

# 29 | Seksualiteit

*Esther Nijhuis, Ellen Lammerink*

## Casus

U bent oncoloog in opleiding en ziet op de polikliniek de 55-jarige mevrouw Lameijer. Bij haar is zes jaar geleden een lobulair mammacarcinoom vastgesteld, waarvoor ze neoadjuvante chemotherapie kreeg en een borstsparende operatie met okselklierdissectie onderging. Aanvullend werd ze bestraald en nabehandeld met tamoxifen en anastrozol. Helaas werden een jaar geleden uitzaaiingen gevonden in de botten en longen. Ze komt nu in het kader van de follow-up.

Ze heeft veel steun aan haar man, die mee is naar het consult. Hoewel haar conditie een stuk minder is dan twee jaar geleden gaan ze weer eindjes fietsen en naar toneel- en muziekvoorstellingen.

Seksualiteit was altijd erg belangrijk voor het echtpaar. Door de behandeling is mevrouw Lameijer acuut in de overgang gekomen en heeft ze last van opvliegers, moeheid, nachtzweeten en vaginale droogheid. De zin in vrijen is op den duur wel teruggekomen. Met glijmiddel en creativiteit wisten ze zich goed te redden. Nu komt er echter meer pijn bij, vooral in de botten, en heeft ze last van kortademigheid bij inspanning. Door de vaginale droogheid is, ook met glijmiddel, penetratieseks zeer pijnlijk geworden. Mevrouw vindt het echt heel jammer dat ze niet meer kan genieten van seksualiteit en intimiteit, juist nu ze weet dat haar tijd met haar man beperkt is. Haar man vindt het moeilijk om zijn partner zo broos en kwetsbaar te zien en gaat seksualiteit uit de weg. Dit leidt onbedoeld tot meer afstand in de relatie.

### Vraag 1

Aan welke onderwerpen schenkt u aandacht tijdens de anamnese?

### Vraag 2

Uit welke onderdelen bestaat een seksuele anamnese?

### Antwoord 1

In de palliatieve fase is de anamnese gericht op factoren die op dit moment de kwaliteit van leven beïnvloeden. Zoals patiënte aangeeft, staat het gemis aan intimiteit en seksualiteit op de voorgrond. Het is goed door te vragen waar haar behoefte precies ligt en wat haar in de weg staat om die behoefte te vervullen. Het is goed om de belemmerende factoren die de patiënt noemt, zoals pijn in de botten, kortademigheid en overgangsklachten te bespreken. Welke factoren kunnen we beïnvloeden en op welke manier? Het is belangrijk de echtgenoot erbij te betrekken. Deze geeft aan het moeilijk te vinden om zijn vrouw zo kwetsbaar te zien, waardoor hij wellicht (te) voorzichtig met haar is. Vraag hierop door en probeer aan te sluiten bij zijn beleving.

Deze mevrouw heeft haar problemen met seksualiteit in deze fase van de ziekte zelf aangekaart. De meeste patiënten voelen schroom om hun seksuele problemen te bespreken met een arts. Het is belangrijk te beseffen dat ook in de laatste levensfase seksualiteit belangrijk kan zijn, juist omdat men wil genieten van wat nog wel kan, en de intimiteit in de partnerrelatie houvast biedt. Omdat de patiënt dit onderwerp meestal niet zelf aankaart, is het belangrijk dat de hulpverlener het gesprek hierover opent. U kunt seksualiteit ook impliciet bespreekbaar maken door informatie over seksualiteit en kanker zichtbaar in de spreekkamer te hebben liggen.

Als u seksualiteit aankaart, vermijd dan medische terminologie. Dit creëert afstand en kan onduidelijk zijn. Een eerste aanzet tot een gesprek zou kunnen zijn: 'Het is bekend dat mensen juist in deze fase van hun ziekte behoefte kunnen hebben aan intiem lichamelijk contact. Door ziekte en behandeling kan de seksualiteit ook veranderen. Hoe is dat voor u?' Stel open vragen om patiënte te laten kiezen wat ze wil vertellen en gesloten vragen om concretere informatie te verkrijgen, zodat u geschikte adviezen kan geven.

### Antwoord 2

Een volledige seksuele anamnese begint met het verhelderen van de hulpvraag, gevolgd door klachtverheldering. Probeer te achterhalen hoe de seksualiteit voorheen was, wanneer het seksuele probleem ontstond en wat daarvoor de aanleiding was. Zijn er factoren die een positieve of negatieve invloed hebben op het probleem? Wat heeft de patiënt zelf al geprobeerd en wat heeft dat opgeleverd? Als communicatie over seksualiteit moeilijk is, kan vermijding van seksualiteit ontstaan. Hierdoor ontstaan aannames, met verdriet, verwijt en afstand in de relatie tot gevolg. Zeker in deze levensfase is dat niet wenselijk. Vraag patiënte of ze zelf een idee heeft wat de oorzaak is van het probleem en probeer helder te krijgen wat ze precies verwacht en wenst.

Vraag ook de partner naar diens verwachtingen en probeer er achter te komen of er belemmeringen zijn die deze verwachtingen in de weg staan. Dat kunnen fysieke belemmeringen zijn, maar ook (irrationele) angsten.

Vervolgens gaat u wat dieper in op de seksuele voorgeschiedenis, waarbij u met patiënte en partner bespreekt hoe de seks was voordat patiënte ziek werd. Hierbij kunt u ook aandacht schenken aan de seksuele identiteit en aan masturbatie.

Probeer informatie te krijgen over de huidige relatie: hoe was de ontwikkeling daarvan en hoe is de relatie in het algemeen? Zijn er door de ziekte problemen ontstaan? Te denken valt aan veranderde verhoudingen doordat de partner nu meer de rol van mantelzorger heeft. Wat doet dat met hun seksuele gevoelens voor elkaar?

Zeker in geval van een door ziekte en operatie veranderd lichaam is het belangrijk te vragen naar het zelfbeeld van patiënte. Hoe kijkt ze naar haar lichaam en hoe kijkt haar partner naar haar? Beïnvloedt dat hun seksualiteitsbeleving? U evalueert de betekenis van seksualiteit voor hen allebei. Wat willen ze bereiken met seksueel contact? Wat is daarbij belangrijk?

Schenk tijdens de seksuele anamnese aandacht aan alle fasen van de fysiologische seksuele responscyclus. U vraagt naar problemen met het seksueel verlangen, de seksuele opwinding, het orgasme en seksuele pijnproblemen.

Bij de seksuele anamnese gaat u te werk volgens een biopsychosociaal denk-kader. Welke biologische factoren beïnvloeden het probleem? Welke psychologische factoren zijn van belang? Hoe is de wisselwerking met de partner? Hoe zit het met de seksuele opvoeding? Religie? En tot slot de seksuele factoren: wat doen ze precies op seksueel gebied en is dit helpend of niet-helpend? Is de stimulus adequaat?

Voor de seksuele anamnese maakt het geen verschil of het een paar van hetzelfde of van verschillend geslacht is.

## Anamnese

Over de seksuele relatie voor patiënte ziek werd, is het paar zeer tevreden. Ze bespraken hun behoeftes en gemiddeld vreeën ze twee keer per week, waarbij een gevarieerd voorspel vaak eindigde in gemeenschap. Beiden waren in staat een orgasme te bereiken, waarbij vaginale penetratie ook voor mevrouw erg belangrijk was.

Tijdens uw gesprek met patiënte vertelt ze dat ze ondanks haar vermoeidheid en kortademigheid bij inspanning erg verlangt naar seks met haar man. Ze verwacht dat het weer kunnen vrijen met haar partner hen zou kunnen helpen weer terug te keren naar een gelijkwaardigere partnerrelatie. Ze wil haar patiëntenrol graag kwijt. De pijn bij vaginale penetratie en in de botten maakt dat ze wel opziet tegen seks. Ook kan ze het door haar kortademigheid niet lang volhouden. Haar partner vertelt dat hij bang is om haar pijn te doen en hij wordt bang dat ze stikt als ze hoorbaar kortademig is. Hij is nog even gek op haar als in het begin van hun relatie en mist de seksualiteit ook, maar de angst om haar te schaden is groter. Er spelen bij hem geen problemen met het krijgen en behouden van een erectie.

### Vraag 3

Verricht u lichamelijk onderzoek? Zo ja, waar let u op?

#### Antwoord 3

Het lichamelijk onderzoek bij een patiënte in de palliatieve fase is gericht op (verlichten van) de klachten. Bij het onderzoek kan worden gekeken of er een lichamelijke oorzaak is ter verklaring van de seksuele klacht, en of behandeling mogelijk is. Vaak is een educatief gynaecoseksuologisch onderzoek, waarbij patiënte met een spiegel meekijkt, voldoende. Bij dit onderzoek wordt de patiënt een spiegel aangeboden om mee te kijken en wordt, met toestemming van de patiënt, ook de partner uitgenodigd om mee te kijken.

Het educatief gynaecoseksuologisch onderzoek bestaat uit kijken, beschrijven en uitleggen wat je ziet, aanraken met een wattenstokje en palperen van de bekkenbodem met één vinger. Dit is vaak al voldoende informatief. Speculumonderzoek vindt alleen plaats op indicatie, waarbij tevoren goed moet worden ingeschat of dit uitvoerbaar is zonder pijn.

U start met inspectie van de genitalia externa. Hoe is de conditie van de vulvaire huid? Is er sprake van een dermatose. U benoemt hierbij de anatomische structuren, waarbij het van belang is waar mogelijk te normaliseren.

Met een wattenstokje raakt u op verschillende gebieden de vulva aan. Is er sprake van pijn bij aanraking van de vulva met een kweek- of wattenstokje en waar zit die pijn? Als er sprake is van afwijkende afscheiding kunt u aansluitend een vaginale kweek afnemen.

Tot slot brengt u onder afwisselend persen en ontspannen één gehandschoende vinger in de introïtus, tot bijna twee vingerkootjes diep. U vraagt patiënte de bekkenbodem aan te spannen, los te laten, te hoesten en te persen. Daarna palpeert u voorzichtig de musculatuur op triggerpoints en illustreert u de patiënte wat er gebeurt met de introïtus ten tijde van bekkenbodem oefeningen. In de meeste situaties is het doel van eventueel speculumonderzoek de mate van vaginale atrofie te beoordelen. Hiervoor is het dus niet noodzakelijk om de cervix te beoordelen en volstaat een virgospeculum.

## Lichamelijk onderzoek

U ziet een kwetsbare, bleke vulvahuid, passend bij vulvovaginale atrofie. Er lijkt geen sprake van een dermatose. Aanraking met een wattenstokje is niet erg gevoelig, er is geen afscheiding. Bij het inbrengen van een vinger merkt u dat patiënte automatisch de bekkenbodem aanspant. Bewust aanspannen lukt bijna niet omdat de rusttonus van de bekkenbodem al zo hoog is. Bij persen komt er wel wat ontspanning in de bekkenbodem en wordt de introïtus wijder.

**Vraag 4**

Welke psychosociale of relationele oorzaken kunt u bedenken voor de seksuele disfunctie bij mevrouw Lameijer en haar partner?

**Vraag 5**

Welke organische oorzaken van seksuele disfunctie kunt u bedenken bij een patiënt in de palliatieve fase zoals mevrouw Lameijer en haar partner?

**Vraag 6**

Hoe maakt u het onderwerp seksualiteit bespreekbaar en hoe komt u tot een goede analyse en behandelplan?

**Vraag 7**

Welke behandeling stelt u voor?

**Antwoord 4*****Veranderd zelf- en lichaamsbeeld***

Veel vrouwen die aan de borsten geopereerd of bestraald zijn ervaren hierna een veranderd zelf- en lichaamsbeeld. Deze veranderingen brengen vaak onzekerheid, gevoelens van verlies van aantrekkelijkheid en schaamte met zich mee. Dit kan leiden tot minder zin in vrijen, vermijding van seksualiteit en het niet willen tonen van het lichaam aan de partner. Ook is voor sommige vrouwen het strelen van de borsten belangrijk voor seksuele opwindning. Na operatie en bestraling is de borst vaak gevoelloos of soms zelfs pijnlijk geworden. In de palliatieve fase kan ook schaamte voor de behoefte aan seks een rol spelen. Dit speelt zowel bij patiënten alsook bij partners.

***Onzekerheid door gebrek aan kennis***

Uitleg over effecten van de ziekte en de behandeling op het seksueel functioneren begint al voor het geven van de behandeling. Hiermee verschaft u duidelijkheid en voorkomt u veel onzekerheid bij patiënte en partner. Bijvoorbeeld het in de overgang raken door chemotherapie en de hormonale nabehandeling, die vaginale droogheid en irritatie tot gevolg kan hebben en kan leiden tot pijn bij het vrijen. Het is goed de patiënt hierop voor te bereiden en alvast tips te geven hoe hiermee om te gaan.

***Emoties***

Ten gevolge van de diagnose kunnen depressie, verdriet en angst- of schuldgevoelens optreden. Kort na de diagnose is vaak het seksueel verlangen verminderd. De behoefte aan intimiteit echter niet. De angst om te overlijden en het verminderd welbevinden zijn hier debet aan. Als het vrijen dan ook nog minder prettig verloopt, kan er een negatieve spiraal ontstaan. Maar wanneer de eerste schok voorbij is, worden zaken als steun, intimiteit en seksualiteit vaak weer belangrijk. Seksualiteit kan helpen bij het ervaren van intimiteit en steun, maar

ook bij het gevoel te leven en gewaardeerd te worden. Als een SSRI wordt voorgeschreven om te ondersteunen, is het van belang te vermelden dat dit ook een negatief effect kan hebben op het seksuele verlangen.

#### *Rolverandering van de partner*

Een belangrijk fenomeen is rolverwarring. De partner krijgt (deels) de rol van mantelzorger, wat kan maken dat deze zich minder partner voelt en seksualiteit niet meer vindt passen in het contact dat er is. Voor de patiënt kan dit anders liggen. Het is belangrijk dit rolpatroon bespreekbaar en inzichtelijk te maken.

#### *Communicatieproblemen*

Er kunnen communicatieproblemen optreden, zowel tussen patiënt en partner als tussen hulpverlener en patiënt en/of partner. Wat mensen verstaan onder seksualiteit kan verschillen. Voor velen, ook voor hulpverleners, is het soms moeilijk voor te stellen dat mensen in de eindfase van hun leven behoefte hebben aan seksualiteit. Seksualiteit kan echter een belangrijk domein van de kwaliteit van leven zijn, ook in de laatste levensfase.

### Antwoord 5

Tabel 29.1 geeft een overzicht van relationele, psychosociale en biologische oorzaken met de gevolgen voor het seksueel functioneren en de bijpassende therapie.

#### *Vermoeidheid*

De ziekte en de daaropvolgende behandeling zorgt bij veel patiënten voor vermoeidheidsklachten. Dit beïnvloedt het seksueel functioneren, onder andere door verlies van seksueel verlangen en het minder nemen van initiatief. Hoewel vermoeidheid het initieel verlangen aantast, blijft het responsief verlangen intact. Het is goed voor de partner om dat te beseffen. Deze zal dus meer het initiatief moeten nemen en hierbij moeten aansluiten bij 'goede momenten' van de patiënt. Wellicht is seks in de ochtend beter dan 's avonds, als de patiënt moe is.

#### *Pijn*

Patiënten in de palliatieve fase ervaren vaak pijn ten gevolge van hun ziekte of van de behandeling die ze hebben ondergaan. De pijn kan het seksueel verlangen doen verminderen en daarmee de gehele seksuele responscyclus verstoren. Een positieve seksuele ervaring kan andersom ook pijn doen verlichten.

#### *Effecten van radiotherapie*

Het veranderen van de huid van de bestraalde borst kan maken dat deze gevoelloos is geworden, of juist extra pijnlijk bij aanraking.

### **Effecten van chirurgie**

Littekenweefsel van de geopereerde borst kan stug of gevoelig zijn. Ook maakt het uit of de tepel behouden is gebleven. De lymfeklierdissectie leidt tot pijn en lymfoedeem in de arm.

### **Hormonale veranderingen**

Indien de eierstokfunctie verloren gaat door chemotherapie, komt patiënte acuut in de overgang. Dit kan een verminderd seksueel verlangen tot gevolg hebben, verminderde gevoeligheid van het genitaal en meer moeite met lubricatie als gevolg van vaginale atrofie. Vaginale atrofie treedt vaak geleidelijk op en is progressief. Tamoxifen en anastrozol verergeren dat proces. Het teruggeven van oestrogenen ter behandeling van deze klachten is vaak gecontra-indiceerd indien de tumor hormoongevoelig is. Het gezamenlijk afwegen van de voor- en nadelen van hormoon substitutietherapie is belangrijk, vooral in de palliatieve fase. Verder kan een patiënte door opvliegers en nachtzweeten slaapproblemen krijgen. Dit verergert weer de vermoeidheidsklachten en leidt tot minder goed kunnen omgaan met pijn. Ook hierdoor neemt de seksuele behoefte af.

### **Medicatie**

Veel patiënten in de palliatieve fase krijgen opioïden voor pijnbestrijding. Een belangrijke bijwerking hiervan is obstipatie. Ernstige obstipatie kan een vol en opgeblazen gevoel geven en het seksueel verlangen doen verminderen. Ook kan het leiden tot diepe dyspareunie. Van een aantal medicijnen zijn negatieve bijwerkingen op het seksueel functioneren beschreven, zoals anorgasmie bij bètablokkers, verminderd seksueel verlangen, moeite met opwinding en anorgasmie bij bepaalde SSRI's en vaginale klachten en droogheid bij tamoxifen en anastrozol.

Tamoxifen is een anti-oestrogeen dat wordt voorgeschreven aan patiënten met hormoongevoelig mammacarcinoom. Het heeft zowel oestrogeenagonistische als oestrogeenantagonistische effecten op de vrouwelijke genitalia, afhankelijk van de oestrogeenspiegels en de menopauzale status. Het kan leiden tot vaginale atrofie, afscheiding, jeuk en dyspareunie. Anastrozol is een aromataseremmer die de productie van oestrogeen uit androgene precursors onderdrukt. De vaginale bijwerkingen zijn minder uitgesproken dan bij tamoxifen, maar nog steeds aanwezig.

**Tabel 29.1** Oorzaken van seksuele problematiek en behandelopties

Oorzaak	Gevolg	Therapie
<b>Algemeen</b>		
Veranderd zelf- en lichaamsbeeld	Verminderd verlangen	Psychotherapie
Rolverandering	Verminderd initiatief	Communicatie patiënt-partner stimuleren: bespreken van wensen en verwachtingen
Vermoeidheid	Verminderd verlangen	Communicatie patiënt-partner stimuleren: bespreken van verwachtingen en (on) mogelijkheden, initiatief bij niet-zieke partner en meebewegen met de 'goede momenten' van de partner.
Pijn	Verminderd verlangen	Goede pijnbestrijding (cave bijwerkingen), timing seksualiteit goed kiezen en eventueel houding ondersteunen met kussens
<b>Radiotherapie</b>		
Verminderde vascularisatie	Gevoelige huid	Insmeren met zalf of olie.
Verlittekening	Gevoelloosheid	Littekenmassage
<b>Chemotherapie</b>		
Acuut verlies ovariële functie	Verminderd verlangen, dyspareunie, opvliegers, nachtzweeten, stemmingswisselingen, gewrichtspijnen enzovoort	Vaginaal: moisturizers op hylaluronzuurbasis dagelijks en later om de drie dagen, glijmiddel op siliconen- of oliebasis bij coïtus. Oxybutinine 2 dd 2,5 of 5 mg helpt tegen opvliegers en nachtzweeten. Laaggedoseerde SSRI helpt enigszins bij opvliegers, maar is vooral een stemmingsstabilisator Hormoonsubstitutie (oraal of vaginaal) kan in de palliatieve fase worden overwogen.



**Tabel 29.1** Oorzaken van seksuele problematiek en behandelopties (vervolg)

Oorzaak	Gevolg	Therapie
<b>Chirurgie</b>		
Lumpectomie, mastectomie	Pijnlijk litteken, verstoord lichaamsbeeld, verminderd gevoel	Littekenmassage, psychotherapie.
Lymfeklierdissectie	Lymfoedeem	Fysiotherapie, compressie
<b>Medicatie</b>		
Tamoxifen	Atrofie, dyspareunie	Vaginale moisturizer op hyaluronzuurbasis, glijmiddel op siliconen- of oliebasis.
Anastrazol	Atrofie, dyspareunie	Vaginale moisturizer op hyaluronzuurbasis, glijmiddel op siliconen- of oliebasis.
SSRI	Verminderd verlangen, anorgasmie	Medicatie wijzigen (bijvoorbeeld naar bupropion of escitalopram) of psychotherapie in plaats van medicamenteuze therapie voor depressie.

**Antwoord 6**

Het PLISSIT-model is een handig hulpmiddel voor stapsgewijze begeleiding:

- P *permission* (de klacht mag er zijn, er is toestemming om erover te spreken);
- LI *limited information* (informatie over oorzaken en gevolgen);
- SS *specific suggestions* (concrete adviezen voor aanpassing of verandering);
- IT *intensive therapy* (intensieve therapie, bijvoorbeeld rouwbegeleiding of een seksuoloog).

Een hulpverlener hoeft niet alle stappen zelf te beheersen. Ook niet alle patiënten hebben behoefte aan het doorlopen van alle stappen of een verwijzing naar een seksuoloog. Soms volstaan toestemming, het bespreekbaar maken, en informatie over oorzaak en gevolg (seksuele voorlichting). Het is goed om u te verdiepen in de verwijsmogelijkheden in uw regio.

### Antwoord 7

Het bespreekbaar maken van het onderwerp seksualiteit tussen patiënt en hulpverlener en tussen de partners onderling is al een belangrijke eerste stap (*permission*). Een open gesprek over seksualiteit geeft opluchting en kan een therapeutische werking hebben. Bij dit paar was openheid over seks wel aanwezig, maar toch was in deze nieuwe fase van de ziekte vermijding van seksualiteit ontstaan, uit angst de ander te schaden. Nu dit is uitgesproken, kan onderzocht worden in hoeverre deze angst reëel is.

Klachtgerichte behandeling door een arts-seksuoloog begint met onderzoeken wat de wensen en mogelijkheden zijn. Vervolgens is het samen identificeren van de biologische, psychologische, sociale en relationele factoren die een rol spelen bij de klacht vaak erg behulpzaam. Het biedt inzicht in het probleem en identificeert factoren die te beïnvloeden zijn. Samen bedenk je welk doel seksualiteit dient in de relatie en hoe dit doel kan worden gerealiseerd. Soms moet zowel de hulpverlener als het paar hiervoor *out-of-the-box* denken.

Bekkenfysiotherapie en een indifferente zalf op de introïtus, gecombineerd met een vaginale moisturizer en bij coïtus glijmiddel op siliconen- of oliebasis, kan op termijn leiden tot vermindering van de dyspareunie. Het is daarbij wel belangrijk een periode van pijn- of penetratieverbod in acht te nemen om de cirkel te doorbreken. Soms heeft het paar die tijd echter niet of blijkt vaginale penetratie niet nodig te zijn om het doel (fijne seks en intimiteit) te bereiken. Ook al is hormoontherapie gecontra-indiceerd bij mammacarcinoom, als de palliatieve fase is aangebroken kan de tijd rijp zijn om daar toch andere keuzes in te maken.

## Beloop

Mevrouw Lameijer en haar partner gaan na een uitgebreid gesprek opgelucht naar huis. Ze hebben hun verwachtingen en angsten naar elkaar uitgesproken en durven ook hun wensen aan elkaar kenbaar te maken. Mevrouw zal aangeven wanneer ze een 'goed moment' heeft en haar partner zal proberen wat meer het initiatief te nemen. Voor de pijn in de botten kreeg het paar houdingsadviezen tijdens de seks, waarbij het lichaam van mevrouw zoveel mogelijk met kussens wordt ondersteund. Haar partner verricht de meeste inspanning zodat mevrouw het langer vol kan houden zonder kortademig te worden. De focus komt meer op genieten van elkaars aanraking, waarbij royaal gebruik gemaakt wordt van olie of glijmiddel op siliconenbasis. Mevrouw kiest ervoor om vaginale oestrogenen te gaan gebruiken, omdat ze het gevoel bij vaginale penetratie toch erg mist, en neemt de onwetendheid over een eventueel iets snellere progressie van de ziekte daarbij voor lief. Voor de opvliegers en het nachtzweeten wordt gestart met oxybutinine 2 dd 5 mg, met goed effect. Hierdoor verbetert ook de slaap en is mevrouw Lameijer overdag minder moe.

Na zes weken komen meneer en mevrouw Lameijer gezamenlijk terug op uw spreekuur. Ze vertellen hoe ze hun seksualiteit hebben teruggevonden. Het lukt niet altijd om pijnloos te vrijen met vaginale penetratie, maar dan vrijen ze op andere manieren en ze kunnen daarbij allebei tot een orgasme komen. Door de vaginale oestrogenen is het vermogen om tot een orgasme te komen verbeterd. Het belangrijkste vinden ze dat ze elkaar nu weer meer als partners zien. Mevrouw voelt zich minder 'de patiënt'. Mevrouw Lameijer geeft aan dat ze het jammer vindt dat haar bij aanvang van de therapie zo weinig is verteld over de impact ervan op het seksueel functioneren. Dit had hen beiden veel onzekerheid bespaard.

### Kernpunten

- ▶ Seksualiteit is een belangrijk domein van de kwaliteit van leven, ook in de eindfase. Veel patiënten in de palliatieve fase ervaren hierin problemen
- ▶ Seksuele problemen worden altijd veroorzaakt door een combinatie van biologische, psychologische, sociaal-relatieve en seksuele factoren. Artsen die zijn opgeleid binnen een biomedisch denkkader vinden het vaak moeilijk om seksuele problemen te bespreken. Het bespreekbaar maken van seksualiteit is een zeer belangrijke eerste stap, met vaak al een therapeutisch effect.
- ▶ De arts of verpleegkundige moet het initiatief nemen om seksualiteit te bespreken. Het PLISSIT-model is hierbij een leidraad.
- ▶ Er zijn diverse klachtgerichte behandelopties beschikbaar. Hierbij is het belangrijk buiten de bekende kaders te kunnen denken. Voelt u zichzelf niet bekwaam genoeg op dit gebied? Verwijs dan door! Zorg dat u ook op dit terrein bekend bent met de verwijsmogelijkheden in uw eigen regio.

## Literatuur

- Annon J. The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioural treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther* 1976; 2:1-15.
- Baumgart J, Nilsson K, Evers AS, et al. Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. *Menopause* 2013;20:162-8.
- Candy B, Jones L, Vickerstaff V, et al. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2:CD005540.
- Falk SJ, Bober S. Vaginal health during breast cancer treatment. *Curr Oncol Rep* 2016;18:32.
- Gianotten WL, Meihuizen-De Regt MJ, redactie. Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking. Assen: Van Gorcum; 2008.
- Leon-Ferre RA, Novotny PJ, Wolfe EG, et al. Oxybutinin vs placebo for hot flashes in women with or without breast cancer: a randomized, double-blind clinical trial (ACCRU SC-1603). *JNCI Cancer Spectr* 2020;4:pkz088.
- Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2013;20:888-902.

Multidisciplinaire richtlijn Borstkanker: Psychosociale klachten en vermoeidheid.

Utrecht: NABON/NIV; 2020. richtlijndatabase.nl, geraadpleegd september 2022.

Pallialine: Richtlijnen en handreikingen palliatieve zorg. Utrecht: IKNL, z.d. palliaweb.nl, geraadpleegd januari 2022.

Richtlijn Urogenitale problemen, fistels, loze aandrang en tenesmi in de palliatieve fase. Utrecht: IKNL; 2010. palliaweb.nl, geraadpleegd september 2022.

Rueda C, Osorio AM, Avellaneda AC, et al. The efficacy and safety of estriol to treat vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: a systematic literature review. *Climacteric* 2017;20:321-30.

Streicher L, Simon JA. Sexual function post-breast cancer. *Cancer Treat Res* 2018;173:167-89.

Wiggers T. Follow-up na oncologische chirurgie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:2261-4.