



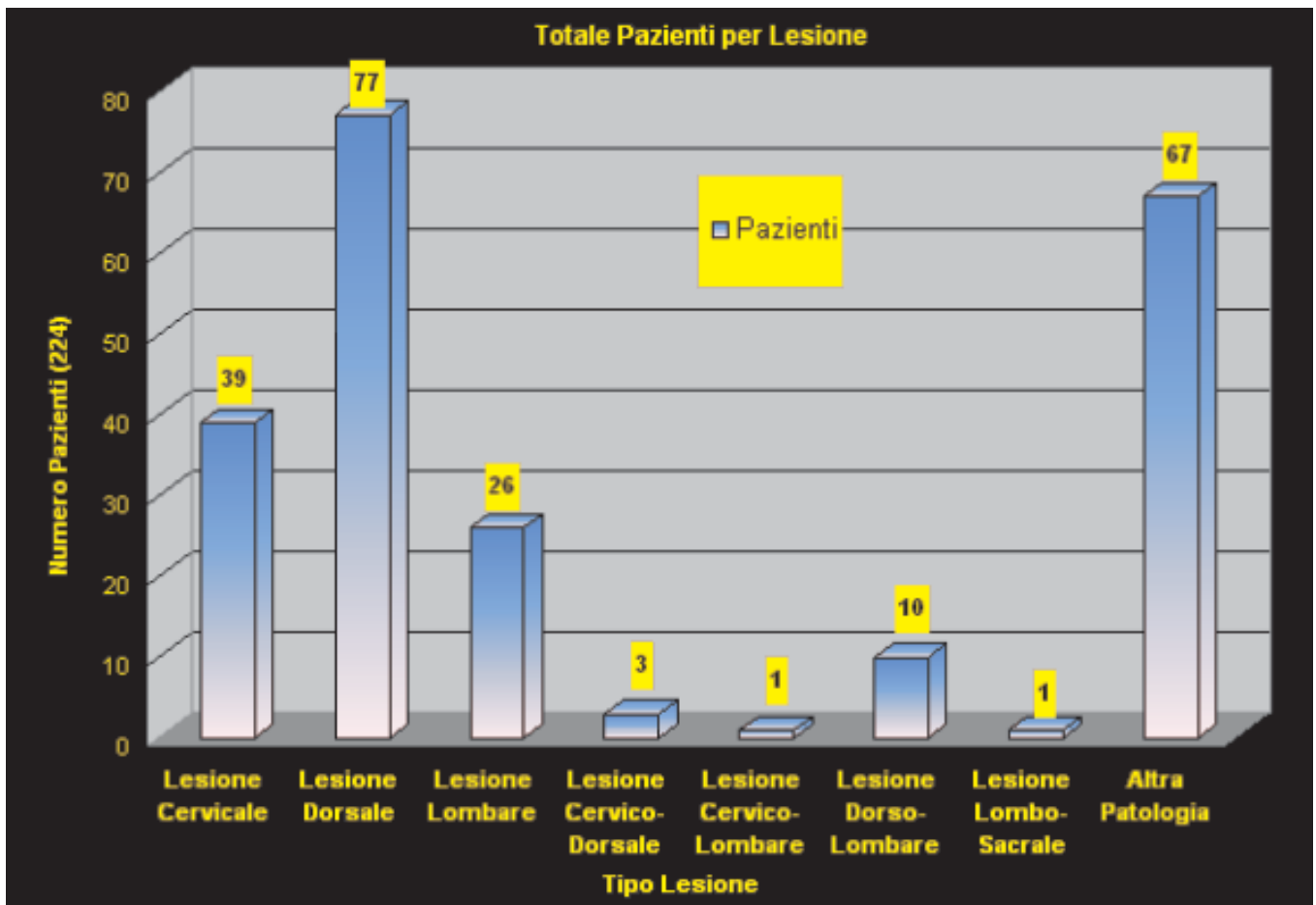
Uno dei principali problemi che accompagnano inevitabilmente una lesione spinale è l'alterazione delle funzioni sessuali.

La stragrande maggioranza delle lesioni spinali avviene nei soggetti giovani (in un'età compresa tra 20 e 40 anni), di cui circa il 25% sono femmine, il restante 75% maschi. Tali pazienti si trovano in una fase della vita in cui sono sessualmente attivi e potenzialmente fertili. Una volta avvenuta, la lesione spinale darà luogo ad una serie d'alterazioni dei fenomeni fisiologici che controllano l'attività sessuale, come l'erezione e l'eiaculazione nel maschio, la percezione orgasmica in entrambi i sessi. Queste alterazioni si accompagnano con frequenza a disordini di personalità, deterioramento della propria immagine, bassa autostima, timore d'abbandono. L'Unità Se.Pa. (Sessualità e Paternità), è nata nel nostro Istituto con la finalità di limitare i gravi problemi, inerenti le disfunzioni erettili (DE), l'eiaculazione e la fertilità, che normalmente si presentano nel giovane maschio dopo una lesione del midollo spinale. La nostra Unità quindi, ha acquisito esperienza non solo nel trattamento delle disfunzioni sessuali (sia maschili che femminili) del paziente para-tetraplegico, ma anche, e soprattutto, nei metodi di ottenimento e di "valorizzazione" del liquido seminale di tali giovani pazienti, in vista di una futura paternità. La Nostra Unità, ad oggi (31/12/04), ha offerto consulenza sessuale a **224 pazienti**. Di questi **195** sono uomini (età media 30,49) **29** donne (età media 32,99). In base al livello di lesione distinguiamo: **39** pazienti con lesione cervicale, **77** con lesione dorsale, **26** con lesione lombare, **3** cervico dorsale, **1** cervico lombare, **10** con lesione dorso lombare, **1** lombo sacrale, **67** con altra patologia). Sono state (su esplicita richiesta da parte del paziente, dopo aver firmato un consenso informato) eseguite **266 prove** per ottenimento del liquido spermatico mediante Vibratore FERTICARE PERSONAL, e **11 prove** (in pazienti già trattati, senza risultato, con Vibratore Personal Ferticare) con Elettroeiaculatore modello SEAGER T14.

FASE PRIMA:

Il paziente, esegue, prima di intraprendere le procedure del caso, un colloquio presso l'Unità Se.Pa. Il giorno stabilito, è accolto nello studio adibito al primo incontro. Qui viene stilata un'accurata anamnesi clinica remota e recente, anche in base alla cartella clinica che accompagna il paziente. Il tutto si svolge in un clima il più rilassato possibile, per cercare di appianare le inevitabili tensioni emotive che normalmente accompagnano un argomento di per se molto delicato, a volte, se il paziente o la paziente lo ritiene opportuno, anche in presenza della propria o del proprio partner.

Il punto chiave di questo primo colloquio, soprattutto nel maschio, è far comprendere il nuovo



approccio di intendere e vivere la sessualità, che una lesione spinale inevitabilmente comporta. Tali pazienti, a seconda del livello lesionale e del tipo di lesione, avranno disfunzioni non solo erettile, ma anche e soprattutto, della percezione orgasmica e dell'eiaculazione, che porteranno necessariamente ad un cambio nella condotta sessuale dell'individuo. Andando per gradi, dopo aver stabilito l'eventuale problema erettile, si dà spiegazione al paziente dei farmaci attualmente in uso per la cura di tale Disfunzione. Se il paziente lo richiede, non prima dei sei mesi dall'evento acuto e dopo aver escluso eventuali fattori controindicanti l'utilizzo di tali farmaci, si somministrano dosi tests di:

- Sildenafil Citrato: (Viagra®) in posologia da 25 mg-50 mg-100 mg
- Tadalafil (Cialis®) in posologia da 10 mg-20 mg
- Vardenafil (Levitra®)
- Alprostadil (Caverject®) da 10 o 20 microgrammi, da somministrare con iniezioni nei corpi cavernosi.

In base alla risposta, ed al gradimento del paziente, dopo che questi ha effettuato la prova, si prescrive il farmaco più opportuno, dopo averne escluso eventuali effetti collaterali. Normalmente, la risposta alla somministrazione di farmaci per bocca (vedi Viagra, Cialis, Levitra) per la cura della Disfunzione Erettile, nei pazienti para-tetraplegici, è ottimale. Rara, nel nostro centro, la somministrazione di farmaci per inoculazione intracavernosa (vedi Caverject), solo nei pazienti che non "Rispondono" ai farmaci per bocca.

FASE SECONDA:

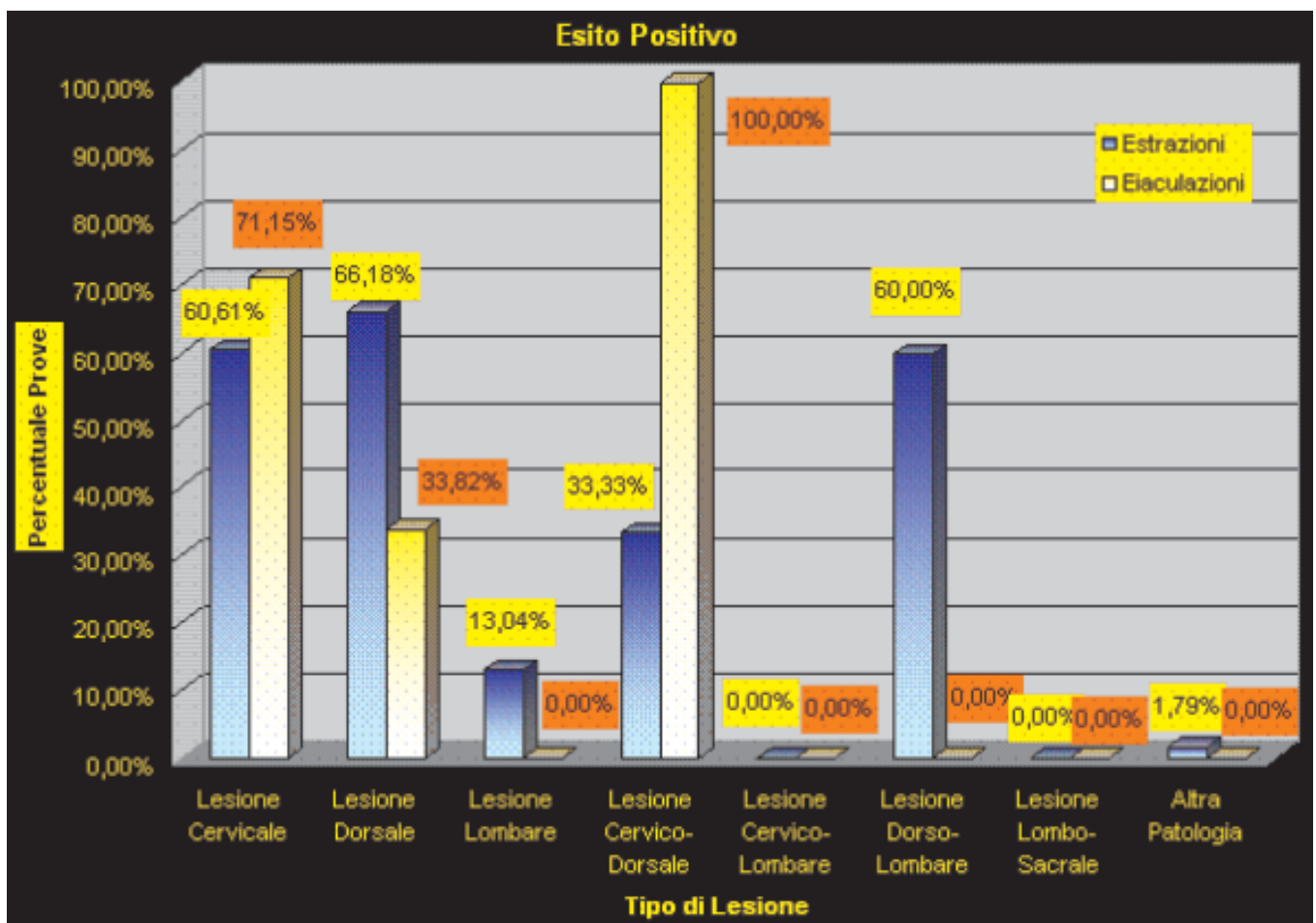
Le possibilità d'ejaculazione in un maschio con lesione spinale con metodi naturali, sono molto basse, Munro, Bors, Talbot, Comarr; Conejero, Linsenmeyer, etc, stabilirono che solo un 5% dei maschi con lesione spinale completa può conseguire un'ejaculazione con masturbazione o coito. L'ejaculazione, quindi, in tali pazienti deve essere ottenuta per mezzo di metodi non più fisiologici, ma "meccanici o elettrici".

Dopo aver spiegato al paziente le tecniche per l'ottenimento del liquido seminale, e su esplicita richiesta del paziente, dopo aver firmato un consenso informato, si passa all'applicazione della tecnica più opportuna.

Metodo Meccanico

VIBROSTIMOLAZIONE DEL PENE:

Tecnica descritta per la prima volta da Sobrero nel 1965 e applicata solo nel 1980-81 su pazienti paraplegici da Francois e Brindley, conseguendo una percentuale dell'50% d'ejaculazioni. Noi applichiamo tale tecnica nei pazienti che presentano una certa spasticità e che hanno conseguito la lesione dal più di un anno. Prima di applicare la vibrazione, sospendiamo per almeno 24 ore qualsiasi terapia antispastica (Baclofene, Diazepam etc) svuotando la vescica preventivamente. Tali vibrazioni viaggiando dai nervi sensitivi al midollo spinale possono indurre un'ejaculazione riflessa. Questa tecnica si attua con successo, solo nei pazienti che hanno un arco riflesso eiaculatorio intatto, e i risultati sono dipendenti dal grado e livello di lesione.



Vibrostimolazione con eiaculazione in base al livello di lesione

Metodo elettrico

ELETTROEIAACULATORE:

Nei pazienti che non conseguono eiaculazione con il vibratore, e che non presentano sensibilità dolorifica importante, si applica l'elettrostimolazione rettale. Si applica una corrente alternata, per mezzo di elettrodi situati su una sonda rettale rigida. Porne nel 1948, Thomas nel 1975, Francois nel 1978, Brindley nel 1981, ottennero i primi risultati. Attualmente la percentuale d'eiaculazioni oscilla tra l'80 e il 90%.

Normalmente applichiamo tale tecnica in pazienti con lesioni spinali complete o che non presentano spiccata sensibilità dolorifica. In caso contrario tale tecnica la si effettua dopo una blanda sedazione. Opportuna svuotare preventivamente la vescica e l'ampolla rettale. Durante tutta la procedura si controlla ripetutamente la PA (per evitare l'insorgenza di crisi vegetative). La maggior parte delle volte si ottiene un'eiaculazione di tipo misto, anterograda e retrograda, che comporterà un recupero degli spermatozoi separandoli dall'urina.

FASE TERZA:

La possibilità di paternità in un paziente con lesione spinale era, fino a non molto tempo fa molto limitata. Varie sono le ipotesi di tale infertilità: l'evidente difficoltà eiaculatoria; una discussa alterazione della spermatogenesi, ed altre ipotesi. Noi siamo del parere che sicuramente esista un'alterazione della spermatogenesi, ma anche altre cause possono alterare la qualità del liquido spermatico nei pazienti con lesione del midollo spinale, come ad esempio: la stasi delle secrezioni prostatiche e del plasma seminale; l'iperemia e l'aumento di temperatura testicolare; le infezioni ricorrenti delle vie urinarie, della prostata e delle vie seminali, che sono poi cause direttamente connesse con la disfunzione eiaculatoria.

Una volta ottenuto il liquido seminale, questo passa nel laboratorio, dove sarà sottoposto ad un'analisi quali-quantitativa. Spessissimo le caratteristiche del seme sono d'oligoastenospermia, emospermia, leucospermia, e altre frequenti alterazioni spermatiche. Ne consegue che sarà opportuno applicare tecniche di "arricchimento" del liquido seminale secondo varie tecniche, prima di poter procedere con varie tecniche di fecondazione assistita.

Dott. V. Tagliente

Inf. prof. A. D'Orazio

“La persona disabile, come le altre e più delle altre, ha bisogno di amare e di essere amata, di tenerezza, di vicinanza e di intimità. Particolare attenzione va rivolta alla cura delle dimensioni affettive e sessuali della persona handicappata. Una società che desse spazio solo ai sani, ai perfettamente autonomi e funzionali, non sarebbe una società degna dell'uomo”.

Giovanni Paolo II

Simposio internazionale su “Dignità e diritti della Persona Disabile”. Roma, Città del Vaticano, 8 gennaio 2004 (Anno internazionale della Persona Disabile).