

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Female Sexual Dysfunction

Zeitlberger-Renz A

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2006; 13 (Sonderheft

5) (Ausgabe für Österreich), 16-17

Homepage:

www.kup.at/urologie

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

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

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



FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION

EINLEITUNG

Nicht zuletzt die vielfältige Ätiologie weiblicher Sexualfunktionsstörungen, aber auch der differente sozioökonomische, religiöse sowie kulturelle Background der Betroffenen mit demzufolge auch unterschiedlichen Erwartungen an die eigene Sexualität gestaltet Diagnostik und allfällige Therapie sexueller Funktionsstörungen der Frau als sehr komplex und erfordert besonders sorgfältige Evaluation.

PRÄVALENZ DER WEIBLICHEN SEXUALFUNKTIONSTÖRUNGEN

Vorliegende Studien zur Prävalenz der FSD (Female Sexual Dysfunction) zeigen äußerst inkongruente Ergebnisse, da sie vor allem auf „self-reports“, nicht jedoch auf klinisch meßbaren Daten basieren.

Epidemiologische Studien in den USA, Großbritannien und Schweden indizieren bei ca. 40 % der Frauen im Alter von 18–59 Jahren signifikante Probleme in ihrem Sexualleben. Die Majorität der Beschwerden betrifft reduzierte Libido (Tab. 1).

HISTORIE

Masters u. Johnson (1954–1966): erstes 4-Phasen-Modell der weiblichen Sexualantwort:
EPOR: Excitation – Plateau – Orgasmus – Resolution

Mitte der 70-er Jahre ersetzt durch das heute gültige Modell (Kaplan 1974):

DEOR: Desire – Excitation/Arousal – Orgasmus – Resolution

NEUROLOGISCHE KOMPONENTEN

Durch entsprechende sensorische Afferenzen (visuell, taktil, akustisch, olfaktorisch) werden im ZNS die medial-praeoptischen und anterioren Regionen des Hypothalamus, sowie das limbische System aktiviert. Resultierende sympathische und parasympathische Efferenzen führen bei sexueller Erregung zu Anstieg von Herzfrequenz und RR.

Eine weitere wesentliche Rolle spielen die Neurotransmitter: zentral Serotonin (Inhibitor), ev. Dopamin; peripher: Stickstoffsynthetase (NOS), Neuropeptid Y, Vasoaktives Peptid, cGMP, Substanz P sowie Prostaglandin E1. Sie führen bereits Sekunden nach erotischer Stimulation zur genitalen vasokongestiven Antwort.

FSD-KLASSIFIKATION

Nach Basson et al. 2004 (basierend auf der 2. internationalen „Consultation on Sexual Dysfunction in men and women“, 2003, Paris)

1. Hypoaktive sexuelle Erregungsstörung
2. Erregungsstörungen
3. Weibliche Orgasmusstörungen
4. Dyspareunie

5. Vaginismus
6. Sexuelle Aversionsstörung

Wesentlicher Bestandteil der Klassifikation ist neben Beachtung der deskriptiven Komponenten (z. B. Lebenslang vs. erworben etc.) auch die Berücksichtigung des Ausmaßes des persönlichen Leidensdruckes!

DIAGNOSTISCHER ALGORITHMUS

- Allgemeine Anamnese/ Sexualanamnese/ psychosozialer Background/ Fragebögen (FSFI, SFQ, FSDS)
- Risikofaktoren/Medikamente/Alkohol/Nikotin
- Körperliche Untersuchung (inkl. uro-gynäkolog. Untersuchung)
- Ev. Labor (bei Komorbiditäten empfohlen – TSH, Blutzucker, Hormonstatus etc.)
- Fakultativ: Q-Tip-Test, vag. pH-Messung, vag. Photoplethysmographie, vag./klitorale Duplexsonographie, vag. Resistance/Compliance, Vaginometrie

EMPFEHLUNGEN ZUM MANAGEMENT DER FSD

1. Allgemeine Empfehlungen

- Primäre Beachtung der Probleme innerhalb der Partnerschaft
- Bei Einsatz von allfälligen pharmakologischen Agentien sollte der Mangel an Langzeitdaten/wissenschaftlich gesicherter Evidenz besprochen werden.

2. Psychologische Interventionen

- Kognitive Verhaltenstechniken (CBT)
- Traditionelle Sexualtherapie
- Psychodynamische Therapie

Tabelle 1: Probleme im Sexualleben (nach Hayes RD, Bennett CM et al., J Sex Med 2006; 3: 589–95)

Libidostörungen	64 % (range 16–75 %)
Orgasmusstörungen	35 % (range 16–48 %)
Erregungsstörungen	31 % (range 12–64 %)
Schmerzen	26 % (range 7–58 %)
Dadurch hervorgerufener Leidensdruck	21–67 %

3. Nicht-hormonelles pharmakologisches Management

Die Beteiligung von NO in der neurogenen Vasodilatation läßt vermuten, daß Phosphodiesterasehemmer genitale Erregungsstörungen verbessern könnten. Diesbezüglich wurde in zahlreichen klinischen Studien die Wirkung von Sildenafil an über 2000 Patientinnen untersucht. Die Ergebnisse waren uneinheitlich. Bermann et al. (2003) und Caruso et al. (2001): Deutliche Zunahme der sexuellen Erregbarkeit/genitalen Empfindsamkeit und Orgasmusfähigkeit unter Sildenafil gegenüber Placebo. Dagegen konnte in anderen Studien nur ein Placeboeffekt nachgewiesen werden (Kaplan et al. 1999, Rofeimet al. 2001, Basson et al. 2002).

4. Östrogentherapie (ET)

Folgeerscheinungen niedriger Östrogenspiegel (Schlafstörungen, allgemein verschlechtertes Wohlbefinden) können mit niedrigdosiertem Östrogen therapiert werden. Lokale Östrogengabe bei vaginaler Schleim-

hautatrophie wird empfohlen (Suppositorien, Cremes).

5. Androgene

Lobo et al. 2003: randomisierte Studie an 218 postmenopausalen Frauen: zusätzlich zur täglichen Östrogengabe Verabreichung von 1,25 mg Methyltestosteron: Ergebnis: deutliche Libidosteigerung sowie Verstärkung der weiblichen Sexualantwort – Langzeitdaten jedoch fehlend!

6. Dehydroepiandrosteron

Aufgrund der physiologischen Abnahme von DHEA mit zunehmendem Alter wird eine Verbesserung der sexuellen Funktion durch Supplementierung vermutet. Die Ergebnisse randomisierter Studien sind jedoch noch äußerst inkonsistent (Arlt et al. 1999, Lovas et al. 2003).

7. Clitoral Vacuum Device

Zur Steigerung der vaginalen Durchblutung; von FDA zugelassen, Wirkung jedoch fraglich.

ZUSAMMENFASSUNG

Aufgrund der Komplexität der weiblichen sexuellen (Dys-) Funktion ist für Diagnostik und Therapie neben Intensivierung der Forschungsarbeiten und Förderung der Kommunikation auch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von Urologen, Gynäkologen, Psychologen, Psychiatern, Neurologen, Endokrinologen sowie Sexualtherapeuten unabdingbar.

Korrespondenzadresse:

Dr. Astrid Zeitelberger-Renz
Fachärztin für Urologie und
Andrologie
A-2301 Groß-Enzersdorf,
Eßlinggasse 7
E-mail: astridzei@aon.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

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](#)