JOURNAL FÜR
FERTILITÄT UND REPRODUKTION

GEISS I
Weibliche Sexualstörungen

Journal für Fertilität und Reproduktion 2006; 16 (3) (Ausgabe für Österreich), 6-12
Journal für Fertilität und Reproduktion 2006; 16 (3) (Ausgabe für Schweiz), 7-12

Homepage:

www.kup.at/fertilitaet

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR IN-VITRO-FERTILISIERUNG, ASSISTIERTE REPRODUKTION UND KONTRAZEPTION

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

Indexed in EMBASE/
Excerpta Medica

Weibliche Sexualstörungen

I. M. Geiss

In den letzten Jahren wächst das Interesse an dem großen Themenkomplex „Sexualstörungen" von seiten der Patientinnen und ÄrztInnen. Die Bedeutung von Störungen im sexuellen Ablauf dürfen für die Lebensqualität nicht unterschätzt werden. Abklärung und Therapie der komplexen Störungen sollten in der alltäglichen Praxis von FrauenärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen Einzug halten. Standardisierte Terminologie und systematische Abklärung können dabei helfen, die einzelnen Komponenten einzugrenzen.

Medical interest in female sexual dysfunction is growing and patients require more support and therapies. Sexual dysfunction has important impact in quality of life and our patients should be treated in routine care by gynecologists. To clarify the different parameters of sexual dysfunction standardised terminology and systematic examination may help. ***J Fertil Reprod 2006; 16 (3): 6–12****.*

In den letzten Jahren wächst das medizinische Interesse an dem großen Themenkomplex „Weibliche Sexualstörungen". Dieses wichtige Lebensthema wurde und wird von Ärzten und Frauenärztinnen oft wegen seiner Komplexität gemieden. Das aufwendige Anamnesegespräch und das vermeintliche Fehlen der Therapiemöglichkeiten hält viele Kollegen davon ab, sich mit ihren Patientinnen darüber zu unterhalten. Wenn man aber wie bei anderen Störungs- und Krankheitsbildern die medizinische Systematik anwendet, kommt man häufig zu einer rasche Eingrenzung des Störungsbildes und damit zu einer korrekten Diagnose mit dazugehörenden Therapieoptionen. Die Bedeutung von Störungen im sexuellen Ablauf dürfen für die Lebensqualität unserer Patientinnen nicht unterschätzt werden. Die Abklärung und Therapie sollten ins alltägliche Handgepäck jedes Frauenarztes und praktischen Arztes gepackt sein.

Epidemiologie

Die Häufigkeit von weiblichen Sexualstörungen wurden bereits in zahlreichen Studien nachgewiesen. Die größte und am häufigsten zitierte Studie wurde von Laumann et al. 1999 publiziert. Sie gibt eine Häufigkeit von 43 % bei Frauen und 31 % bei Männern in Alter zwischen 18 und 59 Jahren an [1].

Eine anonyme Erhebung einer Arbeitsgruppe in Wien und Mödling ergab eine Zahl von 50 % bei Patientinnen der gynäkologischen Ambulanz (mittleres Alter: 37,8 Jahre) und 48 % in der älteren Patientinnengruppe der urogynäkologischen Ambulanz (mittleres Alter: 55,7 Jahre). Die Unterschiede in den einzelnen Untergruppen der Störungen waren nicht signifikant (siehe Abb. 1). Die absolute Zahl der Frauen ohne sexuelle Aktivitäten ist in der älteren Gruppe mit 24 % gegen 10 % in der jüngeren Gruppe signifikant höher [2]. Die Verminderung der sexuellen Aktivität allein wird aber nicht als Sexualstörung klassifiziert werden.

Viele Faktoren können zu einer Abnahme der sexuellen Frequenz führen. So zeigen Daten der bekannten Massachusetts Male Aging Study (MMAS), daß 34,8 % der Männer zwischen 40 und 70 Jahren an milder oder schwerer erektilen Dysfunktion leiden [3]. In der Ätiologie von Sexualstörungen ist naturgemäß immer die Zusammenschau der Daten beider Geschlechter interessant.

Korrespondenzadresse: Dr. Ingrid M. Geiss, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, A-2371 Hinterbrühl, Gaadner Straße 2a, E-mail: office@frauenaerztin-geiss.at, www.frauenaerztin-geiss.at

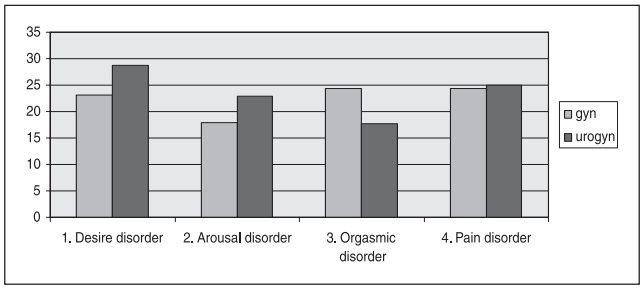

Abbildung 1: Verteilung der weiblichen Sexualstörungen, basierend auf Prozenten von sexuell aktiven Frauen

Terminologie

Zum medizinischen internationalen Dialog über Erkrankungen muß auf allen Gebieten eine Standardisierung der Ausdrücke und Definitionen verwendet werden. Nach der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen der World Health Organisation (ICD-10) und der DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der amerikanischen psychiatrischen Gemeinschaft gibt es jetzt seit 1999 eine neue standardisierte Terminologie der Amerikanischen Gesellschaft für Urologie.

Diese Terminologie wurde in einem Konsensus von internationalen Experten erarbeitet (Tab. 1). Sie bietet eine klare und übersichtliche Einteilung nach den 4 Hauptgruppen der weiblichen Sexualstörungen [4]. Ein wichtiges Kriterium in dieser Klassifikation ist die Frage, ob die Situation die Patientin belastet oder nicht. Erst mit der Angabe einer Belastung durch die Patientin darf eine Störung festgestellt werden.

Definitionen

- IA: Störung der mangelnden Lust ist das ständige oder immer wiederkehrende Fehlen von sexuellen Gedanken und/oder Verlangen nach sexueller Aktivität, welche eine Belastung für die Frau darstellt.

Tabelle 1: Einteilung der weiblichen Sexualstörungen, Konsensus-Klassifikation, 1999

I. Libidostörungen
A. Störung der mangelnde Lust
B. Störung mit sexuellem Widerwillen
II. Erregungsstörungen
III. Orgasmusstörungen
IV. Sexuelle Schmerzstörungen
A. Dypareunie
B. Vaginismus
C. Andere sexuelle Schmerzen

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.
Homepage Journal für Fertilität und Reproduktion: http://www.kup.at/fertilitaet

- IB: Störung mit sexuellem Widerwillen ist ein ständiger oder immer wiederkehrender ängstlicher Widerwillen (Ekel) oder Vermeidung von sexuellen Kontakten mit einem sexuellen Partner, welche eine Belastung für die Frau darstellt.
- II. Erregungsstörung bedeutet die ständige oder immer wiederkehrende Unfähigkeit, eine sexuelle Erregung zu bekommen oder zu erhalten, welche eine Belastung für die Frau bedeutet. Die mangelnde Erregung kann sich als Mangel an persönlicher Aufregung und mangelnder genitaler Reaktion wie Lubrikation, Schwellung oder verminderten genitalen Empfindungen äußern.
- III: Orgasmusstörungen sind definiert als ständige oder immer wiederkehrende Schwierigkeit, Verspätung oder Fehlen des Erreichens eines Höhepunktes trotz ausreichender sexueller Stimulation und Erregung, welche die Frau belastet.
- IVA: Dyspareunie ist der ständige oder wiederkehrende genitale Schmerz beim Geschlechtsverkehr.
- IVB: Vaginismus ist der ständige oder wiederkehrende unwillkürliche Muskelkrampf des äußeren Drittels der Scheide, der mit der vaginalen Penetration einhergeht und die Frau belastet.
- IVC: Nicht-koitale Schmerzstörung bedeutet genitale Schmerzen bei nicht-koitaler sexueller Stimulation.

Als zusätzliche Unterteilungen können noch befragt werden, ob die Veränderung (A) lebenslang oder erworben, (B) generalisiert oder situationsabhängig sind und (C) welchen ätiologischen Ursprungs (organisch, psychisch, gemischt, unbekannt) die Störung anzusehen ist.

Mit dieser klaren Terminologie kann die Kommunikation national und international wesentlich klarer erfolgen.

Ätiologie

Die Komplexizität der weiblichen Sexualstörungen spiegelt sich in der Vielfalt der ätiologischen Komponenten wider. Aber auch hier bringt Einteilung die nötige Klarheit. Die ursächlichen Faktoren werden laut Konsensuskonferenz in 4 Gruppen eingeteilt: Organisch, psychisch, gemischt und unbekannt (Tab. 2).

Organisch

Hormonell

Bei beiden Geschlechtern treten altersabhängige physiologische Veränderungen der Sexualfunktion auf. Die Auswirkungen verminderter Östrogenspiegel auf die Reduktion der Lubrikation und genitalen Empfindungen sind nachgewiesen und bereits Teil unserer klinischen Erfahrung. In einer Untersuchung über die klimakterischen Veränderungen wurde ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von sexuellen Aktivitäten und dem Alter gefunden. Ebenso wurde nachgewiesen, daß die Libido vom steigenden Alter und dem Östrogenspiegel beeinträchtigt wird [5].

Tabelle 2: Organische Ursachen für weibliche Sexualstörungen

– Hormonell
– Entzündungen
– Endometriose
– Operationen
– Medikamente
– Vaskuläre Erkrankungen
– Diabetes mellitus

Entzündungen, Endometriose
Durch Geschlechtsverkehr ohne ausreichende Lubrikation können mechanische Irritationen am Introitus und in der Scheide zu einem gehäuften Auftreten von Genitalinfektionen führen. Die Möglichkeit einer vulvären Vestibulitis sollte man in der Praxis bei Beschwerden der Dyspareunie bei Penetration abklären.

Vulväre Vestibulitis ist definiert als Symptomenkomplex von pathophysiologischen und psychischen Faktoren mit Rötung, mechanischen Läsionen und Schmerzen am Introitus vaginae. Als Ursachen dafür werden Infektionen, mangelnde Lubrikation und kleine Läsionen am Introitus gesehen. Hingegen kann das Beschwerdebild der Dyspareunie bei tiefer Penetration sowohl mit vaginalen Entzündungen als auch durch Endometriose hervorgerufen werden. Die schwersten Schmerzsymptome sind bei Infiltrationen der sakrouterinen Ligamente und bei Adhäsionen im kleinen Becken zu finden [6].

Operationen
Zahlreiche Untersuchungen wurden zur Erforschung der Auswirkungen von gynäkologischen Operationen auf die Sexualfunktion durchgeführt. Als erstes interessiert natürlich als häufigste Operation die Hysterektomie. Auswirkungen sind sowohl wegen geänderter anatomischer Verhältnisse als auch wegen Unterbrechung der Innervation möglich. Studien aus den USA belegen eine Verbesserung der sexuellen Parameter wie Frequenz, Dyspareunie, Orgasmus und Libidostörung nach Hysterektomie und suprazervikaler Hysterektomie [7–9]. Eine große Übersichtstudie aus England, wo die Technik der subtotalen Uterusexstirpation verbreitet ist, vergleicht totale mit subtotalen Hysterektomien. Die Daten der Veränderungen nach totaler Hysterektomie ergeben eine leichte Reduktion der Frequenz an sexuellen Kontakten sowie eine deutliche Abnahme an Dyspareunie.

Eine multizentrische, prospektive Untersuchung der sexuelle Funktionen nach urogynäkologischen Eingriffen zeigte keine Veränderung der Sexualfunktion trotz Verbesserung der Inkontinenz [10]. Eine weitere Studie zeigte eine Verbesserung oder Gleichbleiben der Sexualfunktion und Zufriedenheit. Außerdem wurde bei dieser Erhebung von 38 % (8 von 31) der Patientinnen Dyspareunie nach kombiniertem Eingriff Burch-Kolposuspension und Kolporrhaphia posterior angegeben. Bei isolierter Kolporrhaphia posterior gaben immerhin noch 26 % der Patientinnen Dyspareunie an [11].

Medikamente (Tab. 3)
Für nahezu alle Antidepressiva sind sexuelle Nebenwirkungen beschrieben, die weit über die Wirkung der Depression selbst hinausgehen. Die Inzidenz von sexuellen Nebenwirkungen ist mit bis zu 92 % für einzelne Medikamentengruppen beschrieben. Da der Libidoverlust ebenfalls ein Symptom einer schweren Depression ist, muß genau evaluiert werden, welche Hauptkomponente Vorrang hat [12, 13].

Antihypertensiva, vor allem nicht-selektive Betablocker und zentralwirksame Antihypertensiva (z. B. Clonidin, Diuretika), beeinflussen neurogene, vaskuläre und hormonelle Parameter und führen über eine Zunahme vasokonstriktorischer Hormone (Angiotensin II, Endothelin) zu Erektionsproblemen bei Männern. Leider liegen bisher nur wenige Daten über diese Zusammenhänge bei Frauen auf. Neue Daten dazu zeigt eine aktuelle Studie über den Einfluß von Valsartan in Vergleich zu Atenolol auf die Sexualfunktion von postmenopausalen Frauen. Dabei zeigte sich, daß Valsartan die sexuellen Funktionen bei postmenopausalen, hypertensiven Frauen vor allem in Hinblick auf die Libido deutlich verbesserte, während Atenolol diese verschlechterte. Dieser Aspekt hat möglicherweise Einfluß auf die Lebensqualität der Frau und damit auf ihre Compliance zur Einnahme der Medikamente [14, 15].

Tabelle 3: Liste von Medikamenten, assoziiert mit Sexualstörungen

- Antihistaminika
- Antikonvulsiva
- Metronidazol
- Metoclopramid
- Antihypertensiva
  Diuretika
  Adrenerge Antagonisten
  Beta-Blocker
  Kalziumkanal-Blocker
- Antiandrogene
  Cimetidin
  Spironolacton
- Cyclophosphamid
- Anticholinergika
- Orale Kontrazeptiva
- Antidepressiva
- Hypnotika
- Sedativa
- Alkohol
- Antiöstrogene
  Tamoxifen
  Raloxifen

Vaskuläre Erkrankungen, Diabetes
Da bei Erregung der genitale Blutfluß erhöht ist und es dabei zur Schwellung der Vulva kommt, können sich Durchblutungsstörungen auf die Erregungsausbildung negativ auswirken. Diabetes und vaskuläre Erkrankungen existieren häufig nebeneinander, und die erektile Dysfunktion des Mannes kann ein Marker für eine noch unbemerkte arterielle Verschlußkrankheit sein. Bei Männern mit koronarer Herzerkrankung treten bis zu 75 % erektile Dysfunktionen zusätzlich auf. Ähnliche Beobachtungen sind bei Frauen auf Grund des komplexeren Erregungsablaufes schwieriger nachzuvollziehen. Aber auch in der Diagnose der weiblichen Sexualstörungen muß von einer ähnlichen Pathogenese des veränderten Blutflußes und diabetischen Neuropathien ausgegangen werden [16, 17].

Psychisch
Der Zusammenhang zwischen psychischem Wohlbefinden und sexuellem Erleben ist evident. Nach Abklärung organischer Faktoren müssen die psychischen Komponenten einzeln hinterfragt und eingegrenzt werden (Tab. 4).

Raum und Zeit
In der Gesprächssituation ergibt sich meist schnell die Nachfrage nach den zeitlichen und räumlichen Möglichkeiten für sexuelle Kontakte. Besonders junge Frauen sind im beruflichen und familiären Alltag unter Druck. In der Anamnesesituation kann dieser Faktor besprochen und damit gleichzeitig eine ärztliche Beratung mit Sicht auf die privaten Umstände erfolgen.

Tabelle 4: Psychische Ursachen für weibliche Sexualstörungen

- Raum und Zeit
- Psychosozial
- Partnerdynamik
- Depression
- Mißbrauch

Psychosozial
Gehäuftes Vorkommen von Sexualstörungen ist bei unverheirateten, jüngeren Frauen und älteren Männern sowie bei niedriger Schulbildung zu finden. Frauen mit höherem Bildungsstatus berichten nur halb so oft über Libidostörung, Orgasmusstörung, Schmerzen bei sexuellen Kontakten oder Angst vor sexuellen Kontakten. In der großen amerikanischen Studie von Laumann et al. [1] wurden Zusammenhängen zwischen psychosozialen Schwierigkeiten und Sexualstörungen gefunden

Partnerdynamik
Der wichtige Parameter der Partnerbeziehung muß im ärztlichen Anamnesegespräch ebenfalls angesprochen werden. Hier liegt die Priorität in der Gelegenheit, Frauen in einem geschützten Rahmen das Gespräch über ihre private Beziehungssituation anzubieten. Bei tiefergehenden Schwierigkeiten liegt die Aufgabe der Ärztin darin, eine weitere Therapie mit kompetenten Therapeuten zu empfehlen.

Mißbrauch
In einer anonymen Erhebung über Mißbrauch an einer gynäkologischen Ambulanz in Deutschland gaben 20,1 % der Patientinnen an, zu sexuellen Aktivitäten, die sie nicht wollten, gezwungen worden zu sein. 44,4 % gaben an, Erfahrungen mit ungewollten sexuellen Aufmerksamkeiten, wie Berührungen, Exhibitionismus oder vulgären, sexistischen Witzen oder Bemerkungen gemacht zu haben [18].

Aus der Gruppe der Mißbrauchsopfer haben nur 6 % über ihre Erfahrungen mit ihrem Gynäkologen gesprochen und nur 0,5 % wurden danach direkt vom Arzt befragt. Eine Untersuchung aus Australien hat einen Zusammenhang mit Vorgeschichte von sexuellem Mißbrauch und der Qualität der aktuellen Beziehungen, wie kürzere Beziehungsdauer und niedrigere Frequenz sexueller Aktivitäten, gefunden [19]. Erst durch die Frage nach sexuellem Mißbrauch kann den Patientinnen eine eventuell erforderliche Therapie angeboten werden.

Therapie (Tab. 5)

Ärztliche Beratung
Das ärztliche Gespräch ist eine „Kernkompetenz" des ärztlichen Berufes, die ganz selbstverständlich jeden Tag vielfach eingesetzt wird. Das Erlernen der Gesprächsführung ist dabei meist mehr von Nachahmung erfahrener Kollegen und Selbsterfahrung geprägt als von bewußter theoretischer Auseinandersetzung mit Gesprächskomponenten.

Einige Hauptpunkte der Gesprächsführung sind dabei zu beachten:
- Therapeutische Haltung einnehmen: Das bedeutet, daß der Arzt eine nötige Distanz zur persönlichen Situation der Patientin einnehmen muß, ohne die wichtige Empathie für das Anliegen der Frau zu verlieren. Ärzte können und sollen das „Lebensproblem" der Patientin nicht lösen, sondern sie dabei nur begleiten.
- Koalitionsbildung ist zu vermeiden: Als Frau darf man sich dabei nicht automatische gemeinsam mit der weiblichen Patientin in einer Geschlechtsidentität gegen das andere Geschlecht stellen und der männliche Arzt darf nicht automatisch gegenüber der Patientin die männliche Seite verteidigen.
- Offene Fragen stellen: Offene Fragen sind nicht einfach mit Ja oder Nein zu beantworten, sondern die Patientin muß mit eigenen Worten ihr Anliegen beschreiben.

Tabelle 5: Therapiemöglichkeiten bei weiblichen Sexualstörungen

– Ärztliches Gespräch
– Zeitmanagement
– Modifikation der Medikation
– Bewegungskonzept
– Sexualberatung
– Sexualtherapie
– Mechanische Hilfen und Toys
– Östrogenersatz
– Androgenersatz
– Tibolon
– Phosphodiesterase-Inhibitoren

Das beratende ärztliche Gespräch bringt vielfach Klarheit für die Patientin, nimmt den Druck und entlastet damit die Situation.

Zeitmanagement
„Geben Sie Ihrer Sexualität Raum und Zeit?" Diese Frage muß in einem genauen Anamnesegespräch gestellt werden. Oft führen Antworten darauf bereits auf einen klaren Weg der Umstrukturierung des partnerschaftlichen Alltags. Im ärztlichen Gespräch kommen viele Hinweise zur Therapie dabei bereits von den Patientinnen selbst. Hier gilt es hinzuhören und bei Bedarf darauf einzugehen. Der Faktor Zeitmanagement oder Setting muß Platz in einem Gespräch über Sexualstörungen haben. Die Lösungen sollen dabei aus der Erfahrung der Frau kommen.

Modifikation der Medikation
Bei zeitlichem Zusammentreffen von sexuellen Dysfunktionen mit einer Änderung in der Medikation muß ein ursächlicher Zusammenhang angenommen werden. Die Modifikation von z. B. antidepressiven oder antihypertensiven Medikamenten muß natürlich von den entsprechenden Fachdisziplinen vorgenommen werden. Eine spezielle Zuweisung mit gezielter Fragestellung in bezug auf die Sexualstörung muß dabei erfolgen.

Bewegungskonzept
Einige Studienergebnisse zeigen, daß es durch Beckenbodengymnastik und der damit verbundenen Stärkung der Beckenbodenmuskulatur zu einer Verbesserung von Libidostörungen und Dyspareunie kommen kannn [20, 21]. Da Beckenbodengymnastik eine gut etablierte Methode mit vielfältigem Angebot in der gynäkologischen Therapie von Senkung und Harninkontinenz ist, wird diese Therapieform von den Patientinnen sehr gerne angenommen. Ebenso sind aber auch andere Körperübungen wie z. B. Yoga, Pilates oder das derzeit aktuelle „Bauchtanzen" in Form von Gruppen- oder Einzeltraining in Betracht zu ziehen. Das Bewegungskonzept kann nur individuell mit der Frau entwickelt werden. Dazu stehen allerdings noch eindeutige Daten aus.

Sexualberatung/Sexualtherapie
Eine Zuweisung an SexualberaterInnen und SexualtherapeutInnen soll bei langanhaltenden oder sehr schwerwiegenden Störungen erfolgen. Sexualberatung setzt sich konsequent mit dem sexuellen Verhalten im Alltag der Personen auseinander und berät, wie Verhaltensmuster adaptiert und geändert werden können. Die Ausbildung wird von einigen Stellen berufsbegleitend angeboten [22].

Sexualtherapie hingegen ist eine auf sexuelle Störungen spezialisierte Psychotherapie und ist bei ausgeprägten oder lang anhaltenden Formen nötig. Die Ausbildung wird im

Rahmen einer weiterführenden Psychotherapieausbildung angeboten.

Das Hauptaugenmerk beider Interventionen liegt bei allgemeiner Information über das Sexualverhalten, Kommunikationstraining und der Ermunterung zur Beschäftigung mit den eigenem Körper. Das Ziel ist eine höheres Maß an Zufriedenheit und Lust, nicht die „genitale Performance" [23].

Mechanische Hilfen und Toys
Indikationen zum Einsatz für mechanische Hilfen sind das Gebiet der Erregungs- und Orgasmusstörungen. Die Unterstützung erfolgt dabei mit Hilfe von vibrierender Stimulation oder klitoraler Durchblutungsförderung mit einer Vakuumpumpe. In den USA ist eine klitorale Vakuumpumpe mit der Bezeichnung „Eros Therapy" von der FDA (Food and Drug Administration) zur Erhöhung des Blutflußes an der Klitoris zugelassen. In Europa ist der Einsatz noch sehr beschränkt und nur im seriösen Erotikfachhandel zu beziehen [24].

Östrogenersatz
Der positive Effekt lokaler Applikation von Östrogenen bei postmenopausalen Frauen mit vaginaler Atrophie und verminderter Lubrikation wird in der täglichen Praxis verbreitet angewandt. Durch die vermehrte Lubrikation werden sowohl Erregungstörungen als auch Dyspareunie auf Grund der trockenen Scheide gut behandelt.

Eine randomisierte, placebokontrollierte Studie (Östrogen-Gestagen versus Östrogen-Placebo) hat weiters einen positiven Effekt von Östrogen/Gestagenersatz in bezug auf Libido, Erregung und Stimmung bei postmenopausalen Frauen gefunden [25].

Tibolon
Tibolon wird in verschiedene Metaboliten, die sowohl Östrogen-, Gestagen- wie auch Androgenrezeptoren besetzen, umgewandelt. Damit ist ein weites Wirkungsspektrum vorgegeben. Empfehlungen der Internationalen Tibolon Consensus Group zufolge hat Tibolon für spezielle Untergruppen von postmenopausalen Frauen Vorteile. Der Einsatz von Tibolon ist vor allem für folgende postmenopausale Frauen zu empfehlen:

Frauen mit sexuellen Dysfunktionen, Depressionen, Myomen oder urogenitalen Beschwerden, die nach einer herkömmlichen Hormonersatztherapie mit Östrogen/Gestagen erhöhter Brustdichte in der Mammographie aufweisen oder über Brustschmerzen berichten [26].

Androgenersatz
Der Einsatz von niedrig dosiertem Androgenen als Therapieansatz bei Libidostörung gewinnt immer mehr an Interesse. Obwohl es in Europa noch keine offizielle Zulassung von Androgenersatz bei weiblicher Libidostörung gibt, werden doch viele klinische Erfahrungen berichtet. Vor allem postmenopausale Frauen nach bilateraler Ovarektomie oder mit Nebennierenrindeninsuffizienz scheinen primär für die Substitution geeignet zu sein. Eine für Frauen geeignete Dosierung ist derzeit aber noch nicht mit Studien belegt. Transdermale Applikation oder topische Gels sind gegenüber oraler Applikation zu bevorzugen. Es muß die niedrigst wirksame Dosis für die Patientin gefunden werden. In Falle der Androgentherapie ist die Patientin über die Nebenwirkungen wie Hirsutismus, Stimmveränderung, Akne, Leber- und Lipidstoffwechselveränderungen sowie bei jüngeren Frauen eine mögliche Virilisierung eines weiblichen Feten genau aufzuklären [27, 28].

Phosphodiesterase-Inhibitoren
Die Anwendung der Phosphodiesterase-Inhibitoren (PDE-5-Inhibitoren) Sildenafil, Vardenafil und Tadalafil sind in der Therapie der erektilen Dysfunktion des Mannes eine ausgezeichnete Therapieoption. Der Ansatz der selektiven PDE-5-Inhibitoren in der Regulierung des Muskeltonus der glatten Muskulatur und damit des genitalen Blutflußes würde den Einsatz auch für weibliche Erregungsstörungen sinnvoll machen. Allerdings zeigen die Ergebnisse von Studien zum Einsatz von PDE-5-Inhibitoren bei weiblichen Erregungsstörungen noch keine klar erfolgversprechenden Ergebnisse. Die Forschungen diesbezüglich laufen noch, aber der Einsatz von PDE-5-Inhibitoren scheint sich nur für wenige Patientinnen mit Erregungsstörungen zu bestätigen [29, 30].

Zusammenfassung

Das wachsende Interesse an weiblichen Sexualstörungen wird für die Praxis noch weitere Konsequenzen haben. Manche Frauen kommen oft bereits gut informiert zur gynäkologischen Untersuchung und sprechen das Thema von selbst an. Viele Frauen würden aber gerne darüber sprechen und müssen erst dazu aufgefordert werden. Dazu brauchen Ärzte und Ärztinnen aber mehr Wissen über Gesprächstechnik und Therapieoptionen. Das ausführliche Gespräch über Sexualstörungen benötigt ausreichend Zeit und ein therapeutisches Setting. Das ärztliche Gespräch ist eine wichtige therapeutischen Möglichkeit, die auch bei komplexen Themen wie Sexualstörungen oft zu einer Klarstellung und Entlastung der Patientin führt.

Dr. Ingrid M. Geiss

Geboren 1963. Medizinstudium in Graz. Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe seit 1997, seit 1993 an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am KH Mödling tätig, Studienaufenthalte AKH Wien: 1997 und 2001. Hospitationen: University of Michigan, Mayo Clinic Rochester, Universität Innsbruck, Universität Graz.

Die systematische Abklärung der Ursachen und damit der Therapiemöglichkeiten muß schrittweise erfolgen. Nach Diagnose der primären Störung kann mit der Patientin ein Behandlungsplan aus den zahlreichen Therapieoptionen erstellt werden. Daten über die Abklärung und Therapie von weiblichen Sexualstörungen sind derzeit in vielen Publikationen zu finden. Die Anwendbarkeit muß erst durch den klinischen Alltag überprüft werden. Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität ist ein großes Thema für die Zukunft, dabei wird die Sexualität sicher einen großen Platz einnehmen.

Literatur:

1. Laumann et al. Sexual dysfunction in the United States. JAMA 1999; 281: 537–44.
2. Geiss IM, Umek WH, Dungl A, Sam C, Riss P, Hanzal E. Prevalence of female sexual ddysfunction in gynaecologic and urogynecologic patients according to the international consensus classification. Urology 2003; 62: 514–8.
3. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou G, Krane RJ and McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urology 1994; 151: 54–61.
4. Basson R et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urology 2000; 163: 888–93.
5. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E and Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. Fertil Steril 2002; 77 (Suppl 4): S42–8.
6. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. Fertil Steril 2005; 83: 573–9.
7. Thakar R, Manyonda I, Stanton SL, Clarkson P, Robinson G. Bladder, bowel and sexual function after hysterectomy for benign conditions. RCOG 1997. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 983–7.
8. Kuppermann M et al. Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: a randomized trial. Ostet Gynecol 2005; 105: 1309–18.
9. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. JAMA 1999; 282: 1934–41.
10. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Darrow A, Murray K, Olsen A, Barman M, Qualls C. Sexual function after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse: a multicenter prospective study. Am J Obstet Gynecol 2004; 191: 206–10.
11. Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR. Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 2000; 182: 1610–5.
12. Harvey KV, Balon R. Clinical implications of antidepressant drug effects on sexual function. Ann Clin Psychiatry 1995; 7: 189–201.
13. Bartlik B, Kocsis JH, Legere R, Villaluz J, Kossoy A, Gelenberg AJ. Sexual dysfunction secondary to depressive disorders. J Gend Specif Med 1999; 2: 52–60.
14. Strametz-Juranek J. Sexuelle Funktionsstörungen bei Hypertonikerinnen. Jatros-Medizin für die Frau 2005; 4: 24–5.
15. Fogari R, Preti P, Zoppi A, Corradi L, Pasotti C, Rinaldi A, Mugellini A. Effect of valsartan and atenolol on sexual behavior in hypertensive postmenopausal women. Am J Hypertens 2004; 17: 77–81.
16. Kloner RA et al. Erectile dysfunction in the cardiac patient: how common and should we treat? J Urol 2003; 170: S46–50; discussion S50.
17. Jackson G. Sexual dysfunction and diabetes. Int J Clin Pract 2004; 58: 358–62.
18. Peschers UM, Du Mont J, Jundt K, Pfurtner M, Dugan E, Kindermann G. Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. Obstet Gynecol 2003; 101: 103–8.
19. Dennerstein L, Guthrie JR, Alford S. Childhood abuse and ist association with mid-aged women's sexual functioning. J Sex Marital Ther 2004; 30: 225–34.
20. Bo K, Talseth T, Vinsnes A. Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 598–603.
21. Beji NK, Yalcin O, Erkan HA. The effect of pelvic floor training on sexual function of treated patients. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2003; 14: 234–8.
22. Ausbildungsangebot für Sexualberatung. Wiener Internationale Akademie für Ganzheitsmedizin. Leitung: Prof. Dr. Rotraud Perner, www.gamed.or.at.
23. Leiblum SR, Wiegel M. Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. World J Urol 2002; 20: 127–36.
24. Billups KL. The role of mechanical devices in treating female sexual dysfunction and enhancing the female sexual response. World J Urol 2002; 20: 137–41.
25. Sherwin BB. The impact of different doses of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in postmenopausal women. J Clin Endocrinol Metab 1991; 72: 336–43.
26. Kenemans P, Speroff L; International Tibolone Consensus Group. Tibolone: clinical recommendations and practical guidelines. A report of the International Tibolone Consensus Group. Maturitas 2005; 51: 1–3.
27. North American Menopause Society. The role of testosterone therapy in postmenopausal women: position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2005; 12: 496–511.
28. Shifren JL. The role of androgens in female sexual dysfunction. Mayo Clin Proc 2004; 79 (suppl): S19–S24.
29. Mayer M, Stief CG, Truss MC, Uckert S. Phosphodiesterase inhibitors in female sexual dysfunction. World J Urol 2005; 23: 393–7.
30. Basson R, Brotto LA. Sexual psychophysiology and effects of sildenafil citrate in oestrogenised women with acquired genital arousal disorder and impaired orgasm: a randomised controlled trial. BJOG 2003; 110: 1014–24.

ANTWORTFAX

JOURNAL FÜR FERTILITÄT UND REPRODUKTION

Hiermit bestelle ich

ein Jahresabonnement (mindestens 4 Ausgaben) zum Preis von € 36,– (Stand 1.1.2007) (im Ausland zzgl. Versandspesen)

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

Einsenden oder per Fax an:

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft,
Postfach 21, A-3003 Gablitz, **FAX: +43 (0) 2231 / 612 58-10**

Bücher & CDs
Homepage: www.kup.at/buch_cd.htm

Unsere Sponsoren:

BA CA Real Invest
Real Invest Austria.
Der erste österreichische Immobilienfonds.
☎ 01/331 71-9000
oder www.realinvest.at.