

Come parlare di problemi sessuali con pazienti malate di cancro. Per iniziare il dialogo

E.S. RATNER¹, C.E. RICHTER¹, M.J. MINKIN¹, K.A. FORAN-TULLER²

La sessualità è una componente importante della qualità di vita e nelle donne affette da cancro sia la malattia sia il trattamento possono influenzare il loro atteggiamento verso il sesso. Un approccio multifattoriale può restituire alle pazienti fiducia e sicurezza in questo aspetto della loro vita.

I dati della *National Health and Social Life Survey* indicano che il 43% delle donne statunitensi ha una qualche forma di disfunzione sessuale (1). Analogamente lo studio *PRESIDE (Prevalence of Female Sexual Problems Associated With Distress and Determinants of Treatment Seeking)* ha dimostrato che il 40% delle donne esaminate soffre di disfunzione sessuale (1).

Per disfunzione sessuale si intende un problema sessuale ricorrente che causa disagio personale (*distress*), ovvero un certo livello di insoddisfazione dovuto a difficoltà sessuali. Se una paziente ha preoccupazioni sessuali che non le creano comunque disagio, esse non rientrano in questa definizione (1).

Lo studio *PRESIDE* ha evidenziato che il 44.2% delle donne ha un problema sessuale, che per il 22.8% è causa di *distress* (1). Disturbi sessuali possono manifestarsi fin nel 90% delle donne con diagnosi di neoplasia e in almeno il 50% di quelle con carcinoma mammario o ginecologico (2, 3). Sin dalle fasi iniziali del trattamento è importante informare la paziente che le problematiche sessuali potrebbero essere rilevanti.

In presenza di disfunzione sessuale, gestire comportamenti di evitamento e il *counseling* in un *setting* terapeutico medico possono essere più semplici per un *team* multidisciplinare di medici, infermieri e psicologi.

Effetti di un carcinoma ginecologico sulla sessualità

Per le donne affette da neoplasia e per quelle sopravvissute a una neoplasia, le tematiche correlate a intimità e sessualità sono considerate componenti essenziali della qualità di vita. Discutere di qualità di vita è dunque imperativo, anche perchè un numero sempre maggiore di donne raggiunge lunghe sopravvivenze post-cancro. Aumenta sempre più la consapevolezza sulle conseguenze negative di una disfunzione sessuale che ha un notevole impatto sulla qualità di vita (3).

Il *Sexual Function Health Council* dell'*American Foundation of Urologic Diseases* ha distinto in quattro categorie il *distress* sessuale femminile: disturbo da desiderio sessuale ipoattivo, disturbo dell'eccitazione sessuale, disturbo dell'orgasmo e disturbi da dolore sessuale (4).

La risposta sessuale femminile può essere influenzata in molti modi. Le cause del disturbo sessuale sono spesso fisiologiche e psicologiche. I fattori organici comprendono astenia profonda e affaticabilità (*fatigue*), dolore, alopecia, variazioni del peso corporeo, perdita del controllo di funzioni corporali e sintomi della menopausa. Questi disturbi sono conseguenza delle alterazioni anatomiche indotte da chirurgia e radioterapia o effetti di chemio- o endocrino-terapia o della stessa malattia neoplastica o, spesso, una combi-

¹ Dipartimento Ostetricia, Ginecologia e Scienze della Riproduzione, Yale University, New Haven, Connecticut (USA)

² Dipartimento di Psichiatria, VA Connecticut Healthcare System, West Haven, Connecticut (USA)

nazione di varie cause. L'insufficienza ovarica prematura indotta da chirurgia, radioterapia o da alcuni chemioterapici è un precedente frequente nella disfunzione sessuale femminile (2).

Inoltre, sono possibili effetti psicologici sulla sessualità derivati da ansia, depressione, paura di morire o di recidive del cancro, sensazioni di solitudine o di vulnerabilità o ancora sensazioni associate con la perdita delle possibilità di concepire. L'autopercezione della propria identità sessuale, al pari del proprio schema sessuale, sono parametri rilevanti della sfera sessuale di una donna che possono predire il comportamento e la responsività sessuali (5).

L'auto-schema sessuale è stato studiato nell'ambito di una valutazione complessiva della sessualità in 175 donne affette da cancro ginecologico (6). I risultati hanno documentato che l'auto-schema incide significativamente sulla predizione del comportamento sessuale, della responsività e del grado di soddisfazione e quindi anche della qualità di vita.

Inoltre, sono di enorme impatto per una donna le sensazioni di perdita correlate al cambiamento della propria sessualità indotto dal cancro o dal suo trattamento. Negli uomini il più comune problema sessuale è la disfunzione erettile, nelle donne, al contrario, sono la perdita o il calo del desiderio sessuale e la dispareunia (7). Studi di confronto tra soggetti con carcinoma ginecologico e controlli sani hanno dimostrato che queste pazienti hanno anche ricominciato ad avere rapporti sessuali, ma riferiscono ridotta responsività sessuale e più bassi livelli di soddisfazione. Inoltre, si è potuto verificare che hanno percentuali più elevate di disfunzioni sessuali rispetto a donne sane o affette da patologie ginecologiche benigne (8-11). Nelle donne affette da carcinomi ginecologici, le cause dei disturbi dell'intimità e della sessualità variano anche in rapporto al tipo di tumore e di trattamento (12).

Cambiamenti nella sfera sessuale sono stati dimostrati in numerosi studi su differenti popolazioni di donne sottoposte a radioterapia, chirurgia, chemioterapia e immunoterapia (13-15). Chemioterapia sistemica e chirurgia pelvica radicale hanno gli effetti più marcati sulla funzione sessuale (14). L'insufficienza ovarica prematura post-annessectomia è un precedente anamnestico frequente nella disfunzione sessuale (14). Inoltre, è descritto che l'isterectomia influisce sulla donna alterandone la percezione della lunghezza della vagina, privandola per il futuro della possibilità di concepire e influenzando la considerazione di se stessa (8).

Quando si confrontano donne sottoposte un anno prima a isterectomia radicale e/o radioterapia per carcinoma cervicale con un gruppo di controllo sottoposto a chirurgia non neoplastica, quelle affette da neo-

plasia riferiscono, a sostanziale parità di frequenza dei rapporti sessuali, significative alterazioni dell'eccitamento genitale (*arousal*) e sensazioni genitali non piacevoli (16). I problemi di *arousal* riferiti sono costituiti da scarsa lubrificazione, ridotta lunghezza ed elasticità della vagina, assenza di turgidità genitale per più della metà della durata della fase di eccitazione sessuale.

La chemioterapia altera spesso la sessualità femminile, a seconda del tipo di farmaco, dose, durata del trattamento e associazioni farmacologiche (17). Nella terapia dei carcinomi mammari e ginecologici si utilizzano una serie di schemi di chemioterapia che hanno svariati effetti avversi e numerosi studi hanno documentato che la chemioterapia contribuisce in maniera significativa anche alla comparsa di disfunzioni sessuali. In uno studio si è potuto verificare che, rispetto a quelle sottoposte a terapia endocrina, donne trattate con chemioterapia per carcinoma mammario hanno un rischio triplicato di riduzione della libido ed una probabilità sette volte maggiore di difficoltà a raggiungere l'orgasmo e sei volte maggiore di dolore durante il rapporto e di secchezza vaginale (17). La radioterapia pelvica altera la sessualità femminile determinando stenosi vaginale, secchezza vaginale e sintomi menopausali da perdita della funzionalità ovarica (18, 19).

Valutazione clinico-diagnostica della disfunzione sessuale

Nello studio PRESIDE il 22% delle donne riferisce *distress* dovuto a un problema sessuale (1), ma la percentuale è ancora maggiore in donne con diagnosi di carcinoma mammario o ginecologico (20).

L'*American Psychiatric Association* classifica i disturbi sessuali in relazione a desiderio, orgasmo, dolore, eccitamento, condizioni mediche generali, uso di sostanze e, a parte, le parafilie (21). Per la gran parte delle disfunzioni sessuali in pazienti con cancro, le diagnosi più comuni ricadono nella categoria "disfunzione sessuale da condizione medica generale" (ad esempio, carcinoma mammario o ginecologico).

Modelli di valutazione

Alcune ricerche hanno dimostrato che medici di medicina generale e specialisti hanno scarsa esperienza nell'accertamento e nella valutazione delle disfunzioni sessuali (22, 23). I modelli PLISSIT (*Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy*) e BETTER (*Bring up, Explain, Tell, Timing, Educate, Record*) sono due strumenti clinici di valutazione (12, 24, 25).

Il PLISSIT è un modello di valutazione della sessualità su quattro livelli (Tabella 1) (12, 24). Come il

TABELLA 1 - IL MODELLO PLISSIT PER LA VALUTAZIONE DI DISFUNZIONE SESSUALE.

P, per <i>permission – permissività, possibilità, rassicurazione</i> ¹	Nel parlare di cancro e sessualità con la paziente, darle l'opportunità di riflettere e discutere di questo argomento. Porre una domanda di carattere generale, aperta/finalizzata, tipo: "Come ha vissuto la sua sessualità dopo la diagnosi di cancro?"
LI, per <i>limited information, informazione limitata</i>	Informare in maniera sintetica la paziente sugli effetti del cancro e dei trattamenti correlati sulla sessualità. In questa fase è molto importante affrontare errate convinzioni (ad esempio, "Io posso trasmettere il cancro con un rapporto sessuale").
SS, per <i>specific suggestion, suggerimenti specifici</i>	Un approccio pratico di risoluzione dei problemi (problem solving) è utile per affrontare una difficoltà che la paziente ha sperimentato personalmente. Ad esempio, se la paziente manifesta ansia anticipatoria per il rapporto sessuale con il partner perché ha paura di provar dolore o fastidio, l'operatore potrebbe consigliarle lubrificanti, farmaci appropriati e strategie di rilassamento.
IT, per <i>intensive therapy, terapia intensiva</i>	La fase più avanzata di intervento. È importante sottolineare che in molte pazienti le problematiche personali potrebbero essere gestite nelle fasi precedenti. In questa fase, l'operatore individua il consulente cui indirizzare la paziente per un trattamento più intensivo e appropriato (ad esempio, assistente sociale, terapeuta sessuale, psicologo, medico specialista).

Da Hughes MK (12) e Annon JS (24).
¹ *Permission* è reso diversamente in italiano. Nell'idea di chi ha elaborato il modello (Annon JS et al, rif. 24) ci si riferiva all'invito al dialogo e soprattutto alla rassicurazione della paziente che poteva riprendere con tranquillità la sua normale attività sessuale (indicata come *possibile*, quindi *permessa*) [N.d.T.].

TABELLA 2 - IL MODELLO BETTER PER LA VALUTAZIONE DI DISFUNZIONE SESSUALE.

B, per <i>bring up</i>	Solleva il problema con la paziente.
E, per <i>explaining</i>	Spiega che sei a conoscenza delle problematiche sulla qualità di vita correlate al cancro e al suo trattamento, sessualità compresa.
T, per <i>tel</i>	Di' alla paziente che puoi aiutarla a trovare le risorse per affrontare i suoi problemi.
T, per <i>timing</i>	Il momento giusto per affrontare il problema può essere anche rinviato a una successiva visita ambulatoriale.
E, per <i>educate</i>	Educa la paziente sui possibili effetti negativi del trattamento sulla sessualità.
R, per <i>record</i>	Annota le tue valutazioni e i tuoi interventi terapeutici nella cartella clinica per il follow-up.

Da Mick J, et al. (25).

PLISSIT, anche il BETTER è spesso utilizzato per la valutazione sessuale in ambito medico (Tabella 2) (25). Vantaggi importanti di PLISSIT e BETTER sono rapidità, facilità e praticità di impiego per medici e infermieri, anche nel corso di una normale visita ambulatoriale. Psicologi esperti e terapisti sessuali certificati giocano un ruolo importante nel *counseling* dei soggetti sopravvissuti a un cancro. A tal fine, gli operatori sanitari hanno a disposizione molte risorse di supporto nel loro rapporto con i vari specialisti. Ad esempio, l'*American Association of Sexuality Educators, Counselors, and Therapists* (www.aasect.org) fornisce informazioni su come proporre ad una paziente la consulenza di un sessuologo certificato. E ancora, il sito dell'*American Psychological Association* (www.apa.org) è un'eccellente risorsa se la paziente desidera essere trattata da uno psicologo clinico.

Barriere comunicative

Alcune ricerche hanno evidenziato che esistono 'barriere preventive' che impediscono alle pazienti di discutere di sessualità. Si tratta di imbarazzo, vergogna e sensi di colpa nel momento di comunicare ai medici le difficoltà sessuali (26). Altre barriere analizzate sono sintomi depressivi, il timore che il cancro possa farsi più aggressivo se si fa sesso, l'errata convinzione che il cancro sia contagioso e le credenze religiose o etniche (12, 27). Infine, differenze di genere e di orientamento sessuale tra pazienti e curanti contribuiscono al disagio nell'affrontare questioni sessuali (12).

Nonostante siano consapevoli delle problematiche sessuali, infermieri e medici di regola non iniziano a discutere di sessualità con le loro pazienti (26). In uno

studio sono stati intervistati sull'argomento 16 medici, 27 infermieri e 15 donne con cancro ovarico (28). I risultati indicano che, anche se la maggioranza dei medici ritiene che le donne debbano affrontare problemi sessuali, solo il 25% di essi e il 19% degli infermieri ne hanno discusso con le loro pazienti. È verosimile che ciò sia dovuto a barriere che impediscono agli operatori sanitari di chiedere notizie sulla sessualità; tra queste barriere vi sono disagio personale o professionale a discutere di sesso, mancanza di esperienza sull'argomento e limiti di tempo (28-31). Fin dalle prime fasi del trattamento è bene accennare alle pazienti delle problematiche sessuali che potrebbero essere per loro motivo di ansia e preoccupazione. Si possono dare informazioni pratiche mediche e psicologiche per aiutarle ad anticipare futuri problemi. Quando curanti e pazienti sono entrambi consapevoli delle barriere comunicative, è più facile trovare la strada per iniziare a dialogare.

Un approccio oggetto di studio, ovvero un intervento di rinforzo della comunicazione e del *coping*, è focalizzato su identificazione delle esigenze di supporto, capacità di facilitare la richiesta di aiuto, individuazione delle priorità soggettive, gestione delle reazioni al cancro, risoluzione di problemi (*problem solving*) e ristrutturazione cognitiva (32). L'obiettivo dell'addestramento alla comunicazione è di promuovere il dialogo tra curante e paziente. Gli operatori sanitari sono stimolati a porre domande aperte/finalizzate e le pazienti a parlare dei loro sintomi nonostante l'ansia interiore.

Terapie e interventi terapeutici

Chemioterapia, radioterapia e chirurgia alterano in maniera significativa le fluttuazioni degli ormoni. Queste alterazioni delle concentrazioni di estrogeno e testosterone concorrono al manifestarsi di una sintomatologia menopausale che può portare a disfunzioni sessuali. Pertanto la terapia ormonale sostitutiva (*hormone replacement therapy*, HRT) è uno dei principali trattamenti dei disturbi menopausali cancro-correlati (33).

Carcinoma cervicale

Le donne affette da carcinoma cervicale, ad esempio, spesso soffrono di una riduzione della secrezione estrogenica per asportazione chirurgica delle ovaie o cessazione della funzionalità ovarica; inoltre, possono soffrire di fibrosi vaginale secondaria a radioterapia (34).

Carcinoma ovarico

La carenza estrogenica è un fattore fondamentale di disfunzione sessuale anche nelle pazienti con carcino-

ma ovarico. Il trattamento di questo tipo di neoplasia (intervento chirurgico, radio- o chemioterapia) altera in maniera diretta il *milieu* ormonale della donna (35). La chemioterapia ha altri effetti avversi, al pari dei farmaci per controllare dolore e nausea. Alcuni dati indicano un incremento estremamente lieve del rischio di carcinoma ovarico da HRT a lungo termine, ma ancor più limitati sono i dati sull'impiego di HRT in donne con pregresso carcinoma ovarico.

Carcinoma endometriale

Nelle donne affette da carcinoma endometriale i disturbi sessuali e dell'intimità sono il risultato degli effetti combinati di chirurgia, radio- e chemioterapia. Come per il carcinoma ovarico, il *milieu* ormonale gioca un ruolo importante nella sessualità di queste pazienti. La supplementazione ormonale nel carcinoma dell'endometrio è argomento di acceso dibattito. Il *Gynecologic Oncology Group* aveva iniziato un ampio studio clinico, prospettico, randomizzato e in doppio cieco, sull'HRT in donne trattate per carcinoma endometriale in stadio I e II. Prima che difficoltà di arruolamento portassero all'interruzione anticipata del *trial*, si era evidenziato un minimo incremento dell'1.27, non significativo, del rischio di recidiva nelle donne che assumevano HRT (36). Tenendo conto che il rischio di recidiva è basso, molti oncologi ginecologi usano la terapia estrogenica nelle donne sintomatiche con carcinoma endometriale in stadio iniziale. Occorre invece essere estremamente cauti nel prescrivere una terapia ormonale sistemica in donne con carcinoma endometriale avanzato.

Atrofia urogenitale

L'atrofia urogenitale, causa di disturbo da dolore sessuale, ha un ruolo prevalente nelle disfunzioni sessuali che si manifestano in diversi carcinomi ginecologici (37). L'estrogeno è il principale regolatore della fisiologia vaginale. Mentre la vagina di una donna in premenopausa mostra una mucosa di normale spessore e corrugata, ben vascolarizzata e con un pH tra 3.5 e 4.5, la vagina di una donna in postmenopausa è meno elastica, meno corrugata, ipovascolarizzata e iposcernente, con un pH superiore a 5.0.

Le linee guida della *North American Menopause Society* sulla gestione dell'atrofia urogenitale includono l'impiego di lubrificanti, idratanti poliacrilici e basse dosi di estrogeni. È stato recentemente dimostrato che ovuli vaginali con 10 mcg di estrogeno (*vs* 25 mcg) sono egualmente efficaci nel migliorare sintomi e atrofia e nell'abbassare il pH (38). L'assorbimento sistemico dell'ormone è basso, in particolare quando il trattamento è realizzato per atrofia vaginale, e sono molto poche le controindicazioni alla terapia estrogenica per via topica (39). Se comunque è controindi-

cata, vanno utilizzati lubrificanti e idratanti. In aggiunta, lidocaina topica, il caldo-umido nell'area genitale, antiinfiammatori non steroidei e alcune posizioni possono aiutare a minimizzare i fastidi durante il rapporto sessuale.

Disturbi dell'eccitazione sessuale

Il disturbo da desiderio sessuale ipoattivo è impegnativo perché non c'è una terapia medica realmente efficace. Il testosterone sembra avere un ruolo nel controllo della *libido*, ma non ci sono dati sul suo impiego in donne con neoplasia (40). Studi che hanno arruolato anche donne ovariectomizzate hanno evidenziato incrementi del desiderio sessuale, dell'*arousal* e delle fantasie sessuali in quelle trattate con testosterone (*versus* placebo o soltanto estrogeni) (40, 41). La terapia con testosterone può essere somministrata per via intramuscolare o transdermica.

Studi terapeutici di conferma dell'effetto sulla *libido* femminile del testosterone hanno dato risultati positivi, a fronte però di vari eventi avversi, quali acne, ipertrofia del clitoride, voce più profonda e danno epatocellulare con alterazioni del profilo colesterolemico (41). Gran parte di questi eventi avversi sono reversibili alla sospensione del testosterone. Inoltre, la conversione del testosterone in estrogeni impone cautela nel suo utilizzo in caso di tumori ormonosensibili.

Il tibolone, che ha azione sia estrogenica che progestinica e che è prescritto per il trattamento dell'osteoporosi (ma non negli Stati Uniti), ha dimostrato di migliorare desiderio sessuale ed eccitamento. Uno studio caso-controllo ne ha confermato la sicurezza in pazienti sopravvissute a carcinoma endometriale, senza effetti negativi sulla sopravvivenza libera da malattia e su quella complessiva (42, 43). Uno *trial* randomizzato, prospettico, di recente pubblicazione ha tuttavia evidenziato un incremento del rischio di recidiva di carcinoma mammario in pazienti che assumevano tibolone come terapia ormonale (43, 44).

È descritto l'uso degli inibitori selettivi della fosfodiesterasi nel trattamento dei disturbi dell'eccitamento genitale. È dimostrato che sildenafil stimola l'azione dell'ossido nitrico e facilita il rilasciamento muscolare, incrementando l'afflusso di sangue al clitoride. Tali effetti sono descritti come più pronunciati in donne affette da carcinoma cervicale. Inoltre, nelle donne sottoposte a isterectomia radicale il miglioramento sarebbe più accentuato che in quelle trattate con isterectomia semplice.

Approcci non farmacologici

Per il trattamento di disturbi dell'eccitamento sessuale e dell'orgasmo è descritto anche il ricorso ad ap-

procci non farmacologici e dispositivi medici (tipo vibratori e pompe a vuoto o *vacuum devices*) che inducono ingorgo vascolare (45). Un altro approccio non farmacologico è l'impianto di un dispositivo di neuromodulazione sacrale (InterStim®, Minneapolis, Minnesota). Il dispositivo, approvato dalla FDA per il trattamento dell'incontinenza urinaria da urgenza, libera una debole corrente elettrica che stimola i nervi sacrali, modulando la contrattilità della vescica. Segnalazioni aneddotiche suggeriscono che nelle donne il dispositivo possa avere effetti favorevoli anche sull'eccitazione sessuale e sulla capacità di raggiungere l'orgasmo.

Interventi psicologici

Su un *topic* emergente definito attualmente con il termine di oncosessuologia, la ricerca in psico-oncologia ha enfatizzato l'importanza di una valutazione multidisciplinare e di un approccio interventistico alle disfunzioni sessuali che si manifestano nelle donne con carcinoma ginecologico (3, 28, 46, 47).

Due interventi – mirati su comportamento di evitamento e *counseling* per la disfunzione sessuale – possono essere gestiti in un *setting* terapeutico di tipo medico multidisciplinare, nel quale operino anche psicologi e terapisti sessuali con esperienza specifica in tale ambito.

Gli operatori sanitari possono intervenire sulle pazienti relativamente a paura anticipatoria e comportamenti di evitamento correlati alla sfera intima (27, 33). Nel tentare di allontanare pensieri di anticipazione del dolore e di sensazioni fastidiose, le donne spesso evitano il rapporto sessuale. Successivamente questo atteggiamento si generalizza ad altri comportamenti intimi e in qualche caso qualsiasi manifestazione di intimità genera paura proprio per un'anticipazione di un rapporto sessuale e le associate sensazioni di ansia.

Come primo passo, può essere illustrato alla paziente e al partner un modello di comportamento di evitamento. Altri semplici interventi, con il ricorso a tecniche di focalizzazione sensoriale, possono interrompere il circolo di evitamento e ridurre la paura e l'ansia di queste donne (48).

Alcuni ricercatori hanno elaborato e implementato un intervento psicoeducazionale di breve durata in tre sedute (47), che utilizza tecniche di rinforzo dell'eccitazione sessuale a integrazione di strategie di miglioramento della qualità della relazione con il partner, di riduzione dei sintomi depressivi e di incremento della qualità di vita.

Implicazioni per la pratica clinica

Grazie ai progressi nella diagnosi precoce, nel trattamento chirurgico e nella terapia adiuvante dei car-

cinomi ginecologi, sono diventate frequenti lunghe sopravvivenze e guarigioni. Intimità e sessualità della donna sono profondamente influenzate dalla diagnosi di cancro, dal trattamento e dalle sequele somatiche e psicologiche. Gli operatori sanitari dovrebbero essere consapevoli dell'importanza della sessualità in questa popolazione di pazienti e delle sue correlazioni con gli aspetti fisici, emotivi e sociali della vita di una donna.

Molte sono le modalità ormonali e non ormonali a disposizione per migliorare la funzione sessuale. Si de-

ve attuare un approccio individualizzato che tenga conto della storia della paziente, dei sintomi, della prognosi complessiva e delle sue aspettative. È assolutamente necessario che i professionisti della salute discutano in maniera adeguata di queste problematiche con le loro pazienti.

Un approccio biopsicosociale, utilizzando qualcuna delle rapide strategie di cui si è discusso, può essere facilmente realizzato per aiutare le donne a migliorare dal punto di vista sessuale la qualità di vita dopo un cancro.

Bibliografia

1. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5):970-978.
2. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol.* 1998;16(2):501-514.
3. Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psychooncology.* 2003;2(3):267-279.
4. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163(3):888-893.
5. Andersen BL, Woods XA, Copeland LJ. Sexual self-schema and sexual morbidity among gynecologic cancer survivors. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65(2):221-229.
6. Carpenter KM, Andersen BL, Fowler JM, Maxwell GL. Sexual self schema as a moderator of sexual and psychological outcomes for gynecologic cancer survivors. *Arch Sex Behav.* 2009;38(5):828-841.
7. Schover LR, Montague DK, Lakin MM. Sexual problems. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven; 1997:2857-2872.
8. Weijmar Schultz WC, Van De Wiel HB, Hahn DE, Bouma J. Psychosexual functioning after treatment for gynecologic cancer: an integrative model, review of determinant factors and clinical guidelines. *Int J Gynecol Cancer.* 1992;2(6):281-290.
9. Gershenson DM, Miller AM, Champion VL, et al; Gynecologic Oncology Group. Reproductive and sexual function after platinum-based chemotherapy in long-term ovarian germ cell tumor survivors: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol.* 2007;25(19):2792-2797.
10. Lindau ST, Gavrilova N, Anderson D. Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: a comparison to national norms. *Gynecol Oncol.* 2007;106(2):413-418.
11. Andersen BL, Anderson B, deProse C. Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual functioning outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 1989;57(6):683-691.
12. Hughes MK. Sexuality and cancer: the final frontier for nurses. *Oncol Nurs Forum.* 2009;36(5):e241-e246.
13. Andersen BL, Elliot ML. Sexuality for women with cancer: assessment, theory, and treatment. *Sex Disabil.* 1993;11(1):7-37.
14. Wilmoth MC, Botchway P. Psychosexual implications of breast and gynecologic cancer. *Cancer Invest.* 1999;17(8):631-636.
15. Barton-Burke M, Gustason CJ. Sexuality in women with cancer. *Nurs Clin North Am.* 2007;42(4):531-554;vi.
16. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningssohn L, Steineck G. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med.* 1999;340(18):1383-1389.
17. Young-McCaughan S. Sexual functioning in women with breast cancer after treatment with adjuvant therapy. *Cancer Nurs.* 1996;19(4):308-319.
18. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2003;56(4):937-949. Erratum in: *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2004;58(4):1321.
19. Nunns D, Williamson K, Swaney L, Davy M. The morbidity of surgery and adjuvant radiotherapy in the management of endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer.* 2000;10(3):233-238.
20. Andersen BL. Quality of life for women with gynecologic cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1995;7(1):69-76.
21. American Psychiatric Association. Sexual and gender identity disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR (Text Revision).* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:535-576.
22. Humphrey S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract.* 2001;18(5):516-518.
23. Stead ML, Fallowfield L, Brown JM, Selby P. Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: qualitative study. *BMJ.* 2001;323(7317):836-837.
24. Annon JS. The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Ed Ther.* 1976;2:1-15.
25. Mick J, Hughes M, Cohen MZ. Using the BETTER model to assess sexuality. *Clin J Oncol Nurs.* 2004;8(1):84-86.
26. Sacerdoti RC, Laganà L, Koopman C. Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: how can psychologists help? *Prof Psychol Res Pr.* 2010;41(6):533-540.
27. Schover LR, Jensen SB. Emotional factors and sexuality in chronic illness. In: *Sexuality and Chronic Illness: A Comprehensive Approach.* New York, NY: Guilford Press; 1988:62-77.
28. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer* 2003;88(5):666-671.

29. Hordern AJ, Street AF. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust.* 2007;186(5):224-227.
30. Park ER, Bober SL, Campbell EG, Recklitis CJ, Kutner JS, Diller L. General internist communication about sexual function with cancer survivors. *J Gen Intern Med.* 2009;24(suppl 2):S407-S411.
31. Wiggins DL, Wood R, Granai CO, Dizon DS. Sex, intimacy, and the gynecologic oncologists: survey results of the New England Association of Gynecologic Oncologists (NEAGO). *J Psychosoc Oncol.* 2007;25(4):61-70.
32. Manne SL, Winkel G, Rubin S, et al. Mediators of a coping and communication-enhancing intervention and a supportive counseling intervention among women diagnosed with gynecological cancers. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(6):1034-1045.
33. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas.* 2010;66(1):23-26.
34. Lacey JV Jr, Brinton LA, Barnes WA, et al. Use of hormone replacement therapy and adenocarcinomas and squamous cell carcinomas of the uterine cervix. *Gynecol Oncol.* 2000;77(1):149-154.
35. Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. Sexual satisfaction in the elderly female population: a special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas.* 2011;70(3):210-215.
36. Michaelson-Cohen R, Beller U. Managing menopausal symptoms after gynecological cancer. *Curr Opin Oncol.* 2009;21(5):407-411.
37. Avis NE, Brockwell S, Randolph JF Jr, et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause.* 2009;16(3):442-452.
38. Bachmann G, Lobo RA, Gut R, Nachtigall L, Notelovitz M. Efficacy of low-dose estradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2008;111(1):67-76.
39. Taylor MB, Gutierrez MJ. Absorption, bioavailability, and partner transfer of estradiol from a topical emulsion. *Pharmacotherapy.* 2008;28(6):712-718.
40. Barton D, Wilwerding M, Carpenter L, Lprinzi C. Liido as part of sexuality in female cancer survivors. *Oncol Nurs Forum.* 2004;31(3):599-609.
41. Panay N, Al-Azzawi F, Bouchard C, et al. Testosterone treatment of HSDD in naturally menopausal women: the ADORE study. *Climacteric.* 2010;13(2):121-131.
42. Lee KB, Lee JM, Lee JK, Cho CH. Endometrial cancer patients and tibolone: a matched case-control study. *Maturitas.* 2006;55(3):264-269.
43. Kenemans P, Bundred NJ, Foidart JM, et al; LIBERATE Study Group. Safety and efficacy of tibolone in breast-cancer patients with vasomotor symptoms: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet Oncol.* 2009;10(2):135-146.
44. Basson R. Pharmacotherapy for sexual dysfunction in women. *Expert Opin Pharmacother.* 2004;5(5):1045-1059.
45. Sandhu KS, Melman A, Mikhail MS. Impact of hormones on female sexual function and dysfunction. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2011;17(1):8-16.
46. Mock M, Kurtz L, Mameet Y. Oncosexology: a multidisciplinary approach to deal with sexual health and intimacy in the oncology patient. *Sexologies.* 2008;17(suppl 1):31.
47. Brotto LA, Heiman JR, Goff B, et al. A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Arch Sex Behav.* 2008;37(2):317-329.
48. Albaugh JA, Kellogg-Spadt S. Sensate focus and its role in treating sexual dysfunction. *Urol Nurs.* 2002;22(6):402-403.

(Traduzione di Alessandro Maturo, "Sapienza" Università di Roma)

Reprinted with the permission of Contemporary OB/GYN, vol. 57, n. 5/2012; pp. 50-51 is a copyrighted publication of Advanstar Communications Inc. All rights reserved.