

Rak in spolnost

Albert Peter Fras

Spolnost je pri ljudeh pomemben dejavnik kakovostnega življenja. Številne študije bolnikov z rakom so pri njih ugotovile psihosocialne in psihične motnje. Mednje uvrščamo tudi motnje v spolnem življenju. Znano je, da vsaj 50% bolnic, obolelih za rakom rodil, trpi zaradi motenj v spolnem življenju (1). Manj znani so podatki o vplivu raka na spolno življenje moških. O spolni rehabilitaciji tudi ne vemo veliko. V naših razmerah je skoraj ni ali pa obsega le pogovor posameznikov z lečečim zdravnikom. Vzrok za omenjeno stanje ni samo dejstvo, da pogovori o spolnosti predstavljajo bolnikih z rakom bolnikih neobičajno tematico, temveč morebiti tudi pomanjkljivo znanje zdravnikov o spolnosti kot dejavniku kakovostnega življenja. Neredko se bolnice in bolniki z rakom zatečejo po nasvet k negovalnemu osebju, saj imajo z njim več vsakodnevnega stika, zlasti med dolgotrajnejšim zdravljenjem v bolnišnični ustanovi.

Spolnost je prvinska človekova lastnost. Definicije normalne spolnosti skoraj ni, saj celo razlaga o normalni spolnosti ne daje celostnega pogleda nanjo. Zanesljivo pa je, da se ljudje zanimajo za spolnost vse življenje in tudi ohranijo spolno aktivnost do konca življenja (2).

Za razumevanje mehanizmov spolnosti je treba vedeti, da to ni preprost in enkratni pojav, temveč gre za splet več dejavnikov, kar lahko imenujemo spolni odziv. Sam spolni odziv je razdeljen v štiri faze.

1. Želja po spolnosti (spolna sla); je normalen del življenja od pubertete naprej.
2. Vzburjenje; po navadi sledi pobudi in se izraža na celotnem organizmu.
3. Orgazem je vrhunec spolnega doživetja.
4. Resolucija je faza, v kateri se organizem povrne v spolno nevburjeno stanje.

Posamezne faze odziva organizma se prepletajo. Poudariti je treba, da je taka razdelitev spolnega odziva v bistvu umetna. Če se posameznikov odziv pri naštetih fazah nekoliko razlikuje, to še ne pomeni, da je njegovo doživljanje spolnosti bistveno drugačno ali celo nenormalno (2,3).

Znano je, da obolelost za rakom sproži pri bolniku vrsto psihofizičnih problemov, ki ga v začetku povsem obvladujejo. Med temi so: strah, težave v komuniciranju, neredko tudi socialna izolacija. Pojem strah obsega različne konkretne oblike strahu, na primer strah pred bolečino, smrtjo, izgubo kontrole, strah pred odvisnostjo od drugih ipd (4). Depresijo so opazovali kar pri 49% bolnic, zdravljenih zaradi ginekoloških oblik raka (5). Ni težko

predvidovati, da je zanimanje za spolnost pri takih bolnikih potisnjeno v ozadje, saj je veliko več drugih problemov, s katerimi se mora tak bolnik tedaj spopasti. Prav tako pa sta lahko narava bolezni in tudi zdravljenje dejavnika, ki bistveno vplivata na katero koli fazo spolnega odziva. Vsaki fazi ustrezajo posamezne anatomske in fiziološke zahteve, ki so prav pri bolniku z rakom največkrat prizadete. Razlika v elementih spolne sle in odziva pri moških in ženskah povzroča tudi različnost odziva pri obolelih.

FIZIOLOGIJA SPOLNEGA ODZIVA

Pri moških je spolni hormon testosteron odgovoren za razvoj spolnih organov, erekcijo in spolna nagnjenja v prvi vrsti, v drugi pa za razvoj sekundarnih spolnih znakov.

Erekcija ali otrditev spolnega uda je posledica dražljajev iz centralnega živčnega sistema, ki pospešijo dotok krvi v spolni ud in upočasnijo odtok. Živci potekajo ob obsečnici in za njo. Dražljaji iz kože spolnega uda potekajo po drugi poti, tako da je mogoč tudi orgazem brez erekcije. Ejakulacijo ali izliv semenske tekočine uravnava tretji snopič živčnih poti, ki poteka višje kot prejšnja dva v trebuhu.

Orgazem pri moškem je dvostopenjski. Prva stopnja ali emisija predstavlja kontrakcije obsečnice, semenjakov ter semenovodov. Pri tem se zmešajo semenčice in semenska tekočina. Druga stopnja ali ejakulacija se pojavi z ritmično kontrakcijo mišic ob korenu spolnega uda, ki pri tem potiskajo semensko tekočino s semenčicami po sečnici navzven. Hkrati potujejo občutki ugodja proti možganom.

Pri ženskah estrogeni in progesteron, ki nastajajo v jajčnikih, bistveno ne vplivajo na spolni odziv. Pomembnejšo vlogo naj bi imeli androgeni, šibka oblika moških spolnih hormonov. Tako tudi izguba jajčnikov v predmenopavzni dobi nima večjega vpliva na pojavljanje spolne sle pri ženskah (6).

Ženski spolni hormoni vplivajo na vlažnost in raztegljivost nožnice, tako da njihovo zmanjšanje ob naravni ali iatrogeni menopavzi povzroči organske spremembe, ki pa vendarle nekoliko vplivajo na spremembe, ki jih povzročijo spolno vzburjanje.

Pri orgazmu kot posledici spolnega vzburjenja nastopi ritmična kontrakcija mišic ob spolovilu, nenadna sprostitve mišičnih kontrakcij pa povzroči občutek ugodja v tem predelu ali po vsem telesu.

V nasprotju z moškimi, pri katerih orgazmu sledi faza neodzivnosti, imajo lahko ženske več orgazmov zaporedoma.

VPLIV RAKA NA SPOLNO SLO IN SPOLNI ODZIV

Obolestost za rakom povzroči pri obolelih znižanje ali celo pomanjkanje spolne sle. Vzrok za to sta največkrat dva dejavnika: psihični dejavnik in bolečina, ki je organske narave.

Psihični dejavnik

Ob soočenju z boleznijo bolnice in bolniki izgubijo zanimanje za spolnost. Prevladuje želja po ozdravitvi in preživetju, ki zanimanje za spolnost potisne globoko v podzavest. Tudi med zdravljenjem prevladujeta zaskrbljenost in depresija, ki sta posledica splošnega slabega počutja zaradi bolečin, ki običajno spremljajo začetno zdravljenje (dodatni diagnostični posegi, kirurško zdravljenje) ali tudi drugih spremljajočih težav, saj se zaradi zdravljenja tudi poruši normalno hormonsko ravnotežje (orhidektomija pri zdavljenju raka obsečnice).

Nepoučenost o bolezni, poteku zdravljenja in morebitni invalidnosti po zdravljenju lahko sproži nesoglasja med partnerji, vse to pa še dodatno pripomore k zmanjšanju spolne sle ali je celo vzrok za ugaslo zanimanje za partnerja.

Bolečina

Akutna bolečina, ki lahko spremlja začetek bolezni ali zdravljenja, je vzrok za zavračanje spolnih odnosov med partnerjema. Tudi kronična bolečina, ki nastane zaradi napredujoče rakave bolezni ali pa kot posledica zdravljenja, je moteč dejavnik za normalno spolnost.

Akutna bolečina med zdravljenjem spremlja večino kirurških posegov. Manj znano je, da lahko obsevanje medenice pri moških zaradi raka na tem področju povzroči bolečo ejakulacijo zaradi draženja obsečnice in sečnice, ta bolečina pa preide v kronično z razvojem brazgotinjenja v mali medenici. Pri ženskah kirurški poseg na rodilih ali obsevanje povzročita bolečine v nožnici, ki jih občuti neposredno med posegom ali takoj po njem, navzoče so tudi med obsevanjem in večinoma preidejo v kronično bolečino, še posebej takrat, kadar je pri tem prizadeto hormonsko stanje (iatrogena menopavza).

NEPOSREDNI IN POSREDNI VPLIVI ZDRAVLJENJA RAKA NA SPOLNOST

Na spolnost neposredno vplivata kirurški poseg in radioterapija, kemoterapija, imunoterapija ter biološki modulatorji pa s svojimi sistemskimi učinki vplivajo posredno.

Kirurški posegi pri moških

Anatomske spremembe po kirurškem zdravljenju, največkrat gre za zdravljenje tumorjev v medenici, vplivajo na erekcijo, s tem pa tudi na druge faze spolnega odziva. Najbolj tipične primere posledic v spolnosti imajo kirurški posegi na področju medenice ter mutilirajoči posegi:

1. radikalna odstranitev obsečnice,
2. radikalna odstranitev mehurja,

3. abdominoperinealna resekcija pri raku danke in analne odprtine,
4. popolna izpraznitev medenice (pelvična eksenteracija) z odstranitvijo mehurja, obsečnice, semenjakov in danke, ki zahteva urinsko stomo ter kolostomo,
5. orhidektomija in amputacija spolnega uda.

Kirurški posegi pri ženskah:

Rak lahko že pred kirurškim posegom prizadene spolno življenje bolnice zaradi spremljajoče bolečine, utrujenosti in skrbi (7).

Najpogostejši kirurški posegi, ki povzročijo anatomske spremembe, ki vplivajo na spolnost, so:

1. radikalna odstranitev maternice pri raku materničnega vratu in pri raku materničnega telesa z vraščanjem v maternični vrat,
2. radikalna odstranitev sečnega mehurja,
3. abdominoperinealna resekcija pri raku danke in analne odprtine,
4. popolna kirurška izpraznitev medenice pri razširjenem raku v mali medenici,
5. radikalna odstranitev zunanega spolovila.

RADIOTERAPIJA TUMORJEV V MEDENICI

Pri moških

Obsevanje medenice pri raku obsečnice, mehurja ali širokega črevesa lahko vpliva na erekcijo. Vpliv na ejakulacijo je odvisen od skupnega odmerka obsevanja (tumorske doze ter velikosti obsevalnega polja).

Obsevanje okvari arterije, ki prekrvljajo moški spolni ud. Tudi po končanem obsevanju, ko se prično fibrozni procesi v medenici, se pojavljajo težave z erekcijo, predvsem zaradi izgube elastičnosti žil ali kot skrajna posledica njihove zožitve in morebitne zamašitve. Znano pa je, da tudi pri tistih moških, pri katerih je bila erekcija po obsevanju v celoti ohranjena, oslabi še pred klimakterijem. Erekcija je huje okvarjena pri hipertoničnih in kadilcih.

Raven testosterona po obsevanju se pri določenem številu bolnikov zniža oziroma se njegovo nastajanje upočasni. Vzrok za to naj bi bilo sipano žarčenje na moda med obsevanjem medenice ali pa stresna situacija ob bolnikovem spoznanju, da ima raka.

Pri ženskah

Pri razširjenih oblikah raka na rodilih pogosto kombiniramo tele- in brahiterapijo, pri oblikah raka na širokem črevesu in sečnem mehurju obsevamo pretežno s teleterapijo. Posledice obsevanja razvrščamo na akutne, ki se pojavijo med obsevanjem in trajajo še nekaj časa po končanem obsevanju, ter kronične, ki se razvijajo še leta dolgo in so zgodnje in pozne.

Akutne spremembe povzročijo vnetje nožnice (radiomukozitis), prav tako se razvije vnetje sluznice mehurja in črevesa. V nožnici občutijo ženske to kot

pekočo bolečino, tako da jih večina med obsevanjem ali neposredno po njem spolne odnose odklanja.

Kronične spremembe v mali medenici, ko bolečine v glavnem že prenehajo, prav tako znaki vnetja mehurja in danke, povzročijo takšne patoanatomske okvare, ki skoraj v celoti onemogočajo spolno življenje. Nožnica se zlepi, lahko tudi popolnoma zaraste, tako da spolni odnosi niso več mogoči.

VPLIV SISTEMSKEGA ZDRAVLJENJA NA SPOLNOST

Pri moških

Večina moških bolnikov, ki se zdravijo s sistemsko terapijo, ohrani erekcijo. Le pri nekaterih se pojavi oslABLJENA erekcija. Sama erekcija in tudi zmanjšana spolna sla, ki se pojavita običajno neposredno po kemoterapiji, se obnovita po enem tednu ali dveh. Na zmanjšano slo in erekcijo pa lahko vpliva kemoterapija tudi z zniževanjem nivoja testosterona. Tudi nekateri antiemetiki imajo enak učinek.

Menijo tudi, da med citostatiki platinske spojine in vinkristin trajno okvarijo živce, ki nadzorujejo erekcijo, vendar to še ni dokazano.

Pri ženskah

Zdravljenje s citostatiki v rodni dobi lahko začasno ali trajno okvari funkcijo jajčnikov. Vendar je izguba zanimanja za spolnost bolj posledica splošnega slabega počutja, ki ga največkrat spremljata tudi slabost in bruhanje. Nekaj dni po končani kemoterapiji se zanimanje za spolnost povrne.

Prezgodnja menopavza, ki nastane zaradi odpovedi delovanja jajčnikov kot posledica kemoterapije, se kaže v nekaterih spremembah rodil. Te se sprva kažejo kot vnetje nožnice med kemoterapijo in takoj po njej, pozneje pa se sluznica v nožnici stanjša in osuši, vendar naj to ne bi vplivalo na spolno slo.

Kakor kirurško zdravljenje in radioterapija povzročata locirane anatomske spremembe, kemoterapija vpliva na celoten organizem. Izguba las, telesne teže in podobno slabo vpliva na psihično počutje bolnic, tako da med sistemskim zdravljenjem velikokrat zavračajo spolne odnose zaradi svojega zunanega videza.

MOŽNOSTI SPOLNE REHABILITACIJE

Spolna rehabilitacija je vsaj tako obsežna kot vsaka druga. Obsega naj:

1. medicinsko pomoč pri spolnih motnjah (medikamentozna, kirurška),
2. psihoterapijo (pogovori z lečečim zdravnikom, psihoterapevtom),
3. samopomoč (naučiti se sprejemati spremembe telesa, razvijati nove oblike spolnega zadovoljevanja, pogovori s partnerjem).

Pri bolnikih, ki so zaradi zdravljenja postali invalidi ali so celo iznakaženi, je zelo težko doseči normalno doživljanje spolnosti. Toda spolna rehabilitacija lahko uspešno pomaga tudi bolnikom s stomami (urostoma, kolostoma) in tudi ti lahko s pomočjo ustreznih navodil doživljajo spolnost. Še danes je znano, da so bili nekoč bolniki z obsežnimi, največkrat mutilirajočimi kirurškimi posegi, na primer v območju glave in vratu, zaradi iznakaženosti tako rekoč obsojeni na socialno osamitev. Dobra rekonstruktivna kirurgija pa omogoča, da se taki bolniki zdaj lažje vključijo v normalno življenje, to pa pomeni, da tudi niso več prikrajšani za spolno življenje.

Literatura:

1. Andersen BL, Woods XA, Copeland LJ. Sexual self-schema and sexual morbidity among gynecologic cancer survivors. *J Consult Clin Psychol* 1997; 5:221.
2. Schover LR. Sexuality and Cancer. For the woman who has cancer and her partner. American Cancer Society. Atlanta, Inc. 1988.
3. Schover LR. Sexuality & Cancer. For the man who has cancer, and his partner. American Cancer Society, Atlanta, Inc. 1988.
4. Roberts JA, Brown D, Elkins T, Larson DB. Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decision. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 17:166.
5. Weijmar WCM et al. Sexual outcome following female genital cancer treatment: a critical review of methods and results. *Sexual and marital therapy* 1992, Vol 7, No.1.
6. Steginga SK, Dunn J. Women's experiences following treatment of gynecologic cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997; 24:1104.
7. Andersen BL, Anderson B, de Prose C. Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual functioning outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57:683.

