

*Bayer
per la coppia*

cod. 5874075

Autori :

Prof. Giuseppe Martorana

*Direttore Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna
Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico S.Orsola Malpighi Bologna*

Dott. Alessandro Franceschelli

*Specialista in Urologia, titolare di borsa di studio presso Clinica Urologica,
Alma Mater Studiorum, Università di Bologna
Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico S.Orsola Malpighi Bologna*

Dott. Alessandro Bertaccini

*Ricercatore Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna
Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico S.Orsola Malpighi Bologna*

Dott.ssa Debora Marchiori

*Specializzanda Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna
Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico S.Orsola Malpighi Bologna*

Dott.ssa Roberta Ceccarelli

*Psicologa Associazione Samur onlus (studi avanzati malattie oncologiche)
presso Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna*

Ambra Mazzini

*Infermiere Professionale, Referente Ambulatorio di Urodinamica
Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna
Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico S.Orsola Malpighi Bologna*

Realizzazione grafica: Editoriale Giornalidea

Disegni di: Renato Limana

Stampa:  **grafica comense**



Bayer HealthCare

www.tuttosulladisfunzioneerettile.it

CHIRURGIA RADICALE DELLA PROSTATA

*... tutto quello
che il paziente
e i suoi familiari
devono sapere ...*

*Con il patrocinio della SIUO
(Società Italiana di Urologia Oncologica)*



Bayer HealthCare

PRESENTAZIONE

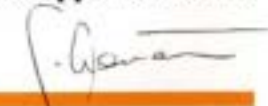
Lo scopo di questo opuscolo informativo e divulgativo è quello di preparare il paziente ed i suoi familiari ad affrontare e superare al meglio l'intervento di prostatectomia radicale, intervento che tocca la sfera più "intima" dell'uomo e suscita, molto spesso, numerose ansie.

All'interno si potranno trovare una serie di informazioni inerenti il ricovero in ospedale, la dimissione, il periodo di convalescenza e la fase di "recupero".

Tutto quello che viene riportato è il risultato della nostra quotidiana esperienza nella cura del malato "prostatectomizzato", unitamente ad alcuni preziosi consigli suggeriti da pazienti e familiari. Vorrei sottolineare, tuttavia, come questo "libretto", sebbene pensato e scritto per essere un concreto "aiuto" al paziente, non possa, in alcun modo, sostituire il medico urologo referente e/o il medico di medicina generale che dovranno essere sempre contattati e consultati.

Infine, un ringraziamento particolare a tutti coloro che si sono dedicati alla stesura dell'opuscolo e alla Bayer, che ne ha permesso la realizzazione.

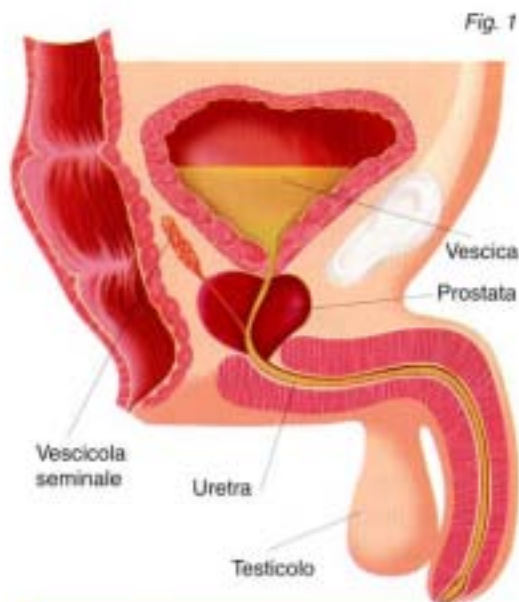
Giuseppe Martorana



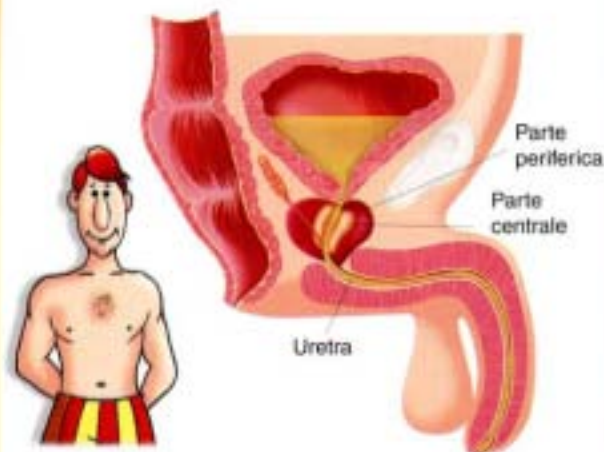
CAPITOLO 1

COS'E' LA PROSTATATA?

La prostata è una ghiandola, situata al di sotto della vescica, che circonda l'uretra, "canale" deputato al passaggio dell'urina dalla vescica all'esterno (Fig. 1). La prostata, insieme alle vescicole seminali e ai testicoli, è parte del-



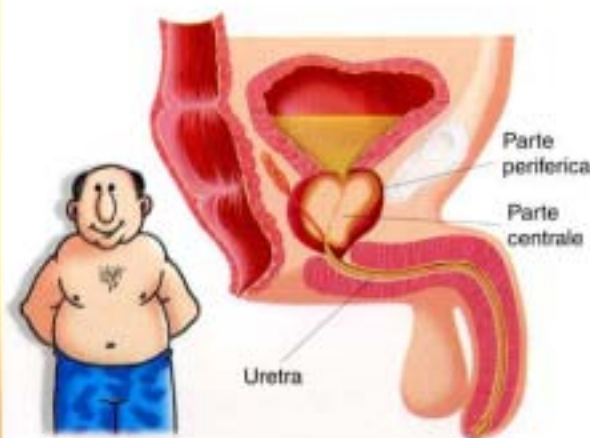
Prostata nel giovane adulto



La parte centrale della prostata, con il passare degli anni, aumenta di volume.

Fig. 2

Prostata nell'anziano



l'apparato riproduttivo maschile: contribuisce, infatti, alla produzione del liquido seminale.

Può essere suddivisa in due parti: una centrale, che circonda per l'appunto l'uretra, e una

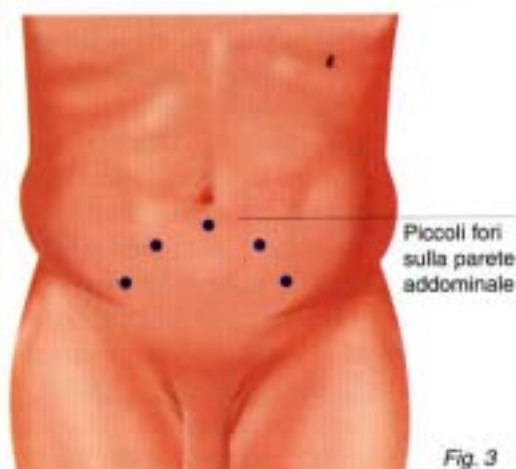
più periferica (Fig.2). Si tratta di un organo che subisce modificazioni con l'età e in particolare, con l'invecchiamento, si osserva un progressivo aumento di volume: proprio tale incremento è responsabile dei caratteristici sintomi che vengono generalmente identificati dai pazienti con il termine "ho la prostata" (aumento della frequenza ad urinare, diminuzione del getto urinario, sensazione di incompleto svuotamento vescicale...). In realtà questi disturbi sono dovuti a un ingrandimento della parte centrale della ghiandola (definito "adenoma prostatico" o "ipertrofia prostatica benigna"). Tuttavia, occorre precisare che "ad ammalarsi" non è solo la parte centrale, ma anche quella periferica della ghiandola: è, infatti, in questa sede che si sviluppa, in modo del tutto asintomatico, il tumore della prostata.

COSA SIGNIFICA "PROSTATECTOMIA RADICALE"?

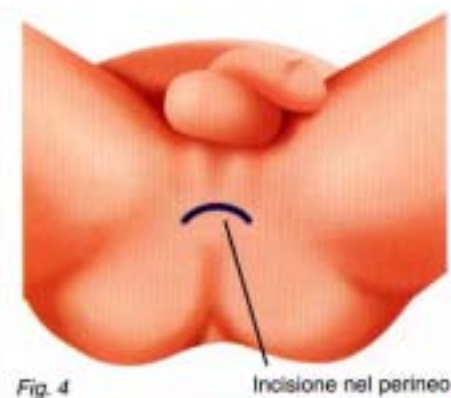
La prostatectomia radicale è un intervento chirurgico, indicato nei pazienti con tumore alla prostata, che prevede l'asportazione "totale" della ghiandola prostatica (sia della parte centrale sia di quella periferica) e delle vescicole seminali, ad essa adiacenti.

Attualmente l'intervento può essere effet-

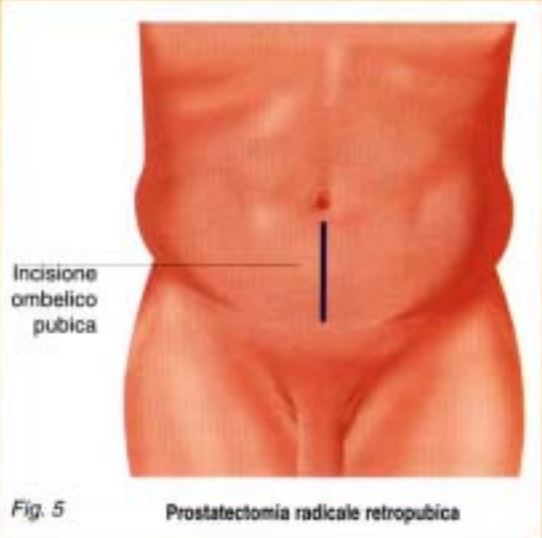
Prostatectomia radicale con tecnica laparoscopica



Prostatectomia radicale perineale



tuato, con i medesimi risultati, per mezzo della tecnica laparoscopica, che viene eseguita praticando dei "piccoli fori" sulla parete addominale (Fig.3) o, in alternativa, con la tecnica "a cielo aperto" (Fig.4- 5), che può prevedere un'inci-



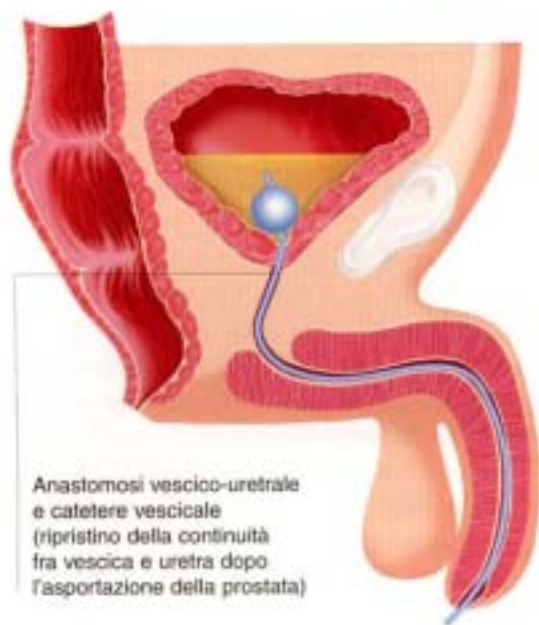
sione sulla parete inferiore dell'addome (Prostatectomia radicale retropubica) o in sede perineale, ovvero nell'area compresa tra la base dello scroto e l'ano (Prostatectomia radicale perineale). Qualora l'urologo lo ritenga indicato sulla base dei valori del PSA, dell'esito della visita, dell'ecografia prostatica e della biopsia, oltre all'asportazione di tutta la prostata e delle vescicole seminali, potrà essere necessario rimuovere anche i linfonodi pelvici, che rappresentano una possibile sede di diffusione del tumore ("info-adenectomia pelvica").

Asportare la prostata significa rimuovere una parte dell'uretra e, conseguentemente, interrompere la continuità tra la vescica e l'esterno. Al fine di ripristinare tale continuità è necessario, durante l'intervento, ricongiungere la vescica all'uretra ("anastomosi vescico-uretra-

Prima e dopo l'intervento



Fig. 6



Anastomosi vescico-uretrale
e catetere vescicale
(ripristino della continuità
fra vescica e uretra dopo
l'asportazione della prostata)

le") e posizionare il catetere vescicale (Fig. 6). Complessivamente si tratta di un intervento chirurgico molto delicato: è indispensabile, infatti, non danneggiare le strutture deputate al controllo della continenza urinaria e, qualora le caratteristiche del tumore lo permettano, conservare i nervi che garantiscono l'erezione, nervi che decorrono in stretta vicinanza della ghiandola prostatica (Fig. 7).

*Visione della prostata e dei nervi
per l'erezione che decorrono lateralmente
alla superficie della ghiandola prostatica*

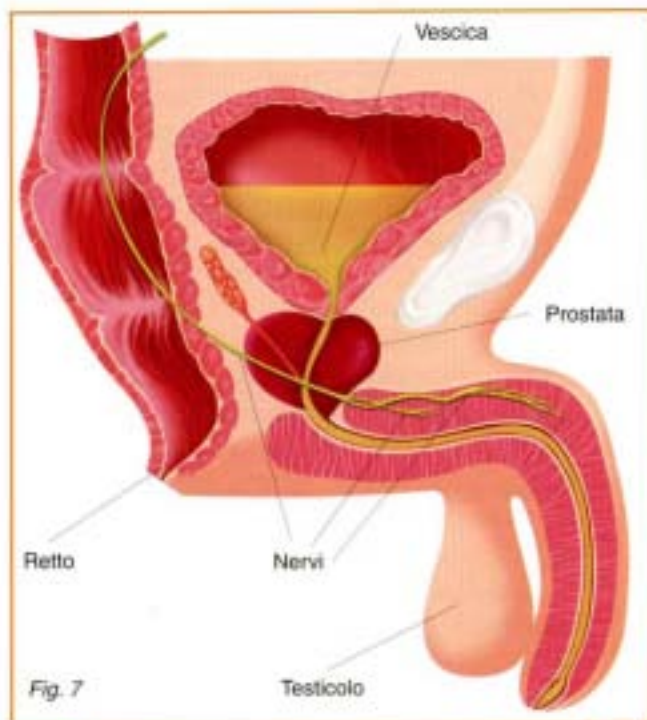


Fig. 7

CHE COSA FARE IN PREVISIONE DELL'INTERVENTO

Al momento della prenotazione del ricovero in ospedale il medico consegnerà al paziente un elenco di esami da effettuare: esami del sangue, l'esame delle urine, l'elettrocardiogramma e la radiografia del torace.

Contestualmente, verrà richiesto al paziente, dopo averlo adeguatamente informato, di firmare un modulo di consenso all'esecuzione dell'intervento chirurgico.

Una volta completati gli esami, il paziente sarà sottoposto a una visita con l'anestesista: in quell'occasione verranno date tutte le informazioni riguardanti il tipo di anestesia e la procedura anestesiológica.

Qualora il paziente assuma farmaci anti-coagulanti o antiaggreganti verranno fornite tutte le indicazioni riguardo la loro sospensione in previsione dell'intervento.

Degenza in Ospedale

IL GIORNO PRIMA: PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

Il ricovero in ospedale avverrà il giorno prima dell'intervento chirurgico. Durante questa giornata verrà effettuata la tricotomia (è necessario, infatti, radere tutti i peli nella sede in cui avverrà l'incisione cutanea) e sarà somministrato un lassativo. A pranzo e cena il paziente potrà consumare un pasto leggero, ma dovrà poi mantenere il digiuno assoluto dalla mezzanotte. I medici di reparto controlleranno tutti gli esami, verrà effettuata una rivalutazione anestesiológica e prescritta la profilassi antibiotica, per la prevenzione delle infezioni, e quella anti-trombotica con eparina (allo scopo di ridurre il rischio di trombosi venosa a carico degli arti inferiori).

GIORNO DELL'INTERVENTO

La mattina del giorno dell'intervento, prima di entrare in sala operatoria, si dovranno indossare le calze elastiche compressive che verranno mantenute anche nel periodo post-operatorio e, successivamente, fino alla completa mobilizzazione: l'uso di queste, insieme alla somministrazione di eparina e alla mobilizzazione precoce del paziente, sono procedure essenziali che contribuiscono a ridurre in modo signifi-

cativo la comparsa di trombosi venosa a carico degli arti inferiori, complicanza infrequente, ma possibile dopo questo tipo di interventi.

Saranno somministrati inoltre l'antibiotico, l'eparina e i farmaci pre-anestetici.

DOPO L'INTERVENTO

Quando il paziente tornerà in reparto avrà un cateterino venoso attraverso il quale vengono somministrate le flebo, talvolta il sondino naso gastrico, il catetere vescicale e 1 o 2 "tubi" di drenaggio addominale (di aspetto simile al catetere, e normalmente, chiamati semplicemente "drenaggi"), che generalmente vengono rimossi durante la degenza. Qualora il medico lo ritenga opportuno il drenaggio potrà essere mantenuto, per alcuni giorni, anche a domicilio: in questo caso, prima della dimissione, verranno fornite tutte le indicazioni inerenti la sua gestione e verrà programmata la rimozione in ambulatorio.

Nei primi giorni di degenza sarà concessa soltanto una dieta liquida e, solo in un secondo momento, si potrà riprendere un'alimentazione normale ed equilibrata.

La sera stessa dell'intervento, o la mattina seguente, il personale infermieristico aiuterà il paziente ad alzarsi dal letto e, almeno inizialmente, a sedersi; solo successivamente, non appena le condizioni lo permetteranno, potrà cominciare a camminare, aiutato eventualmente da un familiare.

Nel periodo post-operatorio verranno eseguiti alcuni controlli: prelievi del sangue, medicazioni della ferita chirurgica e dei drenaggi e,

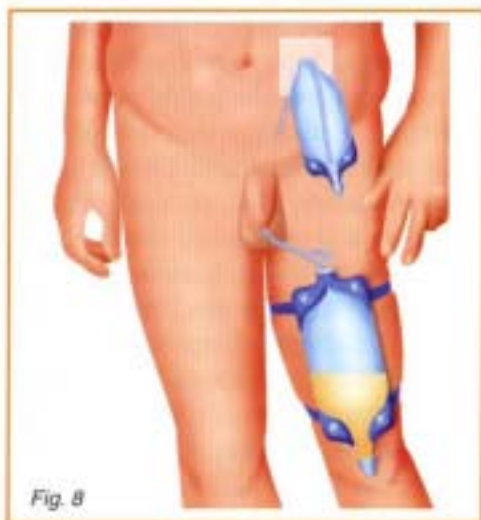


Fig. 8

Corretto posizionamento del drenaggio addominale, del catetere vescicale e dei relativi sacchetti di raccolta sia in piedi sia a letto



Fig. 9

inoltre, sarà controllata regolarmente la temperatura corporea, la pressione arteriosa, il quantitativo emesso dai drenaggi e dal catetere. Sia il catetere che i drenaggi sono collegati a un sacchetto di raccolta che va periodicamente svuotato. Il paziente dovrà prestare particolare attenzione, sia al catetere, che non dovrà mai essere "tirato" o "piegato", sia al sacchetto di raccolta delle urine che dovrà sempre essere collocato "inferiormente" rispetto alla vescica, sia quando si è in piedi che da sdraiati: tali accorgimenti vanno seguiti non soltanto in ospedale, ma anche a domicilio. (Fig.8 - 9). Il catetere vescicale sarà mantenuto per un periodo variabile tra 7 e 21 giorni dopo l'intervento.

CHE COSA SUCCUDE SE:

• **Compare la febbre** - il paziente non si dovrà allarmare per la comparsa di febbre (normalmente inferiore a 38°): si tratta di un evento abbastanza comune in tutti i pazienti sottoposti a intervento chirurgico, anche se l'uso della profilassi antibiotica ne ha diminuito in modo significativo l'incidenza.

• **Compaiono nausea/vomito/ stitichezza** - nei primi giorni dopo l'intervento possono insorgere e di norma sono da porre in relazione all'anestesia generale o alla terapia antidolorifica- nausea e/o vomito. Attualmente sono a disposizione diversi farmaci nel trattamento di questi sintomi che possono essere somministrati al bisogno. E' possibile che, per qualche giorno dopo l'intervento, ci sia

difficoltà ad andare di corpo: in tale eventualità dovranno essere avvisati i medici, che prenderanno i provvedimenti del caso.

• **Compare il dolore** - è abbastanza frequente, nonostante venga somministrata una terapia antidolorifica post-operatoria, "sentire" un po' di dolore dopo l'intervento (sia nella sede della ferita chirurgica sia nella sede dei drenaggi) o accusare "fastidio" per il catetere vescicale: il paziente non deve avere timore ad avvisare il personale (sia medico, sia infermieristico), che anche in questo caso sarà pronto ad aiutarlo.

Dimissione dall'Ospedale

Il ricovero in ospedale dopo l'intervento di prostatectomia radicale ha una durata variabile tra i 5 e i 7 giorni. Il periodo può variare in relazione allo stato di salute del malato e all'andamento del decorso post-operatorio. Al momento della dimissione, al paziente verrà consegnata una lettera, indirizzata al medico curante, nella quale è descritto il tipo d'intervento effettuato, la tecnica utilizzata, l'andamento del decorso post-operatorio, le terapie da eseguire a domicilio e tutti i successivi controlli. In particolare, verrà fissato un appuntamento per la medicazione della ferita chirurgica, la rimozione dei punti di sutura, del catetere vescicale (sulla cui gestione domiciliare sarà adeguatamente istruito) e per la consegna dell'esame istologico.

CAPITOLO 3

LA CONVALESCENZA A DOMICILIO

Con la dimissione il paziente viene ritenuto in grado di trascorrere la restante convalescenza a casa, recandosi in ospedale solamente per i controlli prefissati. Generalmente il paziente avrà solo il catetere vescicale da gestire, ma in realtà questo non rappresenta l'unico "disagio": infatti tanti sono gli interrogativi che nascono, e che spesso si uniscono alle paure e al senso di abbandono. Per tale motivo di seguito vengono riportati alcuni suggerimenti per risolvere in autonomia i problemi che potrebbero verificarsi.

1) PRENDERSI CURA DELLA FERITA CHIRURGICA

Il giorno della dimissione la ferita chirurgica verrà controllata e medicata. A distanza di circa 10 giorni dall'intervento i punti di sutura potranno essere rimossi in ambulatorio.

Esercizi fisici

Esercizi 1° livello

Esercizi 2° livello

N.B. Ad ogni livello di esercizi vanno

Contrazioni rapide - lente

Min.-Max.

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom

15x3 al giorno



Contrazioni rapide

Min.-Max.

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom

15x3 al giorno



Contrazioni - rapide - lente

Min.-Max.

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom

15x3 al giorno



Contrazioni rapide

Min.-Max.

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom

15x3 al giorno



Stop minzione

Min.-Max.

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom

2 o 3 volte al giorno



Esercizi 3° livello

Esercizi 4° livello

ripetuti anche quelli dei livelli precedenti

Posizione "gatto"

Min.-Max.

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom

15x3 al giorno



Posizione "accucciata"

Min.-Max.

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom

15x3 al giorno



Basculare il bacino - inspirando

contrarre la muscolatura - inspirando

Min.-Max.

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom

5 volte



Lavoro glutei

Min.-Max.

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom

5 volte



Esercizio di automazione durante le attività di vita quotidiana: ridere, tossire, soffiarsi il naso, lavare, stirare, correre, saltare.



Fig. 10



Tuttavia, anche a casa, è necessario controllare la medicazione e, in particolare, accertarsi che questa non si "sporchi" eccessivamente: se ci si dovesse accorgere che dalla ferita fuoriesca siero o pus, o che si presenti "arrossata, calda e gonfia" bisogna rivolgersi all'ambulatorio del Centro urologico presso il quale è stato effettuato l'intervento (Fig.10).

2) IL CATETERE VESCICALE

Al momento della dimissione verrà insegnato al paziente e ai suoi familiari come gestire, a domicilio, il catetere, come collegarlo al sacchetto di raccolta delle urine, come utilizzare un sacchetto a capienza elevata di notte (che non necessita di essere svuotato per un lungo perio-



Com'è la tua vita di coppia?



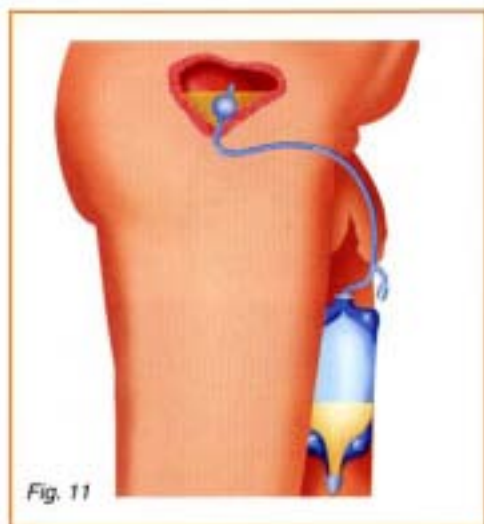
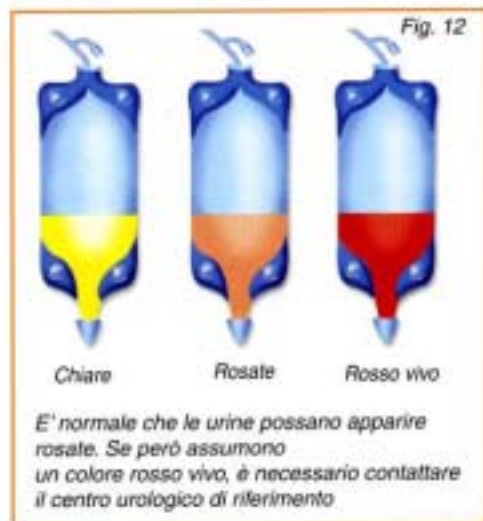


Fig. 11

do), e come adoperare un sacchetto più piccolo, definito "a gamba", durante il giorno (avendo quest'ultimo una capienza minore, è necessario svuotarlo più spesso) (Fig. 11).

A volte il catetere può essere responsabile della comparsa di "spasmi" (contrazioni involontarie della muscolatura vescicale), anche molto fastidiosi, che vengono avvertiti come "bisogno urgente di urinare" (sensazione di crampi dolorosi alla vescica o al basso ventre): in tal caso il medico potrà prescrivere farmaci in grado di ridurre queste contrazioni vescicali involontarie.

Talvolta è possibile che un po' di urina fuoriesca tra uretra e catetere vescicale, ma non occorre allarmarsi. È importante in questi casi verificare il corretto funzionamento del catetere e il colore delle urine: è normale che le urine possano essere di colore rosato, ma se doves-



È normale che le urine possano apparire rosate. Se però assumono un colore rosso vivo, è necessario contattare il centro urologico di riferimento

sero diventare rosse o presentare numerosi coaguli, è opportuno rivolgersi ai medici del Centro urologico presso il quale è stato effettuato l'intervento, per evitare che uno di questi frustoli chiuda il catetere (Fig. 12).

La rimozione del catetere avverrà ambulatorialmente, in taluni casi, previa esecuzione di un controllo radiologico (cistografia retrograda) per valutare l'avvenuta "guarigione" dell'anastomosi vescico-uretrale.

3) I DRENAGGI

È possibile, seppur raramente, essere dimessi con il drenaggio: in tal caso verrà spiegato al paziente come svuotare il sacchetto di raccolta. Verrà richiesto, inoltre, di trascrivere il quantitativo di liquido raccolto dal drenaggio nelle 24 ore, e di riferirlo al medico in occasione della visita.

DOMANDE FREQUENTI

COME MI COMPORTO SE:

• Mi viene la febbre

Se dopo la dimissione compare la febbre e se questa sale oltre i 38° è opportuno contattare il Centro Urologico di riferimento. Non bisogna allarmarsi, ma rivolgendosi al medico è possibile intervenire adeguatamente.

• Mi si gonfiano le gambe

La comparsa di gonfiore, edema o dolore alle gambe è un evento raro: se si verificasse, occorre contattare il medico curante o il Centro Urologico presso cui si è stati operati.

• Mi si gonfiano lo scroto o il pene

La comparsa di edema del pene e/o dello scroto è abbastanza comune dopo l'intervento di prostatectomia radicale. E' indolore e tende a risolversi spontaneamente dopo qualche giorno.

Tra i tanti interrogativi che possono insorgere a domicilio ci sono quelli relativi alla ripresa delle normali attività quotidiane, alle quali il paziente dovrà riabituarsi dopo la degenza in ospedale.

COME MI COMPORTO RIGUARDO ALLA:

• Dieta

Non esistono particolari restrizioni, anche se nelle settimane immediatamente do-

po l'intervento è consigliabile evitare pasti particolarmente pesanti e ricchi di grassi; è consentita l'assunzione, con moderazione, di alcool (vino) ai pasti.

• Doccia/bagno

E' consigliabile attendere la rimozione dei punti di sutura per fare la doccia. Per il bagno, invece, conviene aspettare fino alla rimozione del catetere vescicale.

• Attività fisica

Dopo l'intervento è normale sentirsi stanchi, fiacchi e deboli: è necessario, nonostante ciò, cercare di mantenersi in movimento anche a casa (compatibilmente con le condizioni generali e l'età del paziente) ed evitare di stare troppo a lungo a letto o in poltrona.



Si possono fare delle passeggiate, anche brevi: questo consente di rimanere attivi, migliorare la respirazione e la circolazione. All'inizio è sufficiente camminare anche dentro casa ma, successivamente, quando ci si sentirà meglio e più sicuri, si potrà uscire. E', infine, necessario evitare di sollevare pesi per 8-10 settimane. Nelle 10-12 settimane successive all'intervento è consigliabile non andare in bicicletta o utilizzare ciclomotori

• **Attività lavorativa**

E' consigliabile osservare un periodo di convalescenza di almeno 2-4 settimane.

E' altresì consigliabile non guidare nelle 2-3 settimane successive l'intervento. Se si deve viaggiare in macchina, in questo periodo, ci si abitui a fermarsi ogni 1-2 ore e a scendere dalla macchina per sgranchirsi le gambe.



CAPITOLO 4

CONTINENZA URINARIA E ATTIVITA' SESSUALE

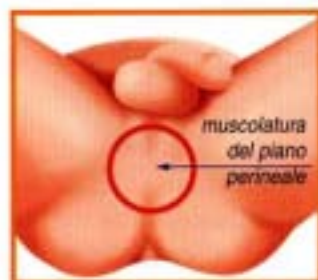
In questa fase è fondamentale la collaborazione del paziente e, soprattutto, il desiderio di riacquistare l' "autonomia" che si aveva prima dell'intervento chirurgico. Non si fa riferimento soltanto alla ripresa dell'attività fisica e lavorativa, ma anche alla normalizzazione di alcune funzioni dell'organismo che, a seguito dell'intervento chirurgico, sono state alterate: la continenza urinaria e la funzione sessuale.

CONTINENZA URINARIA

L' incontinenza urinaria è un evento comune che segue la rimozione del catetere vescicale. L'incontinenza dopo prostatectomia radicale, definita come "stress incontinence", o incontinenza urinaria da "sforzo", compare passando dalla posizione sdraiata a quella in piedi, durante colpi di tosse o starnuti, facendo le scale, sollevando pesi e, più in generale, in tutte quelle condizioni che determinano un aumento

della pressione addominale.

All'inizio le perdite possono essere significative ed è possibile che non si avverta alcuno stimolo di urinare, stimolo che generalmente viene riacquisito nelle settimane successive, insieme a un progressivo miglioramento della continenza. Per agevolare e abbreviare il tempo di recupero vengono insegnati degli esercizi specifici, che contribuiscono a "rinforzare" la muscolatura che circonda l'uretra e il retto, fondamentale nel controllo della funzione urinaria, e che è stata indebolita con l'intervento chirurgico (esercizi di Kegel, o riabilitazione della muscolatura perineale). Gli esercizi di Kegel si eseguono contraendo



e rilassando la muscolatura perineale, con regolarità, in qualsiasi momento della giornata da sdraiati, seduti o in piedi.

Come eseguire gli esercizi di Kegel?

Vanno eseguiti 2 tipi di contrazioni:

- **Contrazioni rapide** - Si contrae e rilassa rapidamente la muscolatura attorno all'ano (è lo stesso movimento che si esegue quando si interrompe la minzione o si vuole impedire all'aria intestinale di uscire); si fanno trascorrere 2-3 secondi tra una contrazione e l'altra.

- **Contrazioni lente** - Si contrae lentamente tale muscolatura, mantenendo questa contrazione per 5 secondi, e successivamente la si rilassa. Prima di iniziare una nuova contrazio-

ne contare fino a 10.

Contrazioni rapide e lente vanno ripetute in serie per 15-20 volte, 3 o 4 volte al giorno (Vedi inserto staccabile al centro dell'opuscolo).

Le prime volte sarà difficile sia contrarre i muscoli sia mantenere a lungo la contrazione. Durante la fase di contrazione, tuttavia, si deve prestare attenzione a non utilizzare la muscolatura addominale (mettere una mano sulla pancia per controllare che non si stia impiegando questi muscoli), della schiena, dei glutei e delle gambe.

In casi particolari, nella fase iniziale potrebbe essere necessario, per capire meglio come effettuare la ginnastica del piano perineale, ricorrere al "biofeedback". Con questa tecnica il paziente, al quale vengono applicati, in sede addominale e perineale (in alternativa può essere posizionata anche una sonda transrettale), degli elettrodi, impara a contrarre correttamente i muscoli osservando sul monitor di un computer il risultato delle proprie contrazioni muscolari (riconoscendo in questo modo il movimento corretto e quello sbagliato).

Fino a quando non avrà recuperato completamente la continenza è consigliabile indossare dei pannolini per proteggere biancheria e vestiti dalle perdite improvvise di urina.

Sebbene non sia possibile prevedere con esattezza i tempi necessari per il recupero completo della continenza, di norma esso avviene nell'arco di 3-6 mesi. Tuttavia se il problema persistesse per oltre 6-8 mesi è bene rivolgersi al Centro Urologico di riferimento per un controllo.

ATTIVITA' SESSUALE

Dopo l'intervento di prostatectomia radicale, anche a distanza di molti mesi, è possibile non avere più erezioni valide per l'attività sessuale. Il recupero dell'attività erettiva dopo l'intervento dipende da diversi fattori quali l'età, la capacità, già prima dell'intervento chirurgico, di raggiungere e mantenere l'erezione (l'intervento non migliora l'erezione!), dall'estensione del tumore e, conseguentemente, dalla tecnica chirurgica utilizzata.

Infatti i nervi e i vasi (fasci vascolo-nervosi), che contribuiscono al mantenimento di una funzione erettiva normale, decorrono molto vicino alla prostata. Il progresso e il perfezionamento delle tecniche chirurgiche odierne garantiscono, in casi selezionati, di preservarli, sia monolateralmente che bilateralmente (prostatectomia radicale "nerve-sparing") riducendo, in questo modo, la percentuale di pazienti con disfunzione erettile post-operatoria.

In ogni caso non bisogna dimenticare che l'obiettivo principale dell'intervento è quello di "eradicare" completamente la neoplasia: è pertanto possibile che, per raggiungere questo obiettivo, il chirurgo non abbia altre alternative



che "sacrificare" tali nervi.

L'assenza di erezioni dopo l'intervento non deve deprimere il paziente ma, anzi, deve esortarlo a rivolgersi all'urologo; infatti, grazie alla disponibilità di diversi presidi farmaceutici, è possibile iniziare una "riabilitazione/terapia sessuale post-operatoria".

Come precedentemente detto esistono, attualmente, diverse alternative terapeutiche che possono garantire al paziente un'erezione post-operatoria valida:

- terapia con inibitori della fosfodiesterasi (sildenafil, tadalafil, vardenafil): sono farmaci che vengono assunti per via orale e, di norma, sono riservati ai pazienti in cui è stato possibile risparmiare, durante l'intervento chirurgico, i fasci vascolo-nervosi o a quelli che riferiscono, nel periodo post-operatorio, erezioni spontanee (o anche solo una tumescenza -ingrossamento- del pene).

- in alternativa, se l'uso di tali terapie non si dimostrasse efficace o non fosse indicato, è possibile ricorrere all'uso di farmaci (farmaci vasoattivi) che, iniettati direttamente all'interno dei corpi cavernosi del pene, sono in grado di produrre l'erezione. L'urologo insegnerà al paziente come praticare l'iniezione e determinerà la dose più efficace nel procurare l'erezione.

Dal momento che la prostata e le vescicole seminali sono state rimosse, in occasione del rapporto sessuale non si avrà la fuoriuscita di liquido seminale: questo, tuttavia, non pregiudicherà la possibilità di raggiungere un orgasmo soddisfacente

PRIMI CONTROLLI DOPO LA "PROSTATECTOMIA RADICALE"

I primi controlli dopo la prostatectomia radicale sono essenziali e servono a programmare l'eventuale successivo iter diagnostico-terapeutico. Generalmente i controlli sono relativi alla rimozione dei punti di sutura, del catetere vescicale e alla consegna dell'esame istologico.

Il calendario degli appuntamenti è il seguente:

Dopo 7 - 10 giorni dall'intervento: rimozione dei punti di sutura

Dopo 7 - 21 giorni dall'intervento: rimozione del catetere vescicale. In taluni casi, prima della rimozione, si preferisce far eseguire al paziente un controllo radiologico (cistografia retrograda), per valutare l'avvenuta "guarigione" della anastomasi tra la vescica e l'uretra. In tale occasione verrà insegnata la ginnastica del pino perineale e verrà programmata la riabilitazione sessuale.

Consegna del referto dell'esame istologico eseguito sulla prostata, sulle vescicole seminali e sui linfonodi eventualmente asportati. Questo esame è fondamentale per poter valutare l'estensione locale del tumore e la sua aggressività. In tale occasione e sulla base dell'esito dell'esame, verranno programmati i successivi controlli ed esami.

GLOSSARIO

Anastomosi vescicouretrale: sede in cui la vescica viene "ricollegata" all'uretra una volta rimossa la prostata

Antibiotici: farmaci utilizzati nella prevenzione e cura delle infezioni

Anticoagulanti/antiaggreganti/antitrombotici: farmaci utilizzati nella prevenzione e/o cura della trombosi all'interno dei vasi

Biopsia: prelievo di tessuto prostatico effettuato, per mezzo di uno specifico ago, in corso di ecografia transrettale

Catetere vescicale: "tubicino" che, attraverso l'uretra, viene inserito in vescica

Cistografia retrograda: esame radiologico, eseguito attraverso il catetere vescicale, per controllare l'anastomosi vescico-uretrale

Disfunzione erettile: incapacità di raggiungere e/o mantenere un'erezione sufficiente per il rapporto sessuale

Ecografia prostatica: studio della ghiandola prostatica eseguito per mezzo di una sonda transrettale

Fasci vascolo-nervosi: strutture costituite da vasi e nervi che permettono di ottenere l'erezione e che decorrono, bilateralmente, ai lati della prostata

Incontinenza urinaria: perdita involontaria di urina; dopo l'intervento di prostatectomia radicale si parla di incontinenza da "sforzo o da stress", definita come perdita di urina in concomitanza con colpi di tosse, starnuti, risate, esercizio fisico, sforzi di vario genere

Inibitori della fosfodiesterasi: classe di farmaci che, assunta per via orale, è in grado di provocare l'erezione

Iniezione intracavenosa: iniezione di farmaci all'interno dei corpi cavernosi al fine di ottenere l'erezione

Linfo-adenectomia: asportazione dei linfonodi, strutture ghiandolari che nell'individuo sano rivestono un ruolo nella risposta immunitaria e che possono essere talvolta sede di metastasi.

Perineo: regione costituita da tessuti fibromuscolari situata, negli uomini, tra l'orifizio anale e la radice dello scroto

Prostata: ghiandola posta sotto alla vescica e intorno alla porzione iniziale dell'uretra maschile

Prostatectomia radicale: asportazione della prostata e delle vescicole seminali

Prostatectomia radicale "nerve-sparing": asportazione della prostata e delle vescicole seminali con conservazione, da uno o entrambi i lati, dei fasci vascolo-nervosi

PSA: antigene prostatico specifico; è una proteina prodotta quasi esclusivamente dal tessuto prostatico. È presente in circolo in due forme: una forma libera (free-PSA) e una complessata (cioè legata ad altre proteine). Valori sierici elevati di PSA non riflettono esclusivamente la presenza di cancro prostatico, ma anche condizioni quali l'ipertrofia prostatica benigna, le infezioni o le infiammazioni prostatiche. Il dosaggio del PSA si rivela molto utile anche nel follow-up della malattia dopo prostatectomia radicale.

Trombosi: formazione di "coaguli" all'interno dei vasi