

Sessualità e cancro



AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro,
parenti e amici

La Collana del Girasole

Sessualità e cancro

vivere il sesso con il cancro

AIMaC è grata a MacMillan Cancer Support  (www.macmillan.org.uk) per aver concesso in esclusiva l'utilizzazione di questo libretto e per aver consentito al Comitato Scientifico di adattarlo ai fini di una migliore comprensione da parte di pazienti, parenti e amici e di adeguarne il contenuto alla realtà del Servizio Sanitario Nazionale, alla cultura, alle abitudini e ai rapporti medico-infermiere-paziente del nostro Paese.

Legenda

Per praticità di consultazione a lato del testo sono stati inseriti dei riquadri contraddistinti da piccole icone, ognuna delle quali ha il seguente significato:



richiama l'attenzione su alcuni concetti espressi nel testo a fianco



definizione di un termine tecnico



rimando ad altri libretti della Collana del Girasole o ad altre pubblicazioni di AIMaC



rimando a pubblicazioni di F.A.V.O. (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia)

Revisione critica del testo: **P. Pugliese**, Responsabile del Servizio di Psicologia, Istituto Nazionale Tumori Regina Elena - Roma

Editing: **C. Di Loreto** (AIMaC)

Questa pubblicazione è stata realizzata nell'ambito del Progetto Ordinario di Ricerca Finalizzata "Cancer Survivorship: A New Paradigm of Care" finanziato dal Ministero della Salute.

Terza edizione: marzo 2008; terza ristampa: novembre 2015

© AIMaC 2016. Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e la trasmissione in qualsiasi forma con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, comprese fotocopie, registrazioni o altro tipo di sistema di memorizzazione o consultazione dei dati sono assolutamente vietate senza previo consenso scritto di AIMaC come convenuto con Macmillan Cancer Support.

Pur garantendo l'esattezza e il rigore scientifico delle informazioni, AIMaC declina ogni responsabilità con riferimento alle indicazioni fornite sui trattamenti, per le quali si raccomanda di consultare il medico curante, l'unico che possa adottare decisioni in merito.

Indice

- 5 Prefazione
- 7 Introduzione
- 8 Le caratteristiche del problema
- 10 L'apparato genitale maschile e femminile
- 13 Le fasi del ciclo sessuale
- 16 Come il cancro e i trattamenti influiscono sugli aspetti del funzionamento sessuale
- 24 Riprendere l'attività sessuale
- 28 Consigli utili
- 31 Alcune domande frequenti sul sesso e sul cancro



Prefazione

Quando nella vita di una persona irrompe il tumore, le persone vivono una crisi esistenziale che mette in discussione l'identità dell'individuo, i suoi valori esistenziali, la sua progettualità di vita. La crisi è resa ancor più dolorosa dalle trasformazioni fisiche determinate dai trattamenti oncologici che possono portare all'insorgenza di problemi nelle aree dell'immagine corporea, del funzionamento di coppia e sociale, del funzionamento sessuale, con peggioramento della qualità di vita. La capacità dell'équipe medica di farsi carico di queste problematiche, considerandole parte integrante del processo di cura, come anche l'abilità del malato di confrontarsi con l'équipe anche su aspetti così intimi e di utilizzare tutte le fonti di aiuto a sua disposizione permettono di superare tali problematiche e di riappropriarsi della propria vita. Spesso questo avviene attraverso cambiamenti così significativi da trasformare la crisi legata al cancro in un'opportunità di crescita personale.

La sessualità rappresenta, per molte persone, un aspetto importante della propria qualità di vita e continuare a viverla al meglio può essere di grande aiuto per chi ha avuto il cancro.

Lo scopo di questo libretto è fornire alcune informazioni che spieghino che cosa cambia nel funzionamento sessuale, a livello fisico e psicologico, in conseguenza di un tumore e dei relativi trattamenti, aiutando, in tal modo, la persona malata a comprendere che la possibile compromissione del funzionamento sessuale non comporta, necessariamente, la rinuncia alla vita sessuale.

È necessario sottolineare che i cambiamenti sessuali non riguardano tutti i pazienti e sono vissuti in modo diverso da

individuo a individuo, perché la sessualità rappresenta uno degli ambiti della vita in cui il significato e il valore che le si attribuisce dipendono dalla storia e dall'esperienza personale di ognuno. E in questa storia personale è importante anche considerare la fase di vita in cui si trova l'individuo nel momento in cui la malattia e i trattamenti oncologici danneggiano la vita sessuale. Nell'affrontare temi legati alla sessualità sarà sottolineata l'accresciuta importanza della relazione di coppia che rende possibile la riconquista della progettualità della persona malata di cancro. Una coppia in grado di potenziare la propria intimità e di rispondere ai reciproci bisogni è in grado di superare le problematiche sessuali insorte. Tale capacità potrebbe rappresentare uno strumento significativo per superare le conseguenze della malattia e dei suoi trattamenti e, quindi, per restituire significato alla propria vita.

L'obiettivo di questo libretto è di dare ampio spazio a tutto ciò che può essere fatto dalla persona malata, dal partner e dagli operatori sanitari per permettere al paziente di affrontare in modo più adeguato i problemi sessuali nel corso dei trattamenti. Tra le fonti di aiuto è importante considerare anche le associazioni dei malati. Il confronto e la condivisione con chi ha affrontato precedentemente l'esperienza della malattia e ha sviluppato una sensibilità particolare, specie all'impatto psicologico che tale esperienza ha nella vita delle persone, rappresenta una risorsa significativa nel percorso di riadattamento dopo il cancro.

Nel libretto si delinea un percorso riabilitativo per pazienti e partner che abbiano deciso di riappropriarsi della propria vita sessuale dando sempre spazio a una visione della sessualità non solo funzionale, ma relazionale e psicologica.

Patrizia Pugliese

Responsabile del Servizio di Psicologia
Istituto Regina Elena - Roma

Introduzione

L'obiettivo di questo libretto, che ha carattere puramente informativo, è di aiutare i malati di cancro e anche i loro partner fornendo alcune informazioni che spieghino che cosa cambia nel funzionamento sessuale, a livello fisico e psicologico, in conseguenza di un tumore e dei relativi trattamenti, per renderli consapevoli del fatto che la possibile compromissione del funzionamento sessuale non comporta, necessariamente, la rinuncia alla vita sessuale. Naturalmente, questo libretto non contiene indicazioni utili a stabilire quale sia il trattamento più adeguato per il singolo caso, in quanto l'unico a poterlo fare è il medico curante che è a conoscenza di tutta la storia clinica del paziente.

Per ulteriori informazioni è disponibile il servizio offerto dall'helpline di AIMaC, un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - numero verde 840 503579, e-mail info@aimac.it.

Le caratteristiche del problema



Molte esperienze possono modificare il modo in cui le persone vivono la sessualità: il cancro è una di queste.

Immediatamente dopo la diagnosi l'interesse prioritario del paziente sono la possibilità di cura e il superamento del rischio per la propria sopravvivenza.

La sessualità è una parte significativa della condizione umana dalla nascita fino a tutto il percorso della vita. Molte esperienze possono incidere sul modo in cui le persone vivono se stesse e la loro sessualità, ed esistono naturali cambiamenti nel desiderio sessuale e nei livelli di attività sessuale legati all'età. Il cancro rappresenta una delle esperienze della vita in grado di modificare il modo in cui i pazienti vivono la propria immagine corporea e la sessualità. Tale influenza può essere rappresentata da un cambiamento fisico o psicologico o, il più delle volte, da una combinazione di entrambi.

Il modo in cui le persone vivono se stesse, la loro quotidianità e la loro progettualità dopo la diagnosi di un tumore può avere un impatto sul livello di interesse sessuale e sulla capacità di trarre soddisfazione dall'espressione sessuale. Ciò è particolarmente evidente nella fase immediatamente successiva alla diagnosi della malattia, quando tutte le risorse del paziente sono concentrate sulla possibilità di cura e sul superamento del rischio per la propria sopravvivenza legato alla presenza della malattia. È questo il suo interesse prioritario. Dopo il trattamento, le rimozioni chirurgiche o gli effetti della radioterapia su parti del corpo che sono direttamente coinvolte nel funzionamento sessuale potrebbero portare il paziente a sentirsi meno desiderabile sessualmente o a scoprire che alcune fasi del ciclo sessuale sono state danneggiate, mentre le conseguenze della chemioterapia potrebbero causare un cambiamento nell'immagine corporea o nello stato ormonale, con conseguente peggioramento di alcuni aspetti del funzionamento sessuale.

Si deve, inoltre, tenere conto dei cambiamenti che la malattia determina nel contesto familiare del paziente, in particolare la reazione del partner che, se viene percepita dalla persona malata come inadeguata, potrebbe diminuire

l'interesse o l'abilità di rispondere sessualmente. L'impatto di questi cambiamenti sul funzionamento sessuale è diverso da soggetto a soggetto e dipende dal significato e dal valore che ciascun paziente dava alla vita sessuale prima della malattia, dalla fase di vita in cui si trova l'individuo al momento della diagnosi, dal tipo di organo colpito e dai trattamenti utilizzati, dalla qualità e dall'importanza della relazione di coppia. Un rapporto che era in difficoltà già prima della diagnosi del tumore probabilmente non migliorerà, anche se alcune coppie possono scoprire una nuova intimità e provare un sentimento più profondo nei confronti del partner proprio in conseguenza del fatto che sono chiamati ad affrontare insieme una dura prova come quella rappresentata dalla malattia. In questa nuova intimità, la possibilità di sentirsi desiderati, accettati e amati è uno degli elementi più coinvolti in una soddisfacente ripresa sessuale unitamente alla capacità di riconsiderare, all'interno della coppia, il modo in cui si dà e si riceve il piacere sessuale.

Altro elemento ugualmente significativo è la possibilità che il paziente, prima di essere sottoposto a ogni trattamento antitumorale, ottenga informazioni adeguate dagli operatori sanitari competenti non solo sulla malattia e sulla cura, ma anche su ogni area della propria vita che esse potrebbero direttamente o indirettamente influenzare, come la sessualità. Ricevere informazioni adeguate permette di sentirsi più coinvolti nelle scelte terapeutiche e più pronti a confrontarsi con gli effetti collaterali dei trattamenti, soprattutto quelli più difficili da accettare, che sono anche responsabili di perdite nel funzionamento sessuale; di superare le ansie e le paure che impediscono una buona ripresa sessuale, come pure di usufruire di quelle fonti di supporto e procedure riabilitative che possono favorire la ripresa della sessualità.



L'impatto dei cambiamenti che la malattia determina nel contesto familiare dipende da:

- significato e valore attribuito dal paziente alla vita sessuale prima della malattia;
- fase di vita in cui si trova il paziente al momento della diagnosi;
- organo colpito dal tumore;
- trattamenti ricevuti;
- qualità e importanza della relazione di coppia.

Prima di essere sottoposto a qualunque trattamento antitumorale, il paziente deve essere adeguatamente informato su ogni area della propria vita che possa essere direttamente o indirettamente influenzata dalla malattia e dai trattamenti, inclusa la sessualità.



Pene: organo sessuale maschile composto da una porzione posteriore (radice), un corpo e una porzione anteriore (glande).

Prepuzio: involucri cutaneo che riveste il glande.

Frenulo: sottile plica che si trova nella parte inferiore del glande. È la parte più sensibile del pene.

Glande: v. pene.

Uretra: canale attraverso il quale fuoriescono l'urina e il liquido seminale.

Scroto: sacca cutanea che contiene i testicoli.

Testicoli: organi che rappresentano le gonadi maschili.

Spermatozoo: cellula della riproduzione, o gamete, maschile.

Testosterone: ormone sessuale maschile.

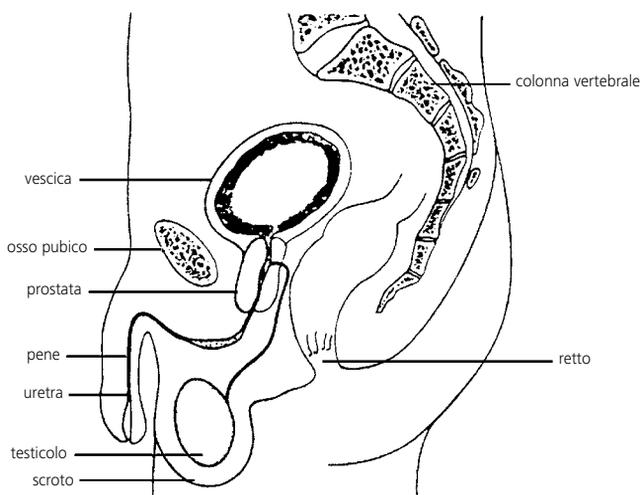
Liquido seminale (o sperma): liquido fecondante maschile di aspetto opaco, biancastro, che l'uomo eiacula con l'orgasmo.

L'apparato genitale maschile e femminile

L'apparato genitale maschile

Gli organi genitali maschili sono facilmente riconoscibili perché sono quasi tutti esterni al corpo. L'estremità del **pene** è rivestita dal **prepuzio** se questo non è stato asportato con la circoncisione. La parte più sensibile del pene è il **frenulo**: se stimolato, produce le sensazioni più eccitanti per l'uomo. Sull'apice del **glande** si apre il foro che conduce all'**uretra**.

Alla radice del pene si trova lo **scroto**, che contiene i **testicoli**. I testicoli sono costituiti da una miriade di tubi microscopici, detti tubuli seminiferi, entro i quali si formano gli **spermatozoi**. Negli spazi tra i tubuli vi sono anche altre cellule, le *cellule di Leydig*, che producono il **testosterone**. Attraverso i *condotti deferenti*, gli spermatozoi formati nei testicoli raggiungono la *vescica seminale*, dove si mescolano con altre sostanze viscosi per formare il **liquido seminale**. Solo il 10% circa del liquido che l'uomo eiacula con l'orgasmo è costituito dagli spermatozoi, mentre per la parte restante da liquido che nutre gli sperma-

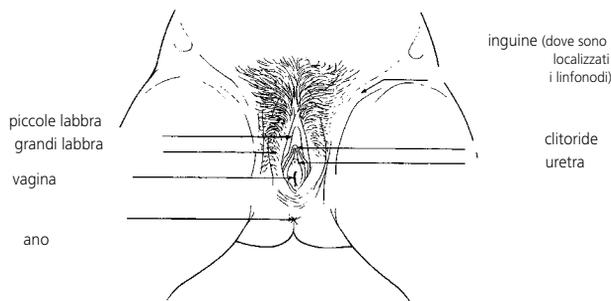


tozoi e li aiuta a risalire il canale cervicale femminile fino all'incontro con l'ovulo.

L'unico organo interno che forma l'apparato genitale maschile è la **prostata**, una ghiandola che si trova in profondità nella **pelvi** e che avvolge la prima porzione dell'uretra nel punto in cui questa si scinde dalla vescica urinaria. La prostata secerne un liquido che confluisce nel liquido seminale e contribuisce a creare quelle sensazioni intense che l'uomo avverte quando raggiunge l'orgasmo.

L'apparato genitale femminile

Gli organi genitali femminili si trovano prevalentemente all'interno del corpo e sono meno evidenti di quelli maschili. Organi esterni sono le *grandi labbra*, che nascondono le *piccole labbra*, più sottili. All'estremità delle piccole labbra si trova il **clitoride**, che è rivestito da un piccolo cappuccio. La punta del clitoride, quando non è stimolata, è di piccole dimensioni. Appena sotto al clitoride, verso l'orifizio vaginale, si trova l'**uretra**. Più sotto si apre la **vagina**, oltre la quale segue una zona cutanea detta *perineo*, che termina con l'**ano**. Gli organi genitali interni sono costituiti dall'**utero**, che accoglie il feto quando s'instaura la gravidanza, e dalle **ovaie**, le ghiandole che assolvono alla funzione riproduttiva producendo le cellule uovo - una al mese nell'arco della vita fertile.



Prostata: ghiandola situata in profondità nella pelvi, la cui attività è legata alla funzione sessuale. Secerne un liquido che confluisce nello sperma.

Pelvi: bacino.

Clitoride: organo genitale femminile particolarmente sensibile, ricco di vasi e nervi.

Uretra: canale attraverso il quale fuoriescono l'urina e il liquido seminale.

Vagina: canale muscolomembranoso che si estende dagli organi genitali esterni (vulva), all'utero e che riceve il pene durante il rapporto sessuale.

Ano: orifizio per mezzo del quale il retto comunica con l'esterno.

Utero: organo cavo che accoglie il feto durante la gravidanza.

Ovaie: ghiandole che rappresentano le gonadi femminili; assolvono a una doppia funzione riproduttiva (produzione della cellula uovo o ovocita) ed endocrina (produzione di ormoni).



Le fasi del ciclo sessuale

Per comprendere i cambiamenti del funzionamento sessuale nella persona malata di cancro non basta conoscere l'anatomia dell'apparato genitale, ma è necessario considerare anche le varie fasi che costituiscono il rapporto sessuale: il desiderio, l'eccitamento, l'orgasmo e la risoluzione.

1. Il **desiderio sessuale**, ovvero la presenza di pensieri e fantasie sessuali, come anche la voglia di attività sessuale, varia da persona a persona e dipende da molte circostanze. La maggior parte delle donne, ad esempio, nota variazioni nelle diverse fasi del ciclo mestruale, in gravidanza, durante l'allattamento e dopo la menopausa. Inoltre, soprattutto nelle donne, il desiderio sessuale può risentire, della qualità del rapporto di coppia oppure dell'insoddisfazione nei confronti del proprio corpo dopo operazioni chirurgiche o trattamenti che hanno inciso negativamente su di esso.

2. L'**eccitamento sessuale** consiste nella percezione, sia a livello mentale che fisico, di cambiamenti che portano all'attivazione sessuale e al bisogno di fare l'amore.

Nell'uomo tali cambiamenti sono rappresentati dalla **tumescenza** del pene e dall'erezione.

Nella donna tali cambiamenti sono rappresentati dalla **vasocongestione pelvica** e dalla **lubrificazione** e dilatazione della vagina.

Per la maggior parte delle donne, il **clitoride** è la zona sessualmente più sensibile al punto che, se è stimolato nella maniera appropriata, la donna può eccitarsi moltissimo fino a raggiungere l'orgasmo. Tuttavia, anche la stimolazione di altre zone del corpo può essere molto eccitante. Al contrario, l'uomo perviene all'eccitamento solo attraverso la stimolazione dei genitali o dei capezzoli. Tale diversità consente alla donna di adattarsi più facilmente qualora gli schemi sessuali, a lei familiari, dovessero essere mutati dopo il cancro. Per la maggior



Le fasi del rapporto sessuale sono quattro:

1. il desiderio;
2. l'eccitamento;
3. l'orgasmo;
4. la risoluzione.



Tumescenza: aumento di volume.

Vasocongestione pelvica: afflusso di una maggiore quantità di sangue nei vasi che alimentano la pelvi.

Pelvi: bacino.

Lubrificazione: secrezione di un fluido lubrificante.

Clitoride: organo genitale femminile particolarmente sensibile, ricco di vasi e nervi.



Liquido seminale (o sperma): liquido fecondante maschile di aspetto opaco, biancastro, che l'uomo eiacula con l'orgasmo.



Ormoni: sostanze prodotte dalle ghiandole dell'organismo e immesse nella circolazione sanguigna; ogni ormone è preposto al controllo della funzione di alcune cellule o organi specifici.

Testicoli: organi che rappresentano le gonadi maschili.

parte degli uomini risulta più difficile provare piacere sessuale se la funzione genitale è in qualche modo compromessa.

3. L'**orgasmo** consiste nel raggiungimento del picco di piacere sessuale che si manifesta con allentamento della tensione sessuale e contrazioni ritmiche dei muscoli perineali e degli organi riproduttivi. L'uomo eiacula il **liquido seminale**, mentre nella donna si contraggono generalmente tutti i muscoli pelvici, uterini e del corpo in genere. Le forti sensazioni che si avvertono a livello mentale e spirituale insieme alle modificazioni fisiche fanno dell'orgasmo un'esperienza gratificante. Anche se il cancro e i trattamenti possono interferire con l'esperienza orgasmica, esistono delle soluzioni al problema.
4. La **risoluzione** consiste in una sensazione di rilassamento muscolare e di benessere generale. È il momento in cui il corpo, dopo l'eccitamento sessuale e l'orgasmo, ritorna allo stato normale. Molte donne possono sentirsi subito pronte a eccitarsi di nuovo e a raggiungere un altro orgasmo, mentre di solito l'uomo necessita di un po' di tempo (variabile con l'età).

Le fasi del ciclo sessuale possono risentire negativamente, in tutto o in parte, della malattia e dei trattamenti; esse, infatti, sono connesse tra loro e dipendono dal funzionamento di più sistemi del nostro organismo e dalla corretta interazione reciproca. Dal punto di vista funzionale, i sistemi direttamente coinvolti sono la rete nervosa pelvica che consente, fra l'altro, ai segnali provenienti dal sistema nervoso centrale di giungere all'apparato genitale; le strutture endocrine che regolano la secrezione e distribuzione degli ormoni e le strutture vascolari che regolano l'afflusso di sangue.

Gli **ormoni** rivestono un ruolo importante nella vita sessuale. Il testosterone, per esempio, è l'ormone responsabile dello stimolo sessuale, sia nell'uomo che nella donna. Il testosterone è secreto principalmente nei **testicoli**, ma anche le ghiandole surrenali ne producono una piccola quantità.

Se i livelli di testosterone sono troppo bassi, l'uomo ha difficoltà ad avere o mantenere l'erezione e, probabilmente, avverte anche una diminuzione del desiderio sessuale. Perché avvenga l'erezione è necessario non solo il giusto equilibrio ormonale, ma anche che particolari vie nervose funzionino normalmente. Il flusso di sangue da e verso il pene è regolato dai nervi che controllano il diametro dei vasi sanguigni. Alcuni tipi di chirurgia oncologica, necessaria per certe forme di tumore, possono compromettere il funzionamento delle vie nervose, rendendo in tal modo difficile l'eccitamento maschile e femminile.

A livello sessuale, gli ormoni femminili hanno la funzione di mantenere la vagina umida ed elastica. Se i livelli di estrogeno sono bassi, come si verifica, per esempio, dopo la menopausa o dopo alcuni trattamenti oncologici, la vagina diventa più secca; la lubrificazione naturale che si manifesta quando la donna è stimolata diminuisce; la vagina non si dilata facilmente, rendendo il coito doloroso (v. pag. 29, 'Scarsa lubrificazione').

Non bisogna, infine, sottovalutare che il funzionamento sessuale è strettamente collegato ai vissuti emotivi dell'individuo, per cui se ci si sente depressi o ansiosi, se si teme la malattia o il trattamento, oppure se si è preoccupati per il proseguimento della relazione di coppia, la voglia di fare l'amore non nasce spontaneamente, non si provano le sensazioni di eccitamento o non si è in grado di raggiungere l'orgasmo.

Come il cancro e i trattamenti influiscono sugli aspetti del funzionamento sessuale



Dopo la diagnosi e durante i trattamenti il paziente è concentrato sul superamento della malattia e relega il resto in secondo piano, anche la sessualità.

L'impatto della malattia

Dopo la diagnosi della malattia e durante il periodo in cui si sottopongono ai trattamenti, molti pazienti perdono interesse per il sesso. Come già ricordato, è normale che in questi momenti il paziente concentri tutto il suo interesse e le sue risorse sul superamento della malattia, relegando in secondo piano aspetti che prima di ammalarsi avevano, invece, un ruolo significativo nella sua vita, tra cui la sessualità.

La perdita e la diminuzione del desiderio sessuale sono, inoltre, strettamente correlati con le conseguenze psicologiche della malattia e dei trattamenti: ansia, depressione, dolore, difficoltà di comunicazione, una diversa percezione del proprio corpo, preoccupazioni professionali ed economiche, la percezione di stanchezza incidono negativamente sulla voglia di dedicarsi all'attività sessuale. A ciò si aggiunga che all'interno di una relazione di coppia già provata dalla malattia possono manifestarsi livelli diversi di desiderio sessuale; inoltre, la paura, nel paziente, di non essere desiderabile o in grado di suscitare attrazione, la non accettazione delle modifiche del proprio corpo o la presenza di credenze erranee sulla trasmissione del cancro attraverso l'attività sessuale, sono tutti elementi che possono influire negativamente sul desiderio.

È importante sottolineare, inoltre, che il desiderio sessuale risente dell'importanza che la coppia attribuiva alla sessualità prima della malattia, della qualità della relazione di coppia e dell'intesa sessuale tra i partner. I pazienti che hanno partner in grado di manifestare l'affettività, di privilegiare, nella relazione sessuale, gli aspetti intimi, di parlare apertamente sui cambiamenti sessuali determinati dalla malat-

tia e dai trattamenti oncologici, di ricercare attività sessuali diverse da quelle usuali saranno in grado di favorire il mantenimento o la ripresa di un buon desiderio sessuale.

L'impatto dei trattamenti

Molti trattamenti per la cura del cancro, siano essi chirurgici o medici, possono causare alterazioni nel funzionamento sessuale.

Chirurgia

Alcuni tipi di trattamento chirurgico possono avere effetti sulla vita sessuale, anche se non interessano direttamente gli organi genitali. Ad esempio, la mutilazione del seno dopo un intervento chirurgico per tumore della mammella determina in molte donne la percezione di non essere più sessualmente attraenti indipendentemente dal fatto che l'intervento sia stato demolitivo o conservativo. Questa percezione può causare difficoltà nell'eccitamento sessuale e nel raggiungimento dell'orgasmo.

Gli effetti degli interventi che coinvolgono i genitali (ad esempio quelli per i tumori ginecologici, della prostata, della vescica e del testicolo) sono molto diversi a seconda del sesso.

Nella donna: l'**isterectomia** o l'**ovariectomia** sono interventi che si effettuano in presenza di carcinoma dell'**utero**, dell'**ovaio**, della **cervice** e dell'**endometrio**.

Dopo aver asportato l'utero e, a seconda della situazione clinica, anche l'ovaio, il chirurgo chiude con dei punti l'estremità apicale della vagina che, in tal modo, si riduce leggermente di lunghezza. Solitamente, la ridotta lunghezza vaginale non costituisce alcun problema per l'attività sessuale. Tuttavia, all'inizio, fintanto che le cicatrici chirurgiche non sono perfettamente rimarginate, potrebbe essere opportuno non avere rapporti completi oppure chiedere al partner di essere molto delicato o di provare altre modalità per raggiungere il piacere sessuale. Il trattamento chirurgico non influisce sulla capacità della donna di raggiungere l'orgasmo: il **clitoride** e tutti i genitali esterni



Isterectomia: ablazione chirurgica dell'utero.

Ovariectomia: ablazione chirurgica di uno o di entrambe le ovaie.

Utero: organo cavo che accoglie il feto durante la gravidanza.

Ovaio: una delle due ghiandole che rappresentano le gonadi femminili e assolvono a una doppia funzione riproduttiva (produzione della cellula uovo o ovocita) ed endocrina (produzione di ormoni).

Cervice: è il collo dell'utero, ossia la porzione inferiore di quest'organo.

Endometrio: mucosa che riveste le pareti interne dell'utero.

Clitoride: organo genitale femminile particolarmente sensibile, ricco di vasi e nervi.



Vulva: termine con cui si indicano i genitali esterni femminili, ossia le formazioni che circondano l'orifizio esterno della vagina.



Menopausa: cessazione delle mestruazioni e, quindi, della funzione riproduttiva. È precoce quando avviene in età ancora giovane.

Ovaie: ghiandole che rappresentano le gonadi femminili; assolvono a una doppia funzione riproduttiva (produzione della cellula uovo o ovocita) ed endocrina (produzione di ormoni).

Libido: desiderio sessuale.

rimangono esattamente come erano prima. Nonostante ciò, alcune donne dichiarano che la loro esperienza orgasmica è diversa rispetto a com'era prima dell'intervento. Inoltre, alcune pazienti riferiscono di provare dolore durante la penetrazione (v. pag. 29, 'Che cosa fare in caso di scarsa lubrificazione/dolore alla penetrazione').

Il trattamento chirurgico per il carcinoma della **vulva**, un tumore meno comune, potrebbe richiedere l'ablazione delle grandi e piccole labbra, del clitoride e dei linfonodi regionali. L'intervento modifica radicalmente non solo la percezione che la donna ha di sé e del proprio corpo, ma anche le sensazioni che può provare a livello genitale: ad esempio, potrebbe accusare intorpidimento, anche se questo, a volte, scompare dopo qualche mese. L'orgasmo è ancora possibile in quanto le sensazioni vaginali sono quasi identiche, ma se il clitoride è stato asportato diminuiscono le possibilità di trarre il massimo piacere dalla stimolazione delle aree genitali esterne.

La **menopausa precoce** può essere causata da alcuni trattamenti oncologici, per esempio quando è necessario procedere all'asportazione chirurgica delle **ovaie** oppure quando la radioterapia o la chemioterapia ne inibiscono il funzionamento. Nel primo caso, si parla di menopausa 'chirurgica', nel secondo di menopausa 'farmacologica'. L'insieme dei sintomi che caratterizzano la menopausa precoce (vampate di calore, sudorazione, disturbi del sonno, affaticabilità, irritabilità e sbalzi d'umore, secchezza della vagina e diminuzione della **libido**) sono gli stessi della menopausa naturale, ma insorgono più repentinamente, sono percepiti, in particolare dalle donne più giovani, come più fastidiosi, di più lunga durata e difficili da accettare. Ciò dipende anche dal significato psicologico attribuito alla menopausa indotta dai trattamenti. La menopausa precoce è spesso associata alla perdita della salute e del benessere, delle capacità naturali del proprio corpo, come la capacità riproduttiva e, quindi, della progettualità caratteristica di quella fase della vita. Proprio la

complessità di tale esperienza, vissuta con dolore e rabbia da molte donne, può essere responsabile del danneggiamento di diverse fasi del funzionamento sessuale. In molti casi, la terapia di sostituzione ormonale (TSO), se indicata, può ridurre l'impatto dei sintomi. L'indicazione è sempre quella di parlare col proprio medico curante per affrontare dettagliatamente l'argomento e le possibili soluzioni.

Nell'uomo: dopo aver subito l'asportazione della prostata o di una porzione della vescica per la presenza di un tumore, l'uomo può avere disfunzione erettile ed eiaculazioni 'asciutte', ossia l'orgasmo senza emissione di liquido seminale. Dopo questo tipo di interventi, infatti, il liquido seminale non può più defluire attraverso le vie deputate ed è emesso attraverso l'urina.

L'asportazione di tumori del retto, con un intervento di resezione addomino-perineale, può interessare i nervi che controllano gran parte della funzione sessuale, comportando problemi di erezione e di orgasmo. Anche in questo caso, si può avere un orgasmo asciutto. Benché le moderne tecniche chirurgiche mirino a rispettare i nervi di questo sito corporeo, molti uomini avranno comunque dei problemi ad avere l'erezione¹.

Questo può dipendere dall'impossibilità di assicurare un intervento chirurgico che risparmi entrambi i nervi deputati alla sessualità, dall'età del paziente e dai cambiamenti sessuali correlati all'età, come pure da problematiche psicologiche che contribuiscono a creare difficoltà sessuali. Le paure per la perdita della propria sessualità, dell'attrattiva e dell'interesse del partner possono determinare in alcuni uomini livelli elevati di ansia da prestazione, che portano al fallimento sessuale o all'evitamento dell'attività sessuale. La stessa situazione psicologica caratterizza i giovani pazienti con tumore al testicolo trattati con **orchietomia**, nei quali



Orchietomia: asportazione del testicolo.

1. Questa tecnica chirurgica chiamata "nerve sparing" viene utilizzata in alcuni tipi di intervento per i tumori della prostata, del retto, della vescica e del testicolo per risparmiare i nervi, presenti nel pavimento pelvico, responsabili dell'eccitamento e dell'orgasmo maschile e femminile.

le difficoltà sessuali dipendono proprio dagli effetti psicologici determinati dalla perdita di un organo così centrale nell'attività sessuale e nella percezione del proprio corpo. La presenza di un problema di erezione in alcuni pazienti non implica la perdita dell'attività sessuale. Alcuni uomini, infatti, si accorgono che l'erezione si ripristina completamente dopo un certo tempo, mentre molte coppie si rendono conto che un pene semieretto è comunque in grado di produrre piacere. Inoltre, sperimentare nuovi modi di vivere la sessualità, come, ad esempio, il sesso orale, può consentire all'uomo di raggiungere e mantenere l'erezione. Esistono poi rimedi chirurgici (protesi peniene), meccanici (farmacoinfusione, vale a dire iniezione di farmaci sul pene) e farmacologici (farmaci per via orale) che possono ridurre le disfunzioni erettile. Il paziente può parlarne col proprio medico curante per discutere insieme su quale potrebbe essere il rimedio e lo specialista più adatto al suo caso.

Radioterapia

Nella donna: l'irradiazione locale della **pelvi** per il trattamento di tumori del retto, della vescica o della cervice può avere effetti sulle ovaie e sulla secrezione degli ormoni **estrogeni** che saranno più o meno reversibili in funzione dell'estensione e delle caratteristiche del trattamento radioterapico. In tali casi, una donna in età post-menopausale noterà minori cambiamenti rispetto a una paziente in età fertile. Proprio per queste pazienti è essenziale che la possibile presenza di una disfunzione ormonale sia affrontata dettagliatamente con il proprio medico in quanto l'assenza di ovulazione non è certa ed è dunque opportuno l'uso di un contraccettivo durante la terapia. Inoltre, le carenze ormonali possono comunque essere compensate da una terapia di sostituzione ormonale (TSO) prescritta dal medico curante.

La vagina può risentire dell'irradiazione della pelvi. All'inizio del trattamento e per alcune settimane dopo la sua conclusione, la radioterapia può causare un'inflammatione che



Pelvi: bacino.

Estrogeni: ormoni ovarici che agiscono sullo sviluppo dei caratteri femminili e sul ciclo mestruale.

rende la vagina particolarmente sensibile. Nel lungo periodo, l'irritazione può regredire, lasciando una cicatrice, in seguito alla quale la vagina si restringe, diventa meno elastica e lubrificata, con conseguente dolore alla penetrazione. Pertanto, cambia il modo in cui la coppia vive il piacere sessuale. In diversi casi può essere opportuno l'uso di dilatatori vaginali graduali, insieme a un gel lubrificante, per mantenere le pareti vaginali aperte e toniche, oppure avere rapporti sessuali regolari per prevenire o ridurre la tendenza della vagina a diventare meno elastica. La radioterapia potrebbe, inoltre, indurre la formazione di piccole ulcere alle pareti vaginali, con conseguente lieve sanguinamento. La cicatrizzazione di queste lesioni può avvenire in un tempo variabile da alcune settimane a diversi mesi.

In assenza di lesioni vaginali (alcune donne, infatti, non le sviluppano), il sesso è perfettamente praticabile durante la radioterapia. È consigliabile, comunque, usare un metodo anticoncezionale.

Nell'uomo: per alcuni uomini la radioterapia influisce direttamente poco sulla funzione erettile, ma potrebbe ridurre indirettamente il desiderio, in quanto il trattamento è fisicamente stressante. La radioterapia per il trattamento di carcinomi della prostata, del retto e della vescica potrebbe, invece, ripercuotersi sulla funzione sessuale, con un effetto sull'erezione variabile in funzione della dose erogata. Ciò è la conseguenza della compromissione dei nervi che regolano l'erezione o dei vasi sanguigni che irrorano il pene, che, dopo l'irradiazione, non fanno affluire una quantità di sangue sufficiente a produrre un'erezione soddisfacente. Circa un terzo degli uomini sottoposti a radioterapia riferisce, infatti, di avere erezioni meno complete di prima. I cambiamenti si manifestano di solito lentamente e possono peggiorare nel corso dei primi due anni successivi alla terapia. Alcuni uomini raggiungono l'erezione, ma non riescono a mantenerla, altri, invece, non la raggiungono affatto. Alcuni avvertono un forte dolore nel momento



Maggiori informazioni sono disponibili su:
La radioterapia (La Collana del Girasole);
Domande e risposte sulla radioterapia, DVD prodotto da AIMaC in collaborazione con AIRO, Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica.

in cui eiaculano e ciò dipende dal fatto che le radiazioni hanno irritato l'uretra. Questo sintomo, di solito, scompare nel giro di qualche settimana dopo la conclusione del trattamento. In alcune persone la sua presenza può instaurare un circolo vizioso di paura e di inadeguatezza, tale da portare all'evitamento sessuale. In questi casi potrebbe essere opportuno il ricorso a uno specialista. In un ristretto numero di soggetti, l'irradiazione della regione circostante alla pelvi può compromettere la funzionalità dei testicoli, con conseguente diminuzione della produzione di testosterone e, quindi, dello stimolo sessuale.

Chemioterapia

Nella donna: la chemioterapia può agire direttamente o indirettamente sul funzionamento sessuale e riproduttivo. Alcuni farmaci chemioterapici alterano la secrezione ormonale pregiudicando la funzionalità delle ovaie. Tale effetto può essere temporaneo o permanente e il ciclo mestruale potrebbe non cessare del tutto, permettendo l'instaurarsi di una gravidanza. Tale situazione richiede il confronto con il proprio medico curante anche per l'eventuale uso di metodi contraccettivi. La chemioterapia può indurre i sintomi della menopausa precoce, quali vampate di calore, irritabilità, disturbi del sonno, secchezza vaginale e, in alcuni casi, lievi perdite ematiche post-coitali. Può provocare anche l'insorgenza della stomatite da *Candida*.

La chemioterapia, inoltre, può ridurre la **libido**, in modo diretto o indiretto a seguito degli effetti collaterali che può causare (nausea, vomito, debolezza, depressione, stanchezza e mancanza di energia). Una volta concluso il ciclo chemioterapico, però, lo stimolo sessuale di solito si normalizza. Se la chemioterapia ha provocato la caduta dei capelli o una perdita di peso, la donna potrebbe sentirsi meno attraente e sicura di sé e anche la sua vita sessuale potrebbe risentirne. Può essere utile condividere le proprie emozioni con il partner e, se necessario, rivolgersi a uno psicologo in grado di sostenere la paziente in un momento così delicato.



Maggiori informazioni sono disponibili su: **La chemioterapia** (La Collana del Girasole); DVD prodotto da AIMaC in collaborazione con AIOM, Associazione Italiana di Oncologia Medica.



Libido: desiderio sessuale.

Nell'uomo: a livello sessuale, la chemioterapia ha minori conseguenze che nella donna. Alcuni uomini sostengono che durante la terapia la stanchezza e la nausea possono ridurre il desiderio sessuale, ma la situazione si normalizza di solito alla conclusione del trattamento. Alcuni tipi di terapia riducono la secrezione di testosterone, ma anche questa si ripristina presto ai livelli normali.

Nei tumori del testicolo l'aumento significativo delle guarigioni a seguito dell'utilizzo di un farmaco chemioterapico quale il platino è spesso accompagnato da un aumento di sterilità provocata dal farmaco. Inoltre alcuni pazienti non ancora trattati presentano già una diminuita **spermatogenesi** come conseguenza della malattia.

I farmaci chemioterapici possono influire sulla capacità riproduttiva sia nell'uomo che nella donna, perciò è estremamente importante che i pazienti in età fertile affrontino questi temi col proprio oncologo prima di sottoporsi ai trattamenti.

Ormonoterapia

Nella donna: poiché alcuni tumori della mammella e dell'**endometrio** sono ormono-dipendenti, la terapia che consiste nella somministrazione di ormoni può essere utile. Il tamoxifene, l'analogo dell'LH-RH e farmaci più nuovi come gli inibitori dell'aromatasi sono degli antiestrogeni spesso somministrati dopo la fine del trattamento chirurgico per carcinoma della mammella. La somministrazione di questi ormoni ha meno effetti collaterali della chemioterapia. Alcune donne portatrici di tumori della mammella sottoposte terapia ormonale lamentano sintomi simili a quelli della menopausa (sbalzi d'umore, secchezza e perdite vaginali, ridotta elasticità della vagina e diminuzione del desiderio sessuale). Tuttavia, la grande maggioranza delle pazienti non riferisce effetti collaterali.

Nell'uomo: se il carcinoma della prostata si è diffuso oltre la ghiandola, può essere utile ridurre la produzione di testosterone. In passato ciò si faceva di solito asportando chirur-



Spermatogenesi: capacità di produrre spermatozoi.

Endometrio: mucosa che riveste le pareti interne dell'utero.



Maggiori informazioni sul singolo prodotto antitumorale (come si somministra, quali sono gli effetti collaterali più e meno frequenti) e sui regimi di combinazione sono disponibili sui **Profilo Farmacologici**, che possono essere richiesti alla segreteria di AIMaC (numero verde 840 503579) oppure scaricati dal sito www.aimac.it.



Maggiori informazioni sui tumori della prostata e i relativi trattamenti sono disponibili su **Il cancro della prostata** (La Colana del Girasole).



Ginecomastia: ingrossamento delle mammelle.

Libido: desiderio sessuale.



La maggior parte dei pazienti vuole riprendere l'attività sessuale dopo il trattamento della malattia, ma i tempi ed i modi variano da individuo a individuo.

gicamente i testicoli o somministrando ormoni femminili o attuando entrambe le procedure. Oggi si preferisce, invece, procedere tramite un'iniezione che inibisce la secrezione di ormoni maschili da parte dell'ipofisi. Insieme a quest'iniezione si possono somministrare anche compresse di antiandrogeni, sostanze che bloccano la secrezione di ormoni maschili. Tuttavia tali interventi possono avere come effetti collaterali **ginecomastia**, perdita dei peli, vampate di calore e ridotti livelli di energia che nell'insieme incidono sull'immagine corporea e sull'identità maschile, in ultima analisi sul sentirsi uomo. Essi possono causare una diminuzione della **libido**, con conseguente possibile impatto anche sulla funzione erettile.

Riprendere l'attività sessuale

La maggior parte dei pazienti sente di voler riprendere i rapporti sessuali dopo la diagnosi e il trattamento della malattia, ma i tempi e i modi con cui ricominciare variano da individuo a individuo.

È corretto affermare che quasi tutti i problemi sessuali connessi con la diagnosi di tumore sono temporanei, ma anche le difficoltà permanenti legate alla sfera sessuale potranno essere affrontate e migliorate. Il primo elemento alla base di una buona ripresa dell'attività sessuale consiste nell'essere stati adeguatamente informati, prima di essere sottoposti ai trattamenti antitumorali, sulla possibile insorgenza di problematiche sessuali. È nota la difficoltà con cui sia gli operatori sanitari, sia i pazienti si confrontano con tale aspetto considerato appartenente alla sfera intima della persona e spesso non parte integrante della cura del tumore. Tale difficoltà fa sì che molto spesso il paziente non sia informato circa la possibile insorgenza di problemi sessuali successivi ai trattamenti, che non possa manifestare le paure legate

ai possibili cambiamenti a livello fisico e psichico, e che non sia coinvolto adeguatamente nella scelta delle terapie. Un confronto chiaro con l'oncologo rende l'insorgenza del problema meno angosciante, ne garantisce la condivisione e la formulazione di una richiesta di aiuto. In tali casi il medico può inviare il paziente a un componente dell'équipe multidisciplinare che lo segue, esperto nel trattamento dei problemi sessuali dei pazienti oncologici, in genere lo psicologo, che aiuta la persona malata con degli interventi di breve durata mirati a vari obiettivi. Il primo è rappresentato dall'incoraggiare il paziente a riprendere l'attività sessuale, affrontando insieme le sue paure, come quelle sulla sicurezza dell'attività sessuale durante e dopo un tumore. Spesso i pazienti e i loro partner sono bloccati dal riprendere l'attività sessuale, anche se si sentono desiderosi di farlo, per paura di trasmettere al partner la malattia, di nuocerli durante e alla fine dei trattamenti radioterapici o chemioterapici. Durante la chemioterapia l'unico accorgimento è quello di usare un preservativo per evitare irritazioni vaginali legate ai farmaci, che possono danneggiare le mucose, o la presenza di alcuni precipitati dei farmaci nel liquido seminale, o l'insorgenza di una gravidanza. Altre paure che incidono sulla ripresa dell'attività sessuale sono relative al sentirsi poco desiderabile dopo i cambiamenti che il corpo ha subito a seguito dei trattamenti o alla perdita di un aspetto del funzionamento sessuale (l'erezione per l'uomo, il dolore durante la penetrazione nella donna). In tali casi si consiglia di riprendere gradualmente l'attività sessuale iniziando dal guardare, toccare e accarezzare prima da soli, poi con il partner, parti del corpo modificate dalla malattia, attendendo a intraprendere il coito fino a quando la coppia non si senta a proprio agio attraverso una ritrovata intimità affettiva prima di quella sessuale.

Successivamente lo psicologo incoraggia la coppia a parlare più apertamente della loro sessualità e dei cambiamenti determinati dalla malattia, come la difficoltà nel provare certe



sensazioni di piacere o nel raggiungere l'erezione, la paura di essere rifiutati o non più desiderabili, di poter procurare dolore al partner o di richiedergli prestazioni a cui non è interessato. I partner sono, inoltre, sollecitati a comprendere reciprocamente i bisogni e i desideri e a ricercare modi alternativi di raggiungere il piacere sessuale. L'intervento psicologico è mirato anche ad aiutare il paziente ad adattarsi ai cambiamenti fisici che lo fanno sentire meno attraente o che interferiscono con la sessualità, come per esempio una mastectomia o la presenza di una stomia. Questi brevi incontri permettono alla maggior parte dei pazienti di riprendere un'attività sessuale appagante. Quando lo psicologo si rende conto della necessità di trattamenti più intensivi o di tipo medico o di tipo psicologico, indirizza il paziente ai vari specialisti. In caso di disfunzione erettile persistente, l'andrologo utilizzerà una terapia riabilitativa medica sistemica a base di farmaci (inibitori della fosfodiesterasi) o locale con iniezioni intracavernose di prostaglandine o di vasodilatatori come la papaverina. In caso di scarsa risposta a tali interventi possono essere prese in considerazione le protesi peniene (rigide o flessibili) da impiantare nel pene. In caso di perdita totale del desiderio, grosse difficoltà ad accettare i cambiamenti del proprio corpo, inadeguate reazioni del partner, perdita irreversibile del funzionamento riproduttivo, livelli elevati di depressione, i pazienti sono inviati a un sessuologo che utilizza psicoterapie sessuali, preferibilmente di coppia. In caso di persistenza di dolore alla penetrazione e secchezza vaginale, la paziente è inviata al ginecologo che consiglierà strategie strumentali (dilatatori vaginali), farmacologiche (gel lubrificanti) e comportamentali (regolarità dei rapporti e cambiamenti della pratica sessuale; v. pag. 29 'Che cosa fare in caso di scarsa lubrificazione/dolore alla penetrazione').

Consigli utili



L'équipe dell'helpline di AIMaC è a disposizione di coloro che cercano uno spazio di ascolto e desiderano ricevere indicazioni utili per affrontare quest'aspetto così importante della vita di ciascuno - ovviamente nel pieno rispetto della riservatezza.
(numero verde 840 503579, info@aimac.it).

È stato sottolineato più volte come le reazioni alla malattia e ai trattamenti siano personali, ma ci sono una serie di indicazioni che potrebbero essere di aiuto per facilitare la ripresa dell'attività sessuale.

- Richiedere al medico curante informazioni relative agli effetti della malattia e dei trattamenti sul funzionamento sessuale e indicazioni su come poterli gestire per tornare a una vita sessuale soddisfacente.
- Discutere con il medico curante la possibilità di modificare i farmaci utilizzati per la cura del tumore o per curare altri problemi di salute (ipertensione, diabete, ansia, depressione) che hanno un ruolo nelle alterazioni del comportamento sessuale.
- Affrontare con il medico curante tutte le paure relative alla possibilità di avere un'attività sessuale sicura con il proprio partner durante e dopo il trattamento della malattia.
- Parlare più apertamente con il partner degli aspetti connessi con la sessualità e delle difficoltà riscontrate e sperimentare nuovi comportamenti e sensazioni. Alcune coppie trovano utile leggere insieme materiale informativo sulla sessualità e sul cancro e servirsi delle informazioni acquisite come punto di partenza per un confronto.
- Riprendere gradualmente la sessualità rispettando i tempi e i desideri di ciascuno.
- Prolungare i preliminari. Per le donne può essere un vantaggio avere una gamma più ampia di zone da cui trarre il piacere sessuale. Questo consente loro di adattarsi più facilmente, qualora gli schemi sessuali a loro familiari dovessero essere mutati.
- È importante per il paziente assumere un ruolo attivo nella relazione di coppia, senza limitarsi a ricevere.
- Condividere le fantasie erotiche con il partner.

- Giocare, trasformando le fantasie in realtà.
- Chiedere al partner di essere stimolati nel modo che dà più piacere.
- Se l'uomo non può ottenere l'erezione e la donna una penetrazione libera da dolore, è importante ricercare modi alternativi per raggiungere l'orgasmo.
- Cercare di considerare l'attività sessuale come un momento per provare piacere e non per dimostrare qualcosa all'altro.
- Impegnarsi nell'attività sessuale in momenti del giorno in cui non ci si sente particolarmente stanchi, demotivati, angosciati, carichi di impegni.

Che cosa fare in caso di scarsa lubrificazione/dolore alla penetrazione

Nemmeno in questo caso esiste una soluzione valida per tutti, ma di seguito si riportano alcuni consigli che si rivelano efficaci per diverse donne.

- Usare di più la fantasia in modo da accrescere l'eccitamento.
- Guidare il partner ad eccitare nel modo migliore possibile.
- Usare un lubrificante (in vendita in farmacia).
- Dedicarsi al sesso con maggiore frequenza, sia con il partner che con l'autostimolazione.
- Potenziare l'eccitamento attraverso l'uso di un vibratore o di altri sussidi sessuali.
- Mantenersi toniche facendo esercizi per allungare il canale vaginale. Ricorrere sempre al lubrificante. Usare inizialmente le dita per passare successivamente al dilatatore vaginale. L'uso regolare del dilatatore e l'autostimolazione mantengono la vagina elastica e stimolano la produzione del liquido lubrificante naturale. Naturalmente, se lo si desidera, sarà possibile coinvolgere anche il partner.

Questi consigli sono utili per tutte le donne che presentano

menopausa precoce in conseguenza dei trattamenti antitumorali e che desiderano prevenire o migliorare la secchezza vaginale e la manifestazione di contrazioni e dolore durante la penetrazione.



Maggiori informazioni sono disponibili su **Madre dopo il cancro e preservazione della fertilità** (La Collana del Girasole).

Infertilità

Nonostante l'adozione di nuove tecniche diagnostico-terapeutiche, la cura di molti tumori può compromettere la capacità riproduttiva. La percezione che i pazienti hanno di tali problematiche varia in funzione dell'età e del sesso, ma soprattutto del significato che la fertilità ha nella storia personale e sociale del paziente.

Nei malati di cancro la funzione sessuale e riproduttiva è danneggiata in maniera diretta quando il tumore colpisce gli organi riproduttivi oppure indiretta come conseguenza dei trattamenti chirurgici, chemioterapici e/o radioterapici.

Nonostante l'elevato costo emotivo di tali problematiche, soprattutto nei pazienti in età fertile, non esistono ancora, nei contesti di cura oncologica, percorsi condivisi e sperimentati, mirati ad assicurare strategie di prevenzione e cura della sterilità indotta dal trattamento contro il cancro.

Nell'uomo, la deposizione di liquido seminale in apposite banche rappresenta la tecnica più diffusa e richiede la maturità sessuale e psicologica dell'individuo, oltre alla possibilità di rimandare l'inizio della terapia fino all'adeguatezza della quantità di seme raccolto. Gli interventi di prelievo e re-impianto di tessuto gonadico e/o di cellule germinali immature, insieme alle tecniche di fecondazione in vitro, sono ancora sperimentali e meritevoli di ulteriori studi e valutazioni di carattere bioetico.

Nella donna, la preservazione del tessuto ovarico ha lo stesso obiettivo della preservazione dello sperma, ovvero garantire alle pazienti giovani la fertilità anche dopo il trattamento antitumorale. La raccolta e la conservazione del tessuto ovarico vengono effettuate solo in pochissimi centri e all'interno di protocolli di ricerca sperimentale.

Tali procedure sono poco utilizzate dai pazienti perché ancora scarsa è l'informazione fornita dagli operatori sulle possibili soluzioni. Ancora minori sono gli spazi di confronto offerti ai pazienti sulle angosce relative alla scelta di avere un figlio durante o dopo la malattia. Tali paure e timori sono relativi alla possibilità di dover affrontare una ripresa della malattia, alle possibili conseguenze dei trattamenti antitumorali sul feto, alla trasmissione genetica della malattia, alla paura di morire prematuramente, lasciando il bambino e il partner da soli.

È, dunque, necessario che, prima di iniziare i trattamenti oncologici, i pazienti in età fertile ricerchino uno spazio di confronto con il proprio oncologo e con lo psicologo dell'équipe per essere sostenuti e guidati nella scelta di avere un figlio, anche quando la scelta è rappresentata dall'adozione.

Alcune domande frequenti sul sesso e sul cancro

Posso contrarre il tumore dal mio partner?

No, i tumori non si trasmettono per via sessuale.

L'attività sessuale può essere causa di cancro?

No, l'attività sessuale non causa direttamente il cancro, ma lo sviluppo di alcune forme tumorali potrebbe essere connesso con un virus che si trasmette per via sessuale. Sembra esserci una relazione tra i carcinomi della cervice, della vulva e del pene e alcuni ceppi del *Papillomavirus umano* (HPV). Anche se pochissimi individui che sono portatori di queste infezioni virali sviluppano nel tempo un tumore, è fondamentale effettuare una corretta prevenzione attraverso controlli medici periodici ed evitando i comportamenti sessuali a rischio. Rispetto alla **patogenesi** di questi tumori



Patogenesi: meccanismo attraverso il quale s'instaura nell'organismo un processo morboso.

devono essere considerati, oltre alla possibile presenza di questo virus, molti altri fattori quali quelli genetici, il fumo, l'età e le condizioni generali di salute.

L'attività sessuale potrebbe aggravare il tumore?

No. Il contatto intimo e il piacere derivanti dall'attività sessuale, i sentimenti di amore, tenerezza e affetto che ne conseguono possono essere d'aiuto al paziente nell'affrontare gli effetti della malattia e dei trattamenti. Molte persone riferiscono di sentirsi depresse, scoraggiate o spaventate quando si ammalano di tumore, per cui l'affetto e l'accettazione da parte del partner possono essere di grande aiuto.

Ci sono dei momenti in cui sarebbe opportuno evitare di avere rapporti sessuali?

Sì. È bene che le donne che si sono sottoposte alla chirurgia in sede pelvica evitino i rapporti completi nel periodo immediatamente successivo all'intervento. L'intervallo che deve trascorrere prima di riprendere l'attività sessuale varia enormemente a seconda del tipo di intervento e della rapidità della ripresa individuale. L'indicazione è sempre di parlarne dettagliatamente col proprio medico curante. Alcuni tipi di tumore (della cervice e della vescica, per esempio) possono causare perdite ematiche vaginali o visibili nell'urina. Se questo fenomeno peggiora dopo il coito, allora è opportuno non avere rapporti fino a che un trattamento non avrà risolto il problema. Inoltre è opportuno usare il preservativo durante e alla fine della chemioterapia; esso, infatti, può prevenire eventuali sensazioni di bruciore alla vagina riferiti da alcune donne che possono dipendere dal contatto con il liquido seminale.

Esistono delle posizioni consigliate per fare l'amore dopo il cancro?

Ciò dipende molto da quale parte del corpo è stata colpita dalla malattia. Se si tratta della zona pelvica della donna,

ci vorranno pazienza e delicatezza per provare quali sono ora le posizioni che danno più soddisfazione ad entrambi i partner. Altrettanto vale secondariamente a un intervento di mastectomia, quando alcune donne affermano di non volere che il peso del partner gravi su di loro. In tali casi fare l'amore fianco a fianco o con la donna sopra è preferibile. La maggior parte delle coppie riscontra che, affrontando insieme il problema, riesce a individuare quali sono le posizioni più adatte.

Come posso superare il problema della stanchezza?

Occorre flessibilità nel trovare il momento della giornata in cui ci si sente meno stanchi e provare posizioni meno faticose e scomode. È bene ricordare a se stessi e al partner che fare l'amore non necessariamente significa andare fino in fondo.

Le cicatrici della mastectomia mi imbarazzano, ma voglio comunque fare l'amore con il mio uomo. Qualche suggerimento?

Certamente esistono degli accorgimenti che possono aiutare la donna a sentirsi maggiormente a suo agio dopo l'intervento, ad esempio, fare l'amore nella penombra o al buio oppure continuare a indossare il reggiseno durante l'attività sessuale. Il reggiseno ha il duplice scopo di contenere la protesi, se è stata consigliata, e di nascondere le cicatrici.

Condividendo l'intimità con il partner e comunicando, la maggior parte delle donne scopre che i compagni si preoccupano molto meno delle cicatrici di quanto loro immaginino. Questo rassicura la donna e facilita il confronto con i cambiamenti del corpo.

I punti informativi

Sono attivi presso i principali centri di cura per consultare e ritirare il materiale informativo o per parlare con personale qualificato e ricevere chiarimenti. Per gli indirizzi rivolgersi ad AIMaC (840 503579).

Avellino	Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati
Aviano (PN)	Centro di Riferimento Oncologico
Bagheria	Villa Santa Teresa Diagnostica Per Immagini e Radioterapia
Bari	Istituto Tumori Giovanni Paolo II - IRCCS Ospedale Oncologico
Benevento	Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli
 Cagliari	AOU Azienda Ospedaliero-Universitaria - Presidio Policlinico Monserrato
Genova	IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
L'Aquila	Presidio Ospedaliero San Salvatore
Messina	Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Papardo-Piemonte
	Centro Oncologico di Eccellenza Peloritano
Milano	IRCCS Ospedale S. Raffaele
	Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta
	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Napoli	AORN Ospedali dei Colli Monaldi - Cotugno - C.T.O.
	Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale A. Cardarelli
	Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G.Pascale
	Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II
	Azienda Ospedaliera Universitaria Seconda Università degli Studi di Napoli
Padova	Istituto Oncologico Veneto IRCCS
Paola	Ospedale San Francesco di Paola
Pavia	Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS
Perugia	Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia
Pozzilli (IS)	IRCCS Neuromed
Rionero in Vulture (PZ)	IRCCS CROB Centro di Riferimento Oncologico di Basilicata
Roma	Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri
	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
	Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
	Fondazione Policlinico Tor Vergata (PTV)
	Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli"
	Istituto Nazionale Tumori Regina Elena
	Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli
	Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
	Umberto I Policlinico di Roma - Sapienza, Università di Roma
Rozzano (MI)	Istituto Clinico Humanitas
S. Giovanni Rotondo (FG)	IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza
Terni	Azienda Ospedaliera S. Maria
Torino	Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino (Presidio Molinette)
Trieste	Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste
Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Policlinico Borgo Roma

La Collana del Girasole

- 1 Non so cosa dire
 - 2 La chemioterapia
 - 3 La radioterapia
 - 4 Il cancro del colon retto
 - 5 Il cancro della mammella
 - 6 Il cancro della cervice
 - 7 Il cancro del polmone
 - 8 Il cancro della prostata
 - 9 Il melanoma
 - 10 Sessualità e cancro
 - 11 I diritti del malato di cancro
 - 12 Linfedema
 - 13 La nutrizione nel malato oncologico
 - 14 I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico
 - 15 La caduta dei capelli
 - 16 Il cancro avanzato
 - 17 Il linfoma di Hodgkin
 - 18 I linfomi non Hodgkin
 - 19 Il cancro dell'ovaio
 - 20 Il cancro dello stomaco
 - 21 Che cosa dico ai miei figli?
 - 22 I tumori cerebrali
 - 23 Il cancro del fegato
 - 24 Il cancro del pancreas
 - 25 La terapia del dolore
 - 26 Il cancro del rene
 - 27 La fatigue
 - 28 Il cancro della tiroide
 - 29 Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato
 - 30 Le assicurazioni private per il malato di cancro
 - 31 Madre dopo il cancro e preservazione della fertilità
 - 32 Il mesotelioma
 - 33 Il tumore negli anziani e il ruolo dei caregiver
 - 34 Il cancro della vescica
- 2 DVD: La chemioterapia - La radioterapia

AIMaC pubblica anche:

Profili Farmacologici

96 schede che forniscono informazioni di carattere generale sui singoli farmaci e prodotti antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

Profili DST

50 schede che forniscono informazioni di carattere generale sulla diagnosi, stadiazione e terapia di singole patologie tumorali.

La Biblioteca del Girasole

- Adroterapia
- **Elettrochemioterapia - per il trattamento delle metastasi cutanee**
- Il test del PSA
- Il tumore del collo dell'utero
- **La Medicina Oncologica Personalizzata: informazioni per il paziente**
- **La prevenzione dei tumori occupazionali: il Registro di Esposizione ad Agenti Cancerogeni e Mutageni**
- **La ricostruzione del seno: informarsi, capire, parlare**
- **Neoplasia e perdita di peso - Che cosa fare?***
- **Oltre le nuvole (disponibile solo online)**
- **Padre dopo il cancro**
- **Tumori rari - Come orientarsi**

** è pubblicato da F.A.V.O. Federazione nazionale delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (www.favo.it), di cui AIMaC è socio

AIMaC è anche presente su



<http://forumtumore.aimac.it>





La helpline di AIMaC: un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni informativi dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 **numero verde 840 503579**, e-mail **info@aimac.it**

AIMaC è una Onlus iscritta nel Registro delle Associazioni di Volontariato della Regione Lazio. Offriamo gratuitamente i nostri servizi di informazione e counseling ai malati di cancro e ai loro cari.

Abbiamo bisogno anche del tuo aiuto e della tua partecipazione. Se questo libretto ti ha fornito informazioni utili, puoi aiutarci a produrne altri

- **iscrivendoti ad AIMaC** (quota associativa € 20 per i soci ordinari, € 125 per i soci sostenitori)
- **donando un contributo libero mediante**
 - assegno non trasferibile intestato a AIMaC
 - c/c postale n° 20301016 intestato a "AIMaC – via Barberini, 11 – 00187 Roma".
IBAN: IT 33 B 07601 03200 000020301016
 - bonifico bancario intestato a AIMaC, c/o Cassa di Risparmio di Ravenna
IBAN: IT 78 Y 06270 03200 CC0730081718
 - carta di credito attraverso il sito www.aimac.it

Finito di stampare nel mese di novembre 2015
Progetto grafico e stampa: Mediateca S.r.l. I www.mediateca.cc
Impaginazione: Mariateresa Allocco - mariateresa.allocco@gmail.com



AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

via Barberini 11 | 00187 Roma | tel +39 064825107 | fax +39 0642011216
840 503 579 numero verde | www.aimac.it | info@aimac.it