## Libidostörung der Frau



## Weltkongresse 2013

Für Sie besucht, kondensiert und präsentiert

## **MINSEL**SPITAL

UNIVERSITÄTSSPITAL BERN HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE BERN UNIVERSITY HOSPITAL

#### Anna Raggi Nüssli



UNIVERSITÄT BERN



Hôpital Cochin, Unité de Médécine de la Reproduction, Paris Universitätsspital Basel, Klinik für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin







- Was ist «normale» Libido?
- Wann ist die Libido gestört?
- Ist die Libido eine Vorbedingung f
  ür sexuelle Erregung oder ist sie ein Teil der sexuellen Lust?
- ICD-10- und DSM-IV-Klassifikation
- Hypoactive sexual desire disorder (HSDD)
- Die Störung führt zu einer deutlichen persönlichen Belastung und/oder interpersonellen Schwierigkeiten.

#### **Libidoverlust – Hypoactive Sexual Desire Disorder**

Der dauernde oder wiederkehrende **Mangel** (bzw. das **Fehlen**) an

- → sexuellen Phantasien/Gedanken und/oder
- → dem Verlangen nach bzw. der Bereitschaft zu sexuellen Aktivitäten,

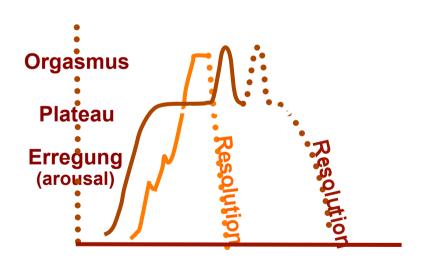
der persönliches Leiden verursacht.

Basson, R The Journal of Urology 2000.

#### sexueller Reaktionszyklus



- 1966 Masters and Johnson
- lineares Modell männlicher und weiblicher Sexualität
- 1974 Singer-Kaplan
- Drei-Phasen-Modell



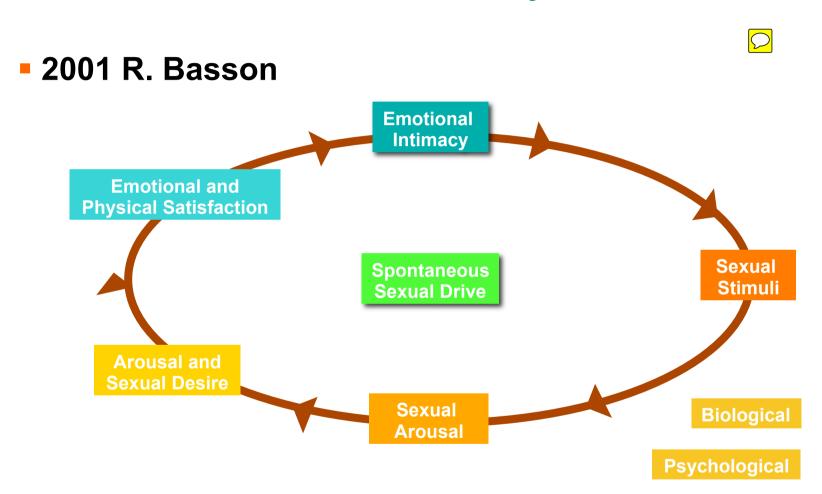
**Desire** 

**Erregung** 

**Orgasmus** 

desire-Phase (Motivation)

#### alternativer sexueller Reaktionszyklus bei der Frau



Basson R. Med Aspects Hum Sex. 2001;



#### Sexualsteroid

#### Auswirkung auf sexuelle Funktion

## Östrogene

- Erhaltung und Funktion des Vaginalepithels
- vasodilatatorische Effekte
- Beeinflussung sensorischer Schwellen
- sexuelles Verlangen

#### **Testosteron**

- Erregung
- Orgasmus
- sexuelle Befriedigung
- Wohlbefinden / Vitalität / Stimmung

# In der Sprechsstunde



- Einstieg ins Thema Sexualität
  - Vom Patienten direkt eingebracht
  - Vom Arzt eingebracht:

"Sind Sie sexuell aktiv und zufrieden damit?" "Viele Patienten machen sich Sorgen bezüglich Ihrer Sexualität, wie ist das bei Ihnen ?"

"Haben Sie zum Teil Problemen wie Scheidentrockenheit oder Schmerzen beim Sex?"

Laienhypothesen erfragen und anregen

# Häufigkeit

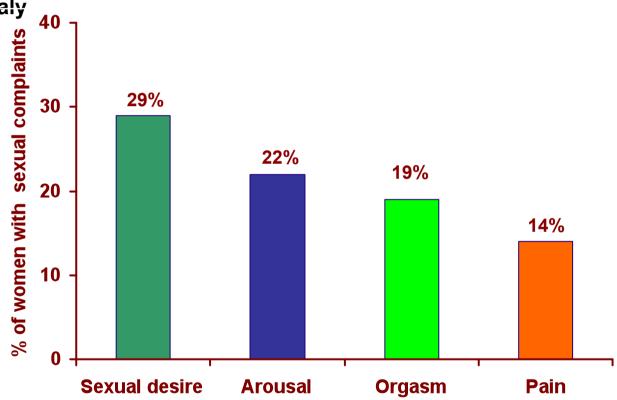




- 1/3 der Frauen zwischen 20 und 65 Jahren
- Studien über Prävalenz von sexuellen Störungen: Libidostörung am häufigsten angegeben
  - -26-43%
  - -12% mit Leidenszustand
- Sehr unterschiedlich erlebt und bewertet
- Klinisch relevant: persönlicher Leidenszustand, partnerschaftliche Belastung
- Häufig im Zusammenhang mit anderen Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens

#### Prävalenz sexueller Funktionssörungen - Europa

Data collected from a mail survey (Women's International Sexuality and Health Survey (WISHeS) Study) of 1356 women aged 20-70 years from Germany, UK, France & Italy



## **Ursachen**



#### Komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren

Abnahme des inneren Antriebes

 $\bigcirc$ 

- Sexuelles Temperament
- Hormonelle Faktoren
- Erkrankungen
- Medikamente
- Avversive oder hemmende sexuelle Konzepte und Schemata
- Veränderung der stimulierenden, anziehenden Faktoren
  - Gewöhnung
  - Aversive Signale aus der Umgebung
  - Aversive Reaktionen der Partner oder der Umwelt
- Prädisponierend, auslösend und erhaltende Störfaktoren

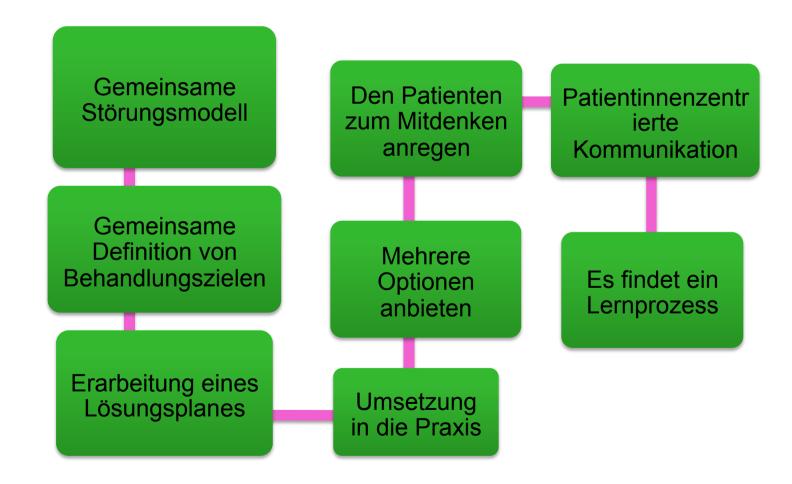
## **Ursachen**





# Bio-Psycho-Soziale Problemstellung

# **Therapie**



# **Therapie I**



#### **Unspezifische Therapie**

- Psychoedukation
- Kommunikation mit Prozesse zur Selbstreflexion
- Wissensvermittlung über biologische, endokrinologische und psychosoziale Einflussfaktoren auf die Libido
- Stressbewältigungstraining, Entspannungsübungen, allgemeine Körpererfahrungsübungen
- Veränderungen der allgemeinen Lebensführung

#### **Spezifische Interventionen**

- Hormontherapie
- Kognitive Interventionen und Abbau dysfunktionaler Denkmuster
- Paartherapeutische Interventionen
- Sexualtherapeutische Interventionen im engeren Sinn

# Therapie II



## Die Arbeit am und mit dem Körper

Chirurgische
Behandlung mit
entsprechenenden
Interventionen

**Sport** 

Working out

Tanzen

Gestalten

Medikamentöse Behandlung mit

Hormonen

**Antibiotika** 

Psychopharmaka etc.

Entspannungsübungen

# Therapie III



## Wahrnehmungstraining

Erotisch-sexuellen Gedanken und Tagträumen Raum und Zeit geben

Sich durch seine Umwelt erotisch-sexuell stimulieren lassen

Bereit sein, dass etwas Erotisch-Sexuelles geschieht

Die Wahrnehmungkanäle öffnen und innere Geschichten entstehen lassen

Sexualität als Bereicherung des Alltags erleben können

# **Therapie IV**



#### Hormonelle Behandlung

- primäre Therapie für allgemeine menopausale und sexuelle Symptome (vaginale Trockenheit / Atrophie)
  - → systemisches und/oder lokales Oestrogen
- Oestrogen oder eine Oestrogen / Gestagen-Kombination reichen nicht zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen aus
- Sexuelle Problemen allein sind keine Indikation für eine HRT
- Ergänzung durch ein Gestagen bei nicht hysterektomierten Frauen\*

## Hormonelle Behandlung: HRT + Testosteron

#### **Zwei** separate Phase-III-Studien:

Chirurgische Menopause 1 (**INTIMATE SM 1**), n=562 Frauen Chirurgische Menopause 2 (**INTIMATE SM 2**), n=532 Frauen

#### Ziel:

Bewertung der Wirksamkeit/Sicherheit von transdermalem Testosteron bei Frauen mit chirurgischer Menopause und HSDD

#### Design:

24-wöchige randomisierte, placebokontrollierte, multinationale Doppelblindstudie Placebo oder transdermales Testosteronpflaster 300 µg/Tag Alle Patientinnen erhielten orales oder transdermales Östrogen Ähnliche Aufnahme-/Ausschlusskriterien

Simon JA) J Clin Endocrinol Metab 2005 Buster JE Obstet Gynecol 2005 Shifren JL Menopause 2006

#### Langfristige Sicherheit von Testosteronpräparaten

→ Brustkrebsrisiko:

Daten **beschränkt**, **unschlüssig**, **widersprüchlich**; weitere Studien sind erforderlich zur Risikoklärung<sup>1,2,3</sup>

- → keine langfristigen Daten zum Gebrauch über mehr als 3 Jahren<sup>4</sup>
- → Infolge Mangels an langfristigen Sicherheitsdaten:
  Behandlung und deren Dauer auf individueller Basis
- → Cave: Aromatisierung der Androgene in Oestrogene
  - 1. Dimitrakakis C, Menopause 2004
  - 2. Somboonporn W, Endocrine Reviews 2004
  - 3. Tamimi RM, Arch Intern Med 2006
  - 4. Nachtigall L European Society for Sexual Medicine 2006

## **Evidenzbasierte Empfehlungen**

- Kandidatinnen für Testosteronbehandlung:
  - → Frauen mit chirurgischer Menopause
  - → verringertem sexuellen Verlangen mit Leidensdruck und ohne andere feststellbare Ursachen
- Behandlungsentscheidung aufgrund der klinischen Untersuchung und nicht aufgrund von Labortests
- Labortests ev. um die Erhaltung von physiologischen Ebenen zu überwachen
- keine Testosterontherapie ohne begleitende Oestrogen-therapie

#### Alternativen zum Testosteron - Tibolon

- synthetisches Steroid mit östrogene, androgene und progestogene Eigenschaften
- indiziert für die Milderung klimakterischer Symptome bei postmenopausalen Frauen
- Gemäss Datenlage positive Wirkung bei sexuellen
   Symptomen vergleichbar mit Hormontherapie
- Gute Verträglichkeit insgesamt mit geringer Inzidenz von vaginalen Blutungen oder Brustschmerzen
- derzeit erhältlichen Daten über das Brust- und Endometriumkrebsrisiko sind nicht schlüssig
- Potenziell erhöhtes Schlaganfallrisiko

#### **Alternativen zum Testosteron - DHEA**

- Prohormon, das in eine Reihe biologisch aktiver Steroide umgewandelt wird
- Spezifische Wirkung und Sicherheit der endgültigen Metaboliten sind noch nicht geklärt
- widersprüchliche Daten über die Rolle von DHEA bei der sexuellen Funktion
- nicht lizenzierter Stoff!Qualitätskontrollen (Stoff und Dosierung)?
- Wechselwirkungen mit der Hormontherapie zu erwarten

## **Fazit für die Praxis**



- Das Thema in der Sprechstunde ansprechen
- Patientinzentrierte Kommunikation
- Häufige Störung
- Multifaktoriel, bio-psycho-soziale Problemstellung
- Die Behandlung beinhaltet verschiedenen Interventionen
- Hormontherapie bei starken Leidenzustand und erfolglose nichtmedikamentöse Therapie
- Transdermale Testosteron und HRT bei postmenopausale Frauen
- Die Sexualität ist komplex, die Behandlung einer Störung noch mehr