

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.

#### **La funzione sessuale maschile**

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. 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 al contatto diretto col pene o con altre aree erogene, come i capezzoli, le orecchie o il collo. L'erezione riflessa è involontaria 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 incomplete 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 la stimolazione fisica indipendentemente dall'estensione della lesione, purché i centri sacrali S2-4 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 L.M. siano in grado di raggiungere e mantenere un'erezione sufficiente per l'attività sessuale, la "disfunzione erettile" (incapacità di raggiungere o mantenere un'erezione sufficiente al soddisfacimento delle esigenze sessuali proprie e della partner) è una evenienza frequente. La disfunzione erettile può presentarsi subito dopo la lesione o anche più tardi nel tempo.



OSPEDALE  
Sacro Cuore Don Calabria

**DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE**  
OPERA DON CALABRIA NEGRAR-VERONA

**Direttore: dr Renato Avesani**



RIABILITAZIONE INTENSIVA  
UNITÀ SPINALE

Primario: dr GIANFRANCO RIGOLI

tel +39.045.601.3444 / 3445 / 3921

fax +39.045.601.3556



Ospedale Sacro Cuore Don Calabria  
via Don Sempredoni 5  
37024 Negrar (Verona)  
tel 045 60 13 111  
fax 045 75 00 480  
[www.sacrocuoredoncalabria.it](http://www.sacrocuoredoncalabria.it)

*dopo la lesione midollare*

**LA  
SESSUALITÀ  
NELL'UOMO**

CON  
LESIONE MIDOLLARE

**RIABILITAZIONE INTENSIVA  
UNITÀ SPINALE**

Primario: dr. Gianfranco Rigoli

## FARMACI PER LA DISFUNZIONE ERETTILE

• I farmaci orali rappresentano la prima opzione. I più noti sono il sildenafil (Viagra®), il tadalafil (Cialis®) e il vardenafil (Levitra®). 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.

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 della mano.

• **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. 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 L.M. 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

Ricerche recenti hanno dimostrato che il seme raccolto nei primi 6-12 giorni dopo la lesione è normale. Questo può consentire 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 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 T10.

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.

Fonte

© Office of Research Services Birmingham, Alabama - US University of Alabama

UAB Spain Rehabilitation Center