



# Sexuálne zdravie žien po onkologickej liečbe

MUDr. Barbara Čambalová, PhD., MUDr. Katarína Peregrimová, MUDr. Barbora Mráz, MUDr. Matúš Škovran,  
doc. MUDr. Ivan Hollý, CSc., doc. MUDr. Mikuláš Redecha, PhD., MPH

Gynekologicko-pôrodné oddelenie, Nemocnica Bory, Bratislava

Sexuálne zdravie predstavuje dôležitú, no v klinickej praxi často prehliadanú súčasť kvality života žien po onkologickej liečbe. Táto prehľadová práca sumarizuje súčasné poznatky z odbornej literatúry a odporúčania odborných spoločností zamerané na problematiku sexuálnych dysfunkcií u onkologických pacientok. Zdôrazňuje význam včasného rozpoznania ťažkostí, cielej diagnostiky a komplexného, medziodborového prístupu k ich manažmentu. Starostlivosť o sexuálnu oblasť by mala byť prirodzenou súčasťou sledovania pacientok po onkologickej liečbe, keďže jej aktívne riešenie môže významne prispieť k zlepšeniu každodenného fungovania a spokojnosti so životom.

**Kľúčové slová:** sexuálna dysfunkcia, genitourinárny syndróm menopauzy, lokálna estrogénová terapia, dyspareunia, kvalita života

## Sexual health in women after cancer treatment

Sexual health represents an important, yet often overlooked, component of quality of life in women after cancer treatment. This review article summarizes current evidence from the scientific literature and recommendations from professional societies addressing sexual dysfunction in female cancer survivors. It highlights the importance of early recognition of symptoms, targeted diagnostics, and a comprehensive multidisciplinary approach to management. Care for sexual health should be considered a natural part of follow-up in women after cancer treatment, as its active management may significantly improve daily functioning and overall life satisfaction.

**Key words:** sexual dysfunction, genitourinary syndrome of menopause, local estrogen therapy, dyspareunia, quality of life

Onkológia (Bratisl.), 2026;21(2):92-97

## ÚVOD

Sexuálne zdravie predstavuje významnú súčasť celkovej kvality života, ktorá však v onkológii dlhodobo zostáva na okraji záujmu. V posledných dekádach sa vďaka pokrokom v diagnostike a liečbe výrazne zvyšuje počet žien, ktoré úspešne absolvujú onkologickú liečbu (1). S pribúdajúcou skupinou dlhodobo prežívajúcich pacientok sa do popredia čoraz výraznejšie dostávajú neskoré následky onkologickej terapie vrátane porúch sexuálneho zdravia.

Napriek tomu, že sexualita je definovaná ako integrálny aspekt ľudského života, jej hodnotenie a manažment nie sú rutinnou súčasťou onkologickej starostlivosti. Ukazuje sa, že len štvrtina lekárov aktívne otvára tému sexuality so svojimi pacientkami (2, 3). Na druhej strane, prevalencia sexuálnych ťažkostí spojených s nádorovým ochorením a jeho liečbou je vysoká (4).

Sexuálne dysfunkcie u onkologických pacientok sú výsledkom komplexnej interakcie biologických, psychologických a sociálnych faktorov. Onkologická liečba môže viesť k poškodeniu tkanív, hormonálnym zmenám a indukciu predčasnej menopauzy. Súčasne dochádza k zmenám telesného obrazu, zvýšenej úzkosti a depresii, ako aj k narušeniu partnerských vzťahov (5).

Cieľom tejto prehľadovej práce je poukázať na význam sexuálneho zdravia u žien po onkologickej liečbe, analyzovať hlavné mechanizmy vzniku sexuálnych dysfunkcií a poskytnúť prehľad aktuálnych diagnostických a terapeutických možností z pohľadu gynekológa.

## EPIDEMIOLOGIA SEXUÁLNYCH DYSFUNKCIÍ PO ONKOLOGICKEJ LIEČBE

Sexuálna dysfunkcia (SD) je porucha jednej alebo viacerých zložiek sexuálnej odpovede, ktorá vedie k subjektívnemu diskomfortu, zníženiu spokojnosti alebo narušeniu partnerskej intimity. U žien sa môže prejaviť ako pokles sexu-

álnej túžby, porucha vzrušenia, zhoršená lubrikácia, ťažkosť s dosiahnutím orgazmu alebo bolesť pri pohlavnom styku. Gynekologické a sexuálne ťažkosť patria medzi časté následky onkologickej liečby a môžu významne ovplyvňovať kvalitu života pacientok. K ich rozvoju prispieva samotná onkologická liečba vrátane chirurgických výkonov, chemoterapie a rádioterapie, ktoré môžu viesť k anatomickým zmenám, predčasnemu ovariálnemu zlyhaniu, hormonálnemu deficitu, vaginálnej atrofii, stenóze či poruchám vaginálnej lubrikácie (6).

Prevalencia sexuálnych dysfunkcií sa líši v závislosti od typu nádoru, použitej liečby a veku pacientky, pričom najvyšší výskyt sa pozoruje u pacientok po karcinóme prsníka a gynekologických malignitách. Podľa dostupných údajov sa sexuálne ťažkosť vyskytujú až u 40 – 100 % žien po onkologickej liečbe (7).

Karcinóm prsníka je najčastejšie onkologické ochorenie u žien a počet pacientok, ktoré toto ochorenie prežívajú, neustále narastá. V recentnej prierezovej štúdií boli sexuálne funkcie u žien po liečbe karcinómu prsníka hodnotené pomocou dotazníka Female Sexual Function Index (FSFI), pričom sexuálna dysfunkcia bola prítomná u 76,1 % pacientok; najvýraznejšie boli narušené domény sexuálnej túžby a vaginálnej lubrikácie (8).

V štúdií Lin et al. (9), ktorá hodnotila sexuálne funkcie u pacientok po gynekologických malignitách pomocou dotazníka FSFI, bola celková prevalencia sexuálnej dysfunkcie 43,7 %, pričom výskyt sa líšil podľa typu nádoru. Najvyšší výskyt bol zaznamenaný u pacientok po karcinóme ovária (56,1 %), nasledovali pacientky po karcinóme endometria (47,7 %) a karcinóme krčka maternice (39,8 %). U všetkých skupín boli najvýraznejšie narušené domény sexuálnej túžby, lubrikácie a orgazmu, pričom pacientky po karcinóme ovária dosahovali celkovo najnižšie FSFI skóre. Autori zároveň ukázali, že sexuálna dysfunkcia bola častejšia u pacientok po kombi-



novanej onkologickej liečbe a pri dlhšom trvaní ochorenia, čo podporuje predpoklad, že rozsah sexuálnych ťažkostí je ovplyvnený nielen typom nádoru, ale aj intenzitou a dlhodobými následkami liečby.

Napriek vysokej prevalencii zostáva táto problematika nedostatočne diagnostikovaná. Mnohé pacientky nepovažujú sexuálne ťažkosti za legitímny zdravotný problém alebo sa obávajú o nich hovoriť. Súčasne zdravotníci často tému neotvárajú, čo vedie k výraznému podhodnoteniu výskytu a nedostatočnej liečbe (10).

Podľa odporúčaní ESMO Survivorship Guidelines má byť sexuálne zdravie rutinnou súčasťou postonkologickej starostlivosti a aktívneho skríningu symptómov (11).

### ■ PATOFYZIOLÓGIA SEXUÁLNYCH DYSFUNKCIÍ

Sexuálne dysfunkcie u onkologických pacientok majú multifaktorový charakter. Ich vznik je výsledkom vzájomnej interakcie biologických, psychologických a sociálnych faktorov, pričom jednotlivé zložky sa navzájom potencujú a často pretrvávajú aj po ukončení aktívnej onkologickej liečby. Sexuálne ťažkosti preto nemožno redukovať len na lokálny genitálny nález alebo hormonálny deficit, ale treba ich vnímať ako komplexný dôsledok samotného nádorového ochorenia, protinádorovej liečby, zmien v sebaužívaní pacientky a narušenia partnerskej a sociálnej intimity (12).

Biologická príčina sexuálnej dysfunkcie u onkologických pacientok najčastejšie súvisí s účinkom protinádorovej liečby na hormonálnu rovnováhu, pošvové tkanivá a funkciu panvového dna. Chemoterapia môže viesť k prechodnému alebo trvalému zlyhaniu funkcie vaječníkov a spolu s endokrinnou liečbou navodzuje hypoestrogénny stav. Jeho najčastejším klinickým prejavom je genitourinárny syndróm menopauzy, ktorý sa manifestuje vaginálnou suchosťou, pálením, zníženou elasticitou a krehkosťou sliznice, poruchou lubrikácie, dyspareuniou a zvýšenou náchylnosťou na močové či vaginálne infekcie (13). U pacientok po liečbe karcinómu prsníka bývajú tieto ťažkosti často výraznejšie najmä pri liečbe inhibítormi aromatázy alebo pri náhle navodenej menopauze po chemoterapii, keď je pokles estrogénov prudký a symptómy bývajú intenzívnejšie než pri prirodzenej menopauze (13).

Rádioterapia panvovej oblasti vedie k poškodeniu vaginálnej sliznice, subsliznického väziva a cievneho zásobenia. Následkom sú zápalové zmeny, fibróza, strata elasticity, skrátenie pošvy a vznik vaginálnej stenózy, ktoré sa klinicky prejavujú bolestivým pohlavným stykom, nemožnosťou penetrácie, krvácaním pri styku a sťaženým gynekologickým vyšetrením (13). U niektorých pacientok sa súčasne rozvíja hypertonus svalov panvového dna ako sekundárna reakcia na bolesť, čo ďalej zhoršuje dyspareuniu a vedie k bludnému kruhu bolesti, anticipačnej úzkosti a vyhýbavého sexuálneho správania (12).

K chirurgicky podmieneným biologickým mechanizmom patria anatomické a funkčné dôsledky výkonov v oblasti prsníka, vulvy, vagíny, uteru alebo adnex. Mastektómia, deformity prsníka po parciálnych výkonoch, jazvy po rekonštrukčných intervenciách alebo stómie po rozsiahlych panvových operáciách nemenia len telesný obraz (14). Takisto môžu ovplyvniť aj erotogénne vnímanie vlastného tela a schopnosť

prežívať sexuálnu blízkosť bez pocitu hanby alebo telesnej odlišnosti. U časti pacientok sa navyše uplatňujú únava, bolesť, periférna neuropatia, vazomotorické symptómy, poruchy spánku a celkový pokles vitality, ktoré ďalej znižujú sexuálnu túžbu a sexuálnu aktivitu (14).

Psychologická zložka sexuálnej dysfunkcie je v onkológii mimoriadne významná. Nádorové ochorenie často narúša ženskú identitu, pocit telesnej integrity a istotu vo vlastnej atraktivite. Pacientky môžu po liečbe prežívať stratu ženskosti, obavy z odmietnutia partnerom, neistotu pri odhalovaní vlastného tela a pocit, že ich telo je „choré“, „poškodené“ alebo „iné“ než pred liečbou (14). Tieto zmeny sú zvlášť výrazné po liečbe karcinómu prsníka a gynekologických malignít, kde samotný orgán alebo časť tela nesie výrazný symbolický význam pre sexualitu a ženskú identitu.

Významnú úlohu zohrávajú aj úzkosť, depresívne symptómy, strach z recidívy a posttraumatická stresová symptomatológia. U niektorých pacientok sa sexualita začne spájať s bolesťou, zraniteľnosťou alebo stratou kontroly, čo vedie k poklesu sexuálnej túžby, poruche vzrušenia a vyhýbaniu sa intimite (15). Dôležitý je aj psychický kontext liečby: ak pacientka vníma sexualitu ako „nepodstatnú“ v porovnaní s prežitím, svoje ťažkosti často bagatelizuje a nekomunikuje ich. Tým sa problém prehĺbuje a pretrváva aj v postonkologickej starostlivosti, hoci biologická príčina už nemusí byť jediným dominantným faktorom (16).

Sociálne a vzťahové faktory predstavujú tretiu kľúčovú zložku patofyziológie sexuálnych dysfunkcií. Onkologické ochorenie často mení dynamiku partnerského vzťahu: partner môže preberať rolu opatrovateľa, zatiaľ čo pacientka sa dostáva do roly chorej osoby. Táto zmena môže oslabiť spontánnosť, erotické prežívanie a reciprocitu vo vzťahu. Niektoré páry sa vyhýbajú sexuálnemu kontaktu zo strachu, že by mohol byť bolestivý, nevhodný alebo emočne zaťažujúci, pričom nedostatočná komunikácia vedie k ďalšiemu vzájomnému odcudzeniu (17).

Sexualitu ovplyvňujú aj širšie sociálne determinanty, ako sú kultúrne normy, vek pacientky, kvalita predchorobného partnerského fungovania, náboženské presvedčenie či miera sociálnej podpory. U žien bez stabilného partnerského zázemia alebo pri dlhodobom konfliktom vzťahu môže onkologická liečba odhaliť alebo zvýrazniť už predtým prítomné problémy v intimite. Naopak, funkčný a otvorený partnerský vzťah môže pôsobiť protektívne a zmiernovať vplyv biologických a psychologických dôsledkov liečby (16, 17).

Sexuálne dysfunkcie u onkologických pacientok preto treba chápať v rámci bio-psycho-sociálneho modelu, ktorý zdôrazňuje, že biologické poškodenie tkanív, hormonálne zmeny, psychické spracovanie ochorenia a partnersko-sociálny kontext nemožno od seba oddeľovať (18). Rovnaký biologický nález môže mať u rôznych pacientok odlišný vplyv v závislosti od psychickej odolnosti, významu pripisovaného sexualite, kvality vzťahu a dostupnosti odbornej pomoci. Z klinického hľadiska z toho vyplýva potreba komplexného prístupu, ktorý zahŕňa nielen gynekologické a symptomatické riešenie, ale aj psychosexuálnu intervenciu, partnerskú podporu a medziodborovú spoluprácu (4). Prehľad najčastejších sexuálnych dysfunkcií a symptómov u onkologických pacientok sa nachádza v tabuľke.



**Tabuľka.** Najčastejšie sexuálne dysfunkcie u žien po onkologickej liečbe a ich možné príčiny

Sexuálny problém/symptóm	Možné mechanizmy a etiológia
<b>pokles sexuálnej túžby</b>	hypoestrogénny stav po chemoterapii alebo hormonálnej liečbe, únava, depresia, úzkosť, negatívne vnímanie vlastného tela, partnerské problémy
<b>porucha sexuálneho vzrušenia</b>	vaginálna atrofia, porucha vaskularizácie a inervácie genitálií po chirurgickej liečbe alebo rádioterapii, psychická záťaž
<b>znížená vaginálna lubrikácia</b>	genitourinárny syndróm menopauzy pri hypoestrogénnom stave, inhibitory aromatázy, ovariálne zlyhanie po chemoterapii
<b>dyspareunia</b>	vaginálna atrofia, fibróza a stenóza po rádioterapii, jazvy po chirurgických výkonoch, hypertonus svalov panvového dna
<b>vaginálna stenóza</b>	panvová rádioterapia, fibróza a strata elasticity vaginálnych tkanív
<b>skrátene alebo zúženie pošvy</b>	rádioterapia, chirurgické výkony v oblasti vagíny alebo malej panvy
<b>porucha orgazmu</b>	poškodenie nervovo-cievnych štruktúr pri chirurgickej liečbe, psychologické faktory, chronická bolesť
<b>vaginálna suchosť</b>	hypoestrogénny stav po chemoterapii, endokrinnnej liečbe alebo bilaterálnej adnexektómii
<b>krvácenie alebo diskomfort pri styku</b>	fragilita vaginálnej sliznice po rádioterapii alebo pri genitourinárnom syndróme menopauzy
<b>vyhýbanie sa sexuálnej aktivite</b>	strach z bolesti, úzkosť, zmeny telesného obrazu, partnerské napätie, depresívne symptómy
<b>negatívne vnímanie vlastného tela</b>	mastektómia, stómia, jazvy po chirurgických výkonoch, alopecia, zmeny telesnej hmotnosti
<b>chronická panvová bolesť</b>	hypertonus panvového dna, pooperačné zmeny, postradiačná fibróza, periférna neuropatia
<b>vazomotorické symptómy a poruchy spánku</b>	predčasná menopauza po chemoterapii, hormonálna liečba, chirurgická kastrácia
<b>periférna neuropatia a únava</b>	neurotoxicita chemoterapie, chronická onkologická liečba, celkové zníženie vitality

## DIAGNOSTIKA SEXUÁLNYCH DYSFUNKCIÍ

Diagnostika sexuálnych dysfunkcií u onkologických pacientok je založená na aktívnom skríningu, keďže spontánne referovanie ťažkostí zo strany žien je nízke. Mnohé považujú sexuálne problémy za „sekundárne“ v porovnaní s onkologickým ochorením alebo ich nevnímajú ako legitímnu tému pre komunikáciu s lekárom. Zároveň zdravotníci často tému neotvárajú pre nedostatok času, neistotu alebo obavy z nevhodnosti (4). Takisto je potrebné priznať si, že slovenské postgraduálne vzdelávanie v oblasti sexuálneho zdravia zaostáva v rámci Európy. Situácia je podobná vo viacerých odboroch, lekári sa necítia kompetentní a dostatočne istí v témach sexuálneho zdravia, a preto sa zdráhajú riešiť tieto aspekty zdravia s pacientami (19).

Z tohto dôvodu sa odporúča jednoduchý, otvorený skríninový prístup formou krátkej otázky, napríklad: „Máte zmeny v sexuálnom živote, ktoré vás trápia?“ (11).

Takto formulovaná otázka normalizuje tému, otvára priestor na ďalšiu diskusiu a umožňuje identifikovať pacientky, ktoré by inak ostali nediagnostikované.

Na objektivizáciu sexuálnych ťažkostí je vhodné použiť validizované dotazníky. Najčastejšie používaným nástrojom je Female Sexual Function Index (FSFI), ktorý hodnotí šesť domén sexuálnej funkcie: túžbu, vzrušenie, lubrikáciu, orgazmus, spokojnosť a bolesť (20). FSFI umožňuje kvantifikáciu závažnosti sexuálnej dysfunkcie a je vhodný najmä u sexuálne aktívnych žien.

Pre onkologické pacientky vrátane sexuálne neaktívnych žien je vhodnejší nástroj Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire – IUGA Revised (PISQ-IR), ktorý reflektuje širší kontext sexuality vrátane emocionálnych, behaviorálnych a partnerských aspektov (21). Výhodou PISQ-IR je jeho použiteľnosť aj u pacientok, ktoré nie sú aktuálne sexuálne aktívne, čo je v onkologickej populácii časté. Použitie dotazníkov umožňuje nielen diagnostiku, ale aj sle-

dovanie efektu intervencií v čase a zlepšuje komunikáciu medzi lekárom a pacientkou (21).

Gynekologické vyšetrenie je nevyhnutnou súčasťou diagnostiky a je zamerané na identifikáciu organických príčin sexuálnych ťažkostí. Hodnotí sa najmä prítomnosť genitourinárneho syndrómu menopauzy, ktorý sa prejavuje atrofiou sliznice, suchosťou, zníženou elasticitou a fragilitou vaginálneho epitelu. Ďalej sa sleduje prítomnosť vaginálnej stenózy, skrátene pošvy, jaziev alebo postradiačných zmien (4). Dôležitou súčasťou vyšetrenia je aj hodnotenie bolestivosti pri palpácii, najmä v oblasti pošvového vchodu, panvového dna a laterálnych stien pošvy. Zvýšené napätie svalov panvového dna môže poukazovať na sekundárny hypertonus v rámci chronickej bolesti a dyspareunie (22). V niektorých prípadoch je vhodné doplniť funkčné vyšetrenie panvového dna alebo spoluprácu s fyzioterapeutom.

Komplexná diagnostika by mala zahŕňať aj základné zhodnotenie psychického stavu pacientky a kvality partnerského vzťahu. Identifikácia úzkosti, depresie, strachu z bolesti alebo z recidívy ochorenia môže významne ovplyvniť ďalší terapeutický postup. Rovnako je dôležité zistiť, či pacientka má stabilného partnera, aká je kvalita komunikácie v páre a či existujú bariéry v oblasti intimity (4, 21).

V klinickej praxi sa odporúča využívať jednoduché a štruktúrované komunikačné modely, ktoré uľahčujú otvorenie citlivej témy sexuality aj lekárom bez špecializovaného sexuologického tréningu. Najčastejšie odporúčaným prístupom je PLISSIT model (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy), ktorý umožňuje postupné a bezpečné otváranie sexuálnych ťažkostí podľa individuálnych potrieb pacientky (23). Základom modelu je vytvorenie priestoru na rozhovor („permission“), teda umožnenie pacientke hovoriť o sexualite bez pocitu hanby či stigmy. Už samotné otvorenie tejto témy zdravotníkom môže znížiť psychický distress a zvýšiť pravdepodobnosť, že pacientka svoje ťažkosti pomenuje.



Druhý stupeň modelu „cieľené informácie“ spočíva v poskytnutí základných, cielene zameraných informácií o vplyve onkologickej liečby na sexualitu a o tom, že sexuálne ťažkosti po liečbe sú časté a liečiteľné. Nasleduje úroveň „konkrétne odporúčania“, v ktorej možno ponúknuť praktické návrhy, ako sú používanie lubrikantov, vaginálnych hydratačných prípravkov, vaginálnych dilatátorov, úprava sexuálnych návykov alebo fyzioterapia panvového dna. Najvyššia úroveň „intenzívna terapia“ je určená pacientkam s komplexnejšími ťažkosťami, ktoré vyžadujú psychosexuálnu terapiu, sexuologickú intervenciu alebo multidisciplinárnu starostlivosť. Výhodou PLISSIT modelu je jeho jednoduchosť, praktická použiteľnosť v ambulantnej praxi a možnosť zaradiť tému sexuality do bežnej onkologickej následnej starostlivosti bez potreby časovo náročného špecializovaného vyšetrenia (23).

### ■ TERAPIA

Liečba sexuálnych dysfunkcií u onkologických pacientok má byť individualizovaná, multidisciplinárna a zameraná na konkrétny etiologický faktor alebo ich kombináciu. V praxi si vyžaduje spoluprácu gynekológa, onkológa, fyzioterapeuta, psychológa alebo sexuológa. Cieľom liečby nie je len odstránenie symptómov, ale aj zlepšenie kvality života, obnovenie intimity a podpory partnerského vzťahu (11).

### ■ NEFARMAKOLOGICKÁ LIEČBA

Nefarmakologické postupy predstavujú základ manažmentu sexuálnych dysfunkcií u onkologických pacientok a vo väčšine prípadov tvoria prvú líniu liečby. Ich výhodou je dobrá tolerancia, nízke riziko nežiaducich účinkov a možnosť dlhodobého používania. Cieľom nefarmakologickej intervencie je zmierniť lokálne symptómy, zlepšiť komfort pri sexuálnej aktivite, obnoviť dôveru vo vlastné telo a podporiť bezpečný návrat k intimitě (5, 6).

Základným opatrením je pravidelné používanie nehormonálnych vaginálnych hydratačných prípravkov a lubrikantov. Hydratačné prípravky sú určené na pravidelnú aplikáciu nezávisle od sexuálnej aktivity a pomáhajú zlepšiť hydratáciu sliznice, znížiť pocit suchosti, pálenia a podráždenia. Lubrikanty sa používajú pri sexuálnej aktivite a redukujú trenie, bolesť a diskomfort pri penetrácii. Ich pravidelné používanie môže významne zmierniť dyspareuniu a zlepšiť sexuálny komfort, najmä u pacientok s genitourinárnym syndrómom menopauzy (24). Klinicky je vhodné pacientky cielene edukovať aj o výbere vhodného prípravku, keďže parfumované alebo hyperosmolárne produkty môžu citlivú sliznicu ďalej dráždiť.

Významnú úlohu má vaginálna dilatačná terapia, najmä u pacientok po rádioterapii panvovej oblasti. Pravidelné používanie vaginálnych dilatátorov pomáha udržiavať priechodnosť pošvy, znižovať riziko vzniku stenózy, zachovať elasticitu vaginálnych stien a zlepšiť toleranciu gynekologického vyšetrenia aj penetračného styku (25). Liečba však vyžaduje podrobnú edukáciu fyzioterapeutom, citlivé vysvetlenie cieľa terapie a realistické nastavenie očakávaní. Pacientky často vnímajú dilatačnú terapiu ako fyzicky aj psychicky zatažujúcu, preto býva adherencia limitovaná (13, 25). Kľúčovou je voľba vhodnej veľkosti pomôcky, postupná progresia jej priemeru podľa tolerancie pacientky, dostatočná lubrikácia a možnosť prerušiť terapiu pri bolesti alebo výraznom diskomforte.

Fyzioterapia panvového dna má významné miesto najmä u pacientok s dyspareuniou, chronickou panvovou bolesťou, vaginizmom alebo sekundárnym hypertonusom svalov panvového dna. U časti pacientok totiž dochádza v dôsledku bolesti, strachu z penetrácie alebo negatívnej sexuálnej skúsenosti k reflexnému zvýšeniu svalového napätia. Cieľená fyzioterapia môže tento mechanizmus priaznivo ovplyvniť. Relaxačné techniky, dychové cvičenia, biofeedback, manuálna terapia a ošetrovanie bolestivých spúšťacích bodov v svaloch vedú k zníženiu svalového napätia, zlepšeniu propriocepcie, lepšiemu vnímaniu panvového dna a redukcii bolesti (26). U viacerých pacientok má fyzioterapia zároveň pozitívny vplyv na telesné sebavnímanie a pocit kontroly nad vlastným telom.

Dôležitou súčasťou nefarmakologickej liečby je aj edukácia pacientky. Mnohé ženy interpretujú sexuálne ťažkosti ako znak „zlyhania“ alebo trvalej straty ženskosti, čo môže sekundárne zhoršovať úzkosť, vyhýbanie sa intimitě a partnerské napätie. Vysvetlenie fyziologických zmien po onkologickej liečbe, normalizácia symptómov a citlivé pomenovanie ťažkostí môžu významne znížiť psychický distress (4). Edukácia by mala zahŕňať aj podporu postupného návratu k sexuálnej aktivite bez tlaku na výkon, s dôrazom na komfort, bezpečie, komunikáciu s partnerom a redefinovanie intimity aj mimo penetračného styku. Práve táto forma podpory býva v klinickej praxi jednoduchá, no často zásadne ovplyvňuje úspešnosť ďalšej liečby (11).

### ■ LOKÁLNA HORMONÁLNA LIEČBA

Lokálna estrogénová liečba predstavuje najúčinnnejší terapeutický prístup v manažmente genitourinárneho syndrómu menopauzy (GSM) u žien po onkologickej liečbe, najmä pri dominujúcich symptómoch vaginálnej suchosti, pálenia, dyspareunie, poruchy lubrikácie a recidivujúcich urogenitálnych ťažkostí (27). V klinickej praxi sa využívajú najmä nízkodávkové vaginálne formy estriolu alebo estradiolu vo forme krémov, vaginálnych tabliet alebo vaginálnych kapsúl. Ich účinok je založený na lokálnom pôsobení na estrogénové receptory vaginálneho epitelu, uretry a dolných močových ciest, pričom vedú k obnove trofiky sliznice, zvýšeniu vaginálnej hydratácie, zlepšeniu elasticity, zníženiu fragility epitelu a obnoveniu fyziologického vaginálneho pH. Klinickým dôsledkom je redukcia bolesti pri pohlavnom styku, zlepšenie lubrikácie, zníženie diskomfortu a celkové zlepšenie sexuálneho prežívania (24).

Na rozdiel od systémovej hormonálnej liečby je účinok lokálne podávaných estrogénov prevažne miestny a pri nízkodávkových preparátoch je systémová absorpcia minimálna. Táto skutočnosť predstavuje kľúčový argument v prospech ich použitia aj u pacientok s anamnézou hormonálne dependentného nádoru, u ktorých je systémová hormonálna substitučná liečba spravidla kontraindikovaná. Práve v tejto skupine pacientok však lokálna estrogénová liečba zostáva predmetom najväčších klinických kontroverzií. Obavy vychádzajú predovšetkým z teoretického rizika systémovej absorpcie estrogénu a možnej stimulácie reziduálnych alebo mikroskopických hormonálne senzitivných nádorových buniek, najmä u pacientok po liečbe karcinómu prsníka s pozitívou estrogénových receptorov (27).



Napriek týmto obavám dostupné klinické dáta z posledných rokov nepreukázali, že by používanie nízкодávkového vaginálneho estrogénu bolo spojené so zvýšením rizika recidívy alebo mortality u pacientok po karcinóme prsníka. Dánska observačná skupinová štúdia zahŕňajúca 8 461 pacientok s karcinómom prsníka nepreukázala celkové zvýšenie rizika recidívy pri používaní vaginálneho estrogénu (RR 1,08; 95 % CI 0,89 – 1,32), pričom mierne zvýšené riziko bolo naznačené len v podskupine pacientok liečených inhibítormi aromatázy (28). Následná populačná skupinová analýza zahŕňajúca viac ako 49 000 žien ukázala, že používanie vaginálnej estrogénovej liečby nebolo spojené so zvýšením mortality špecifickej pre karcinóm prsníka; naopak, v celom súbore bolo pozorované zníženie rizika úmrtia (27). Systematický prehľad a metaanalýza dostupných observačných štúdií ukázali, že používanie nízкодávkového vaginálneho estrogénu u žien po karcinóme prsníka nie je spojené so zvýšeným rizikom recidívy ochorenia ani so zvýšením onkologickej či celkovej mortality. Tieto dáta podporujú predpoklad, že lokálna vaginálna estrogénová liečba je z onkologického hľadiska pravdepodobne bezpečná aj u pacientok s anamnézou karcinómu prsníka. V klinickej praxi ju preto možno zvážiť najmä u symptomatických žien s výrazným genitourinárnym syndrómom menopauzy po zlyhaní nehormonálnej liečby (29).

### ■ SYSTÉMOVÁ HORMONÁLNA LIEČBA

Predčasne navodená menopauza po chemoterapii, rádioterapii alebo chirurgickom odstránení ovárií predstavuje významný faktor podieľajúci sa na vzniku sexuálnych dysfunkcií a znížení kvality života onkologických pacientok. Hypoestrogénny stav vedie k vazomotorickým symptómom, poruchám spánku, vaginálnej suchosti, dyspareunii a poklesu sexuálnej túžby, pričom tieto ťažkosti bývajú u mladších pacientok po onkologickej liečbe často výraznejšie než pri prirodzenej menopauze. U vybraných pacientok preto možno zvážiť systémovú hormonálnu substitučnú terapiu (HRT), vždy po individuálnom zhodnotení typu nádoru, onkologického rizika a intenzity symptómov (30, 31).

Najviac údajov o bezpečnosti systémovej HRT je dostupných u pacientok po liečbe včasného nízkorizikového karcinómu endometria. Nepreukázalo sa zvýšenie rizika recidívy pri použití hormonálnej substitučnej liečby, pričom podobné výsledky boli pozorované pri estrogénovej aj kombinovanej terapii (31). Systémová HRT sa podľa recentných prehľadových prác javí ako bezpečná aj u väčšiny pacientok po epiteliálnom karcinóme ovária, karcinóme krčka maternice bez ohľadu na histologický typ a po malignitách vulvy alebo vagíny (30). Naopak, kontraindikovaná alebo vysokokontroverzná zostáva pri pokročilom alebo non-endometrioidnom karcinóme endometria, uterinných sarkómoch a pri niektorých hormonálne aktívnych nádoroch ovária, najmä granulózobunkových tumoroch (30). Systémová HRT preto môže byť individuálne zvážená najmä u mladších symptomatických žien po definitívnej liečbe skorých štádií nízkorizikových gynecologických malignít.

U pacientok po hormonálne dependentnom karcinóme prsníka zostáva systémová hormonálna substitučná terapia vo všeobecnosti kontraindikovaná alebo vysokokontroverzná,

najmä pri estrogén receptor pozitívnych nádoroch. Systémová menopauzálna hormonálna terapia u pacientok po karcinóme prsníka sa rutinne neodporúča pre možné zvýšenie rizika recidívy ochorenia, pričom preferovaný je nehormonálny manažment symptómov menopauzy a sexuálnych ťažkostí (33). Pri závažných symptómoch refraktérnych na nehormonálnu liečbu je potrebná individuálna interdisciplinárna diskusia s onkológom a dôsledné zhodnotenie pomeru rizika a prínosu liečby.

### ■ PSYCHOSEXUÁLNA INTERVENCIA

Psychosexuálna intervencia predstavuje dôležitú súčasť komplexnej liečby sexuálnych dysfunkcií, najmä ak sa na ťažkostiach podieľajú psychologické, emočné alebo vzťahové faktory. Jej súčasťou je edukácia pacientky, normalizácia symptómov, individuálne poradenstvo, kognitívno-behaviorálne prístupy a podľa potreby aj sexuologická alebo psycho-terapeutická intervencia. Cieľom je pomôcť pacientke lepšie porozumieť zmenám, ktoré nastali po onkologickej liečbe, redukovať úzkosť, hanbu a obavy spojené so sexualitou a podporiť bezpečný návrat k intimitě. Psychosexuálne intervencie môžu zároveň zlepšiť sebavnímanie, telesný obraz a schopnosť prežívať sexualitu bez nadmerného tlaku na výkon či návrat do pôvodného stavu (4, 34).

Osobitný význam má párová terapia, keďže sexuálna dysfunkcia po onkologickej liečbe neovplyvňuje len pacientku, ale zasahuje aj partnerský vzťah, komunikáciu a intimitu. Onkologické ochorenie často mení partnerské roly, narúša spontánnosť intimity a môže viesť k vyhýbaniu sa sexuálnemu kontaktu zo strany pacientky aj partnera. Zapojenie partnera do terapeutického procesu pomáha zlepšiť vzájomnú komunikáciu, znižovať napätie, korigovať mylné predstavy a obnovovať pocit blízkosti aj mimo samotného sexuálneho aktu. Párová intervencia tak môže významne podporiť návrat k uspokojivému intímnemu životu a zlepšiť celkovú kvalitu partnerského fungovania (30).

### ■ DISKUSIA

Sexuálne zdravie zostáva napriek dostupným terapeutickým možnostiam nedostatočne reflektovanou oblasťou onkologickej starostlivosti. Hlavnými bariérami sú nedostatok času v ambulantnej praxi, limitované vzdelanie zdravotníkov v oblasti sexuálneho zdravia a obavy z otvorenia citlivej témy zo strany lekára aj pacientky (10). Významnú úlohu zohráva aj predpoklad, že sexualita nie je pre pacientku prioritná, čo však nie je v súlade s dostupnými dátami o kvalite života onkologických pacientov (4).

Ďalším problémom je absencia systematického skríningu sexuálnych dysfunkcií v bežnej klinickej praxi. Napriek existencii jednoduchých nástrojov a odporúčaní zostáva sexualita často mimo štandardného vyšetrenia, čo vedie k poddiagnostikovaniu a následnej nedostatočnej liečbe. Tento nesúlad medzi dostupnými poznatkami a klinickou realitou poukazuje na potrebu implementácie štandardizovaných postupov v rámci postoonkologickej starostlivosti (4).

Z pohľadu liečby pretrváva určitá opatrnosť najmä pri použití lokálnej hormonálnej terapie u pacientok s hormonálne dependentnými nádormi. Hoci dostupné observačné dáta



nenaznačujú zvýšené riziko recidívy alebo mortality, obavy pretrvávajú a často vedú k podliečeniu symptómov genitourinárneho syndrómu menopauzy (27-29). Tento fakt zdôrazňuje potrebu interdisciplinárnej spolupráce medzi onkológom a gynekológom a individuálneho posudzovania rizika a prínosu liečby.

Sexuálne dysfunkcie majú navyše významný vplyv nielen na samotnú pacientku, ale aj na partnerský vzťah a psychosociálne fungovanie. Ich neriešenie môže viesť k dlhodobému zhoršeniu kvality života, narušeniu intimity a zníženiu spokojnosti vo vzťahu (18). V tomto kontexte sa ukazuje, že komplexný bio-psycho-sociálny prístup nie je len teoretickým konceptom, ale praktickou nevyhnutnosťou.

Moderná onkológia by preto mala klásť dôraz nielen na prežitie pacientky, ale aj na kvalitu jej života. Sexuálne zdravie by malo byť integrálnou súčasťou komplexnej onkologickej starostlivosti, pričom aktívne otváranie tejto témy zo strany zdravotníka môže významne prispieť k identifikácii a liečbe týchto ťažkostí (4, 18).

## ZÁVER

Sexuálne ťažkosti patria medzi časté neskoré následky onkologickej liečby u žien a môžu významne zasahovať do kva-

lity života, partnerských vzťahov aj vnímania vlastného tela. Napriek vysokej prevalencii zostávajú v bežnej klinickej praxi často nepomenované a neliečené, hoci dostupné diagnostické aj terapeutické možnosti umožňujú ich včasné rozpoznanie a účinné ovplyvnenie. Základom starostlivosti je aktívne otváranie témy sexuality, citlivá komunikácia a rutinné začlenenie sexuálnej anamnézy do postonkologického sledovania. Liečba má vychádzať z potrieb konkrétnej pacientky a zahŕňať kombináciu režimových opatrení, lokálnej terapie, rehabilitačných postupov aj psychosexuálnej podpory. Zaradenie sexuálneho zdravia do štandardnej postonkologickej starostlivosti predstavuje dôležitý predpoklad modernej onkologickej medicíny zameranej nielen na prežitie, ale aj na kvalitu ďalšieho života.

*Autorka vyhlasuje, že nemá konflikt záujmov v súvislosti s týmto článkom.*

**MUDr. Barbara Čambalová, PhD.**

Gynekologicko-pôrodnické oddelenie, Nemocnica Bory  
Ivana Kadlečíka 4, 841 06 Bratislava  
barbara.cambalova@pentahospitals.com

## Literatúra

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249.
2. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, et al. Lack of communication about sexual health in cancer patients. *BMJ.* 2003;327:836-837.
3. Flynn KE, Jeffery DD, Keefe FJ, et al. Sexual functioning along the cancer continuum. *Cancer.* 2011;117(6):1146-1156.
4. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL, et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer. *J Clin Oncol.* 2018;36(5):492-511.
5. Laila S, Agrawal et al. Enhancing Sexual Health for Cancer Survivors. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2025;45:e472856.
6. Guedes TSR, Côrtes PP, de Almeida BLS, et al. Sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(17):10781.
7. Falk SJ, Dizon DS. Sexual dysfunction in women with cancer. *Fertil Steril.* 2013;100(4):916-921.
8. Guedes TSR, Cavalcanti RL, Santana RC, et al. Sexual dysfunction in women who received breast cancer treatment: a cross-sectional study. *Sci Rep.* 2025;15:37653.
9. Lin H, Wu X, Zhang Y, et al. Evaluation of sexual dysfunction in gynecologic cancer survivors using DSM-5 and FSFI criteria. *BMC Womens Health.* 2022;22:503.
10. Reese JB, Beach MC, Smith KC, et al. Effective patient-provider communication about sexual concerns in cancer. *Patient Educ Couns.* 2017;100(11):2007-2015.
11. ESMO Guidelines Committee. ESMO Clinical Practice Guideline for cancer survivorship. *Ann Oncol.* 2023. dostupné na: <https://www.esmo.org/guidelines>
12. Åsberg E, Giskeødegård GF, Karlsen J, et al. Sexual health in female and male cancer survivors - compared with age-matched cancer-free controls in Norway. *Acta Oncol.* 2025;3(7);64:380-390.
13. Torres-Lacomba M, Hernández-Iglesias CM, Del Valle-Rubido C, et al. Genitourinary syndrome of menopause induced by breast cancer treatments: a randomised clinical trial protocol comparing multimodal pelvic floor physiotherapy and fractional CO2 laser therapy (PILME study). *BMJ Open.* 2025;15(11):e104711.
14. Yazici Sarikaya S, Wang R, Kimmig ACS, et al. Impact of breast cancer on body image: a systematic review and meta-analysis [online]. *medRxiv.* 2026. Dostupné na: <https://doi.org/10.64898/2026.03.17.26348652>.
15. Leano A, Korman MB, Goldberg L, et al. Are we missing PTSD in our patients with cancer? Part I. *Can Oncol Nurs J.* 2019 Apr 1;29(2):141-146.
16. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas.* 2010 Aug;66(4):397-407.
17. Bober SL, Varela VS. Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *J Clin Oncol.* 2012 Oct 20;30(30):3712-9.
18. Reese JB, Porter LS, Regan KR, et al. Sexual health in cancer survivors: a systematic review. *Cancer.* 2017;123(22):4425-4437.
19. Krišťúfková A et al: Sexual health during postgraduate training – European Survey across medical specialties, *Sex Med.* 2018 (3):255-262).
20. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000 Apr-Jun;26(2):191-208.
21. Rogers RG, Rockwood TH, Constantine ML, et al. The PISQ-IR questionnaire validation. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(5):379.
22. Miles T, Johnson N. Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;9:CD007291.
23. Ozdemir SC, Dogan Gangal A, Senturk Erenel A, et al. The effect of sexual counseling based on PLISSIT and EX-PLISSIT models on sexual function, satisfaction and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Arch Sex Behav.* 2024;53(9):3485-3513.
24. Krišťúfková A, Kováč L. Lubrikanty-ich správne využitie v gynekologickej praxi. *Gynekol pre prax.* 2022;20(4):204-209.
25. Charatsi D, Vanakara P, Evaggelou E, et al. Vaginal dilator use to promote sexual wellbeing after radiotherapy in gynecological cancer survivors. *Medicine (Baltimore).* 2022 Jan 28;101(4):e28705.
26. Cyr MP, Jones T, Brennen R, et al. Effectiveness of Pelvic Floor Muscle and Education-Based Therapies on Bladder, Bowel, Vaginal, Sexual, Psychological Function, Quality of Life, and Pelvic Floor Muscle Function in Females Treated for Gynecological Cancer: A Systematic Review. *Curr Oncol Rep.* 2024 Nov;26(11):1293-1320.
27. McVicker L, Labeit AM, Coupland CAC, et al. Vaginal Estrogen Therapy Use and Survival in Females With Breast Cancer. *JAMA Oncol.* 2024 Jan 1;10(1):103-108.
28. Cold S, Cold F, Jensen MB, et al. Systemic or Vaginal Hormone Therapy After Early Breast Cancer: A Danish Observational Cohort Study. *J Natl Cancer Inst.* 2022 Oct 6;114(10):1347-1354.
29. Beste ME, Kaunitz AM, McKinney JA, et al. Vaginal estrogen use in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of recurrence and mortality risks. *Am J Obstet Gynecol.* 2025 Mar;232(3):262-270.
30. Aznar AL, et al. Hormone replacement therapy in gynecologic cancer. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2025;210:104889.
31. Gobrecht-Keller, Vetter. Hormone Replacement Therapy After Endometrial Cancer: Current Evidence and Treatment Recommendations. *healthbook TIMES Oncology Hematology.* 2026. 10.36000/HBT.OH.2026.27.203.
32. Culhane R, Zaborowski AM, Hill ADK. Menopausal Hormone Therapy in Breast Cancer Survivors. *Cancers (Basel).* 2024;16(19):3267.
33. Jacobson M, Mills K, Graves G, et al. Guideline No. 422f: Menopause and Breast Cancer. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021;43(9):1157-1173.
34. Brotto LA, Yule M, Breckon E. Psychological interventions for the sexual sequelae of cancer: a review of the literature. *J Cancer Surviv.* 2010 Dec;4(4):346-60.