

A libidócsökkenés oka a hormonokban keresendő?

Lisa Grossman, MD és Mary Lake Polam MD, PhD, MPH

A postmenopausában a nők több mint fele számol be a nemi vágy lanyhulásáról. A hormonális és nem hormonális kezelési lehetőségek változó hatásfokúak és további kutatásokat igényelnek.

A nők körében akár 43% is lehet a szexuális diszfunkcióra panaszkodók aránya, melyen belül is a nemi vágy csökkenése a leggyakoribb tünet.¹ Bár az egyes vizsgálatok igen széles határok között adják meg az incidenciát, a postmenopausalis korú nők több mint fele számol be csökkent nemi vágyról, szemben a praemenopausalis nőkkel, akiknek egynegyede tapasztal hasonló tünetet.² A hipoaktív szexuális vágy betegség (HSDD, hypoactive sexual desire disorder) a *DSM-IV* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) definíciója szerint a nemi vágy olyan hiánya, mely tartósan fennáll, és perszonális és interperszonális zavarokhoz vezet. A szexuális diszfunkció többrétényezős kórállapot, melyben pszichoszociális komponensek is szerepet játszanak; cikkünk azonban csak a csökkent libidó kezelésével, ezen belül is elsősorban a postmenopausában alkalmazható lehetőségekkel foglalkozik.

A nemi vágy élettani vonatkozásai

A keringésben lévő tesztoszteron körülbelül 50%-át a petefészkek és a mellékvesék termelik, míg a másik 50%-ot a petefészkekből és mellékvesékből származó szteroidprekursorok perifériás átalakulása biztosítja. A keringő tesztoszteron többsége a szexhormonkötő globulinhoz (SHBG, sex hormone-binding globulin) és albumin-



hoz kapcsolódik, így mindössze 1-2% az aktív szabad tesztoszteron aránya.

A tesztoszterontermelés menopausában csökken, ami a nemi vágy lanyhulásához vezethet. Amennyiben a menopausa sebészeti beavatkozás következménye, úgy a petefészkek androgénkomponense és az ösztrogéntermelés egyaránt kiesik, ami olyan területeken is befolyásolja a szexuális funkciókat, mint például a libidó és a hüvelyi szárazság. Orális ösztrogén adása kontraproduktív lehet, mivel megemeli a SHBG szintjét, ami tovább csökkenti a rendelkezésre álló tesztoszteron mennyiségét.

Tesztoszteron

Az Észak-Amerikai Menopausa Társaság (North American menopause Society) 2005-ös állásfoglalásának alapját a postmenopausalis korú nők tesztoszteronkezelésével kapcsolatos szakirodalmi adatok képezték. A dokumentum kimondta, hogy a tesztoszteronterápia (elsősorban transzdermalis tapasz vagy gél/krém formájában alkalmazva) megfelelő megoldás lehet a csökkent nemi vágyat panaszoló nők számára (*1. táblázat*).³ Az állásfoglalás közzétételkor a tesztoszteron adását nem javasolták egyidejű ösztrogénpótlás nélkül, mivel nem állt rendelkezésre elegendő bizonyíték ezzel kapcsolatban.

Azóta közzétették a 814, HSDD-ben szenvedő postmenopausalis nő bevonásával lefolytatott APHRODITE (A Phase 3 research Study of Female Sexual Dysfunction in Women on Testosterone Patch Without Estrogen) vizsgálat eredményeit, mely szerint a napi 300 µg bevitelét biztosító transzdermalis tapasz csekély, mégis észrevehető mértékben csökkentette a szexuális diszfunkciót ösztrogénpótlás nélkül is.⁴

Dr. Grossman a Columbia University Medical Center Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának vezető rezidense New Yorkban.

Dr. Polan a Columbia University Medical Center Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának adjunktusa New Yorkban. A szerzők nem jeleztek érdekütközést a cikkben foglaltakkal kapcsolatban.

1. TÁBLÁZAT

A tesztoszteronterápia szerepe a postmenopausalis nők kezelésében

- Tesztoszteronterápia mérlegelhető azoknál a postmenopausalis korú nőknél, akiknél a csökkent nemi vágy személyes distresszt okoz, melynek hátterében egyéb ok nem mutatható ki.
- A tesztoszteronszint laboratóriumi meghatározásának csak a fiziológiás értéket meghaladó szint nyomon követésében van szerepe, az elégtelenség kórimzésére nem használható.
- A transzdermalis tapaszokat és helyi krémeket/géleket kell előnyben részesíteni az orális készítményekkel szemben, mert ily módon elkerülhető a first-pass effektus.
- A gyárilag előállított termékek alkalmazása esetén kellő körültekintés szükséges, mert előfordulhat, hogy a hatóanyag-tartalom nem állandó.
- A férfiaknak szánt tesztoszteronkészítményeket csak óvatosan szabad adni, és a túladagolás megelőzése érdekében csökkenteni kell a dózist.
- A tesztoszteronpótlás ellenjavallt emlőrákban, méhtestrákban, szív- és érrendszeri betegségekben, valamint májbetegségben.
- A kezelés megkezdése előtt a beteget tájékoztatni kell a kockázatokról és a várható előnyökről.

Forrás: North American Menopause Society ajánlásai nyomán

Tesztoszteronpótlás céljára jelenleg tapasz, krém és szájon át szedhető készítmények állnak rendelkezésre; ezek közül első választásként a transzdermalis tapasz ajánlható, mivel nem jár first-pass effektussal.³ További előnye, hogy nem jelentkeznek nem kívánt androgénhatások, és a lipidprofilra gyakorolt kedvezőtlen hatások is csökkenthetők transzdermalis bevittel. A nem kívánt szőrösödés azonban ez esetben is problémát jelent.

Minden transzdermalis készítményre egyedi adagolási utasítások vonatkoznak (2. táblázat). E szerek nőknél történő alkalmazása előíraton kívüli (off-label) alkalmazásnak minősül; a férfiak esetében javasolt dózisok és alkalmazási mód nők számára nem megfelelő, és az adagokat csökkenteni kell. Egyes termékek (például az Intrinsa tapasz) jelenleg nincsenek forgalomban az Egyesült Államokban. Más készítmények esetében speciális kisereléseket kell összeállítani az erre specializálódott gyógyszer-tárral. A termékek és a dózisok igen változók lehetnek, ezért az orvosnak és a betegnek közvetlenül a gyógyszerész-szel kell megbeszélnie a lehetőségeket.

A készítmények egy részét az off-label alkalmazás miatt nem fedezi a biztosító.

Annak ellenére, hogy vizsgálatok igazolják a tesztoszteronterápia hatásosságát a csökkent nemi vágy javításában, illetve a szexuális elégedettség fokozásában, az Egyesült Államok élelmi-szer- és gyógyszerfelügyeleti hatósága (FDA, Food and Drug Administration) nem engedélyezte e sémák alkalmazását, mivel aggodalmak merültek fel biztonságosságukkal kapcsolatban. Egyes kutatások szerint tesztoszteronterápia kapcsán némileg megemelkedett az emlőrák előfordulásának esélye.⁵ Emellett továbbra sem egyértelmű a helyzet a kardiovaszkuláris kockázattal kapcsolatban. A tesztoszteronpótlás pozitív hatásai között kell említeni az izomtömeg növelését, a csontállomány megőrzését, valamint az általános jóllét javulását.

Egyéb androgének

Az androgének közé tartozó dehidroepiandroszteront (DHEA) a szexuális diszfunkciók kezelésére adják. A vizsgálatok nem igazoltak szignifikáns javulást, kivéve a mellékvese-elégtelenségben szenvedő nőket.^{6,7} A DHEA azonban

intravaginalisan alkalmazva is hatásosnak mutatkozott, mivel a helyi ösztrogén- és androgéntermelés serkentésén keresztül csökkenti a hüvelyszövet atropháját.⁸

Egy vizsgálatban 216 olyan postmenopausalis korú nő vett részt, aki súlyos fokú hüvelyhámsorvadásban szenvedett. A 12 héten át alkalmazott 1%-os DHEA szignifikánsan javította az érzékenységet, a nedvesedést, az orgazmust és a hüvelyszárazságot a placebohoz képest.⁹ A DHEA vaginalis alkalmazásával elkerülhetők a mellékhatások, ami vonzó alternatívává teheti a módszert az atrophiatól szenvedő nők szemében;¹⁰ mindazonáltal további kutatások szükségesek annak tisztázására, hogy a kezelés miként befolyásolja a libidót. A FDA jelenleg nem engedélyezi a DHE vaginalis alkalmazását.

Korábban egy másik androgént, a danazolt annak ellenére adták off-label indikációval a csökkent nemi vágy kezelésére, hogy alkalmazását androgén mellékhatások kísérték. A jobb szerek piacra kerülésével a danazol adása visszaszorult, bár endometrium-szuppressziós képessége folytán továbbra is alternatíva lehet azon nők számára, akiknél szabálytalan, anovulációs vérzések jelentkeznek.¹¹

Ösztrogén/progeszteron

Bár az ösztrogén közvetlenül nem befolyásolja a libidót, az ösztrogénhiány a hüvely sorvadásához és szárazságához vezet, mely a közösülés közben érzett fájdalom miatt szexuális diszfunkcióhoz vezethet. Az ösztrogénterápiát gyakran a közepesen súlyos vagy súlyos hüvely- és szeméremtest-atrophia leghatásosabb kezelésekként emlegetik.^{12,13} A szisztémás alkalmazással szemben a lokális kezelés (orális, tapasz, hüvelygyűrű) javasolható, mivel kevesebb mellékhatással jár. Lokális terápia céljára rendelkezésre áll vaginalis konjugált ösztrogén és ösztradiol krémek vagy tabletták formájában. Mindkét szer dózisát a beteg állíthatja be arra a legkisebb mennyiségre, ami már megfelelő

2. TÁBLÁZAT

**Tesztoszteronterápiás
sémák**

Tapasz: 3-4 naponta cserélendő
– Intrinsa (300 µg)

Krém: naponta egy ujjbegynyi mennyiséget
kell a comb vagy váll bőrébe dörzsölni

Gél: naponta egy ujjbegynyi mennyiséget
kell a comb vagy váll bőrébe dörzsölni
– AndroGel 1,62%
– Testim 1%

Forrás: a gyártók weboldalai. A pontos utasítások és adagok a beteg által használt készítmény ismeretében határozhatók meg

tüneti kontrollt biztosít számára.¹³ A lokális ösztrogénterápia céljára többféle lehetőség áll rendelkezésre hosszú távú adagolással (3. táblázat); az első kezelés megkezdésekor előfordulhat, hogy a betegek gyakrabban alkalmazzák a készítményt. Lokális ösztrogénkezelés kapcsán kiegészítő progeszteronadás nem javallt; postmenopausalis vérzés jelentkezésekor azonban kivizsgálás szükséges.

Szintetikus hormonkészítmények

A tibolon egy szintetikus szteroid, melynek metabolitjai androgén-, ösztrogén- és progeszterinhatással rendelkeznek. Adása kapcsán csökken a SHBG-szint, mely a szabad tesztoszteron és ösztadiol mennyiségének megnövekedéséhez vezet. A tibolont az ösztrogén/gesztagén terápiával összehasonlító, jól megtervezett vizsgálatok szerint a tibolon legalább olyan jó vagy még jobb a szexuális diszfunkció kezelésében, mint az ösztrogén/gesztagén kombináció.^{14,15}

Egy nemrégiben elvégzett Cochrane-elemzés ugyanakkor azzal a következtetéssel zárult, hogy a tibolon hatásában elmarad a hormonpótló kezeléstől, ugyanakkor megjegyzik, hogy alkalmazása kapcsán csökkent a hüvelyi vérzések előfordulása.¹⁶ Eddig még nem történtek vizsgálatok a tibolon és a

tesztoszteron direkt összehasonlítására. Európában széles körben használják a tibolont a postmenopausalis korú nők kezelésében, az Egyesült Államokban azonban nem elfogadott és nincs forgalomban, mivel aggodalmak merültek fel, hogy a szer fokozhatja az emlőrák és a stroke előfordulásának esélyét.

Nem hormonális kezelési lehetőségek

Többféle nem hormonális terápiás eszköz áll rendelkezésre a csökkent libidó kezelésére, bár ezek hatásossága és mellékhatásai igen változók lehetnek. A bupropion igazoltan enyhíti a szexuális diszfunkciót praemenopausalis, nem depressziós, HSDD-ben szenvedő nőknél, illetve azokban az esetekben, amikor a szexuális diszfunkció szelektív szerotoninviszavétel-gátló (SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor) szedésére vezethető vissza.¹⁸ A szerotonin-, dopamin- és norepinefrin-rendszerre centrálisan ható flibanserin praemenopausalis HSDD-ben javítja a szexuális funkciót,¹⁹ a FDA azonban nem engedélyezte alkalmazását a mellékhatások lehetősége miatt. A dopamin-agonista apomorfint kedvezően befolyásolja a szexuális funkciókat,²⁰ ám hosszú távú alkalmazását számos mellékhatás korlátozza. A buspironnal kapcsolatos vizsgálatok egymásnak ellentmondó eredményeket hoztak. A foszfodiészteráz-gátlók nem bizonyultak eredményesnek a nők általános populációjában, kisebb alcsoportokban – például cukorbetegknél vagy bizonyos neurológiai zavarokban szenvedőknél – ugyanakkor eredményesek lehetnek, és alkalmazhatók a SSRI-kezeléshez társuló szexuális diszfunkciók terápiájában is.²¹

Vény nélkül kapható szerek

Számos vény nélkül kapható készítmény áll rendelkezésre a libidó javítására, köztük olyan helyi szerek is, melyek hatásosságát klinikai vizsgálatok igazol-

3. TÁBLÁZAT

Lokális ösztrogénkezelés

Hüvelykrém: 1 g heti 2-3 alkalommal
– Konjugált ösztrogének (Premarin)
– Ösztadiol (Estrace)

Hüvelytabletta: 2 alkalom/hét
– Ösztadiol (Vagifem)

Forrás: a gyártók weboldalai. A pontos utasítások és adagok a beteg által használt készítmény ismeretében határozhatók meg

ják. A Zestra egy gyógynövénytartalmú krém, mely több vizsgálatban is szignifikánsan javította a generalizált szexuális zavarokban szenvedő nők nemi vágyát.²² Az ArginMax egy táplálékkiegészítő, mely növeli a nemi élettel kapcsolatos elégedettséget, a nemi vágyat és a szexuális együttlétek számát, emellett enyhíti a hüvelyszárazságot.²³

Ezen túlmenően egy sor gyógynövény-készítmény van forgalomban, melyek hatásosságáról és biztonságosságáról alig rendelkezünk információkkal. A nőknek kellő körültekintéssel kell eljárniuk, ha nem ismerik az adott termék hatásosságát, biztonságosságát, illetve hatóanyag-tartalmát. Egyes ösztrogén összetevők például ugyanolyan kockázatot hordozhatnak, mint a nem ellensúlyozott ösztrogénkezelés. Fontos, hogy a nők úgy érezzék, hogy a lehetőségekről szabadon beszélhetnek orvosukkal. A csökkent nemi vágy kezelésére kínált készítmények mellett sokféle síkosító és nedvesítő termék is kapható a hüvelyszárazság enyhítésére.

Orális fogamzásgátlók és nemi vágy

Bár a postmenopausalis korú nők nagyobb arányban számolnak be a szexuális érdeklődés lanygulásáról, a menopausa előtt is előfordulhat a libidó csökkenése. Ennek fényében régóta viták folynak arról, hogy az orális fogamzásgátló tabletták (OCP, oral contraceptive pill) miként befolyásolják a nemi vágyat.

Fiziológias körülmények között az OCP-k emelik a SHPG-szintet, melynek nyomán csökken a petefészkek androgéntermelése. A szabad tesztoszteron szintjének leesése elméletileg vezethet a libidó csökkenéséhez. Ezzel kapcsolatban számos vizsgálat történt, melyek nem hoztak egybehangzó eredményeket.^{24,25} Schaffir például úgy véli, hogy a libidót többféle tényező határozza meg, ezért azt javasolja, hogy ennek elemzése során ne csupán az OCP-k biológiai hatásait vegyük számba.²⁵ Az orális fogamzásgátlót szedő betegnek például pusztán attól javulhat a libidója, hogy oldódik benne a nem kívánt terhességtől való félelem.

Egy retrospektív vizsgálatban 124 olyan praemenopausalis nő adatait elemezték, akik a szexuális egészséggel kapcsolatos panaszokról számoltak be. Azt tapasztalták, hogy a fogamzásgátló szedésével felhagyó csoportban nem csökkent a SHBG-szint azokhoz képest, akik soha nem használtak fogamzásgátló tablettát.²⁶ Kétségtől prospektív vizsgálatokra van szükség annak meghatározására, hogy a tartós CP-szedés fokozza-e a SHBG-gén expresszióját, illetve mindez miként hat hosszú távon a libidóra.

Placebohatás

A különféle hormonok, gyógyszerek és táplálékkiegészítők tényleges hatásán túl a gyógyszeresedés ténye is javíthatja a libidót. A kutatások igen tekintélyes placebohatásról tanúskodnak, ami akár a 40%-ot is elérheti,²⁷ egyben megkérdőjelezi a szexuális diszfunkcióval kapcsolatos placebokontrollos vizsgálatok értékelhetőségét. Tizenhat vizsgálat eredményeinek áttekintése azt jelezte, hogy a placebo adásában részesült betegek a szexuális diszfunkció egy vagy több jelentős paramétere tekintetében szignifikáns javulásról számolnak be.²⁸

Bár a terápiás válasz széles határok között változik az egyes vizsgálatokban, a csoporton belüli hatásnagyság gyak-

ran a közepes tartományba esik, ami azt jelzi, hogy a placebokezelés kapcsán érvényesülő figyelem és gondoskodás pozitív hatású.

Összefoglalás

A libidó csökkenéséhez vezető szexuális diszfunkció sok nőnek okoz problémát, különösen a menopausát követően. HSDD esetén a transzdermalis tesztoszterontapaszt jó választás lehet. Emellett szóba jöhet egyéb androgénterápia, például DHEA-krém alkalmazása. Vagina- lis ösztrogénnel enyhíthető a hüvelyszárazság, illetve a nemi együttlét közben érzett kellemetlenség, ami ugyancsak szexuális diszfunkciót eredményezhet.

Amennyiben a nőbeteg nem tud vagy nem akar hormonkészítményeket használni, akkor kellő körültekintéssel kell eljárnia a gyógynövénykészítmények kiválasztásakor, mivel ezek aktuális dózisa és felszívódása sokszor nem ismert. Ennek ellenére a vény nélkül kapható készítmények ésszerű alternatívák lehetnek, amennyiben jó minőségű, publikált klinikai vizsgálatok igazolják hatásosságukat és biztonságosságukat. Egy sor olyan nem hormonális termék van forgalomban, melyek a nők meghatározott alcsoportjai számára hasznosak lehetnek.

További kutatások szükségesek a csökkent libidó kezelésére alkalmas új módszerek kifejlesztésére. Nem szabad megelégedezni arról sem, hogy a szexuális diszfunkció mögött sokféle tényező állhat, ezért a gyógyszeres kezelés fontossága mellett hangsúlyozni kell a tanácsadás és folyamatos pszichoszociális támogatás jelentőségét is.

Are hormones the answer to low libido? • Contemporary OB/GYN / vol 58 / no 2 / February, 2013

HIVATKOZÁSOK

1. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537–544. Erratum in: *JAMA*. 1999;281(13):1174.
2. West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med*. 2008;168(13):1441–1449.

3. North American Menopause Society. The role of testosterone therapy in postmenopausal women: position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*. 2005;12(5):496–511.
4. Davis SR, Moreau M, Kroll R, et al; APHRODITE Study Team. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med*. 2008;359(19):2005–2017.
5. Dimitrakakis C, Jones RA, Liu A, Bondy CA. Breast cancer incidence in postmenopausal women using testosterone in addition to usual hormone therapy. *Menopause*. 2004;11(5):531–535.
6. Panjari M, Bell RJ, Jane F, et al. A randomized trial of oral DHEA treatment for sexual function, well-being, and menopausal symptoms in postmenopausal women with low libido. *J Sex Med*. 2009;6(9):2579–2590.
7. Panjari M, Davis SR. DHEA for postmenopausal women: a review of the evidence. *Maturitas*. 2010;66(2):172–179.
8. Labrie F, Archer D, Bouchard C, et al. Intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone), a physiological and highly efficient treatment of vaginal atrophy. *Menopause*. 2009;16(5):907–922.
9. Labrie F, Archer D, Bouchard C, et al. Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone) on libido and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Menopause*. 2009;16(5):923–931.
10. Panjari M, Davis SR. Vaginal DHEA to treat menopause related atrophy: a review of the evidence. *Maturitas*. 2011;70(1):22–25.
11. Duckitt K. Medical management of perimenopausal menorrhagia: an evidence-based approach. *Menopause Int*. 2007 Mar;13(1):14–8.
12. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD001500.
13. North American Menopause Society. The 2012 hormone therapy position statement of: The North American Menopause Society. *Menopause*. 2012;19(3):257–271.
14. Osmanioglu A, Atasari T, Baltaci D, Bozkaya H. Effect of different preparations of hormone therapy on sexual dysfunction in naturally postmenopausal women. *Climacteric*. 2006;9(6):464–472.
15. Ziaei S, Moghassami M, Faghizadeh S. Comparative effects of conventional hormone replacement therapy and tibolone on climacteric symptoms and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Climacteric*. 2010;13(2):147–156.
16. Formoso G, Perrone E, Maltoni S, et al. Short and long term effects of tibolone in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2:CD008536.
17. Segraves RT, Clayton A, Croft H, et al. Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24:339.
18. DeBattista C, Solvason B, et al. A placebo-controlled, randomized, double-blind study of adjunctive bupropion sustained release in the treatment of SSRI-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2005 Jul;66(7):844–8.
19. Derogatis LR, Komer L. Treatment of hypoactive sexual desire disorder in the premenopausal women: efficacy of flibanserin in the VIOLET study. *J Sex Med*. 2012 Apr;9(4):1074–85.
20. Caruso S, Agnello C, et al. Placebo-controlled study on efficacy and safety of daily apomorphine SL intake in premenopausal women affected by hypoactive sexual desire disorder and sexual arousal disorder. *Urology*. 2004 May;63(5):955–9.
21. Basson R, McInnes R, Smith MD, et al. Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J Womens Health Gend Based Med*. 2002;11:367.
22. Ferguson DM, Hosmane B, Heiman JR. Randomized, placebo-controlled, double-blind, parallel design trial of the efficacy and safety of Zestra in women with mixed desire/interest/arousal/ orgasm disorders. *J Sex Marital Ther*. 2010;36(1):66–86.
23. Ito TY, Trant AS, Polan ML. A double-blind placebo-controlled study of ArginMax, a nutritional supplement for enhancement of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(5):541–549.
24. Davis AR, Castaño PM. Oral contraceptives and libido in women. *Annu Rev Sex Res*. 2004;15:297–320.
25. Schaffir J. Hormonal contraception and sexual desire: a critical review. *J Sex Marital Ther*. 2006;32(4):305–314.
26. Panzer C, Wise S, Fantini G, et al. Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels: a retrospective study in women with sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2006;3(1):104–113.
27. Bradford A. Listening to placebo in clinical trials for female sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2012 Oct 4. Epub ahead of print.
28. Bradford A, Meston CM. Placebo response in the treatment of women's sexual dysfunctions: a review and commentary. *J Sex Marital Ther*. 2009;35(3):164–181.

KOMMENTÁR

A Grossman–Polan szerzőpáros közleménye a postmenopausalis asszonyok szexuális diszfunkciójának hormonális és egyéb más kezelési lehetőségeit tárgyalja. A nők szexuális diszfunkciója egy multikauzális és sokrétű probléma, mely biológiai, pszichológiai és interperszonális elemekkel kombinálódik. Egyik kategóriája a libidócsökkenés, melynek előfordulása az életkorral emelkedik, menopausában az 50%-ot is meghaladhatja. Orvosi kezelést viszont csak azok az esetek igényelnek, amelyekhez interperszonális feszültség, pszichoszociális stressz is társul. Ebben az esetben már a „csökkent szexuális vágy zavarának” (HSDD) nevezzük, mely a peri- és a korai postmenopausában éri el a legnagyobb, 25%-os gyakoriságot,¹ idősebb korban az arány csökken. A tárgykörben nem alakult ki egységes nomenklatura, ezért a gyakorisági adatok nagyon ellentmondóak.

A menopausa élettani vonatkozásai

A menopausa fordulópont a nő életében, ami kihat a szexuális magatartásra és attitűdre. A menopausalis tranzíció következményei (pl. hőhullámok, hangulatváltozás, alvászavar, csökkent energia, a testkép megváltozása, önbecsülés csökkenése, fizikális és emocionális közérzet romlása) „dominó”-effektusként hatnak a szexuális funkcióra és hozzájárulnak a szexuális problémák megjelenéséhez, illetve felerősödéséhez. Tipikus panasz a szexuális izgalom elmaradása, az orgasmus elérésének nehézségei, a koitális kényelmetlenség és a szexuális fájdalom jelentkezése. A menopausa beköszöntevel drámaian csökken a plazma ösztradiolszintje, és az ovariumok nem termelnek tovább ösztrogéneket. Az ösztrogénhiány érinti a szöveti regenerációt és hatással van a bőr, csontok és reproduktív traktus kötőszövetének



Dr. Béres László

Maternity Szülészeti és Nőgyógyászati Magánklinika,
Budapest

kollagénhomeosztázisára. Az urogenitális tünetek a postmenopausalis nők legalább 50%-át érintik és 5-6 évvel a menopausa után jelentkeznek. A hüvely és a trigonum epitheliumának elvékonyodása dyspareuniát eredményezhet elsősorban a hüvelyszárazságon, illetve a hólyag ingerlékenységének fokozódásán keresztül. Szexuális diszfunkcióhoz vezethet a hüvelyfal vérbőségének, nyújthatóságának és elaszticitásának csökkenése, melynek következtében a hüvely megrövidül és elveszíti hámredőit. A perzisztáló szexuális fájdalom miatt csökken a libidó és a szexuális izgalom, ami csökkenti az orgasmusra való képességet és a megelégedettség érzését, ami szintén csökkenti a szexuális motivációt és aktivitást, kedvezőtlen hatást gyakorolva a párkapcsolatra.

A negatív események kaszkádjának megszakítása a bevezetendő ösztrogénterápia alapvető célja, amely a leghatásosabb eszköz a klimakterikus tünetek megszüntetése és az urogenitális egyensúly visszaállítása, megőrzése terén. Néhány esetben szükségessé válhat pszichoszexuális tanácsadás, medencefénkizom-torna vagy a speciális bőrgyógyászati állapotok (pl. lichen sclerosus) célzott kezelése. Postmeno-

pausában a teljes tesztoszteron szint 30–50%-kal alacsonyabb a praemenopausalis szintekhez képest, mindemellett a keringő tesztoszteron nagyobb aránya származik a petefészkek szekréciójából, a magas gonadotropin (LH) intenzívebb theca-sejt-stimulációjának köszönhetően. A keringő tesztoszteron részben szabad (1-2%), részben lazán az albuminhoz (31%), részben erősen a szexhormont kötő globulinhoz (66%) kötődik. Mivel a sejtek számára a szabad és az albuminhoz kötött frakció jelenti a bioaktív tesztoszteront, és a szabad tesztoszteron alacsonyabb értékeinek meghatározása a klinikai gyakorlatban nem eléggé pontos, sok szerző inkább a teljes tesztoszteronból és szexhormont kötő globulinból (SHBG) számítható „free androgen index” (FAI) használatát javasolja az androgénstátusz jellemzésére.

A tesztoszteronterápia javallatai, előnyök és aggodalmak

Tesztoszteronterápiát akkor javasolt elkezdni, ha a stresszel járó libidócsökkenés semmi mással (pl. major depresszió, hypothyreosis) nem magyarázható, csak az androgénhiánnyal, amelynek többi tüneteire is kedvező hatást gyakorolhat: javítja a közérzetet, energetizál, emeli a hangulatot, növeli az izomerőt és izomtömeget, javítja a kogníciót és a memóriát, továbbá anabolikus hatású a csontanyagcserére.

A postmenopausalis tesztoszteronterápia egyik kiemelt indikációs területe a sebészeti menopausa. A kétoldali petefészkek-eltávolítás drámai változást idéz elő a gonadális szteroidok szérumkoncentrációiban. Az ösztradiolszint napok alatt a legkisebb, még mérhető érték alá esik, az androsztendion 50%-kal, a DHEA és a tesztoszteron 70%-kal csökken. A WISHES tanulmány (Women's

KOMMENTÁR

International Sexuality and Health Survey) a csökkent libidó gyakoriságát vizsgálta 4517, 20 és 70 év közötti, az Egyesült Államokból és 4 nyugat-európai országból származó nő beválasztásával. A szerzők a szexuális funkció szempontjából a hysterectomián és bilaterális oophorectomián átesett nők csoportját oophorectomián át nem esett nők csoportjával hasonlították össze oly módon, hogy a fiatalabb (20–49 éves) sebészeti menopausalis nők adatait vetették össze azonos életkorú, még menstruáló nőkkel, illetve az 50–70 éves sebészeti menopausalis nőket a természetes menopausalis nőkkel. A tanulmány kimutatta, hogy a csökkent libidó és a hozzá kapcsolódó pszichoszociális stressz szignifikánsan gyakoribb volt sebészeti menopausát követően, mint a műtétet át nem esettek körében. A tanulmány egyesült államokbeli ágában a HSDD előfordulása 9% volt természetes menopause esetén és 26% fiatalabb sebészeti menopausalis nők csoportjában, míg a nyugat-európai ágban a HSDD előfordulási aránya a még menstruáló praemenopausalis nőknél 7%-nak, az ugyanezen korcsoportú (20–49 éves) sebészeti menopausalis nők csoportjában 16%-nak adódott. A tanulmány konklúziója, hogy a fiatalabb sebészeti menopausalis nők csoportjában nagyobb az emocionális és pszichológiai stresszel járó libidócsökkenés előfordulásának kockázata, továbbá csökkent a szexuális aktivitás, és a betegek kevésbé voltak elégedettek szexuális életükkel és partnerkapcsolatukkal, ami megerősíti az életkor meghatározó szerepét a szexuális diszfunkció diagnosztizálásának felállítására idején.

A csökkent libidójú nők nagy szála érzékelte magát frusztráltabbnak, aggodalmaskodóbbnak, boldogtalábbnak, reménytelenebbnek, zaklatottabbnak, megszégyenültebbnek és

elkeseredettebbnek, mint a normális libidójú nők. A csökkent libidó pszichológiai problémákat is okozhat, például a nőiesség érzésének hiányát, bizonytalanságot, az alkalmatlanság érzését, a szexuális kudarc túlzó átélését, az önbecsülés csökkenését, végül a partner elhagyását. A HSDD mentális és fizikális szempontból az életminőséget és az általános egészségi állapotot is rontja, és kimenetele sokkal súlyosabb és szerteágazóbb, mint férfiak esetében.⁴

A tesztoszteronterápiával kapcsolatban nincsenek hazai tapasztalatok. Az Egyesült Államokban nincs törzskönyvezve készítmény, bár nagyarányú, becslések szerint évi 2 milliós nagyságrendű az „off label” alkalmazás. A FDA érvelése szerint nem állnak rendelkezésre a tesztoszteronterápia hosszú távú következményeivel kapcsolatos kutatási eredmények (a leghosszabb követés eddig 3 évig tartott), továbbá a nők számára kifejlesztett termékek száma kevés, és a biztonságosi adatok is hiányoznak. Ezért eddig egyetlen humán/bioidentikus tesztoszteronterméket sem engedélyeztek. Az Észak-Amerikai Menopausa Társaság (NAMS) nem zárkózott el a tesztoszteronterápiától, csak a maximális óvatosságot hangsúlyozta használatával kapcsolatban. A menopausalis medicinán belül kialakult konszenzus szerint tesztoszteronterápián ma a prae- és posztmenopausalis nők szexuális diszfunkciójának kezelésére törzskönyvezett, kis dózisu, parenterálisan bevitelű, bioidentikus tesztoszteron használatát értjük. Angliában nemrégiben, 2012 októberében vonta ki a gyártót a cikkben is említett Intrinsa 300 µgrammos tapasz „kereskedelmi okokból”.

Ausztráliában nagyobb hagyományai vannak az androgénpótlásnak. Ezen a területen Henry Burger vég-

zett úttörő munkásságot. De ott is csak egy, a nők számára törzskönyvezett tesztoszterontartalmú krém találtam az interneten (Androfeme 1%). A tesztoszteronterápia időnként háttérbe szorul, hogy aztán újra felfedezzék. Története 1937-re, tehát régebbre nyúlik vissza, mint a konvencionális menopausalis hormonterápia. Még az 1980-as években is az ösztradiolt és tesztoszteront tartalmazó Ambosex injekció volt Magyarországon az egyetlen, emlékezetem szerint nagy népszerűségnek örvendő, menopausalis tünetekre alkalmazott kezelés.

Apostmenopausalisandrogénterápia és a nők szexuális diszfunkciójának kutatása a kilencvenes években kapott nagyobb lendületet, amikor számos, a férfiak számára kifejlesztett nagyobb dózisu készítmény jelent meg. E termékek nők körében történő felhasználása ellentmondásos tapasztalatokat hozott, elsősorban a különböző kezelési sémák és az ellenőrizhetetlen dozírozások miatt. Ezen kívül a 2002-es WHI tanulmány után felerősödő „hormonellenes” hangulat sem kedvezett a tesztoszteronterápia tárgyilagos tanulmányozásának. A tesztoszteronterápia világméretű pályafutásának az utóbbi években tapasztalt gyógyszerkivonásokkal valószínűleg nincs vége, mert szakmai körökben – sokrétű lehetőségeinek köszönhetően – sokan látnak benne „fantáziát”, melyek jól hasznosíthatók a szexuális diszfunkciók kezelésekor.

Ezt az álláspontot támasztja alá egy, a Cochrane-adatbázisra alapuló evidencia, mely szerint a menopausalis hormonterápiához hozzáadott tesztoszteronnak kedvező hatása van a szexuális funkcióra postmenopausalis nőknél. Egy véletlen besorolásos, kettős vak klinikai tanulmány a metiltesztoszteron libidóra kifejtett hatását

KOMMENTÁR

vizsgálta.⁵ Száztizennyolc, postmenopausalis libidócsökkenésről panaszkodó nő 4 hónapon keresztül használt észterifikált ösztrogént (0,625 mg/nap) vagy észterifikált ösztrogén + metil-tesztoszteron (1,25 mg/nap) kombinációt. Azoknál a nőknél, akik az ösztrogén + tesztoszteron kombinációt alkalmazták, jelentősen javult a nemi vágy, összehasonlítva azokkal, akik az ösztrogént egymagában kapták ($p=0,05$). E tanulmány két körülményt ismeretlenül hagyott: az egyik, hogy a természetes menopausalis nők ösztrogént és androgént kaptak, de progesztogént nem, a másik, hogy a metil-tesztoszteron milyen mértékben csökkentette a HDL szintjét.

Több véletlen besorolásos, placebo-kontrollos tanulmány is vizsgálta a 300 µg/24 h dózisú transzdermalis tesztoszterontapaszt biztonságosságát és hatékonyságát. A betegek oophorectomián estek át, libidójuk csökkent, és mindegyikük kapott ösztrogénterápiát. A transzdermalis tesztoszterontapaszt 24 hetes használatát követően növekedett a libidó ($p<0,05$) és csökkent a szexuális distressz ($p<0,05$).⁶ Hasonló eredményeket hozott az INTIMATE NMI tanulmány természetes menopausalis nőknél.⁷ A közelmúltban publikáltak egy tanulmányt, amely a transzdermalis tesztoszteron hatását vizsgálta ösztrogénterápia nélkül.⁸ Az eredmények azt mutatták, hogy a 300 µg/24 h tesztoszteron növelte a szexuális epizódok számát (2,1 epizód/4 hét) a placebo-soporthoz képest (0,7 epizód/4 hét), a különbség 1,4 epizód volt ($p<0,005$). E nők enyhe hirsutismust is tapasztaltak a placebóval összehasonlítva (30% vs. 23,1%). Más tanulmányok a tesztoszteronterápia biztonságosságát és kockázatait helyezték vizsgálatauk középpontjába.

A tesztoszteronterápiával kapcsolatos mítoszok

Izgalmas témáról van szó, és kis túlzással szakmai forrongásról lehet beszélni. Sok mítosz és félreértés kapott szárnyra a postmenopausalis tesztoszteronterápiával kapcsolatban. A mítoszok forrásai részben a hiperandrogén kórképeket vizsgáló epidemiológiai tanulmányok voltak, amelyek a tesztoszteron kauzatív szerepét hangsúlyozva vonták le bizonyítatlan következtetéseiket. Az androgénterápiát körülvevő zűrzavar másik forrása a nagy dózisú anabolikus szteroidok kedvezőtlen mellékhatásainak a kis dózisú tesztoszteronterápiára történő extrapolálása volt. Az egyik ilyen mítosz, hogy a tesztoszteron egy „férfi” hormon. A férfiak tesztoszteronszintje valóban magasabb, mint a nőké, viszont a tesztoszteron a legnagyobb mennyiségű szexszteroid a női szervezetben, reprodukív életszakasztól függetlenül. A tesztoszteron szérumszintje tízszer magasabb, mint az ösztradiolé, ezen kívül a proandrogének (DHEA, DHEA-S, androsztendion) szérumkoncentrációi még ezt is egy nagyságrenddel meghaladják, biztos hátteret nyújtva a tesztoszteronutánpótlás számára. Az androgénprekursorok mennyisége a két nemből nem tér el lényegesen egymástól. A tesztoszteron az ösztrogénszintézis legfőbb szubsztátja, tehát endokrinológiailag a tesztoszteronnak másodlagos „nem férfi-hormon hatása” van az ösztradiol-receptorok (ER) révén.

Egy másik mítosz szerint nőknél a tesztoszteron csak a szexuális funkció és a libidó működéséért felelős. Ezzel a szemben a tesztoszteron rendkívül széles hatásspektrummal rendelkezik. Ezt bizonyítja, hogy az életkor előrehaladtával jelentkező androgénhiány sokféle tünete (pl. szorongás, ingerlékenység, hangulat-

és közérzetromlás, fizikai gyengeség, csont- és izomvesztés, szellemi képesség hanyatlása, alvászavar, hőhullámok, rheumatoid panaszok, emlőfájdalom, vizelési panaszok, szexuális diszfunkció) tesztoszteronterápiával kezelhetők, tehát a tesztoszteron alapvető és széles körű fontossággal bír a nők (és férfiak) fizikális, mentális egészségét és jóllétét illetően.

A tesztoszteronterápiával kapcsolatban az a mítosz is gyakran kelt félelmet, hogy a tesztoszteron maszkulinizálja a nőket. Ezzel szemben már 65 évvel ezelőtt felismerték, hogy a tesztoszteron hatása dózisfüggő, és kisebb dózisokban a tesztoszteron inkább fenntartja a nőiességet és a szexualitást. A tesztoszteron szuprafarmakológiai dózisaival kezelt nő-férfi transzszexuálisoknál az arcszövet növekedése ugyan felgyorsul és a clitoris is mérsékelten megnagyobbodik, de valódi maszkulinizáció nem jön létre. A nem kívánt androgén mellékhatások a tesztoszteron dózisának csökkentésével reverzibilisek, bár a tesztoszteron szintén dózisfüggő kedvező hatásai miatt a nők többsége inkább a mellékhatások kezelését preferálja, mint a tesztoszterondózis csökkentését.⁹

Nem tűnik megalapozottnak az a mítosz sem, hogy a tesztoszteron vagy a tesztoszteronterápia hajhullást okozna akár nőknél, akár férfiaknál. Annak ellenére, hogy a férfiak tesztoszteronszintje magasabb, mint a nőké, és az időseddel nagyobb valószínűséggel fordul elő hajhullás, ésszerűtlen feltételezni azt, hogy a tesztoszteron anabolikus hormonnak hajhullást okozna. A hajhullás egy komplikált multifaktoriális, genetikailag determinált, részleteiben ma még ismeretlen folyamat. A férfias típusú hajhullásért a dihidro-tesztoszteront és nem a tesztoszteront tartják felelősnek. A nők androgén hajhullása inkább a

KOMMENTÁR

hajhullás egyfajta típusára utal, nem pedig az etiológiájára. Az, hogy a PCO-szindrómás, inzulinrezisztens nők egy részében a magasabb a tesztoszteronszint és a hajhullás egy időben tapasztalható, még nem bizonyít oki összefüggést. Hajhullás gyakran fordul elő inzulinrezisztenciában. Az elhízás és az inzulinrezisztencia növeli az 5-alfa-reduktáz aktivitását, ami serkenti a hajhagymákban a tesztoszteron dihidro-tesztoszteronra történő konverzióját.⁵ Hajhullást okozhatnak még bizonyos gyógyszerek, a krónikus stressz és a hiányos táplálkozás. A nők egyharmada tapasztal hajhullást és hajszálvékonyodást az életkorral összefüggő tesztoszteronhiány tüneteiként. Egy vizsgálatban a bevásárolt nők kétharmadánál észleltek intenzívebb hajnövekedést szubkután tesztoszteronimplantátum mellett.¹⁰ Azok a nők, akiknél ez nem jelentkezett, nagy valószínűséggel hypo- vagy hyperthyreosis, vashiány vagy túlsúly állt fenn.

A tesztoszteronterápiával szemben leginkább hangoztatott aggodalom a kedvezőtlen szív- és érrendszeri hatás, az emlőrák kockázatának fokozódása és a májkárosító hatás. Ellenben vannak megfigyelések, melyek szerint a tesztoszteron kardiálisan protektív, megfelelő szérumszintjei csökkentik a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát, növelik a sovány testtömeget, csökkentik az inzulinrezisztenciát, kedvezően hatnak a glükózmétabolizmusra, immunmodulátorként gátolják az atheromák kialakulását, növelik az izomerőt.¹¹ A tesztoszteron proapoptotikus, antiösztrógen és proliferációt gátló hatású az ép és a cancerosus emlőszövetben egyaránt, bár a tesztoszteron ösztrogénné aromatizálódhat és stimulatív hatást fejthet ki az ösztrogén-receptor-alfán keresztül, amely emelheti az emlőrák kockázatát.

Májkárosító hatás csak a nagy dózisu orális szintetikus androgénekre (metil-tesztoszteron) vonatkozik, amelyek az entero-hepatikus körbe jutva hatnak kedvezőtlenül a májra. A parenterális tesztoszteron elkerüli a májat és nincs hatással sem a májenzimre, sem a májban szintetizálódó, véralvadást elősegítő faktorokra.

Összefoglalva a tesztoszteronterápiáról szóló vita pró és kontra érveit, megállapítható, hogy ma még távoliak az álláspontok, és sok jól tervezett tanulmányra van szükség a kérdőjelek tisztázása céljából.

A hormonhiány hatása az önértékelésre és a párkapcsolatra

A nők átlagéletkorának 50 évről 80 évre történő emelkedése – ami viszonylag rövid időn belül, a XX. század folyamán következett be – újabb kihívásokat tartogat a (házas)párok részére. A női szervezet a reprodukzív életszakasz befejezése után olyan testi és lelki átalakuláson megy keresztül, amely által a normális szexuális funkcióknak nem vagy csak nehezen tud megfelelni, sőt a szexualitással kapcsolatos igény is csökkenhet. A férfi partnernél lassabban megy végbe a folyamat, az androgénszintek csökkenése akár 10–20 évig is elhúzódhat, másrészt kiváló gyógyszerek segítik az erectilis diszfunkció normalizálódását. A szexuális funkció csökkenésének a két nem között tapasztalható időbeli eltolódása miatt kezdetben feszültség keletkezhet a párkapcsolatban, később személyes kapcsolatuk is megromolhat.

A minap kért segítséget az egyik 60 éves betegem, mert féltette a most még meglévő, jó kapcsolatát a férjével. „Látom, hogy ő (mármint a férj) ugyan nem mondja, de szeretné az együttélést, de higgye el doktor úr, képtelen vagyok rá, mert érzékeny a hüvelyem,

és nemi vágyam sincs. Nagy szeretet van köztünk, de félek, hogy idővel ez a kapcsolatunk rovására megy, és elveszítem őt.” Azaz éltek együtt az életüket szeretetben, megértésben, és életük harmadik harmadában, az egyébként természetesen jelentkező hormonhiány miatt alapvetően változik meg minden közöttük. Ezt egy „egyszerű” eset illusztrálásaként említem, a postmenopausális nők szexuális diszfunkciója mögött ennél sokkal bonyolultabb kontextusok is meghúzódhatnak.

A menopausális urogenitalis atrophia lokális ösztrogénnel történő kezelése hozzáférhető és könnyen kivitelezhető hazánkban is, viszont a nők számára, csökkent libidóra törzskönyvezett transzdermalis androgén megvásárlása már nehezebb feladat, esetleg Ausztráliából interneten vagy más egyéni úton nyílhat rá mód. Az amerikai cikk csak érintőlegesen említi az androgén hatással is rendelkező tibolont, amit az ottani klinikai tapasztalatok hiánya is magyarázhat. Európán belül viszont nagyon is elterjedt és kedvelt terápiás alternatívát kínál azoknak a postmenopausális nőknek, akik elsősorban csökkent libidójuk, önbizalomvesztésük vagy hangulati labilitásuk miatt kérnek segítséget kezelőorvosuktól.

Példánk esetében helyi ösztrogénkezelést és rövid távú, egyéves tibolonkezelést javaslok, 3 havonkénti követés mellett, gondosan ellenőrizve a terápia hatékonyságát és esetleges nem kívánt hatásait. A DHEA-tartalmú hüvely-, illetve orális tablettával nincs klinikai tapasztalatom. Elvileg a szervezetben ösztrogén-, illetve androgénhatása is lehet, a szteroidokat átalakító enzimek, továbbá az ösztrogén- és androgénreceptorok szöveti eloszlásától függően A gyengébb, de összmenyisége miatt mégis jelentős androgénhatással

KOMMENTÁR

bíró mellékvesekéreg eredetű dehidroepiandroszteronnak (DHEA) és szulfátjának (DHEA-S) jelentős csökkenése elérheti akár a 80%-ot is. A csökkenés a nők harmincas éveiben kezdődik, legnagyobb hányada a postmenopausalis életszakaszra esik, ezért e jelenséget számos szerző „adrenopausának” is nevezi.

A libidócsökkenés valódi előfordulási aránya

A posztmenopausalis nők csökkent libidójára vonatkozóan a cikk elején említett, 50% feletti gyakoriság meglehetősen nagy arány. A rutin nőgyógyászati rendeléseken töredéket sem lehet tapasztalni a szexuális panaszoknak, ezért ezek feltárásában fontos szerep hárul a menopausa-rendelést végző nőgyógyászra, aki ismeri a menopausalis tranzíció endokrin változásainak közérzetre, hangulatra, szexuális reakciókra kifejtett hatásait, valamint a beteg családi és munkahelyi életét jellemző pszichoszociális tényezőket is. A fel nem tárt szexuális diszfunkciók arányára utal az a felmérés, melyben 300, 45–55 éves menopausalis nőt vizsgáltak.¹² Eszerint az orvosi konzultációkon megemlített leggyakoribb panasz a hőhullám volt 37%-os gyakorisággal, mely alig maradt el a tényleges gyakoriságtól (46%). A csökkent libidót a rendeléseken 7%-ban említették a betegek, noha annak valódi gyakorisága sokkal nagyobb mértékű volt, majdnem elérte a hőhullámét (41%).

A menopausa, különösen a korai és sebészeti menopausa, továbbá a vulvo-vaginalis atrophia diagnózisának időpontja az „ideális pillanat” arra, hogy feltegyünk néhány kérdést a szexuális életminőséget illetően. A nők általában nem kezdeményezik maguktól a libidót, szexuális aktivitást érintő beszélgetést, de rendszerint értékelik, ha az orvos az általános kikérdezésen kívül ezeket a területeket is érinti.

Néhány példa a kommunikációs nehézségekre, amely a szexuális diszfunkció feltárását akadályozhatja a beteg részéről: szégyellheti szexuális problémáit és bizonytalan lehet abban, hogy az orvos miként tekint ezekre a problémákra; tarthat továbbá az orvos negatív megítélésétől vagy gondolhatja azt is, hogy „az orvoslás a betegségekkel foglalkozik, és az olyan dolgok, mint a szexualitás inkább a »luxus« kategóriájába tartozik”, ezért nem akarja terhelni az orvost ezekkel a problémákkal, vagy azt is érezheti, hogy az orvosnak nincs ideje és nem kompetens a szexuális panaszait illetően, vagy lehet az is a véleménye, hogy „a szexuális gondokkal úgysem lehet semmit csinálni”. Az orvost szintén gátolhatja a kommunikációban, ha úgy érzi, hogy a szexualitás felvetésével túlságosan közel kerül a beteghez, ezáltal megsértheti vagy zavarba hozhatja őt, vagy úgy vélheti, hogy a szexualitás témája túl sok időt vesz igénybe, és ez kombinálódhat a terápiás tehetetlenség érzésével.

Végül a kommunikációt befolyásolhatják az orvos saját szexuális életrendjének jellemzői is.

Az alapszintű szexuális konzultáció a menopausalis medicina szerves része. Magyarországon nem terjedt el, mert speciális kommunikációs felkészültséget igényel az orvostól, az Egyesült Államokban viszont tanfolyamokon oktatják a szakembereknek. A szexuális tanácsadás vagy konzultáció terápia ellátás is egyben, ezzel is segítve a nőket a szexuális diszfunkció, ezzel összefüggésben a menopausalis szindróma kezelésében.

HIVATKOZÁSOK

1. Shifren JL, et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112:970–978.
2. Leiblum S, et al. 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.
3. Dennerstein L, et al. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: a survey of western European women. *J Sex Med.* 2006;3:212–222.
4. Laumann EO, et al. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281:537–544.
5. Tomlinson JW, et al. Reduced glucocorticoid production rate, decreased 5 α -reductase activity, and adipose tissue insulin sensitization after weight loss. *Diabetes.* 2008;57:1536–1543.
6. Lobo AR, 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;79:1341–1352.
7. Shifren JL, et al. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NM1 Study. *Menopause.* 2006;13:770–779.
8. Davis SR, et al. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med.* 2008;359:225–237.
9. Glaser R, et al. Testosterone implants in women: pharmacological dosing for a physiologic effect. *Maturitas.* 2013;74:179–184.
10. Glaser R, et al. Improvement in scalp hair growth in androgen deficient women treated with testosterone: questionnaire study. *Br J Dermatol.* 2012;166:274–278.
11. Jones TH, et al. The effects of testosterone on risk factors for and the mediators of the atherosclerotic process. *Atherosclerosis.* 2009;207:318.
12. Obermeyer CM, et al. The menopause in Spain: results of the DAMES (Decisions At Menopause) study. *Maturitas.* 2005;52:190–198.