

Gynekologisk cancer påverkar ofta sexualiteten

Gynekologisk cancer hotar inte bara kvinnans liv, utan också hennes självkänsla, hennes kroppsuppfattning och hennes sexualitet. Under senare år har utbudet av information om cancer till allmänhet, patienter och närstående ökat. Patienter, enskilt och via patientföreningar, efterfrågar mer information. Trots detta utgör cancer fortfarande en fruktad och nedtystad sjukdomsgrupp och tillhör för många, liksom sexualiteten, tabubelagda områden.

I Sverige insjuknar varje år nära 3 000 kvinnor i gynekologisk cancer. De största grupperna var 1996 endometriecancer (1 221 kvinnor), ovarialcancer (916) och cervixcancer (442) (Cancerregistret 1998) [1].

I olika studier anges att 30–90 procent av de patienter som tidigare behandlats för gynekologisk cancer rapporterat att sexuallivet har förändrats efter sjukdomen och dess behandling [2, 3]. Gemensamt för alla former av gynekologisk cancer är risken för förändrad kroppsuppfattning och en känsla av minskad attraktivitet. Förekomsten och graden av påverkan på sexuallivet varierar mellan olika individer, beroende på faktorer såsom typ och omfattning av behandlingen [4], ålder, tidigare erfarenheter, självbild, självkänsla [5], relationer [6], könsroll och barnönskan [7]. Cancer kan ses som ett straff

för verkligt eller inbillat sexuellt beteende eller för fantasier.

Kvinnor med endometriecancer [6, 8–11] och ovarialcancer [11, 12] har inte studerats lika ingående som kvinnor med cervixcancer [12–16] och i viss mån vulvacancer [17–19].

Fysiska följder av behandlingen

Standardbehandlingen vid endometriecancer är total hysterektomi och bilateral salpingo-ooforektomi. Vid ogynnsamma prognostiska faktorer ges tilläggsbehandling, främst i form av strålbehandling men ibland även cytostatikabehandling. Det kirurgiska ingreppet i sig kan ge vaginala förändringar som påverkar sexuallivet. Även den nuvarande restriktiva inställningen till generell östrogen substitution efter endometriecancerbehandling [20] kan inverka på sexualiteten genom accentuerade klimakteriella symtom och sköra genitala slemhinnor. Utan östrogenstimulering sker en successiv atrofi av slemhinnorna i vagina.

Kvinnor med ovarialcancer primär opereras om möjligt (total hysterektomi, bilateral salpingo-ooforektomi och omentresektion) och i de flesta fall ges cytostatika postoperativt. Sjukdomens inverkan på sexuallivet är sannolikt avhängig av utbredning och omfattning av sjukdomen och behandlingen, men vi har inte funnit några studier för avancerad sjukdom. Akut kan det övergående håravfall som ofta följer med viss cytostatikabehandling inverka på kroppsuppfattningen, slemhinnorna i vulva och vagina kan bli irriterade av cytostatika och det nedsatta infektionsförsvaret medför ibland att latent genitala herpesinfektioner blossar upp. Genitala svampinfektioner förekommer även med påföljande klåda, flytning och dyspareuni. Inte mycket är känt vad gäller långsiktiga effekter av cytostatika på de kroppsliga förutsättningarna för ett tillfredsställande sexualliv för kvinnor. Det är möjligt att cytostatikainducerad neuropati och angiopati även försämrar den sexuella upplevelsen. Vissa indikationer för detta finns för män [21], men frågan är inte undersökt för kvinnor.

Vid invasiv vulvacancer varierar om-

Sammanfattat

- Nära 3 000 kvinnor i Sverige insjuknar varje år i gynekologisk cancer.
- En stor andel rapporterar att sexuallivet har förändrats (fysiskt, psykologiskt och/eller socialt) efter sjukdomen och dess behandling.
- Låg libido är ett vanligt förekommande bekymmer efter gynekologisk cancerbehandling, men frekvensen skiljer sig inte mellan behandlade kvinnor och friska kontrollkvinnor.
- Vaginala förändringar ledande till dyspareuni förekommer hos närmare 20 procent av de kvinnor som behandlats för cervixcancer stadium IB–IIA.
- De fysiska förändringarna berör kvinnorna i stor utsträckning, och någon övre åldersgräns då denna fråga är ointressant för kvinnorna finns inte.
- Kvinnor med gynekologisk cancer efterfrågar information om möjliga bieffekter av sjukdomen och dess behandling som kan inverka på den sexuella funktionen.
- Framför allt under uppföljningen finns goda möjligheter att ta upp hur dessa konsekvenser ska lindras (information, råd om lokal östrogenbehandling, samlagsställningar, dilatatorer).
- Interventionsstudier skulle kunna utröna hur dessa kvinnors behov mest effektivt kan bemötas.

Författare

KARIN BERGMARK

avdelningsläkare, sektionen för gynekologisk onkologi, Radiumhemmet samt forskargruppen klinisk cancerpidemiologi

E-post: Karin.Bergmark@onkpat.ki.se

ELISABETH ÅVALL LUNDQVIST

docent, biträdande överläkare, sektionen för gynekologisk onkologi, Radiumhemmet

GUNNAR STEINECK

docent, överläkare, forskargruppen klinisk cancerpidemiologi, samhällsmedicin; samtliga vid Karolinska sjukhuset och institutionen för onkologi och patologi, Karolinska institutet, Stockholm.

fattningen av kirurgin, från om möjligt begränsad resektion till total vulvekto- mi inkluderande klitoris, med lymfkör- telutrymning i ljumskarna. Efter vulv- ektomi förändras sexuallivet för flerta- let kvinnor, och 30–50 procent av kvin- norna upphör helt med sexuell aktivitet [17]. Orsaken kan vara nedsatt eller för- ändrad känsel i vulva, dyspareuni eller den kroppsliga förändringen.

Primär kirurgisk behandling av cer- vixcancer är radikal hysterektomi och bäckenlymfkörtelutrymning med eller utan preoperativ intrakavitär strålbe- handling. Vid förekomst av ogynnsam- ma prognostiska faktorer ges vanligen postoperativt extern strålbehandling mot bäckenet, ibland även paraaortalt, samt ibland även adjuvant cytostati- kabehandling. Behandlingen kan leda till förkortning av vagina, minskad elas- ticitet av vävnaderna, minskad lubrika- tion och dyspareuni.

De fysiska följderna och deras bety- delse efter genomgången behandling för gynekologisk cancer har rönt mind- re uppmärksamhet i litteraturen än de psykologiska.

Svensk studie av sexuella förändringar

Vi har genom samarbete med de sju gynekologiska enheterna i Sverige genomfört en studie av kvinnor som be- handlats för cervixcancer fem år tidiga- re och befolkningskontroller med mot- svarande åldersmässiga och geografis- ka fördelning [22]. Vi erhöll år 1996 lis- tor över kvinnor som var i livet och som behandlats för cervixcancer stadium IB–IIA under 1991 och 1992. De 332 kvinnor som var under 80 år och hade en permanent adress inkluderades. Vi identifierade 500 åldersmatchade kvin- nor som geografiskt överensstämde med fallpopulationen. Av dessa hade 11 ingen permanent adress, varför kon- trollgruppen kom att omfatta 489 kvin- nor. Mellan november 1996 och maj 1997 skickades introduktionsbrev till dessa sammanlagt 821 kvinnor med ett erbjudande att delta.

Svarsfrekvens

Av de 821 kvinnorna tackade 708 ja och fick ett frågeformulär tillsänt sig, vilket återsändes ifyllt av 606 kvinnor – 256 av 332 fall (77 procent) och 350 av 489 kontroller (72 procent) [22]. Me- delåldern var 51 år bland fallen och 52 år bland kontrollerna (Tabell I).

Fallens medelålder vid behandling- en var 46 år och de hade behandlats en- ligt följande: enbart kirurgi 93 (37 pro- cent), intrakavitär strålbehandling och kirurgi 57 (23 procent), kirurgi och ex- tern strålbehandling 24 (9 procent), kir- urgi, intrakavitär och extern strålbe- handling 55 (21 procent), enbart strål-

Tabell I. Karakteristik, kvinnor med tidigare cervixcancer och kontrollkvinnor. Inom parentes anges andelar i procent.

	Fall, antal	Kontroller, antal
Kvinnor identifierade i register	332	489
Besvarade frågeformuläret	256 (77)	350 (72)
Ålder, år		
25–40	52 (20)	102 (29)
41–60	149 (58)	137 (39)
61–81	54 (21)	111 (32)
Medelålder vid studien, år (spridning)	51 (27–81)	52 (25–80)
Medelålder vid behandling, år	45	
Civilstånd		
Gift eller sambo	165 (65)	258 (74)
Särbo	24 (9)	22 (6)
Ensamstående	49 (19)	35 (10)
Änka	15 (6)	32 (9)
Inga barn	28 (11)	46 (13)
Arbetsförhållanden		
Anställd, egen företagare	157 (63)	193 (56)
Sjukskriven, sjukpensionerad	25 (10)	17 (5)
Arbetslös	9 (4)	15 (4)
Pensionerad	44 (18)	97 (28)
Hemmafru, föräldraledig, studerande, annat	13 (6)	20 (6)
Hormonell behandling, aktuell		
Ingen	83 (33)	248 (72)
Systemisk	143 (57)	74 (21)
Lokal	28 (11)	26 (8)

behandling 22 (9 procent), ingen upp- gift 5 (2 procent).

Bakgrundsfaktorer som utbildning, arbetsförhållanden och övrig hälsa var väl matchade.

Resultat

Femtiosju procent av patienterna upplevde någon form av begränsning eller förändring av sin sexualitet (jämfört med före behandlingen), och 52 procent av kontrollerna (jämfört med fem år tidigare). Arten och svårighets- graden skilde sig mellan grupperna (Ta- bell II).

Förekomsten av lågt sexuellt intresse och minskad frekvens av sexuell lust senaste halvåret var likartad hos kvinnorna som behandlats för livmoderhalscan- cer och hos kontrollerna. Den sexuella lusten var också i ett längre perspektiv likartat minskad bland fall (jämfört med före sjukdomen) och kontroller (jämfört med för fem år sedan). Däremot berörde den minskade lusten patienterna mer. Fler fall än kontroller rapporterade att den vaginala lubrikationen i sexuella situationer var måttlig eller mycket otill- räcklig, och den minskade lubrikationen berörde närmare hälften av kvinnorna (både fall och kontroller) med symtomet mycket eller måttligt. Vid sexuell upp- hetsning hade 36 procent av fallen och 25 procent av kontrollerna noterat av- saktad av genital blodfyllnad åtminstone vid hälften av tillfällena.

Det var ingen skillnad i samlagsfre-

kvens mellan fallen och kontrollerna (Tabell III). Cirka 30 procent av kvin- norna i båda grupperna rapporterade att de inte haft samlag de senaste sex må- naderna, medan dubbelt så många kon- trollkvinnor som patienter rapportera- de att de inte hade haft regelbundna samlag fem år tidigare. Patienterna berördes mer av denna förändring i sam- lagsfrekvens än vad kontrollkvinnorna gjorde.

Tjugosex procent av patienterna rap- porterade att deras vagina kändes mycket eller måttligt kort vid samlag jämfört med före sjukdomen, att jämfö- ra med 3 procent av kontrollkvinnorna (jämfört med för fem år sedan). Liknan- de siffror rapporterades vad gäller minskad elasticitet av vagina vid sam- lag. Dessa vaginala förändringar berör- de dubbelt så många fall som kontroller med förändringar, och om alla kvinnor i båda grupperna inkluderades var den relativa risken att beröras mycket eller måttligt 3,4 för fall jämfört med kon- troller. Andelen kvinnor som berördes mycket eller måttligt av de vaginala för- ändringarna minskade med ökad ålder (25–40 år 31 procent, 41–52 år 30 pro- cent, 53–64 år 19 procent, 65–80 år 9 procent).

Ungefär hälften av kvinnorna i båda grupperna rapporterade orgasm sällan (definierat som mindre än två gånger per månad), och 7 procent av kvinnorna i båda grupperna rapporterade att de inte uppnått orgasm det senaste halvåret

ANNONS

ANNONS

Tabell II. Libido och upphetsning hos kvinnor med tidigare cervixcancer och kontrollkvinnor. Inom parentes anges andelar i procent. RR är förkortning för relativ risk och CI för konfidensintervall.

Symtom	Fall, andel (n=256)	Kontroller, andel (n=350)	Åldersjusterad RR (95 procents CI)
Inget eller litet sexuellt intresse, senaste halvåret	100/245 (41)	140/339 (41)	1,0 (0,9–1,2)
Sexuell lust mindre ofta än en gång per månad, senaste halvåret	158/248 (64)	220/335 (65)	1,0 (0,9–1,1)
Minskad sexuell lust, senaste fem åren	134/249 (54)	196/336 (58)	0,9 (0,8–1,1)
Berörd om nuvarande minskade sexuella lust skulle bestå, måttligt eller mycket ²	64/134 (48)	46/196 (23)	1,8 (1,3–2,4)
Otillräcklig lubrikation för samlag, måttligt eller mycket, senaste halvåret ¹	46/177 (26)	27/248 (11)	2,5 (1,6–3,8)
Berörd om nuvarande minskade lubrikation skulle bestå, måttligt eller mycket ²	67/125 (54)	43/110 (39)	1,2 (0,9–1,6)
Genital blodfyllnad mindre än hälften av gångerna vid sexuell upphetsning, senaste halvåret ¹	62/171 (36)	62/246 (25)	1,4 (1,1–1,9)
Berörd om nuvarande minskade genitala blodfyllnad skulle bestå, måttligt eller mycket ²	48/94 (51)	27/102 (26)	1,8 (1,2–2,6)

¹ Begränsat till sexuellt aktiva kvinnor.

² Begränsat till kvinnor med symtom.

trots att de varit sexuellt aktiva. Graden av tillfredsställelse med orgasmerna var likartad i grupperna.

Ytlig och djup dyspareuni var vanligare bland fallen än bland kontrollerna vid tiden för studien, medan det var ovanligt med dyspareuni i båda grupperna fem år tidigare. Vaginala blödningar vid samlag var vanligare bland fallen än bland kontrollerna. Vaginal förkortning var kopplad till såväl ytlig som djup dyspareuni, medan minskad elasticitet och otillräcklig lubrikation i första hand gav ytlig dyspareuni. Femtiosju procent av fallen och 36 procent av kontrollkvinnorna berördes mycket eller måttligt av framtidsutsikten att de nuvarande problemen eller begränsningarna associerade med samlag skulle vara bestående.

Kirurgi som ensam behandlingsmo-

dalitet orsakade minskad lubrikation, vaginal korthet och oelasticitet (Tabell IV). Jämfört med kirurgi enbart hade tilläggsbehandling med intrakavitär eller extern strålbehandling liten, om någon, inverkan på lubrikation, genital blodfyllnad, vaginal korthet eller elasticitet bland de sexuellt aktiva kvinnorna.

Sexton procent av alla kvinnorna uppgav att de hade varit utsatta för sexuella övergrepp. Bland dessa kvinnor rapporterade 31 procent av fallen och 22 procent av kontrollerna att övergreppen påverkade deras nuvarande sexualitet måttligt eller mycket.

Trettiofyra procent av patienterna i fertil ålder berördes måttligt eller mycket av den infertilitet som behandlingen inneburit. Elva procent rapporterade att infertiliteten inverkade måttligt

eller mycket på deras sexualitet. Bland patienterna som hysterektomerats saknade 17 procent livmodern måttligt eller mycket.

Trettiofyra procent av fallen och 25 procent av kontrollerna rapporterade ingen eller liten tillfredsställelse med sin nuvarande sexualitet. Om de nuvarande problemen rörande sexualiteten skulle vara bestående, rapporterade 39 procent av fallen och 34 procent av kontrollerna med sexuella problem eller begränsningar att detta skulle beröra dem mycket eller måttligt.

Diskussion

Många kvinnor som behandlats för livmoderhalscancer har förändringar av vaginal anatomi och funktion som inverkar negativt på den sexuella funktionen. Dessa fysiska förändringar och de-

Tabell III. Samlag och orgasmer hos kvinnor med tidigare cervixcancer och kontrollkvinnor. Inom parentes anges andelar i procent. RR är förkortning för relativ risk och CI för konfidensintervall.

Symtom	Fall, andel (n=256)	Kontroller, andel (n=350)	Åldersjusterad RR (95 procents CI)
Vaginala samlag mindre än två gånger per månad, senaste halvåret	158/247 (64)	192/330 (58)	1,1 (1,0–1,3)
Inga vaginala samlag alls, senaste halvåret	80/247 (32)	94/330 (28)	1,2 (1,0–1,5)
Berörd om nuvarande minskade samlagsfrekvens skulle bestå, måttligt eller mycket ²	70/140 (50)	62/179 (35)	1,4 (1,1–1,8)
Korhet av vagina vid samlag, måttligt eller mycket, senaste halvåret ¹	52/197 (26)	8/240 (3)	8,1 (4,4–14,9)
Minskad elasticitet av vagina vid samlag, måttligt eller mycket, senaste halvåret ¹	45/195 (23)	9/246 (4)	6,7 (3,6–12,5)
Berörd om nuvarande anatomiska vaginala förändringar skulle bestå, måttligt eller mycket	62/243(26)	25/332 (8)	3,4 (2,2–5,2)
Berörd om nuvarande anatomiska vaginala förändringar skulle bestå, måttligt eller mycket ²	62/127 (49)	25/97 (26)	1,8 (1,3–2,6)
Orgasm mindre än två gånger per månad, senaste halvåret ¹	99/177 (56)	125/251 (50)	1,1 (0,9–1,3)
Aldrig orgasm men sexuellt aktiv, senaste halvåret ¹	12/177 (7)	18/251 (7)	1,0 (0,5–2,0)
Låg eller ingen orgasmstillfredsställelse, senaste halvåret ¹	16/170 (9)	22/237 (9)	1,0 (0,5–1,8)
Ytlig dyspareuni, måttligt eller mycket, senaste halvåret ¹	31/196 (16)	5/246 (2)	8,5 (3,5–18,6)
Djup dyspareuni, måttligt eller mycket, senaste halvåret ¹	24/196 (12)	6/245 (2)	5,2 (2,4–11,4)
Vaginala blödningar vid samlag, minst hälften av tillfällena, senaste halvåret ¹	14/177 (8)	1/246 (0,4)	20,6 (4,8–8,7)
Berörd om nuvarande besvär vid samlag skulle bestå, måttligt eller mycket ²	76/133 (57)	52/143 (36)	1,6 (1,2–2,0)
Ingen eller låg tillfredsställelse med nuvarande sexualitet	74/232 (32)	82/322 (25)	1,2 (0,9–1,6)
Berörd om nuvarande sexuella problem skulle bestå, måttligt eller mycket ²	53/137 (39)	59/172 (34)	1,2 (0,9–1,6)

¹ Begränsat till sexuellt aktiva kvinnor.

² Begränsat till kvinnor med symtom.

Tabell IV. Åldersjusterad relativ risk (med 95 procents konfidensintervall) av vissa vaginala förändringar och sexuellt intresse, uppdelat efter behandling hos kvinnor med tidigare cervixcancer och kontrollkvinnor. Inom parentes anges andelar i procent.

Symtom (senaste halvåret)	Kontroller, andel (n=350)	Kirurgi enbart, andel (n=93)	Intrakavitär strålbehandling och kirurgi, andel (n=57)	Kirurgi och extern strålbehandling, andel (n=24)	Kirurgi, intrakavitär och extern strålbehandling, andel (n=55)	Strålbehandling, extern ± intrakavitär, ej kirurgi, andel (n=22)
Otillräcklig vaginala smörjning för sex, måttligt eller mycket ¹	27/248 (11)	18/73 (25)	10/43 (23)	2/13 (15)	12/36 (33)	2/9 (22)
Relativ risk jämfört med kontroller	1,0 (referens)	2,8 (1,6–4,9) ²	2,1 (1,0–4,3)	1,4 (0,4–5,2)	3,3 (1,8–6,2)	1,5 (0,4–5,3)
Relativ risk jämfört med enbart kirurgi		1,0 (referens)	0,9 (0,4–1,6)	0,5 (0,1–2,2)	1,2 (0,7–3,3)	0,6 (0,2–2,2)
Genital blodfyllnad, mindre än hälften av tillfällena då sexuellt upphetsad ¹	62/246 (25)	24/69 (35)	14/40 (35)	5/13 (38)	12/36 (33)	4/10 (40)
Relativ risk jämfört med kontroller	1,0 (referens)	1,5 (1,0–2,2)	1,3 (0,8–2,1)	1,5 (0,8–2,8)	1,3 (0,8–2,1)	1,2 (0,6–2,6)
Relativ risk jämfört med enbart kirurgi		1,0 (referens)	1,0 (0,6–1,7)	1,0 (0,5–2,3)	0,9 (0,5–1,6)	1,0 (0,4–2,4)
Korthet av vagina vid samlag, måttligt eller mycket ¹	8/240 (3)	15/78 (19)	13/48 (27)	4/14 (28)	15/45 (33)	2/9 (22)
Relativ risk jämfört med kontroller	1,0 (referens)	6,1 (2,6–14,1)	8,5 (3,1–23,8)	9,9 (3,6–27,2)	10,8 (4,3–27,4)	7,4 (2,0–27,3)
Relativ risk jämfört med enbart kirurgi		1,0 (referens)	1,4 (0,7–2,8)	1,6 (0,7–4,0)	1,8 (0,9–3,3)	1,1 (0,3–3,8)
Oelasticitet av vagina vid samlag, måttligt eller mycket ¹	9/246 (4)	15/77 (19)	11/48 (23)	2/14 (14)	14/45 (31)	2/8 (25)
Relativ risk jämfört med kontroller	1,0 (referens)	7,1 (3,1–16,7)	6,1 (2,4–15,3)	4,8 (0,9–24,2)	10,9 (4,1–28,5)	4,5 (1,1–19,3)
Relativ risk jämfört med enbart kirurgi		1,0 (referens)	1,1 (0,6–2,3)	0,6 (0,1–2,6)	1,7 (0,9–3,2)	1,1 (0,3–4,0)
Inget eller litet sexuellt intresse, senaste halvåret	140/339 (41)	32/91 (35)	22/56 (39)	11/23 (48)	18/51 (35)	16/21 (76)
Relativ risk jämfört med kontroller	1,0 (referens)	1,0 (0,7–1,3)	1,0 (0,7–1,4)	1,1 (0,8–1,7)	1,0 (0,7–1,4)	1,4 (1,1–1,9)
Relativ risk jämfört med enbart kirurgi		1,0 (referens)	1,1 (0,7–1,6)	1,2 (0,7–2,1)	1,0 (0,6–1,5)	1,7 (1,2–2,4)

¹ Begränsat till sexuellt aktiva kvinnor.

² 95 procents konfidensintervall.

ras påverkan på det sexuella samlivet berör kvinnorna i stor utsträckning.

Förändringar som påverkar njutningen vid samlag inkluderar dem som orsakar smärta eller blödning vid akten, dem som påverkar förmågan att uppnå eller uppleva orgasm. Förekomsten av dyspareuni var stor hos de kvinnor som vi studerade och kunde hänföras till olika vaginala förändringar. Förhållandet mellan specifika vaginala förändringar och dyspareuni var likartat bland fall och kontroller, varför orsaken till smärtan inte kan anses bero enbart på att kvinnorna påminns om den genomgångna cancersjukdomen. Skador på perifera nerver och blodkärl, liksom hormonbrist och fibrosutveckling, kan sannolikt påverka den vaginala smörjningen och den genitala blodfyllnaden vid sexuell upphetsning. Kirurgiskt avlägsnande av vävnad, sammanväxningar i bäckenet, liksom fibrosutveckling, kan medverka till förmågan att uppnå orgasm, liksom oelasticitet. Sannolikt spelar operationstekniken och radikaliteten av den vaginala resektionen och lymfkörtelutrymningen en stor roll.

Endast mindre skillnader noterades mellan grupperna vad gäller både förekomsten av och tillfredsställelsen med orgasm, vilket indikerar att de fysiska förändringar som kan uppstå efter livmoderhalscancer och dess behandling inte inverkar på denna del av sexualite-

ten. En intakt klitoris kanske räcker för en tillfredsställande orgasmfunktion, och våra data indikerar att avsaknaden av livmoder har liten betydelse i detta avseende.

Andelen kvinnor som regelbundet tog initiativ till samlag var ungefär lika stor i de två grupperna. Vi definierade inte prediktorerna för denna variabel och vet därmed inte om vissa kvinnor till exempel har samlag för att i första hand tillfredsställa sin partners behov istället för att tillfredsställa sig själva. Det är rimligt att anta att smärtor vid samlag, sannolikt även blödningar, minskar njutningen för kvinnorna. En tolkning av våra fynd är att samlagsfrekvens inte är ett lämpligt mått på behandlingsrelaterade följder för kvinnlig sexuell funktion.

Ett flertal patienter har sannolikt kastrerats genom kirurgiskt avlägsnande av äggstockarna, stort blodflöde sekundärt till kirurgi eller strålbehandling. Kastration sänker serumnivån av testosteron och östrogen. Frånsett kvinnorna som enbart strålbehandlats skilde sig inte libidon mellan olika behandlingsgrupper. En trolig bakomliggande förklaring till vissa av de vaginala förändringarna är minskad östrogensekretion. Glidmedel och systemiska östrogener, och i något mindre utsträckning lokala östrogener, användes i större utsträckning av patienterna än av kontrollerna. Dessa behandlingar kan leda till ökad smörjning vid sexuell upphetsning.

Psykologiska och sociala faktorer

spelar förmodligen en stor roll när det gäller sexuellt beteende. Samma tillfredsställelse med partnern rapporterades av patienter och kontroller, men fler patienter än kontroller var ensamstående, vilket antyder att en del förhållanden bryts som en följd av behandling för livmoderhalscancer.

Vi bekräftar tidigare studier som visat att infertilitet som följd av behandlingen kan upplevas som ett stort problem [7], men endast ett fåtal kvinnor kopplade samman infertiliteten med påverkan på sexualiteten. Majoriteten av kvinnorna rapporterade ingen eller ringa saknad av livmodern.

Många kvinnor har erfarenhet av sexuella övergrepp, vilket kan medföra psykologisk inverkan på deras liv och självbild. Erfarenheterna kan innebära att de undersökningar, ingrepp och behandlingar som de behöver genomgå vid en gynekologisk cancersjukdom kan uppfattas som mer påfrestande än för kvinnor utan liknande erfarenheter.

Vi fann ingen övre åldersgräns för när vaginal sexuell funktion är ointressant, och åtgärder för att förebygga vaginala förändringar eller lindra dem efter behandlingen bör därför beaktas för alla kvinnor.

Vår studie rörde kvinnor behandlade för cervixcancer, och resultaten kan inte utan förbehåll överföras till andra gynekologiska cancersjukdomar. Hysterektomi vid cervixcancer är mer omfattande än den vid endometrie-cancer eller ovarialcancer både vad gäller den vagi-

ANNONS

nala resektionen och kardinalligamenten, vilka innehåller nerver bl a till vagina.

De flesta vill att läkaren ska initiera informationen

Effekter av sjukdom och behandling som inverkar på den sexuella funktionen är lämpliga att diskutera med patienten och hennes eventuella partner före, under och framför allt efter behandling av gynekologisk cancer. Information om hur kroppen ser ut och fungerar samt möjliga bieffekter av behandlingen ger troligen minskad rädsla och ökad kunskap som följd. Genom att opåtalat föra fram begränsad information ges en signal om att man som vårdgivare är beredd att diskutera sexuella frågor. Ibland kan det vara lämpligt med enskild information till kvinnans partner.

I vår studie ville de flesta att doktorn skulle initiera information om behandlingens eventuella följder för sexualiteten, förutsatt att denne ingav förtroende och var obesvärad. I annat fall föredrog man annan lämplig personal, gärna kvinnlig (sjuksköterska, kurator). Majoriteten av patienterna önskade information då behandlingen var avslutad. Ett mindre antal patienter framförde önskemål om att diskutera med patienter som tidigare gått igenom samma behandling.

En föreslagen hållning vid diskussion kring sexuella frågor är den så kallade PLISSIT-modellen [23] (se Faktaruta), genom vilken man närmar sig sexualiteten på ett professionellt sätt, med öppna frågor, även om inte patienten eller hennes partner frågar. Modellen syftar till en respektfylld kommunikation där patienten har möjlighet att styra informationen. Det är viktigt att inte skuldbelägga patienten och hennes partner för att de inte lyckas återuppta sin sexuella relation eller har problem med den.

»P» i PLISSIT står för permission, dvs man kan med en tillåtande/lyssnande attityd visa att man är medveten om att många patienter har funderingar kring dessa frågor, uppmuntra till kommunikation mellan patienten och hennes partner och poängtera att det är naturligt att båda känner sig osäkra. Ett exempel på fråga kan vara: Hur går det med samlivet? Många par har frågor kring detta efter behandlingen.

»LI» står för limited information, dvs att man ger planerad och begränsad information. Informationen kan t ex ta upp vaginas läkningsförlopp (inkluderande tidsaspekter), att ingen kommunikation till buken från vagina föreligger, att det inte finns någon risk för smitta till partnern (av vare sig cancer, cytostatika eller strålning), möjliga conse-

FAKTARUTA

PLISSIT-modellen

- Permission
tillåtande attityd
- Limited Information
begränsad information
- Specific Suggestion
inriktade råd
- Intensive Therapy
intensiv medicinsk, kirurgisk eller annan terapi

kvenser för lubrikationen och åtgärder för att förhindra dyspareuni.

»Specific Suggestions» innebär att inrikta informationen och råden på de områden patienten har problem med.

»Intensive Therapy» innebär specialiserad medicinsk, kirurgisk eller annan terapi (psykologisk, sexologisk, parrelationsterapi).

Om en kvinna har ytlig dyspareuni bör inte bara lubrikationen, utan också vaginas längd och elasticitet bedömas [22]. Råd kan ges om vattenlösliga glidmedel, lokala östrogener och samlagsställningar som ger kvinnan möjlighet att kontrollera penetrationsdjupet.

Speciella dilatatorer finns för att förhindra utveckling av vaginal förkortning på grund av strålfibros, men även efter kirurgi. Genom försiktiga tånjningar med dessa i kombination med vattenlösligt glidmedel under 5–10 minuter dagligen den första tiden efter avslutad strålbehandling, då den akuta strålreaktionen lagt sig, kan många kvinnor slippa utveckling av en förkortad/försnävd vagina. Även efter kirurgi kan användande av dilatator rekommenderas, dock behövs sannolikt inte en lika intensiv behandling. Genom att använda en dilatator kan kvinnan under full kontroll upptäcka om och vad som framkallar smärta och lära sig undvika detta. Hon kan så småningom glesa ut behandlingen, men bör fortsätta i 2–3 år efter avslutad strålbehandling. Vid etablerad vaginal förkortning och/eller försnävning kan töningsövningar kombinerat med lokal östrogenbehandling successivt återställa eller åtminstone förbättra funktionen.

Ofta kan upprepad aktiv information angående den positiva effekten av åtminstone lokala östrogener vara fördelaktigt, eftersom många kvinnor är tveksamt inställda till hormonbehandling efter cancerbehandling. Det finns för närvarande inga hållpunkter för att lokal östrogenbehandling skulle innebära ökad risk för tumörrecidiv, utan rekommendationen är att erbjuda alla kvinnor med risk för östrogen bristtillstånd lokal behandling [20].

I utvalda fall kan det efter gynekologisk cancerbehandling bli aktuellt med kirurgisk rekonstruktion av vagina. På

grund av strålreaktion/ärreaktion eller behandlingens omfattning kan vaginas funktion ha påverkats så genomgripande att ett rekonstruktivt ingrepp (neovagina) är enda möjligheten att återställa funktionen. Detta kan även vara betydelsefullt i psykologiskt hänseende.

Interventionsstudier skulle kunna utredna hur dessa kvinnors behov mest effektivt kan bemötas.

Referenser

1. Socialstyrelsen, The National Board of Health and Welfare. Cancer Incidence in Sweden 1996. The Swedish Cancer Registry. Stockholm: Socialstyrelsen, 1998.
2. Andersen BL. Sexual functioning complications in women with gynecologic cancer: Outcomes and directions for prevention. *Cancer* 1987; 60: 2123-8.
3. Andersen BL, van der Does J. Surviving gynecologic cancer and coping with sexual morbidity: an international problem. *International Journal of Gynecological Cancer* 1994; 4: 225-40.
4. Andersen BL. Predicting sexual and psychologic morbidity and improving the quality of life for women with gynecologic cancer. *Cancer* 1993; 71: 1678-90.
5. Krouse HJ. Psychological adjustment of women to gynecologic cancers. *NAA-COGS Clinical Issues in Perinatal & Women's Health Nursing* 1990; 1: 495-512.
6. Lalos A, Lalos O, Stendahl U. Experiences of the male partner in cervical and endometrial cancer – a prospective interview study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16: 153-65.
7. Bos-Branolte G. Infertility: a price for cancer cure. In: Dennerstein L, Fraser I, eds. *Hormones and behavior*. Amsterdam: Elsevier, 1986: 575-84.
8. Cochran SD, Hacker NF, Wellisch D, Berek JS. Sexual functioning after treatment for endometrial cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* 1987; 5: 47-61.
9. Jenkins B. Patients' reports of sexual changes after treatment for gynecological cancer. *Oncol Nurs Forum* 1988; 15: 349-54.
10. Robinson JW, Faris PD, Scott CB. Psycho-educational group increases vaginal dilation for younger women and reduces sexual fears for women of all ages with gynecological carcinoma treated with radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1999; 44: 497-506.
11. Thranov I, Klee M. Sexuality of gynecologic cancer patients – a cross-sectional study. *Gynecol Oncol* 1994; 52: 14-9.
12. Andersen BL, Anderson B, dePosse C. Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual functioning outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 683-91.
13. Bertelsen K. Sexual dysfunction after treatment of cervical cancer. *Dan Med Bull* 1983; 30: 31-4.
14. Schover LR, Fife M, Gershenson DM. Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer* 1989; 63: 204-12.
15. Seibel MM, Freeman MG, Graves WL. Carcinoma of the cervix and sexual function. *Obstet Gynecol* 1980; 55: 484-7.
16. Weijmar Schultz WCM, van de Wiel HBM, Bouma J. Psychosexual functioning after treatment for cancer of the cervix: a comparative and longitudinal study. *International Journal of Gynecological Cancer* 1991; 1: 37-46.

