

## Nejčastější problémy sexuality žen fertilního věku

Petra Vrzáčková, Jiří Sláma

Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK

Korespondenční adresa: MUDr. Petra Vrzáčková, Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK, Apolinářská 18, 120 00, Praha 2, tel.: +420 603 223 987, e-mail: petra.vrzackova@email.cz

Publikováno: 2. 10. 2012      Přijato: 28. 8. 2012      Akceptováno: 11. 9. 2012

Actual Gyn 2012, 4, 81-85

ISSN 1803-9588

© 2012, Aprofema s.r.o.

Článek lze stáhnout z [www.actualgyn.com](http://www.actualgyn.com)



Citujte tento článek jako: Vrzáčková P, Sláma J. Nejčastější problémy sexuality žen fertilního věku. Actual Gyn. 2012;4:81-85

### THE MOST COMMON SEXUAL DYSFUNCTIONS IN FERTILE WOMEN

#### Review article

#### Abstract

Sexuality is one of the basic part of quality of life. Sexual dysfunctions are presented in all female age groups, fertile women suffer mainly from sexual desire, arousal, orgasm and pain disorders. It is usually not only a female problem, her partner should take a part in diagnostic-therapeutic process from the beginning. This article brings a basic information about sexual disorders of fertile women, their etiology, diagnostics and actual therapeutic options.

**Key words:** female sexual dysfunctions, fertile age

#### Přehledový článek

#### Abstrakt

Sexualita patří mezi základní atributy kvality života. Sexuální dysfunkce jsou přítomny u všech věkových skupin, u žen fertilního věku se nejčastěji setkáváme s poruchami sexuální touhy, vzrušivosti, orgasmu a bolestmi při sexuálních aktivitách. V řadě případů se nejedná o problém ženy samotné, proto je velmi žádoucí, aby byl partner pacientky součástí diagnosticko-terapeutického procesu již od počátku. Tento článek přináší základní informace o sexuálních dysfunkcích žen fertilního věku, jejich etiologii, diagnostice a současných možnostech léčby.

**Klíčová slova:** sexuální dysfunkce žen, fertilní věk

## Úvod

Sexuální funkce patří mezi základní součást kvality života. Při poruchách v sexuálním životě je postižena nejen pacientka, ale často i její partner (1). U mladých, fertálních žen, se lze nejčastěji setkat s poruchami sexuální touhy, vzrušivosti, poruchami orgasmu a bolestmi (2). Ženské sexuální dysfunkce (FSD, female sexual dysfunctions) nepatří mezi vzácnou diagnózu a pro pacientku je často obtížné svůj problém otevřít k diskuzi. Velmi podstatný je proto otevřený přístup ze strany lékaře a zařazení dotazů týkajících se sexuality jako rutinní součásti anamnézy. Pokud lékař sexuální dysfunkci diagnostikuje, měl by být schopen navrhnout základní terapeutický postup a v případě nutnosti doporučit pacientku na specializované pracoviště.

## Nejčastější sexuální dysfunkce ve fertálním věku

Podle současné revidované klasifikace AFUD (American Foundation for Urological Disease) z roku 2003 jsou rozlišovány sexuální dysfunkce na poruchy sexuální touhy (Sexual interest/desire disorder, ve starší klasifikaci DSM-IV-TR HSDD – hypoactive sexual desire disorder), poruchy vzrušivosti (FSAD – female sexual arousal disorder), poruchy orgasmu (FOD – female orgasmic disorder) a sexuální bolestivé poruchy (sexual pain disorder) (3). Pro diagnostiku sexuální dysfunkce je nezbytná přítomnost osobní nepohody z dané situace (personal distress), protože v řadě případů se jedná o normální stav, ve kterém je žena spokojená a problém vidí pouze její partner – např. snížená potřeba sexuálního vybití apod. (4). Studie, které dříve neuváděly podmínku přítomnosti distresu, popisovaly prevalenci FSD 55-60 %, v případě zohlednění této podmínky se prevalence sexuálních dysfunkcí pohybuje okolo 15-20 % (5).

**Porucha sexuální touhy (apetence)**, dříve HSDD, je definována jako absence nebo snížení pocitů sexuální touhy, sexuálních fantazií a touhy vyvolané sexuální stimulací (indukované). Libido je sníženo i vzhledem k přirozeným změnám v průběhu života i délce partnerského vztahu. V dostupných studiích je uváděna prevalence této poruchy mezi 30-35 % v kohortě dospělých žen. Bohužel však nejsou k dispozici data, která by rozlišovala nedostatek touhy spontánní a indukované. Pokud by se výzkum soustředil na úplnou ztrátu sexuální touhy, tedy i přes adekvátní erotické impulzy a stimulaci, lze předpokládat mnohem nižší výskyt poruchy (4,6,7,8).

**Poruchy vzrušivosti** lze rozlišovat na subjektivní, genitální, kombinované a persistentní. Při subjektivní poruše vzrušivosti se nedostavuje pocit vzrušení a rozkoše během dráždění, i když je přítomna vaginální lubrikace a další známky sexuální reaktivity. Genitální porucha vzrušivosti představuje chybějící nebo sníženou schopnost genitálního vzrušení – minimální zduření vulvy, nedostatečnou vaginální lubrikaci a sníženou citlivost genitálu při jakékoli sexuální stimulaci. Subjektivní vzrušení však přichází při dráždění nongenitálních oblastí, například prsních bradavek. Kombinovaná porucha vzrušivosti zahrnuje snížené nebo chybějící pocity vzrušení a zároveň chybějící genitální reaktivitu ve smyslu zduření vulvy a zvýšení lubrikace pochvy při jakékoli formě erotické stimulace. U persistentní poruchy vzrušivosti (PGAD, persistent sexual arousal disorder) se jedná o poměrně vzácný, avšak velmi obtěžující stav spontánního, nechtěného vzrušení

při absenci sexuální touhy. Pacientkou je velmi negativně vnímán, neustane ani při proběhnutí jednoho nebo více orgasmů a může přetrvávat řádově hodiny až několik měsíců.

**Poruchy orgasmu** jsou diagnostikovány u žen, které popisují chybějící pocit vyvrcholení, snížení jeho intenzity nebo významné prodloužení doby k jeho dosažení, a to i přes dostatečný pocit subjektivního pocitu vzrušení.

**Sexuální bolestivé poruchy** se dělí do dvou kategorií na dyspareunii a vaginismus. **Dyspareunie** (algopareunie) zahrnuje perzistentní nebo rekurentní bolesti v oblasti poševního vchodu (vulvodynie/vestibulodynie) nebo bolest v souvislosti s vaginální penetrací. Vulvodynie je popisována až u 18 % žen, především fertálního věku (9,10,11). **Vaginismus** je definován jako persistentní porucha schopnosti vaginální penetrace penisu, prstu či jiného objektu, i když si ji pacientka přeje. U ženy dochází k nechtěné kontrakci pánevních svalů, fobii, odmítavosti a strachu z bolesti.

## Etiologie sexuálních dysfunkcí

**Etiologie FSD** je často multifaktoriální, obecně jsou rozlišovány poruchy primární a sekundární, generalizované a situační (selektivní).

Příčiny poruch je možné sledovat často již u adolescentek, ať se jedná o gynekologickou diagnózu (endometrióza, pánevní zánětlivá nemoc, kongenitální anomálie, cysta/tumor ovaria), psychiatrickou poruchu a její medicaci (depresivní, úzkostná a obsedantně-kompulzivní porucha (3), antidepressivní terapie SSRI (12,13), léčba antipsychotiky (14)) či neurologické onemocnění (migréna, chronická tenzní bolest hlavy (4)), snížený práh senzitivity k termálním, bolestivým a taktilním stimulům (3). Pacientky s diabetem trpí častěji poruchou libida, vzrušivosti a sexuální dissatisfakcí. U řady z nich navíc situaci zhoršuje často přítomný depresivní syndrom (3,15).

Mezi rizikové faktory vzniku poruch vzrušivosti patří úzkost z nechtěné gravidity a pohlavně přenosných onemocnění, nedostatečný pocit bezpečí, nedostatek soukromí, únava a nedostatek času na sexuální aktivity. U zdravých mladých žen je častěji příčina poruchy vzrušivosti v nedostatečné erotické stimulaci než organického původu.

Při sledování poruch orgasmu byly za rizikové faktory označeny nižší dosažené vzdělání, absence sexuální výchovy (1), recidivující kandidózy (16) a abusus hašiše (17). Bolestivé poruchy se nečastěji vyskytují společně s poruchami vzrušivosti, orgasmu a celkově sníženou sexuální satisfakcí (16). S bolestmi při styku se setkáváme u žen v období po porodu a při kojení, dále je poměrně častým důvodem proběhlá onkologická terapie (bilaterální adnexektomie, radikální hysterektomie atd.) (18,19). Pacientky s vaginismem trpí často úzkostnou poruchou a tendencemi ke „katastrofickým scénářům“ (3). V **Tab. 1** jsou uvedeny nejčastější příčiny chronické dyspareunie, v **Tab. 2** pak příklady léků s negativním vlivem na sexuální funkce.

## Diagnostika

Pro upřesnění diagnózy je velmi vhodné odebrat **biopsychosociální anamnézu** od obou partnerů, která by měla zahrnovat tři hlavní oblasti - ujasnění současné situace ve vztahu, osobní rizikové faktory pro vznik poruchy a celkový zdravotní stav (**Tab. 3**). Důležitá je anamnéza sexu-

**Tab. 1** Příčiny chronické dyspareunie (3,9)

- vulvovaginální atrofie (období kojení, iatrogenní menopauza)
- chronická bolest břicha (endometrióza, chronická pánevní zánětlivá nemoc, ulcerózní kolitida, M. Crohn)
- chronická intersticiální cystitis, stresová inkontinence
- radiace malé pánve
- chronická vulvovaginální kandidóza (DM, HIV)
- vulvodynie
- genitální mutilace (severní Afrika, střední východ, jihovýchodní Asie)
- dermatologické onemocnění (vulvární dermatóza, ekzém)
- anatomická odchylka (labiální synechie, rigidní hymen, vaginální septum, ageneze pochvy, hypoplasie pochvy)

šetření je na místě při poruchách vzrušivosti a bolestech – velmi snadno lze diagnostikovat známky deficitu estrogenu – u žen po porodu, v období kojení, v případě předčasného ovariálního selhání. Dále je nezbytné při podezření na infekci či jiné onemocnění genitálu, u neurologických pacientek a při anamnestickém traumatu pánve. U žen s poruchami orgasmu představuje gynekologické vyšetření často ubezpečení, že genitál pacientky nevykazuje známky anomálie (3). V rámci diagnostického procesu i v průběhu terapie samotné lze využít dotazníků, pomocí kterých mohou lékaři i pacientka kvantitativně zhodnotit stupeň sexuální dysfunkce, případně efekt terapie. Mezi široce používané **validizované dotazníky** patří Female Sexual Function Index - FSFI (24) a Female Sexual Distress Score – FSDS (25). Klíčové dotazy pro pár i každého partnera individuálně jsou shrnuty v **Tab. 4**.

**Tab. 2** Léky s negativním vlivem na sexuální funkce žen (12,13)

| Léková skupina                     | Zástupce   | Vliv na sexuální funkce  |
|------------------------------------|--|--|
| tricyklická antidepresiva          | klomipramin, desipramin, imipramin,              | poruchy orgasmu  |
| SSRI                               | fluoxetin, paroxetin                             | poruchy sexuální touhy, vzrušivosti a orgasmu<br>CAVE: sexuální dysfunkce může přetrvávat až u 2/3 pacientek i po vysazení léčby |
| inhibitory MAO                     | fenelzin   | poruchy orgasmu  |
| H2 - blokátory                     | cimetidin, ranitidin                             | poruchy vzrušivosti  |
| benzodiazepiny                     | diazepam, alprazolam                             | poruchy orgasmu, vzrušivosti a sexuální touhy  |
| antipsychotika                     | thioridazin, chlorpromazin, sulpirid, risperidon | poruchy orgasmu a sexuální touhy   |
| antihypertenziva                   | methyldopa                                       | poruchy orgasmu a vzrušivosti  |
| opiáty                             | metadon  | poruchy orgasmu  |
| rekreační drogy, psychostimulancia | extáze   | opožděný orgasmus, při dlouhodobém užívání poruchy sexuální touhy  |

**Tab. 3** Biopsychosociální přístup k diagnostice FSD (3,4,22,23)

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Současná situace        | problémy ve vztahu, nedostatek komunikace, nedostatek času na intimitu, nedostatek pocitu bezpečí, nespokojenost, sexuální dysfunkce partnera   |
| Osobní rizikové faktory | sexuální nezkušenost, negativní přístup k sexu, potřeba nadměrné sebekontroly při sexuální aktivitě, sexuální zneužití/trauma v anamnéze, minoritní role sexuality v partnerském vztahu |
| Celkový zdravotní stav  | fyzické a psychické zdraví ve spojení se sexualitou – chronická onemocnění, farmakologická, chirurgická a onkologická léčba   |

álního zneužití, depresí a úzkostí, abúzu drog a alkoholu, sebepoškozování a promiskuity (3,21).

V indikovaných případech lze pro upřesnění využít **fyzikálních a laboratorních vyšetření** – stanovení krevního tlaku, hladiny TSH a glykemie nalačno, stanovení testosteronu před započítím suplementace. Gynekologické vy-

### Terapie – interdisciplinární přístup

Cílem **komplexní terapie** je celkové zlepšení emocionální a fyzické pohody pacientky. Vlastní sexuální terapii by mělo předcházet řešení psychologicko-psychiatrické problematiky, zejména poruch sebevědomí, depresivního syndromu, následků sexuálního traumatu, generalizova-

**Tab. 4** Klíčové dotazy (4)

|  |  |
|--|--|
| <b>Pro pár</b>                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. vysvětlení problému vlastními slovy</li> <li>2. trvání problému</li> <li>3. jaký je kontext problému (intimita mezi partnery, emoční naladění, adekvátnost sexuální stimulace)</li> <li>4. související faktory - nedostatek času, strach z pohlavně přenosných chorob a nechtěné gravidity, frekvence pokusů o sexuální kontakt, sexuální zkušenost, komunikace o sexuálních potřebách a přáních</li> <li>5. přítomné sexuální dysfunkce obou partnerů</li> <li>6. reakce partnerů na problém</li> <li>7. předchozí terapie, compliance, motivace k řešení problému</li> </ol> |
| <b>Pro každého partnera individuálně</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sexuální reaktivita během masturbace</li> <li>2. individuální pohled na problém</li> <li>3. jak vidí způsob vyrovnání se s problémem u partnera</li> <li>4. pozitiva a negativa z předchozích vztahů</li> <li>5. osobní anamnéza – vztahy s rodiči, sexuální trauma a zneužití</li> </ol>  |

ných problémů ve vztahu, řešení abúzu, spánková hygiena, pravidelná fyzická aktivita a vhodná dietní opatření (3). **Sexuální terapie** spočívá v základním poučení týkajícím se anatomie a fyziologie pohlavních orgánů, sexuálního cyklu muže a ženy a adekvátní sexuální stimulace. Neměla by chybět informace o dostupných erotických pomůckách, lubrikantech a široké škále sexuálních stimulantů ve formě pornografie, erotické i odborné literatury apod. Speciální sexuální terapie využívá metod kognitivně-behaviorální terapie, terapie soustředěné na prožívání a uvědomění pocitu (sensitive focus) a metody soustředěné na prožívání momentu (mindfulness), která má základ v buddhistické meditaci (3). Především u primárních poruch orgasmu se úspěšně využívá metody řízené masturbace (directed masturbation) v kombinaci se sexuální edukací, kognitivně-behaviorální terapií a dalšími metodami redukce úzkosti (3).

Farmakologickou terapii FSD lze dělit na hormonální a nehormonální. V současné době se využívá především **hormonální suplementace** u poruch vzrušivosti (estrogeny) a poruch libida a orgasmu (testosteron). V Evropě je indikací pro suplementaci testosteronu porucha sexuální touhy u iatrogeně menopauzálních žen, chybí však data o dlouhodobé bezpečnosti (4). Absolutní kontraindikací je vysoké riziko karcinomu prsu a endometria, kardiovaskulární onemocnění a tromboembolická nemoc. Pro využití dalších androgenů (DHEA atd.) v současné době validní data chybí (3). **Nehormonální terapie** zahrnuje bupropion, zvyšující hladinu noradrenalinu a dopaminu, který prokazatelně zlepšuje schopnost vzrušivosti a orgasmu (26). Dále lze využít flibanserin (5HT<sub>1A</sub> agonista a 5HT<sub>2A</sub> antagonist), který ve studiích zvýšil hodnoty všech pozitivních domén FSFI (sexuální touhu, vzrušivost, lubrikaci, orgasmus a spokojenost). Výsledky užívání sildenafilu jsou zatím kontroverzní. V jedné studii se souborem diabetiček a pacientek s transversální lézí míšni bylo prokázáno zvýšení vzrušivosti a vyslovena hypotéza na zesílení aktivace centrálních sexuálních mechanismů při kombinaci sildenafilu s testosteronem (3). U lokalizovaných sekundárních bolestí lze využít vícestupňové lokální anestetické nervové blokády, z chirurgických metod pak vestibulektomii. U pacientek s vaginismem byl popsán

pozitivní efekt injekcí botulotoxinu, užívání anxiolytik a lokálních anestetik (3). Řada nežádoucích účinků v oblasti sexuality je závislá na dávce léku. U některých antidepresiv (trazodon, moklobemid, bupropion), antipsychotik (lamotrigin) či antiepileptik (quetiapin, aripiprazol, olanzapin) byl prokázán žádný nebo jen minimální vliv na sexuální funkce (12,13,27).

### Závěr

Sexuální dysfunkce jsou u fertálních žen časté, i přesto nebývá snadné iniciovat hovor o jejich přítomnosti. Nejedná se pouze o problém jedince ale celého páru, proto je vhodné, aby již od počátku byl partner součástí diagnosticko-terapeutického procesu. Etiologie FSD je často komplexní a interdisciplinární přístup zvyšuje šanci na úspěšnou terapii. Základní podmínkou je však otevřenost lékaře k sexuální problematice.

### Literatura

1. Najafabady MT, Salmani Z, Abedi P. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. Clinics. 2011;66(1):83-86
2. Varghese KM, Bansal R, Kekre AN, Jacob KS. Sexual dysfunction among young married women in southern India. Int Urogynecol J. 2012 Apr. 25 [Epub ahead of print]
3. Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. J Sex Med. 2010;7:314-326
4. Basson R. Women s sexual dysfunctions: revised and expanded definitions. CMAJ. 2005;172(10):1327-1333
5. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women. Obstet Gynecol. 2008;112:970-978
6. Fugl-Meyer AR, Sjögren Fugl-Meyer K. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18 to 74-year old Swedes. Scand J Sexology. 1999;2(2):79-105
7. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav. 2003;32:193-208

8. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunctions in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-544
9. Gardella PB, Porru D, Nappi RE, Daccó MD, Chiesa A, Spinillo A. Interstitial cystitis is associated with vulvodynia and sexual dysfunction – a case control study. *J Sex Med*. 2011 Jun;8(6):1726-1734
10. Ventolini G, Barhan SM. Vulvodynia. *Dermatology Online Journal*. 2008;14(1):2
11. Ventolini G. Measuring treatment outcomes in women with vulvodynia. *J Clin Med Res*. 2011;3(2):59-64
12. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, Montano CB, Leadbetter RA, Bolden-Watson C, et al. Prevalence of sexual dysfunctions among new antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:357-366
13. Smith S. Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry*. 2007;6(3):111-114
14. Greydanus DE, Matytsina L. Female sexual dysfunction and adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2010 Oct;22(5):375-380
15. Dimitropoulos K, Bargiota A, Mouzas O, Melekos M, Tzortzis V, Koukoulis G. Sexual functioning and distress among premenopausal women with uncomplicated type 1 diabetes. *J Sex Med*. 2012 Feb 29. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02664.x. [Epub ahead of print]
16. Giraldo PC, Polpeta NC, Juliato CR, Yoshilda LP, do Amaral RL, Eleutério Junior J. Evaluation of sexual function in Brazilian women with recurrent vulvovaginal candidiasis and localized provoked vulvodynia. *J Sex Med*. 2012 Mar;9(3):805-811
17. Christensen BS, Grønbaek M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Associations of unhealthy lifestyle factors with sexual inactivity and sexual dysfunctions in Denmark. *J Sex Med*. 2011 Jul;8(7):1903-1916
18. Vrzáčkova P, Weiss P, Cibula D. Sexual morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2010 Jul;10(7):1037-42
19. Velechovská P, Weiss P, Cibula D. Sexuální morbidita po chirurgické léčbě zhoubných gynekologických nádorů. *Čes. Gynecol*. 2010;75(3):171-176
20. Christensen BS, Grønbaek M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Associations between physical and mental health problems and sexual dysfunctions in sexually active Danes. *J Sex Med*. 2011 Jul;8(7):1890-1902
21. Clayton AH, Maserejian NN, Connor MK, Hunag L, Heiman JR, Rosen RC. Depression in premenopausal women with HSDD: baseline findings from the HSDD registry for women. *Psychosom Med*. 2012 Apr;74(3):305-311
22. Gelder M, Lopez-Ibor J, Andreasen N, Geddes J. eds. *New Oxford textbook of psychiatry*. 2nd edition. Oxford: Oxford university press; 2009:472-483
23. Zhang H, Yip PS. Female sexual dysfunction among young and middle-aged women in Hong Kong: prevalence and risk factors. *J Sex Med*. 2012 May 21. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02773.x. [Epub ahead of print]
24. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208
25. Derogatis L, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The female sexual distress scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marital Ther*. 2002;28(4):317-330
26. Seagraves RT, Clayton A, Croft H, Wolf A, Warnock JE. Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24(3):339-342
27. Kratochvíl S. *Sexuální dysfunkce*. Grada Publishing, Praha 2008