

Czy spadek libido po menopauzie ma podłoże hormonalne?

Does libido decrease during menopause have hormonal background?

Violetta Skrzypulec-Plinta, Artur Chetmicki, Krzysztof Gojdz

Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta

Przeгляд Menopauzalny 2011; 4: 334–337

Streszczenie

Zmiany fizjologiczne zachodzące w organizmie w trakcie menopauzy mogą wpływać na funkcje seksualne kobiety. Około 40% kobiet w wieku menopauzalnym zgłasza problemy w sferze życia intymnego. Znaczący wpływ na obniżenie aktywności seksualnej mają zmiany stężeń hormonów: estrogenów, androgenów i progesteronu. Najczęstsze zaburzenia seksualne obejmują zmniejszenie popędu płciowego, awersję do współżycia, brak pobudzenia, ból w trakcie stosunku. Dostępne są liczne rodzaje suplementacji hormonalnej umożliwiające poprawę jakości życia. Wiele danych potwierdza skuteczność stosowania estrogenów w redukcji objawów wypadowych okresu menopauzalnego. Progestageny dołączane są do estrogenów w celu zapobiegania rozrostom błony śluzowej macicy. Suplementacja androgenami związana jest z poprawą funkcji seksualnych i satysfakcją ze współżycia. Syntetyczny steroid, tibolon, jest efektywny w leczeniu zarówno objawów wypadowych, jak i w leczeniu dysfunkcji seksualnych. Optymalny efekt terapeutyczny możliwy jest przy dopasowaniu metody terapeutycznej dostosowanej indywidualnie do potrzeb każdej pacjentki.

Słowa kluczowe: libido, menopauza, hormony płciowe.

Summary

Hormonal transformations that occur during the menopause may alter female sexual functions. About 40% of menopausal women declare some sort of sexual issues. Estrogens, progestagens and testosterone decrease plays significant role in sexual activity alteration. It is characterized by reduction of sex drive, aversion to sex, lack of arousal and pain during intercourse. These conditions are often difficult to diagnose and treat. There are many possible solutions improving quality of life. Various studies confirm effectiveness of estrogen supplementation in menopausal symptoms treatment. Progestins are often added to estrogen regimens in order to prevent endometrial hyperplasia. Androgen supplementation is associated with sexual function and satisfaction improvement. Synthetic steroid, tibolon was proven to be effective in decrease of menopausal symptoms as well as in sexual satisfaction increase. Because of variety of possibilities, optimal therapeutic effect can be achieved only with individual approach towards patient treatment.

Key words: libido, menopause, sex hormones.

Menopauza to szereg procesów związanych ze zmianami biologicznymi pozostających w ścisłym związku z funkcjami socjalnymi. Życie intymne ma znaczący wpływ na zdrowie kobiety oraz na dobre samopoczucie w okresie menopauzy.

Czynniki wpływające na prawidłowy przebieg reakcji seksualnej stanowią kompleks złożonych procesów prowadzących do zwiększonego ukrwienia narządów miednicy małej, przekrwienia łechtaczki oraz zwiększonego nawilżenia pochwy [1, 2].

Wszystkie fizyczne i psychologiczne aspekty zmieniające powyższe procesy mogą prowadzić do dysfunkcji seksualnych [3].

Dysfunkcje seksualne kobiety mogą być znaczącym i bardzo złożonym problemem medycznym. Charakteryzowane są poprzez zmniejszenie popędu płciowego, awersję do współżycia, brak pobudzenia, ból w trakcie stosunku.

Opinia o utracie libido w przebiegu menopauzy w wielu aspektach wydaje się prawdziwa. Na zmniejszone zain-

teresowanie aktywnością seksualną skarży się ok. 20–45% kobiet w wieku menopauzalnym [4]. W swojej publikacji na temat aktywności seksualnej w trakcie starzenia się Kaplan ocenia, iż większość fizycznie zdrowych kobiet i mężczyzn utrzymuje stałą aktywność seksualną do późnego wieku [4]. Jednakże zmiany fizjologiczne związane ze starzeniem się organizmu w powiązaniu ze zwiększającą się zapadalnością na choroby związane z wiekiem odgrywają znaczącą rolę w patogenezie zaburzeń seksualnych. Przyczyny takiego stanu rzeczy są jednak dość skomplikowane i łączą w sobie wiele czynników. Zmniejszenie zaangażowania w sferze intymnej może być po prostu związane z upływem czasu, może także być przyczyną niedoborów hormonalnych.

Po pierwsze, trudno zdefiniować, czym faktycznie jest libido. Samo stwierdzenie pochodzi od łacińskiego słowa *lib-*, *libet*, co oznacza „chcieć” bądź „pragnąć”. Pierwotnie wyraz ten nie był związany z kontekstem seksualnym, jednak bezpośrednio znaczenie ma zdecydowany wydzźwięk intymny. Należy wziąć pod uwagę, że powszechnie rozumiane libido, czyli popęd płciowy, ma jednocześnie konotacje nieseksualne – wiąże się z ogólnie pojętym zdrowiem, poczuciem własnej wartości czy atrakcyjności. Wiele kobiet wymienia dodatkowe korzyści związane z poprawą libido, takie jak: zadowolenie z życia, pewność siebie w sytuacjach zawodowych, a także większe poczucie zażyłości w związku partnerskim. Właśnie libido jest niejako połączeniem umysłowości, emocji i funkcji hormonalnej. Poradnictwo ginekologiczne związane jest głównie z aspektem hormonalnym wymienionej triady. Pomoc psychologiczna czy psychiatryczna może wpłynąć na popęd płciowy, lecz pozytywne rezultaty u kobiet w okresie okołomenopauzalnym związane są głównie z zastosowaniem terapii hormonalnej.

Podstawową przyczyną zaburzeń funkcji seksualnych jest zmniejszenie stężenia estrogenów.

Kobiety w okresie menopauzalnym często skarżą się na problemy z uderzeniami gorąca, nadmierną potliwością, zaburzeniami snu, co może powodować u nich poczucie mniejszej atrakcyjności. Spadek libido w takich przypadkach spowodowany może być całkowitym odrzuceniem samej możliwości kontaktu fizycznego z partnerem.

Objawy suchości pochwy i atrofii błony śluzowej związane są z deficytami hormonalnymi w postaci niedoboru estrogenów, co z kolei wiąże się z bolesnością w trakcie współżycia. W powyższy sposób hipoestrogenizm może wpływać na funkcje seksualne – zarówno w sposób pośredni, jak i bezpośredni [5].

Terapia hormonalna typowych objawów wazomotorycznych w postaci uderzeń gorąca, nadmiernej potliwości oraz wynikającej z powyższych objawów bezsenności polega na suplementacji estrogenami, które zapobiegają również objawom atrofii i suchości pochwy, zmniejszając bolesność w trakcie stosunku. W większości przypadków menopauzy o typowym przebiegu

leczenie preparatami estrogenowymi jest postępowaniem wystarczającym. Estrogenoterapia powinna być zrównoważona podaniem progestagenów u kobiet z zachowaną macicą w celu zapobiegania rozrostom błony śluzowej jamy macicy [6].

Pozytywny wpływ estrogenoterapii na libido u kobiet bez atrofii oraz z zespołem obniżonego popędu płciowego (*hypoactive sexual desire disorder* – HSDD) nie został do tej pory jednoznacznie udowodniony. Syntetyczne związki estrogenów, progestagenów i androgenów poprawiają funkcje seksualne mierzone wskaźnikiem funkcji seksualnych kobiety (*Female Sexual Function Index* – FSFI) w większym stopniu niż w przypadku stosowania przezskórnych preparatów z estradiolem u kobiet z obniżonym libido [7].

Testosteron jest istotnym hormonem aktywującym neurotransmitery wpływające na zachowania seksualne. Stężenie testosteronu w surowicy krwi wpływa na popęd płciowy i zachowania seksualne [8]. W trakcie menopauzy obserwowane są różnorodne zmiany w stężeniach androgenów. Wykazano znaczące zmniejszenie androstendionu, dehydroepiandrosteronu oraz siarczanu dehydroepiandrosteronu w trakcie pierwszych lat okresu menopauzalnego. Stężenia testosteronu oraz białka wiążącego hormony płciowe (*sex hormone binding globulin* – SHBG) zmniejszały się znacząco w późniejszych latach [9]. W przebiegu menopauzy jatrogennej po usunięciu jajników obecne są tylko androgeny pochodzenia nadnerczowego, których stężenie również zmniejsza się wraz z wiekiem. Kobiety po zabiegach usunięcia jajników częściej zgłaszają pogorszenie funkcji seksualnych i obniżenie libido w porównaniu z kobietami, u których zachowane są jajniki [10].

Progestageny również odgrywają znaczącą rolę w kształtowaniu zachowań seksualnych, a efekty działania poszczególnych progestagenów są w coraz większym stopniu zauważane [5, 11]. Obniżenie aktywności seksualnej u kobiet w okresie menopauzalnym, u których występują objawy, takie jak: obrzęki, depresja, obecność struktur włóknistych w gruczołach sutkowych, związane może być ze zmniejszeniem stężenia progesteronu [11].

Wiele metod terapeutycznych z zastosowaniem preparatów hormonalnych może wpływać na funkcje seksualne w okresie menopauzalnym.

W badaniu WHI (*Women's Health Initiative*), w części dotyczącej estrogenoterapii u kobiet z usuniętą macicą zastosowanie skoniugowanych końskich estrogenów nie przyniosło znaczących korzyści dla poprawy satysfakcji seksualnej [12]. Podobnie u kobiet z zachowaną macicą, u których zastosowano terapię estrogenową zrównoważoną progestagenem nie opisano znaczącej poprawy satysfakcji seksualnej, jednakże suchość pochwy uległa w tej grupie znacznemu ograniczeniu [13].

W badaniu Hilditch i wsp. porównano zastosowanie estrogeny w postaci doustnej i przezskórnej [14]. Wykazano, że obie formy suplementacji hormonalnej wiązały

się ze znaczącą poprawą życia seksualnego, poprawie uległa również ocena jakości życia. Podobne wyniki uzyskali Mainini i wsp. po przebadaniu ponad 300 kobiet z atrofią pochwy w okresie menopauzalnym. Większość badanych zgłosiła poprawę satysfakcji w przebiegu stosowania terapii estrogenowej [15].

Zbadano również profil bezpieczeństwa stosowania dopochwowego preparatów estrogenowych. Estrogeny końskie w postaci kremów mogą powodować częstszą tkliwość piersi i krwawienie z dróg rodnych w porównaniu z estrogenami w postaci doustnej [16].

Badania porównujące dodanie testosteronu do terapii estrogenowej czy estrogenowo-progestagenowej wykazały znaczną poprawę wskaźników zainteresowania współżyciem, satysfakcji i częstości współżycia. Poprawa ta była znamienne większa niż w przypadku stosowania jedynie terapii estrogenowej czy estrogenowo-progestagenowej bez suplementacji testosteronem w wielu opublikowanych badaniach [17–22]. Lobo i wsp. wykazali poprawę w ocenie zainteresowania współżyciem oraz pożądania płciowego po dodaniu testosteronu do terapii estrogenowej [21]. Dow i wsp. oraz Penotti i wsp. wykazali znamienne poprawę zainteresowania współżyciem i satysfakcji u kobiet dodatkowo stosujących testosteron w porównaniu ze stosującymi tylko terapię estrogenową [19, 23].

Dodanie testosteronu do terapii estrogenowej badano również u kobiet, u których wykonano usunięcie jajników. Po 24 tygodniach terapii estrogenowej z dodatkową suplementacją testosteronem wykazano znaczącą poprawę zadowolenia ze współżycia, zwiększenie zainteresowania współżyciem, a także wzrost aktywności seksualnej w porównaniu z grupą kobiet, u których zastosowano terapię estrogenową i placebo [20]. Aspekty bezpieczeństwa związane z zastosowaniem testosteronu opisali Somboonporn i wsp. [24]. Ocenie poddano szereg objawów związanych z nadmiarem testosteronu, takich jak hirsutyzm, trądzik, zmiany nastroju oraz zmiany w profilu lipidowym. Nie stwierdzono znamienych różnic w występowaniu zmian trądzikowych, hirsutyzmu pomiędzy grupą stosującą estrogen wraz z testosteronem a grupą przyjmującą sam estrogen. Nie wykazano także różnic w poziomie agresji i wrogości u kobiet przyjmujących testosteron [25]. Przeprowadzone analizy wykazały natomiast różnice w profilu lipidowym ze zmniejszeniem stężenia lipoprotein o dużej gęstości (*high density lipoprotein* – HDL) u kobiet przyjmujących estrogen i testosteron w porównaniu z samą estrogenoterapią. Zmiany w lipidogramie utrzymywały się przez 24 miesiące trwania terapii [21, 23, 26]. Średnie wartości lipoprotein o małej gęstości (*low density lipoprotein* – LDL), triglicerydów i całkowitego cholesterolu nie różniły się znacząco pomiędzy porównywanymi grupami.

Osobnymi badaniami objęto wpływ tibolonu na jakość życia seksualnego u kobiet w wieku menopauzalnym [27, 28]. Wykazano znaczącą poprawę funkcji

seksualnych u kobiet stosujących tibolon mierzonych skalą McCoy (*McCoy Sex Scale*). W badaniu porównującym tibolon z terapią estrogenowo-progestagenową zaobserwowano znaczącą poprawę popędu płciowego, częstości współżycia oraz zmniejszenie objawów suchości pochwy u kobiet przyjmujących tibolon [29]. Hofling i wsp. przeprowadzili analizę wpływu tibolonu na stężenia androgenów i białek wiążących w surowicy krwi, w której wykazali, że tibolon zmniejsza stężenie SHBG o ok. 50%, tym samym zwiększając koncentrację wolnego testosteronu, jednocześnie minimalnie zmieniając ilości krążących estrogenów [30].

Kobiety w okresie menopauzy cierpiące na różnego rodzaju choroby przewlekłe mogą w większym stopniu doświadczać różnego rodzaju dysfunkcji życia seksualnego w związku z samą chorobą lub stosowaną terapią [31–33]. Jednakże nie opublikowano wielu badań w tym zakresie.

Nie można wskazać uniwersalnego sposobu postępowania dla każdej kobiety w wieku menopauzalnym cierpiącej na zaburzenia w sferze seksualnej. Wiele różnorodnych metod terapeutycznych może być zastosowanych w celu osiągnięcia optymalnego efektu, takich jak rozpoznanie i leczenie współistniejących chorób przewlekłych, optymalizacja leczenia chorób przewlekłych wraz z suplementacją preparatami hormonalnymi i niehormonalnymi.

Piśmiennictwo

- Berman JR, Adhikari SP, Goldstein I. Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction: classification, evaluation and treatment options. *Eur Urol* 2000; 38: 20-9.
- Goldstein I, Berman JR. Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes. *Int J Impot Res* 1998; 10 Suppl 2: S84-90.
- Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ* 2004; 329: 559-61.
- Kaplan HS. Sex, intimacy, and the aging process. *J Am Acad Psychoanal* 1990; 18: 185-205.
- Graziottin A, Leiblum SR. Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *J Sex Med* 2005; 2 Suppl 3: 133-45.
- Huang A, Yaffe K, Vittinghoff E, et al. The effect of ultralow-dose transdermal estradiol on sexual function in postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 265.e1-7.
- Nijland EA, Nathorst-Böös J, Palacios S, et al. Improved bleeding profile and tolerability of tibolone versus transdermal E2/NETA treatment in postmenopausal women with female sexual dysfunction. *Climacteric* 2009; 12: 114-21.
- Riley A, Riley E. Controlled studies on women presenting with sexual drive disorder: I. Endocrine status. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 269-83.
- Gambera A, Scagliola P, Falsetti L, et al. Androgens, insulin-like growth factor-I (IGF-I), and carrier proteins (SHBG, IGFBP-3) in postmenopause. *Menopause* 2004; 11: 159-66.
- Shifren JL. Androgen deficiency in the oophorectomized woman. *Fertil Steril* 2002; 77 Suppl 4: S60-2.
- Myers LS, Dixen J, Morrisette D, et al. Effects of estrogen, androgen, and progestin on sexual psychophysiology and behavior in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1990; 70: 1124-31.
- Brunner RL, Gass M, Aragaki A, et al. Effects of conjugated equine estrogen on health-related quality of life in postmenopausal women with hysterectomy: results from the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trial. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1976-86.

13. Barnabei VM, Cochrane BB, Aragaki AK, et al. Menopausal symptoms and treatment-related effects of estrogen and progestin in the Women's Health Initiative. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 1063-73.
14. Hilditch JR, Lewis J, Ross AH, et al. A comparison of the effects of oral conjugated equine estrogen and transdermal estradiol-17 beta combined with an oral progestin on quality of life in postmenopausal women. *Maturitas* 1996; 24: 177-84.
15. Mainini G, Scaffa C, Rotondi M, et al. Local estrogen replacement therapy in postmenopausal atrophic vaginitis: efficacy and safety of low dose 17beta-estradiol vaginal tablets. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005; 32: 111-3.
16. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4: CD001500.
17. 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: 1582-9.
18. Davis SR, McCloud P, Strauss BJ, Burger H. Testosterone enhances estradiol's effects on postmenopausal bone density and sexuality. *Maturitas* 2008; 61: 17-26.
19. Dow MG, Gallagher J. A controlled study of combined hormonal and psychological treatment for sexual unresponsiveness in women. *Br J Clin Psychol* 1989; 28: 201-12.
20. Flöter A, Nathorst-Böös J, Carlström K, von Schoultz B. Addition of testosterone to estrogen replacement therapy in oophorectomized women: effects on sexuality and well-being. *Climacteric* 2002; 5: 357-65.
21. Lobo RA, Rosen RC, Yang HM, et al. Comparative effects of oral esterified estrogens with and without methyltestosterone on endocrine profiles and dimensions of sexual function in postmenopausal women with hypoactive sexual desire. *Fertil Steril* 2003; 79: 1341-52.
22. 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: 847-56.
23. Penotti M, Sironi L, Cannata L, et al. Effects of androgen supplementation of hormone replacement therapy on the vascular reactivity of cerebral arteries. *Fertil Steril* 2001; 76: 235-40.
24. Somboonporn W. Testosterone therapy for postmenopausal women: efficacy and safety. *Semin Reprod Med* 2006; 24: 115-24.
25. Sherwin BB. Randomized clinical trials of combined estrogen-androgen preparations: effects on sexual functioning. *Fertil Steril* 2002; 77 Suppl 4: S49-54.
26. Farish E, Fletcher CD, Hart DM, et al. The effects of hormone implants on serum lipoproteins and steroid hormones in bilaterally oophorectomized women. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1984; 106: 116-20.
27. Egarter C, Topcuoglu A, Vogl S, Sator M. Hormone replacement therapy with tibolone: effects on sexual functioning in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 649-53.
28. Wu MH, Pan HA, Wang ST, et al. Quality of life and sexuality changes in postmenopausal women receiving tibolone therapy. *Climacteric* 2001; 4: 314-9.
29. Uygur D, Yeşildaglar N, Erkaya S. Effect on sexual life – a comparison between tibolone and continuous combined conjugated equine estrogens and medroxyprogesterone acetate. *Gynecol Endocrinol* 2005; 20: 209-12.
30. Hofling M, Carlström K, Svane G, et al. Different effects of tibolone and continuous combined estrogen plus progestogen hormone therapy on sex hormone binding globulin and free testosterone levels – an association with mammographic density. *Gynecol Endocrinol* 2005; 20: 110-5.
31. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, et al. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int* 2004; 72: 52-7.
32. Heiman JR. Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *J Sex Res* 2002; 39: 73-8.
33. McInnes RA. Chronic illness and sexuality. *Med J Aust* 2003; 179: 263-6.