

DISFUNZIONE ERETTIVA DOPO CHIRURGIA DEL COLON RETTO

E. Caraceni, A. Marronaro
Unità Operativa di Urologia
Ospedale Generale di Zona Civitanova Marche
Email: ecarace@libero.it

Gli interventi chirurgici sul colon-retto possono determinare una compromissione della funzione sessuale maschile a causa della vicinanza anatomica dell'organo con le vie urogenitali e con la loro innervazione .

Il rischio di Disfunzione Erettiva si verifica, in particolar modo, durante la dissezione del retto proprio perché l'innervazione responsabile di questa funzione è in stretto rapporto anatomico con esso.

I nervi responsabili dell'erezione prendono origine dal plesso pelvico o plesso ipogastrico inferiore che è localizzato sulle pareti laterali del piccolo bacino. Quest'ultimo riceve fibre nervose dal plesso ipogastrico superiore, localizzato davanti alla biforcazione dell'aorta addominale e responsabile dell'eiaculazione, cioè l'emissione del liquido seminale durante il rapporto sessuale. Dal plesso pelvico originano ulteriori fibre che decorrono in stretta contiguità della parete rettale anteriore, nello spazio tra il retto posteriormente e la prostata anteriormente, per formare i nervi cavernosi che sono importanti nel controllo dell'erezione (figura 1).

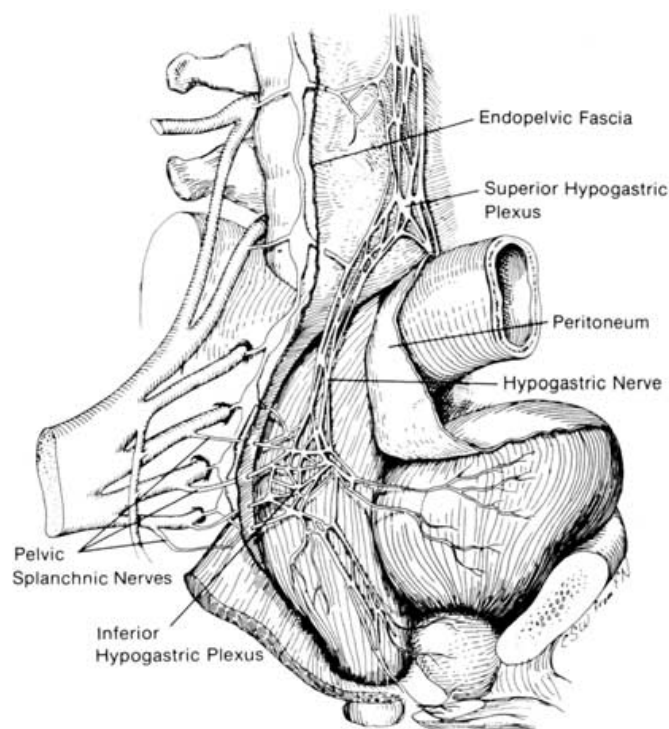


Figura 1: rappresentazione schematica dell'innervazione della pelvi

Il danno dell'innervazione può avvenire in alto sul plesso ipogastrico superiore durante la legatura di una arteria, la mesenterica inferiore, che fornisce la vascolarizzazione all'ultimo tratto dell'intestino crasso. In questo caso il paziente avrà un disturbo dell'eiaculazione, in particolare l'assenza di emissione dello sperma.

Ulteriori possibilità di lesione dell'innervazione riguardano:

- il plesso pelvico allorché si isola il retto dalla parete laterale del piccolo bacino o si asportano i linfonodi che drenano la linfa dal retto in caso di malattia neoplastica
- i nervi cavernosi allorché è necessario asportare anche la porzione terminale del retto insieme allo sfintere anale.

In questi pazienti la disfunzione sessuale, se presente, sarà caratterizzata dal deficit erettile, cioè dalla difficoltà e/o impossibilità ad ottenere una erezione valida per un rapporto sessuale.

Gli interventi chirurgici sul colon-retto maggiormente responsabili delle disfunzioni sessuali sono la resezione anteriore del retto (AR) e l'amputazione addomino-perineale (APR) secondo Miles.

La resezione anteriore del retto comporta l'asportazione del sigma e del retto per tumori sino a circa 3.5 cm dal margine ano-cutaneo e la ricostruzione della continuità intestinale mediante suturatici meccaniche (figura 2)

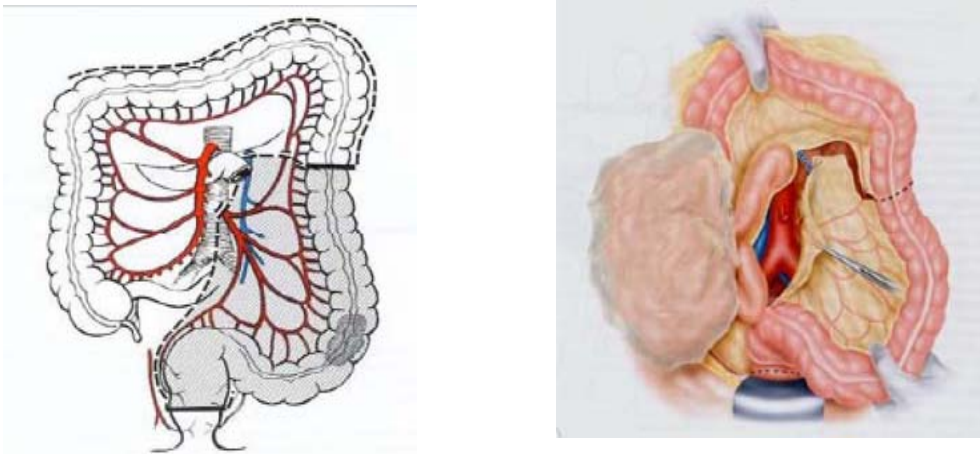


Figura 2: resezione anteriore del retto (si evidenziano i limiti della resezione prossimale e distale)

La seconda procedura viene invece utilizzata per tumori siti da 0 a 3.5 dal margine ano-rettale e comporta l'asportazione completa del sigma e retto insieme allo sfintere anale. Tale intervento necessita pertanto di una derivazione esterna delle feci mediante una stomia cutanea, cioè l'aboccamento dell'intestino sulla cute della parete addominale anteriore (figura 3). In questo caso le feci vengono raccolte mediante una sacca che, grazie ad un sistema adesivo, rimane fissata alla parete addominale in corrispondenza della stomia cutanea.

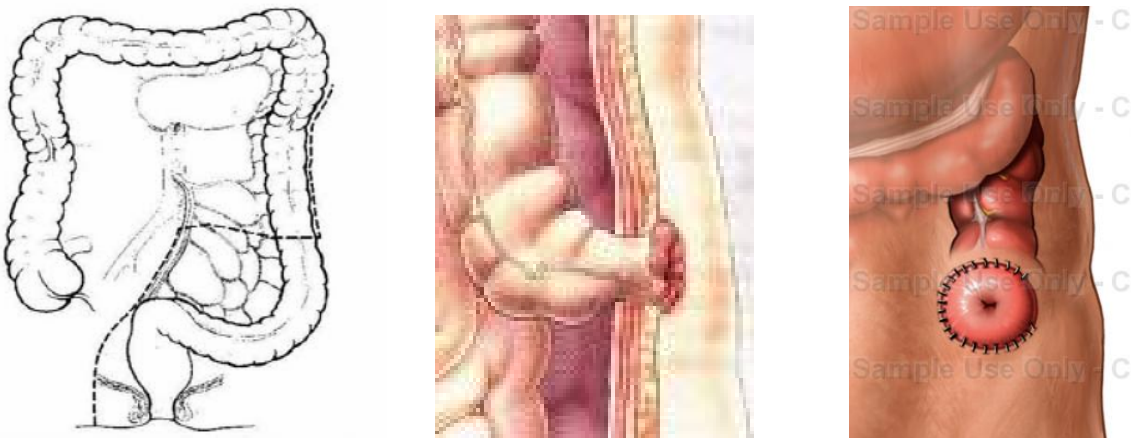


Figura 3: resezione addomino-perineale sec Miles (limiti della resezione) e colostomia definitiva

Il rischio di deficit erettile è maggiore con la resezione addomino-perineale rispetto alla resezione anteriore del retto. Questo è una conseguenza del danno ai nervi cavernosi posti tra la parete anteriore del retto e la prostata che si verifica maggiormente quando la dissezione chirurgica si spinge più in basso possibile nel piccolo bacino, come accade infatti nei tumori in prossimità del margine ano-cutaneo. In effetti la percentuale di deficit erettile dopo APR rimane alta e varia dal 33% al 100% secondo le casistiche.

Fortunatamente l'innovazione tecnologica ed in particolare l'utilizzo delle suturatici meccaniche, cioè dispositivi meccanici che permettono di ricostruire la continuità intestinale in maniera automatica, ha permesso di trattare tumori del retto posizionati sempre più vicino alla rima anale mediante la resezione anteriore del retto, evitando quindi il ricorso alla APR solo per i tumori a meno di 3.5 cm dall'ano.

La possibilità di ricostruire la continuità intestinale con le suturatici meccaniche dopo resezione anteriore del retto evita anche il confezionamento di una stomia cutanea (colostomia), necessaria invece nella resezione addomino-perineale.

Da numerosi studi, infatti, emerge come i pazienti portatori di una colostomia hanno una considerazione peggiore della loro immagine corporea e riferiscono uno stato di stress psichico ed una più bassa socializzazione rispetto ai pazienti senza stomia cutanea. Tale stato maggiore di

disagio nei pazienti stomizzati rende ancora più difficile l'eventuale recupero della funzionalità sessuale dopo chirurgia colo-rettale.

Nella resezione anteriore del retto una dissezione meno bassa e l'assenza della stomia cutanea rende l'incidenza della disfunzione erettile sicuramente minore rispetto alla APR, con percentuali variabili dallo 0% al 49% secondo le casistiche. In particolare tanto più la resezione è alta, cioè il tumore è lontano dall'ano, tanto minore è il rischio di impotenza con pazienti che mantengono un'erezione valida praticamente sempre dopo resezione anteriore alta del retto.

Nell'ultimo decennio si sono sviluppate nuove tecniche chirurgiche "nerve sparing", cioè di preservazione dei fasci nervosi della pelvi che hanno permesso di ridurre notevolmente il rischio di impotenza dopo resezione anteriore del retto.

C'è comunque da considerare che, a parte i dettagli anatomici, una normale attività sessuale implica tutta una serie di fattori fisici e psicologici. A tal riguardo un notevole impatto può derivare dalla preoccupazione da parte del paziente sul proprio stato di salute, sapendo di essere stato trattato per una malattia maligna.

Proprio per questi motivi il tasso di deficit erettile è stato riportato essere intorno al 25% da alcuni autori anche in pazienti sottoposti a meticolose procedure "nerve sparing". D'altro canto altri riferiscono nessun cambiamento nella funzione sessuale prima e dopo resezioni del retto nerve-sparing.

Un altro parametro che influisce sul tasso di disfunzione sessuale oltre alla tecnica utilizzata è sicuramente l'età. Weinstein e Roberts, infatti, riportano una percentuale di deficit erettile dopo resezione del retto del 100% in una coorte di pz con una età media di 67 anni, mentre Yeager e Van Heerden, in una coorte di pazienti con una età inferiore di 50 anni, riportano una percentuale di impotenza del 15%. Fazio et al invece riportano che il rischio di deficit erettile è minimo in pazienti con una età inferiore ai 50 anni.

Chiaramente, anche le comorbidità preesistenti all'intervento (diabete, cardiopatia ischemica, arterosclerosi, ipertensione) sono fattori che, pur se in parte legati all'età del paziente, vanno considerati nel valutare il rischio di disfunzione sessuale dopo chirurgia del colon-retto.

Il tasso di impotenza è sicuramente più basso dopo resezione del retto per patologia benigna (malattie infiammatorie dell'intestino) variando dallo 0% al 25%.

La disfunzione sessuale dopo chirurgia rettale può migliorare per un periodo di 3-6 mesi, dopodiché un ulteriore miglioramento è improbabile. È possibile anche dopo questo lasso di tempo un recupero della funzione erettiva qualora sia stata compromessa dall'intervento subito?

La risposta alla domanda è sì. Vi sono numerosi lavori nella letteratura recente che consentono di rispondere affermativamente a questa domanda.

Il pz andrebbe indirizzato ad uno specialista (Urologo- andrologo) poiché una varietà di opzioni terapeutiche sono a disposizione per il trattamento del deficit erettile.

Il primo approccio è la terapia farmacologica orale con inibitori della fosfodiesterasi (VIAGRA[®], CIALIS[®], LEVITRA[®]). Tale trattamento dovrebbe essere iniziato il più precocemente possibile (entro i primi tre mesi dall'intervento) per favorire un recupero più rapido e la preservazione delle strutture del corpo cavernoso dall'atrofia legata alla assenza di erezione: quest'ultima è un evento fisiologico che avviene normalmente anche al di fuori della attività sessuale al fine di ossigenare i corpi cavernosi. Esemplicative a questo scopo sono le erezioni involontarie che avvengono durante il sonno.

Qualora la terapia farmacologica orale non sia efficace, il passo successivo è l'utilizzo di farmaci intracavernosi vasodilatatori, in particolar modo le prostaglandine di tipo E1 o PGE1 (CAVERJECT[®] ad esempio).

Un'alternativa alla terapia farmacologica è l'utilizzo del *vacuum device* (dispositivo a pressione negativa).

Questo consiste in un cilindro trasparente (figura 4) che viene inserito intorno al pene e tenuto premuto contro il pube. A questo cilindro è collegato un meccanismo che, aspirando l'aria, genera una pressione negativa intorno al pene. Una volta raggiunto lo stato di eccitazione, un anello di costrizione viene fatto scivolare fino alla base del pene per bloccare il deflusso di sangue, quindi si rimuove il cilindro.



Figura 4: vacuum device

Recenti studi propongono l'utilizzo del *vacuum device* anche come terapia riabilitativa peniena nelle fasi precoci dopo chirurgia pelvica (in particolare dopo prostatectomia radicale) con risultati sovrapponibili alle altre terapie riabilitative, ma con un miglior rapporto costo-beneficio e con un minor rischio di effetti collaterali sistemici. L'assenza in questo studio di un confronto diretto con le altre metodiche riabilitative, non permette di stabilire con precisione la superiorità dell'uno sull'altra ma, comunque, fornisce un'ulteriore potenziale presidio per il recupero della funzione sessuale. Un ulteriore aspetto innovativo ed interessante è l'utilizzo combinato della terapia orale con inibitori della fosfodiesterasi e *vacuum device* in pazienti che non hanno avuto beneficio dall'utilizzo isolato delle due modalità terapeutiche. A tal riguardo uno studio condotto su 41 pz con disfunzione erettile di diversa eziologia senza risultato dopo terapia con Viagra® o *vacuum device*, ha mostrato una soddisfazione del 100% dopo l'utilizzo combinato delle due metodiche.

E i pazienti che non rispondono alla terapia farmacologica, al *vacuum device* o alla loro associazione devono rinunciare alla erezione?

La risposta è no.

Anche in questa categoria di pazienti esiste la concreta possibilità di recuperare la potenza sessuale mediante l'impianto di una protesi peniena. L'innovazione tecnologica in questo campo ha praticamente portato all'abbandono delle protesi malleabili a favore di quelle tricomponenti idrauliche (figura 5).

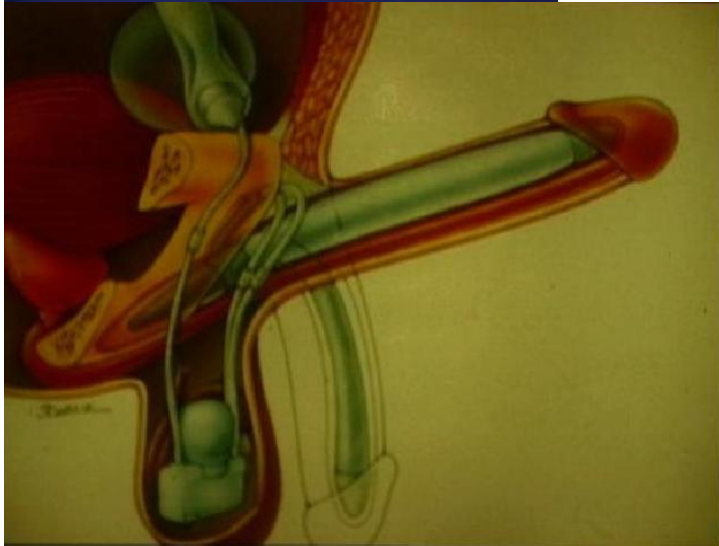


Figura 5: protesi peniena tricomponente

Quest'ultime sono costituite da due elementi cilindrici inseriti nei corpi cavernosi e collegati ad un sistema che funge da pompa e ad un serbatoio. Tale sistema meccanico permette di ottenere una erezione "idraulica" gestita manualmente e volontariamente dal paziente stesso. Il livello di soddisfazione sia del paziente impiantato che della partner supera il 90%, sicuramente il più alto tra tutte le alternative terapeutiche della disfunzione erettile grave.

Pur non trascurando la maggiore invasività della protesi peniena ed il suo costo, appare chiaro come grazie ad essa, praticamente, quasi tutti i pz con disfunzione erettile iatrogena hanno la possibilità di recuperare una vita sessuale normale.

Tale fatto è tanto più importante se si considera quanto una regolare attività sessuale migliora in senso globale la qualità di vita dell'individuo e della coppia.

Concludendo, anche la chirurgia del colon-retto come tutta la chirurgia degli organi pelvici, è gravata da una percentuale più o meno variabile di disfunzione sessuale. La collaborazione tra più specialisti (chirurgo generale, urologo/andrologo e sessuologo) consente di recuperare questa funzione, attraverso le fasi descritte, praticamente nella totalità dei casi nei pazienti in cui l'assenza di erezione rappresenta un problema che condiziona la qualità di vita.