

Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXVIII - n. 6
Giugno 2006

Disturbi dell'erezione: impatto sulla donna e sulla coppia: il ruolo dell'urologo

C. TROMBETTA¹, L. SCATI²

RIASSUNTO: Disturbi dell'erezione: impatto sulla donna e sulla coppia. Il ruolo dell'urologo.

C. TROMBETTA, L. SCATI

La Disfunzione Erettiva (DE) è una problematica maschile che ha ricadute sulla vita sessuale della partner e sulla relazione di coppia. L'efficacia della consulenza medica ha inizio con un'anamnesi accurata e con un programma graduato dell'iter diagnostico. Prosegue con proposte terapeutiche calibrate alla oggettiva gravità della DE. È indispensabile realizzare una comunicazione chiara e onesta che sia esauriente e condivisa da entrambi i partners ed evitare certi errori, come escludere la donna, sottovalutare componenti psicologiche o confondere la DE con un calo di desiderio.

SUMMARY: Erectile dysfunction: the impact on the female partner and on the couple. The role of the urologist.

C. TROMBETTA, L. SCATI

Erectile dysfunction, far from being only a male pathology, is a problem that influences negatively the sexual life of the female partner and, as a consequence, the couple life. Medical counselling is therefore of utmost importance and consists of a complete history taking and subsequent accurate planning of the investigations that are required followed by a therapeutic approach tailored to the gravity of the erectile dysfunction. A clear and earnest communication with both female and male partners is paramount, as well as refraining from doing common mistakes as excluding the female partner from the diagnostic and therapeutic array, underestimating the psychological components of erectile dysfunction, or confusing this disease with a loss of libido.

KEY WORDS: Disfunzione Erettiva (DE) - Inibitori della PDE5 - Sessualità di coppia.
Erectile dysfunction - PDE5 inhibitors - Couple sexuality.

Introduzione

I deficit dell'erezione (DE) possono essere causati da diversi fattori sia "organici", sia "psicogeni" che molte volte risultano essere concomitanti. La DE organica è spesso correlata alla depressione o al disaccordo di coppia.

Nella maggioranza dei casi, proprio perché deriva dall'interazione di più componenti organiche, psicologiche e sociali, risulta efficace un approccio multidisciplinare che aiuti a raggiungere un'adeguata e stabile soluzione del problema.

Quando *un uomo* constata che il funzionamento

sessuale non è più come prima, quando gli insuccessi si ripetono e la preoccupazione aumenta, spesso "prova" per vedere come funziona: il circuito della verifica non rispetta le premesse più giuste del desiderio e spesso conferma il mal funzionamento. Segue la propensione all'evitamento, la vita sessuale diventa poverissima e si evitano anche le effusioni e le tenerezze che rischiano di essere fraintese e riconosciute come preliminari. La preoccupazione aumenta, insorge l'ansia da prestazione: il malessere è in genere sopportato a lungo prima di spingere l'uomo a chiedere aiuto.

Quando *una donna* comprende che il partner, a livello di prestazione sessuale, non risponde come ha sempre fatto, frequentemente si pone delle domande del tipo: "Non mi desidera più?", "Non gli piaccio più come una volta?", "Ha un'altra?", "Con chi lo fa se non con me?". Può decidere di aspettare per capire, può provare ad essere più seduttiva, può diventare più ge-

Università degli Studi di Trieste
¹Urologo - Andrologo AIED Pordenone
²Clinica Urologica Psicologa

losa e spesso tutto ciò spinge verso un evitamento della sessualità da parte dell'uomo, ancora più marcato.

Quando una coppia deve affrontare gli effetti di una DE, la scelta del maschio di orientarsi verso l'urologo o l'andrologo deve rappresentare l'occasione per una diagnosi accurata dell'eziologia: occorre essere consapevoli che le indicazioni dell'andrologo avranno una ricaduta anche sulla partner e sulla relazione.

Talvolta l'uomo si presenta al medico da solo, senza aver comunicato la decisione alla partner ("è un problema mio"), spesso è la donna che spinge verso una consulenza medica il compagno ("è un problema tuo"), oggi più frequentemente la coppia si presenta insieme ("è un problema nostro"). Riuscire a parlare insieme delle difficoltà è il primo passo verso la ricerca di soluzioni condivise.

Nel 1998 l'avvento del sildenafil, altamente pubblicizzato dai media, ha creato un significativo cambiamento della gestione del problema: il sintomo è stato in parte sdrammatizzato ed è aumentato il numero di pazienti che riferiscono una DE fiduciosi di poterla risolvere. Sono anche iniziate le richieste di farmaco per "super-prestazioni" e sono frequenti i fraintendimenti sul corretto utilizzo del farmaco stesso.

Materiali e metodi dell'iter diagnostico

Ogni intervento del medico interferisce (si auspica in senso favorevole ma non è detto) sulla sessualità della coppia. La nostra attenzione clinica inizia ancor prima della raccolta dell'anamnesi, osservando come si pongono gli interlocutori rispetto al medico e rispetto al problema che intendono affrontare.

Di solito il clinico avveduto accoglie favorevolmente l'interlocuzione della coppia piuttosto che del singolo individuo anche se una parte della raccolta anamnestica dovrà essere eseguita individualmente per ovvi motivi (Tab. 1). Una parte dell'anamnesi potrà essere opportunamente raccolta nel corso dell'esame obiettivo per favorire ulteriormente la privacy del colloquio.

È evidente che le risposte a certi quesiti anamnestici ("Ha notato se ci sono erezioni mattutine?") possono avere una valenza positiva: non di rado la constatazione comune di una possibile attività sessuale al risveglio porta a modificare le abitudini della coppia in senso costruttivo. Vi sono poi quesiti di coppia (sulla contraccezione e sulla lubrificazione) e quesiti che riguardano l'anamnesi femminile (menopausa, dolori coitali, piacere) che hanno un'ovvia ricaduta sul maschio e pertanto vanno posti e ricevono spesso una risposta più esauriente dalla diretta interessata.

Viceversa nei casi in cui la partner non sia presente, sarà opportuna un'eventuale sua convocazione per un

secondo incontro nel corso del quale si potranno "tirare assieme le prime somme" alla luce di alcuni esami eseguiti e delle modificazioni del quadro nel periodo intercorso.

Anche nell'iter diagnostico (Tab. 2) vi sono alcuni accertamenti quale l'autofotografia che effettuiamo spesso sia in casi di incurvamento penieno sia in presenza di asseriti problemi dimensionali che possono consentire un migliore confronto non solo tra medico e paziente ma anche nell'ambito della coppia (6).

Dal 1999 abbiamo proposto l'esecuzione del test al sildenafil con valenza diagnostica: la somministrazione di un questionario specifico favorisce il primo contatto tra l'interlocutore e lo psicologo – sessuologo.

TABELLA 1 - ANAMNESI.

<p>All'uomo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Da quanto tempo ritiene di avere questo problema? - Potrebbe collegare l'inizio del sintomo a qualche problema con la partner? con la famiglia? sul lavoro? di salute? - Ha provato dolore durante i rapporti? - Ha notato erezioni mattutine? - È presente un'ejaculazione? - Ha provato e prova piacere durante i rapporti sessuali? - Ci sono posizioni e momenti della giornata più favorevoli? - Ci sono durante il giorno momenti in cui pensa di fare l'amore? - Ha lo stesso problema anche con partner diverse? - Come reagisce la partner ai ricorrenti deficit erettivi? - Ritiene che la partner sia sufficientemente lubrificata?
<p>Alla donna</p> <ul style="list-style-type: none"> - A quando fa risalire l'insorgenza di questo problema? - In che misura lo sente anche come un suo problema? - Potrebbe collegare l'inizio del sintomo a qualche problema... con lei? con la famiglia? sul lavoro? di salute? - Ha provato dolore durante i rapporti? - Ci sono posizioni e momenti della giornata più favorevoli? - Ci sono durante il giorno momenti in cui pensa di fare l'amore? - Come reagisce ai ricorrenti deficit erettivi del partner? - Ha provato e prova piacere durante i rapporti sessuali? - Ha provato dolore durante i rapporti? - Si sente sufficientemente lubrificata?
<p>Alla coppia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riuscite a parlare dell'argomento? - State provando ad avere un figlio? - Che tipo di contraccezione usate ? - Chi ha preso l'iniziativa di venire dal medico? - Chi è più preoccupato? - Chi è più ottimista? - Ne avete già parlato con altri?

go che, raccogliendo i dati, ha l'occasione di allargare lo sguardo su problematiche più ampie e di coppia (2, 8).

La rigidometria notturna deve essere eseguita per tre notti consecutive per essere significativa. Viene considerata un esame di secondo livello in relazione alla complessità di esecuzione ed ai costi (1).

Risultati dell'iter terapeutico

Oggi i trattamenti disponibili si possono differenziare per il diverso grado di "invasività medica" (Tab. 3).

Non contempliamo in quest'ambito la terapia dell'eiaculazione precoce (EP) in quanto tale trattazione fa parte di un altro capitolo.

Un primo livello di terapia medica è quello farmacologico orale e prevede prima di tutto, una corretta informazione sul meccanismo di azione del farmaco (5).

Qualora si somministrino sildenafil, vardenafil o tadalafil è bene chiarire alla coppia il concetto che senza un'adeguata stimolazione sessuale il farmaco non produce effetti. È bene riconoscere che la vita sessuale della donna, sacrificata dalla DE, può essere francamente recuperata (3). È bene che la partner sia resa edotta del fatto che la terapia non incide sulla libido per cui la donna rimane oggetto di un'attenzione "naturale" da parte del suo partner.

Troppo spesso la donna traduce il DE come un problema di desiderio nei suoi confronti e attribuisce al farmaco il "merito" dell'eccitazione maschile. Se queste sono le premesse è molto probabile un rifiuto della terapia.

Nei casi in cui venga consigliata una terapia ormonale occorre spiegare che i tempi d'azione sono lenti. Oggi spesso le coppie sono fuorviate dalla velocità di azione di altri farmaci e pretendono un effetto "tutto e subito" anche da terapie la cui efficacia si sviluppa in un certo arco di tempo.

In questa fase molte coppie hanno anche bisogno di affrontare conflitti più o meno espliciti che possono influenzare la qualità della loro relazione. Le difficoltà di prestazione sessuale di un partner influenzano inevitabilmente il desiderio e l'iniziativa sessuale della coppia e hanno ricadute sulla sua serenità e stabilità.

Caso clinico

Una coppia si presenta all'urologo perché il marito, professionista in pensione, non ha più rapporti sessuali con la moglie. Lei è rabbiosa " Non lo riconosco più, non lotta, non reagisce! Penso che con un'altra donna più giovane allora sì, si darebbe da fare!".

L'esame clinico evidenzia un'ipofonia testicolare ed è consolidato dai dati ematochimici che rivelano un no-

tevole decremento dei livelli ormonali. Si fa diagnosi di PADAM (*Partial Androgen Deficiency in the Aging Male*), deficit androgenico parziale nell'uomo che invecchia). Si prescrive una adeguata terapia con testosterone e si introduce anche, in seconda battuta, una terapia orale vasoattiva per supportare la ripresa della funzionalità.

Si evidenzia anche una secchezza vaginale della donna e si consiglia l'uso di un lubrificante vaginale.

Alla moglie la visita medica offre la possibilità di dare una nuova rilettura, finora da lei non contemplata, del sintomo del marito. Per un anno lei si era sentita rifiutata e offesa nella sua femminilità. Gelosa, ha aggredito il marito. Ora finalmente può vedere il problema sotto una luce diversa.

La coppia sessualmente in astinenza da molto tempo aveva ridotto anche le manifestazioni di affetto, nel tentativo di evitare fraintendimenti che potessero far pensare ad avances sessuali che si sarebbero concluse con un ulteriore fallimento.

La terapia medica ha portato ad una ripresa della vita sessuale e la consulenza psicologica ha aiutato il superamento della crisi: insieme hanno cercato nuovi interessi da condividere e definito tempi di autonomia da rispettare. Quel sintomo aveva anche dato voce al bisogno della coppia di trovare nuovi equilibri dopo il pensionamento del marito.

* * *

Un secondo livello è quello *farmacologico iniettivo*.

Le indicazioni all'autosomministrazione di PGE1 sono essenzialmente due:

- PGE1 a scopo riabilitativo.
- PGE1 a scopo terapeutico.

Quando l'indicazione è a scopo riabilitativo la situazione è molto delicata. Spesso si tratta di pazienti che hanno dovuto affrontare una diagnosi di tumore e il programma chirurgico più idoneo. Inizialmente la priorità è superare l'emergenza data dalla diagnosi e si accetta l'intervento con tutte le possibili conseguenze.

TABELLA 2 - GRADUALITÀ DELL'ITER DIAGNOSTICO.

Colloquio orale - individuale (con valutazione dell'IIEF) e - di coppia
Esami di primo livello - esami ematochimici - test al sildenafil - autofotografia (negli incurvamenti) - ecocolorDoppler delle arterie peniene in corso di farmacoerezione - test di farmacoerezione
Esami di secondo livello - rigidometria notturna per tre notti consecutive - arteriografia - RMN - cavernosografia e cavernosometria

TABELLA 3 - GRADUALITÀ DELL'ITER TERAPEUTICO.

<i>Tipo di terapia</i>	<i>Azione</i>
<i>Terapia orale</i> - farmaci inibitori della fosfodiesterasi - farmaci di tipo ormonale	sull'erezione (meccanismo fisiologico) sulla libido
<i>Terapia intracavernosa</i> - PGE1 a scopo riabilitativo - PGE1 a scopo terapeutico	sull'erezione (non è necessaria l'eccitazione) sull'erezione (non è necessaria l'eccitazione)
<i>Terapia chirurgica</i> - rivascularizzazione - protesi	sull'erezione (meccanismo fisiologico) sull'erezione (ripristino della rigidità)

In una seconda fase le ricadute a livello funzionale che certi interventi comportano sono constatate direttamente e spesso sono accompagnate da depressione e scarsa motivazione. Il supporto psicologico per questi pazienti è particolarmente opportuno.

Come sempre è fondamentale essere più chiari possibile sugli effetti della terapia anche con la partner. È bene preparare la coppia all'idea che anche quando la farmacoerezione intracavernosa risulti efficace, le modalità di azione del farmaco potrebbero non rispettare i tempi e le modalità fisiologiche (4).

TABELLA 4 - GLI ERRORI DA EVITARE.

<i>A livello diagnostico</i> - non rispettare un corretto iter diagnostico - escludere la partner - non indagare sulla relazione di coppia, sul lavoro e sulla vita familiare - confondere il calo del desiderio con la difficoltà di erezione (DE) - non diagnosticare i casi in cui il calo del desiderio è secondario a DE - confondere un calo di prestazione con una DE vera e propria
<i>A livello terapeutico</i> <i>Terapia orale:</i> - forzare il paziente (o la coppia) all'uso di sildenafil, tadalafil o vardenafil - curare un'eventuale eiaculazione precoce come se fosse una DE - favorire la dipendenza psicologica dal farmaco (è sempre meglio parlare di "ciclo terapeutico" stabilendone la durata) <i>Farmacoerezione intracavernosa:</i> - prescrivere la farmacoerezione quando la coppia è altamente conflittuale <i>Protesi:</i> - porre l'indicazione all'inserimento di protesi peniena come soluzione tesa a recuperare un'erezione "fisiologica"

Nel contesto sessuale e di coppia bisogna introdurre alcune varianti:

- In prossimità di un rapporto occorre che la coppia o il maschio da solo inserisca i tempi necessari per eseguire una pratica medica. Esistono delle situazioni in cui il partner maschile preferisce non informare la donna di aver eseguito l'autosomministrazione.
- Nei casi in cui, viceversa, la scelta terapeutica è ben condivisa occorre rendere edotta la coppia che in effetti, se il farmaco funziona, per ottenere una rigidità sufficiente per la penetrazione non è sempre necessaria l'eccitazione. Qualora questa constatazione infici la qualità del rapporto può essere utile spiegare meglio la funzionalità del farmaco che agisce a livello dei corpi cavernosi e non del corpo spongioso per cui la "funzionalità" del glande rimane di pertinenza della coppia.
- Dopo un rapporto non segue necessariamente una caduta dell'erezione. Questo da un lato consente di gestire in modo ottimale un'eventuale eiaculazione precoce coesistente. Dal versante femminile può creare dei "qui pro quo" sulla necessità di un rapporto più prolungato al fine di far recedere, come avviene abitualmente, l'erezione persistente o residua. Le problematiche relative alla lubrificazione ed all'accettazione femminile di un rapporto troppo prolungato sono di evidente comprensione.

Caso clinico

Un paziente sottoposto 18 mesi prima a cistoprostatectomia in presenza di un tumore della vescica con confezione di una neovesicica ileale si presenta all'urologo con la richiesta di aiuto per poter riprendere un'attività sessuale. Vedovo da due anni; in un primo tempo non si era posto il problema della funzionalità erettiva ed aveva accettato in modo non troppo collaborativo il primo ciclo di terapia intracavernosa prescritta a scopo riabilitativo. Da sei mesi ha una nuova relazione e si dimostra molto

motivato a riprovare con la terapia intracavernosa. Alla consulenza psico-sessuologica la coppia si presenta affiata e molto motivata a cercare una soluzione adeguata per poter condividere rapporti sessuali. Risulta fondamentale chiarire quali limiti funzionali esistano realmente, quanto possa significare per il partner poter far l'amore nel modo più completo possibile e quanto possa fare la donna per rendere il rapporto il più riuscito possibile. Altrettanto cruciale è accompagnare la coppia ad un livello ottimale di competenza su come procedere alla somministrazione delle iniezioni nel modo più corretto possibile.

Per il paziente l'incontro con la nuova compagna ha rappresentato l'occasione per rimettersi in gioco. La consulenza medica gli offre la soluzione e gli permette di sentirsi nuovamente normale. La partner da parte sua comprende e descrive lo stato di euforia del compagno che con lei, e con l'aiuto del farmaco, riesce nuovamente ad "essere uomo". Entrambi si dichiarano soddisfatti dei rapporti sessuali e descrivono le ricadute positive sull'umore e sulla "voglia di fare".

In generale, in presenza di pazienti che eseguono una farmacoerezione intracavernosa è necessario lavorare sulla motivazione mediante un adeguato supporto psicologico.

Viceversa l'abbandono di questa terapia è molto frequente.

Un terzo livello prevede *trattamenti chirurgici* proponibili solo per casi di grave non funzionamento.

Il chirurgo può trovare indicazione all'esecuzione

di una rivascolarizzazione specie nei pazienti giovani che hanno sviluppato una DE post-traumatica. In questi casi, qualora l'intervento abbia successo, non si hanno ricadute negative sull'erezione che mantiene un meccanismo fisiologico.

Qualora l'indicazione sia l'inserimento di protesi, l'obiettivo sarà quello di un ripristino della rigidità penalizzando la fisiologicità dell'erezione. Consigliare questo tipo di soluzione è una questione molto delicata e va valutata con cura.

Conclusioni

L'importanza della collaborazione di due figure - il clinico e lo psicologo - è già stata sottolineata da diversi Autori anche se nella pratica spesso vi è un contrasto tra due professionisti, dai quali il paziente si aspetta un'attiva cooperazione per risolvere i suoi problemi.

Sia nel capitolo dei materiali sia in quello dei risultati emerge l'attuale impostazione di lavoro che consente di mantenere un equilibrato sguardo diagnostico e terapeutico tra componenti biologico/mediche e componenti psicosessuali e relazionali del problema portato in consultazione.

L'assioma "*primum non nocere*" ci porta a concludere indicando le cose da non fare (Tab. 4).

Bibliografia

1. BELGRANO E., TROMBETTA C., PITTALUGA P., DE ROSE A.F.: *Studio dell'erezione notturna nei pazienti con deficit erettivi*. Urologia - anno LII, fasc. VI : 772-778, 1985.
2. BUTTAZZI L., TROMBETTA C., CAVALLINO M.F., LIGUORI G., BUCCI S.: *Prima somministrazione di Sildenafil: studio dettagliato*. Giornale Italiano di Andrologia vol. 7, (n° 1): 43-44, 2000.
3. FISHER W.A., ROSEN R.C., EARDLEY I., GOLDSTEIN I.: *Sexual Experience of Female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's attitudes to life events and sexuality (female) study*. The Journal of Sexual Medicine 2: 675-684, 2005.
4. GRAZIOTTIN A., TROMBETTA C.: *La funzione e il piacere in farmacoerezione*. Urologia - anno LV, fasc. II : 175-181, 1988.
5. LEIBLUM S.R., ROSEN R.C.: (ed. italiana aggiornata a cura di Graziottin A.) *Principi e pratica di terapia sessuale*. CIC Edizioni Internazionali, 2004.
6. LIGUORI G., TROMBETTA C., SAVOCA G., BELGRANO E.: *Utilità dell'autofotografia nella diagnosi e nel follow-up delle deformità peniene*. Urologia - Vol. 65 Suppl. 1: 75-77, 1998.
7. ROSEN R.C., BRODERICK G.A., SHABSIGH R., SWINDLE R.W., LOCKHART D., CAMERON A.: *Sensitivity of the Psychological and Interpersonal Relationship Scales to Oral Therapies for Erectile Dysfunction*. J Sex Med; 2: 461-468, 2005.
8. SAVOCA G., BUTTAZZI L., CIAMPALINI S., GATTUCIO I., TROMBETTA C., BELGRANO E.: *Funzione sessuale dopo corporoplastica sec. Nesbit: follow-up a lungo termine*. Giornale Italiano di Andrologia, Vol. 8, (n° 3): 61, 2001.
9. TROMBETTA C., CAVALLINO M.F., LIGUORI G., BUTTAZZI L., SAVOCA G., PAOLINELLI D.: *Valutazione dei pazienti affetti da DE mediante somministrazione di questionario standardizzato dopo la prima assunzione di Sildenafil*. Urologia (abstract book): 80, 1999.