

Eiaculazione precoce: impatto sulla donna e sulla coppia: il ruolo dell'endocrinologo

E.A. JANNINI, A. LENZI¹

RIASSUNTO: Eiaculazione precoce: impatto sulla donna e sulla coppia: il ruolo dell'endocrinologo.

E.A. JANNINI, A. LENZI

La disfunzione eiaculatoria ha un impatto sulla vita di coppia diverso rispetto a quello, assai più noto e studiato, che ha la disfunzione erettile. Tuttavia, tra le disfunzioni del comportamento sessuale, la patologia eiaculatoria occupa sicuramente un posto di rilievo per la sua elevata incidenza, per le contrastanti ipotesi etiopatogenetiche e per l'impatto emotivo che genera. L'andrologo e il sessuologo medico sono chiamati a diagnosticare la patologia dell'eiaculazione ed attuare specifici provvedimenti terapeutici integrati, permettendo il recupero di pazienti altrimenti avviati all'infelicità sessuale con un evidente, profondissimo impatto sulla partner e sulla vita di coppia.

SUMMARY: Premature ejaculation: the impact on female and on the couple: the role of the endocrinologist.

E.A. JANNINI, A. LENZI

The ejaculatory dysfunction has a different impact on couple's sexuality in comparison to the erectile deficit (ED). The latter has been more extensively studied. However, the ejaculatory dysfunction is a disorder worth of clinical attention because of its high incidence, controversial etiologies, and because of the emotional impact it may cause. The andrologist and the medical sexologist can diagnose and treat the ejaculatory dysfunction with a multidisciplinary approach. This can significantly improve the quality of sexual life of men affected with this disorder, otherwise destined to sexual unhappiness, with a consequent negative impact on the partner and on the couple's relationship.

KEY WORDS: Eiaculazione precoce - Eiaculazione ritardata - Orgasmo - Coppia.
Premature ejaculation - Delayed ejaculation - Orgasm - Couple.

Introduzione

Il rapporto sessuale nel maschio si conclude di norma con due eventi, fisiologicamente distinti, *l'emissione* e *l'eiaculazione* e con una sensazione percettivo-cognitiva ad essi associata, *l'orgasmo* (Jannini, 2001). I disturbi del controllo del meccanismo eiaculatorio, sia in difetto (eiaculazione precoce, EP) che in eccesso (eiaculazione ritardata, ER), sono stati classificati dalla sessuologia classica come sintomi squisitamente relazionali che trovano nella patologia psicosociale, relazionale e di coppia il loro *primum movens* fonda-

mentale. Per questo motivo non sono stati per lungo tempo indagati dal ricercatore e curati dal medico. Tuttavia, una notevole quantità di dati scientifici dimostra oggi che le conoscenze neurofarmacologiche sull'eiaculazione e sulle sue disfunzioni sono in continuo aumento, ponendo all'endocrinologo, all'andrologo ed al sessuologo medico una nuova sfida diagnostica e terapeutica alla quale non è affatto estraneo il ginecologo per il profondo impatto che il disturbo eiaculatorio ha sulla donna (Jannini, 2002a).

Fisiopatologia e dati di evidenza

L'ejaculatio praecox (EP) è la più frequente patologia sessuale maschile, con un'incidenza superiore al 20% della popolazione maschile adulta, pur essendo la disfunzione erettile il principale motivo di consulto sessuologico (Jannini, 2005). Alcune teorie fisio-

Università degli Studi, L'Aquila
Corso di Endocrinologia e Sessuologia Medica
Dipartimento di Medicina Sperimentale
¹Università degli Studi "La Sapienza", Roma
Cattedra di Endocrinologia, Dipartimento di Fisiopatologia Medica

patogenetiche si riferiscono alla difficoltà percettiva della fase di *plateau* come elemento centrale dell'EP. In questi soggetti la curva di eccitazione si impenna, verosimilmente a causa di un'interferenza ansiosa nei meccanismi di controllo dell'eiaculazione. L'ansia da prestazione, la *performance anxiety* degli Autori anglosassoni, è uno stato ansioso superficiale legato al desiderio di ben figurare ovvero al timore di essere inadeguati al "compito". È comunque l'ansia inevitabilmente parte del corteo sintomatologico dell'EP, ma può esserne anche causa e sistema di amplificazione. Altrimenti l'EP può essere sostenuta da meccanismi, peraltro assai semplici e poco strutturati, di conflittualità: l'abbreviamento dell'atto sessuale può essere così segno di vendetta, vergogna o disapprovazione. Non c'è infatti prostituta che non riferisca che i suoi clienti sono eiaculatori precoci. Intervengono in questo caso meccanismi di condanna e di autocensura che spingono ad abbreviare una situazione ritenuta disonorante. Simili meccanismi possono essere invocati per giustificare l'EP *relazionale* che si verifica con il coniuge, ma non in altre occasioni. In questi casi il sintomo può essere interpretato come vendetta nei confronti del partner, cui si nega l'orgasmo, o come timore di affrancarlo dal proprio controllo attraverso l'esperienza orgasmica. Ancora più semplicemente l'EP coniugale può essere la risposta a rapporti sessuali noiosi e routinari. Infine, tra le cause non organiche possono essere annoverate quelle socioculturali: l'ignoranza e l'abitudine maturata negli anni dell'adolescenza generalmente attraverso la masturbazione. Va infatti ricordato che l'adolescente è per definizione un eiaculatore precoce. Ciò può essere collegato alla crisi puberale, al senso di colpa, al timore delle malattie sessualmente trasmesse e della gravidanza, ad esperienze sessuali frettolose e condizionate dal timore di essere sorpresi.

Dalla classica interpretazione freudiana che assimila l'EP ad un comportamento sadico nei confronti del partner si è passati alla lettura comportamentale di Master e Johnson che riconoscono nell'associazione acquisita tra atto sessuale ed ansia la causa principale delle forme psicogene. I due Autori si riferiscono soprattutto ai comportamenti adolescenziali ed alle prime esperienze. L'interpretazione più moderna, in ambito psicossessuologico, si deve alla Kaplan che postula che l'aspetto cardinale del problema è da individuare in un soggetto che non è riuscito a ricevere il *feed-back* sensoriale di quelle sensazioni precedenti l'orgasmo che lo renderebbero capace di controllare volontariamente il riflesso eiaculatorio. La ricercatrice newyorkese paragona questo meccanismo a quello del fanciullo che impara a controllare la minzione, sottolineando come una patologia vescicale ritardi ed alteri questa evoluzione.

Le più moderne e interessanti teorie fisiopatoge-

netiche sono però nate in ambiente medico. Si deve infatti allo psichiatra olandese Waldinger l'interpretazione dell'EP come condizione sostanzialmente congenita – addirittura su base genetica – sostenuta da un difetto neurotrasmettitoriale a carico della serotonina (Waldinger, 2002).

Implicazioni cliniche

La possibilità che i disturbi dell'eiaculazione possano essere riconducibili a cause congenite, infettive, neurologiche, endocrine o chirurgiche deve essere accuratamente presa in considerazione prima di qualsiasi intervento terapeutico. La patologia dell'eiaculazione, come tutte le disfunzioni sessuali, è da considerarsi *sintomo*, piuttosto che *disfunzione*, e come tale, necessitante una diagnosi integrata che parta dalle condizioni fisiche del paziente per estendersi agli aspetti sia intrapsichici che relazionali (Jannini, 1988).

a. Anamnesi essenziale. L'anamnesi sarà meglio raccolta se avverrà in due distinte fasi: col paziente, separatamente, e con la partner. Lo sforzo nella raccolta dei dati si concentrerà, oltre che sull'aspetto cronologico e sulle modalità dell'eiaculazione, sulla presenza di tre sintomi: dolori, bruciori ed emospermia. L'intervista proseguirà con domande sul mitto (frequenza, urgenza, disuria, enuresi, incontinenza, ematuria) che possono indirizzare verso il prostatismo o verso la flogosi dell'albero escretorio. Verranno poi indagate le patologie neurologiche e quelle ormonali, anche nel gentilizio.

Si distinguono forme *assolute*, che si verificano con qualsiasi partner ed in qualsivoglia situazione, e forme *relative* o *relazionali*, in cui la precocità si manifesta in determinate situazioni o con definiti partner. Si riconoscono inoltre forme *ante portas* e *intra mœnia*, a seconda che l'eiaculazione avvenga prima o durante la penetrazione.

Come per altre patologie del comportamento sessuale, le cause dell'EP possono essere *organiche* o *psicogene*, ma sarebbe più corretto chiamare quest'ultime idiopatiche o *non-organiche*, non essendo in alcun modo obbiettivabile la natura psicogena del sintomo. Queste sono comunque ritenute le più frequenti, forse anche per un deficit di approfondimento diagnostico da parte del clinico, ovvero per la responsabilità di chi clinico non è, pur occupandosi di problemi del comportamento sessuale.

b. Semiologia. L'esame *obiettivo* inizia con l'ispezione della cute dei genitali esterni e del perineo, valutando il pene, annotando la presenza di circoncisione, la mobilità del prepuzio e la capacità di scorrimento sul glande, la sede e la conformazione del meato uretrale alla ricerca di fimosi e parafimosi, brevità del frenulo,

ipo- ed epispadia, tumori, ulcere, infiammazioni uretrali e balaniti. Viene poi registrata la presenza di secrezioni uretrali. La palpazione del contenuto scrotale non riguarda tanto il testicolo (la cui patologia ha ben poco a vedere con il meccanismo dell'eiaculazione), quanto piuttosto l'epididimo, che viene valutato per dimensioni e consistenza. La palpazione della prostata è volta allo studio della consistenza, della mobilità e della dolorabilità dell'organo per un orientamento differenziale tra le forme neoplastiche e quelle infiammatorie. L'esame prostatico sarà utilmente chiuso dal massaggio e dalla raccolta del secreto prostatico secondo la tecnica di Meares e Stamey per un'immediata osservazione a fresco, a piccolo ingrandimento e la successiva messa in coltura, in parallelo con la coltura delle urine ottenute prima e dopo il massaggio. L'ultimo organo pelvico da valutare è la vescichetta seminale, normalmente non palpabile. L'esame obiettivo si conclude con la valutazione neurologica, già iniziata annotando il tono dello sfintere anale e la sensibilità della cute perianale. È utile provocare il riflesso bulbo-cavernoso prima di avvalersi di una più approfondita competenza specialistica. Il riflesso si manifesta inserendo un dito nel terzo esterno del retto del paziente e comprimendo tra due dita il glande. Il riflesso normale è costituito dalla contrazione dello sfintere anale e dei muscoli bulbo-cavernosi in risposta alla manovra. La semeiotica strumentale, infine, è quasi interamente affidata all'esame ecotomografico della prostata e, in casi selezionati, alla deferentovescicolografia.

L'elenco delle possibili cause organiche che devono essere ricercate sul piano semiologico si va implementando negli ultimi anni. Tra queste andranno ricercate le più frequenti, come quelle urologiche e iatrogene, ma anche le più rare, come quelle endocrine e neurologiche (Carani, 1985). Le cause di interesse urologico sono costituite dalla flogosi dell'albero genito-urinario e, segnatamente per la loro elevata incidenza, dall'infiammazione cronica e/o subacuta della ghiandola prostatica (Screpoli, 2001). La componente psicogena, inevitabilmente presente, non deve trarre in inganno: il riconoscimento di un quadro ansioso non necessariamente rappresenta una diagnosi etiologica, così come un'anamnesi di conflitti di coppia non esclude una flogosi locale (Jannini, 2002a).

c. Dati biochimici e strumentali rilevanti. Le malattie neurologiche non sono frequentemente associate ad *EP*: si tratta perlopiù di patologie che alterano i meccanismi anatomico-funzionali dell'eiaculazione (sclerosi multipla, tumori del midollo, spina bifida). Tuttavia, alcune evidenze suggeriscono che l'*EP* sia conseguente a una congenita ipersensibilità neurologica del controllo centrale e/o periferico dell'apparecchio eiaculatorio (Jannini, 2002b). Altrettanto rare sono le cause metaboliche come il diabete. L'osserva-

zione aneddotica dell'associazione tra ipertiroidismo ed *EP* (Jannini, 1995a) ha trovato recentemente conferma dall'evidenza di una significativa correlazione inversa tra livelli di TSH ed *EP*. Nei pazienti affetti da ipertiroidismo si può infatti osservare una riduzione delle capacità di controllo del meccanismo dell'eiaculazione (Corona, 2004). Il dato clinico può essere collegato allo stato di eretismo psichico caratteristico dell'ipertiroidismo (Carani, in press).

d. Diagnosi differenziale. La più grave delle precocità eiaculatorie è l'eiaculazione a *verga molle*. Si tratta in genere di *EP ante portas*, risultato di una stimolazione "disperata" di un soggetto impotente, non necessariamente associata ad orgasmo. Diagnostica e terapia sono quelle dell'impotenza. Ma è proprio la disfunzione erettile che deve essere accuratamente indagata, visto che così di frequente è causa o conseguenza di *EP* (Jannini, in press).

Molti farmaci di uso comune (fenotiazine, simpaticomimetici, anti-mao, alcool), interagendo con i meccanismi neurologici che controllano emissione, eiaculazione ed orgasmo hanno la potenzialità di interferire con le ultime fasi dell'accoppiamento. La più gran parte di essi altera la trasmissione α -adrenergica provocando difficoltà eiaculatorie: il loro uso è quindi stato proposto a scopo terapeutico per correggere farmacologicamente le gravi precocità eiaculatorie.

Terapia dell'*ejaculatio præcox*

Gli strumenti che costituiscono l'armamentario terapeutico dell'*EP* sono rappresentati dal *sexual counseling*, favorente l'*insight*, la presa di coscienza da parte del paziente, dalle terapie sessuologiche e dalle terapie farmacologiche. Il primo presidio terapeutico dell'*EP*, qualunque ne sia la causa, è una corretta ed asettica informazione sessuologica. Alcuni suggerimenti pratici possono essere utili nel trattamento dell'*EP* (Jannini, 1995b). Il paziente può essere invitato ad incrementare la frequenza delle eiaculazioni, affinché tragga beneficio dalla diminuita tensione che ne può, ma non necessariamente, derivare. Al paziente è quindi consigliato di tenere rilasciato lo sfintere anale durante la penetrazione, così da non aumentare la pressione endopelvica. Viene pure suggerita la posizione succube con la partner incumbente, per ridurre la tensione muscolare. Se il sintomo è legato a un timore della gravidanza o alla pratica del *coitus interruptus*, condizione frequente nel soggetto giovane, si prescrivono anticoncezionali orali o profilattici ritardanti, la cui utilità non sembra particolarmente superiore alla lieve anestesia del glande che si ottiene con un qualsiasi altro profilattico. Ancora allo scopo di ridurre la sensibilità del glande, ove è la più gran parte delle terminazioni sensoriali, viene suggerita negli uomini

non circoncisi l'abitudine a portare il glande scoperto o addirittura ad utilizzare pomate anestetiche a base di lidocaina. Alcuni urologi allo stesso scopo, e forse in maniera un poco eterodossa, praticano addirittura la circoncisione, onde favorire attraverso la conseguente cheratizzazione, la desensibilizzazione del glande. Si può altrimenti insegnare al paziente il riconoscimento delle fibre muscolari pubococcigee, identificate come quelle usate per bloccare improvvisamente il mitto (*esercizi di Kegel*). Una volta identificati con sicurezza i fasci muscolari, vengono prescritti cicli di contrazione lenta (5 sec di contrazione, 5 di rilascio), seguiti da cicli veloci di rapida contrazione e rilassamento. I due cicli di ginnastica pelvica vanno ripetuti quante più volte sia possibile ogni giorno, per attendersi risultati entro 4-6 settimane (Jannini, 2002a).

La *terapia comportamentale* si basa sulla tecnica dello *squeeze*. Il paziente, e poi il partner, impara a controllare l'emissione stringendo il glande energicamente tra le dita durante la fase di eccitazione. A questa si aggiunge la "focalizzazione sensoriale", cioè l'attenzione ad utilizzare compiutamente durante il rapporto tutti i 5 sensi, cosicché i partner dimostrino reciproco benessere, non inficiato da ansia da prestazione. In alternativa, è prescritta la tecnica dello *stop and start*, ove si impone alla coppia di fermarsi prima dell'emissione fino alla conseguente riduzione dell'erezione. Il gioco sessuale ricomincia fino al nuovo approssimarsi della fase di emissione che viene nuovamente bloccata per un numero di volte e con modalità che vengono accuratamente prescritte dal terapeuta. Due sono i vantaggi di queste tecniche: da una parte si focalizza l'attenzione del paziente sul controllo del meccanismo eiaculatorio, dall'altra la presenza del terapeuta che prescrive comportamenti sessuali, sostituendosi provvisoriamente alla responsabilità dei partner, funziona un poco da valvola di sfogo della tensione ansiosa. Tali tecniche, impostesi in ambiente nordamericano, non hanno trovato particolare accettazione da parte dei pazienti europei e non sono comunque state confortate da dati scientifici che ne confermino la validità (Jannini, 1995b).

La classe di farmaci maggiormente utilizzata nell'*EP*, per il buon rapporto rischi/benefici, è costituita dagli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI) (Jannini, 2002b). Spetta infatti al sistema serotoninergico l'inibizione centrale dell'eiaculazione. Fluoxetina (20 mg/die), sertralina (50-100 mg/die) e paroxetina (20 mg/die) risultano, in ordine crescente di efficacia e inverso di effetti collaterali, il principale trattamento sintomatico dell'*EP*. Nuove molecole della stessa famiglia, specificamente designate alla terapia dell'*EP*, sono attualmente in fase di sperimentazione. Nei casi in cui gli effetti indesiderati siano eccessivi (aneiaculazione, riduzione della libido, nausea, ipo-

salivazione, dispepsia) si può sostituire l'uso cronico con quello *on demand*. 50-100 mg di sertralina si sono dimostrati efficaci nel ridurre il riflesso eiaculatorio se assunti 4-8 ore prima del coito. Molto interesse sta poi suscitando l'utilizzo dell'inibitore *short-acting* della fosfodiesterasi di tipo 5, sildenafil e del *long-acting*, tadalafil nell'*EP*. Il razionale è costituito da un blando effetto antieiaculatorio, forse mediato dalla presenza dell'enzima nei deferenti e nella prostata, oltre che nei corpi cavernosi, dalla riduzione del periodo refrattario (che permette un secondo rapporto in tempi brevi) e dalla risoluzione di un'eventuale diminuzione della *vis sottesa* al disturbo dell'eiaculazione. Alcuni protocolli prevedono la terapia combinata di sildenafil o tadalafil con un SSRI. Sono stati in passato prescritti farmaci iperprolattinizzanti (metoclopramide) e ansiolitici (bromazepam), utilizzati 1-2 ore prima del rapporto sessuale, neurolettici con azione α -bloccante come la tioridazina, il clordiazepossido e gli inibitori delle monoamino-ossidasi. L'utilizzo clinico è ora estremamente limitato, così come quello di bloccanti α -adrenergici come la fenossibenzamina e la clomipramina, a dosi di 10-60 mg/die, che ha un notevole effetto limitante sull'eiaculazione, ma è relativamente poco maneggevole.

Il trattamento con antibiotici e/o antiflogistici non dovrà infine mancare nelle forme associate ad etiologia infiammatoria delle ghiandole esocrine e con tireostatici in quelle dovute a ipertiroidismo.

È naturalmente illusorio credere che la terapia farmacologica palliativa delle disfunzioni sessuali possa *per sé* garantire la guarigione. Un farmaco non colmerà un vuoto fantasmatico, non cancellerà un senso di colpa inconscio né un'inibizione socio-culturale. In questo senso, la valutazione dell'impatto dell'*EP* sulla coppia risulta di cardinale importanza. Solo così l'approccio farmacologico può essere risolutivo sia nelle forme su base organica più impegnative che nelle forme caratterizzate da una componente psicogena poco strutturata, interrompendo il circolo vizioso ansia-insuccesso-ansia.

Conclusioni

Senza dubbio un corretto approccio medico e scientifico ai disturbi dell'eiaculazione presenta difficoltà affatto particolari. Solo la formazione di clinici endocrinologi nell'ambito della giovanissima *sessuologia medica*, che sappiano unire competenze sessuologiche, psicofarmacologiche, neurofisiologiche a quelle endocrinologiche, permetterà una corretta ricerca dei meccanismi fisiopatologici, così come quel coordinamento diagnostico che è essenziale premessa all'avvio di sicure risposte terapeutiche (Pinchera, 2003).

Bibliografia

1. CARANI C., MANARA F., MARRAMA P.: *La diagnostica delle disfunzioni sessuali*. Cortina, Milano, 1985.
2. SCREPONI E., CAROSA E., DI STASI E., PEPE M., CARUBA G., JANNINI E.A.: *Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation*. *Urology* 58:198-202, 2001.
3. CARANI C., ISIDORI A.M., GRANATA A., CAROSA E., MAGGI M., LENZI A., JANNINI E.A.: *Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients*. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, in press.
4. CORONA G., PETRONE L., MANNUCCI E., JANNINI E.A., MANSANI R., MAGINI A., GIOMMI R., FORTI G., MAGGI M.: *Psyco-biological correlates of rapid ejaculation in patients attending to an Andrologic Unit for Sexual Dysfunctions*. *European Urology*, 46:615-622, 2004.
5. FILIPPI S., VIGNOZZI L., VANNELLI G.B., LEDDA F., FORTI G., MAGGI M.: *Role of oxytocin in the ejaculatory process*. *J Endocrinol Invest* 26 (Suppl n. 3):82, 2003.
6. ISIDORI A., JANNINI E.A.: *Patologia organica del comportamento sessuale*. In: Introzzi P. (Ed.) *Trattato Italiano di Medicina Interna*. USES, Firenze, p 1385-1433, 1988.
7. JANNINI E.A., ULISSE S., D'ARMIENTO M.: *Thyroid hormone and male gonadal function*. *Endocrine Review* 16:443-459, 1995a.
8. JANNINI E.A., D'ARMIENTO M.: *Patologia dell'eiaculazione*. Federazione Medica, 5:9-18, 1995b.
9. JANNINI E.A.: *Fisiologia del congresso sessuale*. In: Muller E.E., Rigamonti A.E. (Eds.) *La funzione sessuale*. Pythagora Press, Cosenza, p 57-71, 2001.
10. JANNINI E.A., SIMONELLI C., LENZI A.: *Sexological approach to ejaculatory disorders*. *International Journal of Andrology* 25:317-323, 2002a.
11. JANNINI E.A., SIMONELLI C., LENZI A.: *Disorders of ejaculation*. *Journal of Endocrinology Investigation* 25:1006-1019, 2002b.
12. JANNINI E.A.: Voce: *Eiaculazione precoce*. In: G. Russo (a cura di): *Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia*. Messina, Elledi-ci-CIC-Velar, 2004.
13. JANNINI E.A., LENZI A.: *Ejaculatory disorders: epidemiology and current approaches to definition, classification and subtyping*. *World Journal of Urology*, 23:68-75, 2005.
14. JANNINI E.A., LOMBARDO F., LENZI A.: *Correlation between ejaculatory and erectile dysfunction*. *International Journal of Andrology* (Supplement "Male Sexual and Erectile Dysfunction"), in press.
15. PINCHERA A., JANNINI E.A., LENZI A.: *Research and academic education in medical sexology*. *Journal of Endocrinological Investigation*, 26 (Suppl n. 3):13-14, 2003.
16. WALDINGER M.D.: *The neurobiological approach to premature ejaculation*. *Journal Urology* 168:2359-2367, 2002.