

**Ανασκόπηση****Σεξουαλική λειτουργία στην εμμηνόπαυση**

**Α. Σόρτσης  
Τ. Τσαλίκης**

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η εμμηνόπαυση είναι η χρονική περίοδος όπου συμβαίνουν ανατομικές, φυσιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα των γυναικών στην ηλικία αυτή. Επειδή δεν υπάρχει κάποιο τεστ για να μπορεί να εκτιμηθεί η σεξουαλική λειτουργία, το σεξουαλικό ιστορικό είναι πιθανόν ο σημαντικότερος προσανατολισμός για τη διάγνωση και τη θεραπεία των σεξουαλικών προβλημάτων. Η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει ενημέρωση για τη σεξουαλικότητα και φαρμακευτική θεραπεία των συμπτωμάτων ή των προβλημάτων που επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργία.

*Όροι ευρετηρίου: εμμηνόπαυση, σεξουαλικότητα, ορμονική θεραπεία.*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία των γυναικών εξαρτάται από την καλή φυσιολογική, ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση και όχι μόνο από την απουσία ασθενειών που έχουν σχέση με το αναπαραγωγικό σύστημα.

Στην εμμηνόπαυση, η σεξουαλική δραστηριότητα μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας, αν και αρκετά άτομα στα ογδόντα τους εξακολουθούν να είναι δραστήρια σεξουαλικά και η σεξουαλική επιθυμία υπάρχει ακόμα και σε ηλικιωμένους<sup>1</sup>. Χαρακτηριστικό της εμμηνόπαυσης αποτελεί η μείωση της λειτουργικότητας και η εκφύλιση των ιστών και φυσικό επακόλουθο αυτής της κατάστασης είναι η σεξουαλική λειτουργία να παρακολουθεί τις γενικότερες μεταβολές των υπολοίπων λειτουργιών.

Οι γυναίκες που νεότερες διατηρούσαν σεξουαλικές δραστηριότητες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν εντονότερη σεξουαλική επιθυμία, καλύτερη σεξουαλική επικοινωνία και υψηλότερο επίπεδο σεξουαλικών δραστηριοτήτων.

Η ελάτπωση της σεξουαλικής δραστηριότητας με την πάροδο της ηλικίας έχει αναφερθεί και έχει υποστηριχθεί ότι είναι πιο σημαντική στις γυναίκες, γιατί οι γυναίκες ξεπερνούν κατά πολύ σε επιβίωση τους άνδρες και, επομένως, ο σημαντικότερος λόγος διακοπής των σεξουαλικών σχέσεων είναι στις γυναίκες ο θάνατος του συντρόφου.

Ο μέσος όρος ζωής στις γυναίκες υπερβαίνει τα 75 χρόνια, επομένως η μετά την εμμηνόπαυση ζωή της γυναίκας καλύπτει σήμερα περίπου 25 χρόνια, άρα ένα αρκετά μεγάλο μέρος της ζωής των γυναικών και ένα μεγάλο αριθμό γυναικών.

Α' Μαιευτική και Γυναικολογική  
Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο  
«Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Αλληλογραφία:  
Α. Σόρτσης  
Περιφερειακή Οδός Νέας Ευκαρπίας,  
Τ.Κ. 56403, Θεσσαλονίκη  
Τηλ.: 2310 992921  
Fax: 2310 992890  
E-mail: asortsis@med.auth.gr  
Κατατέθηκε: 05/03/07  
Εγκρίθηκε: 01/09/07

**ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**

Σε τοπικό επίπεδο, η αφή και ο μηχανικός ερεθισμός των έξω γεννητικών οργάνων στη γυναίκα προκαλούν διέγερση διαφόρων ειδών αισθητικών υποδοχέων που ανευρίσκονται στο δέρμα, βλεννογόνους και υποβλεννογόνιους ιστούς μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος, καθώς και του περιφερικού κυκλοφορικού συστήματος στο επίπεδο των γεννητικών οργάνων.

Σε επίπεδο νωτιαίου μυελού, η αισθητική διέγερση με αισθητικά νεύρα της κάτω κοιλίας μεταβιβάζεται στο νωτιαίο μυελό και διέρχεται ένα πλήθος αυτόνομων αντανακλαστικών (συμπαθητικών και του παρασυμπαθητικού), που ελέγχουν ειδικές λειτουργίες όπως την παροχή αίματος, τις εκκρίσεις αδένων και τις συσπάσεις των λείων μυϊκών ινών των σεξουαλικών οργάνων. Οι αντιδράσεις αυτές συμβαίνουν ανεξάρτητα από τα ανώτερα κέντρα του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Σε κεντρικό επίπεδο, τα αντανακλαστικά του νωτιαίου μυελού που λειτουργούν κατά τη σεξουαλική επαφή ενισχύουν τον αισθητικό φλοιό του εγκεφάλου, διεγείροντας τον υποθάλαμο. Ο υποθάλαμος διεγείρει με τη σειρά του την υπόφυση μέσω του εκλυτικού παράγοντα των γοναδοτροπινών (GnRH), με αποτέλεσμα την έκλυση των γοναδοτροπινών με ταυτόχρονη αύξηση της 17-β οιστραδιόλης (E2) και της τεστοστερόνης (T).

Οι δύο αυτές ορμόνες επηρεάζουν την ερωτική διάθεση, καθορίζοντας την ένταση του συναισθήματος το οποίο προκύπτει από ένα ερέθισμα, ενώ περιφερικά καθορίζουν το πλήθος των υποδοχέων που θα διεγερθεί από το ερέθισμα.

Προσωπικές εμπειρίες, κοινωνικά ενδιαφέροντα, μόρφωση, καλλιέργεια, πολιτιστικά ενδιαφέροντα, ψυχο-συναισθηματικές καταστάσεις που αναπτύσσονται στην κοινή ζωή, δημιουργούν τις ευκαιρίες για αμοιβαία και ευχάριστη έκφραση της σεξουαλικότητας.

Η σεξουαλική διέγερση μπορεί να δημιουργηθεί και μόνο από τον εγκέφαλο με την όραση, την οσμή, την ακοή ή και τη φαντασία<sup>2</sup>.

**ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η σεξουαλική επιθυμία των γυναικών μεταβάλλεται ουσιαστικά μετά την εμμηνόπαυση, αν και οι φάσεις του κύκλου της σεξουαλικής πράξης εμφανίζονται παρατεταμένες.

- **Φάση της διέγερσης.** Δημιουργείται από σωματικά ή ψυχικά ερεθίσματα, αποτελεί το μεγαλύτερο χρονικά μέρος, εξαρτάται από τη βούληση του ατόμου, μπορεί να παραταθεί ή να διακοπεί σε οποιαδήποτε στιγμή. Στην εμμηνόπαυση, παρατηρείται ελάττωση της αγγειοδιαστολής, μειώνεται η μυϊκή τάση και διαπιστώνεται εμφανής καθυστέρηση στην ύγρανση του κόλπου, η

οποία παρουσιάζεται στις νέες γυναίκες μέσα σε 15-30 sec από την έναρξη της φάσης της διέγερσης. Έτσι, μπορεί να χρειασθεί μηχανικός ερεθισμός για 1-5 min περίπου, πριν εμφανιστεί κάποια ύγρανση του κόλπου. Χαρακτηριστικό είναι, επίσης, ότι ο κολπικός σωλήνας χάνει πολύ από την ελαστικότητά του, ώστε το κολπικό επιθήλιο να γίνεται ευαίσθητο στις κακώσεις. Η μήτρα ατροφεί αλλά αυτό δεν εμποδίζει καθόλου τη γυναίκα να απολαμβάνει τη σεξουαλική πράξη. Η κλειτοριδική περιοχή είναι πιο ευαίσθητη στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση και εύκολα μπορεί να προκληθεί ερεθισμός, καύσος ή τραυματισμός. Η σεξουαλική, όμως, διέγερση που αρχίζει από την κλειτοριδική περιοχή επιφέρει τα ίδια αποτελέσματα στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση όπως και στις νεότερες γυναίκες. Αυτό σημαίνει πως η γυναίκα αντιδρά το ίδιο στο σεξουαλικό αυτό ερεθισμό.

- **Ανώτερο επίπεδο διέγερσης.** Χαρακτηρίζεται από ακούσια και προοδευτική πορεία προς τον οργασμό όπου υπάρχει μια επιβράδυνση στις εμμηνόπαυσιακές γυναίκες, όπως στις περισσότερες λειτουργίες του σώματος και λόγω της φυσιολογικής υποστρόφης της ωθητικής λειτουργίας, με αποτέλεσμα τη μείωση της παραγωγής των οιστρογόνων.

- **Φάση οργασμού.** Είναι η κορυφαία στιγμή, διαρκεί λίγα δευτερόλεπτα και χαρακτηρίζεται από πλήρη απώλεια του ελέγχου των μυϊκών συσπάσεων. Η συμφορήση των οργάνων που βρίσκονται κοντά στα γεννητικά όργανα αυξάνεται από το μηχανικό ερεθισμό κατά τη συνουσία. Η φάση του οργασμού είναι σαφώς διαφορετική χρονικά στις προ και στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Οι συσπάσεις του οργασμού είναι 4-5 με μεσοδιαστήματα 0,8 sec, αντί για 7-15 στις νεότερες γυναίκες.

- **Φάση της χαλάρωσης.** Διαρκεί 5-10 λεπτά ενώ με συνεχή διέγερση οι νεότερες γυναίκες έχουν νέους οργασμούς. Στη φάση αυτή επανέρχονται τα αγγεία και τα γεννητικά όργανα στην προ του ερεθισμού κατάσταση και είναι ταχύτερη από ό,τι πριν από την εμμηνόπαυση.

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**

Η αύξηση της ηλικίας δε σημαίνει υποχρεωτικά μείωση του οργασμού ή της σεξουαλικής παρόρμησης της γυναίκας. Αντίθετα, η αντίληψη ότι δεν είναι πιθανή μία εγκυμοσύνη αυξάνει τη σεξουαλικότητα. Η συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας εξαρτάται από τα αισθήματα για το σύντροφο, τη libido, τα προβλήματα του συντρόφου, το άγχος (stress) καθώς και από την ξηρότητα και τη δυσπαρευνία (σχήμα 1).

Από την άλλη πλευρά, όμως, η ατροφία των ιστών μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα. Η αγγειακή συμ-



συμβαίνουν στην οικογένεια και στην περίοδο της εμφάνισης της εμμηνόπαυσης όπως επαγγελματικά προβλήματα, απομάκρυνση παιδιών, συνταξιοδότηση, που μπορεί να επηρεάσουν τη σεξουαλική λειτουργία χωρίς να ευθύνεται η ίδια η εμμηνόπαυση.

### ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ

Η υστερεκτομή είναι η πιο κοινή γυναικολογική επέμβαση που λαμβάνει χώρα στις Η.Π.Α. Ο αριθμός των υστερεκτομών που εκτελούνται έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια από 540.000 το 1996 στις 670.000 το 2002. Δίδεται τελευταία ιδιαίτερη προσοχή στη σεξουαλική λειτουργία μετά από την υστερεκτομή.

Η υστερεκτομή μπορεί να έχει θετική αλλά και αρνητική επίδραση στη σεξουαλικότητα. Όταν πραγματοποιείται με κύρια ένδειξη τη μητρορραγία ή πόνο από τα έσω γεννητικά όργανα έχει θετική επίδραση κατά κανόνα. Αντίθετα, σε ένα μικρό αριθμό γυναικών που πιστεύουν ότι με την υστερεκτομή χάνουν τη θηλυκότητά τους, έχει αρνητική επίδραση.

Όπως φαίνεται μετά από υστερεκτομή, η μήτρα δεν επηρεάζει τον οργασμό, εκτός ίσως μόνο από ψυχολογικής άποψης. Η διατασιμότητα του κόλπου μειώνεται σε περιπτώσεις ακτινοβολίας. Οι περισσότερες κοιλιακές υστερεκτομές περιλαμβάνουν και την αφαίρεση του τραχήλου της μήτρας. Με τη συστηματική παρακολούθηση του τεστ Παπανικολάου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αναφορές έχουν υποδείξει ότι η υπερτραχηλική υστερεκτομή, κατά την οποία διατηρείται ανέπαφος ο τράχηλος της μήτρας, υπερέρχει της ολικής υστερεκτομής στη διατήρηση της σεξουαλικής λειτουργίας μετεγχειρητικά.

Σε μια μελέτη από τους Kuppermann M et al, φάνηκε ότι και στις δύο ομάδες η σεξουαλική λειτουργία βελτιώθηκε στους 6 μήνες μετά την επέμβαση και λίγα μόνο προβλήματα ήταν ακόμη εμφανή 2 έτη μετά, ενώ δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων μετά την επέμβαση<sup>6</sup> όσον αφορά στη σεξουαλικότητα.

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση έχει ανεξάρτητη επίδραση στην αναφερόμενη μεταβολή της σεξουαλικής ζωής και στις δυσκολίες στη σεξουαλική επαφή. Ανεπαρκής σεξουαλικός ερεθισμός ή συναισθηματικά προβλήματα οδηγούν στην ελάττωση ύγρανσης του κόλπου κατά την επαφή με συνέπεια τη δυσπαρευνία.

Η δυσπαρευνία, μέσω της ξηρότητας του κόλπου, φαίνεται να ανταποκρίνεται στην οιστρογονική θεραπεία υποκατάστασης, αποκαθιστώντας τα επιθηλιακά κύτταρα, το PH του κόλπου και την κυκλοφορία του αίματος στα γεννητικά όργανα. Η θεραπεία ορμονικής υποκα-

τάστασης μπορεί να είναι αποτελεσματική θεραπεία για την ατροφία του κόλπου, αυξάνοντας την ύγρανση του κόλπου και ελαττώνοντας τη δυσπαρευνία, χωρίς όμως να φαίνεται ότι βελτιώνεται η σεξουαλική επιθυμία.

Η χορήγηση των προγεστερονοειδών οδηγεί σε αντίθετες αλλαγές από ό,τι τα οιστρογόνα και επιφέρει ξηρότητα και δυσπαρευνία<sup>7</sup>.

Όσον αφορά στη θεραπεία με ταυτόχρονη χορήγηση οιστρογόνων με ανδρογόνα, βοηθά στη βελτίωση της libido, στη σεξουαλική λειτουργία και ανακουφίζει από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης<sup>8</sup>.

Η τιμολόνη χρησιμοποιείται για την ανακούφιση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένων της σεξουαλικής διάθεσης και της libido<sup>9</sup>.

Η ραλοξιφένη, η οποία είναι εκλεκτικός τροποποιητής των οιστρογονικών υποδοχέων που χρησιμοποιείται για την πρόληψη της οστεοπόρωσης, δε φαίνεται να έχει ευεργετική επίδραση στα γεννητικά όργανα, αλλά, όμως, συνακόλουθη χορήγηση τοπικών E2 δεν επηρεάζει τη δράση των E2 στη βελτίωση της ατροφίας του κόλπου.

Παράγωγα διυδροεπιανδροστερόνης (DHEA) έχουν προταθεί σαν θεραπεία για τη μειωμένη libido, καθώς και για τη βελτίωση της ψυχικής διάθεσης.

Μη ορμονικά αγγειοδραστικά φαρμακευτικά σκευάσματα όπως η σιλδεναφίλη, η ινοχιμπίνη, η φεντολαμίνη και η αλπροσταδίνη έχουν δοκιμασθεί με αναμφίβολα αποτελέσματα μόνα τους ή σε συνδυασμό με θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης<sup>10</sup> και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σεξουαλική λειτουργία στην εμμηνόπαυση επηρεάζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Από βιολογικής άποψης πρέπει άμεσα να θεραπεύεται η ξηρότητα του κόλπου με την κατάλληλη αγωγή. Πρέπει να ερευνώνται οι ψυχολογικοί παράγοντες για την αναφερόμενη έκπτωση της σεξουαλικής ζωής. Από κοινωνικής πλευράς, επηρεάζεται ανάλογα με την κοινωνική στάση για τη σεξουαλικότητα. Η θεραπεία, συνεπώς, πρέπει να προσαρμόζεται στην αιτία και να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη ο δυνητικός ρόλος των συντρόφων.

### Summary

Sortsis A, Tsalikis T

Sexual function in menopause

Helen Obstet Gynecol 19(3):252-256, 2007

Menopause is a time of anatomic, physiological and psychological changes that often influence the sexuality of aging female. Because there is no test that physicians can make to assess sexual function, taking a sexual

history is probably the most important aspect in the diagnostic and treatment of sexual problems. Treatment may include education about sexuality and medical management of symptoms or problems interfering with sexual activity.

**Key words:** *menopause, sexuality, hormone therapy.*

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Kaiser EF. Sexuality in the elderly. *Urol Clin North Am* 1996; 23:99-109.
2. Τσαλίκης Τ & Μπόντης ΝΙ. Βασικές Γνώσεις Μαιευτικής & Γυναικολογίας 2001; 219-228.
3. Nappi RE. Sexuality and menopause. *The menopause* 2006; 143-153.
4. Alexander JK, Kotz K, Dennerstien L. The effect of postmenopausal hormone therapies on female sexual functioning: a review of double-blind, randomized controlled trials. *Menopause* 2004; 11:749-765.
5. Denestriell L, Lehert P, Burger H, Caramszegi C, Dudley E. Menopause and sexual functioning. *The management of the menopause* 2004; 203-2100.
6. Kuppermann Miriam, Robert L. Summit, Edward Varner. Sexual functioning after total compared with supracervical. Hysterectomy: a randomized trial. *Obst Gynec* 2005 Jun; 105:1309-1318.
7. Basson R. Pharmacotherapy for sexual dysfunction in women. *Expert opinion on Pharmacotherapy* 2004; 5:1045-1059.
8. Nappi RE, Detaddei S, Ferdeghini F. Role of testosterone in feminine sexuality. *Journal of Endocrinological Investigation* 2004; 26:97-101.
9. Palacios S, Menendez C, Jurado AR, Castano R, Vargas JC. Changes in sex after menopause: effects of tibolone. *Maturitas* 1995; 22:155-161.
10. Bacham GA, Leiblum SR. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause* 11:120-130.