



Interview mit Dr. med. Eliane Sarasin, Gynäkologin

Scheidentrockenheit in der Praxis

Jede zweite Frau in der Peri- und Postmenopause leidet an vaginaler Atrophie. Dr. med. Eliane Sarasin, Gynäkologin am Brust-Zentrum Zürich und Konsiliarärztin für Sexualmedizin an der Klinik für Reproduktionsendokrinologie des Universitätsspitals Zürich, erklärt im folgenden Gespräch, weshalb es so wichtig ist, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen das Thema anlässlich der Jahreskontrolle ansprechen.

Welche Symptome der vaginalen Atrophie beobachten Sie in der Praxis am häufigsten?

Besonders oft klagen Frauen über die Trockenheit per se, Juckreiz und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Manche haben ein unangenehmes Gefühl im Intimbereich oder empfinden den Geruch als störend. Einige Frauen leiden als Folge der Atrophie vermehrt an rezidivierenden Blasenentzündungen und Vaginalinfekten. Im Gegensatz zu anderen typischen klimakterischen Beschwerden wie Wallungen oder Schlafstörungen, welche sich meist nach drei bis vier Jahren zurückbilden, verläuft die vaginale Atrophie ohne Behandlung progredient.

Wie gehen betroffene Frauen mit dem Problem um?

Ich beobachte immer wieder, dass Frauen die oft unspezifischen Beschwerden nicht ernst nehmen und unter den Tisch kehren, als müssten sie die vaginale Atrophie als nichtbehandelbares Übel hinnehmen. In der Literatur finden sich viele Hinweise, dass etliche Frauen das Problem gar nicht mit den hormonellen Veränderungen in den Wechseljahren assoziieren. Häufig berichten Patientinnen erst auf gezieltes Nachfragen darüber oder wenn sie ihre Gynäkologin oder ihren Gynäkologen aufgrund eines Infekts konsultieren.

Was bedeutet die vaginale Atrophie für die Paarbeziehung?

Wenn ein Paar vor der Menopause sexuell aktiv war, der Geschlechtsverkehr nun aber von der Frau als schmerzhaft empfunden wird, wirkt sich das sehr wohl auf die Beziehung aus.

Weshalb ist es wichtig, dass die Frau ihren Partner über die körperlichen Veränderungen informiert?

Wenn die Paarsexualität abnimmt, so besteht die Gefahr, dass viele Partner dies auf ein Fehlverhalten ihrerseits oder den Verlust ihrer Attraktivität zurückführen. Sind jedoch die Schmerzen durch die lokale Atrophie der Grund, dass die Frau sexuelle Aktivitäten meidet, sollte der Partner durch ein offenes Gespräch entlastet werden.

Ist die Scheidentrockenheit der Hauptgrund dafür, dass viele Frauen nach der Menopause weniger Lust haben?

Feststeht, dass Schmerzen beim Geschlechtsverkehr die Lust schmälern. Der Hormonentzug ist nur ein Grund für die nachlassende Lust und die abnehmende Qualität der sexuellen Aktivität. Auch andere Gründe spielen eine Rolle. So ist es natürlich, dass die Lust in langjährigen Beziehungen abnimmt oder auch Konflikte mit dem Partner die Lust mindern. Der allgemeine Gesundheitszustand der Frau und andere klimakterische Symptome wirken sich ebenfalls auf das Sexleben aus. Die Lust auf Sexualität hängt also nicht allein von der Quantität der Hormone ab.

Gibt es präventive Massnahmen, die vor einer vaginalen Atrophie schützen können? Welche Rolle spielt dabei regelmässiger Sex?

Sie kennen sicher den Spruch «use it or lose it!». Durch den Hormonentzug kommt es zu einer verminderten Durchblutung im kleinen Becken und im Genitalbereich. Regelmässiger Geschlechtsverkehr wirkt

wie eine innerliche Massage und fördert die Durchblutung des kleinen Beckens. Frauen, die regelmässig sexuell aktiv sind, haben meist weniger Probleme mit der Elastizität der Vagina. Ich empfehle meinen Patientinnen, Vulva und Vagina regelmässig einzucremen. Das trägt ebenfalls dazu bei, die Durchblutung im Intimbereich zu erhalten. Das Eincremen sollten Frauen am besten in die tägliche Körperpflege integrieren.

In der Praxis wird das Thema Scheidentrockenheit oft erst dann angesprochen, wenn eine Frau an rezidivierenden Zystitiden oder Vaginalinfekten leidet. Warum getrauen sich viele Frauen nicht, offen über das Problem zu sprechen?

Vielen Menschen fällt es einfach, über Sexualität im Allgemeinen zu sprechen – schwieriger wird es jedoch, wenn es um die persönliche Sexualität geht. In unserer Gesellschaft ist Sexualität in der zweiten Lebenshälfte immer noch ein Tabu. Aber nicht nur Frauen im Klimakterium tun sich schwer damit, auch viele Gynäkologinnen und Gynäkologen haben Mühe damit, obwohl es bei der gynäkologischen Kontrolle auf der Hand liegt, darüber zu sprechen. Viele Ärztinnen und Ärzte meiden das Thema, weil sie ihren Patientinnen nicht zu nah treten wollen, was seltsam anmutet, weil ja jede gynäkologische Untersuchung ein Eingriff in die Intimsphäre der Frau ist.

Aus der Literatur wissen wir, dass viele Patientinnen sich wünschen würden, dass ihre Ärztin oder ihr Arzt sie auf sexuelle Probleme anspricht. Von sich aus trauen sich viele Frauen nicht, weil sie denken,

dass sie nach der Menopause keinen Anspruch mehr auf sexuelle Lebensqualität haben. Das Schweigen der Fachperson interpretieren sie als «ich bin zu alt für Sex» oder «vaginale Atrophie ist kein echtes Problem».

❗ Sollte die Gynäkologin oder der Gynäkologe das Thema aktiv bei der Jahreskontrolle ansprechen?

Ja, das gehört für mich dazu wie Fragen «Hatten Sie eine Blutung?» oder «Haben Sie Schmerzen beim Wasser Lösen?». Am einfachsten gelingt das Gespräch zum Beispiel durch Fragen, wie «Sind Sie mit ihrer Sexualität zufrieden?» oder «Gibt es bezüglich Ihrer Sexualität Veränderungen?» Bei solchen Fragen kann die Patientin entscheiden, ob sie darüber sprechen will und kommt nicht in eine unangenehme Situation, wenn sie kein Gespräch über das Thema wünscht.

❗ Welche Massnahmen helfen bei Scheidetrockenheit in einem ersten Schritt?

Generell braucht der weibliche Intimbereich mehr Beachtung, weil er durch Slip-einlagen, Duftstoffe, WC-Papier, Feuchttücher, Kleidung und Rasur strapaziert wird. In einem ersten Schritt können hormonfreie, pflegende Präparate oder ein einfaches Öl bei Trockenheit helfen. Zusätzlich fördert die Massage die Durchblutung. Bei trockener Haut im Gesicht oder an den Händen cremen wir uns ja auch ein.

❗ Wann empfehlen Sie lokal anwendbare Östrogenpräparate?

Lokal anwendbare Östrogenpräparate behandeln die vaginale Atrophie ursächlich, sprich den Östrogenmangel in der Vagina. Wenn feuchtigkeitsspendende Präparate zu wenig Linderung verschaffen, empfehle ich lokal anwendbare Östrogenpräparate. Zeigt der klinische Befund einen ausgeprägten Hormonmangel, und äussert die Patientin die dazu passenden starken Beschwerden, so rate ich nach Ausschluss von potentiellen Kontraindikationen direkt zu lokal anwendbaren Hormonpräparaten. Diese sind in der Schweiz als Vaginalzäpfchen, -tabletten, -salben und -gels im Angebot. Die Produkte enthalten Estradiol oder Estriol



Zur Jahreskontrolle gehört auch, dass die Ärztin oder der Arzt die Patientin auf Veränderungen in der Sexualität anspricht.

und erzeugen eine vergleichbare Wirkung. Welches Produkt eine Patientin anwendet, hängt davon ab, welche Anwendungsform sie bevorzugt.

❗ Welche Vor- und Nachteile haben die verschiedenen Anwendungsformen?

Einige Patientinnen bevorzugen Präparate mit Applikator, während andere keine Mühe haben, ein Zäpfchen von Hand in die Vagina einzuführen. Als positiv empfinden Patientinnen, dass Vaginaltabletten und -gels im Vergleich zu Vaginalzäpfchen weniger Ausfluss verursachen.

❗ Wann raten Sie zu einem lokal anwendbaren Östrogenpräparat, wann zu einer Hormonersatztherapie?

Für mich sind die Symptome entscheidend. Wenn hauptsächlich die Probleme der vaginalen Atrophie im Vordergrund stehen, empfehle ich lokal anwendbare Östrogenpräparate. Leidet die Patientin gleichzeitig an weiteren Beschwerden des klimakterischen Syndroms, so kann eine systemische Hormonersatztherapie indiziert sein. Allerdings weiss man, dass bis zu 25 Prozent der Frauen trotz systemischer Behandlung an einer vaginalen Atrophie leiden können. Da lokal anwendbare Östrogenpräparate vom Körper kaum resorbiert werden, rate ich in solchen

Fällen zu einer Kombination von lokaler und systemischer Östrogentherapie.

❗ Wie gut verträglich sind lokal anwendbare Östrogenpräparate?

Bei starken Beschwerden und sehr empfindlichen Schleimhäuten kann die Behandlung am Anfang leicht brennen. Darüber müssen Frauen Bescheid wissen und etwas Geduld haben. Diese lohnt sich, denn die Behandlung trägt dazu bei, dass die Schleimhaut im Intimbereich wieder besser aufgebaut, weniger verletzlich und empfindlich wird, das urogenitale Mikrobiom wieder in sein physiologisches Gleichgewicht zurückfindet und dadurch die Infektanfälligkeit sinkt. Diese Verbesserungen wirken sich letztlich deutlich auf die Lebensqualität der Frau aus.

IMPRESSUM

Interview: Susanna Steimer Miller

Redaktion: Thomas Becker

Inhaltlich verantwortet und finanziert von **Novo Nordisk Pharma AG**, 8050 Zürich

© Aertzerverlag **medinfo AG**, Erlenbach

CL-Nr. CH19VG00006