

Quando lui ha un problema sessuale in gravidanza e/o puerperio

Il ruolo dei farmaci per l'eiaculazione precoce e il deficit di erezione

Alessandra Graziottin

Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano

Presidente, Fondazione Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus

www.fondazionegraziottin.org

Gravidanza e puerperio comportano spesso una lunga stagione di **silenzio erotico nella coppia** (Leeman & Rogers 2012). Silenzio che aumenta nella seconda parte del gravidanza e può prolungarsi fino oltre l'anno di vita del bambino.

L'assenza di rapporti può causare una **crisi importante nella coppia**, che fatica a ritrovare un'intimità soddisfacente cui contribuiscono:

1) i problemi della donna:

- **scarso o assente desiderio**, specie se allatta e/o se sono presenti anemia e depressione post-partum; se si sente stanca e sola, anche per la carenza di sonno; se non si sente più attraente, per il sovrappeso, le smagliature, la perdita di tono muscolare, specie agli addominali; se avverte un'iniziale incontinenza urinaria che la inquieta; se alti livelli di molecole infiammatorie, per il riassorbimento del muscolo uterino, eventuale sovrappeso e obesità e/o altre patologie intercorrenti possono concorrere alla base biologica della depressione post-partum; se situazioni di abuso pre-esistono o compaiono in gravidanza (Desmarais et al 2014). Va sottolineato che in tal caso l'assenza di desiderio è sana e coerente con la difficile situazione relazionale/coniugale e va affrontata dal punto di vista medico, psicoterapeutico, di assistenza sociale ed eventualmente legale;
- **secchezza vaginale**, molto frequente se la donna non ha desiderio e/o se è in amenorrea da allattamento;
- **dolore alla penetrazione (dispareunia introitale)**, specie in caso di episiotomia con esiti cicatriziali insoddisfacenti, di parti operativi, di abrasioni e lacerazioni estese (Graziottin & Murina 2011);
- **cistiti post-coitali**, che possono esacerbarsi in puerperio, in condizioni di ipostrogenismo/amenorrea da allattamento e in caso di ipertono del muscolo elevatore, preesistente o comparso/aggravatosi in seguito alle cistiti ricorrenti. Specie in caso di taglio cesareo, in cui il pavimento pelvico resta integro, ed eventualmente ipertonico se il problema pre-esisteva alla gravidanza (Graziottin 2014);
- **perdita marcata del tono del muscolo elevatore e/o lacerazione estesa**

delle fibre mediali del pubococcigeo (“non sento più niente”), in caso di periodo espulsivo prolungato, manovra di Kristeller, feti macrosomi, e/o parti operativi (forcipe o ventosa);

2) le difficoltà del partner che può avvertire:

- **meno desiderio e/o sentirsi meno desiderato o francamente rifiutato**, quando interpreta in questo senso lo scarso desiderio e la secchezza vaginale di lei; quando sente gelosia per il piccolo, specie se maschio. Oppure se si sente traumatizzato emotivamente per aver assistito al parto. O ancora, se la perdita o l’impoverimento delle sensazioni erotiche fisiche, durante la penetrazione, anche per la perdita del tono muscolare del muscolo elevatore dell’ano, costituisce un fattore di delusione e di demotivazione all’intimità. Difficoltà diverse, e spesso concomitanti, si possono somatizzare in franchi problemi sessuali, tra cui:

- **un deficit a ottenere l’erezione e/o a mantenerla;**

- **ejaculazione precoce**, che può ricomparire o peggiorare dopo mesi di silenzio erotico, anche per la pressione biologica al riflesso dell’ejaculazione quando l’astinenza è protratta (Graziottin & Jannini 2013).

La diagnosi deve considerare la possibile presenza di **fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento, in entrambi i partner**, che vanno poi adeguatamente trattati.

I presidi terapeutici principali sono:

- **farmacologici**, per lei e/o per lui, quando indicati (Graziottin & Jannini, 2013; Martin-Morales et al 2011);

- **riabilitativi: la riabilitazione del pavimento pelvico** è parte essenziale del percorso procreativo e ha l’obiettivo di migliorare:

- **il tono del muscolo elevatore;**

- **la competenza minzionale**, per la prevenzione dell’incontinenza da sforzo, specie dopo parto vaginale;

- **la competenza erotica**, essenziale in un erotismo di qualità, di ancor maggiore importanza in una fase della vita, il diventare genitori, in cui la soddisfazione sessuale tende a diventare marginale con gravi ripercussioni per la salute fisica ed emotiva di entrambi i partner e, a volte, anche per la qualità del ruolo genitoriale.

- **psicoterapeutici**, e/o per lui, lui o la coppia;

- **sessuologici**, quando è in causa specificamente un problema sessuale, che va sempre anzitutto valutato dal punto di vista medico biologico, oltre che psicologico e relazionale.

Conclusioni

Aiutare la coppia a ritrovare un’intimità sessuale soddisfacente fa parte

di un percorso procreativo che non voglia limitarsi in modo minimalistico all'espletamento del parto.

Il **ginecologo** e il **medico di famiglia** possono essere i primi a intercettare il disturbo sessuale – di lei, di lui, della coppia – e a curarlo correttamente, evitando che si trasformi in un grave fattore di rischio per la relazione nel delicato periodo della transizione da coppia a famiglia.

Conoscere alcuni principi farmacologici utili per affrontare i disturbi sessuali del partner può aumentare significativamente la **competenza del medico** e la sua capacità di intervenire precocemente e in modo efficace per la salute e la felicità, anche sessuale, della coppia.

In questa sezione verranno approfondite le caratteristiche farmacologiche di:

- **dapoxetina**, l'unico farmaco approvato per la terapia dell'eiaculazione precoce;
- **avanafil e vardenafil orodispersibile**, due inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 che presentano alcune peculiarità utili per la cura dei deficit di erezione che compaiano o peggiorino in gravidanza e/o puerperio.

Bibliografia essenziale

Desmarais SL, Pritchard A, Lowder EM, Janssen PA.

Intimate partner abuse before and during pregnancy as risk factors for postpartum mental health problems. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Apr 7;14(1):132

Graziottin A.

Recurrent cystitis in women: why the gynaecologist has a say in: Chervenak F, Studd J. (Eds), *Current Progress in Obstetrics and Gynecology*, Vol. 2, Kothari Medical, Mumbai, 2014, p. 319-336

Graziottin A, Jannini E.A.

Eiaculazione precoce. Riconoscere e trovare le soluzioni
Edizioni Momento Medico, Salerno, 2013

Graziottin A, Murina F.

Vulvodinia. Strategie di diagnosi e cura
Springer Verlag Italia, Milano, 2011

Leeman LM, Rogers RG.

Sex after childbirth: postpartum sexual function.
Obstet Gynecol. 2012 Mar;119(3):647-55.

Martín-Morales A, Graziottin A, Bou Jaoudé G, Debruyne F, Buvat J, Beneke M, Neuser D. Improvement in sexual quality of life of the female partner following vardenafil treatment of men with erectile dysfunction: a randomized, double-blind, placebo-controlled study *The Journal of Sexual Medicine*, 2011 Oct; 8 (10): 2831-2840

Web

www.alessandragraziottin.it

www.fondazionegraziottin.org

Alessandra Graziottin

**APPROFONDIMENTI DI FARMACOLOGIA
IN GINECOLOGIA-OSTETRICIA
E SESSUOLOGIA MEDICA**



**Fondazione Alessandra Graziottin
per la cura del dolore nella donna Onlus**
www.fondazionegraziottin.org
Milano, Giugno 2014

INDICE

Acido folico e procreazione: il punto	pag. 03
Ferro (NaFe ³⁺ -EDTA), Lattoferrina, Vitamina C e Vitamina B12: sinergie farmacologiche	pag. 11
Myo-inositolo e chiro-inositolo: farmacologia e implicazioni cliniche	pag. 21
DHA ed L-Carnitina in gravidanza e post-partum	pag. 29
Ruolo dell'integrazione con DHA in gravidanza nelle donne vegetariane	pag. 39
D-mannosio: profilo farmacologico e indicazioni d'uso	pag. 45
Ruolo dei lattobacilli nella prevenzione e cura della patologia infettiva genitale	pag. 53
Il compartimento microbiologico urogenitale femminile con focus sul <i>Lactobacillus paracasei</i> subsp. <i>paracasei</i> F19	pag. 57
La fitoterapia nell'igiene intima femminile: farmacologia e clinica, con focus su gravidanza e puerperio	pag. 69
Il ruolo dell'abbigliamento intimo in fibroina di seta medicata nelle patologie vulvari	pag. 77
Quando lui ha un problema sessuale in gravidanza e/o puerperio. Il ruolo dei farmaci per l'eiaculazione precoce e il deficit di erezione	pag. 83
Dapoxetina: farmacologia e clinica nella terapia dell'eiaculazione precoce	pag. 87
Avanafil: profilo farmacologico e clinico	pag. 95
Vardenafil orodispersibile 10 mg: profilo farmacologico e clinico	pag. 101