

ŽENSKÁ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

MUDr. Libor Zámečník¹, prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc.^{1,2}

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

²Katedra urologie IPVZ, Praha

Ženská sexuální dysfunkce (ŽSD) je onemocnění s poměrně vysokou prevalencí. Její výskyt závisí nejen na věku a omezuje podstatné části postižených žen kvalitu života. Jako multikauzální a multidimenzionální problém zahrnuje jak biologické, tak psychologické a interpersonální faktory. Poruchy jsou děleny do oblasti sexuální touhy, vzrušení, prožívání orgasmu a výskytu bolesti. Autoři shrnují údaje o výskytu, diagnostice a terapii tohoto onemocnění.

Klíčová slova: ženská sexuální dysfunkce, pánevní bolest, vzrušivost.

FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION

Female sexual dysfunction (FSD) is a disease with relatively high incidence in the community. Its incidence is not only age-dependent and it limits life quality of significant proportion of affected women. Dysfunction, as a multicausal and multidimensional problem, comprises both biological, psychological and interpersonal factors. Disorders are listed according to a sexual desire, arousal, experiencing an orgasm and pain incidence. Authors summarize data on incidence, diagnosis and therapy of this disease.

Key words: female sexual dysfunction, pelvic pain, arousal.

Úvod

Přestože je problém ženské sexuální dysfunkce (jako samostatné nozologické jednotky) diskutován v odborných publikacích již dlouhá léta, větší popularity se dočkal počátkem roku 2003, kdy laická i odborná veřejnost reagovala na článek Raye Moynihana v *British Medical Journal* (9). Ten se zabýval ŽSD jako uměle vytvořeným problémem, kterým se farmaceutické firmy snaží zvýšit své zisky z prodeje léků na erekci. Do stejného spiknutí zařadil také lékaře, kteří, na žádost těchto firem, definovaly ŽSD jako diagnózu a podíleli se na výzkumech a epidemiologických studiích. Nutno však zdůraznit, že diagnóza ženské sexuální dysfunkce byla seriózně diskutována již v letech 1992 a 1994, tedy dávno před tím, než byly zmiňované léky na erektilní dysfunkci uvedeny na trh.

Definice, výskyt ŽSD

Ženská sexuální dysfunkce je definována jako porucha sexuální touhy, vzrušení, bolesti orgasmické a/nebo koitální, způsobující psychické obtíže a mající významný vliv na kvalitu života. Přestože existuje jen malé množství dobrých epidemiologických studií, které by se zabývaly ŽSD, víme, že sexuální dysfunkce u žen je poměrně časté onemocnění. U amerických žen se jedná o postižení 30–50% (4, 6). V souboru 1 749 žen (18–59 let) to bylo přesně 43%, které trpěly jistým druhem sexuální dysfunkce (6). V podrobném epidemiologickém šetření v USA vyšlo, že si na některý z typů ŽSD stěžuje 9,7 milionů žen (2). V Česku neexistuje relevantní epidemiologické šetření, v literárních údajích existuje jen několik velmi malých souborů žen, které byly hodnoceny z tohoto pohledu.

Klasifikace, příčiny ŽSD

Již v roce 1966 publikovali Masters a Johnsonová studii, ve které popsali čtyřfázový ženský sexuální cyklus zahrnující fázi vzrušení, plát, orgasmu a uvolnění (7). Ale již v roce 1979 byla tato teorie nahrazena modelem třífázovým, který zahrnoval touhu, vzrušení a orgasmus (5). V každé z těchto fází bylo možno najít určitý stupeň dysfunkce a tu popsat. Tento model se posléze stal základem pro dříve užívanou klasifikaci DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – 4th edition (1)).

Současný systém klasifikace ženské sexuální dysfunkce (podle AFUD Consensus Panel classification and definitions of female sexual dysfunction – říjen 1998 (2)).

1. Hypoaktivní porucha sexuální touhy

Jedná se o recidivující nebo přetrvávající nedostatečnost (či úplnou absenci) sexuálních fantazií/myšlenek a/nebo touhy po sexuální aktivitě nebo vnímání sexuální aktivity, působící úzkost a tíseň. Tato porucha je výsledkem působení psychologických a emocionálních faktorů, nebo může být sekundárním projevem při hormonální depleci, po operačním výkonu či užívané medikaci.

Subkategorii je sexuální porucha, která je recidivující nebo přetrvávající fobickou averzí s vyhýbáním se sexuálnímu styku, působící úzkost a tíseň. Příčinou je psychická trauma a sexuální zneužívání v dětství.

2. Porucha sexuálního vzrušení

Jde recidivující nebo přetrvávající neschopnost dosáhnout uspokojivého sexuálního zážitku, působící tíseň a úzkost. Může

se projevovat jako nedostatek subjektivních prožitků nebo nedostatek genitálních (lubrikace či zdurení) či jiných somatických reakcí (relaxace pánevního svalstva). Může být samozřejmě sekundárním projevem, nicméně častěji se vyskytuje na podkladě sníženého prokrvení stěny pochvy či klitoridy, předchozího traumatu pánve, operace v malé pánvi či užívané medikace.

3. Poruchy orgasmu

Projevuje se recidivujícím či přetrvávajícím oddálením či absencí dosažení orgasmu po dostatečné sexuální stimulaci a vzrušení. Může být primární poruchou (žena nikdy nedosáhla orgasmu) nebo sekundární (na podkladě operace, traumatu či hormonální deplece). Primární anorgasmie může být z důvodů emočního traumatu, sexuálních zvyků či medikace (např. inhibitory zpětného vychytávání serotoninu).

4. Poruchy spojené se sexuální bolestivostí

- Dyspareunie – recidivující nebo přetrvávající bolest v oblasti genitálu spojená s pohlavním stykem. Může vznikat i sekundárně na podkladě organické příčiny (vestibulitis, vaginální atrofie či kolpitis), či na psychogenním podkladě.
- Vaginismus – recidivující nebo přetrvávající nechtěný spasmus svaloviny vnější třetiny pochvy.
- Ostatní – recidivující nebo přetrvávající bolest genitálu vznikající nekoitální sexuální stimulací. Zahrnuje také anatomické a zánnětlivé příčiny (i např. herpetické infekce, vestibulitis, předchozí mutilující zásahy na genitálu a endometriózu). Každá z těchto

diagnóz může být následně rozdělena na další subtypy:

- celoživotní vs získaná
- generalizovaná vs situační
- podle etiologie – organická, psychogenní, smíšená, neznámá.

Tradičně jsou do souvislosti s ženskou sexuální dysfunkcí dávány primárně psychologické a interpersonální faktory, na rozdíl od patofyziologických změn u sexuálních dysfunkcí mužů. Ukazuje se však, že obecné rizikové faktory jsou u obou skupin zcela stejné – onemocnění periferních cév nebo ischemická choroba srdeční, neurologická či endokrinní onemocnění, hypertenze a kouření. Existuje samozřejmě řada faktorů specifických pro ŽSD, ty shrnuje tabulka 1.

Nejzávažnější a velmi častou příčinou (stejně jako u mužské erektilní dysfunkce) je však vaskulogenní příčina ŽSD. Omezené vaskulární zásobení hladké svaloviny pochvy a klitoridy má za následek horší relaxaci a sníženou možnost stimulace při sexuálním styku (15). Další velkou skupinou jsou ženy s neurogenní a endokrinní příčinou dysfunkce. Ukazuje se, že estrogenní deprivace má vliv i na snížení cévního zásobení a prokrvení stěny uretry, pochvy a klitoridy, při histologickém vyšetření těchto partií jsou patrné fibrotické změny klitoridy, snížení epitelální vrstvy pochvy a omezení jejího cévního zásobení. Muskulogenní příčiny – poruchy normální funkce pánevního dna – jsou patrné zvláště u žen s dyspareunií a vaginizmem.

Dalším významným faktorem, který je dáván do souvislosti s výskytem ženské sexuální dysfunkce je medikace, kterou pacientka

přechodně či trvale užívá (tabulka 2). Na její pečlivý rozbor by měl být kladen důraz zvláště v rámci anamnestických dotazů. Zajímá nás typ léku, celková denní dávka, rozložení dávky během 24 hodin, celková doba užívání daného léku a také vazba na zahájení užívání ve vztahu k výskytu ŽSD.

Anatomické a fyziologické poznámky

V rámci sexuální dysfunkce u žen je nutno brát v úvahu to, že se zevní a vnitřní ženský genitál skládá z různých struktur. Jedná se o samotnou dělohu, pochvu, vulvu a klitoridu. Ta se skládá ze žaludu, těla a ramen. Tělo je tvořeno dvěma párovými houbovitými tělesy, které reprezentují analoga topořivých těles u muže. Histologické studie prokazují progresivní úbytek hladké kavernózní svaloviny s věkem (15), byla popsána obdoba induratio penis plastica i v oblasti tuniky klitoridy. Důležité je samozřejmě pochopení velmi složité nervové struktury, zajišťující dokonalou vaskulo-neurogenní souhru v rámci sexuálních funkcí žen. Jedná se o dolní hypogastrický plexus Th10-L1 a parasympatická vlákna z S2–S4. Kontrola centrálním nervovým systémem probíhá na úrovni mozkového kmene, středního mozku, hypotalamu a amygdaly. Spinálními reflexy – odpovědí na sexuální stimulaci – jsou bulbokavernózní reflex s kontrakcí pánevního svalstva a dále spinální pohlavní reflexy zahrnující stimulaci autonomních nervů vaginy a kavernózní tkáň klitoridy, způsobující jejich zduření. V klidovém stavu je hladká svalovina klitoridy a pochvy v kontrakci, po sexuální stimulaci dochází k uvolnění transmitterů – mj. oxid dusnatý (NO), jehož tvorba je závislá také na dostatečné hladině estrogenů a vazoaktivní intestinální peptid (VIP), které hrají důležitou roli v relaxaci. Prodlužuje se délka pochvy a zvětšuje se její průměr, zvyšuje se lubrikace (10).

Diagnostika ŽSD

Všeobecná anamnéza by se měla zaměřovat na předchorobí – zvláště chronická onemocnění (diabetes, renální selhání), neurologické choroby (roztroušená skleróza,

Parkinsonismus, onemocnění intervertebrálních disků), endokrinní a kardiologická onemocnění. Dále samozřejmě operační výkony v břiše, malé pánvi, v oblasti genitálu, samozřejmě také jakákoliv onkologická léčba (operace, chemoterapie, aktinoterapie), abúzus sociálních drog a léků. Citlivější stránkou rozhovoru může být psychosociální anamnéza, hodnocení interpersonálních vztahů v rodině, partnerském vztahu, ev. údaje o sexuálním zneužívání v současnosti či v minulosti.

Protože se jedná, i v případě anamnestických údajů, o záležitost velice delikátní a někdy, pro lékaře i pacientku, rozhovor obtížně vedený, můžeme využít dotazníků. Původně se jednalo o dlouhé a multidimenzionální dotazníky (4, 16). Poměrně novou možností je v současné době nejvíce užívaný dotazník Female Sexual Function Index (FSFI) (11). V anglické verzi je také na zvláštních webových stránkách – www.fsfi-questionnaire.com. Jedná se o dotazník sestavený na podkladě psychometrických metod, skládá se z 19 otázek v 5 tzv. doménách (touha a vzrušení, lubrikace, orgasmus, pocit uspokojení a projevy bolesti). Novým dotazníkem, který je ve studiích užíván, je přepracovaný Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W) (8).

Fyzikální vyšetření by mělo být velmi podrobné a pečlivé, musí zahrnovat celý genitál, včetně orientačního neurologického vyšetření. Nejsme-li si jisti neobvyklým nálezem, je na místě požádat o specializované gynekologické či neurologické vyšetření.

Podle literárních údajů se doporučuje laboratorně nejen standardní biochemické vyšetření séra (glykémie, renální funkce lipidogram), ale také hladiny TSH a pro stanovení integrity hypotalamo-hypofýzo-gonadální osy vyšetřit tyto hormony – adrenální a ovariální androgeny, estrogény, LH, FSH, testosteron (volný nebo celkový), SHBG, DHEA-S, prolaktin a to nejlépe po ránu a v poslední třetině menstruačního cyklu (10).

V rámci speciálních vyšetřovacích metod máme k dispozici tyto metody: duplexní dopplerovské ultrazvukové vyšetření krevního průtoku klitoridou, lábii, uretrou a v oblasti

Tabulka 1. Rizikové faktory ženské sexuální dysfunkce

Neurologická onemocnění

cévní mozková příhoda
míšní trauma
roztroušená skleróza mozkomíšní
parkinsonismus
jiné periferní neuropatie
atrofické změny ženského genitálu
chirurgické výkony na vnitřním a zevním genitálu
endokrinopatie
diabetes mellitus
hyperprolaktinémie
hepatální nebo renální selhávání
onemocnění štítné žlázy
onemocnění nadledvin
kardiologická onemocnění
onemocnění věnčitých tepen
proběhlý infarkt myokardu
hypertenze
psychologické faktory, stresory
interpersonální, partnerské vztahy

Tabulka 2. Léky negativně ovlivňující sexuální funkce u žen

anti hypertenziva – clonidin, guanethidin, reserpin, propranolol, timolol, prazosin, spironolakton, thiazidová diuretika, alfa- a beta-blokátory, blokátory kalciových kanálů, digoxin
antidepresiva – imipramin, amitriptylin, clomipramin, amoxapin, litium
inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) – fluoxetin, sertralin, paroxetin, venlafaxin
anxiolytika/sedativa-hypnotika – diazepam, alprazolam
neuroleptika – chlorpromazin, fluphenazin, thioridazin
antikonvulziva – fenobarbital, tegretol, fenytoin
antiulcerózní léky – cimetidin
perorální kontraceptiva
protinádorové léky – prokarbazin, busulfan, chlorambucil, cyklofosfamid, tamoxifen, raloxifen

pochvy, stanovení systolické a diastolické velocity, či selektivní pudendální arteriogram, fotopletyzomografie. Jedná se o metody i invazivní a zatím bez stanovených standard, jejichž stanovení mají za cíl probíhající studie. Naopak neinvazivními metodami je měření pH pochvy, vnímání tepla, chladu a vibrací v oblasti pochvy a klitoridy, a to pomocí zvláštních zařízení, společně s určením výsledku pomocí validovaných nomogramů. Všechny tyto metody lze použít před a po sexuální stimulaci nebo k hodnocení účinku léčby sexuální dysfunkce.

Léčebné možnosti ŽSD

1. Perorální medikace

Estrogeny

Přestože někteří autoři (10) udávají, že neexistuje žádné opodstatnění farmakologické léčby ženské sexuální dysfunkce, jiní se domnívají, že tato léčba má primární postavení u žen v menopauze. A to jak k prevenci osteoporózy a ostatních projevů klimakteria, tak ze zvýšení klitoridální senzitivity, zvýšení libida a snížení bolestí při a po sexuálním styku. Preferují lokální léčbu estrogeny (čípky, krém) či perorální formu této léčby.

Metyltesteron

Lokální (krém, náplasti) či perorální terapii lze kombinovat spolu s estrogeny u žen v menopauze (viz výše) či v monoterapii. Je popisována zvýšená senzitivita v oblasti zevního genitálu, překrvení, hypertrofie klitoridy a hyperémie vulvy.

Sildenafil

Tento selektivní inhibitor fosfodiesterázy 5, blokující hydrolyzu cyklického guanozinmonofosfátu, zvyšuje relaxační účinky oxidu dusnatého (NO) v oblasti klitoridy a zevní třetiny pochvy. Lék zatím schválený pro léčebné užití v rámci erektilní dysfunkce jen u mužů, je s dobrými výsledky zkoušen v rámci III. fáze klinických studií hodnotících úspěšnost a bezpečnost této léčby i u žen. Nicméně, na několika studiích se již prokázal výborný efekt na zlepšení vzrušivosti a lubrikace, zvláště u žen v menopauze, či po hysterektomii nebo u žen užívajících SSRI (3, 13).

L-arginin

Tato aminokyselina, působící jako prekurzor k tvorbě NO, který působí relaxaci vaskulární a nevasculární hladké svaloviny, není zatím v klinických studiích užívána v monoterapii u žen, ale byla s jistými úspěchy zkoušena v předběžných studiích u mužů.

U žen je zkoušena v kombinaci s alfa-2 blokátorem yohimbinem.

Prostaglandin E1

Klinické zkoušky s užitím této látky u žen (intravaginálně) jsou založeny na úspěchu této léčby podávané mužům intrauretrálně.

Fentolamin

Nespecifický alfa-adrenergický blokátor byl v pilotní studii zkoušen u menopauzálních žen, kde způsoboval zvýšení prokrvení v oblasti genitálu a zvýšení vzrušivosti (12).

Apomorfín

V budoucnosti se počítá s klinickým zkoušením fyziologického účinku tohoto dopaminového agonisty na zvýšení sexuální touhy a vzrušivosti u žen.

2. Vakuová zařízení

V současné době je jedinou schválenou metodou pro léčbu ženské sexuální dysfunkce. Aplikuje se těsně před sexuálním stykem, zvyšuje prokrvení klitoridy a periferní genitální vzrušivost.

3. Rehabilitační léčba

Přichází v úvahu hlavně u pacientek, které trpí vaginizmem, dyspareunií z příčin spazmů pánevního svalstva a anorgazmií. Může vést k dostatečné relaxaci. Lze ji kombinovat s vhodnou medikací (myorelaxancia, alfa-lytika).

4. Léčba bolesti

Dyspareunie je rozdělena do tří typů – povrchová, vaginální a hluboká. Lokálně lze chirurgicky ošetřit některé příčiny těchto obtíží (genitální neuromy, vestibulární adenitis, ev. tumoru v oblasti pochvy a zevního genitálu). V případě přetrvávání obtíží lze doporučit rehabilitační léčbu či podávání analgetik nebo konzultovat centrum léčby bolesti.

5. Psychoterapie

Je doporučena tam, kde je zjevná psychogenní příčina sexuální dysfunkce u žen – stres, obavy z pohlavního styku, anamnesticky údaj zneužívání, poruchy komunikace v páru. Tam je vhodné, aby terapii absolvoval celý pár.

Závěr

Je zřejmé, že aktivní touha po sexu a pocit vzrušení a sexuální touhy s věkem u žen klesá. Ženy se však u nás dožívají v průměru až o 7 let více než muži, a současná generace zralých žen očekává jistě mnohem více uspokojení ze svého pohlavního života než generace předešlé. Vzhledem k uvedenému – až polovina zralých žen udává problémy s pocitem vzrušení, uspokojení, lubrikace a bolestí při a po pohlavním styku – je nutné brát diagnózu ženské sexuální dysfunkce vážně a komplexně se jí věnovat v rámci multidisciplinární spolupráce v rámci odborných center.

Literatura

1. American Psychiatric Association. DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994: 493–518.
2. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology*, 1999; 54: 385–391.
3. Berman JR, Berman LA, Lin H, et al. Effect of sildenafil on subjective and physiologic parameters of the sexual response in women with sexual arousal disorder. *J. Sex. Marital. Ther.*, 2001; 27: 411–420.
4. Derogatis LR., Melisaratos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *Sex. Marital. Ther.*, 1979; 5: 244.
5. Kaplan HS. The new sex therapy: active treatment of sexual dysfunction. New York: Brunner/Mazel, 1974.
6. Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 1999; 281: 537–544.
7. Masters EH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little Brown 1996.
8. Mazer NA, Leiblum SR, Rosen RC. The Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of nonnative and surgically menopausal populations. *Menopause*, 2000; 7: 350–362.
9. Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ*, 2003; 326: 45–47.
10. Pacík D, Holtgrewe HL. Sexuální dysfunkce u mužů a žen – role urologa. *Urol. listy*, 2003; 2: 5–19.
11. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, et al. The index of female sexual function (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Sex. Marital. Ther.*, 2000; 26: 191–208.
12. Rosen RC, Phillips NA, Gendrano N. Oral phentolamine and female sexual arousal disorder: a pilot study. *J. Sex. Marital. Ther.*, 1999; 25: 137–144.
13. Shen WW, Uroševich Z, Clayton DO. Sildenafil in the treatment of female sexual dysfunction induced by selective serotonin reuptake inhibitors. *J. Reprod. Med.*, 1999; 44: 535–542.
14. 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.
15. Tarcn T, Park K, Goldstein I, et al. Histomorphometric analysis of age-related structural changes in human clitoral cavernosal tissue. *J. Urol.*, 1999; 161: 940–944.
16. Tylor JF, Rosen RC, Leiblum SR. Self-report assessment of female sexual functioning: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Function for Women (BSFI). *Arch. Sex. Behav.* 1994; 23: 627.