Myelomatosebehandling kan påvirke samlivet negativt

Flere af de meget brugte behandlinger mod myelomatose kan påvirke både lyst og evne, men ved de nyere stoffer er problemerne som regel forbigående. Højdosiskemo bringer kvinder i overgangsalderen, og hos mænd kan testiklerne skrumpe. I begge tilfælde kan hormonbehandling hjælpe.

Af Niels Abildgaard, professor, overlæge, formand for DMSG (Dansk Myelomatose Studie Gruppe) og Louise Redder, læge, phd-studerende, Hæmatologisk Afdeling, Odense Universitethospital

Myelomatosen giver i sig selv give nervepåvirkning hos hver femte, som omtalt i artiklen på de forrige sider. Men nervepåvirkning forekommer også ret hyppigt ved behandling af myelomatose.

De største problemer ses ved behandling med Velcade®(bortezomib) og Thalidomid. Velcade er en såkaldt proteasomhæmmer, og thalidomid er et såkaldt immunmodulerende middel (forkortet IMID).

Velcade

Velcade anvender vi meget, fordi det er så effektivt mod myelomatose, men bagsiden af medaljen er altså, at det hos ca. en fjerdedel af patienterne medfører varierende grader af nervepåvirkning.

Både det somatiske og autonome nervesystem *(se afsnittet om nervepåvirkning i artiklen "Myelomatose kan hæmme lyst og evne til sex", red.)* kan blive påvirket. Især påvirkningen af det autonome nervesystem kan medføre rejsningsproblemer. Men ifølge få rapporter i litteraturen, er der god chance for, at det er forbigående, og rejsningsevnen dermed kan komme tilbage.

Andre proteasomhæmmere, Kyprolis® (carfilzomib) og Ninlaro® (ixazomib) påvirker sjældent nerverne og vil forventelig medføre mindre risiko for at påvirke potensen.

IMIDs

Thalidomid anvender vi ikke så meget som tidligere, netop fordi stoffet er nerveskadende, og det forholder sig desværre også sådan, at de nerveskader, der ses ved Thalidomid, har en tendens til at blive hængende efter behandlingsophør.

I tillæg hertil kan Thalidomid, specielt i starten, virke sløvende. Ud fra disse erfaringer må vi også forvente, at Thalidomid hyppigt påvirker både rejsningsevne og lyst.

De nye IMIDs, Revlimid® (Lenalidomid) og Imnovid® (Pomalidomid), også kaldet Thalidomid-analoger, er farmakologisk videreudviklet ud fra Thalidomid, for at forbedre effekt og mindske bivirkninger, specielt nervepåvirkningen.

Og det er lykkedes. Revlimid og Pomalidomid giver sjældent nervepåvirkning, og vi vil derfor også forvente, at påvirkningen af rejsningsevnen er mindre end ved Thalidomid. Men der kan alligevel forekomme påvirkning hos nogle.

TEMA: MYELOMATOSE/BEHANDLING OG SEKSUALITET

Bivirkninger kan påvirke lysten

Begge stoffer, og nok specielt Revlimid, giver dog ikke sjældent anledning til væsentlige almensymptomer, fornemmelse af at være i en osteklokke, muskelgener, evt. feber og forhøjet infektionstal (CRP), som alt sammen også vil kunne påvirke potensen. Selvom disse IMIDs ikke er kemoterapi, medfører de altså af og til en del almene gener, som ikke altid kan forklares.

Virkningsmekanismerne af IMIDs er mangfoldige. Når vi som myelomatoselæger bruger dem meget i behandlingen, er det selvfølgelig fordi, at de i lighed med Velcade, som regel er meget effektive mod myelomatose, og det skal også understreges, at mange tåler dem uden problemer.

Det vi ikke taler om

Hvor hyppigt de nye lægemidler som fx proteasomhæmmere og IMIDs påvirker seksualevnen, og hvorvidt det i så fald er varigt eller kun forbigående, er i bund og grund ukendt.

I bivirknings-rapporterne fra de studier, som blev lavet, da stofferne blev godkendt, er seksuelle bivirkninger sjældent omtalt, men dette kan selvfølgelig meget vel skyldes underrapportering, fordi det er tabubelagt at tale om det, for både patient og læge.

Vores pågående nationale livskvalitetsstudium kan formentlig netop her hjælpe med vigtige informationer. Vi kan over tid og under forskellige behandlinger opgøre, hvordan seksualfunktionen rapporteres at være.

Tidlig overgangsalder

Almen kemoterapi som cyklophosphamid og melfalan, og ikke mindst højdosis kemoterapi med melfalan, giver også slimhindepåvirkning med irritation og tørhed, hvilket så afgjort ikke er befordrende for seksuallysten.

Efter højdosis kemoterapi med stamcellestøtte kan disse gener fortsætte i månedsvis, men vil gradvist bedres. Dog vil højdosis kemoterapi også medføre tidlig overgangsalder hos kvinder, som på tidspunktet for behandlingen fortsat har deres menstruationer.

At komme i overgangsalderen medfører nedsat produktion af østrogen og tendens til tørre slimhinder, hvilket kan forsætte resten af livet.

Mangel på kønshormoner

Et højdosisforløb med stamcellestøtte kan altså slukke æggestokkene, og noget lidt tilsvarende kan forekomme hos mænd, hvor testiklerne påvirkes og skrumper.

Dette kan medføre fald i testosteronniveauet og mindre lyst og evne. Problemet med nedsat testosteron kan være forbigående eller permanent.

Hos kvinder, der går i tidlig overgangsalder efter deres højdosisforløb, skal det helt rutinemæssig overvejes at give hormonbehandling med østrogen. For tidlig menopause er heller ikke sundt for knoglerne.

Hos mænd har vi set god effekt af testosteronbehandling, hvis testosteronproduktionen svigter.

Tal med din læge

Hvis du oplever nedsat seksuallyst eller evne efter diagnosen eller på grund af behandlingen, så tal med din myelomatoselæge, eller nævn det for dit behandlerteam.

På grund af blufærdighed omkring emnet, kan du (desværre) ikke forvente, at din læge selv bringer emnet op.

Men problemer med potens og lyst kan måske løses, uanset om årsagen skal findes i en psykisk eller legemlig forklaring – eller en kombination.

Din generelle medicinering skal gennemgås, dit stofskifte og kønshormonniveauer skal måske undersøges, dit kredsløb og nervesystem undersøges, og din myelomatosebehandling kan og skal måske omlægges.

Ved isoleret rejsningsproblem hos mænd kan Viagra® være en stor hjælp; det har vi set mange positive eksempler på.