

Modulo:

Disfunzioni sessuali maschili

Capitolo:

Disturbi del desiderio e dell'orgasmo

Introduzione



La risposta sessuale non è riconducibile alla sola fase genitale, ma coinvolge tutta l'esperienza sessuale, dal desiderio all'orgasmo.

Il punto di partenza è l'elaborazione di informazioni recepite dall'esterno, in tempo reale, o richiamate dal deposito di queste nella memoria. Queste esperienze identificano uno stimolo come rilevante sessualmente sulla base della propria esperienza, del vissuto, dell'ambito culturale, del desiderio e dell'eccitazione.

Successivamente tale stimolo potrà, se adeguato, avviare la fase genitale.

Il desiderio sessuale può essere considerato espressione di una funzione associativa complessa, attivata da stimoli endogeni o esogeni, che inducono il bisogno di comportarsi sessualmente.

Stimoli endogeni

- Immaginario erotico
- Fantasie sessuali volontarie
- Fantasie sessuali involontarie (visioni erotiche ad occhi aperti)
- Sogni erotici
- Emozioni ed affetti
- Bisogni pulsionali

Stimoli esogeni

- Segnali consci o subliminali veicolati attraverso gli organi di senso

Il desiderio sessuale può essere considerato come la risultante della somma delle forze che ci portano verso il comportamento sessuale o che ce ne allontanano.

Il desiderio nasce da fattori:

- Biologici: su base anatomica con il primo significato di promuovere il mantenimento della specie
- Psicici: collegati mediante la fantasia e l'immaginario erotico al bisogno di piacere e di amore (attaccamento affettivo)
- Relazionali: collegati agli stili di attaccamento affettivo che modulano la vita amorosa (sicuro, ansioso, intimo, evitante, fiducioso...)

- Desiderio sessuale ipoattivo
- Avversione sessuale
- Ritardo eiaculatorio
- Aneiaculazione
- Eiaculazione retrograda
- Eiaculazione dolorosa
- Eiaculazione astenica
- Anorgasmia

Desiderio sessuale ipoattivo

- La mancanza di criteri diagnostici definiti e di supporti farmacologici specifici rendono il disturbo da desiderio sessuale ipoattivo uno dei problemi di difficile soluzione per l'andrologo
- Definizione: «Deficienza o assenza di fantasie sessuali e desiderio per l'attività sessuale, considerata come disordine quando fonte di stress o di problemi relazionali per il paziente».
- E' necessario sia il sintomo che la sua percezione come fonte di sofferenza.

Desiderio sessuale ipoattivo

Il disturbo è spesso vissuto in modo globale come una riduzione di virilità, spesso confondendo o mettendo sullo stesso piano la fase attiva (erezione) e la fase appetitiva (libido) della reazione sessuale.

In base all'ambito di interesse, il desiderio sessuale ipoattivo può essere assoluto o situazionale.

Avversione sessuale

Persistente o ricorrente avversione fobica con evitamento del contatto con il partner sessuale, che causi sofferenza o disagio personale

È importante identificare:

- Insorgenza: fin dall'inizio della vita sessuale o acquisita dopo un periodo di normale attività sessuale
- Caratteristiche: generalizzata, cioè indipendente dal partner e dalle situazioni, o situazionale

Vanno indagati i seguenti ambiti:

- Presenza e frequenza di sogni e/o fantasie sessuali volontarie o involontarie, cioè che affiorano spontaneamente mentre si è impegnati in altre attività quotidiane
- Presenza e frequenza di episodi di eccitazione sessuale mentale e/o fisica
- Presenza e frequenza di masturbazione
- Presenza e frequenza di contatti sessuali non finalizzati al coito
- Presenza o meno di recettività sessuale
- Farmaci che il paziente assume

È importante identificare, se il coito è presente:

- Chi comincia il rapporto
- Come viene vissuto
- Qual è il vissuto del partner
- Qual è il ruolo prevalente nel coito (attivo, passivo, recettivo)
- Quali sono le motivazioni al coito
- Se esistono fantasie sessuali durante il coito
- Come è l'erezione durante il coito
- Come è l'orgasmo
- Qual è il vissuto dopo il rapporto

Desiderio sessuale ipoattivo e avversione sessuale: eziologia

Cause relazionali

- Ridotto/assente desiderio della partner
- Ridotta/assente reazione orgasmica della partner
- Malattie croniche della partner interferenti sull'attività sessuale
- Relazioni di lunga durata (> 6 anni)

Cause intrapsichiche

- Rilevante stress del quotidiano (lavoro...)
- Elevata conflittualità di coppia
- Elevata conflittualità domestica

Desiderio sessuale ipoattivo e avversione sessuale: eziologia

Cause organiche

- Area psichica: depressione, disturbi d'ansia, psicosi
- Area endocrina: ipogonadismi, ipotiroidismo, iperprolattinemia
- Malattie sistemiche: insufficienza renale cronica, epatica, respiratoria
- Alterazioni genitali quali fimosi serrate, malattia di La Peyronie o altre alterazioni morfologiche del pene

Desiderio sessuale ipoattivo e avversione sessuale: etiologia

Farmaci

- Antidepressivi: triciclici, SSRI
- Neurolettici (butirrofenoni, benzamidi, fenotiazine, tioxanteni)
- Antiandrogeni
- Clonidina

Sostanze di abuso

- Alcool
- Oppioidi
- Anfetamine
- Cocaina

Porn-addiction

Desiderio sessuale ipoattivo e avversione sessuale: indagini ormonali

testosterone totale
Prolattina
TSH

Desiderio sessuale ipoattivo e avversione sessuale: terapia

Modifica dello stile di vita

Alternative farmacologiche o aggiustamento del dosaggio

Terapia ormonale

Psicoterapia breve

Terapia di coppia

- Quando è necessaria una stimolazione eccessiva per ottenere un orgasmo con eiaculazione; la diagnosi è sia soggettiva che intersoggettiva (a giudizio del partner) ed è comunque difficile determinare quando il ritardo diviene patologico.
- **Classificazione:**
 - Lieve: eiaculazione possibile dopo energico e lungo coito (30-45 minuti)
 - Moderata: eiaculazione impossibile in vagina, ma ottenibile con masturbazione o rapporto orale
 - Severa: eiaculazione possibile solo con masturbazione ma non in presenza del partner
- Incidenza relativamente rara: 1-4%

Ritardo eiaculatorio: eziologia

- Psicogena
 - Ipercontrollo del riflesso eiaculatorio
 - Paura della vagina (di una gravidanza, di una MST)
 - Ridotta eccitazione sessuale
 - Complesso edipico non superato
 - Senso di colpa (“sporcare la partner”, repulsione per la partner)
 - Disturbo ossessivo-compulsivo
 - Narcisismo

Aneiaculazione

- Assenza completa di eiaculazione anterograda o retrograda con la conservazione della sensazione di orgasmo
- È importante la diagnosi differenziale tra anorgasmia (assenza di orgasmo e quindi di eiaculazione) e aneiaculazione con senso di orgasmo presente
- Deve essere verificata la presenza di eventuali eiaculazioni notturne

Aneiaculazione: eziologia

Neurologica:

- Lesioni midollari o nervose post-chirurgia retroperitoneale o coloretale
- morbo di Parkinson
- sclerosi a placche
- neuropatia vegetativa diabetica

Psicogena:

- ipercontrollo del riflesso eiaculatorio
- ridotta eccitazione sessuale
- timore di gravidanza
- disturbo ossessivo-compulsivo
- narcisismo
- repulsione per la partner

Aneiaculazione: eziologia

Ostruttiva

Farmacologica:

- antipertensivi
- antipsicotici
- antidepressivi
- alcool
- droghe di abuso

Eiaculazione retrograda

- In presenza di sensazione orgasmica non è presente l'eiaculazione, in quanto il liquido seminale rifluisce in vescica

Cause:

- iatrogene (da lesione della catena simpatica in corso di chirurgia retroperitoneale o del plesso pelvico)
- mancata chiusura del collo vescicale
- elevata resistenza dell'apice della prostata
- patologie neurologiche (lesione del motoneurone, sclerosi multipla, neuropatia diabetica)
- anomalie congenite del trigono vescicale
- resezione del collo vescicale
- stenosi uretrale membranosa
- iperplasia del verum montanum

Eiaculazione retrograda

Farmaci che interferiscono con la chiusura del collo vescicale:

- antagonisti degli adrenorecettori alfa-1
- alcuni antipertensivi
- antipsicotici alfa-bloccanti (tioridazina e risperidone)
- antidepressivi

Indagini diagnostiche

- Ricerca nelle urine post-orgasmiche della presenza di spermatozoi
- Se si sospetta stenosi uretroscopia o uretrografia
- Studio neurofisiologico pelvico mediante valutazione della risposta del nervo sacrale
- Imaging pelvico con TAC o RM

Eiaculazione retrograda

Terapia:

- sostanze stimolanti i recettori alfa quali efedrina o amezinium
- ripristino della competenza del collo vescicale
- se è desiderata la fertilità il recupero di spermatozoi può avvenire dall'urina post-orgasmo o dall'utilizzo di tecnica MESA

Eiaculazione dolorosa

Incidenza riportata: 1-10%

Localizzazione: pene, retto, testicoli, addome, meato uretrale

Insorgenza: può insorgere al momento dell'eiaculazione e fino a 24 ore dopo

Durata: da 1 minuto a 2 giorni



Eiaculazione dolorosa : eziologia

Ostruzioni uretrali

Uso di antidepressivi

Neuropatia dei nervi pudendi

Infiammazioni dell'uretra e della prostata

Eiaculazione dolorosa : terapia

Tamsulosina

Topiramato

FANS

Infiltrazioni locali del pudendo sotto guida TAC

Eiaculazione astenica

- Assenza di spinta del liquido seminale durante l'eiaculazione, sostituita da un gocciolamento di liquido seminale, anche per diversi minuti dopo l'orgasmo
- Talvolta, specie se la gittata urinaria è debole, è presente una stenosi uretrale
- Può inoltre dipendere da:
 - un diverticolo o da una fistola dell'uretra
 - esiti di chirurgia uretrale
 - pregressa MST

- Incapacità al raggiungimento dell'orgasmo e conseguente anejaculazione

Cause:

- sostanze d'abuso
- inibitori SSRI
- patologia di midollo spinale
- pregressa frattura del bacino posteriore
- dopo chirurgia pelvica radicale o prostatectomia radicale

**Materiale didattico a cura della
Commissione Certificazione Andrologica SIA**

AREA CHIRURGICA

- . Carlo Ceruti
- . Danilo Di Trapani

Collaboratori:

- . Luca Boeri
- . Chiara Sabbadin
- . Mirko Preto
- . Mattia Barbot

AREA MEDICA

- . Giorgio Piubello
- . Paolo Turchi

Supervisor:

- . Vincenzo Gentile