

Menopauza a zaburzenia seksualne kobiet

Menopause and women's sexual disorders

Szymon Bakalczuk, Grzegorz Bakalczuk, Grzegorz Jakiel

Klinika Rozrodczości i Andrologii Akademii Medycznej im. F. Skubiszewskiego w Lublinie

Streszczenie

Menopauza jest okresem wielkich zmian w życiu seksualnym kobiet, który wiąże się ze zmianami w stężeniu zarówno hormonów płciowych (estrogenów, gestagenów i testosteronu), jak i gonadotropin. W leczeniu można stosować zarówno klasyczną hormonalną terapię zastępczą (HTZ), jak i substytucję androgenów. Należy także uwzględnić znaczenie czynników psychologicznych i emocjonalnych.

Słowa kluczowe: menopauza, zaburzenia seksualne, hormonalna terapia zastępcza

Abstract

Menopause is period of great changes in women's sexual life. It is connected with changes of sex hormones levels (estrogen, gestagens and testosterone) and gonadotropins. During treatment it could be used either classic hormonal replacement therapy or androgens substitution. Influence of psychological and emotional factors should be also considered.

Key words: menopause, sexual disorders, hormonal replacement therapy

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) pochodzącej z 1996 roku, menopauzę można stwierdzić, jeżeli nie wystąpiło po 12 miesiącach krwawienie miesięczkowe i nie było to spowodowane jakąkolwiek patologią [1–3]. Zachowania seksualne kobiet w okresie okołomenopauzalnym ulegają istotnym modyfikacjom. Dotyczy to zarówno zmian libido, jak i sposobu realizacji potrzeb seksualnych [4–6]. Jeszcze do połowy poprzedniego stulecia menopauza wiązała się ze stereotypowym pojęciem wygasania potrzeb i zainteresowania seksualnością u kobiet w tym okresie życia. Zmiany społeczne, które zaszły w ostatnich dziesięcioleciach, i nowe określenie roli społecznej kobiety zmieniły te przekonania. Proces wygasania czynności jajników ma charakter ciągły, ale ostatniej miesiączce towarzyszy drastyczne obniżenie stęże-

nia estrogenów i jednoczesny wzrost hormonu fokułotropowego (FSH, *follicle-stimulating hormone*) i hormonu luteinizującego (LH, *luteinizing hormone*).

Obniżenie stężenia estrogenów wytwarzanych przez jajniki powoduje wiele objawów ze strony narządu rodno oraz objawy ogólnoustrojowe [7]. Brak pobudzania podziałów nabłonka okolicy pochwy i sromu, zmniejszenie przepływu krwi przez ściany pochwy i zmniejszenie produkcji gruczołów pochwy to objawy miejscowego niedoboru estrogenów. Stan ten powoduje mniejsze odczuwanie podniecenia seksualnego i zdolności odczuwania orgazmu. Jednocześnie niedobór progesteronu wpływa niekorzystnie na pracę podwzgórza i przekaznictwo w układzie GABA-ergicznym [8].

Sprężenie zwrotne osi podwzgórze-przysadka-jajnik powoduje gwałtowne podwyższenie stężenia gonadotropin (FSH i LH) bez efektu obwodowego. Produkcja jajnikowa testosteronu w komórkach tekalnych nie zmienia się do 5 lat po menopauzie, natomiast stężenie dehydroepiandrosteronu (DHEA, *dehydroepiandrosterone*) i siarczanu dehydroepiandrosteronu (DHEA-S, *dehydroepiandrosterone sulfate*)

Adres do korespondencji:

dr med. Szymon Bakalczuk
Klinika Rozrodczości i Andrologii
ul. Staszica 16, 20–081 Lublin
tel.: (081) 532 46 19

Nadesłano: 13.07.2005

Przyjęto do druku: 20.09.2005

maleje liniowo o około 1% rocznie od 30 roku życia kobiety [9, 10].

U kobiet po menopauzie chirurgicznej obniżenie stężenia testosteronu jest gwałtowne i częściej powoduje natychmiastowe obniżenie poziomu popędu seksualnego niezwiązanego z samym faktem operacji (różnica w poziomie libido u pacjentek, u których pozostawiono jajniki, usuwając trzon macicy, a tymi, u których wykonano wycięcie macicy wraz z jajnikami).

Na spadek jakości życia seksualnego kobiet w okresie około- i pomenopauzalnym wpływa wiele czynników. Większość z nich ma związek z przedstawionymi powyżej zmianami hormonalnymi, tym niemniej istotne znaczenie mają także czynniki psychologiczne. Wiele kobiet w tym okresie swojego życia ma poczucie (często uzasadnione) spadku atrakcyjności fizycznej, zwiększa się u nich drażliwość, czemu często towarzyszą zmiany nastroju, pogarsza się zdolność koncentracji, obniża się wydolność psychofizyczna, występuje utrata pewności siebie, co powoduje zmniejszenie odporności na stresy i skłonność do stanów depresyjnych [8]. Z powodu obniżenia stężenia estrogenów występują zmiany atroficzne w układzie urogenitalnym, takie jak: suche i cienkie ściany pochwy, zmniejszenie warg sromowych mniejszych, zmiany elastyczności pochwy (jej naturalnej zdolności do rozciągania się wzdłuż i szerzej) i reaktywności lechtaczki na bodźce. Zmniejszają się gruczoły sutkowe i wargi sromowe większe, skóra staje się mniej elastyczna, zmianie ulega owłosienie na wzgórku łonowym. Zmiany atroficzne w układzie moczowopłciowym powodują suchość pochwy, częstsze występowanie zjawiska dyspareunii wywołanej zarówno atrofią i suchością ścian pochwy, jak i większą skłonnością do występowania stanów zapalnych i infekcji bakteryjno-grzybiczych pochwy [11].

Oprócz zmian anatomicznych występują także czynniki czynnościowe, pojawiają się wazomotoryczne objawy wypadowe, na przykład uderzenia gorąca, zlewne poty, zaburzenia snu. Jednocześnie zmienia się reaktywność seksualna w poszczególnych fazach współżycia: wolniej dochodzi do zwilżenia ścian pochwy, mniejsze jest powiększenie piersi w fazie podniecenia, platforma orgazmiczna rzadziej się kurczy (u kobiet, które wcześniej często przeżywały orgazm wielokrotny po menopauzie, to zjawisko przestaje występować). Po orgazmie dochodzi do szybkiego ustępowania zmian wywołanych stymulacją seksualną, gdy poprzednio ustępowanie cech podniecenia następowało bardzo powoli, co jest charakterystyczne dla krzywej podniecenia seksualnego u młodych kobiet.

Współczesne kobiety nie chcą się pogodzić z odśnięciem na boczny tor seksualności w okresie po-

menopauzalnym. Zgodnie z wytycznymi WHO definicja zdrowia obejmuje także zdrowie seksualne, co wiąże się z pojęciem jakości życia (*Quality of Life*) [7]. Z tych pojęć wypływa potrzeba niesienia pomocy lekarskiej kobietom, które jeszcze do niedawna godziły się z utartymi kanonami odbierającymi im w okresie klimakterium prawo do szczęśliwego i satysfakcjonującego pożycia seksualnego. Terapia powinna być wielokierunkowa — od psychoterapii przywracającej wiarę w siebie, do substytucji hormonalnej.

Hormonalna terapia zastępcza (HTZ, *hormonal replacement therapy*) jest bardzo skuteczna u kobiet z hipoestrogenną atrofią urogenitalną, dając poprawę miejscową — powrót elastyczności ścian pochwy i normalizację pH i flory bakteryjnej. Efekt ten uzyskuje się zarówno przy terapii ogólnej, jak i szczególnie przy miejscowym podawaniu estrogenów (*estriol-Ovestin, estradiol-Vagifem*). Dzięki badaniom Geista pochodzącym z 1941 roku wiadomo o pozytywnym wpływie suplementacji testosteronem na seksualność kobiety. Potwierdzono to w szerokich badaniach ostatniej dekady. Pojawiły się próby zastosowania plastrów z testosteronem (Intrinsa) do leczenia dysfunkcji seksualnych u kobiet szczególnie po menopauzie chirurgicznej, u których dochodzi do gwałtownego obniżenia stężenia wolnego testosteronu. Podjęto próby włączenia do różnych schematów terapii substytucyjnych estrogenowo-gestagenowych wstawki androgennej. Po zastosowaniu wstawki testosteronowej (implanty, iniekcje podskórne lub plastry) stwierdzono zmniejszenie o ponad 90% odsetka kobiet skarżących się na spadek libido, jednocześnie wzrosła częstość fantazji seksualnych, epizodów masturbacji oraz liczba odbywanych stosunków płciowych tygodniowo w porównaniu ze stanem przed terapią. Wyniki są bardzo obiecujące, ale żaden preparat androgeny dla kobiet nadal nie uzyskał rejestracji *Food and Drug Administration* (FDA). Jednym z preparatów niewymagających dodatkowej wstawki androgennej jest tibolon (Livial) [12–14]. Jest to syntetyczny steroid mający powinowactwo do receptorów zarówno estrogenowych, gestagenowych, jak i androgenowych. Obniża także znacząco stężenie globuliny wiążącej hormony płciowe (SHBG, *sex hormon binding globulin*), co powoduje wzrost wolnego krążącego testosteronu i wzrost biodostępności estradiolu. Zdaniem Nathorst-Boos [15] tibolon charakteryzuje się istotnym wpływem na poziom libido i satysfakcję seksualną przyjmujących go kobiet. Badania przeprowadzono, oceniając zmiany seksualności kobiet przyjmujących 17 β -estradiol (2 mg/d.) z octanem noretisteronu (1 mg/d.) i kobiet leczonych tibolonem. Oceniano wiele parametrów: częstość współżycia, fantazje seksualne, stopień

zadowolenia, liczbę orgazmów i inne, uzyskując statystycznie znamienne — prawie 2-krotną poprawę wyników w całościowej skali satysfakcji seksualnej McCoya [16]. Podobne wyniki uzyskała w 2000 roku Paola Albertazzi [17].

Na podstawie przedstawionych powyżej zaburzeń seksualnych kobiet w okresie około- i pomenopauzalnym stwierdzono, że charakteryzują się one złożoną etiopatogenezą i stanowią istotny element pogorszenia jakości życia kobiet w tej grupie wiekowej. Zastosowanie klasycznej HTZ opartej na terapii estrogenami poprawia jakość życia seksualnego kobiet, eliminując dyspareunię na tle atrofii genitalnej, nie wpływa jednak na popęd płciowy i pożądanie. Terapia androgenowa (testosteron, DHEA) wymaga przeprowadzenia szerszych badań. Ciekawe są doniesienia Genazzanigo z Pizy [18] i Dennerstein [19] z Melbourne z ostatniej konferencji „Zdrowie kobiety a menopauza”, która odbyła się w kwietniu 2004 roku we Florencji. Autorzy tych doniesień z różnych pozycji (ginekolog-endokrynolog i psychiatra) podkreślają fakt występowania hipoaaktywnych zaburzeń pożądania seksualnego (HSDD, *hypoactive sexual desire disorder*) w okresie menopauzy i znaczenia preparatów androgennych w terapii. W badaniach Dennerstein [20], wykonanych w ramach *Melbourne Womens Health Project*, oceniano wzajemne zależności i wpływ na życie seksualne kobiet w okresie menopauzy takich czynników, jak: starzenie się, czynniki socjalne, niedobory hormonalne, związki uczuciowe z partnerem. Większość z wymienionych czynników pośrednio wpływa na zachowania seksualne kobiet w okresie menopauzy. Uczucie do partnera ma silną pozytywną korelację bezpośrednią z libido i jakością odpowiedzi seksualnej, a także zmniejsza znaczenie symptomów menopauzalnych. Łagodną substytucję estrogenowo-gestageną z wstawką androgeną obecnie uznaje się za właściwą formę hormonalnej terapii dysfunkcji seksualnej. Z tego względu tibolon wydaje się bezpieczną i skuteczną formą terapii, która poprawia libido, z jednoczesnym efektem HTZ [12–15, 17].

Dla wielu kobiet, zwłaszcza w naszej strefie kulturowej, okres menopauzy oznacza brak problemów z niechcianą płodnością, co zwiększa zainteresowanie seksualnością. Jednocześnie pojawiają się problemy egzystencjalne, takie jak „zespół wdowy” — brak współżycia płciowego przez wiele lat i „zespół opusz-

zonego gniazda”, co stwarza możliwość większej koncentracji na własnych potrzebach i doznaniach. Współczesne kobiety nie chcą już zaakceptować sytuacji, w której okres menopauzy jest zakończeniem ich potrzeb seksualnych. Zadaniem lekarzy seksuologów i ginekologów jest im w tym pomóc.

Piśmiennictwo

1. Basson R., Leiblum S., Brotto L. i wsp. Definitions of womens sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 2003; 24: 221–229.
2. Bakalczuk Sz., Bakalczuk G., Rykowska-Pierzchała A., Jakiel G. Korelacja testu Kuppermana i testu liniowej oceny samopoczucia u kobiet otrzymujących HRT przez okres 12 miesięcy. W: *Menopauza*. ICZMP, wyd. ADI. Łódź 2001: 93–97.
3. Pertyński T. Hormonalna terapia zastępcza w Polsce. *Medycyna po Dyplomie* 1997; 1: 8–12.
4. Pentado S.R.L., Fonseca A.M., Bagnoli V.R., Assis J.S., Pinotti J.A. Sexuality in healthy postmenopausal women. *Climacteric* 2003; 6: 321–329.
5. Studd J. Libido and the menopause. *Gynecological Endocrinology* 2004; 18: 146.
6. Lew-Starowicz Z. Seksualność w okresie menopauzy. *Przew. Lek.* 2000; 4: 2–8.
7. Wiklund I. How to evaluate „Quality of life” in the menopause. Menopause European Consensus Development Conference-Montreux 1966: 23–28.
8. Klein P. Mood and the menopause. W: Studd J. (red.). *The management of the menopause*. Parthenon Publishing Group, London 2003: 95–109.
9. Mattar C.N., Chong Y.S. Androgen therapy for female sexual dysfunction in the menopause: a systematic review. *Gynecological Endocrinology* 2004; 18: 207.
10. Shifren J.L. The role of androgens in female sexual dysfunction. *Mayo Clinic Proceedings* 2004; 79 (4): S19.
11. Graziottin A. Dyspareunia: clinical approach in the perimenopause. W: Studd J. (red.). *The management of the menopause*. London Parthenon Publishing Group 2003: 229–241.
12. Davis S.R. The effects of tibolone on mood and libido. *Menopause*, t. 9, nr 3, 162–170.
13. Lipińska-Szałek A., Krogulski S., Nadel I., Pertyński T. Ocena wybranych aspektów życia psychicznego i seksualnego u pacjentek przyjmujących tibolon (Livial). W: *Menopauza*. ICZMP wyd. ADI. Łódź 2000: 45–50.
14. Palacios S., Menendez C., Jurado A.R., Castano R., Vargas M. Changes in sex behaviour after menopause: effects of tibolone. *Maturitas* 1995; 22: 155–161.
15. Nathorst-Boos J., Hammar M. Effect on sexual life — a comparison between tibolone and a continuous estradiol — norethisterone acetate regimen. *Maturitas* 1997; 26: 15–20.
16. McCoy N.L. Female sexual interest, response and attractiveness in relation to age, the menopause and hormone replacement therapy. *The Menopause at the Millenium*. Publishing Parthenon Group. Yokohama 1999: 452–457.
17. Albertazzi P., Natale V., Barbolini C., Teligo L., Di Micho R. The effect of tibolone versus continuous combined norethisterone acetate and estradiol on memory, libido and mood of postmenopausal women: a pilot study. *Maturitas* 2000; 36: 223–229.
18. Genazzani A. The role of androgens in female sexual functioning. *Womens Health and Menopause*. Florence 2004: 18.
19. Dennerstein L. Menopause, surgical menopause and sexual functioning. *Womens Health and Menopause*, Florence 2004: 17.
20. Dennerstein L., Lehert P., Burger H., Garamszegi C., Dudley E. Menopause and sexual functioning. W: Studd J. (red.). *The management of the menopause*. Parthenon Publishing Group, Carnforth 2000: 203–210.