

**UPDATE SULLE MAGGIORI ALTERAZIONI  
DELLA FUNZIONE SESSUALE MASCHILE**Responsabile Editoriale  
**Renato Cozzi****INTRODUZIONE**

Le alterazioni della funzione sessuale del maschio hanno implicazioni che vanno ben al di là della semplice attività sessuale. Alcune possono essere considerate parametri sensibili di malattie sistemiche e di salute cardiovascolare (CV), come la disfunzione erettile (DE): attualmente è opinione comune che, soprattutto **nei soggetti giovani (< 50 anni) in apparente buona salute, la DE preceda di almeno 2-3 anni un evento acuto ischemico cardiaco.**

Nella pratica clinica, l'accurata storia sessuologica del maschio (in particolare la ricerca della DE) acquista lo stesso valore informativo clinico dell'anamnesi relativa al ciclo mestruale della donna, inteso come parametro di salute generale.

I disturbi sessuali, in ogni caso, hanno un impatto significativo sia sulla qualità della vita del paziente che su quella della *partner*.

Questa mini-revisione, che ha lo scopo di focalizzare le novità della diagnostica e della terapia delle alterazioni sessuali del maschio, prende in considerazione solo quei disturbi che hanno maggiore prevalenza: l'eiaculazione precoce (EP) e la DE.

**EIACULAZIONE PRECOCE****Fisiopatologia**

L'eiaculazione è un processo regolato sia da neurotrasmettitori che da vari ormoni. Le vie neuronali centrali svolgono un ruolo primario: la dopamina stimola l'eiaculazione attraverso i recettori D2, mentre la serotonina svolge un ruolo inibitorio; altri neuromediatori (acetilcolina, adrenalina, NO, ossitocina e GABA) rivestono un ruolo secondario.

Il ruolo del testosterone (T) non è ben definito. Il T agisce sia a livello ipotalamico e talamico, sopprimendo l'attività inibitoria della serotonina, sia a livello periferico. Inoltre, svolge un'azione anche a livello penieno, attraverso il sistema NO-PDE5, che regola la contrattilità del tratto genitale maschile.

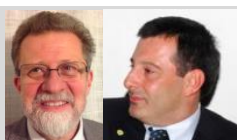
Nel tratto genitale maschile e a livello dei centri sovra-spinali sono stati rilevati recettori per gli ormoni tiroidei: l'ipertiroidismo si associa a EP, mentre il ripristino di eutiroidismo comporta un crollo della prevalenza di EP dal 50 al 15%.

**Definizione ed epidemiologia**

L'EP viene definita come l'incapacità di controllare o ritardare l'eiaculazione, con conseguente insorgenza di insoddisfazione e *stress* per il paziente e la coppia. Il DSM-5 (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) amplia questa definizione includendo il criterio temporale, rappresentato dal tempo di latenza eiaculatoria intra-vaginale (IELT), che deve essere inferiore al minuto.

L'EP rappresenta il più frequente tra i disturbi sessuali maschili, con una prevalenza tra l'8 e il 35% negli adulti. In Italia si presume che ne sia affetto circa il 20% della popolazione.

La tab 1 illustra la classificazione.

**Vito Angelo Giagulli**<sup>1</sup> ([vitogiagulli@alice.it](mailto:vitogiagulli@alice.it)) & **Mauro Schiesaro**<sup>2</sup> ([mauroschiesaro@libero.it](mailto:mauroschiesaro@libero.it))<sup>1</sup>Unità Territoriale di Endocrinologia e Malattie Metaboliche, Presidio di Assistenza Territoriale "F Jaia", Conversano AUL/BA<sup>2</sup>Ospedale Classificato Villa Salus, Mestre (VE)

**Tabella 1**  
**Classificazione dell'eiaculazione precoce**

	<b>Primitiva</b>	<b>Secondaria</b>	<b>Variabile</b>	<b>Soggettiva</b>
<b>IELT</b>	< 1 min	< 3 min	Normale/breve	Normale/prolungata
<b>Sintomi</b>	L'eiaculazione avviene precocemente durante pressoché tutti i rapporti, sin dal primo	Il paziente ha già sperimentato eiaculazioni con latenza nella norma; EP esordisce in seguito a precisa <i>noxa</i> (psico)patologica	EP avviene in modo raro o discontinuo, non come conseguenza di patologie organiche o psicologiche	Auto-percezione di EP, nonostante normale latenza
<b>Esordio</b>	Solitamente sin dal primo rapporto	Può accadere in qualsiasi fase della vita		
<b>Eziologia</b>	Genetica, neurobiologica	Patologie urologiche, endocrine, psicologiche; problematiche relazionali	Variante normale	Problematiche psicologiche e percezione di EP
<b>Trattamento</b>	Farmaci, psicoterapia	Inquadramento diagnostico. Farmaci, psicoterapia, educazione	Rassicurazione, educazione, terapia comportamentale	Psicoterapia, rassicurazione, educazione

### Diagnostica

La diagnosi di EP si basa essenzialmente sulla **storia** sessuale e clinica del paziente. Particolare attenzione deve essere rivolta alla latenza eiaculatoria, al grado di stimolazione sessuale, all'impatto sull'attività sessuale e sulla qualità di vita, all'uso o abuso di farmaci.

Nella pratica clinica quotidiana un'auto-valutazione di IELT da parte del malato può essere sufficiente per caratterizzarla. Sono disponibili **questionari**, come il PEP (*Premature Ejaculation Profile*) o il PEDT (*Premature Ejaculation Diagnostic Tool*), ma il loro utilizzo è opzionale.

Ruolo preminente riveste ancora l'**esame obiettivo**, che deve essere orientato alla ricerca di patologie croniche (diabete mellito *in primis*), neuropatia autonoma, endocrinopatie, patologie infettivo/infiammatorie del tratto genito-urinario.

Eventuali indagini di laboratorio devono basarsi sui rilievi dell'esame clinico e non devono essere routinarie.

### Trattamento

**Terapia psicologica.** È stata considerata a lungo il *gold standard* per il trattamento dell'EP. In realtà il suo utilizzo è sempre più limitato nella pratica clinica, sia per i costi, che per i tempi lunghi, che per la necessità di ottima *compliance* da parte della coppia. Questo approccio sembra dare risultati inferiori alla terapia farmacologica. L'approccio psicoterapico può essere ancora considerato una prima linea, quando sia ben chiara l'esistenza di un'eziologia psicologica o per quei soggetti che presentino un'EP di tipo soggettivo.

**Terapia comportamentale.** In letteratura vengono suggerite alcune modifiche comportamentali per l'EP, quali:

- masturbazione pre-coitale;
- *stop and start*: interruzione del coito nell'immediatezza dell'eiaculazione, per poi riprendere il rapporto;
- schiacciamento del glande nei momenti precedenti l'eiaculazione;
- utilizzo di *condom* (anche più di 1 alla volta);
- esercizi riguardanti la muscolatura del pavimento pelvico.

Mentre i primi tre sono considerati intrusivi nei confronti della spontaneità del coito, gli ultimi due possono risultare efficaci quando venga loro associato anche un trattamento farmacologico.

**Anestetici topici.** *Gel o spray* a base di lidocaina-prilocaina o di lignocaina rappresentano un'opzione efficace e di semplice utilizzo, anche se non sono privi di effetti collaterali, quali ipoestesia peniena, irritazione locale e ipoestesia vaginale, se non vengono utilizzati in combinazione con i *condom*.

**Terapia farmacologica:** tab 2.

<b>Tabella 2</b> <b>Terapia farmacologica dell'eiaculazione precoce</b>						
Classe	Molecola	Dosaggio	Meccanismo d'azione	Efficacia	Utilizzo	Effetti collaterali
<b>Analgesici oppioidi</b>	Tramadolo	25-50 mg	Stimola recettore $\mu$ e inibisce <i>reuptake</i> di NA e 5-HT	Aumento significativo di IELT	<i>On demand</i> (od)	Vertigini, nausea, tachicardia, ipotensione (minimi se assunto od)
<b>Anti-depressivi triciclici</b>	Clomipramina	25-50 mg	Inibisce <i>reuptake</i> di NA e 5-HT	Aumento significativo di IELT (fino a x4)	<i>On demand/uso protratto</i>	Astenia, vertigini, secchezza fauci, ipotensione (numerosi <i>drop-out</i> )
<b>SSRI</b>	Dapoxetina	30-60 mg	Inibisce <i>reuptake</i> di 5-HT attraverso inibizione trasportatore; breve durata d'azione	Aumento significativo di IELT	<i>On demand</i> , 1-3 h prima del rapporto	Vertigini, cefalea, nausea
	Fluoxetina	5-20 mg/die		Efficacia modesta	<i>On demand</i> , 4-6 h prima del rapporto	Iponatremia, disturbi del sonno, ansia, agitazione, cefalea, vertigini
	Sertralina	25-200 mg		Migliora controllo eiaculatorio e frequenza rapporti		Diarrea, nausea, secchezza fauci, cefalea, insonnia, ansia
	Paroxetina	10-20-40 mg/die		Aumento modesto di IELT	Uso quotidiano	Sonnolenza, insonnia, incubi, visione offuscata, nausea, sudorazione, aumento peso
	Escitalopram	10 mg	Elevata selettività per trasportatore 5-HT	Aumento di IELT		Variazioni appetito, aumento peso, insonnia, parestesie, alterazioni alvo, nausea, artromialgie, astenia
<b>Inibitori PDE-5</b>	Sildenafil	50-100 mg		Incremento di tutti i parametri, compreso IELT	<i>On demand</i>	
	Vardenafil	20 mg		Incremento IELT		
	Tadalafil	20 mg				
<b>Alfa1-antagonisti</b>	Alfuzosina			Effetti scadenti		
	Terazosina					

Dapoxetina: unico farmaco con indicazione per il trattamento di EP  
Sono possibili associazioni di più farmaci

#### BIBLIOGRAFIA

1. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol* [2010, 57: 804-14](#).
2. Jannini EA, Ciocca G, Limoncin E, et al. Premature ejaculation: old story, new insights. *Fertil Steril* [2015, 104: 1061-73](#).
3. Gur S, Sikka SC. The characterization, current medications, and promising therapeutics targets for premature. The characterization, current medications, and promising therapeutics targets for premature ejaculation. *Andrology* [2015, 3: 424-42](#).
4. Sansone A, Romanelli F, Jannini EA, et al. Hormonal correlations of premature ejaculation. *Endocrine* [2015, 49: 333-8](#).
5. Aversa A. Eiaculazione precoce. [Endowiki](#).