

■ LA SESSUALITÀ DOPO INTERVENTO DI PROSTATECTOMIA RADICALE

Gianrico Prigiotti



Il carcinoma della prostata è, per frequenza, il secondo tumore maligno nel sesso maschile dopo quello polmonare. È raro prima dei 40 anni e la sua frequenza aumenta con il progredire dell'età, con l'apice intorno ai 70 anni. È un tumore frequente dei paesi occidentali, e riconosce una certa familiarità. Anche una dieta ricca di grassi e l'obesità possono essere considerati fattori di rischio per l'insorgenza della neoplasia. La prognosi di questo tumore dipende prevalentemente

dall'estensione della neoplasia al momento della diagnosi e dall'età del paziente.

Completata la diagnosi clinica-strumentale e istologica della malattia, le prospettive terapeutiche si scelgono in funzione dell'età del paziente, dell'estensione della malattia, e della presenza di eventuali patologie concomitanti. È necessario tuttavia che vi sia tra medico e paziente una corretta valutazione dei vantaggi e degli svantaggi di ogni possibile opzione terapeutica, e sviluppare

così il percorso più specifico per quel paziente seppur nella maggior radicalità possibile.

Tra le varie opzioni terapeutiche, la prostatectomia radicale rappresenta la terapia d'elezione del carcinoma prostatico in fase locale (la malattia deve essere confinata). Questo approccio chirurgico, per i tumori confinati alla ghiandola, consente la guarigione in un'elevata percentuale di pazienti. Quindi l'aumento della speranza di vita e gli elevati tassi di guarigione di questi pazienti, ha fatto sì che la qualità della vita (QoL), dopo il trattamento, sia un problema particolarmente importante.

Tra le possibili complicanze della prostatectomia radicale hanno una particolare incidenza l'incontinenza (incapacità a trattenere le urine) e la disfunzione erettile (DE). Quest'ultima comportando una compromissione della vita sessuale si ripercuote inevitabilmente sulla qualità di vita del singolo e quindi della coppia; sono infatti riconosciuti gli effetti positivi, biologici e psicologici, di una vita sessuale regolare.

È pur vero che di fronte alla malattia tumorale le reazioni psicologiche sono le più diverse. Al momento della diagnosi infatti ogni uomo ha una reazione del tutto individuale, ha priorità diverse e una propria visione della vita e della malattia.

Alcuni, superato lo shock iniziale, sono particolarmente attenti alle eventuali complicanze della prostatectomia radicale prospettata, soprattutto si informano sulla loro futura vita sessuale, e vogliono sapere con il chirurgo come affrontarla, e se non sono convinti a volte rinunciano al trattamento consapevole dei rischi a cui andranno incontro.

Altri sono soltanto interessati a eliminare il tumore, vogliono che il male sia sconfitto, e le eventuali complicanze prospettate non influenzano la loro decisione. Spesso però anche in questo

secondo gruppo, una volta liberati dalla malattia, il deficit erettile condiziona il proprio essere e i pazienti stessi ricercano, forse tardivamente, una soluzione per raggiungere il benessere sessuale (stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale in relazione alla sessualità) e quindi una migliore QoL.

L'incidenza della disfunzione erettile (DE) è variabile (20-80%). Grazie a tecniche chirurgiche *nerve sparing* (con risparmio dei nervi responsabili dell'erezione) sempre che la radicalità oncologica lo permetta, e a strumenti chirurgici particolarmente raffinati per preservare le strutture come il robot "Da Vinci", il rischio di DE si riduce. Il ripristino di un'attività erettile dopo prostatectomia radicale è condizionata dall'età del paziente, dalla preservazione dei fasci vascolonervosi, dalla condizione pre-operatoria, e dalla precoce terapia riabilitativa.

Lo scopo fondamentale del trattamento riabilitativo della funzione sessuale del paziente sottoposto a prostatectomia radicale è quello da una parte di permettere una ripresa della attività sessuale e dall'altra di impedire i processi di tipo fibrotico a carico dei corpi cavernosi indotti dall'ipossia.

Il protocollo riabilitativo deve essere personalizzato e valutato dallo specialista urologo. Normalmente va iniziato dopo la rimozione del catetere vescicale e si può avvalere dell'utilizzo dei farmaci inibitori delle fosfodiesterasi 5 (sildenafil-tadalafil-vardenafil-avanafil), soprattutto nei casi di prostatectomia radicale *nerve sparing* bilaterale; negli altri casi si associa la farmacoterapia intracavernosa con PGE1. Anche la terapia con il vacuum device può essere utile.

Sembra avere buone prospettive, ma servono studi più ampi, l'utilizzo della crema di alprostadil in questi pazienti. ■

Gianrico Prigiotti, medico chirurgo, specialista in Urologia e master in Andrologia, svolge attività di consulenza nell'ambito del servizio di Urologia.

Per informazioni e prenotazioni: CUP 06 809641