

# Sexualität bei Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren

## Ursachen für Veränderungen sowie Behandlungs- und Beratungsansätze

Benötigen Frauen mit Brustkrebs oder mit einem gynäkologischen Tumor eine Sexualberatung – oder sind sie nicht durch ganz andere Probleme belastet? Studien zeigen, dass sich bis zu 70% der Betroffenen während oder nach der Zeit der Abklärung und Behandlung mehr Informationen oder Gespräche zum Thema Sexualität gewünscht hätten. Dabei hat sich gezeigt, dass es zwar nicht einfach, aber möglich ist, nach überstandener Krankheit zu einer «neuen Sexualität» zu finden.

VERONIKA PASQUINELLI

Sexualität ist ein Thema, das alle Menschen betrifft. Der Stellenwert sowie das sexuelle Verhalten und Erleben verändern sich in den verschiedenen Lebensphasen: Sexualität durchläuft Höhen und Tiefen, bleibt aber oft bis ins hohe Alter ein wichtiger Lebensbereich. Sie kann als Ausdruck von Lust und Freude erlebt werden oder auch als Ressource zur Bewältigung von Schicksalsschlägen. Treten sexuelle Probleme auf, kann Sexualität zur Belastung werden und die Lebensqualität einschränken.

Frauen mit Brustkrebs oder einem gynäkologischen Tumor erleben sowohl operativ bedingte Veränderungen am Körper wie auch körperliche und psychische Folgen der Krankheit und deren Nachbehandlungen. Die Art und Weise, wie eine Frau die Veränderungen erlebt und verarbeitet, ist sehr individuell.

### Voraussetzungen für die Sexualberatung

Bevor wir zur Sexualität beraten, ist zu bedenken:

- Jeder Mensch hat eine einmalige sexuelle Biografie und entwickelt, auch beeinflusst durch kollektiv-kulturelle Faktoren, ein persönliches Konzept von Sexualität. Dieses beeinflusst sein sexuelles Verhalten, Erleben und Denken und den Umgang mit Störungen der eigenen Sexualität.

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität ist sinnvoll:

- Die individuellen Vorstellungen zu Sexualität – und auch zu Liebe und Intimität – beeinflussen die Art und Weise, wie wir mit Fragen oder Problemen der Sexualität unserer Patientinnen und Patienten umgehen. Die Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen und Widerständen erleichtert Gespräche mit Patientinnen zum Thema Sexualität.

Die Begriffe «sexuelle Funktionsstörung» und «sexuelle Dysfunktion» werden in der Regel als Synonym verwendet. Mit diesen Begriffen werden in der Definition Veränderungen der Sexualität bezeichnet, welche mit Leidensdruck und/oder Problemen in der Partnerschaft einhergehen.

Sexuelle Dysfunktionen bei körperlich Kranken können wie folgt entstehen (1):

- **primär** durch direkte Schädigung von organischen Strukturen  
(Beispiel: Dyspareunie bei Status nach Vulvektomie)
- **sekundär** durch allgemeine Symptome der Krankheit  
(Beispiel: Libidoverminderung bei Müdigkeit)
- **tertiär** durch psychische Folgen der Krankheit  
(Beispiel: Libidoverminderung im Rahmen einer reaktiven Depression).

Sexuelle Funktionsstörungen haben *bei Menschen mit Krebs meistens eine multifaktorielle Ursache*. Die Funktionsstörungen und ihr Stellenwert *ändern sich* im Verlauf der Erkrankung.

### Sexualität bei Frauen mit Brustkrebs

Brustkrebs ist wie bekannt die häufigste Krebserkrankung der Frau. Die Angaben der *Häufigkeit von schweren und lang dauernden sexuellen Funktionsstörungen bei Frauen mit Brustkrebs variieren* je nach Studie, was unter anderem auf die unterschiedlichen Einschlusskriterien, Messinstrumente und auch Beobachtungszeiten der Studien zurückzuführen ist.

Unter 50-jährige Betroffene beschreiben eine Abnahme oder ein Fehlen der Libido in bis 64%. Die Prävalenz von Erregungsstörungen, beeinträchtigtem Orgasmuserleben und/oder Problemen mit der Lubrikation beträgt 20 bis 48%. Etwa 35% der Frauen

leiden unter Dyspareunie. 7 bis 12% der Frauen erfahren eine grössere Zufriedenheit in der Sexualität.

Jüngere Frauen, die unter/nach der Therapie abrupt menopausal werden, leiden am meisten unter sexuellen Funktionsstörungen (2–5). Eine gute Beziehung zum Partner vor der Erkrankung sowie günstige Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten reduzieren die Wahrscheinlichkeit sexueller Dysfunktionen (6, 7).

Der mögliche Fertilitätsverlust ist keine sexuelle Funktionsstörung, kann aber bei jungen Paaren mit Kinderwunsch das sexuelle Erleben langfristig einschränken (8).

**Ursachen veränderter Sexualität**

Für die verschiedenen Therapieschritte bei Frauen mit Brustkrebs sind unterschiedliche Einflussfaktoren für Veränderungen der Sexualität zu erkennen.

Der *chirurgische Eingriff* hat nur einen geringen direkten Einfluss auf das sexuelle Erleben, führt jedoch – unabhängig von der Operationsart – bei etwa 50% der Frauen zu *Körperbildstörungen* (3).

Die *Chemotherapie* mit möglichem Haarverlust, gehäufter Übelkeit, Fatigue und anderen Nebenwirkungen *wirkt sich auf Stimmung, Körperbild und Antrieb* und somit auch auf das sexuelle Erleben und die Genussfähigkeit aus. Die mögliche plötzliche Induktion einer Amenorrhö oder der Menopause mit Infertilität stellt bei prämenopausalen Frauen wohl die eingreifendste Nebenwirkung dar (9). Symptome wie vaginale Trockenheit, Wallungen und Schlafstörungen sind häufiger und ausgeprägter als nach natürlicher Menopause (10, 11).

Die *Bestrahlung* kann das Befinden durch *Schmerzen, Hautirritation und Bewegungseinschränkung* vorübergehend schmälern.

Eine *Antihormontherapie* führt zu *menopausalen Beschwerden* wie Hitzewallungen und Dyspareunie. Aromatasehemmer und GnRH-Analoga haben insofern einen ähnlichen Einfluss auf die Sexualität, als sie beide zu vaginaler Trockenheit und Dyspareunie führen. Tamoxifen hat dagegen in der Regel nur einen geringen negativen Effekt auf die Sexualität (12, 13).

Die Einflussfaktoren von Diagnose und Therapien der Brustkrebserkrankung auf relevante Befindlichkeitsstörungen für

**Tabelle 1:  
Einfluss von Diagnose und Therapie des Mammakarzinoms auf die Sexualität**

<b>Diagnose</b>	Angst, Verunsicherung, Depression
<b>Operation</b>	Körperbildstörung, Schmerzen, Lymphödem Sensibilitätsstörungen, Bewegungseinschränkung
<b>Chemotherapie</b>	Haarverlust, Übelkeit, Neuropathie, Fatigue, Ovarialinsuffizienz, Einfluss auf Fertilität
<b>Bestrahlung</b>	Schmerzen, Hautirritation, Bewegungseinschränkung, Fibrose
<b>Antihormontherapie</b>	Menopausale Beschwerden, Dyspareunie

**Tabelle 2:  
Andere Faktoren mit Einfluss auf die Sexualität**

- Vorgeschichte; bisherige sexuelle Erfahrungen
- Persönlichkeitsstruktur
- Kommunikationsfähigkeit
- Zufriedenheit in der Beziehung
- Einstellung des nicht erkrankten Partners zur Sexualität
- Sexuelle Probleme des Partners
- Begleiterkrankungen
- Subjektives Krankheitsmodell
- Medikamente (z.B. Opiate, SSRI, Betablocker, Antiemetika)

die Sexualität sind in *Tabelle 1* aufgeführt. Andere Faktoren, die ebenfalls eine grosse Rolle für sexuelle Zufriedenheit spielen können, zeigt *Tabelle 2*.

**Die häufigsten sexuellen Funktionsstörungen**

■ **Dyspareunie: Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten**

Die häufigste Ursache der Dyspareunie ist die vaginale Trockenheit. Während andere Symptome des Östrogenabfalls wie Wallungen im Verlauf abnehmen, nimmt die vaginale Trockenheit in der Regel im Verlauf der Monate und Jahre zu. Die Anwendung von Gleitmitteln auf Wasserbasis oder von vaginalen Befeuchtungsgels kann das Problem häufig lindern. Das synthetische Östradiolderivat Promestrien (Colpotrophine®) zeigt von den untersuchten lokalen Hormonpräparaten die geringste Resorption und kann bei persistierenden Beschwerden ein- bis zweimal pro Woche eingesetzt werden. Bei allen Frauen mit hormonrezeptorpositiven Tumoren ist eine systemische Hormonsubstitutionstherapie kontraindiziert.

■ **Libidoverminderung: Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten**

Die Abnahme der Libido hat meistens mehrere Ursachen, die wie beschrieben

durch die Krankheit und Therapie, aber auch durch die vorbestehende Lebenssituation entstehen können. Entsprechend ist die Therapie anzupassen. In *Tabelle 3* sind die Beschwerden nach drei Kategorien und deren Behandlungsmöglichkeiten aufgeführt.

Einige Ursachen lassen sich medikamentös behandeln. Bewegung und Sport beeinflussen chronische Müdigkeit positiv (15) und verbessern die Selbst- und Körperwahrnehmung. Emotionale Belastungen und Partnerschaftsprobleme sollten sorgfältig erfasst werden. Eine Beratung auf Partnerschaftsebene kann dazu beitragen, die Kommunikation zu fördern und bis anhin nicht erkannte Ressourcen zu mobilisieren. Zu beachten ist, dass bei Frauen mit Brustkrebs die Androgenwerte nicht prädiktiv für die Sexualfunktion sind (6, 7). Der Einsatz von Testosteron ist nach dem derzeitigen Stand des Wissens zu unterlassen.

■ **Fertilitätsverlust: Ursachen und Prävention**

Das Risiko der therapieinduzierten Menopause ist altersabhängig. Zugleich spielt die Wahl der Chemotherapie eine weitere Rolle. Es ist wichtig, schon bei der Planung der Therapie über das Risiko der Abnahme der ovariellen Reserve durch Chemotherapie zu sprechen be-

ziehungsweise die Möglichkeiten einer Schwangerschaft nach Abschluss der Behandlung zu diskutieren (16). Hier ist die frühzeitige Hinzunahme des Reproduktionsmediziners besonders wichtig, um in Zusammenarbeit mit dem Onkologen zu beraten und um allenfalls vor Therapiebeginn Massnahmen (z.B. Kryopräservierung von Oozyten) einzuleiten (9).

### Sexualität bei Frauen mit gynäkologischen Tumoren

Resultate früherer Studien sind nur bedingt übertragbar auf Patientinnen, die wir heute behandeln, da Operationstechniken, adjuvante Behandlungen und Bestrahlungsmodalitäten einem steten Wandel unterworfen sind. Die Lokalisation des Tumors, das Stadium und die Prognose beeinflussen die Sexualität.

Sexuelle Funktionsstörungen werden bei Frauen mit Korpus- und Zervixkarzinom in bis zu 50% beschrieben; bei Vulva- und Vaginalkarzinom in bis zu 70%. Die Daten zur Sexualität bei Frauen mit Ovarialkarzinom sind spärlich. Libidoverminderung und Dyspareunie sind auch bei Frauen mit gynäkologischen Tumoren die häufigsten Störungen der Sexualität. Chirurgie und Strahlentherapie führen zu Veränderungen der Vulva oder Vagina (Verkürzung, Narbenbildung, Abnahme der Elastizität, Verlust der Lubrikation), welche mit Dyspareunie einhergehen.

#### Zervixkarzinom

Die einfache Hysterektomie hat keinen negativen Einfluss auf die Sexualität. Nach erweiterter Hysterektomie mit pelviner Lymphadenektomie sind Orgasmusstörungen und Dyspareunie häufige Störungen während der ersten sechs Monate. Dank den nervenschonenden Verfahren, die heute angewendet werden, persistieren diese Störungen in der Regel jedoch nicht. Vor allem bei laparoskopischen Eingriffen können die Nerven im kleinen Becken geschont werden. Die Verkürzung der Vagina kann zu einer eingeschränkten Dehnfähigkeit führen. Nach 12 Monaten sind etwa 90% der Frauen wieder sexuell aktiv (17, 18). Bei Frauen mit inoperablen Tumoren (ab Stadium IIb), welche mit kombinierter Radiochemotherapie behandelt werden, sind nach älteren Studienresultaten vor allem Langzeitfolgen der Radiotherapie

**Tabelle 3:**  
**Libidominderung bei Frauen mit Brustkrebs:**  
**Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten**

Ursachen	Behandlungsmöglichkeiten
Dyspareunie und Angst vor Schmerzen	Gleitmittel, Befeuchtungsgels, Promestrien lokal
Wallungen	Venlafaxin 37,5–75 mg/Tag; Paroxetin oder Fluoxetin 10–20 mg/Tag Gabapentin 900 mg/Tag (14). Entspannungsübungen
Depression	Antidepressiva; Gesprächstherapie
Chronische Müdigkeit	Bewegung und Sport
Abnahme des Attraktivitätsgefühls Verändertes Lustempfinden im Bereich der operierten Brust Ablenkende Gedanken während sexueller Aktivität Veränderte Libido des Partners Partnerschaftsprobleme Testosteronabfall? (Evidenz unklar)	} Einzelberatung oder Beratung auf Partnerschaftsebene

(radiogene Kolpitis; Ovarialinsuffizienz) nennenswert.

Eine gute Vaginalpflege während und nach der Behandlung ist von grosser Wichtigkeit. Dilatatoren, Geschlechtsverkehr und sexuelle Erregung mit erhöhter Durchblutung der Vagina können unterstützend wirken. Ob sexuelle Wünsche während der Behandlungszeit aufkommen, hängt allerdings wesentlich von der Verträglichkeit der Therapie ab. Die Bestrahlung des Beckens führt in der Regel zur Ovarialinsuffizienz. Der plötzliche Abfall der Östrogene und des Testosterons (um 40–50%) können sich nachteilig auf die Sexualität auswirken. Bei jüngeren Frauen kann die Ovarialfunktion mittels Ovariopexie erhalten bleiben. Es existieren keine Daten, die ein erhöhtes Rezidivrisiko durch Hormonsubstitutionstherapie belegen. Beim Adenokarzinom sind Hormone jedoch kontraindiziert, da diese häufig Östrogenrezeptor-positiv sind. Der Nutzen von Testosteron wird unterschiedlich beurteilt. Die Langzeitriskien einer Testosteronbehandlung, vor allem in Hinblick auf die Brust, sind jedoch nicht geklärt (19).

#### Ovarialkarzinom

Das Ovarialkarzinom ist eine Erkrankung der älteren Frau; dennoch ist ein Drittel der Betroffenen prämenopausal. Bedingt (u.a.) durch die Tatsache, dass bei zirka 70% der Frauen die Krankheit in einem fortgeschrittenen Stadium diagnos-

tiziert wird, beträgt die Fünf-Jahres-Überlebensrate nur zirka 40%.

Es ist somit naheliegend, dass Frauen und ihre Angehörigen die Diagnose eines Ovarialkarzinoms initial und häufig auch über Jahre als grosse psychische Belastung erleben. Langzeitüberlebende sind zu etwa drei Vierteln nicht mehr sexuell aktiv. Ursachen sind vor allem der fehlende Partner, andere somatische Krankheiten oder gesundheitliche Probleme des Partners (20). Bei jüngeren Frauen führt die Staging-Operation immer zur Menopause. Eine Hormonsubstitutionstherapie ist nach heutigem Wissen bei epithelialen Tumoren nicht kontraindiziert (21).

#### Endometriumkarzinom

Auf die Folgen der totalen abdominalen Hysterektomie und der bilateralen Ovariectomie wurde bereits hingewiesen. Inoperable Patientinnen können mit kurativer Absicht bestrahlt werden und erhalten eine konkomittierende Chemotherapie. Die Empfehlungen zur Verhinderung respektive Behandlung möglicher sexueller Störungen decken sich mit den oben beschriebenen. Bei radikal operierten Patientinnen mit geringem Rezidivrisiko (FIGO IA, IB, G1; IA G2) ist eine Östrogensubstitution wahrscheinlich nicht kontraindiziert. Diese Frage ist aber nicht prospektiv untersucht worden.

## Vulvakarzinom

Entsprechend dem heutigen Standard wird das Vulvakarzinom weniger radikal operiert als noch vor ein paar Jahren. Meistens ist eine breite Exzision im Gesunden mit einem Sicherheitsabstand von 8 mm, begleitet von einer inguinalen Sentinellymphadenektomie, ausreichend. Geschlechtsverkehr ist nach solchen Eingriffen meistens noch möglich. Die radikale Vulvektomie hat hingegen erhebliche Folgen für die Sexualität. Sie geht mit Dyspareunie einher. Betroffene Frauen erleben häufig ein stark verändertes Körperbild. Die Entfernung der Klitoris führt sehr häufig zu Orgasmus-schwierigkeiten. Viele Frauen und Paare entwickeln die Fähigkeit, sich auf andere erogene Zonen des Körpers zu konzentrieren. Das Abschiednehmen von einer früher gelebten Sexualität ist dennoch in der Regel schmerzhaft.

### Beratung: eine «neue Normalität» finden

Wie sollte das Paarerleben weiter ausgelebt werden, wenn der Körper Grenzen setzt? Betroffene Frauen und Paare müssen Abschied nehmen von der «alten» Sexualität und im Verlauf des Krankheits-respektive Genesungsprozesses in eine neue Phase der (gemeinsamen) Sexualität eintreten.

Der Weg in diesem so intimen und persönlichen Bereich kann sehr unterschied-

lich aussehen. Eine Sexualberatung auf der Sach-, Gefühls- und Beziehungsebene kann dazu beitragen, dass Frauen und Paare auch im Bereich der Sexualität eine «neue Normalität» finden können. *Frauen und Paare sollen ermuntert werden, über ihre Sexualität und insbesondere über ihre Wünsche zu reden und trotz körperlicher Einschränkung nicht auf Intimität zu verzichten.* Sie sollen darin unterstützt werden, Zeit für Intimität einzuplanen und allein oder gemeinsam (wieder) zu entdecken, was ihnen auch über die Sexualität hinausgehend inner- und ausserhalb der eigenen vier Wände Spass und Freude macht.

Falls den Schwierigkeiten ein psychisches Leiden oder ein Paarkonflikt zugrunde liegt, ist eine Weiterweisung an einen Psychiater oder Paartherapeuten in Betracht zu ziehen. ■



Dr. med. Veronika Pasquinelli  
Oberärztin  
Universitätsklinik  
für Frauenheilkunde/  
Brust- und Tumorzentrum  
Inselspital Bern  
Effingerstrasse 102; 3010 Bern  
E-Mail:  
veronika.pasquinelli@insel.ch

#### Quellen:

1. Clayton A., Ramamurthy S.: The impact of physical illness on sexual dysfunction. *Advances in Psychosomatic Medicine* 2008; 29: 70–88.
2. Barni S., Mondin R.: Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Ann Oncol* 1997; 2: 149–53.
3. Fobair P. et al.: Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-oncology* 2006; 15: 579–94.

4. Ganz P.A. et al.: Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96 (5): 376–87.
5. Avis N.E. et al.: Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23(15): 3322–30.
6. Speer J. et al.: Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. *The Breast Journal* 2005; 11 (6): 440–47.
7. Alder J. et al.: Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role? *J Sex Med* 2008; 5: 1898–1906.
8. Avis N.E. et al.: Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-oncology* 2004; 13: 295–308.
9. Schover L. R.: Premature Ovarian failure and its consequences: vasomotor symptoms, sexuality, and fertility. *J Clin Oncol* 2008; 26: 753–58.
10. Biglia L. et al.: Menopause after breast cancer: A survey on breast cancer survivors. *Maturitas* 2003; 45: 29–38.
11. Gupta P. et al.: Menopausal symptoms of women treated for breast cancer: The prevalence and severity of symptoms and their perceived effects on quality of life. *Climacteric* 2006; 9: 49–58.
12. Berglund G. et al.: Effect of endocrine treatment on sexuality in premenopausal breast cancer patients: A prospective randomized study. *J Clin Oncol* 2001; 19: 2788–96.
13. Land S.R. et al.: Patient reported symptoms and quality of life during treatment with tamoxifen and raloxifene for breast cancer prevention: The NSABP study of tamoxifen and raloxifene (STAR) P-2 trial. *JAMA* 2006; 295: 2742–51.
14. Borgeleau M.D. et al.: Therapeutic options for the management of hot flashes in breast cancer survivors: an evidence-based review. *Clin Ther* 2007; 29,2: 230–41.
15. Schneider C.M. et al.: Effects of supervised exercise training on cardiopulmonary function and fatigue in breast cancer survivors during and after treatment. *Cancer* 2007; 110(4): 918–25.
16. Thewes B. et al.: Fertility- and menopause-related information needs of young women with a diagnosis of early breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 5155–65.
17. Frumovitz M. et al.: Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol* 2005; 23(30): 7428–36.
18. Jensen P. et al.: Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. *Cancer* 2004; 100(1): 97–106.
19. Davis S.R. et al.: Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med* 2008; 359(19): 2005–17.
20. Wenzel L.B. et al.: Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: a gynaecologic oncology group study. *Psycho-oncology* 2002; 11: 142–53.
21. Hopkins M.L. et al.: Ovarian cancer patients and hormone replacement therapy: a systematic review. *Gynaecologic Oncology* 2004; 92: 827–32.