

Menopauza a problemy seksualne kobiet

Menopause and female sexual problems

Magdalena Stec
Michał Stec
Noemi Studzińska

Międzynarodowe Naukowe Towarzystwo
Wspierania i Rozwoju Technologii Medycznych

**European Journal
of Medical Technologies**
2014; 1(2): 54-59

Copyright © 2014 by ISASDMT
All rights reserved
www.medical-technologies.eu
Published online 24.01.2014

Adres do korespondencji:

Międzynarodowe
Naukowe Towarzystwo
Wspierania i Rozwoju
Technologii Medycznych,
20-012 Lublin,
ul. Szczerbowskiego 5/1,
Polska

Streszczenie

Menopauza definiowana jest jako trwałe zaprzestanie miesiączki wywołane utratą aktywności jajników. Zmniejszenie poziomu hormonów płciowych w okresie okołomenopauzalnym ma negatywny wpływ na aspekt seksualny życia kobiety. Do najczęstszych zaburzeń seksualnych należą dyspareunia oraz spadek pożądania seksualnego. Promowanie wśród kobiet dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego w okresie menopauzy oraz badanie i omówienie funkcji seksualnych powinno być podstawowym elementem wizyty kontrolnej u ginekologa.

Abstract

Menopause is defined as the permanent cessation of menstruation due to the loss of ovarian activity. Reducing the level of sex hormones during perimenopause has a negative impact on the sexual aspect of a woman's life. The most common sexual disorders include dyspareunia and a decrease in sexual desire. The promotion of women's physical well-being and mental health during menopause and study and discussion of sexual function should be an essential element of an inspection visit to the gynecologist.

Słowa kluczowe:

menopauza,
seksualność, spadek
libido

Key words:

menopause, sexuality,
loss of libido

Wstęp

Menopauza definiowana jest jako trwałe zaprzestanie miesiączki wywołane utratą aktywności jajników. U większości kobiet menopauza jest wynikiem naturalnego procesu starzenia się następującego po okresie zmian neuroendokrynych. Jednak u niektórych kobiet usunięcie obu jajników prowadzi do nagłego i przedwczesnego przejścia w tak zwaną „chirurgiczną menopauzę” na długo przed wiekiem menopauzy naturalnej. Badania przekrojowe wskazują, że średni wiek naturalnej menopauzy to około 50-52 lat [1].

Naturalna produkcja hormonów płciowych, zarówno estrogenów, jak i androgenów, zmniejsza się podczas menopauzy w porównaniu z produkcją w czasie wieku rozrodczego. Podczas gdy poziom estrogenów spada stopniowo w czasie trwania menopauzy, poziom androgenów spada stopniowo w trakcie naturalnego procesu starzenia się kobiety w wieku od 30. roku życia. W chirurgicznej menopauzie następuje natychmiastowa utrata zarówno estrogenów, jak i androgenów produkowanych przez jajniki [2].

Objawy menopauzy (uderzenia gorąca, zmiany nastroju, zaburzenia snu, suchość pochwy itp.) są podobne zarówno w spontanicznej, jak i chirurgicznej menopauzie. Różnice indywidualne dotyczą rodzaju i nasilenia objawów, jak również ich wpływu na jakość życia i poziom niepokoju związany z objawami. Objawy i ich skutki są zależne od liczby czynników biologicznych, psychologicznych, socjologicznych oraz relacji partnerskich. Menopauza chirurgiczna jest często związana z nasilonymi objawami przekwitania i zaburzeniami seksualnymi, szczególnie u młodszych kobiet, i dlatego wymaga odpowiedniego postępowania klinicznego [3].

Naturalna menopauza a funkcje seksualne

Problemy seksualne występują u kobiet w czasie całego cyklu reprodukcyjnego. Jednak kobiety po menopauzie mogą być bardziej skłonne do rozwijania objawów związanych z problemami seksualnymi. Wzajemne oddziaływanie poszczególnych czynni-

ków, w tym zmiany hormonalne, mają istotny wpływ na sferę seksualną w tym okresie [4]. Estrogeny i androgeny przekształcają korowe obszary koordynujące i kontrolujące. Ponadto hormony płciowe wpływają na próg czułości obu organów niepłciowych i narządów płciowych oraz układ podwzgórzowo-limbiczny, w którym wywołanie świadomego odbioru i przyjemnych reakcji ma wpływ na uwalnianie konkretnych neuroprzekazników i neuromodulatorów [5,6].

Odpowiedni poziom estrogenów, głównie estradiolu, pomaga zachować właściwą wilgotność pochwy i zapobiega dyspareunii. Z drugiej strony androgeny, głównie testosteron, przyczynią się do rozpoczęcia aktywności seksualnej i zgody do zachowań seksualnych poprzez bezpośrednie zmiany w środowisku pochwy i fizjologię łechtaczki, które wpływają na przekrwienie narządów płciowych [7-9].

Starzenie samo w sobie zakłóca poziom sprawności seksualnej, ale zachowania seksualne kobiet w średnim wieku i starszych jest silnie uzależnione również od takich czynników, jak: ogólne samopoczucie fizyczne i psychiczne, jakość relacji i sytuacja życiowa, poziom przeszłego funkcjonowania seksualnego, klasa społeczna, edukacja, zatrudnienie, stresory, czynniki osobowościowe, społeczno-kulturalne i negatywne nastawienie do menopauzy, wiek partnera i jego stan zdrowia, uczucie do partnera [12,13].

W najdłużej trwającym populacyjnym badaniu *Melbourne Projekt Zdrowie kobiet wieku średniego* stwierdzono znaczny spadek uczucia pożądania, podniecenia, orgazmu i częstotliwości aktywności seksualnej oraz znaczący wzrost suchości pochwy/dyspareunii i problemów seksualnych partnera podczas całego okresu menopauzy. W badaniach tych zarówno wiek, jak i naturalna menopauza miały znaczące negatywne skutki na funkcjonowanie seksualne [10,11].

Dysfunkcje seksualne u kobiet w okresie menopauzalnym

Dyspareunia jest wspólnym problemem wielu kobiet w okresie pomenopauzalnym. Badania wskazują, że 25-50% kobiet odczuwa ból podczas stosunku seksu-

alnego. Ból może wahać się od łagodnego do nieznośnego klucia, pieczenia i skrajnej tkliwości.

W zależności od przyczyny ból może być zlokalizowany na zewnętrznych narządach płciowych (srom), wewnątrz pochwy lub głęboko w miednicy małej. Wiele kobiet odczuwa dyskomfort głównie w przedścionku, gdzie bogato unerwiony obszar otacza wejście do pochwy. Dyspareunia może rozpocząć się nagle lub rozwijać stopniowo. Prawdopodobne przyczyny tego stanu to: zmiany hormonalne, choroby ogólnoustrojowe, problemy emocjonalne, takie jak niepokój lub depresja oraz nerwice. Atrofia pochwy, pogorszenie tkanki pochwy są spowodowane utratą estrogenów i są główną przyczyną bolesnego stosunku u kobiet w wieku średnim. Kiedy produkcja estrogenów przez jajniki spada w czasie menopauzy, tkanka pochwy staje się cieńsza, mniej nawilżona i mniej elastyczna. Ostatecznie zmiany te powodują suchość pochwy, jej pieczenie, swędzenie i ból.

Rozpoznanie dyspareunii wymaga przeprowadzenia dokładnego wywiadu na temat lokalizacji, rodzaju, umiejscowienia i przyczyny, która wywołuje ból. Ważne jest także przeprowadzenie dokładnego badania ginekologicznego. Leczenie dyspareunii polega na wieloaspektowym podejściu. Zawiera ono między innymi leki, takie jak estrogen podawany dopochwowo. Miejscowo podana niska dawka estrogenów pomaga wielu kobietom cierpiącym na atrofię pochwy. Występują w postaci kremu (aplikowane na srom lub do pochwy), małych tabletek zakładanych do pochwy lub elastycznego pierścienia dopochwowego noszonego stale i wymienianego co trzy miesiące. Lidokaina – środek miejscowo znieczulający – może złagodzić dyskomfort seksualny, gdy stosuje się ją jako maść do przedśionka przed i po stosunku.

Zespół obniżonego popędu płciowego

Inną wymienianą w literaturze formą zaburzeń seksualnych jest spadek lub utrata *libido*/pożądania seksualnego, również zdefiniowanego jako HSDD (*hypoactive sexual desire disorder*) [14]. HSDD jest trwałym lub nawracającym brakiem fantazji seksualnych, chęci i otwartości na aktywność seksualną,

którego skutkiem jest niepokój personalny. Ustalenie rozpoznania HSDD powinno obejmować czynniki biologiczne, interpersonalne i psychiczne. Wpływ niedoboru hormonów, stan zdrowia, depresja i leki mogą wpływać na funkcje seksualne i powinny być uwzględnione tak samo jak czynniki psychospołeczne, między innymi czynniki stresogenne [15]. Doświadczanie zaburzeń seksualnych jest związane z niską jakością życia zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, ale negatywne efekty wydają się bardziej rozległe i dotkliwe dla kobiet. Pomimo występowania problemów seksualnych u osób starszych zaprzestanie aktywności seksualnej nie jest nieuniknioną konsekwencją upływu czasu i wysoki odsetek kobiet oraz mężczyzn pozostaje seksualnie aktywny również w późniejszym okresie życia [16,17].

W globalnym badaniu dotyczącym postaw i zachowań seksualnych 27 500 mężczyzn oraz kobiet w wieku 40-80 lat z 29 krajów oceniono znaczenie seksu oraz częstość występowania zaburzeń seksualnych. Większość zarówno mężczyzn (82%), jak i kobiet (76%) zgodziła się ze stwierdzeniem „zadowolające życie seksualne jest niezbędne do utrzymania związku” [18]. Większość mężczyzn (65%) i kobiet (57%) nie zgodziło się natomiast ze stwierdzeniem „starsi ludzie nie chcą seksu” [19]. Trzydzieści dziewięć procent kobiet w badanej populacji poinformowało o co najmniej jednej z dysfunkcji (brak zainteresowania seksem, brak możliwości osiągnięcia orgazmu, trudności związane z odpowiednim nawilżeniem pochwy, ból podczas współżycia) [18]. Ponadto badania ankietowe przeprowadzone przez *The Women's International Sexuality and Health Survey* (WISHES Study) wykazały występowanie niskiego popędu seksualnego, ze złym stanem lub bez złego stanu, wśród 4517 kobiet w wieku 20-70 lat mieszkających w USA, Francji, Niemczech, Włoch i Wielkiej Brytanii [20,21]. Celem tego badania było porównanie funkcjonowania seksualnego kobiet poddanych histerektomii z obustronnym usunięciem jajników (chirurgiczna menopauza) z kobietami w podobnym wieku, które mają obustronnie jajniki. Młodsze kobiety po chirurgicznej menopauzie w wieku 20-49 lat porównano z kobietami w tej samej grupie wiekowej, ale nadal regularnie miesiączkującymi, a kobiety w wieku 50-70 lat z chirurgiczną menopauzą

porównano z kobietami po naturalnej menopauzie w tym wieku. Na podstawie uzyskanych wyników badań stwierdzono, że kobiety po menopauzie chirurgicznej są znacznie bardziej narażone na niski popęd seksualny oraz związany z nim zły stan ogólny klasyfikowane jako HSDD niż kobiety po naturalnej menopauzie w tym samym wieku. Te same badania oceniały relacje między niskim pożądaniem seksualnym a obecnością partnera seksualnego. Większy odsetek kobiet z niskim pożądaniem seksualnym odczuwał sfrustrowanie, niepokój, rozczarowanie, zmartwienie, zawstydzenie i gorsze samopoczucie w porównaniu z kobietami z prawidłowym pożądaniem seksualnym. Negatywne problemy psychologiczne związane ze zmniejszonym zainteresowaniem seksem wynikały z tego, że kobiety czuły się mniej kobiece, niepewne siebie, co przekładało się na relacje z partnerem i jakość związku [20,21].

Możliwości leczenia spadku pożądania seksualnego u kobiet w okresie menopauzy

Menopauza jest stanem, który może wymagać interwencji terapeutycznych według indywidualnych potrzeb kobiety. Z analizy prac przeglądowych i kontrolowanych badań leczenia problemów seksualnych kobiet po menopauzie wynika, że stosowanie hormonalnych terapii w praktyce nie jest poparte odpowiednimi dowodami [22,23]. Niektóre źródła donoszą, że konwencjonalna terapia hormonalna estrogenami i progestagenami może być skuteczna w leczeniu atrofii pochwy, zwiększeniu nawilżenia pochwy i zmniejszeniu dyspareunii. Nie wykazano jednak konsekwentnego zwiększenia popędu seksualnego lub poprawy w takich dolegliwościach, jak HSDD. W tych przypadkach zastosowanie androgenów okazało się pomocne, co potwierdzają liczne dane sprawozdawcze związane z poprawą *libido*, przyjemności i zdolność do osiągnięcia orgazmu [24-27]. W randomizowanym, kontrolowanym placebo klinicznym badaniu stosowania testosteronu w menopauzie chirurgicznej u kobiet z HSDD wykazano znaczące zwiększenie pożądania i aktywności seksualnej u pa-

cjentek leczonych testosteronem. Transdermalnie stosowane 300 µg testosteronu testowane było wobec placebo u kobiet przyjmujących jednocześnie terapię estrogenową. Po 24 tygodniach leczenia znacznie większy wzrost pożądania seksualnego i aktywności seksualnej odnotowano w grupie, w której stosowano testosteron w porównaniu z grupą placebo [28-30].

Podsumowanie

Globalny odsetek kobiet w okresie menopauzy będzie wzrastał w związku ze starzeniem się społeczeństwa [31]. W krajach rozwiniętych kobiety żyją średnio od 6 do 8 lat dłużej niż mężczyźni. Długość życia kobiet przekracza obecnie 80 lat w co najmniej 35 krajach [32]. Średni wiek menopauzy przypada na około 50 lat. Typowa kobieta XXI wieku spędza jedną trzecią swojego życia w okresie postmenopauzalnym. Promowanie wśród kobiet dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego w okresie menopauzy oraz badanie i omówienie funkcji seksualnych powinno być podstawowym elementem wizyty kontrolnej u ginekologa. Niestety nadal ocena seksualnego funkcjonowania kobiety nie jest rutynową częścią prowadzenia wywiadu z pacjentką po menopauzie [33]. Brak szczegółowych szkoleń lekarzy w zakresie medycyny seksualnej, poczucie bezradności terapeutycznej i negatywny emocjonalny stosunek do tematu mogą być powodem zaniechania rozmów z pacjentką na ten temat [34].

Piśmiennictwo

1. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Baltimore (MD): Lippincott Williams & Wilkins 2004: 25-96.
2. Davison SL, Bell R, Donath S, Montalto JG, Davis SR. Androgen levels in adult females: changes with age, menopause, and oophorectomy. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 3847-3853.
3. Davis SR, Burger H. Androgen and postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81: 2759-2763.
4. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril* 2002; 77: S42-S48.

5. Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 1012-1030.
6. Munarriz R, Kim NN, Goldstein I, Traish AM. Biology of female sexual function. *Urol Clin North Am* 2002; 29: 685-693.
7. Sarrel PM. Sexuality and menopause. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 26S-35S.
8. Nappi RE, Detaddei S, Ferdeghini F, Brundu B, Sommacal A, Polatti F. Role of testosterone in feminine sexuality. *J Endocrinol Invest* 2003; 26: 97-101.
9. Bachmann GA, Leiblum SR. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause* 2004; 11: 120-130.
10. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 351-358.
11. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril* 2001; 76: 456-460.
12. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril* 2005; 84: 174-180.
13. Nappi RE, Baldaro Verde J, Polatti F, Genazzani AR, Zara C. Self-reported sexual symptoms in women attending menopause clinics. *J Obstet Gynecol Invest* 2002; 53: 181-187.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association 1994.
15. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, et al. Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2003; 24: 221-229.
16. Bachmann GA, Leiblum SR. Sexuality in sexagenarian women. *Maturitas* 1991; 13: 43-50.
17. Meston CM. Aging and sexuality. *West J Med* 1997; 167: 285-290.
18. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr, Paik A, Gingell C. Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors Investigators' Group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology* 2004; 64: 991-997.
19. Nicolosi A. Bridging the gap between research and policy in public health: information, promotion and training. *Eur J Public Health* 2002; 12 (4 Suppl): 5-128.
20. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of western European women. *J Sex Med* 2006; 3: 212-222.
21. Leiblum S, Koochaki P, Rodenberg C, Barton I, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause* 2006; 13: 46-56.
22. Modelska K, Cummings S. Female sexual dysfunction in postmenopausal women: systematic review of placebo-controlled trials. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 286-293.
23. Alexander JL, Kotz K, Dennerstein L, Kutner SJ, Wallen K, Notelovitz M. The effects of postmenopausal hormone therapies on female sexual functioning: a review of double-blind, randomized controlled trials. *Menopause* 2004; 11: 749-765.
24. Sherwin BB, Gelfand MM. Differential symptom response to parental estrogen and/or androgen administration in the surgical menopause. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 151: 153-160.
25. Davis SR, McCloud PI, Strauss BJG, Burger H. Testosterone enhances estradiol's effects on postmenopausal bone density and sexuality. *Maturitas* 1995; 21: 227-236.
26. Sarrel P, Dobay B, Wiita B. Estrogen and estrogen-androgen replacement in postmenopausal women dissatisfied with estrogen-only therapy. Sexual behavior and neuroendocrine responses. *J Reprod Med* 1998; 43: 847-856.
27. Shifren J, Braunstein G, Simon J, Casson PR, Buster JE, et al. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Engl J Med* 2000; 343: 682-688.
28. Braunstein GD, Sundwall DA, Katz M, Shifren JL, Buster JE, 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: 1582-1589.
29. Simon J, Braunstein G, Nachtigall L, Utian W, Katz M, et al. Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal wo-

- men with hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 5226-5233.
30. Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, Brown C, Breaux JG, et al. Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 944-952.
 31. Hill K. The demography of menopause. *Maturitas* 1996; 23: 113-127.
 32. World Health Organization. Women, ageing and health. Factsheet 252 [Internet]. Geneva: WHO; 2000 Jun [cited 2004 Jan]. Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs252/en/>
 33. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract* 2001; 18: 516-518.
 34. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril* 2003; 79: 572-576.