

Ein Tabu, das keines sein sollte: Sexualstörungen nach Operationen

Operative Eingriffe im Beckenbereich können Ursache für sexuelle Störungen und Inkontinenz sein. Von Reinhard Hofer

Eine Schädigung der im Becken ansässigen Nerven kann sowohl bei der Frau als auch beim Mann das Lustempfinden beeinträchtigen. Geschlechtsspezifisch kann es neben den allgemeinen Orgasmusstörungen auch zu einer erektilen Dysfunktion beim Mann und zu einer genitalen Schmerzsymptomatik bei der Frau kommen. Sexuelle Funktionsstörungen bleiben als Tabu oft unausgesprochen, beeinträchtigen jedoch massiv die Lebensqualität. Ärzte sollten sich dieses Problems bewusst sein, ihre Patienten behutsam darauf ansprechen und ihnen professionelle Hilfe anbieten.

Sexualität gehört für die meisten Menschen zu einem wesentlichen Bestandteil zwischenmenschlicher Beziehungen und spielt eine große Rolle bei der Einschätzung der Lebensqualität. Sexuelles Verlangen, Spontaneität und Akzeptanz des eigenen Körpers sind wichtige Voraussetzungen für ein ungetrübtes Sexualleben.

Eine radikale Prostatektomie etwa kann der Grund für eine postoperative erektile Funktionsstörung sein. Bezüglich der postoperativen Potenz nach radikaler Prostatektomie unterliegen die Erfolgsraten innerhalb der medizinischen Fachliteratur einer hohen Streubreite. Weitere physische Gründe für Sexualfunktionsstörungen können eine Nervenschädigung nach transurethraler Vaporesektion (TVR), Stenosen oder Narbenbildungen nach Bestrahlung, oder eine geänderte Anatomie nach ausgedehnter Tumoresektion sein. In Kombination mit psychischen Faktoren wie Scham, Unsicherheit, Angst, Stress oder Ekel potenziert sich die Problematik.

Nervenschonende Operation

Vor der Einführung der nerverhaltenden Operationstechnik lag die Rate der postoperativen erektilen Dysfunktion noch bei fast 100 Prozent. Neben der offenen Technik der radikalen Prostatektomie kam es auch zur Entwicklung der laparoskopischen Prostatektomie und danach der roboterassistierten Prostatektomie. Für den Vergleich dieser Techniken waren neben den onkologischen Outcome-Daten vorwiegend die postoperativen Kontinenz- und Potenzraten maßgeblich.

Die präoperative Ausgangslage, die anhand des IIEF-5-Patientenfragebogens erhoben wird, ist für die postoperative Beurteilung der erektilen Funktion entscheidend. Man kann davon ausgehen, dass eine erektile Funktionsstörung bereits bei einem IIEF-Score <22 beginnt.

Es zeigte sich, dass weniger die unterschiedlichen Operationstechniken und das Equipment entscheidend für den Erhalt der postoperativen erektilen Funktion nach radikaler Prostatektomie sind, sondern vielmehr Faktoren wie das Alter der Patienten, deren Komorbidität und erektile Funktion vor der Operation. Vor allem aber ist die intraoperative Schonung des neurovaskulären Bündels durch den Operateur maßgebend.

Die Daten aus medizinischen Publikationen und von unabhängigen Patientenbefragungen zeigen eine sehr unterschiedlich Sichtweise von Operateur und Patient über den tatsächlichen funktionellen Erfolg eines Nerverhalts. „Wollte man unterschiedliche Operationsmethoden tatsächlich valide vergleichen, dann sollten in der Analyse ausschließlich Patienten eingeschlossen werden, die präoperativ tatsächlich eine intakte erektile Funktion hatten“, forderte Dr. Michael



23. Jahrestagung der
Medizinischen
Kontinenzgesellschaft
Österreich (MKÖ)
18. bis 19. Oktober 2013, Linz

Dunzinger, Abteilung für Urologie und Andrologie am Landeskrankenhaus Vöcklabruck. Dies bedeutet einen Wert von ≥ 22 im Rahmen des IIEF (International Index of Erectile Function). Aus dieser Gruppe können die ausschließlich beiderseits nerverhaltenen Patienten rekrutiert werden, die auch postoperativ in ein consequen-

tes Schwellkörpertraining eingeschleust werden.

Use it or lose it

Wichtig für die postoperative Wiedererlangung einer erektilen Funktion, die oftmals Monate oder sogar Jahre dauern kann, ist die Compliance des Patienten. Dies betrifft vor allem das vom Arzt vorgegebene postoperative Schwellkörpertraining. Darum ist ein klares, postoperatives therapeutisches Konzept in Absprache mit dem Patienten für den Erfolg unerlässlich.

Auch nach sorgfältiger, intraoperativer nervschonender Technik kann es zu einer mehr oder weniger starken Beeinträchtigung der neuronalen Strukturen durch Dehnung oder Quetschung (Neuropraxie) kommen. Ein unterschiedlich lang anhaltender Verlust der Erektionsfähigkeit mit konsekutiver kaverner Hypoxie ist das Resultat. Die Folge ist wiederum eine Fibrosierung der

glatten Muskelzellen innerhalb der Schwellkörper und damit einhergehend eine Verschlechterung der kavernen veno-okklusiven Funktion. Dieser fortschreitende Prozess führt je nach Dauer zu einer mehr oder minder ausgeprägten erektilen Dysfunktion. Bei jüngeren Patienten kommt es aufgrund besserer Neuroplastizität zu einer rascheren Erholung der belasteten neurovaskulären Strukturen. Wie rasch eine erektile Funktion postoperativ zurückgewonnen werden kann, hängt neben dem Ausmaß der Neuropraxie auch vom Alter und den oft zahlreichen Komorbiditäten (Diabetes, arterielle Hypertonie etc.) ab.

Tabu und hohe Dunkelziffer

Auch nach koloproktologischen Eingriffen kann es zu sexuellen Funktionsstörungen kommen. Auslöser können physischer oder psychischer Natur, oder auch eine Kombination aus beiden sein. „Genaue Zahlen bezüglich der Häufigkeit sind kaum zu finden, die Dunkelziffer liegt wahrscheinlich ähnlich wie bei der Inkontinenzrate relativ hoch“, sagte Dr. Ingrid Haunold von der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern Wien.

Nach sexuellen Störungen wird immer noch zu selten gefragt, da für den Koloproktologen meist die neuen Operationstechniken, die Rezidivhäufigkeit und die Inkontinenzraten im Vordergrund stehen. Diese Problematik sollte jedoch nach Darmoperationen und Eingriffen im Anogenitalbereich unbedingt angesprochen werden. „Für viele ist es ein Tabuthema, was auch den Mangel an exakten Daten zu Häufigkeit, Geschlechterverteilung oder Ausmaß erklärt“, so Haunold.

Bei Patienten mit einem Rektumkarzinom etwas kreisen die Gedanken oft ums Überleben und die Angst vor dem Tod, was eine unbeschwertere Sexualität kaum zulässt. Eine präoperative Strahlentherapie hat meist Auswirkungen auf den gesamten Beckenboden, Stenosen oder massive Hautreaktionen können das sexuelle Empfinden stören.



Radiogene Vaginalstenose

Viele Frauen leiden nach einer Strahlentherapie unter der Veränderung der Vagina. Hierzu präsentierte Martina Steinbeiß, Kontinenz- und Stomaberaterin, sowie diplomierte Sexualberaterin, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, einen neuen Ratgeber für Patientinnen „Strahlentherapie im Unterbauch“. Er bietet umfassende Informationen über die möglichen Auswirkungen der Strahlentherapie speziell auf die Scheide. „Auch hier handelt es sich auch um ein fast totgeschwiegenes Thema“, sagt Steinbeiß.

Unmittelbare Beeinträchtigungen können entzündliche Veränderungen, ein unangenehmes Gefühl, Brennen, Schmerzen, Ausfluss oder Blutungen und eine höhere Infektionsanfälligkeit sein. „Vor allem wollen wir mit dem Ratgeber die Spätnebenwirkungen, die Verkürzungen, Verengungen, Verklebungen, die verstärkte Trockenheit und vor allem auch die Neigung zu Schleimhautblutungen der Scheide, die meist lebenslang anhält, ansprechen“, so Steinbeiß.

Vorbeugemaßnahmen während und nach Beendigung einer Strahlentherapie können durch Lokaltherapeutika wie Salben, Gels oder Zäpfchen durchgeführt werden. Als Standardtherapie wird eine Wundsalbe bereits ab Beginn der Strahlentherapie empfohlen, die - auf einen Tampon appliziert - nachts eingeführt werden soll.

Nach Abklingen der entzündlichen Veränderungen ist meist ab drei Wochen nach Ende der Bestrahlungen wieder ein Geschlechtsverkehr möglich, wobei die Verwendung eines Gleitgels empfohlen wird. Nach Rücksprache mit dem Gynäkologen kann ein gezieltes Dehnungstraining in Form von behutsamen und vorsichtigen Massagen, eventuell unter Zuhilfenahme von Vaginaldehnern, erfolgen.

Angst vor Schmerz und Tod

Beim Analkarzinom kann es nach der First-line-Therapie in Form einer mehrwöchigen Bestrahlung zu einem Residualtumor oder einem Rezidiv kommen. Resektionen betreffen dann oft das gesamte Perineum und die hintere Vaginalwand, so dass eine Kohabitation aufgrund der geänderten Anatomie nicht mehr möglich ist.

Auch Abszesse und Fisteln im anogenitalen Bereich verursachen Angst und Schmerz und beeinträchtigen die Sexualität. Im Rahmen eines septischen Geschehens müssen oft perianal oder anovaginal Ringdrainagen gelegt werden. Insbesondere auch Morbus-Crohn-Patienten müssen oft monatelang oder mitunter auch dauerhaft damit leben. Daneben sind es oft die Angst vor Schmerz, vor der postoperativen Inkontinenz, vor dem Aufreißen einer Naht, vor Krebs und vor dem Tod, die eine ungetrübte Sexualität nicht mehr zu lassen.

Erektile Dysfunktion und Stoma

Mit der Etablierung der totalen mesorektalen Exzision (TME) konnte beim Rektumkarzinom zwar die Häufigkeit von Nervenläsionen drastisch gesenkt werden, jedoch ist nach wie vor die Schädigung des Nervenplexus präsakral eine eingriffstypische Komplikation, die beim Mann eine permanente erektile Dysfunktion verursachen kann.

Große Akzeptanz, nicht nur vom Patienten selbst, sondern auch von seinem Partner, erfordert das Vorhandensein einer Stomaanlage. Sie verändert das Körperbild und verhindert oft die Spontaneität in der Sexualität. Stets müssen Vorkehrungen getroffen werden, die Angst, es könnte etwas undicht werden, oder auch die Unsicherheit, was man dem eigenen Körper nach einer großen Operation zumuten kann, überschatten zwischenmenschliche Begegnungen.

Auch beim Thema Sexualität und Inkontinenz wird die Tabuisierung eines sekundären Makels noch potenziert. Wer an Stuhl- oder Harninkontinenz leidet, muss sich mit dem neuen Körperbild auseinander-



setzen. Es beeinträchtigt das Umfeld, und vor allem auch die Wirkung auf den Sexualpartner.

Der Patientenratgeber „Strahlentherapie im Unterbauch“ der Barmherzigen Schwestern, Linz
© BHS Linz

Sexuelle Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht und sollte Bestandteil jeder ärztlichen Behandlung sein“, ergänzte Dr. Elia Bragagna von der Akademie für Sexuelle Gesundheit. „Die Patienten, die heute 70

sind - und das sind die Alt-68er - lassen sich das Thema Sexualität nicht nehmen. Außerdem ist Sexualität

ein Grundbedürfnis, das Beziehungen schützt und fördert.“

Viele Mediziner meiden das Thema aus Unsicherheit, Wissensdefiziten und Zeitmangel. Die Patienten wünschen sich jedoch, von ihren behandelnden Ärzten auf ihre sexuelle Gesundheit angesprochen zu werden, auch wenn die Situation irritierend sein könnte. „Die Wissensvermittlung sollte idealerweise in einer entspannten, freudigen, respektvollen und fördernden Art stattfinden, der Patient sollte mit seinen (Wissens-)Bedürfnissen im Mittelpunkt stehen“, so Bragagna. ■

Quelle: 23. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft (MKÖ), 18.-19. Oktober 2013, Linz