

Le problematiche sessuali e riproduttive nel **medulloleso**



di **Alessandro Natali**
Responsabile Servizio
Andrologia Urologica
Clinica Urologica 1^
Università di Firenze

I pazienti medullolesi che intendono procreare devono andare incontro a tecniche invasive e non invasive.

Una lesione del midollo spinale (SCI) è una causa significativa di disabilità. Nel mondo occidentale l'incidenza annuale di invalidità relative a SIC può essere stimato in circa 5 ogni 100.000 persone. Le cause di lesione del midollo spinale sono incidenti stradali (44,8%), cadute (21,7%), atti di violenza (16%) e infortuni sportivi (13%). Il deficit neurologico più frequente è tetraplegia incompleta (30,6%), seguito da paraplegia completa (25,8%), tetraplegia completa (22,1%), e paraplegia incompleta (19,3%). Dal momento che quasi il 60% dei casi si verifica nei giovani adulti tra i 16 e i 30 anni, la lesione spinale comporta un costo significativo in termini di assistenza a vita, perdita di produttività e problematiche nella sfera sessuale.

Le problematiche sessuali del medulloleso (erettive ed eiaculatorie), si accompagnano sempre alle altre disabilità provocate dal danno neurogeno (limitazioni motorie agli arti, disfunzioni urinarie, intestinali).

Le disfunzioni eiaculatorie sono rappresentate essenzialmente da una eiaculazione retrograda (il liquido seminale al momento dell'orgasmo va in vescica e non fuoriesce all'esterno) o da un'aneiaculazione vera e propria (si ha la sensazione dell'orgasmo anche se molto attutita, ma non fuoriesce liquido seminale all'esterno). Infatti, solo il 5-10% dei pazienti con lesione midollare completa (lesione trasversa di tutto il midollo spinale) e circa il 25% di quelli con lesione incompleta (lesione trasversa di solo parte del midollo spinale) recuperano dopo 1



anno dall'evento traumatico l'eiaculazione anterograda (emissione all'esterno del liquido seminale). Questo comporta che i pazienti medullolesi che intendono procreare, debbano affrontare tecniche non invasive o invasive per recuperare il liquido seminale da utilizzare in ambito di programmi di Fertilizzazione Assistita.

Le **tecniche non invasive** comprendono, con utilizzo progressivo:

- terapia farmacologica con farmaci simpaticomimetici;
- raccolta del seme in vescica dopo masturbazione;
- vibromassaggio;
- elettroeiaculazione.

Le **tecniche invasive**, che possono essere percutanee (mini-invasive) e/o a cielo aperto, comprendono tutta una vasta gamma di metodiche miranti a recuperare il liquido seminale dal luogo di produzione (testicolo), fino alla fuoriuscita nell'uretra

prostatica (dotti eiaculatori).

L'incidenza di Disfunzione Erettiva (DE) del medulloleso è determinata dal livello e grado della lesione.

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 toraco-lombare (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).

La capacità di avere una erezione psicogena dipende dal livello e dalla completezza o meno della lesio-

ne. In generale, uomini con lesioni incomplete basse hanno maggiori probabilità di avere erezioni psicogene rispetto a quelli con 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 lesione midollare siano in grado di raggiungere e mantenere un'erezione sufficiente per l'attività sessuale, la DE (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

Tuttavia il 60-70 % dei mielolosi necessita di una terapia temporanea o continuativa per la DE.

È indispensabile in tutti i pazienti attendere almeno 6-9 mesi dopo la lesione prima di iniziare una terapia farmacologica. Entro questo lasso

di tempo è possibile un recupero spontaneo di parte dell'erezione.

Le **terapie farmacologiche**, più utilizzate, che oggi abbiamo a disposizione nel mieloloso sono:

- Terapia farmacologica orale: Inibitori delle Fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5-Is) (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil);
- Terapia farmacologica intracavernosa con PGE1 (ICPGE1): il principio attivo è l'alprostadil.

Iniziano ad essere pubblicati studi che dimostrano che i nuovi farmaci per la DE (PDE5-Is), anche nei pazienti con lesione midollare, presentano un'efficacia che può andare dal 50%, nei pazienti con erezione psicogena, fino al 70-80% dei casi nei pazienti in cui è presente un'erezione riflessa.

È necessaria, nell'utilizzo di questi farmaci, che comportano un aumento dell'afflusso di sangue al pene, una stimolazione sessuale per attivare l'effetto terapeutico. Questi farmaci sono in generale ben tollerati, ma è sempre consigliato usarli sotto controllo medico.

Nel caso di inefficacia della terapia orale, vi sono altre possibilità come l'iniezione di farmaci nel pene (ICPGE1) che può produrre un'erezione valida e protratta (da una a due ore). È un'erezione esclusivamente

"meccanica", indipendentemente da una stimolazione erotica.

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.

La percentuale di successi dei trattamenti con ICPGE1 in questi casi è intorno all'80 %.

Esistono anche altre possibilità terapeutiche per il mieloloso oltre i farmaci per bocca o le microiniezioni nel pene. Sono rappresentate da:

- Terapia farmacologica transuretrale;
- Utilizzo del "Vacuum device";
- Impianto chirurgico di una protesi peniena.

La terapia farmacologica transuretrale prevede l'introduzione nell'uretra di una pillola il cui contenuto viene assorbito dal tessuto circostante. Si usa l'alprostadil (lo stesso principio attivo delle iniezioni intracavernose), farmaco che rilassa i vasi del pene facilitando l'afflusso di sangue.

Il "Vacuum device" 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 di una protesi peniena è spesso l'ultima opzione dal momento che richiede una protesi permanente in silicone che viene impiantata nel pene e che procura un'erezione idraulica mediante l'attivazione di una pompetta che viene posizionata nello scroto.

