

Infodag

***Kanker:
Dag seksleven?
Dag kindervens?***

vrijdag 16 oktober 2009

*Auditorium « Dexia » - Passage 44
Brussel*

Deze infodag wordt door de Stichting tegen Kanker georganiseerd



in samenwerking met



met de medewerking van



en met de steun van



INHOUDSTAFEL

- ***De relatie tussen kanker en seksualiteit: een overzicht*** p. 3
Prof. Dr. Paul **Enzlin**, KU Leuven - Hoofddocent seksuologie - Instituut voor
Familiale en Seksuologische Wetenschappen

- ***Kanker en seksualiteit*** p. 12
Dr. Pia **Cox**, Stichting tegen Kanker - Medisch Consulent

- ***De gevolgen van chirurgie bij man en vrouw*** p. 15
Prof. Dr. Jan **Lamote**, UZ Brussel VUB - Oncologische Heelkunde

- ***De gevolgen van medische behandelingen op de seksualiteit en de fertiliteit*** p. 21
Dr. Luc **Dirix**, St-Augustinus Ziekenhuis - Oncologisch Centrum

- ***Invloed van bestraling op seksueel leven van de mannelijke patient*** p. 24
Dr. Sara **Junius**, UZ Gasthuisberg - Dienst Radiotherapie-Oncologie

- ***De invloed van een kankerhandeling op het seksuele welzijn van de man*** p. 26
Dr. Benny **Verheyden**, UZ Antwerpen - Dienst Urologie

- ***Gynaecologische kanker: gevolgen van de behandeling en seksuele revalidatie*** p. 29
Prof. Erik **Van Limbergen**, KU Leuven, Dienst Radiotherapie-Oncologie, Afd.
Experimentele Radiotherapie

Mevr. Hilde **Toelen**, KU Leuven - Dienst psychiatrie

- ***Wederom kijk in de spiegel ...” - Over het zelfbeeld van kankerpatiënten*** p. 37
Mevr. Inge **Paesschierssens**, Katholieke Hogeschool Kempen
Dep. Gezondheidszorg Lier

- ***Wat met de vruchtbaarheid na kankertherapie?*** p. 43
Prof. Dr. Frédéric **Amant**, UZ Gasthuisberg - Gynaecologische Oncologie, Dienst
Verloskunde-Gynaecologie

De relatie tussen kanker en seksualiteit: een overzicht

Prof. Dr. Paul **Enzlin**

KU Leuven
Hoofddocent seksuologie
Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen

Inleiding

De laatste jaren heeft het thema 'kwaliteit van leven' meer en meer aan belang gewonnen in de zorg voor mensen geconfronteerd met kanker. 'Kwaliteit van leven' is 'de mate waarin iemand tevreden is over én met zijn levensomstandigheden', wat klinisch wordt vertaald als "zich lichamelijk gezond voelen én psychologisch evenwichtig functioneren". Het feit dat in seksualiteitsbeleving lichamelijk en psychologisch functioneren tot integratie komen, betekent dat er wordt vanuit gegaan dat seksualiteit een bijdrage kan leveren tot de 'kwaliteit van leven'. Omgekeerd impliceert dit dat seksuele disfuncties en seksuele problemen een sterke negatieve invloed kunnen hebben op de 'kwaliteit van leven' van patiënten. Dit is de reden waarom seksuele problemen een belangrijk aandachtspunt (moeten) zijn in de hulpverlening en waarom deze alle aandacht verdienen in de spreekkamer van zowel huisartsen als specialisten. In de medische praktijk echter blijft seksualiteit nog te vaak een onbesproken en verwaarloosd aspect van de menselijke gezondheid.

Deze verwaarlozing van seksualiteit in de medische praktijk staat haaks op de huidige trend tot 'medicalisering' van de seksuele hulpverlening. Deze trend tot medicalisering is een historische constante en dus niet nieuw, maar werd recentelijk opnieuw versterkt.

Een eerste impuls tot meer aandacht voor seksualiteit bij artsen werd gegeven door het op de markt komen van orale medicatie voor erectiestoornissen. Daardoor werden artsen – maar vooral urologen – naar voor geschoven als de spilfiguur in de (medicamenteuze) behandeling van erectiestoornissen. Begeesterd door het succesverhaal van de PDE-5-inhibitoren wordt er verder gezocht naar nieuwe medicamenteuze behandelingen voor andere seksuele disfuncties van mannen en vrouwen. Een onbeantwoorde vraag in dit geheel is de mate waarin artsen zelf tevreden zijn met deze nieuwe terreinuitbreiding. Onderzoek toont immers aan dat nogal wat artsen kampen met een 'seksuele anamnese dysforie'. Eenvoudiger gesteld verwijst dit naar het 'onbehaaglijk gevoel' dat ze ervaren wanneer ze het thema seksualiteit met hun patiënten (moeten) bespreken. Het gevolg van deze 'seksuele anamnese dysforie' is dat het thema niet wordt besproken en/of wordt vermeden in het contact met hun patiënten.

Een tweede manier waarop artsen meer gevoelig worden gemaakt voor seksualiteit, is de groeiende aandacht voor seksuele nevenwerkingen van voorgeschreven medicatie. Meer specifiek in het domein van de psychofarmaca zijn seksuele nevenwerkingen een belangrijk aandachtspunt geworden, omdat onderzoek heeft aangetoond dat deze nevenwerkingen de

therapietrouw ernstig kunnen beïnvloeden. Hoewel niemand het belang van terapietrouw in vraag zal stellen, blijven de seksuele nevenwerkingen van psychofarmaca vaak onbesproken in de klinische praktijk.

Een derde domein waarin de tendens tot medicalisering herkenbaar is, is de verschuiving in het seksuologisch onderzoek naar de genetische, biologische, neurofysiologische en hormonale basis van seksualiteit. Deze biologische focus vertaalt zich ook zichtbaar in brain-imagingstudies naar de hersenactiviteit tijdens seksueel functioneren en de groeiende aandacht voor 'evolutionaire seksuologie'. Tot zover een kort overzicht van hoe de tendens tot medicalisering zich recentelijk heeft ontwikkeld.

Een mogelijk gevolg van deze tendens tot medicalisering van de seksuele hulpverlening is dat artsen in de praktijk vaker geconfronteerd zullen worden met vragen over seksuele disfuncties, seksuele problemen en seksuele zorgen. Eén van de argumenten die artsen aangeven voor het negeren van het thema seksualiteit in hun praktijk is een gebrek aan opleiding rond dit thema. Een ander argument is dat ze daar geen tijd voor hebben. Maar ook dan merken we dat er weinig gezondheidswerkers zijn die toch de moed hebben om het thema ter sprake te brengen. Een andere veel gehoorde reden om het niet te doen is: het feit dat patiënten er niet naar vragen. Onderzoek bij patiënten toont dan weer aan dat er zij vragen over seksualiteit niet aan hun artsen (durven) voorleggen "omdat de artsen daar zelf geen vragen over stellen" of "zij niet het gevoel hebben dat daar tijd en ruimte voor is". Patiënten en hun partners stellen wel vaker dat het een opluchting zou zijn dat seksualiteit bespreekbaar zou zijn bij hun artsen. Dus artsen noch patiënten initiëren geen van beide een gesprek rond seksualiteit omdat ze vinden dat de 'andere partij' dat maar moet doen, waardoor dit aspect van 'kwaliteit van leven' geen tot weinig aandacht krijgt in de hulpverlening van mensen met kanker.

Deze bijdrage wil daarom een algemeen overzicht bieden hoe over de relatie tussen kanker en seksualiteit kan worden gedacht. Daartoe wordt eerst een schematische voorstelling gegeven van de wijze waarop men het verband tussen ziekte en seksueel functioneren kan begrijpen, waarbij specifiek onderdelen van het schema verder worden geconcretiseerd met voorbeelden rond kanker.

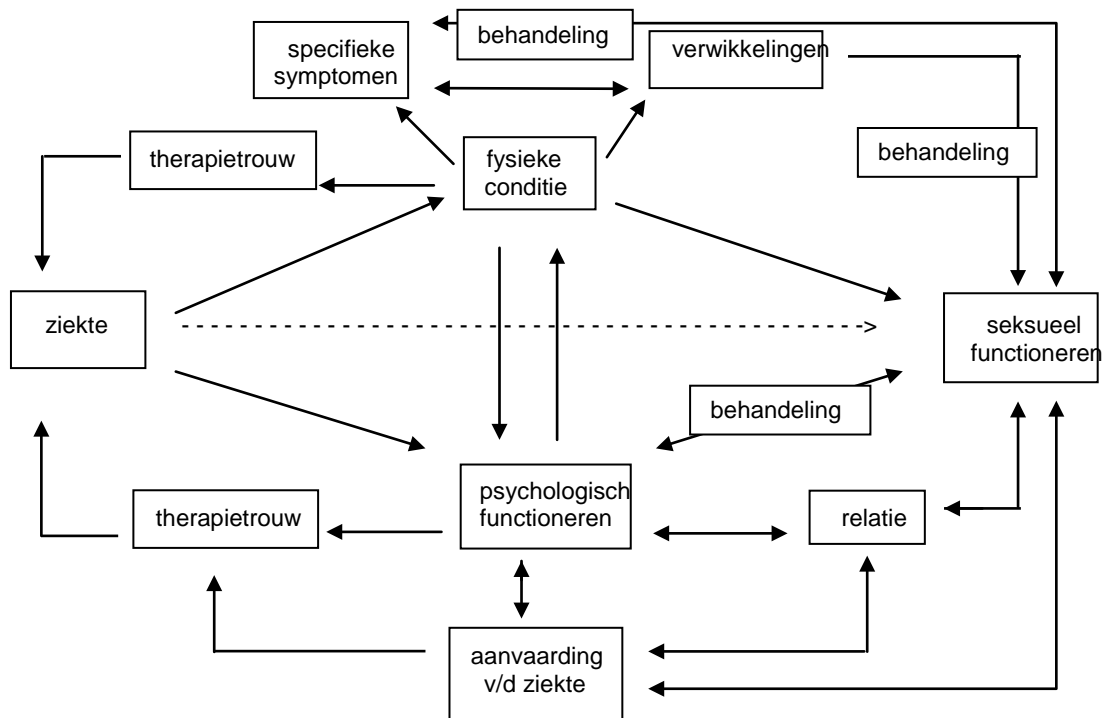
De invloed van ziekte op seksualiteit: een hypothetische voorstelling

Hoewel het bijna onmogelijk is om veralgemenend over ziekte te spreken, wordt eerst toch een algemeen schema voorgesteld over de wijze waarop een ziekte het seksueel functioneren kan beïnvloeden. Het uitgangspunt bij de ontwikkeling van dit schema is dubbel. Eén, de menselijke seksualiteit is een complex fenomeen waarin biologische, psychologische, relationele en socio-culturele factoren een rol spelen. Twee, een ziekte verwijst niet alleen naar biologische symptomen maar kan tevens een hoge psychologische, relationele en/of psychosociale druk met zich meebrengen. Op basis van deze veronderstellingen ontwikkelden we een hypothetisch werkmodel met als vertrekpunt het feit dat een ziekte tot seksuele problemen *kán* leiden op grond van zowel somatische als psychologische factoren. In figuur 1, wordt dit hypothetische werkmodel over het verband tussen ziekte en seksualiteit voorgesteld.

Het is belangrijk op te merken dat het verband tussen ziekte en seksualiteit geen direct verband is: niet iedere patiënt met een bepaalde ziekte heeft altijd seksuele problemen. Een ziekte *kán* echter een impact hebben op zowel de fysieke conditie als op het psychologisch functioneren, de twee basisvoorwaarden voor normaal seksueel functioneren. Het is door deze directe invloed op de fysieke conditie en/of het psychologisch functioneren dat een ziekte een indirecte invloed kan hebben op het seksueel functioneren.

Dat een ziekte de fysieke conditie aantast, ligt nogal voor de hand. Het is op basis van een aantal specifieke symptomen (m.n. een goed- of kwaadaardig gezwel) dat men een ziekte (m.n. kanker) kan diagnosticeren. Deze specifieke symptomen kunnen een directe en/of indirecte invloed hebben op het seksueel functioneren (zie verder). In functie van het controleren van de specifieke symptomen en/of voorkomen van (levensbedreigende) verwickelingen moeten patiënten de behandelingsvoorschriften (m.n. chirurgie, chemotherapie, radiotherapie, nabehandeling) goed opvolgen (therapietrouw). Patiënten die hier niet in slagen of dit niet wensen, lopen het risico dat de ziekte verergert en dat er daarmee een grotere invloed komt op het algemeen en seksueel functioneren.

In het schema wordt er duidelijk van uitgegaan dat onze fysieke conditie een invloed heeft op het psychologische functioneren en omgekeerd; bovendien wordt een duidelijk verband verondersteld tussen psychologisch functioneren en seksueel functioneren.



Figuur 1: Hypothetisch model over de invloed van ziekte op seksueel functioneren

Een ziekte heeft ook altijd een invloed op het psychologisch functioneren - het zich goed in zijn vel voelen - van mensen, dat op zijn beurt verbonden is met een aantal andere factoren. Het psychologisch functioneren is verbonden met het kunnen aanvaarden van de ziekte, waarvan meermaals werd aangetoond dat het verbonden is met het seksueel functioneren. Het aanvaarden van een ziekte kan ook een impact hebben op de therapietrouw en daardoor ook op het ziekteproces zelf.

Het psychologisch functioneren heeft ook een invloed op de relatie en omgekeerd. Immers, in een koppel moet niet alleen de patiënt, maar ook de partner de ziekte en de daarmee verbonden veranderingen leren aanvaarden. De (emotionele) reactie van de partner op de diagnose, de (na)behandeling en het verloop van een ziekte kan zowel het psychologisch als relationeel functioneren van het koppel beïnvloeden. De reactie van de partner kan ondersteunend maar ook ondermijnend zijn voor de therapietrouw van patiënten. De kwaliteit van de relatie is dus een belangrijke factor die het seksueel functioneren zowel direct als indirect kan beïnvloeden.

Dit hypothetische model toont duidelijk dat problemen met het seksueel functioneren van mensen met een ziekte verschillende oorzaken kunnen hebben en dat een etiologisch correcte diagnose een biopsychosociale benadering veronderstelt.

De relatie tussen ziekte en seksualiteit concreter bekeken

Ziekte

In het schema werd er werd van uitgegaan dat elke ziekte een invloed kan hebben op het seksueel functioneren. Het is echter onmogelijk om de concrete relatie tussen ziekte en seksueel functioneren in algemene bewoordingen te beschrijven. Immers, de aard van de ziekte zal bepalen óf, op welke wijze en in welke mate er een invloed is van de ziekte op het seksueel functioneren. Hieronder worden kort een aantal belangrijke verschillen tussen verschillende aandoening opgesomd.

Tijdelijke versus chronische aandoeningen

Tijdelijke ziekten zoals bijv. een verkoudheid, darmklachten en griep kunnen aanleiding geven tot een tijdelijke verminderde zin in seksuele activiteiten, ook nog tijdens de nasleep van de ziekte. Er zullen echter weinig mensen zijn die zo een tijdelijke vermindering van zin ervaren als een seksueel probleem.

Chronische ziekten (bijv. kanker, diabetes, ruggenmergletsel, reumatoïde artritis, nierlijden, multiple sclerose) kunnen eveneens lijden tot een tijdelijke of permanente negatieve invloed op het seksueel functioneren. Om de invloed van een specifieke chronische ziekte te kunnen begrijpen moet rekening gehouden worden met de aard en het verloop van de ziekte.

Met de aard van de ziekte wordt verwezen naar het feit dat (de gevolgen van) een aandoening:

a) een directe invloed heeft op het seksueel functioneren. Hierbij denken we aan aandoeningen die gekenmerkt worden door aantasting van de genitaliën (bijv. penis- of vulvacarcinoom), aantasting van de seksuele fysiologie door neurologische (bijv. hersentumor, ruggenmergletsel, ziekte van Parkinson, multiple sclerose, neuropathie t.g.v. diabetes) en/of vasculaire aandoeningen (bijv. hoge bloeddruk, diabetisch vaatlijden) en/of hormonale stoornissen (bijv. ovariumcarcinoom, teelbalkanker, ...)

b) een indirecte invloed op het seksueel functioneren. Voorbeelden hier zijn lichamelijke verwickelingen of klachten t.g.v. neurologische, vasculaire, hormonale aandoeningen die storend zijn voor het seksueel functioneren en/of seksualiteitsbeleving of secundaire verschijnselen als o.a. pijn, vermoeidheid, krachtverlies, stijfheid, mobiliteitsbeperking, incontinentie, gevoelsstoornissen, verlamming

c) een iatrogene invloed op het seksueel functioneren. Met iatrogeen wordt verwezen naar het feit dat noodzakelijke medische ingrepen onbedoeld een negatieve invloed hebben op het seksueel functioneren (bijv. chirurgische ingrepen voor gynaecologische oncologie, prolaps, prostatectomie, ...) en/of dat de nevenwerkingen van voorgeschreven medicatie (bijv. antioestrogenen, oestrogenenremmers, antidepressiva, antihypertensiva, bèta-blokkers) een negatief effect hebben op het seksueel functioneren en/of de seksualiteitsbeleving. Het is belangrijk hierbij op te merken dat men ook rekening dient te houden met een medicamenteus geïnduceerde verhoging van zin om te vrijen.

Het feit dat men in het beoordelen van de invloed van een ziekte op seksueel functioneren ook rekening moet houden met het verloop van de ziekte, heeft maken met enerzijds het stabiele dan wel progressieve karakter van de (fysiologische gevolgen) van een ziekte. Het stabiele dan wel progressieve karakter van een ziekte zal de psychologische aanpassing aan de beperkingen die door de ziekte op het seksueel functioneren worden opgelegd, sterk beïnvloeden. Indien het gaat om een stabiele aandoening, is slechts een eenmalige aanpassing vereist; in het geval van een progressieve ziekte blijft een patiënt genoodzaakt tot een constante aanpassing in functie van de evolutie van de beperkingen op het seksueel functioneren. Het verloop van de ziekte heeft anderzijds te maken met de levensfase waarin een chronische ziekte optreedt. Wanneer een chronische ziekte optreedt in een cruciale fase voor de seksuele ontwikkeling (bijv. kindertijd, puberteit) zal het belangrijk zijn hiermee rekening te houden in de diagnostiek en behandeling van een seksueel probleem.

Psychologisch functioneren

Gezien seksualiteit een psychosomatisch gebeuren is, is seksualiteit ook altijd verbonden met psychologische aspecten. Een ziekte kan op diverse manieren een invloed hebben op het psychologische functioneren van zieke mensen:

a) Het kan gaan om invloed op het psychologisch welzijn waarmee verwezen wordt naar het feit dat een chronische ziekte aanleiding kan geven tot gewone aanpassings- en rouwreacties (m.n. vragen als 'Waarom moet ik kanker krijgen?'; 'Hoe moet ik omgaan met het verlies op werk-, financieel-, sociaal – vlak waarmee kanker gepaard gaat?'), maar niet zelden ook tot werkelijke psychopathologie (bijv. depressie, angststoornissen, ...). Terwijl in het eerste geval een goede emotionele ondersteuning (door partner, kinderen, vrienden, collega's, ...) en/of gesprekstherapie bij een professionele hulpverlener kunnen volstaan, zal het belangrijk zijn om in het geval van psychopathologie (ook) hiervoor een (medicamenteuze en/of gesprekstherapeutische) behandeling in te stellen.

b) Een chronische ziekte of lichamelijke handicap heeft altijd een invloed op het lichaamsbeeld. De wijze waarop iemand zijn lichaam beleeft en ervaart, kan aanleiding geven tot een aantal vragen over aantrekkelijkheid en soms tot vermindering van seksuele activiteit. Hier moet nog verder onderscheid gemaakt worden tussen: 1) veranderingen in het uiterlijk, het voorkomen (bijv. verminking na mastectomie, lumpectomie, penisamputatie, ...); 2) veranderingen in het functioneren met vragen rond wat je nog wel/ niet meer kan (bijv. controleverlies over bewegingen (o.a. spasmen) of over basisfuncties (o.a. incontinentie met angst voor “ongelukjes” en vragen naar herstel bij een prostatectomie)

c) Een ziekte kan ook iemands zelfbeeld aantasten daarbij verwijzend naar de veranderingen in de beleving van de wijze waarop men in staat is zijn verschillende rollen (bijv. rol als vader, moeder, echtgenoot, partner, kostwinner, minnaar) op te nemen. Het feit dat men bepaalde rollen na of door een ziekte minder goed kan opnemen kan meespelen in het ontstaan van seksuele problemen

d) Een ziekte confronteert iemand met zijn individuele aanpassingsvermogen en draagkracht. Het is gekend dat mensen moeite hebben met veranderingen, niet in het minst indien deze veranderingen door een aandoening worden opgelegd. Dit kan leiden tot een aantasting van het algemeen functioneren maar ook meer specifiek aanleiding geven tot problemen in het seksueel functioneren en de seksualiteitsbeleving

e) In het beoordelen van een seksueel probleem is het belangrijk rekening te houden met de betekenis van seksualiteit voor deze persoon. Immers, de moeite die iemand heeft met de verwerking van en aanpassing aan de beperkingen die door een ziekte aan het seksueel beleven worden opgelegd, zal een functie zijn van de betekenis die seksualiteit heeft voor een persoon. Deze betekenis is niet vast maar varieert in functie van leeftijd, levensfase, sekse, persoonlijkheid, opvoeding en cultuur. Om een goede inschatting te maken van wat een seksueel probleem voor een man of een vrouw betekent, zal met elk van deze elementen rekening gehouden moeten worden.

In het schema wordt het verband tussen het psychologisch en relationeel functioneren sterk benadrukt. De wijze waarop een koppel omgaat met de veranderingen waartoe een ziekte hen (ook op seksueel vlak) verplicht, zal afhangen van de relationele vaardigheden die een koppel bezit. Met relationele vaardigheden wordt verwezen naar communicatie, sociale vaardigheden, probleemoplossend vermogen en conflicthantering als belangrijke relationele kwaliteiten waarmee rekening gehouden moet worden in een behandeling van seksuele problemen. Een specifiek probleem dat men vaak terug vindt in de literatuur is dat ernstige lichamelijke beperkingen (bijv. ruggenmergletsel) kunnen aanleiding geven rolveranderingen en rolverwarring in het koppel. Dit betekent dat sommige patiënten en partners moeite hebben elkaar als seksuele partner te zien omdat de partner vaak de belangrijkste verzorger wordt, wat

een andere emotionele betrokkenheid veronderstelt. Niet alleen de individuele betekenis van seksualiteit voor partner en patiënt is belangrijk, ook de betekenis van in en voor de relatie in het verleden heeft een invloed op de verwerking van en aanpassing aan de beperkingen die door een ziekte aan het seksueel beleven worden opgelegd. Ook hier geldt dat deze betekenis niet vast is, maar varieert in functie van o.a. leeftijd van de partner, vorm en duur van de relatie en gezinsfase.

Seksueel functioneren en seksualiteitsbeleving

In het schema wordt de relatie voorgesteld van ziekte op het seksueel functioneren, waarmee verwezen wordt naar verschillende manieren waarop seksualiteitsbeleving door ziekte verstoord kan zijn. Het is belangrijk om in dit opzicht een onderscheid te maken tussen:

a) de seksuele disfuncties die het best gekend en beschreven zijn in de professionele literatuur en de meeste aandacht krijgen in de seksuele hulpverlening. De best gekende classificatie van seksuele disfuncties is deze waarin een onderscheid gemaakt wordt tussen: 1) problemen met verminderd seksueel (gebrek aan zin, verschil in verlangen tussen de partners, teveel zin); 2) opwindingsproblemen (problemen met erectie of vaginaal vochtig worden vaginale lubricatie); 3) orgasmeproblemen (premature ejaculatie, anorgasmie); 4) pijnstoornissen (dyspareunie) en 5) vaginisme. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat niet elke seksuele disfunctie door de patiënt en/of de partner als een seksueel probleem ervaren wordt. Daarom is het in de seksuele hulpverlening van belang om na te gaan voor wie het probleem waarmee een patiënt of koppel komt consulteren echt een probleem is: voor de patiënt, de partner of de relatie. Het antwoord op die vraag zal het verdere beleid voor dit probleem bepalen.

b) seksuele problemen die vaker uit het oog verloren worden. Kort geschetst, kan men een onderscheid maken tussen 1) seksuele belevingsproblemen: m.n. veranderingen in de lichamelijke (bijv. minder gevoel bij gemeenschap na een vulvectomy, pijn bij aanraking van de borst) en/of emotionele beleving van seksualiteit (bijv. vrijen kan gevoelens van verdriet of rouw oproepen i.p.v. lust; zich schamen over het lichaam na een operatie); 2) seksuele relatieproblemen: m.n. ondanks dat de relatie in het algemeen weinig is veranderd, kan een ziekte heel specifiek aanleiding geven tot seksuele problemen door bijv. rolverwarring 3) seksuele aanpassingsproblemen: m.n. de problemen die een koppel blijvend ervaart om tot een nieuwe evenwicht te komen in hun seksualiteitsbeleving; 4) praktische seksuele problemen: m.n. doordat een ziekte aanleiding geeft tot een aantal praktische problemen (bijv. incontinentie, vermoeidheid, beperking van mobiliteit) is hulp en/of een nuchtere kijk van een buitenstaander nodig om een aantal praktische oplossingen aan te reiken; 5) seksuele integratieproblemen; m.n. mensen geconfronteerd met een ziekte op jonge leeftijd of op een cruciale fase voor de

seksuele ontwikkeling lukken er soms niet in om stappen te zetten voor hun seksuele ontplooiing met als gevolg een verlate relationele en seksuele ontwikkeling.

Besluit

In dit artikel werd uitvoerig stilgestaan bij de wijze waarop (chronische) ziekten invloed kunnen hebben op het seksueel functioneren. Na de voorstelling van een hypothetisch model om de relatie tussen ziekte en seksualiteit te verduidelijken, werd deze relatie vervolgens op een meer gedetailleerde manier ontrafeld. Deze bijdrage biedt artsen en patiënten een schematisch overzicht en kan hopelijk een leidraad en hulpmiddel zijn voor de diagnostiek en (vraag naar) behandeling van de seksuele problemen van mensen die in hun leven met kanker werden gediagnosticeerd en geconfronteerd.

Bibliografie

Bender, J. (2003) Seksualiteit, chronische ziektes en lichamelijke beperkingen: kan seksualiteit gerevalideerd worden? Tijdschrift voor seksuologie, 2003, 27(4): 169-177.

Enzlin, P. (2002) Sexual functioning and psychological adjustment of women with type 1 diabetes (doctoraatsproefschrift, K.U.Leuven)

Sipski M & Alexander C. (1997) Impact of disability or chronic illness on sexual function. – In: M. Sipski & C. Alexander: Sexual function in people with disability and chronic illness. A health professional's guide. Aspen, Maryland: p. 3-12.

Interessant referentiewerk:

WL Gianotten, MJ Meihuizen-de Regt, N van Son-Schonnes (red). *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking* Van Gorcum (ISBN 978 90 232 4405 9 - beschikbaar sinds 09/2008).

Kanker en seksualiteit

Vrije vertaling van de tekst van Prof. Van Hemelrijck, ULB

Dr. Pia **Cox**

Stichting tegen Kanker
Medisch Consulent

Door onvoorziene omstandigheden wordt de spreekbeurt van Dr. Inge Peeters vervangen.

Wij danken Professor Van Hemelrijck van de faculteit Psychologie van de ULB, spreker op ons Franstalig symposium van 9 oktober 2009, wiens tekst hier vrij vertaald is.

Omwille van het risico op onzedigheid of schaamteloosheid schuilt er een zeker gevaar in het verenigen van deze woorden. Seksualiteit verwijst naar lichtheid, naar verlangen, naar hoop en naar leven. Kanker verwijst dan weer naar zwaarte, naar angst, naar stilte en naar de dood. Deze onmogelijke ontmoeting heeft ervoor gezorgd dat seksualiteit ontbreekt in het overleg en de discussies die met kanker gepaard gaan. Er vallen genoeg andere zaken te zeggen en doen. Vaak schuiven patiënten het onderwerp op de lange baan. “We praten er later wel over,” zeggen ze dan. Maar de evolutie van zorgverstrekking bevestigt dat dit een onderwerp is dat onmiddellijk besproken dient te worden, dat het niet uitgesteld mag worden, dat het zelfs tot de kern van de vragen behoort. Vakmensen uit de medische wereld waren er lang van overtuigd dat dit onderwerp niet tot hun competenties behoorde. Maar al te vaak ging al onze aandacht naar de ziekte en haar ellenlange lijst gevolgen (behandelingen, ziekenhuisopnames, chirurgische ingrepen, bijwerkingen, verminkingen, ...).

En toch...

De moderniteit heeft ons geleerd anders te denken over het menselijk lichaam dan in vroegere tijden, toen dat lichaam niet toebehoorde aan de mens zelf. Vroeger zag het menselijke wezen zijn lichaam als deel van een universum van wederzijds toebehoren. Hij was het eigendom van God, maar ook eigendom van de natie. We vinden nog overblijfsels van dit dubbele toebehoren in de positionering die de kerk aanneemt ten opzichte van zelfmoord, of in de leuze “Dood voor het Vaderland” bij de dood van een soldaat of een brandweerman.

Vandaag de dag lijkt dit een verouderde redenering. Het enige waartoe een lichaam behoort, is de familie. Wanneer een kind ter wereld komt, is het eigendom van de familie. Onder eigendom moeten we verstaan dat het lichaam van het kind gevormd en gesteund wordt door de ouders. Zij zijn het die het kind zullen voeden, verzorgen, kleden, haar kappen en zoveel meer. Een zuigeling is absoluut niet in staat om voor zichzelf te zorgen. De gehele geschiedenis van het kind bouwt zich rond deze complexe beweging naar onafhankelijkheid van het lichaam.

Op deze totale afwezigheid van autonomie volgt een keerpunt. Traag maar zeker gaat het lichaam in de richting van een progressieve autonomie van de handelingen en de spraak. Het hoogtepunt van deze kentering doet zich voor tijdens de adolescentie. In deze periode gaat het kinderlichaam door een reeks ingrijpende veranderingen, en een niet te onderschatten verandering is de ontdekking van de seksualiteit die gepaard gaat met de veranderingen in het puberlichaam. Deze driftmatige impuls, vergezeld van wijzigingen in de architectuur van het lichaam, bouwt zich op doorheen een ware relatie- en identiteitscrisis. Het moment gaat hand in hand met een confrontatie met de wereld, die we gewoonlijk een puberteitscrisis noemen, waarbij het echte doel het zich toe-eigenen van zijn of haar lichaam is. De manier van kleden, van voor zichzelf te zorgen, de haarstijl, ... zijn allen tekenen van één enkele redenering, die bevestigt: "dit is mijn lichaam en ik beslis erover". Deze toe-eigening en bevestiging, die de leidmotieven zijn van de puberteit, zijn van vitaal belang en tekenen de mentale gezondheid van de jongere en zijn familie.

Omheen deze periode zullen zich een bepaald gedrag en bepaalde waarden spinnen die de persoonlijkheid van de jongere zullen inkleuren en het familieleven ritme zullen geven. Het gaat dan voornamelijk om schaamte en intimiteit. De jonge adolescent zal een reeks experimenten uitvoeren rond deze thema's en zal een manier van denken ontwikkelen rond zijn lichaam, seksualiteit, zijn relaties tot anderen, schoonheid, verlangen, kracht, ...

Hij of zij zal eveneens een gedachtegang rond de liefde, het koppel en seksualiteit ontwikkelen.

Deze kleine omweg enkel om even stil te staan bij seksualiteit en haar combinatie met kanker. Het vernemen dat men ziek is, de behandelingen, de prognose zijn momenten die door patiënten maar al te vaak ervaren worden als momenten van "onteigening".

Eenmaal ziek, behoort het lichaam niet meer toe aan de patiënt maar aan iemand anders, en verliest de patiënt zijn mogelijkheid tot beslissen.

Die 'andere' is enkel en alleen degene die instaat voor de medische handelingen, de verzorging, de behandeling, de evaluatie, de keuzes, de beslissingen, ...

De medische handelingen botsen vaak met opvattingen over schaamte en intimiteit.

Is dit zieke, gewonde, verminkte lichaam nog wel het mijne?

Deze eenvoudige vraag roept alle dramatiek op die komt kijken bij kanker en de rol van kanker bij seksualiteit. Zowel op gebied van verlangen als op gebied van plezier. Het is belangrijk stil te staan bij de impact die de medische handeling kan hebben op het lichaam van de patiënt. Medische verantwoordelijkheid mag geen andere noodzakelijke aspecten van het leven verdringen.

Soms lijkt het alsof, wanneer de diagnose eenmaal is gesteld, het lichaam van de patiënt niet meer is dan een ziek voorwerp dat in het beste geval hersteld, maar soms ook helemaal niet teruggegeven wordt aan zijn eigenaar. Deze karikatuur houdt uiteraard geen rekening met de situaties waarbij een arts en het verzorgingsteam de patiënt benaderen en hem actief betrekken bij zijn behandeling.

Toch wordt het hoe langer hoe duidelijker dat als de ziekte beleefd wordt als een periode van onteigening, de genezing gepaard gaat met veel moeite om zijn of haar lichaam en seksualiteit terug te vinden. Wanneer het lichaam veranderd is door de behandeling, is dit proces nog moeilijker. Het lijkt logisch dat de oncoloog en zijn team de seksualiteit als een essentiële dimensie van hun begeleiding moeten zien. De echte vraag is: “Hoe zorg je ervoor dat iemand die te maken krijgt met de ziekte, zichzelf niet herleidt tot enkel en alleen die ziekte?”.

De gevolgen van chirurgie bij man en vrouw

Prof. Dr. Jan **Lamote**

UZ Brussel VUB
Oncologisch Centrum

Elk type van heelkunde kan ons seksueel leven aantasten. Zelfs indien de zogenaamde specifiek seksuele organen niet worden beschadigd, kunnen bijvoorbeeld ingrepen op het aangezicht, ledematen en het lichaam in het algemeen hun gevolgen hebben op de seksuele beleving. Een kankerbehandeling waarbij genitaliën en borsten worden geopereerd, veroorzaakt echter zeer uitgesproken veranderingen in het seksuele leven van mannen en vrouwen. Het is eveneens belangrijk een onderscheid te maken tussen de seksuele functie in zijn algemeenheid en individuele factoren zoals zelfbeeld over het lichaam, seksuele verlangens en algemene seksuele bevrediging.

Vele operaties ter hoogte van het kleine bekken (gynaecologische, urologische en darmoperaties) geven aanleiding tot seksuele stoornissen. Gedurende lange tijd werd minder belang gehecht aan deze stoornissen, doch recent blijken veranderingen in het seksuele leven als een belangrijke factor beschouwd te worden voor wat betreft de kwaliteit van het leven. Vooral uitgebreide heelkunde waarbij radicale baarmoederwegnames, radicale urineblaasresecties en radicale endeldarmresecties worden uitgevoerd, blijken aanleiding te geven tot belangrijke seksuele stoornissen. Daarom wordt veel aandacht geschonken aan aanpassingen van heelkundige technieken. Deze verloopt echter niet eenvoudig daar zowel het kankertaboe als het seksuele taboe moet doorbroken worden. Het is dan ook pijnlijk vast te stellen dat in het verleden zo weinig aandacht werd besteed aan de gevolgen van chirurgie op het seksuele leven.

Gevolgen van heelkunde op het seksuele leven van de vrouw

De vrouwelijke seksuele respons bestaat uit 3 fasen bestaande uit verlangen, opwinding en orgasme (klaarkomen). Deze 3 fasen worden beïnvloed door kankerchirurgie. Seksuele opwinding veroorzaakt een verhoogde vaginale lubricatie (bevochtiging), een verhoogde bloeddorstrooming van de vaginale wanden, een verhoogde diameter van de vagina en een zwelling van de clitoris. Vooral ingrepen op baarmoeder en vagina kunnen belangrijke gevolgen hebben voor het seksuele leven van de vrouw. Anderzijds zal heelkunde op de urineblaas, urethra (plasbuis) en rectum (endeldarm) wegens de nabijheid van het vaginale kanaal vanzelfsprekend een weerslag hebben op het seksueel functioneren. De voornaamste klachten die kunnen optreden zijn vaginale droogheid, pijn en dyspareunie (pijn bij seks), verminderde opwinding en orgasmeproblemen. Deze veranderingen zijn vooral het gevolg van de

heelkundige beschadiging van het zenuwstelsel dat zich in het kleine bekken bevindt en dat een belangrijke rol speelt in de werking van baarmoeder, vagina, urineblaas en rectum.

Vrouwelijke en mannelijke hormonen spelen daarenboven een rol in de regeling van deze effecten.

Ten slotte geeft een verminderde doorbloeding van het bekken ten gevolge van bloedvatbeschadiging aanleiding tot een vermindering van de bloedvoorziening van de geslachtsorganen. Deze beschadiging leidt tot een verzwakking van de vaginale spieren en vaginale droogheid. Vaginale droogheid door een vermindering van productie van vaginaal vocht kan pijn tijdens het vrijen veroorzaken.

Radicale Hysterectomie (baarmoederwegname)

Onder hysterectomie verstaat men het wegnemen van de baarmoeder en de baarmoederhals. Hoewel een hysterectomie de meest uitgevoerde gynaecologische operatie bij de vrouw is, werd tot recent weinig aandacht geschonken aan het onderzoek rond seksuele stoornissen. Ondanks het feit dat honderdduizenden vrouwen per jaar een hysterectomie ondergaan, is er weinig wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd. Het seksuele leven blijkt echter tot in bijna 40 % van de gevallen verstoord te zijn na heelkunde. Dikwijls worden beide eierstokken hierbij verwijderd. Na verwijdering van de baarmoeder kan de chirurg het dak van de vagina hechten. Daardoor wordt de vagina wat korter. De licht korter geworden vagina is over het algemeen geen probleem, doch in een vroegtijdig stadium van genezing kan de vrouw haar partner vragen niet al te "hevig" te zijn. Bij deze omstandigheden wordt aangeraden verschillende posities uit te proberen waarbij het maximum aan comfort wordt waargenomen. Hierbij blijkt de positie waarbij de vrouw bovenaan zit, de meest comfortabele houding te zijn daar zij op dat ogenblik de diepte van penetratie kan beheersen.

Omdat een hysterectomie de lokale bezenuwing en anatomie van het kleine bekken verstoort, kan de functie van de bekkenorganen negatief worden beïnvloed. Tijdens een hysterectomie worden het bekken en de bezenuwing beschadigd op 4 wijzen:

1. De hoofdtakken van de zenuwen die onder de baarmoederslagaders lopen, kunnen beschadigd worden tijdens het doorsnijden van de baarmoederligamenten.
2. Het grootste gedeelte van de bezenuwing van de urineblaas die de blaas binnenkomt voordat zij zich naar de blaasspier begeeft, kan beschadigd worden tijdens de operatie waarbij de blaas van de baarmoeder en baarmoederhals worden losgemaakt.
3. De uitgebreide heelkunde van het weefsel rond de vagina kan de bekkenzenuwen die vanuit de zijkanten van de vagina komen, beschadigen.
4. Het wegnemen van de baarmoederhals kan leiden tot een verlies van een groot gedeelte van de bezenuwing rond dit orgaan. Het beschadigen van de zenuwen van de bovenste vagina kunnen bevochtiging en orgasme negatief beïnvloeden.

Een hysterectomie kan eveneens het orgasme beïnvloeden daar sommige van de zenuwen die naar de clitoris lopen, kunnen aangetast worden. Een verminderde gevoeligheid van de vulva (schaamlippen en clitoris) en een vermindering van een ontspanning van de vaginale gladde spieren hebben een negatief effect op de seksuele opwinding. Tijdens een radicale hysterectomie voor kanker wordt eveneens een klieruitruiming van het kleine bekken verricht. Deze klieruitruiming kan postoperatieve vaginale droogte veroorzaken en een vermindering van de sensibiliteit in de vaginale regio.

Daarom wordt door chirurgen meer en meer een bijzondere aandacht besteed aan het zoveel mogelijk sparen van deze bekkenzenuwen. Dit is gekend als zogenaamde zenuwsparende hysterectomie doch wetenschappelijk onderzoek zal moeten aantonen of deze minder radicale heelkunde even goede genezingsresultaten oplevert. Er bestaat immers nog steeds een grote discussie over de veiligheid van deze operaties voor kankeroperaties. De verschillende types heelkunde (vaginale, gedeeltelijke, open of "kijkgat" hysterectomie) blijken een gelijkaardige invloed te hebben op de seksualiteit.

Een hysterectomie zal onvermijdelijk tot gevolg hebben dat de vrouw geen kinderen meer kan baren. Dit veroorzaakt belangrijke emotionele en gevoelsveranderingen bij de geopereerde vrouw.

Hoewel vele vrouwen vinden dat zij een orgasme kunnen blijven bewaren, blijkt het gevoel toch verschillend te zijn. Desondanks blijkt na zulke operatie de seksuele activiteit bij vele vrouwen na 2 jaar toe te nemen door een afname van dyspareunie en anorgasmie (niet kunnen klaarkomen). Niettemin zullen vrouwen met baarmoederhalskanker die seksueel actief waren vóór de ziekte hun seksuele activiteit binnen de 12 maanden hervatten (91 %). De seksuele activiteit zou echter van 3 tot 4 maal per week naar 1 à 2 maal per week dalen. 1/3^{de} van de vrouwen met baarmoederhalskanker tonen 12 maanden na hysterectomie nog steeds een verminderde libido samen met een verminderde vaginale lubricatie en vaginaal volume. Onderzoek wijst uit dat seksuele veranderingen na een radicale hysterectomie een gevolg zijn van een combinatie van heelkundig trauma met fysische en psychologische factoren geassocieerd aan een kankerdiagnose.

Het opstarten van baarmoederhalsscreening leidt tot de diagnose van baarmoederhalskanker op jongere leeftijd. Hierdoor neemt de groep vrouwen met seksuele stoornissen alsmaar toe.

Ovariectomie (eierstokwegname)

De eierstokken produceren de grootste hoeveelheid van oestrogeen (vrouwelijk hormoon) in het lichaam. Indien beide eierstokken worden weggenomen, zal de patiënte in een menopauze geraken waardoor menopausale klachten optreden. Na zulke operatie zullen de menopausale symptomen sneller optreden dan bij een natuurlijke menopauze. Dyspareunie wordt bij deze patiënten eveneens veroorzaakt door vaginale droogte. De wegname van beide eierstokken

gaat bij ongeveer 60 % van de vrouwen gepaard met een vermindering van de seksuele functie. Een vermindering van libido en de vermoeidheid blijken hier ook een rol te spelen.

Vulvectomy (wegname uitwendig geslachtsorgaan)

Dit is een operatie waarbij een gedeelte van de vulva wordt verwijderd. Hoewel deze operatie zeldzaam is, wordt deze operatie als zeer mutilerend beschouwd door de vrouw. De wegname van vulva, schaamlippen en clitoris is vanzelfsprekend een bijzonder zware verminking. Als onderdeel van de heelkundige behandeling worden de lymfeklieren dikwijls verwijderd. Indien ter hoogte van de lies de klieren worden verwijderd, kan dit aanleiding geven tot een zwellen van de onderste ledematen. Deze zwelling wordt lymfoedema genoemd en kan een invloed hebben op de spontaneïteit van het seksuele leven. Ook hier weer zal een aangepaste positie bij het vrijen zijn nut bewijzen.

Borstamputatie

Deze ingreep veroorzaakt een verandering in de manier waarop de vrouw naar haar lichaam kijkt. De rol van borsten in het seksuele leven van de vrouw is zeer gevarieerd. Bij sommige vrouwen blijkt de borst een zeer belangrijke rol te spelen in het seksuele leven terwijl bij andere koppels de borsten op zichzelf een eerder discrete rol spelen. Na heelkunde op de borsten blijkt vooral het zelfbeeld van de vrouw te veranderen zodat zij zich minder vrouwelijk voelt. Hierdoor zal ook borstheilkunde een onmiddellijke invloed hebben op het seksuele leven van de vrouw en het koppel. Vroegtijdige diagnose van borstkanker laat in vele gevallen borstsparende heelkunde toe, terwijl onmiddellijke borstreconstructie bij vele vrouwen een positieve invloed heeft op het seksuele leven. Een ingreep op de borst verstoort echter dikwijls de gevoeligheid van tepel en huid. Sommige vrouwen wensen niet dat de geopereerde borst wordt aangeraakt terwijl anderen het strelen van het litteken als intiem en aangenaam ervaren. Een aangepaste prothese of bustehouder heeft dikwijls een positieve invloed.

Rectumresectie (darm- of endeldarmwegname)

Een lage rectumresectie (zonder wegname van de anus) of abdominoperineale resectie (met wegname van de anus) worden uitgevoerd indien een tumor ter hoogte van de endeldarm dient behandeld te worden. Deze operatie kan de zenuwen beschadigen die naar de uterus, vagina en clitoris lopen. Hoewel meer en meer aandacht wordt besteed aan het bewaren van deze zenuwen zullen vele vrouwen veranderde gevoelens tijdens seks en orgasme waarnemen. Soms wordt bij heelkunde van de endeldarm een kunstmatige anus aangelegd. Deze anus kan zowel worden aangelegd om stoelgang of urine af te leiden naar de buitenwereld. Een stoma kan sommige vrijposities moeilijk maken. Stomapatiënten weten dat zij de stomazak dienen leeg te maken voor geslachtsgemeenschap en zijn dikwijls zeer bevreesd voor het lekken van de stoma tijdens het vrijen.

Cystectomie (wegname urineblaas)

De gevolgen van de wegname van de urineblaas zijn sterk vergelijkbaar met die van een rectumamputatie. Hoopgevend is echter de bevinding dat het bewaren van de voorste vaginawand en de plasbuis een gunstige invloed heeft op de geslachtsfuncties zonder het risico op herval te vergroten. Vele patiënten dienen zich echter aan te passen aan de urinestoma.

Gevolgen van heekunde op het seksuele leven van de man

Prostatectomie

Een radicale prostatectomie is het wegnemen van de volledige prostaatklier. Tussen 20 en 90 % van de mannen die een prostatectomie ondergaan, zullen problemen krijgen met een erectie na heekunde. Deze erectieproblemen worden veroorzaakt door een beschadiging van de zenuwen die instaan voor het ontstaan van een erectie. Deze beschadiging en uitval van erectie kan permanent zijn en ontstaat onmiddellijk na heekunde. Ook hier zal de moderne heekunde (laparoscopie en robotchirurgie) proberen zoveel mogelijk de zenuwen, die instaan voor het ontstaan van een erectie, te bewaren. Zenuwsparende technieken werden ontwikkeld doch steeds dient rekening gehouden te worden met de uitgebreidheid van de kanker en de haalbaarheid van deze zenuwsparende operaties. Na prostaatoperaties worden vele mannen gewaar dat zij hun erectie kunnen blijven bewaren doch het is zeer gewoon dat zij zogenaamde droge ejaculaties hebben. De man voelt hetzelfde als voor de operatie, voelt het orgasme aankomen doch bij het gevoel van de ejaculatie zal het zaad naar de blaas worden afgeleid in plaats van naar de penis. Het gevoel van orgasme zal blijven bestaan doch voelt verschillend aan. Dit gevoel is totaal gevaarloos maar kan vreemd voorkomen indien de man verwacht wat in zijn vroegere leven gebeurde bij klaarkomen. Zo ook zal bij een volgende urineren de urine wolkachtig voorkomen. Dit wordt veroorzaakt door de vermenging van urine en zaad. Op dat ogenblik wordt de man onvruchtbaar en dit zal vanzelfsprekend ook hier dezelfde gevoelens en emoties losweken als bij de vrouw.

Orchidectomie

Het verwijderen van 1 testikel geschiedt vooral bij mannen met testiskanker. Deze operatie veroorzaakt geen onvruchtbaarheid en heeft over het algemeen geen invloed op het seksuele gebeuren van de man. Behalve een onaangenaam gevoel tijdens het geslachtsverkeer onmiddellijk na de operatie blijven over het algemeen geen blijvende gevolgen van deze operatie aanwezig. Sommige mannen beschrijven een verschillend orgasme en voelen de normale contracties van het scrotum bij orgasme aan als onaangenaam. De hoeveelheid ejaculaat is gewoonlijk minder dan vroeger.

Indien echter beide testikels worden verwijderd, zal de man onvruchtbaar worden en kan hij dikwijls geen erectie meer hebben. Hierbij wordt ook opgemerkt dat er bijzonder veel aandacht wordt besteed aan het plaatsen van prothetische testikels.

Rectumamputatie (darm of endeldarmwegname)

Zoals bij de vrouw kan ook deze operatie de zenuwen van het kleine bekken beschadigen. Daardoor kunnen problemen met erectie en ejaculatie ontstaan. Ondanks vele inspanningen op heelkundig gebied zullen vele mannen toch erectieproblemen blijven hebben. Seksuele problemen na lage endeldarmwegname of abdominoperineale resectie ontstaan bij 10 tot 60 % der patiënten. Bij deze operaties wordt de bezenuwing van het kleine bekken eveneens beschadigd. 60 % van de patiënten die een abdominoperineale resectie en 85 % van de patiënten die een rectumwegname met bewaren van de anus hebben ondergaan, konden echter nog een seksuele activiteit hebben.

Cystectomie (wegname urineblaas)

Zoals bij de vrouw zal deze zware operatie seksuele problemen veroorzaken. Bij de man zijn ze vergelijkbaar met deze die optreden na een prostatectomie. De aanwezigheid van een stoma werkt dikwijls remmend.

Heelkunde op grote buikslagaders

Slagaderverkalking ten gevolge van hypertensie, hypercholesterolemie of roken kan een vernauwing ter hoogte van de grote buikslagaders doen ontstaan. In sommige gevorderde stadia kan de grote buikslagader (aorta) uitzetten en een aneurysma vormen. Zulk aneurysma kan scheuren en een levensbedreigende inwendige bloeding veroorzaken. Daarom wordt preventief de aorta geopereerd en worden vaatprotheses geplaatst. Deze ingrepen vergen echter een uitgebreide dissectie van het kleine bekken en hierdoor kan de bezenuwing verantwoordelijk voor een normaal seksueel functioneren worden beschadigd. Zowel bij man als vrouw treden de hierboven beschreven seksuele stoornissen op met een frequentie die varieert van 50 tot 80 % .

Besluit

De invloed van heelkunde op het seksuele leven van man en vrouw is indrukwekkend. Gelukkig worden door het wegvallen van remmingen en door een toenemende openheid de problemen rond seksualiteit na heelkunde meer en meer bespreekbaar. Deze gunstige evolutie dient echter uit te monden in goed georganiseerd wetenschappelijk onderzoek naar heelkundige technieken die rekening houden met enerzijds de eisen van een goede kankerbehandeling en met anderzijds het maximaal behouden van de seksuele integriteit.

De gevolgen van medische behandelingen op de seksualiteit en de fertiliteit

Dr. Luc Dirix

UA – Sint-Augustinus
Dienst Medical Oncology

Verbetering in de diagnostiek en de behandeling van kanker bij kinderen, adolescenten en volwassenen, heeft geleid tot een wezenlijke toename in levensverwachting. Dit is dan ook de aanleiding tot het steeds duidelijker onderkennen van de langetermijneffecten op de levenskwaliteit, als rechtstreeks of onrechtstreeks gevolg van de doorgemaakte behandelingen. Een en ander wordt uiteraard pas duidelijker en welomschreven na verloop van jaren.

Om te beginnen het effect op de fertiliteit. Dat de invloed op fertiliteit niet ernstig genoeg kan worden genomen blijkt uit vele rondvragen. Langere tijd na de behandeling blijkt bij jonge dames met borstkanker, dat vroegtijdige menopauze, seksuele dysfunctie en infertiliteit de meest blijvende negatieve aspecten vormen van hun confrontatie met kanker. De “hoegrootheid” van dit fertiliteitsprobleem is netjes en relatief betrouwbaar in kaart gebracht door de onderzoekers van het Radium Holt Hospitaal in Oslo (1).

Bij dames zijn de ovaria bijzonder gevoelig voor alkylerende stoffen (DNA bindende middelen) en bestraling. Zowel de leeftijd van de patiënt, het type maligniteit, het chemotherapiebehandelschema, de stralingsdosis en het bestralingsveld, zijn mede bepalend voor het gonadotoxische effect. Bovendien een abrupte en permanente uitval van de ovariële functie kan deze ook passagère zijn. Zelfs als er geen uitval is (meestal wordt dit gescoord aan de hand van het uitblijven van een normale cyclus), dan nog hebben de meeste dames een verhoogd risico op vroegtijdiger inzetten van de menopauze. Dit syndroom wordt het prematuur ovarieel falen genoemd of POF (2). Herstel van ovariële functie treedt in de regel op bij 80% van de dames jonger dan 35 jaar en bij 25% van de dames ouder dan 40 jaar. Het uitblijven van de amenorroe staat niet garant voor een behouden vruchtbaarheid.

Er bestaan nu meer verfijnde methoden om de restfunctie van het ovarium voor en/of na de behandeling in te schatten (MIF, inhibine, FSH, echografie). Onderzoek naar het afwegen van de baat van een therapie versus de mogelijke impact op de fertiliteit is onder meer verricht door de EORTC-BIG. (3)

Essentieel bestaan er drie manieren om een bepaalde fertiliteit te helpen vrijwaren. De meest aanvaarde methode is deze van embryopreservatie, maar deze optie impliceert een diagnose en behandeling na de puberteit, een aanwezige partner of donorsperma en de mogelijkheid om de behandeling met gonadotoxische middelen ten minste 2 tot 3 weken uit te stellen na het

begin van de volgende cyclus. Soms is deze luxe niet voorhanden. Ook de omstandigheid van een hormoongevoelige tumor moet in deze in ogenschouw worden genomen. Het zwangerschapscijfer per ontdooid embryo ligt rond de 15%. Als alternatief geldt het invriezen van oöcyten en/of ovarieel weefsel. De slaagkansen van deze methodes zijn minder evident.

Voor de man is spermacollectie de meest voor de hand liggende optie op voorwaarde dat de kwaliteit van de zaadcellen behoorlijk is. Nieuwere in vitro manipulaties zijn in deze situatie veelbelovend. De situatie van jonge mannen met een teelbalkanker vergt een aparte discussie. Ongeveer 35 tot 50% van genezen kanker patiënten heeft te maken met één of andere vorm van seksuele dysfunctie. De oorzaken hiervoor zijn erg uiteenlopend in functie van de primaire tumor en de behandeling. In deze wil ik mij beperken tot de invloed van medicamenteuze behandelingen. Het is vanzelfsprekend dat één en ander soms moeilijk te scheiden valt. Bij mannen met teelbalkanker en lymfomen zijn de gegevens beperkt, maar lijkt de invloed van de chemotherapeutische behandeling beperkt. Retrograde ejaculatie is de meest voorkomende stoornis, en is meestal maar niet altijd het gevolg van een heelkundige ingreep.

De situatie voor mannen met prostaatkanker is meer complex én vanwege de vaak gecombineerde therapie waarbij lokale gevolgen van bestraling en/of heelkunde moeilijk te onderscheiden zijn van deze van een hormonale behandeling. Een uitgebreid onderzoek naar seksueel functioneren bij mannen met lokaal gevorderd prostaatcarcinoom, die werden behandeld met anti-androgene therapie al of niet in combinatie met radiotherapie is leerrijk. Ten eerste blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten eigenlijk geen afdoende erectie krijgt en dat reeds voor de aanvang van enige therapie. Deze moeilijkheden worden substantieel vergroot door de toevoeging van de antihormonale therapie maar bestraling daar bovenop heeft weinig extra verlies in seksueel functioneren.

Vergelijkbare gegevens komen naar voor uit de studies met anti-androgene therapie als preventief middel. In de grote finasteride studie waaraan 24.500 mannen deelnamen met een gemiddelde leeftijd van 63 jaar, werden twee scores voor seksueel functioneren gebezigd. Enerzijds de seksuele activiteitscore, variërend van 0 tot 100, met hoge scores wijzend op grotere seksuele dysfunctie, en anderzijds een "Sexual Problem Scale". Die laatste heeft men moeten verlaten omdat de overgrote meerderheid van de deelnemers tijdens de zelfondervraging geen seksueel probleem rapporteerden. De seksuele activeitscore daarentegen bedroeg 44/100 bij de start en bleek na 7 jaar te zijn opgelopen op 52 bij de controlegroep en tot 55 bij de finastreidse groep. Samenvattend heeft anti-androgene therapie een impact op seksuele dysfunctie en lijkt het effect van veroudering op seksuele dysfunctie te versterken.

Bij dames met borstkanker lijkt de impact van borstsparende heekunde versus mastectomie versus reconstructie, weinig groot op het zelf gescoorde seksueel functioneren. De onmiskenbare invloed van de medicamenteuze anti-estrogene therapie kwantificeren is niet vanzelfsprekend. Vergelijkend onderzoek bij dames met uitgezaaide ziekte behandeld met een SERM versus een aromatase remmer, toont verschillen aan in een aantal aspecten van de levenskwaliteit, maar behalve een duidelijk verschil in vaginale droogte ten voordele van de SERMS, is er niet veel onderscheid te maken, cq voorkeur te geven aan één of andere therapie op basis hun invloed op levenskwaliteit. In de preventiestudies met een anti-estrogeen bij verder gezonde dames is er een significant ongunstig effect van het antihormoon op het seksueel functioneren, maar het effect is kleiner dan vaak intuïtief wordt aangenomen.

Bij jonge dames behandeld met een fertiliteitsparende ingreep en een platinum bevattende chemotherapie voor ovariële kiemceltumoren, is een beperkte seksuele disfunctie aangetoond in vergelijking met een controle groep, maar toch lijkt dit beperkt (4). Bij dames met borstkanker is de situatie meer complex en is de interactie met POF en/of anti-estrogene therapie minder vanzelfsprekend dan je voetstoots zou kunnen aannemen. Zo lijkt er in het eerste jaar na de behandeling weinig impact te zijn op seksuele activiteit, en lijkt er ook geen invloed te zijn van het type heekunde. Maar wel lijkt de seksuele disfunctie te verergeren, ondanks het herstel van de acute bijwerkingen (misselijkheid, braken, haarverlies, moeheid etc), toe te nemen gedurende de daarop volgende jaren. Een open discussie en gebeurlijk verwijzing naar een specialistische dienst moeten best vroegtijdig worden overwogen. Therapeutische studies met korte duur blootstelling aan androgene steroïden lijken weinig effect te hebben, en dit in tegenstelling tot hun invloed bij dames in natuurlijke menopauze zonder oncologische voorgaanden. Meten is weten, allicht ook in de seksuologie, en om een probleem te kwantificeren maar ook om een differentiële diagnostiek te verfijnen. De integratie van een seksueel revalideringsprogramma in grotere oncologische afdelingen is aangewezen.

Referentielijst

1. Cvancarova M, et al. Reproductive rates after cancer treatment: Experience from the Norwegian Radium Hospital. J Clin Onc 27:334-343, 2008.
2. Shover LR. Premature ovarian failure and its consequences: vasomotor symptoms, sexuality, and fertility. J Clin Onc 26:753-758,2008.
3. Neskovic Z, et al. EORTC 10002, BIG3-98. SABCS #3106, 2008.
4. Gerhenson DM, et al. Reproductive and sexual function after platinum-bases chemotherapy in long term ovarian germ cell tumor survivors: a Gynecological Oncology Group study. J Clin Onc 25:2792-2797, 2007.

Invloed van bestraling op seksueel leven van de mannelijke patiënt

Dr. Sara Junius

UZ Gasthuisberg
Dienst Radiotherapie-Oncologie

Bestraling voor prostaatkanker waarbij men gebruikt maakt van hoge dosis is veruit de belangrijkste vorm van radiotherapie die invloed uitoefent op het seksuele leven van de mannelijke patiënt .

De introductie van het prostaat-specifiek antigeen of PSA screening heeft geleid tot de diagnose van prostaatkanker in een meer vroegtijdig stadium. Dit brengt meerdere behandelingsopties voor gelokaliseerde prostaatkanker met zich mee met een gelijkwaardige tumorcontrole op lange termijn, zijnde radicale prostatectomie, externe radiotherapie, brachytherapie of in sommige gevallen de optie van een afwachtende houding. In die zin speelt het streven naar een optimale kwaliteit van leven een belangrijke rol in de keuze van de behandeling.

Wanneer men kiest voor of geadviseerd wordt een bestralingsbehandeling te ondergaan moet er een onderscheid gemaakt worden in drie tot vier mogelijkheden die elk een verschillende impact kunnen hebben op het seksuele leven van de patiënt: enerzijds een uitwendige radiotherapie die al dan niet gecombineerd wordt met een hormonale therapie of gegeven wordt na een heelkundige ingreep en anderzijds een inwendige bestraling of brachytherapie.

Wanneer er enkel een uitwendige bestraling uitgevoerd wordt, leidt dit volgens een recente publicatie in ' Journal of Sexual Medicine' (1) tot een vermindering in seksuele functie in de zin van erectiestoornissen van 36 tot 45 %. Een verminderde bloedtoevoer naar zowel de penis als de bekkenbloedvaten door een fibroseringsproces in combinatie met beschadiging van de bezenuwing is hiervoor verantwoordelijk. Belangrijk te weten is dat dit een traag proces is dat meestal zich geleidelijk ontwikkelt en pas tot uiting komt 2 à 3 jaar na de radiotherapie. Uiteraard spelen leeftijd, de erectiele functie voor de bestraling en de totale dosis die gebruikt wordt, hierin een belangrijke rol. Hiernaast zal na verloop van tijd ook een verlittekening van de prostaat en zaadblaasjes optreden waardoor het krijgen van een zaadlozing onmogelijk wordt en men spreekt van een 'droog orgasme'.

Wanneer na een prostaatoperatie, waarbij men zenuwsparend tewerk gaat en dus het herstel van de erectiele functie beoogt, een bijkomende bestralingsbehandeling geadviseerd wordt, kan dit een vertraging in het recuperatieproces betekenen die varieert van 8 tot 18 maanden.

Hormonale therapie geassocieerd aan een uitwendige bestraling wordt vooral geadviseerd in het geval van een lokaal gevorderde prostaatkanker. Uit meerdere literatuurstudies (2, 3, 4)

blijkt een verbeterde lokale controle en zelfs overlevingsvoordeel indien men gaat voor deze gecombineerde behandeling waarbij het succes van de hormonale therapie verklaard wordt door zijn radiosensitiserend effect.

De erectiele disfunctie, het libidoverlies en de algemene ontevredenheid over het seksuele leven kan hierdoor aanzienlijk toenemen en zijn afhankelijk van de totale duur van deze hormonale behandeling die varieert van zes maand tot drie jaar.

Brachytherapie waarbij de bestralingsdosis gericht kan gedoseerd worden in vergelijking met uitwendige radiotherapie zou de minste kans geven op erectiestoornissen. Dit blijkt uit een recent gepubliceerde studie (5) die de seksuele disfunctie van een al dan niet zenuwsparende chirurgie, externe radiotherapie en brachytherapie met elkaar vergelijkt en hierbij rekening houdt met het erectiel vermogen vlak voor elk van deze behandelingen.

Hedendaags zijn meerdere hulpmiddelen ter bestrijding van de verkregen erectiestoornissen door bestraling of chirurgie voor prostaatkanker beschikbaar. Men kan beroep doen op orale medicatie meerbepaald de fosfodiësteraseremmers (Viagra®, Levitra® of Cialis®). Deze zorgen ervoor dat het enzym dat instaat voor de afbraak van de zogezegde 'erectiestoffen' opgewekt bij seksuele prikkeling en verantwoordelijk voor het vollopen van de zwellichamen van de penis met bloed wat men 'erectie' noemt, afgeremd wordt. Hierdoor blijven deze stoffen langer aanwezig waardoor een 'erectie' makkelijker ontstaat en langer aanwezig blijft. Bij een volledig of gedeeltelijk intact zenuwapparaat kunnen deze dus zeer nuttig zijn en worden meestal prima verdragen.

Indien de bezenuwing onherstelbaar beschadigd is, consulteert men best de uroloog die het gebruik van intracaverneuze injecties, vacuümpompsystemen of erectieprothesen kan aanleren.

Referentielijst

- (1) Van der Wielen GJ et al. : 'Changes in the Penile Arteries of the Rat after Fractionated Irradiation of the Prostate: A Pilot Study' J. Sex. Med. 2009 Jul;6(7):1908-13.
- (2) Bolla et al.: 'Long-term results with immediate androgen suppression and external irradiation in patients with locally advanced prostate cancer (an EORTC study): a phase III randomised trial' Lancet 2002 Jul 13; 360(9327):103-6.
- (3) Pilepich et al.: 'Androgen suppression adjuvant to definitive radiotherapy in prostate carcinoma—long-term results of phase III RTOG 85–31' IJROBP 2005 Apr 1; 61(5):1285-90.
- (4) D'Amico et al.: 'Androgen Suppression and Radiation vs. Radiation Alone for Prostate Cancer: A Randomized Trial' JAMA 2008 Jan 23; 299(3):289-95.
- (5) Chen RC et al.: ' Individualizing Quality-of-Life Outcomes Reporting: How Localized Prostate Cancer Treatments Affect Patients With Different Levels of Baseline Urinary, Bowel, and Sexual Function' JCO 2009 Aug 20;27(24):3916-22.

De invloed van een kankerbehandeling op het seksuele welzijn van de man

Dr. Benny Verheyden

UZ Antwerpen
Dienst Urologie

Het laatste decennium is de overleving na een kankerbehandeling sterk verbeterd. Dit noopt ons nu ook te kijken naar de levenskwaliteit na een dergelijke behandeling. Spijtig genoeg moeten we daarbij vaststellen dat op seksueel vlak, mensen vaak te lijden hebben.

Dit kan om verschillende redenen het geval zijn.

Operaties voor tumoren van het kleine bekken

In het kleine bekken, het diepste deel van de buikholte, treffen we drie belangrijke en bij de man vrij frequent voorkomende tumoren aan: blaastumoren, prostaattumoren en endeldarm (rectum) tumoren.

Wanneer dergelijke tumoren gelokaliseerd zijn is de eerste keuze van behandeling operatief. Het getroffen orgaan wordt ruim verwijderd.

Dit brengt echter vaak belangrijke seksuele problemen met zich mee.

Wanneer de prostaat verwijderd wordt, tracht de chirurg de zenuwbanen zo goed mogelijk te sparen, maar dat gaat niet altijd. Deze zenuwen zijn minutieus klein en bevinden zich soms vlak bij de tumor. Om een oncologisch correcte operatie uit te voeren -en daar gaat het uiteindelijk om- is de uroloog soms zelfs verplicht de zenuwen mee weg te nemen.

Voor een blaastumor wordt de blaas, maar ook de prostaat mee weggenomen, en daarom kan ook hier zenuwschade ontstaan.

De seksuele impact van deze operaties is niet te onderschatten, en wordt dan ook best voor de ingreep grondig besproken.

Ejaculatie is hoe dan ook voor goed verdwenen. De erectie komt vaak veel moeizamer en is moeilijk te behouden. Maar de helft van deze mensen slaagt er nog wel in een orgasme te voelen, en dat is niet onbelangrijk.

Voor een gelokaliseerde blaastumor is er geen discussie. De behandeling is een wegname van blaas en prostaat, Dit biedt de beste kans op overleving.

Voor prostaat tumoren zijn er echter niet operatieve behandelingsalternatieven zoals uitwendige bestraling en brachytherapie (het plaatsen van radioactieve zaadjes in de prostaat).

Maar ook deze behandelingen gaan niet vrijuit! Wanneer bij een prostaatoperatie voor kanker de erectieproblemen onmiddellijk daar zijn, komen ze bij bestraling traag en geleidelijk. Maar ook bij deze behandelingen vragen patiënten vaak hulp op seksueel vlak.

Bij operaties aan de endeldarm (rectum) worden blaas en prostaat gespaard.

De bezenuwing van deze organen loopt echter rondom het rectum en kan ook hier worden gekneusd of verbroken.

Plasproblemen en seksuele problemen komen dan ook hier vaak voor.

Blameer echter nooit de chirurg. Deze zenuwbeschadiging heeft niets te maken met een nonchalante chirurgische ingreep. Het is de prijs die je betaalt voor een grondige wegname van het gezwel, en daar gaat het hem uiteindelijk om.

Hoe kan je toch je seksueel genot behouden?

Alles start eigenlijk vóór de operatie.

Het is uiteraard de gewoonte om de patiënt te informeren over de gevolgen van de ingreep, maar seksuele aspecten worden hierbij vaak vergeten.

Toch is het nuttig om ook dit aspect grondig door te praten.

Soms is het immers zinvol om vrij snel na de operatie met erectiebevorderende middelen te starten, ook al denkt de patiënt op dat ogenblik helemaal nog niet aan vrijen, omdat hij te ziek is of te veel pijn heeft. Desalniettemin moeten de nachtelijke erecties worden behouden, wil men achteraf toch goede spontane erecties krijgen.

Wanneer uiteindelijk dan toch de erecties onvoldoende blijken voor penetratie, kan men nog altijd beroep doen op hulpmiddelen.

De eerste stap hierbij zijn de erectiepillen, die vaak succesvol zijn op voorwaarde dat ze correct worden genomen. Verwacht van de pillen niet te veel: het enige wat ze doen is een bestaande erectie verbeteren. Ze doen niets aan je libido, ejaculatie of orgasmegevoel. En zit je relatie niet goed, dan kan je zeker van deze pillen geen hulp verwachten.

Seks is belangrijk in je leven, zeker wanneer je door een zware aandoening wordt getroffen. Hier kan vrijen rust en troost brengen. Maar wat je nog meer troost brengt is knuffelen en genegenheid. Vergeet dat niet, ook wanneer je erectie niet is wat ze zou moeten zijn.

Wanneer de erectiepillen niet helpen is de volgende stap een inspuiting in het zwellichaam. Dit kan je worden aangeleerd. Zeker, een dergelijke oplossing klinkt griezelig, maar een goede begeleiding haalt je hier wel overheen.

Als laatste stap kan eventueel een vacuüm pomp worden aangeraden, of een erectieprothese worden geplaatst.

U ziet, voor het verkrijgen van een erectie –puur en alleen dat- kunnen we je wel een oplossing bieden.

Maar daarmee is de seksualiteit als geheel nog niet in orde.

Eén zaak moet duidelijk zijn: als de ejaculatie verstoord is kunnen we die geenszins teruggeven. Akkoord, dit tast je mannelijkheid aan, maar als je het op de keper beschouwt is die ejaculatie enkel maar nodig voor een zwangerschap. Misschien tillen wij mannen hier wel meer aan dan onze partners.

Veel belangrijker toch is het orgasme. Dit blijft na heekunde in het kleine bekken bij de helft van de mannen behouden, en is dit niet het geval, dan kan mits bekkenbodempversteving hier nog steeds hulp worden geboden.

En het zelfbeeld?

Waar je niet zo vaak iets over hoort bij de bespreking van seksualiteit bij tumoren van het kleine bekken, zijn zorgen over je zelfbeeld.

Het gaat niet alleen om de operatielittekens, de gevolgen van sterke vermagering, maar zeker ook om de stoma's die urine of stoelgang moeten draineren naar een opvangzakje, en die vaak definitief zijn.

Hier is een pak gêne... begrijpelijk. En ook een gebrek aan praktische tips.

Testistumoren, een probleem apart

Wanneer de eerder besproken tumoren vaker bij oudere heren voorkomen, is een testistumor vaak een probleem van jonge mannen, voor wie de vruchtbaarheid belangrijk is.

Meer nog, ik zie geregeld mannen in de vruchtbaarheidskliniek, bij wie ik - voor hen totaal onverwacht - een testistumor vind.

Bij deze mannen wordt, zeker wanneer aanvullend chemotherapie of radiotherapie wordt gepland, nog veel te weinig sperma ingevroren.

Hoe gesofisticeerd ook, hebben de huidige behandelingen toch nog vaak (blijvende) vruchtbaarheidsstoornissen voor gevolg.

Zelf verricht ik bij wegname van een testikel voor kanker, nog vaak een biopsie van de andere testikel. Deze leert ons dan de afwezigheid van carcinoma in situ, en biedt ons tevens de mogelijkheid om naast sperma ook testisweefsel in te vriezen.

En wat bij jongens die nog niet in de puberteit zijn?

Van hen kunnen we uiteraard nog geen ejaculaat krijgen om in te vriezen.

Deze jongens kunnen getroffen zijn door een teelbalkanker, maar vaker gaat het om leukemie of lymfomen (Hodgkin).

Een nieuwe trend is, om bij deze kinderen een teelbalbiopsie te verrichten en deze in te vriezen.

Op deze leeftijd is er immers nog geen sperma-aanmaak, maar kunnen we wel de stamcellen bewaren die zich later zullen ontwikkelen tot zaadcellen.

Na de behandeling kunnen deze stamcellen dan worden teruggeplaatst in de teelbal en aanleiding geven tot het vormen van zaadcellen.

Deze methode is nog jong, maar loont volgens mij de moeite om erin te investeren met het oog op de toekomst van je zoon.

Vergeet immers niet dat de genezingskans van kinderen met tumoren van het bloedvormende weefsel, zoals leukemie, een zeer goede overlevingskans hebben, en in dat geval, nog een lang leven voor de boeg.

Gynaecologische kanker: gevolgen van de behandeling en seksuele revalidatie

Prof. Erik **Van Limbergen** (1) & Mevr. Hilde **Toelen** (2)

UZ Leuven– Campus Gasthuisberg
Dienst Radiotherapie-Oncologie (1)
Dienst Gynaecologische Oncologie (2)
Dienst Psychiatrie(3)

Nevenwerkingen op seksueel functioneren na behandeling gynaecologische tumoren

Prof. Dr. Erik. Van Limbergen (1), Mevr. Hilde Toelen (3), Dr. Hilde Janssen (1),
Prof. Dr. Frédéric Amant (2), Prof. Dr. Ignace Vergote (2)

De behandeling van gynaecologische tumoren in het klein bekken richt zich voornamelijk op eierstokkanker, baarmoederkanker, baarmoederhalskanker en in mindere mate op vaginakanker en vulvakanker.

De behandeling bestaat vaak uit heelkunde en/of bestraling van de genitale structuren waarvan een aantal hetzij rechtstreeks, hetzij onrechtstreeks een belangrijke weerslag kunnen hebben op het seksueel functioneren van de patiënten.

Vooreerst is er de psychologische schok van de diagnose kanker, van een potentieel dodelijke ziekte. Bij de diagnose staat de vrouw met de hals op de punt van de bajonet. Van dan af is het leven opgedeeld in de periode vóór en de periode na de diagnose. Daarbij komen dan nog de vaak zware, psychische en fysische uitputtende behandelingen, met weerslag op het goed voelen, het gelukkig zijn, en het vertrouwen in de toekomst van de vrouw zelf, haar kinderen en haar partner.

Bij de jongere premenopauzale patiënten, en meestal betreft het hier patiënten met baarmoederhalskanker, kan de behandeling aanleiding geven tot een plots vervroegde menopauze. Door het verwijderen van de eierstokken of het bestralen ervan of door chemotherapie kan de cyclische productie van het vrouwelijk hormoon wegvallen. Bij zeer jonge vrouwen met nog eventuele kinderwens kan ook de vruchtbaarheid worden aangetast.

Het is belangrijk dat het oncologisch team bij de keuze en de uitvoering van de behandeling rekening houdt met deze mogelijke effecten van vervroegde menopauze en weerslag op de vruchtbaarheid. Waar mogelijk zullen bij chirurgische ingrepen een of twee eierstokken ter plekke worden gelaten. Bij een indicatie tot bestraling van het kleine bekken, kan vooraf een transpositie van de eierstokken buiten het bekken worden verricht om het uitschakelen van de eierstokfunctie te voorkomen.

Ingrepen en bestraling van de baarmoeder, de baarmoederhals en de schede hebben daarbuiten nog een rechtstreeks effect op het seksuele functioneren. Het doorsnijden van de bezenuwing rond de baarmoeder, het wegnemen van een min of meer groter deel van de schede of het bestralen ervan leidt ongetwijfeld tot een veranderde anatomische en fysiologische situatie met seksuele weerslag.

Voorbeelden zijn verkorten van de vagina door verwijderen van het bovenste 1/3 bij baarmoeder en baarmoederhalskanker. Ook bestraling kan diverse nevenwerkingen veroorzaken.

Samen met de ingestelde menopauze kan bestraling aanleiding geven tot een drogere, fragielere schede met klachten van pijn bij het vrijen. Als hoge dosissen worden gebruikt zoals bij brachytherapie voor vaginakoepelbestraling, radicale bestraling van baarmoederhals of van vaginakanker, kan ook verkleefing van de vaginawanden met verkorting van de lengte of vernauwing van de diameter optreden. Ook hier weer moet oordeelkundig een goede selectie van behandelingsindicaties, een zeer strikte uitvoeringsprocedure van de bestraling, en best ook een preventief begeleidingsprogramma worden opgestart.

Qua uitvoering is het belangrijk dat de hoge dosisbehandeling met brachytherapie strikt gelimiteerd blijft tot die delen van de vagina waar er tumor aanwezig is en geen hoge dosissen toe te dienen op die delen waar dit niet noodzakelijk is. Door het invoeren van 3D MRI geleide brachytherapie voor baarmoederhalskanker is men er op die manier in geslaagd ernstige complicaties na verminderen van 8.2% naar 2.8%. Vaginale complicaties bedragen nog slechts 8% G1-2 tot 0.05 % G3 (1) (2). Ook het aantal vaginale nevenwerkingen en complicaties bij de bestraling van het endometriumcarcinoom zijn duidelijk afhankelijk van de toegediende dosis, en van de behandelde vaginale lengte (3).

Indien er indicatie wordt gesteld tot postoperatieve bestraling van de vaginakoepel, wordt aanbevolen deze te beperken tot het bovenste 1/3 van de vagina, en de contactdosissen te limiteren tot een radiologische equivalente dosis van 60 Gy low-dose-rate.

Ook de opvolging in de eerste maanden na de behandeling is belangrijk om vervelende late nevenwerkingen of complicaties zoals verkorting of vernauwing te voorkomen. Daarbij wordt aan de patiënten, om verdere seksuele toegankelijkheid van de schede te vrijwaren, aangeraden de seksuele activiteiten, na het verdwijnen van de acute bestralingsreacties zo snel mogelijk te hernemen.

Zo mogelijk (niet bij het oestrogeen afhankelijk baarmoederlichaam carcinoom) wordt aangeraden vaginale oestrogenen crème of ovules te gebruiken om het vaginale slijmvlies te herstellen en te versterken. Daarbij kan het gebruik van een glijmiddel tevens behulpzaam zijn.

Patiënten worden de eerste maanden 6 wekelijks gecontroleerd. Eventueel beginnende verkleefingen worden losgemaakt en desnoods wordt tijdelijk een vaginale dilatator met aangepaste diameter (2 à 3 cm dik) gebruikt om de schede zowel in de lengte als in de breedte open te houden tot het post RT helingsproces is gestabiliseerd.

Het spreekt vanzelf dat het heropstarten van seksuele activiteiten na behandeling voor een gynaecologische tumor niet vanzelfsprekend is. Zeker niet zo kort na de ingrijpende diagnose en haar belastende behandeling. Schroom, schrik voor pijn, schuldgevoel, verminderd seksueel zelfbeeld, zijn allemaal factoren die het herstelproces bemoeilijken.

Het is dan ook een must om deze opvolging te verwezenlijken onder begeleiding van een ervaren seksuologe, in een pre- en posttherapeutisch counseling programma.

Zulk een programma werd in 2008 aan de UZ Leuven in samenwerking met de diensten Radiotherapie-Oncologie, Gynecologische Oncologie en Psychiatrie opgestart.

Dit programma is vanuit multidisciplinaire invalshoek opgesteld. Enerzijds worden de vrouwen medisch begeleidt, anderzijds nemen we tijd om de psychologische, relationele en seksuologische gevolgen van de behandeling door te spreken. Een eerste kennismakingsgesprek wordt voorzien tijdens de bestraling. Na de bestraling en in aansluiting met de medische follow-up wordt een tweede gesprek aangeboden. Op dit moment is seksualiteit meer aanwezig in de belevingswereld van vrouwen en partners.

Besproken thema's binnen Psycho-seksueel Zorgtraject voor Gynaecologische Tumoren van de UZ Leuven

A. Psychologische gevolgen

Het is eigen aan een ziekteproces dat men geconfronteerd wordt met verschillende intense, soms onbekende, ***gedachten en gevoelens***. Wat men denkt en voelt verschilt van persoon tot persoon en is afhankelijk van een aantal factoren zoals de ernst van de ziekte, de aard en de gevolgen van de behandeling, de reactie van de omgeving,...

Als men de diagnose 'kanker' hoort wordt men geconfronteerd met sterfelijkheid. Deze situatie is onoverkomelijk verbonden met gevoelens van onmacht, verdriet, angst en zelfs wanhoop. Gaandeweg komen echter ook gevoelens van hoop en vechtlust naar boven. Al deze emoties zijn normaal en wisselen elkaar af.

Vrouwen met gynaecologische tumoren worden door de kanker en de behandeling ervan rechtstreeks geraakt in de lichamelijke zone die geassocieerd wordt met 'vrouw zijn'. Ommige vrouwen stellen ***hun identiteit*** als vrouw in vraag. Zij vragen zich af of ze nog aantrekkelijk zijn, of ze nog helemaal vrouw zijn, of ze nog seksuele gevoelens zullen hebben,... Daarnaast heeft de behandeling zulke gevolgen dat het activiteitsniveau dat men voor de diagnose had, verandert. Vaak kan men (tijdelijk) niet meer gaan werken en/of heeft men hulp nodig in het huishouden. Het vragen van hulp en het niet meer zelfstandig instaan voor een aantal zaken is niet voor iedereen gemakkelijk.

Ook **de partner** maakt dit ziekteproces mee en wordt geconfronteerd met de sterfelijkheid van zijn/haar vrouw. Dit maakt ook bij hem/haar onoverkomelijk bepaalde emoties los zoals onmacht en onzekerheid.

Elk koppel gaat anders om met deze situatie en de bijhorende gedachten en emoties. Sommige koppels vormen een nog inniger verbond (wij tegen de ziekte), anderen verliezen elkaar uit het oog of voelen zich onmachtig om de nodige steun te verschaffen. Dit kan spanningen veroorzaken.

Steun van je partner is een heel belangrijke factor in het dragen van de last van de diagnose en behandeling. Dit is zo voor beide partners. Spreken is een hulpmiddel om aan te geven wat je nodig hebt van elkaar.

Voor sommige koppels is spreken over seksualiteit nooit nodig geweest, voor anderen werd dit gaandeweg overbodig. Na verandering (fysiek en/of psychisch) wordt communiceren noodzakelijk.

Seksualiteit is en blijft een privé-aangelegenheid. Toch is het belangrijk om de angsten en bezorgdheden op seksueel vlak ook te bespreken met de behandelende arts. Dit is zeker niet gemakkelijk. Toch is het belangrijk om te weten wat medisch gezien kan en mag om van daaruit verder te gaan. Sommige vrouwen en mannen hebben nood aan professionele hulpverlening voor extra informatie, tips en begeleiding.

Hieronder geven we enkele praktische tips.

B. Praktische tips

Zowel lichaam als geest heeft tijd nodig om te helen. Een nieuwe situatie vraagt tijd om aan te passen. Voor iedereen is deze aanpassingstijd anders.

Chemotherapie tast de slijmvliezen aan waardoor men meer kans heeft op infecties door wrijving. Daarnaast kan de cytostatica nog 48 uur (afhankelijk van het middel) in de slijmvliezen aanwezig zijn zodat het aangeraden wordt om te vrijen met condoom. Tijdens de behandeling met radiotherapie is de vagina gevoelig en geïrriteerd. Penetratie tijdens en dadelijk na de behandeling is dan ook zeer pijnlijk. Het weefsel heeft voldoende tijd nodig om te genezen. Als de vagina gevoelig blijft, moet een arts geraadpleegd worden. De arts zal uitmaken wat de oorzaak is en samen met de patiënte zoeken naar de geschikte behandeling.

Na een operatie aan de geslachtsorganen is de inwendige wonde, gemiddeld genomen, na 6 weken genezen. Vanaf dit moment kan geslachtsgemeenschap weer opgenomen worden, mocht dit gewenst zijn.

Seksueel verlangen

Er bestaan geen medicatie noch trucjes om het spontaan verlangen te verhogen. Een daling in zin vanaf de diagnose van kanker zien we bij de meeste vrouwen. Dit is eigen aan de algemene

nevenwerkingen van de behandeling zoals vermoeidheid, haarverlies en misselijkheid.. maar ook aan het effect dat de behandeling op je gevoel van 'aantrekkelijk' zijn heeft. Wie zich fysiek minder aantrekkelijk vindt, heeft vaak minder zin in seks.

Zin hebben in is verlangen naar. Men kan naar verschillende zaken verlangen. Door wat men op medisch vlak meemaakt, kan dit verschoven zijn. Zo kunnen sommige vrouwen nu meer zin hebben in bijvoorbeeld: knuffelen, kussen, elkaar masseren of vrijen zonder penetratie. Soms is de voorkeur naar bepaalde aanrakingen of situaties (die vroeger opwindend waren) veranderd. Het is dan ook belangrijk om bij jezelf te rade te gaan: 'waar heb ik zin in?'

In de praktijk worden twee soorten van 'zin in vrijen' onderscheiden. **Spontane zin** lijkt uit het niets te komen. zin vanuit het lichaam. Vrouwen geven aan dat deze 'spontane zin' meer lijkt voor te komen als men een glaasje (alcohol) op heeft of als men verliefd is. Het tweede soort verlangen noemen we **responsieve zin**. Dit is zin die er komt door een externe factor. Hiermee bedoelen we externe prikkeling zoals bijvoorbeeld: je partner die je kust, een film, een erotisch boek, de fijne relationele/ intieme sfeer. Als de spontane zin verdwenen lijkt te zijn, is het handig om stil te staan bij de zaken die jou zin doen krijgen. Dit zou men kunnen doen door elkaar over heel het lichaam te strelen en te voelen wat prikkelend is. Dit kan veranderd zijn.

Daarnaast kan men zich afvragen of men zin heeft om 'zin te maken'. Of men open staat om zin te krijgen en de externe prikkelende factoren toe te laten.

Opwinding

Bij het vrijen komt de geest/psyche in een opgewonden toestand. Ook het lichaam komt in opgewonden toestand: het hart slaat sneller, de ademhaling gaat sneller, de tepels gaan rechtop staan, het bekken wordt gevuld met bloed, de spieren spannen zich aan, de vagina wordt vochtig, de schaamlippen zwellen op en worden roder van kleur...

Door sommige behandelingen van gynaecologische kanker kan het proces van vochtig worden belemmerd zijn. Glijmiddel op waterbasis is een eenvoudige en doeltreffende oplossingen. Breng net voor het binnenkomen van de penis een beetje glijmiddel aan aan de eikel van de penis en aan de ingang van de schede. Zo verloopt het binnenkomen vlot.

Een vaginale bevochtiger, zoals bijvoorbeeld Replens, kan men doorlopend gebruiken om de vochtbalans van de vagina in evenwicht te houden. Dit product is om de drie dagen aan te brengen. Sommige vrouwen gebruiken Replens net voor het vrijen.

Orgasme

Of het orgasme veranderd is, hangt af van de aard van de behandeling en het voorgaand orgastisch vermogen. Als de clitoris door de operatie niet beschadigd is, is in principe een orgasme krijgen mogelijk. Een orgasme ervaar je zowel met je hoofd als met je lichaam.

In je lichaam kunnen we zowel de contractie van de bekkenbodemspieren als de contractie van de spieren rondom de baarmoeder identificeren. De samentrekkingen van deze spieren worden

niet altijd zo specifiek gevoeld door de vrouw in kwestie. Mocht dit voor jou wel het geval zijn, dan zal een operatie die de baarmoeder wegneemt ervoor zorgen dat je orgasme anders aanvoelt. Na bepaalde behandelingen, zoals een vulvectomie, is de gevoeligheid van de vulva veranderd. In dit geval zal je moeten zoeken naar welke aanrakingen voor jou voldoende stimulerend zijn om een orgastische beleving te verkrijgen. De tevredenheid en het plezier over een vrijpartij hoeft niet samen te hangen met een orgasme.

Pijn bij het vrijen

Er zijn een aantal redenen waarom vrijen pijnlijk kan zijn na de behandeling. Mogelijke oorzaken van pijn zijn: fysieke veranderingen aan de geslachtsorganen, droogheid van de vagina, infecties en spanning.

Ook pijn in het hele lichaam, bijvoorbeeld na een operatie, is mogelijk. Geef het lichaam de tijd om te herstellen.

Het is belangrijk om na te gaan waar de pijn zich precies situeert. Zo kan het probleem aangepakt worden. Bekijk de vagina met een handspiegeltje en raak de verschillende delen aan met de vinger. Men kan dit alleen doen of samen met de partner.

- Als men merkt dat deze aanrakingen niet pijnlijk zijn, dan komt de pijn tijdens het vrijen hoogstwaarschijnlijk door:
 - o ***Droogheid van het vaginale weefsel***/ Atrofie
 - Gebruik een glijmiddel op waterbasis bij de volgende vrijpartij. Bijvoorbeeld: Durex, Lubrilan, Feminine
 - Gebruik een vaginale bevochtiger. Bijvoorbeeld: Replens
 - o ***Spanning*** van de bekkenbodemspieren
 - Leer de bekkenbodem te controleren eventueel onder begeleiding van een kinesist

- Merkt men dat de ***huid er rood en geïrriteerd*** uitziet dan kan het zijn dat men een infectie heeft. Vrij zeker niet verder vooraleer de infectie behandeld is. Raadpleeg hiervoor een arts of gynaecoloog.

- De pijn kan veroorzaakt worden door ***fysieke veranderingen*** die definitief zijn
 - o Het kan zijn dat de schede korter is als men pijn voelt diep in de schede/ in de onderbuik als je partner diep stoot.
 - Zoek naar houdingen waarin de partner niet zo diep in de schede penetreert. Bijvoorbeeld: lepeltjeshouding
 - Vrij in missionarishouding met de benen tegen elkaar. Breng glijmiddel aan tussen de dijen. Zo creëert men de illusie van een langere schede.

- Vernauwing van de schede na bestraling
 - Als de penis van de partner niet meer compatibel is met je schede, moet je andere manieren (buiten penetratie) zoeken om te vrijen. Zoals bijvoorbeeld intens knuffelen en strelen, manuele en/of orale stimulatie.
 - Regelmatig (3 maal per week) inbrengen van staafjes. Door deze handeling wordt het weefsel beetje bij beetje gestretcht. Bij het inbrengen van de staafjes wordt het best glijmiddel gebruik. Deze staafjes zijn verkrijgbaar via het ziekenhuis of kan u aankopen op internet (www.pelvitec.nl). Meer uitleg kan u verkrijgen bij de behandelende arts en/of een seksuoloog.
- Littekenweefsel
 - Masseer dit weefsel regelmatig om gewend te worden aan de sensaties en om het weefsel elastisch te houden.
 - Als het onaangenaam blijft, zoek andere manieren om fijn te vrijen.

Naast het kunnen identificeren van pijn, leert men op deze manier ook zichzelf beter kennen. Het koppel krijgt meer vertrouwen in 'dat vrijen nog kan'. De onzekerheid en angst om te vrijen zullen dalen.

Bij het overgaan tot penetratie, wordt er het best gekozen voor een houding waarbij de vrouw de meeste controle heeft. Voor velen is dit de positie waarbij de vrouw schrijlings op de man zit (vrouw boven of ruitershouding). Op deze manier kan de vrouw het bekken kantelen op de manier dat zij wenst. Gebruik zeker de eerste maal voldoende glijmiddel. Mocht het pijnlijk aanvoelen, vrij gerust verder zonder penetratie. Sla vooral niet in paniek. Waarschijnlijk gaat het de volgende keer vlotter.

Het is belangrijk om steeds te communiceren over wat men leuk vindt en wat niet. Dit kan ook non-verbaal (zonder woorden). De partner kan (ook na jaren samenleven) niet altijd weten wat er in de ander omgaat.

Besluit

Wij hopen hiermee een beknopt maar duidelijk beeld te hebben gegeven over de gevolgen van de behandeling bij gynaecologische kanker. We hebben zowel de medische als psychologische gevolgen besproken. Ook werden de mogelijke hindernissen op seksueel gebied aangestipt. Deze hindernissen kunnen echter deels overwonnen worden en we hopen hiervoor voldoende praktische tips meegegeven te hebben.

Referenties:

1. M. Debrabandere, A.G. Moussa, A. Nulens, A. Swinnen, E. Van Limbergen. Potential of dose optimisation in MRI based PDR brachytherapy of cervixcarcinoma. *Radiotherapy and Oncology*, 2008, 88: 217-226.

2. R. Pötter. Clinical impact of MRI assisted dose volume adaptation and dose escalation in brachytherapy of locally advanced cervixcancer.

Radiotherapy and Oncology, 2007, 83: 148-155.

3. R. Pötter, A. Gerbaulet, C. Haie-Meder. Endometrial Cancer. In: The GEC-ESTRO Handbook of brachytherapy. Ed. A. Gerbaulet, R. Pötter, J.J. Mazon, H. Meertens, E. Van Limbergen, 2002. ISBN 90-804532-6, p. 365-401.

“Wederom kijk ik in de spiegel...” Over het zelfbeeld van kankerpatiënten

Mevr. Inge **Paesschierssens**

Katholieke Hogeschool Kempen
Dep. Gezondheidszorg Lier

Inleiding

Duizend kankerpatiënten. Duizend unieke verhalen. Deze korte bijdrage poogt toch een gemeenschappelijk beeld te geven, o.a. ontstaan uit wetenschappelijk onderzoek, van de invloed van kanker op het zelfbeeld van de patiënt en daarmee ook op zijn/haar relatie met een ev. partner. Seksualiteit, sensualiteit en intimiteit zijn hierbij belangrijke thema's.

De titel van deze bijdrage komt uit een gedicht van Annemiek van den Berg.

Het zelfbeeld doorheen het ziekteproces

Voor de patiënt en zijn/haar partner en omgeving, want kanker heb je niet alleen, betekent de ziekte vaak een traumatische gebeurtenis, ook een periode met verschillende fasen (Pet & Hudig):

- Na de schok van de **diagnose**, gekenmerkt door onzekerheid en wachten, volgt een
- periode waarin de kankerpatiënt zich zo goed mogelijk probeert aan te passen aan de **medische behandeling**. Hij/zij doet dan wat er in deze fase als patiënt moet worden gedaan. Een jonge vrouw met borstkanker uitte dit als volgt: “Ik geef letterlijk mijn lichaam over aan de specialisten. Ik leg mijn lijf in hun handen, zonder er al te veel over na te denken. Zij weten het best wat nodig is en ik volg alles zo goed mogelijk op...”.
- **Na de behandeling, de chronische fase**, willen de meeste patiënten “gewoon” de draad terug opnemen, maar...vallen hierbij vaak in een “zwart gat”. Bettina Leysen (2004): “Eén op vier kankerpatiënten maakt in het jaar na de behandeling een depressie door. Zolang mensen in medische handen zijn, hebben ze een houvast. Na afloop valt die houvast weg en steken de existentiële angsten opnieuw de kop op. De familie verwacht vaak dat je een bladzijde omslaat en je leven herneemt. Juist dan kan men dit vaak niet. Men heeft er behoefte aan om het leven grondig te overdenken. Velen worstelen met hun zelfbeeld, met intimiteit, met hun seksualiteit.

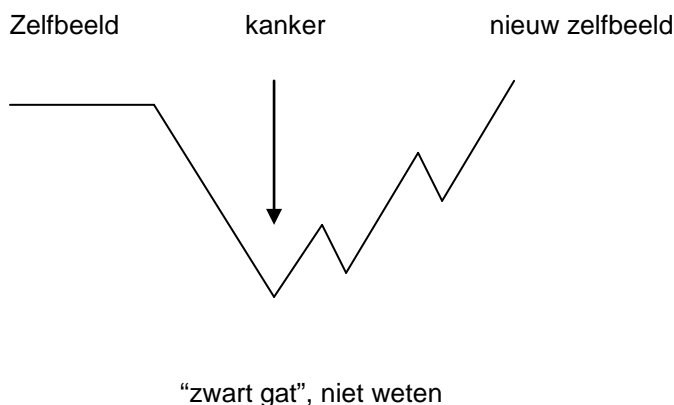
Er ligt voor kankerpatiënten na de behandeling dus nog een heleboel werk op de plank, maar velen denken dat ze niet meer gerechtigd zijn om nog eens hulp te vragen.” (De Standaard, 21 mei 2004).

Het “werk dat op de plank ligt” is eigenlijk een ver-werk-en, waarbij je niet vergeet, maar hetgeen je zo brutaal overkomen is, in je leven inpast en er zo goed mogelijk probeert mee om te gaan. Deze vaardigheden om met moeilijke of stressvolle situaties om te gaan, worden “copingvaardigheden” genoemd.

In deze periode van het niet-(meer)-weten geraak je vaak als kankerpatiënt jezelf ook “kwijt”. Je zelfbeeld van vóór de ziekte wankelt of spat uiteen. Je weet het vaak niet meer. Je kent jezelf niet meer. Doorheen de periode na de behandeling bouw je vaak een nieuw, veranderd zelfbeeld op.

In die zin is kanker eigenlijk een “ruimte-innemend proces” (M. Remie, in Yang & Staps), waarin het letterlijk zo snel en grondig mogelijk moet worden weggehaald. Figuurlijk is het een proces waarin ruimte moet worden gecreëerd om er uiteindelijk mee te kunnen leven. Een ruimte waarin alles mag zijn...

Het gaat voor vele patiënten vaak over een herontdekken van je nieuwe zelf, met nieuw gedrag waarbij kanker zo goed mogelijk in je leven wordt ingepast, met nieuwe gevoelens, gedachten, nieuwe grenzen of beperkingen.



- Een mogelijke laatste fase bij kanker is de **palliatieve fase** waarin het besef van eindigheid, onmachtgevoelens, hoop en wanhoop kenmerkend zijn.

Gevolgen van kanker op het zelfbeeld

Iedereen zal de gevolgen van kanker op haar/zijn zelfbeeld anders ervaren. Dit hangt o.a. af van:

- **Het lichaamsbeeld:** het beeld dat je van je lichaam hebt en de waardering ervoor. De gevolgen voor het lichaamsbeeld, en dus het zelfbeeld, van een borstsparende operatie versus een mastectomie liggen vaak anders
- **Type van kanker:** zijn de gevolgen van kanker of de behandeling “zichtbaar” of niet.

- **Fase van de ziekte:** het zelfbeeld is een dynamisch, veranderlijk gegeven. Sommige kankerpatiënten hebben een erg negatief zelfbeeld (gevoelens van depressie, weinig zelfvertrouwen,...) in de periode vlak voor een check-up of in de dagen waarin ze op resultaten moeten wachten. Hun zelfbeeld kikkert terug op bij goed nieuws.
- **het zelfbeeld vóór de ziekte**
- **de copingvaardigheden.** Voor het omgaan met kanker blijkt (Ranchor e.a.):
 - dat de **persoonlijke betekenis** die de situatie voor hem/haar heeft van groot belang is. Deze kan
 - negatief zijn: een bedreiging, verlies, schade
 - neutraal zijn: dit komt niet zo vaak voor
 - positief zijn: een uitdaging betekenen.
 Vaak komen combinaties van betekenissen voor.
 - dat de inschatting van de **hulpbronnen** belangrijk is. Deze hulpbronnen kunnen
 - extern zijn: sociale steun, financiële middelen,...
 - intern zijn: manier van omgaan met een stressvolle situatie, gevoel van controle, zelfvertrouwen, optimisme,... Uit onderzoek blijkt een goed evenwicht tussen vechten en accepteren een belangrijke copingstrategie.
- **Rol van je partner** cf. 4
- **De sociale steun uit je omgeving.** Een partner, familie of vrienden die onvoorwaardelijk steun bieden, (bv. opvang voor de kinderen, iemand die wel al eens kookt en het huishouden doet, luisteren op elk moment van de dag,...)

Uit recent wetenschappelijk onderzoek (*De Morgen, 6 juni 2009*) blijkt vriendschap een sterk wapen dat ziekte en depressie op een afstand houdt, het herstel versnelt, het verouderingsproces vertraagt en het leven verlengt. Uit een studie onder bijna 3.000 verpleegkundigen met borstkanker blijkt dat vrouwen zonder goede vrienden vier keer meer risico lopen om aan de ziekte te overlijden dan vrouwen die kunnen terugvallen op vrienden. Opmerkelijk hierbij is dat de nabijheid en de frequentie van de contacten geen invloed hebben op hun overlevingskansen. Alleen al het feit dat ze vrienden hebben, beschermt hen. Deze rol van vrienden zou zelfs belangrijker kunnen zijn dan die van familie.

Voor vele kankerpatiënten is het omgaan met lotgenoten een erg belangrijke steun. De vele psychosociale programma's voor kankerpatiënten die de jongste jaren zijn opgesteld, zijn dan ook voor vele patiënten erg waardevol en bieden vaak een groot houvast.

De **bejegening vanwege de hulpverleners** (oncologen, verpleegkundigen, schoonheidsspecialisten, kinesisten, psychologen, psychotherapeuten, ergotherapeuten, ...). Een respectvolle manier van omgaan met de patiënt en met zijn zieke lichaam, draagt bij tot een meer positief zelfbeeld. Uit de praktijk blijkt echter nog het grote taboe bij de hulpverleners om thema's als seksualiteit, sensualiteit en intimiteit zelf ter sprake te brengen. De meeste kankerpatiënten verwachten en hopen dit echter wel. Een open communicatie ook rond deze thema's is echt noodzakelijk! Hier ligt een grote uitdaging voor de hulpverleners.

Zelfbeeld en relatie, seksualiteit, sensualiteit en intimiteit

In hun ziekteproces ervaren vele kankerpatiënten hun lichaam vaak bijna louter als een "object" waarop werd getekend (bv. de punten van de radiotherapie), dat wordt gemanipuleerd (door allerlei min of meer pijnlijke onderzoeken en ingrepen bv. een poortkatheter) en dat vaak enkel met een koel, klinisch oog wordt bekeken.

Het is in deze context dan voor velen ook een echte uitdaging en een uitnodiging om opnieuw te voelen, te (laten) raken, aan te raken, geraakt te worden, (terug) dicht bij hun lichaam te komen, het te bekijken. Hun eigen lichaam m.a.w. opnieuw als een "contact-orgaan" voelen.

Het hele ziekteproces en de behandeling maken dit vaak erg moeilijk. Voor sommigen is dit ganse verwerkingsproces verbonden met lijden en dood en dit maakt het juist allemaal nog veel zwaarder. Oog in oog staan met je eigen kwetsbaarheid, je gehavende, vermoeide lichaam is voor vele kankerpatiënten pijnlijk. Uit vele verhalen blijkt hoe belangrijk de schoonheidsconsulente voor hen is, om hen terug dichtbij zichzelf te laten komen.

Vaak maken passie en begeerte plaats voor een verlangen om dicht-bij te zijn, een verlangen naar genegenheid, tederheid, intimiteit. Seks krijgt tijdelijk een andere betekenis. Zeker wanneer er lichamelijk veel veranderd is, kan het veel tijd vragen om (terug) van seks te genieten. Pas wanneer je je terug vertrouwd voelt in en met je eigen lichaam, kan de behoefte aan seksueel contact groeien. Dit is uiteraard ook sterk afhankelijk van de relatie en de seksualiteit zoals het vóór de ziekte was!

Doorheen dit verhaal van de kankerpatiënt loopt er natuurlijk ook het verhaal van de **partner** van de patiënt. Ook zijn/haar zelfbeeld, seksualiteit en sensualiteit worden doorheen het hele verwerkingsproces van de ziekte beïnvloed. Vaak wordt de partner in de rol van de verzorgende geduwd. Een rol die nieuw kan zijn. Hierdoor wordt de partnerrelatie anders gekleurd en kan ze onder druk komen te staan. Vaak ligt in de partnerrelatie de klemtoon op ziekte, de zieke, het verzorgen, het bezorgd omgaan met elkaar. De klemtoon ligt dan eerder op de last. De lust, het genietend met elkaar omgaan, het sensuele, verdwijnt vaak op de achtergrond. Vele partners vertonen dan soms ook signalen van uitputting. Dit kan dan weer een weerslag hebben op hun zelfbeeld en hun identiteit: "Kan ik dit allemaal wel aan, Hoe moet ik alles op een rijtje krijgen,

Hoe moet het met mijn werk?..." Voor sommige partners is de druk zo groot, dat ze uit de relatie stappen.

Openheid en communicatie zijn ook hier belangrijke sleutelwoorden, hoe moeilijk het ook is!

De patiënt en zijn/haar partner kunnen ev. samen op seksueel vlak (opnieuw) op ontdekkings-tocht gaan. Dit kan heel intiem en speels zijn. En aan de verbeelding hoeven dan ook niet veel grenzen te zijn...

Een nieuwe relatie?

Een nieuwe intieme relatie aangaan, kan door de ziekte en de behandeling belastend zijn. Vooral wanneer de kanker en/of behandeling zichtbaar is in het uiterlijk.

Maar ook door minder direct zichtbare veranderingen, zoals bv. een stoma, kan je schroom hebben om een nieuwe relatie aan te gaan. Want wanneer vertel je aan een potentiële nieuwe partner dat je kanker hebt (gehad)? Wanneer geef je jezelf letterlijk en figuurlijk bloot?

Meestal is het niet aan te raden om al bij de eerste kennismaking alles tot in de details te vertellen. Té lang wachten is echter ook niet goed. Vaak is het een kwestie van aftasten en zoeken naar een geschikt moment, waarop de patiënt zich zelf sterk genoeg voelt en voldoende zelfvertrouwen heeft (positief zelfbeeld) om hierover te spreken.

Om zich letterlijk bloot te geven aan een nieuwe partner, is vaak meer tijd nodig. Het is voor veel kankerpatiënten vaak belangrijk om eerst aan hun nieuwe, veranderde, soms geschonden lichaam te wennen, er zelf terug vertrouwd mee te geraken en het (opnieuw) misschien graag te leren zien. Dan kunnen ze zichzelf ook echt "tonen" aan een nieuwe partner.

Het evenwicht na kanker is een nieuw evenwicht. Het zelfbeeld na kanker is een nieuw zelfbeeld. Vaak is het een afscheid nemen van het oude, het bekende. In die zin maken kankerpatiënten vaak een rouwproces door. Soms betekent het ook een groei. Veel patiënten ervaren na verloop van tijd een grotere levenslust. Ze genieten ook meer (ook van seksualiteit, sensualiteit, intimiteit) of ze verstaan beter de kunst om te kiezen voor wat voor hen echt belangrijk is!

"De boodschap voor kankerpatiënten is: langer leven hoeft niet de grootste bekommernis te zijn, maar béter leven. Goed voor jezelf zorgen aandachtig luisteren naar de noden en signalen van je lichaam en ziel" (B. Leysen).

Elke stap vooruit is een overwinning op jezelf!

Bibliografie

KWF-Kankerbestrijding (2008). Kanker en seksualiteit.

PET, A. en HUDIG, W. (2006). Dokter, ik heb kanker...Helen Dowling Instituut. Presentatie voor huisartsen-duodagen Noordwest Utrecht.

RANCHOR e.a. (2002). Coping en controle. Uit: psychologische patiëntenzorg in de oncologie.

VAN DE WIELE, M. (1996). Over seksualiteit en sensualiteit ...binnen oncologie.

YANG, W.& STAPS, T. (2000). Kanker: eindigheid, zin, spiritualiteit. Ontweken aspecten van de psychosociale oncologie. Valkhof Pers.

Wat met de vruchtbaarheid na kankertherapie?

Prof. Dr. Frédéric **Amant**
UZ Gasthuisberg
Gynaecologische Oncologie
Dienst Verloskunde-Gynaecologie

Inleiding

De lange termijn overleving verbetert permanent voor vele kankers. De 5-jaar ziekte-vrije overleving bereikt 80% in meeste pediatrische kankers, terwijl de 5-jaar overleving voor volwassen patiënten tussen 20 and 49 jaar hoger is dan 70%. Dit danken we aan de evoluties in de behandeling van deze aandoeningen en aan de vroege detectie van borstkanker. De keerzijde van de medaille is dat we meer geconfronteerd worden met de late nevenwerkingen van chemo- en radiotherapie. Infertiliteit is een frequente nevenwerking met een grote impact op de levenskwaliteit van jonge mensen die kanker overleven. De zorg voor de fertiliteit heeft dan ook een prominente plaats in de aanpak van deze patiënten.

Gonadale toxiciteit door kankerbehandeling

Man

De testis staat in voor spermatogenese (het kiemcelepitheel) en de productie van testosteron (de cellen van Leydig). Beide functies worden door chemo- en radiotherapie beïnvloed. Het kiemcelepitheel is wel gevoeliger aan chemo- en radiotherapie dan de Leydigcel. Leydigceldysfunctie is meestal enkel te merken aan een verhoging van het luteïniserend hormoon (LH) en een laagnormaal of licht gedaald testosteron. Afhankelijk van de ernst van de kiemcelepitheelschade ontstaat er oligospermie of azoospermie die soms, na wisselende termijn en in wisselende mate, reversibel is na de behandeling. Er is geen overtuigende evidentie dat de prepubertale testis meer resistent is aan chemo- en radiotherapie dan de volwassen testis.

Vrouw

De ovariële cortex bestaat voor ruim 80% uit primordiale follikels. De productie van deze follikels stopt in de vijfde maand van het foetale leven. Dan is het follikelaantal maximaal en zal deze voorraad voortdurend afnemen zodat er rond de leeftijd van 50 jaar nog een duizendtal overblijven en de menopauze begint. Chemo- en radiotherapie inhiberen de follikelrijping waardoor de menses tijdens de behandeling kunnen ophouden. Naast dit acute effect lopen follikels ook letale schade op, resulterend in apoptose. De follikelvoorraad neemt zo sneller af. LHRHa onderdrukken de hypofysaire-ovariële as en geven zo aanleiding tot amenorroe.

Afhankelijk van het resterende follikelaantal kunnen vrouwen na de behandeling opnieuw menstrueren of onmiddellijk een prematuur ovarieel falen (POF of premature menopauze) ontwikkelen. POF geeft naast amenorroe ook aanleiding tot vasomotore symptomen (vapeurs), genito-urinaire symptomen (vaginale atrofie, dyspareunie, dysurie) en osteoporose. Ook vrouwen die na de behandeling opnieuw menstrueren hebben een verhoogd risico op POF. Er zijn argumenten om aan te nemen dat het prepubertale ovarium meer resistent is aan chemo- en radiotherapie dan het volwassen ovarium.

Algemene risicofactoren voor infertiliteit

Het risico op infertiliteit na kankerbehandeling wordt vooral bepaald door de fertiliteit bij de start van de behandeling en de gonadale schade door de behandeling. Zowel kenmerken van de patiënt als van de behandeling spelen dus een rol. Wat de patiënt betreft, zijn de leeftijd, de ziekte en de voorafgaande behandelingen bepalend voor de testiculaire functie en de ovariële reserve bij aanvang van de behandeling. Het type cytostaticum, de totale cumulatieve dosis chemo- en radiotherapie en het bestralingsveld zijn de bepalende factoren van de behandeling. Aan de hand van deze variabelen kunnen we het risico op infertiliteit na de behandeling inschatten.

Therapeutische opties

Als bij diagnose van een potentieel geneesbare kanker blijkt dat de kinderwens niet vervuld is, komt het er op aan de mogelijkheden voor het behoud van de fertiliteit tijdig met de patiënt te bespreken. Soms kunnen we proberen de gonaden te beschermen tegen de toxiciteit van de chemo- en radiotherapie. Een andere optie is het invriezen van gonadaal weefsel om zo in de toekomst aan een zwangerschapswens tegemoet te kunnen komen.

Vrouw

Ovariopexie

Ovariopexie houdt in dat de ovaria operatief tot buiten het bestralingsveld verplaatst worden. Bij abdominaal gelokaliseerde tumoren kan deze procedure soms plaatsvinden tijdens de ingreep voor de primaire tumor. In andere omstandigheden wordt aangeraden deze procedure uit te stellen tot net voor de bestraling om de kans op migratie van de ovaria naar hun oorspronkelijke positie te verminderen. Ovariopexie moet steeds overwogen worden bij een pelvische bestraling. Er werd berekend dat de dosis op de ovaria zo tot minder dan 10% van de oorspronkelijke dosis kan worden teruggebracht. Mogelijke nevenwerkingen zijn benigne ovariële cysten en infarctisatie.

GnRH analogen

Over de werkzaamheid van gonadotropin-releasing hormone agonisten (GnRHa) is er veel controverse. GnRHa onderdrukken de hypofysaire-gonadale as en creëren zo een prepubertaal hormonaal milieu. Mogelijk wordt daardoor de gevoeligheid voor chemotherapie verminderd. Evenwel is hiervoor meer onderzoek nodig.

Cryopreservatie van embryo's

In de fertiliteitkliniek is er heel wat ervaring met het invriezen van de embryo's die na IVF niet in de baarmoeder ingeplant worden. Embryo's verdragen het invriezen en ontdooien goed. Als er meerdere embryo's zijn is de cumulatieve kans op zwangerschap 60%. Cryopreservatie van embryo's is dan ook de meest efficiënte manier voor behoud van de fertiliteit. Na ovariële stimulatie worden oocyten door middel van een echografiegeleide punctie geaspireerd. De oocyten worden in vitro bevrucht en ingevroren. Deze procedure duurt 2 tot 6 weken en vraagt dus een uitstel van de behandeling die niet altijd te verantwoorden is. Bovendien hebben patiënten met een recente kankerdiagnose meestal andere prioriteiten dan een dringende IVF behandeling en hebben niet alle patiënten een partner of een partner waarvan ze kinderen willen. Uiteraard bestaat de mogelijkheid tot IVF met zaadcellen van een spermadonor maar ook deze behandelingsvorm is niet evident onder tijdsdruk, omdat het hier toch ook gaat om een fertiliteitbehandeling met belangrijke gevolgen voor het kind .

Cryopreservatie van mature oocyten

Na bovengenoemde procedure kan ook overwogen worden de oocyten niet te bevruchten en onbevrucht in te vriezen. Dit is een mogelijkheid indien er geen mannelijke partner is en indien gebruik van zaadcellen van een spermadonor geen optie is. De bedoeling is om oocyten later te ontdooien en pas dan te bevruchten. Oocyten zijn veel gevoeliger aan schade tijdens het invriezen dan embryo's met een slechte overleving na het ontdooien tot gevolg. De kans op een succesvolle zwangerschap is daarom lager is en wordt geschat op 2% per oocyt. De nadelen verbonden aan de procedure zijn analoog aan de cryopreservatie van embryo's.

Cryopreservatie van ovarieel weefsel

Deze techniek bestaat uit het laparoscopisch wegnemen van ovariële cortex die vervolgens versneden wordt en als fijne strips ingevroren. De bedoeling is dit weefsel later opnieuw te ontdooien en dan opnieuw in te planten of om de follikels in vitro te laten ontwikkelen. De ervaring met deze techniek is beperkt en het experimentele karakter dient ook grondig besproken te worden. Een belangrijke zorg in geval van hematologische kankers is het risico op het terug inbrengen van maligne cellen.

Man

Het invriezen van sperma blijft de gouden standaard voor het behoud van de mannelijke fertiliteit. Met de huidige IVF technologie en meer bepaald de intracytoplasmatische sperminjectie (ICSI) is het mogelijk ook mannen met een lage spermakwaliteit zo te helpen. Als er spermatozoa aanwezig zijn, wordt dan ook tot cryopreservatie overgegaan. Het is van groot belang dat patiënten zo snel mogelijk naar de fertiliteitskliniek worden verwezen om minstens 2 spermastalen met een interval van 48 uur te kunnen invriezen. Cryopreservatie van testiculaire weefsel is een experimentele optie die overwogen kan worden als mannen niet in staat zijn spermastalen te leveren. Het afblokken van de testis tijdens pelvische of abdominale bestraling moet altijd in overweging genomen worden. Er is bij mensen geen evidentie voor een protectief effect van GnRHa op de spermatogenese.

Alternatieven

Soms is vruchtbaarheid onmogelijk. Gebruik van eicellen, sperma, embryo of een baarmoeder van een derde persoon (gameet donor of surrogaat) door een niet vruchtbaar koppel kan overwogen worden zodat ze ouders kunnen worden. Ook adoptie is een overweging waard. Dit kan evenwel duur zijn en de kanker voorgeschiedenis kan beperkend zijn.

Bespreken van fertiliteit.

Barrières voor behoud van vruchtbaarheid behelzen een tekort aan informatie over kanker en infertiliteit, gebrekkige kwaliteit van informatie, geen overleg met oncoloog, oncoloog overlegt vooral behandeling, oncoloog heeft zich niet altijd bewust van bezorgdheid over vruchtbaarheid, kost van vruchtbaarheidsinterventies, clinicus niet altijd vertrouwt met vruchtbaarheid. De druk op de kankerpatiënt is echter aanzienlijk. Immers, de tijd is kort, de tussenkomst van de verzekering varieert per land (kanker, fertiliteit behandeling) en de kost geassocieerd met behandeling (variabele duur behandeling, verlies of vermindering van werk) kan belangrijk zijn.