

Seks a pięćdziesięciolatka: jak na nowo czerpać satysfakcję

JOHN E. BUSTER, MD

Wiele kobiet po menopauzie cierpi na zaburzenia seksualne, co może mieć znaczący wpływ na ich życie. Zaburzenia te można jednak leczyć, a ginekolodzy i położnicy muszą o tym pamiętać i chcieć rozmawiać z pacjentkami na drażliwe tematy.

Dla wielu kobiet pięćdziesiątka jest przełomową dekadą. Przeważnie wiąże się z początkiem menopauzy, może jednak oznaczać okres celebrowania spełnienia celów życiowych i przeżywania seksualności bez konieczności martwienia się o antykoncepcję. Dla części kobiet przejście w okres menopauzy wiąże się z wystąpieniem kobiecych zaburzeń seksualnych (female sexual dysfunction, FSD). FSD są to zaburzenia psychoseksualne, których istotą jest zanik pożądania seksualnego, czemu towarzyszą powiązane ze sobą problemy z podnieceniem seksualnym, przeżywaniem orgazmu i bólem podczas stosunku płciowego. FSD mają subtelny, ale podstępny wpływ na życie kobiety. Ich konsekwencje mogą być niewielkie i krótkotrwałe albo przeciwnie – długotrwałe i w znacznym stopniu upośledzające funkcjonowanie, prowadząc do zaburzeń emocjonalnych wpływających na jakość życia związaną z relacjami rodzinnymi i pracą.

Pomimo konsekwencji FSD lekarze rzadko pytają kobiety po pięćdziesiątym roku życia o to, czy mają problemy seksualne, ponieważ w przypadku twierdzącej odpowiedzi wielu z nich czuje się zakłopotanych podczas dalszej rozmowy na ten temat. W tym artykule dokonano przeglądu kryteriów rozpoznawania różnych kategorii FSD i objawów diagnostycznych, a także opisano farmakologiczne i niefarmakologiczne metody leczenia, które pomagają odzyskać satysfakcję z życia seksualnego.

Seks po pięćdziesiątce ma znaczenie

Zdrowie seksualne ma znaczenie dla pacjentek, a statystyki wykazują, że FSD dotyczą wielu kobiet w wieku 50 lat i starszych. Prawie 44% z 31 581 kobiet w wieku

18-65 lat w Stanach Zjednoczonych w przeprowadzonym ostatnio badaniu sondażowym (PRESIDE) zgłaszało problemy seksualne (głównie z pożądaniem, podnieceniem lub orgazmem). Skorygowany współczynnik rozpowszechnienia osłabienia pożądania seksualnego wynosił 38,7%.¹ Osłabienie pożądania seksualnego przebiegające z dyskomfortem jest klasyfikowane jako zmniejszenie pożądania seksualnego, hipolibidemia (hypoactive sexual desire disorder, HSDD). Opisywano rozpowszechnienie tego zaburzenia u kobiet wynoszące 8,9% w grupie wiekowej 18-44 lat, 12,3% w grupie 45-64 lat i 7,4% w wieku 65 lat i więcej.^{1,2}

FSD mają opinię uporczywych i trudnych do leczenia, ale świadomi lekarze muszą wiedzieć, że jest inaczej i przestać ignorować te zaburzenia tylko dlatego, że kobiety ich nie zgłaszają. Jak pokazano w tabeli 1, FSD jest kodowane w ICD-9 w kilku kategoriach diagnostycznych.²

Endokrynologia a seksualne starzenie się

Starzenie niekorzystnie wpływa na wydzielanie hormonów u kobiet w wieku 50 lat i starszych, co w konsekwencji może prowadzić do zmniejszenia pożądania seksualnego, zmian przejawów klinicznych tego problemu i wpływać na rozpoznawanie i leczenie FSD.

Z wiekiem zmniejsza się wytwarzanie estrogenów i androgenów, a obydwie grupy tych hormonów mają znaczenie w inicjowaniu i podtrzymywaniu reakcji seksualnej u kobiet.³⁻⁵

Wydzielanie estradiolu po menopauzie istotnie maleje. Brak estradiolu zwiększa kruchość tkanek, ryzyko zakażeń

Do zapamiętania

- Kobiece zaburzenia seksualne dotyczą wielu kobiet po menopauzie, jednak stany będące ich przyczyną można leczyć.

Dr Buster, Professor of Obstetrics and Gynecology, Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, Rhode Island, Associate Division Director, Women and Infants Center for Reproduction and Infertility, Providence, Rhode Island, Tufts Medical Center, Boston, Massachusetts. Autor nie zgłasza konfliktu interesów związanych z treścią tego artykułu.

układu moczowo-płciowego, powoduje podrażnienie, suchość pochwy, dolegliwości bólowe i zwiększa podatność błon śluzowych pochwy na urazy. Zmniejszenie stężenia estrogenów pośrednio zaburza pożądanie seksualne, ponieważ powoduje zmiany zanikowe pochwy i sromu, co prowadzi do bolesności i podatności na urazy podczas stosunku. Na poziomie neuroendokrynologicznym niedobór estrogenów wpływa niekorzystnie na reakcję seksualną, czego przejawem są wahania nastroju, uderzenia gorąca, drażliwość, zaburzenia pamięci i bezsenność.

Wytwarzane *in vivo* androgeny są uwalniane z jajników do krążenia lub powstają w wyniku przekształcania wytwarzanego przez nadnercza siarczanu dehydroepiandrosteronu (DHEA-S) w tkankach docelowych. Wytwarzanie androgenów obydwiema drogami z wiekiem się zmniejsza.³⁻⁵

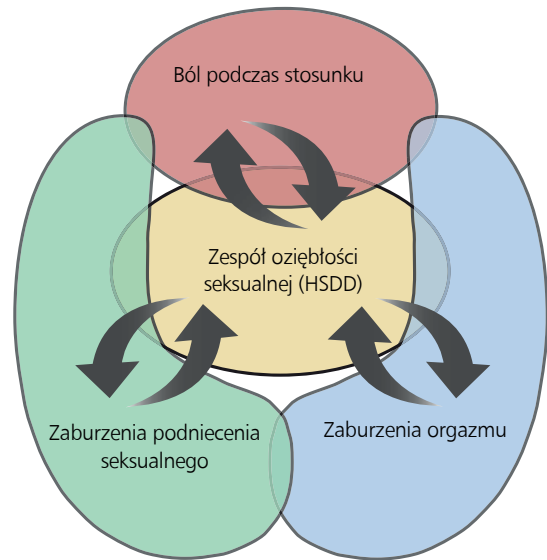
U kobiet przed menopauzą i po niej testosteron jest wytwarzany przede wszystkim przez jajniki.⁶⁻⁸ W okresie reprodukcyjnym w środku cyklu dochodzi do zwiększenia stężenia testosteronu, równoległe ze szczytem wydzielania hormonu luteinizującego (LH). U kobiet w wieku rozrodczym jest to bezpośrednio związane ze zwiększeniem pożądania seksualnego w środku cyklu.^{6,9} U kobiet po menopauzie wydzielanie testosteronu przez jajniki ma charakter stały (toniczny) wraz ze stale zwiększonym wydzielaniem LH, ale nie występuje szczyt wydzielania obydwu hormonów w środkowym okresie cyklu.

Wraz z wiekiem stężenie DHEA-S, prohormonu wytwarzanego przez korę nadnerczy, nieuchronnie maleje.^{3,4} DHEA-S pochodzi prawie wyłącznie z warstwy siatkowatej kory nadnerczy.⁴ Z wiekiem dochodzi do zaprogramowanego genetycznie zaniku (apoptozy) warstwy siatkowatej, co prowadzi do zależnego od wieku zmniejszenia wytwarzania DHEA-S.³⁻⁵ Ten prohormon musi w tkankach docelowych ulec konwersji do testosteronu i dihydrotestosteronu (DHT).³

Przyczyny i rozpoznawanie FSD

FSD rozpoznaje się wtedy, gdy występujące u kobiety objawy są źródłem jej dyskomfortu.² American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, wyróżnia cztery wzajemnie powiązane kategorie FSD, które zostały utrzymane w powstającym obecnie kolejnym wydaniu.² DSM-IV-TR opisuje FSD jako wszelkie dolegliwości lub problemy seksualne wynikające z zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu lub bólu podczas stosunku płciowego (rycina).

Zaburzenia seksualne wynikają z obniżonego libido, są ze sobą powiązane i tworzą błędne koło. W centrum ryciny zaznaczono HSDD, ponieważ pożądanie seksualne jest siłą napędową, która stanowi osiowe ogniwo wszystkich FSD. Bez libido nic się nie wydarzy. Skuteczne leczenie HSDD często prowadzi do ustąpienia lub istotnie sprzyja ustąpieniu innych zaburzeń.



RYCINA Wzajemne zależności między 4 typami FSD.

Cztery FSD-HSDD – zaburzenia pożądania, podniecenia seksualnego, orgazmu i ból podczas stosunku – są ze sobą wzajemnie powiązane i można je postrzegać jako kontinuum wywodzące się z HSDD.

DSM-IV-TR definiuje HSDD jako uporczywy lub nawracający niedobór lub brak fantazji seksualnych/myśli związanych z seksem i/lub pożądania seksualnego lub gotowości do aktywności seksualnej. Rozpoznanie HSDD ustala się wtedy, kiedy utrata libido prowadzi do stresu lub utrudnień stosunków międzyludzkich.²

HSDD mogą być powodowane przez działające pojedynczo lub w połączeniu niekorzystne wydarzenia życiowe, dysfunkcje psychospołeczne, depresję, leki, choroby somatyczne, w tym ginekologiczne, a także naturalne lub jatrogenne obniżenie stężenia androgenów.^{10,11} Warunkiem prawidłowego pożądania seksualnego u kobiety jest bezpieczne otoczenie, poczucie własnej wartości oraz atrakcyjny i dostępny partner. W tabeli 1 wymieniono leki związane z HSDD.¹⁰⁻¹³ HSDD może być spowodowane przez leki przeciwdepresyjne, szczególnie selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI), które prawdopodobnie hamują również przeżywanie orgazmu.^{10,11} SSRI często przyjmują kobiety chore na depresję skarżące się na HSDD. Leki z tej grupy jednak tylko nasilają zaburzenia seksualne.

Starzenie się i zmniejszanie wydzielania hormonów znacznie nasila wszystkie przyczyny HSDD. Zmniejszenie libido może być spowodowane niewłaściwym leczeniem chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, nadciśnienie, otyłość, niedoczynność przysadki czy rak piersi. Zanikowe zapalenie pochwy prowadzi do dyspareunii, awersji seksualnej i utraty pożądania seksualnego. Podawane doustnie estrogeny, często stosowane w ramach terapii hormonalnej, zwiększają stężenie globuliny wiążącej hormony płciowe (sex hormone-binding globulin, SHBG), która wiąże krążący testosteron

TABELA 1

Leki związane z występowaniem dysfunkcji seksualnych u kobiet

Leki		Zaburzenia libido	Zaburzenia podniecenia	Zaburzenia orgazmu
Psychotropowe	Przeciwpyschotyczne	+	+	+
	Barbiturany	+	+	+
	Benzodiazepiny	+	+	+
	Lit	+	+	+
	SSRI	+	+	+
	TCA	+	+	+
	Inhibitory MAO		+	+
	Trazodon	+		+
	Wenlafaksyna	+		+
	Stosowane w chorobach układu krążenia, w tym przeciwnadciśnieniowe	Leki hipolipemizujące	+	
	β-adrenolityki	+		
	Klonidyna	+	+	
	Digoksyna	+		+
	Spirolakton	+		
	Metylodopa	+		+
Preparaty hormonalne	Danazol	+		
	Agoniści GnRh	+		
	Antykoncepcja hormonalna	+		
	Antyandrogeny	+	+	+
	Tamoksyfen	+	+	
	Analogi GnRh	+	+	
	Minitabletki antykoncepcyjne	+	+	
	Inne	Antagoniści receptora H ₂ i leki prokinetyczne	+	
	Indometacyna	+		
	Ketokonazol	+		
	Sól sodowa fenytoiny	+	+	
	Inhibitory aromatazy	+	+	
	Chemioterapeutyki	+	+	
Leki cholinolityczne			+	
Leki przeciwhistaminowe			+	
Amfetamina i inne leki hamujące apetyt				+
Narkotyki				+

GnRh – hormon uwalniający gonadotropiny, inhibitory MAO – inhibitory monoaminooksydazy, SSRI – selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny, TCA – trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne.
Zaadaptowano za: Kennedy SH i wsp.,¹⁰ Zemishlany Z i wsp.,¹¹ Association of Reproductive Health Professionals,¹² Drugs that cause sexual dysfunction: an update.¹³

i zaburza jego działanie.¹⁴ Estrogeny stosowane przezskórnie nie wpływają na SHGB.¹⁵ Glikokortykosteroidy hamują wytwarzanie androgenów przez nadnercza i dlatego mogą powodować HSDD.⁸ W pewnych okolicznościach może dochodzić do przyspieszenia zależnego od wieku zmniejszenia stężenia androgenów. Na przykład obustronne usunięcie

jajników prowadzi do 40-50% zmniejszenia stężenia testosteronu w surowicy, co często powoduje HSDD, natomiast histerektomia z pozostawieniem jajników przeważnie nie wpływa na pożądanie seksualne.⁷

Przedwczesne wygasanie czynności jajników prowadzi do zaniku szczytu wydzielania testosteronu w środku cyklu.

TABELA 2

Preparaty testosteronu stosowane w leczeniu HSDD w trakcie badań, stosowane zwyczajowo lub przepisywane poza zarejestrowanymi wskazaniami – zarejestrowane przez FDA do stosowania u mężczyzn

Preparat	Nazwa produktu
Plastry z testosteronem dla kobiet	Intrinsa® (w trakcie badań)
Plastry z testosteronem dla mężczyzn	Androderm® 2,5 i 5 mg (poza rejestracją)
Żele z testosteronem dla mężczyzn	AndroGel® (poza rejestracją) Testim® (w trakcie badań)
Żele z testosteronem dla kobiet	Libigel® (w trakcie badań) Preparaty żelu PLO na zamówienie
Pigułki z testosteronem	Preparaty na zamówienie: 25, 50, 100 mg
Wstrzyknięcia z testosteronu	Heptanian testosteronu 25-50 mg (poza rejestracją)

Zwiększenie stężenia testosteronu w środku cyklu u kobiet w wieku rozrodczym prowadzi do zwiększenia libido w okresie okołoolulacyjnym.¹⁴ Na HSDD często cierpią kobiety z niewydolnością przysadki i niedoczynnością nadnerczy. Przyczyną przedwczesnego wygasania czynności jajników może być radioterapia miednicy. HSDD może być także wywoływane chemioterapią stosowaną w leczeniu raka piersi, podawaniem tamoksyfenu i inhibitorów aromatazy. Obniżenie libido może dodatkowo nasilać zniekształcenie własnego wizerunku po okaleczającym zabiegu chirurgicznym.

Leczenie HSDD

Leczenie HSDD koncentruje się na zwalczaniu przyczyn wywołujących to zaburzenie. W sytuacyjnym HSDD, wynikającym z niekorzystnych wydarzeń życiowych, szczególnie u młodszych kobiet, wystarczające może być uspokojenie i terapia małżeńska. Czasami rozwiązaniem jest znalezienie nowego, atrakcyjnego partnera. HSDD u kobiet często związane jest ze stosowaniem leków przeciwdepresyjnych, w tym SSRI. Problem można rozwiązać, zmniejszając dawkę leków^{10,11} lub całkowicie je odstawiając w związku z ustąpieniem depresji lub zmianą okoliczności życiowych pacjentki albo odpowiedzią na terapię poznawczą. U kobiet z łagodniejszymi postaciami depresji związanymi z HSDD można stopniowo zmniejszyć dawki leków przeciwdepresyjnych (a w niektórych przypadkach całkowicie je odstawić), w miarę jak terapia zaczyna prowadzić do ustępowania objawów. Wiele leków stosowanych w leczeniu chorób somatycznych także, chociaż w sposób mniej oczywisty, może powodować FSD. Trzeba zidentyfikować „winowajców” i zmodyfikować leczenie (tab. 1). Skuteczne leczenie przewlekłych chorób, w tym nadciśnienia, cukrzycy, niedoczynności przysadki czy raka piersi, również pomaga przywrócić pożądanie seksualne. Bardzo skuteczne jest leczenie zanikowego zapalenia pochwy układowym lub miejscowym podawaniem estrogenów lub DHEA w połączeniu z rozszerzaniem mechanicznym.

U kobiet ze zmniejszonym wytwarzaniem androgenów racjonalną metodą leczenia HSDD jest podawanie testosteronu. W tabeli 2 wymieniono podawane przezskórnie

preparaty testosteronu będące w trakcie badań dotyczących ich stosowania u kobiet lub zarejestrowane do stosowania u mężczyzn i stosowane u kobiet poza rejestrowymi wskazaniami. Mnóstwo dobrej jakości dowodów dokumentuje skuteczność testosteronu w przywracaniu pożądania seksualnego (tab. 3).¹⁵⁻²² Wiele dobrze zaprojektowanych badań klinicznych przeprowadzonych w ostatniej dekadzie dostarczyło dowodów pierwszego poziomu na to, że podawany przezskórnie testosteron w dawkach fizjologicznych lub nieznacznie większych jest skuteczny w leczeniu HSDD.¹⁵⁻²²

Najlepiej przebadany preparat przezskórny testosteronu podawany w postaci plastra (Intrinsa®) (tab. 3) był oceniany w 8 randomizowanych badaniach klinicznych ze ślepą próbą, które objęły 3200 kobiet po menopauzie z HSDD.¹⁵⁻²² Wszystkie te badania wykazały zależność od dawki znaczne zwiększenie pożądania seksualnego u kobiet stosujących plastry z testosteronem w porównaniu z placebo, pod warunkiem stosowania dawek 300 mg na dobę lub większych (tab. 3).

Należy monitorować klinicznie kobiety stosujące niewielkie dawki (poza rejestracją) preparatów dla mężczyzn, złożone żele i kremy oraz sprawdzać u nich stężenie testosteronu, aby upewnić się, że stosowane dawki są terapeutyczne i nie osiągają wartości ponadfizjologicznych. Do objawów przedawkowania należy trądzik, hirsutyzm, łysienie, obniżenie głosu oraz typowy dla mężczyzn wzrost masy mięśniowej. Kobiety i klinicyści powinni monitorować występowanie tych problemów, ponieważ można ich uniknąć.

Raport omawiający konsensus dotyczący leczenia kobiet testosteronem, opracowany przez Endocrine Society, North American Menopause Society i omawiany na posiedzeniach komisji doradczej FDA w 2004 roku zalecał ostrożność, powołując się na niewystarczające doświadczenia dotyczące długotrwałego leczenia.²³⁻²⁵ Kolejne doświadczenia związane z długotrwałym stosowaniem produktu były uspokajające.²⁶

Zaburzenia podniecenia seksualnego u kobiet

W DSM-IV zaburzenie to jest definiowane jako niezdolność do ukończenia aktywności seksualnej przy utrzyma-

TABELA 3

Doświadczenia dotyczące stosowania preparatu testosteronu w postaci plastrów u kobiet z HSDD

Autor	n	Dawka	Jajniki	Preparat estrogenu	Komentarz
Shifrin 2000 ¹⁵	75	150	Nie	Doustny	Zakres dawek: przewaga dawki 300 mg nad 150 mg
Buster 2005 ¹⁶	533	300	Nie	Doustny lub przezskórny	Zakres dawek: przewaga dawki 300 mg nad 150 mg
Simon 2005 ¹⁷	562	300	Nie	Doustny lub przezskórny	Zakres dawek: przewaga dawki 300 mg nad 150 mg
Braunstein 2005 ¹⁸	318	150 300 450	Nie	Doustny	Dawka 150 mg nie ma przewagi nad placebo; 450 mg nie ma przewagi nad 300 mg
Davis 2006 ¹⁹	77	300	Nie	Przezskórny	Skuteczny przy podawaniu estrogenów w postaci przezskórnej
Shifrin 2006 ²⁰	549	300	Tak	Doustny	Skuteczny u kobiet po menopauzie, które zachowały jajniki
Davis 2008 ²¹	814	150	Tak/Nie	Bez estrogenu	Dane dotyczące bezpieczeństwa z 12 i 24 miesięcy; hirsutyzm przy dawce 300 mg; rak piersi w 4 przypadkach w porównaniu z 0 podczas stosowania placebo
Panay 2012 ²²	272	300	Tak	Nie	Kobiety z fizjologiczną menopauzą 300 mg/24 h przez 24 tygodnie

Ukończono 8 trwających 24 tygodnie randomizowanych kontrolowanych placebo badań dotyczących stosowania plastrów z testosteronem w leczeniu HSDD, które objęły 3200 kobiet po menopauzie. Wszystkie te badania wykazały istotną poprawę przy stosowaniu testosteronu w porównaniu z placebo na podstawie narzędzi psychometrycznych do oceny pożądania seksualnego oraz zwiększenie liczby satysfakcjonujących kontaktów seksualnych.

niu adekwatnego poziomu nawilżenia.² Rozpoznaje się je w sytuacji, kiedy zaburzenia podniecenia seksualnego powodują stres i utrudnienie stosunków międzyludzkich.²

Zaburzenia podniecenia seksualnego są konsekwencją HSDD lub wynikają z wielu tych samych przyczyn, które powodują HSDD. Mogą być wywoływane przez – działające pojedynczo lub w połączeniu – niekorzystne wydarzenia życiowe, dysfunkcje psychospołeczne, depresję, ekspozycję na niektóre leki, schorzenia somatyczne, w tym ginekologiczne oraz zaburzenia wytwarzania androgenów.¹¹ Przyczyną zaburzeń podniecenia seksualnego często są leki, szczególnie przeciwdepresyjne, takie jak SSRI (tab. 1).¹⁰⁻¹³ Zanikowe zapalenie pochwy po samoistnej lub wywołanej chirurgicznie menopauzie prowadzi do dyspareunii i zaburzeń nawilżenia w stopniu, który może poważnie zaburzać podniecenie seksualne.

Leczenie koncentruje się wokół usunięcia przyczyn. Trzeba zwalczyć HSDD. Należy wyeliminować szkodliwe leki lub zmniejszyć ich dawki.¹⁰⁻¹³ Zanikowe zapalenie pochwy należy leczyć miejscowym stosowaniem estrogenów. W przeprowadzonych niedawno badaniach okazało się, że stosowany dopochwowo DHEA był skuteczny w usuwaniu objawów HSDD i zaburzeń podniecenia seksualnego.²⁷ W komórkach nabłonka DHEA ulega konwersji do estrogenów, jednak w ilościach niewystarczających, aby przenikał do krążenia i powodował działania niepożądane zależne od estrogenów.

Do empirycznych metod leczenia zaburzeń podniecenia seksualnego należy skoncentrowanie się na odczuciach, przy wykorzystaniu treningu masturbacji w połączeniu z po-

prawą komunikacji między partnerami. Eros (NuGyn Inc), zarejestrowane przez FDA urządzenie na baterie, które wytwarza próżnię, jest nakładane bezpośrednio na lechtaczkę. Może być wykorzystywane do zwiększenia przepływu krwi i spowodowania obrzmienia lechtaczki.²⁸ Alprostadyl, występująca naturalnie postać prostaglandyny E1, powoduje rozluźnienie mięśni gładkich i zwiększenie przekrwienia u mężczyzn, była oceniana u kobiet w niewielkim badaniu, w którym wykazano pewne korzyści.²⁹ Uważa się, że cytrynian sildenafilu (Viagra®) (poza wskazaniami rejestracyjnymi) zwiększa przepływ krwi przez miednicę do pochwy i lechtaczki analogicznie z działaniem u mężczyzn leczonych z powodu zaburzeń wzdrodu.³⁰ Dostępny bez recepty preparat Zestra stanowi przeznaczoną do stosowania miejscowego mieszaninę olejku z nasion ogórecznika, wyciągu z arcydzięgla, olejku z wiesiołka, wyciągu z koleusa oraz witamin C i E.³¹ U kobiet ze zmniejszonym poziomem nawilżenia pomoc mogą również dostępne bez recepty preparaty nawilżające i/lub długo działające nawilżające kremy dopochwowe.

Zaburzenia orgazmu u kobiet

W DSM-IV zaburzenie to jest definiowane jako uporczywe lub nawracające opóźnienie lub brak orgazmu po prawidłowo przebiegającej fazie podniecenia seksualnego.² Pierwotne zaburzenie orgazmu rozpoznaje się u kobiet, które nigdy nie uzyskały zdolności do przeżywania orgazmu. Wtórne zaburzenia orgazmu przeważnie są konsekwencją innych dysfunkcji seksualnych, najczęściej HSDD. Zabur-

rzenia orgazmu rozpoznaje się wtedy, kiedy niemożność osiągnięcia orgazmu powoduje stres i utrudnia stosunki międzyludzkie.

Pierwotne zaburzenia orgazmu często są związane z urazem lub wykorzystywaniem, ale mogą również nie mieć wyraźnej przyczyny. W tym drugim przypadku problem może mieć charakter wrodzony i można by go potraktować podobnie jak inne zaburzenia wrodzone, takie jak utrata powonienia czy daltonizm. Kobiety z pierwotnym zaburzeniem orgazmu doświadczają wszystkich aspektów kobiecej reakcji seksualnej, z wyjątkiem orgazmu. W przeciwieństwie do tego wtórne zaburzenia orgazmu przeważnie wynikają z innego zaburzenia seksualnego, najczęściej HSDD. Często mogą być związane z zabiegami chirurgicznymi w obrębie miednicy lub ekspozycją na leki przeciwdepresyjne. U niektórych kobiet wtórne zaburzenia orgazmu są związane z przewlekłymi chorobami ginekologicznymi.

Leczenie zaburzeń orgazmu koncentruje się na zwalczaniu czynników wywołujących. U pacjentek z pierwotnymi zaburzeniami orgazmu, których przyczyną jest wykorzystywanie seksualne, pomoc może psychoterapia i terapia par. Nie ma skutecznej metody leczenia pacjentek z pierwotnymi zaburzeniami orgazmu o niejasnej etiologii, które nigdy nie przeżyły orgazmu i nie mogą go osiągnąć nawet w wyniku masturbacji. W przypadku wtórnych zaburzeń orgazmu leczenie pierwotnych dysfunkcji często prowadzi do przywrócenia zdolności kobiety do osiągania orgazmu.

Kluczowe zagadnienia

- U kobiet ze zmniejszonym wytwarzaniem androgenów podawanie testosteronu jest racjonalną metodą leczenia HSDD.
- Starzenie się i zmniejszanie wytwarzania hormonów znacznie nasila wszystkie przyczyny HSDD.

Ból podczas stosunku płciowego

Dwie podkategorie bólu podczas stosunku stanowią dyspareunię i skurcz mięśni pochwy (pochwica).² W DSM-IV dyspareunię jest zdefiniowana jako nawracający lub uporczywy ból narządów płciowych podczas stosunku, niepowodowany wyłącznie przez brak nawilżenia lub skurcz mięśni pochwy.² U wielu kobiet dyspareunię jest związana z przewlekłymi schorzeniami ginekologicznymi lub przyjmowaniem leków. U niektórych kobiet uporczywa dyspareunię jest związana z utrzymującym się skurczem mięśni dna miednicy, który wynika z wcześniejszych doświadczeń i reaguje na fizykoterapię. Leczenie dyspareunii koncentruje się na leczeniu czynników wywołujących, często mających charakter ginekologiczny i rozpoznawanych po badaniu klinicznym.

Pochwica w DSM-IV jest definiowana jako nawracający, uporczywy, mimowolny skurcz mięśni zewnętrznej jednej trzeciej pochwy, który zaburza aktywność seksualną.² Rozpoznanie jest ustalane wtedy, gdy występujące u kobiety objawy są źródłem stresu i utrudnień w stosunkach part-

nerskich. U niektórych kobiet skurcz pochwy występuje wyłącznie podczas aktywności seksualnej. U innych związany jest wyłącznie z lękiem przed badaniem miednicy przy użyciu narzędzi. Niektóre kobiety mogą odczuwać przyjemność podczas aktywności seksualnej i przeżywać orgazm pomimo skurczu mięśni pochwy. Niemożliwa jest tylko penetracja. Pochwica często jest związana z HSDD i awersją seksualną. Najsukuteczniejszą metodą leczenia jest połączenie terapii poznawczej i behawioralnej, przeważnie w postaci systematycznej desensytyzacji.

Podsumowanie

FSD dotyczą wielu kobiet po menopauzie, ale składające się na nie zaburzenia można leczyć. Jednym z kluczowych warunków skutecznej terapii jest w pierwszej kolejności podjęcie z pacjentkami rozmowy dotyczącej ich seksualności (co może wydawać się oczywiste). Należy unikać fakultatywnego usuwania jajników podczas histerektomii, jeżeli nie jest to konieczne ze względów medycznych. Kobietom skarżącym się na FSD nie należy przepisywać leków przeciwdepresyjnych, a jeśli je przyjmują, należy zmniejszyć dawkę lub je odstawić. U starszych kobiet z FSD i niedoborem androgenów trzeba rozważyć stosowanie testosteronu w postaci przezskórnej.

U niektórych kobiet w ramach leczenia FSD potrzebna może być konsultacja z psychologiem lub seksuologiem. Informacje na temat FSD można uzyskać również w internecie na stronach North American Menopause Society (<http://www.menopause.org>) i Red Hot Mamas (<http://redhotmamas.org/online-menopause-resources>).

Contemporary OB/GYN, Vol. 57, No. 8, August 2012, p. 32. Sex and the 50-something woman: Strategies for restoring satisfaction.

Piśmiennictwo

- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5):970-978.
- Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163(3):888-893.
- Labrie F, Bélanger A, Cusan L, Gomez JL, Candas B. Marked decline in serum concentrations of adrenal C19 sex steroid precursors and conjugated androgen metabolites during aging. *J Clin Endocrinol Metab.* 1997;82(8):2396-2402.
- Hornsby PJ. Biosynthesis of DHEAS by the human adrenal cortex and its age-related decline. *Ann N Y Acad Sci.* 1995;774:29-46.
- Guay AT, Jacobson J. Decreased free testosterone and dehydroepiandrosterone-sulfate (DHEA-S) levels in women with decreased libido. *J Sex Marital Ther.* 2002;28(suppl 1):129-142.
- Abraham GE. Ovarian and adrenal contribution to peripheral androgens during the menstrual cycle. *J Clin Endocrinol Metab.* 1974;39(2):340-346.
- Judd HL, Lucas WE, Yen SS. Effect of oophorectomy on circulating testosterone and androstenedione levels in patients with endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 1974;118(6):793-798.
- Fogle RH, Stanczyk FZ, Zhang X, Paulson RJ. Ovarian androgen production in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92(8):3040-3043.
- Haselton MG, Mortezaie M, Pillsworth EG, Bleske-Rechek A, Frederick DA. Ovulatory shifts in human female ornamentation: near ovulation, women dress to impress. *Horm Behav.* 2007;51(1):40-45.
- Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol.* 2009;29(2):157-164.
- Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med.* 2008;29:89-106.
- Association of Reproductive Health Professionals. Women's sexual health in midlife and beyond. *ARHP Clinical Proceedings.* 2005;5:8-12.
- Drugs that cause sexual dysfunction: an update. *Med Lett Drugs Ther.* 1992;34(876):73-78.
- van der Stege JG, Groen H, van Zadelhoff SJ, et al. Decreased androgen concentrations and diminished general and sexual well-being in women with premature ovarian failure. *Menopause.* 2008;15(1):23-31.
- Shifren JL, Braunstein GD, Simon JA, et al. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Engl J Med.* 2000;343(10):682-688.
- Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, et al. Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2005;105(5 pt 1):944-952.
- Simon J, Braunstein G, Nachtigall L, et al. Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;90(9):5226-5233.
- Braunstein GD, Sundwall DA, Katz M, et al. Safety and efficacy of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med.* 2005;165(14):1582-1589.
- Davis SR, van der Mooren MJ, van Lunsen RH, et al. Efficacy and safety of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Menopause.* 2006;13(3):387-396. Erratum in: *Menopause.* 2006;13(5):850.
- Shifren JL, Davis SR, Moreau M, et al. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NM1 Study. *Menopause.* 2006;13(5):770-779. Erratum in: *Menopause.* 2007;14(1):157.
- Davis SR, Moreau M, Kroll R, et al; APHRODITE Study Team. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med.* 2008;359(19):2005-2017.
- Panay N, Al-Azzawi F, Bouchard C, et al. Testosterone treatment of HSDD in naturally menopausal women: the ADORE study. *Climacteric.* 2010;13(2):121-131.
- Committee Opinion. The role of testosterone therapy in postmenopausal women: position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2005;12(5):496-511.
- Wierman ME, Basson R, Davis SR, et al. Androgen therapy in women: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91(10):3697-3710.
- Braunstein GD. The Endocrine Society Clinical Practice Guideline and The North American Menopause Society position statement on androgen therapy in women: another one of Yogi's forks. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92(11):4091-4093.
- Shufelt CL, Braunstein GD. Safety of testosterone use in women. *Maturitas.* 2009;63(1):63-66.
- Labrie F, Archer DF, Bouchard C, et al. Intravaginal dehydroepiandrosterone (prasterone), a highly efficient treatment of dyspareunia. *Climacteric.* 2011;14(2):282-288.
- Billups KL, Berman L, Berman J, Metz ME, Glennon ME, Goldstein I. A new non-pharmacological vacuum therapy for female sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):435-441.
- Liao Q, Zhang M, Geng L, et al. Efficacy and safety of alprostadil cream for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo-controlled study in chinese population. *J Sex Med.* 2008;5(8):1923-1931.
- Schoen C, Bachmann G. Sildenafil citrate for female sexual arousal disorder: a future possibility? *Nat Rev Urol.* 2009;6(4):216-22.
- Ferguson DM, Hosmane B, Heiman JR. Randomized, placebo-controlled, double-blind, parallel design trial of the efficacy and safety of Zestra in women with mixed desire/interest/arousal/orgasm disorders. *J Sex Marital Ther.* 2010;36(1):66-86.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cancer survivors—United States, 2007. *MMWR.* 2011;60(9):269-272.
- Holmberg L, Iverson OE, Rudenstam CM, et al; HABITS Study Group. Increased risk of recurrence after hormone replacement therapy in breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(7):475-482. Erratum in: *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(9):685.
- Anderson GL, Chlebowski RT, Aragaki AK, et al. Conjugated equine oestrogen and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women with hysterectomy: extended follow-up of the Women's Health Initiative randomised placebo-controlled trial. *Lancet Oncol.* 2012;13(5):476-486.

KOMENTARZ

Lek. Monika Łukasiewicz,
Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP,
Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii CMKP,
Warszawa

Kolejny dobry artykuł i kolejny temat tabu... Seksualność kobiet po pięćdziesiątym roku życia. Może na początku niech każdy z nas ginekologów szczerze odpowie na pytanie: jak często pyta pacjentki w okresie okołomenopauzalnym o ich życie erotyczne? Jak często zakłada, że pacjentka po 70 roku życia współżyje ze swoim partnerem regularnie?... Artykuł rzuca nowe światło na aspekt seksualności szerzej pojętej niż seksualność w okresie reprodukcyjnym.

Według Farringtona 80% kobiet po menopauzie deklaruje, że seks jest dla nich dość ważny lub bardzo ważny. Laumann wykazał, że szczyt aktywności seksualnej kobiet przypada na 20-30 rok życia (93% kobiet aktywnych). W okresie okołomenopauzalnym 82% kobiet jest aktywnych seksualnie, a w wieku 60 lat i powyżej – 60% kobiet deklaruje taką aktywność. Wraz z wiekiem u kobiet zmniejsza się pożądanie seksualne, maleje aktywność seksualna oraz rośnie odsetek zaburzeń sek-

sualnych, w tym zaburzeń orgazmu (orgazm staje się krótszy i mniej intensywny).

Wpływ androgenów na pożądanie u kobiet pozostaje ciągle tematem kontrowersji. W sześciu populacyjnych badaniach przeprowadzonych w latach 1996-2007 mimo różnic metodologicznych nie wykazano wpływu stężenia endogenego testosteronu na pożądanie i satysfakcję seksualną u kobiet. Gracia i wsp. w badaniu z 2007 roku wykazali natomiast, że małe stężenie DHEAS związane jest z suchością pochwy, bólem i zaburzeniami orgazmu. Często w badaniach wykazywano także korelację między zaburzeniami seksualnymi a brakiem partnera, wysokim poziomem niepokoju, wcześniejszym funkcjonowaniem seksualnym kobiety. Blumel wykazał natomiast, że kobiety po 45 roku życia swoją aktywność seksualną kończą z powodu zaburzeń wzwodu u partnera, a Fugl-Meyer w swojej pracy podkreślił, że pożądanie zmniejsza się wraz z długością trwania związku.

Zgodnie z najnowszymi rekomendacjami rozpoznanie HSDD i FSD powinno być ustalone na podstawie oceny trzech czynników: biologicznych, psychoseksualnych i kontekstualnych. Do najważniejszych czynników biologicznych zaliczamy: ocenę stężenia podstawowych hormonów, wy-

wiad w kierunku dysfunkcji cyklu miesięczkowego, operacji w wywiadzie, chorób przewlekłych, menopauzy, stosowania hormonów. Wśród czynników psychoseksualnych na uwagę zasługuje wywiad w kierunku przeszłych doświadczeń seksualnych, gwałtów i niepożądanych kontaktów seksualnych, ocena stosunku pacjentki do własnego ciała, ocena satysfakcji wynikającej z obecnego związku, ocena emocjonalnego zaangażowania w związek oraz wywiad w kierunku chorób afektywnych. Wśród czynników kontekstualnych warto wziąć pod uwagę problemy ekonomiczne, mity kulturowe i względy religijne oraz życiowe czynniki stresogenne (rozwód, separacja, zdrada).

W leczeniu HSDD i FSD warto zwrócić uwagę na podejście psychologiczne. Zmodyfikowana terapia seksualna Mastersa i Johnson poprawiła funkcjonowanie seksualne u 57% kobiet z HSDD. Tradycyjne terapie seksualne popowiają funkcjonowanie seksualne u 65% badanych par. W terapii zwraca się także uwagę na trening masturbacyjny, kładzie się nacisk na odbudowanie pewności siebie i asertywność.

W terapii hormonalnej stosuje się plastry dla kobiet uwalniające testosteron (Intrinsa). W 2004 roku plastry te zostały odrzucone przez Food and Drug Administration (FDA) z powodu braku wystarczającej liczby badań. W 2006 roku European Commission zaaprobowała stosowanie plastrów na rynku w Wielkiej Brytanii i w krajach Unii Europejskiej w przypadku menopauzy chirurgicznej. Bezpieczeństwo długoterminowej terapii testosteronowej u kobiet wymaga jednak przeprowadzenia dalszych badań. Większość prac opublikowanych do tej pory trwało nie dłużej niż sześć miesięcy. Kingsberg opublikowała przegląd badań dotyczących stosowania plastrów z testosteronem u kobiet z HSDD po menopauzie

chirurgicznej. Wnioski z tych badań zostały przedstawione na International Society for the Study of Women's Sexual Health w 2008 roku. Wynika z nich, że testosteron u kobiet po menopauzie chirurgicznej istotnie statystycznie poprawia wszystkie domeny funkcjonowania seksualnego, zmniejsza dyskomfort i jest dobrze tolerowany. We wszystkich przedstawionych powyżej badaniach terapia testosteronem była zawsze łączona z terapią estrogenową.

W przypadku kobiet z depresją stosujących SSRI wykazano, że dodanie bupropionu w ciągu 4 tygodni terapii istotnie statystycznie poprawia ich pożądanie seksualne i aktywność seksualną.

Badania naukowe wskazują także na skuteczność terapii estrogenowej stosowanej miejscowo i doustnie w przypadku FSD. W badaniach nad tibolonelem wykazano znaczący wzrost amplitudy tętna w pochwie (vaginal pulse amplitude, VPA) po terapii w odpowiedzi na fantazje erotyczne. Wykazano również znaczny wzrost lubrykacji pochwy. Ostatnie badania III fazy nad aplikacją dopochwową DHEA wykazały znaczny wzrost pH i lubrykacji u kobiet po menopauzie. Obecnie nie ma żadnych dowodów naukowych na skuteczność jakiegokolwiek niehormonalnej terapii wobec FSD.

Podsumowując, warto zaznaczyć, że prawidłowe funkcjonowanie seksualne kobiet jest uwarunkowane w większym stopniu ich wcześniejszym funkcjonowaniem i relacjami z partnerem niż zmianami hormonalnymi. Satysfakcję w życiu seksualnym warunkuje również odpowiedni poziom edukacji kobiety i jej partnera, sama obecność partnera seksualnego oraz więź emocjonalna w związku. Menopauza nie oznacza końca seksualnych odczuć i pożądania, a każdy człowiek niezależnie od wieku ma prawo do satysfakcjonującego życia seksualnego.

Sprawdź swoją wiedzę

Ginekologia po Dyplomie



TOM 14/NR 5 WRZESIEŃ 2012

1. A. B. C. D. E.
2. A. B. C. D. E.
3. A. B. C. D. E.
4. A. B. C. D. E.
5. A. B. C. D. E.

6. A. B. C. D. E.
7. A. B. C. D. E.
8. A. B. C. D. E.
9. A. B. C. D. E.
10. A. B. C. D. E.

11. A. B. C. D. E.
12. A. B. C. D.
13. A. B. C. D. E.
14. A. B. C. D. E.
15. A. B. C. D.

Proszę wpisać dane albo przybić pieczęć z adresem

Imię i nazwisko

Adres

Telefon e-mail

Specjalizacja Nr prawa wykonywania zawodu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Medical Tribune Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. 29 Listopada 10, jako administratora danych osobowych, dla celów marketingowych, w tym dla marketingu produktów i usług innych podmiotów. Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania oraz usunięcia, a podanie danych osobowych jest dobrowolne. Podane dane nie będą udostępniane innym podmiotom.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Medical Tribune Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. 29 Listopada 10, informacji handlowych w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, w szczególności na przesyłanie informacji handlowych na podany adres poczty elektronicznej lub numer telefonu komórkowego.

Podpis

Odpowiedzi prosimy nadsyłać do dnia 10 Listopada 2012 r. (decyduje data stempla pocztowego).