

Vissuto e cura del dolore sessuale dopo tumori femminili

Parte prima: il tumore al seno

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

Presidente della Fondazione Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus

ABSTRACT

Il tumore al seno è il paradigma di come un tumore maligno possa colpire i tre domini principe della sessualità: **l'identità sessuale, la funzione sessuale e la relazione di coppia**. La gravità dell'impatto è legata a numerose variabili: il tipo di tumore (è massima per la mammella e per i tumori ginecologici, nonché per i tumori che comportino menopausa precoce a causa di chemioterapia e/o radioterapia), l'età al momento della diagnosi, lo stadio della malattia, gli effetti collaterali di chirurgia, chemio e radioterapia, nonché delle terapie adiuvanti; la presenza di esiti cosmetici negativi e/o la comparsa di linfedema; la menopausa precoce iatrogena, con i problemi di infertilità e quelli correlati a possibili gravidanze future; le conseguenze della carenza estrogenica e androgenica cronica, con le sue ripercussioni sul cervello, sugli organi di senso, sulle articolazioni, sull'osso, sull'apparato gastrointestinale, sull'apparato genitale e sul pavimento pelvico, nonché sul livello di infiammazione generale, con tutte le sindromi algiche e depressive correlate. Sfortunatamente il ruolo dei fattori biologici nella crisi della sessualità dopo tumore alla mammella è nettamente sottovalutato e sottostudiato rispetto alle variabili psicologiche e relazionali.

Obiettivo della relazione è quindi approfondire soprattutto le **componenti biologiche** con cui il tumore della mammella, in primis e le terapie di cui necessita impattano sulle diverse dimensioni della sessualità femminile. Speciale risalto verrà dato agli **spazi concreti di terapia**, per offrire opportunità di counselling e strumenti terapeutici utili nella pratica quotidiana. Il trattamento include consigli relativi allo **stile di vita, automassaggio al seno** finalizzato alla migliore integrazione del seno operato nell'immagine corporea (specie dopo mastectomia), anche per migliorare il recupero sensoriale di cute e areola, secondo i principi della **neuroriabilitazione; fisioterapia**, sia per prevenzione e cura del **linfedema**, sia **per rilassare i muscoli del pavimento pelvico in caso di dispareunia**, associata o meno a secchezza vaginale; **terapie ormonali** (quando oncologicamente appropriate) e aiuti **non ormonali; interventi psicoterapeutici strutturati** a breve termine.

Un approccio multidisciplinare qualificato può aiutare le donne operate al seno, e i loro partner, a recuperare una migliore qualità di intimità ed erotismo, se desiderati.

PUNTI CHIAVE

Il 25% delle donne affette da cancro mammario non è ancora in menopausa al momento della diagnosi. Molte si trovano ad affrontarlo quando una parte importante del loro ciclo vitale è ancora in divenire: perché stanno cercando una relazione stabile, oppure non hanno ancora avuto il primo figlio o hanno figli piccolissimi.

Le ripercussioni sulla sessualità e la vita di coppia possono essere quindi ancora più profonde e laceranti: **il 23% delle coppie in cui la donna ha un tumore alla mammella si separa dopo la diagnosi; questo evento si verifica solo nel 7% delle coppie se è lui ad avere un tumore maligno.**

Il carico della diagnosi di tumore si inserisce quindi su una situazione molto impegnativa dal punto di vista affettivo ed esistenziale e può aprire una serie di domande che vanno oltre la sopravvivenza personale. Purtroppo nelle donne più giovani la presenza di forme tumorali a volte più aggressive richiede l'uso di una chemioterapia associata all'intervento chirurgico e/o alla radioterapia mammaria.

Tutte le ricerche condotte su donne affette da cancro alla mammella concordano nel riconoscere che **l'aggiustamento in termini di qualità di vita globale, dopo questa diagnosi, è soddisfacente per il 70-80 per cento delle donne.** Con una costosissima **eccezione: la funzione sessuale e la soddisfazione fisica sessuale mostrano infatti un significativo peggioramento, massimo nelle donne più giovani**, che erano in età fertile al momento della diagnosi. Uno studio prospettico di Patricia Ganz dimostra anche che il momento di massimo recupero dopo diagnosi e cura del cancro coincide con il primo anno. Dopo tale periodo la tendenza al peggioramento della sessualità, in senso fisico, erotico, diventa sempre più marcata: **il prezzo della sopravvivenza** va a colpire al cuore una delle espressioni più appaganti della femminilità. Questo deterioramento corrisponde al peggioramento dei sintomi dipendenti dalla

Visuto e cura del dolore sessuale dopo tumori femminili - Parte prima: il tumore al seno

Abstract della lettura su "Come affrontare le ferite della sessualità dopo il tumore al seno: consigli pratici",
presentata al convegno ECM "Tumori femminili: curarsi senza rinunciare a vivere con serenità",
Modena, 21 settembre 2012

carenza di ormoni femminili causata dalla menopausa, provocata anticipatamente o naturale, comunque non curabile con ormoni dato il pregresso tumore mammario.

I **sintomi sessuali più lamentati**, presenti fino al 62% delle donne che erano ancora in età fertile al momento dell'intervento sono:

- 1) **una netta caduta del desiderio sessuale**, che dipende:
 - a) dalla **depressione**, che spesso accompagna la diagnosi di tumore, anche per il vissuto negativo della chirurgia, della chemioterapia e della radioterapia, spesso così impegnative; una depressione che peggiora in mancanza di conforto e di aiuto, problema più frequente quando la donna è sola, con difficoltà economiche o quando vive relazioni conflittuali o deludenti. Va peraltro sottolineato che la **depressione** ha anche una **componente biologica potente** e sottostimata, legata **all'incremento di molecole infiammatorie** associato sia al tumore, sia agli effetti di chemio e radioterapia sull'organismo;
 - b) dalla **ferita sull'immagine di sé**, per l'intervento al seno: la donna si sente spesso sminuita nella sua bellezza, nella sua desiderabilità, in modo variabile in rapporto al tipo di intervento (conservativo o radicale), alle eventuali recidive, al risultato cosmetico, alla qualità delle cicatrici e degli interventi ricostruttivi, nonché all'impatto su cute, mucose e capelli di eventuali chemioterapie;
 - c) dalla **perdita di ormoni femminili** per la menopausa, spontanea o iatrogena: la carenza di estrogeni e la riduzione degli androgeni colpiscono infatti le basi neurobiologiche del desiderio, dell'eccitazione mentale e fisica: una donna su due lamenta l'impoverimento della propria sessualità fisica, con un andamento che peggiora nel tempo, come purtroppo ben dimostrato dagli studi prospettici di Patricia Ganz. Terapie con tamoxifene o inibitori delle aromatasi possono avere un ulteriore effetto peggiorativo sul fronte sessuale, sia per l'effetto diretto sulla funzione sessuale a livello centrale e genitale, sia per il peggioramento dei sintomi menopausali;
 - d) dalla comparsa del **linfedema**, e di progressive limitazioni funzionali correlate, al braccio omolaterale all'intervento. Questa complicanza – presente fino al 30-40% delle donne operate di linfadenectomia ascellare omolaterale, e in circa l'1,8% delle donne sottoposte a biopsia del linfonodo sentinella – ferisce la sessualità con la sua coorte di sintomi invalidanti e il danno ulteriore all'immagine di sé;
 - e) dalla presenza e gravità di **sintomi menopausali** impegnativi: le vampate, l'insonnia, le tachicardie notturne, le artralgie, che costituiscono ulteriore fattore di stress biologico, oltre che emotivo, e che si sommano ai sintomi sessuali e neuropsichici;
- 2) **difficoltà di lubrificazione con secchezza vaginale e dolore ai rapporti** (dispareunia), fino a renderli impossibili, soprattutto per gli effetti negativi della carenza di estrogeni secondaria alla menopausa (indotta dalla chemioterapia o spontanea); alcune donne lamentano anche la comparsa o il peggioramento di **cistiti post-coitali**, causate dal trauma meccanico vescicale in condizioni di secchezza vaginale, dispareunia e contrazione difensiva del muscolo elevatore dell'ano;
- 3) **difficoltà o impossibilità all'orgasmo**, per il dolore e l'inadeguatezza delle due fasi precedenti. Per inciso, dispareunia e difficoltà orgasmiche diventano più significative nei tumori ginecologici, specie della cervice uterina, soprattutto se è stato necessario estendere la radicalità vaginale e/o se la radioterapia sulla cupola non è stata associata a trattamento riabilitativo precoce per mantenere la migliore abitabilità vaginale;
- 4) **insoddisfazione fisica sessuale**, frustrazione e depressione sia per se, sia per i problemi che questa ferita sulla sessualità può creare anche alla relazione di coppia, specie nelle coppie più giovani.

Per la coppia, la diagnosi e la terapia per tumore implicano uno stress biologico e psichico tanto maggiore quanto più la coppia è giovane e non ha ancora realizzato il progetto procreativo. Limitazione emotive e sessuali possono causare depressione reattiva nel partner, difficoltà fino all'evitamento dell'intimità, e sintomi più specifici quali caduta di desiderio, deficit erettivi transitori o precocità eiaculatoria.

In positivo, è possibile migliorare questi aspetti della sessualità dopo tumore:

- **riducendo alcuni sintomi legati alla menopausa con due grandi linee di intervento:**
 - a) **in caso di tumori ormono-dipendenti** (mammari ma anche adenocarcinomi endometriali ed ovarici), i sintomi menopausali possono essere in parte affrontati anche grazie all'uso di farmaci, quali alcuni antidepressivi di ultima generazione, come la paroxetina, che aiutano la donna su tre fronti: riducono infatti significativamente le vampate, l'ansia e la depressione. Bisogna però usarli alla dose minima efficace perché possono inibire l'orgasmo, o associare alla terapia il bupropione, farmaco che protegge la sessualità contribuendo, seppure moderatamente, a migliorare l'umore. Un farmaco che si è dimostrato utile per le vampate è anche il gabapentin, un antiepilettico da usare a dosi di 600-1500 mg al giorno (a dosi crescenti da 300 mg). Alcuni oncologi consigliano i fitoestrogeni (estratti dalla soia o dal trifoglio rosso), che possono essere assunti in forma di integratori alimentari, anche se non esiste consenso in materia. I fitoestrogeni sono

Graziottin A.

Vissuto e cura del dolore sessuale dopo tumori femminili - Parte prima: il tumore al seno

Abstract della lettura su "Come affrontare le ferite della sessualità dopo il tumore al seno: consigli pratici",
presentata al convegno ECM "Tumori femminili: curarsi senza rinunciare a vivere con serenità",
Modena, 21 settembre 2012

sostanze naturali, estratte dalle piante, simili agli estrogeni, ma con potenza biologica 1000-10000 volte inferiore, che presentano un'azione simile al tamoxifen, in quanto interagiscono preferibilmente con i **recettori estrogenici di tipo beta**, che mediano l'azione **antiproliferativa** degli estrogeni. Hanno il vantaggio di ridurre alcuni sintomi (quali le vampate di calore, del 35-45%), peraltro con efficacia di poco superiore al placebo;

b) in caso di tumori mammari non ormono-dipendenti la terapia ormonale sostitutiva locale vaginale (per esempio con promestriene, estrogeno sintetico che non sembra superare la membrana basale della mucosa vaginale) può essere considerata, d'accordo con l'oncologo curante, se i sintomi sessuali portati in consultazione sono invalidanti per la donna e la relazione di coppia;

- **riducendo il dolore ai rapporti**, mediante esercizi finalizzati a rilassare il muscolo che circonda la vagina -la cui contrazione provoca dolore- e mediante stretching pelvico e automassaggi, che la donna può fare da sola, con olio di iperico o gel di aliamidi, volti a migliorare la elasticità e il benessere delle mucose.
- **offrendo un supporto psicosessuale a entrambi i partner** (anche l'uomo che vuole aiutare la propria compagna in questo difficile passaggio esistenziale ha bisogno di informazioni, di ascolto, di risposte ai suoi dubbi, alle sue paure, alle sue difficoltà!) con suggerimenti pratici che aiutino la coppia a superare questa difficile prova mantenendo una soddisfacente intimità fisica, anche sessuale.

Infine, è necessaria una maggiore **disponibilità dei medici** a parlare anche di sessualità con le loro pazienti. Una ricerca italiana indica che tra le donne operate al seno solo il 15% riesce a parlare dei problemi sessuali con il proprio medico o con lo psicologo del centro oncologico, mentre il 62% ne parla apertamente con il partner. Segno che il problema c'è e che il tabù ad affrontarlo dipende anche dalla chiusura del personale sanitario.

In positivo, c'è oggi una crescente richiesta da parte delle donne di migliorare la loro qualità di vita. Molte donne trovano per la prima volta il coraggio di affrontare l'insoddisfazione della propria vita sessuale proprio combattendo il loro tumore. Moltissime vogliono ritrovare un'intimità smarrita o ferita a causa di mesi e anni di cure.

E' nostro compito, di medici, psicoterapeuti, fisioterapisti, il dare non solo una risposta adeguata in termini oncologici, o dare ascolto e parole al dolore. Dobbiamo dare risposte anche al desiderio di vita. E non c'è sentinella di vita più forte del piacere fisico ritrovato, sia in una maggiore percezione di energia e di salute, sia nell'intimità di una relazione d'amore.