

Riabilitazione dell'erezione dopo prostatectomia

Angela Walmar

Nonostante i continui miglioramenti nell'approccio anatomico-chirurgico alla prostatectomia radicale retropubica, la disfunzione erettile rappresenta ancora una complicanza di particolare rilevanza, che condiziona fortemente la qualità di vita del paziente

Il tumore della prostata rappresenta uno tra i più comuni tumori solidi: in Italia ha un'incidenza del 12% e supera il tumore del polmone che arriva circa al 10%. Ogni anno nel nostro Paese si registrano quasi 43mila tumori con oltre 9.000 decessi e ogni anno vengono diagnosticati circa 23.000 nuovi casi, il 20% dei quali è già allo stadio di metastasi (Reparto di Epidemiologia Tumori, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, 2005).

L'attenzione e la sensibilità alla prevenzione costituiscono la prima misura capace di controllare questi numeri, ma l'asportazione chirurgica completa e radicale della prostata rappresenta una cura sicura ed efficace del tumore della prostata. L'intervento, che può essere eseguito per via retropubica o perineale con o senza linfadenectomia, comporta l'asportazione di tutto il contenuto della loggia prostatica. In pazienti a basso rischio e con tumori di dimensioni ridotte si fa in genere ricorso alla tecnica "nerve sparing" che consente di preservare i nervi erettori. Alle tecniche tradizionali si affiancano infine la chirurgia laparoscopica e quella robotica, sua diretta evoluzione.

Metodiche estremamente precise, sono anche in grado di ridurre il rischio di deficit erettile post-intervento che rimane, tuttavia, una delle morbidità più importanti che coinvolge i pazienti operati. Indipendentemente dalla tecnica adottata e dell'abilità del chirurgo, esistono alcuni fattori in grado di influenzare le probabilità di recupero dell'erezione, tra i quali l'età del paziente (dopo i 65 anni diventa più difficile recuperare la funzione dei nervi) e l'inizio precoce di un pro-

gramma di riabilitazione sessuale.

La riabilitazione dell'erezione è importante sotto due aspetti: dopo l'intervento si verifica spesso, oltre che un deficit erettile, anche una riduzione delle dimensioni del pene, fenomeni che sembrano riconsistere un denominatore comune, il "silenzio erettile", cioè l'assenza di ogni forma di erezione che si verifica nei pazienti subito dopo l'intervento chirurgico. Durante tale periodo vengono soprattutto a mancare le erezioni notturne, quegli episodi di rigidità che si verificano nell'uomo sano durante il sonno, essenziali per mantenere l'integrità del pene perché garantiscono un efficace apporto di ossigeno indispensabile al trofismo dei tessuti.

Diverse opzioni possibili

La riabilitazione dell'erezione può avvalersi di tre metodiche. La prima è costituita da una terapia con farmaci della classe degli inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE-5) - sildenafil, vardenafil, tadalafil - che trovano impiego solo se l'intervento chirurgico ha risparmiato i nervi erettivi. Una seconda metodica prevede l'impiego di iniezioni intrapeniene di prostaglandina E, presente ad alte concentrazioni nel liquido seminale con un probabile ruolo fisiologico nel processo di erezione. Iniettato nei corpi cavernosi, il farmaco, per inibizione dell'attività alfa1-adrenergica, determina un rilasciamento dei muscoli lisci e delle arterie peniene che consente un aumento del flusso di sangue e un riempimento dei sinusoidi cavernosi. L'erezione che viene raggiunta si mantiene grazie a una contemporanea compressione del sistema venoso che limita la fuoriuscita di sangue. L'iniezione di prosta-

glandine può essere dolorosa e talvolta causa erezioni prolungate che costringono il paziente a recarsi in pronto soccorso.

Esiste infine un terzo metodo, semplice, pratico ed efficace per la riabilitazione dell'erezione, che rappresenta l'evoluzione del vecchio vacuum brevettato negli Stati Uniti due decenni fa. Il dispositivo consiste in un cilindro di materiale plastico (in cui viene inserito il pene) collegato a una pompa che è in grado di eliminare l'aria all'interno del cilindro. In questo modo si verifica un richiamo di sangue all'interno dei corpi cavernosi del pene provocando una erezione. La metodica può essere utilizzata anche per avere un rapporto sessuale: è infatti sufficiente collocare un anello di silicone alla base del cilindro che, rilasciato sul pene, consentirà di mantenere l'erezione.

Il dispositivo è attualmente oggetto di uno studio che prevede la collaborazione della Clinica Urologica dell'Università di Torino con la Clinica Urologica di Madrid. Obiettivo di questo studio è quello di valutare quale tipo di riabilitazione sessuale sia un grado di consentire la ripresa della funzionalità erettile e il mantenimento delle dimensioni del pene. È previsto l'arruolamento di pazienti sottoposti a intervento di prostatectomia radicale con risparmio dei nervi, che verranno quindi randomizzati in tre gruppi che per 6 mesi seguiranno una delle tre diverse tecniche riabilitative (uso di inibitori della fosfodiesterasi 5, iniezioni di prostaglandine, uso del vacuum device). I risultati dello studio saranno disponibili tra un anno, anche se l'esperienza preliminare sembra suggerire che si ottengono i risultati migliori con l'impiego del dispositivo.