



IRCCS

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Sacro Cuore - Don Calabria

Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato - Regione Veneto

Via Don A. Sempredoni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (VR)

Tel. 045.601.31.11 - Fax 045.750.04.80

www.sacrocuore.it

Riabilitazione Intensiva Unità Spinale

Direttore: Dr. Giuseppe Armani

dopo la lesione midollare

LA SESSUALITÀ NELL'UOMO



LA SESSUALITÀ NELL'UOMO

Molti uomini dopo una lesione midollare sperimentano cambiamenti della loro funzione sessuale (e ad essi possono aggiungersi problemi emozionali che influiscono ulteriormente sulla sessualità). È molto importante che l'uomo e la sua partner siano informati sulla natura dei problemi e sulle opportunità per affrontarli.

L'EREZIONE

La funzione erettile

Normalmente il maschio presenta due tipi di erezione, quella psicogena e quella riflessa. L'erezione psicogena è controllata dal cervello, in risposta a stimoli visivi, uditivi o mentali eroticamente significativi. Il segnale dal cervello viene inviato lungo il midollo spinale fino al livello T10-L2 e di qui al pene. L'erezione riflessa avviene invece in seguito a stimolazione diretta del pene (in particolare del glande) e può verificarsi senza l'intervento di pensieri sessualmente stimolanti. I centri nervosi che controllano l'erezione riflessa si trovano nei segmenti midollari sacrali (S2-S4).

Dopo la lesione midollare

La capacità di avere una erezione psicogena dipende dal livello e dalla completezza o meno della lesione. In generale, uomini con lesioni basse hanno maggiori probabilità di avere erezioni psicogene rispetto a chi ha una lesione incompleta alta. La maggior parte degli uomini con lesione midollare è in grado di avere l'erezione riflessa con una adeguata stimolazione peniena indipendentemente dall'estensione della lesione, purché i centri sacrali S2-S4 non siano danneggiati. Considerato che le lesioni midollari differiscono l'una dall'altra, anche le conseguenze sulla funzione sessuale saranno diverse da caso a caso. Sebbene molti uomini con lesione midollare siano in grado di raggiungere e mantenere un'erezione sufficiente per l'attività sessuale, la "disfunzione erettile" (incapacità di raggiungere o mantenere un'erezio-

ne sufficiente al soddisfacimento delle esigenze sessuali proprie e della partner) è una evenienza frequente.

Il trattamento della disfunzione erettile

- I farmaci orali rappresentano la prima opzione. I più noti sono il sildenafil, il tadalafil e il vardenafil. Agiscono aumentando l'afflusso di sangue al pene. La stimolazione sessuale è comunque richiesta per ottenere l'erezione. Al termine dell'atto sessuale, l'afflusso di sangue al pene si riduce e l'erezione regredisce. Questi farmaci sono in generale ben tollerati. È sempre consigliato usarli sotto controllo medico: risultano più efficaci se presi a stomaco vuoto e senza la contemporanea assunzione di bevande alcoliche.

Nel caso di inefficacia della terapia orale, vi sono altre possibilità.

- **L'iniezione di farmaci nel pene** può produrre un'erezione valida e protratta (da una a due ore). Si tratta di trattamenti da eseguire sempre sotto controllo medico, non più di una volta alla settimana, con necessità di assistenza nel caso di funzione manuale alterata.
- **I sistemi di terapia transuretrale** prevedono l'introduzione nell'uretra di una "pillola" il cui contenuto viene assorbito dal tessuto circostante.

In entrambi i casi si usa l'alprostadil, farmaco che rilassa i vasi del pene facilitando l'afflusso di sangue.

- **La "vacuum pump"** è un sistema meccanico in grado di produrre in molti casi un'erezione sufficiente per il rapporto. Il pene viene posto all'interno di un cilindro, e l'aria viene pompata fuori dal cilindro richiamando sangue nel tessuto erettile del pene. L'erezione viene mantenuta mettendo un anello alla base del pene, che va rimosso al termine del rapporto. Esistono modelli a batteria utilizzabili anche da persone con funzionalità limitata delle mani.
- **L'impianto chirurgico** è spesso l'ultima opzione dal momento che richiede una protesi permanente che viene impiantata nel pene.

Rischi legati al trattamento

Il **priapismo** è un'erezione eccessivamente prolungata, che può avvenire quando il sangue ristagna nei tessuti erettili del pene. Può essere

causa di violento dolore e danneggiare i tessuti del pene. Se un'erezione si protrae oltre le 4 ore è necessario ricorrere alle cure mediche.

La **disreflessia autonoma** è una condizione pericolosa che si può verificare in caso di lesioni da T6 in su. Si manifesta con arrossamento del viso, mal di testa, congestione nasale, disturbi visivi, brividi, sudorazione sopra il livello della lesione, irregolarità del battito cardiaco e aumento della pressione arteriosa. Non è sempre facile distinguere questi sintomi dagli effetti collaterali dei farmaci. In questi casi è bene che i soggetti a rischio interrompano l'attività sessuale, misurino la pressione arteriosa e consultino i medici dell'Unità Spinale.

LA FERTILITÀ

Durante l'atto sessuale normalmente lo sperma viene eiaculato nella vagina della donna. Gli spermatozoi quindi si spostano verso il collo dell'utero, entrano nell'utero e di qui nelle tube di Falloppio. La gravidanza avviene quando gli spermatozoi fecondano le uova della donna. Dopo la lesione midollare, molti uomini non sono in grado di generare figli. Questo può essere conseguenza:

- a) di un disturbo dell'eiaculazione: in circa il 90% dei maschi con lesione si verifica aneiaculazione, cioè incapacità di eiaculare durante il rapporto. Un altro potenziale problema è l'eiaculazione retrograda, durante la quale lo sperma anziché essere emesso fuori dal pene viene spinto a ritroso nella vescica
- b) di una alterazione della qualità dello sperma, con una ridotta percentuale di spermatozoi mobili, la cui causa non è ben nota.

Possibilità terapeutiche dell'infertilità

È dimostrato che il seme raccolto nei primi 6-12 giorni dopo la lesione è normale. Questo può consentirne la raccolta e la conservazione. In alcuni casi si può osservare un miglioramento della vitalità degli spermatozoi dopo ripetute eiaculazioni.

La stimolazione vibratoria del pene (vibromassaggio penieno) è una tecnica di basso costo che può essere usata per ottenere l'erezione,

ma che viene principalmente impiegata per indurre l'eiaculazione, con risposta positiva in circa il 55% dei casi, e in circa l'80% di quelli con lesione sopra T9.

Un'altra tecnica è l'elettroeiaculazione per via rettale.

In tutti i casi il seme raccolto viene poi usato nelle tecniche di inseminazione artificiale.

RELAZIONI

È necessaria una comunicazione aperta e sincera nella coppia. La partner deve essere messa al corrente delle nuove necessità dettate dalla lesione midollare, come la cura della vescica, dell'intestino e della pelle.

Uomo e donna sono chiamati a scoprire assieme nuove modalità per provare piacere e soddisfazione, e questo può richiedere il ricorso al consiglio di esperti o specialisti, che aiutino la coppia a superare sentimenti di ansia ed inadeguatezza.

*Documento redatto dal Dr. Mauro Menarini (Consulente Unità Spinale),
con la collaborazione dei Pazienti e delle Associazioni di Volontariato.*

Dipartimento di Riabilitazione Opera Don Calabria Negrar di Valpolicella (Vr)

Direttore: Dr. Renato Avesani



CONTATTI

- Coordinatrice 045.601.34.42
- Infermieri 045.601.34.45
- Fax 045.601.35.56

