

Mi Spieghi Dottore

Esiste la menopausa maschile?



Vincenzo Gentile, presidente Società italiana di andrologia, direttore Urologia, Univ. La Sapienza, Roma

Anche l'uomo ha la sua «menopausa», che si può manifestare con diversi sintomi legati sia alla sfera sessuale sia a quella fisica e psicologica. Ma per diagnosticare questa condizione devono essere presenti alcuni sintomi specifici, come segnala uno studio pubblicato di recente sul *New England Journal of Medicine*.

Cos'è la «menopausa» maschile?

La cosiddetta *andropausa* è meglio definita come ipogonadismo a esordio tardivo. In pratica, verso i 40 anni comincia un calo fisiologico del testosterone, ma i sintomi compaiono verso i 50-60 anni.

Come si riconosce?

L'ipogonadismo tardivo è caratterizzato da diversi sintomi sia fisici sia psicologici, come calo del desiderio, riduzione della

memoria, diminuzione della massa muscolare, depressione. Per essere diagnosticato devono però manifestarsi tre sintomi: minore frequenza delle erezioni mattutine, pensieri sessuali più rari e disfunzione erettile, nonché bassi livelli di testosterone.

Qualche consiglio?

Uno stile di vita salutare, caratterizzato da un'attività fisica regolare e da una dieta equilibrata, aiuta a mantenere il peso nella norma e a rallentare il fisiologico calo del testosterone legato all'avanzare dell'età. Di fronte a una chiara diagnosi di ipogonadismo tardivo può giovare una terapia sostitutiva con testosterone, a patto però che non ci siano controindicazioni, prima fra tutte un eventuale tumore delle prostata.

A cura di Antonella Sparvoli



D'Elia: «Un robot in sala operatoria, così l'intervento diventa più gentile»

di **ROBERTO GERVASO**

CENT'ANNI fa, un giornalista e scrittore cecoslovacco, Karel Capek, lanciò il termine robot (dal ceco robota, "lavoro duro, lavoro forzato"). Il mondo del cinema ne fu affascinato: il regista Fritz Lang vi s'ispirò in "Metropolis" nel 1927 e, con strepitoso successo, Charley Chaplin in uno dei suoi più esilaranti film muti "Tempi moderni", nel 1937. Il protagonista lavora alla catena di montaggio, imbullonando dadi a ritmi vertiginosi. Nella pausa pranzo viene sfamato da un robot che, a un certo punto, s'inceppa e, fra la costernazione generale, trasforma Charlot in vittima di quell'ordigno infernale, improvvisamente impazzito.

Chi avrebbe detto che il robot avrebbe fatto tanti progressi e, applicato alla medicina e alla chirurgia, salvato tante vite. Che continua a salvare perché diventato routine, grazie ai medici che ne hanno capito l'efficacia e, ormai, l'indispensabilità. Come Gianluca D'Elia, primario di urologia, eccellenza delle eccellenze dell'ospedale romano San Giovanni.

Cos'è la chirurgia robotica?
È una chirurgia meno invasiva, meno traumatica, più precisa e delicata di quella tradizionale. È una chirurgia più gentile nei confronti del paziente.

Perché?

Evita le grandi incisioni. Come la laparoscopia, fa uso di sottili strumenti chirurgici e di una telecamera.

In che modo questi strumenti vengono introdotti all'interno del campo operatorio?

Attraverso piccoli fori.

In laparoscopia chi manovra gli strumenti chirurgici e la telecamera?

Direttamente le mani del chirurgo.

E nella chirurgia robotica?

Vengono sostituiti dalle braccia di un robot che li rende molto più stabili e precisi.

Il robot si sostituisce al chirurgo?

Mai, il robot non fa nulla da solo. Affianca il chirurgo, ne esalta l'abilità manuale e ne perfeziona i movimenti.

Tutto, insomma, è sempre nelle mani del chirurgo.

Il quale, da una consolle, guarda il campo operatorio in una visione tridimensionale ad alta definizione. Da questa consolle manovra la telecamera e gli strumenti chirurgici che riproducono esattamente i movimenti delle sue mani e delle sue dita.

Quando è nata la chirurgia robotica?

Negli anni Novanta per mediare o sostituire l'intervento sanitario in situazioni di guerra o di calamità tramite la telechirurgia, la chirurgia a distanza.

Quando fu messo a punto il primo robot chirurgico?

Grazie alla collaborazione dell'USA Army per eseguire interventi in contesti bellici, evitando che il chirurgo potesse, a sua volta, essere colpito in zona di battaglia. In una simulazione, il soldato ferito veniva trasportato non lontano dall'area di battaglia, in un camper con un robot chirurgico.

E quindi?

Il robot veniva manovra-

to dal chirurgo che, trovandosi a una distanza sicura, in un centro ospedaliero, provvedeva al soccorso.

Chi ha inventato il robot?

L'ingegnere biomedico Phi-

lip S. Green, integrando sistemi di controllo a distanza, microtelecamere, visori tridimensionali e tecnologia computer-assistita in un'unica macchina che fa immergere il chirurgo nel campo operatorio. La tecnologia introdotta da Green permette di filtrare i movimenti delle mani.

Con il risultato?

Di eliminare il tremore naturale anche dei chirurghi più abili.

Il primo a fare uso dei robot chirurgici?

Il professor Mario Viganò, cardiocirurgo del Policlinico di Pavia. Con esso, nel luglio 1999, eseguì un by-pass aorto-coronarico.

I limiti del robot?

Il costo elevato, equivalente a quello di una Bugatti Vyrón, la più costosa auto del mondo.

E chi può permetterselo, con l'aria che tira?

Ogni ospedale deve investire nel futuro.

Quando il paziente trae il

Il professor Gianluca D'Elia, primario di urologia dell'ospedale romano San Giovanni, da anni opera col robot. «Affianca l'uomo con grande abilità - racconta - ma non lo sostituisce e non fa nulla da solo»



**massimo vantaggio dalla
chirurgia robotica?**

Quando sono richiesti livelli di precisione chirurgica elevatissima, sia di demolizione che di ricostruzione, in campi operatori ristretti e d'impervio accesso. Come nell'asportazione radicale della prostata per cancro.

Il robot soppianderà le tecniche chirurgiche tradizionali?

Dalla sua introduzione, più di nove anni fa, la tecnica robotica è diventata lo standard per la terapia chirurgica del tumore prostatico.

In quali altre patologie chirurgiche si ricorre ai robot?

Nei tumori del rene e della vescica.

Più in generale?

Il robot Da Vinci offre vantaggi in tutti quegli interventi chirurgici che richiedono una visione minuziosa dei dettagli anatomici, una ultras dissezione delle strutture ana-

tomiche e una ricostruzione con suture in spazi difficilmente raggiungibili.

Che rischi comporta il robot?

Il rischio principale è l'uso inappropriato. I chirurghi che lo utilizzano devono aver superato un training specifico ed essere accreditati da centri riconosciuti.

Le competenze del chirurgo fanno la differenza.

Non certo la tecnologia che si usa.

Le patologie urologiche più comuni?

Il tumore della prostata è molto frequente. Rientra nei quattro "big killer" insieme con mammella, colon retto, polmone.

Quanti nuovi casi all'anno di carcinoma prostatico?

Quarantaseimila.

E l'ingrossamento benigno della prostata?

È sempre più frequente.

È vero che è un destino comune a tutti gli uomini?

Quasi. Così come vengono i capelli bianchi, le rughe, con il passare degli anni anche la

prostata s'ingrandisce. Ma niente allarmismi. Spesso an-

che una prostata aumentata di volume può non dare disturbi urinari. L'importante è sottoporsi a controlli regolari.

Come si diagnosticano le neoplasie prostatiche?

Con esami semplici: quello ematico del PSA, l'ecografia renale e l'esplorazione digito-rettale.

A che età bisogna sottoporsi a questi esami?

A partire dai cinquant'anni.

Con che scadenza?

Annuale.

E il tumore della vescica?

Mai trascurare i sintomi come la presenza di sangue nelle urine.

E del testicolo?

Attenti alla presenza di noduli a livello locale.

Come si curano i tumori maligni degli organi urinari (prostata, reni, vescica)?

Con la diagnosi precoce.

La terapia più efficace?

Chirurgica.

Che è sempre uno spauracchio.

Oggi meno che in passato, grazie alle metodiche mini-invasive, quali la laparoscopia e la robotica.

Perché?

Oltre a permettere l'asportazione totale del tumore, garantiscono un ridotto sanguinamento, minori dolori postoperatori, una più rapida convalescenza, una più breve degenza ospedaliera e un più precoce ritorno alle normali attività quotidiane.

La calcolosi urinaria?

Nella terapia, c'è stata, negli ultimi venticinque anni, una vera e propria rivoluzione.

Cioè?

Se nei primi anni Ottanta eravamo costretti a sottoporre tutti i pazienti a interventi chirurgici invasivi, oggi questo avviene solo in un caso su cento.

Grazie a quale tecnica?

Alla litotrissia extracorpo-

rea.

In che cosa consiste?

In un bombardamento dei calcoli con onde d'urto, tecniche endoscopiche mini-invasive, capaci di rimuovere la quasi totalità dei calcoli.

Senza incisioni cutanee?

Senza incisioni cutanee e sfruttando le cavità naturali del corpo.

Quando s'impone il bistu-**ri?**

Quando il paziente ha sintomi urinari dovuti all'ingrossamento benigno della prostata e questi sintomi persistono dopo un tentativo di terapia farmacologica.

A questo punto non rimane che eseguire l'intervento chirurgico.

Esattamente.

L'intervento mini-invasivo endoscopico ha ormai sostituito nella pratica clinica l'intervento chirurgico "a cielo aperto"?

La resezione transuretrale della prostata è, dopo la cataratta, l'intervento più frequentemente eseguito negli ospedali italiani.

La diagnosi precoce per i tumori maligni?

Permette di scoprire per tempo quelli aggressivi, ma confinati entro l'organo.

L'intervento chirurgico li cura definitivamente?

Sì, possiamo intervenire con le tecniche mini-invasive.

E le grandi incisioni di un tempo?

Sono ormai quasi dimenticate. La prostatectomia radicale robotica ci sta facendo conoscere nuove dimensioni.

Come si prevencono le patologie urologiche?

Con la prevenzione primaria basata anche sulle abitudini di vita.

Cioè?

Smettere di fumare, ridurre il peso corporeo, svolgere attività fisica.

Rinunciando a ciò che ci piace e ci diverte?

No. Ma senza venir meno alle sane abitudini di vita.

L'influenza della dieta?

È importante sul rischio d'insorgenza del tumore prostatico.

È vero che tutto ciò che fa bene al cuore fa bene alla prostata?

Si dice.

Il frequente consumo di carne?

In particolare di quella rossa,

aumenta il rischio sia di patologie cardiovascolari che prostatiche. Al contrario...

Al contrario?

Una dieta basata principalmente sull'assunzione di verdure gialle e verdi, olio di oliva e frutta svolgerebbe un'azione protettiva sulla formazione del tumore prostatico attraverso sostanze antiossidanti.

È vero che i maschi che ingeriscono molti grassi hanno in genere elevati livelli plasmatici di testosterone?

Sì. E questi livelli non portano alcun beneficio alla salute.

Non rendono nemmeno l'uomo più virile?

No. Anzi possono stimolare eccessivamente le cellule prostatiche, aumentando il rischio di cancro della ghiandola.

E veniamo alla prevenzione maschile.

Dopo trent'anni di politiche sanitarie sulla prevenzione delle donne, ci si rende conto dell'importanza di quella maschile.

È vero che gli uomini vivono in media cinque anni in meno delle donne?

Sì.

Le cause?

Sono strettamente legate ad aspetti "poco salutari" del comportamento maschile.

Quali?

Le donne si sottopongono molto più diligentemente a cure e controlli, senza bisogno di incoraggiamenti.

In che media gli uomini vanno dal medico?

La metà. E solo in presenza di sintomi. Ma c'è di più.

Che cosa?

Gli uomini hanno un'allergia

atavica a farsi visitare spontaneamente le parti intime.

Perché?

Per orgoglio.

L'uomo accetta meno la malattia?

E fa di tutto per evitare di scoprirla.

Perché?

Perché, nella sua mente, è segno d'invecchiamento e di debolezza.

Una situazione da ribaltare.

L'urologo deve essere, per il maschio, quello che il ginecologo è per la donna.

Quando andare dall'urologo?

Quando si sta bene. Quando il sintomo si manifesta potrebbe essere troppo tardi.

I grandi prostratici della Storia?

Michelangelo è uno dei più famosi. L'illuminista francese Voltaire soffriva di iperplasia benigna. Per sedare gli atroci dolori della ritenzione urinaria negli ultimi anni abusò di oppio, responsabile, verosimilmente, di molti suoi comportamenti bizzarri.

È vero che anche il Generale De Gaulle soffriva di disturbi urinari?

Sì, dovuti a ingrossamento benigno della prostata. Nel 1964, durante un viaggio diplomatico in Messico, ebbe un episodio di ritenzione urinaria.

Cosa fece?

Il suo urologo gli propose un catetere vescicale.

E il Generale?

Quando seppe che era stato ideato da uno statunitense, lo rifiutò sdegnosamente. Era un irriducibile anti-americano.

E come andò a finire?

Per convincerlo, gli dissero che il catetere era stato fabbricato in Francia. Ma il Presidente pose una condizione: che rimanesse un "segreto di Stato".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA NASCITA

Tecnica nata negli anni Novanta per sostituire l'intervento sanitario in situazioni di guerra tramite la telechirurgia o la chirurgia a distanza



L'INVENZIONE



L'automa fu inventato dall'ingegnere biomedico Philip S. Green, integrando sistemi di controllo remoto, microtelecamere, visori tridimensionali e computer

DE GAULLE

Il generale nel 1964 ebbe un ingrossamento della prostata: impose "il segreto di Stato"

CHAPLIN

Fu uno dei primi nel mondo del cinema ad essere affascinato dal robot in scena

