

Il recupero della sessualità: mito o realtà?

Il sempre più diffuso utilizzo di tecniche chirurgiche mini-invasive (laparoscopia robot-assistita) ha senza dubbio migliorato gli standard di qualità di vita dei pazienti operati per carcinoma prostatico. Il contestuale utilizzo di procedure innovative che, in determinati casi, consentono il risparmio di strutture neurovascolari indispensabili per l'erezione, ha favorito anche il rapido recupero di una buona attività sessuale, in particolare se alla chirurgia vengono associate strategie di supporto fisioterapiche e farmacologiche definite "riabilitazione sessuale".



Dott. Maurizio Carrino
Direttore U.O.S.D. Andrologia
Azienda Ospedaliera
di Rilievo Nazionale
"A. Cardarelli", Napoli

Nonostante l'utilizzo quasi ubiquitario di protocolli riabilitativi della funzione erettiva, la loro reale efficacia non è mai stata dimostrata con certezza.

In verità la definizione di riabilitazione sessuale è molto complessa per vari motivi: inomogeneità del campione trattato, difficoltà di identificazione del target (erezione - disorgasmia - attività sessuale) ed anche il significato stesso del termine "riabilitazione". Esso include un intento di prevenzione del danno vascolare conseguente all'intervento ed uno di terapia della disfunzione erettile per il ripristino di un'erezione normale. Nonostante l'efficacia su en-

trambi i target delle strategie attuali, il 92 per cento dei pazienti ritiene la propria sessualità non paragonabile a quella preoperatoria. Ciò è sicuramente correlato ad una incapacità dell'equipe chirurgica di presa in carico "olistica" del paziente in fase preoperatoria, preparandolo ad un percorso post-operatorio di recupero della sessualità e della continenza ma anche aiutandolo nel post-operatorio a medicare quella ferita "narcisistica" derivante dalla perdita dell'erezione ed incoraggiandolo a costruire con il partner una nuova sessualità.

Il sempre più diffuso utilizzo di tecniche chirurgiche mini-invasive ha

sensibilmente migliorato la qualità di vita dei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale con un precoce ritorno alla vita di relazione ed alla attività lavorativa. I primi studi di sessuologia clinica dedicati alla valutazione della sessualità nel post-operatorio alimentavano l'ottimismo e l'entusiasmo degli urologi sostenendo che il 90 per cento dei pazienti non sarebbe disposto a rinunciare ad una prostatectomia radicale per cancro nonostante le gravi ripercussioni sulla sessualità (Smith, 2002) ed, inoltre, che i pazienti con disfunzione sessuale post-chirurgica convivono con il problema sessuale molto meglio di quelli in cui la disfunzione è determinata da cause non oncologiche come il diabete e l'ipertensione (Penson, 2003).

Ben presto ci si rese conto che la letteratura troppo frettolosamente assolveva la nostra incapacità di gestione delle gravi conseguenze sulla salute globale del paziente derivanti dalle disfunzioni dell'erezione, dell'orgasmo e della continenza conseguenti a prostatectomia radicale. Pertanto, si diffuse il concetto di riabilitazione sessuale, oggi intesa come un approccio multimodale e multispecialistico agli handicap derivanti da chirurgia oncologica radicale.

Pur non esistendo a tutt'oggi evidenze in letteratura della reale efficacia dei protocolli proposti soprattutto da centri ad alto volume chirurgico, la riabilitazione sessuale è estremamente diffusa. È indiscusso, infatti, che può migliorare la vascolarizzazione del pene, ha un effetto propeudeutico e facilitante sulla strategia terapeutica ed ha un effetto positivo sulla percezione di presa in carico sul paziente. Il più grosso ostacolo alla standardizzazione dei protocolli di riabilitazione è la difficoltà di definizione. In effetti, il campione dei pazienti è assolutamente disomogeneo per età, malattie concomitanti, status sessuale preoperatorio, mo-

**È chiaro
che ci sfugge
che la sessualità
non correla
solo con l'erezione
pur essendone
un'importante
determinante**

tivazione sessuale. Ma anche il "target" non è ben definito: erezione, disturbi dell'orgasmo, attività sessuale. Infine, anche in termini semantici la parola "riabilitazione" è piuttosto equivoca. In effetti, racchiude in sé due finalità, una preventiva e l'altra più specificamente terapeutica.

È noto che l'intervento può causare un danno neurovascolare ai corpi cavernosi del pene, che può esitare in fibrosi con grave danno funzionale e riduzione volumetrica dell'organo (pene corto). Tale sindrome è aggravata dalla forzata inattività sessuale post-operatoria.

Metodiche riabilitative

In un'ottica riabilitativa, è indicato l'utilizzo nell'immediato post-operatorio di farmaci che migliorano la vascolarizzazione (inibitori fosfodiesterasi) o di presidi meccanici che aumentano l'elasticità dei corpi cavernosi stessi, noti come "vacuum device". L'utilizzo di questi dispositivi è consigliato nella maggior parte dei protocolli. Il **vacuum** è costituito da un grosso tubo in plastica o silicone in cui il paziente introduce il pene in condizioni di flaccidità. Il cilindro è collegato ad una pompa aspirante che crea al suo interno una pressione negativa di circa 150mm-hg, ciò richiama sangue nei corpi cavernosi realizzando una sorta di ginnastica vascolare per l'organo. Nonostante i

più impegnativi protocolli riabilitativi, molti pazienti lamentano più o meno gravi disturbi erettivi. È indispensabile, in questi casi, una "terapia sartoriale" in rapporto alla severità del sintomo, alle patologie concomitanti ed alle aspettative e motivazioni della coppia.

La terapia della disfunzione erettile conseguente a prostatectomia ha raggiunto elevati livelli di efficacia e sicurezza. I migliori risultati si ottengono con protocolli integrati di terapia farmacologica e medicina rigenerativa.

La **terapia farmacologica** si avvale della somministrazione cronica di basse dosi di farmaci che migliorano l'afflusso di sangue al pene spesso associate ad alte dosi di farmaco da assumere prima del rapporto. Per la somministrazione cronica si utilizzano farmaci a lunga durata d'azione (tadalafil 5 mg) somministrati quotidianamente preferibilmente nelle ore serali. Ciò ne aumenta l'efficacia poiché l'azione sulla vascolarizzazione diviene massimale durante il riposo notturno. Per la somministrazione "on demand" vengono preferite alte dosi di farmaci ad elevata rapidità di azione (film orosolubile di sildenafil 100). L'efficacia della terapia farmacologica risulta molto elevata se associata alla somministrazione di sostanze o presidi in grado di stimolare i processi di rigenerazione e di riparazione dell'endotelio.

Stanno emergendo interessanti lavori sull'efficacia delle cellule staminali lipogenetiche, ovvero prelevate per liposuzione dal tessuto adiposo del paziente. Dopo un processo di centrifugazione ed ultrafiltrazione il siero ottenuto viene iniettato nei corpi cavernosi.

Haar e collaboratori hanno dimostrato un totale recupero dell'erezione in 8 su 31 pazienti e tale recupero si è mantenuto ai controlli ad un anno. Con identiche modalità di somministrazione endocavernosa, sono stati utilizzati i **gel piastrinici** (P.R.P.). Si

esegue al paziente un prelievo ematico e mediante kit dedicati viene da esso recuperato un concentrato piastrinico le cui grandi capacità rigenerative sono già state dimostrate in medicina estetica e nella terapia della calvizie. L'efficacia nei pazienti con disfunzione erettile è supportata da un'ampia metanalisi di lavori presentati all'ultimo Congresso europeo di Medicina Sessuale (Londra 2019). Recentemente è stata anche dimostrata l'efficacia delle **onde d'urto a bassa frequenza** (E.S.W.T.). Le onde prodotte da un generatore vengono veicolate ai corpi cavernosi mediante un manipolo posto a contatto con la parte mobile del pene e le sue radici (crura). Il protocollo prevede un'applicazione a settimana per almeno sei settimane per un totale di circa 6000 colpi per trattamento.

L'associazione della terapia farmacologica a protocolli di medicina rigenerativa consente il recupero di una buona erezione in circa il 60% dei pazienti.

Nei "non responders" possono essere utilizzati altri tipi di farmaci (prostaglandine) che, iniettati nei corpi cavernosi, inducono un'erezione rigida (**farmacoprotesi**). Vengono utilizzati dosaggi crescenti del farmaco che consentano un'adeguata rigidità e durata del fenomeno erettivo.

L'individuazione della minima dose efficace è importante per prevenire la più terribile complicanza della terapia endocavernosa: il priapismo. Si tratta di un'erezione persistente e dolorosa che richiede l'intervento dell'urologo entro quattro-sei ore. La farmacoprotesi, nonostante la sua efficacia, ha un basso gradimento ed un elevato indice di abbandono sia per il dolore post-iniettivo e sia per l'eccessiva medicalizzazione dell'atto sessuale, molto sgradita al partner.

Per tutti i pazienti in cui queste soluzioni terapeutiche risultino ineffica-



ci, impraticabili o non gradite è possibile l'impianto di protesi peniena ad alta tecnologia che riproduce il processo "detumescenza - erezione - detumescenza" simulando le fasi della normale risposta sessuale. Si tratta di un cilindro impiantato chirurgicamente nei corpi cavernosi e collegato ad una pompa di attivazione manuale celata nello scroto, tra i due testicoli. Quest'ultima regola l'afflusso ed il deflusso verso i cilindri di un liquido contenuto in un serbatoio posizionato lateralmente alla vescica. L'impianto protesico ha poche complicanze ed è attualmente eseguibile in "day surgery" con elevati indici di gradimento di paziente e partner: il 95 per cento rifarebbe l'intervento e lo consiglierebbe ad altri pazienti.

Perché tanta insoddisfazione?

Da quanto finora esposto, risulta evidente che la disfunzione erettile dopo prostatectomia radicale è curabile nel 100 per cento dei pazienti. Tuttavia, una recente pubblicazione di Fodde e collaboratori, dimostra che ad un anno solo il 6,7 per cento dei pazienti riferisce attività sessuale sovrapponibile a quella preoperatoria. È chiaro che ci sfugge che la sessualità non correla solo con l'erezione pur essendone un'importante determinante.

È necessario che il team riabilitativo sia pronto ad una presa in carico "olistica" del paziente come individuo e come coppia. L'ipotetica futura, o realmente attuale, perdita della capacità erettiva rappresenta un evento drammatico che può attivare vissuti di fallimento, di incapacità e di insicurezza identitaria in chi affida all'erezione la propria "potenza" come uomo. È indispensabile saper, altresì, comunicare al paziente che all'intervento seguirà un percorso finalizzato al recupero della sessualità e della continenza urinaria e, quindi, ad accettare la possibilità che potrà dover ricorrere stabilmente a sussidi farmacologici od anche chirurgici.

Bisogna essere preparati a "medicare quella ferita narcisistica" che lo porta a non sentire più la sua virilità e ad incoraggiare l'intimità e la relazione con il partner anche se artificiale e programmata.

Non dobbiamo dare al paziente la sensazione che sia questo il prezzo da pagare alla guarigione: se nell'unità operativa non è previsto o disponibile un consulente psico-sessuologo in grado di preparare il paziente alla sua nuova sessualità, è indispensabile individuare e formare nel team qualcuno in grado di farlo o avremo stabili guarigioni di pazienti infelici. ■