Wpływ hormonalnej terapii zastępczej na wybrane elementy seksualności po histerektomii

Influence of hormonal replacement therapy on selected elements of sexuality after hysterectomy

Dariusz Rapa[1], Tomasz Paszkowski[2]

Histerektomia jest najczęstszą dużą procedurą operacyjną w ginekologii. Pozasomatyczne konsekwencje tej operacji są przedmiotem stosunkowo nielicznych doniesień naukowych. Celem pracy była ocena wpływu hormonalnej terapii zastępczej na jakość życia seksualnego po wycięciu macicy. Badaniem kwestionariuszowym objęto 637 kobiet w 1–3 lat po operacji wycięcia macicy z przydatkami z powodów nieonkologicznych. Do ostatecznej analizy zakwalifikowano 126 kobiet, które odesłały wypełniony kwestionariusz, spośród których 88 otrzymywało hormonalną terapię zastępczą po operacji, zaś 38 hormonosubstytucji nie otrzymywało. Wdrożenie HTZ po operacji usunięcia macicy z przydatkami wiązało się z korzystnymi zmianami w zakresie libido oraz urozmaiceniem współżycia. Nie miało natomiast wpływu na częstotliwość i intensywność przeżywania orgazmu, dolegliwości bólowe towarzyszące współżyciu i samoocenę w roli partnerki seksualnej.

Słowa kluczowe: *histerektomia, seksualność, hormonalna terapia zastępcza*

(Przegląd Menopauzalny 2004; 2: 39–44)

Wstęp

Wycięcie macicy jest obecnie najczęstszą procedurą operacyjną w ginekologii. W roku 1997 w USA wykonano 56 histerektomii na 10 tys. kobiet [1]. Crosignani i wsp. [2] szacują, że ok. 1/3 kobiet do 65. roku życia mieszkających w USA ma usuniętą macicę, natomiast wg szacunków Ryana [3] ogółem u 40,5% kobiet przed ukończeniem 65. roku życia dojdzie do usunięcia macicy. W Europie odsetek kobiet pomiędzy 40. a 70. rokiem życia poddanych tej operacji waha się od 5,8% we Francji do 15,5% we Włoszech [4].

Pozasomatyczne konsekwencje usunięcia macicy są przedmiotem stosunkowo niewielu analiz naukowych. Szczególne znaczenie posiada potencjalny wpływ wycięcia macicy na jakość życia seksualnego.

Cel pracy

Celem pracy była analiza wpływu hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) po zabiegu usunięcia macicy wraz z przydatkami (ang. TAH&BSO: *total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy*) na wybrane aspekty seksualności, takie jak libido, orgazm, częstotliwość podejmowania współżycia seksualnego, aktywność masturbacyjna, nastrój przed i po współżyciu, występowanie dolegliwości bólo-

[1]Oddział Ginekologiczno-Położniczy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej; p.o. ordynatora Oddziału: dr n. med. Andrzej Kisiel
[2]III Katedra i Klinika Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie; kierownik: prof. nadzw. AM dr hab. med. Tomasz Paszkowski

wych towarzyszących współżyciu oraz samoocena kobiet w roli partnerki seksualnej.

Materiał i metody

Badaniem objęto za pomocą kwestionariusza pocztowego 637 kobiet operowanych na Oddziałach Ginekologiczno-Położniczych Szpitali Wojewódzkich w Białej Podlaskiej, Chełmie, Lublinie oraz Zamościu, u których 1–3 lat wcześniej dokonano TAH&BSO z powodów nieonkologicznych. Kwestionariusz wysyłano listem poleconym do kobiet, które w momencie operacji nie przekroczyły 70. roku życia i u których operację wykonano tą samą techniką – sposobem Freunda [5], oraz u których nie stwierdzono w trakcie pobytu w szpitalu powikłań śród- i pooperacyjnych. Nie kwalifikowano do badania kobiet, u których jednoczasowo wykonywano jakąkolwiek inną procedurę operacyjną, zarówno z dostępu brzusznego, jak i pochwowego.

Tab. I. Wpływ stosowania HTZ po operacji na zainteresowanie seksem po operacji

Zainteresowanie seksem	Stosowanie HTZ po operacji	
	nie (N=38=100%)	tak (N=88=100%)
bez zmian	11 (28,9%)	36 (40,9%)
zwiększone	3 (7,9%)	17 (19,3%)
zmniejszone	24 (63,2%)	35 (39,8%)
analiza statystyczna	(χ^2 =19,99; p=0,001)	

Tab. II. Wpływ stosowania HTZ po operacji na stosunek do własnej seksualności

Motywacja do seksu	Stosowanie HTZ po operacji	
	nie (N=34=100%)	tak (N=86=100%)
własna potrzeba	7 (20,6%)	47 (54,7%)
obowiązek partnerski	27 (79,4%)	39 (45,3%)
analiza statystyczna	(χ^2=11,42; p=0,0007)	

Tab. III. Wpływ stosowania HTZ po operacji na chęć podejmowania przez kobiety współżycia seksualnego

Chęć kobiety do podejmowania współżycia	Stosowanie HTZ po operacji	
	nie (N=37=100%)	tak (N=87=100%)
kilka razy/dzień	0 (0,0%)	5 (3,8%)
kilka razy/tydzień	3 (8,1%)	12 (13,8%)
kilka razy/miesiąc	10 (27,0%)	40 (46,0%)
kilka razy/rok	10 (27,0%)	13 (14,9%)
nigdy	14 (37,9%)	17 (19,5%)
analiza statystyczna	(χ^2=10,65; p=0,03)	

Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące danych demograficznych, rozwoju psychoseksualnego oraz wybranych aspektów życia seksualnego.

Wypełniony kwestionariusz odesłały 132 kobiety (20,7%). Na pytanie o stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) po operacji, odpowiedzi udzieliło 126 spośród badanych kobiet. Wśród nich 88 (69,8%) stosowało hormonalną terapię zastępczą, a 38 (30,2%) nie stosowało żadnej formy hormonosubstytucji od czasu przebycia zabiegu operacyjnego.

W badanej grupie najczęstszymi wskazaniami do wycięcia macicy z przydatkami były: bezobjawowe mięśniaki macicy (61,3%), mięśniaki macicy z towarzyszącymi nieprawidłowymi krwawieniami z macicy (24,2%), mięśniaki macicy współistniejące z endometriozą (6,1%), nieprawidłowe krwawienia z macicy bez zmian organicznych w macicy (3,0%), łagodne zmiany przydatków (2,3%), endometrioza (1,5%), łagodny przerost endometrium (0,8%) oraz dysplazja szyjki macicy (0,8%).

Wiek kobiet w momencie operacji zawierał się w przedziale od 37 do 68 lat (mediana 49 lat).

Większość z badanych kobiet pochodziła z rodzin chłopskich (54,5%) lub robotniczych (31,3%).

Wśród badanych przeważały kobiety z wykształceniem średnim (41,2%).

Ze względu na małe liczebności grup stosujących poszczególne preparaty nie różnicowano wpływu HTZ na seksualność w zależności od rodzaju zastosowanego leku, dawki hormonów czy też drogi ich podawania.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej za pomocą testu χ^2. Przyjęto 5-% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p<0,05$.

Wyniki

Libido

W badanej grupie kobiet stosowanie HTZ po operacji nie miało istotnego statystycznie wpływu na częstość występowania u kobiet fantazji erotycznych oraz snów o treści erotycznej. Miało natomiast istotny statystycznie, korzystny wpływ na zainteresowanie seksem (tab. I), motywację badanych kobiet do seksu (tab. II) oraz na chęć podejmowania przez badane kobiety współżycia seksualnego (tab. III).

Aktywność seksualna

Stosowanie HTZ nie miało znamiennego wpływu na rzeczywistą częstotliwość podejmowania współżycia po operacji wśród kobiet posiadających partnera seksualnego oraz na zachowania autoerotyczne w postaci aktów masturbacji.

Aktywność kobiety podczas współżycia

Stosowanie HTZ przez kobiety po TAH&BSO nie miało istotnego statystycznie wpływu na aktywność w trakcie współżycia. Jak wykazano w tab. IV, hormonosubstytucja w okresie pooperacyjnym miała istotny statystycznie, korzystny wpływ na różnorodność pozycji przyjmowanych podczas współżycia (p=0,02).

Tab. IV. Wpływ stosowania HTZ po operacji na pozycje przyjmowane podczas współżycia

Pozycje podczas współżycia	Stosowanie HTZ po operacji	
	nie (N=29=100%)	tak (N=75=100%)
tylko klasyczna	17 (58,6%)	23 (30,7%)
wyjątkowo inna	6 (20,7%)	14 (18,7%)
różne	6 (20,7%)	31 (41,3%)
różne w trakcie jednego stosunku	0 (0,0%)	7 (9,3%)
analiza statystyczna	(χ^2=9,50; p=0,02)	

Orgazm

Stosowanie HTZ przez badane kobiety po operacji nie miało istotnego statystycznie wpływu na częstość występowania orgazmu oraz intensywność jego przeżywania.

Nastrój towarzyszący współżyciu seksualnemu

Stosowanie HTZ przez kobiety poddane TAH&BSO nie miało znamiennego wpływu na nastrój przed współżyciem seksualnym oraz po współżyciu seksualnym, również w sytuacji, jeśli nie wystąpił orgazm.

Dolegliwości bólowe towarzyszące współżyciu

W badanej grupie stosowanie HTZ po operacji nie miało istotnego statystycznie wpływu na odczuwanie przez kobiety dolegliwości bólowych zarówno podczas, jak i po współżyciu seksualnym.

Oceniając ogólnie jakość życia seksualnego po operacji pogorszenie zaobserwowało 57,9% respondentek, które nie stosowały HTZ w porównaniu do 41,9% kobiet, u których wdrożono hormonosubstytucję pooperacyjną. Jednocześnie poprawę ogólnej jakości życia seksualnego zadeklarowało 22,7% kobiet z grupy HTZ (+) w porównaniu z 13,2% respondentek z grupy HTZ (-). Różnice te jednak nie spełniały założonych kryteriów znamienności statystycznej. Również nieznamienny okazał się wpływ HTZ na samoocenę badanych kobiet w roli partnerki seksualnej.

Wiek kobiet w momencie operacji nie wywierał istotnego statystycznie wpływu na wyniki porównań między kobietami stosującymi i niestosującymi HTZ po TAH&BSO.

Dyskusja

Na znaczenie macicy w seksualności kobiety po raz pierwszy zwrócił uwagę Kraft Ebing [6]. Brak miesiączek może mieć wpływ na odczucia kobiet bycia: *pustymi, niepełnymi, bezpłciowymi*, co wynika w większym stopniu z zachowań emocjonalnych i psychoseksualnych niż odczuć somatycznych [7]. Usunięcie macicy może mieć natomiast korzystny wpływ na życie seksualne, poprzez eliminację takich dolegliwości jak bolesne miesiączkowanie, zespół napięcia przedmiesiączkowego, bóle podbrzusza, zaś u młodszych kobiet dzięki całkowitemu zabezpieczeniu przed niepożądaną ciążą [8]. Według Sikorskiego [9] przebycie TAH&BSO oraz towarzysząca tej operacji menopauza chirurgiczna mimo znaczenia innych czynników, takich jak wiek, procesy starzenia się, choroby współistniejące, stan emocjonalny, funkcjonowanie społeczne czy relacje z partnerem, odgrywają istotną rolę w życiu seksualnym kobiety.

Jednym z najistotniejszych parametrów seksualności jest pożądanie seksualne. Ocena jego zmiany po operacji usunięcia macicy była przedmiotem niewielu opublikowanych dotychczas badań. Wykładnikami pożądania seksualnego jest obecność fantazji i myśli seksualnych oraz indywidualna zdolność do odczuwania napięcia i odprężenia seksualnego bez lub wspólnie z partnerem [10].

W badaniach własnych nie stwierdzono wpływu stosowania HTZ na częstotliwość występowania fantazji erotycznych i snów o treści erotycznej. O pożądaniu seksualnym świadczy również chęć do podejmowania współżycia. Niestosowanie HTZ po TAH&BSO było czynnikiem mającym znamienny statystycznie, negatywny wpływ na zainteresowanie seksem, chęć do podejmowania przez kobiety współżycia oraz motywację do podejmowania aktywności seksualnej.

Dennerstein i wsp. [11] w retrospektywnych badaniach kobiet, które przebyły operację wycięcia macicy nie stwierdzili zależności pomiędzy przyjmowaniem estrogenowej terapii zastępczej (ETZ) a pożądaniem seksualnym.

Naturalną konsekwencją pożądania seksualnego jest podejmowanie przez kobiety różnych form aktywności seksualnej. W badaniu własnym stosowanie HTZ nie miało znamiennego wpływu na rzeczywistą częstotliwość podejmowania współżycia po operacji wśród kobiet posiadających partnera seksualnego oraz na zachowania autoerotyczne.

Podobne wyniki są udziałem Dennerstein i wsp. [12]. Scherwin i Gelfand [13] stwierdzili natomiast wzrost częstości współżycia w grupie otrzymującej estrogeny i testosteron w ciągu pierwszych dwóch tygodni od iniekcji, co pozytywnie korelowało ze stężeniem testosteronu w surowicy. Również w badaniu Shifrin i wsp. [14] u kobiet otrzymujących dodatkowo 300 mcg testosteronu, 2–3-krotnie wzrosła częstotliwość masturbacji oraz liczba stosunków płciowych w porównaniu ze stanem wyjściowym. Wyniki tych badań wskazują na rolę podawania androgenów, a nie estrogenów w odniesieniu do apetytu seksualnego u kobiet [15].

Stosowanie HTZ u kobiet w okresie po operacji nie miało istotnego statystycznie wpływu na aktywność w trakcie współżycia, natomiast miało znamiennie korzystny wpływ na różnorodność pozycji przyjmowanych podczas współżycia. W dostępnym piśmiennictwie nie znaleziono badań dotyczących wpływu histerektomii na aktywność kobiet podczas współżycia seksualnego oraz przyjmowane przez nie pozycje.

Jednym z czynników mających kluczowy wpływ na czerpanie satysfakcji z życia seksualnego jest występowanie orgazmu. W jego fizycznym odczuwaniu przez kobietę uczestniczą skurcze macicy [16, 17]. Brak macicy może więc potencjalnie wpływać negatywnie na przebieg tej fazy reakcji seksualnej. W badaniu własnym stosowanie HTZ u kobiet w okresie po operacji nie miało istotnego statystycznie wpływu na częstość występowania orgazmu oraz sposób jego przeżywania. Podobne wyniki były udziałem Dennerstein i wsp. [11]. W badaniu Sherwin i Gelfand [13] częstotliwość osiągania orgazmów była wyższa w grupie kobiet otrzymujących poza estrogenem dodatkowo testosteron.

Jednym z wyznaczników tego, czy życie seksualne jest satysfakcjonujące czy nie, jest nastrój przed i po współżyciu seksualnym. Stosowanie HTZ u kobiet w okresie po operacji nie miało istotnego statystycznie wpływu na nastrój przed współżyciem seksualnym oraz po współżyciu seksualnym, również w sytuacji, jeśli nie wystąpił orgazm. Potwierdza to znaczący wpływ czynników pozasomatycznych w tym zakresie, takich jak atmosfera rodzinna czy akceptacja przez partnera.

Odczuwanie bólu podczas czy też po stosunku powoduje dyskomfort podczas współżycia, co uniemożliwia lub znacznie ogranicza czerpanie z niego satysfakcji. Brak dolegliwości bólowych pozwala na skupieniu się na odczuwaniu satysfakcji z aktywności seksualnej. Stosowanie HTZ po operacji nie miało istotnego statystycznie wpływu na odczuwanie przez kobiety dolegliwości bólowych, zarówno podczas, jak i po współżyciu seksualnym. Wnioskiem wynikającym z większości badań dotyczących wpływu wycięcia macicy na dolegliwości bólowe towarzyszące aktywności seksualnej jest ich zmniejszenie po zabiegu operacyjnym [18–22]. Również w polskich badaniach wykazano, że dolegliwości bólowe podczas współżycia uległy zmniejszeniu po całkowitym usunięciu macicy z lub bez przydatków [23, 24]. Jedynie w badaniach Starowicza i wsp. [25] liczba kobiet odczuwających ból podczas współżycia zwiększyła się po TAH bez BSO o 50%. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że badane przez tych autorów kobiety były w wieku 27–39 lat, a więc znacznie poniżej przeciętnej wieku kobiet, u których usuwa się macicę, ponadto była to grupa licząca jedynie 20 kobiet.

Stosowanie HTZ u kobiet w okresie po operacji nie miało znamiennego statystycznie wpływu na ogólne odczucie zmiany jakości życia seksualnego oraz samooceny w roli partnerki seksualnej, miało natomiast istotny statystycznie korzystny wpływ na postawę wobec życia seksualnego.

Dennerstein i wsp. [11] nie stwierdzili wpływu estrogenosubstytucji na czerpanie zadowolenia z seksu. Z kolei w badaniach Khastigir i Studd [26] 88,7% kobiet, u których w czasie TAH&BSO założono podskórne, wymieniane co 6 miesięcy implanty, zawierające 50 mg E_2 oraz 100 mg T określiło się jako bardzo zadowolone lub zadowolone z jakości życia seksualnego w 2 lata po operacji.

Uzyskane wyniki badań wskazują na to, że wdrożenie HTZ po TAH&BSO nie wpływa na ogólną samoocenę jakości życia seksualnego, posiadając jednak pozytywny wpływ na takie aspekty, jak libido czy urozmaicenie współżycia.

Summary

Total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy (TAH&BSO) is one of the most commonly performed operative procedure in gynecology. Non-somatic consequences of this operation relatively rarely have been a subject of scientific analysis. The aim of this study was to assess how selected aspects of sexuality are influenced by hormonal replacement therapy (HRT) after TAH&BSO. Initially 637 women operated in District OB/GYN Departments in Biała Podlaska, Chełm, Lublin and Zamość were included into this study. The included patients were subject to the questionnaire study 1-3 years after TAH&BSO was performed using the same surgical technique (modo Freud) for the non-

oncologic indications. An anonymous questionnaire was mailed exclusively to women in whom no intra- and postoperative complications occurred. The final analysis concerned 126 women, who sent back the completed questionnaires, of whom 88 women received HRT after TAH&BSO and the remaining 38 were not subject to any type of hormone substitution. The age of the studied women at the time of operation ranged from 37 to 68 years (median age – 49 years). For the purpose of this study an original questionnaire was created. The results obtained in this study suggest that hormonal replacement therapy after TAH&BSO is associated with positive changes regarding libido and the enrichment of sexual life while it does not change the overall self-evaluation of the quality of sexual life.

Key words: *hysterectomy, sexuality, hormonal replacement therapy*

Piśmiennictwo

1. Farquard CM, Steiner CA. *Hysterectomy rates in the United States 1990-1997*. Obstet Gynecol 2002; 99: 229-34.
2. Crosignani PG, Vercellini P, Apolone G et al. *Endometrial resection versus vaginal hysterectomy for menorrhagia: long-term clinical and quality-of-life outcomes.* Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 95-101.
3. Ryan MM. *Hysterectomy: social and psychological aspects.* Baillieres Clin Obstet Gynaecol 1997; 11: 23-36.
4. van Keep PA, Wildemeersch D, Lehert P. *Hysterectomy in six European countries.* Maturitas 1983; 5: 69-75.
5. Martius G. *Gynakologische Operationen*. Thieme, Stuttgart 1980.
6. Kraft Ebing RV. *Lehrbuch der Psychiatrie.* Enke, Leipzig, 1890.
7. Sloan D. *Emotional and psychosexual aspects of hysterectomy.* Obstet Gynaecol 1978; 131: 598-605.
8. Amias AG. *Sexual life after gynaecological operations – I.* Br Med J 1975; 2: 608-9.
9. Sikorski R. *Znaczenie hormonalnej terapii zastępczej dla seksualności kobiet po operacji wycięcia macicy.* W: Gapik L, Woźniak A [red.]. *Terapia w seksuologii. Zagadnienia wybrane*. P.W. Interfund sp. z o.o., Poznań 2001: 33-44.
10. Kaplan HS. *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques.* Brunner/Mazel, New York 1979.
11. Dennerstein L, Wood C, Burrows GD. *Sexual response following hysterectomy and oopherectomy.* Obstet Gynecol 1977; 49: 92-6.
12. Dennerstein L, Burrows GD, Wood C et al. *Hormones and sexuality: effect of estrogen and progestogen*. Obstet Gynecol 1980; 56: 316-22.
13. Sherwin BB, Gelfand MM. *The role of androgen in the maintenance of sexual functioning in oophorectomized women.* Psychosom Med 1987; 49: 397-409.
14. Shiffrin JL, Braunstein GD, Simon JA, et al. *Transdermal testosterone treatment in women with impared sexual function after oophorectomy.* N Engl J Med 2000; 343: 682-8.
15. Paszkowski T, Rapa D. *Wpływ substytucyjnej terapii estrogenowo-androgenowej na seksualność po menopauzie.* W: *Menopauza*. IV Kongres Menopauzalny, Łódź 1–3 marca 2001 ICZMP. [red.] T Pertyński. Wydawnictwo ADI, Łódź 2001: 25-30.
16. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response.* Little. Brown & Company, Boston, 1966.
17. Fox CA, Fox B. *Comparative study of coital physiology*. J Reprod Fertil 1971; 24: 319-36.
18. Sievers S, Köhler CO. *Die vaginale Uterusextirpation als Methode der definitiven Schwangerschaftsverhütung.* Geburstthilfe Frauenheilkd 1977; 37: 115-23.
19. Schofield MJ, Bennett A, Redman S, et al. *Self reported long-term outcomes of hysterectomy.* Br J Obstet Gynaecol 1991; 98: 1129-36.
20. Virtanen H, Mäkinen J, Tenho T, et al. *Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms*. Br J Urol 1993; 72: 868-72.
21. Weber AM, Walters MD, Schover LR, et al. *Vaginal anatomy and sexual function.* Obstet Gynecol 1995; 86: 946-9.
22. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM *Hysterectomy and sexual functioning.* JAMA 1999; 282: 1934-41.
23. Mierzejewski W, Rostkowski J, Tomczyk-Matyjasik M i wsp. *Analiza zmian psychosomatycznych u kobiet po operacyjnym usunięciu macicy*. Gin Pol 1991; 62: 327-9.
24. Wydra D, Ciach K, Sawicki S, Emerich J. *Ocena życia seksualnego po usunięciu macicy.* Gin Pol 2003; 74: 501-7.
25. Starowicz ZL, Kaczmarczyk U. *Poziom funkcjonowania w roli seksualnej kobiet po histerektomii.* Post Rehab 1992; 6: 55-61.
26. Khastigir G, Studd J. *Patients' outlook, experience, and satisfaction with hysterectomy, bilateral oophorectomy, and subsequent continuation of hormone replacement therapy*. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 1427-33.

Adres do korespondencji

prof. dr hab. med. **Tomasz Paszkowski**
III Katedra i Klinika Ginekologii
AM w Lublinie
ul. Jaczewskiego 8
20-554 Lublin
e-mail: tompasz@eskulap.am.lublin.pl