

Zaburzenia seksualne kobiet z nowotworem złośliwym jelita grubego i ich leczenie

Female sexual disorders in colorectal cancer and their treatment

Aleksandra Zajac^{1*}, Agata Kornacka^{1*}, Bartłomiej Salata², Tomasz Dzierżanowski^{1,3}

*Równy wkład jako pierwszy autor

¹Klinika Medycyny Paliatywnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

²Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

³Caritas Diecezji Warszawsko-Praskiej, Warszawa, Polska

Streszczenie

Kobiety z rakiem jelita grubego i odbytnicy mogą doświadczać szerokiego spektrum negatywnych skutków choroby i jej leczenia w wielu sferach życia, do których należy również seksualność. Pomimo że życie seksualne w obliczu choroby nowotworowej pozostaje ważną kwestią dla pacjentek, a zaburzenia w tym obszarze często są źródłem ich cierpienia, w praktyce klinicznej nadal poświęca się zbyt mało uwagi tej kwestii. Jest to szczególnie niepokojące w świetle wyników licznych badań świadczących o dużej powszechności występowania zaburzeń seksualnych wśród kobiet z rakiem jelita grubego i odbytnicy. Do najczęściej zgłaszanych przez pacjentki dolegliwości należą suchość pochwy, ból, dyspareunia, zaburzenia postrzegania własnego ciała i spadek poczucia atrakcyjności oraz obniżenie pożądania. Wszystkie wymienione objawy można skutecznie diagnozować i leczyć, a poprawa satysfakcji seksualnej może znacząco polepszyć jakość życia pacjentek.

Słowa kluczowe: stomia, rak jelita grubego, zaburzenia seksualne kobiet, rak odbytu, leczenie zaburzeń seksualnych kobiet.

Abstract

Women with colorectal cancer may experience a wide range of negative effects of the disease and its treatment in many facets of life, including sexuality. However, although sexual life remains an important issue for female patients with cancer, and sexual disorders are frequently the source of their suffering, too little attention is devoted to this issue in clinical practice. This is particularly disturbing in light of numerous research results showing the high prevalence of sexual disorders among women with colorectal and rectal cancer. The most common complaints reported by patients include vaginal dryness, pain, dyspareunia, altered body image, and decreased sense of attractiveness and desire. All the above-mentioned symptoms can be effectively diagnosed and treated, and an increase in sexual satisfaction can significantly improve the quality of life.

Key words: ostomy, colorectal cancer, female sexual disorders, anal cancer, treatment of female sexual disorders.

Adres do korespondencji:

Aleksandra Zajac, Klinika Medycyny Paliatywnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny,
Warszawa, Polska, e-mail: ale.zajac@o2.pl

WSTĘP

Globalnie rak jelita grubego (RJG) (łącznie z rakiem odbytu) stanowi trzeci najczęstszy pod względem zachorowalności nowotwór u kobiet [1].

Zgodnie z Krajowym Rejestrem Nowotworów odpowiada za 8–10% zachorowań (zależnie od województwa) na wszystkie nowotwory i niezmiennie od

kilku lat pozostaje trzecią najczęstszą przyczyną zarówno zachorowań, jak i zgonów [2] wskutek nowotworów złośliwych u kobiet w Polsce (stan na 2020 r.).

W przeglądzie systematycznym stwierdzono, iż prawostronny rak okrężnicy występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn oraz jest bardziej agresywnym i trudniej rozpoznawalnym nowotworem (ze względu na swoją płaską morfologię) niż lewo-

stronny rak okrężnicy [3]. Takie umiejscowienie nowotworu bardzo często wiąże się z późniejszą diagnozą, a przez to bardziej obciążającym dla pacjenta leczeniem (wymagającym poza resekcją nowotworu dodatkowo radio- lub chemioterapii) i może skutkować gorszą jakością życia, także w sferze seksualnej.

Trudno jest oszacować dokładną częstość występowania zaburzeń seksualnych wśród kobiet z rakiem jelita grubego i odbytu. W badaniu ankietowym z udziałem 694 kobiet z rakiem okrężnicy, odbytnicy i odbytu, w którym mediana wieku wynosiła 54 lata, mediana czasu pomiędzy diagnozą a badaniem wynosiła rok, a do badania zakwalifikowane były zarówno kobiety wolne od choroby (ang. *cancer survivors*), jak i chore z przerzutami lub nawrotem nowotworu, zaburzenia seksualne dotyczyły 62% kobiet z rakiem odbytnicy, 36,8% z rakiem okrężnicy oraz 45,2% z rakiem odbytu. Maksymalne natężenie objawów u badanych obserwowano między 2. a 5. rokiem od postawienia diagnozy [4].

Z kolei w badaniu z wykorzystaniem najbardziej rozpowszechnionego narzędzia do oceny zaburzeń seksualnych kobiet, czyli kwestionariusza Female Sexual Function Index (FSFI), obejmującym 97 kobiet, które przeżyły raka jelita grubego i odbytu, a 87% z nich przeszło już menopauzę, stwierdzono obecność zaburzeń seksualnych u 71% aktywnych seksualnie badanych (48). W przypadku raka okrężnicy zaburzenia zgłaszało 57%, natomiast w przypadku raka odbytnicy i odbytu po 22% kobiet [5].

W innym badaniu z użyciem tego samego kwestionariusza zaburzenia seksualne stwierdzono u 90% (27/29) aktywnych seksualnie oraz 100% (59/59) nieaktywnych seksualnie kobiet z RJG zdiagnozowanym średnio 3 lata wcześniej [6]. Najczęściej występującymi objawami wśród badanych kobiet były suchość pochwy (67%) i sromu (60%), ból w trakcie stosunku (67%) i atrofia pochwy (54%). Dodatkowo ponad 40% z nich doświadczało nietrzymania moczu lub kału. Powyższe czynniki znacząco wpływały na obszar seksualności pacjentek: zapytane o poziom obaw związanych ze zdrowiem seksualnym 91% potwierdziło ich występowanie w różnym nasileniu, a niemal połowa (48%) wyraziła niepewność odnośnie do podjęcia aktywności seksualnej w przyszłości [6].

Kolejne badanie, obejmujące 434 kobiety z rakiem okrężnicy oraz 160 z rakiem odbytnicy, wykazało zwiększoną częstość występowania suchości pochwy i dyspareunii oraz zmniejszonej satysfakcji i przyjemności seksualnej u kobiet z rakiem jelita grubego w stosunku do zdrowej populacji. Zaburzenia lubrykacji występowały u 28% kobiet z rakiem okrężnicy oraz 35% z rakiem odbytnicy w porównaniu z 5% kobiet z grupy kontrolnej, natomiast dyspareunię zgłaszało odpowiednio 9% i 30% chorych oraz żadna z kobiet w grupie kontrolnej [7].

W przebiegu raka jelita grubego pogorszeniu może ulec również poczucie atrakcyjności, kobiecości i zadowolenia z wyglądu własnego ciała. W jednym z badań 86% (60/70) kobiet zgłosiło różnie nasilone pogorszenie postrzegania swojego ciała, 34% zmniejszenie poczucia atrakcyjności, a 40% czuło się mniej kobieco. Wymienione czynniki miały bezpośrednio negatywne przełożenie na występowanie zaburzeń seksualnych we wszystkich domenach FSFI u kobiet aktywnych seksualnie (41) i odpowiadały za 34% wariację wyników kwestionariusza [8]. Według tego badania czynnikami najsilniej korelującymi ze zmniejszeniem zadowolenia ze swojego ciała były młody wiek, gorszy ogólny stan zdrowia kobiety oraz objawy ze strony układu pokarmowego, natomiast nie zaobserwowano związku pomiędzy nasileniem zaburzeń postrzegania własnego ciała a czasem od zakończenia leczenia.

Istnieje również wiele innych badań potwierdzających, że na ocenę własnego ciała i obszar seksualności kobiety mają wpływ występujące w przebiegu raka odbytu i odbytnicy zaburzenia żołądkowo-jelitowe [8–10].

W leczeniu raka jelita grubego wykorzystywane są metody operacyjne, radioterapia oraz chemioterapia. Każda z wymienionych interwencji stwarza ryzyko wystąpienia skutków ubocznych [11].

Według wyników jednego z badań wszystkie metody operacyjne stosowane w raku jelita grubego generują ryzyko wystąpienia zaburzeń seksualnych w zakresie podniecenia, lubrykacji, orgazmu, satysfakcji seksualnej i bólu/ dyskomfortu 6 i 12 miesięcy po operacji [12]. Najwyższe odnotowano w przypadku brzuszno-kroczonej resekcji odbytnicy oraz procedury Hartmanna (zabieg polegający na wycięciu zmiany chorobowej, następnie na zamknięciu kikutu odbytnicy na ślepo oraz wyłonieniu stomii na bliższym odcinku esicy). Przed zabiegiem wyniki FSFI uzyskane w grupach pacjentek zakwalifikowanych do różnych metod operacyjnych nie różniły się [12].

Z kolei w badaniu, w którym wzięło udział 180 kobiet operowanych z powodu raka odbytnicy w ciągu ostatnich 11 lat, ponad 50% pacjentek było aktywnych seksualnie przed operacją, natomiast po operacji mniej niż 35% [13].

Dostępne są również wyniki badania przekrojowego, obejmującego około 500 kobiet z rakiem odbytnicy, które zostało przeprowadzone w celu oceny wpływu stosowanej terapii onkologicznej na powstawanie dysfunkcji dotyczących układu moczowego oraz seksualności u tej grupy kobiet [14]. Mediana wieku pacjentek w momencie badania wynosiła 69 lat, mediana wieku przejścia operacji 64 lata, natomiast mediana czasu pomiędzy badaniem a operacją 55 miesięcy. Wszystkie zakwalifikowane do badania pacjentki zostały poddane brzuszno-kroczonej resekcji odbytnicy (129) lub ni-

skiej przedniej resekcji odbytnicy (387). Dodatkowo 30% badanych przeszło radioterapię przedoperacyjną (odpowiednio 57% i 21% dla każdej ze wspomnianych procedur chirurgicznych), a u części pacjentek implementowano chemioterapię przed- (11%) lub pooperacyjną (7%) w schemacie z 5-fluorouracylem. Do oceny funkcjonowania seksualnego za pomocą kwestionariusza Sexual Function – Vaginal Changes Questionnaire (SVQ) włączono 57% (150) kobiet deklarujących podejmowanie aktywności seksualnej na przestrzeni ostatniego miesiąca z 261 kobiet aktywnych seksualnie przed operacją. Wśród tych pacjentek 72% zgłaszało suchość pochwy podczas stosunku, która po leczeniu uległa pogorszeniu u 35% z nich, a dyspareunia występująca u połowy badanych kobiet przed terapią stała się bardziej uciążliwa u 60% z nich. Ponadto niemal połowa (107/237) aktywnych przed operacją kobiet wykazywała niski poziom pożądania seksualnego, a prawie 25% nie wykazywało go wcale. Warty uwagi jest fakt, że pomimo iż chęć kontaktów seksualnych zmniejszyła się u 40% (65/163) pacjentek po leczeniu, to u 92% ich partnerów pozostała bez zmian. Taki stan rzeczy może być przyczyną braku realizacji potrzeb seksualnych, prowadzącego do pogorszenia relacji partnerskiej, nie tylko na płaszczyźnie seksualnej [15]. Badane kobiety wyrażały również obawy związane z życiem seksualnym lub zgłaszały jego całkowite zawieszenie w 21% (51/242), a 34% z nich w ogóle nie doświadczało satysfakcji seksualnej lub nie podejmowało aktywności seksualnej. Najczęstszymi przyczynami bierności seksualnej wśród kobiet po diagnozie i terapii raka odbytnicy były brak pożądania (46%) oraz suchość pochwy i ból (35%). W tym badaniu pacjentki poddane brzuszno-kroczonej resekcji odbytnicy były umiarkowanie bardziej narażone na pojawienie się dyspareunii oraz niezadowolona z wyglądu własnego ciała niż kobiety po niskiej przedniej resekcji odbytnicy, jednak nie wykazano różnic w częstości podejmowania aktywności seksualnej przez obie grupy.

Dane dwóch przytoczonych powyżej badań należy traktować jednak z ostrożnością, biorąc pod uwagę długi czas pomiędzy operacją a badaniem u części uczestniczek, co może wiązać się z typowym zmniejszeniem sprawności funkcji seksualnych u starszych kobiet [16], a także możliwością występowania licznych dodatkowych niezależnych czynników ryzyka dysfunkcji seksualnych.

Nierzadko interwencja chirurgiczna w raku jelita grubego wiąże się z następczym wyłonieniem stomii (permanentnej w około 10% przypadków) [17], która według danych z przeglądów systematycznych stanowi jeden z głównych czynników ryzyka zaburzeń seksualnych u osób z tym nowotworem [17, 18]. W badaniu opartym na FSFI, które objęło 42 kobiety z rakiem jelita grubego, zaburzenia seksu-

alne zgłaszały wszystkie badane z wyłonioną wówczas przetoką jelitową (stomią) (10/10), w porównaniu z 64% kobiet, u których nigdy nie wykonano takiej procedury (18/28), oraz 75% kobiet z przeszłą historią posiadania stomii (3/4) [19].

Bez względu na rodzaj operacji pacjentki z wytworzoną stomią wykazują pogorszenie jakości życia seksualnego manifestujące się zaburzeniami pożądania [18] i podniecenia, lubrykacji, orgazmu, bólem i dyskomfortem, a także pogorszeniem poczucia własnej wartości, atrakcyjności, obrazu własnego ciała oraz satysfakcji seksualnej [12, 20, 21].

Część tych objawów może być bezpośrednim wynikiem fizycznej ingerencji w integralność przewodu pokarmowego, natomiast dyskomfort związany z obecnością i trudnością w pielęgnacji stomii (pogorszenie postrzegania własnego ciała, niepożądany zapach i dźwięki, możliwość rozszczelnienia worka stomijnego) również może przyczyniać się do ich powstawania lub nasilenia już istniejących zaburzeń [10, 20, 22].

Ponadto posiadanie przetoki jelitowej jest często uznawane przez pacjentki jako źródło problemów w ich relacji z partnerem [15]. Obecność stomii potrafi trwale zmienić postrzeganie chorej osoby i jej seksualności przez partnera, a także powodować u niego strach przed uszkodzeniem worka stomijnego w trakcie współżycia i związanego z tym dyskomfortu. Powszechnym zjawiskiem są również obawy kobiet związane z reakcją partnera w przypadku wydoświadczenia treści z worka stomijnego podczas stosunku [23]. Trudność w utrzymaniu pożądanej jakości życia seksualnego pary może prowadzić do całkowitego zaniechania aktywności w tym obszarze, pogorszenia relacji partnerskiej, a nawet rozstania [15]. W badaniach udokumentowano jednak również doświadczenia seksualne pacjentek po wyłonieniu stomii świadczące o tym, że dobra relacja z partnerem jest silnym czynnikiem prewencyjnym wystąpienia dysfunkcji seksualnych, a jakość życia seksualnego pary może być utrzymana nawet w niezmiennym stanie względem czasu sprzed operacji [21, 24, 25].

Uważa się, że u pacjentów doświadczających dysfunkcji w obszarze seksualności w następstwie wyłonienia stomii, przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego daje szansę na poprawę satysfakcji z życia seksualnego [12.]

Nie bez wpływu na zdrowie seksualne kobiet jest również radioterapia [12, 14, 26, 27].

W badaniu prospektywnym obejmującym 48 kobiet z rakiem jelita grubego zbadano za pomocą kwestionariusza FSFI częstość występowania zaburzeń seksualnych w 3 punktach czasowych. Wyniki tego badania sugerują, że radioterapia neoadiuwantowa znacząco przyczynia się do pogorszenia funkcji seksualnych 6 i 12 miesięcy po jej zastosowaniu w odniesieniu do stanu z dnia poprzedzającego operację [12].

W analogicznym badaniu obejmującym 117 kobiet, które przeszły zabieg całkowitego wycięcia mezorektum z powodu raka jelita grubego z lub bez skojarzonej radioterapii przedoperacyjnej, 62% z nich zgłaszało nowopowstałe po leczeniu zaburzenia seksualne lub zaostrzenie wcześniej istniejących. Radioterapia była jedynym istotnym statystycznie czynnikiem ryzyka ich wystąpienia. Podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym w grupie 150 kobiet, w której wystąpienie zaburzeń seksualnych w postaci zmniejszenia wymiarów pochwy (25%) i dyspareunii (> 50%), zmniejszenia pożądania oraz zaniechania aktywności seksualnej było ściśle związane z zastosowaną wcześniej (około 26–98 miesięcy) radioterapią przedoperacyjną [14]. Zauważono również, że rozkład dawek promieniowania w czasie nie odgrywał istotnej roli w powstawaniu dysfunkcji seksualnych [14].

W badaniu z udziałem 37 kobiet leczonych skojarzoną chemioradioterapią z powodu raka odbytu (mediana czasu od zakończenia terapii wynosiła 36 miesięcy) zaobserwowano u 10 z nich zaburzenia seksualne, do których mogły należeć między innymi zaburzenia przyjemności seksualnej oraz postrzegania własnego ciała [28]. Dodatkowo, napromienianie w łącznej dawce > 50,4 Gy uznano za niezależny czynniki zwiększający ryzyko wystąpienia dysfunkcji seksualnych.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE ZABURZEŃ SEKSUALNYCH U KOBIET Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM JELITA GRUBEGO I ODBYTU

Złożona etiologia zaburzeń seksualnych, jak również intymny i subiektywny charakter tych dolegliwości mogą stanowić duże wyzwanie zarówno podczas diagnostyki, jak i planowania leczenia. Umiejętne rozpoczęcie dialogu oraz prawidłowa, ukierunkowana na dbałość o poczucie prywatności i komfort pacjentki komunikacja może pozytywnie wpływać na chęć współpracy z lekarzem, zwiększając tym samym szanse na wyleczenie. Takie podejście ułatwia korzystanie z kwestionariuszy przeznaczonych do oceny zdrowia seksualnego. Najbardziej powszechnym, a także najlepiej korelującym z definicją zaburzeń seksualnych w DSM-5 jest FSFI [29], mający zwalidowaną wersję w j. polskim (FSFI-PL) [30]. Kwestionariusz skonstruowany jest z 19 pytań dotyczących 6 domen funkcjonowania seksualnego kobiety w ciągu ostatnich 4 tygodni. Pacjentka wypełnia go samodzielnie, co daje większe poczucie prywatności i może pozytywnie wpływać na chęć współpracy z lekarzem.

Przyjęto, że u kobiet z rakiem jelita grubego i odbytu nie istnieją dodatkowe przeciwwskazania do stosowania którejkolwiek z metod leczenia zaburzeń seksualnych ponad te zdefiniowane dla populacji ogólnej.

Mając na względzie wielopłaszczyznowość etiologii takich dysfunkcji wśród pacjentek onkologicznych, zasadne jest zindywidualizowane podejście interdyscyplinarne będące kombinacją leczenia farmakologicznego, wsparcia psychologicznego, edukacji na temat zdrowia seksualnego, rehabilitacji oraz zabiegów rekonstrukcyjnych w wybranych przypadkach.

Jednym z najczęściej obserwowanych zaburzeń seksualnych wśród pacjentek z nowotworem złośliwym jelita grubego jest dyspareunia. Zdecydowanie najlepsze efekty jej leczenia osiąga się poprzez zastosowanie miejscowej hormonoterapii estrogenowej aplikowanej w formie kremów, tabletek bądź też krążków dopochwowych [31]. Lokalne działanie estrogenów prowadzi do zwiększenia ukrwienia narządów rodnych i elastyczności tkanek oraz wytwarzania wydzieliny pochwowej. Poprawa w zakresie powyższych funkcji efektywnie zapobiega pojawianiu się bólu oraz dyskomfortu podczas penetracji [31]. Innym wariantem hormonoterapii miejscowej są środki zawierające dehydroepiandrosteron (DHEA) lub testosteron.

Istnieje również szeroki wybór niehormonalnych metod leczenia zaburzeń seksualnych u kobiet. Do tej grupy należą między innymi lubrykanty na bazie wody, silikonu lub polikarbofilu oraz nawilżacze zawierające kwas hialuronowy lub polikarbofil. Inne opcje to czopki dopochwowe z witaminami A i E usprawniające kondycję nabłonka pochwy oraz metoda polegająca na aplikacji do przedsionka pochwy wacika nasączonego 4% roztworem lidokainy na 3 minuty przed penetracją. Wszystkie wymienione metody cechuje udowodniona skuteczność, jednak nie ma wystarczających danych, aby wyróżnić tę najbardziej efektywną [31, 32].

Alternatywną niehormonalną opcję terapeutyczną stanowi ospemifen – lek przyjmowany doustnie, będący selektywnym modulatorem receptora estrogenowego [33]. Poza leczeniem dyspareunii daje on również dobre efekty w przypadku zaburzeń pożądania [34, 35].

Na przestrzeni ostatnich lat odnotowuje się również zwiększoną popularność laserów CO₂ i erbowego w leczeniu suchości pochwy. Wydaje się, że wytworzone za pomocą lasera mikrouszkodzenia nabłonka i błony podstawnej pochwy stymulują tamtejsze komórki do zwiększenia wytwarzania kolagenu oraz następczej przebudowy i regeneracji, co z kolei prowadzi do zwiększenia grubości, lubrykacji oraz elastyczności nabłonka pochwy [36].

Szansę na złagodzenie dyspareunii daje również fizjoterapia mięśni dna miednicy oraz stosowanie dilatatorów dopochwowych. Dane dotyczące faktycznej skuteczności tych ostatnich wydają się jednak niejednoznaczne, a sama metoda jest raczej niechętnie stosowana przez pacjentki, co jest zauważalne w niskim poziomie stosowania [32].

Z kolei w przypadku obniżonego pożądania i podniecenia seksualnego pacjentkom onkologicznym proponuje się między innymi terapię lekami przeciwdepresyjnymi. Powszechnie stosuje się zarówno leki wzmacniające odpowiedź na bodźce seksualne (bupropion), jak i te redukujące hamowanie odpowiedzi na wspomniane bodźce, (trazodon czy buspiron) [37]. W kontekście leków przeciwdepresyjnych warto pamiętać o możliwym szkodliwym wpływie na funkcje seksualne selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (sertralina, paroksetyna, citalopram) oraz serotoniny i noradrenaliny (wenlafaksyna, duloksetyna) wdrażanych nie tylko w często współwystępujących z chorobą nowotworową zaburzeniach afektywnych (depresji reaktywnej), ale również jako koanalgetyki czy też w ramach łagodzenia uderzeń gorąca będących skutkiem ubocznym stosowania terapii antyestrogenowej. Zostało udowodnione, że mogą one stanowić przyczynę zmniejszenia libido, zmiany odczuwania podniecenia oraz anorgazmii [38]. W przypadku podejrzenia pojawienia się opisywanych zaburzeń w związku ze stosowaniem farmakoterapii przeciwdepresyjnej zaleca się rozważenie uzupełnienia leczenia o inny lek wspomagający funkcje seksualne (najczęściej bupropion) lub zmianę na lek o udowodnionym bardziej korzystnym profilu działania względem seksualności pacjentek [39].

Istnieją również doniesienia o możliwym korzystnym wpływie na seksualność kobiet takich substancji, jak flibanseryna, bremelanotyd, sildenafil, dronabinol [34] czy preparaty pochodzenia naturalnego – wyciąg z miłorzębu, ekstrakt z korzeni maca czy ashwaghandy [40]. Zostało również udowodnione, że pacjentki onkologiczne zmagające się z problemem zaburzeń seksualnych mogą odnieść korzyści z terapii poznawczo-behawioralnej [32].

Ponadto randomizowane kontrolowane badanie wykazało, że wśród pacjentek z rakiem jelita grubego dużą rolę odgrywa wsparcie psychologiczne oraz edukacja na temat zdrowia seksualnego [41]. Badanie zakładało przeprowadzenie czterech jednogodzinnych sesji rozmów telefonicznych na temat zdrowia seksualnego, metod jego wspomagania, rzetelnych źródeł informacji oraz metod efektywnej komunikacji. Uzyskane wyniki świadczyły o poprawie psychicznego i seksualnego funkcjonowania oraz jakości życia pacjentek.

Poprawę satysfakcji z życia seksualnego u pacjentek, u których konieczne było wyłonienie stomii, można uzyskać również poprzez interwencję rekonstrukcyjną [12].

PODSUMOWANIE

Problem zaburzeń seksualnych dotyka prawdopodobnie ponad 70% kobiet z nowotworem złośliwym

wym jelita grubego oraz odbytnicy i może stanowić istotne źródło ich cierpienia, obniżając tym samym ich jakość życia. Najczęściej zgłaszanymi przez pacjentki dolegliwościami są suchość pochwy, dyspareunia, zaburzenia postrzegania własnego ciała i spadek poczucia atrakcyjności oraz obniżenie pożądania. Mając na uwadze, że w obliczu choroby nowotworowej obszar seksualności pozostaje istotną częścią życia kobiet, ważne jest, aby nie był on pomijany w przebiegu terapii, rekonwalescencji i powrotu do pełni zdrowia. Dysfunkcje seksualne można skutecznie diagnozować za pomocą kwestionariusza FSFI, a także leczyć, co pozwala pacjentkom nadal cieszyć się tym intymnym obszarem.

DEKLARACJE

1. Zgoda Komisji Bioetycznej na badania: Nie dotyczy.
2. Zewnętrzne źródła finansowania: Brak.
3. Konflikt interesów: Brak.

PIŚMIENNICTWO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL i wsp. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021; 71: 209-249.
2. Wojciechowska U, Barańska K, Michalek I, Olasek P, Miklewska M, Didkowska JA. Nowotwory złośliwe w POLSCE w 2020 roku. Available from: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2023-01/nowodotwory_2020.pdf.
3. Hansen J. Possible better long-term survival in left versus right-sided colon cancer – a systematic review. Available from: <https://ugeskriftet.dk/dmj/possible-better-long-term-survival-left-versus-right-sided-colon-cancer-systematic-review> (dostęp: 06.04.2023).
4. Frick MA, Vachani CC, Hampshire MK i wsp. Survivorship after lower gastrointestinal cancer: patient-reported outcomes and planning for care. *Cancer* 2017; 123: 1860-1868.
5. Savoie MB, Paciorek A, van Loon K i wsp. Sexual function remains persistently low in women after treatment for colorectal cancer and anal squamous cell carcinoma. *J Sex Med* 2023; 20: 439-446.
6. Cauty J, Stabile C, Milli L, Seidel B, Goldfrank D, Carter J. Sexual function in women with colorectal/anal cancer. *Sex Med Rev* 2019; 7: 202-222.
7. Den Oudsten BL, Traa MJ, Thong MSY i wsp. Higher prevalence of sexual dysfunction in colon and rectal cancer survivors compared with the normative population: a population-based study. *Eur J Cancer* 2012; 48: 3161-3170.
8. Benedict C, Philip EJ, Baser RE i wsp. Body image and sexual function in women after treatment for anal and rectal cancer. *Psychooncology* 2016; 25: 316-323.
9. Benedict C, Rodriguez VM, Carter J, Temple L, Nelson C, DuHamel K. Investigation of body image as a mediator of the effects of bowel and gi symptoms on psychological distress in female survivors of rectal and anal cancer. *Support Care Cancer* 2016; 24: 1795-1802.
10. Tripaldi C. Sexual function after stoma formation in women with colorectal cancer. Available from: <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.16.S4> 2019, 28, S4-S15.
11. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet* 2019; 394: 1467-1480.

12. Tarkowska M, Głowacka-Mrotek I, Skonieczny B i wsp. Sexual functioning in female patients undergoing surgical treatment for colorectal cancer – a single-center, prospective triple time-point yearly follow-up. *Curr Oncol* 2022; 29: 3291.
13. Traa MJ, Orsini RG, Den Oudsten BL i wsp. Measuring the health-related quality of life and sexual functioning of patients with rectal cancer: does type of treatment matter? HRQOL in rectal cancer. *Int J Cancer* 2014; 134: 979.
14. Bregendahl S, Emmertsen KJ, Lindegaard JC, Laurberg S. Urinary and sexual dysfunction in women after resection with and without preoperative radiotherapy for rectal cancer: a population-based cross-sectional study. *Colorectal Dis* 2015; 17: 26-37.
15. Lin S, Yin G, Chen L. The sexuality experience of stoma patients: a meta-ethnography of qualitative research. *BMC Health Serv Res* 2023; 23: 1-15.
16. Hayes R, Dennerstein L. The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *J Sex Med* 2005; 2: 317-330.
17. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden MEM, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Quality Life Res* 2016; 25: 125-133.
18. Thyø A, Elfeki H, Laurberg S, Emmertsen KJ. Female sexual problems after treatment for colorectal cancer – a population-based study. *Colorectal Dis* 2019; 21: 1130-1139.
19. Reese JB, Finan PH, Haythornthwaite JA i wsp. Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. *Support Care Cancer* 2014; 22: 461-468.
20. Li CC, Rew L. A feminist perspective on sexuality and body image in females with colorectal cancer: an integrative review. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2010; 37: 519-525.
21. Ramirez M, McMullen C, Grant M, Altschuler A, Hornbrook MC, Krouse RS. Figuring out sex in a reconfigured body: experiences of female colorectal cancer survivors with ostomies. *Women Health* 2009; 49: 608-624.
22. Liu XR, Tong Y, Li ZW i wsp. Do colorectal cancer patients with a postoperative stoma have sexual problems? A Pooling up analysis of 2566 patients. *Int J Colorectal Dis* 2023; 38: 79.
23. Albaugh JA, Tenfelde S, Hayden DM. Intestinal stoma: sexual dysfunction and intimacy for ostomates. *Clin Colon Rectal Surg* 2017; 30: 201-206.
24. Manderson L. Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Soc Sci Med* 2005; 61: 405-415.
25. Sarabi N, Navipour H, Mohammadi E. Sexual performance and reproductive health of patients with an ostomy: a qualitative content analysis. *Sex Disabil* 2017; 35: 171-183.
26. Towe M, Huynh LM, El-Khatib F, Gonzalez J, Jenkins LC, Yafi FA. A review of male and female sexual function following colorectal surgery. *Sex Med Rev* 2019; 7: 422-429.
27. Lange MM, Marijnen CAM, Maas CP i wsp. Risk factors for sexual dysfunction after rectal cancer treatment. *Eur J Cancer* 2009; 45: 1578-1588.
28. Welzel G, Hägele V, Wenz F, Mai SK. Quality of life outcomes in patients with anal cancer after combined radiochemotherapy. *Strahlenther Onkol* 2011; 187: 175-182.
29. Baser RE, Li Y, Carter J. Psychometric validation of the female sexual function index (FSFI) in cancer survivors. *Cancer* 2012; 118: 4606-4618.
30. Nowosielski K, Wróbel B, Sioma-Markowska U, Poreba R. Development and validation of the Polish version of the female sexual function index in the Polish population of females. *J Sex Med* 2013; 10: 386-395.
31. Treatment of urogenital symptoms in individuals with a history of estrogen-dependent breast cancer: clinical consensus. *Obstet Gynecol* 2021; 138: 950-960.
32. Huffman LB, Hartenbach EM, Carter J, Rash JK, Kushner DM. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: a comprehensive review and clinical guide. *Gynecol Oncol* 2016; 140: 359-368.
33. Streicher L, Simon JA. Sexual function post-breast cancer. In: Gradishar WJ (ed.). *Optimizing breast cancer management*. Springer, Hamburg 2018, 167-189.
34. Krzystanek M, Krysiak R, Chabrzyk A, Pałasz A. Farmakologiczne możliwości leczenia zaburzeń libido. *Psychiatr Spersonalizowana* 2022; 1: 1-8.
35. Pup LD, Sánchez-Borrego R. Ospemifene efficacy and safety data in women with vulvovaginal atrophy. *Gynecol Endocrinol* 2020; 36: 569-577.
36. The impact of vaginal laser treatment for genitourinary syndrome of menopause in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis | *Clinical Breast Cancer* | EBSCOhost. Available from: <https://openurl.ebsco.com/srh%3ASRH.FDAB292B.12E980A3/detailv2?epage=e562&date=2019-8&issue=4&doi=10.1016%2Fj.clbc.2019.04.007&genre=article&title=the%20impact%20of%20vaginal%20laser%20treatment%20for%20genitourinary%20syndrome%20of%20menopause%20in%20breast%20cancer%20survivors&title=the%20impact%20of%20vaginal%20laser%20treatment%20for%20genitourinary%20syndrome%20of%20menopause%20in%20breast%20cancer%20survivors&title=the%20impact%20of%20vaginal%20laser%20treatment%20for%20genitourinary%20syndrome%20of%20menopause%20in%20breast%20cancer%20survivors> (dostęp: 06.03.2023).
37. Zając A, Pokora K, Salata B, Dzierżanowski T. Sexual disorders and their treatment in women with cancer. *Palliat Med* 2023; 15: 19-27.
38. Hernández-Blanquisset A, Quintero-Carreño V, Álvarez-Londoño A, Martínez-Ávila MC, Díaz-Cáceres R. Sexual dysfunction as a challenge in treated breast cancer: in-depth analysis and risk assessment to improve individual outcomes. *Front Oncol* 2022; 12: 1-7.
39. Higgins A, Nash M, Lynch AM. Antidepressant-associated sexual dysfunction: impact, effects, and treatment. *Drug Healthc Patient Saf* 2010; 2: 141-150.
40. Whicker M, Black J, Altwerger G, Menderes G, Feinberg J, Ratner E. Management of sexuality, intimacy, and menopause symptoms in patients with ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217: 395-403.
41. DuHamel K, Schuler T, Nelson C i wsp. The sexual health of female rectal and anal cancer survivors: results of a pilot randomized psycho-educational intervention trial. *J Cancer Survivorship* 2016; 10: 553-563.