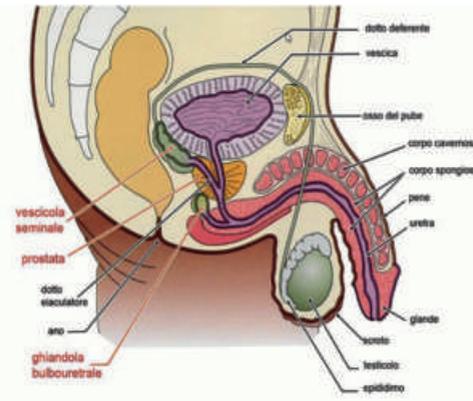


I DISTURBI DELL'EREZIONE NELLA PERSONA CON LESIONE MIDOLLARE

Prima parte: fisiopatologia e clinica

a cura del dottor **Mauro Menarini**

Unità Spinale dell'Irccs ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar



L'apparato genitale dell'uomo è composto dal pene, dai testicoli e da una serie di organi complementari che sono deputati alla raccolta e al trasporto del liquido seminale e degli spermatozoi.

Il pene è in gran parte costituito da due organi cilindrici (affiancati tra di loro parallelamente e rivestiti dalla cute), formati da tessuto vascolare erettile, denominati «corpi cavernosi». I corpi cavernosi hanno una particolare struttura (che per semplicità potremmo paragonare ad una spugna) in grado di riempirsi di sangue e di trattenerlo al proprio interno, aumentando notevolmente di volume e di consistenza (**Figura 1**).

L'erezione, quindi, non è altro che un rapido e massiccio afflusso di sangue all'interno dei corpi cavernosi del pene che ne aumenta le dimensioni e la rigidità al fine di consentirne la penetrazione per l'atto sessuale (coito). Le due funzioni più importanti sono rappresentate dall'erezione del pene e dalla eiaculazione.

L'erezione inizia con la fase dell'eccitamento, solitamente determinata da stimoli di varia natura (visivi, cutanei genitali e non, uditivi, olfattivi, emozionali), che, elaborati a livello encefalico, provocano l'erezione attraverso l'attivazione del centro simpatico toraco-lombare (che è controllato direttamente dai centri

corticali). A questa fase fa seguito la cosiddetta "fase di plateau" durante la quale il pene si mantiene allo stato massimale di erezione attraverso gli stimoli propriocettivi ed esteroceettivi provenienti dal glande, legati a diverse pratiche erotiche (atrito del pene durante il coito o il petting, autoerotismo) e al turgore massiccio del pene, elaborati dal parasimpatico sacrale (meccanismo riflesso). Quando la tensione sessuale originata dagli stimoli emozionali ed estero-proprioceettivi supera un certo livello scatta l'esigenza eiaculatoria che si concretizza nell'orgasmo. All'orgasmo segue la fase di risoluzione, con detumescenza peniena (svuotamento dal sangue dei corpi cavernosi attraverso le vene peniene), durante la quale l'erezione non è più ottenibile.

L'afflusso di sangue attraverso le arterie peniene è controllato dal sistema nervoso autonomo (simpatico e parasimpatico) ed è modulato da stimoli provenienti dai centri corticali superiori (encefalo). I corpi cavernosi del pene ricevono fibre dal parasimpatico sacrale (S2-S4) attraverso i nervi pelvici, e dal simpatico toraco-lombare (T12-L2) attraverso i nervi ipogastrici: l'attivazione dei due sistemi determina l'erezione. Le afferenze sensitive provenienti dalla cute del pene (in particolare dalla sua parte distale: glande) sono veicolate dai nervi pudendi

(radici posteriori di S2-S4) (**Figura 2**).

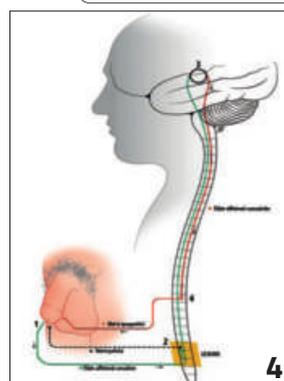
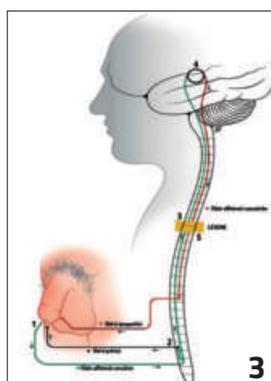
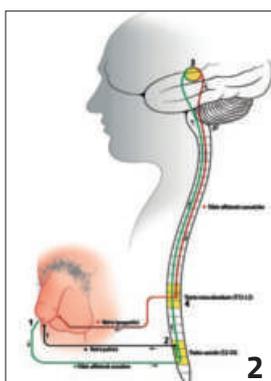
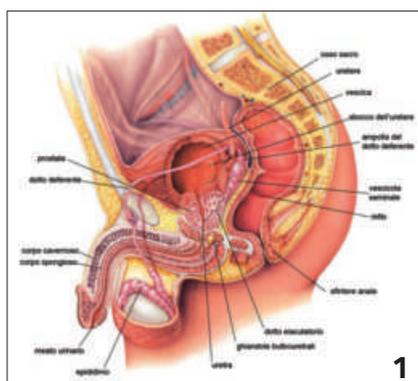
È necessario innanzi tutto considerare che le conseguenze della lesione midollare sono determinate dal livello e dalle caratteristiche della lesione stessa (completa o incompleta); è comunque accertato che dopo un danno mielico le funzioni sessuali risultano maggiormente compromesse nell'uomo piuttosto che nella donna.

Nell'uomo, infatti, si può verificare un completo sconvolgimento delle attività dell'apparato genitale: sia la funzione erettiva che quella eiaculatoria sono sempre deficitarie (a volte addirittura assenti), con notevoli compromissioni della «potenza sessuale» (possibilità di avere normali rapporti sessuali: coito) e della fertilità (possibilità di procreare). Inoltre viene quasi sempre alterata (o abolita) la sensibilità orgasmica.

È opportuno comunque ribadire che esistono importanti variabilità individuali legate al livello e alla completezza della lesione, nonché alcune possibilità terapeutiche che verranno dettagliatamente illustrate in un successivo articolo.

Nelle lesioni complete la sensazione orgasmica è presente nel 20% circa dei casi: si tratta comunque di una sensazione atipica e si accompagna frequentemente a segni di disreflessia autonoma. Nei restanti casi l'orgasmo è assente e rappresenta un aspetto complesso da gestire per la percezione





di "menomazione" che influisce pesantemente sia sul sentimento di autostima sia nelle relazioni affettive. In questi casi è molto importante assistere la persona a crescere nella propria capacità di vivere la sessualità in modo creativo e confortevole, cercando di vicariare, con altre esperienze, alla assenza di sensibilità genitale. E' necessario quindi sperimentare nuove possibilità di piacere sessuale, soluzioni diverse per l'eccitamento e la risposta sessuale (fantasie erotiche, stimolazione di zone erogene genitali ed extragenitali, esplorazione di sensazioni intime, ricerca del senso erotico in attività stimolanti come il massaggio, la musica, i messaggi verbali, le riviste o le immagini erotiche), tecniche di autostimolazione per favorire la conoscenza e la fiducia rispetto al proprio corpo. Fondamentale è il ruolo della o del partner: per "rassicurare" con la propria presenza attiva e consapevole e per partecipare all'atto sessuale vero e proprio mediante approcci e modalità che, seppur diverse, sono finalizzate al raggiungimento del massimo piacere di entrambi (alternative sessuali al coito, posizioni di maggior piacere, attività preliminari, uso di vibratori). Per facilitare il raggiungimento di

un'intesa comunicativa può essere utile un supporto psicologico individuale o di coppia. La lesione midollare compromette notevolmente la funzionalità erettiva e la capacità eiaculatoria. Nei giorni immediatamente successivi ad un danno mielico, durante la fase di shock spinale, non è possibile ottenere né l'erezione né l'eiaculazione. Una volta superata la fase di shock spinale, si osserva nel paziente la ricomparsa dell'attività riflessa midollare con quadri clinici ovviamente diversi a seconda del livello di lesione. La ripresa dell'attività erettiva può essere di natura "riflessa" o "psicogena". Nelle lesioni con integrità del centro parasimpatico sacrale (S2-S4), è possibile osservare la ripresa di erezioni cosiddette «riflesse», ottenute mediante la stimolazione (durante il coito, la masturbazione o altro) del pene, in particolare del glande (Figura 3). La validità e la durata delle erezioni riflesse può anche essere la medesima che il paziente osservava prima dell'insorgenza della lesione mielica, ma molto più frequentemente si nota un andamento di tipo bifasico, costituito da una prima fase in cui l'erezione è completa, o quanto meno valida per

dare inizio al coito, seguita, una volta avvenuta la penetrazione, da un calo di intensità tale da costringere il soggetto ad interrompere l'atto sessuale. Le erezioni cosiddette psicogene si presentano più frequentemente nei pazienti con lesione del centro sacrale (Figura 4). Sono erezioni ottenute a seguito di stimoli di varia natura (soprattutto visivi, ma anche uditivi ed emozionali, "eroticamente significativi") ma con assenza di risposta alla stimolazione cutanea peniena. Le erezioni, mediate dall'attivazione del centro simpatico toraco-lombare (controllato direttamente dai centri corticali), sono comunque di validità e durata molto inferiori rispetto alle erezioni riflesse e consentono solo raramente rapporti sessuali soddisfacenti. Nelle lesioni tra i due centri (toraco-lombare e sacrale) sono possibili sia erezioni riflesse che psicogene, mentre non si osserva alcuna attività erettiva quando entrambi i centri sono lesi. In caso di lesione completa, inoltre, non si avrà, durante il coito, alcuna sensazione orgasmica. Se la lesione non è completa si possono osservare erezioni sia riflesse sia psicogene, come pure la persistenza di sensibilità coitale e orgasmo.

PARTECIPA ANCHE TU ALLA VITA DEL G.A.L.M.



Lo puoi fare iscrivendoti alla MAILING LIST

iscrivendoti alla MAILING LIST avrai la possibilità di comunicare con molte altre persone con lesione al midollo spinale per chiedere informazioni e consigli che possono aiutarti a migliorare la qualità della tua vita.



Per iscriversi invia una mail a info@galm.it indicando il tuo nome ed il tuo indirizzo di posta elettronica; oppure con un "mi piace" sulla pagina Facebook del G.A.L.M. Potrai così seguire tutte le notizie e i commenti su problematiche legate alla disabilità ed in particolar modo alla lesione al midollo spinale; oppure visitando il sito www.galm.it.