

Brustkrebs und Sexualität: Eine Übersicht

Eliane Sarasin Ricklin, Gynäkologie und Geburtshilfe,
Brust-Zentrum, Zürich

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung der Frau, und weiterhin nehmen die Krankheitsfälle zu. Erfreulicherweise haben Früherkennung und innovative Behandlungsmöglichkeiten die Prognose in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert, so dass die psychosozialen Konsequenzen der Erkrankung und somit die Lebensqualität der sogenannten «Survivors» in den Fokus rücken. Dazu gehört auch die zunehmende Beachtung des Einfluss von Brustkrebs und dessen Behandlung auf die Sexualität der betroffenen Frau. Die Brust gilt in unserer Gesellschaft seit jeher als ein Symbol der Weiblichkeit, sexuellen Attraktivität und Fruchtbarkeit. So erleben die Frauen nebst der Erschütterung durch die potentiell lebensbedrohliche Erkrankung den Brustkrebs als direkten Angriff auf die eigene Erotik. Dass sich dies folglich auch störend in der individuell gelebten Sexualität und Partnerschaft auswirken kann, erstaunt nicht.

Wie beeinflusst die Brustkrebserkrankung sowie deren Behandlung die weibliche Sexualität?

Im Vordergrund stehen häufig sexuelle Funktionsstörungen durch die adjuvanten Therapiemassnahmen. Ebenso fühlt sich die Frau durch den schmerzlich empfundenen Verlust an weiblicher Attraktivität und Erotik in ihrer sexuellen Identität getroffen. Das Gefühl «keine vollwertige Frau mehr zu sein» begründet sich durch den Verlust der Körperintegrität nach Operation sowie die oft vorzeitig herbeigeführte Menopause mit Sistieren der Blutungen und Unfruchtbarkeit. Hinzu kommen gegebenenfalls passagere Veränderungen des Erscheinungsbildes wie Alopezie, Verlust der Wimpern und Schamhaare sowie Gewichtsveränderungen unter Chemotherapie. Nachweislich haben alle diese Faktoren einen negativen Einfluss auf das sexuelle Erleben wie auch die sexuelle Zufriedenheit der Frau. Die Krankheit trifft immer auch das Umfeld und insbesondere den Partner der von Brustkrebs betroffenen Frau. Dieser spielt nicht nur eine bedeutende Rolle in der Unterstützung der erkrankten Partnerin, sondern erfährt selbst eine emotionale Belastung. Die Angst durch die ungewisse Prognose der Krankheit sowie neue Verpflichtungen im Rahmen der Fürsorge stehen im Vordergrund und verdrängen das Verlangen nach Intimität. Diese rücksichtsvoll intendierte Zurückhaltung des Part-

ners wird oft von der Frau als Abweisung erlebt, die sie als Bestätigung, nicht mehr begehrenswert zu sein, interpretiert. Die Spontaneität und Leichtigkeit im Umgang des Paares miteinander geht verloren und führt dazu, dass nicht nur jede Form von Sexualität, sondern auch Zärtlichkeit und Körperkontakt vermieden werden und die Distanz auch emotional erlebt wird.

Eine spezielle Risikokonstellation: die junge Brustkrebspatientin

Es gilt zu beachten, dass insbesondere die junge Brustkrebspatientin ein erhöhtes Risiko für sexuelle Störungen aufweist. Obwohl glücklicherweise in der Minderzahl, müssen sich diese Frauen mit zusätzlichen Schwierigkeiten auseinandersetzen. Das junge Erkrankungsalter bedingt häufiger eine intensive Chemotherapie, eventuell in Kombination mit einer zunehmend längerdauernden Antihormontherapie und dem Risiko der konsekutiven Ovarialinsuffizienz. Oft ist die Familienplanung zum Zeitpunkt der Diagnose nicht abgeschlossen, oder es besteht gar keine feste Partnerschaft. Die Partnersuche für die Single-Frau mit einer Brustkrebsdiagnose in der Biographie wird noch schwieriger, als sie schon war. Dazu haben junge Frauen noch keine Erfahrungen mit körperlichen Altersveränderungen und akzeptieren ihren durch die chirurgische Therapie versehrten Körper mit grösserer Mühe. Nicht selten müssen sich diese Frauen noch zusätzlich der Frage nach einer genetischen Mutation stellen mit der emotionalen Belastung einer Testung und deren Konsequenzen.

Was sind die häufigsten sexuellen Störungen bei Brustkrebs?

Die hohe Störanfälligkeit der Sexualität in der bereits gesunden Bevölkerung erstaunt nicht, dass sich diese durch die schwere Erkrankung noch deutlicher zeigt. Bis zu 70% der betroffenen Frauen geben eine Verschlechterung ihres sexuellen Lebens an. Am häufigsten wird eine Abnahme des sexuellen Verlangens beklagt, Erregungsstörungen und Schmerzen beim Verkehr schliessen sich an und seltener kommt es auch zu Schwierigkeiten, einen Orgasmus zu erlangen oder dessen komplettem Ausbleiben. Der Leidensdruck der Frauen ist unterschiedlich ausgeprägt in Abhängigkeit vom Beziehungsstatus, der Partnerschaftsdauer und nicht zuletzt dem Alter der Patientin.

Den grössten Einfluss auf die Frequenz und Intensität von sexuellen Funktionsstörungen hat der Einsatz der Chemotherapie in der Brustkrebsbehandlung. Nebst der transienten oder permanenten iatrogenen Menopause mit lokaler Atrophie, leiden die Frauen häufig zusätzlich unter Erschöpfung, Nausea und rezidivierenden vaginalen Infektionen bei Immunsuppression. Nicht zu unterschätzen sind ebenso Alopezie, Verlust der Wimpern und Brauen sowie die häufige Gewichtszunahme, welche die Krankheit sichtbar und öffentlich

machen, während sich die Narben nach Operation besser verdecken lassen.

Die alleinige antihormonelle Therapie wird meist als weniger belastend erlebt, insbesondere bei bereits vor der Erkrankung erreichter Menopause. Im Vordergrund stehen Schmerzen beim Geschlechtsverkehr durch den lokalen Hormonentzug und eine verminderte Lubrikation, welche als direkte Konsequenz einen Verlust des sexuellen Verlangens nach sich ziehen. Es erstaunt nicht, dass Aromatasehemmer deutlich mehr sexuelle Probleme verursachen als Tamoxifen, welches zumindest durch den partiellen Oestrogen-Effekt weniger lokal atrophierend wirkt. Der Einfluss der chirurgischen Brustkrebsbehandlung ist weniger eindeutig. Entgegen der gängigen Vorstellung werden sexuelle Funktionsstörungen weniger durch den Operationsmodus, sondern deutlicher durch die medikamentöse Therapie (insbesondere Chemotherapie) beeinflusst. Unbestritten hat die Wahl des operativen Vorgehens jedoch einen wesentlichen Einfluss auf das Körperbild und auf die emotionale Verarbeitung der iatrogenen Veränderung sowie auf das Sexualverhalten und die Lebensqualität der betroffenen Frau. Gerade in unserer Gesellschaft, die den Wert einer Frau an Jugend und Schönheit misst, leiden insbesondere die jüngeren Patientinnen an der verlorenen Unversehrtheit ihres Körpers. Einige Studien konnten eine grössere Beeinträchtigung der Sexualität bei Mastektomie gegenüber der Brusterhaltung zeigen, insbesondere bei Frauen, welche ihr Selbstbild in hohem Mass auf ihre äusserliche Erscheinung abstützen. Der Einfluss der Brustrekonstruktion wird trotz des deutlichen Vorteils durch Verzicht auf eine externe Prothese und flexiblere Kleiderwahl eher überschätzt. Die Frauen empfinden die rekonstruierte Brust zwar als «Silhouetten-Korrektur», eine «Ich-Zugehörigkeit» fehlt hingegen häufig, nicht zuletzt auch durch den Sensibilitätsverlust der einst erogenen Zone. Objektiver Befund und subjektive Befindlichkeit können postoperativ deutlich auseinander klaffen, was manchmal von ärztlicher Seite schwer zu verstehen ist. Ein wichtiger protektiver Faktor für die Anpassung an ein verändertes Körperbild ist der Miteinbezug der Patientin in den Entscheidungsprozess über das operative Vorgehen.

Zur vorherrschenden Praxis der Sexualberatung bei Brustkrebs

Obwohl Sexualität in unserer Gesellschaft heute sehr präsent ist, bleibt das eigene Sexuelle ein sehr persönliches Thema. Insbesondere sexuelles Versagen wird

tabuisiert. Auch in der Beziehung zwischen Arzt und Patientin findet das Gespräch über sexuelle Folgen der Brustkrebsdiagnose wenig Platz, obwohl von Seiten der Frauen ein grosses Bedürfnis besteht. Nicht nur in der frühen Phase der Diagnose und Primärbehandlung, wo das Thema vielleicht vernachlässigbar erscheinen mag, sondern auch in der Nachsorge wird die Patientin häufig nicht auf eine mögliche Veränderung der Sexualität angesprochen. Als Gründe dafür geben Ärzte ungenügende sexualmedizinische Kenntnisse, Zeitmangel aber auch Hemmungen, dieses heikle Thema anzusprechen, an. Es wäre jedoch wünschenswert, dass das behandelnde Team über mögliche Auswirkungen der Erkrankung und deren Behandlung auf das Sexuelle aufklärt wie über jede andere Nebenwirkung auch. Wenn Patientinnen die Gesprächsbereitschaft ihres behandelnden Arztes für sexuelle Anliegen erleben, fühlen sie sich entlastet und haben auch zu einem späteren Zeitpunkt die Möglichkeit darauf zurückzukommen. Selbstverständlich gehört die Aufklärung über mögliche supportive Massnahmen, insbesondere in Bezug auf die genitale Atrophie, dazu. Besonders wichtig ist das Angebot, auf Wunsch den Partner in die Beratungsgespräche einzubeziehen. Die häufig eingeschränkte Kommunikation über sexuelle Probleme und Wünsche kann so in einem sicheren Rahmen in Richtung einer grösseren Offenheit gefördert werden. Manchmal reicht ein stützendes ärztliches Gespräch nicht aus, insbesondere bei bereits vor der Brustkrebsdiagnose bestehender sexueller Unzufriedenheit oder Paarproblematik. Hier ist eine Überweisung an einen sexual- und paartherapeutisch erfahrenen Psychotherapeuten oder Sexualmediziner sinnvoll.

Ich danke Herrn Prof. Dr. phil. U. Clement, Leiter des Instituts für Sexualtherapie Heidelberg für das sorgfältige Durchlesen des Artikels und seine konstruktiven Anregungen.

Korrespondenz:

Dr. med. Eliane Sarasin Ricklin
FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, SAPP, FECSM
University Professional Sexual Medicine/Therapy
Brust-Zentrum, CH-8008 Zürich
e.sarasin@brust-zentrum.ch