

News dal pianeta “eiaculazione precoce”

L'eiaculazione precoce (EP) può essere considerata un problema sessuale molto fastidioso e frequente. Numerosi lavori epidemiologici in ambito sessuologico ed andrologico hanno suggerito incidenze varie e diverse di questo problema, incidenze che possono oscillare, nei vari studi considerati, dal 4 al 39%. Questo problema sessuale ha in questi anni ricevuto molta attenzione ma dobbiamo anche ricordare che ancora oggi non esiste una precisa e sicura definizione di questa disfunzione e che inoltre molte culture, presenti sul nostro Pianeta, tendono a non considerarla un problema.

L'eiaculazione precoce (EP) può essere considerata un problema sessuale molto fastidioso e frequente. Numerosi lavori epidemiologici in ambito sessuologico ed andrologico hanno suggerito incidenze varie e diverse di questo problema, incidenze che possono oscillare, nei vari studi considerati, dal 4 al 39%.

Coppia umana

Questo problema sessuale ha in questi anni ricevuto molta attenzione ma dobbiamo anche ricordare che ancora oggi non esiste una precisa e sicura definizione di questa disfunzione e che inoltre molte culture, presenti sul nostro Pianeta, tendono a non considerarla un problema.

Definizioni

In alcuni contesti culturali il termine EP non è accettato e questa non viene considerata una disfunzione sessuale; il presupposto culturale di questa posizione è che tutti i mammiferi, compresi moltissimi primati, hanno un evento **eiaculatorio** quasi immediatamente dopo l'avvenuta penetrazione in vagina. Comunque dalle iniziali definizioni temporali di EP si è aggiunta in seguito anche una considerazione quantitativa e così, da una prima definizione che postulava un tempo arbitrario di un minuto dalla penetrazione vaginale, si è passati a considerare anche il numero minimo, almeno quindici, di spinte pelviche. Altri autori poi hanno aggiunto elementi di natura soggettiva definendo l'EP come l'eiaculazione che avviene prima che l'uomo lo desideri o come rapporti che sono risultati positivi, cioè con orgasmo della partner femminile, in meno del 50% dei casi. Giacché il caos regnava assoluto sotto il cielo dell'EP, molte società scientifiche hanno cercato di metterci mano per trovare una definizione standard e meglio accettata. Nel 2009 l'International Society of Sexual Medicine (ISSM) ha stilato una definizione così articolata:

L'EP è una disfunzione sessuale maschile caratterizzata da: 1) un'eiaculazione che avviene, sempre o quasi sempre, prima o entro un minuto dall'inizio dell'attività sessuale di tipo penetrativo ; 2) incapacità di ritardare l'eiaculazione in tutte o quasi tutte le penetrazioni vaginali; 3) una “precocità” che determina importanti e negativi problemi psicologici tali da impedire od evitare relazioni e rapporti sessuali con il proprio partner.

Questa definizione sembra oggi la più seguita.

Diagnosi e classificazione

L'EP è attualmente classificato come:

1) **primario** o **primitivo** quando è presente da sempre, cioè dall'inizio dell'attività sessuale, ed è causato anche da possibili fattori genetici e neurobiologici;

2) **secondario** o **acquisito** quando si scatena, improvvisamente o in modo graduale, dopo un periodo di normale e regolare controllo dell'eiaculazione per cause di origini psicogene od organiche.

A queste definizioni, per chiarezza clinica, aggiungerei altri due termini:

3) **situazionale** quando non è una condizione da sempre presente, ma accade saltuariamente, a causa di circostanze avverse o situazioni relazionali non positive;

4) **pseudo eiaculazione-precoce** quando si è convinti di soffrire di eiaculazione precoce ma, in realtà, il tempo di latenza eiaculatoria (IELT) sembra essere assolutamente nella norma.

Cause

La causa scatenante non sempre è facilmente diagnosticabile.

Tra le **cause psicogene comportamentali** ricordiamo brevemente: stress, l'ansia da prestazione, paure, conflitti relazionali, partner nuova, rapporti sessuali poco frequenti.

Tra le **cause organiche**: l'abuso di sostanze (come gli oppioidi, l'alcool), endocrinopatie (un ipertiroidismo ad esempio), infiammazioni varie delle vie seminali (ad esempio una prostatite acuta o cronica).

I meccanismi fisiopatologici, invocati e proposti come scatenanti il problema, sono diversi: ipersensibilità del pene; **riflesso eiaculatorio** "facile"; predisposizione genetica; disfunzioni a livello dei recettori per 5-idrossi triptamina (5-HT).

La valutazione clinica

La storia clinica complessiva ha un ruolo importante e decisivo nella diagnosi. I tre principali fattori da considerare sono: 1) i tempi, 2) il controllo e 3) la soddisfazione di un rapporto sessuale. Altri aspetti possono e devono essere poi indagati: 1) tipo di EP (primaria, secondaria); 2) copresenza o assenza di un problema all'erezione; 3) l'impatto dell' EP sul rapporto con il proprio partner e sulla qualità della vita; 4) precedenti trattamenti (farmaci, psicoterapie) e le risposte a tali trattamenti.

Esame del **paziente** comporta una valutazione clinica generale con un esame più mirato dei genitali; a volte può essere indicata una esplorazione digito-rettale per controllare la prostata. L'uso di routine dei questionari non è sempre, o quasi mai, clinicamente molto utile perché, anche mia esperienza personale, spesso questo tende a confondere il **medico** che sta valutando il problema. Test fisiologici e di laboratorio possono essere indicati in alcuni casi selezionati (esami colturali, ecografie dell'apparato uro-seminale, potenziali evocati sacrali).

In sintesi: raccogliere bene la storia e un attento esame clinico sono passi generalmente sufficienti per raggiungere una preliminare ma sicura diagnosi.

Terapie proposte

Nel corso degli anni diverse e numerose strategie di trattamento sono state indicate ma qui dobbiamo fare subito la premessa che pochi o punto studi sono stati pubblicati sulla loro efficacia e durata a lungo termine.

Terapie comportamentali e psicologiche

La strategia dello “**stop-start**” (arresto momentaneo del rapporto e la ripresa dopo una ragionevole attesa) segnalata dall’urologo Semans nel 1956 sembra presentare benefici a breve termine nel 45-65% dei casi trattati ma i risultati a lungo termine di questa strategia non sono stati conclusivi e sempre condivisi (dopo 3 anni dal trattamento sembra che il 75% degli uomini con EP non ha mostrato alcun miglioramento duraturo).

Una strategia empirica, indicata in particolare negli uomini più giovani, è la **masturbazione pre-coito** che dovrebbe “desensibilizzare” parzialmente il **pene** e portare così a un ritardo nella successiva eiaculazione.

Le **psicoterapie**, numerose e complesse, comportano spesso un intervento di coppia. Anche in questo caso i risultati a breve termine sono spesso promettenti, quelli a lungo termine devono ancora essere provati e documentati.

Terapie Mediche

Numerosi farmaci in questi ultimi decenni sono stati proposti nel trattamento di un’EP con vari gradi di successo.

Premetto che al momento, un solo farmaco, cioè la **Dapoxetina (inibitore selettivo della ricaptazione della Serotonina - SSRI)** ha l’indicazione specifica per il trattamento dell’EP ed è in vendita nei territori europei, in Nuova Zelanda ma non è stata ancora approvata la sua commercializzazione negli Stati Uniti. Informazioni più dettagliate su questo farmaco si possono trovare al **[questo link](#)** del nostro sito.

Altre sostanze sono comunque utilizzate, anche se non sono autorizzate, per il trattamento specifico dell’EP. Farmaci storici in questo senso sono gli **alfa-bloccanti** (la Fenossibenzamina, l’Alfuzosina, la Terazosina) e gli **inibitori della monoamino ossidasi**, tra questi l’Isocarbossazide, la Fenelzina. Gli inibitori delle monoamino-ossidasi e gli Alfa-bloccanti sono stati i primi farmaci per via orale usati per il trattamento dell’EP. Tuttavia, gli effetti collaterali associati hanno limitato il loro uso clinico; gli alfa-bloccanti più selettivi, come la Terazosina, hanno mostrato qualche promessa nel trattamento dei pazienti affetti anche da concomitanti patologie ostruttive delle basse vie urinarie da **ipertrofia prostatica** benigna.

Farmaci più specifici attualmente usati nel trattare una EP sono gli **antidepressivi**, questi farmaci in alcuni casi sono usati in modo continuativo e terapeutico oppure on-demand, cioè su richiesta. Un **farmaco on-demand** offre la possibilità di un utilizzo poco prima del rapporto sessuale, riducendo così i rischi di possibili ed eventuali effetti collaterali, ma i dati finora raccolti ci suggeriscono che in generale i vantaggi ottenuti sono concretamente inferiori ai benefici che si speravano. Un **dosaggio terapeutico giornaliero e continuato** può consentire invece più facilmente un’esperienza sessuale “spontanea e meno acuta” anche se s’ipotizzano possibili e più frequenti effetti collaterali. Alcuni ricercatori hanno dimostrato come la maggioranza degli uomini con EP (81%) preferiscano un regime terapeutico giornaliero e continuativo rispetto a un prodotto preso prima di un rapporto.

I farmaci da considerare sono soprattutto gli **antidepressivi triciclici**, in particolare la Clomipramina, che, per i suoi effetti collaterali a volte fastidiosi, come stanchezza, vertigini ed ipotensione, vengono indicati quando non sono efficaci altri farmaci come gli SSRI.

Gli **inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)**, come l'Escitalopram, la Fluoxetina, la Fluvoxamina, la Paroxetina, la Sertralina hanno un meccanismo d'azione che ruota intorno appunto all'attivazione dei recettori serotoninergici 5-HT_{2C} che possono ritardare l'eiaculazione. Numerosi studi hanno dimostrato che l'effetto degli SSRI nel ritardare l'evento eiaculatorio può essere ottenuto dopo pochi giorni l'inizio del trattamento. In altri studi sono stati riscontrati risultati positivi e soprattutto un tempo di latenza eiaculatoria (IELT) aumentata da due a otto volte rispetto la partenza. Gli effetti collaterali con l'uso degli SSRI sono generalmente non drammatici, vengono segnalati: stanchezza, sbadigli, lieve nausea, sudorazione, bocca secca. Questi effetti negativi si presentano solitamente all'inizio del trattamento e tendono a scomparire nel giro di 15-20 giorni. Ci sono comunque segnalazioni di diminuzione del **desiderio** sessuale, **disfunzione erettile** e lievi rischi di suicidio, soprattutto con l'uso a lungo termine della Paroxetina.

Agenti topici desensibilizzanti, come **creme, pomate, spray** ed altro, (**Crema SS, Benzocaina, Prilocaina, Lidocaina**), applicati localmente per “desensibilizzare” il pene, prima di un rapporto sessuale, sono stati proposti già nei lontani anni '60. Un certo numero di questi prodotti sono attualmente disponibili e possono essere facilmente acquistati, purtroppo anche per via telematica. L'efficacia delle creme e degli spray a base di Lidocaina-Prilocaina è stata dimostrata anche in studi prospettici di coorte e in studi randomizzati e controllati. Tuttavia l'uso di una crema al momento può essere difficile da accettare da un punto di vista soprattutto psicologico ed inoltre richiede quasi sempre l'uso contemporaneo di un preservativo per ridurre al minimo l'effetto di desensibilizzare che si può avere sulla mucosa vaginale. Nel tentativo di superare questi problemi è stato studiato l'uso di uno spray (PSD 502) che contiene una combinazione di lidocaina e prilocaina; quando applicato, questo forma una patina chiara, leggermente oleosa ed inodore che rimane aderente e sembra non richiedere l'uso del preservativo; non è in grado di penetrare la normale cute dell'asta e quindi non ha un'azione anestetizzante su tutto il pene. Comunque ricordiamo sempre che tutte le creme e gli spray desensibilizzanti possono causare effetti collaterali e tra questi naturalmente il più frequente è l'ipo-anestesia del pene e, a volte della mucosa vaginale, problemi irritativi e pure, anche se rari, problemi sistemici e generali.

Il ruolo degli **inibitori della PDE5 (PDE5i)** nel trattamento dell'EP è ancora tutto in discussione e controverso. Anche se uno studio prospettico ha mostrato un aumento della IELT di un fattore di 5,7 nei pazienti trattati con Sildenafil sono comunque in corso studi randomizzati e controllati per verificarne l'efficacia. Dobbiamo ricordare che studi epidemiologici hanno dimostrato come un terzo degli uomini con disfunzione erettile (DE) soffrono di EP. Quest'associazione può essere spiegata con il fatto che, quando un **uomo** soffre di una disfunzione erettile, fa uno sforzo importante di compensazione per raggiungere un'eiaculazione prima della perdita dell'erezione e questo fatto può scatenare una EP.

Analgesici oppiacei ad azione centrale. Safarinejad e Hosseini hanno pubblicato alcuni anni fa uno studio randomizzato e controllato sull'uso del Tramadol HCL per il trattamento di EP. Vari gruppi di ricerca hanno dimostrato come questo farmaco possa avere una certa efficacia, soprattutto come terapia on-demand, anche se il meccanismo d'azione è poco compreso e capito. Ci sono comunque diverse segnalazioni cliniche che indicano come uomini, che stanno risolvendo una dipendenza da oppiacei, scatenano un'EP di tipo secondario. Questo ci indica che potrebbe esserci una relazione tra il centro con recettori sensibili agli oppioidi ed il centro deputato al controllo dell'evento eiaculatorio.

Infine un accenno alle cosiddette **strategie chirurgiche** e tra queste ricordiamo la **circoncisione**, la **frenulectomia** e le **varie neurotomie selettive** di cui non è stata dimostrata alcuna efficacia clinica certa.

Note conclusive

L'EP è un problema sessuale molto comune che colpisce circa il 20% dei maschi. Questa disfunzione sessuale maschile può essere un fattore capace di creare notevoli problemi e disagi intrapersonali e relazionali. Molte prospettive di cura, oltre alle tradizionali strategie psicoterapeutiche e ai farmaci ormai divenuti "classici", sono in procinto di essere presentate ed utilizzate. Paradossalmente oggi l'unico farmaco con indicazione ufficiale al trattamento on-demand dell'EP, cioè la Dopaxetina, sembra essere il meno sensibile oltre che il più costoso. Comunque SSRI, creme, spray desensibilizzanti e, in misura minore anche gli inibitori della PDE5 sembrano avere una loro reale ed attuale prospettiva terapeutica.

Articolo a cura di **Dr. Giovanni Beretta**.