

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

EGARTER CH

Libido und Hormonersatztherapie mit Tibolon (Liviel)

Journal für Menopause 2003; 10 (Sonderheft 2) (Ausgabe für Österreich), 5-7

Homepage:

www.kup.at/menopause

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



LIBIDO UND HORMONERSATZ-THERAPIE MIT TIBOLON (LIVIEL®)

LIBIDO UND
HORMONERSATZ-
THERAPIE MIT
TIBOLON (LIVIEL®)

Verschiedenste Untersuchungen zeigen eine relativ starke Zunahme der Prävalenz von sexuellen Schwierigkeiten und Eheproblemen bei postmenopausalen Frauen [1–3]. Obwohl diese Studien eine endokrinologische Ätiologie von manchen in dieser Phase erstmals auftretenden sexuellen Funktionsstörungen nahelegen, waren Untersuchungen bezüglich der Effizienz einer Hormonersatztherapie (HRT) wenig überzeugend, sieht man von positiven Effekten auf die vaginale Trockenheit und Dyspareunie [4] ab. Ein Grund dafür dürfte sein, daß sexuelle Schwierigkeiten meist durch komplexe Ursachen haben und neben dem menopausalen Status auch psychische Gründe, Streß, Gesundheit bzw. Krankheit, Medikamente sowie sonstige Ehe- und Familienprobleme eine Rolle spielen [1].

Möglicherweise liegt der Grund für suboptimale Ergebnisse einer HRT aber auch darin, daß in den bisherigen Studien meist nur eine Estrogentherapie mit/ohne Progestagen evaluiert wurde. Die vom Ovar gebildeten bzw. aus der Nebennierenrinde über DHEA synthetisierten Androgene sind in bezug auf sexuelle Funktionen aber bei Frauen durchaus ebenso relevant wie bei Männern, insbesondere was verschiedene Aspekte der Libido betrifft [5–7]. Testosteronrezeptoren finden sich in einigen Abschnitten des Gehirns, die sexuelle und emotionelle Verhaltensweisen beeinflussen. Eingehende Untersuchungen haben gezeigt, daß beispielsweise die 24-h-Plasma-Testosteronspiegel bereits bei prämenopausalen Frauen signifikant abnehmen [8].

Tibolon (Liviel® 1 × 2,5 mg täglich) ist ein synthetisches Steroidhormon, das im Gegensatz zur klassischen HRT nicht nur estrogene und progestagene, sondern auch androgene Partialwirkungen [9] aufweist. Es wird seit vielen Jahren in der postmenopausalen Substitutionstherapie eingesetzt [10] und hat aufgrund seiner androgenen Wirkung einen stärkeren libidosteigernden Effekt aufzuweisen [11, 12] als eine konventionelle HRT [13].

In einer eigenen umfangreichen Anwendungsbeobachtung [14] bei postmenopausalen Frauen konnte gezeigt werden, daß sexuelle Funktionsstörungen, wie verminderte

Orgasmusfähigkeit, Schmerzen beim Koitus, Scheidentrockenheit oder verminderte Libido (Tab. 1, Abb. 1), durch eine 4monatige Therapie mit Tibolon signifikant verbessert werden

Tabelle 1: Fragen bezüglich sexueller Probleme

1. Viele Frauen haben bei bestimmten Formen der sexuellen Aktivität Schwierigkeiten, zum Orgasmus zu kommen. Manche Frauen haben überhaupt noch nie einen Orgasmus gehabt.
 - Ich bin bei allen Formen der sexuellen Aktivität, die ich ausübe (Geschlechtsverkehr, Masturbation, Oralsex), mit meiner Orgasmusfähigkeit zufrieden.
 - Während des Geschlechtsverkehrs habe ich fast immer Schwierigkeiten, zum Orgasmus zu kommen, nicht hingegen bei anderen Formen sexueller Aktivität (Masturbation, Oralsex).
 - Ich habe bei jeder Form der sexuellen Aktivität (Geschlechtsverkehr, Masturbation, Oralsex) Schwierigkeiten, zum Orgasmus zu kommen.
 - Ich habe noch nie einen Orgasmus gehabt.
2. Manche Frauen haben Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs.
 - Ich habe während des Geschlechtsverkehrs kaum oder nie Schmerzen.
 - Ich habe während des Geschlechtsverkehrs manchmal oder immer Schmerzen, und dieser Schmerz ist so stark, daß er meine sexuelle Befriedigung beeinträchtigt.
3. Manchen Frauen fällt es schwer, die Muskeln der Scheide so zu entspannen, daß der Penis ihres Partners in die Scheide eindringen kann.
 - Ich habe diese Situation noch nie erlebt.
 - Das ist mir schon mehrmals passiert.
4. Manche Frauen reagieren auf sexuelle Stimulation nicht mit Feuchtwerden der Scheide, nicht einmal dann, wenn sie sexuell erregt sind.
 - Ich habe diesbezüglich nie Schwierigkeiten.
 - Zumindest in 25 % der Fälle, in denen ich sexuell erregt bin, kommt es zu keinem Feuchtwerden der Scheide, nicht einmal nach verlängertem Vorspiel.
5. Manche Frauen haben sehr wenig Verlangen nach sexueller Aktivität. Sie denken selten an Sex und haben selten sexuelle Phantasien oder den Wunsch nach Sex mit ihrem Partner.
 - Ich denke an Sex/habe sexuelle Phantasien oder den Wunsch nach Sex – zumindest einmal pro Woche.
 - Ich denke an Sex/habe sexuelle Phantasien oder den Wunsch nach Sex – zumindest einmal pro Monat.
 - Ich denke an Sex/habe sexuelle Phantasien oder den Wunsch nach Sex – seltener als einmal pro Monat.
6. Manche Frauen haben ein derart hohes Verlangen nach sexueller Aktivität, daß sie sich oft nicht auf andere, nichtsexuelle Aktivitäten konzentrieren können. Manchmal wird ihr Verlangen nach Sex für sie zum Problem, und sie sind nicht in der Lage, ihre Wünsche zu kontrollieren.
 - Ich habe oft wegen des Vorherrschens sexueller Gedanken Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.
 - Ich denke sehr oft an Sex bzw. bin oft sexuell aktiv, so daß es mir manchmal schwerfällt, anderen Verpflichtungen nachzukommen.
 - Ich glaube, daß mein Verlangen nach Sex wesentlich größer ist als das der meisten anderen Frauen.
 - Keine der oben erwähnten Aussagen trifft zu.
7. Wie würden Sie Ihr Sexualleben im allgemeinen beschreiben?
 - Ich bin mit meinem Sexualleben zufrieden.
 - Ich bin mit meinem Sexualleben nicht zufrieden.
 - Ich bin mit meinem Sexualleben zufrieden, würde aber gerne einiges ändern.
8. Zusätzliche Kommentare? Bitte halten Sie diese in Stichworten fest.

können. Die Einschätzung der verschiedensten Aspekte der Libido, wie sexuelle Wünsche, Initiativen, Phantasien oder Träume, und damit die generelle Zufriedenheit mit dem Sexualleben verbesserte sich durch die Einnahme dieses synthetischen Steroidhormonanalogs signifikant (Tab. 2, Abb. 2).

Eine Erklärung bezüglich der generellen subjektiven Verbesserung des Sexuallebens dürfte einerseits der partiell androgene Effekt von Tibolon sein, da der $\Delta 4$ -Metabolit mit androgenen Rezeptoren reagiert [15]. Ein zusätzlicher günstiger Effekt im Gegensatz zur klassischen HRT ist wahrscheinlich auch die mit dieser Substanz erzielte SHBG-Senkung, weil dadurch – ohne wesentliche Veränderung des Gesamttestosteronspiegels – das biologisch frei verfügbare Testosteron erhöht wird [16]. Diese erhöhten Androgenspiegel haben, wie in zahlreichen Untersuchungen festgestellt werden konnte, durch ihre Einflüsse auf das ZNS eindeutig eine libidosteigernde Wirkung [17–19].

Die bei herkömmlicher HRT beobachtbare günstige lokale Wirkung des Estrogens auf die Scheidenschleimhaut konnte mit Tibolon ebenfalls nachgewiesen werden [20]. Auch in unserer Untersuchung berichteten Frauen über eine Abnahme der Scheidentrockenheit und damit der Fälle von Dyspareunie. Die Durchblutung im Scheidenbereich wird, wie aufwendige Untersuchungen mit einer Vaginalplethysmographie zeigen konnten [21], ebenfalls erhöht, so daß die Verbesserung des Sexuallebens unter Tibolon also offenbar sowohl durch zentrale als auch periphere Effekte eintritt. Nur selten zeigen sich individuelle Überempfindlichkeiten gegenüber diesem androgenen Partialeffekt, wie Hirsutismus oder Akne [22].

Literatur:

1. Dennerstein L, Smith AMA, Morse CA, Burger HG. Sexuality and the menopause. J Psychosom Obstet Gynecol 1994; 15: 59–66.

Abbildung 1: Ergebnisse mit dem Fragebogen bezüglich sexueller Probleme; * $p < 0,05$

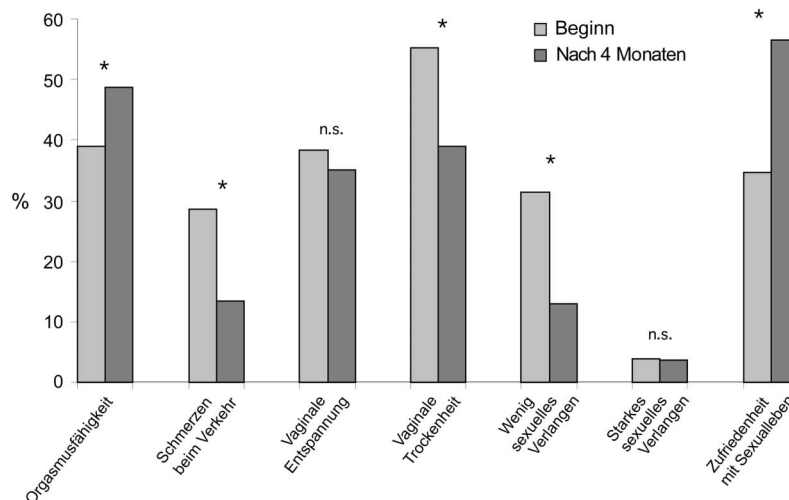
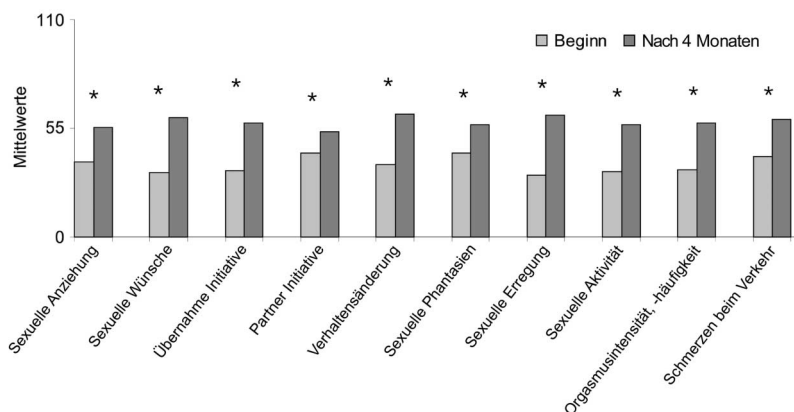


Tabelle 2: Fragen bezüglich der verschiedenen Aspekte der Libido

1. Glauben Sie, daß sich Ihr Grad an sexueller Anziehung auf Ihren Partner verändert hat?
2. Haben sich Ihre sexuellen Wünsche in letzter Zeit geändert?
3. Hat sich die Häufigkeit, mit der Sie die Initiative in sexuellen Beziehungen übernehmen, geändert?
4. Hat sich die Häufigkeit, mit der Ihr Partner die Initiative in sexuellen Beziehungen übernimmt, geändert?
5. Hat sich Ihr Verhalten geändert, wenn sich Ihr Partner sexuelle Beziehungen wünscht?
6. Haben sich Ihre sexuellen Phantasien oder Träume geändert?
7. Hat sich Ihre sexuelle Erregung geändert?
8. Hat sich die sexuelle Aktivität geändert?
9. Hat sich die Intensität oder die Frequenz Ihres Orgasmus verändert?
10. Haben sich sexuelle Schwierigkeiten oder Schmerzen beim Verkehr verändert?

Abbildung 2: Ergebnisse bezüglich verschiedener Aspekte der Libido unter 4monatiger Tibolon-Therapie (VAS-Analyse); * $p < 0,05$



2. McCoy N, Davidson J. A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality. *Maturitas* 1985; 7: 203–10.
3. Sarrel PM, Whitehead MI. Sex and menopause: defining the issues. *Maturitas* 1985; 7: 217–24.
4. Nathorst-Böös J, von Schoultz B, Carlström K. Elective ovarian removal and estrogen replacement therapy – effects on sexual life, psychological well-being and androgen status. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1993; 14: 283–93.
5. Castelo-Branco C, Vicente JJ, Figueras F, Sanjuan A, Martinez de Osaba MJ, et al. Comparative effects of estrogen plus androgens and tibolone on bone, lipid pattern, and sexuality in postmenopausal women. *Maturitas* 2000; 34: 161–8.
6. Flöter A, Nathorst-Böös J, Carlström K, von Schoultz B. Androgen status and sexual life in perimenopausal women. *Menopause* 1997; 4: 95–100.
7. Morris NM, Udry JR, Khan-Dawood F, Dawood MY. Marital sex frequency and mid-cycle female testosterone. *Arch Sex Behav* 1987; 16: 27–37.
8. Zumoff B, Strain GW, Miller LK, Rosner W. Twenty-four-hour mean plasma testosterone concentration declines with age in normal premenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1995; 80: 1429–30.
9. Markiewicz L, Gorpide E. *In vitro* evaluation of estrogenic, estrogen antagonistic, and progestagenic effects of a steroidal drug (Org OD 14) and its metabolites on human endometrium. *J Steroid Biochem* 1990; 35: 535–41.
10. Egarter Ch. Neue Daten und Perspektiven in der hormonellen Behandlung postmenopausaler Patientinnen mit Tibolon. *Geburtsh Frauenheilk* 1999; 59: 282–8.
11. Kökcü A, Cetinkaya MB, Yanik F, Alper T, Malatyalioglu E. The comparison of effects of tibolone and conjugated estrogen-medroxyprogesterone acetate therapy on sexual performance in postmenopausal women. *Maturitas* 2000; 36: 75–80.
12. Palacios S, Menendez C, Jurado AR, Castano R, Vargas JC. Changes in sex behaviour after menopause: effects of tibolone. *Maturitas* 1995; 22: 155–61.
13. Nathorst-Böös J, Hammar M. Effect on sexual life – a comparison between tibolone and a continuous estradiol-norethisterone acetate regimen. *Maturitas* 1997; 26: 15–20.
14. Egarter Ch, Topcuoglu MA, Vogl S, Sator M. Hormone replacement therapy with tibolone: Effects on sexual functioning in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 649–53.
15. Tax L, Goorissen EM, Kicovic PM. Clinical profile of Org OD 14. *Maturitas* 1987; Suppl 1: 3–13.
16. Dören M, Rübig A, Coelingh Bennink HJT, Holgreve W. Differential effects on the androgen status of postmenopausal women treated with tibolone and continuous combined estradiol and norethindrone acetate replacement therapy. *Fertil Steril* 2001; 75: 554–9.
17. Hutchinson KA. Androgens and sexuality. *Am J Med* 1995; 98: 1A–111S–115S.
18. Sherwin B, Gelfand M, Brender W. Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective, crossover study of sex steroid administration in the surgical menopause. *Psychosom Med* 1985; 47: 339–51.
19. Shifren JL, et al. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Engl J Med* 2000; 343: 682–8.
20. Rymer J, Chapman MG, Fogelman I, Wilson PO. A study of the effects of tibolone on the vagina in postmenopausal women. *Maturitas* 1994; 18: 127–33.
21. Laan E, van Lunsen HW, Everaerd W. The effects of tibolone on vaginal blood flow, sexual desire, and arousability in postmenopausal women. *Climacteric* 2001; 4: 1–14.
22. Egarter Ch, Lehner H, Sator M, Huber J. Efficacy, tolerability, and rare side effects of postmenopausal women treated with tibolone. *Int J Obstet Gynecol* 1999; 23: 6–13.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Christian Egarter
Klin. Abt. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie
Univ.-Klinik f. Frauenheilkunde
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: christian.egarter@akh-wien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung