

PROBLEMATICHE SESSUALI DEL PAZIENTE MIELOLESO

www.fisiokinesiterapia.biz

SCI = spinal cord injury

- Lesioni del midollo spinale incidono gravemente e negativamente sulla funzione sessuale.
- Negli USA 10.000 nuovi casi/anno di SCI
- La maggior parte ha <30 anni

SCI = spinal cord injury

- Incidenza annuale in Italia: 20-30 SCI / milione di abitanti
- Prevalenza in Italia: 900 casi/milione di abitanti
- 85% sesso maschile

SCI = spinal cord injury

- In Italia il 60% dei pazienti ha <45 anni
- 60% delle SCI causate da incidenti stradali e da “cause stagionali”, meno frequenti incidenti sul lavoro

SCI = spinal cord injury

- 60% ha una relazione stabile



- Necessità di vita di relazione
- !!! I single avvertono di più il problema della sessualità indotta dalla SCI

Caratteristiche della sessualità

- Su 200 maschi paraplegici
 - 36.5% no erezione
 - 42.5% erezioni riflesse
 - 21% erezioni riflesse e psicogene

Talbot, HS. J Urol, 1949

Caratteristiche della sessualità

- Su 200 maschi paraplegici
 - 46/200 rapporti sessuali completi
 - 32/200 avevano orgasmo
 - 20/200 ejaculazione conservata

Talbot, HS. J Urol, 1949

Funzione sessuale nel mieloleso

	N° pazienti	Erezioni %	Eiaculazioni %	Coito %
Talbot, 1955	40	60	11.5	23
Zeltliz, 1957	100	94	3	33
Tsuji, 1961	638	54	9	15
Comarr, 1970	150	82	11	38

Funzione sessuale nel mieloleso

	Coito %	Eiaculazioni %	Orgasmo %
Lesioni complete	50	1	>1
Lesioni incomplete	87	33	33

Comarr et al.

Funzione sessuale nel mieloleso

- Lesione del motoneurone superiore →
 - Erezioni riflesse 77%
 - Erezioni psicogene 24%
- Lesione del motoneurone inferiore →
 - Erezioni psicogene 21%
 - No erezioni riflesse

Comarr et al.

Innervazione del pene

(sistema somatico)

- Vie afferenti (pene, scroto, pube)
↓
- Nervo pudendo
↓
- Midollo spinale S2-4
↓
- Colonne Posteriori
↓
- Talamo controlaterale, scissura interemisferica, tratto sensoriale

- Vie efferenti (scissura interemisferica, tratto motorio)
↓
- Midollo spinale S2-4
Radici ventrali
↓
- Nervo pudendo
↓
- Muscolo bulbocavernoso, ischiocavernoso, sfintere striato e muscoli perineali

Innervazione del pene

- La lesione delle fibre somatosensoriali afferenti provoca incapacità a mantenere una erezione durante il coito,
- La lesione delle fibre somatosensoriali efferenti impedisce il raggiungimento della rigidità peniena appena prima della eiaculazione.

Innervazione del pene

(sistema autonomo)

Fibre efferenti da ipotalamo, n. paraventricolare ed ippocampo



Nuclei spinali – segmenti T10-L2, S2-S4



Innervazione simpatica muscolatura liscia di deferente, prostata, collo vescicale, vescicole seminali ed inn. parasimpatica di prostata, corpi cavernosi e detrusore

Innervazione del pene

- Una lesione di fibre del sistema autonomo di innervazione pelvico-cavernosa è caratterizzata dalla incapacità di raggiungere o mantenere la rigidità del pene durante la stimolazione sessuale.

Innervazione del pene

- Le lesioni che interessano i segmenti S2-S4 del midollo, oppure le radici nervose sacrali dei nervi pelvici e dei nervi pudendi, oppure entrambe le sezioni, possono portare a modelli di lesioni complete o incomplete.
- In rapporto al grado di completezza o meno della lesione, potremo avere lesioni sia motorie che sensitive, ma sempre comunque, quelle viscerali.

Shock Spinale

- Scompaiono tutti i riflessi scheletrici e viscerali al di sotto del livello della lesione midollare,
- In tale periodo clinico non è possibile prevedere il grado della disfunzione sessuale.
- Assenza di erezione peniena riflessa, eiaculazione, riflessi bulbo-cavernosi e scrotali.

Shock Spinale

- L'80% dei pz che recupererà la funzione erettile, lo farà nel 1° anno dal trauma.
- Un altro 5% lo farà entro il 2° anno.
- La probabilità di recupero della funzione erettile è statisticamente maggiore nei pz con lesioni cervicali e/o toraciche, rispetto ai pz con lesioni lombo-sacrali.

www.fisiokinesiterapia.biz

Valutazione diagnostica della D.E. in pz con SCI

- Anamnesi sessuale (caratteristiche dell'erezione, libido, abitudini sessuali, malattie associate, uso di farmaci e/o droghe).
- E.O. uroandrologico e neurologico.
- Esami di laboratorio (ematochimici, ormonali).
- Ecocolor-doppler dinamico dei corpi cavernosi.

Valutazione diagnostica della D.E. in pz con SCI

- Esami neuro-urologici (riflessi sacrali, potenziali evocati somatosensoriali, Velocità di conduzione del n. pudendo, velocità di conduzione del n. dorsale del pene, EMGrafia dei m. del piano perineale)
- Esame urodinamico completo.
- Rigiscan.

Valutazione diagnostica della D.E. in pz con SCI

- Arteriografia delle arterie peniene.
- Cavernosografia.
- Farmacoerezione indotta mediante F.I.C.
- Visual sex stimulation.
- Test psicologici.

Terapia della D.E. in pz con SCI

- Farmaco-iniezione intracavernosa (F.I.C.).
- Terapia orale.
- Vacuum Device.
- Protesi peniene.
- Terapia chirurgica di supporto.
- Fisioterapia.

Farmacoterapia intracavernosa (F.I.C.)

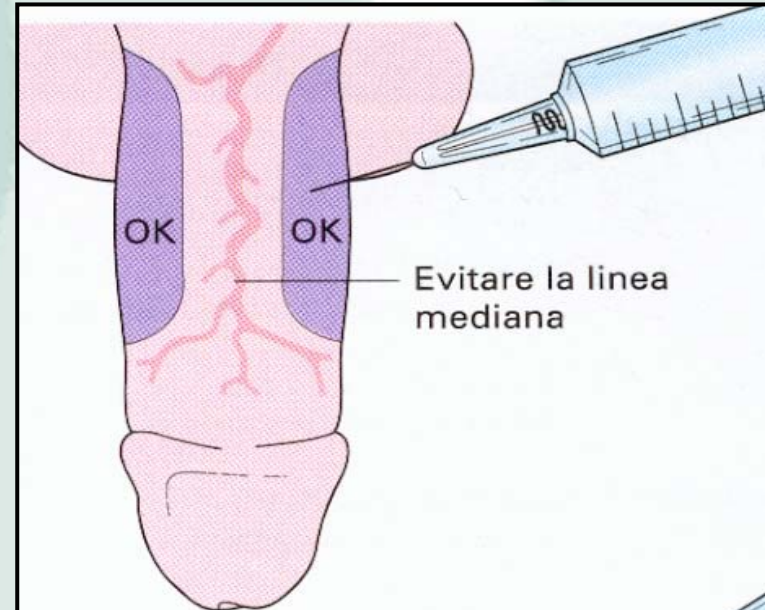
- Farmaci Vasoattivi (PGE1, Alprostadil, Papaverina).
- Efficace nel pz mieloleso con lesione S2-S4.
- Vanno prima risolti, per quanto possibile, le problematiche di natura vescicale ed intestinale.

Farmacoterapia intracavernosa

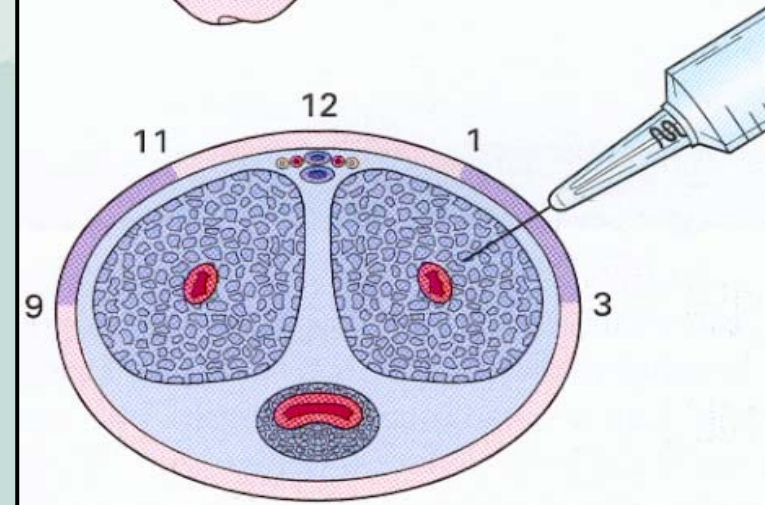
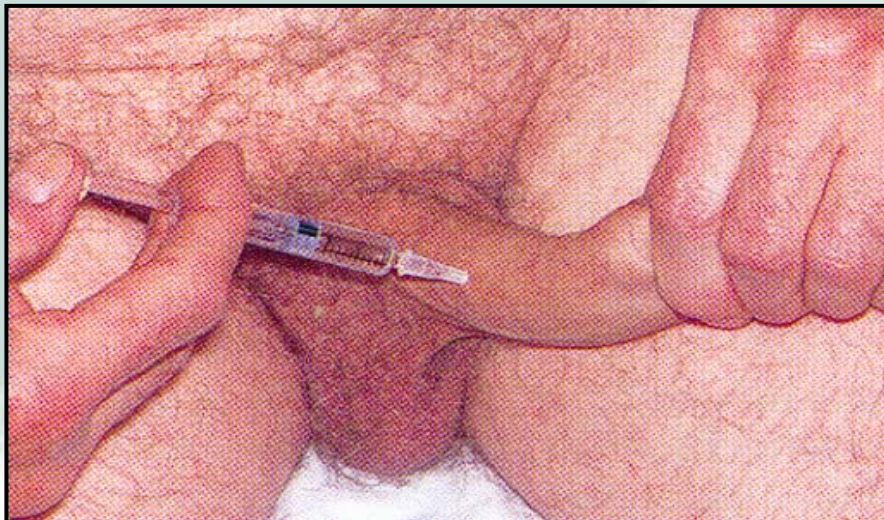
- Iniezione sulla faccia laterale alla base del pene.
- Compressione del sito di iniezione per 3-4 minuti, per evitare ematomi.
- Iniziare con basse dosi di farmaco fino al raggiungimento della dose che garantisce una erezione rigida di 30-60 minuti.
- Terapia del priapismo (Fenilefrina ed epinefrina).

Farmacoterapia intracavernosa

1



2



Terapia orale

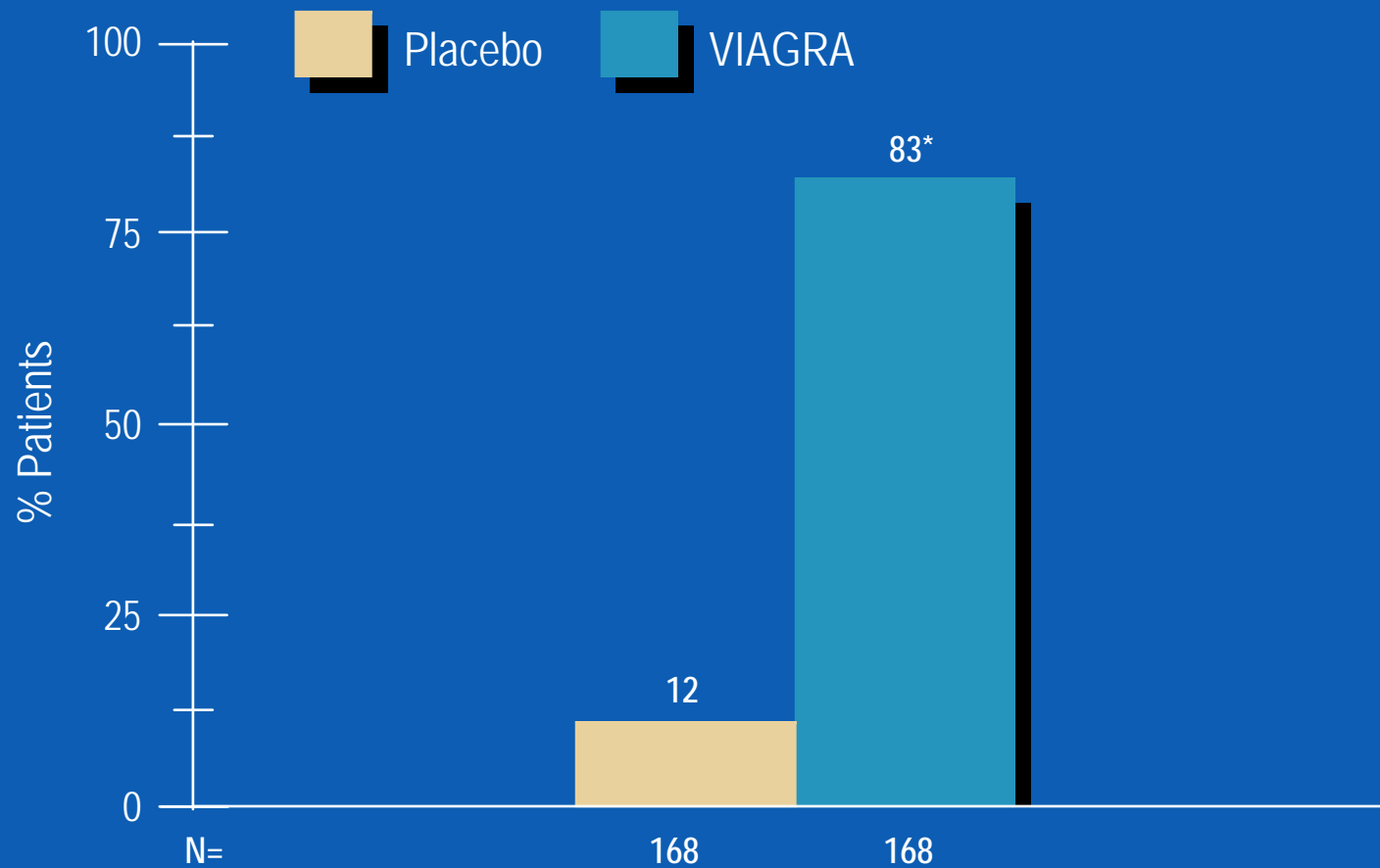
- Inibitori della PDE-5 (Sildenafil).
- Nuovi inibitori della PDE-5 (Tadalafil e Vardenafil).
- Efficace nel mieloleso con lesione al di sopra di S2.



VIAGRA[®]
(sildenafil citrate) tablets

VIAGRA[®] (sildenafil citrate) efficacy: ED patients with spinal cord injury

Improvement in erections

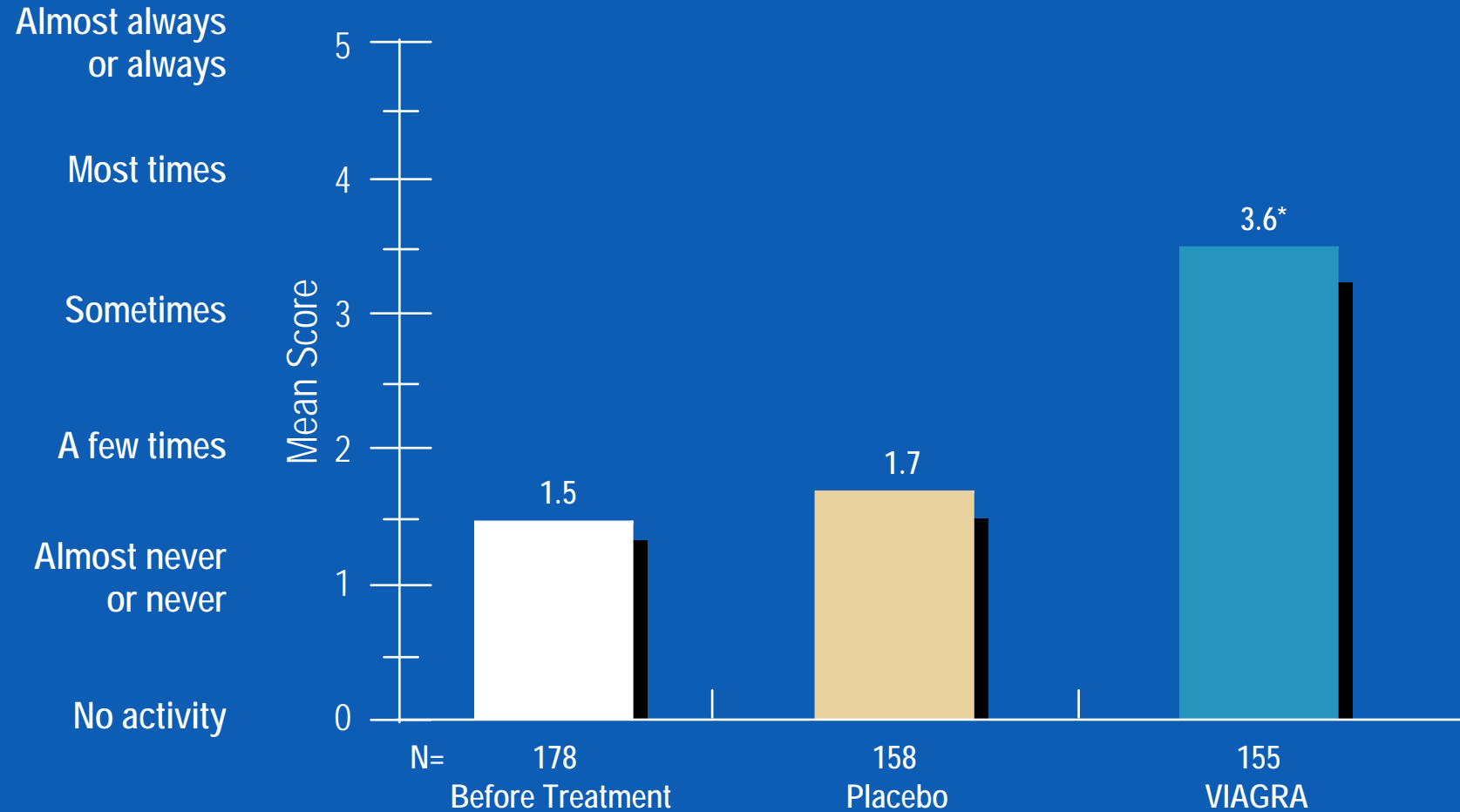


* $P < 0.0001$ vs placebo.

Adapted from Holmgren et al.²⁰

VIAGRA[®] (sildenafil citrate) efficacy: ED patients with spinal cord injury

Ability to maintain an erection

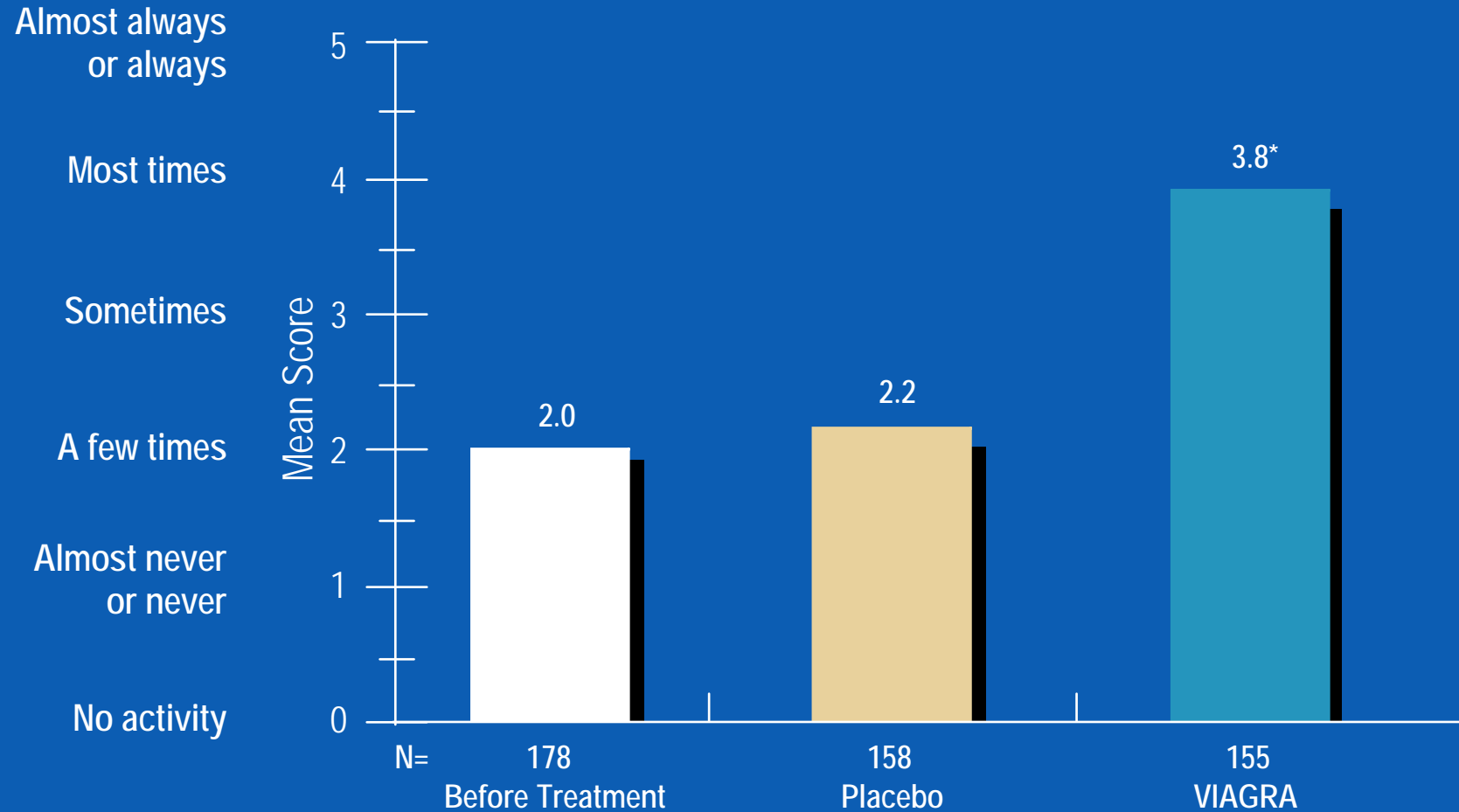


* $P < 0.0001$ vs placebo.

Adapted from Holmgren et al.²⁰

VIAGRA[®] (sildenafil citrate) efficacy: ED patients with spinal cord injury

Ability to achieve an erection



* $P < 0.0001$ vs placebo.

Adapted from Holmgren et al.²⁰

Terapia: nota AIFA/CUF 75

- Nota 75: Classe A, limitatamente a soggetti medullosesi.
- Alprostadil (Caverject f. 10mcg/ml).
- *Sildenafil (Viagra cpr 25-50-100 mg)*
SOSPESO
-le prescrizioni del farmaco sono indirizzate a soggetti con lesioni permanenti del midollo spinale con compromissione della funzione erettile.

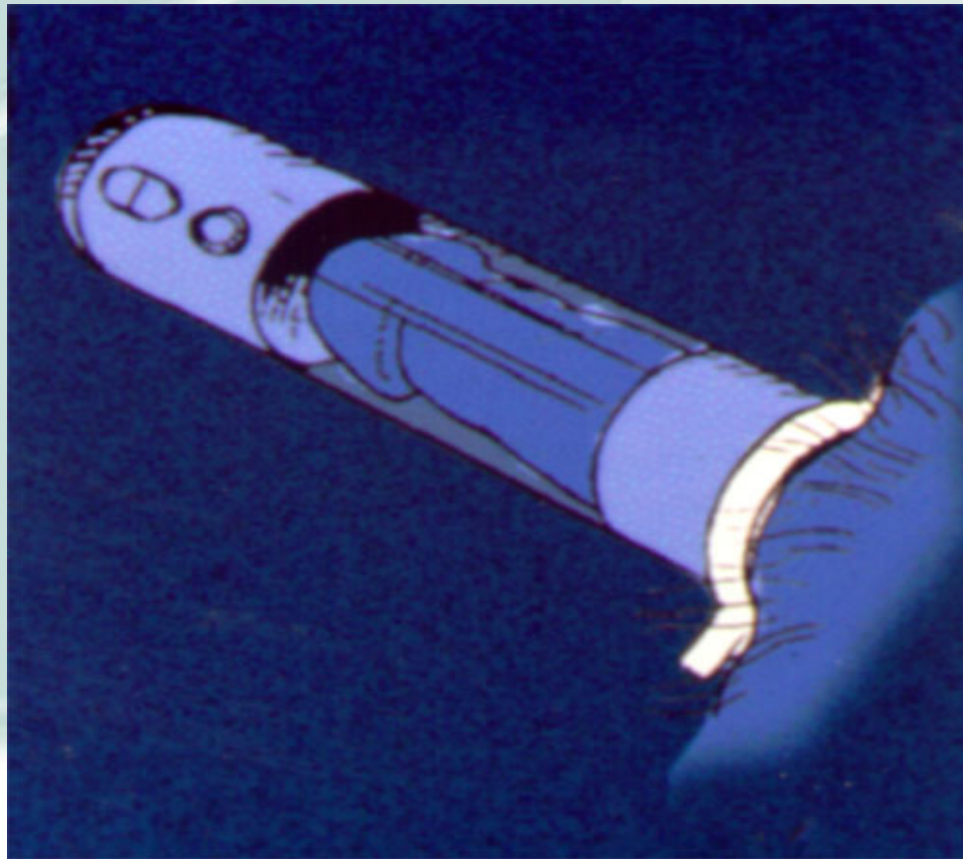
Vacuum Device

- Erezione provocata dall'afflusso di sangue nei Corpi Cavernosi con un sistema cilindrico, all'interno del quale viene creata pressione negativa.
- Ottenuta l'erezione, alla base del pene vengono poste fasce elastiche di contenzione, che impediscono il deflusso del sangue venoso per un massimo di 30 minuti.

Vacuum Device: limiti

- Impedita l'eiaculazione anterograda.
- Edema ed ecchimosi del pene.
- Rischio di lesioni durante il rapporto.
- Sensazione di “pene freddo”.
- Non consigliabile a mielolesi che assumono antiaggreganti o con anamnesi positiva per disturbi emorragici.

Vacuum Device



www.fisiokinesiterapia.biz

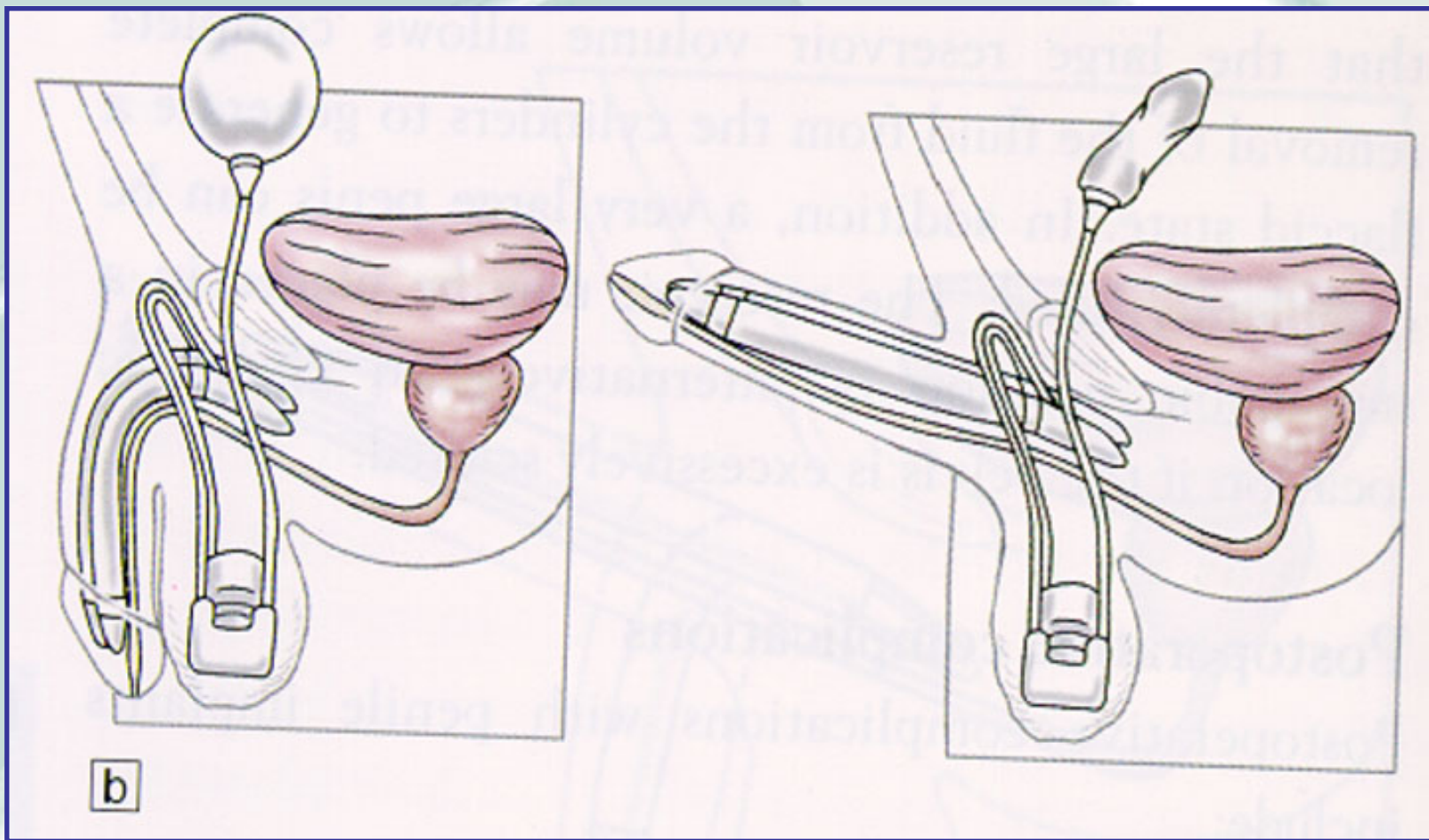
Protesi peniene

- Attualmente poco utilizzate.
- Consigliate in pz con curvatura peniena disfunzionale.
- Consigliate dove falliscono, o non vengono accettate, le opzioni terapeutiche precedenti.
- Da preferire le protesi tricomponenti.

Protesi peniene: complicanze.

- Infezione della protesi e sua rimozione.
- Erosione dell'albuginea e dell'uretra con ulcere da decubito.
- Guasto meccanico.
- Deficienza sensoriale e mancanza di percezione del dolore.

Protesi peniene.



Terapia chirurgica di supporto.

- Chirurgia riabilitativa, che consente il recupero di funzioni altrimenti non recuperabili.
- Sfinterotomia esterna.
- Neuromodulazione.

Fisioterapia.

- Fisiokinesi-terapia.
- Metodiche strumentali di elettrostimolazione.
- Farmacomodulazione.
- Supporto psico-sessuologico individuale e di coppia.
- Ruolo della partner.

Disfunzione Eiaculatoria

- Eiaculazione in meno del 5% dei pz con lesione completa del motoneurone sup.
- Eiaculazione nel 18% dei pz con lesione completa del motoneurone inferiore.
- Eiaculazione nel 32% dei pz con lesione incompleta del motoneurone superiore.
- Eiaculazione nel 70% dei pz con lesione incompleta del motoneurone inferiore.

Tecniche di prelievo dello sperma

- Terapia farmacologica (abbandonata per il rischio di disreflessia autonoma).
- Vibromassaggio penieno, con frequenze tra 80 -100 hz di ampiezza, di 2,5 mm, per 20 minuti.
- Elettroeiaculazione con sonde endorettali.
- M.E.S.A.

Disfunzione Eiaculatoria

- Aneiaculazione: perdita sia della fase di emissione che di quella espulsiva (anorgasmia).
- Eiaculazione secca: Perdita della fase di emissione (Orgasmo senza eiaculazione).
- Eiaculazione retrograda.
- Eiaculazione gocciolante.

Fattori che influenzano la qualità del seme

- Riduzione di numero degli spermatozoi.
- Riduzione della motilità degli spermatozoi.
- Infezione cronica delle vie urinarie.
- Autocateterismo.
- Aumento della temperatura scrotale.
- Prostatiti acute e croniche.
- Orchiepididimiti.
- Lesioni duttali testicolari ostruttive.

Disfunzioni sessuali in donne con SCI

- Perdita di sensibilità dei genitali esterni.
- Spasticità dei m. del pavimento pelvico.
- Lubrificazione vaginale riflessa o psicogena a seconda della sede della lesione.
- Congestione riflessa dei genitali esterni.
- Perdita della sensazione orgasmica.

Ostacoli al rapporto sessuale in donne con SCI

- Alterazione della lubrificazione vaginale.
- Difficoltà alla penetrazione vaginale.
- Dispareunia e/o vaginismo.
- Incontinenza vescicale e/o intestinale.
- Infezioni delle vie urinarie.
- Periodo di amenorrea post shock spinale, di durata non prevedibile.

Conclusioni

- Oggi il protocollo assistenziale nei confronti del paziente medulloleso è cambiato.
- E' importante una attività di counselling specifica e diretta, che preveda una riabilitazione multimodale nella fase di passaggio tra il silenzio dello shock spinale ed il primo recupero funzionale.

Conclusioni

- Il recupero sessuale del paziente medulloleso dipende molto dalla entità della lesione midollare, dai successi della prima fase di riabilitazione post-trauma, dalla messa in opera di uno specifico approccio multidisciplinare al trattamento ed ai problemi clinici e psicosessuali del paziente.

Conclusioni

- Gli operatori sanitari che si occupano di questi pz e dei loro problemi, devono superare il disagio che possono avvertire nei loro confronti, per non correre il rischio di considerare i pz medullolesi dei disabili, mentre, di fatto, ci troviamo di fronte a dei “super-abili”, cioè a persone che, a dispetto di apparenti limiti insormontabili, vogliono vivere pienamente la loro sessualità, dimostrandoci che la vera energia dell’uomo sta nello spirito e non nel corpo.