

SPOLNOST PO ZDRAVALJENJU RAKA

A. P. Fras

Uvod

Sedaj še vedno zastrašujoče spoznanje, da je zbolel ali zbolela za rakom, večino bolnikov ali bolnic obremeni z enim samim vprašanjem: Ali bom preživel ali preživela? Vsa ostala življenjsko pomembna vprašanja so potisnjena v ozadje, med njimi tudi vprašanja spolnosti. Šele z začetkom zdravljenja in ko navidezno preboli najhujše spoznanje o sami rakavi bolezni, se pričnejo pojavljati druga vprašanja, od možnosti ozdravitve do poteka nadaljnjega življenja in s tem tudi spolnosti. Še vedno pa prav na tem področju manjka spoznanj, ki bi vsem tem bolnikom in bolnicam na zadovoljiv način pomagala vrniti se v normalno doživljanje spolnosti kot pomembnega dela kvalitete normalnega življenja.

Načini zdravljenja raka, predvsem radikalni kirurški posegi, radikalna radioterapija in agresivna kemoterapija nemalokrat povzročijo invalidnost. V posamezniku ali zdravljenem bolniku se razvije občutek drugačnosti, prav ta občutek pa ovira vrnitev v normalno, vsakdanje življenje, zlasti na področju spolnosti. Žal pa so pogovori o spolnosti tisti, ki se jih tako bolnik kot tudi terapevt v veliki meri izogibata. Prav pomanjkanje odkritih pogovorov med bolnikom in terapevtom, pa naj bo to zdravnik ali kdo drug iz tima, ki zdravi bolnika, precej ki onemogoča dovolj hitro in čim manj bolečo vrnitev v vsakdanje življenje.

Sedaj se že govori o spolni rehabilitaciji zdravljenih onkoloških bolnikov. Toda predno bo taka rehabilitacija popolnoma zaživela, bo potrebno še veliko spoznanj iz tega področja, ki so pa sedaj še bolj ali manj neznana. Predvsem pa bo potrebno spoznati, kakšni so učinki posameznih načinov zdravljenja na spolnost pri rakavem bolniku. S spoznavanjem teh bo mogoče začeti pravo rehabilitacijo.

Normalno spolno življenje

Spolni odziv, tako pri moškem kot pri ženski, razdelimo lahko v štiri faze:

1. Želja po spolnosti ali spolna sla je normalen del življenja od pubertete naprej.
2. Vzburjenje je faza, ki sledi pobudi in se odraža na organizmu kot celoti.
3. Orgazem je vrhunec spolnega doživetja.
4. Resolucija je faza, v kateri se organizem povrne v spolno nevezburjeno stanje.

Vse štiri našteve faze odziva organizma pa ne definirajo normalnega spolnega življenja. Tudi posamezne našteve faze spolnega odziva predstavljajo v bistvu umetno razdelitev celostnega odziva organizma, vendar spet ne toliko, da bi sprememba posamezne faze pomenila odstopanje od normalnega doživljanja spolnosti. Tembolj zato, ker obstajajo prav o spolnosti številni miti, ki prej kazijo kot razlagajo normalno spolno življenje. Predvsem pa se je treba zavedati, da je normalno, da se ljudje zanimajo za spolnost vse življenje, prav tako pa lahko ohranijo svojo spolno aktivnost do konca življenja.

Elementi spolne sle in odziva pri moških

Testosteron, ki nastaja pretežno v modih (manj v nadledvičnicah), je odgovoren v prvi vrsti za razvoj spolnih organov, erekcijo in spolna nagnjenja, v drugi vrsti pa za razvoj sekundarnih spolnih znakov.

Erekcija ali otrditev spolnega uda je posledica dražljajev iz centralnega živčnega sistema, ki privedejo do hitrejšega dotoka krvi v spolni ud in upočasnjenega odtoka. Živci, ki prenašajo te dražljaje, potekajo ob obsečnici ter za njo. Dražljaji iz kože spolnega uda potekajo po drugi poti. To pomeni, da, četudi je okvarjena možnost nastanka erekcije (okvara živčnih poti ob obsečnici), lahko pride do orgazma pri draženju kožnih živcev.

Ejakulacijo semenske tekočine uravnava tretji snopič živčnih poti, ki poteka višje kot prejšnja dva v trebuhu.

Orgazem pri moškem je dvostopenjski. Na prvi stopnji, imenujejo jo emisija, nastopi kontrakcija obsečnice, semenjakov ter semenovodov, pri tem se zmešajo skupaj semenčice ter semenska tekočina (iz obsečnice ter semenjakov). Na drugi stopnji, ejakulaciji, nastopijo ritmične kontrakcije v mišicah ob bazi spolnega uda, ki potiskajo semensko tekočino s semenčicami po sečnici navzven. Istočasno potekajo občutki ugodja proti možganom (1).

Elementi spolne sle in odziva pri ženski

Hormoni, ki sodelujejo pri ženski pri občutku želje po spolnosti so androgeni, šibka oblika moških spolnih hormonov. Estrogeni in progesteron, ki nastajajo v jajčnikih, bistveno ne vplivajo na spolno slo pri ženski. Tudi pomanjkanje teh hormonov ne zmanjšuje spolne sle in ženska ohrani spolno slo tudi po hudih spremembah v nivoju teh hormonov. Njihova vloga v spolnosti je v glavnem v tem, da vzdržujejo vlažnost in raztegljivost nožnice. Šele po menopavzi, naravni ali iatrogeni (kirurška odstranitev jajčnikov ali njihovo obsevanje), se spremembe, ki jih povzroči spolno vznburjenje in so odraz hormonske aktivnosti, zmanjšajo.

Pri orgazmu kot posledici spolnega vznburjenja nastopi ritmična kontrakcija mišic ob spolovilu, nenadna sprostitvev mišičnih kontrakcij povzroči občutek ugodja v tem predelu ali po vsem telesu. V nasprotju z moškimi, pri katerih nastopi po orgazmu faza neodzivnosti, imajo lahko ženske več orgazmov zaporedoma.

Znano je tudi, da se lahko nauči ženska doživljati orgazem, kar pomeni, da ga lahko doživi po še tako mutilirajočem zdravljenju (radikalni kirurški posegi, radikalna obsevanja v področju medenice) (2).

Vpliv zdravljenja raka na spolno slo

Zdravljenje rakave bolezni privede tako pri bolnikih in bolnicah do pomanjkanja ali znižanja spolne sle. Pri obeh sta skupna dva dejavnika:

1. Psihični dejavnik

Ob soočenju z diagnozo oziroma boleznijo tako moški kot ženska izgubita zanimanje za spolnost. Prevladuje želja po preživetju, ki

potisne spolno zanimanje globoko v podzavest. Tudi v naslednji fazi, ko se je že pričelo zdravljenje, prevladujeta zaskrbljenost ter depresija, ki sta pogojena bodisi zaradi splošnega slabega počutja, bodisi zaradi bolečin, navzeje ter drugih, med samim zdravljenjem nacepljenih težav. Pri določenih načinih zdravljenja le-to vpliva tudi na normalno hormonsko ravnotežje ali ga celo poruši (orhidektomija pri zdravljenju raka obsečnice) ter s tem tudi zmanjšuje zanimanje za spolnost.

Tudi spori med partnerji, ki jih velikokrat sproži nepoučenost o bolezni in poteku zdravljenja ter kasnejši invalidnosti, so velikokrat vzrok za ugaslo ali zmanjšano spolno slo.

2. *Bolečina*

Akutna bolečina, ki spremlja začetke zdravljenja, zlasti kirurške posege in se pojavi tudi med radikalno radioterapijo, v precejšnji meri pogojuje odklonilno stališče do spolnih odnosov med partnerjema. Tako se lahko pojavi pri moškem boleča ejakulacija med obsevanjem male medenice zaradi draženja obsečnice in sečnice, kasnejša, kronična bolečina kot posledica brazgotinjenja v mali medenici pa privede do popolnoma odlonilnega stališča do spolnih odnosov. Tudi pri ženski je bolečina v nožnici največji problem med občevanjem ter je pogojena z akutnimi spremembami po operaciji ali obsevanju, prav tako pa s kroničnimi spremembami po takem zdravljenju, tembolj, če je prizadeto hormonsko stanje (prezgodnja menopavza).

Pri moških je poznan zaplet po zdravljenju raka v mali medenici ter trebušni votlini tudi prezgodnja ejakulacija. Običajno poteka skupaj s problemom erekcije ter nezmožnostjo kontrole orgazma. Prezgodnja menopavza pri ženskah, ki se pojavi po zdravljenju raka rodil ter tudi po kirurških posegih in obsevanjih male medenice, je lahko vzrok za pomanjkanje spolne sle. Bolezenski znaki, ki spremljajo prezgodnjo menopavzo, so običajno hujši kot pri postopnih spremembah, ki se razvijajo pri normalno potekajoči menopavzi.

Orgazem naj bi se ohranil pri ženski po vsakem zdravljenju, če le spolni odnosi ne povzročajo bolečin. Za razliko od moških se lahko ženska "ponovno nauči", kako doseči orgazem.

Posledice zdravljenja raka in vpliv na spolnost

Operativno zdravljenje

A. Pri moških lahko vplivajo na erekcijo naslednji kirurški posegi:

1. Radikalna odstranitev obsečnice,
2. Radikalna odstranitev mehurja,
3. Abdomino-perinealna resekcija pri raku danke in analne odprtine,
4. Popolna izpraznitev medenice (pelvična ekzenteracija) z odstranitvijo mehurja, obsečnice, semenjakov in danke, ki zahteva urinsko stomo ter kolostomo.

B. Tudi pri ženskah kirurški posegi v mali medenici povzročijo anatomske spremembe, ki se odražajo na funkciji. Te spremembe so takrat, ko je možno ohraniti nožnico, manj moteče za spolno življenje. Najpogostejši operativni posegi so naslednji:

1. Radikalna histerektomija pri raku materničnega vratu in na maternični vrat razširjen rak materničnega telesa,
2. Radikalna odstranitev mehurja,
3. Abdomino-perinealna resekcija pri raku danke in analne odprtine,
4. Popolna izpraznitev medenice pri razširjenem raku v mali medenici.

Pri kirurškem zdravljenju je treba pri razširitvah raka na nožnico tudi to delno odstraniti. Ker pa jo je možno rekonstruirati že med radikalnim kirurškim posegom, je invalidnost manjša (3).

Radioterapija

A. Radioterapija tumorjev v medenici pri moških

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

Obsevanje okvari arterije, ki prekrvljajo moški spolni ud. Tudi po končanem obsevanju, ko se prične proces brazgotinjenja v medenici,

se pojavljajo težave z erekcijo, predvsem zaradi izgube elastičnosti žil (arterioskleroza) ali kot skrajna posledica zožitve in zamašitve žil. Znano pa je, da tudi pri tistih moških, pri katerih je bila ohranjena erekcija po obsevanju v celoti, se ta zmanjša še pred klimakterijem. Prav tako je znano, da se okvari erekcija huje pri moških, ki so hipertoniki in hudi kadilci.

Nivo 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 zaradi stresne situacije ob spoznanju, da ima raka.

B. Radioterapija tumorjev v medenici pri ženskah

Napredovale oblike raka rodil, mehurja in črevesa pri ženskah se prav tako zdravijo z radioterapijo. Pri raku rodil je potrebno kombinirati teleterapijo in brahiterapijo. Posledice obsevanja lahko delimo v akutne in kronične, ki se odražajo pri vplivu na spolnost.

Akutne spremembe, ki se pojavijo med samim obsevanjem, povzročijo vnetje nožnice, prav tako pa vnetje sluznice mehurja in danke. Zlasti v nožnici občuti ženska to kot pekočo bolečino, tako da večina bolnic med samim obsevanjem ali neposredno po njem nima spolnih odnosov ali pa jih odklanja.

Kronična faza sprememb v mali medenici, ko sicer bolečine v glavnem izginejo, pa tudi znaki vnetja mehurja in danke lahko povzročijo spremembe, ki kasneje onemogočajo spolno življenje. Nožnica se najprej zlepi, kasneje pa popolnoma zaraste, tako da spolni odnosi niso več mogoči. Prav te bolnice je potrebno že med samim začetkom zdravljenja na to opozoriti.

Kemoterapija

A. Vpliv kemoterapije na spolnost pri moških

Večina moških bolnikov, ki dobiva kemoterapijo, ohrani erekcijo. Le pri nekaterih se pojavi problem poslabšane erekcije. Sama erekcija in tudi zmanjšana spolna sla, ki se pojavita običajno neposredno po kemoterapiji, se obnovita po enem do dveh tednih.

Kemoterapija lahko vpliva na spolno slo in erekcijo tudi z zniževanjem nivoja testosterona. Enak učinek imajo lahko tudi nekateri antiemetiki (za zmanjšanje navzeje).

Menijo, da med citostatiki predvsem cis-platin (Platinol) in vinkristin trajno okvarita živce, ki kontrolirajo erekcijo, vendar to še ni dokazano.

B. Vpliv kemoterapije na spolnost 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 s spremljajočimi navzejami ter bruhanjem. Običajno se po nekaj dnevih po zaključeni kemoterapiji zanimanje za spolnost povrne.

Prezgodnja menopavza, pogojena z odpovedjo delovanja jajčnikov kot posledico kemoterapije, se sicer odraža v določenih spremembah tudi na rodilih, ki so izražene sprva z vnetjem nožnice med samo kemoterapijo, kasneje pa s suho, stanjšano sluznico v nožnici, v bistvu ne vpliva na spolno slo.

Kakor kirurško zdravljenje in radioterapija povzročata locirane anatomske spremembe, kemoterapija vpliva na celoten organizem. Izguba las, telesne teže in podobno imajo tudi psihične učinke na bolnice, tako da med samo kemoterapijo velikokrat odklanjajo odnose zaradi svojega zunanjšega videza.

Možnosti spolne rehabilitacije

Če vemo, da je spolnost pomemben del kvalitete vsakdanjega življenja, potem se je treba zavedati, da s samim zdravljenjem, zlasti pa še, če povzroči invalidnost, še zdaleč nismo dosegli, da bi tudi bolnik z rakom lahko živel človeka vredno življenje. Poleg zdravljenja in fizikalne rehabilitacije mu moramo omogočiti tudi spolno rehabilitacijo. Da bi to dosegli, moramo spoznati, kako zdravljenje onkološkega bolnika vpliva na spolnost. Pri tem je treba upoštevati:

1. Pogovori o spolnosti naj ne bodo tuji tako lečečemu zdravniku kot vsem, ki so udeleženi pri zdravljenju.

2. Poskušati moramo onkološkemu bolniku posredovati čim več podatkov o uspešni spolni rehabilitaciji.
3. Bolniku moramo pojasniti, da mu bô ob kakršnemkoli zdravljenju še vedno ostal občutek spolnega ugodja, pa čeprav samo z dotiki.
4. Pojasniti mu je potrebno, da ni ozke definicije "normalna spolnost" ter da se je potrebno naučiti novih možnosti za dosego spolne zadovoljenosti (4).
5. Bolnik naj se tudi čimveč pogovarja s svojim partnerjem o spolnosti.

Najtežje je vzpostaviti normalno spolnost pri bolnikih, ki so zaradi zdravljenja invalidi ali celo iznakaženi. Vendar danes tudi bolniki, ki imajo stome (urostoma, kolostoma) lahko s pomočjo ustreznih navodil za nego doživljajo normalno spolnost. Kakor so včasih bolnike z obsežnimi operativnimi posegi v predelu glave in vratu skoraj obsodili na socialno osamitev, je danes mogoče doseči z rekonstruktivnimi posegi, da se bolniki vključijo v normalni vsakdan, s tem pa tudi niso obsojeni na odpoved spolnemu življenju.

Literatura:

1. Schover LR. *Sexuality and cancer: for the man who has cancer, and his partner.* Atlanta: American Cancer Society, 1988.
2. Schover LR. *Sexuality and cancer: for the woman who has cancer, and her partner.* Atlanta: American Cancer Society, 1988.
3. 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.
4. Van de Wiel HB et al. *Sexual functioning of partners of gynecological oncology patients: a pilot study on involvement, support, sexuality and relationship.* *Sexual and Marital Therapy* 1990, Vol. 5, No 2.