

# Női szexuális diszfunkciók

Romics Imre

## FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION

A szerző néhány, nagyszámú beteg vizsgálati eredményeit tükröző irodalmi adat alapján rávilágít a női szexuális diszfunkció gyakoriságára. A betegség etiológiája részben ismert. Bár a diagnosztikai és terápiás lehetőségek korlátozottak, az elsődleges feladat a női szexuális diszfunkció gyakori előfordulásának ismerete, beépítése orvosi gondolkodásunkba.

Based on the literature data reflecting test results of a high number of patients, the author highlights the frequency of female sexual dysfunction. The aetiology of the disease is partially known. Although diagnostical tests and therapeutical options are limited, it is essential to consider the existence and the high prevalence of female sexual dysfunction and to integrate this into our medical thinking.

### női szexuális diszfunkció

### female sexual dysfunction

dr. Romics Imre (levelezési cím/correspondence): Semmelweis Egyetem,  
Általános Orvostudományi Kar, Urológiai Klinika/Semmelweis University, Faculty of Medicine,  
Urological Department, Budapest;  
H-1082 Budapest, Üllői út 78/B. E-mail: romimre@urol.sote.hu

Érkezett: 2005. március 18.

Elfogadva: 2005. május 31.

Az utóbbi évtizedekben – beható vizsgálatok nyomán – ismertté vált a szexuális aktus fiziológiai háttere, folyamata: izgalmi fázis, plató, orgazmus, nyugalmi fázis (1). A szexuális aktus alatt a clitoris és a nagyajkak vérellátása fokozódik, de a clitorisnak és a vaginának a hosszúsága és a szélessége is nő. A kisajkak akár két-háromszorosára is megnőhetnek a szexuális aktus alatt (1).

A fiziológiai ismeretek bővülésével gyarapodnak klinikai ismereteink is.

A női szexuális diszfunkció az életminőséget, általános állapotot jelentősen befolyásoló multikauzális betegség. A szexuális zavar az életkorral összefügg, progresszív jellegű; jelentősen befolyásolja a párkapcsolatok léte és azok minősége. Etiológiai vizsgálatok alapján gyanítható, hogy sok összefüggés és közös rizikófaktor található a férfi erectilis diszfunkció és a női szexuális zavarok között, így például az életkor, a hipertónia, a dohányzás, a cukorbetegség, a hypercholesterinaemia.

Az Egyesült Államokban végzett felmérés szerint a nők 30–50%-ának van valamilyen szexuális zavara életében (2). Ezerhétszáznegyvenkilenc nőt megvizsgálva 43%-uk számolt be valamilyen panasrról (3). Egy 31 országot átfogó vizsgálatban 40–80 év közötti nőket kérdeztek meg, itt a panaszosok aránya még jelentősebb volt: 47%. Egy angol vizsgálatban a nők 52%-a válaszolt úgy, hogy szívesen venné, ha szexuális problémájára gyógyírt találna. Dieckmann és munkatársai 998 medikát kérdeztek meg szexuális aktivitásukról (4). A megkérdezettek közül 648-an válaszoltak (átlagéletkoruk: 24 év); a homo- vagy biszexuálisok aránya 1,6%, illetve 1,3%. A válaszolók 2,5%-ának még nem volt szexuális kontaktusa, és a kérdés idején minden ötödiknek nem volt partnere. A kérdések több probléma köré csoportosultak:

– A megkérdezettek csupán 4%-a vallotta, hogy szexuális igénye nincs, és további 7,4%-uk kerülte a szexuális aktus lehetőségét. A nők 68%-a vallotta, hogy szexuális aktivitásában jelentős szerepet játszik a partner

viselkedése, és az a szituáció, amely aktuálisan jellemző.

– A szexuális aktivitás tekintetében a válaszadók 46%-a a kérdezett hónapban nem maszturbált, 21%-uknak szexuális kapcsolata sem volt az elmúlt hónap során.

– Az orgazmus, szexuális izgalom kérdéskörben a nők 34%-a válaszolta azt, hogy a lubrikáció partnerfüggő; 9%-uknak soha nincs orgazmusa.

– Fájdalomról minden esetben 1,4%, partner és szituáció függvényében 29,8%-uk számolt be. Rendszeres vaginismusról 5% panaszkodott.

– A válaszadók 55%-a szexuális életével teljesen elégedett és kielégül a szexuális aktus alatt.

## Klasszifikáció

1998-ban az American Foundation of Urologic Disease (AFUD) kongresszusán klasszifikálták a női szexuális diszfunkciókat (5).

A hipoaktív szexuális vágy lényege a csökkent vagy hiányos szexuális gondolatok, fantáziák. Oka pszichológiai, illetve emocionális tényezők; lehet másodlagos, hormonhiány következménye, gyógyszeres kezelés mellékhatása.

Endokrin zavarok: a szexuális aktus teljes elkerülése – ennek azonban oka lehet korábbi szexuális trauma, rossz gyermekkori élmény is.

A szexuális izgalom zavara lehet pszichológiai és organikus eredetű is, lényege a lubrikáció hiánya, az említett volumennövekedés hiánya vagy vérátáramlási zavar. Csökken a vagina, a hüvely simaizomzatának relaxációja. Ezzel együtt jár a vérátáramlás csökkenése; ez előfordulhat medencei trauma, kismedencei sebészeti beavatkozás vagy gyógyszerhatás következményeként.

Orgazmuszavarok: primer esetben sosem volt orgazmusa korábban; másodlagos formát sebészeti beavatkozás, hormoninsufficiencia okozhat.

Fájdalom:

– Dyspareunia: visszatérő vagy állandó fájdalom a genitális területen a szexuális aktus alatt. Másodlagosan is kialakulhat, vestibulitis, vaginalis atrophia, vaginalis infekció miatt. Pszichológiai, fiziológiai eredet vagy a kettő kombinációja következtében is felléphet.

– Vaginismus: a vagina simaizomzatának spasmusa; megnehezíti a vaginalis penetrációt, fájdalommal jár. Sokszor összefüggésben áll a korábbi fájdalmas penetrációval, pszichológiai, emocionális faktorokkal.

## Etiológia

A női szexuális diszfunkciók etiológiájában a következő faktorok szerepelnek (5):

– Vascularis eredet: A magasvérnyomás-betegség, a magas koleszterinszint, a dohányzás, a szívbetegség összefüggésben áll a férfiak potenciazavarával, ugyanígy a nők szexuális diszfunkciójával is. A clitoralis és

vaginalis vascularis insufficientia közvetlenül a kismedencei gyengébb vérellátással függ össze. Az arteriosclerosis következménye a vaginalis clitoralis fibrosis. A férfiak potenciazavarát, a clitoris és a vagina gyengébb vérellátását is összefüggésbe hozzák a rendszeres biciklizéssel járó traumával, amely a kismedencei kisereket károsítja.

– Neurológiai eredetű szexuális zavarokat okoznak a gerincvelő-betegségek, felsőmotoneuron-károsodás és a diabeteses neuropathia is.

– Hormonális hatások: A panaszok leggyakrabban a csökkent ösztrogénszinttel kapcsolatosak, ennek tulajdonítják a csökkent libidót, a vaginalis szárazságot, a szexuális izgalom hiányát. Ösztrogén-csökkenés következtében mérséklődik a clitoralis, intracavernalis vérátáramlás, valamint a húgycső és a hüvely vérátáramlása is. Az ösztrogén vaginalis mucosára kifejtett hatása ismert: elősegíti a hüvelyi érzékenységet, szekréciót, amelyek természetesen szükségesek a szexuális élethez.

– Izom eredetű zavarok: Az orgazmus alatt a kismedencei izomzat, különösen a musculus (m.) levator, a m. bulbocavernosus és ischiocavernosus izmok játszanak szerepet a ritmikus izom-összehúzódásban. Ha az izmok hypertoniásak, vaginismus fejlődhet ki, ez dyspareuniához és kismedencei fájdalomhoz vezet. Hypotoniás izom esetén vaginalis hypoanaesthesia, clitoralis anorgasmia, de vizeletinkontinencia is kialakulhat.

Pszichogén orgazmushiány esetén a helytelen testi imázs, depresszió, a hangulatzavarok jelentősen befolyásolhatják a szexuális aktivitást.

– Vizeleti zavarok: urge és stresszinkontinencia, cystitis, meatusszűkület stb.

## Diagnosztika

### Anamnézis

Diagnosztikai lehetőségeink sokkal szegényesebbek, mint a férfiak esetében. Mint minden betegségben, itt is rendkívül jelentős a kórelőzmény. Az anamnézis felvétele három kérdés köré kell csoportosuljon:

– A beteg fizikai állapota, korábbi betegségek, műtétek, jelenlegi társbetegségek. Fontos a partner kondíciójának ismerete is.

### 1. TÁBLÁZAT

#### *Szexuális diszfunkciót okozó gyógyszerek*

Antihipertenzív szerek.  
Antidepresszánsok.  
Szedatív hipnotikumok.  
Anxiolyticumok.  
Neuroleptikumok.  
Antikoaguláns szerek.  
Gyomorfekély-ellenes szerek.  
Tumorellenes szerek.

## 2. TÁBLÁZAT

*A női szexuális funkciót felmérő Index of Female Sexual Function (IFSF) kérdőív kérdései (7)*

- A szexuális funkció, tevékenység magában foglalja az aktust, simogatást, ölelkezést, csókolózást, előjátékot és önkielégítést.
- Szexuális (nemi) aktus alatt a partner általi hüvelyi behatolást értjük.
- A szexuális izgatás olyan szituációkat foglal magában, mint a partnerrel folytatott előjáték, erotikus képek nézegetése stb.
1. *Az elmúlt négy hét során nemi közösülés közben milyen gyakran tapasztalt kellemetlenséget?*  
Nem tettem nemi aktusra kísérletet.  
Szinte mindig vagy mindig.  
Az esetek túlnyomó részében észleltem (az esetek felénél jóval többször).  
Időnként/néha észleltem (körülbelül az esetek fele részében).  
Ritkán (az esetek felénél jóval kevesebbszer).  
Szinte soha vagy soha.
  2. *Az elmúlt négy hét folyamán milyen gyakran tapasztalt szárazságerzést nemi aktus során?*  
Nem tettem nemi aktusra kísérletet.  
Szinte mindig vagy mindig.  
Az esetek túlnyomó részében (az esetek felénél jóval többször).  
Időnként/néha (körülbelül az esetek fele részében).  
Néhányszor (az esetek felénél jóval kevesebbszer).  
Szinte soha vagy soha.
  3. *Az elmúlt négy hét során milyen gyakran tett kísérletet nemi aktus folytatására?*  
0.  
1-2.  
3-4.  
5-6.  
7-10.  
Több mint tízszer.
  4. *Az elmúlt négy hét folyamán milyen gyakran érzett nemi vágyat?*  
Szinte soha vagy soha.  
Ritkán (az esetek felénél jóval kevesebbszer).  
Időnként (körülbelül az esetek fele részében).  
Az esetek túlnyomó részében (az esetek felénél jóval többször).  
Szinte mindig vagy mindig.
  5. *Az elmúlt négy hétre vonatkozóan hogyan tudná jellemezni nemi vágyának szintjét?*  
Nagyon alacsony vagy semmilyen.  
Alacsony.  
Közepes.  
Magas.  
Nagyon magas.
  6. *Az elmúlt négy hetet tekintve, mindent egybevetve, mennyire volt elégedett szexuális életével?*  
Nagyon elégedetlen.  
Közepesen elégedetlen.  
Körülbelül egyformán elégedett, illetve elégedetlen.  
Közepesen elégedett.  
Nagyon elégedett.
  7. *Az elmúlt négy hét során mennyire volt elégedett partnerével folytatott szexuális kapcsolatával?*  
Nagyon elégedetlen.  
Közepesen elégedetlen.  
Körülbelül egyformán elégedett, illetve elégedetlen.  
Közepesen elégedett.  
Nagyon elégedett.
  8. *Az elmúlt négy hét során szexuális izgatás vagy aktus közben milyen gyakran volt orgazmusérzete?*  
Szinte soha vagy soha.  
Ritkán (az esetek felénél jóval kevesebbszer).  
Időnként/néha (körülbelül az esetek fele részében).  
Az esetek túlnyomó részében (az esetek felénél jóval többször).  
Szinte mindig vagy mindig.
  9. *Az elmúlt négy hét folyamán szexuális izgatás vagy aktus közben hogyan tudná jellemezni clitoralis/csiklói orgazmusszintjét?*  
Nagyon alacsony vagy semmilyen.  
Alacsony.  
Közepes.  
Magas.  
Nagyon magas.

## 3. TÁBLÁZAT

*Betegségek, amelyek szexuális zavarhoz vezető fájdalmakat okozhatnak (8)*

Külső, felületi:

- herpes genitalis,
- STD,
- vaginalis infekció,
- papilloma,
- neuroma,
- rosszindulatú daganatok.

Mély:

- endometriosis,
- uterusfibroma,
- ovariumcysta és -tumor,
- adhéziók,
- kismedencei gyulladós betegség (pelvic pain syndrome).

*STD: szexuális úton átvitt betegségek*

## 4. TÁBLÁZAT

*Potenciális lehetőségek a női szexuális zavarok kezelésére (17)*

Hatóanyag	Valószínű indikáció	Készítmény formája
Dopaminreceptor-antagonista apomorfin	vágyfokozás	intranazalis
Foszfodieszteráz-gátló	szexuális izgalom fokozása	tabletta
Más nitrit-oxid-donor arginin, yohimbin	szexuális izgalom fokozása	tabletta
Izomrelaxáns alprostadil	szexuális izgalom fokozása	
Tesztoszteron	vágyfokozás	gél, transzdermalis tapasz
Ösztrogén	vágyfokozás	tabletta

– Pszichoszociális körülmények: hangulat, mentális állapot, a partnerkapcsolat körülményei (időtartama), stressz, munkahelyi, családi problémák.

– Részletes szexuális anamnézis, amelyeket a legjobb, ha a beteg saját szavával mondatunk el, kiegészítő kérdésekkel tisztázva a fontos tényeket (6).

Fontos ismerni, milyen gyógyszereket szed a beteg (1. táblázat).

Hasznos lehet az Index of Female Sexual Function (IFSF) kérdőív, ezt a beteg tölti ki, sok információt ad (7) (2. táblázat).

## Vizsgálatok

Részletes, mindenre kiterjedő fizikális vizsgálat szükséges. Fontos a külső genitáliák inspekciója, bimanuális vizsgálat, kolposzkópia, citológia. Tapintsuk végig a húgycsövet, nincs-e húgycső-diverticulum. Tekintsük meg a meatust, nincs-e szűkület. Szükség esetén katé-

terrel győződünk meg annak kellő tágasságáról. Caruncula urethrae is okozhat panaszt.

Elengedhetetlen a belső nemi szervek, a kismedencei, hasi ultrahangvizsgálat. Szükséges a húgyhólyag ultrahangvizsgálata is, mert vizeleti zavart okozó elváltozásokat fedezhetünk fel, mint például hólyagdiverticulum, nagy ureterokele.

A vizeletvizsgálat során találhatunk pyuriát, azaz urogenitalis infekciót is, ez szintén kóroki tényezőként szerepelhet. Szükséges a hormonprofil: az FSH, az LH, a prolaktin, a szabad tesztoszteron, az SHBG (nemi hormont kötő globulin), az ösztrogén szintjének mérése.

Azokat a betegségeket, amelyek szexuális zavarhoz vezető fájdalmat okozhatnak, a 3. táblázatban soroljuk fel (8).

Speciális diagnosztikai eljárás a duplex Doppler-ultrahangvizsgálat, ezzel a clitoris, a nagyajkak és a hüvely vérátáramlását tudjuk mérni különböző körülmények között (9). A vaginalis fotopletizmográfia a vaginalis és vibrációs változásokat mutatja ki; ez kétségtelenül nem rutineljárás (8).

## Terápia

Az *ösztrogénterápia* főleg menopauzában lévő nőknél válhat szükségessé, kortól függetlenül, hiszen totál exstirpatio után fiatalabb korban is lehet valakinek menopauzája. Nemcsak a hőhullámokat, az osteoporosist előzi meg, hanem növeli a libidót és a clitoralis érzékenységet, csökkenti a fájdalmas, égető érzést a szexuális aktus alatt. A helyi ösztrogénkezelés csökkenti a vaginalis szárazságot, a vizeleti zavarokat és az urge inkontinenciát (10).

*Meiltesztoszteron-kezelést* ösztrogénnel együtt szoktak adni menopauzában lévő nőknek; enyhíti a panaszokat, dyspareunia, hiányos vaginalis lubrikáció esetén. Helyi tesztoszteronkezelés vaginalis lichen planus esetén alkalmazható. Javasolt dózis 0,25–1,25 mg/nap (11, 12).

Számos irodalmi adat ismert arról, hogy a sildenafil hasznos terápia női szexuális diszfunkció szindrómában. Caruso és munkatársai vizsgálatukban kérdőívek alapján azt állapították meg, hogy 50 mg sildenafil a placebohoz viszonyítva szignifikánsan javította ( $p < 0,001$ ) az orgazmust és a szexuális izgalmat (13). A szexuális fantázia és a szexuális örömlét is szignifikánsan nőtt ( $p < 0,05$ ). Basson és munkatársai placebóval kontrollált különböző dózisú sildenafilt adtak pre- és posztmenopauzában lévő betegeknek, de ők nem találtak szignifikáns különbséget a kezelt és a kezeletlen csoport között (14). Kaplan és munkatársai 33 posztmenopauzában lévő, szexuális diszfunkcióban szenvedő nőt 50 mg sildenafill kezeltek; kérdőívek alapján arra következtetésre jutottak, hogy a szexuális funkciót általában nem javította szignifikánsan, de a vaginalis lubrikációt és a clitoralis érzékenységet igen (15).

Elvi lehetőségként merül föl a szexuális problémák kezelésében az arginin, a johimbin (16), a prosztaglandin E<sub>1</sub>, a fentolamin, az apomorfin (4. táblázat) (17).

Nagyon fontos kiemelni, hogy a gyógyszeres kezelés előtt vagy mellett feltétlenül szükséges az e területen gyakorlott pszichológus tanácsa, kezelése!

## Összegzés

A bulvársajtóból a tudományos közleményekig számtalan helyen találkozhatunk a férfi impotencia problé-

makörével – az urológiai magán- és speciális rendelések előtt sorban állást tapasztalunk –, a nők szexuális zavarai viszont szinte ismeretlenek a nagyközönség előtt, de sajnos a fenti betegségben szenvedő nők számára is.

Olyan betegségre szeretném ráirányítani a figyelmet, amely sem a laikus, sem az orvosi köztudatban nem igazán ismert. Sok-sok krónikus betegség, depresszió, hangulati labilitás, interperszonális konfliktus mögött szexuális diszfunkció is állhat. Gondoljunk rá!

## IRODALOM

1. Berman JR, Berman L, Kym AK. Female sexual dysfunction: new perspectives on anatomy, physiology, evaluation and treatment. *European Update Series* 2003;1:166-77.
2. Spector I, Carey M. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav* 1990;19:389-408.
3. Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.
4. Dieckmann R, Oelke M, Uckert S, Stolzenburg JU, Sperling H, Stief CG, et al. The prevalence of sexual problems in female medical students. *Prävalenz sexueller Probleme bei Medizinstudentinnen. Urologe A (German)*. 2004;43:955-9.
5. Berma JF, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology* 1999;54:385-91.
6. Basson R, Althof S, Davis S, Kirsten FM, Goldstein I, Leiblum S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2004;1:24-34.
7. Kaplan SA, Reis RB, Kohn II, Ikeguchi EF, Laor E, Te AE, et al. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology* 1999;53:481-6.
8. Salonia A, Munarriz RM, Naspro R, Nappi RE, Briganti A, Chionna R, et al. Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. *BJU Int* 2004;93:1156-64.
9. Sarrel PM. Ovarian hormones and vaginal blood flow using laser Doppler velocimetry to measure effects in a clinical trial in postmenopausal women. *Int J Impot Res* 1998;10:91-3.
10. Burger HG, Hailes J, Menelaus M, et al. The management of persistent menopausal symptoms with oestradiol-testosterone implants: clinical, lipid and hormonal results. *Maturitas* 1984;6:351-8.
11. Sherwin BB, Gelfand MM, Brender W. Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective, crossover study of sex steroid administration in the surgical postmenopausal. *Psychosom Med* 1985;47:339-45.
12. Goldstat R, Briganti E, Tran J, Wolfe R, Davis SR. Transdermal testosterone therapy improves well-being, mood, and sexual function in premenopausal women. *Menopause* 2003;10:390-8.
13. Caruso S, Intelisano G, Lupo L, Agnello C. Premenopausal women affected by sexual arousal disorder treated with sildenafil: a double-blind, cross-over, placebo-controlled study. *BJOG* 2001;108:623-8.
14. Basson R, McInnes R, Smith MD, Hodgson G, Koppiker N. Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J Womens Health Gend Based Med* 2002;11:367-77.
15. Kaplan SA, Reis RB, Kohn II, Ikeguchi EF, Laor E, Te AE, et al. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology* 1999;53:481-6.
16. Lebreton T, Herve JM, Gorny P, Worcel M, Botto H. Efficacy and safety of a novel combination of L-arginine glutamate and yohimbine hydrochloride: a new oral therapy for erectile dysfunction. *Eur Urol* 2002;41:608-13.
17. Fourcroy JL. Female sexual dysfunction: potential for pharmacotherapy. *Drugs* 2003;63:1445-57.



### STRESSZ- ÉS KONFLIKTUSKEZELÉS

Gyakorlati tréningorozat

A négyórás foglalkozásokon a résztvevők megtanulhatják, hogyan érik el, hogy a stressz a mindennapjaikban pozitív, serkentő hatású legyen.

*Időpontok:* minden második csütörtökön, 14–18 óráig. A nyár folyamán július 7-én, július 21-én. Augusztusban nyári szünet. Szeptembertől várhatóan angol nyelven is.

*Helyszín:* Aranytíz Művelődési Központ, Budapest, V. kerület, Arany János u. 10.

*További információ:* (1) 354-3400