

La sessualità nel malato oncologico




aimac

La Collana del Girasole

La sessualità nel malato oncologico

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 siti internet

Revisione critica del testo: **F. Peccatori** (Direttore Unità di Fertilità e Procreazione in Oncologia), **G. Pravettoni** (Direttore Psiconcologia) - Istituto Europeo di Oncologia IEO, Milano; **M. Mallozzi**, **A. Vetromile** -Sexandthecancer®, Roma

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

Questa pubblicazione è stata realizzata nell'ambito del Progetto "Insieme si può. Una rete nazionale a sostegno del malato oncologico"; avviso n.1/2018 finanziamento di iniziative e progetti di rilevanza nazionale ai sensi degli artt. 72 e 73 del D. lgs n. 117/2017 finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Quarta edizione: marzo 2022

© Aimac 2022. Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e la trasmissione in qualsiasi forma o 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
- 12 Le fasi del ciclo sessuale
- 15 L'impatto dei trattamenti antitumorali sugli aspetti del funzionamento sessuale
- 23 Riprendere l'attività sessuale
- 26 L'importanza della consulenza sessuologica
- 27 Consigli utili
- 31 Alcune domande frequenti sulla sessualità nel malato oncologico



Prefazione

La sessualità è una delle componenti essenziali della nostra vita; è anche una delle più complesse e articolate ed è influenzata da fattori biologici, interpersonali, culturali, psicologici. Purtroppo, la diagnosi di un tumore ha un impatto significativo sul benessere sessuale, perché interferisce con ciascuno di questi fattori. A livelli diversi a seconda del tipo di tumore e delle terapie in corso, ma mai senza conseguenze.

Pensiamo alle alterazioni ormonali indotte dalle terapie oncologiche sia nella donna che nell'uomo: l'abbassamento dei livelli degli estrogeni e degli androgeni provoca riduzione del desiderio, secchezza vaginale, difficoltà dell'erezione e anorgasmia. La terapia di supporto alla chemioterapia altera i livelli di cortisolo circolante e interagisce con il ritmo sonno veglia. Cambia il modo di rapportarsi con gli altri, cambia la voglia di esplorare, di condividere. Aumenta la fragilità e la dipendenza dal partner, se presente. In poche parole, l'impatto della malattia oncologica si ripercuote sui molteplici livelli di vita di una persona, investendo relazioni sociali, lavorative, familiari, personali e di coppia. Lo stigma della diagnosi, soprattutto se si tratta di tumore metastatico, provoca un senso di isolamento e fa cambiare le priorità. L'ansia e la depressione non sono mai amiche del benessere sessuale.

Ciononostante, la salute sessuale dopo una malattia oncologica rimane ancora un tabù nel rapporto medico-paziente. Vergogna, imbarazzo e scarsa informazione sono gli atteggiamenti più diffusi; quasi tutti i pazienti vivono male nella convinzione che nulla può essere fatto per migliorare la loro condizione. Eppure, la disfunzione sessuale

è un effetto collaterale purtroppo molto comune, che può interessare circa l'80% dei malati. Troppo spesso i medici non parlano di questi aspetti 'intimi' e solo il 10% delle donne trova il coraggio di portarli alla loro attenzione.

Dobbiamo quindi accettare tutto questo come inevitabile? No.

La diagnosi precoce e le terapie innovative oggi largamente disponibili hanno contribuito a rendere il cancro una malattia 'cronica' e portato a guarigione oltre il 50% dei malati. Ciò rimette al centro il tema della qualità di vita, includendo tra i vari aspetti anche la sfera della sessualità come parte integrante del benessere della persona.

Pertanto, la sessualità non può restare un tabù! Si deve rompere il silenzio assordante che impedisce di far emergere la gravità di queste problematiche. L'informazione è dunque vitale e deve essere parte del percorso di cura, per cui anche nel consenso informato, che non è un mero atto burocratico, vanno inclusi gli aspetti relativi alla sessualità e all'infertilità per facilitare l'alleanza medico-paziente.

Con questo libretto ci proponiamo di far comprendere che oggi sono disponibili rimedi sia sotto forma di consulenza psico-sessuologica sia sotto forma di terapie, che però non sono sempre accessibili perché non erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Non lasciate che il cancro vi tolga il piacere della sessualità, in qualunque modo vogliate declinarla.

Gabriella Pravettoni, Fedro Peccatori (IEO)

Amalia Vetromile (Sexandthecancer®)

Francesco De Lorenzo (Aimac)

Introduzione

L'obiettivo di questo libretto, che ha carattere puramente informativo, è di aiutare i malati di cancro e anche i loro partner a sapere che cosa cambia nel funzionamento sessuale, a livello fisico e psicologico, in conseguenza di un tumore e dei relativi trattamenti, e di renderli consapevoli che gli effetti collaterali della sessualità e dell'infertilità possono essere contrastati con misure di prevenzione e con adeguati trattamenti terapeutici. Il libretto si rivolge a chiunque abbia bisogno di informazioni riguardanti la sessualità durante e dopo il percorso di cura, indipendentemente dall'orientamento sessuale e dall'identità di genere. Volendo che il testo sia quanto più inclusivo possibile, il genere viene utilizzato in riferimento alla specificità delle parti anatomiche. 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/professionista di riferimento 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 - tel. 06 4825107, e-mail info@aimac.it.

Le caratteristiche del problema



Molte esperienze possono modificare il modo in cui le persone vivono la sessualità: avere un tumore 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.

Dopo un intervento chirurgico demolitore o la radioterapia su parti del corpo direttamente coinvolte nel funzionamento sessuale, il paziente potrebbe sentirsi meno desiderabile sessualmente o scoprire che alcune fasi del ciclo sessuale sono state danneggiate; dopo la chemioterapia, il paziente potrebbe notare cambiamenti nell'immagine corporea o nello stato ormonale, con conseguente peggioramento della sessualità.

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 una persona vive se stessa e la sessualità, ed esistono naturali cambiamenti nel desiderio sessuale e nei livelli di attività sessuale legati all'età. Avere un tumore rappresenta una delle esperienze della vita in grado di modificare il modo in cui il paziente vive 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 una persona vive se stessa, la sua quotidianità e la sua 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 sopravvivenza legato alla presenza della malattia, suo interesse prioritario. Tuttavia, anche nella fase diagnostica è comune notare un brusco calo del desiderio sessuale, con conseguente, spesso drastica, riduzione, se non assenza, dei rapporti sessuali. Ciò accade perché il sospetto della presenza della malattia e poi la diagnosi espongono l'individuo a sentimenti di angoscia e di smarrimento che disinnescano il desiderio sessuale.

Dopo il trattamento, le rimozioni chirurgiche o gli effetti della radioterapia su parti del corpo 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 della sessualità.

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, può portare a una diminuzione dell'interesse o dell'abilità di rispondere sessualmente. L'impatto di questi cambiamenti sulla sessualità varia da soggetto a soggetto e dipende dal significato e dal valore che si attribuiva 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 determinante per una soddisfacente ripresa dell'attività sessuale, insieme alla capacità di riconsiderare, nella vita di 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 dagli operatori sanitari competenti informazioni adeguate non solo sulla malattia e sulla cura, ma anche su ogni area della propria vita che possa risultare direttamente o indirettamente influenzata, 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 e che sono responsabili di perdite nel funzionamento sessuale; di superare le ansie e le paure che impediscono una buona ripresa sessuale; 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.

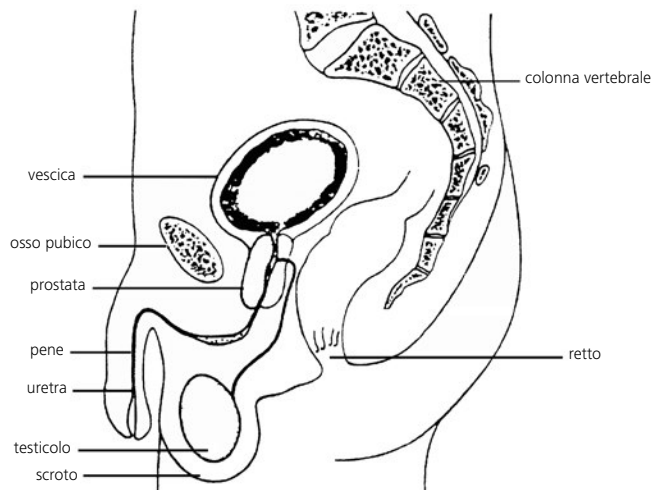
Liquido seminale (o sperma): liquido fecondante maschile di aspetto opaco, biancastro, che l'uomo eiacula con l'orgasmo.

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-

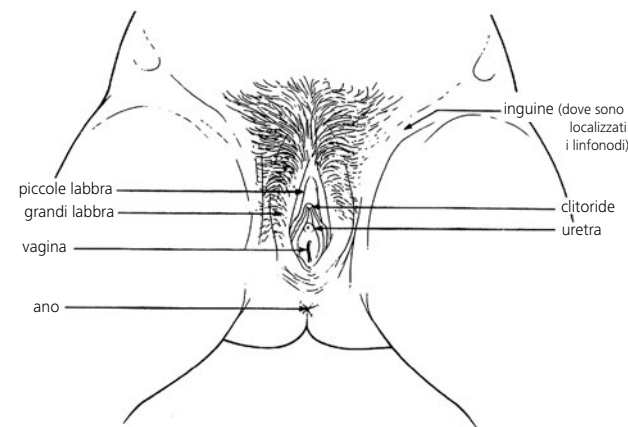


tozoi e li aiuta a risalire il canale cervicale femminile fino all'incontro con l'ovulo.

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 muscolo-membranoso 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



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.

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 pure la voglia di attività sessuale, varia da persona a persona e dipende da molte circostanze. La maggior parte delle donne, ad esempio, nota che il desiderio sessuale varia nelle diverse fasi del ciclo mestruale, in gravidanza, durante l'allattamento e dopo la menopausa. Inoltre, soprattutto nella donna, 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* 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 tumore. Per la maggior

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 la malattia 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 tra loro. 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



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.



Perché l'erezione avvenga, è necessario non solo il giusto equilibrio ormonale, ma anche il normale funzionamento di particolari vie nervose.



Il funzionamento sessuale è strettamente collegato ai vissuti emotivi.

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. 28, paragrafo 'Che cosa fare in caso di scarsa lubrificazione/dolore alla penetrazione per la donna').

Non bisogna, infine, sottovalutare che il funzionamento sessuale è strettamente collegato ai propri vissuti emotivi, per cui se ci si sente depressi o ansiosi, se si temono 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.

L'impatto dei trattamenti antitumorali sugli aspetti del funzionamento sessuale

Chirurgia

Alcune forme 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 anche se l'intervento non è stato demolitivo. 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. La ridotta lunghezza vaginale solitamente 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 non sono stati toccati. Nonostante ciò, alcune pazienti dichia-



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).



La menopausa precoce causata da alcuni trattamenti antitumorali ha gli stessi sintomi della menopausa naturale (vampate di calore, sudorazione, disturbi del sonno, affaticabilità, irritabilità, sbalzi d'umore, secchezza vaginale, calo del desiderio sessuale).

rano che la loro esperienza orgasmica è diversa rispetto a com'era prima dell'intervento; altre riferiscono di provare dolore durante la penetrazione (v. pag. 28, paragrafo 'Che cosa fare in caso di scarsa lubrificazione/dolore alla penetrazione per la donna').

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. Quest'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 del desiderio sessuale) sono gli stessi della menopausa naturale, ma insorgono più repentinamente, sono percepiti, in particolare dalle donne più giovani, come più fastidiosi, più duraturi 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 pazienti giovani con tumore al testicolo trattati con **orchietomia**, nei quali le difficoltà sessuali dipendono proprio dagli effetti psico-

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.



Dopo un intervento di asportazione della prostata o di una parte della vescica, l'uomo può avere disfunzione erettile e orgasmi senza emissione di liquido seminale (eiaculazioni 'asciutte').

Le paure per la perdita della propria sessualità, dell'attrattiva e dell'interesse del partner possono determinare ansia da prestazione fino al fallimento sessuale o all'evitamento dell'attività sessuale.



Orchiectomia: asportazione del testicolo.



Un problema di erezione non implica la perdita dell'attività sessuale.

logici 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 erettili. 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.



Pelvi: bacino.

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

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 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 perdere elasticità. 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 - infatti, alcune donne 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 ha un effetto diretto minimo 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 e 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).



Nella donna: se la radioterapia locale della pelvi per tumori del retto, della vescica o della cervice non causa lesioni vaginali, il sesso è praticabile durante il trattamento. È sempre consigliabile l'uso di un metodo anticoncezionale.

Nell'uomo: la radioterapia per tumori della prostata, del retto e della vescica potrebbe avere effetti sull'erezione, variabili in funzione della dose di radiazioni erogata.

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.



Maggiori informazioni sono disponibili su **La chemioterapia** (La Collana del Girasole).



Nella donna: la chemioterapia può influire direttamente o indirettamente sul funzionamento sessuale e riproduttivo, indurre la menopausa precoce e ridurre il desiderio 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 il desiderio sessuale, 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.

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 infertilità 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 il 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 all'ormoterapia lamentano sintomi simili a quelli della menopausa, come sbalzi d'umore, perdite vaginali, secchezza e ridotta elasticità della vagina, come pure 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 testo-



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) sono disponibili su **Schede sui farmaci antitumorali**, che possono essere richieste alla helpline di Aimac (tel. 06 4825107) oppure scaricate dal sito www.aimac.it.

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



Ginecomastia: ingrossamento delle mammelle.



Atrofia: riduzione di volume di tessuti e organi dovuta alla diminuzione di volume delle singole cellule e della sostanza intercellulare per cause fisiologiche (es. invecchiamento) o patologiche.

Incontinenza da urgenza: incapacità di trattenere l'urina dopo un forte stimolo a dover urinare.

Incontinenza da stress: incapacità di trattenere l'urina dopo una pressione addominale come può essere uno starnuto o un sollevamento di pesi.

Disuria: difficoltà, dolore e fastidio quando si urina.

Cistite: infezione della vescica.

sterone. In passato ciò si faceva di solito asportando chirurgicamente 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 del desiderio sessuale, con conseguente possibile impatto anche sulla funzione erettile.

Sindrome genito-urinaria

Molti trattamenti oncologici possono anticipare i problemi tipici della sindrome genito-urinaria nelle donne che non hanno ancora raggiunto l'età della menopausa e comunque peggiorarli nelle donne in post-menopausa.

La sindrome genito-urinaria è una condizione cronico-progressiva che si manifesta con **atrofia** vulvo-vaginale e delle basse vie urinarie e caratterizzata da secchezza vaginale, dolore durante il rapporto sessuale, irritazione, prurito, sanguinamento vaginale durante i rapporti, **incontinenza da urgenza, incontinenza da stress, disuria, cistiti** ricorrenti. La sindrome genito-urinaria colpisce il 50-70% delle donne in post-menopausa con sintomi che possono variare da individuo a individuo.

Le pazienti sottoposte a trattamento chirurgico, radioterapico, chemioterapico o ormonale adiuvante per la terapia di un tumore vanno incontro ai sintomi tipici della sindrome genito-urinaria che talvolta possono raggiungere livelli di particolare gravità al punto da ridurre le opzioni terapeutiche disponibili per contrastarli.

I trattamenti disponibili per la sindrome genito-urinaria

sono ormonali e non ormonali. I trattamenti ormonali includono creme vaginali, anelli vaginali e ovuli vaginali. Un'altra opzione è rappresentata dal trattamento con ospemifene, un modulatore selettivo dei recettori estrogenici ad azione parzialmente ormonale.

I trattamenti non ormonali includono lubrificanti vaginali, gel nutrienti/idratanti vaginali, stimolazione sessuale regolare, esercizi muscolari del pavimento pelvico (particolarmente indicati per i casi d'incontinenza urinaria), dilatatori vaginali.

Un discorso a parte merita il trattamento laser vaginale, capace di agire sia sulla secchezza vaginale sia sull'incontinenza urinaria. È un trattamento funzionale che permette il recupero di normali attività volte a migliorare la qualità della vita. Può essere eseguito in ambulatorio, non richiede anestesia né incisioni o punti di sutura; un ciclo completo prevede 3-4 sedute a intervalli di 3-4 settimane una dall'altra. Attualmente la laserterapia vaginale non è una prestazione erogata gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale; in alcune Regioni può essere accessibile presso strutture convenzionate.

Riprendere l'attività sessuale

Nella ripresa dell'attività sessuale dopo le terapie, data la diversità dei percorsi di cura, le reazioni dei pazienti possono essere diverse sia da persona a persona sia nelle diverse fasi del percorso terapeutico.

Alcuni pazienti sentono di voler riprendere i rapporti sessuali dopo il trattamento della malattia; altri, invece, vivono la sessualità come un momento a cui non sentono più di volersi dedicare, a volte a causa dei cambiamenti determinati dalle terapie e dagli interventi subiti, a volte per perdita di interesse per quell'aspetto della relazione.



La sindrome genito-urinaria è una condizione cronico-progressiva caratterizzata da atrofia vulvo-vaginale e delle basse vie urinarie, secchezza vaginale, dolore e/o sanguinamento durante il rapporto sessuale, irritazione, prurito, incontinenza da urgenza, incontinenza da stress, disuria, cistiti ricorrenti.



Maggiori informazioni sulla sindrome genito-urinaria sono disponibili sul sito dell'associazione Sexandthecancer®, www.sexandthecancer.it.



Molti pazienti desiderano riprendere l'attività sessuale dopo il trattamento della malattia, ma i tempi e i modi variano da individuo a individuo.



L'informazione pre-trattamento è fondamentale per un migliore adattamento.

È noto quanto sia difficile per il paziente, ma anche per il medico/lo psicologo parlare di un aspetto considerato parte della sfera intima della persona e spesso non parte integrante della cura del tumore.

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.

Un elemento fondamentale per la 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 abbia la possibilità di 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 mirati al raggiungimento di specifici obiettivi concordati. Sarà fondamentale affrontare insieme le sue paure, come quelle sulla sicurezza dell'attività sessuale durante e dopo il 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 nuocergli 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 a 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 (la difficoltà di 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.

Un altro aspetto fondamentale è la comunicazione all'interno della coppia, così lo psicologo può incoraggiare la coppia a parlare più apertamente della 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 di non essere più desiderabili, di poter procurare dolore al partner o di richiederli 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. Gli incontri con lo psicologo permettono alla maggior parte dei pazienti di riprendere un'attività sessuale appagante. Quando lo psicologo ravvisa la necessità di trattamenti più intensivi o di tipo medico o sessuologico, indirizza il paziente allo specialista. In caso di disfunzione erettile persistente, l'andrologo utilizzerà una terapia riabilitativa sistemica a base di farmaci (inibitori della fosfodiesterasi) o locale, iniettando direttamente nel pene prostaglandine o 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



Le paure che impediscono al paziente e al partner di riprendere l'attività sessuale, anche se si sentono desiderosi di farlo, sono:

- la paura di trasmettere al partner la malattia, di nuocergli durante e alla fine dei trattamenti radioterapici o chemioterapici;
- la paura di essere poco desiderabile dopo i cambiamenti che il corpo ha subito a seguito dei trattamenti o alla perdita di un aspetto del funzionamento sessuale (la difficoltà di erezione per l'uomo, il dolore durante la penetrazione nella donna).

Molto importante è anche la comunicazione all'interno della coppia.

Gli incontri con lo psicologo permettono alla maggior parte dei pazienti di riprendere un'attività sessuale appagante. Quando lo psicologo ravvisa la necessità di trattamenti più intensivi o di tipo medico o sessuologico, indirizza il paziente allo specialista.

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. 28, 'Che cosa fare in caso di scarsa lubrificazione/dolore alla penetrazione per la donna').

L'importanza della consulenza sessuologica



L'obiettivo della consulenza sessuologica è offrire alla persona interessata informazioni e sostegno per la propria condizione specifica, ma soprattutto di sapere che i sintomi avvertiti possono essere trattati e spesso curati.

La consulenza sessuologica è lo strumento principale per intercettare i disagi sessuali.

Può essere effettuata da diverse figure professionali tra cui psicologi, medici, infermieri e ostetriche esperti nel trattamento delle problematiche sessuali. È importante scegliere a chi rivolgersi sulla base della natura (pratica, corporea oppure psicologica) del problema avvertito. Sarà poi il professionista a proporre o richiedere l'eventuale collaborazione di altre figure professionali in caso di necessità di un intervento multidisciplinare.

L'obiettivo della consulenza sessuologica è innanzitutto quello di offrire alla persona interessata la possibilità di ricevere informazioni e sostegno per la propria condizione specifica. Spesso la difficoltà che s'incontra nel condividere con il medico i problemi della sfera sessuale impedisce alla persona di ricevere informazioni importanti, che potrebbero permettere di scoprire che i sintomi vissuti in realtà sono comuni a molti altri individui affetti dalla stessa malattia e sottoposti agli stessi trattamenti, ma soprattutto che possono essere trattati e spesso curati. Al contrario,

la mancata comunicazione determina sentimenti di isolamento e di aumento della sofferenza.

La consulenza sessuologica è importante per distinguere il sintomo riferito dal problema che questo genera nella persona. Ad esempio, il sintomo 'calo del desiderio sessuale' può non essere un fastidio per la persona che non si sente disponibile ad avere un rapporto sessuale, ma può diventare un problema se provoca un senso di colpa nei confronti del partner.

Chi decide di affidarsi a una consulenza sessuologica ha la possibilità di affrontare tutte le tematiche legate al sesso e alla malattia oncologica (dall'esplorazione della sessualità prima della malattia alle difficoltà specifiche – di natura pratica o emotiva - che il paziente riscontra, dai desideri e bisogni che emergono a tutti gli aspetti della relazione di coppia).

Consigli utili

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



Per trovare il consulente sessuologico più vicino rivolgersi alla helpline di Aimac (tel. 06 4825107) oppure consultare l'elenco dei professionisti iscritti alla Federazione Italiana Sessuologia Scientifica (www.fissonline.it).



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. (tel. 06 4825107, info@aimac.it).

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 sui tumori 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 (per la donna)

Nemmeno in questo caso esiste una soluzione valida per

tutti, ma di seguito si riportano alcuni consigli che si rivelano efficaci per diverse donne.

- Guidare il partner ad eccitare nel modo migliore possibile.
- Usare un lubrificante (in vendita in farmacia).
- Potenziare l'eccitamento attraverso l'uso di un vibratore o di altri dispositivi appositi.
- Creare fantasie erogene per accrescere l'eccitamento.
- Mantenersi toniche facendo esercizi per allungare il canale vaginale.
- Stimolare inizialmente con 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.

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. Per ridurre l'elevato impatto emotivo che la perdita della capacità riproduttiva può avere sull'individuo, sono attualmente disponibili strategie di prevenzione dell'infertilità



Nonostante i progressi nelle tecniche diagnostico-terapeutiche, la cura di molti tumori può compromettere la capacità riproduttiva. La percezione del problema varia in funzione dell'età e del sesso, ma soprattutto del significato che la fertilità ha nella storia personale e sociale del paziente.



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



Alcune tecniche per preservare la fertilità sono: *nell'uomo*, il deposito con successivo congelamento del liquido seminale in apposite banche prima della chemioterapia o della radioterapia; *nella donna*, la raccolta e il congelamento degli ovociti prima dell'inizio delle terapie antitumorali.



L'elenco dei centri di procreazione medicalmente assistita è disponibile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità - Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita.

conseguente ai trattamenti antitumorali.

Nell'uomo, il deposito con successivo congelamento del liquido seminale in apposite banche prima della chemioterapia o della radioterapia (per il trattamento di tumori dell'apparato gastrointestinale o genito-urinario) rappresenta la tecnica più diffusa. A seguito degli sviluppi delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, non è più necessario procedere a ripetuti depositi. Sono ancora sperimentali le tecniche di prelievo e congelamento del tessuto testicolare.

Nella donna, la raccolta e il congelamento degli ovociti sono possibili in tutte le neoplasie (compreso il tumore della mammella ormono-sensibili) prima dell'inizio delle terapie antitumorali. Il prelievo degli ovociti è preceduto da due settimane di stimolazione ovarica con somministrazione di specifici ormoni femminili e si esegue sotto controllo con ecografia transvaginale. Le procedure di raccolta e congelamento degli ovociti sono accessibili anche se non si ha un partner e sono inserite nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali della maggioranza degli ospedali italiani, senza costi aggiuntivi.

L'altra modalità disponibile per preservare la fertilità consiste nella raccolta e il congelamento del tessuto ovarico, soprattutto quando il tempo a disposizione prima dell'inizio dei trattamenti antitumorali è limitato. Tuttavia, tale tecnica rimane ancora sperimentale ed è disponibile solo in alcuni centri selezionati.

È importante affrontare il discorso della maternità/paternità dopo il cancro con l'équipe di cura, così da poter discutere le possibili conseguenze sul feto dei trattamenti antitumorali, la possibile trasmissione di geni predisponenti allo sviluppo della malattia oncologica alla prole, la paura di morire prematuramente, lasciando il bambino e il partner da soli.

Alcune domande frequenti sulla sessualità nel malato oncologico

Posso contrarre il tumore dal mio partner?

No, i tumori non si trasmettono per via sessuale.

L'attività sessuale può causare l'insorgenza di un tumore?

No, l'attività sessuale non causa direttamente l'insorgenza di un tumore, 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 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 chirur-



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

gia 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 un tumore?

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.



La helpline di Aimag: un servizio che risponde in tempo reale alle domande dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - **tel. 06 4825107**, e-mail **info@aimac.it**.

I punti informativi

Sono attivi presso i principali centri di cura. Omogenei per approccio al paziente e attività, distribuiscono gratuitamente materiale informativo per i pazienti e i loro familiari e svolgono attività di ricerca per individuarne i nuovi bisogni. **Per i nomi e gli indirizzi dei singoli centri rivolgersi ad Aimac (06 4825107) oppure consultare il sito dell'associazione all'indirizzo www.aimac.it.**



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 La sessualità nel malato oncologico
- 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 Il mieloma multiplo
- 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 del testicolo
- 35 Il cancro muscolo-invasivo della vescica

Aimac pubblica anche:

Schede sui farmaci antitumorali

Forniscono informazioni di carattere generale sui singoli farmaci e prodotti antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

Schede sui tumori

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*
- I test molecolari in oncologia
- Il dolore neuropatico dopo il cancro **
- Il test del PSA
- 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
- La stomia nel cancro del colon-retto
- La termoablazione **
- La vita dopo il cancro**
- Lavoratori malati di tumore: 10 consigli al datore di lavoro
- Le terapie immuno-oncologiche
- Oltre le nuvole*
- Padre dopo il cancro
- Quando il mio papà è tornato*
- Quando un figlio è malato**
- Radiologia interventistica
- Tumori rari - Come orientarsi

* disponibile solo online

** pubblicato da F.A.V.O. (www.favo.it) di cui Aimac è socio

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 € 30 per i soci ordinari, € 150 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 o Paypal attraverso il sito www.aimac.it

Finito di stampare nel mese di marzo 2022

Progetto grafico e stampa: Mediateca S.r.l. I www.mediateca.cc

Impaginazione: Mariateresa Allocco - mariateresa.allocco@gmail.com



AIMaC è anche presente su



YouTube

<http://forumtumore.aimac.it>



aimac

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

via Barberini 11 | 00187 Roma | tel +39 064825107 | fax +39 0642011216
www.aimac.it | info@aimac.it