



# CARCINOMA PROSTATICO

qualità di vita e sessualità

a cura di Elena Longhi

## 2

LA CARTA D'IDENTITÀ  
DELLA PROSTATA

Principale funzione:

produrre il liquido in cui viaggiano gli spermatozoi.

Dimensioni:

il diametro trasverso è di circa 3-5 cm, il peso 5-10 grammi.

Il check-up di base della prostata prevede:

esplorazione rettale (vedi oltre il riquadro "Cosa analizza l'urologo con l'esplorazione rettale?").

Quando?

ogni anno dopo i 40 anni e quando si sviluppano sintomi urinari.

Il principale obiettivo del check-up prostatico annuale è quello di identificare:

il cancro della prostata in fase precoce.

Il cancro della prostata in fase precoce:

di solito non provoca sintomi.

Il rischio nell'uomo di sviluppare un cancro della prostata è per lo più:

1 su 10.

Ogni anno più di trentamila uomini muoiono negli USA di cancro della prostata, ma se questa forma di tumore è diagnosticata precocemente è una malattia curabile.

Tuttavia, è bene sapere che il cancro della prostata, in fase precoce, non produce sintomi e può essere diagnosticato solo attraverso una prevenzione annuale e costante dopo i 40 anni nonché un regolare check-up.

### ***Conosciamola da vicino: cos'è la prostata?***

- La prostata è un organo dell'apparato genitale maschile: ha le dimensioni di una castagna ed è costituita da una parte muscolare e da una parte ghiandolare.
- È situata appena sotto la vescica, davanti all'intestino retto (la parte terminale dell'intestino), ed è attraversata da un canale detto uretra. Attraverso quest'ultima fuoriescono l'urina e il liquido seminale.
- La funzione principale della prostata è quella di produrre il secreto prostatico (attraverso le sue ghiandole) che costituisce circa il 30% circa del liquido seminale emesso dal pene durante l'eiaculazione.
- Il rimanente 70% proviene dalle vescicole seminali che producono sostanze utili alla nutrizione e alla vitalità degli spermatozoi.
- La ghiandola prostatica aumenta lentamente di volume a partire dalla nascita fino all'età dello sviluppo (12-14 anni), quando, raggiunta la sua funzione completa, cresce rapidamente fino all'età di 30 anni. Il suo volume resterà invariato fino all'età di 40 anni.
- Dopo i 40-50 anni il volume si incrementa lentamente fino ai 70-80 anni.

### ***La prostata e la risposta sessuale maschile***

La prostata partecipa direttamente alla risposta sessuale maschile e alla sensazione orgasmica. In che modo?

- I vasi deferenti (tubuli che servono per il passaggio degli spermatozoi), la prostata e le vescicole seminali provocano una serie di contrazioni che sospingono gli spermatozoi nell'uretra.
- Appena iniziano queste contrazioni, l'uomo prova l'impressione di aver raggiunto il limite del controllo e sente, senza potersi fermare, la necessità di eiaculare.



- In un secondo momento dell'orgasmo maschile, le contrazioni dell'uretra e del pene si uniscono a quelle della prostata e causano l'eiaculazione (l'emissione del liquido seminale dalla punta del pene).
- Le contrazioni ritmiche della prostata, dei muscoli del perineo e del corpo del pene (che determinano la spinta degli spermatozoi) si manifestano inizialmente ad un intervallo di circa 8 secondi l'una dall'altra e aumentano di intensità per l'espulsione del seme durante l'eiaculazione.
- Lo sperma non appare immediatamente all'esterno a causa del lungo tragitto che deve percorrere attraverso l'uretra.
- Durante l'eiaculazione, il collo della vescica urinaria rimane del tutto chiuso per permettere il passaggio dello sperma (ed evitare che dell'urina si mescoli agli spermatozoi).
- Viceversa in uomini che si sono sottoposti ad intervento chirurgico per l'asportazione della prostata a causa di un tumore (prostatectomia radicale), il collo della vescica non si chiude del tutto durante l'orgasmo e lo sperma refluisce quindi nella vescica (eiaculazione regressa o retrograda. N.B.: questa condizione avviene anche in uomini affetti da sclerosi multipla o da diabete).

• A questa condizione, in pazienti operati per tumore della prostata, si aggiunge una difficoltà erettile a causa dell'asportazione di uno o entrambi i fasci nervosi che permettono l'atto dell'erezione del pene (si vedano i capitoli seguenti sulla difficoltà erettile) (figura 5).



**Figura 5**  
L'asportazione chirurgica della prostata (prostatectomia radicale) per tumore causa difficoltà erettile e eiaculazione in vescica (retrograda), ma non modifica l'intensità e la qualità della risposta orgasmica. In tutto il mondo (nella foto, la via centrale di Stoccolma, Svezia) viene condotta una riabilitazione sessuologica postchirurgica che permette al paziente di riprendere, se pur in modo parzialmente diverso, la vita sessuale.

Detto questo, vediamo ora quali ulteriori accertamenti portano a una diagnosi di tumore alla prostata. E quali pensieri, sensazioni, emozioni del paziente e della partner accompagnano questa realtà.

### Cosa analizza l'urologo con l'esplorazione rettale?

*La forma:* normalmente la prostata ha la forma di una castagna capovolta, costituita da due lobi laterali. Nel tumore della prostata la forma può essere irregolare.

*Il volume:* normalmente la prostata ha un peso di 5 grammi e può aumentare in modo diverso da caso a caso.

*La superficie:* normalmente la prostata ha una superficie liscia e nel tumore della prostata può essere irregolare.

*La consistenza:* normalmente la prostata ha una consistenza carnosa elastica, costituita da un tessuto compatto e regolare (parenchimatosa). Nel tumore della prostata essa è dura.

### Cosa si intende per...

#### **orgasmo**

Con il termine orgasmo ci si riferisce specificatamente alle improvvise e ritmiche contrazioni muscolari nella regione pelvica e in altre regioni del corpo, che liberano dalla tensione sessuale accumulata e dal conseguente stato mentale (eccitazione erotica, fantasie) che accompagna questa esperienza.

#### **eiaculazione**

Con il termine eiaculazione si intende la fuoriuscita del seme, che a volte può verificarsi anche in assenza di orgasmo. L'orgasmo senza eiaculazione è frequente nei ragazzi prima della pubertà (adolescenza) o in caso di malattia della prostata, malattie neurologiche o uso di droghe.

## 3

IL TRATTAMENTO  
CHIRURGICO

**A**ccertata la presenza di un tumore prostatico, come si prosegue? Quali trattamenti vengono utilizzati? Ecco alcune risposte ai quesiti più comuni.

***Quando, come e a chi viene proposto il trattamento chirurgico?***

Quando il carcinoma è stato diagnosticato, è importante un'accurata stadiazione della malattia. La stadiazione locale si avvale dell'esplorazione rettale e dell'ecografia transrettale. La risonanza magnetica endorettale di ultima generazione fornisce informazioni molto utili sulla sede e sulla estensione locale della malattia. La combinazione di tali dati con il PSA ed il Gleason score consente di ottenere dati statistici sulla probabilità che la malattia sia curabile chirurgicamente.

Quando il PSA è al di sotto di 10 ng/ml ed il Gleason score è inferiore a 7, la probabilità di avere malattia metastatica o localizzazioni ai linfonodi è estremamente bassa. Tutti gli altri pazienti dovrebbero effettuare una scintigrafia ossea e una tomografia assiale computerizzata (TAC) o una risonanza magnetica pelvica per escludere una malattia a distanza.

Occasionalmente alcuni tumori sono molto piccoli (inferiori a 0,5 cc di volume) e con un Gleason score inferiore a 6. Tali tumori sono considerati clinicamente non significativi, con scarsa tendenza all'evoluzione, e di solito non vengono trattati.

Quando la malattia è completamente contenuta nella ghiandola, può essere del tutto curata mediante asportazione chirurgica della ghiandola (prostatectomia radicale).

***L'identikit dei pazienti***

Poiché il cancro prostatico è una malattia a lenta progressione, solitamente la prostatectomia radicale è riservata a quei pazienti che



**Figura 6-7**

*Il cancro prostatico è una malattia a lenta progressione. In tutto il mondo, la prostatectomia radicale è riservata a quei pazienti che hanno una aspettativa di vita di 10-15 anni (in genere pazienti di età inferiore o uguale a 70 anni).*



hanno una aspettativa di vita di 10-15 anni (in genere, pazienti di età inferiore o uguale a 70 anni) (figure 6 e 7).

In tumori di basso grado (Gleason score, 2-4) l'approccio può essere più conservativo, in quanto la probabilità di progressione a 15 anni è piuttosto bassa.

Tumori più aggressivi (Gleason score, 8-10) possono richiedere la prostatectomia radicale in pazienti selezionati, in buone condizioni generali, tra i 71 ed i 75 anni.

### ***Prostatectomia radicale: quale?***

La prostatectomia radicale a cielo aperto si può effettuare per vie retropubica o perineale. Come avvengono ?

La prostatectomia radicale per via retropubica prevede un taglio mediano tra l'ombelico ed il pube.

La prostatectomia radicale per via perineale si effettua con un taglio mediano sotto lo scroto.

La durata di tali interventi è di 2-3 ore circa.

### ***Il trattamento ormonale preoperatorio***

Il trattamento ormonale preoperatorio non ha mostrato un impatto significativo sui risultati della chirurgia.

## L'intervento

La prostatectomia radicale è un intervento ben standardizzato. La perdita ematica (di sangue) media è tra i 200 ed i 1000 cc.

Con l'intervento, viene asportata completamente tutta la ghiandola. Quando il tumore è lontano dalla capsula prostatica, i nervi dell'erezione che decorrono sulla faccia laterale della ghiandola possono essere risparmiati. Tuttavia, a seconda dell'età del paziente, disturbi dell'erezione possono presentarsi dopo l'intervento nel 20-70% dei casi (figure 8 e 9).

*Figure 8-9*  
Dopo l'intervento di prostatectomia radicale, a seconda dell'età del paziente, possono presentarsi disturbi dell'erezione nel 20-70% dei casi.



## Il dopo intervento in pillole

Una temporanea perdita di urine è abbastanza comune dopo l'intervento, e può durare da poche ad alcune settimane.

Entro alcuni mesi l'incontinenza cessa nel 95% dei pazienti.

Dopo l'intervento è necessario portare un catetere a permanenza per 7-14 giorni, per favorire la guarigione della sutura tra vescica ed uretra. La degenza media dopo l'intervento è di 4-6 giorni. Prima della rimozione del catetere si effettua un controllo radiologico mediante l'introduzione di un liquido di contrasto attraverso il catetere stesso, per confermare l'avvenuta guarigione della sutura. Il ritorno alle comuni attività avviene entro 3 settimane.



## Chirurgia: ultima generazione

Recentemente, un nuovo approccio alla prostatectomia, quello laparoscopico, si sta diffondendo tra gli specialisti.

L'operazione viene effettuata mediante alcuni fori cutanei sull'addome, con lunghi strumenti che vengono guidati all'interno dell'addome da una microcamera.

La metodica consente di visualizzare le strutture anatomiche a grande ingrandimento, facilitando così il risparmio dei nervi dell'erezione.

Fino all'87% dei pazienti operati con laparoscopia mantiene l'attività sessuale spontanea (figure 10 e 11).

La durata dell'operazione è di 2-5 ore.

**Figure 10-11**  
Fino all'87% dei pazienti operati con un intervento in laparoscopia mantiene l'attività sessuale spontanea.



Il catetere viene rimosso in genere dopo pochi giorni, anche se talvolta i processi di guarigione possono richiedere tempi più lunghi.

La degenza media dopo l'intervento è di 3-4 giorni ed il ritorno alle comuni attività avviene precocemente, entro 7-10 giorni. I primi risultati sono molto incoraggianti e questa metodica mini-invasiva di prostatectomia radicale potrebbe avere un ruolo chiave nel futuro.

### Il dopo prostatectomia... in pillole

Dopo la prostatectomia, i pazienti devono essere seguiti con misurazioni periodiche del PSA.

A 10 anni, il 70% dei pazienti non mostra alcun rialzo del PSA dai livelli postoperatori (al di sotto di 0,1-0,2 ng/ml).

Circa il 20% dei pazienti mostrano un rialzo del PSA senza alcun segno di malattia. Approssimativamente il 10% dei pazienti presenta una recidiva locale o una malattia metastatica.

## 5

UN TRAM... CHIAMATO  
"DESIDERIO"

**T**erminata la fase di riabilitazione urologica, circa un mese dopo l'intervento, il desiderio sessuale esordisce con le prime "erezioni spontanee" mattutine e notturne.

A volte parziali, a volte appena accennate; a seconda, come più volte ribadito, di quanto l'intervento chirurgico abbia potuto salvaguardare della capacità erettile del paziente.

Tuttavia all'erezione spontanea non segue alcuna sensazione o pulsione erotica, perché il desiderio, in questo caso, segue la regola dei tre passi (*figura 12*):

- risveglio del desiderio "**fisiologico**" (con la ricomparsa, in diverse percentuali, di erezioni spontanee) entro un mese dall'intervento o comunque al termine della riabilitazione urologica della minzione;
- desiderio erotizzato o "**di testa**" (con la comparsa di fantasie e pensieri non strettamente legati alle erezioni spontanee);
- desiderio "**pulsionale**" (con l'associazione di pensieri, sensazioni fisiche eccitanti, approccio sessuale, coinvolgimento nell'intimità).

**Figura 12**  
La ripresa postchirurgica del desiderio sessuale segue la regola dei tre passi: desiderio fisiologico, desiderio erotizzato, desiderio pulsionale.



## La ripresa della capacità erettile e la sessualità

Il tutto in un ciclo di sei mesi/un anno, a seconda della relazione di coppia, del desiderio (precedente e seguente all'intervento) dei partner, delle abitudini sessuali acquisite nel tempo, e della volontà del paziente e della partner di ricoinvolgersi nell'intimità.

*Riappropriarsi della capacità erettile* (complice non ultima la terapia farmacologica, vedi i capitoli seguenti) *non significa ancora riprendere l'attività sessuale e reinserirla stabilmente nella qualità di vita della coppia.*

La continuità della sessualità, infatti, è direttamente connessa alla storia progressa della coppia (relazionale, affettiva, sessuale), alle difficoltà del "dopo intervento" nella sensibilità di lei e di lui, nel desiderio di accudimento che i partner vorranno rinnovare e nella disponibilità di entrambi nel riprogettare un *secondo progetto di coppia* (figura 13).

Complice, come vedremo nei capitoli successivi, lo psicosessuologo, che proprio ora esce dalle "quinte" del team urologico, per facilitare questo svincolo nel futuro e per rinforzare la coppia nel "concedersi" una qualità di vita ancora più intensa e significativa di quella precedente all'intervento.

Aggiungendo valore a quello già esistente.

### Come? E su quali argomenti?



Parlare di sesso. Molte coppie hanno difficoltà a parlare di intimità, come dimostra l'80% delle coppie dello studio retrospettivo, più volte citato, che ha ammesso di aver eluso l'argomento dopo l'intervento di prostatectomia radicale, per "imbarazzo", "paura di essere rifiutati dalla partner", "timore che le parole tolgano spontaneità all'atto sessuale".

#### Figura 13

*La continuità della sessualità è direttamente connessa alla storia progressa della coppia (relazionale, affettiva, sessuale), alle difficoltà del "dopo intervento" nella sensibilità di lei e di lui, e al desiderio di accudimento che i partner vorranno rinnovare, nonché alla disponibilità di entrambi nel riprogettare un secondo progetto di coppia.*



Eppure anche il sesso, come qualsiasi altra forma di comunicazione, può diventare più facile, se ci si sforza di rifare un po' di pratica. Anche quando nel rapporto a due, specie dopo una prostatectomia radicale:

- il paziente si **"impone"** che "deve superare da solo il problema", pena deludere la partner;
- e lei di evitare di proporgli i propri desideri sessuali per **"timore"** di farlo "sentire inadeguato";
- o, ancora, lei punta tutto **"sui sentimenti"**, o cerca presso di lui la riconferma del proprio valore di donna, "di quanto gli sia stata utile nel superare il pericolo tumore" e ora "nel fare insieme progetti per il futuro" (figura 14).

*Figura 14*  
Salire sul  
"tram del  
desiderio"  
(come su  
questo  
cable-car a  
S. Francisco,  
USA)  
significa  
anche  
superare le  
reticenze a  
due nel  
parlare di  
intimità e  
dei propri  
desideri  
sessuali.



Per molto tempo la partner ha seguito il paziente in costante preoccupazione, accudimento e attesa. Attesa che lui si riprendesse, tornasse "quello di prima", più innamorato di prima, che tornasse a lei. Ora entrambi si ritrovano a **costruire di nuovo insieme**, spaventati, timorosi di ferirsi, di perdersi, a volte discreti nell'osare l'uno verso l'altro.

Ma non senza, ognuno per se stesso, entusiasmi, aspettative, desideri.

*Riparlare della sessualità a due è mettersi in comunicazione sulla relazione, sugli affetti, sulla progettualità del futuro (figura 15).*



**Figura 15**  
*Riparlare della sessualità a due è mettersi in comunicazione sulla relazione, sugli affetti, sulla progettualità del futuro.*

### **Come procedere?**

L'esperienza con i pazienti nella consulenza psicosessuologica ha delineato alcuni punti di riferimento:

- *Decidere insieme alla partner quale potrebbe essere il luogo e il momento più adatto per parlare di intimità: potrebbe essere sorprendente, per lui, constatare che anche lei esita a parlare di questo argomento e il semplice fatto di sollevare la questione può offrire a entrambi la possibilità di allentare la tensione emotiva.*
- *Considerare la possibilità di utilizzare gli argomenti discussi con lo psicosessuologo o libri o mezzi divulgativi per iniziare il discorso. Il vantaggio, in questo caso, è che la discussione si svolge su un piano astratto (le proposte dello psicosessuologo, le informazioni fornite dai mezzi divulgativi) e si possono evidenziare i propri sentimenti e sensazioni poco per volta.*
- *Prendere in considerazione che le sensazioni e le preferenze sessuali cambiano nel tempo, indipendentemente dai cambiamenti indotti dagli interventi chirurgici radicali.*
- *Evitare di pretendere la perfezione. Il rapporto sessuale non può sempre essere "memorabile" e "appassionato". Come l'umore e le sensazioni fisiche non sono sempre identiche, così le espressioni sessuali possono essere molto intense e passionali, piacevoli e avvolgenti, romantiche e delicate.*

- È importante avere presente che parlare con il proprio partner dell'intimità a due non è un'esperienza che "fatta una volta, non si replica più". Come ogni altra forma di comunicazione riservata e intima, essa trae beneficio da un dialogo costante, che permette alle coppie di conoscersi meglio e di risolvere piano piano le incertezze, le difficoltà, le incomprensioni a due.