ستوردي , ل.الريش , ب.فيلاسيكا .

قام بترجمه النص الي العربية الأستاذ الدكتور راندا مصطفى استاذ الفسيولوجيا الإكلينيكيه بكلية الطب جامعه الشارقة بالإمارت العربية المتحده ورئيس جمعيه سن الأمل الإماراتيه واحد افراد المجموعه الكاتبه للتقرير.

### الملخص :

على العكس من نوبات الهبات الحرارية و التعرق الليلي والتي تختفى وحدها مع الوقت ، فإن أعراض الضمور التي تصيب المهبل و المسالك البولية السفلى تزداد مع الوقت و تحتاج للعلاج. يزداد معدل إنتشار الضمور المهبلي كلما تقدمت المرأة فى السن فى مرحلة ما بعد إنقطاع الطمث و تسبب الحكه و الحرقان كما تؤثر على النشاط الجنسي فى كثير من الأحيان. وبالرغم من مختلف الخيارات الفعالة و الآمنة إلا أن قلة ( حوالى 25 % من السيدات فى العالم الغربى وربما أقل من ذلك فى أماكن أخرى ) هن اللاتي يطلبن المساعدة العلاجية. بعض هذا التراخي ربما يرجع إلى الدعاية السلبية للعلاج بالهرمونات البديلة على مدى السنوات الماضية و التي قد تؤدي إلى زيادة

خطر الإصابة المحتملة بسرطان الثدي و أمراض القلب و السكتة الدماغية ، ولكن بغض النظر عن ما إذا كانت هذه المخاوف لها ما يبررها إلا أن العلاجات الموضعية لضمور المهبل ليس لها أى علاقة بتلك المخاوف. بعض من الأسباب الأخرى لإستمرار تلك المعاناة الصامتة قد يرجع للثقافة المجتمعية و التراخي المفهوم لمناقشة مثل هذه الأمور خاصة مع طبيب من الذكور و لكن مهنة الطب عليها الكثير من اللوم لفشلها فى تعريف السيدات فى مرحلة ما بعد إنقطاع الطمث بإ حتمال حدوث أعراض الضمور المهبلية .

ان إستعمال مواد التشحيم المهبلية البسيطة تساعد فى علاج جفاف المهبل و لكن أفضل علاج منطقى هو إستعمال هرمون الإستروجين الموضعى لأنه آمن ، فعال مع مراعاة بعض موانع الأستعمال القليلة لذلك نأمل أن تساعد تلك التوصيات والتي تمت صياغتها بمناسبة اليوم العالمى لأنقطاع الطمث لعام 2010 على تسليط الضوء على الأسباب الرئيسية لتلك المعاناة التى تؤثر على نوعية الحياة و أن تساعد كلا من السيدات و مقدمى الخدمات الطبية فى جميع أنحاء العالم لطلب و تقديم المساعدة.

#### مقدمة :

ان إنقطاع الطمث عند السيدات و ما يصاحبه من قصور فى المبيض ينتج عنه الكثير من التغيرات و التى تؤثر تقريبا على جميع أعضاء و أجهزة الجسم ، ربما أكثر ما يميزها من أعراض على مستوى العالم الغربى هى اللفحات الحرارية و التعرق الليلي ... ولكن ربما تكون بعض الأعراض الأخرى هى الأكثر تميزا فى أماكن أخرى من العالم.

إن الجهاز البولى التناسلى حساس بشكل خاص للنقص فى هرمون الإستروجين و حوالى نصف السيدات فى مرحلة ما بعد إنقطاع الطمث سوف يعانون من بعض أعراض ضمور هذا الجهاز مما يؤثر على الوظيفة الجنسية و نوعية الحياة.

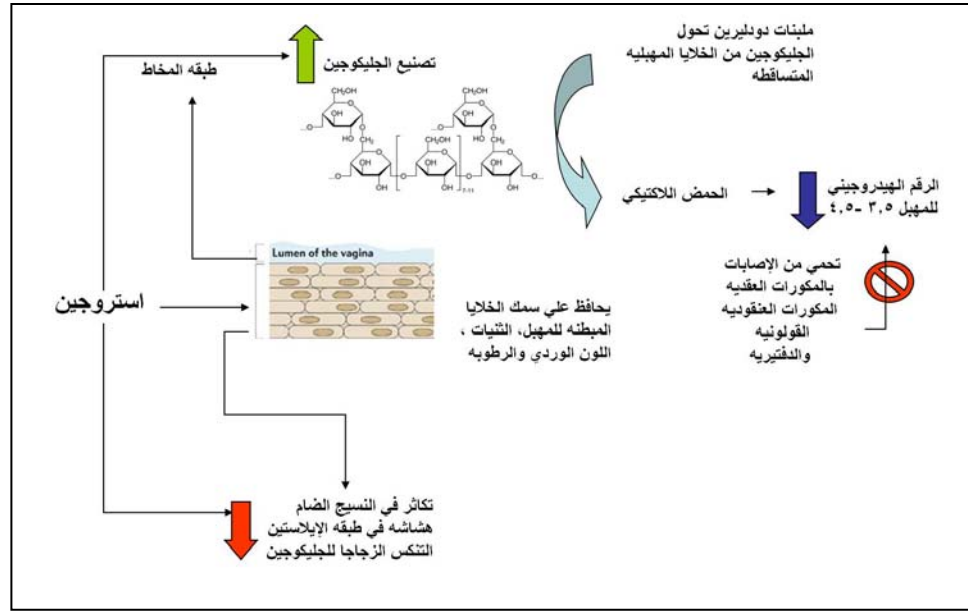
إن ضمور المهبل يصبح من الواضح سريريا فى خلال أربع إلى خمس سنوات بعد إنقطاع الطمث و تحدث تغيرات واضحة و شكاوى ملموسة فى حوالى 25--50 % من جميع السيدات فى مرحلة ما بعد إنقطاع الطمث .

#### فسيولوجية المهبل و علاقته بنقص هرمون الإستروجين:

تتراوح مستويات هرمون الإستراديول فى مهبل السيدات قبل إنقطاع الطمث بين ( 147--1468 )

بيكومول /لتر (40 – 400 ) بيكوجرام / مللى ) و تنخفض إلى أقل من 73 بيكومول / لتر ( 20 بيكوجرام / مللى ) بعد إنقطاع الطمث ، هذا التغير فى مستوى الإستروجينات بالدم ينعكس على الوظيفة الفسيولوجية للمهبل و على الأعراض ( شكل 1) فالمهبل يعد من أكثر المؤشرات الحيوية الحساسة و السهل التعرف عليها للدلالة على تراجع و إنخفاض مستوى الإستروجين فى الدم عند السيدات فى مرحلة بعد إنقطاع الطمث . إن فقدان المبيض لإنتاج هرمون الإستروجين يكون مصحوبا بضمور المهبل بشكل متزايد و لكن إستجابة المهبل للعلاج بالإستروجين تكون سريعة و مستمرة .

جدير بالذكر ان السيدات الناشطات جنسيا في مرحلة بعد إنقطاع الطمث يعانين من أعراض أقل وضوحا للضمور المهبلى ولديهن مستويات أعلى قليلا من هرمون الأندروجين بالدم(2) . ان فقدان الطيات و الثنيات المهبلية و الترقق فى الغشاء المبطن للمهبل يصبح واضحا بعد 2-3 سنوات بعد إنقطاع الطمث و لكن توقيت دلائل وجوده يختلف , و ينتج فقدان الطيات بسبب تكسر مادة الكولاجين الذى يدعم الغشاء المبطن للمهبل. هذا الإنهيار فى مادة الكولاجين يزداد عند التقدم فى العمر عند السيدات و اللانى تخضعن لأى علاج هرمونى وهذه التغيرات تصح ذات أهمية خاصة فى حالة سقوط المهبل(3-5).



شكل (1): رسم تخطيطي لتأثيرات الإستروجين على بطانة المهبل . الإستروجين يعزز تكوين الجليكوجين فى الطبقات المخاطية. ملينات دودليرين ، جزء من نبيت المهبل الطبيعي ، تعتمد على الجلايكوجين كمصدر للوقود وتحويل الجلايكوجين للحمض اللاكتيكي ، و بهذا تحافظ على البيئة الحمضية للمهبل .

تعمل البيئة الحمضية للمهبل على تقليل عدوى الطفيليات الممرضة . يساعد الإستروجين على صيانة الطبقات متعددة الخلايا لبطانة المهبل التي تعرف بلونها الوردي ، الثنيات و الرطوبة . مع غياب الإستروجين يزداد النسيج الضام ، هشاشة طبقة الإيلاستين ، إخضاع الجلايكوجين للتتسك الزجاجي. الرسم التوضيحي مبني على المعلومات المشتقة من بالاج (65) وبامان ونيفادونسكي (9) بعد اذن د.ف. ارشر. مينوبوس 2010.

يحدث جفاف المهبل مبكرا بعد إنقطاع الطمث عند السيدات الناشطات جنسيا و اللانى يعانين من آلام أو صعوبة أثناء الممارسة الجنسية(6) ، فعند السيدات بعد إنقطاع الطمث يكون معدل إفراز السائل المهبلى حوالى 0,0825 جرام فى 15 دقيقة مقارنة بحوالى 0,214 جرام عند السيدات فى مرحلة الخصوبة , ويبدو أن معظم السائل المهبلى الذى يفرز عند السيدات بعد إنقطاع الطمث يكون من خلال الغشاء المبطن للمهبل(7).

إن الرقم الهيدروجينى للمهبل عند السيدات قبل إنقطاع الطمث يكون أقل من 405 مما يعكس إنتاج حمض اللينيك من الكائنات اللاكتوباسيلس , يزداد الرقم الهيدروجينى إلى أكثر من 6 عند السيدات بعد إنقطاع الطمث لتناقص فى مستعمرات كائنات اللاكتوباسيلس الموجودة فى المهبل نتيجة لتناقص الخلايا السطحية و تناقص فى مادة الكولاجين و الترقق فى الأنسجة المبطنه للمهبل(1, 8) لهذه الأسباب فالمهبل بعد إنقطاع الطمث يكون أكثر تعرضا

للعُدوى و الإلتهابات على الرغم من أن الأدلة على زيادة حدوث الإلتهابات المهبلية لا تزال محدوده (8 , 10)

ترتبط قناة مجرى البول و المثانة البولية مع المهبل المتكون فى الجنين النامى و قناة مجرى البول تحتوى على نسبة عالية من مستقبلات الإستروجين لأنها مشتقة من نفس الأصل الجنينى الناشئ منه المهبل(1) . بعد إنقطاع الطمث يحدث ضمور فى قناة مجرى البول مع زيادة نسبية فى الخلايا الظهارية الإنتقالية بمجرى البول و إنخفاض مماثل فى الخلايا الحرشفية المتوسطة والسطحية نتيجة للتقدم فى العمر , يحدث ضمور بصفة متدرجة فى العضلات الملساء فى الجزء السفلى للمجرى البولى التاسلى مع حدوث إنهار مفاجئ لها أثناء الفترة الإنتقالية قبل إنقطاع الطمث(11) . هذا التغير المفاجئ مع بداية إنقطاع الطمث يؤثر على الطبقات و العضلات السطحية فى منطقة التريجون (المنطقة المثلية) قناة مجرى البول القريبة و البعيدة و المهبل , كما يؤثر أيضا على صفيحة البروبريا فى منطقة التريجون و قناة مجرى البول القريبة(12).

يرتبط الإنهيار فى مستوى الإستروجين فى الدم بشكل وثيق مع : الإنخفاض فى اللاكتوباسيلس المهبلى , زيادة الرقم الهيدروجينى, تغيرات فى شكل الخلايا الطلائية , نقصان فى تدفق الأوعية الدموية و نقصان فى إفراز السائل المهبلى.

#### الوظيفة الجنسية , صحة الجهاز البولى ونوعية الحياة:

صحة المهبل تلعب دورا مؤثرا فى الصحة الجنسية كما يؤثر هرمون الإستروجين على عملية تدفق الدم أثناء دورة الإستجابة الجنسية . إذا كان ضمور المهبل واضحا , قد تشكو السيدات بعد إنقطاع الطمث من جفاف المهبل و إذا كن ناشطات جنسيا فقد يعانين من آلام أثناء الجماع . وفى فترة الجماع أو ما قبله قد تشكو السيدات من تغيرات فى الإحساس , أو التدفق الدموى و التشحم والتى بدورها قد تؤدى إلى المزيد من الأعراض مثل تدنى الرغبة الجنسية , ضعف الإستجابة و ضعف الوصول إلى الذروة مع إختلال فى الإستمتاع الجنسى. بالإضافة إلى أن صحة الجهاز البولى ترتبط ارتباطا وثيقا بالأعراض المهبلية و خصوصا فى غيبة هرمون الإستروجين(13).

تكثر الشكوى من: الأعراض البولية مثل تردد و الإلحاح و التبول الليلى وعسر و سلس البول و إلتهابات بعد الجماع فى وجود الضمور المهبلى. و ينبغى تشخيص السيدة التى تعانى من الأعراض الجنسية و البولية نتيجة لضمور المهبل و علاجها دون تأخير من أجل تجنب حدوث سلسلة من الأحداث التى لا تحل من تلقاء نفسها و مع ذلك فإن تجربة الأعراض الجنسية هى تجربة فريدة من نوعها بالنسبة لكل سيدة و تتأثر ليس فقط بالعمر أو بانقطاع الطمث و لكن أيضا بتفاعل معقد للعديد من العوامل الشخصية التى تؤثر فى نوعية الحياة و طبيعة العلاقة بين الزوجين(14)

ليس فقط التغيرات الهرمونية و لكن أيضا فقدان الوظيفة الإنجابية هى التى تؤدى إلى إعادة تعريف الدور الأنثوى (15), وهذا يؤدى إلى تصورات متباينة لصورة الجسم و الثقة بالنفس بالإضافة إلى ذلك فإن أعراض إنقطاع الطمث و شكاويه قد تؤثر سلبا على العلاقات و الأسرة و الحياة الإجتماعية . إن الصحة الجسدية و العقلية و الجنسية

لشريك الحياة و وجود علاقة مرضية بين الطرفين قد تحدد مستوى الشدة المرتبطة بالأعراض الجنسية و تؤثر أيضا على الدافع إلى إستشارة الطبيب للظروف المرتبطة بضمور المهبل

- ان ضمور المهبل هو واحد من أهم محددات الوظيفة الجنسية و صحة الجهاز البولى التناسلى وله تأثير كبير على نوعية الحياة

#### الآختلافات العالميه للموقف او التصورات عن الضمور المهبلى :

حيث ان معظم المعلومات المتاحة من العالم الغربى خاصه امريكا الشماليه واستراليا والمملكه المتحده ومن اجل عرض لرؤيه اكثر شموليه , يحتوى الجزء التالى على معلومات عن هذا الموضوع من مناطق اخرى من العالم.

#### اوروبا :

تمت دراسه الصحه المهبلية للمرأة الأوروييه بعد سن اليأس كجزء من مسح اورويى كبير للتحقق من مختلف الآراء والمواقف والتصورات للنساء بعد انقطاع الطمث بشكل عام وعن علاج اعراض انقطاع الطمث (16). شارك فى الدراسه 4201 سيده تتراوح اعمارهن بين 45-59 عاما . اسفرت الدراسه عن ان معدل حدوث الآلام المهبله وجفافه المهبل فى الخمس سنوات الماضيه كان حوالى 29% يتراوح ما بين 19% بألمانيا الى 40% باسبانيا . اما فى استبيان للراي بالمملكه المتحده بين 2045 سيده تتراوح اعمارهن بين 55-85 , ردا على سؤال عن جفاف المهبل اوضحت 42% من السيدات انه لم يكن مهما ولم يكن يسعين الى علاج بينما 36% من السيدات فكروا فى العلاج البديل واعتبرت 13% من السيدات انه موضوع غير جدير بالأهميه للبحث فيه وقد كان هناك نسبة 10% من السيدات قد شعرن بالحرج لمناقشه هذه المشكله مع الأطباء المعالجين(17).

فى مسح اورويى اخر (18) عن عدم الراحة المهبلية وعلاقته بالأحاساس النفسى والجنسى بالوجود والثقه بالنفس والأستمتاع بالحياه وجد ان السيدات الأورويات فى منتصف العمر يعتبرون مرحله انقطاع الطمث ترتبط بالحاله النفسيه والتغيرات الجنسيه التى قد تعوق حياتهم الجنسيه.

- المرأة الأوروييه تستحق معلومات و تثقيف أفضل بشأن الآثار التى تنتج عن الضمور المهبلى على نوعيه حياتهم.

#### آسيا :

ومن المسلم به أيضا أن النساء الاسيويات اكثر خجلا فى التعبير عن آرائهم واحتياجاتهم بالمقارنة مع النساء الغربيات. هذا صحيح بشكل خاص فيما يتعلق بالمشاكل المرتبطة بالأعضاء التناسلية , والوظيفة الجنسية. ضمور المهبل هو واحد من التغيرات التى لا مفر منها بين النساء بعد انقطاع الطمث , مما قد يؤدى الى

التهابات المهبل المتكررة والعجز الجنسي. في استبيان حديث متعدد الجنسيات اجري مؤخرا وجدوا أن معظم النساء الآسيوية بعد انقطاع الطمث لا تشكين من المشاكل المهبيلة لأطبائهم ، بالرغم من أنهم يعانون من العجز الجنسي. في المقابل ، عندما سئلت النساء بعد سن انقطاع الطمث عن أسباب طلب العلاج وجد ان 17 ٪ و 13 ٪ كان بسبب انخفاض الدافع الجنسي والآلام المهبليه ، على التوالي. هذه الأرقام هي أعلى من تلك التي كانت في الاستبيان الأوروبي(16) ، والتي أشارت إلى 7 ٪ و 8 ٪ على التوالي.

في المسح الآسيوي ، وجد ن كان 71 ٪ من النساء يعانين من انخفاض الأداء الجنسي و / أو الرغبة الجنسية و 75 ٪ من النساء يعانين من عدم الراحة أثناء ممارسة الجنس ، ونسبه 68 ٪ و 64 ٪ كانوا علي رضا تام عن علاقتهما الجنسية الحاليه وعن أدائهما ، على التوالي ؛ 63 ٪ أشاروا إلى أنهم لا يسعون للعلاج لأنهم يعتقدون ان المشاكل المهبيلة شئ طبيعي بعد انقطاع الطمث. غالبية النساء أعربوا عن اعتقادهم بأن تحسين الصحة مهبيلة قد تحسن من نوعية حياتهن ، ويودون مناقشة المشكلة إذا بدأ الأطباء تلك المناقشة.

- ينبغي لمقدمي الرعاية لصحيه في آسيا تقدير وجهات النظر واحتياجات المرأه الآسيويه في مجال الصحه المهبليه.

## الهند :

في الهند ، التوجه السلبي واقضايا النفسيه تجاه الضمور المهبلي تظهر جليا . الخلل الوظيفي الجنسي والمشاكل المتعلقة بضمور المهبل قليله الأشاره اليها و خاصة ، مع تدني مستوى التعليم والجهل فيما يتعلق بأعراض سن انقطاع الطمث، جنبا إلى جنب مع فكرة ذاتيه الأحتواء لمشاكلهم. حتى النساء المتعلمات في المناطق الحضريه لديهن محبطات ثقافيه. انهم لا يعترفون بهذه القضايا وبغشلون في الحصول على مساعدة مع مشاكلهم الجنسية. ومع ذلك ، فإن هؤلاء النساء ، بينما يترددن في مناقشة مشاكلهم الجنسية ، فانهن قد يشعرن بالارتياح إذا مابداً الطبيب في مناقشة وعرض المساعدة.

كما ان ضمور المهبل ليس نتيجة حتمية لانقطاع الطمث ، فان التشخيص المبكر والتدخل من الممكن أن يمنع التهاب المهبل الضموري. في الهند ، يعرض تقديم العلاج ببدائل الاستروجين عند الاقتضاء للفرد ، بالإضافة إلى استراتيجيات بديلة. ويتم تشجيع المرأة على تحسين النظافة الشخصية لصحة مهبليه أفضل وينصح أن تبقى نشطة جنسيا باعتبار ذلك خيارا هاما غير دوئي لمنع ضمور المهبل وانكماشه بالإضافة إلى ان ذلك ، يساعد على تحسين الصحه النفسية والجسدية سواء في المناطق الريفية والحضرية الجماعات ، مما يؤدي إلى حياه إيجابيه.

- النساء الهنديات بحاجة إلى مزيد من الوعي للآثار المترتبة على ضمور المهبل وفوائد العلاج المبكر.

## أمريكا الجنوبية:

هناك توجه ثقافى سلبى تجاه سن انقطاع الطمث فى أمريكا الجنوبية (اللاتينية) ، حيث يُعتَقَد أنها تكون مصحوبة بكبر السن وفقدان الأنوثة. ويؤرق الكثير من السيدات أن هذه الفترة قد تؤثر سلبا على الحياة الجنسية (العلاقة الحميمة)، وعلى الرغم من أنهم قد يلجأون لطلب المشورة بهذا الخصوص.. إلا أنهم لا يلتزمون باستخدام الاستروجين الموضعى أو المرطبات المهبلية.

قامت المجموعة الخاصة بأبحاث سن انقطاع الطمث فى أمريكا الجنوبية بتحليل احصائى لمؤشر الوظيفة الجنسية فى 7243 سيدة فى الفترة العمرية من 40 إلى 59 عاما فى إحدى عشر دولة من دول أمريكا الجنوبية... وأوضحوا وجود نسبة عالية من اختلال الوظيفة الجنسية فى هؤلاء السيدات بلغت 56.8% ، وقد تناولت الدراسة جوانب مختلفة من الوظيفة الجنسية كالرغبة والاستثارة والنشوة والاشباع ، وكذلك إمكانية حدوث ألم أثناء الممارسة الجنسية. كان أكثر الأسباب أهمية فى هذا الخلل الوظيفى هو جفاف المهبل (3.86, مدى تأكد 95% : 3.37-4.43)(20) ، وقد بينت دراسة أجريت على السيدات فى بوليفيا أن الأعراض الناتجة عن الضمور والجفاف المهبل كانت من أهم شكاوى السيدات هناك: ألم أثناء ممارسة الجنس (40%) ، حكة مهبلية (40.8%) ، فقدان الرغبة الجنسية (51%) ، لفحه حرره 45% من السيدات اللاتي خضعن لهذه الدراسة(21).

- الضمور المهبلى من أهم أعراض سن انقطاع الطمث لدى السيدات فى أمريكا الجنوبية ، حيث يؤدى إلى خلل فى الحياة الجنسية ، ويؤثر سلبا على حياتهن بشكل عام.

## أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى:

علينا أن نتفهم أى معلومات عن حياة السيدات فى مرحلة ما بعد انقطاع الطمث فى هذه المنطقة فى ضوء الأحصاء السكاني العام الذى أجرى فى جمهورية جنوب أفريقيا عام 2010 (22) ، وهى أكثر الدول تقدما فى هذه المنطقة. هناك فقط مليونان من السيدات فوق سن الستين من مجموع التعداد السكانى الذى يقدر بخمسين مليون نسمة ، رغم أن سن انقطاع الطمث عند الأفريقيات يماثل نظيره عند الأوروبيات فى سن الخمسين (23)، ولكن متوسط العمر يبلغ فقط 55 عاما. يبلغ معدل الانتشار الإجمالى للإصابة بفيروس/أو مرض الإيدز بـ 10.5% ، وترتيب الأولويات نستطيع تفسير العدد القليل من المقالات العلمية التى تدور حول سن انقطاع الطمث عموما والصحة المهبلية خصوصا فى السيدات من السود بأفريقيا.

رغم أن الخرافات والعادات المتصلة بسن انقطاع الطمث تكاد تنعدم فى أفريقيا ومن المتوقع أن تختلف باختلاف الأعراق، لكن ليس هناك ما يدعو إلى اختلاف أعراض سن انقطاع الطمث متضمنة الضمور المهبلى لدى هؤلاء السيدات. قد يكون سن انقطاع الطمث مبكرا فى بعض المناطق بأفريقيا نتيجة لتعدد الإنجاب فى فترة وجيزة(24). ويختلف تقبل سن انقطاع الطمث لدى السيدات ما بين ترحيب بانتهاء فترة الإنجاب والارتفاع الاجتماعى والمعيشى ، واليأس لدى السيدات اللاتي لم ينجبن. لاتوجد دراسة مرجعية حول توجه السيدات الإفريقيات تجاه الهرمونات الأنثوية البديلة أو الإستروجين الموضعى كعلاج للضمور المهبلى فى سن انقطاع الطمث. فى دراسة أخيرة تتعلق باستخدام السيدات الأصغر سنا للمطهرات وقاتلات الجراثيم المهبلية للوقاية من الأمراض التى تنتقل بالممارسة الجنسية.. لم تكن هناك أية عوائق ثقافية تجاه استخدام العقاقير المهبلية .

- لابد من اهتمام الأطباء فى أفريقيا بمشكلات السيدات فى سن انقطاع الطمث وخاصة الضمور المهبلى.
- هناك حاجة ماسة إلى الدراسات العلمية فى هذا الشأن ، ولابد أن تراعى هذه الدراسات الاختلافات العرقية فى هذه المنطقة الشاسعة من العالم.
- نتيجة لانخفاض متوسط عمر السيدات فى هذه المنطقة، من المتوقع أن يعانى عدد أقل من الضمور المهبلى

### الشرق الأوسط:

نتيجة للآعراف والعوائق الثقافية والدينية فى منطقة الشرق الأوسط تمتع الكثير من السيدات ، خاصة فى المستويات الاجتماعية المنخفضة عن مناقشة الجفاف المهبلى والمشكلات الجنسية مع مقدمى الخدمه الصحيه ، ومن النادر أن تجد سيدة تحضر إلى العيادات الخارجية بشكوى من الجفاف المهبلى ، أو الألم أثناء ممارسة الجنس. قد يطرح الأمر عندما تأتى السيدة بأعراض أخرى مثل: عدم التحكم فى البول أو نزيف ما بعد انقطاع الطمث. فى نهاية الفحص الطبى يكون بالإمكان مناقشة موضوع الضمور المهبلى ، وعندئذ يستجيب معظمهن للاستيانات المتعلقة بالحياة الجنسية. بعد التأكد أنه ليس هناك ما يمنع ، قد يوصف الهرمون الموضعى طويل المدى فى هذه الحالات كعلاج ، مع المتابعة ، ولكن فقط السيدات من الطبقة الاجتماعية المتوسطة والعليا هن من يستطعن الالتزام بهذا العلاج المكلف نسبيا.

### تقييم ما قبل العلاج:

#### الأعراض:

ليس هناك فواصل واضحة بين أعراض نقصان الإستروجين والضمور المهبلى وأعراض تقدم العمر. يوضح جدول رقم (1) قائمة بالأعراض الشاملة لكليهما. أكثر أعراض الجفاف المهبلى شيوعا هو الجفاف (لدى 75% من السيدات)، ألم أثناء الممارسة الجنسية (38%) ، والحكة المهبلية والافرازات والألم (15%). يبقى الجفاف والألم أثناء الممارسة الجنسية هما العرضان الأكثر شيوعا ، رغم تباين النسبة تبعا لدرجة وعدد مرات الممارسة الجنسية لدى السيدات موضع الدراسة. ألم الممارسة الجنسية يؤثر سلبا بشكل كبير على الحياة الجنسية لدى السيدات ، وقد يتسبب فى زيادة بعض الأعراض الجنسية السابقة(25) هنا نلاحظ أن الجفاف المهبلى لا يرتبط بالضرورة بالنشاط الجنسى ، لكنه عرض بحد ذاته (الاحساس بجفاف ، وكأن حبات من الرمال بين الساقين). رغم شيوع هذه الأعراض كما يوضح الجدول رقم (1) إلا أن فقط 25% من السيدات يدلن بهذه الأعراض للطبيب المعالج ، وحوالى 70% يشرن إلى أن الأطباء لا يستفسرون عن هذه الأعراض ، على العكس يبدو أن المريضات وكذلك الأطباء يعزون مثل هذه الأعراض إلى التقدم الطبيعى والحتمى فى السن.

### الجدول 1 : أعراض نقص الاستروجين – البولية التناسلية ، و التغيرات الفيسيولوجية و التشريحية

#### الفرج:

- فقد الوساده الدهنيه الشفريه.
- انكماش وفقد تمييز الشفران الكبيران والصغيران.
- قصر القلفه وزياده تعرض البظر.
- قابليه التعرض للتهيجات الكيمياءيه والفيزيائيه والجروح والالتهابات.



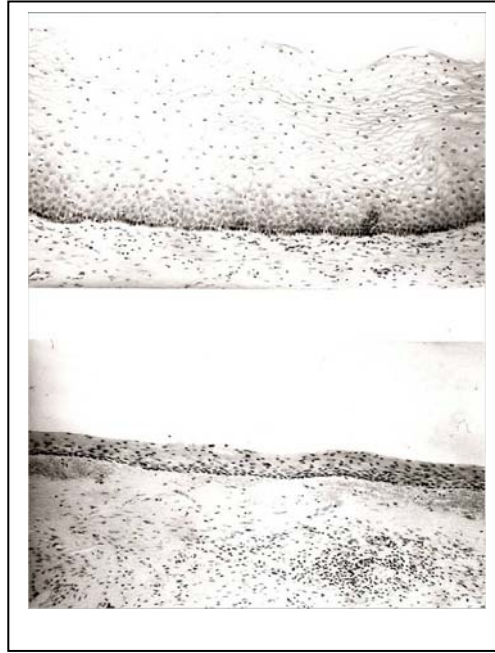
- فقد شعر العانة .
- **المهبل :**
- الجفاف وقله الترطيب.
- ضعف سريان الدم.
- عسر الجماع.
- الحكه.
- الشعور بالحرقه.
- الم
- فقدان المرونه.
- ضعف نسيج المهبل وتبدل التقرن.
- عيوب الغشاء المخطي مثل الحبرات , التقرح والألتهابات.
- فقد تليف وانسداد قبو المهبل وضيق مدخل المهبل .
- نعومه القبو , تسطح عضون حنك المهبل.
- قابليه التعرض للجروح .
- تأثير عكسي علي التنام الجروح.
- مؤشر نزوح مهبلي غير طبيعي : نقص في نسبة الخلايا السطحيه , زياده نسبة الخلايا الجار قاعديه
- قله المكونات الجلايكوجينييه في بطانه المهبل.
- طرد نبيت المهبل المحتوي علي الميكروبات.
- زياده الرقم الهيدروجيني للمهبل عن 5,
- افراز ابيض و / او افرازات ذات رائحه.
- ارتشاح الطبقات تحت المخاطيه بواسطه الخلايا الليمفاويه وخلايا البلازما.
- **المثانه البوليه والأحليل او قناه مجري البول:**
- زياده احتباس المثانه البوليه بعد التبول.
- نقص قدره المثانه البوليه علي التخزين.
- نقص الضغط الأقصى لانكماش عضله النافسه البوليه اثناء التبول.
- قله مؤشر الأحساس لبسط المثانه البوليه (بدايه الشعور بالألحاح البولي).
- نقص ضغط الأقفال للأحليل.
- قله اراء الضفيره الوريديه المحيطه بالإحليل.
- مؤشر نزوح الإحليل غير الطبيعي : قله نسبة طبقات الخلايا السطحيه وزياده نسبة الخلايا جار القاعديه.
- اعراض عسر التبول , التبول الليلي والإلحاح.
- السلس البوليه.
- عدوي المسارات البوليه المتكرره.
- اضطرابات في تكوين الكولاجين في النسيج الضام المحيط بالإحليل.

## التشخيص التفريقي

بينما تشترك أنواع من الضمور الشفري والالتهابات والأورام السرطانية فى الأعراض التى ذكرناها سابقا (جدول -1) ، فليس هذا المقال مجالا لسرد مثل هذه الأمراض. بعض الحالات الأخرى بعيده الصله بانقطاع الطمث ولكنها تشترك فى نقصان الاستروجين قد تماثل هذه الأعراض. من هذه الأمثلة: الرضاعة طويلة المدى والمستمره، استخدام بعض الهرمونات مثل المثبطات النوعية لمستقبلات الإستروجين، مثبطات بعض هرمونات الغدة النخامية ، والاستخدام طويل المدى للبروجستيرون بجرعات كبيرة. وأخيرا قد تشعر مريضات السكرى بنقص الترطيب بالمهبل واحيانا بالجفاف المهبلى نتيجة للالتهابات العصبيه او التأثيرات التى تحدث فى الأوعيه الدمويه الدقيقه نتيجه لمرض السكرى.

## العلامات المرضية:

نتيجة لنقص هرمون الإستروجين ، يصبح الغشاء المبطن للمهبل وعنق الرحم والأعضاء الجنسية الخارجية عرضة للإصابة (شكل 2) تقل تعرجات المهبل وتظهر بشكل أملس ويكون ذلك مصحوبا بنقصان التروية الدموية، لهذا يظهر المهبل أثناء الفحص شاحبا وقد تظهر به تجمعات دموية دقيقة وبعض مظاهر الالتهاب. درجة الحموضة الطبيعية للمهبل المعرض للإستروجين تتراوح بين 3.5 و5.0 وهذه الدرجة المعتدلة من الحموضة تسمح بنمو البكتيريا المفيدة تزداد قلوبه المهبل مع انخفاض معدل نسبه هرمون الأستروجين 6-8, تساعد علي نمو الميكروبات وتشمل البكتيريا والفطريات). هذا الأرتفاع في قلوبه المهبل يؤدي الي مزيد من القولونيات في وجود الضمور المهبلّي تزيد احتماليه ومرات العدوي الميكروبيه والرائحه(27) وايضا النزيف أثناء الممارسة الجنسية أو الفحص المهبلّي. وقد تظهر قروح دقيقة أو ترى بالعين المجردة مع أي لمسة بسيطة. يندر حدوث ضمور مهبلّي شديد أو ضيق مهبلّي وانسداد لدى السيدات اللاتي لا يمارسن الجنس (28) لكن هذه العلامات المبالغه قد تظهر لدى السيدات اللاتي لم ينجبن مهلبيا حيث ان ضيق المهبل يكون اكثر شيوعا.



شكل (2): تحضير من انسجه المهبل مصبوغه بصبغه بالهيماتوكسولين والإيوسين (تكبير 10) . الجزء الأعلى ماقبل انقطاع الطمث بطانه المهبل تنعم بمستوي جيد من هرمون الأستروجين ,متعدده الطوابق مع ترويه دمويه جيده , والطبقة السطحيه غنيه بالجليكوجين. الجزء الأسفل (بعد انقطاع الطمث) هناك ضمور ناتج عن نقص في هرمون الإستروجين مع ضيق واضح في الطبقة المبطنه للمهبل , نقص في الترويه الدمويه وفقدان في الجليكوجين.

ورغم أن العلامات الإكلينيكية من ضمور في الفرج والمهبل تكون ظاهرة أثناء الفحص النسوي فان التغيرات التشريحيه والفسيولوجيه ذات الصله بهرمون الأستروجين بالجهاز البولي قد تسبب او تزيد من الأختلال الوظيفي اثناء التبول ، متضمنا تزايد مرات التبول ، خصوصا ليلا ، ألم أثناء التبول ، سلس البول واعراض متباينه للسلس البولي(28).

نتيجة لنقص الإستروجين تحدث تغيرات وضمور بالغشاء المبطن لقاعدة المثانة البولية ، كما يقل تماسك أنسجة الحاجر البولى المهبلى ، وقد تحدث اضطرابات فى تمثيل الكولاجين ، كما يقل نشاط المستقبل ألفا السمبثاوى الذى يغذى عنق المثانة وصمام قناة مجرى البول(29) . الغشاء المبطن لقناة مجرى البول أيضا يستجيب للإستروجين ، وفى حالة نقصه يصبح أقل سمكا وكذلك الشبكة الدموية المغذية له.يعندما نأخذ كل هذه العوامل مجتمعة ، تفهم أن هذه التغيرات تساهم فى انخفاض الضغط بقناة مجرى البول ، وينتج عن ذلك فقدان البول. نفس النقص فى الرقم الهيدروجيني والعدوي البكتيري بالمهبل من الممكن ان يؤثر على المسالك البولية ويؤدي الي زياده مخاطر الاصابه بالالتهابات الحاده والمتكرره للمثانه وقناه مجري البول.

## التشخيص

ورغم أن معظم تشخيصات مرض الضمور الفرجي المهبلي يعتمد على الشواهد الأكلينيكية (عتمادا على أعراض المريض والحالة السريرية والفحص البصري) ، فإن اصرارا متزايدا بين الباحثين والمنظمين على اتخاذ تدابير أكثر موضوعية وقابله للتكرار ، بما فى ذلك ما يعلنه المريض مثل شدة حدوث أكثر الأعراض مضايقه للمريض(30). قديما كانت درجة الحموضة المهبلية وكانت تعرف باستخدام ورقة عباد الشمس أو تقنية مشابهة ومؤشر النضوج المهبلي هم المؤشرين الأساسيين للتشخيص وقياس فعالية العلاج جدير بالذكر ن مؤشر النضوج المهبلي هو حساب النسبه المنويه للخلايا السطحية بالمقارنه للخلايا المتوسطة او الفوق قاعديه.

حاليا ، معظم الأبحاث وتطوير العلاجات تشمل على ما يعلنه المريض كجزء من التقييم كمتطلبات المنظمه الأمريكيه و ادارة الاغذية والعقاقير.يقوم المريض بتحديد شدة اكثر الأعراض الأكثر ازعاجا (جفاف المهبل ، ألم الجماع، تهيج المهبل ، آلام التبول ، وجع المهبل ، نزيف بعد الجماع) ومعدلات حدته على نطاق ثلاث أو أربع نقاط. وتنتهي الفوائد العلاجية الموثقة ذات الدلالة الإحصائية الي ثلاث نقاط رئيسية هي : درجة الحموضة المهبلية ، مؤشر النضوج المهبلي والعرض الأكثر ازعاجا بالمقارنه بمن عولجوا بدواء وهمي (31).

- أعراض الضمور الفرجي المهبلي اعراض هي متنوعه وشائع.
- بعض اعراض الأمراض الأخرى والأعراض الجانبية لبعض الأدوية قد تتشابه مع أعراض الضمور الفرجي المهبلي.
- اعراض الضمور الفرجي المهبلي : تناقص الثنيات المهبلية وتناقص الترويه الدمويه مما يؤدي الي رؤيه شاحبه ، حدوث تغيير فى درجة الحموضة المهبلية من معتدلة الحمضية (الرقم الهيدروجيني 3.5-5.0)) لمستوي محايد (الرقم الهيدروجيني 6.0-8.0) ، مع التحول فى مؤشر نضوج المهبل.
- اخصائيو الرعاية الصحيه لا يسألون السيدات فى مرحله بعد انقطاع الطمث عن المشاكل مثل جفاف المهبل.

## كيف تناقش ضمور المهبل مع النساء بعد سن اليأس؟

في حين أن العديد من النساء اعتنقن حريه الثورة الجنسية في سن الشباب ، و للمفارقة ، ومع التقدم في العمر ، البعض منهن يخرجن ويرفضن مناقشه الأعراض المهبليه. حوالي 10 و 40 ٪ من النساء بعد انقطاع الطمث افادوا بوجود أعراض ضمور المهبل ، بينما في العالم الغربي واحده فقط من بين كل اربعة هي الي تطلب المشوره الطبيه(31) . على العكس من المعلومات حول اللفحه الحراريه فان النساء ليسوا على وعي تام للصلة بين عدم الراحة بالمهبل وانخفاض مستويات هرمون الاستروجين. بعض النساء يعزبن سبب الجفاف المهبلي اثناء فتره ما قبل انقطاع الطمث الي عدم الانتظام في العلاقه الجنسيه ، فقدان الاهتمام أو صعوبات في العلاقه أو مجرد تقلب من تقلبات التقدم بالعمر لذلك يقع علي عاتقك ان تبدأ في الحديث.

احد المداخل ان تذكر ان " بعض النساء قد يشعرن بجفاف المهبل خلال هذه الفترة من الحياة". وتتساءل عما إذا كانت تواجه أي شعور بعدم الراحة مع الجماع؟ يجب ان تكون حساسا بشأن وجود (أو غياب) الزوج وعما إذا كانت منزعه بشأن هذا العرض. هل تعاني من الحكه المهبليه او الحرقان او الإفرازات المهبليه ؟ اسأل ايضا عن الأتهابات المهبليه، صدمه ، التهابات المسالك البولية المتكررة ، ومحاولات لتخفيف الأعراض.مع الوضع في الاعتبار نوعيه المجتمع وعلي اساسه حاول ان تعدل مدخلك ليتناسب مع وضع المرأه المجتمعي وثقافتها والأحتشام ومراعاة المسميات. اذا تقاعست في الرد تستطيع ان تسأل مره أخرى بعد الفحص وخاصة إذا كنت ترى علامات ضمور المهبل.

طمأن مريضتك أن ضمور المهبل من الممكن علاجه . القول المأثور القديم من ان كل شئ يجف 'بعد انقطاع الطمث في الواقع لا يزال يعبر عقول بعض النساء. انصحها بأن جفاف المهبل او ضموره ليس مماثلا لعدم الراحة المؤقتة بسبب للفتح الحراريه الهبات الساخنة التي عادة ما تزول مع الوقت ، ولكنه يحتاج الي علاج خاص .

وعلى الرغم من التطمينات الأخيرة الا ان ، العديد من النساء ما زالن يخشين العلاج بهرمون الاستروجين. أكد على خيار العلاج المهبلي للأعراض(33). أكد لها سلامة المستحضرات المهبليه إذا كان لعلاج النظامي بالاستروجين محظورا بسبب تاريخ سابق (النوبة القلبية والسكتة الدماغية والانسداد التجلطي الوريدي). لامرأة مصابة بسرطان الثدي ، يجب التأكد من الأخصائي المعالج علي ان توصياتك لا تتعارض مع استراتيجيه العلاج.

استكشاف مستوى راحة المريض الخاص بك مع الخيارات المتاحة من الاستروجين المهبلي. توقع متى ستشعر بزوال الأعراض ، واجعلها تدرك أن العلاج على المدى الطويل ربما يكون ضروريا. نقش امكانيه ضبط جرعة الاستروجين و معدل التنول بعد الأسابيع الأولى من العلاج. تحذير حول الحاجة إلى تقرير حدوث نزيف مهبلي

وآلام في الثدي ، حيث أن هذه الآثار الجانبية للعلاج النظامي بالأستروجين غير متقع ، وخاصة على جرعات منخفضة من الأستروجين المهيلي الموصى به الآن.

وكلمة أخيرة ، إرشاد المريض عن إرشادات النظافة عند التعامل مع منتجات الأستروجين (غسل اليدين بعد الاستخدام والتخزين والتخلص الآمن) ، وإمكانية التعرض الثانوي لهرمون الأستروجين لشريكها من خلال امتصاص عن طريق الفم أو الأعضاء التناسلية. انصحها بعدم استخدام الأستروجين المهيلي كمواد تشحيمه تكميلية أثناء الجماع ، واقترح خيارات أخرى.

حديثك عن الصحة المهيلية قد يكون له عظيم الأثر على نوعية الحياه لمريضتك اكثر بكثير مما تعتقد . لذا تذكر ، ان تطلب فقط!

- ابدأ الحديث لمناقشة جفاف المهيل ؛ مريضتك قد تكون متردده.
- اعتبر ان العلاقة والقضايا الجنسية قد تظهر على هيئة عدم ارتياح بالمهيل
- تذكر أن النساء اللاتي يستخدمن الأستروجين النظامي قد يعانون من اعرض المهيل .
- يجب الأخذ بعين الاعتبار أن بعض الأعراض البولية تحدث بالتزامن مع ضمور المهيل وتستجيب بصورة إيجابية أيضا للأستروجين المهيلي.
- شجع النساء على اختيار العلاج المهيلي الأكثر راحة لهم.

## العلاج من ضمور المهيل:

### الأساس المنطقي للعلاج:

ان النتائج الإيجابية لعلاج حالات ضمور المهيل على الحالة العامه والحياه الجنسيه للمرأة لا يمكن انكارها (34).اذ ان حوالي 50 ٪ من النساء من الممكن ان يتعرضن في وقت ما في حياتهم بعد سن انقطاع الطمث لمشاكل في الجهاز البولي التناسلي وعلى الأرجح التبليغ عن كل الحالات غير كامل ولذلك ربما تكون هذه النسبه اكثر من ذلك(35)(36). وبالنظر إلى الغياب الفعلي للمخاطر والآثار الجانبية لمعظم الجرعات المنخفضة للمستحضرات المهيلية (مع ان المعلومات على المدى البعيد غير متوفره ) نستطيع القول بأن التدخل لا يكون فقط علاجيا ، ولكن أيضا للوقاية من أعراض الضمور قبل أن تصبح مزعجة. تقرير هذا المبدأ الوقائي ربما يحتاج الي حساب الكلفه وإجراء المزيد من البحوث.

ان مبادئ العلاج للضمور المهبل في النساء هي : (1) استعادة الوظائف الفسيولوجية للجهاز البولي التناسلي ، و (2) التخفيف من الأعراض. وفيما يلي موجز له:

### استعادة الوظائف الفسيولوجية للجهاز البولي التناسلي :

ينتج عن نقص الاستروجين في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث انخفاض تدريجي للصحة المهبلية والأنسجة المبطنه للجهاز البولي . والأساس المنطقي لعلاج ضمور الجهاز البولي التناسلي هو أن تتم استعادة حاله الفسيولوجية لهذه الأنسجة إلى الحياة الطبيعية. العلاج بالاستروجين يقلل من حموضة المهبل ، يزيد من سمك الأنسجة المبطنه ، يزيد من تدفق الدم ويحسن تزييت المهبل.

### التخفيف من الأعراض :

مما لا شك فيه ان استعادة الوظائف الفسيولوجية للجهاز البولي التناسلي سوف يؤدي إلى التخفيف من الأعراض المهبلية المؤلمة مثل جفاف المهبل ، آلام الجماع السطحيه والعميقه ، الآلام المزمنة بالشفرة ، النزيف الفرجي المهبلي ، الألتهابات والأفرازات والتهاب والتفريغ. كما ان المشاكل البولية مثل زياده حساسيه التبول والتهابات المسالك البولية من الممكن تحسنها.

سوف تناقش الآن الأدله المنبئه على البراهين بالنسبه للعلاجات التكميلية وللقاعدة الأدلة لتكميلية ، والتدخلات الدوائية والهرمونية ، لاطهار كيف يمكن وضع هذه المبادئ موضع التنفيذ من يوم ليوم .

### خيارات العلاج

#### العلاج غير الهرمونية / مشحمت:

المشحمت والعلاجات غير الهرمونية لضمور المهبل تتكون اساسا من مجموعة من الموادالحافظه للوقاية وزياده السماكة مذابه في قاعده من الماء وبعض المواد الغير الهرمونية التي لها تأثير على نضوج الغشاء المبطن للجهاز البولي التناسلي حيث ان المشحمت تستخدم في المقام الأول لتخفيف جفاف المهبل أثناء الجماع ، وبالتالي لا توفر حلا طويل الأجل. هناك بعض البيانات تشير إلى أن المرطبات وبعض المواد الأخرى قد يكون لها أثرا أطول أمدا إذا ما استخدمت على الدوام. تستخدم الخيارات غير الهرمونية في النساء اللاتي يرغبن في تجنب العلاج الهرموني أو في النساء المعرضين لخطر الأصابه بالسرطانات ذات الحساسيه للهرمونات مثل الثدي أو سرطان بطانة الرحم. معظم هذه المنتجات متاحة بدون وصفة طبية ، ويمكن أن تكون مكلفة.

**المشححات :** هي مواد غير فسيولوجية ، تعطى راحة مؤقتة فقط جدا من الأعراض ، وكثيرا ما يتبعها تهيج المهبل. الغازلين يمكن كسر اللاتيكس الذي يتكون منه الواقي الذكري.

**المرطبات:** مواد محبة للماء ، غير قابلة للحل ، من البوليمرات, لاصقه بيولوجيا اي تلتصق بالمخاط والخلايا المبطنه لجدار المهبل ، وبالتالي تستطيع الإبقاء على المياه. يتم التخلص منها بظهور خلايا مبطنه (ظهاريه) لجدار المهبل جديده وفائدتها بالنسبه للأعراض الناتجه عن الضمور المهبلي هي في تخفيض درجة الحموضة المهبلية. وقد أظهرت تحليل المسحات المهبلية من 38 سيده بعد انقطع الطمث زياده قي متوسط المساحه الخلويه مما يدل علي تأثير إيجابي لنضوج الظهارة المهبلية. ومع ذلك ، فلم يكن هناك تأثير علي مؤشر النضوج المهبل(37). فالفعالية علي الأعراض المهبلية أقل من فعالية الاستروجين الموضعي في كل مانشر من دراسات حتى الآن. . واحدة من عدد قليل من التجارب العشوائية في اختيار المجموعه الطابطة تم مقارنه تأثير المرطبات المهبلية مقابل كريم داينوستيرول في علاج أعراض ضمور المهبل عند النساء بعد سن اليأس على مدى 12 أسبوعا. كلا العلاجين أدى إلى تحسن كبير في مؤشر جفاف المهبل في الأسبوع الأول من العلاج ولكن داينوستيرول كان أكثر فعالية من العلاج الغير هرموني (38).

تلقت 18 مريضه في دراسه حديثه لمقارنه مرطب المهبل مع جرعة منخفضة من الاستروجين المهبلي ، حيث تلقت 10 سيدات كريم استريول أو أقراص استراديول (ن = 8) ، وحصل ثمانية علي بوليكرتوفليك المرطب وجد ان كلا الجرعات المنخفضه للأستروجين كانت اكثر فعالية علي الأعراض المهبلية والصحة في حين كان تأثير المرطبات فقط مؤقتا (39) .

### **الأستروجينات النباتيه (الفيتواستروجين) :**

هناك بعض البيانات تبين التأثير المفيد للفيتواستروجين مثل فول الصويا ومركبات الأيزوفلافين الموجوده بالبرسيم الأحمر علي الجهاز البولي التناسلي(40) لكن هذه المركبات ليست حقا 'غير هرمونية' لما لها من تأثير شبيه للاستروجين. ثمانية أسابيع من وجد ان استعمال 40 ملغ عن طريق البلع من الايسوفلافين من البرسيم الأحمر قد ادي الي خفض الخلايا الخلويه السفلي وزيادة الخلايا السطحية ، وبالتالي زيادة مؤشر نضوج المهبل دون أي تأثير كبير علي سماكه بطانة الرحم(40) . ولكن بما انه لا توجد بيانات فيما يتعلق بسلامة هذه التحصيرات في النساء ذوات الأورام الحساسة للهرمون ، ينبغي توخي الحذر في هذه التوصية في هذه الحالات.

### **الفيتامينات :**

فيتامين (هـ): دراسه بحثيه واحده بينت ان فيتامين هـ يؤدي الي زياده تشحيم المهبل (41) . ايضا فيتامين د قد يكون له تأثير علي تنظيم طبقه الظهاره الحرشغيه الطبقيه ولكن لا توجد بيانات سريرية تتعلق بضمور المهبل (41).

## البيلوكارين عن طريق الفم:

ثبت فعاليته لتحفيز تشحيم المهبل. ولوحظ وجود تحسن كبير في جفاف المهبل عند النساء اللواتي يعانين اعراض الضمور بعد العلاج الكيميائي (43).

## التخدير الموضعي:

تمت دراسه المخدرات الموضعيه في السيدات اللاتي يعانين من التهاب الدهليز الفرجي ( من خلال استعمال 5% ليدوكان ليلا) وفي السيدات اللاتي يعانين من التهاب الشفره امزمن (6% جباييتين). هذه المنتجات قد يكون لها من الناحيه النظرية بعض التأثير على الضمور المؤلم ولكن لا توجد بيانات.

## منتجات أخرى :

لم تثبت فعاليه العلاجات التكميلية مثل العلاج مثل نبات القراص ، جذور الكومفري ، جذور دونغ قاي ، الموزروارت ،البطاطا البريه ، وكبسولات البرونياو اسيدوفيلوس التي لم ثبت أنها فعالة أو آمنة في دراسه عشوائيه المجموعه الطابطة (44). هناك حاجة إلى مزيد من البيانات قبل أي توصيات يمكن أن تتخذ بشأن استخدام هذه المنتجات العشبية لعلاج الضمور المهبلي (45).

- العلاج الأستروجيني الموضعي والجهازي من العلاجات الأكثر فعالية لضمور المهبل بعد انقطاع الطمث.
- وبالنسبة للنساء اللواتي لديهن موانع تمنع استعمال الهرمونات ، مرطبات المهبل مفيدة في تليين المهبل.
- الفيتواستيروجين قد تكون لها بعض الفوائد العلاجيّه للجهاز البولي التناسلي ولكن لم يثبت انها آمنة في حالات السيدات اللاتي يعانين من اورام ذات حساسيه للهرمونات

## العلاج الهرموني النظامي :

من الواضح جليا ان دراسه تأثير العلاج بالهرمونات التعويضية النظاميه في حالات اعراض الجهاز البولي التناسلي قد بحث بدقه شديده واثبت بما لايدع مجالا للشك فعالية واضحة وجيدة في هذا الصدد . فالعلاج بالأستروجين يستعيد مستويات الحموضة المهبلية، ويزيد من ترابه الظهارة او الغشاء المبطن وكذلك يزيد من تزييت المهبل وبالتالي فان العلاج التعويضي بالهرمونات من أعراض ضمور المهبل ذات الصلة والتي منها الجفاف ، التهيج .الهرش ، آلام الجماع والإلحاح البولي وربما يقلل أيضا من حدوث التهابات المسالك البولية السفلي



معظم البيانات قديمة ، وقد اوجزت في عام 1998 عن طريق تحليل نتائج 58 دراسته (سوء استخدام موضعي او نظامي) ، عشرة منها كان وهمي المجموعه الطابطة (35) . من مختلف التحضيرات الهرمونه وجد ان اقلهم فعالية هي التي تحتوي علي الأستريول. ومن الجدير بالذكر أن دراسات قليلة جدا قد قيمت فعالية العلاج بعد 6 أشهر ، ومبادرة صحة المرأة واحدة من هذه : حوالي 10 ٪ من النساء المشاركات في (البروجستين + الاستروجين من ناحيه ) (متوسط أعمارهم 63 عاما) يشكين من جفاف المهبل ، من بينهم 74 ٪ قد شعروا بتحسن في السنة الأولى ، بالمقارنة مع 54 ٪ في الناحيه الأخرى التي تناولت علاجا وهميا (46) . وهكذا ، ومن المتفق عليه أن 10-25 ٪ من النساء اللواتي يستخدمن العلاج الهرموني النظامي سوف لا تزالن تعانين من أعراض ضمور الجهاز البولي التناسلي. هذه الحقائق بالاضافة الى مخاوف بخصوص العلاج الهرموني عن طريق الفم /عبر الجلد هي الأسباب التي تجعل العلاج النظامي عادة ما يكون غير مستحسن في النساء الاثنى يعانين من الأعراض المهبليه فقط(47) . ، وفي كثير من النساء ، مزيج من الاستروجين النظامية والمهبلية قد يكون من الضروري في البداية.

• العلاج التعويضي الهرموني النظامي قد يخفف ضمور المهبل في حوالي 75 ٪ من النساء.

• الجمع بين العلاج النظامي والموضعي قد يكون مطلوبا في البداية بالنسبة لبعض النساء.

### العلاج الموضعي بالأستروجين :

على الرغم من أن الاستروجين النظامي سوف يعالج ضمور المهبل ، الا ان العلاج الموضعي بالأستروجين هو الأفضل ، عندما لا تكون بحاجة إلى العلاج النظامي لأسباب أخرى ، وذلك لأن العلاج الموضعي يتجنب الآثار الجانبية النظامية وربما يكون أيضا أكثر فعالية للمشاكل المهبليه.

يمكن إعطاء الاستروجين الموضعي على شكل أقراص ، لبوس مهبلي ، كريم أو حلقة المهبل. العلاج متاح في شكل مركب من الاستروجين ، استراديول ، استريول واسترون . يمتص بسهولة الاستروجين من خلال جدار المهبل والآثار لن تكون فقط موضعيه إلا إذا استخدمت المستحضرات الصيدلانية لمنع الامتصاص. وحتى مع ذلك ، هناك بعض امتصاص خاصة خلال بداية العلاج ، عندما تكون ظهارة المهبل لا تزال ضامرة. عندما ينضج الظهارة نتيجة العلاج ، يقلل الامتصاص وبالإضافة إلى ذلك ، جرعات صغيره من الاستروجين التي تكون ضرورية لمنع تكرار الضمور . هناك حاجة لجرعات صغيرة فقط عادة لعلاج الأعراض المهبليه مقارنة بالأعراض النظامية ، وكذلك مركبات الاستروجين الضعيفه مثل الأستريول يمكن استخدامها ، والتي تمنح ما يكفي من التأثير في المهبل مع تأثير نظامي محدود بالرغم من الأمتصاص .

ووفقا لفهرس البحث ودستور الأدوية وملخصات لخصائص المنتج باللولايات المتحدة ، مستويات البلازما ثابت للاستروجين و يتراوح بين 7-8 بيكو الغرام / مل للحلقة مهبليه ينتج عنها 7.5 ميكروجرام 24\ ساعه ، مع مستويات

الذروة تصل الى 63 بيكو الغرام / مل مع الإدراج الأول للحلقة وانخفاض الذروة مرة أخرى مع التغييرات التالية للحلقة. قرص 25 ميكروغرام استراديول يدفع قيم ثابتة منه تتراوح بين 5-10 بيكو الغرام / مل ، في حين ، مع قرص 10 ميكروغرام ، تصل مستويات مصل استراديول الى حالة مستقرة لا تتعدى نسبتها 5 بيكو الغرام / مل ، في حين لا تزال أكثر فعالية من المجموعه الظابطه الوهميه(48) . يلاحظ امتصاص معقول للأستريول في حالات الكريم والأقراص المهبلية ، ولكن حيث ان الأستريول هو استروجين ضعيف لا يتحول الى سترون او استراديول لذلك فآثاره النظاميه محدوده .

استعراض كوشران اشار الي 37 دراسه تجريبية اشتملت منهن 19 على المقارنات العشوائية لتحضيرات الاستروجين المهبلية التي استعملتها 4162 بعد انقطاع الطمث لمدته 3 اشهر على الأقل (49) . بدا ان اللبوس والكريمات ، ، والأقراص وحلقات الاستراديول المهبلية فعاليتها على قدم المساواة في تخفيف أعراض ضمور المهبل وأفضل بكثير من العلاج الوهمي والمواد الهلامية غير الهرمونية. وقد أظهرت إحدى الدراسات آثار ضارة كبيرة من استعمال كريم الأكوين استروجين) ، إذا ما قورنت بأقراص استراديول المهبلية ، والتي شملت نزيف الرحم وألم الثدي والعجان.

وعلى الرغم من الحقيقة الراسخة أن فوائد الاستروجين الموضعيه في منع ضمور المهبل والحد من حدوث أعراض ذات الصلة ، لا ان هذا العلاج ليس خيارا مقبولا في بعض النساء مثل من يعانين من نزيف مهلي او رحمي غير مشخص او من يعانين او يحتمل اصابتهن بسرطان بطانه الرحم كما يعد خيارا ممنوعا منع بتا في حالات اخري ، تقريبا كافة الاستعدادات تكون فعالة في تقليل علامات وأعراض ضمور المهبل لكنها تختلف قليلا في الملامح السلبية والأعراض الجانبية .

الحلقة المهبلية والأقراص المهبلية تؤدي الى افرزات اقل بالمقارنة مع اللبوس والكريمات ، والذي قد يكون مفضلا لبعض النساء ، ولكن عندما تكون هناك حاجة لعلاج العجز الجنسي ، فالترزيت الناتج من اللبوس والكريمات قد يكون من المفيد. وطبعا الاختيارات الفردية سوف تحدد اختيار المنتج.

- كل مركبات الأستروجين الموضعيه المتاحة حاليا تمتص ولكن الي اي مدى يعتمد على الجرعه والتركيبه.
- كلها ذات فائده علاجيه وينبغي احترام الاختيارت الشخصيه لنوعيه العلاج.

**هل هناك حاجه لإستخدام البروجيستين عند استخدام السيده الأستروجين الموضعي ؟**

لقد تم تقييم الحاجة إلى استخدام النساء للبروجستين المتزامن مع استخدام الاستروجين المهلي في العديد من التجارب السريرية واستعراض كوشران. التحضيرات التي تمت دراستها شملت كريم ولبوس الأستريول ، وأقراص

الأسترايول المهبليّة في جرعتين ، 25 ميكروغرام و 10 ميكروغرام ، كريم CEE والحلقات المهبليّة المشبعة بالاسترايول. وعلى الرغم من استخدام الأستريول الموضوعي لا يبدو محفزاً ومثيراً للجدار المبطن للرحم فإن استخدام مزيج من الأستروجين والأسترايول الاستعدادات لها أن تفعل ذلك بطريقة الجرعات ذات الصلة. في استعراض كوشران عم 2006 (49) ، من خلال دراستين تم تقرير عن وجود تكثر خلوي في بطانة الرحم عند استخدام كريم الاستروجين المركب ولم يرد ذكر ذلك عن استخدام الأستريول كلبوس مهبلي .

في دراستان حديثان تم استخدام 25 ميكروغرام أقراص استرايول مهبليّة و جرعة منخفضة من كريم CEE لمدة 2-1 سنة و لم يثبت حدوث أي تضخم في حين ان دراسه اخري استعمل فيها جرعة منخفضة (10 ميكروغرام) من أقراص الاسترايول المهبليّة ولمده عام واحد ولم يوجد أي دليل على حدوث تكاثر خلوي لبطانه الرحم أو أي تغيير في سمك بطانة الرحم بين 284 عينه رحميه(51) .

في دراسه تم اجرائها لمدة 48 اسبوع تم مقارنة الحلقة المهبليّة التي تفرز الأسترايول واقراص الأسترايول المهبليّة 25 ميكروغرام وكتيجه لهذا الدرّاسه لم يتم اكتشاف أي تغيير في سمك بطانه الرحم ولكن التزيف الرحمي كان اقل في المجموعه التي استخدمت الحلقة المهبليّة (52). وفي دراسة أجريت مؤخرًا تم درّاسه تأثير جرعه منخفضة من كريم CEE (0.3 ملغ) ، وأفيد انه قد وجد تكاثر في بطانة الرحم في ست نساء من بين 423 سيدات خضعن لمدة 52 أسبوعاً من المتابعة ، ولم يتم تقرير أي حالة من حالات فرط تنسج بطانة الرحم أو الأورام السرطانيّه(53). نسبة حدوث التكاثر الخلوي في هذه الدراسات السابقه قليله جدا ومماثله لنتائج السيدات بعد انقطاع الطمث ولم يخضعن للعلاج. وخلص استعراض عام 2009 عن الاستروجين الموضوعي انه لم تظهر الدراسات دليلاً على انتشار تكاثر بطانة الرحم بعد 6-24 شهراً من الأستعمال (54). وبالتالي فإن المراجعه البحثيه للدرست تؤكد الطمأنينة فيما يتعلق بسلامة التحضيرات التي تحتوي على جرعة منخفضة من الاستروجين المهبليّ وهذه الدراسات لا تؤيد استخدام البروجيستيّن لحمايه الجدار المبطن للرحم. وقد أيدت هذه الأدلة في الآونة الأخيرة في المبادئ التوجيهية في الممارسة السريرية التي تصدرها الجمعيه العالميه لأنقطاع الطمث (55) وجمعيه امريكا الشماليه لأنقطاع الطمث (33) ، ولم يكن فيهما أي دعوه لمسانده استخدام البروجيستيّن مع النساء اللاتي يستخدمن مستحضرات الاستروجين الموضوعية بشكل مناسب.

هناك نقاط اكلينيكيه مهمه وهي أولاً ، يبدو أن هناك علاقة بين الجرعة ونوع الاستروجين المستخدم واستجابة بطانة الرحم. ولا بد للأطباء وصف أقل جرعة فعالة وتحذير المرضى بحيث لا يتجاوزن معدل استخدام المنتج المختار ، على الرغم من أن بعض المريضات قد تتطلب أحياناً استخدام المنتج بمعدل أكثر تواتراً للحصول على نتيجته مرضيه.

ثانياً ، هناك أدلة قليلة جداً لإثبات السلامة بعد سنة من استخدام أي من المنتجات المهبلية. ولا بد للأطباء ان يكونوا على بينة من عدم وجود أدلة وان يوجهوا المرضى لطلب الاستشارة عند حدث مهبلي مع عمل الفحوصات اللازمه .

• تحضيرات الأستروجين والأسترايول المهبلية المركبه قد تعمل على تحفيز بطانة الرحم بطريقة الجرعات ذات الصلة.

• الاستخدام المناسب لهرمون الاستروجين الموضعية لا يتطلب البروجستين الإضافي لحماية بطانة الرحم رغم عدم توافر الدراسات عن الأستخدام لمدته اكثر من عام واحد .

### دور الأندروجين مع مركبات الدايبهيدروكسي ايبى اندروستيرون:

منطقة العانه والمهبل تحتوي على مستقبلات الاندروجين و الاستروجين . عملا سابقا اقترح أهمية نقص مستقبلات الاندروجين / والتأثير في ظروف مثل تصلب المسطح. وأشارت بيانات حديثة أكثر أيضا ، الي ان مستقبلات الاستروجين  $\alpha$  بالمهبل ضروريه في تنظيم مستويات مستقبلات الاندروجين في الطبقة الليفيه الدمويه ، وأن هذه المستويات ترتبط بشكل جيد مع مؤشر التكاثر الخلوي في المهبل ، وأن مستوياتها منخفضة في حالات الضمور المهبلية (56).

وسيكون من المنطقي أن نفترض ، لذلك ، ان العلاج بالاندروجين قد يلعب دورا هاما بالنسبة للمرأة التي تشكو الضمور المهبلي . ومع ذلك ، هناك عدد قليل جدا من البيانات المتاحة للعلاج المهبلي بواسطة هرمون تستوستيرون. معظم البيانات عن العلاج بهرمون التستوستيرون للنساء بعد انقطاع الطمث يأتي من الدراسات التي استخدمت هرمون التستوستيرون عبر الجلد لعلاج ضعف الرغبة الجنسية ، بالإضافة إلى ذلك ، معظم الدراسات شملت أيضا استخدام الاستروجين. في حين أن معظم هذه البيانات أظهرت فائدة من العلاج مقارنة مع الدواء الوهمي على معايير مختلفة من الوظيفة الجنسية ، ولكن هذه البيانات لا تساعد في تقييم تأثير هرمون التستوستيرون على المهبل. ومع ذلك في دراسة حديثة ، ، فقد تمت مقارنة آثار كريم الاستروجين 1 غرام من CEE (0.625 ملغ) مع جرعة مماثلة من دهان هرمون الاستروجين والتستوستيرون (0.5 غرام من التستوستيرون 2 %) وعلاج وهمي. وأظهرت كلا المجموعتين الهرمونية خلال 12 أسبوعا من العلاج ، مقارنة مع الدواء الوهمي ، تحسينات كبيرة مماثلة في مؤشرات الصحة المهبلية. كما كان واضحا ان العلاج المشترك بالاستروجين والتستوستيرون كان له تأثيرا اكبر في الوظيفة الجنسية. بيد أن الفريق الذي تلقى هرمون تستوستيرون أظهر معدلات أعلى بكثير من التستوستيرون الحر في المصل ، التي ارتفعت بنسبة 154 % ، مما يوحي بأن هذا هو شكل من أشكال العلاج النظامي (57) . هناك دراسه جارية لتقييم الآثار المترتبة على العلاج بالحلقه المهبلية المفترزه للاسترايول أو دهان التستوستيرون المهبلية (1 %) في النساء المصابات بسرطان الثدي ، ولكن هذه النتائج لا تزال غير متاحه(58).

وهناك قدر لا بأس به من البيانات ، نتجت عن استخدام الدايهيدروكسي ايبي اندروستيرون المهبلي تبعا لمفهوم ان الستيرويدات يتم افرازها ولها تأثير موضعي على الأنسجة ، تم توصيل الدايهيدروكسي ايبي اندروستيرون للمهبل عن طريق بويضات في قاعدة محبة للدهون في جرعة من 0.25 ٪ (3.25 ملغ) إلى 1 ٪ (13 ملغ الدايهيدروكسي ايبي اندروستيرون). وقد أظهرت التجارب العشوائية في المرحلة الثالثة لعلاج السيدات بعد انقطاع الطمث ان الزيادة في الأيض للمركبات ليست زيادة فوق النطاق الطبيعي للمركبات في مرحله بعد انقطاع الطمث الطبيعية مع العلاج المهبلي لمدة 12 أسبوعا. وأظهرت البيانات تحسينات كبيرة مع كل الجرعات مقارنة مع الجرعة الوهميه في جميع مؤشرات النضج المهبلي ، انخفاض في درجة الحموضة ، تحسنا في الأعراض السريرية للضمور ، وكذلك انخفاض في الألم مع نشاط جنسي(59) . جدير بالاهتمام ، انه على الرغم من عدم وجود أي تأثيرات جهازية للستيرويد ، الا ان الدايهيدروكسي ايبي اندروستيرون قد ادي الي تحسن في مختلف الوظائف الجنسية ، بما في ذلك مجالات مثل الرغبة الجنسية(60) . ونحن في انتظار دراسات على المدى الطويل لتأكيد هذه البيانات المثيرة للاهتمام.

• العلاج الموضعي بمركبات الدايهيدروكسي ايبي اندروستيرون قد يثبت أنه مفيد كعلاج اضافي لضمور الجهاز البولي التناسلي .

### فترة العلاج، المراقبة والنتائج العكسية

لاتتوفر في الوقت الحاضر اية خطوط دلالة تتعلق بفترة العلاج. حيث ان التوصية الوحيدة تشير الى انه في حالة اللجوء الى العلاج طويل الامد فلا بد من استخدام جرعات علاجية منخفضة. تتباين النساء في الوصول الى الارتياح الملحوظ من الاعراض بعد حوالي ثلاثة اسابيع من بدء العلاج، بالرغم من ان بعض النساء قد يحتجن الى 4-6 اسابيع قبل ان يمكن ملاحظة اي تحسن كافي. وسيحصل حوالي 80-90% من النساء على تحسن ذاتي. ان فشل العلاج سيحتم مزيدا من التقييم على ضوء استبعاد حالات كامنة كالتهاب الجلد والتهاب الفرج المصاحب لالام متكررة ومزمنة. ان من المدهش وجود شحة في البيانات المتعلقة باستخدام مستحضرات الاستروجين الموضعية لفترة تزيد عن ستة اشهر على الرغم من الاعراض عادة ما تعاود الظهور عند قطع العلاج. ويعود سبب ذلك الى ان معظم المستحضرات المستخدمة تكون مرخصة لفترة تتراوح بين 3-6 اشهر من الاستخدام المستمر، اضافة الى القلق المفترق للاثبات من ان الاستخدام لفترة تزيد عن ذلك قد يؤدي الى اعتلال بطانة الرحم.

### النتائج العكسية للعلاج الموضعي بالاستروجين:

ان النتائج العكسية الخطيرة غير متعارف عليها الا ان كل المستحضرات يمكن ان تؤدي الى نتائج عكسية قليلة الخطورة كما يمكن ان تسبب تهيج المهبل او الحكة، الافرازات المهبلية، النزف المهبلي، الام الحوض، الام الثدي

والشعور بالوخزات. ان حدوث هذه العوارض يتباين وفقا للمستحضرات المستخدمة، وبصورة عامة يبدو ان المراهم يمكن ان تؤدي الى الكثير من هذه العوارض اذا ما قورنت بالحبوب او الحلقة. يمكن ان يعود سبب ذلك الى المستحضر نفسه، الى الامتصاص الاكبر او الى دخول جرعات عالية تزيد عن ما اوصي به وبشكل غير متعمد الى المهبل(61).

لقد تمت مناقشة امكانية تسبب علاج الاستروجين الموضعي بتضخم بطانة الرحم. كما وجد بان كافة الدراسات لا تشير الى وجود اثبات على زيادة تجلط الدم او ازدياد قابلية انتشار سرطان الثدي عند المصابات اللواتي يستخدمن الحبوب المهبيلة لتهدئة الاعراض.

في الوقت الراهن، لا يوجد اي سبب يدعو النساء اللواتي يعانين من الاعراض المرافقة لضمور المهبل الى الامتناع عن استخدام العلاج المهبلي الموضعي للاستروجين بالجرعات القليلة ما دمن يعانين من الاعراض. الا ان من الحصافة القيام بالتحري الشامل لكل المرضى اللواتي يعانين من نزف مهبلي وذلك لاستبعاد احتمال الاصابة بامراض بطانة الرحم (62).

- لايتعارض استخدام مستحضرات الاستروجين المهبيلة موضعية بجرعات قليلة وعلى امد طويل.

### استخدام علاج الاستروجين الموضعي عند المصابات بسرطان الثدي والسرطانات النسائية

ان علاجات السرطان وبضمنها الجراحة، العلاج بالاشعاع، العلاجات الكيماوية و/او الهرمونية (وبخاصة مثبطات الاروماتيز) يمكن ان تؤثر على الفعاليات الجنسية. يمكن ان تؤدي مثبطات الاروماتيز الى ضمور المهبل الشديد لذا لا بد للاطباء الذين يتعاملون مع علاج مثل اولئك النسوة ان يكونوا متحذرين من التأثيرات المحتملة للعلاج على حياتهن وفعاليتهن الجنسية وبخاصة عند اللواتي يعالجن من السرطانات. من الممكن ان يعاني حوالي 30-100% من النساء المصابات بسرطان الثدي والسرطانات النسائية من اختلالات جنسية (63). وفي الوقت الذي يكون فيه علاج الاستروجين الشامل هو الاكثر فعالية الا انه يمكن ان يكون ذي اثار متعارضة، في حين يمكن العلاج باستخدام مرطبات المهبل الخالية من الهرمونات وكذلك استخدام المزيئات اثناء الجماع بشكل غير محدود. ان استخدام مستحضرات الاستروجين المهبيلة بشكل موضعي يمكن ان يكون اكثر فعالية للتخفيف من جفاف المهبل.

تستجيب معظم السرطانات النسائية وسرطان الثدي للهورمونات. الا ان سرطان الخلايا الحرشفية في عنق الرحم لا يستجيب للهورمونات بل يستجيب الى العلاج الموضعي بالاشعاع والذي يمكن ان يقلل من عدد مجسات الاستروجين وما يترتب على ذلك من الاستجابة لعلاج الاستروجين الموضعي.

ويبقى هناك سؤال مهم حول امكانية الاستخدام الامن للاستروجين المهبلي عند المصابات بالسرطانات المستجيبة للهورمونات كسرطان الثدي، المبيض، بطانة الرحم، وسرطان عنق الرحم الغدي. من الممكن ان تتباين قابلية الامتصاص من خلال جدار المهبل بين امرأة واخرى، كما ان زيادة الاستخدام لغاية مرة واحدة في اليوم (بدلا من مرتين في الاسبوع حسبما يوصى به) يمكن ان يترافق مع الم الثديي. لا توجد اية دراسة مهمة في هذا الجانب توصي بسياسة مبنية على دليل اثبات. الا ان في النسوة اللواتي يعالجن بالتاموكسيفين لعلاج سرطان الثدي لا توجد اية مخاطر مهمة للاستخدام الموضعي للاستروجين وتأثيره على استخدام علاج التاموكسيفين بل بالعكس فان فعالية الاستروجين المهبلي يمكن ان تتهدد باستخدام التاموكسيفين. تختلف هذه الحالة عند النساء اللواتي يعالجن باستخدام مثبطات الاروماتيز، حيث يتضاد انتاج الاستراديول بدلا من تآثر قابلية الارتباط مع مجسات الاستراديول. تتوفر حاليا دراسة واحدة فقط تبين علاقة 1472 امرأة مصابة بسرطان الثدي مع استخدام الاستروجين المهبلي حيث استخدم 23,2% منهن الاستروجين المهبلي، الا ان 4,7% منهن فقط استخدمتهن لمعالجة الاعراض المهبلية. كان حوالي النصف منهن (47%) يستخدمن التاموكسيفين (64). لم تلاحظ اية زيادة في معاودة السرطان بعد فترة متابعة بمعدل خمسة سنوات ونصف السنة، الا ان طريقة تصميم هذه الدراسة لا يمكن ان تؤكد غياب المخاطر كليا. تميل مثبطات الاروماتيز الى التسبب باعراض نقص الاستروجين اكثر شدة من تلك التي يسببها التاموكسيفين وبالتالي تؤدي الى تأثير اكبر على النشاط الجنسي.

يفضل استخدام العلاج الخالي من الهورمونات عند النساء اللواتي يعانين من سرطان الثدي الا ان تلك العلاجات تكون اقل فعالية، حيث يمكن استخدام الاستروجين المهبلي وباقل الجرعات المؤثرة مع متابعة المريضة بصورة حثيثة.

بعد الاصابة بسرطان بطانة الرحم فان معاودة السرطان الاكثر تكرارا تحدث عند قبة المهبل مما يزيد من الاهتمام المتعلق بامكانية زيادة الخطر مع استخدام علاج الاستروجين المهبلي. لا تتوافر البيانات المرتبطة بسرطان المبيض وعلى الرغم من وجود بعض التحفظات حول استخدام علاج الاستروجين الشامل الا ان ذلك يفترق الى بيانات تشير الى ازدياد خطر معاودة السرطان مع اي من علاجات الاستروجين الشامل او الموضعي. ان من المناسب مناقشة المخاطر النسبية في استخدام الاستروجين مع الفريق المختص بالامراض السرطانية اضافة الى المريضة نفسها بعد اكتشاف كل حالة سرطان نسائي على حدة.

- ان ضمور المهبل هو نتيجة متوقعة عند علاج العديد من السرطانات النسائية.
- لا يتوافر سوى عدد ضئيل من البيانات المتعلقة باستخدام الاستروجينات المهبلية عند النساء اللواتي يعانين من السرطانات المستجيبة للهورمونات.

- لا يعتبر استخدام الاستروجين الموضعي متضادا بعد الاصابة بالسرطانات النسائية. اذ لا بد للمصابات من تلقي المشورة الكافية والمتعلقة بالمخاطر والفوائد المتوقعة كل على حسب حالته الخاصة.
- ان استخدام الاستروجين الموضعي كعلاج في النساء اللواتي يتعاطين التاموكسيفين او مثبطات الاروماتيز يحتاج مشورة دقيقة ومناقشة خاصة مع الفريق المختص بمعالجة الامراض السرطانية.

### الاستنتاجات والتوصيات:

يعتبر ضمور المهبل بعد سن اليأس من الاسباب الشائعة للاعراض المزعجة الناتجة عن نقص الاستروجين. الا انه يفتقر الى تمييزه وتشخيصه من قبل القائمين بالرعاية الصحية اضافة الى ذلك فان النساء عادة ما يترددن في طلب الاستشارة او الشكوى منه. يعتبر علاج ضمور المهبل باستخدام الاستروجين الموضعي بسيطا، امينا وقليل الكلفة نسبيا اذ انه يمكن ان يغير من نوعية حياة المرأة.

#### فيما يلي التوصيات الرئيسية الصادرة عن جماعة كتاب جمعية سن اليأس العالمية:

- لا بد من بدء العلاج في وقت مبكر وقبل حدوث التغيرات التي لا يمكن اصلاحها.
- لا بد من استمرار العلاج لادامة الفوائد الناتجة عنه.
- تعتبر كافة مستحضرات الاستروجين الموضعية مؤثرة، وعليه فان ما تفضله المريضة هو الذي سيقدر نوع العلاج المستخدم.
- لا يوصى باضافة البروجستوجين عند الاستخدام المناسب للجرعات المنخفضة من الاستروجين الموضعي على الرغم من عدم وجود بيانات حول الاستخدام طويل الامد (اكثر من سنة واحدة).
- عندما يكون الاستروجين غير فعال او غير مرغوب فيه فان مزيتات المهبل والمرطبات يمكن ان تخفف من الاعراض الناتجة عن الجفاف.
- من الضروري ان ينشغل القائمين على الرعاية الصحية بمناقشة مفتوحة ودورية مع النسوة اللواتي يعانين من اعراض سن اليأس حول صحتهم المتعلقة بالمجاري البولية والتناسلية للتأكد من اكتشاف الضمور بشكل مبكر وايجاد العلاج الملائم له.



### **تعارض المصالح:**

تقر المجموعه الكاتبه للتقرير انه لا يوجه اي ارتباط او علاقہ ماديہ مع اي شركه من شركات الأدويه, سوي بعض الأنفاقيات الأستشاريه, اتعاب تقديره لإلقاء المحاضرات في المؤتمرات العلميه, او لدعم الأبحاث وتفاصيلها المحدثه موجوده بملفات الجمعيه العالميه لإنقطاع الطمث.

### **مصادر التمويل:**

بالأضافه الي دعم الجمعيه العالميه لأنقطاع الطمث , بعض الدعم المطلق تم تسلمه من باير شيرنج فارما , ا.ج.اندوكيوتك, متاجر ليلي للأدويه , مارك شارب اند دوم اسرائيل , ونوفونوردسك. وليس لديها اي تأثير علي اختيار المشاركين , محتويات وكتابه التقرير او النسخه النهائيه.

## References:

1. Archer DF. Efficacy and tolerability of local estrogen therapy for urogenital atrophy. *Menopause* 2010;17:194–203.
2. Leiblum S, Bachmann G, Kemmann E, Colburn D, Swartzman L. Vaginal atrophy in the postmenopausal woman. The importance of sexual activity and hormones. *JAMA* 1983;249:2195–8
3. Moalli PA, Talarico LC, Sung VW, *et al.* Impact of menopause on collagen subtypes in the arcus tendineus fasciae pelvis. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:620–7
4. Phillips CH, Anthony F, Benyon C, Monga AK. Collagen metabolism in the uterosacral ligaments and vaginal skin of women with uterine prolapse. *BJOG* 2006;113:39–46
5. Tinelli A, Malvasi A, Rahimi S, *et al.* Age-related pelvic floor modifications and prolapse risk factors in postmenopausal women. *Menopause* 2010;17:204–12
6. Bachmann GA, Nevadunsky NS. Diagnosis and treatment of atrophic vaginitis. *Am Fam Phys* 2000;61:3090–6
7. Semmens JP, Wagner G. Estrogen deprivation and vaginal function in postmenopausal women. *JAMA* 1982;248:445–8
8. Heinemann C, Reid G. Vaginal microbial diversity among postmenopausal women with and without hormone replacement therapy. *Can J Microbiol* 2005;51:777–81
9. Pabich WL, Fihn SD, Stamm WE, *et al.* Prevalence and determinants of vaginal flora alterations in postmenopausal women. *J Infect Dis* 2003;188:1054–8
10. Smith EM, Ritchie JM, Levy BT, *et al.* Prevalence and persistence of human papillomavirus in postmenopausal age women. *Cancer Detect Prevent* 2003;27:472–80
11. Bergman A, Karram MM, Bhatia NN. Changes in urethral cytology following estrogen administration. *Gynecol Obstet Invest* 1990;29:211–13
12. Semmelink HJ, de Wilde PC, van Houwelingen JC, Vooijs GP. Histomorphometric study of the lower urogenital tract in pre- and post-menopausal women. *Cytometry* 1990;11:700–7
13. Pastore LM, Carter RA, Hulka BS, Wells E. Self-reported urogenital symptoms in postmenopausal women: Women's Health Initiative. *Maturitas* 2004;49:292–303
14. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas* 2009;63:138–41
15. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril* 2001;76:456–60
16. Genazzani AR, Schneider HPG, Panay N, Nijland EA. The European Menopause Survey 2005: Women's perceptions on the menopause and postmenopause hormone therapy. *Gynecol Endocrinol* 2006;22:369–75
17. Barlow DH, Cardozo LD, Francis RM, *et al.* Urogenital ageing and its effect on sexual health in older British women. *BJOG* 1997;104:87–91
18. Nappi RE, Nijland NA. Women's perception of sexuality around the menopause: outcomes of a European telephone survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;137:10–16
19. Huang KE, Xu L, I NN, Jaisamrarn U. The Asian Menopause Survey: knowledge, perceptions, hormone treatment and sexual function. *Maturitas* 2010;65:276–83
20. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, *et al.* Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause* 2009;16:1139–48
21. Castelo-Branco C, Palacios S, Mostajo D, *et al.* Menopausal transition in Movima women, a Bolivian native-American. *Maturitas* 2005;51:380–5
22. Statistics South Africa. [www.statssa.gov.za](http://www.statssa.gov.za)
23. Walker AR, Walker BF, Ncongwane J, *et al.* Age of menopause in black women in South Africa. *Br J Obstet Gynaecol* 1984;91:797–801
24. Sidibe EH. Menopause in Africa. *Ann Endocrinol(Paris)* 2005;66:105–7
25. Bachmann GA, Leiblum SR, Kemmann E, *et al.* Sexual expression and its determinants in the postmenopausal woman. *Maturitas* 1984;6:19–29
26. Simon JA, Komi J. Vulvovaginal atrophy negatively impacts sexual function, psychosocial well-being, and partner relationships. Poster presented at North American Menopause Association Annual Meeting; October 3–6, 2007, Dallas, Texas
27. Caillouette JC, Sharp CF Jr, Zimmerman GJ, Roy S. Vaginal pH as a marker for bacterial pathogens and menopausal status. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:1270–5

28. Robinson D, Cardozo L. The menopause and HRT. Urogenital effects of hormone therapy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2003;17:91–104
29. Jackson S, James M, Abrams P. The effect of oestradiol on vaginal collagen metabolism in postmenopausal women with genuine stress incontinence. *BJOG* 2002;109:339–44
30. Greendale GA, Zibecchi L, Petersen L, *et al.* Development and validation of a physical examination scale to assess vaginal atrophy and inflammation. *Climacteric* 1999;2:197–204
31. US Department of Health and Human Services. Food and Drug Administration. Center for Drug Evaluation and Research (CDER). Guidance for industry. Estrogen and estrogen/progestin drug products to treat vasomotor symptoms and vulvar and vaginal atrophy symptoms – recommendations for clinical evaluation (Draft Guidance). Available at: <http://www.fda.gov/cder/guidance/5412dft.pdf>
32. North American Menopause Society. *Menopause Practice: A Clinician's Guide*, 3rd edn. The North American Menopause Society, 2007:55
33. North American Menopause Society. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women; 2010 statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2010;17:242–55
34. Graziottin A, Leiblum S. Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopause transition. *J Sex Med* 2005;2:133–45
35. Cardozo L, Bachmann G, McClish D, Fonda D, Birgerson L. Meta-analysis of estrogen therapy in the management of urogenital atrophy in postmenopausal women: second report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. *Obstet Gynecol* 1998;92:722–7
36. Calleja-Agius J, Brincat M. Urogenital atrophy. *Climacteric* 2009;12:279–85
37. van der Laak J, de Bie L, de Leeuw H, de Wilde P, Hanselaar A. The effect of Replens on vaginal cytology in the treatment of postmenopausal atrophy: cytomorphology versus computerized cytometry. *J Clin Pathol* 2002;55:446–51
38. Bygdeman M, Swahn M. Replens versus dienooestrol cream in the symptomatic treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women. *Maturitas* 1996;23:259–63
39. Biglia N, Peano E, Sgandurra P, *et al.* Low-dose vaginal estrogens or vaginal moisturizer in breast cancer survivors with urogenital atrophy: a preliminary study. *Gynecol Endocrinol* 2010;26:404–12
40. Woods R, Colville N, Blazquez J, Cooper A, Whitehead M. Effects of red clover isoflavones (Promensil) versus placebo on uterine endometrium, vaginal maturation index and the uterine artery in healthy postmenopausal women. *Menopause Int* 2004;10:17
41. Weed S. *Menopausal Years: The Wise Woman Way – Alternative Approaches for Women*. Woodstock, New York: Ash Tree, 1992
42. Yildirim B, Kaleli B, Duzcan E, Topuz O. The effects of postmenopausal Vitamin D treatment on vaginal atrophy. *Maturitas* 2004;49:334–7
43. Le Veque F, Hendrix S. Oral pilocarpine to treat vaginal xerosis associated with chemotherapy-induced amenorrhoea in premenopausal women. *J Clin Oncol* 2004;22(Suppl):14S, Abst 8099
44. Castelo-Branco C, Cancelo M, Villero J, Nohales F, Julia M. Management of postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Maturitas* 2005;52(Suppl 1):S46–52
45. Panay N, Fenton A. Complementary therapies for managing the menopause: has there been any progress? *Climacteric* 2010;13:201–2
46. Barnabei VM, Cochrane BB, Aragaki AK, *et al.* Menopausal symptoms and treatment-related effects of estrogen and progestin in the Women's Health Initiative. *Obstet Gynecol* 2005;105:1063–73
47. Goldstein I. Recognizing and treating urogenital atrophy in postmenopausal women. *J Womens Health (Larchmt)* 2010;19:425–32
48. Eugster-Hausmann M, Waitzinger J, Lehnick D. Minimized estradiol absorption with ultra-low-dose 10 µg 17β-estradiol vaginal tablets. *Climacteric* 2010;13:219–27
49. Haspels AA, Luisi M, Kicovic PM. Endocrinological and clinical investigations in postmenopausal women following administration of vaginal cream containing oestriol. *Maturitas* 1981;3:321–7
50. Suckling J, Kennedy R, Lethaby A, Roberts H. Local oestrogen therapy for vaginal atrophy in post menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Issue 4 CD 001500
51. Ulrich L, Naessen T, Elia D, *et al.* Endometrial safety of ultra-low-dose Vagifem 10 µg in postmenopausal women with vaginal atrophy. *Climacteric* 2010;13:228–37
52. Weisberg E, Ayton R, Darling G, *et al.* Endometrial and vaginal effects of low-dose estradiol delivered by vaginal ring or vaginal tablet. *Climacteric* 2005;8:883–92

53. Bachmann G, Bouchard C, Hoppe D, *et al.* Efficacy and safety of low dose regimens of conjugated estrogen cream administered vaginally. *Menopause* 2009;16:719–27
54. Al-Baghdadi O, Ewies AAA. Topical estrogen therapy in the management of postmenopausal vaginal atrophy: an up-to-date overview. *Climacteric* 2009;12:91–105
55. Pines A, Sturdee DW, Birkhauser MH, *et al.* IMS Updated Recommendations on postmenopausal hormone therapy. *Climacteric* 2007;10:181–94
56. Taylor AH, Guzail M, Al-Azzawi F. Differential expression of oestrogen receptor isoforms and androgen receptor in the normal vulva and vagina compared with vulval lichen sclerosus and chronic vaginitis. *Br J Dermatol* 2008;158:319–28
57. Raghunandan C, Agrawal S, Dubey P, Choudhury M, Jain A. A comparative study of the effects of local estrogen with or without local testosterone on vulvovaginal and sexual dysfunction in postmenopausal women. *J Sex Med* 2010;7:1284–90
58. Vaginal testosterone cream vs Estring for vaginal dryness or decreased libido in early stage breast cancer patients (E-String). <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT00698035?view=resulys>. Accessed 2009 Feb 23
59. Labrie F, Archer D, Bouchard C, *et al.* Intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone), a physiological and highly efficient treatment of vaginal atrophy. *Menopause* 2009;16:907–22
60. Labrie F, Archer D, Bouchard P, *et al.* Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone) on libido and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Menopause* 2009;16:923–31
61. The role of local vaginal estrogen for treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women: 2007 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2007;14:357–69
62. Kalentzi T, Panay N. Safety of vaginal oestrogen in postmenopausal women. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2005;7:241–4
63. Krychman ML, Pereira L, Carter J, Amsterdam A. Sexual oncology: sexual health issues in women with cancer. *Oncology* 2006;71:18–25
64. Dew JE, Wren BG, Eden JA. A cohort study of topical vaginal estrogen therapy in women previously treated for breast cancer. *Climacteric* 2003;6:45–52
65. Ballagh SA. Vaginal hormone therapy for urogenital and menopausal symptoms. *Semin Reprod Med* 2005;223:126–40



