

DISFUNZIONI SESSUALI

La salute sessuale è un diritto dell'individuo, tuttavia il 63% dei pazienti riferisce che il proprio medico non ha mai indagato sulla loro vita sessuale.

La vita sessuale è, invece, un indicatore importante della funzionalità cardiovascolare dell'individuo e va sempre investigata.

Metà degli italiani crede nel potere afrodisiaco di alcuni alimenti; in realtà l'unico alimento che regolarizza la pressione arteriosa aumentando la produzione di NO è il cioccolato fondente (<http://jama.ama-assn.org/content/298/1/49.full.pdf+html>). Contiene, inoltre, polifenoli e antiossidanti che riducono il rischio cardiovascolare.

Disfunzione erettile

La disfunzione erettile, chiamata in passato impotenza viene definita come "l'incapacità del soggetto di sesso maschile a raggiungere e/o mantenere un'erezione sufficiente a condurre un rapporto soddisfacente".

Nel 1995 152 milioni di uomini al mondo erano affetti da disfunzione erettile. Nel 2025 saranno 500 milioni. La frequenza è 3 volte superiore nei maschi diabetici.

L'International Index of Erectile Function (IIEF: http://www.simg.it/Documenti/Rivista/2002/01_2002/7.pdf) è un questionario di 15 domande, validato scientificamente, che valuta la funzionalità sessuale maschile nelle ultime 4 settimane. Per il follow-up bastano solo 5 domande.

La funzionalità sessuale comprende l'impulso sessuale, l'eccitazione, l'erezione e il coito. Nella disfunzione sessuale vengono a mancare le ultime due condizioni.

Attraverso i cinque sensi, il sistema limbico attiva il sistema NANC che produce NO, il quale agisce sulle cellule endoteliali aumentando la concentrazione di cGMP che provoca vasodilatazione. Il sangue rimane intrappolato nei sinusoidi in espansione dei corpi cavernosi. L'intero sistema comprime le venule contro la tunica albuginea del pene che è relativamente non espansibile ed elastica, riducendo così al minimo la fuga venosa.

Delle fosfodiesterasi specifiche degradano il cGMP e riducono l'erezione.

Condizioni metaboliche anomale (iperglicemia, iperlipemia, ecc) determinano stress ossidativo con l'attivazione del milieu infiammatorio (aumentano citochine pro infiammatorie come IL-6, TNF - α , IL-18) che danneggia l'endotelio e riduce l'NO.

È stato dimostrato che la dieta mediterranea è utile nella remissione dei sintomi della disfunzione erettile.

È stato osservato che tra pazienti obesi che hanno perso 10 kg in 2 anni, 1/3 ha ottenuto il ripristino dell'attività sessuale e 2/3 ha ottenuto una riduzione della disfunzione.

Le indicazioni seguite erano:

- Perdita di peso $\geq 5\%$ del peso di partenza
- Grassi saturi $< 10\%$
- Grassi monoinsaturi $> 10\%$
- Fibre $\geq 15g/1000$ kcal
- Attività fisica ≥ 30 min/die

L'adozione della dieta mediterranea incrementa la sintesi di adiponectine che inibisce le citochine pro infiammatorie (IL-2, IL-6, TNF- α , resistina). Riducendo l'attivazione del milieu infiammatorio, si previene il danno endoteliale e le disfunzioni ad esso legate.

La disfunzione erettile è una complicanza del diabete mellito (sia di I tipo che di II tipo): è il sintomo della disfunzione endoteliale e permette di identificare i rischi cardiovascolari. È stato osservato che, in pazienti con DMII, l'aderenza alla dieta mediterranea riduce la disfunzione erettile:

- Frutta e verdura: 5 porzioni/die
- Cereali integrali e legumi: ogni giorno

- Noci e pesce azzurro: 4-5 porzioni a settimana (poiché contengono omega 3)
- Vino rosso: ½ bicchiere/die (poiché contiene polifenoli)
- Carni rosse (carni manipolate): 4-5 porzioni/mese

Molti sostanze naturali aumentano la quota di NO: antiossidanti, omega 3, arginina, cioccolata, tè verde, mirtilli, melograno, more, frutta e verdura in genere.

Farmaci come il sildenafil (Viagra) inibiscono le fosfodiesterasi.

Il 50% dei diabetici non risponde alla terapia con sildenafil o affini. Si utilizzano soluzioni alternative come protesi peniene impiantate al posto dei corpi cavernosi o iniettando farmaco protesi in uno o entrambi i corpi cavernosi: negli anni '70 si usavano papaverina e α -bloccanti, dagli anni '90 si usano le prostaglandine, in particolare la E1.

Disfunzione sessuale femminile

Dal 2004 la definizione di disfunzione sessuale femminile è: “Alterazione dei meccanismi psicofisiologici che sottendono il ciclo delle risposte sessuali nelle donne che risulta in un significativo distress e disagio psicologico”.

La funzionalità sessuale femminile è composta da vari domini

- Desiderio
- Eccitazione
- Lubrificazione
- Orgasmo
- Soddisfazione sessuale
- Dolore

E i fattori che li influenzano sono fisiologici, psicologici, interpersonali, socioculturali e farmacologici.

Il Female Sexuale Function Index (FSFI: <http://www.fsfiquestionnaire.com/Published%20Format.pdf>) è un questionario di 19 domande, validato scientificamente, che studia e valuta tutti i domini della funzionalità sessuale femminile delle ultime 4 settimane. Le domande però sono molto complesse e si è deciso di utilizzare una variante, sempre validata scientificamente, della FSFI che prevede solo 6 domande (FSFI 6).

La disfunzione sessuale femminile è caratterizzata da:

- Disturbi del desiderio: ipoattivo o avversione;
- Disturbi dell'eccitazione;
- Disturbi dell'orgasmo;
- Disturbi legati al dolore:
 - Dispareunia: dolore avvertito alla vagina e/o alla pelvi durante il rapporto sessuale,
 - Vaginismo: contrazione riflessa e involontaria dei muscoli del perineo, della vulva, dell'orifizio vaginale tale da impedire la penetrazione necessaria al coito e spesso anche durante l'esame ginecologico.

Concorrono alla determinazione del disturbo cause psicogene, cause socio-relazionali, cause iatrogene e cause dismetaboliche.

Tra le cause metaboliche ritroviamo: obesità, sindrome metabolica, ipertrigliceridemia e bassi livelli di HDL.