

Prof. Bernhard Schüssler
Neue Frauenklinik
Kantonsspital Luzern

Altern und sexuelle Dysfunktion bei Frauen

Definition – Epidemiologie – Diagnostik – Therapie

Die Einstellung zur Sexualität in späteren Lebensabschnitten hat sich in den letzten Jahren erheblich gewandelt. Zwei wichtige Studien aus Schweden und den USA können dies eindrücklich mit Zahlen unterlegen: In der schwedischen Studie waren zwischen 1971 und 2002 viermal Erhebungen zur Sexualität in der Altersklasse der 70 jährigen durchgeführt worden immer mit den gleichen Fragen. Es zeigte sich, und zwar unabhängig ob Mann oder Frau, ob verheiratet oder nicht, dass die Rate derjenigen, die Sexualität als positiven Faktor in ihrem Leben angaben, kontinuierlich und statistisch signifikant anstieg. Ebenso die Anzahl derjenigen, die angaben, in den vergangenen 12 Monaten Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Dieser Anteil stieg beispielsweise bei den Frauen von 12 % im 1971 auf 34 % im 2002 an. Die Rate derer, die Sexualität als positiv beurteilt hatten, war von 5 % auf 78 % angestiegen (BMJ 2008; 337:151–154).

In der amerikanischen Studie ging es um sexuelle Aktivität generell und zwar aufgeteilt nach Altersklassen zwischen 57 und 85 Jahren. Der Anteil der Frauen welche noch sexuell aktiv waren fiel dabei von 61.6 % im jüngeren Kollektiv auf immerhin noch 16.7 % bei den bis 85-jährigen (Abb. 1a). Interessant auch die Verteilung auf verschiedene sexuelle Praktiken: Zwar überwog der Anteil derer, die „normalen“ Geschlechtsverkehr hatten, in allen Altersgruppen, aber immerhin praktizierten ein Drittel bzw. 20 % aller sexuell aktiven Frauen im Alter bis 85 oralen Verkehr bzw. Masturbation (N. Engl. J. Med. 2007; 357:762–774). (Abb. 1b)

Sexualität spielt offensichtlich also auch in späteren Lebensabschnitten eine zunehmende Rolle und Störungen in diesem System erhalten damit zunehmend Krankheitswert. Die Frau dürfte in dieser Beziehung besonders unter Druck geraten, einfach deshalb, weil es bei ihr auch im fortgeschrittenen Alter

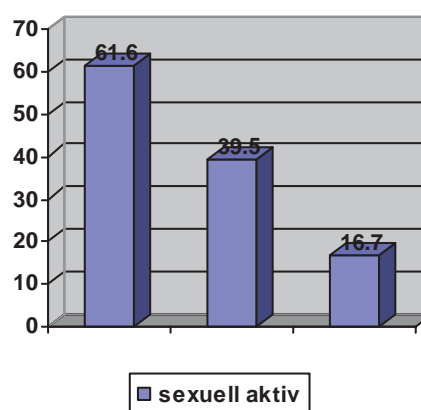


Abb. 1a. Sexuelle Aktivität bei Frauen zwischen 57–85 Jahren in den USA

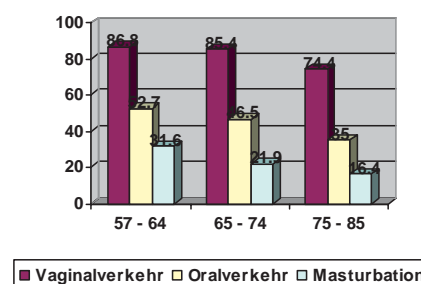


Abb. 1b. Anteil der praktizierten Techniken bezogen auf die sexuell aktiven Frauen

für ein positives sexuelles Erlebnis mehr Faktoren braucht als beim Mann, wo die meisten alters- und krankheitsbezogenen Probleme heute mit den selektiven 5-Phosphodiesterasehemmern zur Erektionsverbesserung (z.B. Viagra®, Cialis®) gelöst werden können.

Dieser Artikel, soll mit dem derzeitigen Stand des praktischen Wissens zum Thema „Female Sexual Dysfunction“ vertraut machen.

Definition und Epidemiologie

„Female Sexual Dysfunction“ (FSD) setzt sich aus vier verschiedenen Komponenten zusammen, die entweder einzeln oder auch gemeinsam für die Diagnose FSD qualifizieren:

Tab. 1. Definition und assoziierter Kommentar bei Female Sexual Dysfunction. AUA Foundation Definition (J. Psychosom. Obstet. Gynecol. 2003; 24:221–229)

	Definition	Kommentar
Störung des sexuellen Verlangens/ Interesse	Fehlende oder verminderte Gefühle bezogen auf sexuelles Interesse. Fehlen sexueller Gedanken/Phantasien. Verlangen nach sexueller Erregung ist selten/fehlt. (Beschwerden müssen im Kontext stehen mit der „normalen“ Verminderung bezogen auf Alterungsprozess und Dauer einer Beziehung).	Geringes sexuelles Verlangen/oder auch entsprechender Gedanken ist nicht unbedingt als Störung anzusehen. Relevant erst dann, wenn auch durch sexuelle Betätigung kein entsprechender Respons vorhanden ist.
Kombinierte Erregbarkeitsstörung	Fehlende oder reduzierte psychische Erregbarkeit bei jeder Form von Stimulation und gleichzeitiges Fehlen von physiologischen Erregbarkeitszeichen im Genitalbereich (Schwellung, Lubrikation).	Keine sexuelle Erregung im Bewusstsein vorhanden und kein Bewusstsein für reaktive Vasokongestion im Genitalbereich.
Subjektive Erregbarkeitsstörung	Physiologische Zeichen im Genitalbereich sind vorhanden, subjektive Wahrnehmung fehlt komplett.	Sexuelle Erregung kommt nicht im Bewusstsein an, obwohl man gleichzeitig eine adäquate Lubrikation verspürt.
Objektive Erregbarkeitsstörung	Subjektive Erregung vorhanden aber ohne physiologische Zeichen der Erregung im Genitalbereich. Minimale Lubrikation/genitale Schwellung bei jeglicher Art sexueller Stimulation. Sexuelle Erregung durch non-genitale sexuelle Stimulierung.	Subjektive Erregbarkeit durch nichtgenitale Stimulation (z.B. Erotika, Partnerstimulation, Küsse) ist vorhanden.
Orgasmusstörung	Sexuelle Erregbarkeit subjektiv und objektiv vorhanden, Orgasmusfähigkeit fehlt oder deutlich verringert, auch bezüglich Intensität. Oder erhebliche zeitliche Verlängerung.	Orgasmusstörung wird häufig mit Erregbarkeitsstörung verwechselt, da diese meistens ebenfalls keinen Orgasmus aufweist.

- Vermindert sexuelles Interesse
- Verminderte sexuelle Erregung
- Dyspareunie
- Ständige Schwierigkeiten oder komplette Absenz für das Erreichen eines Orgasmus

Ein Krankheitswert ergibt sich dann, wenn die betroffene Person unter dem Problem leidet. Die Detaildefinition dieser verschiedenen Störungen lässt eine subtile Einteilung der verschiedenen Krankheitsbilder zu und erlaubt

damit besseren therapeutischen Zugang (Tab.1). Diverse epidemiologische Studien in verschiedenen Ländern weltweit haben die Relevanz dieses Problems bestätigt. Die Prävalenz reicht von 8.9 % bis hin zu 54 % (Obstet. Gynecol. 2008; 112:970–978; BMJ 2003; 327:426–427). Inwieweit Alter ein Risikofaktor per se für FSD ist, bleibt in der Literatur unklar. Eindeutig ist in sämtlichen Studien lediglich der Zusammenhang zwischen Alter und Lubrikationsproblemen der Vagina (Lit. bei: Obstet. Gynecol. 2008; 112:970–978). Mangelnde

Lubrikation ist bei klimakterischen Frauen auch der mit Abstand grösste Risikofaktor für ein FSD (Menopause 2009; epub 09. Mai).

Pathophysiologie

Während sich Schmerzen beim Geschlechtsverkehr meistens auf mechanische, einfach nachzuvollziehende Prinzipien reduzieren lassen, ist das Verständnis für ein Nachlassen der drei anderen Komponenten eines FSD, nämlich sexuelles Verlangen, Erregbarkeit und Orgasmus, für den Gynäkologen eher schwer verständlich. Insofern ist es beruhigend zu wissen, dass auch die Fachexperten die Zusammenhänge von Physiologie und Pathophysiologie nur unzureichend erklären können. Sexuelles Verlangen z. B. ist bei der Frau im Gegensatz zum Mann innerhalb einer stabilen Beziehung eher ein seltener Grund für die Aufnahme sexueller Aktivität. Der Treiber für die individuelle Erregbarkeit liegt bei anderen Faktoren wie z. B. Umstände, Zuneigung etc. Kommt es zu irgend einer Form erotischer Stimulation, dann löst diese innerhalb von Sekunden eine vasokongestive Antwort im Bereich des weiblichen Genitales aus, welche durch multiple Neurotransmitter in Gang gesetzt wird. Relaxation der glatten Muskulatur der Vagina führt zu deren Öffnung und die gleichzeitige Erweiterung der Arteriolen führt zu einer Transsudation interstitieller Flüssigkeit und damit zur Lubrikation.

Auch der Einfluss der Oestrogene ist durchaus komplex. Geringe Oestrogenspiegel, wie sie in der Postmenopause auftreten, sind mit einer Atrophie aller vier Wandschichten der Vagina verbunden. Gleichzeitig besteht eine verminderte vaginale Kongestion, aber nur solange keine sexuelle Stimulation stattfindet. Unter sexueller Stimulation hingegen ist die Zunahme der Kongestion bei niedrigem oder hohem Oestrogenspiegel prozentual gesehen nicht unterschiedlich. Das gleiche gilt für die Veränderung des Volumens der Vaginalwand, der Klitoris und dem relativen Blutvolumen im Genitalbereich. Das

postmenopausale Oestrogenmangel schliesst also eine Lubrikation nicht aus, obwohl bis zu 40 % der postmenopausalen Frauen über Beschwerden in diesem Sinne klagen. Auch die Sachlage bezogen auf den Einfluss von Testosteron und Dopamin ist nebulös. Ein Abfall des Testosteronspiegels, beispielsweise nach bilateraler Adnexektomie oder während dem normalen Alterungsprozess, kann



durchaus assoziiert sein mit einer Verminderung von sexuellem Verlangen und Erregbarkeit. Gleichwohl sucht man in grossen Studien vergebens nach einer positiven Korrelation zwischen der individuellen

Sexualfunktion und dem Serumtestosteronspiegel (N. Engl. J. Med.2006; 354:1597–1506).

Diese unklaren Zusammenhänge machen verständlich, dass sich bei der Frau im Gegensatz zum Mann, bei dem die erektile Dysfunktion mit Abstand der Hauptgrund für ein Sexualproblem ist, eine einfache therapeutische Lösung nicht aufdrängt, ausser wenn es um eine isolierte Scheidentrockenheit geht.

Ärztliche Aufgaben

Ca. 50 % der sexuell aktiven Frauen innerhalb eines normalen gynäkologischen Praxiskollektivs, leiden unter FSD. Noch höher liegt die Rate mit 64 % in einer urogynäkologischen Spezialsprechstunde, leicht erklärbar, weil Prolaps und Urinverlust dem Spass beim Geschlechtsverkehr nicht unbedingt zuträglich sind. Gleichwohl sind lediglich 10 % von den betroffenen Frauen bereit, dieses Problem proaktiv mit ihrem Arzt zu besprechen.

Auf der ärztlichen Seite sieht die Situation nicht viel besser aus. Eine kürzlich unter englischen und amerikanischen Urogynäkologen durchgeführte Umfrage ergab, dass 66 % der Spezialisten nicht genügend Zeit hatten für

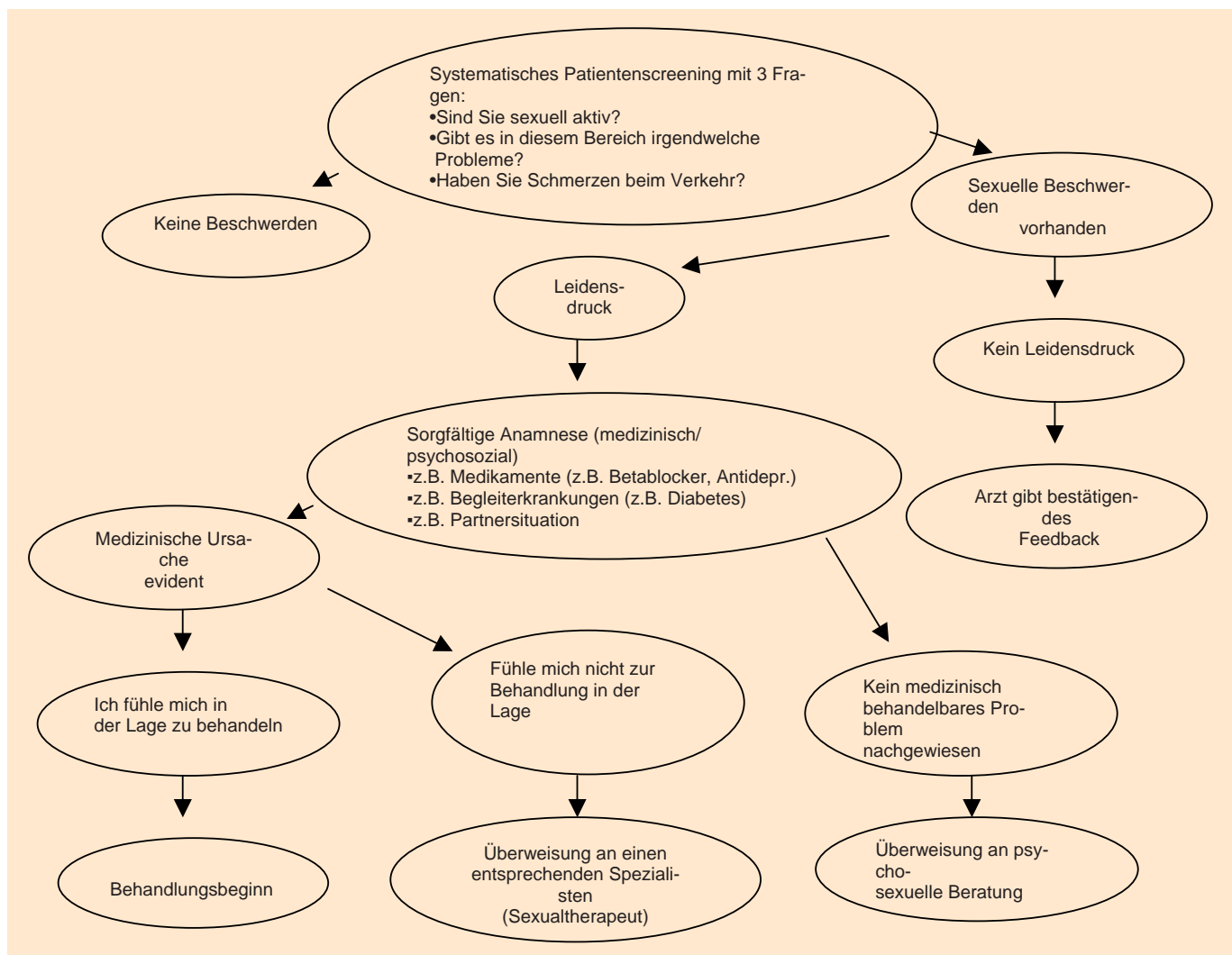


Abb. 2. Algorithmus für Diagnostik und Therapie FSD (Int. Urogynecol. J. 2009; 20:89–101)

ein FSD Screening, 20 % wussten nicht, was oder wie man das abfragt, weitere 25 % waren unsicher über therapeutische Möglichkeiten und 20 % fanden, dass sie als jüngere Ärzte ungern ältere Frauen darauf ansprechen wollten. Interessanterweise fand sich an dieser Umfrage keinerlei Unterschiede im Bezug auf das Geschlecht oder

das Alter des Arztes. Umgekehrt zeigt eine andere Studie, dass 90 % der Frauen keine Probleme haben, wenn sie auf ein FSD bei ihrem Arztbesuch angesprochen werden. Häufig wird übersehen, dass Frauen mit Prolaps und Inkontinenz erheblich mehr unter FSD leiden, als ein Vergleichskollektiv. Wenn sich diese Frauen nicht ganz

von jeglicher Sexualität zurückziehen, dann leiden sie signifikant häufiger an Dyspareunie, verminderter Erregbarkeit und seltenem Orgasmus, als das entsprechende Vergleichskollektiv (Obstet. Gynecol. 2008; 111:1045–1052). FSD Screening ist deshalb in diesem Kollektiv unabdingbar. Unverständlich in diesem Zusammenhang aber auch, dass in einer Umfrage unter amerikanischen Urogynäkologen lediglich 24 % das Ergebnis nach operativer Therapie von Prolaps und Inkontinenz bezogen auf die Sexualprobleme bei der Nachkontrolle abfragen.

Die Schlussfolgerung aus diesen Verhältnissen ist eindeutig: Ein Screening auf FSD sollte bei jeder jährlichen Kontrolle durchgeführt werden. Wie aber macht man das so, dass es effektiv ist und gleichzeitig in kurzer Zeit zu bewältigen ist? Validierte Fragebögen sind zwar für wissenschaftliche Fragestellungen unumgänglich, im klinischen Alltag aber nicht brauchbar. Abhilfe schafft da ein simpler Drei-Fragen-Questionnaire von Plouffe aus dem Jahr 1985, der nachgewiesenermaßen in der Lage ist, sämtliche Fälle mit sexuellen Problemen aufzufinden. Die drei Fragen lauten: Sind Sie sexuell aktiv? Gibt es dabei irgendwelche Probleme? Haben Sie Schmerzen beim Verkehr? Wie man einen solchen Fragebogen sinnvoll in der Praxis einsetzen kann zeigt Abb. 2. (Literatur bei Int. Urogynecol. J. 2009; 20: 89–101).

Therapeutische Strategien (Tab. 2)

Der therapeutische Ansatz der sich aus den verschiedenen Krankheitsbildern (Tab. 1) ergibt, beinhaltet für die komplexen Probleme in erster Linie sexualtherapeutische Interventionen. Für den Gynäkologen sind insbesondere medikamentöse Therapieansätze von praktischem Interesse. Für Testosteron, DHEA, Sildenafil und Livial liegen heute Ergebnisse vor. Keine dieser Substanzen hat allerdings FDA oder andere Zulassungshürden absolviert.

Tab. 2. Medikamentöse Therapieansätze bei FSD

Substanzen	Wirkmöglichkeiten
Oestrogene (Syst./lokal)	Vaginalatrophie Lubrikation
Tibolon (oral)	Vaginalatrophie Lubrikation Sexuelles Verlangen Erregbarkeit Koitusfrequenz Orgasmusfrequenz
Testosteron (transdermal)	Sexuelles Wohlbefinden Orgasmusfrequenz
DHEA (oral)	Keine
DHEA (lokal)	Atrophie Lubrikation
selektive 5-Phosphodiesterasehemmer (z. B. Sildenafil)	Sexuelle Erregbarkeit Orgasmusfrequenz

Transdermales Testosteron

Testosteron, bei der Frau in den Ovarien und Nebennieren produziert, hat offensichtlich einen Einfluss auf sexuelles Verlangen und Erregbarkeit. Das kontinuierliche Abnehmen des Serumspiegels



bzw. sexuelle Störungen, die nach beidseitiger Adnexektomie auftreten, suggeriert aber, dass entsprechende Störungen mit einer Testosteronsubstitution behandelbar sein sollten.

Transdermales Testosteron wurde bisher in drei verschiedenen Settings getestet:

1. Nach chirurgischer Menopause in Kombination mit transdormaler Oestrogensubstitution (N. Engl. J. Med. 2000; 343:682–688, Menopause 2006; 13:387–396)
2. Bei postmenopausalen Frauen ohne Oestrogensubstitution (N. Engl. J. Med. 2008; 359:2005–2017)

3. Bei prämenopausalen Frauen mit erniedrigtem freiem Serumtestosteronspiegel (Ann. Intern. Med. 2008; 148:569–577)

Alle Studienteilnehmerinnen hatten eines gemeinsam: Die sexuelle Zufriedenheit war nicht zufriedenstellend. In der Gruppe der chirurgisch induzierten postmenopausalen Frauen war die Testosteronwirkung am eindeutigsten, es zeigte sich ein positiver Effekt auf alle Domänen des sexuellen Wohlbefindens.

Bei den prämenopausalen Frauen zeigte sich im Vergleich von Placebo und drei Dosen von transdermalem Testosteronspray lediglich in der mittleren Dosis ein marginaler Effekt in einer Zunahme von 0.8 zufriedenstellenden Sexualevents pro Monat. Die niedrigere und höhere Dosis hingegen unterschieden sich nicht vom Placebo, ein Effekt der selbst von den Autoren dieser Studie als fragwürdig angesehen wird.

Eindeutiger sind die Ergebnisse bei postmenopausalen Frauen. Beide angewandten Dosierungen (150 µg und 300 µg) führten zu einer signifikanten Steigerung sexuellen Verlangens, die 300 µg Dosis zusätzlich zu einer Verbesserung des Leidensdrucks und zu einem Anstieg sexuell zufriedenstellender Episoden, im Mittel um 2.1 pro Monat.

An Nebenwirkungen muss bei der höheren Dosierung mit einer vermehrten Behaarung gerechnet werden. Diese Studie, die einzige Langzeitanalyse über 12 Monate, zeigte darüber hinaus in der 300 µg Dosierung vier neudiagnostizierte Brustkrebskrankungen. Im Gegensatz dazu kam es in der Placebogruppe und bei der 150 µg Dosis zu keiner Neuerkrankung. Obwohl die auslösende Pathophysiologie unklar ist, ist dieses Ergebnis konsistent mit einer Re-Analyse der Nurses Health Study, die für Frauen, die eine Kombination von Oestrogen und Testosteron über längere Zeit erhalten hatten, eine 2.5 fache Erhöhung der Inzidenz von Brustkrebskrankungen zeigen konnte (Arch. Intern. Med. 2006; 166:1483–1489). Unklar ist auch, wie sich die unter Testosterongabe nachgewiesene Verminderung der Serum-HDL Konzentration auf längere Zeit auswirkt.

Dehydroepiandrosteron (DHEA)

50 % aller postmenopausalen Frauen im Alter von 50 bis 60 Jahren und 72 % der über 70 jährigen leiden unter Scheidentrockenheit (Gynecol. Obstet. Fertil. 2000; 28:245–249). Experimentell konnte gezeigt werden, dass intravaginal appliziertes DHEA zu einer erheblichen epithelialen Muzifikation in der Scheide führt, zusammen mit einer Restauration des kollagenen Bindegewebes und einer Verdickung der Muskularis. Diese Effekte sind zurückzuführen auf eine androgene und gleichzeitige oestrogene Wirkung an der Scheidenwand (J. Steroid Biochem. Molec. Biol. 2008; 111:178–194). Der gleiche Effekt konnte kürzlich bei postmenopausalen Frauen in einer randomisiert kontrollierten Doppelblindstudie gegenüber Placebo bestätigt werden. Lokales DHEA beeinflusste signifikant sämtliche Parameter der vaginalen Atrophie, einschliesslich einer Verbesserung des pH-Wertes und der Lubrikation. Der Vorteil der lokalen DHEA-Gabe liegt offensichtlich darin, dass DHEA als natürlicher Präkursor in der Vaginalwand nicht nur in Oestrogen, sondern auch in Testosteron umgewandelt wird und gleichzeitig im Gegensatz zu einer vaginalen Oestrogen-Gabe keine Erhöhung der Serumoestrogenspiegel nachzuweisen ist (Menopause 2009. epub ahead of print). Diese Ergebnisse könnten die intravaginale DHEA-Gabe zur Therapie der Wahl bei der vaginalen Atrophie unter antioestrogenen Therapie beim Mammakarzinom machen.

Sildenafil (Viagra®)

Sildenafil hemmt die Wirkung von Phosphodiesterase Typ 5 auf die glatte Muskulatur im weiblichen Klitorisbereich (Biochem. Biophys. Res. Commun. 1998; 249:612–617). Man darf also davon ausgehen, dass die genitalen Schwellkörper im Bereich von Labien, Klitoris und Vagina ähnlich gesteuert werden wie beim Mann. Da die sexuelle Erregbarkeit eng an das Funktionieren des genitalen Schwellkörpersystems gekoppelt ist, liegt es nahe, dass bei Frauen, die unter Störung der sexuellen Erregbarkeit leiden, selektive 5-Phosphodiesterasehemmer klinische Wirksamkeit zeigen könnten.

Diverse kleinere Studien aber auch solche mit grösserer Fallzahl, alle randomisiert und doppelblind kontrolliert, liegen bisher vor (Nat. Rev. Urol. 2009; 6:216–222). In den meisten Studien konnte ein positiver Effekt für Sildenafil in einer Dosierung zwischen 25 mg und maximal 100 mg nachgewiesen werden, und zwar unabhängig vom Menopausenstatus und auch unabhängig von einer vorangegangenen Oestrogenisierung. Grundvoraussetzung war allerdings, dass die sexuelle Beeinträchtigung eindeutig im Bereich der Erregbarkeit gelegen ist. Lubrikationsstörungen wurden durch Sildenafil nicht beeinflusst.



Auch zeigte sich in einer Studie, dass solche Frauen die initial pletysmographisch niedrige Pulsamplituden der vaginalen Schwellkörper zeigten, einen signifikanten Effekt aufwiesen, nicht aber jene,

bei denen die Pulsamplitude à priori bereits hoch war. Während bei neurologischen Grunderkrankungen (z. B. MS) keine relevante Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte, zeigt eine Studie bei Diabetes Typ I einen signifikanten Effekt, sowohl auf die Erregbarkeit, wie auch auf die Orgasmusfrequenz.

Eine weitere interessante Gruppierung sind Frauen, die wegen einer Depression unter Behandlung mit selektiven und nonselektiven Serotonin Re-uptake Inhibitoren stehen. Sexuelle Dysfunktion ist dabei eine sehr häufige Nebenwirkung. Sildenafil in einer Dosierung von 50 mg und 100 mg verbesserte Orgasmusfähigkeit und Gesamtzufriedenheit signifikant.

In allen Studien wurden relevante Nebenwirkung unter der Sildenafil-Behandlung nicht registriert. Die häufigsten Nebenwirkungen waren Kopfschmerzen, Flushing, Übelkeit, Rhinitis und gelegentliche Sehstörungen.

Tibolon (Livial®)

Für Tibolon in einer Tagesdosis von 2.5 mg ist nicht nur ein signifikanter Effekt auf Lubrikation und vaginalen

Blutfluss nachgewiesen, es kommt auch gegenüber kombinierter Oestrogen-/Gestageneinnahme zu einer signifikanten Zunahme von Frequenz, Lust und Zufriedenheit. Auslöser könnten die unter Tibolon erniedrigten SHBG-Spiegel sein, die zu einem Anstieg des freien (wirksamen) Testosterons im Serum führen (Fertil. Steril 2001; 75:554–558).

Postmenopausale Dyspareunie

Der nicht sexualtherapeutisch ausgebildete Gynäkologe wird bei den meisten Fällen von Störungen des sexuellen Verlangens, der Erregbarkeit, der Orgasmusfähigkeit sehr schnell an Wissens- und Erfahrungsgrenzen kommen. Hingegen ist er der Spezialist, wenn es um die postmenopausale Dyspareunie geht. (Literatur bei Pain Res. Manage. 2008; 13:24–254). Der Ansatz „Östrogenentzug = vaginale Atrophie = Dyspareunie“ ist zwar im Prinzip richtig, nach heutiger Kenntnis aber simplifiziert. Zwar gibt es Studien, die eine Zunahme der Dyspareunie von der praemenopausalen zur postmenopausalen Phase belegen und auch eine Zunahme im Vergleich der späten Postmenopause (6–10 Jahre postmenopausal) gegenüber der frühen Postmenopause, gleichzeitig gibt es aber keine einzige Studie, die einen direkten Zusammenhang zwischen der Dyspareunie und einer vaginalen Atrophie oder deren Schweregrad belegen kann.

Meistens wird die fehlende Lubrikation für die Dyspareunie verantwortlich gemacht und als Folge eine verminderte Erregbarkeit. Diese Annahme passt aber nicht ganz zusammen mit Ergebnissen, die belegen, dass die Lubrikationsschwierigkeiten mit zunehmendem Alter zunehmen bzw. gleich bleiben, während die Dyspareunie anscheinend mit zunehmendem Alter abnimmt.

Eindeutiger ist die Situation, wenn man auf die Behandlungsergebnisse mit einem Östrogensatz bei Dyspareunie schaut.

Folgende Ergebnisse sind in randomisierend kontrollierten Doppelblindstudien (allerdings meist ohne Placebo) nachgewiesen:

1. vaginale Östriolgabe ist besser als Placebo
2. vaginale Östradiolgabe ist genauso wirksam wie vaginale oder perorale Östradiolgabe
3. vaginale Applikation konjugierter equiner Östrogencreme ist besser als 0.625 mg konjugierter equiner Östrogenapplikation peroral

Trotz guter Therapieeffekte zeigt sich einerseits ein recht hoher Placeboeffekt in diesen Studien (bis 30 %), andererseits Therapieversager, die bis zu 43 % betragen können. Eine Ursache könnte die kurze Studiendauer sein, da die Regeneration eines atrophischen Scheidengewebes bis zu 24 Monate Behandlungszeit braucht. Eher darf man davon ausgehen, dass der Östrogenentzug nicht der alleinige Treiber in diesem System ist.

Entschliesst man sich für eine nicht hormonelle Behandlung der Dyspareunie, dann ist bisher Replens[®], ein Polycarbophil-basiertes vaginales Gel, die einzige Substanz, die vergleichbare Ergebnisse in einer randomisierten Vergleichsstudie erzielt, wie lokales Östrogen. Aus der eigenen Erfahrung zeigt sich, dass nichthormonale Gleitgels in der Lage sind, eine nicht gänzlich befriedigende lokale Hormonbehandlung zu verbessern. Felis[®], eine Mischung aus Polyquarternium, Propylenglykol und Glycin ist ebenfalls ein sehr gutes Mittel, im Gegensatz zu den häufig in der Apotheke oder Drogerien für diesen Zweck abgegebenen K-Y-Gel, welches bei Geschlechtsverkehr sehr schnell seine Gleitfähigkeit verliert. Etwas günstiger scheint Hydrosanta[®] zu sein, eine vaginale Feuchtigkeitscreme mit dem Wirkstoff aus der Heilpflanze Yerba Santa.