Libido weg, Scheide trocken

Bringen Sie wieder Lust in die Menopause!

Frauen im Klimakterium leiden nicht nur unter lästigen Symptomen wie Hitzewallungen und Schlafstörungen. Viele erleben in der Peri- und Postmenopause auch Veränderungen in der Sexualität mit Libidoverlust und vaginaler Trockenheit. Hormonelle und nicht-hormonelle Therapien können helfen.

Der Östradiolspiegel ist für die sexuelle Funktion sowie für das Libido- und Dyspareunieniveau laut Studienergebnissen nur von untergeordneter Bedeutung. Als Hauptprädiktoren für die sexuelle Funktion in der Postmenopause hätten sich laut Dr. Anneliese Schwenkhagen, Hamburg, dessen prämenopausales Niveau, Veränderungen der Partnerschaft und die Gefühle für den Partner erwiesen. Es werde heute davon ausgegangen, dass Östrogene bei der Entstehung von Erregung und Lust eine eher indirekte Rolle spielen, indem sie etwa die Rezeptivität auf sexuelle Stimuli im ZNS erhöhen. Insofern könne eine systemische Östradioltherapie durchaus positive Effekte auf die sexuelle Funktion haben, so die Gynäkologin.

Ein häufiges Problem in der Postmenopause ist auch die vaginale Trockenheit. Drei Jahre nach der Menopause ist etwa jede zweite Frau davon betroffen. Hier können adäquate Östrogenspiegel helfen. Eine große Zahl von Studien belegt nach Angaben von Schwenkhagen die Effektivität einer lokalen Östrogenbehandlung.

Der Mann in der Frau

Ein vermindertes Wohlbefinden bzw. eine depressive Verstimmung und Veränderungen der sexuellen Funktion gelten als Hauptsymptome eines Androgenmangels. Auch Hitzewallungen, Abnahme der Muskel- und Knochenmasse sowie verminderte vaginale Lubri-

kation werden niedrigen Androgenspiegeln zugeschrieben. Es gibt bisher jedoch keine Daten, die eindeutig einen Zusammenhang zwischen Sexualfunktion und Serumtestosteron zeigen, so die Hamburger Expertin. Eine 2005 publizierte Cochrane-Analyse kam allerdings zu dem Schluss, dass die Zugabe von Testosteron zu einer konventionellen Hormontherapie günstige Effekte auf die sexuelle Funktion postmenopausaler Frauen hat.

Im Jahr 2006 wurde das erste Androgenpräparat für Frauen zugelassen. Bisher ist das 300 mg / Tag freisetzende Testosteron-Pflaster allerdings nur für Patientinnen zugelassen, bei denen eine Menopause aufgrund einer Hysterektomie und Adnexektomie besteht, die unter einem Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen leiden und bereits eine begleitende Östrogen-therapie erhalten.

Dauerbrenner DHEA

Immer wieder wird diskutiert, ob auch Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEA) zur Therapie bei sexuellen Funktionsstörungen bei Frauen eingesetzt werden kann. Das Prohormon kann im Körper in eine Reihe biologisch aktiver Steroide (u. a. Testosteron und Östradiol) umgewandelt werden. Der Einsatz von DHEA wurde bisher vor allem bei Frauen mit Nebennierenrinden-

insuffizienz untersucht. Die Ergebnisse sind widersprüchlich: Im Hinblick auf die Sexualität schnitt die DHEA-Therapie (50 mg/Tag) in einer Studie signifikant besser ab als Placebo. In zwei weiteren Studien mit 25 bzw. 50 mg DHEA/Tag war kein Unterschied nachweisbar.

Ähnlich problematisch ist die Lage im Hinblick auf den Einsatz von DHEA zur Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen bei gesunden peri- und postmenopausalen Frauen. Tierexperimentelle Daten und die Ergebnisse einer ersten klinischen Studie legen jedoch nahe, dass hier die lokale Behandlung mit DHEA eine neue Option zur Therapie bei Scheidentrockenheit oder Atrophie werden könnte.

(Ingrid Kreutz)

Gynäkologe 2010; 4:133

© [M] photos.com PLUS