

Seksuelle dysfunksjoner

Risa Lonnée-Hoffmann

Unni Kirste

Oddvar Sviggum

## Anbefalinger

- \*Leger som behandler kvinner med risikofaktorer for seksuelle dysfunksjoner må ta opp en grundig medisinsk, seksuell og psykososial anamnese samt utføre en god klinisk undersøkelse<sup>1</sup> (anbefaling)
- \*Kunnskapsbasert (tentativ) diagnose av seksuell dysfunksjon bør baseres på DSM-5 diagnoser (nedenfor). ICD10 koder bør begrenses til administrative formål<sup>1</sup> (anbefaling)
- \*Hvis behandling overstiger egen kompetanse, bør pasienten henvises videre til spesialist i klinisk sexologi, psykolog/psykiater eller fysioterapeut med en tentativ diagnose deler av nedre abdomen

## Søkestrategi

- \*Medline; Sexual Medicine - Sexual dysfunctions in Men and Women, 3<sup>rd</sup> International Consultation on Sexual Medicine 2010; The European Society for Sexual Medicine Syllabus of Sexual Medicine 2012;
- \*UpToDate
- \*Danish guidelines
- \*Cochrane Library

## Definisjon

Seksuell dysfunksjon er et begrep som beskriver seksuelle problemer med overlappende biologiske, psykologiske og mellommenneskelige etiologier. Det foreligger pr. i dag ingen norske validerte metoder for diagnose, og den må derfor baseres på pasientens opplevelse av seksuell funksjon<sup>2</sup>.

I følge definisjon fra den nyeste "Diagnostic and Statistic manual V" (DSM-5) fra Amerikansk Psykiatrisk Forening, er det nødvendig at den reduserte seksuelle funksjonen forårsaker personlige eller interpersonelle plager («distress») og at problemet har vart i minst seks måneder<sup>2,3</sup>. DSM-5 deler kvinnelige seksuelle dysfunksjoner i tre grupper:

- \*Kombinert libido og seksuell respons lidelse (med eller uten redusert – fraværende libido)<sup>4</sup>
  - \*Dysfunksjon av subjektiv respons (redusert seksuell glede)
  - \*Dysfunksjon av genital respons (vaginal tørrhet)
  - \*Dysfunksjon av kombinert subjektiv og genital respons
  - \*Persisterende genital respons (spontan uønsket genital opphisselse uten seksuell lyst = persistant genital arousal disorder, PGAD)

Fraværende eller sparsom spontan seksuell lyst (libido) med intakt emosjonell og genital respons på tilstrekkelig seksuell stimulering ansees ikke som patologisk.

- \*Orgasmelidelse. Til tross for betydelig seksuell opphisselse er det manglende, betydelig forsinket eller redusert orgastisk respons
- \*Smerte i bekken og kjønnsorganer ved samleie ("Genitopelvic pain/penetration disorder").  
Persisterende eller tilbakevendende smerter ved forsøk på eller fullført vaginal penetrasjon.  
Disse kan beskrives som ytre/overfladiske eller dype smerter og inkluderer vaginisme.

Er problemet generelt eller situasjonsavhengig, primært eller sekundært?

Grad av plager? Partnerfaktorer? Medisinske/medikamentelle faktorer som kan bidra?

## Forekomst

Prevalensen av seksuell dysfunksjon varierer hos kvinner fra 11 % til 91 % avhengig av populasjon, definisjon og varighet<sup>5</sup>. Hvis det brukes DSM-5 kriterier med betydelige plager, ligger prevalens for libido- og responslidelse omkring 15 %, orgasmelidelse rundt 10 % og smertelidelse rundt 5<sup>4,6,7</sup>. Prevalensen av smertelidelse er estimert høyest blant kvinner under 30 år<sup>7,8</sup>. Seksuell aktivitet, libido og respons avtar med økende alder, spesielt rundt menopause<sup>2,4</sup>. Kvinner som ikke er seksuelt aktive er mindre plaget, mens blant seksuelt aktive postmenopausal kvinner øker prevalensen av seksuelle dysfunksjoner<sup>9</sup>.

## Etiologi og risikofaktorer

Etiologi er vanligvis multifaktoriell, og derfor anbefales en bio-psyko-sosial tilnærming. Følgende risikofaktorer er rapportert<sup>2,4,8,10-12</sup>.

- \*Nevrologisk (ryggmargsskade, øvre motoneuron skade, MS, perifer nevropati)
- \*Endokrinologisk (graviditet, postpartum, amming, menopause, prematur ovarialsvikt, HPO dysfunksjon, kombinert p-pille, diabetes mellitus, metabolsk syndrom)
- \*Vaskulær (arteriosklerose, traume)
- \*Kreft og behandling for kreft

- \*Anatomisk (genital descens, status etter lokal stråleterapi, status etter genital mutilering)
- \*Funksjonell (urininkontinens under samleie, smerter, bekkenbunnsdysfunksjon)
- \*Farmakologisk (de fleste antidepressiva, spesielt SSRI, beta-blokker, antipsykotika)
- \*Dermatoser (Lichen sclerosus, Lichen ruber, eksem, graft versus host disease)
- \*Kroniske smertetilstander (endometriose, irritabel blære, vulvodyni, postoperative smerter)
- \*Psykologisk (dårlig kroppsbilde pga descens, utlagt tarm etc., stemningslidelse, depresjon, stress, trøtthet), post-traumatisk (tidligere seksuelle overgrep)
- \*Relasjonell (samlivsproblemer, kulturelle begrensninger)
- \*Seksuell dysfunksjon hos partner

## Behandling

### Samtalen

Forslag til spørsmål: Denne plagen har kanskje en betydning for samlivet med din partner? Er det noen problemer med seksuallivet ditt du ønsker å ta opp? Vurder om partner bør være med på samtale.

Klarlegg problemet og pasientens oppfatninger og kunnskaper om helse, anatomi, normalitet og akseptabel praksis. Pasienten definerer selv problemet og mål for behandling.

### Behandling av somatiske tilstander

- \*Behandling av dermatoser, evt. inklusive dilatorer<sup>13</sup> (anbefaling)
- \*Kirurgisk behandling av stress urininkontinens og descens uten nett forbedrer seksual funksjonen (III)<sup>14,15</sup> (forslag)
- \*Vurder medikamentlisten. Hos menn har betablokkeren *nebivolol* (Hypoloc<sup>®</sup>) og antidepressivum *bupropion* (Wellbutrin<sup>®</sup>, Zyban<sup>®</sup>) mindre negativ effekt på seksualfunksjon enn andre alternativer. Skifte til *olanzepine* (antipsykotikum) kan forbedre seksualfunksjon hos kvinner<sup>16</sup>. Medikamentbytte bør skje kun etter diskusjon med behandlende lege (forslag)
- \*Vaginale plager etter lokal stråleterapi kan behandles med lokal estrogen (I), dilatorer eller vaginal samleie (II) (anbefaling). Lokal benzydamine kan skaffes fra Sverige via reseptfritak (I) (forslag). Hyperbar oxygenterapi og kirurgisk rekonstruksjon har usikkert effekt (III)<sup>17</sup>.

### Medikamenter

- \*Ved vaginale plager postpartum grunnet lavt østrogen er lokal østrogen og glidemiddel indisert
- \*Østrogen (lokal eller systemisk) med eller uten progesteron er assosiert med en liten til moderat positiv effekt på seksualfunksjonen hos postmenopausale kvinner med menopausale symptomer eller i tidlig menopause (første fem år), og særlig hvis smerter er problemet. Det er ikke dokumentert at *tibolone* (Livial<sup>®</sup>) eller andre SERMs har tilsvarende effekt<sup>18</sup>. (anbefaling)
- \*Androgener er omdiskutert. Positiv effekt av testosteron for kvinner med tap av ovarialfunksjon før 50 års alder, eller postmenopausale kvinner med libido – og responslidelse er godt dokumentert. Optimal serumkonsentrasjon er ikke etablert og risikoen ved langtidsbruk er ikke kartlagt. Ingen medikamenter er godkjent i Norge for indikasjonen. Kvinners testosteronnivå ligger i nærheten av 10 % av menns og 10 % av mannlig behandlingsdose synes rimelig (I-III)
- \*Non-hormonelle lokale preparater (f.eks. «Replens» eller «Actigel») kan være nyttig hvis østrogen er kontraindisert eller uønsket (forslag)
- \*Botox injeksjoner kan ha effekt hos kvinner med genital smerter og penetrasjonslidelse (I-IV)

### Psykoseksuell behandling

PLISSIT-modellen inkluderer sensualitetsstrening (sensate focus), mindfulness, kognitiv atferdsterapi og systematisk desensibiliseringsstrening og kan være indisert ved alle typer av seksuell dysfunksjon<sup>4,8,19</sup> (anbefaling).

### PLISSIT modellen (III-IV)

Beskriver ulike nivåer man kan forholde seg til og behandle pasientens seksuelle problemer

- \*Permission (P). Pasienten tillates og oppfordres til å snakke om sin seksualitet og eventuelle problemer
- \*Limited Information (LI). Informasjon om fysiologi, anatomi og seksuell respons. Enkle råd som f.eks å sørge for ro, uforstyrret og å ta den tiden som trengs for å kunne respondere på stimuli
- \*Specific Suggestions (SS). Mer rådgivning etter erfaring og kompetanse. Inkluderer hvis mulig partner. Kan f.eks. innebære forslag om enkle hjelpemidler og/eller masturbasjon for behandling av respons- og orgasmelidelse. Enkel versjon av sensualitetsstrening er samleieforbud i en periode ved f.eks. vulvodyni
- \*Intensive Therapy (IT). Krever mer kompetanse – f.eks. spesialist i klinisk seksologi. Det omfatter vanligvis psykoseksuell behandling

Pasienter med seksuelle overgrep (i barndommen) har ofte behov for behandling hos psykolog først.

### Fysikalsk behandling

Fysioterapi er indisert for kvinner med genital smerte og penetrasjons lidelse<sup>8</sup>. Det kan omfatte biofeedback og forskjellige former av fysioterapi med avslappingsøvelser og bekkenbunnstrening (III-IV) (anbefaling).

## Referanser

[Sexual dysfunction in women: Management, Sexologiske problemer i gynækologien \(pdf\)](#)

- 2);314-26. Epub 2010/01/23.
2. Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertil Steril*. 2013;100(4):898-904. Epub 2013/09/10.
  3. AmericanPsychiatricAssociation. DSM 5: Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders. . 5th edition ed. USA: American Psychiatric Press.; 2013.
  4. Giraldi A, Rellini AH, Pfaus J, Laan E. Female sexual arousal disorders. *J Sex Med*. 2013;10(1):58-73.
  5. West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med*. 2008;168(13):1441-9. Epub 2008/07/16.
  6. Oberg K, Sjogren Fugl-Meyer K. On Swedish women's distressing sexual dysfunctions: some concomitant conditions and life satisfaction. *J Sex Med*. 2005;2(2):169-80. Epub 2006/01/21.
  7. Christensen BS, Gronbaek M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Sexual dysfunctions and difficulties in denmark: prevalence and associated sociodemographic factors. *Arch Sex Behav*. 2011;40(1):121-32. Epub 2010/02/20.
  8. Fugl-Meyer KS, Bohm-Starke N, Damsted Petersen C, Fugl-Meyer A, Parish S, Giraldi A. Standard operating procedures for female genital sexual pain. *J Sex Med*. 2013;10(1):83-93.
  9. Lonnee-Hoffmann RA, Dennerstein L, Lehert P, Szoeka C. Sexual function in the late postmenopause: a decade of follow-up in a population-based cohort of Australian women. *J Sex Med*. 2014;11(8):2029-38. Epub 2014/06/04.
  10. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2004;1(1):40-8. Epub 2006/01/21.
  11. Handa VL, Cundiff G, Chang HH, Helzlsouer KJ. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*. 2008;111(5):1045-52. Epub 2008/05/02.
  12. West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res*. 2004;15:40-172. Epub 2006/08/18.
  13. Pinelli S, D'Erme AM, Lotti T. Management of sexual dysfunction due to vulvar lichen sclerosus in postmenopausal women. *Dermatol Ther*. 2013;26(1):79-82.
  14. Jha S, Gray T. A systematic review and meta-analysis of the impact of native tissue repair for pelvic organ prolapse on sexual function. *Int Urogynecol J*. 2014. Epub 2014/10/03.
  15. Jha S, Ammenbal M, Metwally M. Impact of incontinence surgery on sexual function: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. 2012;9(1):34-43. Epub 2011/06/28.
  16. Schmidt HM, Hagen M, Kriston L, Soares-Weiser K, Maayan N, Berner MM. Management of sexual dysfunction due to antipsychotic drug therapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD003546. Epub 2012/11/16.
  17. Denton AS, Maher EJ. Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(1):CD003750. Epub 2003/01/22.
  18. Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, Rosa ESAC, Figueiredo JB, Martins WP. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD009672. Epub 2013/06/06.
  19. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med*. 2004;1(1):66-8.