

SEKSUALITEITSBELEVING NA BORSTKANKERDIAGNOSE EN BEHANDELING¹

Greta Bolle²

Borstkanker is de meest frequent voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. Ongeveer één op twaalf vrouwen krijgt er in haar leven mee te maken. Zowel de ziekte zelf als de behandeling hebben, zowel op korte als op lange termijn, effecten op het seksuele leven van vrouwen en kunnen interfereren met de vruchtbaarheid. Ook voor hun partners is dit een ingrijpend gebeuren. Omdat de overlevingstermijn van kankerpatiënten in het algemeen sterk toegenomen is en seksualiteit een belangrijke factor uitmaakt van de levenskwaliteit is het belangrijk dat artsen en seksuologen hier enig inzicht in hebben. Daarnaast is het noodzakelijk te weten hoe sommige schadelijke neveneffecten van therapieën vermeden of geminimaliseerd kunnen worden.

Deze kennis kan in belangrijke mate bijdragen tot de bespreekbaarheid van deze thematiek. Tot op vandaag rapporteren vrouwen met borstkanker dat ze, wat betreft vragen en onzekerheden over hun seksuele leven, nergens terecht kunnen.

De diagnose

Wie geconfronteerd wordt met een kwaadaardige aandoening reageert daar in eerste instantie op met ontkenning, angst, boosheid en wanhoop. Dit is bij vrouwen met borstkanker niet anders. Hun humeur wordt zwaar verstoord, ze wenen veel, vertonen acute angstaanvallen, weigeren de realiteit onder ogen te zien. Kanker veroorzaakt een enorme hoeveelheid stress. Allereerst stelt zich de overlevingsvraag. Pas later komen vragen over de levenskwaliteit aan de orde. Hoe ernstig zal mijn lichaam geschonden worden? Zal ik nog aantrekkelijk zijn, ook seksueel? Zal ik nog kunnen werken, nog kunnen genieten van het leven (Slob et al., 1998)?

Na de eerste dagen van dit rouwproces gaan de reacties verschillen in functie van de leeftijd van de vrouw. De levenservaring van oudere vrouwen helpt hen de diagnose enigszins te relativiseren. Jongere vrouwen hebben het daar veel moeilijker mee (Ghizzani et al., 1995). Ook het stadium waarin de aandoening reeds gevorderd is, en daarmee samenhangend dus de ernst van de levensbedreiging is bepalend voor de mentale aanpassing van de vrouw (Vinocur et al., 1990). Een jaar na de diagnosestelling blijft gemiddeld 30% van de vrouwen last hebben van angstige of depressieve gevoelens (Hordern, 2000). Beide emoties werken zeer verstorend in op de seksuele responscyclus. Als gevolg van deze stemmingsstoornissen kan een belangrijk verlies aan seksuele interesse en activiteit optreden (Andersen, 1985).

Als arts dien je dus alert te zijn voor tekenen van

angst en depressie. Vele vrouwen raken er niet over heen zonder hulp. Ondersteunende counseling kan hier aangewezen zijn.

De behandeling

Veel studies die de weerslag op het seksuele leven van borstkankerbehandeling in kaart brengen differentiëren niet naar de ernst van de borstkanker, naar de soort behandeling die de vrouw onderging noch naar het tijdsverloop na de ingreep. Dat maakt ze moeilijk interpreteerbaar. Als we toch pogen deze studies te inventariseren kunnen we concluderen dat gemiddeld 12 tot 39% van de vrouwen met seksuele problemen af te rekenen krijgt. Dit blijkt zowel uit retrospectief als uit prospectief onderzoek (Andersen, 1985; Morris et al., 1977; Maguire et al., 1987).

Hoe evolueren deze problemen in de tijd? In haar studie vond Ganz (Ganz, 1996) dat vrouwen met borstkanker fysisch en psychisch maximaal gerecupereerd zijn één jaar na de ingreep. Na die tijd verslechteren een aantal parameters die de globale levenskwaliteit aangeven. Belangrijke rehabilitatieproblemen, waaronder seksuele problemen bleven bestaan. Deze problemen zijn multipel: pijn in borst of arm die stoort bij het vrijen, negatieve veranderingen van het lichaamsbeeld, afname van seksuele interesse (het zichzelf niet langer aantrekkelijk vinden of het zich door de partner niet langer aantrekkelijk gevonden worden), verstoringen van het seksueel functioneren (geen zin in vrijen, opwindings- en orgasmestoornissen), afname van de vrijfrequentie, moeilijkheden om een

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 4 oktober 2001. Dit artikel verscheen eerder in 'Huisarts Nu', maandblad van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, juli 2001; 30, 6, 255-260.

² Dr. med. G. Bolle, arts- seksuologe, G. van Haelenlaan 95, 1190 Brussel (België)

nieuwe partner te vinden. Voor een vrouw zonder partner kan het bijzonder lastig zijn om toenadering te zoeken tot een man wanneer ze net een levensbedreigende ziekte met een ingrijpende behandeling achter de rug heeft. Op het moment in haar leven waar het erkend worden als seksueel wezen cruciaal is, kan het risico van verwerping als ondraaglijk ervaren worden (Golden, 1983).

Borstamputatie

Wegname van een borst is in de beleving van vrouwen een diep ingrijpend gebeuren. Borsten hebben in onze cultuur méér dan een anatomische betekenis. Ze staan symbool voor vrouwelijkheid en aantrekkelijkheid. Ze maken als zodanig een belangrijk element uit van het lichaamsbeeld van vrouwen. Het gevoel van eigenwaarde hangt hier vaak mee samen. Zowel voor mannen als voor vrouwen kunnen borsten belangrijk zijn als bron van seksuele opwinding. Op psychologisch vlak representeren ze contact, geborgenheid en tederheid (Luyens & Smits, 1996).

Het chirurgisch wegnemen van een borst betekent steeds een ernstige verminking. De vrouw wordt letterlijk en figuurlijk uit haar evenwicht gebracht. Ze staat voor de opdracht haar geschonden lichaamsbeeld te leren accepteren. Dit geldt ook voor haar (eventuele) partner. Bovendien krijgt ongeveer 10% van de vrouwen na radicale mastectomie (= het verwijderen van de volledige borstweg samen met de onderliggende borstspieren en alle okselklieren) last van een hinderlijke zwelling van de arm door lymfoedeem, wat een bijkomende schending van het lichaamsbeeld betekent.

Een aantal vrouwen, de cijfers variëren van 10 tot 64%, ontwikkelt na de borstamputatie een fantomborst. Hieronder verstaan we het ervaren van de sensatie dat de weggenomen borst er nog steeds is. Het kan gaan om milde sensaties in de gehele of in delen van de weggenomen borst, meestal in de tepelstreek. Soms gaat het om een erg pijnlijke aandoening. Tot op heden heeft men niet echt zicht op wat het ontstaan van een fantomborst veroorzaakt (Christensen et al., 1982).

Onderzoek naar seksualiteit bij diverse vormen van ziekte en handicap laat zien dat het evenwel niet zozeer de grootte van de ingreep is die de psychoseksuele morbiditeit bepaalt als wel psychologische factoren. Somatische factoren spelen slechts een ondergeschikte rol. Seksuele opwinding hangt vooral samen met de perceptie van genitale sensaties en het fysiologisch functioneren in de genitale streek, terwijl intimiteit min of meer onafhankelijk is van fysieke capaciteiten of stoorzenders. Als, in tijden van crisis het

seksuele functioneren bijdraagt aan de intimiteit van de getroffen vrouw dan zal zij haar seksuele functioneren eerder als bevredigend ervaren ondanks de (fysiek) negatieve sensaties. Anderzijds worden aspecten van het seksuele functioneren die samenhangen met cognities, percepties en emoties vooral aangedaan door de traumatische confrontatie met kanker (Weijmar Schultz et al., 1992; Kylstra et al., 1999; Jonker-Pool et al., 2001).

In de periode tot twee jaar na de ingreep ontwikkelt gemiddeld één op drie vrouwen seksuele problemen (Andersen, 1985; Morris et al., 1977; Maguire et al., 1987; Urbanek et al., 1994). Ondervraagd naar de kwaliteit van hun seksuele leven, één jaar na borstamputatie constateert 7,9% van de vrouwen een verbetering, 54,3% meldt dat deze onveranderd is, 21,2% ervaren lichte en 16,6% ernstige seksuele moeilijkheden (Urbanek et al., 1994). Een groter impact op de seksuele relatie blijkt gecorreleerd met angst en neurotische karaktertrekken bij de vrouw (Urbanek et al., 1992).

Vrouwen die er niet in slagen om het verlies van hun borst te verwerken lopen 9 keer meer kans op seksuele problemen dan vrouwen die daar wel in slagen (Fallowfield & Hall, 1991).

Door aandacht te geven aan de verwerking van dit verlies kunnen artsen een belangrijke preventieve rol vervullen (Schain, 1988). Dit kan door reeds vóór de operatie de vrouw en haar partner de kans te geven over de betekenis van de borsten en de angst die het verlies ervan met zich meebrengt te praten. Na de operatie dienen vrouwen aangemoedigd om hun verminking te bekijken en ze te laten zien aan de partner. Een groot aantal studies leert dat de liefde, het begrip en de emotionele steun van de partner de belangrijkste factor is die de psychologische aanpassing van de vrouw vergemakkelijkt (Bos-Branolte et al., 1987). Samen het litteken bekijken, samen delen wat men afschuwelijk vindt, samen huilen en rouwen zijn belangrijke stappen in het verwerkingsproces. De ziekenhuisstaf die de vrouw begeleidt dient hier mijns inziens een cruciale rol in te spelen, maar dit is, anno 2001, in het Vlaamse land nog steeds geen evidentie. Maar ook huisartsen dienen vrouwen te steunen in het praten over hun beleving, en ze kunnen ze gidsen naar lotgenoten, zelfhulpgroepen zoals 'Leven als voorheen' of de Vlaamse kankertelefoon. Voor Nederland is er de lotgenotenvereniging 'Freya'. Ook kan gebruik gemaakt worden van het patiëntenvoorlichtingsboekje over seksualiteit, intimiteit en kanker 'Lief en Leed' (Weijmar Schultz & van de Wiel, 1992).

Borstsparende heekunde

De laatste jaren wordt er in de behandeling van borstkanker in de mate van het mogelijke overgegaan tot borstsparende heekunde. Deze bestaat uit een gedeeltelijke borstwegname of enkel een tumorexcisie, vaak in combinatie met adjuvante therapie.

McCormick (McCormick et al., 1989) ondervroeg 74 patiënten, gemiddeld twee jaar na een dergelijke ingreep, naar de beleving van hun behandelde borst. 70% van de vrouwen is zich op een of andere manier van deze borst bewust tijdens de gewone dagelijkse activiteiten. Redenen hiervoor zijn: zwelling, (31%), spierpijn bij het bewegen (23%), pijn ter hoogte van de insnede (20%), algemeen ongemak (20%), gevoeligheid aan kledij (18%) of pijn ter hoogte van de ribben (13%). Ook bij baden en aankleden zijn veel vrouwen zich bewust van verschillen tussen hun twee borsten. Het gaat hierbij om kleurveranderingen in de behandelde borst bij of na het baden (17%), een gespannen gevoel na het baden (12%), een scherp bewustzijn van de verschillen tussen de borsten bij het passen van kledij (17%). Dit bewustzijn neemt nog toe in de premenstruele periode: ongeveer de helft van de vrouwen vermeldt dat de behandelde borst dan gevoeliger is dan de niet-behandelde borst. Ook zwelling, gespannen gevoel of pijn nemen dan toe (35%). Van de seksueel actieve vrouwen vermeldt 41% ongevoelige gedeeltes in de borst. 39% probeert de behandelde borst niet bij het seksueel contact te betrekken, dit geldt tevens voor 20% van de partners. Bij ongeveer de helft (55%) is de gevoeligheid van de behandelde borst niet veranderd. Wanneer dit wel het geval is hangt dit vaak samen met gevoelens van last in de behandelde borst (bij 48%). Globaal gezien zijn de vrouwen toch tevreden met het bereikte resultaat. 75% vindt het cosmetisch resultaat en 81% vindt het functioneel resultaat 'normaal' tot 'goed'.

Borstamputatie versus borstsparende behandeling

Een aantal studies vergelijken de levenskwaliteit van vrouwen na mastectomie versus borstsparende heekunde, meestal in combinatie met bestraling. Ondanks alle methodologische problemen (kleine groepen, geen standaardintervallen voor evaluatie, geen vaste meetinstrumenten voor psychoseksuele problemen) komt er toch een constante naar voor. De algemene psychologische aanpassing, in casu het voorkomen van angst en depressie verschilt niet tussen beide groepen. Evenmin worden er verschillen gevonden op het vlak van frequentie van seksuele activiteit. Seksuele disfuncties komen in beide groepen in dezelfde

mate voor. Vrouwen die een borstsparende operatie ondergingen behouden wel een positiever lichaamsbeeld en voelen zich meer vrouw dan vrouwen die een totale mastectomie ondergingen. Ze voelen zich comfortabeler met naaktheid en met het strelen van de borsten. Als dusdanig is hun tevredenheid met hun seksuele leven na de ingreep groter (Sanger & Reznikoff, 1981; Beckman et al., 1983; Pozo et al., 1992; Schover, 1994).

Borstreconstructie

Er is weinig onderzoek naar het effect van borstreconstructie.

Bij een onmiddellijke borstreconstructie noteert Fallowfield (Fallowfield & Hall, 1991) een 'verbeterde psychosociale aanpassing'. Dit zeg echter niets over de seksuele aanpassing. Andere auteurs vonden géén grotere tevredenheid met het seksleven bij vrouwen die een onmiddellijke borstreconstructie ondergingen (Pozo et al., 1992; Dean et al., 1983). Enkel het lichaamsbeeld bleek minder negatief beïnvloed. Vrouwen voelen zich minder beschadigd en ervaren ook meer vrijheid om die kledij te dragen die ze willen (Dean et al., 1983). Een externe prothese wordt nooit in het lichaamsbeeld geïncorporeerd, het is en blijft een vreemd voorwerp dat steeds opnieuw aan de kanker en aan de eigen kwetsbaarheid doet herinneren (Schain et al., 1985).

Schover (Schover et al., 1995) vindt, in een vergelijkende studie bij 218 vrouwen die óf borstsparende heekunde óf amputatie met onmiddellijke borstreconstructie ondergingen, géén verschillen qua lichaamsbeeld, frequentie van vrijen of tevredenheid met het seksuele leven. Wel zijn er verschillen op het vlak van gevoeligheid in de borst. Waar borstsparende heekunde de gevoeligheid in de behandelde borst ten minste gedeeltelijk bewaard is dit niet het geval bij borstreconstructie.

Indien de reconstructie in een tweede fase gebeurt heeft dit geen gevolgen voor de frequentie van seksuele activiteit. Wel neemt de seksuele tevredenheid en het zich prettig voelen tijdens het vrijen toe na reconstructie (Rowland et al., 1993).

Chemotherapie

De seksuele nevenwerkingen van bijkomende chemotherapie in het kader van borstkankerbehandeling worden vaak niet onderkend. Deze zijn nochtans legio (Schover, 1994; Ganz et al., 1998).

De algemene effecten van cytostatica zijn afhankelijk van de aard van het toegediende product, de dosis, het toedieningsschema, de leeftijd en gezond-

heidstoestand van de vrouw.

Vermoeidheid en misselijkheid kunnen de zin in vrijen in negatieve zin beïnvloeden. Door gewichtstoename en haaruitval voelen vrouwen zich dikwijls seksueel minder aantrekkelijk. Sommige stoffen veroorzaken vaginale irritatie tijdens en tot verschillende weken na de behandeling. Gedurende en tot 48 uur na de chemotherapie scheidt de vrouw cytotoxische stoffen af via haar lichaamsvochten. Belangrijk is dat ze haar seksuele partner daartegen beschermt door het gebruik van een condoom. Dit is ook aangewezen omdat cytostatica een onderdrukking van het immuunsysteem met zich meebrengen waardoor de vrouw gevoeliger wordt voor infecties zoals candida, herpes genitalis en genitale wratten (Hordern, 2000).

Chemotherapie kan rechtstreeks de eierstokken aantasten. Bij premenopauzale vrouwen kan de vernietiging van eicellen leiden tot het onregelmatig worden of wegblijven van de maandstonden. Onvruchtbaarheid kan hiermee gepaard gaan. Deze effecten kunnen tijdelijk of blijvend zijn. Infertiliteit na borstkankerbehandeling is recht evenredig met de leeftijd van de vrouw en met de dosis chemotherapie. Er bestaat geen conclusieve informatie omtrent het effect op de vruchtbaarheid wat betreft de duur van de behandeling, de dosis, het behandelingschema of de toedieningsweg (Collichio et al., 1998).

Het wegvallen van de hormoonproductie in de ovaria leidt tot een vervroegde menopauze.

Oestrogeendeficiëntie vertaalt zich in de klassieke menopauzale klachten: warmteopwellingen, psychische veranderingen, irritatie van de urineorganen, een hoger risico op botontkalking en hart- en vaatziekten. Vagina en baarmoeder atrofiëren, het vaginaslijmvlies wordt dunner, droger, vatbaarder voor infecties en dus kwetsbaarder. De kans op dyspareunie neemt toe. Glijmiddelen (Sensilube®, KY-jelly®, Lubrilan®) kunnen de hinder veroorzaakt door het droog worden van de vagina helpen beperken. Tot voor enkele jaren vormde elke behandelde borstkanker een absolute contra-indicatie voor hormonale substitutietherapie. Vandaag de dag wordt hier een meer flexibele aanpak gehanteerd al bevindt hormonale behandeling met plantaardige of synthetische oestrogenen zich nog in de experimentele fase. Het lijkt erop dat ze de prognose van borstkanker, vooral deze met negatieve oestrogeenreceptoren nauwelijks beïnvloeden (Birkhauser, 1994; Depypere et al., 1999; Walsh et al., 2000). Het is evenwel nog wachten op grote, gerandomiseerde prospectieve studies in dit verband.

Testosterondeficiëntie vertaalt zich in een verlies van seksueel verlangen, afname van seksuele fantasie, verminderd seksueel plezier en moeilijker orgasme. Dit kan met zich meebrengen dat ook de sek-

suele partner afhaakt. De opwinding van de vrouw is immers vaak een belangrijk afrodisiacum voor de man. Vanuit een beperkte klinische ervaring wordt gepleit voor toediening van een lage, niet viriliserende dosis testosteron bij vrouwen met een bloedspiegel lager dan 20 ng/ml (Kaplan, 1992).

Voor vrouwen die reeds hun borstkanker dienen te verwerken betekent het 'vervroegd in de menopauze komen' een bijkomend rouwproces. Voor een vrouw die nog hoopte op kinderen (en voor haar partner!) kan dit een hele zware slag betekenen. Counseling kan hier aangewezen zijn.

Hormonale therapie

Zowel preventief als bij recidief van borstkanker wordt vaak behandeld met tamoxifen, progestagenen, LHRH-inhibitoren of aminoglutethimide.

Over de effecten van Tamoxifen (Nolvadex®, Tamizam®, Tamoplex®, Tamoxifen®) op het seksueel functioneren zijn sommige onderzoeksresultaten tegenstrijdig. Schover (Schover et al., 1995) vond in haar onderzoek bij 218 vrouwen geen enkel verschil qua impact op het seksueel leven in vergelijking met vrouwen die enkel heelkunde ondergingen. Ganz et al. (1998) vonden bij patiënten onder tamoxifen meer vasomotorische stoornissen (warmteopwellingen, nachtelijk zweten) en vaginale afscheiding. De lage responsrate van beide studies (respectievelijk 44 en 30%) maakt de interpretatie van de outcome tot een heikele aangelegenheid. Twee andere gerandomiseerde en placebocontroleerde studies wijzen evenwel in de richting van het veel frequenter voorkomen van warmteopwellingen, vaginale afscheiding en onregelmatige menstruele bloedingen (Love et al., 1991; Fisher et al., 1989).

Aminoglutethimide (Orimeten®) veroorzaakt ernstige vaginale atrofie (Fornander et al., 1991).

Bestraling

Bestraling van een borst kan aanleiding geven tot misselijkheid en vermoeidheid. Ook kan ze huidreacties zoals roodheid en afschilfering veroorzaken. In een tweede fase treedt soms verharding en/of retractie van het borstweefsel op. Dit alles kan negatief inwerken op het lichaamsbeeld van de vrouw (Clarysse, 1992).

Soms worden bij jonge vrouwen de ovaria door bestraling op non-actief gezet. De effecten hiervan zijn uiteraard vergelijkbaar met deze van chemische castratie.

Bestraling van het bekken ter behandeling van botmetastasen (=uitzaaiingen in het bot) kan aanleiding geven tot vaginale atrofie, fibrose (=het hard

worden door bindweefselvorming), ulceratie en litteken-vorming. Dit kan een oorzaak zijn van toename van urinaire infecties en van dyspareunie (Hordern, 2000).

Het verwerkingsproces

Bij vrouwen die geconfronteerd worden met kanker ziet men vaak ingrijpende verschuivingen in het behoeftepatroon. Zeker in de beginfase is er vaak meer behoefte aan intimiteit en affectie dan aan genitale seks (Bos-Branolte et al., 1987). Bij premenopauzale vrouwen met borstkanker blijkt intimiteit in de partnerrelatie ook de belangrijkste factor in het herstel van de seksuele relatie. Vrouwen die een liefdevolle relatie hebben met hun partner zien de zin in seks en het seksueel genieten sneller terugkeren dan wanneer dit niet het geval is (Ghizzani et al., 1995). Soms slagen vrouwen er pas een hele tijd na het beëindigen van hun therapie in om de draad van hun seksuele leven opnieuw op te nemen. De weerslag van het ziekteproces kan lang aanslepen: de vrouw heeft aan den lijve ondervonden hoe kwetsbaar ze is, ze heeft stormen emoties doorworsteld, er blijft de confrontatie met het beschadigde lichaam en vooral met de angst dat de kanker terug kan komen. Dit alles kan de zin in vrijen nadelig beïnvloeden. Voor patiënten die nog pijn ervaren kan het opgewonden worden een hele opgave betekenen. Ze dienen er dan immers in te slagen om hun aandacht af te wenden van de pijn en die te concentreren op prettige gewaarwordingen. Bij pijnlijke littekens kan sensitieve massage soms helpen.

Bovendien gaan veel mensen die behandeld zijn voor kanker extra letten op hun lichaamssensaties vanuit de schrik dat de kanker kan terugkeren. De bijkomende lichaamsveranderingen die tijdens het vrijen optreden kunnen zo aanleiding geven tot angstige bezorgdheid. Ook dit proces van somatiseren kan de seksuele responscyclus verstoren (Andersen, 1985). Over dit alles kunnen praten met de partner is de belangrijkste voorwaarde om opnieuw seksueel te kunnen functioneren. Zo nodig dienen patiënte en haar partner doorverwezen te worden voor therapie (Fallowfield & Hall, 1991). In de klinische praktijk mag men hier een positieve outcome van verwachten (Schain, 1988).

Bij een aantal vrouwen leidt de scherpe confrontatie met de dood, het herschikken van de levensprioriteiten en het herwaarderen van hun partnerrelatie tot een verbetering van de kwaliteit van hun seksuele leven (Golden, 1983; Schover et al., 1995).

Impact op de partner

Systematisch wetenschappelijk onderzoek naar de beleving van partners van borstkankerpatiënten is erg schaars. Studies over lesbische partners van vrouwen met borstkanker zijn al helemaal onbestaand. Uit de weinige studies over mannelijke partners blijkt dat ook zij het moeilijk hebben (Northouse et al., 1991). De vaak langdurige stress van de ziekte en de behandeling hebben een impact op hun lichamelijk en geestelijk welzijn. Dit uit zich in slaapstoornissen en nachtmerries, verlies aan eetlust, concentratiestoornissen (Wellisch et al., 1978).

Dikwijls maken ze zich grote zorgen om de overleving van hun vrouw. En gezien sommige mannen maar één sterke emotionele band hebben, namelijk die met hun partner, staan ze letterlijk en figuurlijk in de kou (Bos-Branolte et al., 1987). De angst hun partner te verliezen kan zo onverdraaglijk zijn dat ze zich, als vorm van zelfprotectie, terugtrekken uit de emotionele en seksuele relatie. Ook ervaren mannen dat de kwaliteit van hun seksuele leven in negatieve zin verandert na borstkankerbehandeling. Dat is gemiddeld voor één op drie mannen het geval (Wellisch et al., 1978; Maguire, 1981). Stemmingsstoornissen van de vrouw kunnen de zin in vrijen in negatieve zin beïnvloeden. Het strelen van de overgebleven borst kan eerder pijn en verdriet oproepen dan plezier (Schain, 1988). Dit veranderd seksueel omgangspatroon betekent voor mannen een hele opgave. Soms durft de man geen toenadering zoeken uit angst dat dit zal begrepen worden als een ontkenning van de ernst van de ziekte, al heeft hij daar zelf behoefte aan. Andere mannen voelen een irrationele angst om 'besmet' te raken of ervaren de mastectomie als een narcistische krenking die aanleiding geeft tot gevoelens van verwerping. Al deze reacties zijn onvoorspelbaar. Ze zijn het resultaat van de intrinsieke verwevenheid van twee persoonlijkheden, met hun gewoontes, hun attitudes, hun defensiemechanismen en, niet het minst, van de kwaliteit van hun relatie. Door mannen wordt het hernemen van de seksuele betrekkingen ervaren als een belangrijke mijlpaal (Wellisch et al., 1987). Tenslotte kunnen ook mannen, als reactie op de borstkanker(behandeling) van hun partner seksuele problemen ontwikkelen zoals verlies aan seksuele interesse of erectieproblemen (Kaplan, 1992; Vess et al., 1988).

Dit alles is een pleidooi om de seksuele partner zowel vóór als na de ingreep bij het gebeuren te betrekken. Tot op vandaag wordt met het psychologisch effect van borstkanker op de partner veel te weinig rekening gehouden.

Besluit

Bij kanker is een integrale benadering van de patiënt én haar partner erg belangrijk. Zowel de lichamelijke aspecten van de kanker zelf als de gevolgen van de behandeling en de beleving van de hele situatie door beide partners verdienen aandacht. Genieten van seks behoort voor veel mensen tot die elementen die mee de levenskwaliteit uitmaken. Seksuele problemen bij borstkankerpatiënten zijn reëel. Het kan voor velen een grote hulp betekenen indien hun huisarts en hun behandelende specialisten er oog voor hebben en actief mee naar oplossingen helpen zoeken.

Literatuur

- Andersen, B.L. (1985). Sexual functioning morbidity among cancer survivors. Current status and future research directions. *Cancer*, 55, 8, 1835-1842.
- Birkhauser, M. (1994). Hormone replacement therapy and estrogen-dependent cancers. *International Journal of Fertility and Menopausal Studies*, 39, suppl. 2: 99-114.
- Bos-Branolte, G., Rijshouwer, Y.M., Zielstra, E.M., Duivenvoorden, H.J., & Trimbos, J.B. (1987). De partnerrelatie van gynaecologische kankerpatiënten: het perspectief van de vrouw. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 11, 188-199.
- Christensen, K, Blichert-Toft, M., Giersing, U., Richardt, C., & Beckmann, J. (1982). Phantom breast syndrome in young women after mastectomy for breast cancer. Physical, social and psychological aspects. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 148, 4, 351-354.
- Clarysse, A. (1992). *Borstkanker*. Brugge: String.
- Collichio, F., Agnello, R., & Staltzer, J. (1998). Pregnancy after breast cancer: from psychosocial issues through conception. *Oncology*, 12, 759-765.
- Dean, C., Chetty, U., & Forrest, A. (1983). Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *The Lancet*, 26, 459-462.
- Depypere, H., Serreyn, R., Van Kets, H., et al. (1999). De relatie tussen borst- en endometriumkanker en hormonale substitutie. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 55, 496-502.
- Fallowfield, L.J., & Hall, A. (1991). Psychosocial and sexual impact of diagnosis and treatment of breast cancer. *British Medical Bulletin*, 47, 2, 388-399.
- Fisher, B., Costantino, J., Redmond, C., et al. (1989). A randomized clinical trial evaluating tamoxifen in the treatment of patients with node-negative breast cancer who have estrogen-receptor-positive tumors. *New England Journal of Medicine*, 320, 479-484.
- Fornander, T., Rutqvist, L.E., & Wilking, N. (1991). Effects of tamoxifen on the female genital tract. *Annals New York Academy of Sciences*, 622, 469-476.
- Ganz, P.A., Coscarelli, A., Fred, C., et al. (1996). Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38, 2, 183-199.
- Ganz, P.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., & Desmond, K.A. (1998). Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Recent Results in Cancer Research*, 152, 396-411.
- Ghizzani, A., Pirtoli, L., Bellezza, A., & Velicogna, F. (1995). The evaluation of some factors influencing the sexual life of women affected by breast cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21, 1, 57-63.
- Golden, M. (1983). Female sexuality and crisis of mastectomy. *Danish Medical Bulletin*, 30, Suppl 2: 13-16.
- Hordern, A. (2000). Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. *Cancer Nursing*, 23, 3, 230-236.
- Jonker-Pool, G. et al. (2001). Sexual functioning after treatment for testicular cancer. Review and meta-analysis of 36 empirical studies between 1975-2000. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 1, 55-74.
- Kaplan, H.S. (1992). A neglected issue: the sexual side effects of current treatments for breast cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, 1, 3-19.
- Kylstra, W.A. et al. (1999). Sexual outcome following treatment for early stage gynaecological cancer: a prospective multicenter study. *International Journal of Gynecological Cancer*, 9, 387-395.
- Love, R.R., Cameron, L., Connell, B.L., & Leventhal, H. (1991). Symptoms associated with tamoxifen treatment in postmenopausal women. *Archives of Internal Medicine*, 151, 1842-1847.
- Luyens, M., & Smits, P. (1996). *Seksuele problemen bij het vrijen*. Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Maguire, G.P., Lee, E.G., Bevington, D.J., et al. (1987). Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Medical Journal*, 6118: 963-965.
- Maguire, P. (1981). The repercussions of mastectomy on the family. *International Journal of Family Psychiatry*, 1, 485-503.
- McCormick, G., Yahalom, J., Cox, L., Shank, B., & Massie, M.J. (1989). The patients perception of her breast following radiation and limited surgery. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 17, 6, 1299-1302.
- Morris, T., Greer, H., & White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy: a two-year follow-up study. *Cancer*, 40, 2381-2387.
- Northouse, L., Cracchiolo-Caraway, A., & Pappas Appel, C. (1991). Psychological consequences of breast cancer on partner and family. *Seminars in Oncology Nursing*, 7, 216-223.
- Pozo, C., Carver, S., Roriega, V., et al. (1992). Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: a prospective study of the first year postsurgery. *Journal of Clinical Oncology*, 10, 1292-1298.
- Rowland, J.H., Holland, J.C., Chaglassian, T., & Kinne, D. (1993). Psychological response to breast reconstruction: expectations for and impact on postmastectomy functioning. *Psychosomatics*, 34, 241-250.
- Sanger, C.K., & Reznikoff, M. (1981). A comparison of the psychological effects of breast-saving procedures with the modified radical mastectomy. *Cancer*, 48, 2341-2346.
- Schain, W. (1988). The sexual and intimate consequences of breast cancer treatment. *Cancer Journal for Clinicians*, 38, 154-161.
- Schain, W., Wellisch, D., Pasnau, D., & Landsverk, J. (1985). The sooner the better: a study of psychological factors in women undergoing immediate versus delayed breast reconstruction. *American Journal of Psychiatry*, 142, 40-46.
- Schover, L.R. (1994). Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 16, 177-182.
- Schover, L.R., Yetman, R.J., Tuason, L.J., et al. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image and sexuality. *Cancer*, 75, 1, 54-64.
- Slob, A.K., Vink, C.W., Moors, J.P., & Everaerd, W. (1998). *Leerboek Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Urbanek, V., Kofranek, J., & Albi, M. (1992). Sexuality in women after treatment of malignant breast tumors. *Ceska Gynekologia*, 57, 7, 353-365.
- Urbanek, V., Weiss, P., Kofranek, J., & Albi, M. (1994). Sexual function in women with breast carcinoma in relation to the time interval after mastectomy. *Ceska Gynekologia*, 59, 6, 309-313.
- Vess, J.D., Moreland, J.R., Schwebel, A.I., et al. (1988). Psychosocial needs of cancer patients: learning from patients and their spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6, 31-51.

- Walsh, D., Doona, D., Molnar, M., & Lipnickey, V. (2000). Symptom control in advanced cancer: important drugs and routes of administration. *Seminars in Oncology*, 27, 69-83.
- Weijmar Schultz, W.C.M., et al. (1992). Sexuality and cancer in women. *Annual Review of Sex Research*, 3, 151-200.
- Weijmar Schultz, W.C.M., & Van de Wiel, H. (1992). *Lief en Leed. Over seksualiteit, intimiteit en kanker*. Integraal Kankercentrum Noord-Nederland. ISBN 90-74114-05-9.
- Wellisch, D.K, Jamison, K.R., & Pasnau, R.O. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy: The man's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 135, 5, 543-546.

English summary

Women's perception of sexuality after diagnosis and treatment of breast cancer

Cancer of the breast is the commonest form of malignancy among women. Patients with breast cancer face two main problems: living with the diagnosis and dealing with the treatments used. The current article reviews available data about the impact of breast cancer diagnosis and treatment on a woman's sexual life. The effects of complete versus partial mastectomy with or without breast reconstruction and of further treatments such as cytotoxic drugs and radiotherapy are described. The repercussions of breast cancer on the partner are also inventorised. An integral approach of the woman and her partner by health care professionals seems of primordial importance in order to maximize the quality of life of both partners.
