

La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo

Giorgio Piubello
Andrologo ed Endocrinologo, Università di Verona

La ricerca di un figlio, la gravidanza, il parto e il post parto sono un percorso temporale soggettivo e di coppia nel corso del quale si susseguono e si intersecano profondi cambiamenti biologici, psicoaffettivi e sociali che provocano una modificaione di variabile entità, e con modalità più o meno dirette, sulla sessualità di entrambi i componenti della coppia.

La sessualità maschile, quando è chiamata al confronto con il ruolo della **paternità**, uscendo da un contesto prettamente ludico-relazionale, presenta sovente difficoltà che si manifestano in **disfunzioni della funzionalità erettiva, in modificazioni del tempo di latenza dell'eiaculazione e in riduzione della libido**.

Abbiamo evidenza di come, fin dall'inizio della **consapevole ricerca di prole**, con l'ovvia necessità di programmare i rapporti in funzione del periodo di maggior fecondità della partner, si riscontrano circa **il 20-25% dei maschi un disturbo della funzione erettiva con vario grado di severità** (Johnson 2011).

Successivamente, **durante la gravidanza**, oltre alle difficoltà erettive una consistente percentuale di uomini (dal 27 al 69%) riferisce un importante **calo della libido** e un conseguente minor interesse nei confronti dei rapporti sessuali. Si assiste pertanto a una progressiva **riduzione della gratificazione sessuale** nell'ambito della coppia, che determina una diminuzione, a volte drastica, dei rapporti sessuali. Tuttavia queste situazioni disfunzionali non sembrano comportare un deterioramento del legame affettivo; al contrario, durante la gravidanza, il maschio assume un atteggiamento tendenzialmente **più protettivo ed affettuoso** nei confronti della moglie rispetto al periodo pre-gravidico smentendo, almeno in questa situazione, l'esistenza di una relazione diretta fra diminuzione della gratificazione sessuale e deteriorarsi del rapporto affettivo (Williamson 2008).

L'evento del parto e i mesi successivi ad esso presentano alla vita sessuale di coppia una nuova prospettiva in cui variabili anatomiche, psicologiche, soggettive e relazionali debbono trovare nuovi modi di interfacciarsi, ricercando un punto di equilibrio fra genitalità, affettività, relazione, genitorialità (Pastore 2007).

In questo periodo **post-partum** il maschio continua a presentare un'elevata incidenza di **disfunzioni sessuali**. Nel maschio la libido tende a migliorare e il desiderio sessuale ad aumentare, tuttavia si assiste a un persistere della disfunzione erettiva e all'**incremento rilevante (45-49%) dell'eiacu-**

lazione precoce secondaria. Tali condizioni, oltre a determinare un chiaro vissuto negativo nel maschio, si ripercuotono anche sulla salute e sulla funzionalità sessuale della donna (MacAdam 2011).

L'origine eziologica di queste disfunzioni sessuali maschili è collegabile a vari fattori, anche coesistenti fra loro (von Sydow 1999; Gettler 2013):

Anatomici e fisiopatologici femminili

- esiti in sede vaginale e perineale del parto
- secchezza vaginale
- dispareunia
- modificazioni ormonali (aumento della prolattina e riduzione degli estrogeni)
- stanchezza (allattamento, accudimento, privazione del sonno)

Psicologici femminili

- diminuzione della libido
- modificazioni del tono dell'umore fino alla depressione post partum
- totale gratificazione dal ruolo materno e nel rapporto con il figlio
- stanchezza ed affaticamento fisico
- immagine corporea deteriorata, paura di non piacere

Relazionali

- priorità assoluta al ruolo genitoriale
- diminuzione di attenzioni affettive sia verbali che sensoriali (carezze, baci)
- modificazioni dello stile di vita della coppia per la presenza del figlio in famiglia

Biologici maschili

- riduzione del testosterone

Psicologici maschili

- gelosia nei confronti della relazione madre-figlio (Jordan 1993)
- impressione di essere trascurato o respinto

Da vari studi emerge inoltre come le **disfunzioni sessuali maschili non si dimostrino correlate in modo significativo alle modalità di espletamento del parto** (von Sydow 1999). Non si rilevano infatti differenze fra i maschi di donne che abbiano partorito per via vaginale, per via vaginale con episiotomia o con taglio cesareo. Un unico studio rileva una minima differenza, al limite della significatività, per i maschi di donne che hanno partorito con applicazione del forcipe.

Quanto sopra esposto può portare ad innescare un circolo vizioso nel maschio secondo l'andamento disfunzione sessuale – **ansia prestazionale** – peggioramento della disfunzione – aumento dell'ansia prestazionale, che alla fine comporta il progressivo allontanamento dalla attività sessuale

con un senso di frustrazione, e a volte di rabbia, che si ripercuote anche sulla donna e sulla relazione di coppia.

Fondamentale è pertanto la possibilità di un approccio tempestivo a tali problematiche maschili, fornendo un supporto in termini sia di **counseling** che di trattamento terapeutico. Nella cura della Disfunzione Erettiva il ruolo principale spetta agli inibitori della 5 fosfodiesterasi (PDE5-i). Attualmente in commercio vi sono quattro molecole dotate di attività di inibizione sulla 5 fosfodiesterasi: **sildenafil, tadalafil, vardenafil e avanafil**. Dotati sostanzialmente di pari efficacia e di analogo ed elevatissimo profilo di sicurezza essi differiscono, anche in modo rilevante, per la rapidità di azione e la durata di azione. A tal proposito, in considerazione della peculiare situazione della coppia nel periodo del post parto, è probabilmente più indicato l'assunzione al bisogno di un **PDE5-i a rapida azione e con durata intermedia**. La nostra esperienza suggerisce che il vardenafil orodispersibile, proprio perché in possesso di caratteristiche cinetiche adeguate e anche per la facilità e comodità di assunzione al bisogno, grazie alla formulazione orodispersibile, sia da valutare come prima opzione terapeutica. Bisogna sempre ricordare al soggetto che assume il farmaco come l'efficacia dello stesso sia collegata alla presenza di un'adeguata stimolazione sessuale. Nel trattamento dell'ejaculazione precoce buoni risultati si ottengono con l'uso di dapoxetina cloridrato, un inibitore del reuptake della serotonina, che ha mostrato una buona efficacia a fronte di scarsi e poco frequenti effetti collaterali, che consistono per la maggior parte in nausea, vertigini, ipotensione posturale. Il farmaco viene assunto al bisogno, circa 1-2 ore prima del rapporto, con abbondante idratazione. Infine, per quanto riguarda la diminuzione della libido (Perini 2012), un'implementazione di **testosterone** può essere efficace solo nei soggetti che dimostrino un **valore di testosterone al di sotto del valore minimo del range fisiologico** (3.2 ng/mL - 11 nmol/L).

Bibliografia

- Gettler LT, McDade TW, Agustin SS, Feranil AB, Kuzawa CW. Do testosterone declines during the transition to marriage and fatherhood relate to men's sexual behavior? Evidence from the Philippines. Horm Behav 2013;64:755-63.
- Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. J Sex Med 2011;8:1267-84
- Jordan P, Wall R. Supporting the father when an infant is breastfed. J Hum Lact 1993;9:31-4.
- MacAdam R, Huuva E, Berterö C. Fathers' experiences after having a child: sexuality becomes tailored according to circumstances. Midwifery 2011;27:e149-55.
- Pastore L, Owens A, Raymond C. Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. academic hospital. J Sex Med 2007;4:115-23.
- Perini T, Ditzen B, Fischbacher S, Ehrlert U. Testosterone and relationship quality across the transition to fatherhood. Biol Psychol 2012;90:186-91.
- von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. J Psychosom Res 1999;47:27-49.
- Williamson M, McVeigh C, Baafi M. An Australian perspective of fatherhood and sexuality. Midwifery 2008;24:99-107.

*Alessandra Graziottin
e Claudio Crescini*

ATTI DEL CORSO ECM

DOLORE IN OSTETRICIA, SESSUALITÀ E DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

**Il ruolo del ginecologo
nella prevenzione
e nella cura**

MILANO, 6 GIUGNO 2014



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

PROGRAMMA

08.00 - 08.45	Registrazione dei partecipanti
08.45 - 09.00	Introduzione e obiettivi del corso <i>Alessandra Graziottin</i> <i>Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano</i>
	<i>Claudio Crescini</i> <i>Direttore U.O. Ostetricia Ginecologia Ospedale di Treviglio (BG) - Direttore Dipartimento Materno Infantile Segretario Regionale AOGI Lombardia</i>
09.00 - 09.30	Lettura inaugurale Infiammazione e dolore in ostetricia. Implicazioni per la sessualità della donna e della coppia <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
09.30 - 11.20	SIMPOSIO: SEMEIOTICA DEL DOLORE IN GINECOLOGIA-OSTETRICIA <i>Moderatori: Walter Costantini, Claudio Crescini</i>
09.30 - 09.50	Semeiotica ginecologica in pre-gravidanza: sintomi e segni critici <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
09.50 - 10.10	Semeiotica del dolore in gravidanza <i>Valeria Dubini (Firenze)</i> <i>Direttore SC ASL 10 Firenze - Consigliere nazionale SIGO</i>
10.10 - 10.30	Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo <i>Claudio Crescini (Treviglio)</i>
10.30 - 10.50	Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica <i>Walter Costantini (Milano)</i> <i>Presidente del Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Milano</i>
10.50 - 11.20	Discussione
11.20 - 11.40	Coffee break
11.40 - 13.15	SIMPOSIO: BIOFILM E INFESIONI UROGENITALI IN GRAVIDANZA E PUEPERIO <i>Moderatori: Alessandra Graziottin, Filippo Murina</i>
11.40 - 12.00	Vaginiti e cistiti recidivanti: il binomio diabolico <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
12.00 - 12.20	Infesioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere <i>Filippo Murina (Milano)</i> <i>Responsabile Servizio di Patologia Vulvare Ospedale V. Buzzi-ICP-Università di Milano</i>
12.20 - 12.40	Aborto naturale, interruzione volontaria di gravidanza, dolore fisico ed emotivo: prevenzione e cura <i>Valeria Dubini (Firenze)</i>
12.40 - 13.00	Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio <i>Franco Vicariotto (Milano)</i> <i>Ospedale San Pio X, Milano</i>

13.00 - 13.15	Discussione
13.15 - 14.00	Pranzo
14.00 - 14.30	Lettura Integratori in ostetricia: prima, durante e dopo la gravidanza <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
14.30 - 16.30	SIMPOSIO: IL DOLORE ADDOMINALE E PELVICO NELLA DONNA <i>Moderatori: Franco Vicariotto, Giovanna Valentini</i>
14.30 - 14.50	Semeiotica del dolore vescicale: sintomi, segni e comorbilità <i>Andrea Salonia (Milano)</i> <i>UO Urologia sede, IRCCS Ospedale San Raffaele</i> <i>URL-Urological Research Institute,</i> <i>Istituto Scientifico San Raffaele</i>
14.50 - 15.10	Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotonico del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i> <i>Fisioterapista - Consulente in Sessuologia</i>
15.10 - 15.30	Semeiotica del dolore in puerperio <i>Filippo Murina (Milano)</i>
15.30 - 15.50	Semeiotica e terapia del dolore in ostetricia: il ruolo dell'anestesiista <i>Giovanna Valentini (Milano)</i> <i>Anestesiista rianimatore, Istituto Auxologico Italiano</i>
15.50 - 16.10	Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione <i>Franco Vicariotto (Milano)</i>
16.10 - 16.30	Discussione
16.30 - 17.30	SIMPOSIO: RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO E CURA DEL DOLORE IN OSTETRICIA <i>Moderatori: Valeria Dubini, Arianna Bortolami, Andrea Salonia</i>
16.30 - 16.50	Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i>
16.50 - 17.10	Terapia della vulvodinia post partum <i>Filippo Murina (Milano)</i>
17.10 - 17.30	La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo <i>Giorgio Piubello (Verona)</i> <i>Specialista in Andrologia</i>
17.30 - 18.00	Discussione plenaria e Take Home Messages
18.00 - 18.30	Conclusioni e Valutazioni ECM <i>Alessandra Graziottin, Claudio Crescini</i>

INDICE

Infiammazione e dolore in ostetricia	pag. 05
Semeiotica ginecologica prima della gravidanza, con focus sul pavimento pelvico	pag. 15
Semeiotica del dolore in gravidanza	pag. 25
Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo	pag. 33
Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica/o	pag. 37
Cistiti e vaginiti recidivanti: il binomio diabolico Dalla fisiopatologia a strategie terapeutiche integrate	pag. 43
Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere	pag. 55
Aborto naturale e interruzione volontaria di gravidanza	pag. 59
Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio	pag. 63
Integratori: prima, durante e dopo la gravidanza	pag. 67
Il dolore in ostetricia, sessualità e disfunzioni del pavimento pelvico - Cistiti interstiziali	pag. 81
Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotonico del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista	pag. 87
Semeiotica del dolore in puerperio	pag. 95
Analgesia per il travaglio di parto: il ruolo dell'anestesista	pag. 99
Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione	pag. 103
Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista	pag. 107
Terapia della vulvodinia post partum	pag. 115
La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo	pag. 119