



## Sexualität leben mit Endometriose

### Was wissen wir?

Obwohl der Schmerz beim Geschlechtsverkehr, eines der wichtigsten Leitsymptome der Endometriose und ein wichtiger klinischer Hinweis für die Diagnosestellung ist, wird in der Begleitung, Beratung und Behandlung von Patientinnen mit Endometriose die Sexualität allzu häufig übergangen. Wahrscheinlich sind es insbesondere Berührungsängste sowohl der Ärzt\*innen wie Patientinnen, die dazu führen, dass sexuelle Funktionsstörungen schon im Erstgespräch nicht besprochen oder oft allein die Schmerzen beim Geschlechtsverkehr erfragt werden.

Dabei ist der sich aus den Symptomen ergebende Leidensdruck der Patientin entscheidend für die Therapie. Doch eine gute Therapieentscheidung kann nur erfolgen, wenn alle Beschwerden bekannt sind – auch Störungen des sexuellen Erlebens. Das sexuelle Erleben wird wiederum durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst – sozialen, psychologischen, hormonellen, biologischen und körperlichen Faktoren. Endometriose kann also immer nur ein Faktor im sexuellen Erlebens sein – wenn auch ein mitunter sehr prägender. Sexuelle Funktionsstörungen können wiederum nicht nur das sexuelle Erleben beeinträchtigen, sondern auch das allgemeine Erleben sowie das Selbstwertgefühl.

Systematische Befragungen belegen klar, dass sexuelle Funktionsstörungen bei Endometriosepatientinnen nicht nur häufig sind, sondern alle Formen sexueller Funktionsstörungen betreffen: der Verlust an Lust, Erregungs- und Orgasmusstörungen sowie Schmerzerleben beim Geschlechtsverkehr und Vaginismus. Der Schmerz beim Geschlechtsverkehr kann ohne Frage andere sexueller Funktionsstörungen nach sich ziehen, ist aber nicht immer als einziger Verursacher derselben anzusehen(1).

In Studienbefragungen geben 11-57% der Endometriose-Patientinnen an, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr zu haben, etwa 7mal häufiger als bei gesunden Frauen. Die Hälfte der betroffenen Frauen erlebt infolge der Schmerzen eine deutliche Einschränkung ihrer Sexualität. Schmerzen finden sich häufiger, wenn Endometrioseherde im Bereich des Douglas (hinter der Gebärmutter) am Darm oder der Scheide, seltener bei Endometrioseherden im Blasenbereich oder an den Eierstöcken (Ovarien). Daneben scheint bei der Dyspareunie auch eine Hyperalgesie, also ein gesteigertes Schmerzempfinden, eine wichtige Rolle bei Endometriosepatientinnen zu spielen (2).

In einer deutschen Studie gaben bis zu 78% der Frauen an unter Schmerzen, Orgasmus oder Lubrikationsstörungen zu leiden. Das Risiko für sexuelle Funktionsstörungen korrelierte dabei mit dem Stadium der Erkrankung. Betroffene Frauen gaben an, seltener Geschlechtsverkehr und häufiger Angst vor einer Trennung zu haben und (3).

Völlig unverständlich ist daher, dass sexuelle Funktionsstörungen auf dem letzten Endometriose-Weltkongress weiterhin nicht in Liste der „wichtigen“ Forschungsthemen aufgenommen wurden.

Das partnerschaftliche Zusammenleben ist infolge der Endometriose direkt wie indirekt betroffen: über 60% der Endometriose-Betroffenen geben an, dass Partnerschaftsprobleme infolge der Endometriose aufgetreten sind. Frauen nennen hier die eingeschränkte Sexualität, das eingeschränkte Sozialleben, die ungewollte Kinderlosigkeit aber auch die Dauerbelastung durch die chronische Erkrankung als Ursache partnerschaftlicher Konflikte. Fast 20% nennen Endometriose als einen wesentlichen Trennungsgrund. Über 60% der betroffenen Frauen geben (2).

### Was können wir tun?

Die beiden Säulen der Endometriosetherapie – chirurgische und medikamentöse Therapien - sind auch die wesentlichen schulmedizinischen Therapieansätze Endometriose-assoziiierter Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.

Die chirurgische Entfernung von Endometrioseherden am Darm und Scheide führt zu einer spürbaren Schmerzreduktion bei der Penetration. Nicht so eindeutig ist dies nach der Entfernung

peritonealer Herde. Die Schmerzreduktion führt wiederum zu einer Verbesserung der Sexualität, allerdings meist nur für eine begrenzte Zeit. Interessanterweise bewerten viele Frauen ihre Sexualität als weiterhin eingeschränkt, auch wenn eine deutliche Schmerzreduktion erreicht werden konnte.

Die hormonelle Therapie vermag ebenfalls die Dyspareunie zu reduzieren, aber das mittlere Schmerzniveau bleibt weiterhin meist unakzeptabel hoch (VAS 5-6). Des Weiteren können Nebenwirkungen der hormonellen Therapien wieder selbst zu sexuellen Funktionseinschränkungen führen, wie Wechseljahrbeschwerden oder Scheidentrockenheit insbesondere unter der GnRH- aber auch unter einer Gestagentherapie (2).

Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch kann dieser selbst schon die Sexualität massiv beeinträchtigen. Es vollzieht sich dann ein oft unbemerkter Wechsel einer beziehungsorientierten kommunikativen Bedeutung der Sexualität zu einer reproduktiven Bedeutung. Nicht das „Wie war es für dich?“ ist entscheidend, sondern das „Hat es geklappt?“. Ist eine Kinderwunschbehandlung notwendig, stört diese unweigerlich die Intimität des Paares, der Geschlechtsverkehr muss dann an einigen Tagen vermieden an anderen Tagen aber erfolgen. Das Paar bewegt sich dann oft zwischen Sex-Verbot und Sex-Befehl. Geht ein Paar mit schon zuvor bestehenden sexuellen Funktionsstörungen in diese Behandlung, ist eine weitere Verschlechterung des sexuellen Erlebens fast vorprogrammiert (4).

### **Was sollte getan werden?**

Eine erfüllte Sexualität setzt keineswegs eine Beschwerdefreiheit voraus. Auch mit sexuellen Funktionsstörungen kann ein erfülltes sexuelles Erleben bestehen. Eine sexualmedizinische Paartherapie kann hier eine hilfreiche Hilfestellung bieten, diese Erfüllung – wieder - zu erfahren (5). Die Dyspareunie ist oft ein „Endzustand“ eines langen Prozesses, in dem wichtige Grundbedürfnisse, die Erfahrung von Nähe, Wärme, Sicherheit, Geborgenheit und Akzeptanz verloren gegangen sind, was auf Dauer zu einer Verunsicherung im partnerschaftlichen Zusammenspiel führen muss.

Eine mögliche Lösung bietet hier die Verbesserung der partnerschaftlichen Kommunikation durch eine verbesserte sexuelle Kommunikation. Sexualität ist für uns Menschen die intimste und intensivste Kommunikationsform, die wir haben. Sie vermittelt uns die o.g. wichtigen Grundbedürfnisse von Nähe, Wärme, Sicherheit, Geborgenheit und Akzeptanz. Dies setzt eine Penetration keineswegs voraus, im Gegenteil, Sexualität wird allzu häufig „reduziert“ auf das penetrative Erleben. Wird der Fokus auf die Kommunikation in der Sexualität gelegt, dann kann die Intimität als erfüllt erfahren werden, auch oder gerade wenn auf schmerzhaft Interaktionen, wie die Penetration, verzichtet wird (5).

Julia Bartley, Gynäkologin und Sexualmedizinerin, leitete viele Jahre das Endometriosezentrum der Charité in Berlin und leitet jetzt die Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin an der Uniklinik in Magdeburg.

### **Literatur:**

1. Giussy B. et al., „When love hurts. A systematic review on the effects of surgical and pharmacological treatments for endometriosis on female sexual functioning, Acta Obstet Gynecol Scand (2016), DOI: 10.1111/aogs.13031
2. Plichino N. et al. „Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment“, Human Reproduction Update (2016), Vol.22, No.6 pp. 762-74
3. Fritzer N. et al., „More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis“, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, (2013), 169(2): 392-6
4. Ahlers CH., Himmel auf Erden und Hölle im Kopf. Was Sexualität für uns bedeutet“, Goldmann Verlag.
5. Beier KM., Loewit K., „Lust in Beziehung, Einführung in die syndiastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Therapeikonzept der Sexualmedizin“, Springer Verlag