

Nota sul corso

23.10.2025

Misure linfologiche dopo
un intervento chirurgico
alla prostata

Carcinoma della prostata

Solo una gamba gonfia dopo la rimozione della prostata?

Ogni anno in Svizzera oltre 7000 uomini sviluppano un tumore alla prostata. Si tratta del tipo di cancro diagnosticato più spesso negli uomini. Se il tumore è individuato precocemente, è possibile curarlo intervenendo chirurgicamente. Le conseguenze possono essere incontinenza urinaria, disfunzione erettile e linfedemi.

Fattori di rischio

Il maggiore fattore di rischio per lo sviluppo di un carcinoma della prostata è l'età. Il numero di tumori diagnosticati aumenta in continuazione, da un lato perché le persone invecchiano di più e dall'altro siccome è aumentato lo screening (esami di routine). Un rischio elevato sussiste anche nel caso in cui un parente di primo grado (padre, fratello) soffre di tumore alla prostata.

«L'età è il maggiore fattore di rischio per lo sviluppo di un carcinoma della prostata»

Struttura e funzione della ghiandola prostatica

La prostata è una ghiandola dell'apparato genitale maschile delle dimensioni simili a una castagna. È situata direttamente sotto la vescica e attorno alla prima porzione dell'uretra. La prostata produce parte del liquido seminale, che trasporta gli spermatozoi nell'uretra durante l'eiaculazione.

La prostata produce il PSA (antigene prostatico specifico), una proteina che ha la funzione di liquefare il liquido seminale. Il PSA è rilevabile nel sangue. Il testosterone, il principale ormone sessuale maschile, promuove la crescita delle cellule prostatiche.

Con l'avanzare dell'età, nella maggior parte degli uomini le cellule prostatiche sane della prostata si moltiplicano, provocando un ingrossamento benigno della prostata. Spesso questo ingrossamento causa difficoltà a urinare.

Screening, diagnosi precoce

Agli uomini con una familiarità viene consigliato di sottoporsi a uno screening a partire da un'età di 40 anni (o dai 50 anni). Oltre a un'anamnesi, questo prevede un esame rettale digitale (Esplorazione rettale digitale, ERD) per rilevare le alterazioni della dimensione o la presenza di eventuali noduli nella parte di prostata rivolta verso il colon. Viene inoltre misurato il valore di PSA nel sangue. Un quantitativo elevato indica una maggiore attività delle cellule prostatiche.

Se si sospetta la presenza di un tumore, la prostata può essere visualizzata con una sonda a ultrasuoni introdotta nel retto. Un altro metodo di analisi è l'imaging a risonanza magnetica o semplicemente risonanza magnetica (MRI/RM). La diagnosi definitiva di carcinoma della prostata è effettuata mediante una biopsia (punch) con l'esame del tessuto in laboratorio.



1

Trattamento

Se il tumore è circoscritto alla prostata, non ha colpito linfonodi, non ha provocato metastasi e cresce lentamente, la situazione può essere osservata attivamente con controlli regolari.

Se invece il tumore si trova localmente in uno stadio più avanzato, con coinvolgimento dei linfonodi presenti nel bacino, si raccomanda di eseguire una prostatectomia radicale per rimuovere completamente le cellule tumorali senza residui di tumore. Attualmente, nella maggior parte dei casi, essa è effettuata con la tecnica laparoscopica, robotica, minimamente invasiva.

Se nel tessuto rimangono cellule tumorali, si ricorre anche a una radioterapia, alla chemioterapia o a una terapia antiormonale volta a inibire la produzione di testosterone.

Conseguenze e complicazioni

Un anno dopo una prostatectomia radicale, dal 5 al 47 % degli uomini sottoposti a intervento chirurgico continuano a soffrire di occasionali perdite di urina, ad esempio quando sollevano pesi. Questo è dovuto alla rimozione del muscolo sfintere interno involontario, situato all'uscita della vescica, durante la prostatectomia. Dopo l'intervento rimane quindi solo lo sfintere esterno volontario (controllabile), la cui funzione è migliorata attraverso una ginnastica mirata del pavimento pelvico.



2

Nel primo mese dopo l'intervento l'80 % dei pazienti operati indossa un assorbente, dopo un anno il 10 %. Dopo due anni la situazione si rivela irreversibile nel 2-10 % dei pazienti, l'incontinenza perdura. Se il paziente soffre molto, in questo caso è possibile inserire uno sfintere artificiale.

La disfunzione erettile colpisce in media l'80% dei pazienti operati. In queste persone il fascio di nervi che controllano l'erezione è stato leso durante l'intervento chirurgico o ha dovuto essere rimosso a seguito della dimensione del tumore. Il 78 % degli uomini sottoposti a prostatectomia lamentano disturbi della libido, dal 6 al 90 % una disfunzione erettile, dall'87 al 96 % un ridotto volume di eiaculazione.

Dalla medicina basata sulle evidenze emerge che una terapia di esercizi fisici di elevata intensità è associata a una migliore funzione sessuale. Si raccomandano esercizi del pavimento pelvico in combinazione con un allenamento Pilates e/o il biofeedback.

«Gli esercizi del pavimento pelvico in combinazione con un allenamento Pilates e/o il biofeedback aiutano.»



3

Dopo una prostatectomia radicale possono insorgere linfedemi. Durante l'intervento chirurgico vengono di regola rimossi i linfonodi del bacino, causando un'insufficienza meccanica organica del sistema linfatico.

L'adenectomia può provocare un disturbo del flusso fisiologico della linfa dalle gambe attraverso i linfonodi inguinali regionali verso la catena iliaca e lombare. Questo riduce la capacità di trasporto del sistema linfatico. Una o addirittura entrambe le estremità inferiori, eventualmente anche i quadranti linfatici inferiori, si gonfiano. In questo caso si parla di un linfedema secondario ricco di proteine, che richiede un intervento terapeutico mirato. Per effettuare un trattamento terapeutico basato su linfodrenaggio manuale e compressione è necessario disporre di conoscenze di base e un approccio sistematico.

Se le vie di drenaggio fisiologiche non sono in parte più presenti, è necessario creare dei bypass. Una palpazione precisa consente di individuare le zone edematose, ovvero le aree in cui si verifica un reflusso dermico (dermal backflow). È ovvio che queste zone non possono essere drenate poiché la linfa non può defluire. Una palpazione precisa permette di individuare le zone edematose.

Philippe Merz



4

Scopo della palpazione

- Localizzare l'edema tenendo conto delle linee di confine, di territorio, e dei quadranti.
- Determinare le zone prive di edema.

Processo di riflessione

- Possono essere drenati solo i linfonodi «funzionali» di una zona priva di edemi.
- Nelle persone colpite richiamare l'attenzione su edemi, perdita di urina e impotenza.

1 Test della fovea (esecuzione)

2 Test della fovea positivo (segno di edema)

3 Segno di Stemmer (segno di linfedema di stadio 2-3)

4 Guanto compressivo per l'avampiede

Bibliografia

Il cancro della prostata (opuscolo della Lega svizzera contro il cancro), lega contro il cancro, Berna | 3a edizione Cancro della prostata (legacancro.ch)

Philippe G. La rééducation périnéo-sphinctérienne chez l'homme après prostatectomie totale. Kinésithér Scient 2023 ;649 :13-25

Böwe R., Beuth J. Einfluss von Bewegungstherapie auf sexuelle Dysfunktionen bei Patienten mit Prostatakarzinom als Begleitung (oder nach) medizinischer Tumorbehandlung. Ein systematisches Review. Physioscience 2022; 17:60-68. Thieme

Philippe Merz

Fisioterapista MPTSc e docente esterno presso la Fachhochschule Bern, esperto tecnico presso il Kurhotel Sonnmatt Luzern