

Dan Navolan

Dana Stoian

Marius Craina



SEXOLOGIA
de la A la Z

Ediția a II-a



Timișoara, 2020

Editura „Victor Babeș”

Piața Eftimie Murgu 2, cam. 316, 300041 Timișoara

Tel./ Fax 0256 495 210

e-mail: evb@umft.ro

www.umft.ro/editura

Director general: Prof. univ. emerit dr. Dan V. Poenaru

Colecția: HIPPOCRATE

Coordonator colecție: Prof. univ. dr. Andrei Motoc

Referent științific: Prof. univ. dr. Victor Dumitrașcu

© 2020 Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.

Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.

ISBN 978-606-786-195-2

Prin diversitatea și varietatea problematicii sale, *medicina sexualității* ocupă un loc important în cadrul patologiei medicale, atât prin frecvență, cât și prin orientarea practică și pragmatică. Este meritorie preocuparea autorilor prezentei monografii de a cerceta un domeniu recent descoperit și insuficient explorat în științele medicale, care se referă prioritar la conceptele despre etapele vieții și la sexualitate.

Monografia Sexologia de la A la Z, ediția a II-a reia și completează o temă deja abordată într-o primă ediție, anume medicina sexualității, care constituie un subiect de interes cu multiple valențe interdisciplinare, între diferite specialități medicale și psihologie, între tabu și curiozitate. Prezenta lucrare reflectă cunoștințele, datele și informațiile cu caracter utilizabil în practică, adresându-se specialiștilor psihiatri, dermatologi, endocrinologi, diabetologi, ginecologi și nu în ultimul rând urologi. Vastitatea și complexitatea noțiunilor abordate aduce date utile studenților, rezidenților, precum și specialiștilor tineri care doresc să se inițieze în tainele medicinei sexualității.

Monografia cuprinde un număr de treisprezece capitole. Primele capitole parcurg succesiv: diferențierea sexuală intranatală, neonatală, postnatală, aspecte ale fiziologiei răspunsului sexual normal, la pacienții de sex feminin și masculin, mecanisme neurohormonale, centrale și pur hormonale, periferice, care stau la baza răspunsului fiziologic sexual. Sunt parcurse particularitățile sexualității survenite de-a lungul vieții, din copilărie, pubertate și senescență, cu modificări fiziologice secundare evoluției și involuției organice, cu constelația neuro-endocrină specifică diferitelor tipuri de comportament sexual. Cea mai extinsă parte a monografiei (capitolele șase – treisprezece) este rezervată patologiei, cu ilustrarea particularităților anamnezei în medicina sexualității, chestionarele validate pe plan mondial în evaluarea și identificarea disfuncțiilor sexuale. Autorii relevă particularitățile sexualității feminine, respectiv modificările fiziologice și patologice din perioadele de fluctuații hormonale: pubertatea, adolescența, preconcepția, sarcina, perioada postpartum și climaxul fiziologic, aspecte indispensabile de a fi parcurse într-o evaluare de calitate. Disfuncțiile sexuale feminine sunt tratate pe parcursul a trei capitole diferite, cu referire la disfuncțiile sexuale secundare fiziologiei feminine, respectiv cele secundare situațiilor etiopatogenetice tipice ginecopatiilor maligne și nonmaligne. Disfuncțiile

sexuale masculine sunt tratate într-un capitol unic, vast, parcurând entitățile majore: disfuncția erectilă, disfuncțiile ejaculatorii, cele de alterare a dorinței și algiile din sfera sexualității, respectiv malformațiile cu impact în sfera sexualității.

Este remarcabil modul în care autorii abordează problematica deviațiilor sexuale, un subiect atât de discutat și controversat în prezent, care sunt tratate confirm ultimelor evaluări din ghidul DSMV.

Ediția a II-a a monografiei *Sexologia de la A la Z* este o variantă refăcută și adăugită a primei ediții din 2013, o carte completă, care discută critic cele mai actuale și interesante date în domeniul cercetat, comparativ cu datele prelucrate din tratatele clasice, prin studiul exhaustiv al unei bibliografii recente. Recomand această monografie tuturor celor care doresc să se inițieze în acest domeniu încă controversat, cartea constituind un ghid de referință pentru literatura de specialitate timișoreană și națională.

Prof. univ. dr. Victor Dumitrașcu

I. ELEMENTE INTRODUCATIVE ÎN MEDICINA SEXUALITĂȚII 9

Dan Navolan, Mihaela Plotogea, Marius Craina

1.1. Dimensiunea reproductivă a sexualității	11
1.2. Dimensiunea plăcerii (hedonista) în sexualitate.....	11
1.3. Dimensiunea relațională a sexualității.....	12

II. IDENTITATEA SEXUALĂ.....13

Dana Stoian

2.1. Diferențierea somatosexuală.....	15
2.1.1. Diferențierea somatosexuală prenatală:	15
2.1.2. Diferențierea somatosexuală postnatală.....	19
2.1.3. Diferențierea somatosexuală finală.....	20
2.2. Diferențierea psihosocială la sexe	22
2.3. Formarea și evoluția orientării sexuale.....	24
2.4. Identitatea de gen și rolul de gen	26

III. EVOLUȚIA SEXUALITĂȚII DE-A LUNGUL VIEȚII27

Dana Stoian

3.1. Secualitatea în copilărie	27
3.2. Sexualitatea în adolescență	31
3.3. Sexualitatea adultului	35
3.4. Sexualitatea vârstnicului	36

IV. FIZIOLOGIA ACTULUI SEXUAL: ASPECTE ANATOMICE, FUNCȚIONALE ȘI CENTRALE.....46

Dana Stoian, Dan Navolan

4.1. Aspecte anatomice.....	46
4.1.1. Creierul „sexual”	46
4.1.2. Neurotransmițători	47
4.1.3. Căi de transmitere neurale	48
4.1.4. Componente anatomică periferice – sexul feminin.....	48
4.1.5. Componente anatomică periferice – sexul masculin.....	50
4.2. Aspecte funcționale	51
4.2.1. Aspecte funcționale la bărbat.....	51
4.2.2. Aspecte funcționale la femeie	54

V. COMPORTAMENTUL SEXUAL NORMAL.....60

Dana Stoian

5.1. Actul sexual.....	60
5.1.1. Etapele actului sexual la femei	60
5.1.2. Etapele actului sexual la bărbat.....	65
5.2. Alte fațete ale comportamentului sexual	67

5.2.1. Visele erotice.....	67
5.2.2. Fanteziile sexuale.....	67
5.2.3. Autogratificarea sexuală	69

VI. CLASIFICAREA ȘI DEFINIREA DISFUNȚIILOR SEXUALE71

Dana Stoian

VII. ANAMNEZA SEXUALĂ.....75

Mihaela Plotogea, Dan Navolan, Dana Stoian

7.1. Date generale.....	76
7.2. Particularități la bărbați	76
7.3. Particularități la femei.....	77
7.4. Interes sexual	78
7.5. Factori asociați	79
7.6. Date despre relația actuală.....	80
7.7. Reguli generale ale anamnezei	80
7.8. Chestionar de evaluare a disfuncțiilor sexuale	81

VIII. VARIAȚII ALE SEXUALITĂȚII FEMININE86

Dan Navolan, Marius Craina, Mihaela Plotogea

8.1. Sexualitatea, dorința de reproducere, infertilitatea.....	86
8.1.1. Reproducerea și sexualitatea.....	87
8.1.2. Sexualitatea și dorința de procreare.....	88
8.1.3. Tulburări sexuale ce pot interfera cu dorința de procreare și de a determina sterilitate	89
8.1.4. Influența diagnosticului de sterilitate asupra sexualității.....	91
8.1.5. Sexualitatea în timpul tratamentului de fertilitate.....	92
8.1.6. Sexualitatea după tratamentul infertilității	93
8.2. Sexualitatea în sarcină și în primul an după naștere	93
8.2.1. Sarcina și sexualitatea.....	93
8.2.2. Sexualitatea în primul trimestru de sarcină.....	94
8.2.3. Sexualitatea în al doilea trimestru de sarcină.....	95
8.2.4. Sexualitatea în al treilea trimestru de sarcină	96
8.2.5. Nașterea și sexualitatea.....	97
8.2.6. Sexualitatea în perioada postpartum.....	99
8.2.7. Alăptarea și sexualitatea.....	103
8.2.8. Consilierea asupra sexualității în sarcină și perioada postpartum ..	104

IX. DISFUNȚII SEXUALE FEMININE ÎN MENOPAUA FIZIOLOGICĂ..... 105

Dan Navolan, Marius Craina, Mihaela Plotogea

9.1. Factori implicați în apariția disfuncțiilor sexuale	106
9.2. Compartimentul periferic	108
9.3. Compartimentul central.....	110
9.4. Tratamentul disfuncțiilor sexuale în menopauza fiziologică	110

X. DISFUNȚII SEXUALE FEMININE. GENERALITĂȚI 115

Dana Stoian, Dan Navolan

10.1. Fiziologia răspunsului sexual feminin	115
10.2. Disfunții ale libidoului.....	119
10.2.1. Aversiunile sexuale	122
10.3. Disfunții ale excitabilității.....	123
10.3.1. Hiperexcitabilitatea genitală persistentă.....	127
10.4. Disfunții orgasmice.....	128
10.5. Disfunțiile dureroase	131
10.5.1. Dispareunia	131
10.5.2. Vaginismul.....	134

XI. DISFUNȚII SEXUALE FEMININE. PARTICULARITĂȚI ETIOPATOGENETICE 136

Dan Navolan, Marius Craina

11.1. Influența bolilor ginecologice și tratamentului acestora asupra sexualității	136
11.2. Sexualitatea și operațiile ginecologice.....	137
11.2.1 Sexualitatea și histerectomia fără ovariectomie	137
11.2.2. Histerectomia și sexualitatea: ovariectomia și efectul asupra sexualității.....	142
11.2.3. Sexualitatea și incontinența urinară, prolapsul genital	143
11.2.4. Sexualitatea după histerectomia lărgită din afecțiunile oncologice	145
11.3. Sexualitatea și bolile oncologice ginecologice	147
11.3.1. Sexualitate după carcinoame ginecologice.....	147
11.3.2. Sexualitatea după histerectomie radicală pentru cancerul de col uterin.....	149
11.3.3. Sexualitatea și cancerul mamar	152
11.3.4. Sexualitatea la paciente cu diagnostic oncologic în general.....	153
11.4. Consecințe.....	153
11.4.1. Consecințe psihologice	153
11.4.2. Consecințe sociale.....	154
11.4.3. Factorul masculin în ecuația sexualității cuplului	155

XII. DISFUNȚII SEXUALE MASCULINE 156

Dana Stoian

12.1. Disfuncția erectilă	156
12.1.1. Definiție.....	156
12.1.2. Incidența	156
12.1.3. Etiopatogenie.....	157
12.1.4. Evaluare.....	171
12.1.5. Tratament	178
12.2. Tulburări de ejaculare	192
12.2.1. Ejacularea precoce	193

12.2.2. Ejacularea tardivă.....	198
12.2.3. Ejacularea retrogradă.....	200
12.2.4. Alterarea volumului ejaculatului.....	201
12.2.5. Ejacularea dureroasă	202
8.2.6. Ejacularea reflexă.....	202
12.3. Priapism	203
12.4. Accidente genitale	205
12.4.1. Traumatisme peniene	205
12.4.2. Traumatisme testiculare	207
12.5. Hypoactive Sexual Desire Disorders (HSDD).....	208
12.5.1. Etiologie	208
12.5.2. Diagnostic.....	209
12.5.3. Tratament	210
12.6. Malformații congenitale	210
12.6.1. Malformațiile peniene	211

XIII. PARAFILIILE.....220

Dana Stoian

13.1. Definiție DSM	221
13.2. Voyerismul (DSM-IV: 302.82, ICD 10: F65.3)	223
13.3. Exhibiționismul (DSM IV 320.4 ICD 10)	224
13.4. Fetișismul (DSM IV 302.81, ICD 10: F65.0).....	225
13.5. Fetișismul transvestic.....	226
13.6. Frotteurismul (DSM IV 302.89 ICD 10).....	227
13.7. Masochismul sexual (DSM IV 302.83, ICD 10 – F 65.5).....	227
13.8. Sadismul sexual (DSM IV 302.84 ICD 10 F65.5)	228
13.9. Pedofilia (DSM IV 302.2)	229
13.10. Incestul.....	232
13.11. Violul și agresiunea sexuală	234
13.12. Tratament	235
13.13. Alte entități	236
13.13.1. Hipersexualitate	236
13.13.2. Adicții sexuale	237
13.13.3. Transsexualitate DSM IV 302.85 ICD 10 F64.0	238

BIBLIOGRAFIE242

I. ELEMENTE INTRODUCTIVE ÎN MEDICINA SEXUALITĂȚII

Dan Navolan, Mihaela Plotogea, Marius Craina

Conceptul de sănătate sexuală

Când discutăm despre sănătatea sexuală, trebuie avute în vedere mai multe concepte. Activitatea sexuală reprezintă o componentă naturală și importantă a vieții.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) acordă o importanță deosebită aspectelor legate de sănătatea sexuală, devenind activă în acest domeniu din anul 1974 (Defining sexual health – site OMS). Conform definiției OMS din anul 2006: „Sănătatea sexuală este reprezentată de o stare de bine fizică, emoțională, mentală și socială în relație cu sexualitatea. Nu înseamnă neapărat lipsa unei boli, disfuncții sau infirmități. Sănătatea sexuală necesită o abordare pozitivă și respectuoasă față de sexualitate și față de relația sexuală, posibilitatea de a avea experiențe sexuale sigure, plăcute, lipsite de coerciție, discriminare sau violență. Pentru ca sănătatea sexuală să fie păstrată, trebuie respectate și protejate în totalitate drepturile persoanelor”.

Majoritatea literaturii (ex. articolul intitulat „Sexual health and sexual Problems” publicat în anul 2018 în revista *Midwifery Womens Health*) atrage atenția asupra importanței activității sexuale în viața cotidiană și relațiile interumane. Rolul relațional al activității sexuale este subliniat afirmând că desfășurarea activității sexuale oferă senzații plăcute partenerilor și determină partenerii să se simtă mai apropiați. Sănătatea sexuală înseamnă a te bucura de sexualitate și de a avea o activitate satisfăcătoare. Aceasta presupune și învățarea a ceea ce face plăcere pentru sine sau partener. Siguranța în activitatea sexuală înseamnă că este vorba de o activitate consimțită, cu respect reciproc și fără riscul transmiterii unor boli cu transmitere sexuală.

Sunt acceptați mai mulți factori ce influențează viața sexuală, dintre care un rol important în definirea calității activității sexuale îl are relația cu partenerul. Comunicarea deschisă și onestă deține un rol important. De asemenea sănătatea partenerului poate influența calitatea activității sexuale. Patologia cronică sau acută, medicația cronică administrată, mediul cultural, religios și social, experiența sexuală anterioară pot influența calitatea vieții sexuale și raportarea la aceasta.

Activitatea sexuală într-un cuplu oferă o satisfacere a nevoilor de bază pentru căldura umană, afecțiune și stabilitate emoțională.

Pentru a releva importanța studierii factorilor ce concură pentru o sănătate sexuală amintim că Societatea Canadiană de Obstetrică-Ginecologie a elaborat și publicat în anul 2012 în *Jurnalul Canadian de Obstetrică Ginecologie* un „Ghid Clinic de Consens pentru Sănătatea Sexuală a Femeii”. Acest ghid evaluează următoarele capitole:

1. Sexualitatea pe parcursul vieții.
2. Clasificarea, cauzele și evaluarea disfuncțiilor sexuale feminine
3. Managementul preocupărilor legate de sănătatea sexuală
4. Probleme de sănătate ce poate afecta sănătatea sexuală
5. Dispareunia
6. Tulburările de libidou

Totodată Ahrendt în Cartea de Sexologie pentru Obstetrică Ginecologie (Editura Springer 2015) subliniază faptul că absența unei activități sexuale nu face pe nimeni bolnav. Cu toate acestea, o lipsă cronică de afecțiune emoțională și fizică poate crește probabilitatea de a dezvolta tulburări psihice și fizice cu valoare de boală. Deseori partenerele cu insatisfacție sexuală și conflicte în cuplu descriu dureri abdominale nespecifice, migrenă, astenie și depresie, a căror cauză nu se poate obiectiva. Alteori prezintă dispareunie, vaginism și necesită terapie.

Așa cum precizează ghidul Societății Canadiene de Obstetrică-Ginecologie, interogarea despre activitatea sexuală a pacientelor ar trebui să facă parte din consultul ginecologic cotidian, pentru a avea posibilitatea de a efectua un screening pentru disfuncțiile sexuale în cuplu și a găsi modalități adecvate de tratament în timp util. Funcție de nivelul cultural al pacientei, de experiențele anterioare și deschiderea de a discuta aspecte de sexualitate, uneori comunicarea poate fi mai dificilă. Este rolul medicului ginecolog de a depăși aceste bariere și de a găsi o cale de comunicare cu pacienta.

Conform OMS, drepturile sexuale îmbrățișează o serie de drepturi ale omului ce sunt deja recunoscute prin documente internaționale și regionale și alte documente juridice în legislația internațională.

Dreptul sănătății sexuale include:

- dreptul la egalitate și nediscriminare,
- dreptul de a fi liber de tortură, cruzime, tratament punitiv sau degradant,
- dreptul la intimitate,
- dreptul de a aspira la cel mai înalt standard de sănătate incluzând sănătatea sexuală,
- dreptul de a se căsători și de a intra într-o familie. De a accesa sau ieși din mariaj în deplin consimțământ al soților și egalitate.
- dreptul de a decide asupra numărului de copii și a spațierii acestora,
- dreptul de a avea opinii și exprimări libere,
- dreptul de primi o compensare și de a fi apărat și de a se apăra în fața încălcării drepturilor fundamentale.

În concluzie, sexualitatea are o importanță deosebită pentru individ. Ea decide identitatea de gen și experiențele și aspectele sociale conexe. Ea are mai multe dimensiuni care depind și se influențează reciproc.

Dimensiunile sexualității

Literatura germana alocă sexualității trei dimensiuni: cea reproductivă, de plăcere/divertisment și relațională. Astfel în materialul „Bazele medicinei sexuale - editura Springer 2015” de Lowit și Bosinski din *die Urologie*, aceștia subliniază existența celor trei dimensiuni și expresia lor la nivel somatic, psihic și social, rolul acestora în relația de cuplu.

1.1. Dimensiunea reproductivă a sexualității

Reproducerea este cea mai veche dimensiune a sexualității, asigurând perpetuarea speciei și transmiterea materialului genetic de la o generație la alta. Dezvoltarea tehnologică a făcut ca sexualitatea să poate fi disociată de reproducere, putând exista atât activitate sexuală fără reproducere umană (datorită contracepției), cât și reproducere fără activitate sexuală (datorită tehnicilor de reproducere asistată). Dimensiunea reproductivă a sexualității face parte din consultul ginecologic atât în ceea ce privește mijloacele de contracepție, cât și dorința de procreare. Planificarea familială este în prezent posibilă și accesibilă.

Deși suntem tentați să acordăm în cadrul consultului întreaga atenție acestei dimensiuni a sexualității, este important să nu uităm nici de celelalte două dimensiuni care au o importanță deosebită pentru sănătatea sexuală a unei persoane.

1.2. Dimensiunea plăcerii (hedonista) în sexualitate

Sănătatea sexuală implică și experimentarea acestei dimensiuni a sexualității, experimentarea senzațiilor asociate actului sexual: plăcere, excitație, orgasm și satisfacție. Dimensiunea plăcerii poate fi mobilul pentru care o persoană dorește a interacționa și caută parteneri sexuali. Această dimensiune nu este însă disociată de celelalte două dimensiuni, în sensul că poate fi asociată reproducerii și/sau unei relații.

Contracepția a oferit mai multă libertate femeilor de a se exprima sexual și de a trăi aceste experiențe fără a fi asociate reproducerii și eventual unei sarcini neplanificate.

În funcție de cultură, experiență și faza vieții, este de așteptat ca dimensiunea plăcerii sexualității să fie asociată unei relații mai mult sau mai puțin profunde și stabile.

Incapacitatea unei paciente de a trăi plăcerea sexualității, de a avea orgasm este tot mai frecvent subiectul discuției într-un cabinet de ginecologie și motivul pentru care pacienta se adresează pentru consult.

De asemenea, plăcerea unuia dintre parteneri nu trebuie să aducă prejudicii emoționale, morale sau fizice celuilalt. Apariția discomfortului personal sau relațional este unul dintre argumentele cheie ale definiției disfuncțiilor sexuale.

1.3. Dimensiunea relațională a sexualității

Activitatea sexuală într-o relație denotă un grad înalt de intimitate, sexualitatea fiind o componentă importantă a unei relații, contribuind la consolidarea acesteia. Mai multe studii arată că, spre deosebire de alte ființe, oamenii au capacitatea de a stabili relații pe termen lung ce servesc nu doar reproducerii, ci și altor aspecte ale vieții.

Relațiile în cuplu oferă sentimentele de apropiere, intimitate, căldură, ocrotire, securitate esențiale pentru o stare de bine. Relația de cuplu se referă și la satisfacerea acestor nevoi dincolo de aspectele sexuale ale relației.

Neîndeplinirea unora dintre aceste aspecte esențiale pentru calitatea unei relații poate avea repercusiuni și în planul activității sexuale și invers. Dacă se perpetuează deficiențe în diversele aspecte ale relației, acestea se pot exprima ca tulburări psihosomatice precum: dureri abdominale sau pelviene, dispareunie, vaginism etc.

În schimb, dimensiunea relațională a sexualității împreună cu satisfacerea nevoilor de bază ale unei relații pot contribui la consolidarea unei relații de cuplu, indiferent de tipul de cuplu.

II. IDENTITATEA SEXUALĂ

Dana Stoian

În ciuda faptului că, aparent, apartenența la un sex este un lucru simplu, definit doar de apartenența biologică, o privire mai atentă relevă de fapt un fenomen extrem de complex, cu mai multe componente:

- A. componenta somatică;
- B. dezvoltarea psihosocială;
- C. concordanța absolută a acestor niveluri;

Identitatea sexuală este un fenomen ce cuprinde toate aceste componente, în mod ideal existând o concordanță între somatic și psihosocial. Identitatea sexuală este un fenomen activ, care, după unii autori, poate evolua pe tot parcursul vieții, inclusiv în perioada adultă, după constituirea și definitivarea, la finele pubertății, a identității de gen. Se descriu etapele somatice: sex cromozomia generează un sex gonadic, secreție testosterinică la formula 46 XY, respectiv absența sterodiogeneziei la formula 46 XX, cu masculinizarea sau feminizarea organelor genitale externe (sex genital). În baza aspectului organelor genitale externe, la naștere se atribuie un gen nou-născutului, așa-numitul gen de adresare care va condiționa complet atitudinea socială și educațională a tuturor adulților din jurul nou-născutului și, mai târziu, a copilului.

Finele unui proces normal de maturare înseamnă în esență **CONCORDANȚĂ** și **CONGRUENȚĂ**: un individ să fie bărbat, să arate ca un bărbat, să se simtă ca un bărbat și să se definească ca atare, respectiv să fie femeie din toate punctele de vedere: somatic, organic, emoțional și funcțional.

Nivelurile acestui proces de formare și autoidentificare sunt prezentate în tabelul numărul I.

Tabelul I. NIVELURILE IDENTIFICĂRII SEXUALE

Nivel	Substrat
Sex cromozomial	46 XX = F, 46 XY = M
Sex gonadic și hormonal	Testicule → testosteron:intrauterin + postpubertar → M Ovare → estrogeni:absenta intrauterina+prezenta in pubertate→ F
Sex gonadoductal	Epididim, duct deferent, prostată, v. seminale = M Trompă, uter, vagin = F
Sex genital	Scrot, penis = M Labii mici și mari, clitoris = F
Sex cerebral	Efecte plastice și conformaționale diferite
Gen de adresare	Alocarea unui sex la naștere
Gen de creștere	Creșterea ca băiețel sau fetiță, așteptări diferite, pretenții, reguli, norme diferite = gen/sex social
Identitate de gen	Certitudinea și experiența, senzația internă de apartenență la genul masculin sau feminin

Discordanțele din această succesiune de evenimente cromozomiale, hormonale, organice și nu în ultimul rând psihoemoționale, stau la baza dezechilibrelor posibile:

1. intersexualitate = discordanță între sexul genetic și cel gonadic
2. transsexualitate = discordanță între sexul somatic și cel psihoemoțional

2.1. Diferențierea somatosexuală

2.1.1. Diferențierea somatosexuală prenatală:

- cuprinde formarea și dezvoltarea structurilor sau funcțiilor aparatului reproductiv.

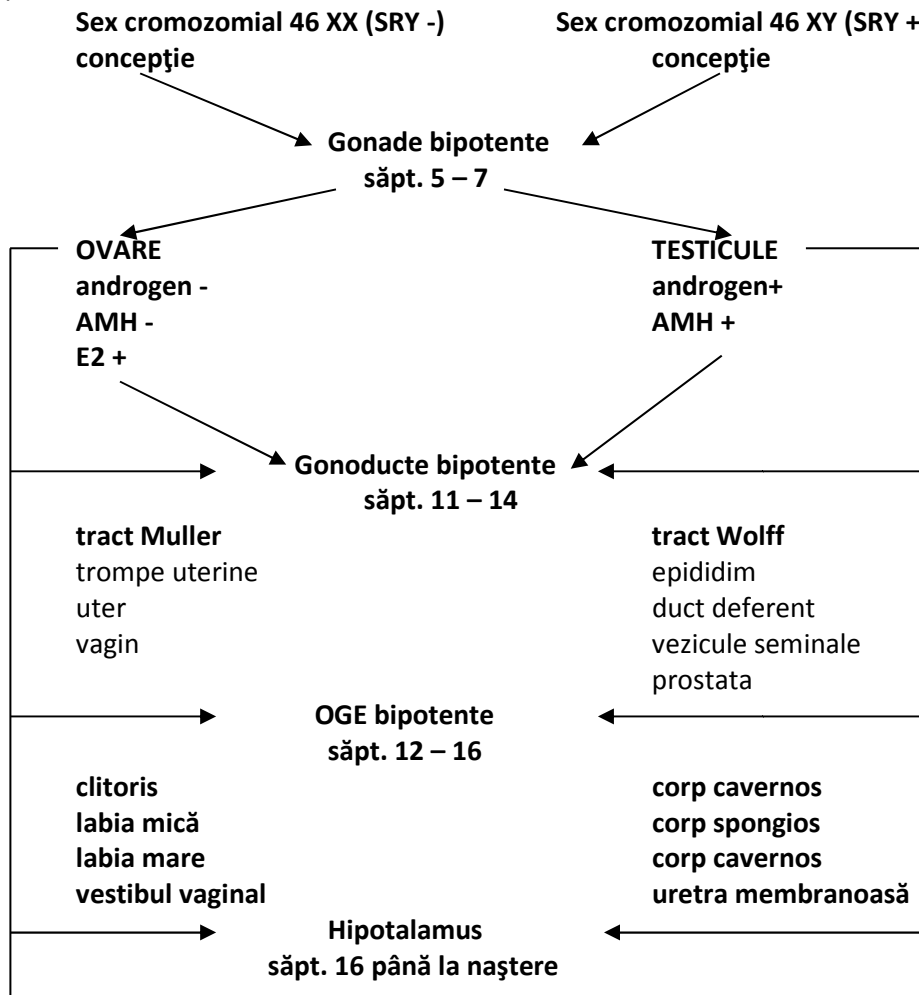


Fig. 1. Schema diferențierii somatosexuale în perioada prenatală

Este un fenomen care se întinde pe o durată de mai mulți ani, începând din momentul concepției.

- Nivelul cromozomial**
- Nivelul gonadal**
- Nivelul gonadoductal**
- Nivelul genital**

Nivelul cromozomial: se formează în momentul concepției, prin combinarea cromozomilor haploizi ai unui spermatozoid (22 autozomi și 1 cromozom sexual) cu cei ai unui ovul (alți 22 cromozomi autozomi plus 1 cromozom sexual).

În prezența unui cromozom Y, care prezintă o genă, denumită SRY, pe brațul scurt, dezvoltarea merge programat spre diferențierea masculină.

În lipsa acestei gene, indiferent de cariotip – 46 XY, 46XX, 45 X, evoluția merge automat spre sexul feminin.

Nivelul gonadal: până în săptămâna a 5-a a vieții uterine, celulele precursorare urogenitale sunt nediferențiate sexual.

Principii:

I. bipotența rudimentelor de organe genitale interne care urmează drumul masculinizării + defeminizării sau feminizării + demasculinizării;

II. efort mai mare de dezvoltare a sexului masculin (principiul ADAM);

III. relația bidirecțională hormonală:

- androgeni → aromatizare periferică → estrogeni
- estrogeni → aromatizare intracelulară → androgeni

IV. faze critice: etape ireversibile ale organicizării structurilor

- în prezența unei gene SRY normo-funcționale, din săptămâna a 5-a de viață apare dezvoltarea testiculară, cu formarea de celule Leydig și ulterior a celulelor de susținere Sertoli.

- din săptămâna a 9-a de viață, hormonii preiau conducerea diferențierii celulare:

- Testosteron produs de celulele Leydig, sub influența hCG placentar (săptămâna 9-18)
- AMH (hormonul antimulerian), produs de celulele Sertoli, determină involuția rudimentelor feminine: ductul lui Muller.
- Intervalul s. 9-18 intrauterin este PRIMUL VÂRF ANDROGENIC la băiat, responsabil de masculinizarea OGE și OGI.

! În absența SRY, ovotestisul se transformă în ovar.

- în absența SRY funcțional, formarea ovarului are loc automat, non-hormonal, cu un minim de efort natural. Acest lucru reprezintă deosebirea dintre sexe, deoarece natura are neapărată nevoie de sexul feminin pentru perpetuarea speciei. Mediul hormonal matern nu influențează dezvoltarea fătului, deoarece hormonii sexuali materni sunt dezactivați de către alpha fetoproteina placentară.

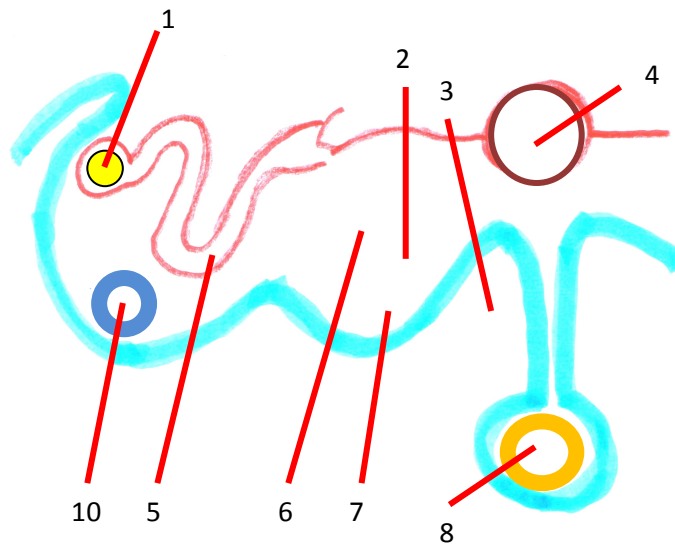


Fig. 2. OGE primordiale bipotente

1 = duct mezonefric, 2 = celule germinale primare, 3 = cavitate peritoneală, 4 = aortă,
5 = tub mezonefric, 6 = mezenchim celomic, 7 = epiteliu mezonefric, 8 = intestin,
9 = mezenter, 10 = duct Muller

Nivelul gonadoductal: pleacă de la precursori ambi-potenți, format din tractul Muller (duct paramezonefric) și Wolff (duct mezonefric).

- diferențierea adecvată a testiculelor (s 10-12) de AMH, ce determină atrofia ductului Muller (defeminizare), care formează appendix testis, la nivelul polului superior testicular;

- procesul este completat prin evoluția din ductele Wolff, androgen dependent al epididimului, ductului deferent, veziculelor seminale și prostatei.

- în absența testosteronului și a hormonului antimullerian (AMH), apare involuția ductului Wolff (demasculinizare) cu dezvoltarea aparent spontană, în absența oricărei substanțe, a trompelor uterine, uterului și treimii superioare a vaginului.

Absența AMH: persistent ductului Muller → bărbat cu uter/3 orificii la nivelul planșelui pelvian, la naștere.

Absența izolată de testosteron: evoluția spontană spre sexul feminin, dar cu persistența ductelor Wolff (gonada de tip ovotestis/fibroasă, nefuncțională).

Nivelul genital: diferențierea organelor genitale externe, care fac posibilă determinarea unui sex la naștere, așa-numitul sex al moașei, completează etapele antemenționate. Se formează de la nivelul sinusului urogenital, bivalent. Nivelul genital la naștere reprezintă caracterul sexual primar, singura diferență somatică semnificativă la naștere între genul masculin și cel feminin.

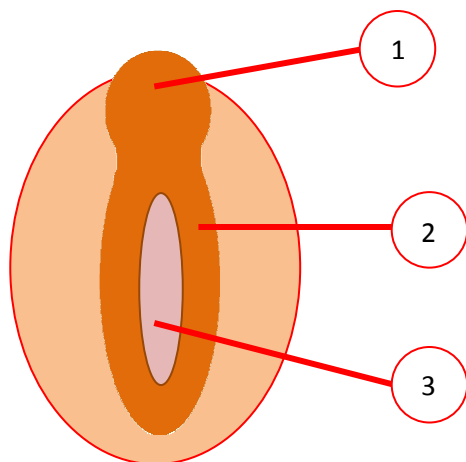


Fig. 3. Stadiul indiferent al organelor genitale externe

1 = tubercul genital; 2 = pliu cloacal; 3 = membrana cloacală

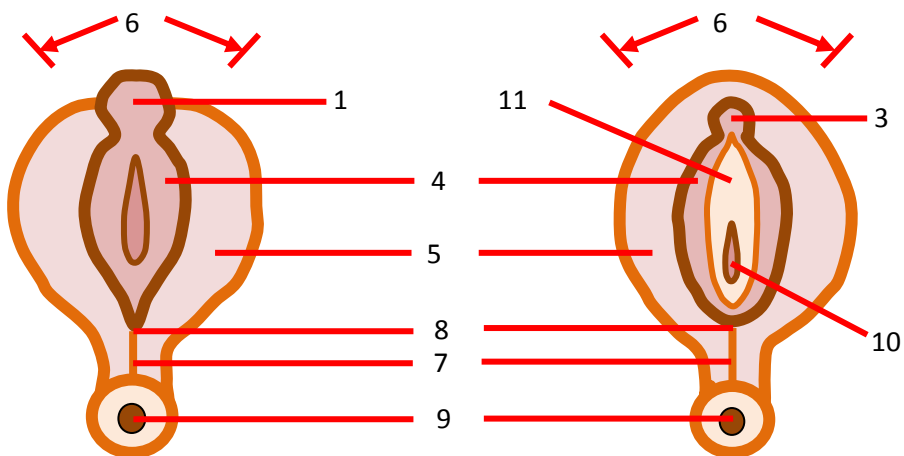


Fig. 4. Diferențierea OGE de tip feminin

1 = tubercul genital, 2 = pliu genital, 3 = clitoris, 4 = labia mică, 5 = labia mare, 6 = muntele pubian, 7 = perineu, 8 = comisura labială posterioară, 9 = anus, 10 = himen, 11 = orificiul uretral extern

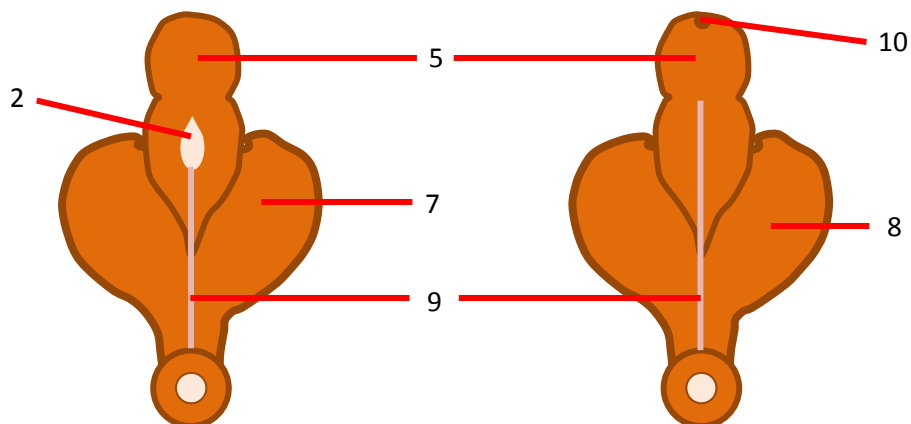


Fig. 5. Diferențierea OGE de tip masculin

2 = pliu genital, 5= penis, 7 = tubercul genital, 8 = scrot,
9 = rafeu urogenital, 10 = meat urinar, 11 = perineu

Transformările aferente formării sexului masculin presupun secreție de testosteron de calitate, precum și acțiunea perfectă a enzimei 5 alpha reductază, care transformă testosteronul în dihidrotestosteron, forma finală, cea mai activă a hormonului androgen asupra tuberculului genital.

CLINIC RELEVANT – AMBIGUITATE GENITALĂ

Submasculinizare = aspect pseudoclitoridian.

- Deficit de 5 alpha reductază
- Deficit de testosteron
- Deficit de receptor de dihidrotestosteron

Masculinizare OGE feminine = aspect pseudoscrotal

- Exces de androgeni ovarieni/adrenali sau exogeni

2.1.2. Diferențierea somatosexuală postnatală

La naștere, cu excepția aspectului organelor genitale externe, nu există diferențe semnificative între genul feminin și masculin în ceea ce privește caracteristicile generale sau somatice. Greutatea medie a băieților este cu circa 150-200 de grame mai mare decât greutatea fetițelor. Nu există diferențe semnificative de lungime și de circumferință craniană.

Proporția sexuală secundară = raportul între numărul de nașteri vii de copii de sex feminin față de cei masculini – este de circa 106:100.

Proporția sexuală primară= legătura între numărul de zigoți implantați – 46 XX față de cei 46 XY.

Se observă o stabilitate mai mare a sexului feminin față de cel masculin:

- la aceeași greutate la naștere, băieții sunt mai puțin maturați față de fete;
- fetele suferă prima transformare de aspect mai repede: în medie la 4 ani și 7 luni, față de băieții: 5 ani și 10 luni;

Acest proces de transformare este trecerea de la copil mic la copil de școală și cuprinde: creșterea extremităților, mărirea maxilarelor, aplatizarea trunchiului, definirea abdomenului și toracei respectiv modificarea semnificativă a compartimentului cognitiv.

2.1.3. Diferențierea somatosexuală finală

Diferențierea somatosexuală finală cuprinde maturarea de la aspectul fenotipic de copil până la finalizarea fenotipică de tip adult. Pubertatea reprezintă a doua mare transformare fenotipică, care se manifestă atât în sfera nongenitală, cât mai ales în sfera genital-sexuală.

Debutul pubertății este determinat de activarea axului hipotalamo-hipofizo-gonadic. Axul hipotalamo-hipofizo-gonadic este inhibat pe toată perioada vieții intrauterine și în întreaga copilărie, la sexul masculin, respectiv este inhibat strict după primele șase luni postpartum pe tot parcursul copilăriei, la băieți. Momentul activării endogene a „ceasului biologic” este grevată de:

- factori organizaționali: efect de feedback negativ exagerat al hormonilor periferici asupra gonadostatului dispare odată cu pubertatea;
- factori genetici: vârsta medie a pubertății variabilă între familii;
- factori socioculturali: grad de alimentație/de bunăstare;
- factori climaterici: gradul de însorire proporțional cu vârsta debutului pubertății;
- relația țesut adipos - corp: teoria greutății minime necesare pentru apariția menarhăi.

Esența mecanismului de inhibiție este activitatea neuronilor producători de Kiss peptină. Dispariția inhibiției fiziologice induse și menținute de aceștia, la vârsta caracteristică pubertății, dependent de factorii organizaționali, genetici, socioculturali, climaterici și de compoziție corporală va defrena neuronii producători de gonadorelină din nucleul arcuat hipotalamusului, iar secreția pulsatilă de GnRH va iniția cascada gonadostatului.

Secvența modificărilor a fost cuantificată prin grade de maturare pubertară:

Tabloul II. SECVENȚA DEZVOLTĂRII PUBERTARE (adaptat după Bierich 1981)

Băieți	Vârsta medie	Fete
	8-10 ani	Începe creșterea uterului
	10-11 ani	Telarha (B2)/pubarha (P2)
Creșterea penisului/testiculelor	11-12 ani	Creștere în înălțime
Acnee		Os sesamoid police
Creștere prostată		Acnee
		Înmugurire sân (B3)
		Creștere OGE și OGI
		Maturare epitelii vaginal
Pubarha (P2)	12-13 ani	Creștere sân (B3)
Creștere în înălțime		Formare areolă mamară (B4)
Os sesamoid police		Pilozitate axilară (AH1)
Creștere accelerată penis/testicule	13-14 ani	Menarha, cicluri anovulatorii
Pilozitate axilară (AH1)	14-15 ani	Cicluri regulate, ovulatorii
P4		B4/5
Schimbarea vocii		P5
Pilozitate facială		fertilitate
P5	15-16 ani	Închidere cartilaje de creștere
Spermatozoizi adulți		
Închidere cartilaje de creștere	> 17 ani	

Modificările în pubertate se împart în:

1. caractere sexuale secundare – aspectul pilozității pubiene și dezvoltarea mamară (la fete), respectiv aspectul și dimensiunile testiculare, peniene și a pilozității pubiene (la băieți).
2. modificări somatice, definitorii, neconsiderate însă caractere sexuale secundare: pilozitatea facială și axilară, hipertrofia laringiană, modificarea conturilor corpului, saltul în înălțime, modificarea raportului vertex pube, pube sol.

În timpul pubertății, la genul masculin, apare al doilea vârf al secreției androgenice (primul vârf fiind înregistrat în timpul vieții intrauterine, responsabil de masculinizarea intrauterină, probabil responsabil de „timingul” endogen al gonadostatului, care spontan începe să reacționeze și să coordoneze producția de hormoni periferici, de la nivel testicular. Nu se știe încă dacă acest salt hormonal determină nu doar pubertatea, ci și maturarea centrilor sexuali și de atracție de la nivel hipotalamic. La genul feminin singurul și unicul salt hormonal este cel de pe perioada pubertății, responsabil de sexualizare.

Odată cu finalizarea pubertății, modificările somatice care diferențiază cele două genuri: greutate, înălțime, compoziție corporală, pilozitate corporală, hipertrofia laringiană, masa musculară și adipoasă/dispunerea și volumul acestora, dezvoltarea predominantă a centurii scapulare sau pelvine sunt definitive.

Cu toate acestea, definirea generală, cu impact în sexualitate, a atributelor tipic bărbătești sau femeiești, depinde mai puțin din masa corporală absolută, cât mai ales din proporțiile corpului: se consideră că mult cunoscutul raport talie/șold variază invers proporțional cu testosteronemia endogenă, fiind considerat un criteriu de atractivitate la bărbați.

Finele pubertății înseamnă fenotip de tip adult, capacitate procreativă atinsă, ambele fiind definitivate înaintea maturării cognitive de tip adult.

În perioada vieții adulte, fenotipul adult fiind constituit, acesta rămâne stabil. Hipogonadismul determină modificări ne semnificative din punct de vedere somatic, modificările majore fiind de ordin funcțional.

2.2. Diferențierea psihosocială la sexe

Diferențele tipice între genul feminin și cel masculin se deosebesc de cele specifice (somatosexuale) prin faptul că nu sunt în sfera somaticului, ci mai ales în sfera funcționalului. Cuantificarea substratului organic responsabil de aceste diferențe este dificilă, pentru că implicarea socialului în patternurile noastre comportamentale, din sfera nonsexuală, apare încă din mica copilărie. Momentul atribuirii unui gen la naștere generează din partea adulților din familie, cercului de prieteni ș.a.m.d., un anume comportament: nou-născutul primește un nume, haine, jucării, este expus la patternuri comportamentale în concordanță cu acest gen. Copilul crește învățând faptul că mama se ocupă de activitățile din gospodărie și tata de cele administrative, că femeile se îmbracă într-un fel diferit de bărbați, că mersul la toaletă este diferit, că jucăriile sunt potrivite pentru fiecare gen în parte și multe alte exemple. În ce măsură comportamentul zilnic este secundar impregnării hormonale și cât este un comportament învățat, rămâne de stabilit. Se descriu următoarele diferențe:

- parametrii de comportament, definiți de marea masă ca tipic feminin/tipic masculin, sunt mai degrabă o noțiune culturală și educațională decât una real biologică;
- nu s-au găsit diferențe semnificative între cele două sexe în ceea ce privește performanțele cognitive;
- astfel, CULTURA, și nu NATURA face diferența;

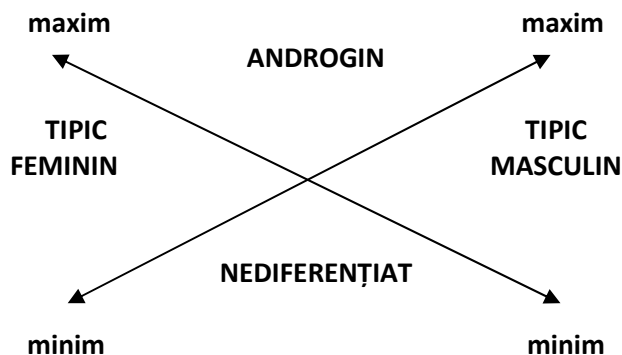


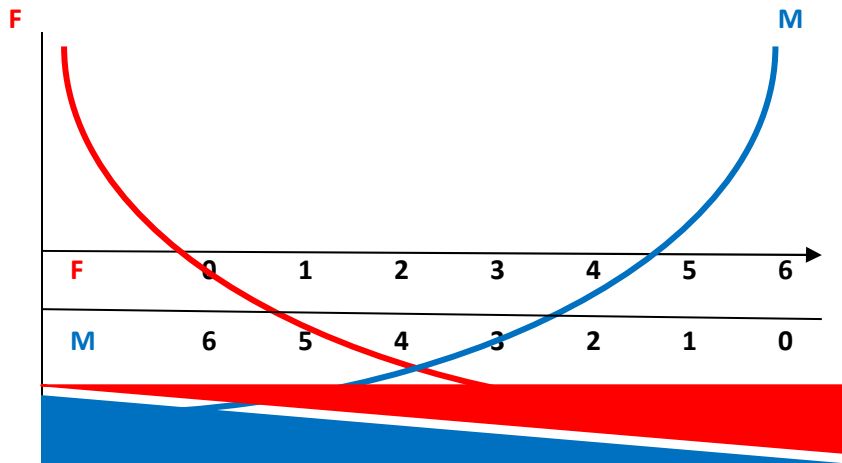
Fig. 6. Prezentare schematică: masculinizare-feminizare, variante de identificare și manifestare

- abilitățile spațiale: bărbații au calități mai bune în sfera imaginării în spațiu, orientării în spațiu (mai ales la mișcarea de rotație mentală);
- agresiunea: bărbații dovedesc mai frecvent agresiune: trăiri negative, neprovocate, destructive, comparativ cu femeile, diferența fiind atribuită testosteronemiei endogene semnificativ mai mari a bărbaților. Bineînțeles că există și o componentă culturală importantă, dar în general evoluția apare diferit încă din copilărie, când băieții sunt per global mai greu „înregimentabili” în reguli și disciplină;
- comportamentul prosocial: în teorie, femeile au tendința să fie mai democratice, iar bărbații mai autocrați. Femeile interacționează social, bărbații performanțonal;
- performanțe verbale: definite punctual ca abilități legate de viteza și complexitatea vorbirii și nu de comunicare, sunt mai bine reprezentate la femei, probabil ca urmare a unui proces de lateralizare a zonei responsabile de vorbire la bărbați, comparativ cu femeile;

Temperamentul, normele culturale și sociale ale familiei, grupului și nu în ultimul rând al societății condiționează o bună parte din aceste diferențe. Acestea trebuie privite ca diferențe nesemnificative, fără legătură cu identitatea sau orientarea sexuală a unui om. Patternurile comportamentale, ca și valoarea pe care un observator extern o conferă acestora nu este în concordanță directă, superpozabilă, cu orientarea sau identitatea sexuală.

2.3. Formarea și evoluția orientării sexuale

Cercetătorul american Kinsey a fost primul care a oferit explicații organizate ale unor constatări epidemiologice despre variabilitatea orientării sexuale. Conform teoriilor acestuia, atracția către un partener de sex diferit sau de același sex este expresia unei evoluții continue a fiecărui individ în parte, de-a lungul vieții. Descrie și o scară a atracției, în care fiecare individ din populație evoluează de-a lungul unei curbe „continuum homo-heterosexual”:



- Kinsey 0** *exclusiv heterosexual, fără niciun fel de interes față de persoanele de același sex;*
- Kinsey 1** *predominant heterosexual, atracție nedefinită față de același sex*
- Kinsey 2** *predominant heterosexual, atracție importantă față de același sex*
- Kinsey 3** *atracție comparabil egală față de ambele sexe*
- Kinsey 4** *atracție predominantă față de persoanele de același sex, dar și cu interes pronunțat heterosexual*
- Kinsey 5** *atracție predominantă față de același sex, interes puțin manifestat față de sexul opus*
- Kinsey 6** *homosexual exclusiv*

Una din întrebările fără răspuns ale sexologiei de astăzi este dacă orientarea sexuală în timp este variabil-bimodală sau constant-continuă?!

Orientarea sexuală se poate defini prin patru niveluri de exprimare și manifestare:

1. nivelul reacțiilor fiziologice: definește modificările organice, obiective de la nivelul predominant al organelor genitale externe ce apar în condiții de stimulare cu conotații mai mult sau mai puțin sexuale. Poate fi obiectivată prin fotopletismografie vaginală și penispletismografie, dar este cel mai simplu de întrebat în detaliu, la o anamneză sexuală. Se definește ca lubrefiere vaginală sau tumefacție peniană.

2. nivelul fanteziilor: cuprinde fanteziile din timpul masturbării, respectiv visatul „cu ochii deschiși” din timpul zilei.

Presupune multă corectitudine din partea pacientului ca această relatare să fie corectă și conformă realității. De multe ori, interesul față de persoanele de același sex se manifestă exclusiv la acest nivel, pentru că nivelul comportamental sau cel al trecerii la act nu este permis: fie nu este permis de către normele sociale ale grupului/societății, fie pacientul în cauză NU ÎȘI PERMITE, adică nu dorește să dea frâu orientării sexuale dincolo de acest nivel. Nivelul fanteziilor este considerat nivelul de confort și siguranță, acolo unde fiecare este liber să își medieze problemele, să dea frâu dorințelor și gândurilor cele mai ascunse, chiar nepermise. Acest nivel este nivelul de recuperare, este locul unde pacientul poate să își pună ordine în gânduri, este nivelul unde pacientul poate fi sincer cu el însuși și cu terapeutul lui și să își asume orientarea sexuală și tot ceea ce decurge din aceasta: acceptarea dacă este vorba de homosexualitate sau bisexualitate, respectiv tratamentul dacă este vorba de deviație sexuală.

3. nivelul comportamental: cuprinde interacțiunile sexuale reale. Acest nivel este nivelul cel mai mult influențat de factorul cultural, social și religios comparativ cu nivelurile anterioare. Acest nivel cuprinde comportamentul activ, asumat, deschis și presupune neapărat interacțiunea cu o altă persoană, indiferent de tipul de activitate sexuală exercitată: atingeri, mângâieri, petting sau act sexual. Este un nivel de activitate cenzurat și controlat atât de propriile dorințe, cât și de acceptabilitatea și „validitatea” acestora.

***Practic:** pot fi persoane care la nivel de vise, fantezii și responsivitate organică periferică sunt atrase de persoane de același sex, dar la nivel comportamental „în văzul lumii” partenerul este de sex opus.*

4. nivelul autodefinirii/poziționării sinelui: autoclasificarea ca homo-, hetero- sau bisexual depinde de autopercepție, dar și de nivelul recunoașterii sinelui. Mulți oameni își neagă reala identitate, dacă aceasta nu coincide cu normele socioculturale ale grupului și este greu de acceptat discordanța, chiar și de către persoana în sine.

În situația ideală există concordanță între cele patru niveluri. Diverse grade de homosexualitate se pot manifesta la 1, 2, 3 sau toate cele 4 niveluri. Detaliile sexuale și ele pot fi ascunse, doar la nivelurile 1 și 2, sau exprimate, atunci când

sunt prezente și în nivelul 3. Nu trebuie să existe concordanță între toate cele patru niveluri, dar o sănătate sexuală a individului și un echilibru perfect ar presupune o concordanță între acestea.

Practic: în funcție de nivelul care este interogată, medicul sexolog poate primi răspunsuri diferite, fără ca acest lucru să însemne un dezacord în personalitatea interlocutorului. De abia când lucrurile sunt relatate diferit, față de realitate, aceasta devine o problemă de conflict intrapsihic pentru pacient. Conflictul intrapsihic se poate manifesta în sferă emoțională, ca o nemulțumire generală, dar și în sfera sexuală, ca o formă de disfuncție sexuală, predominant cu alterarea dorinței sexuale în cuplul heterosexual aparent sau ca și alterare a performanței sexuale.

2.4. Identitatea de gen și rolul de gen

A fi bărbat sau femeie înseamnă mult mai mult decât cromozomi, gonade, gonoducte și organe genitale externe diferite. Acestea sunt doar condițiile minim necesare, de la sine înțelese, premise pentru dezvoltarea ulterioară. Interacțiunea dintre natură, cultură, social, experiențe, model și învățare determină formarea identității de gen și implicit manifestarea rolului de gen.

„Rolul de gen = întreaga atitudine, ce faci, ce spui, cum spui, ca să te prezinți pe tine ca bărbat/femeie sau ambivalent” (Money și Erhardt 1972).

Identitatea de gen = experiența privind identitatea personală, a comportamentului personal, respectiv a modului de viață ca aparținând unuia dintre sexe;

Rolul de gen = exprimarea către terți a identității de gen.

Nu spune gen = sex, datorită variațiilor între ceea ce înseamnă sex (predominant cromozomial sau gonadal), respectiv gen = comportament, percepție, spațiu cognitiv.

Orientarea sexuală este un fenomen complex, grevat de factori biologici, genetici, hormonal, de mediu, dar care reprezintă în final integrarea acestora de către fiecare persoană în parte. Nu sunt date care să certifice efectul direct și necondiționat al nici unuia dintre factorii antemenționați în a determina sau a influența direct identitatea și orientarea sexuală.

Atât identitatea, cât și orientarea sexuală generează comportamentul sexual. În situațiile perfecte, cele trei niveluri sunt congruente și determină liniștea și echilibrul persoanelor. Dezechilibrele între identitatea sexuală, orientare și mai ales comportamentul sexual generează un puternic conflict intrapsihic.

III. EVOLUȚIA SEXUALITĂȚII DE-A LUNGUL VIEȚII

Dana Stoian

Etaplele pre- și postnatale sunt reprezentate doar de fenomenul de dezvoltare a aparatului reproductiv, conform sexului genetic, o cascadă de evenimente bine coordonate și socotite, care au ca menire finală crearea condițiilor minim necesare desfășurării unui act sexual complet și corect.

3.1. Secualitatea în copilărie

În fenomenul de conturare și definire a sexualității, în mica copilărie, procesul de învățare și imitare este mult mai important decât fenomenul biologic. În această perioadă nu există niciun fenomen dependent hormonal.

Bebelușul crește și învață despre mediul înconjurător ca urmare a unei interacțiuni permanente cu anturajul proximal, care presupune „simțirea și sesizarea” stimulilor din jur, dar și „stocarea și prelucrarea” acestora, la nivel central.

Substratul fenomenului este:

- Hormonal: singura sursă de estrogeni și androgeni este suprarenală, cu diferențe minimale de sinteză, secreție și secreție plasmatică, între fete și băieți fără impact asupra fenotipului, compartimentului central, fără conotații sexuale, ci strict cu conotații legate de tonusul general;
- Începe conturarea identității de gen: percepția personală a fiecăruia dintre noi ca fiind femeie sau bărbat.

Teorii privind sexualitatea la această vârstă:

- **Teoria învățării:** dezvoltarea genului este modulată de modelele personale, respectiv de influențele culturale și de modele personale, modelul uzual, cel mai frecvent adoptat la această vârstă, fiind părinții;
- **Socializarea diferențiată:** părinții se poartă diferit cu fetițele și băieții: îi îmbracă diferit (pe culori, articole de îmbrăcăminte, pantofi), cumpără tipuri diferite de jucării, considera ca „adecvate” comportamente diferite la băieți față de fete, și multe alte amănunte ale interacțiunii zilnice; Nu uitați: acest comportament este strict determinat de genul conferit la naștere, în concordanță strictă cu aspectul organelor genitale externe.

- **Teoria dezvoltării cognitive:** consideră evoluția sexualității în paralel cu dezvoltarea intelectului copilului: la doi ani mai crede că dacă se îmbracă cu o fustă se poate transforma în fetiță, sau fetița vrea să fie ca tata când crește mare, dar apoi apare o percepție din ce în ce mai aproape de adevăr;
- **Teoria interacțiunilor bio-sociale:** se consideră că există anumite “perioade critice” în procesul dezvoltării sexualității:
 - ◆ **Esența identității de gen:** stabilirea fundamentală ca fiind băiat sau fetiță: **3 ani**;
 - ◆ **Harta iubirii:** stabilirea unui model al unei relații idealizate de iubire: începe să se dezvolte la **5-8 ani**.

Trauma: incest, abuz, părinți foarte severi în ceea ce privește atitudinea față de sex pot genera modele comportamentale sexuale atipice cu manifestare exclusiv în viața adultă: deviații sexuale (un abuzat devine frecvent un abuzator) sau disfuncții sexuale (teama excesivă de activitatea sexuală, retrăirea traumelor din copilărie, incapacitatea de relaxare sau de separare a trecutului de prezent).

- **Teoria freudiană:** consideră existența unor impulsuri sexuale încă din copilărie, fără a compara însă acestea cu magnitudinea impulsurilor sexuale ale adultului, interes pe care îl sistematizează în mai multe faze:
 - ◆ **Faza orală:** 0-1 ani – energia este concentrată în jurul cavității bucale: marea majoritate a informațiilor vin de aici; de asemenea majoritatea gratificațiilor au aceeași sursă: supt, sărut, mâncare, gusturi noi;
 - ◆ **Faza anală:** 1-3 ani – plăcerea senzuală se mută în această zonă. Funcțiile de eliminare, cu perioada de învățare aferentă, reprezintă prima autonomizare față de părinți, îi generează copilului senzația de control/autocontrol;
 - ◆ **Faza falică:** 3-5 ani – energia sexuală se mută la nivelul genitalelor. Apar aici primele diferențe între fetițe și băieți:
- **Băiețelul** poate avea plăcere prin masturbare;

Complexul Oedip: băiețelii devin geloși pe tați, cu care împart afecțiunea, senzualitatea și timpul mamei, și care sunt destul de puternici ca să pedepsească băiețelul;

Poate apărea anxietatea de castrare, deoarece penisul este sursa de plăcere și poate fi pedepsit, prin dispariție, deoarece existența fetițelor „fără penis” poate însemna posibilitatea penisului de a fi luat, de a dispărea.

- **Fetița:** prin absența penisului, fetele se simt înșelate și devin invidioase. „Invidia față de penis” se manifestă prin gelozia față de mamă, dorința de a avea tatăl doar pentru ea, mama fiind vinovată de dilema interioară: de ce nu are penis.

Extrapolând, Freud consideră că această problemă, a invidiei de penis, persistă la unele femei toată viața, explicând dezvoltarea psihologică mai puțin matură comparativ cu bărbații.

- ◆ **Faza de latență:** după 6 ani, după rezolvarea complexului Oedip sau Electra, cuprinde o perioadă de noninteres sexual, cu concentrare asupra intelectualului și socialului;
- ◆ **Faza genitală:** este activată de factori biologici interni.

MANIFESTĂRI

Până la Freud, sexualitatea a fost negată, atât ca existență, cât și ca manifestări. Mai mult, anumite manifestări care sunt normale sunt reprimite și condamnate de către părinți, care, dintr-o teamă obsesivă că sunt anormale sau chiar periculoase, reprimă manifestările naturale ale copiilor și, mai mult, pot influența negativ sexualitatea copiilor până la viața adultă.

Din această cauză, manifestările trebuie cunoscute, pentru a putea fi explicate și înțelese:

În primii doi ani de viață:

- Erejecțiile apar la bebelușii de câteva zile;
- Acestea apar și în timpul suptului: similar, fetițele pot avea lubrefiere vaginală și hipertrofie clitoridiană pasageră;
- Sunt semne de reflexe sexuale, ce apar în condiții de relaxare și gratificație;
- Nu sunt însă manifestări erotice sociosexuale;
- Copiii se ating și se mângâie pe tot corpul, de îndată ce au abilitățile motorii necesare;
- Părerile sunt însă împărțite, dacă atingerile sferei genitale pot fi considerate fără semnificație aparte, în contextul explorării întregului corp, sau sunt secundare emoțiilor pozitive produse de aceste atingeri.

Mica copilărie:

- În contextul curiozității generale, copiii descoperă faptul că atingerea sferei genitale determină senzații de plăcere;
- La trei ani, copiii sunt conștienți de „semnalele” din sfera genitală;
- Treptat, tendința de autoexplorare este înlocuită de jocuri: „doctorul”;

- Tot acum, copiii devin conștienți de corpul părinților, cu toate detaliile acestuia.
- Este esențială învățarea comportamentului social adecvat: copilul nu are voie să se dezbrace în public, să își afișeze sau să arate genitalele spontan sau la cererea anturajului;
- Tot acum trebuie însă evitate recomandări parentale: „acolo jos este murdar”, „nu te atinge, este rău”, „te pedepsește...!”, care pot greva libidoul în viața adultă; chiar dacă este greu la început, singurul lucru de făcut pentru părinți este să se relaxeze. Este imperios necesară înțelegerea nevoii de evitare a reprimării excesive a manifestărilor legate de sfera sexualului, fără însă a le încuraja sau valida excesiv;
- La patru ani, apar întrebările legate de originea copiilor, iar noțiunile legate de sex se conturează ca un vag scenariu;
- La cinci ani, copiii devin conștienți și observă comportamentul afectuos al părinților; în egală măsură, sesizează certurile, conflictele sau afirmații: nu pune mâna pe mine, nu mă atinge, nu te pot vedea, îmi este mult de tine,..., care pot modifica mult sexualitatea copiilor în viața adultă.

Perioada școlară:

- Copiii trebuie să fie conștienți, la 6 sau 7 ani, de diferențele anatomice de bază între sexe;
- Indiferent de gradul de expunere la nuditate (din familie), curiozitatea își spune cuvântul la jocurile: „de-a casa, sau de-a doctorul” cu explorarea și compararea sinelui cu ceilalți copii din anturaj, de aceeași sex, dar și de sex opus;
- Joaca de la această vârstă, aproape universal, are un efect benefic asupra experiențelor psihosexuale, și atâta vreme cât se păstrează în limitele normei, nu are niciun efect negativ asupra psihicului copilului;
- Există o permisivitate nerostită vizavi de tendința băieților către jocuri sexuale; în schimb, la fete, această tendință este extrem de tare reprimată de către anturaj.

Chiar dacă marea majoritate a părinților, cel puțin din generațiile de până acum, nu sunt deloc pregătiți să își surprindă copiii în diferite ipostaze de jocuri sexuale, reacțiile exagerate cu coercitive, cuvinte precum: periculos, păcătos, murdar, bolnav, trebuie evitate, pentru a nu influența în niciun fel evoluția psihosexuală a copilului, care – indiferent de voința părintească – își va urma cursul. Reacțiile obținute vor fi reprimarea exagerată în viața adultă, fie entuziasm și deschidere exagerată, reactivă la părerile părinților.

3.2. Sexualitatea în adolescență

Adolescența este considerată perioada cuprinsă între 12 și 19 ani. Este o provocare atât pentru persoana în cauză, cât și pentru familia tânărului, datorită schimbărilor majore somatice, sociale și emoționale, ce apar în această perioadă de timp.

Particularitățile sexualității la adolescență

Sunt determinate de:

- a. Transformările hormonale, determinate de activarea spontană a gonadostatului, cu toate transformările somatice aferente pubertății;

Adolescentul este foarte atent cu corpul său, cu atractivitatea sa, este preocupat de aspectul exterior și de numeroase detalii exterioare;

Apariția și evoluția caracterelor sexuale secundare, în special a sânilor la fete, sunt **urmărite îndeaproape ca evoluție în sine, dar și comparativ cu celelalte fete din** anturaj;

Masculinitatea este definită ca înălțime, apariția și evoluția masei musculare, precum și a pilozității faciale, respectiv de schimbarea vocii;

Fenomenul „vestiarului” poate deveni o mare problemă pentru băieții care au lungimea penisului în treimea inferioară a cohorței normei.

- b. Reacomodarea cu „noul corp” și noile nevoi psihosexuale și emoționale caracteristice fenotipului de tip adult, care se obține la finele pubertății;

Cea mai uzuală metodă de evaluare rămâne, ca în mica copilărie, autoexaminarea.

Procesul de „învățare” a noului corp este diferit între adolescenți. Se manifestă în intimitatea camerei, când marea majoritate a băieților încearcă să își pună un prezervativ singuri, frecvent în stare peniană de detumescență, iar fetele se autoexaminează cu o oglindă sau încearcă să își insere un obiect în vagin (cu excepția cazurilor când virginitatea este un subiect extrem de important în familie). Același proces apare și în condiții de: sărut, atingeri, mângâieri, a dezbrăca partenera sau a fi dezbrăcat. Rareori actul sexual se produce la această vârstă. La finele pubertății (17-18 ani), lucrurile se schimbă, adolescentul fiind pregătit chiar și de sex oral la prima întâlnire.

- c. Începerea relațiilor romantice și/sau sexuale;

De multe ori, în adolescența timpurie, activitățile sexuale nu sunt determinate de un impuls interior, ci mai degrabă de nevoia unui comportament concordant cu anturajul, respectiv nevoia de a fi acceptați de prieteni. Ei trebuie

„să își dovedească” masculinitatea sau feminitatea prin participarea la activități heterosexuale sau măcar prin a povesti că au avut astfel de preocupări, pentru a corespunde normei sociosexuale a grupului de prieteni/colegi.

Se evită astfel eticheta de „neatrăgătoare”, „nonatractivă”, „tocilară”, „demodată”.

Ulterior, apar comportamente de grup: mers la suc cu prietene, la dans la mall, la reuniuni, la petreceri, la pijama party.

Gradul de intimidare și încărcătura sexuală în relațiile de prietenie cresc odată cu înaintarea în vârstă.

Frecvent, la fete relațiile sexuale apar după ce s-au îndrăgostit de câteva ori, începând de la vârsta de 13-14 ani, cu activitate coitală efectivă pe la 17 ani. Băieții, chiar dacă trăiesc povești de dragoste, au primele relații sexuale circumstanțiale, profitând de oportunități.

Modelul patriarhal de introducere a sexualității la băieți, prin vizita la o prostituată, nu mai este apanajul zilelor noastre.

d. Dezvoltarea propriului sistem de valori referitor la sexualitate.

Apare ca un rezultat al unei complicate formule, în care experiența personală, moralitatea, regulile familiei, valorile sociale, religioase și normele grupului și, nu în ultimul rând, cele ale modelului își pun fiecare în parte amprenta.

Acest aspect se referă la ceea ce hotărăște adolescentul că este bine pentru el în ceea ce privește sexualitatea. Astfel se decide dacă exprimarea acesteia va fi prin activități coitale sau doar prin activități de tip preludiu;

Definește contextul în care este acceptabil și confortabil pentru adolescent să își înceapă activitatea sexuală.

Alege calea romantismului sau calea micilor minciuni și compromisurilor care îl apropie mai mult de ținta finală.

Homosexualitatea în adolescență

Dezvoltarea psihosexuală echilibrată a unui adolescent, care se identifică pe sine ca fiind atras de persoane de același sex, este un lucru foarte dificil, în condițiile în care societatea noastră nu este pregătită la nivel de informare, nivel parental, intersocial sau de grup, pentru o asemenea situație.

În ciuda acceptării legislative a homosexualității, societatea noastră este homofobă, cu idei preconcepute, și de fapt este departe de a accepta și mai ales de a avea un management coerent al acestor adolescenți.

Acceptarea de către grup este vitală la această vârstă, iar recunoașterea tendințelor homosexuale, dar mai ales asumarea identității reale este un lucru extrem de rar. Faptul că nu vedem astfel de adolescenți sau adulți nu înseamnă că

ei nu există, ci că acești oameni trăiesc o viață dedublată, cu un important conflict intrapsihic.

Îi vom găsi pe acești adolescenți exact în alt grup decât ne-am aștepta: în grupurile de băieți care practică mult sport, cât mai agresiv sau masculin posibil. Sunt cei care spun cele mai teribile povești care să certifice masculinitatea lor, respectiv cei care se laudă cu cea mai variată, interesantă sau precoce experiență sexuală.

Cu toate că aparent își neagă înclinația sexuală, marea majoritate a băieților au, până la finele adolescenței, activități sexuale coitale cu alți parteneri de sex masculin.

La fete, fenomenul este mai greu de observat, fetele cu înclinații homosexuale regăsindu-se în anturajul celor populare, ca prietene fidele și confidente de încredere, fără manifestări evidente sau asumate ale înclinațiilor lor sexuale.

Mamele copii

Axul hipotalamo-hipofizar este maturat cu mult înainte de finele adolescenței somatice și mai ales emoționale. Fertilitatea este atinsă relativ repede. Lipsa informațiilor reale vizavi de posibilitatea de a rămâne gravidă, lipsa educației sexuale în școli, absența unor centre de informare și consiliere a adolescentelor, bariera de comunicare între generații determină apariția sarcinilor accidentale la adolescente, definind categoria mamelor copil. Statisticile americane sunt greu de crezut, dar sunt reale:

- ◆ Doar 50% din adolescente folosesc mijloace contraceptive la primul contact sexual;
- ◆ Rata avorturilor la adolescente este de 400.000/an
- ◆ 4/10 fete de 14 ani vor rămâne însărcinate până la vârsta de 18 ani.

România se află pe locul trei între țările europene în ceea ce privește numărul de întreruperi de sarcină la adolescente.

Implicațiile sunt multiple: dacă aceste adolescente se hotărăsc să păstreze sarcina, se vor integra social mai greu, reiau mai greu procesul de învățământ și termină facultatea mult mai târziu. Sarcina limitează considerabil evoluția socioprofesională ulterioară a mamei.

Nou-născuții au șanse mai mari să aibă greutate mică la naștere, respectiv au risc crescut de moarte subită.

Riscul matern este și el crescut, prin probabilitatea mai mare de a avea toxemie gravidică, hemoragii, respectiv risc obstetrical crescut.

Educația sexuală

Chiar dacă încă este o problemă controversată, este o materie obligatorie în școli. În condițiile unui public needucat, ale unor părinți care de multe ori cu greu se adaptează la ritmurile noi ale societății noastre, educația sexuală nu este o opțiune, ci este o necesitate.

UNESCO și ONU recomandă introducerea educației sexuale în școli. Programul trebuie să fie structurat pe grupe de vârstă: 5-8 ani, 9-12 ani, 12-15 ani, respectiv 15-18 ani. Trebuie să cuprindă informații despre anatomie, identitate sexuală, violență sexuală, urmând ca datele să fie din ce în ce mai complexe.

Educația sexuală este necesară deoarece vârsta de începere a activității sexuale a scăzut foarte mult, iar riscurile de îmbolnăvire, sarcini nedorite sau de abuzuri au crescut în paralel cu acest fenomen.

În România, educația sexuală este din păcate încă la stadiul de proiect. Reacția negativă a unei mari majorități a părinților și a bisericii față de ideea introducerii obligatorii a educației sexuale în școli și grădinițe a făcut ca ideea să rămână exclusiv la stadiul de proiect. Este mai mult decât regretabil, este revoltător, dar și nociv pentru dezvoltarea copiilor, ca informațiile despre lume și viață să se rezume la “te-a adus barza” sau “te-am luat de la magazin”. Copiii trebuie să cunoască noțiuni minime de anatomie, să aibă denumiri normale, și nu vulgare, pentru organele genitale. Trebuie să știe că nu este normal să fie atinși într-un anumit fel la acest nivel, trebuie să poată distinge atingeri afectuoase, generale, de atingeri ce pot avea conotații sexuale.

În România, țara mamelor copil, comunitatea generală își închipuie că informațiile despre sexualitate ar putea determina începerea vieții sexuale la o vârstă mai fragedă. Experiența Olandei certifică exact contrariul. Discuțiile despre abuz, parafilii, incest sau homosexualitate sunt încă un tabu în comunitatea generală, dar și în cea medicală, accentuând discrepanța între ceea ce este și ceea ce ar trebui să fie.

Scopurile unei educații sexuale ar trebui să fie următoarele:

1. Oferirea de date concrete și reale despre problemele de sănătate, sarcină și bolile cu transmitere sexuală;
2. Sprijinul grupurilor de tineri care au ales abstenința;
3. Încurajarea comunicării dintre părinți și tineri;
4. Recomandarea accesului la consiliere psihologică și medicală de calitate;
5. Încurajarea tinerilor de a lua deciziile cele mai corecte (sănătoase și potrivite) pentru ei.

3.3. Sexualitatea adultului

Toate capitolele care urmează se adresează sexualității adultului: anatomie, fiziologie, afecțiuni cu evaluarea, diagnosticarea, încadrarea și rezolvarea lor. În cele ce urmează, definim exclusiv cadrul general al sexualității adulților.

În cazul bărbaților, în societatea noastră apare un shift către parteneri din altă grupă de vârstă. Ceea ce este general acceptat ca „mid life crisis” pentru bărbați este mult mai greu acceptat ca fenomen și în cazul femeilor.

Din punct de vedere al sexualității, bărbații sunt foarte vulnerabili în această perioadă a vieții lor, când o parte au nevoie să își „verifice și reconfirme sexualitatea” căutând semne de slăbiciune sau de alterare a performanței. Îndată ce un bărbat începe să își pună întrebări asupra sexualității lui, este o probabilitate foarte mare să înceapă, tocmai din cauza acestor preocupări, să aibă probleme în a obține sau a menține erecția. După prima încercare nereușită, gândurile negative apar, iar după a treia încercare nereușită, bărbatul se înscrie pe traiectoria numită „conduită de eșec”. De asemenea, nereușitele confirmă „teoria problemelor erectile” autodeterminată și nu bazată pe probleme reale, care nu fac decât să se închidă cercul vicios.

O parte din acești bărbați își întorc atenția către parteneri mai tineri, pentru a reaprinde pasiunea, iar altă parte reușesc să își motiveze sinelui că problemele sunt exclusiv datorate vechilor parteneri, implicit aceste parteneri trebuie schimbate.

Criza femeii de la 40 de ani are conotații sexuale mai puține, dominând managementul familiei, al carierei, al timpului. Mai degrabă această criză apare la femeile care sunt în pragul vârstei de 40 de ani, dar nu sunt mulțumite de cariera, familia sau absența copiilor din viața lor. Fenomenul are o explicație profund organică, femeia la 40 de ani fiind în plenitudinea producției ovariene, care nu alterează cu nimic performanțele sexuale, dimpotrivă, prin urmare aspectele „performanță socială” predomină, comparativ cu cele de „performanță personal-sexuală”, în cazul bărbaților.

„Casa goală” este în egală măsură un fenomen constructiv pentru unele cupluri, care folosesc această ocazie pentru regăsirea intimității, dar poate, în egală măsură, genera o criză. Nu doar femeile resimt lipsa copiilor, ci și unii bărbați după ce constată liniștea și pustiul din casă. Odată cu mutarea copiilor lor, evaluează relația maritală și cele de prietenie din jurul lor, și pot constata că este același pusti, formal și fără sens, care s-a perpetuat de-a lungul timpului, doar în virtutea existenței și binelui copiilor.

Vârsta de 45-50 de ani este mai stresantă pentru femei, autonomizarea tot mai mare a copiilor lor devine o problemă, respectiv apare sindromul „casei goale” când copiii au plecat la studii. De abia acum femeile intră în adevărata criză, încercând să își umple timpul cu tot felul de preocupări de tip hobby. Alte femei au nevoie de confirmarea valorii lor profesionale, și își dedică o bună parte din energia lor acestui scop. Evaluarea calității relației maritale apare de abia acum la femei.

Fenomenul nu este unul generalizat, unele cupluri trec prin aceste etape, pentru alte persoane vârsta de 45-50 de ani este cea mai plină și remarcabilă perioadă a vieții lor.

Sexualitatea, descoperită la tinerețe, evoluează de-a lungul timpului, în marea majoritate a timpului îmbunătățindu-se. Femeile își depășesc pudoarea, lipsa de experiență sexuală, o serie de idei preconceptuate prezente în tinerețe, chiar prohibiții sau inhibiții sexuale.

Femeia matură își cunoaște corpul, știe ce dorește de la un act sexual și este interesată mai ales de plăcerea ei, comparativ cu începuturile vieții sexuale, când satisfacția partenerului primează. În această perioadă crește inițiativa feminină, care uneori pare a pune presiune asupra partenerilor.

Condiții favorabile:

- Inițierea unor relații noi, de altă calitate, comparativ cu cele inițiate la vârsta de 20 de ani;
- O relație stabilă poate fi transformată din pasiunea tinereții într-o intimitate specială, aparte, diferită față de cea a întâlnirilor „one night stand”;
- După ani de sex împreună, unele cupluri se adaptează mai bine la nevoile amândurora, găsind calea de mijloc, care asigură satisfacție sexuală pentru ambii parteneri.

La această vârstă apare probabil cea mai mare variabilitate a sexualității. În practica medicală de zi cu zi, putem auzi orice fel de istoric. Este perioada schimbărilor, inclusiv de comportament, orientare și chiar identitate sexuală. Este zona în care formele subclinice de homosexualitate pot deveni manifeste și aparent înseamnă o schimbare de orientare sexuală. Trecuți de “vârful de potențial”, oamenii își redefinesc prioritățile, știu ce doresc, de ce au nevoie și de cele mai multe ori socialul, familialul și economicul le permit acest lucru.

3.4. Sexualitatea vârstnicului

În țara noastră, sexul este privit ca apanajul tinerilor, sănătoșilor și arătoșilor. Realitatea vieții de zi cu zi este alta, chiar dacă părinții și mai ales bunicii noștri nu sunt deloc pregătiți sau dispuși să discute cu cei mai tineri despre problemele vieții lor sexuale. Există tendința globală de subestimare, cel puțin a activității și interesului sexual, care în opinia generală poate fi estimată, după vârsta de 60 de ani, la un contact pe lună, ceea ce nu corespunde deloc realității prezentate de studiile epidemiologice.

Imaginea unor vârstnici făcând dragoste este însă cel puțin hilară, dacă nu deranjantă, pentru tineri, care pleacă de la premisa că intimitatea se încheie la vârsta adultului tânăr.

Caracteristici:

- a. Patternurile sexuale se păstrează până la vârsta de peste 65/70 de ani
- b. Există o scădere ușoară către perioada adultului vârstnic
- c. În cazul celor cu parteneri, problemele cele mai mari sunt:

Tabelul III. PROBLEMATICA VÂRSTNICILOR ÎN MENȚINEREA VIETII SEXUALE

La femei		La bărbați	
Orgasm relativ rar	30%	Teama de performanță scăzută	37%
Calitatea erecției partenerului	30%	Incapacitatea de a menține o erecție	30%
Absența lubrefierii vaginale	30%	Incapacitatea de a obține un orgasm	28%
Grijile extrasexuale	25%	Incapacitatea de a obține o erecție	28%
Oportunități de întâlnire	23%	Oportunități de întâlnire	25%
Libidou diminuat	25%	Dispareunia și alterarea lubrefierii partenerii	23%

- d. numărul femeilor active sexual scade progresiv cu vârsta: datorită creșterii frecvenței afecțiunilor medicale și chirurgicale, bolilor partenerului, dispariției acestuia, respectiv disponibilității limitate a unor parteneri noi. Femeile de peste 50 de ani, necăsătorite, dar active sexual au un ritm mai frecvent comparativ cu femeile de aceeași vârstă aflate în relații stabile.

Particularitățile sexualității vârstnicilor sunt reprezentate de:

1. Fenomenele biologice normale, de involuție, predominant vasculară-endotelială, respectiv hormonală, atât la femei, cât și la bărbați;
2. Fenomene sociale: condiții locative, venituri, reguli și tendințe ale grupului;
3. Apariția afecțiunilor medicale și chirurgicale;
4. Partenerii – afecțiuni, disponibilitate.

Fenomene fiziologice:

La femei:

- menopauza este asociată cu o serie de fenomene neurovegetative și hormonale, care afectează în mod variabil femeile:

- dispariția secreției estrogenice determină:

- modificări ale organelor genitale externe: atrofia labiilor mici, tendința clitorisului la fibrozare, scăderea lungimii vaginului;
- scăderea capacității de lubrefiere;
- tendința la atrofie a peretelui și mucoasei vaginale;
- scăderea elasticității musculare vaginale.

- în egală măsură, vaginul este un mușchi a cărui troficitate și elasticitate poate fi păstrată, independent de modificarea constelației hormonale și deprivarea estrogenică, printr-un ritm sexual constant, aceasta fiind una din cele mai bune mijloace de prevenire a apariției dispareuniei;

- menopauza chirurgicală este însoțită de fenomene mult mai zgomotoase, secundare deficitului androgenic, care se adaugă deficitului estrogenic, respectiv dispariției bruște imediat postoperatorii, a acestor hormoni;

- apare tendința la îngrășare, deformarea conturilor corpului, cu modificarea formei feselor și a sânilor, alterarea tonicității tegumentelor, modificarea fanerelor, fenomene care toate, alături de carența estrogenică, pot modifica atractivitatea femeilor, în propriii lor ochi, dar și în cei ai partenerilor.

- sindromul neurovegetativ de climax este un fenomen uneori foarte intens, prezent la până la 75% din femei în primul an, dar poate fi rezidual la 10 ani de la menopauză, la un procent de 5-1% din paciente. Aceste simptome alterează calitatea vieții de zi cu zi, a somnului, a odihnei, a capacității de muncă, modulând semnificativ libidoul.

La bărbați:

Fără ca bărbații să aibă vreun fenomen similar menopauzei, după vârsta de 40 de ani se descrie o scădere fiziologică a nivelului liber de testosteron, prin scăderea producției de testosteron, creșterea SHBG, proteina transportoare de steroizi sexuali, respectiv creșterea metabolizării hepatice a acestuia.

Fenomenele clinice ale deficitului de testosteron sunt în trepte. Simptomele apar chiar înainte de scăderea sub limita inferioară a normei admise pentru testosteronemie totală (12-24 nM/L).

Tabelul IV. VALORILE PRAG ALE TESTOSTERONEMIEI – SIMPTOMELE ASOCIATE

TESTOSTERONEMIE (nM/L)	Simptome caracteristice
< 15	scădere libido, dorință și inițiativă sexuală
< 12	accentuarea tendinței de obezitate
< 10	depresie
< 10	alterare concentrare/masă și forță musculară, implicit capacitate de efort
< 8	disfuncție erectilă
< 7	sindrom neurovegetativ

Funcția erectilă, așa cum este descrisă în capitolul de fiziologie a actului sexual, este în esență dependent de compartimentul endoteliovascular. Îmbătrânirea, chiar și în absența vreunei afecțiuni cardiovasculare evidente, este însoțită de alterarea calității pereților vasculari, care indirect pot modifica calitatea erecției, chiar în condiții ideale.

Patternul reproductiv al bărbatului este semnificativ diferit de cel al femeii, pentru că nu exista un termen definitiv al apariției infertilității fiziologice a bărbatului, așa cum apare inexorabil la femei.

Fiziologia răspunsului sexual masculin este afectată în modul următor, indiferent de statusul hormonal testicular:

- Prolungirea timpului necesar pentru obținerea unei erecții;
- Scăderea fermității erecției, comparativ cu anii anteriori;
- Reflexul cremasterian este diminuat, cu scăderea lungimii de ridicare a testiculelor, respectiv creșterea timpului necesar pentru efectuarea reflexului;
- Scăderea volumului spermei;
- Scăderea nevoii fizice de a ejacula;
- Creșterea perioadei refractare;
- Scăderea tensiunii musculare din timpul actului sexual;
- Dispariția “flush-ului” tipic postactivitate sexuală.

Atât femeile, cât și bărbații trebuie să aibă expectații realiste despre activitatea lor sexuală, pe măsura trecerii timpului. Transformarea fiziologică trebuie cunoscută pentru a putea fi corect apreciată, pentru ca atât expectațiile, cât și temerile să fie justificate și realiste.

Fenomenul social

- Negativismul nostru cultural față de viața sexuală, intimitate și romantism, ca formă de manifestare la vârsta senectuții, este denumit ageism.
- Este un prejudiciu adus vârstnicilor, similar cu rasismul sau cu sexismul. Un adept al ageismului introduce vârstnicul într-un anume stereotip: rigid, obositor, plicticos, cu abilități psihomotorii diminuate, demodat ca moralitate, cu valoare socială diminuată.

- Vechimea relației: de multe ori, efectul vârstei femeii asupra sexualității personale și a cuplului este confundat cu efectul vechimii unei relații asupra sexualității cuplului;
- Frecvent, frecvența actelor sexuale coitale se reduce cu 50% în primul an al relației, indiferent de vârsta partenerilor, apoi cu încă 50% în următorii 20 de ani ai relației, ajungând practic la 25% din ritmul inițial al relației.
- Dorința sexuală scade cu lungimea relației doar pentru grupul de vârstă de 30 de ani, respectiv 50-55 de ani;
- Ritualurile sexuale se modifică, nevoia de preludiu lung crește în cazul femeilor, dar poate periclita capacitatea de menținere a erecției la bărbați.

Apariția afecțiunilor cronice

Dacă este să rezumăm afecțiunile care pot greva sexualitatea fiziologică, mai degrabă este ușor de spus ce nu determină disfuncție sexuală.

Atât stilul de viață, cât și o serie de afecțiuni medicale și chirurgicale pot fi urmate de alterarea vieții sexuale:

Tabelul V. AFECȚIUNI MEDICOCHIRURGICALE IMPLICATE ÎN MODIFICAREA VIEȚII SEXUALE

GRUPĂ AFECȚIUNI	AFECȚIUNE	MECANISM PRINCIPAL
STIL DE VIAȚĂ	Fumat	Diminuarea eficienței sistemului venoocluziv
	Alcoolismul cronic	Modifică excitabilitatea
	Sedentarism	Decon condiționare musculară/efort fizic
	Obezitate	Modificarea endoteliului vascular
	Medicamente	Antipsihotice, neuroleptice, inhibitori SSRI – alterare excitabilitate, libido, modificări endocrine
	Deficit cronic de somn	Diminuare excitabilitate centrală
AFECȚIUNI SISTEMICE	Cardiovasculare	Alterarea endotelului vascular
	HTA	Disfuncție erectilă vasculară, predominant arterială, parțial venoasă
	Dislipidemie	Alterare endotelu vascular
	Diabet zaharat	Mecanisme vasculare, neurogenice și hormonale (1:2 deficit de testosteron)
	Sd. metabolic	Disfuncție endotelială/hormonală (1:3 deficit testosteron)
	Boli neurologice Boli respiratorii	Alterări centrale, medulare sau periferice Hipoxia este un factor independent de DE Apneea de somn: deficit testosteronic

	Boli hepatice	În insuficiența hepatică: hiperestrogenie, hipotestosterinemie, modificare SHBG
	Boală renală cronică	50% DE, vasculară, neuropatie senzorială, hormonală Psihogen Uz cronic medicamente
	Endocrinopatii	Prolactinom, afecțiuni tiroidiene, insuficiența suprarenaliană, deficit testosteron, insuficiență ovariană precoce
	Neoplazii	Impact psihic Mutilare corporală; orhiectomie, mastectomie Radioterapie: 20-75% terapie extensivă
AFEȚIUNI CHIRURGICALE	Neurochirurgie	Intervenții medulare Intervenții compartiment central
	Urologice	Prostatectomie radicală (non nerve sparing) Cistectomie, orhiectomie LUTS, BPH cu sau fără intervenție chirurgicală
	Chirurgie	Pelvis
	Posttraumatic	Fractura de bazin: DE Leziune medulară: erecții psihogene (T10-L2) Erecții reflexogene (S2-S4) Fractură penienă
MEDICAȚIE	Antihipertensive	Diuretice tiazidice, beta blocante, BCC
	Antidepresive	Triciclice, SSRI, fenotiazine, butirofene
	Antiaritmice	Digoxin, amiodarona, disopiramide
	Hormonale	Antiadrogeni: Letrozol, Danazol, CPA Agonisti GnRH: Leuprolide, goserelin, Buserelin Flutamida Spironolactona Cimetidine, blocanți pompă de protoni Estrogeni
	Substanțe recreaționale	Marihuana Opioizi Cocaină Alcool în exces Nicotină

Partenerul

Femeile în cupluri stabile au modelul activității sexuale identic cu cel al partenerului. Dacă frecvența actelor scade din motive de disfuncție erectilă, femeia se adaptează ritmului sexual propriu celui din cuplu și urmează curba involuției acestuia. Dacă partenerul este activ și sănătos, atunci femeia urmează acel tip de evoluție, cu ajustarea propriului ritm sexual în funcție de nevoile partenerului.

Femeile care nu sunt în relații partenoriale extrem de stabile și vechi au în schimb, până după 55 de ani, un ritm sexual nemodificat, indiferent de statusul lor hormonal.

Variația interesului sexual al femeilor este de multe ori dependentă de disponibilitatea unui partener.

Încetarea activității sexuale pentru femei apare cel mai frecvent din următoarele motive:

1. disfuncția erectilă a partenerului (femei < 45 de ani);
2. libidoul scăzut al femeii (femei între 45-59 de ani);
3. lipsa unui partener (femei peste 60 de ani).

Toți acești factori se regăsesc în pondere și cronologie diferită, de la un caz la altul, dar grevează mult sexualitatea vârstnicilor. Nu înseamnă că avem un cumul de factori cu impact negativ în cazul tuturor vârstnicilor, dar sexualitatea are o scădere progresivă de-a lungul timpului. Cuplurile stabile caută și găsesc noi forme de comunicare emoțională, pentru a menține intimitatea în cadrul relației.

A. FACTORI INTERPERSONALI (PARTENERA):

- Conflicte în cuplu legate de status și de dominare

Sexualitatea poate fi văzută ca un teatru în care se pun în scenă toate problemele cuplului. Mult clamata egalitate în cuplu este dăunătoare sexualității. În sfera sexualității, cuplul trebuie să își găsească un alt echilibru decât cel al vieții cotidiene, cel al sexualității, în care rolurile se împart și se pot schimba, de la o dată la alta.

- Alterarea intimității;

- Modificarea/pierderea/dispariția încrederii;

Pierderii încrederii, la oricare din părți, este unul din cei mai agresivi factori de alterare a sănătății cuplului. În momentul în care fiecare cuvânt sau gest este supus îndoielii, sexualitatea se poate și ea modifica. Multe parteneri, atunci când își pierd încrederea, își pot modifica sexualitatea atât în sensul creșterii aparente a libidoului, cât și al scăderii dramatice.

- Probleme legate de atractivitatea sexuală;

Femeile consideră calitatea erecției partenerului lor ca un indicator al propriei lor atractivități. Tot așa, unii bărbați apreciază calitatea excitației sexuale a partenerii ca un semn al propriei atractivități, în lipsa unor cunoștințe corespunzătoare legate de sexualitate, respectiv a variabilității acestui fenomen la femei, modificările fiziologice pot fi apreciate ca lipsă de dorință și/sau de iubire dată de dispariția atracției în cuplu.

- Modificarea inițiativei/libidoului partenerii;

Disfuncția erectilă psihogenă e consideră a fi:

a. generalizată

- lipsa generală a excitabilității, primară sau secundară fenomenului de îmbătrânire
- inhibiția generalizată, ce apare datorită unei probleme vechi de intimitate sexuală – incapacitatea atingerii acesteia, în orice context

b. situațională

- determinată de nevoia de performanță – în cazul asocierii cu ejacularea precoce, preocuparea față de performanța erecției este prea mare
- teama de eșec, cel mai probabil generează eșec
- perioade de depresie, stare emoțională proastă, contextuală (evenimente negative personale sau în anturajul apropiat)
- cu un anumit partener: relația proastă cu persoana, nevoia de condiții aparte de stimulare, neacceptate de parteneră, dispariția interesului sexual față de respectiva parteneră.

B. STIL DE VIAȚĂ

Chiar dacă devine uneori redundant, stilul de viață este extrem de important în menținerea unei sănătăți sexuale. Echilibrul în consumul de alimente, alcool, somn de calitate (medie 7 ore/zi zilnic), menținerea unei greutate cât mai aproape de ideal, hidratarea normală, managementul corect al stresului, toate condiționează sănătatea sexuală.

Alcoolul consumat în cantități mici poate avea un efect benefic, prin scăderea anxietății, favorizarea comunicării, chiar scăderea discretă a inhibițiilor. Consumul unor cantități însemnate de alcool modifică capacitatea erectilă în sine, prin apariția unui fenomen central, cu imposibilitatea transmiterii stimulilor, de la nivel central la nivel periferic, precum și cu inhibiția centrilor din hipotalamus, nucleu supraoptic și paraventricular.

Abuzul de nicotină – este un factor important de risc al DE. Se consideră că este un factor de risc independent, precum și favorizant, al patologie vasculare.

Determină impotența arteriogenă, dar alterează și mecanismul de ocluzie venoasă cavernoasă. De asemenea scade eficacitatea răspunsului erecției la tratamentul medicamentos per os și injectabil.

Adicția de droguri este un element al stilului de viață cu efect negativ asupra erecției. În acest caz, scăderea anxietății și relaxarea nu sunt benefice pentru sexualitate și erecție. De asemenea, adicția în sine îl predispune pe bărbatul în cauză la alte adicții. În popor se spune că suma dependențelor unui individ rămâne constantă. Aceste persoane vor dezvolta dependență de mâncare, de comportamente sexuale aberante, de comportamente de risc, care toate, cumulativ, modifică sexualitatea. Un dependent are nevoie întotdeauna de stimulări din ce în ce mai puternice, pentru a realiza medierea emoțională, atât de imperios necesară.

C. FACTORI DE RISC CARDIOVASCULARI

Disfuncția erectilă este o formă de manifestare a disfuncției endoteliale, mecanism care stă la baza tuturor afecțiunilor cardiovasculare. Legătura este atât de strânsă încât, la ora actuală, DE se consideră un predictor al anginei pectorale (pe care o precede cu circa 2 ani), al infarctului miocardic (prezența DE în caz de infarct miocardic prezice o afectare coronariană multivasculară), respectiv al unui risc cardiovascular crescut, în cazul asocierii insuficienței cardiace. Disfuncția erectilă în absența vreunor manifestări cardiace se consideră a fi un indicator de ischemie miocardică silențioasă.

Sindromul metabolic este considerat ca un preambul al unei sau mai multor forme de manifestare a bolii aterosclerotice. Aceste afecțiuni, considerate boli de sine stătătoare în medicina internă clasică, sunt considerate ca factori de risc cardiovasculari cu alterarea sănătății peretelui vascular, a cărei manifestare primordială este disfuncție erectilă.

➤ **Hipertensiunea arterială (HTA)** este un factor de risc major al DE: prezența HTA asociază DE ușoară (7.6%,,) medie (15.4) cât și severă (45.2).

- mecanisme:
 - a. insuficiență arteră cavernoasă
 - b. cumul de alți factori de risc aterogeni/stil de viață
 - c. efect prin prezență, dar și prin mediația antihipertensivă
- DE apare la debutul HTA la circa 8-10% din pacienții noi diagnosticați

➤ **Dislipidemia**

- hipercolesterolemia alterează relaxarea mușchilor netezi ai corpilor cavernoși prin inhibarea musculaturii netede cu inhibarea sintezei de oxid nitric (NO).
- creșterea fracțiunii LDL a colesterolului alterează mecanismul veno-ocluziv.
- LDL crescut și/sau HDL scăzut sunt considerați factori independenți de risc pentru DE.

- terapia cu statine scade prevalența și severitatea disfuncției erectile, dar uzul cronic facilitează apariția hipogonadismului adultului vârstnic.

➤ Alterarea toleranței la glucoză, cu forma severă de manifestare, **diabetul zaharat** este o altă componentă a riscului metabolic cardiovascular.

DIABETUL ZAHARAT: Această afecțiune este un model de DE în sine, deoarece oricare din mecanismele etiopatogenetice ale DE se pot regăsi în această boală. DE apare la 35-75% din pacienții diabetici, prezența DZ crescând de trei-patru ori riscul relativ de apariție a DE. DE apare cu 5-10 ani mai repede și este mult mai severă.

- prevalența DE crește cu durata diabetului, severitatea acestuia, exprimată prin numărul de complicații, vârsta pacientului, dar este independent de tipul de diabet zaharat.

- toate modificările posibile sunt întâlnite în patogenia alterării erecției din cadrul diabetului zaharat.

Capitolele următoare descriu în detaliu patologia sexuală în context de afecțiuni cronice, medicale sau organice, atât la femei, cât și la bărbați.

IV. FIZIOLOGIA ACTULUI SEXUAL: ASPECTE ANATOMICE, FUNCȚIONALE ȘI CENTRALE

Dana Stoian, Dan Navolan

Acest capitol sumarizează particularitățile morfofuncționale ale răspunsului sexual, observate din perspectiva clinicianului. Datele vor fi prezentate din prisma efectului asupra sexualității, atât fiziologică, cât și patologică.

4.1. Aspecte anatomice

4.1.1. Creierul „sexual”

Așa-zisul creier sexual este de fapt rezultatul interacțiunii stimulilor de la mai multe niveluri:

- Lob prefrontal: cu rol inhibitor asupra pornirilor sexuale bazale;
- Sistem limbic: activare fanteziilor sexuale, viselor erotice, „vise cu ochii deschiși”, excitabilității centrale, comportamente sexuale adecvate acestor trăiri, inițierea cascadei ce determină excitabilitatea somatică și periferică;
- Amigdala: echilibrul dintre apetitul sexual/dorință și contragreutatea cu impact negativ, respectiv celelalte trei sisteme emoționale de bază: teamă/anxietate, panică/teamă de separare și supărare/furie.
- Neocortexul face legătura între sistemul senzorial periferic (stimuli olfactivi, gustativi, de comunicare, tactili, proprioceptivi) și sistemul efector: cortex senzorial sau cortex limbic. Dă valoare și integrează stimulii periferici de orice fel și atribuie numite valori sexuale acestora: de interes sau semnalizare, de stimulare. Suma tuturor valorilor înregistrate și atribuite generează o atitudine finală, în funcție de valoarea care a fost atribuită informațiilor recepționate și modului de recepționare și de percepție a acestora.

Variațiile dimorfice ale creierului:

- În general, greutatea medie a creierului bărbătesc este mai mare comparativ cu cea a femeilor, fapt fără importanță în sexualitate. Calitatea funcționării creierului ține de comunicarea dintre celule, plasticitatea

celulară continuă, intensitatea răspunsului la stimuli emoționali, expunerea la stimuli externi, de orice tip.

- Asimetria emisferelor cerebrale are implicații în sexualitatea noastră. Polarizarea diferită a emisferelor cerebrale face ca femeile să fie stimulate mai mult de „auz”: cuvinte frumoase, afectuoase, descrierea unor situații cu conotații sexuale, propuneri verbale, anumite zgomote, iar bărbații să fie mai degrabă interesați de vizual, fie imaginile reale sau fantasme. Similar, femeile sunt considerate ființe tactile, stimulate preferențial de atingeri, iar bărbații rămân ființe vizuale, stimulați de imagini reale sau proiectate.
- Caracterul tonic sau ciclic al secreției hipotalamusului anterior determină diferențele de fertilitate între cele două sexe, care implicit determină diferențe de dorință, libido și inițiativă.

Astfel, comportamentul sexual masculin este stabil atât lunar, cât și de-a lungul vieții adulte a bărbatului, scăzând progresiv după 40 de ani, în paralel cu evoluția fiziologică a testosteronului.

La femei, există atât variații lunare, cu maxim de interes în perioada perioovulatorie, cât și variații mai largi, cu maximumul corespunzând perioadei fertile a vieții femeilor. Bineînțeles, pe acest pattern condiționat neurohormonal, experiența, cultura și personalitatea și nu în ultimul rând ritmul sexual al cuplului, își spun cuvântul.

Dimorfismul cerebral reprezintă baza diferențelor dintre femei și bărbați în ceea ce privește dorința, libidoul, percepția diferită a stimulilor din mediu, frecvența și intensitatea diferită a viselor erotice nocturne, respectiv puterea percepției excitației la nivel central.

4.1.2. Neurotransmițători

Neurotransmițătorii „sexualității” sunt aceiași la ambele sexe:

- monoamine: dopamina, adrenalina, noradrenalina și serotonina;
- neuropeptide: peptide opioide
- neurohormoni: oxitocina, vasopresina
- neurotrofine: hormonul iubirii: NGF

Atât la femei, cât și la bărbați, mediatorii și căile de transmitere în „sistemul recompensei” sunt identici, motiv pentru care „bonusul emoțional” este similar din punct de vedere *chimic*, indiferent dacă este obținut prin sex, consum de droguri sau alcool, respectiv mâncare sau alte forme de dependențe habituale.

4.1.3. Căi de transmitere neurale

Căile de transmitere de la nivel central la cel periferic sunt cele ale sistemului simpatic și parasimpatic, dar și somatic:

- căile SNS:

- ◆ plex hipogastric superior
- ◆ plex hipogastric mediu → fibre ce formează plexul ovarian/testicular
- ◆ plex hipogastric inferior → nervi hipogastrici, fibre nervoase postganglionare, plex splanhnic, PS
- ◆ plex uterovaginal → ramurile terminale ale plexului hipogastric inferior, asigură uterul, trompele, vaginul, țesutul erectil clitoridian, uretra, glandele vestibulare
- ◆ nervul pudendal (S2, S3, S4) → inervația somatică a perineului

Implicații practice:

- în chirurgia oncologică; intervenții extensive la nivel vezical, prostatic, vaginal, sunt preferate fiind intervențiile „cu prezervarea bandetelor de inervație” fără impact/cu impact minim asupra sferei genitale

- mersul excesiv cu bicicleta, prin compresiunea nervului pudendal, poate determina alterarea sensibilității la nivel perineal, parestezii la acest nivel, cu excitabilitate periferică diminuată secundar.

4.1.4. Componente anatomice periferice – sexul feminin

Vulva este formată din munte (mons veneris), clitoris, labiile mici și mari, structuri care înconjoară zona de deschidere urogenitală mediană, care este închisă posterior cu perineul.

Aria prepubiană limitează superior diafragma urogenital, fiind acoperită cu pilozitate pubiană, cu caracter izosexual. Diferențiază sexul masculin de cel feminin, definitiv la finele pubertății prin forma și limitele de inserție.

La femei, distribuția de tip masculin: semn de hiperandrogenie, cu punct de plecare ovarian/testicular.

Pierderea părului pubian: anticipează instalarea menopauzei; dispariția totală a pilozității sugerează carență de androgeni suprarenalieni.

Labii mari: două pliuri laterale de diafragma urogenital, ce conțin țesut adipos subcutanat, iar prin unirea lor creează anterior comisura anterioară, respectiv posterior comisura posterioară;

Labiile mici: pliu cutanat, fără conținut adipos, dar cu conținut bogat în glande sebacee. Sunt structuri hormonosensibile.

Atrofia labiilor mici reprezintă un semn de hipoestrogenie ce apare frecvent după vârsta de 40 de ani;

Hipertrofia labială apare în cazurile cu hiperandrogenie importantă, fie ca durată sau nivel de secreție;

Condiloamele labiale apar ca o accentuare a micropapilelor, ce apar în mod fiziologic la acest nivel.

Clitorisul formează împreună cu vestibulul bulbar aparatul erectil la femeie. Este format din țesut cavernos, cu fibre musculare netede, și țesut conjunctiv, înconjurate de o capsulă conjunctivă străbătută de numeroase filete nervoase. Vestibulul bulbar este un organ pereche, cu structura erectilă similară, situat la nivelul jumătății anterioare a labiei mici, imediat subcutanat.

Vestibulul vulvar cuprinde în partea centrală fața externă a himenului. Este limitat de partea inferioară a clitorisului, marginea medială a labiilor mici, respectiv furculița.

Aspectul și dimensiunile clitorisului/labiilor sunt variabile;

Clitoromegalia este rezultatul excesului androgenic (endo- sau exogen) și frecvent este asociată cu hiperexcitabilitate periferică;

Atrofia clitoridiană completează tabloul postmenopauzei, secundar involuției progresive a țesutului erectil. Pielea vulvară devine subțire, palidă, transparentă, friabilă.

Mutilarea sexuală feminină ritualică determină modificări majore în anatomia vulvovestibulară.

Vestibulul vulvovaginal este locul cel mai frecvent al diverselor tipuri de dismicrobisme/infecții, când modificările de tip roșeață sunt caracteristice, care determină cel puțin o dispareunie pasageră/ciclică/trenantă.

Vaginul se întinde de la vestibul până la colul uterin și fornixul posterior, conectând uterul cu sinusul urogenital.

Anatomia vasculară

Intensitatea răspunsului sexual periferic este în mare parte dependentă de bogăția vascularizației locale:

- ◆ labiile: ramuri perineale inferioare și posterioare labiale ale arterei pudendale interne și femurale;
- ◆ clitorisul: patul vascular ileopudendal → artera clitoridiană comună, ce dezvoltă ramuri terminale: arterele cavernoase și artera clitoridiană dorsală;
- ◆ vagin: treimea proximală: ramuri din artera uterină și hipogastrică;
- ◆ vagin distal: artera hemoroidală și clitoridiană.

4.1.5. Componente anatomice periferice – sexul masculin

Penisul este format din:

- doi corpi cavernoși, pereche. Este un țesut de tip rețea, formată din țesut conjunctiv de tip trabecular, care delimitează spațiile sinusoide. Acestea conțin celule endoteliale și fibre musculare netede;

- tunica albuginee, structură bilaminată foarte fermă, de 1,7-3,3 mm grosime;

- un corp spongios, care înconjoară uretra;

- sistem vascular:

Artera pudendală → artera perineală superficială + artera peniană;

Artera peniană → artera bulbară + artera uretrală + artera dorsală a penisului + artera peniană profundă;

Artera dorsală a penisului trimite ramuri perforante spre interior;

Se descriu mai multe variante anatomice pentru arterele peniene perforante:

- ramuri ale arterei pudendale interne (15% din cazuri);

- artere unilaterale, când există doar o singură arteră peniană profundă și dorsală, care vascularizează penisul în întregime;

- artere peniene duble: 10-15% cazuri;

- arteriolizarea corpilor cavernoși se face de la nivelul arterei dorsale a penisului, care se ramifică în ramurile cavernoase, perforante, care se anastomozează cu artera peniană profundă (20-30%);

- venele: sângele drenat din spațiile sinusoide sau direct din șunturile arteriovenoase → plex venos subtunical (2/3 posterioare ale corpilor cavernoși) → vene oblice emisare → perforază tunica albuginee → vena circumflexă → înconjoară corpul cavernos ca o ansă → vena dorsală a penisului;

- 1/3 anterioară este drenată de vena dorsală a penisului → plex pudendal → plex periprostatic → se unește cu plexul pudendal → vena iliacă internă;

- ligamentul suspensor fixează baza penisului la nivel periostal de la osul pubian, fixând și stabilizând pe verticală penisul în timpul erecției;

Secționarea accidentală sau iatrogenă (operațiile de alungire a penisului) a acestui ligament determină pierderea stabilității peniene în timpul erecției cu înclinare spre lateral.

- ligamentul fundiform completează sistemul de susținere mediolateral penian.

4.2. Aspecte funcționale

4.2.1. Aspecte funcționale la bărbat

Actul sexual la bărbat este bine sistematizat și studiat, centrul fenomenului fiind reprezentat de inițierea și menținerea erecției. Fiziologia erecției este mecanismul cel mai bine studiat și mai bine cunoscut din întreg domeniul sexualității.

Erecția este rezultatul unui cumul de acțiuni centrale, periferice și locale, care au ca rezultat relaxarea musculaturii netede a corpurilor cavernoși, lărgirea sinusurilor endoteliale, în paralel cu lărgirea diametrului arterial, creșterea afluxului sanguin, tumescența peniană. Tracționarea tunicii albuginee, generată de contracția mușchilor ischiocavernoși, completează tumescența peniană și determină rigiditate. În absența acestei tracțiuni, limitarea efluxului venos nu este suficient de mare pentru a determina o tumescență suficient de fermă la nivel penian.

STARE FLASCĂ: domină sistemul nervos SIMPATIC = arteriole terminale contractate, flux sanguin minimal, fibre musculare netede cavernoase contractate.

INIȚIEREA ERECȚIEI:

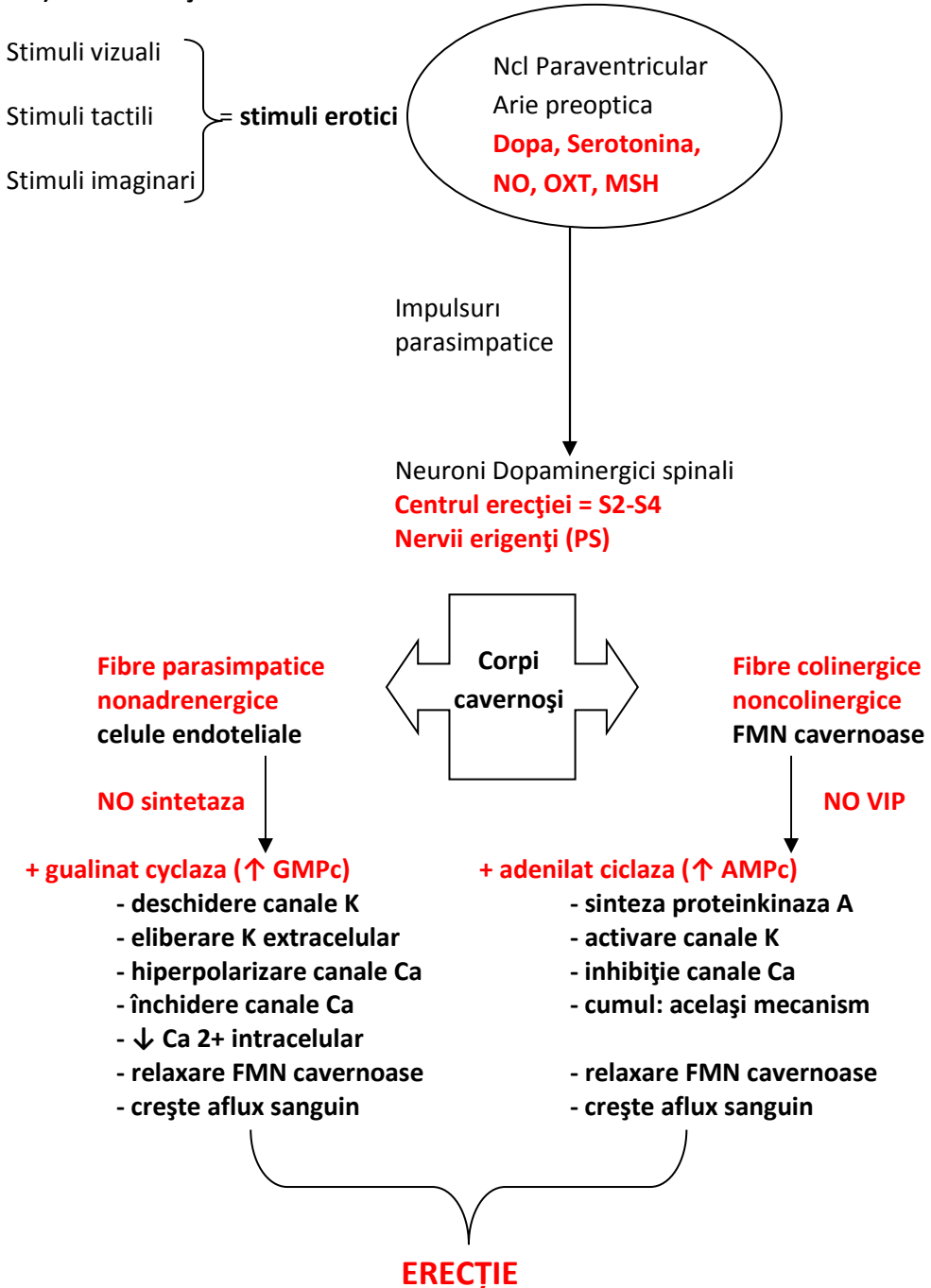


Figura 8. Mecanismul obținerii și menținerii erecției

INHIBAREA ERECȚIEI

Circuitul este identic cu cel al stimulării erecției, doar că fibrele de conducere sunt de tip simpatic, mediatorul este Serotonina, iar efectorii sunt atât fibrele musculare netede cavernoase, cât și vasele cavernoase. Succesiunea biochimică se transmite în ramurile simpaticice ale nervilor perforanți ai corpurilor cavernoși.

- α_1 receptori (Noradrenalina/adrenalina) \rightarrow + fosfolipaza C \rightarrow transformă PIP₂ (fosfatidilinozitol₂) în inozitol trifosfat (IP₃) \rightarrow activare proteinkinaze C \rightarrow activare canale de Ca \rightarrow \uparrow Ca²⁺ intracelular contracție FMN cavernoase \rightarrow flaciditate;

- α_2 receptori - mecanism identic cu α_1 , dar distribuția este mai mare la nivel arterial penian.

- β_2 receptori (Adrenalina) \rightarrow acțiune prin AMPc stimulează erecția, dar sunt o minoritate și acțiunea lor nu contează.

Alte influențe:

- **fibre somatice**: sunt responsabile exclusiv de contracția mușchilor bulbo- și ischiocavernoși;

- **angiotensina**: prin Ang II contracția mușchilor cavernoși;

- **endotelina**: crește calciul intracelular, modulează contracția și flaciditatea corpurilor cavernoși;

- în egală măsură, datorită proprietăților contractile și proliferative, contribuie la procesul de ateroscleroză

- **prostanoidii** - sunt sintetizați și metabolizați în corpul cavernoși

- **PGE1** (Aprostadil) determină relaxare puternică

- **PGE2** determină relaxare slabă

- **PGI₂, PGF₂, TXA₂** determină contracție puternică

PGE1 este unul dintre cei mai utilizați inductori de erecție: injecție intracavernoasă, aplicare intrauretrală sau preparate topice;

- **bradickinina** - relaxare mușchi cavernoși, dependentă de doză

- **testosteronul** - influențează mecanismul în toate fazele de creștere și dezvoltare

- central stimulează sinteza neurotransmițătorilor: Dopamină, NO, OXT

- nervii parasimpatici cavernoși sintetizează NO, dependent de testosteron

- densitatea și sensibilitatea fibrelor adrenergice sunt testosteron dependente
- are efect asupra relaxării mușchilor cavernoși
- deprivarea de testosteron este asociată cu moartea celulară programată a FMN cavernoase

- **DHEA (DHEAS)** are efect exclusiv asupra vitalității generale, respectiv a menținerii pilozității axilopubiene

- **IGF1** - efect indirect, prin condiționarea lungimii peniene în copilărie, respectiv a creșterii în pubertate

- local, GH stimulează erecția, fără însă a fi folosit ca o medicație uzuală.

4.2.2. Aspecte funcționale la femeie

La femeie, deoarece tumescența clitoridiană, chiar dacă există ca fenomen, nu este esențială într-un act sexual, comparativ cu erecția la bărbat, fiziologia transformărilor se subîmparte în mai multe aspecte:

Excitarea sexuală

Toate forțele motivaționale, fără de care nu există în mod normal acceptarea unui raport sexual din partea femeii, condiționează excitarea sistemului nervos central.

Tabelul VI. MOTIVAȚIILE ACTULUI SEXUAL LA FEMEIE

FORȚE MOTIVAȚIONALE LA FEMEIE	
Apropiere emoțională	Cea mai importantă motivație pentru femei
Starea de bine general	Crește și menține starea de bine personal
Pentru sine	Se simte atractivă, dorită, puternică
Evitarea lipsei de activitate sexuală	Teama de a fi considerată frigidă
Menținerea partenerului	Teama de a-l pierde în fața altei femei
Controlul dispoziției partenerului	Mediere conflicte, menținere echilibru
A da și a obține plăcere FIZICĂ/SEXUALĂ	
Mulțumirea partenerului	Mai mult pentru el decât pentru ea
Obținerea unui partener	
Dorința unei sarcini	Împlinirea unei nevoi personale/ de cuplu
Satisfacerea unor nevoi personale	Inducerea somnului, reducerea anxietății
Adicție sexuală – co-dependența	Stima de sine mult redusă

- Hormonii sexuali favorizează expresia genelor asociate cu excitarea generală a creierului, respectiv influențează neuroni din hipotalamusul medial, cu rol direct în comportamentele pro-sexuale.
- Enzima centrală responsabilă de excitare este LIPOCALIN PROSTANGLANDIN D SINTETAZA.
- Neurotransmițătorii excitației: NORADRENALINA și HISTAMINA, determină activitate electrică la nivel hipotalamic.

La nivel central, excitarea este mediată de hormonii sexuali. Steroizii sexuali acționează prin receptori nucleari, care devin factori de transcripție ce reglează expresia genelor la nivel neuronal. Se propune existența unei rețele neuronale, de fapt o microrețea prin care estrogenul acționează la nivelul creierului anterior, care determină manifestările PRO-sexuale la femei.

- în timpul ciclului menstrual, în absența anxietății și a condițiilor ce o determină, femeile au modificări comportamentale față de receptivitatea și inițiativa activităților sexuale coitale, sincronizate cu ovulația;
- estrogenii stimulează receptori muscarinici (Achetilcolină) la nivelul neuronilor hipotalamici ventromediali;
- administrarea de estrogeni exprimă receptori noradrenergici alpha în hipotalamusul ventromedial;
- feedback-ul pozitiv al estrogenilor asupra GnRH sincronizează comportamentul sexual cu ovulația;
- în prezența estrogenului, progesteronul îi amplifică efectul;
- estradiolul favorizează exprimarea enzimei EXCITĂRII.

Motivația și libidoul

Libidoul a fost definit ca și “fenomenul” care ne motivează să căutam stimulare sexuală, apropiere sexuală, ca fiind un complex de interacțiuni între procese cognitive, mecanisme neurofiziologie și dispoziția și/sau afectul.

Este capacitatea unui individ de a răspunde la stimuli externi în mod RECEPTIV, respectiv de a le da o valoare sexuală, de a-i recunoaște, căuta și interpreta ca stimuli sexuali.

Este un concept pe cât de greu de definit, pe atât de greu de evaluat sau cuantificat. Manifestarea libidoului presupune interacțiunea dintre modificările centrale și periferice. Cele mai multe femei, întrebate cum se reflectă cel mai corect starea de excitare, au citat cel mai des: excitarea genitală (lubrefierea), frecvența actelor sexuale, visele “cu ochii deschiși” pe timpul zilei. Acest lucru, pentru că femeile văd în excitarea genitală un indicator al dorinței sexuale, chiar

dacă excitabilitatea centrală este un fenomen diferit și independent de cea genitală. Această interrelație poate fi sumarizată astfel:

Sterozii sexuali influențează mult sensibilitatea indivizilor la stimuli:

- **la nivel central:** focalizarea atenției față de calitatea stimulilor; estrogenii stimulează exprimarea monoaminelor (Dopamina, Noradrenalina și Serotonina), molecule mici (GABA, GnRN, melanocortin, opioide) substanțe care controlează excitabilitatea central, libidoul, dispoziția generală.
- **la nivel periferic:** ajută la pregătirea țesutului vaginal, clitoridian sau penian la acțiunea de vasodilatație, relaxare musculară, lubrifiere;
- **concomitent:** favorizează modificările ce pregătesc organismul pentru actul sexual.

Cel mai bun exemplu al efectului hormonilor steroizi asupra sexualității este reprezentat de variabilitatea de-a lungul ciclului menstrual.

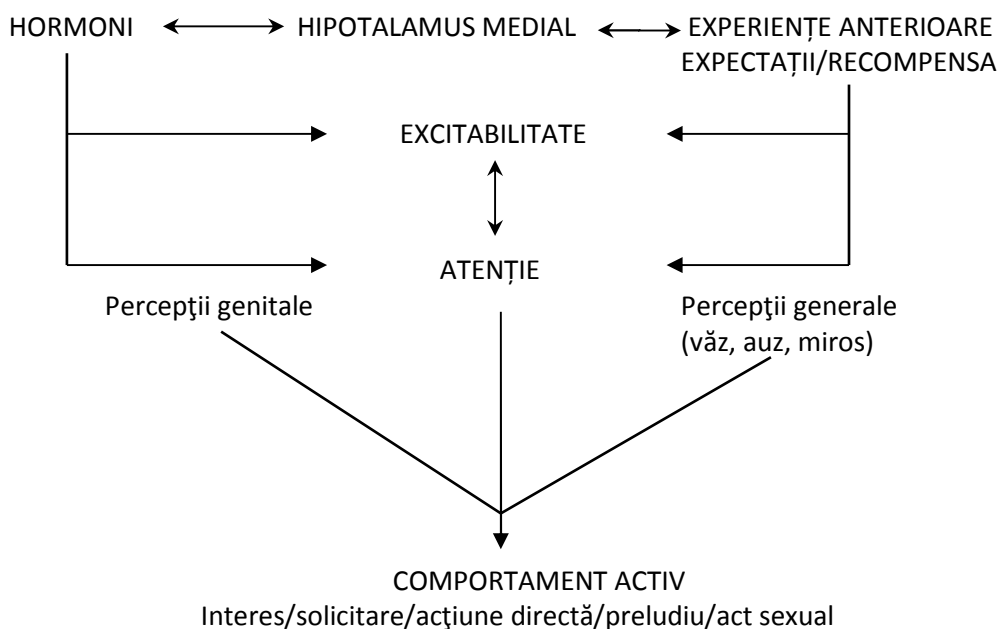


Fig. 9. Schema circuitului excitației sexuale la femeie

Tabelul VII. FLUCTUAȚIILE DOMENIILOR RĂSPUNSULUI SEXUAL
ÎN FUNCȚIE DE FAZELE CICLULUI MENSTRUAL

Domeniu	Faza foliculară	Ovulație	Faza luteală
Dorința		↑↑↑	
Inițiative feminine	↑↑	↑↑↑	
Excitabilitate generală	↑↑↑	↓	↑
Excitabilitate genitală	↑↑↑		↑↑
Excitabilitate subiectivă	constanta		
Frecvența activității sexuale	MX		
Receptivitate stimuli vizuali	MX		

Excitația periferică, orgasmul la femei

Acest nivel cuprinde diferitele modificări care au loc la nivel periferic, predominant în sfera genitală externă, ce apar în timpul oricăror stări de stimulare sexuală = vasocongestia locală = controlată de sistemul autonom presupune creșterea afluxului de sânge la nivel pelviperitoneal la nivelul:

- **labiilor:** turgescență;

- **țesut erectil clitoridian:** erecția clitoridiană la femei;

- **perete vaginal:** lubrifiere. Procesul de lubrifiere este un proces aparte, de transudare, apare ca urmare a creșterii fluxului sanguin aferent genital, deschiderea unui număr din ce în ce mai mare de microcapilare vaginale, cu creșterea efluxului de sodiu intraluminal, secundar de apă. Această transudare este independentă de impregnarea hormonală, ține doar de integritatea sistemului arterial aferent.

Orgasmul este faza extremă a acestei excitații, ce presupune în plus contracții ritmice ale musculaturii pelviene, striate, circumvaginale, respectiv ale musculaturii anale și uterine, practic interesând atât musculatura striată, cât și cea netedă.

În timpul actului sexual, aparatul genital trebuie socotit atât ca efector, cât și ca receptor. Căile aferente au un rol crucial în facilitarea și declanșarea excitației periferice până la intensitatea maximă, de orgasm.

Funcția de receptor: este asigurată printr-un răspuns diferit la o serie de stimuli, ca urmare a diferențelor între pragul de sensibilitate:

- sensibilitate: (mecanosensibilitate = stimuli de presiune, chemosensibilitate = stimuli iritanți, termosensibilitate = rece sau cald).

- fibre aferente: A-beta = atingere/presiune medie/vibrații,
A-delta = rece/durere/disconfort,
C = durere/senzații termice.

- stimularea clitoridiană rămâne sursa principală de stimuli pentru pregătirea orgasmului, dar declanșarea lui vine prin stimularea organelor genitale interne (vagin, col, uter);

- calea de transmitere este 99% prin fibre ale nervului pudendal;

- neurofiziologie centrală:

- a. excitarea genitală și succesiunea de evenimente ce apar în timpul orgasmului sunt procesate de la nivel medular;
- b. dacă arcul reflex sacral este intact, femeile cu leziuni medulare pot avea orgasm;
- c. măduva spinării integrează aferentele genitale, dar și modulează informațiile supraspinale, impulsuri atât excitatorii, cât și inhibitorii;
- d. circuit intraspinal între nivelurile toracolombare și lombosacrate, cu coordonarea între aferentele simpatice și parasimpatice;
- e. căile de transmitere ascendente și descendente de la nivel spinal sunt fasciculele spinotalamic și spinoreticular
- f. interneuronii spinali transmit eferentele de la aparatul genital la neuronii autonomi spinali, cu aferente către organele genitale (transmit informația senzitivă în răspuns motor);
- g. structurile centrale: creierul, puntea și hipotalamusul trimit informații la nivelul neuronilor spinali, pe care îi influențează.

În timpul orgasmului: activarea hipotalamusului paraventricular, amigdala, hipocampul, zona striată, cerebelul, diferite zone din cortex (studiu PET).

În timpul excitării se activează zone diferite, situate în amigdală și hipocamp.

Integritatea sistemului nervos aferent este absolut necesară pentru a transmite semnalele de excitare de la nivel genital și a determina apariția senzației de plăcere la nivel central, orgasmul fiind de fapt proiecția centrală, stocabilă și evocabilă, ca și amintire, generată de o serie de stimuli de excitație periferici.

Răspunsul vascular

În timpul stimulării sexuale, răspunsul de tip excitant este determinat de suma stimulilor locali, genital și a aferențelor centrale, care toate, determina creșterea afluxului de sânge la nivel genital.

Sucesiune de fenomene:

- stimularea sexuală determină creșterea afluxului sanguin la nivel clitoridian, labial, uretral și vaginal;

- între raporturile sexuale, vaginul este un spațiu virtual, de forma literei H (transversal), respectiv S (longitudinal). Pereții anterior și posterior sunt colabați și se ating. Cu toate acestea, nu aderă una de cealaltă datorită secrețiilor, prezente în mod normal la acest nivel, precum și structurii cheratinizate, tipice a epitelului vaginal. Fluidul este un amestec al a secrețiilor întregului tract genital, predominant transudat vaginal cu debride celulare.
- transudatul bazal, care are sodemia mai mică decât plasma și potasmia mai mare decât plasma, migrează transcelular, în funcție de nivelurile sodice transmembranare. În condiții de non-stimulare sexuală, afluxul sanguin este mult redus, vaginul este un mediu hipoxic, iar fenomenul de transudare este aproape absent.
- în timpul stimulării sexuale, fluxul sanguin vaginal crește semnificativ, crește procesul de ultrafiltrare, cu saturarea rapidă a celulelor epiteliale vaginale și implicit acumularea unui lichid clar, alunecos, lubrefiant fin, care facilitează penetrarea vaginală cât mai nedureros posibil.

Hipertrofia clitoridiană

Aceasta este manifestarea cea mai evidentă în timpul unei excitații sexuale. Chiar dacă, teoretic, clitorisul este un organ similar penisului, are structura ușor diferită: două formațiuni centrale, omoloage corpurilor cavernoși, formate din fibre muscular striate, și țesut conjunctiv, care formează o structura reticulată și se fixează spre exterior de tunica albuginee, strat unilaminar comparativ cu tunica albuginee peniană. Această diferență explică de ce la nivel clitoridian nu există fenomenul de venoocluzie și, implicit, angorjarea clitoridiană nu este o erecție „adevărată”. Angorjarea este strict rezultatul creșterii afluxului sanguin la nivel genital, cu creșterea secundară a presiunii clitoridiene, fără scăderea efluxului venos, din această cauză rezultă diferența de duritate a celor două structuri, în condiții de excitație.

V. COMPORTAMENTUL SEXUAL NORMAL

Dana Stoian

Comportamentul sexual este definit ca multitudinea de trăiri, emoții, vise, fantezii și acte comportamentale efective care sunt urmate de stare de bine și excitare sexuală.

Comportamentul sexual cuprinde fanteziile sexuale, dorințele sexuale, precum și trecerea efectivă la act. Trecerea la act, respectiv comportamentul efectiv, presupune atingerea, mângâierile, sărutul, pettingul și actul sexual efectiv.

Cel mai simplu putem grupa nevoile sexuale fiziologice după cum urmează:

- × act sexual cu etapele lui;
- × fantezii sexuale;
- × autostimularea.

5.1. Actul sexual

Sexualitatea la femei este un fenomen plurifactorial, cu plecare de la biologicul genomico-hormonal-organic, cu determinări sociale, culturale, religioase și interpersonale, care toate modulează psihosexualul.

5.1.1. Etapele actului sexual la femei

De-a lungul timpului au fost mai multe sistematizări ale actului sexual la femeie.

Primul model viabil a fost cel al lui Master și Johnson ilustrată în graficul Nr. 1 din figura de mai jos, care reprezintă o extrapolare a modelului masculin, valabil și în ziua de azi la bărbați. Această diagramă este structurată în patru etape: excitare, platou, orgasm și rezoluție.

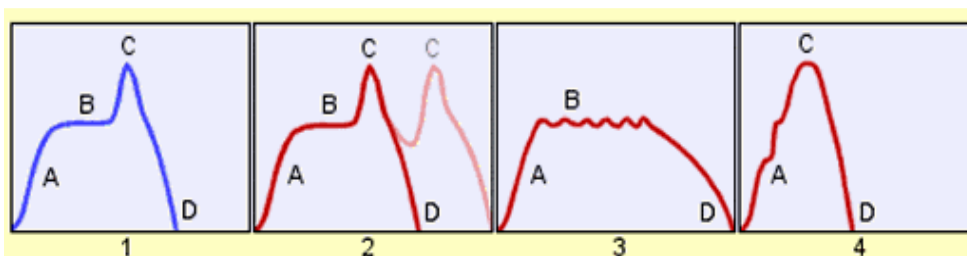


Fig. 10. Variantele curbei actului sexual la femei (2-3-4) comparativ cu cea de la bărbat (1)

A = excitare, B = platou, C = orgasm, D = rezoluție

Faza de excitare:

- este prima etapă a ciclului de răspuns sexual;
- apare ca rezultat al diverselor stimulări erotice, fizice și psihice: de la uzualul sărut, mângâieri, atingeri, petting, priviri, respectiv gesturi, vizualizarea de imagini sau filme erotice, dar și sunete, mirosuri sau chiar vorbe până la imaginarea unor contexte sau rememorarea unor situații speciale.
- în această fază, corpul se pregătește pentru coitus, respectiv faza de platou;
- semnele generale sunt reprezentate de:
 - ◆ creșterea pulsului, a frecvenței respirațiilor, cu tahipnee, creșterea tensiunii arteriale;
 - ◆ erecția mameloanelor, fenomen ce apare aproape la toate femeile;
 - ◆ vasocongestia pielii, cunoscută ca „roșeața a feței” apare la circa 50-75% din femei, favorizată de temperatura ambientală crescută; apoi apar punctulețe roșii de la nivelul tegumentelor: față, plante, mâini, chiar întregul corp;
 - ◆ crește tonusul muscular, cu contracții voluntare sau involuntare, care se continuă până în faza de orgasm;
- modificări în sfera sexuală:
 - ◆ creștere în dimensiuni a sânilor, cu accentuarea desenului venos superficial;
 - ◆ labia majoră se aplatizează, se subțiază, se translatează spre superior și exterior (nulpare), creștere în dimensiuni (x2-3 normal) la femeile care au născut;
 - ◆ tumescență clitoridiană crescătoare;
 - ◆ activarea procesului de lubrefiere vaginală, cu vasocongestia pereților vaginali;
 - ◆ ascensionarea uterului, extensia treimilor interioare ale vaginului, de circa 7-10 cm.

Faza de platou:

- este perioada premergătoare orgasmului, când excitarea a atins deja un nivel destul de înalt.
- presupune menținerea semnelor instalate în faza de excitare și accentuarea lor;
- plăcerea sexuală crește în paralel cu stimularea, cu creșterea în plus a tonusului muscular, cu accelerarea și mai mare a pulsului și a respirației.
- Semnele sunt reprezentate de:
 - ◆ areola și labia cresc progresiv în dimensiuni
 - ◆ clitorisul se retrage ușor
 - ◆ lubrefierea externă, crescătoare, este completată de glandele Bartholin
 - ◆ treimea externă a vaginului se edemațiază considerabil
 - ◆ mușchii pubo-coccigieni se contractă cu scăderea secundară a orificiului vaginal, așa numită „platformă vaginală”
- dacă această fază se prelungește mult prea mult, plăcerea se poate transforma în disconfort sau durere, iar relaxarea emoțională se transformă treptat în frustrare.

Faza de orgasm:

- este finalul fazei de platou, urmarea fiziologică a acesteia;
- reprezintă contracții rapide ale mușchilor pelvini care înconjoară anusul și organele sexuale primare;
- contracții involuntare ale musculaturii uterine și vaginale;
- vocalizări involuntare și spasme musculare în diverse regiuni ale corpului;
- senzații euforice cu accelerarea și mai tare a frecvenței cardiace;
- orgasmul favorizează motilitatea spermatozoizilor către uter;

- spre deosebire de bărbați, unde sigur după orgasm urmează faza de rezoluție, femeile pot avea orgasme subintrante sau pot rămâne un interval variabil în faza de platou, fără ca să atingă și faza de excitare maximă. Aceasta este deosebirea esențială între cele două sexe;
- clasificarea clasică, în orgasm clitoridian și orgasm profund, de la nivelul colului uterin, care se deosebesc prin intensitatea semnelor de excitare, respectiv prin intensitatea senzației de relaxare/descătușare și abandon, tinde să se utilizeze din ce în ce mai rar. Orgasmul este important dacă este sau nu prezent, independent de punctul de plecare al acestuia.

Se mai descrie și un a treilea tip de orgasm, cu punct de plecare zona G, zona hipervascularizată de pe fața anterioară a peretelui vaginal, la unirea treimii externe cu cele medii, considerată de unii cercetători echivalentul prostatei masculine.

O bună parte din femei nu au întotdeauna această fază, motiv pentru care în Figura nr. 10 avem 3 tipuri de diagrame similare, aplicabile genului feminin: varianta 2 identică cu curba masculină (1), varianta 3 cu excitare și platou de lungă durată fără orgasm, respectiv varianta 4 fără platou unde excitația merge progresiv, constant până la orgasm, fără a se stabiliza în faza de platou.

Faza de rezoluție:

- numită și perioada refractară, în care sensibilitatea și receptivitatea la stimuli sexuali este mult scăzută;
- presupune relaxarea musculară, revenirea tensiunii arteriale și odihnirea trupului după fazele anterioare;
- există unele situații în care, în condițiile continuării stimulării, femeile revin în faza de platou;
- la unele femei, apare o hipersensibilitate a clitorisului, iar continuarea stimulării determină senzație de disconfort sau chiar de durere;
- nu se poate descrie o perioadă refractară reală, similară cu cea a bărbaților (care marchează perioada de incapacitate a de a obține imediat o nouă erecție), ci mai degrabă o perioadă de desensitivizare, care însă nu este o formă de anestezie genitală, precum cea de la bărbați.

După utilizarea în practica medicală de zi cu zi a acestui model în patru faze, au apărut teoriile care susțin faptul că există diferențe între modelul de act sexual la femei comparativ cu cel al bărbaților, modelul Master și Johnson fiind o extrapolare a modelului de tip masculin, la femei.

Ulterior s-a considerat următoarea ordine ca fiind potrivită în cazul fiziologiei actului sexual la femei, propus de Kaplan, anume: dorință-excitare-orgasm.

Marea schimbare a fost adusă în anii 2000 de Anemarie Basson, care înlocuiește modelul clasic cu unul circular. Acest model este cel utilizat în clasificarea și mai ales în înțelegerea disfuncțiilor sexuale. Transformarea modelului feminin dintr-o „sinapsă” într-un circuit de tip perpetuum mobile a determinat o schimbare de atitudine asupra abordării, înțelegerii și tratamentului sexualității feminine.

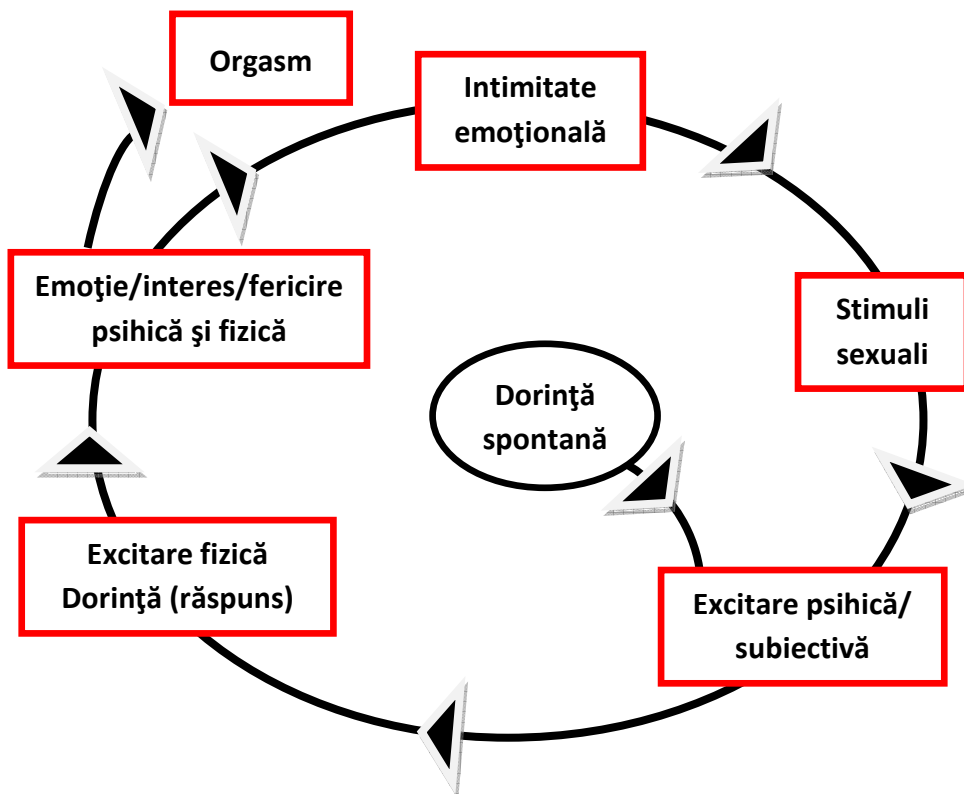


Fig. 11. Etapele circuitului sexual la femeie (adaptat după A. Basson)

Parcurgând aceste circuit, evidențiem următoarele aspecte care diferențiază actul sexual la femei de cel la bărbați:

- intimitatea emoțională, ce apare atât ca nevoie primară, cât și ca emoție evocată (amintirea stării de bine și fericire de la contactele sexuale anterioare), este principalul motiv al femeii de a se angaja într-o activitate sexuală. Modelul Master și Johnson, care presupune dorință spontană, este mai degrabă valabil la bărbați, fiind prezent episodic, la maximum 30% dintre femei. Un total de 70% din femei nu manifestă niciodată dorință spontană;

- nevoia de intimitate, prezență și mai ales menținerea ei, în prezența stimulilor sexuali (care de cele de mai multe ori vin din partea partenerilor), inițiază procesul de excitare, care presupune EXCITARE PSIHICĂ, CENTRALĂ → EXCITARE FIZICĂ, PERIFERICĂ → DORINȚĂ CA **RĂSPUNS** și de abia aici apar modificările somatice tipice, descrise anterior la faza de excitare și de platou;
- dorința spontană apare rar, este de mai mică importanță comparativ cu cea responsabilă și scurtcircuitează ciclul intimității și excitării centrale;
- la finele fazei de excitare fie apare orgasmul, fie apare o reacție pozitivă, de satisfacție, care contribuie la solidificarea intimității emoționale, fie este urmată de orgasm. Prezența orgasmului nu este obligatorie pentru a avea o satisfacție sexuală și împlinire emoțională, cea care este esențială în satisfacția sexuală globală la femei.

Practica medicală de zi cu zi arată faptul că femeile se regăsesc în procente de circa 30% în unul din modelele antemenționate, parcurgerea acestora alături de pacientă ajutând mult în înțelegerea problemelor de sexualitate. Disfuncțiile sexuale feminine, mai multe decât ale bărbatului, sunt de fapt date de alterarea fiecărei etape antemenționate, în parte.

5.1.2. Etapele actului sexual la bărbat

O parte din semnele și manifestările orgasmului sunt identice la ambele sexe. Le vom re-enumera și pentru bărbați, pentru a avea o imagine bine definită asupra etapelor sexuale la bărbat (vezi fig. 10).

Faza de excitare:

- accelerarea pulsului, a respirației și tensiunii arteriale;
- erecția mamelonului se observă la până la 60% dintre bărbați;
- tegumente: vasocongestie, flush-ul cutanat, apare doar la 25% dintre bărbați, tipic începe la nivelul epigastrului, se întinde spre piept, se continuă pe gât, față, frunte, apoi și pe spate, umeri sau brațe;
- această fază, la fel ca și la femei, este intens modulată emoțional;
- esențialul în această fază este rigidizarea progresivă a penisului, ce poate apărea după secunde sau minute de stimulare. Tumescența peniană poate diminua și apoi crește, fluctuațiile pe perioada excitării fiind normale;
- scrotul se tensionează și se îngroașă în această etapă.

Faza de platou:

- este perioada de excitare ce precede orgasmul și ejacularea;
- intensificarea frecvenței cardiace, a respirației și implicit a tensiunii arteriale;
- creșterea tensiunii musculare;
- tipic: contracția sfincterului uretral (care previne amestecul urinei cu sperma, precum și previne ejacularea retrogradă);
- secreție cu eliminare de lichid seminal;
- contracția mușchilor cremasteri.

Faza de orgasm:

- orgasmul este concluzia fazei de platou, tipic cu contracții musculare ritmice ale mușchilor pelvini, care înconjoară anusul și scrotul;
- uneori pot apărea și contracții ale altor grupe musculare;
- de obicei, orgasmul este asociat cu ejacularea. Fiecare ejaculare este asociată cu un val de plăcere sexuală, mai ales la nivel penian și al coapselor. Alte senzații apar la nivelul coloanei vertebrale sau la nivel sacrat. Primele ejaculări sunt cele mai frecvente, apoi scad în intensitate. Similar, volumul de ejaculat/secusă scade progresiv.
- absența ejaculării nu înseamnă neapărat absența plăcerii. Este mai degrabă o chestiune de antrenament și de exercițiu. Anumite intervenții chirurgicale care lezează sfincterul uretral sunt asociate cu ejaculare retrogradă.

Faza de rezoluție:

- permite mușchilor să se relaxeze, scade frecvența cardiacă și cea respiratorie;
- organismul revine treptat la faza anterioară excitării;
- durată: variabilă între 10-20 de minute și 12 până la 24 de ore, frecvent crescând odată cu înaintarea în vârstă. Continuarea stimulării în acest interval de timp poate fi uneori neplăcută, chiar dureroasă, datorită sensibilității crescute la nivel penian, în această perioadă.

Acestea sunt detaliile actului sexual tipic.

5.2. Alte fațete ale comportamentului sexual

5.2.1. Visele erotice

Visele erotice sunt un fenomen obișnuit, care pot avea un context conform realității zilnice (partener, situații, comportament sexual), dar pot avea și un conținut extrem de diferit față de realitatea sexualității cotidiene. Acestea pot îngrijora persoanele în cauză, dar trebuie știut că pot exista în mod normal diferențe foarte mari între vis și identitate sau orientarea sexuală, respectiv actul în sine.

Prezența de vise erotice sau sexuale care deranjează frecvent și constant persoana în cauză pot fi semnul unui conflict sexual intrapsihic, care probabil încă nu s-a manifestat.

Peste 75% dintre bărbați experimentează ejaculări nocturne, cu cea mai mare incidență în perioada adolescenței, spre finele pubertății. Frecvența inițială, de o dată pe lună, scade în jurul vârstei de 20 de ani, fenomenul fiind extrem de rar către vârsta de 30 de ani. Ejacularea nocturnă are rol de supapă de siguranță și permite descărcarea tensiunilor sexuale care nu pot fi descărcate altfel.

Fenomenul de orgasm în timpul somnului este prezent și la femei. Nu este un fenomen condiționat de vârstă, fiind prezent și în premenopauză, nu are un echivalent obiectivabil, ca poluțiile la adolescenți, este relatat ca fiind contracții musculare tipice orgasmului, care trezesc femeia din somn, cu o senzație subiectivă de cădere în gol.

5.2.2. Fanteziile sexuale

Marea majoritate a oamenilor au fantezii sexuale, chiar începând din copilărie. Au un conținut extrem de variabil și generează tot atâtea tipuri de stări.

Fanteziile sexuale cuprind gânduri, imagini proprii sau echivalentele „daydreaming-ului” care sunt ca niște vise cu ochii deschiși, nu au nimic cu visele erotice, care apar în timpul somnului, chiar dacă acestea au conținut identic:

- în copilărie sunt un mod de joacă;
- în adolescență, fanteziile nu mai sunt tratate ca un joc, deoarece atât din punct de vedere social, cât și religios și educațional, sexul trebuie considerat un lucru serios.
- unii consideră conținutul fanteziilor sexuale ca un indicator al sexualității persoanei respective. Reprezintă locul de manifestare timpuriu deviațiilor sexuale;
- alți psihanalizți consideră că fanteziile sexuale sunt un semn de imaturitate și se opun dezvoltării psihosexuale definitive;

- în general, imaginația, creativitatea, inventivitatea sunt rezultatul fanteziilor sexuale;
- fanteziile nu sunt periculoase decât în momentul în care devin un univers paralel, alternativ, care satisface persoana mai mult decât relația reală, cotidiană, cea cu un partener în carne și oase;
- funcțiile fanteziilor sexuale sunt de:

STIMULARE

- cresc încrederea în sine;
- reprezintă o „supapă de siguranță” a gândurilor nepermise în relație;
- inducerea sau creșterea excitației pot fi combinate cu masturbarea pentru a genera o descărcare atunci când partenerul nu este alături;
- favorizează excitația centrală: unii folosesc fantezii în timpul unui act sexual coital, pentru a-și crește excitația sau a determina apariția ori chiar menținerea erecției, de exemplu. Alții folosesc fantezia pentru a trece de la faza de platou la cea de orgasm;
- pot stimula atât etapele psihologice, cât și cele organice.

SIGURANȚĂ

- fanteziile sexuale reprezintă un loc de manifestare liniștit, lejer, în care sentimentele legate de sexualitate se pot manifesta;
- pentru unele persoane cu deviații sexuale, controlate la nivel de comportament sexual activ, nivelul fanteziilor este liber de constrângeri legale și sociale. Fără să fie un lucru perfect bun, poate fi o supapă de protecție personală, dar și una socială;
- tocmai această siguranță socială și personală conferă atractivitate fanteziilor.

CLARIFICARE

- clarifică conflictele intrapsihice sexuale, sau cel puțin le descarcă.

Semnificația sexuală a fanteziilor sexuale nu este identică cu conținutul explicit al imaginilor.

Marea majoritate a oamenilor nu își doresc să acționeze conform fanteziilor lor sexuale, dar pentru unii fanteziile sunt adevărata lor formă de descărcare și manifestare a sexualității reale, pentru că nu trebuie să uităm că există cazuri în care rolul este jucat în viața de zi cu zi, nu în fantezie.

5.2.3. Autogratificarea sexuală

Masturbarea este o activitate sexuală recunoscută ca aparținând normei și fiziologicului. Atitudinile sociale vizavi de masturbare sunt însă destul de variabile, păreri precum: este un păcat, este un semn de imaturitate, este nenaturală sau inhibă dezvoltarea organelor sexuale tind să nu aibă legătură cu realitatea obiectivă, ci mai degrabă cu cea subiectivă. Este practică în proporție importantă în populația generală, de până la 95% în populația masculină, respectiv 65% în cea feminină. Este mai frecventă la adolescenți și adulți tineri, dar nu este exclusă nici la persoanele vârstnice. Atitudinea generală față de această practică sexuală este modulată de factori externi: model grup social-religie-mituri-familie.

Cea mai mare problemă legată de masturbare este când, în contextul unor factori emoționali, relaționali, de personalitate, se substituie actului sexual cu un partener. Poate apărea mai ales la cei care au practicat masturbarea excesivă în adolescență sau care au folosit aceasta pe post de modalitate de relaxare, mediere emoțională, bravadă sau pentru a ieși în evidență din grupul de adolescenți, și de fapt a început să înlocuiască comportamentul sexual normal.

Astfel, devine problematică atunci când asociază dificultate de orgasm în context de act sexual cu partener. În acest caz, masturbarea, practică frecvent și viguros, determină o excitare mai puternică și o satisfacție mai mare decât actul sexual. În acest caz, este un comportament sexual normal devine o disfuncție sexuală de dorință, condiționată de actul sexual coital – alterarea dorinței spontane. Frecvent apare o discrepanță majoră între fanteziile sexuale (ce pot să se manifeste liber în timpul masturbării) și realitatea relațiilor sexuale efective.

La femei, fenomenul este mai puțin frecvent sau imperativ, comparativ cu bărbații. Este o variantă relativ facilă de a obține un orgasm superficial, clitoridian, cu toate că nu toate femeile care se masturbează sunt capabile să obțină un orgasm. Gradul de educație sau cultură nu influențează acest lucru, dar regulile și normele impuse de credință da.

Este importantă evaluarea reacțiilor sexuale în context de masturbare atunci când facem anamneza sexuală, deoarece oferă informații esențiale legate de componenta emoțională, legată de relațional.

Poate fi utilă medical la femeile cu anorgasmie, care pot astfel să învețe să cunoască și să interpreteze reacțiile propriului corp, legate de sexualitate.

Anamneza sexuală trebuie să cuprindă întrebări despre toate aceste niveluri antemenționate. Întrebări directe și explicite pot releva o serie de semne și simptome care nu sunt evidente pentru pacientul în cauză. De exemplu, un bărbat care reclamă disfuncție erectilă în context de act sexual cu o parteneră, dar care nu are niciun fel de problemă de obținere și menținere a erecției în timpul masturbării, nu trebuie evaluat pentru anomalii vasculare de tip venos, ci trebuie evaluat din perspectiva relației cu partenera, înclinațiilor sexuale, contextului sexual, capacității de relaxare. Incapacitatea de a obține erecție în timpul

masturbării înseamnă alterarea mecanismului de vasoconstricție, respectiv prezența insuficienței venoase de tip malformativ.

Următorul nivel de manifestare este trecerea la act. Acest nivel cuprinde actul sexual coital, sexul oral și sexul anal. Ponderea fiecărui tip de act sexual este diferită de la o persoană la alta, de la un cuplu la altul, inclusiv variază la aceeași persoană în funcție de experiențele personale și evoluția de-a lungul timpului. De asemenea, influența socioculturalului își pune mult amprenta asupra acestor practici.

Optimul sexualității unui individ este reprezentat de congruența acestor niveluri, respectiv interes hetero- sau homosexual față de persoane adulte. Orice inadverență între aceste niveluri determină disconfort personal, conflict intrapsihic, și poate preceda o disfuncție sexuală.

Anamneza sexuală trebuie să cuprindă evaluarea tuturor acestor niveluri, pentru a putea decela eventuale cauze ale disfuncțiilor sexuale efective apărute în timpul vieții sexuale efective.

VI. CLASIFICAREA ȘI DEFINIREA DISFUNȚIILOR SEXUALE

Dana Stoian

DEFINIȚII – actualmente, definițiile general acceptate sunt cele enunțate în manualul de DSM–V, respectiv Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ediția a 5-a, care este un manual de psihiatrie care clasifică, definește și împarte o serie de afecțiuni.

Disfunțiile sexuale sunt și ele cuprinse și clasificate. Întreaga lume a sexologiei folosește și acceptă aceste definiții ca pe o convenție de limbaj mai degrabă decât ca un substrat etiopatogenetic comun.

La ora actuală, disfuncțiile sexuale sunt clasificate după cum urmează:

- 625.8 Alterarea dorinței sexuale la femeie secundară... [se indică cauza medicală generală]
- 608.89 Alterarea dorinței sexuale la bărbat secundară... [se indică cauza medicală generală]
- 302.71 Alterarea dorinței sexuale (HSDD)
- 302.79 Aversiunea sexuală
- 302.72 Alterarea excitației sexuale la femeie
- 302.72 Disfuncție erectilă, la bărbat
- 607.84 Disfuncție erectilă la bărbat secundară... [se indică cauza medicală generală]
- 302.73 Disfuncție orgasmică feminină
- 302.74 Disfuncție orgasmică masculină
- 302.75 Ejaculare precoce
- 302.76 Dispareunie (nelegată de un context medical general)
- 625.0 Dispareunie la femeie, secundară... [se indică cauza medicală generală]
- 608.89 Dispareunie la bărbat, secundară... [se indică cauza medicală generală]
- 306.51 Vaginism (nelegată de un context medical general)
- 625.8 Alte disfuncții sexuale feminine secundare... [se indică cauza medicală generală]
- 608.89 Alte disfuncții sexuale masculine secundare... [se indică cauza medicală generală]
- Abuzul sexual
- Parafiliile.

DEFINIȚII

Alterarea dorinței

- A. Deficitul sau chiar absența permanentă sau recurentă a fanteziilor sexuale și a dorinței de a angaja o activitate sexuală. Interpretarea deficitului sau a absenței dorinței se face de către clinician, luând în considerare vârsta și contextul vieții pacientului;
- B. Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;
- C. Disfuncția nu apare secundar vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog, medicament) sau a unei condiții medicale generale.

Aversiunea sexuală

- A. Aversiune recurentă sau persistentă, sau comportament evitant al tuturor (sau majorității) contactelor sexuale genitale cu un partener;
- B. Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;
- C. Nu este în contextul unei afecțiuni psihiatrice majore (axa I).

Alterarea excitației la femeie = sindromul excitației sexuale persistente

- A. Prezența recurentă sau persistentă a senzațiilor de excitație, ce apar involuntar, în contexte non-sexuale, în absența unei dorințe sexuale. Excitația este persistentă, neprovocată de stimulare și nu este calmată de un orgasm;
- B. Problema este stânjenitoare și foarte deranjantă pentru femei, le poate afecta serios viața;
- C. Disfuncția nu apare secundar vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog, medicament) sau a unei condiții medicale generale.

Disfuncție erectilă

- A. Incapacitatea de a obține și sau menține o erecție suficientă pentru un contact sexual de calitate;
- B. Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;
- C. Disfuncția nu apare secundar vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog, medicament) sau a unei condiții medicale generale.

Tip: - dobândită/veche
 - generalizată/situațională
 - factori psihologici/factori emoționali

Disfuncție orgasmică feminină

- A.** Apariția recurentă sau persistentă a unei întârzieri, absență a orgasmului după o excitare sexuală normală și de calitate; diagnosticul va presupune vârsta pacientei, capacitatea orgasmică a femeii, experiența sexuală, precum și calitatea stimulării sexuale primite;
- B.** Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;
- C.** Disfuncția nu apare secundar vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog, medicament) sau a unei condiții medicale generale.

Disfuncție orgasmică masculină

- A.** Întârzierea persistentă sau recurentă ori absența orgasmului după o perioadă normală de excitare sexuală, având în vedere vârsta persoanei. Activitatea sexuală de excitare trebuie să fie adecvată ca și context, intensitate și durată. Considerațiile sunt făcute de clinician;
- B.** Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;
- C.** Disfuncția nu apare secundar vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog, medicament) sau a unei condiții medicale generale.

Ejaculare precoce

- A.** Apariția repetată, persistentă sau recurentă a ejaculării, în contextul unei stimulări sexuale minime, înainte sau imediat după penetrare, și înainte ca persoana în cauză să își dorească. Clinicianul trebuie să fie atent la termenul de durată, precum și la factorii ce influențează durata fazei de excitare, vârsta, noutatea relației și activitățile sexuale recente;
- B.** Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;
- C.** Disfuncția nu apare secundară vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog, medicament) sau a unei condiții medicale generale.

Dispareunia la femeie

- A.** Prezența recurentă sau persistentă a durerilor genitale înaintea/în timpul sau după actul sexual, care nu sunt cauzate exclusiv de lipsa lubrifierii sau de vaginism;
- B.** Problema determină un disconfort personal și/sau relațional;
- C.** Disfuncția nu apare secundară vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog, medicament) sau a unei condiții medicale generale.

Tip: - dobândită/cronică
- generalizată (completă)/situațională
- superficială sau profundă

Dispareunia la bărbat

- A.** Apariția recurentă sau persistentă a durerilor peniene în timpul sau după un act sexual coital;
- B.** Problema determină un disconfort personal și/sau relațional;
- C.** Disfuncția nu apare secundară vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog,medicament) sau a unei condiții medicale generale.

Tip: - dobândită/cronică
- generalizată (completă)/situațională
- superficială sau profundă

Parafiliile

Termen biomedical ce definește excitarea sexuală ce apare în condiții care nu corespund normativelor generale, care generează disconfort persoanei în cauză, respectiv stres interpersonal.

- A.** Recurența unor fantezii sexuale intense, porniri sexuale sau comportamente care presupun:
 - 1. Obiecte non-umane;
 - 2. Suferința și sau umilirea sinelui sau a partenerului;
 - 3. Copil sau o altă persoană care nu consimte participarea la activitatea sexuală

Care apare de o perioadă de minim 6 luni

- B.** Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;
- C.** Disfuncția nu apare secundar vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog, medicament) sau a unei condiții medicale generale.

Acestea, precum și termenele de transvestism și transsexualism vor fi tratate într-un capitol aparte.

VII. ANAMNEZA SEXUALĂ

Mihaela Plotogea, Dan Navolan, Dana Stoian

Problemele de sexualitate sunt greu de definit și mai ales greu de abordat. Prima problemă pleacă de la însăși definiția disfuncțiilor sexuale. La ora actuală, toate definițiile sunt conforme criteriilor DSM V (Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders V): alterarea funcționării corespunzătoare a ciclului de răspuns sexual, durere ori disconfort în timpul actului sexual, cu durata de minim 4 săptămâni, simptome care alterează calitatea vieții persoanei în cauză sau determină neplăcere familiei/societății.

Dacă o problemă a unui pacient nu îl deranjează nici pe acesta, dar nici pe ceilalți membri ai familiei sau societății, atunci nu se poate numi disfuncție. În valoare absolută, un sadic aflat într-un cuplu cu o masochistă nu are disfuncție sexuală, deoarece ambii parteneri sunt în confort cu sinele, dar și cu societatea, nedeterminând niciun prejudiciu partenerului sau grupului.

Anamneza sexuală nu poate fi efectuată decât în condițiile cunoașterii definițiilor de disfuncție sexuală. Trebuie făcută corect și consecvent, deoarece o aparentă disfuncție erectilă poate fi exclusiv situațională la un parafilic, care nu întrunește condițiile aparte necesare lui pentru a avea o stimulare sexuală de calitate. Administrarea unei medicații facilitatoare a erecției nu duce decât la accentuarea problemelor acestuia.

Condiții optime:

- Atmosferă relaxată în cabinet;
- Absența oricărei alte persoane, în timpul interviului. În timpul examinării este indicată prezența unei terțe persoane, cel mai des asistenta;
- Timpul alocat unei consultații de medicină a sexualității trebuie să fie de minim 30 de minute;
- Stabilirea unor convenții de limbaj, pentru o comunicare cât mai clară între interlocutori.

Lucruri-cheie ce trebuie atinse/lămurite în cadrul unei anamneze

1. Descrierea personală a pacientului, chiar dacă este cu cuvintele lui, oricât de nepotrivite sau „nemedicale” sunt acestea;
2. Tipurile de comportament sexual;
3. Satisfacția sexuală, mai ales DISCONFORTUL produs de simptomul descris;
4. Debutul problemelor;
5. General sau situațional;
6. Partener: există reacții/probleme/afecțiuni/disfuncții;
7. Detalii/expectații/motivație/consecvență;
8. Întotdeauna întrebați: **DE CE AȚI VENIT ACUM?**

Etapele unei anamneze sunt similare celei tipice, de medicină internă, cu unele particularități.

7.1. Date generale

- Nume, data nașterii, date de contact
- Status marital: coabitare/ locuit separat/ căsătorit/ separat/ divorțat/ fără partener
- Ocupație
- Program de lucru: full-time/ part-time/ în schimburi/ voluntariat/ pensionar.

Probleme de sexualitate

- Descrierea problemelor cu termenii pacientului. Nu puneți întrebări, lăsați persoana să povestească
- Data debutului
 - este important: dacă știe data = debut ACUT – cauze acute/precise
 - dintotdeauna = prezentarea actuală este generată de un anumit motiv, care reprezintă motivația și generează complianța pacientului la evaluările ulterioare
- Vârsta de debut
- Tip debut: brusc/cu aceeași intensitate/gradual/fluctuant/rapid/lent/neclar
- Durata: < 3 luni 3-12 luni 1-5 ani >5 ani
- Factor original/precipitant /.....
- Factor perpetuant/de întreținere/agravant
- Frecvența problemei: de fiecare dată/ >50%/ < 50%
- ? tratament: medicamentos/ nemedicamentos cu rezultate inerente

7.2. Particularități la bărbați

B.1 Funcție erectilă

- alterare totală/parțială/frecventă/durată în timp și spațiu
- Ereție: - nocturnă
 - matinală, la trezire
 - în timpul preludiului
 - în timpul masturbării
 - în timpul sexului oral
 - spontan

- Dacă sunt probleme, atunci sunt de obținere/menținere a erecției sau ambele
- Alte fenomene: durere/disconfort/incapacitate de ejaculare
- Au apărut variații de dimensiuni ale penisului de când a apărut problema?

B.2 Masturbare

- Există erecții: totală/parțială/absentă
- Diferite față de cele cu partenera: tumescență/dură/satisfacția personală

B.3 Ejaculare

- Dacă există sau nu
- Descriere:
 - precoce ! prea repede pentru parteneră sau sub 1-2'
 - Inhibată/retrogradă
 - volum: comparație față de anii precedenți.

7.3. Particularități la femei

F1. Generale: - status hormonal/ uz de contraceptive/infecții genitale sau tegumentare
 - perioadă postpartum: epiziotomie controlată/spontană
 - alăptare
 - reluarea vieții sexuale postpartum/post-intervenție chirurgicală

F.2 Lubrefiere: - condiții/diferențe circumstanțiale: între tipurile de preludiu și/sau parteneri
 - variație în timpul ciclului menstrual da/nu/cum

F.3 Dorință: - modificări da/nu/cum
 - variații intermenstruale/lunare/circumstanțiale da/nu/descriere
 - variații care depind de atitudinea partenerului: comunicare/ preludiu/ stres/ alcool/ diferiți parteneri.

F.4 Orgasm: - cunoaște senzația de orgasm da/nu/niciodată
 - condiții: clitoridian/vaginal/uterin
 - dacă știe cum trebuie să obțină acest orgasm: relaxare, stimulare/....

Satisfacție sexuală: da/nu/descriere

La fiecare din aceste detalii se detaliază:

- Factori favorizanți ai problemei: întreținere/ precipitanți/ agravanți/ facilitatori
- Factori amelioratori
- Contextul apariției problemei

- Informații generale de context
 - *Copilăria a fost în general fericită?*
 - *Afecțiuni importante sau spitalizări de lungă durată*
 - *La ce vârstă ați aflat despre sex?*
 - *Mai țineți minte ce ați învățat în copilărie despre sex?*
 - *Care a fost atitudinea în familia dvs. față de sex și sexualitate?*
 - *La ce vârstă ați avut prima menstruație/poluție?*
 - *Care sunt primele amintiri despre trăirile sexuale?*
 - *V-ați masturbat în pubertate sau ulterior?*
 - *Ați avut senzația de intimidată, violată? Dacă da, în ce context?*
 - *La ce vârstă ați plecat de acasă?*

7.4. Interes sexual

- Frecvența interesului spontan: - zilnic, de câte ori pe
- săptămâna/ săptămânal/ lunar/ deloc
- Variația interesului sexual: - factori circumstanțiali/ favorizanți/
inhibitori identificați
- Evoluție per global: - o scădere/ o creștere/ fără schimbare
- Comparatie față de alte situații/relații

Informații legate de contextul relațional general

- Educație sexuală în antecedente DA/NU
- Tipul comunicării cu familia
- Atitudinea familiei față de sexualitate
- Tipul familiei: deschisă/liberă/introvertită/afectuoasă/rece sau formală
 - *Informații despre părinți: naturali, vitregi, stare de sănătate, afecțiuni cu risc pentru urmași*
 - *Informații relevante despre frați/surori: singuri/ fără familie/ evită sexul/ istoric de abuz/ supraprotectivi/ afecțiune psihiatrică majoră*
 - *Cea mai importantă persoană din copilărie: modelul/antimodelul*
 - *Importanța religiei în familie*
 - *Particularități culturale: comunități închise.*
- Relație sexuală stabilă DA/NU
- Cine a inițiat activitatea sexuală în cuplu
- Cât de des este activitatea sexuală în cuplu
- Istoric de abuz sexual/vârsta abuzului
- Alte detalii ce doresc a fi menționate de către pacient
- Istoricul relațiilor anterioare de cuplu
 - *Informații despre prima relație emoțională și/sau sexuală importantă*

- *Alte relații importante?*
- *Sarcini în antecedente*
- *Dificultăți în viața sexuală, neplăceri, situații aparte ce au trebuit rezolvate?*
- *Experiențe homosexuale*
- *Contact sexual/activitate sexuală nedorită/neconsimțită?*

7.5. Factori asociați

- Afecțiuni asociate

Diabet zaharat	DA/NU
Afecțiuni endocrinologice	DA/NU
Afecțiuni ginecologice	DA/NU
Afecțiuni urologice	DA/NU
Afecțiuni cardiovasculare	DA/NU
Afecțiuni neurologice	DA/NU
 - Durată/severitate/complicații/tratamente/intervenții chirurgicale
 - Status hormonal fiziologic
 - Factori de risc endoteliali: HTA/dislipidemie/DZ /AGA/ATG/ consum cronic de alcool/fumat/sedentarism
 - Simptome vasculare: angină, lipotimii, parestezii periferice, amețeli, sd. Raynaud, claudicație
 - medicație: parcurgerea în special a categoriilor cunoscute că pot determina disfuncție erectilă, alterarea libido, hiperPRL
 - Intervenții chirurgicale: Ideal este să aveți și biletul de ieșire la dispoziție
 - Sfera urogenitală: uter/ovare/prostată/vezică urinară/planșeu pelvin
 - Vasectomie în antecedente
 - Intervenții chirurgicale mutilante
 - Afecțiuni psihiatrice: prezente/trecute
- Detalii despre acestea
- Simptom: lipsa apetitului/dispoziție generală proastă/influențată/ alterarea somnului/ lipsă de energie și entuziasm;
- Alți factori
 - Aport de alcool 0-14 /14-21 /21-40 /> 40 unități
1 unitate de alcool = 50 ml de alcool tare/150 ml vin/125 ml bere
 - Droguri reacționale
 - Fumat număr țigări/zi.

7.6. Date despre relația actuală

- Care este starea de sănătate actuală a partenerului bine/rău/de ce
- Sunt greutăți în relație, la ora actuală descrieți cu detalii dacă da, atunci
- Partenerul are afecțiuni psihiatrice prezente/antecedente
- Are partenerul probleme de sexualitate da/nu/de/de când
- Considerați că problemele actuale de sexualitate sunt vina dumneavoastră/ vina celuilalt/ amândurora
 - *Făcând abstracție de problemele de sexualitate, cum v-ați descrie relația actuală?*
 - *Cum și când v-ați cunoscut?*
 - *Când a început latura sexuală a relației actuale?*
 - *Evenimente importante în relația actuală?*
 - *Evoluția sexualității în acest cuplu*
 - *Există influențe externe asupra relației actuale din afară (prieteni, alte cupluri, familie, copii)*
- Partenera la postmenopauză/ pacienta în postmenopauză
- Contracepție:
 - Contraceptive orale combinate
 - Dispozitive intrauterine
 - Diafragmă
 - Sterilizare: bărbat/femeie
 - Alte metode/nici o metodă

Alte date de istoric

- Număr de copii
- Număr de relații care au contat (relații de mai lungă durată)
- Număr de parteneri sexuali, indiferent de lungimea sau tipul relației

7.7. Reguli generale ale anamnezei

IDEAL:

- ◆ chestionarele sunt utile în cuantificarea simptomelor, dar și în deschiderea unei porțițe de discuție cu pacienții. Pot fi folosite și ca o bază de egalizare a limbajului medicului cu pacientul;
- ◆ nu există un chestionar universal, ci pentru fiecare etapă în parte

- ◆ pot fi folosite ca orientare spre problema cea mai pregnantă a pacientului;
- ◆ dacă persoana vine singură, atunci ea este pacienta, dacă vine cuplul, atunci cuplul are rol de pacient;
- ◆ comunicare, înțelegere, răbdare;
- ◆ de multe ori, pacientul este cel care însoțește „subiectul” și să nu uitați să vă întrebați cine este adevăratul pacient.

ȚINTA pacientului: satisfacția sexuală crește starea de bine a sinelui/ relația cu partenerul/ viața de familie/ calitatea vieții în general.

7.8. Chestionar de evaluare a disfuncțiilor sexuale

Evaluarea disfuncțiilor sexuale la femei

Numeroase cercetări au fost realizate în vederea evaluării și cuantificării disfuncțiilor sexuale în perioada postmenopauzală (Rosen, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2000). Au fost realizate diferite scale sau chestionare în vederea obiectivării subiective și obiective a impactului modificărilor asociate menopauzei asupra funcției sexuale și calității vieții intime. În literatura de specialitate, atenția a fost concentrată mai ales asupra modificărilor atrofice, obiectivată prin semnele clinice și paraclinice caracteristice perioadei post menopauzale. Sexualitatea și dispareunia nu au beneficiat de aceeași atenție în trecut, iar cercetările și rezultatele în acest domeniu sunt destul de limitate (Graziottin, *Annals of the New York Academy of Sciences issue Women's Health and Disease*, 2010 și Boardman, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2009).

Prin similitudine cu evaluarea de tip screening a disfuncțiilor sexuale masculine, au fost mai multe propuneri de chestionare, validate sociologic și medical, pentru evaluarea femeilor cu dificultăți în viața intimă. Cel mai recent chestionar validat în medicina sexualității la femei este chestionarul FSFI similar cu IIEF (utilizat la bărbați).

Indexul funcției sexuale a femeii (FSFI – female sexual function index), este utilizat de aproximativ 20 de ani și este cel mai comun chestionar folosit în evaluarea subiectivă a funcției sexuale. Acest chestionar cuprinde o serie de 19 întrebări, împărțite în 6 categorii. Aceste categorii sunt dorința, excitare, lubrefiere, orgasm, satisfacție și durere, așa cum poate fi observat mai jos (Rosen, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2000 și Wiegel, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2005).

Nume, prenume (inițiale)

Vârsta

Data completării:

De la ultima evaluare:

Formular pentru evaluarea funcției sexuale a femeii (FSFI)

1. De câte ori ați prezentat dorință sau interes sexual?		1=aproape niciodată sau niciodată	2=rareori	3=câteodată	4=de cele mai multe ori	5= tot timpul sau aproape tot timpul
2. Cum v-ați evalua gradul de dorință sau interes sexual?		1=foarte scăzut sau absent	2=scăzut	3=moderat	4=ridicat	5=foarte ridicat
3. Cât de frecvent ați fost excitată în timpul actului sexual?	0=fără activitate sexuală	1=aproape niciodată sau niciodată	2=rareori	3=câteodată	4=de cele mai multe ori	5=tot timpul sau aproape tot timpul
4. Care a fost gradul de excitație în timpul actului sexual?	0=fără activitate sexuală	1=foarte scăzut sau absent	2=scăzut	3=moderat	4=ridicat	5=foarte ridicat
5. Cât de încrezătoare ați fost în timpul activității sexuale?	0=fără activitate sexuală	1=neîncrezătoare	2=oarecum neîncrezătoare	3=oarecum încrezătoare	4=încrezătoare	5=foarte încrezătoare
6. Cât de frecvent ați fost satisfăcută de gradul de excitație din timpul actului sexual?	0=fără activitate sexuală	1=aproape niciodată sau niciodată	2=rareori	3=câteodată	4=de cele mai multe ori	5=tot timpul sau aproape tot timpul
7. Cât de frecvent v-ați lubrefiat (udat) spontan în timpul activității sexuale?	0=fără activitate sexuală	1=aproape niciodată sau niciodată	2=rareori	3=câteodată	4=de cele mai multe ori	5=tot timpul sau aproape tot timpul
8. Cât de dificil a fost să vă lubrefiați (udați) spontan în timpul activității sexuale?	0=fără activitate sexuală	1=extrem de dificil sau imposibil	2=foarte dificil	3=dificil	4=oarecum dificil	5=fără dificultate
9. Cât de frecvent v-ați menținut lubrefiată (udă) în timpul activității sexuale?	0=fără activitate sexuală	1=aproape niciodată sau niciodată	2=rareori	3=câteodată	4=de cele mai multe ori	5=tot timpul sau aproape tot timpul

10. Cât de dificil a fost să vă mențineți gradul de lubrefiere în timpul activității sexuale?	0=fără activitate sexuală	1=extrem de dificil sau imposibil	2=foarte dificil	3=dificil	4=oarecum dificil	5=fără dificultate
11. Cât de frecvent ați ajuns la orgasm în timpul activității sexuale?	0=fără activitate sexuală	1=aproape niciodată sau niciodată	2=rareori	3=câteodată	4=de cele mai multe ori	5=tot timpul sau aproape tot timpul
12. Cât de dificil a fost să ajungeți la orgasm în timpul activității sexuale?	0=fără activitate sexuală	1=extrem de dificil sau imposibil	2=foarte dificil	3=dificil	4=oarecum dificil	5=fără dificultate
13. Cât ați fost de satisfăcută de faptul că ați reușit să ajungeți la orgasm în timpul activității sexuale?	0=fără activitate sexuală	1=foarte nesatisfăcută	2=moderat nesatisfăcută	3=nici satisfăcută, nici nesatisfăcută	4=moderat satisfăcută	5=foarte satisfăcută
14. Cât de satisfăcută ați fost de legătura emoțională cu partenerul în timpul actului sexual?	0=fără activitate sexuală	1=foarte nesatisfăcută	2=moderat nesatisfăcută	3=nici satisfăcută, nici nesatisfăcută	4=moderat satisfăcută	5=foarte satisfăcută
15. Cât de satisfăcută ați fost de relația sexuală cu partenerul dumneavoastră?		1=foarte nesatisfăcută	2=moderat nesatisfăcută	3=nici satisfăcută, nici nesatisfăcută	4=moderat satisfăcută	5=foarte satisfăcută
16. Cât de satisfăcută sunteți în general de viața sexuală?		1=foarte nesatisfăcută	2=moderat nesatisfăcută	3=nici satisfăcută, nici nesatisfăcută	4=moderat satisfăcută	5=foarte satisfăcută
17. Cât de des ați avut disconfort sau durere în timpul actului ?	0=Evită contactele sexuale	1=tot timpul sau aproape tot timpul	2=de cele mai multe ori	3=câteodată	4=rareori	5=aproape niciodată sau niciodată
18. Cât de des ați avut disconfort sau durere după actul sexual vaginal ?	0=Evită contactele sexuale	1=tot timpul sau aproape tot timpul	2=de cele mai multe ori	3=câteodată	4=rareori	5=aproape niciodată sau niciodată
19. Care este gradul de disconfort sau durere în timpul actului sexual vaginal ?	0=Evită contactele sexuale	1=foarte ridicat	2=ridicat	3=moderat	4=scăzut	5=foarte scăzut

Domeniu	Întrebări	Limitele scorului	Coeficient	Scor minim	Scor maxim	Scor final
Dorința	1,2	1-5	0,6	1,2	6,0	
Excitare	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6,0	
Lubrefiere	7,8,9,10	0-5	0,3	0	6,0	
Orgasm	11,12,13	0-5	0,4	0	6,0	
Satisfacție	14,15,16	0(1)-5	0,4	0	6,0	
Durere	17,18,19	0-5	0,4	0	6,0	
Limite				1,2	36,0	Total

Întrebările pot avea un scor de la 0, sau 1 până la 5; acestea se înmulțesc cu un coeficient specific fiecărei categorii în parte, iar rezultatele finale variază între 1,2 și 36. Se consideră că în cazul disfuncțiilor sexuale scorul final este mai mic sau egal cu 26,55 (Rosen, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2000).

Indexul funcției sexuale este o metoda utilă de evaluare a disfuncțiilor sexuale și poate fi utilizată la orice vârstă și patologie, nu doar în cazul femeilor aflate în perioada de menopauză. Este o metodă cu un grad ridicat de subiectivitate și care nu exclude evaluarea medicului ginecolog, mai ales în cazul tulburărilor atrofice caracteristice sindromului genitourinar sau asociat altor tratamente sau terapii ce determină modificări locale anatomice sau funcționale. (Meston, *The Journal of Sexual Medicine*, 2019 și Harder, *Menopause*, 2019) Cu toate că este o metodă larg acceptată și un chestionar lesne acceptat de către paciente, sunt necesare studii adiționale în anumite arii, precum: în cazul cuplurilor de gay, bisexuali sau femei instituționalizate fără acces la un partener; adaptarea lingvistică și validarea culturală în vederea utilizării în cazul diferitelor culturi și populații; evaluarea stresului sexual prin deficitul de dorință și excitație la femeile aflate la menopauză și care prezintă diferite tipuri de disfuncții sexuale (Nappi, *Climacteric*, 2014). Cu siguranță sunt necesare studii adiționale și care să poată face o evaluare cât mai precisă asupra vieții intime a femeilor, indiferent de statusul hormonal, tratamente, comorbidități, dar și în ceea ce privește efectele benefice ale tratamentelor sistemice, locale sau susținerii psihologice a femeilor ce prezintă diferite grade sau tipuri de disfuncții sexuale.

Evaluarea disfuncțiilor sexuale la bărbați

De-a lungul timpului s-au dezvoltat mai multe chestionare. Dintre ele, cel mai des folosit pentru simplitatea, rapiditatea și claritatea lui este testul SHIM (Sexual History Inventory for Men):

Cuprinde 5 întrebări, care se referă la calitățile erecției în cursul ultimei luni cronologice:

1. Cum este încrederea dumneavoastră în capacitatea de a obține și menține o erecție bună pentru un act sexual satisfăcător?
2. Când ați avut o erecție, cât de des a fost suficientă pentru penetrare?
3. În timpul unui act sexual, cât de des ați putut menține erecția, pentru un act sexual satisfăcător?
4. În timpul unui act sexual, cât de greu a fost să mențineți erecția suficient pentru a avea un act sexual satisfăcător?
5. Cât de des ați avut acte sexuale satisfăcătoare (raportate la numărul de inițiative)?

Răspunsul la fiecare întrebare este cotate cu valoare între 1 și 5. Scorul normal este considerat cel mai mare decât 22, respectiv DE se consideră:

Ușoară	scor SHIM 17-21 puncte
Ușoară către moderată	scor SHIM 12-16 puncte
Moderată	scor SHIM 8-11 puncte
Severă	scor SHIM mai mic de 7 puncte

Celelalte chestionare existente și validate sunt reprezentate de chestionarul IIEF și QEQ, chestionare care sunt utilizate mai degrabă în scopuri de cercetare.

VIII. VARIAȚII ALE SEXUALITĂȚII FEMININE

Dan Navolan, Marius Craina, Mihaela Plotogea

8.1. Sexualitatea, dorința de reproducere, infertilitatea

Studiile demografice arată că vârsta medie la care femeile procrează a crescut. Această tendință vizibilă și în alte țări europene se regăsește și în țara noastră unde această dinamică a devenit mai evidentă după anii 1990. Studii nepublicate efectuate în spitalul nostru (Timișoara) arată că pe parcursul a 20 de ani (intervalul 1990-2010) vârsta medie a parturientelor a crescut de la 23 ani la 29 de ani. Această evoluție este asociată dorinței de independență, de a-și desăvârși pregătirea profesională, de a-și asigura o carieră și un nivel material mai stabil. Pe de altă parte rapoartele institutului Național de Statistică ne arată că rata natalității (și numărul de copii într-un cuplu) a scăzut de la 9,5 născuți vii la o mie de locuitori/2007 la 9,1 născuți vii la o mie de locuitori//2016, cu mici variații anuale. Această dinamică se observă și din datele referitoare la declinul demografic continuu.

Amânarea momentului obținerii primei sarcini și implicit creșterea vârstei la care își planifică o sarcină are ca urmare creșterea prevalenței unor tipuri de patologie și consecutiv a unor unități și servicii medicale care să răspundă acestor provocări. De altfel și în afara patologiei ginecologice sau endocrinopatiilor înaintarea în vârstă se asociază, natural, cu scăderea rezervei ovariene, procrearea după 35 de ani fiind rezervată doar unei părți din populația feminină. De asemenea, scăderea numărului de întreruperi de sarcină în ultimii ani arată că obținerea unei sarcini în cuplu este o activitate planificată și sexualitatea în cuplu este dublată de utilizarea contracepției. Studiile au arătat că fertilitatea în cuplu se corelează invers cu vârsta. Din acest motiv creșterea vârstei partenerei la care se dorește obținerea unei sarcini se asociază creșterii ratei de infertilitate și de aneuploidii. Cum perioada fertilă a unei femei este limitată, problemele de sterilitate în cuplu asociate apropierii cronologice de momentul epuizării rezervei foliculare ovariene sunt factori ce pot reprezenta un factor de stres în cuplu care să se manifeste și la nivelul sexualității cuplului. Schimbarea activității sexuale din activitate recreativă în activitate procreativă, cu presiune crescută pe performanță și reușită modifică spontaneitatea, libertatea și armonia din cuplu. Monitorizarea ovulației, activitatea coitală extrem de programată, așteptările exagerate lună de lună, dezamăgirea excesivă și, nu în ultimul rând, falsele expectații modifică echilibrul emoțional în cuplu.

În capitolele următoare vom detalia aspecte legate de sexualitate în diverse etape ale vieții, legate de reproducere, dorința de procreare și tratamentul infertilității. O abordare didactică a prezentării tulburărilor sexuale asociate dorinței de procreare și a diagnosticului și tratamentului sterilității de cuplu implică analiza acestor tulburări pentru diversele situații clinice așa cum este descris de Wischmann în articolul din *Journal of Sexual Medicine* în 2010 și în Manualul de Sexologie Ginecologică redactat de Ahrendt la editura Springer în anul 2015.

8.1.1. Reproducerea și sexualitatea

Reproducerea reprezintă una din dimensiunile sexualității asigurând perpetuarea umanității. Între sexualitate și reproducere există interrelaționări în sensul că sexualitatea este o condiție pentru reproducerea naturală, în același timp tulburările de reproducere pot influența sexualitatea. Creșterea vârstei femeilor la momentul dorinței de a procrea aduce cu sine deseori fenomene de subfertilitate sau infertilitate. Dacă în condiții de fertilitate optimă aproximativ 25% dintre cupluri obțin sarcina în prima lună de activitate neprotejată, 60% în primele 6 luni, 75% în primele 9 luni, 80% în decursul a 12 luni și 90% în decursul a 18 luni, lipsa obținerii spontane a unei sarcini după activitate neprotejată pentru o perioadă de 24 de luni este definită ca sterilitate de cuplu. Alți autori definesc sterilitatea ca incapacitatea de a obține o sarcină după doar 12 luni de activitate neprotejată în cuplu. În prezența unei afecțiuni cunoscute, de exemplu insuficiența ovariană precoce, sindromul de ovar polichistic, miom uterin, diverse endocrinopatii asociate, sau la femeile aparent sănătoase cu vârsta de peste 35 de ani, intervalul utilizat pentru definirea infertilității de cuplu este mai scurt după unele surse bibliografice chiar de doar 6 luni.

Incapacitatea de a procrea implica necesitatea efectuării unor investigații specifice partenerilor și implementarea unor măsuri de reproducere umană asistată: inseminarea intrauterină, fertilizarea in vitro sau injecția intracito-plasmatică de spermatozoizi. Chiar dacă în cadrul definiției pentru diagnosticul de sterilitate de cuplu - în lipsa unor cauze etiologice evidente - intervalul de așteptare până la încadrarea în diagnostic și aplicarea unor metode RUA este de 12 luni, acest interval de așteptare trebuie adaptat la context și vârsta cuplului. La cuplurile tinere se poate aștepta acest interval în timp ce la cuplurile aflate în perioada înainte de epuizarea rezervei reproductive se recomandă o intervenție mai rapidă. Aceasta deoarece fertilitatea femeilor scade cu vârsta, la fel și riscul de a procrea un făt cu anomalii cromozomiale.

Conform unui studiu publicat de Meng Q și colaboratorii în anul 2015 în *Reproductive Biomedicine Online* dar și de alți autori, incidența sterilității în populația generală este de aproximativ 10% la 12 luni și 8,5% la 24 de luni.

Din punct de vedere al etiologiei distingem între cauze feminine, masculine și mixte cu o distribuție relativ egală. În anumite situații putem discuta despre etiologie necunoscută numite și idiopatice. Acestea au probabil la bază unele cauze pe care nu le putem identifica în mod curent. Explorarea diagnosticului de sterilitate se adresează ambilor parteneri nu doar unuia dintre aceștia iar etapele diagnostice ar trebui să includă gradual inițial manevrele cele mai puțin invazive și abia ulterior manevrele invazive. De exemplu o evaluare de spermogramă ar trebui fi recomandată înainte de testarea permeabilități tubare.

La bărbați cauzele pot fi multiple incluzând modificări în calitatea și cantitatea spermatozoidilor, leziunile testiculare traumatice, infecțioase (orhita urliană), varicocelel sau leziunile canalului deferent. Alte etiologii pot fi cromozomiale sau genice.

La femei pot fi cauze ce țin de foliculogeneza și ovulație (cauze ovariene), de permeabilitatea tubară (cauze tubare), de anatomia sau fiziologia uterului (cauze uterine), colului uterin (cauze cervicale) sau vaginului (cauze vaginale). În cadrul cauzelor foliculare distingem insuficiența ovariană primară (premenopauza), insuficiența ovariană de cauză hipotalamică și ovarul cu sindrom polichistic. Peste aceste cauze ce țin de calitatea lanțului hipotalamo-hipofizo-ovarian se pot suprapune alte cauze endocrine: tiroidiene, prolactinomul sau corticosuprarrenaliene. Endometrioza este o altă cauză recunoscută a fi cauzatoare de sterilitate. Infecțiile endometriale, polipii endometriali, adenomioza, nodulii leiomiomatoși, sinechiile uterine și anomaliile uterine sunt principalele cauze uterine de sterilitate. Cauzele cervicale pot fi reprezentate de infecțiile cervicale, obstrucțiile canalului cervical și prezența anticorpilor antispermatozoizi în glera cervicală.

Este de menționat faptul că un element important în obținerea unei sarcini este coordonarea între ovulație și activitatea fecundantă. Astfel ovulul este fecundabil între 12 și 24 de ore postovulator în timp ce spermatozoizii pot supraviețui până la 72 de ore în tractul genital feminin. Din acest motiv este de preferat că pentru obținerea unei sarcini activitatea să aibă loc înainte de ovulație.

Deseori etiologia sterilității de cuplu este mixtă, implică atât cauze feminine cât și masculine.

8.1.2. Sexualitatea și dorința de procreare

Accesul pe scară largă la metode ieftine și eficiente de contracepție a făcut ca de regulă obținerea unei sarcini să fie o situație dorită și programată. În situația în care în urma întreruperii contracepției sau după o perioadă de timp un cuplu nu obține o sarcină pot apare o serie de tulburări în plan afectiv și psihologic. Incapacitatea de a obține o sarcină poate fi asociată cu fenomene, vinovăție, scădere a respectului pentru sine și în cuplu. De asemenea în situația în care planificarea obținerii unei sarcini este coroborată cu un calendar de realizare a altor obiective (dezvoltarea carierei, obținerea unui loc de muncă, planificarea studiilor, aspecte economice) este posibil ca asupra cuplului să apară o presiune în plus în ceea ce privește dorința de procreare. Funcție de particularitățile culturale în mediul social poate contribui în plus la apariția unei presiuni psihologice asupra cuplului.

În situația cuplurilor cu infertilitate activitatea sexualitatea și activitatea sexuală devine mai programată, diminuându-se spontaneitatea acesteia. Toate acestea pot accentua sentimentele de frustrare, vinovăție și aduce pe plan secundar sexualitatea în cuplu.

Funcție de mediul cultural de unde provin partenererele erau supuse deseori unei poveri psihice mai accentuate comparativ partenerilor, acestea fiind „considerate responsabile” în cuplu de obținerea unei sarcini. Dezvoltarea tehnologică și clarificarea etiologiei sterilității a mai redus însă din această povară

psihologică și a arătat că din punct de vedere etiologic există o împărțire relativ egală între sexe.

În ultimul secol, dezvoltarea tehnologică, progresul cunoașterii și schimbările culturale au condus la introducerea unor noi concepte psihosomatice în această complexă problematică a consilierii psihologice în diagnosticul de sterilitate și dorinței de procreare. Bovin și Gameiro descriu într-un articol publicat în anul 2015 în revista *Fertility and Sterility* cinci etape/modele în evoluția psihologiei și consilierii în infertilitate. Conform acestor autori prima etapă evolutivă (schimbare de model) a fost în anii 1930 când au fost introduse concepte psihosomatice ca factori cauzali pentru a explica sterilitatea în absența patologiei organice. În anii 1970 s-a pus accent pe consecințele psihologice apărute la cuplurile ce nu puteau procrea și pe oferirea de suport psihologic cuplurilor cu sterilitate. A treia schimbare a survenit odată cu apariția serviciilor de reproducere umană asistată și când a apărut necesitatea de a angaja profesioniști psihologi în clinicile de fertilizare în vitro (IVF) pentru a-i consilia în timpul metodelor de tratament cu înalt conținut tehnologic și pentru a-i pregăti pentru a deveni părinții unui copil obținut în vitro. A patra schimbare de abordare a survenit în anii 1990 când metodele de diagnostic și tratament în sterilitate și reproducerea asistată au devenit mult mai cuantificate și adaptate pe baza conceptelor bazate pe dovezi pentru a oferi eficacitate și siguranță. Acest model a fost preluat și în domeniul consilierii psihologice. Conform autorilor amintiți mai sus în noul mileniu ar fi fost impus un nou concept (al cincilea) bazat pe abordarea integrată în înțelegerea tratamentului sterilității de cuplu. O abordare integrată în conceptul diagnosticului și tratamentului sterilității reduce presiunea psihologică pe pacienți.

8.1.3. Tulburări sexuale ce pot interfera cu dorința de procreare și de a determina sterilitate

Dorința de a concepe spontan necesită pe lângă cunoașterea unor fenomene fiziologice legate de funcționarea aparatelor reproductive (exemplu monitorizarea ovulației) și existența unei sexualități normale în cuplu. În practica existentă unor disfuncții sexuale poate contribui la diagnosticul de sterilitate de cuplu și interfera cu dorința de procreare. Principalele tipuri de tulburări ale funcției sexuale ce pot interfera cu reproducerea pot fi sistematizate în tulburări ale funcției sexuale feminine și masculine. Acestea împiedică derularea unui act sexual normal datorită imposibilității penetrării sau a depozitării materialului seminal în vagin. Tulburările sexuale feminine cel mai frecvent întâlnite sunt lipsa dorinței sexuale (low desire), tulburările de lubrifiere și vaginismul. Acestea pot împiedica penetrarea și desfășurarea activității sexuale datorită disconfortului creat de penetrare. Din punct de vedere al tulburărilor sexuale masculine cele mai frecvente cauze ce pot interfera cu dorința de procreare sunt disfuncția erectilă (împiedică penetrarea) și tulburările de ejaculare. Dacă ejacularea precoce poate fi

responsabilă de eliminarea materialului seminal înainte de penetrare, ejacularea retrogradă poate trimite materialul seminal spre vezica urinară în loc de vagin. Uneori aceste disfuncții își au originea în faptul că unul dintre parteneri consideră că există o nepotrivite în cuplu și că al doilea partener nu este potrivit pentru a fi părintele copilului său. Această stare de tensiune psihogenă poate fi cauza disfuncției sexuale și a infertilității. Detalierea asocierii dintre tulburările de sexualitate și infertilitate este prezentată foarte bine de către Wischmann și colaboratorii într-un articol publicat în *Journal of Sexual Medicine* în anul 2010, de Piva și colaboratorii în *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* în anul 2014. Conform acestor autori, disfuncțiile sexuale drept cauză a sterilității sunt destul de rare.

Tulburările funcției sexuale ce pot sta la baza diagnosticului de sterilitate trebuie identificate printr-o anamneză sexuală amănunțită și tratate. În cazul unei tulburări de cauză psihogenă, terapia trebuie începută prin terapia sexuală și consiliere psihologică. Pentru celelalte situații clinice dezvoltarea tehnologică din domeniul farmaceutic și din reproducerea asistată ne-au pus la dispoziție un arsenal de metode terapeutice.

Vaginismul poate fi deseori tratat. La cuplurile cu dorință de procreare la care partenera prezintă permeabilitate tubară însă suferă de vaginism se poate opta pentru metode simple de reproducere asistată precum inseminarea intrauterină.

Pacienții cu disfuncție erectilă pot beneficia de întreaga baterie de investigații și tratament pentru acest diagnostic plecând de la consiliere psihologică pentru cauzele psihogene și până la medicație pe bază de inhibitori de fosfodiesteraza 5, precum Tadalafil sau Sildenafil. În situația unor contraindicații medicale pentru tratamentul cu inhibitori de fosfodiesteraza se poate opta de asemenea pentru tehnici de reproducere asistată. Metodele de reproduce asistată impun însă recoltarea de material seminal prin masturbare sau alte tehnici de recoltare. În situația destul de rară în care recoltarea prin masturbare este dificilă se poate opta pentru crioprezervare sau puncție testiculară pentru recoltarea de spermatogonii sau spermatozoizi. Materialul astfel câștigat poate fi utilizat în funcție de particularitățile cuplului pentru inseminare intrauterină, fertilizare în vitro sau injecție intracitoplasmatică de spermatozoizi.

Nu trebuie să uităm diferențele culturale dintre zonele geografice sau grupurile etnice din țara noastră. De exemplu, bărbații cu infertilitate și insuficiență de gameți se simt de multe ori stigmatizați ca fiind hipogonadici, în ciuda unui nivel corespunzător de steroizi sexuali masculini. De la sentimentul de vinovăție, la sentimentul de inferioritate și conduita de eșec este doar un pas... cercul vicios al oligospermiei ajungând să se închidă cu apariția disfuncției erectile funcționale.

8.1.4. Influența diagnosticului de sterilitate asupra sexualității

Diagnosticul de sterilitate poate afecta la rândul său viața sexuală într-un cuplu mai ales atunci când este vorba de o dorință neîmplinită de a procrea și când tratamentele urmate nu conduc la rezultatul așteptat într-un interval rezonabil de timp. Presiunea psihologică creată depinde mult de încrederea și comunicarea din cuplu, de mediul cultural și social din care provin partenerii. Tratamentul sterilității de cuplu este uneori un tratament etapizat de la metode simple la metode mai complexe. Cu tot cu dezvoltarea tehnologică din ultimii ani și cunoașterea mai în profunzime a biologiei reproducerii rata de succes a tehnicilor de reproducere asistată nu s-a îmbunătățit spectaculos.

Din acest motiv perioada până la obținerea unei sarcini se poate prelungi iar perioada de așteptare în absența unui suport psihologic poate induce dezamăgiri legate de funcționarea organismului, sentimente de frustrare, vinovăție și scăderea dorinței sexuale. Această legătură este explicată foarte bine de către Ahrendt și colaboratorii în manualul de medicină a sexualității pentru obstetrică-ginecologie editat în anul 2015 sub editura Springer.

Conform studiilor publicate în literatura consecințele sterilității de cuplu la nivelul partenerului masculin sunt reprezentate cel mai des de disfuncția erectilă și incapacitatea de a ejacula, în timp ce la femeia poate determina scăderea dorinței de a avea activitate sexuală și orgasm. O descriere în detaliu a prevalenței disfuncțiilor sexuale la paciente cu diagnostic de infertilitate a fost prezentată în două studii publicate în *European Journal Obstetrics Gynecology Reproductive Biology*: Gabr AA în anul 2017 și într-o meta-analiză publicată de Mendonca în anul 2017. Aceste studii ce au evaluat Indexul Funcției Sexuale la femeile cu sterilitate și au observat că infertilitatea este asociată disfuncției sexuale feminine. Cele mai frecvente disfuncții sexuale invocate la pacientele cu sterilitate fiind tulburări ale lubrefierii, ale orgasmului și satisfacției sexuale. De asemenea scorul de erecție a fost semnificativ mai mic la partenerii masculini ce provin dintr-un cuplu cu infertilitate.

Prelungirea perioadei de sterilitate a fost asociată cu diminuarea capacității de excitare și a satisfacției sexuale. Pacientele cu sterilitate secundară comparativ celor cu sterilitate primară au avut mai des tulburări la nivelul capacității de excitare subiective, generată de presiunea rezultatului final, respectiv de shift-ul focusului de la plăcere, relaxare și bucurie, la presiunea monitorizării ovulației, al echilibrul optim dintre zilele de abținere versus zilele cu activitate coitală, dispărea poezia și apare monotonia ceasului biologic în cuplu.

Atunci când obținerea unei sarcini nu survine imediat după inițierea tratamentului este util să se explice cuplului biologia reproducerii și faptul că sarcina nu survine imediat nu neapărat datorită unor cauze atribuite genitorilor. De asemenea având în vedere incidența crescută a disfuncțiilor sexuale la pacienții cu diagnostic de sterilitate este util ca profesioniștii din secțiile de reproducere asistată să investigheze funcția sexuală și să încerce să îmbunătățească calitatea vieții acestor pacienți oferindu-le suport și în acest sens.

8.1.5. Sexualitatea în timpul tratamentului de fertilitate

Tratamentul sterilității de cuplu implică coordonarea temporală a activității sexuale sau a recoltării de gameți cu o serie de fenomene fiziologice (ovulația) sau medical induse (creșterea foliculară, inducerea ovulației, etc.). La bărbați recoltarea pentru evaluarea capacității fertile prin spermograma sau pentru efectuarea unei proceduri de reproducere umană asistată (inseminare intrauterină, fertilizare în vitro sau injecție intracitoplasmatică de spermatozoizi) implică existența unei perioade de abținere între 3 și 7 zile, înainte de momentul recoltării.

Toate aceste activități programate conduc la scăderea spontaneității în relația sexuală și pot avea un impact negativ asupra sexualității cuplurilor. Rata relativ scăzută de succes în anumite categorii de pacienți și necesitatea efectuării procedurilor pe parcursul a mai multor luni sau chiar ani determină apariția uneori de disfuncții sexuale. În vederea analizei, prevenirii și tratării acestei patologii au fost dezvoltate servicii medicale de sexologie asociate centrelor de reproducere umană asistată. Studiile efectuate de Facchin și autori publicate în *Human Reproduction* în anul 2018 analizează în cadrul unui studiu observațional disfuncțiile sexuale la 269 de cupluri ce beneficiază de tratament de reproducere asistată. Autorii subliniază importanța evaluării funcției sexuale la acest grup de pacienți și dificultățile întâmpinate atunci când cuplul trebuie să efectueze activitate sexuală la solicitare – „sex on demand”. Activitatea sexuală la solicitare „sex on demand” poate deveni o problemă pentru anumite cupluri și poate accentua unele disfuncții sexuale masculine existente. Wischmann și coautorii explică într-un articol publicat în *Journal of Sexual Medicine* în anul 2010 modul în care se poate crea un cerc vicios care să reducă încrederea în sine a partenerului și poate conduce la disfuncție erectilă. Conform cercului vicios prezentat de Wischmann, succesiunea este anxietatea partenerului că nu poate performa – inhibiție – disfuncție erectilă – sentiment de rușine și vinovăție – anxietate că nu poate performa.

După Ahrendt și autorii (*Medicina sexualității în Obstetrică-Ginecologie*, 2015, Editura Springer) o altă problemă relatată de partenerii femeilor în contextul recoltării materialului seminal pentru tehnicile de reproducere asistată este faptul că se simt doar ca și donatori de material seminal și deseori menționează recoltarea de material prin masturbare ca un efort perceput foarte neplăcut. Este cunoscut faptul că din literatura și din activitatea centrului nostru ca în unele situații dobândirea de material seminal pentru înseminarea sau pentru diagnostic nu este posibilă, datorită presiunii psihice la care sunt supuși partenerii. Într-o astfel de situație întreg ciclul de stimulare ovariană poate fi compromis. La pacienții problema pentru a evita astfel de situații se poate utiliza material spermatic congelat.

Majoritatea studiilor sunt în consens că pentru îmbunătățirea calității vieții acestor pacienți o atenție deosebită li se acordă unui cuplu ce urmează tratamente de reproducere asistată și trebuie explicate pe îndelete motivele necesității sincronizării activității sexuale cu planul terapeutic.

8.1.6. Sexualitatea după tratamentul infertilității

Tehnicile de reproducere asistată și-au îmbunătățit eficiența în ultimele decade, cu toate acestea un procent semnificativ de cupluri nu reușesc să procreze. În situația unui succes pentru cuplu urmează o sarcină și din punct de vedere al sexualității ne raportăm la sexualitatea din perioada de graviditate. În cazul unui eșec reproductiv însă o dimensiune a sexualității și anume dimensiunea reproductivă nu este împlinită. Neîmplinirea scopului reproductiv al sexualității poate scădea motivația de a avea activitate sexuală.

În concluzie, există interrelații în ambele sensuri între sexualitate și reproducerea umană asistată iar cuplurile cu probleme de sterilitate trebuie să beneficieze în afara de suportul de reproducere asistată și de consiliere în ceea ce privește sexualitatea acestora.

8.2. Sexualitatea în sarcină și în primul an după naștere

Perioada de graviditate reprezintă în marea majoritate a cazurilor o stare fiziologică din viața femeilor. O serie de modificări adaptative funcționale au loc în organismul gravidei pentru a asigura condițiile necesare dezvoltării în uter a unui nou organism și pentru perioada de alăptare. Aceste modificări au loc la nivelul organelor și sistemelor (cardiovascular, cutanat, renal, respirator, locomotor etc.), însă și la nivel psihic și comportamental. De regulă, modificările adaptative sunt bine suportate de organismul matern. În anumite situații apar însă decompensări și complicații ale sarcinii, ce necesită o atenție sporită, îngrijire și monitorizare adecvată și modificări mai ample în comportament.

La nivelul cuplului au loc de asemenea modificări. Dacă înainte de apariția unei sarcini și a unui copil întreaga atenție era orientată doar asupra cuplului și a propriei persoane, ulterior apar noi responsabilități față de copil. Această nouă situație implică modificări la nivelul cuplului ce se reflectă în toate planurile interacțiunii dintre parteneri. În cele ce urmează vom descrie principalele modificări ce apar în planul sexualității în perioada de graviditate și postpartum în cadrul unui cuplu, vom încerca să răspundem întrebărilor pe care și le pun gravidele în această perioadă referitor la ce este permis sau nu din punct de vedere sexual în timpul sarcinii, în ce măsură o activitate sexuală poate fi benefică sau poate dăuna sarcinii.

8.2.1. Sarcina și sexualitatea

Prezența sarcinii determină modificări în relația din cuplu, iar gestionarea acestor schimbări este bine să se bazeze pe comunicarea dintre parteneri pentru a adapta comportamentul la nevoile partenerilor și la posibilitățile acestora de a

răspunde acestor nevoi. La nivelul sexualității în cuplu au loc modificări ale percepției față de activitatea sexuală și modificări ale dinamicii activității sexuale. Studii arată că gestionarea adecvată a acestor modificări poate avea urmări benefice ce să conducă la consolidarea relației, în timp ce lipsa comunicării poate conduce la izolare și chiar separarea cuplului.

Studiile și materialele informative pentru gravide arată că în marea majoritate femeile își pot păstra sexualitatea pe perioada sarcinii și pot fi satisfăcute de sexualitatea lor. Sexualitatea rămâne un aspect important al vieții și în perioada de graviditate. Activitatea sexuală nu dăunează gravidei cu o sarcină normală și nici fătului, acesta fiind ferit de musculatura uterină și lichidul amniotic. De asemenea contracțiile din organism nu au intensitatea celor din travaliu. Cu toate acestea se consideră că în ultimele săptămâni de sarcină materialul seminal bogat în prostaglandine ar putea genera contracții uterine și grăbi o naștere. Nu toți medicii sunt însă de acord cu această ipoteză.

Există însă și patologii asociate sarcinii în care activitatea sexuală este contraindicată: amenințarea de avort spontan, placenta praevia, amenințarea de naștere prematură, insuficiență cervico-istmică, sângerarea vaginală sau ruptura prematură de membrane.

Având în vedere modificările fiecărei etape a perioadei de graviditate, vom expune în continuare particularitățile sexualității în cuplu în fiecare trimestru de sarcină, postpartum și în perioada de alăptare.

8.2.2. Sexualitatea în primul trimestru de sarcină

Primul trimestru de sarcină este o perioadă (de la fecundare până la 12 săptămâni gestaționale) în care apar primele modificări adaptative: hormonale, funcționale și anatomice. Crește concentrația de hormon corionic gonadotrop, de estrogeni și progesteron. Apar fenomene de congestie pelviană, hiperemie locală, relaxarea musculaturii viscerale. Aceste modificări sunt urmate de schimbarea anatomiei locale, de creșterea uterului și a sânilor, aceștia devenind mai sensibili. Simptomatologia poate fi diversă, de la simptome ușoare de hipersensibilitate tegumentară, balonare, constipație, creșterea diurezei, disgravidie ușoară, până la forme severe de disgravidie (grețuri, vărsături) și deshidratare. Toate acestea modifică de regulă sexualitatea gravidei și disponibilitatea acesteia pentru activitatea sexuală.

Tot în primul trimestru se efectuează ecografii și se explorează embrionul, se observă activitatea cardiacă fetală, acesta devenind prezent în imaginea cuplului.

Atunci când reproducerea a fost dorită și a reprezentat un scop al sexualității, sarcina poate avea un efect benefic asupra relației în cuplu și asupra conexiunii și sexualității cuplului. Modificările hormonale secundare sarcinii, prin hiperestrogenemia fiziologică, determină accentuarea lubrefierii, creșterea excitabilității organice periferice, creșterea excitabilității subiective, centrale,

respectiv creșterea capacității de a avea orgasm. În primul trimestru de sarcina nu există contraindicații privind activitățile coitale și noncoitale, în măsura în care regulile general acceptate de igiena, respectiv pozițiile practicate.

Există însă și situații contrare, în care prudența, protecția sau teama excesivă a gravidei alterează sexualitatea, din punct de vedere emoțional nu organic. Contextul este dat de lipsa de informare a gravidei, cu teama de a nu provoca avort, observându-se mai ales la sarcinile obținute greu, așa zisa „sarcină prețioasă” context prezent preferențial în cultura autohtonă nedescrisă sau certificată în cultura europeană.

În trimestrul întâi apare evident întrebarea dacă prin activitățile sexuale se pune în pericol sarcina și dacă există riscul unui avort. Nu există studii foarte clare care să răspundă la această întrebare. Un grup de cercetători din Polonia (Fuchs Ana et al) a publicat în revista „*International Journal of Environmental Research and Public Health*” în anul 2019 un articol ce evaluează funcția sexuală la gravide. Atât studiul din Polonia, cât și un alt studiu din Hong Kong (Fok et al in *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2005) arată că în trimestrul întâi există cea mai mare variabilitate în ceea ce privește frecvența relațiilor sexuale în sarcină dintre cele trei trimestre. Aceștia constată că peste 1/3 din cupluri întrerup activitatea sexuală, probabil datorită ipotezei că o activitate în sarcină ar putea determina avort și dăuna sarcinii, în timp ce 55,6% își continuă activitatea sexuală în trimestrul întâi. Interesant este de observat faptul că femeile ce nu știau că sunt gravide au raportat o intensificare a activității sexuale în trimestrul I de sarcină (Corbacioglu et al. in *Journal of Sexual Medicine*, 2012). Din acest motiv autorii au ajuns la concluzia că delirul conștientizării prezenței unei sarcini determină reducerea frecvenței activității sexuale.

Nu în ultimul rând, circa 10% dintre cupluri practică abținerea sexuală, motivațiile fiind protecția, teama de infecții, neîncrederea partenerului în fidelitatea partenerului.

8.2.3. Sexualitatea în al doilea trimestru de sarcină

Trimestrul al doilea cuprinde intervalul dintre săptămânile 13 și 26/28 de sarcină. În acest trimestru de regulă gravidele au o stare de echilibru, se reduce până la dispariție simptomatologia de disgravidie din primul trimestru. Referitor la gradul de excitabilitate al gravidelor, rezultatele studiilor sunt contradictorii. Unele studii arată că modificările fiziologice (vasocongestia, creșterea lubrefierii) în sarcină determină la unele gravide o creștere a excitabilității și sensibilității. Pe de altă parte, Ahrendt în 2010 a arătat în studiile sale că excitabilitatea centrală scade din trimestrul întâi spre trimestrul al treilea.

Unele din studiile referitoare la frecvența activității sexuale au arătat că în trimestrul doi al sarcinii activitatea sexuală a cuplului se intensifică față de trimestrul întâi (Fuchs Ana et al.). După alții însă se păstrează aproximativ aceeași

frecvență a activității ca și în trimestrul întâi de sarcină. Unele modificări fiziologice precum creșterea lubrefierii, congestia pelviană se consideră că influențează pozitiv experiența sexuală. Modificările fiziologice din al doilea trimestru al sarcinii (exemplu creșterea sânilor) fac ca femeile să fie deseori apreciate și să se autoaprecieze a fi mai atractive sexual. Nu este neobișnuit ca actul sexual să fie practicat mai des acum decât înainte de sarcină și satisfacția mai intensă.

În sarcină, teama de apariție a unor posibile complicații după activitatea sexuală determină cuplurile să întrerupă deseori activitatea sexuală și să nu o mai reia, chiar dacă pericolul a trecut. Cu toate acestea, interesul pentru apropiere fizică rămâne, din acest motiv trebuie încurajată apropierea chiar dacă este non-coitală. Complicațiile sarcinii (de exemplu sângerările) reduc gradul de satisfacție sexuală al gravidei și cuplului.

Având în vedere faptul că uterul gravidei și fătul cresc în trimestrul doi de sarcină, iar apăsarea acestora asupra vaselor mari prevertebrale (artera aortă și vena cavă) poate determina prăbușirea hemodinamicii materne și fetale, se recomandă ca în timpul activității sexuale presiunea pre-abdominală să nu crească și mai mult. Din acest motiv gravidele trebuie să fie consiliate să adopte în timpul activității sexuale alte poziții, mai favorabile din acest punct de vedere (lateral, deasupra etc.).

8.2.4. Sexualitatea în al treilea trimestru de sarcină

Al treilea (ultimul trimestru) de sarcină se întinde de la 27 de săptămâni până la naștere. În această etapă a sarcinii fătul își face simțită prezența, mișcările fetale se simt tot mai intens, ecografiile ne arată fătul ce seamănă ca trăsături cu un nou-născut, acesta devenind tot mai prezent și o parte integrantă a relației. Activitatea sexuală a cuplului diminuează în general în această perioadă datorită dificultăților fizice (creșterea circumferinței abdominale, dificultăți de respirație, edeme, dureri ale coloanei vertebrale, dificultăți de respirație etc.). De asemenea apar grijile gravidei pentru modul de naștere, pregătirea pentru perioada de după naștere. Atenția cuplului este concentrată pe viitor și proiectează viitorul și părinți împreună cu un copil. Literatura de specialitate oferă rezultate contradictorii referitor la asocierea între riscul de naștere prematură și activitatea sexuală. În general, la gravidele cu amenințare de naștere prematură se recomandă abținerea sexuală.

Concluziile studiului derulat în Polonia de dr. Fuchs Ana și colaboratorii, publicat în revista „*International Journal of Environmental Research and Public Health*” în anul 2019, arată că într-un lot de 726 de gravide medianul frecvenței activității sexuale a fost de 4 ori/lună în trimestrul I, 8x/lună în trimestrul II și 4x/lună în trimestrul III. O dinamică similară a fost observată și pentru dorința de a avea activitate sexuală, lubrefiere vaginală și prezența orgasmului, acestea fiind mai frecvente în trimestrul al doilea. Rezultatele aceluiași studiu arată că în

trimestrul I și III cea mai frecventă poziție aleasă pentru activitatea sexuală este cea a misionarului, iar în trimestrul al II-lea partenera deasupra. În ultimele 4-6 săptămâni prepartum, tipul orgasmului se modifică, trecând de la contracții clonice la contracții tonice, asociate cu posibilă durere.

Nu în ultimul rând trebuie să luăm în considerare efectele reflexului Ferguson, orgasmul determină eliberarea unor minime cantități de oxitocină, care în condiții fiziologice determină strict contracțiile musculaturii planșeului pelvin și a miometrului, sporind intensitatea orgasmului. În condițiile lunilor mari de sarcină, în mod natural, secundar hiperestrogenemiei importante, crește expresia receptorilor de oxitocină la nivelul miometrului de trimestrul III de până la 200 de ori, cantități minime de oxitocină putând declanșa reacție în cascadă de contracții minime ale miometrului, care descarcă, în timpul II un nou val de Oxitocină de la nivel central.

Complicațiile posibile, menționate în literatură, ale actului sexual în lunile mari de sarcină cuprind: sângerarea, membrane rupte, dilatație cervicală prematură.

Factorul masculin nu trebuie neglijat în evoluția sexualității cuplului cu o sarcină în curs. În primul rând se descrie sindromul Couvade, prezent la până la 22% dintre bărbați, care prezintă acuze și simptome „prin simpatie” cu partenera, acuze tipic legate de sarcină: dureri nespecifice, creștere în greutate, accentuarea emoționalității, grețuri matinale, alterarea sau modificarea ritmului de somn. În cazurile extreme partenerii prezintă fatigabilitate, depresie postpartum și epistaxis. Acest sindrom nu este recunoscut de multe specialități medicale, dar este prezent în populația masculină și este, în esență, un sindrom somatosenzitiv. Cauzele psihologice ale acestui sindrom sunt: anxietatea, pseudorivalitatea cu viitorul copil, identificarea cu fătul, invidia față de capacitatea mamei de a purta sarcina și de procreare. Substratul organic este reprezentat de apariția unui shift hormonal la finele primului trimestru, cu creșterea ușoară a nivelelor prolactinei, cortizolului și estradiolului cu reaşezarea nivelelor de testosteron.

8.2.5. Nașterea și sexualitatea

Nașterea unui copil este un moment important în parcursul unui cuplu pentru care se pregătește pe întreaga perioadă a sarcinii pentru schimbarea în viața lor familială, emoțională și socială. Odată cu nașterea, partenerii cuplului devin părinți. Experiența nașterii joacă un rol important în sexualitate.

Se discută mai multe aspecte referitor la naștere și sexualitate: modul de naștere, efectuarea unei epiziotomii la naștere și participarea partenerului la naștere, respectiv aspecte legate de managementul ulterior al nou-născutului.

a. Nașterea naturală versus naștere prin operație cezariană

Este de menționat faptul că preferința pentru modul de naștere s-a schimbat în ultimii ani. Dacă înainte de anul 1989 majoritatea nașterilor erau pe cale vaginală, procentul de cezariene fiind aproximativ 10-12%, în anul 2010 acesta

a evoluat spre 40% și în anul 2020 la aproximativ 65-70%. De regulă operația cezariană se indică pe motive obstetricale, însă în ultimii ani tot mai des se efectuează operații cezariene la cerere.

S-au efectuat studii ce evaluează satisfacția sexuală după naștere în funcție de modul de naștere. Rezultatele studiului publicat de Garcia-Mejido în anul 2020 în *Acta Obstetrica-Gynecologica Scandinavica* arată că la 6 luni de la naștere, pacientele ce nasc pe cale vaginală cu ajutor instrumental (forceps sau vacuum) și care dezvoltă avulsia mușchilor ridicători anali au mai frecvent dispareunie, reducerea excitației, a capacității de a avea orgasm, a lubrefierii comparativ celor fără avulsia mușchilor ridicători anali. De asemenea aceste paciente au un scor mai mic al scorului de satisfacție sexuală.

Un alt studiu efectuat de Brtnicka et al în Slovenia și publicat în *Bratislava Lek Listy* în anul 2009 evaluează dispareunia în postpartum și arată că durerea este proporțională cu leziunile de la naștere, epiziotomia fiind asociată cu o prevalență mai mare a dispareuniei postpartum. Gutzeit et al în cadrul unui articol publicat în *Sexual Medicine* în anul 2019 subliniază faptul că deși atât nașterea vaginală cât și cea vaginală instrumentară sunt asociate leziunilor perineale, cel puțin nașterea vaginală nu pare a fi cauză de disfuncție sexuală postpartum mai mult decât nașterea cezariană. Nașterea vaginală instrumentară e posibil să crească însă ușor rata de disfuncții sexuale. Același autor arată că rupturile perineale de grad 3 și 4 sunt asociate disfuncțiilor sexuale postpartum. În schimb, exercițiile musculaturii pelviene reduc riscul de disfuncție sexuală.

Cappel et al. publică în anul 2020 în *The Journal of Sexual Medicine* un articol în care compară răspunsul genital și subiectiv în funcție de modul de naștere cu un grup de control de paciente nenăscute și găsește ca traumă la naștere (nașterea vaginală) are un impact negativ asupra răspunsului genital și Indexului Funcției Sexuale Feminine (IFSF) la doi ani de la naștere.

Alte articole printre care cel intitulat „Sexual Function After Childbirth by the Mode of Delivery: A Prospective Study” publicat de Lurie et al în *Arch Gynecology and Obstetrics* în anul 2013 arată că nu există diferențe în ceea ce privește indicele de satisfacție sexuală la pacientele ce nasc natural comparativ celor ce nasc prin operație cezariană, însă timpul până la reluarea activității este mai scurt la pacientele cu naștere vaginală fără epiziotomie (4.5 săptămâni), urmate de cele cu cezariană (6.1 săptămâni), apoi cele cu naștere vaginală instrumentară (6.1 săptămâni) și în final de cele cu naștere vaginală cu epiziotomie (7.9 săptămâni).

După Ahrendt în „Sexual-medizin in der Gynakologie” Springer Verlag 2015, în medie, cuplurile încep din nou actul sexual după 6-8 săptămâni de la naștere, rezultate în concordanță cu cele prezentate în studiile anterioare. Datele prezentate în manualul lui Ahrendt sunt în contradicție cu cele prezentate mai sus de Lurie et al, în sensul ca Ahrendt citează unii autori (von Sydow 2006; Bühling și colab. *European Journal Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 2006) după care femeile ce beneficiază de cezariană încep de obicei relații sexuale puțin mai devreme decât femeile după nașterea vaginală. În schimb sunt în concordanță

cu publicația lui Brtnicka et al atunci când afirmă că aproximativ 1/3 dintre paciente se plâng de dispareunie care nu exista înainte de sarcină și cu faptul că există o corelație strânsă între dispareunie și nașterea cu epiziotomie (Bühling 2006). Uneori rupturile pelviene și epiziotomia se pot vindeca vicios ceea ce poate conduce la dispareunie.

Sentimentele și amintirile unei femei referitor la naștere pot fi foarte diferite, deoarece experiența fiecărei femei poate fi diferită. Pentru unele nașterea este asociată cu durere, pentru altele cu amintiri plăcute. Oricum este o amintire foarte intimă.

Sumarizând, nașterea prin operație cezariană nu determină direct impietarea sexualității din perspectiva organica, respectiv nu determină modificarea excitabilității organice, implicit fără urmări legate de dispareunie sau capacitate organică de a avea orgasm. Modificările sexualității postcezariană, dacă există, sunt doar de natură subiectivă, motive posibile atât la cele cu naștere naturală cât și la cele cu naștere prin cezariană.

În cazul nașterii naturale, disfuncția sexuală nu este universal prezentă, fiind însă descrisă ca fiind prezentă la 11% dintre femeile cu naștere naturală fără epiziotomie, la 15% dintre nașterile naturale cu ruptură perineală nesuturată, la 20% dintre nașterile naturale cu ruptură perineală suturată, respectiv la 40% dintre cele cu epiziotomie. Făcând o clasificare a riscului de disfuncții sexuale postpartum, riscul mare este definit de nașterea vaginală asistată, riscul mediu de nașterea vaginală neasistată, riscul minim fiind reprezentat de nașterea prin cezariană.

b. prezența partenerului la naștere.

Un alt aspect important discutat în sala de naștere este prezența partenerului la naștere. Compasiunea față de parteneră, prezența la nașterea copilului propriu sunt motive pentru care tatăl dorește uneori să participe la naștere. Studiile arată că prezența partenerului la naștere poate avea un efect dificil de anticipat asupra sexualității cuplului: de la un efect favorabil la un efect nefavorabil. Prin urmare, partenerii ar trebui să fie prezenți la naștere numai dacă doresc să o facă cu adevărat.

8.2.6. Sexualitatea în perioada postpartum

Nașterea unui copil transformă de regulă prioritățile unui cuplu, această perioadă fiind plină de noi provocări îi solicitantă pentru mamă și cuplu. Viața de cuplu primește o nouă direcție, îngrijirea nou-născutului. În perioada de lehuzie apar modificări fiziologice urmare a cărora anatomia și funcționalitatea aparatelor și sistemelor genitale revine la perioada dinaintea sarcinii.

Mai multe studii evaluează simptomele fizice apărute în perioada postpartum. Printre acestea studiul lui Navodani și colaboratorii publicat în *PLoS* în anul 2019 evaluează problemele comune de sănătate la femeile născute în

Australia (1115) și imigrante nevorbitoare de limba engleză (243) după o perioadă de 18 luni postpartum. Ambele grupe de paciente au prezentat un profil similar al problemelor de sănătate în perioada de sarcină și postpartum. Cele mai frecvente probleme fizice întâlnite au fost: oboseala, durerile de spate, constipația și incontinența urinară. 16,0% dintre femeile născute în Australia și 22,5% dintre femeile imigrante s-au simțit abuzate de partener în primele 12 luni postpartum. Femeile imigrante au prezentat mai des depresie comparativ cu cele născute în Australia.

Într-un alt studiu efectuat tot în Australia de Thompson și publicat în revista *Birth* în anul 2002 se evaluează, pentru o perioadă de 24 de luni, asocierea dintre prevalența și persistența problemelor de sănătate, paritatea pacientei și modul de naștere. Au participat 1295 de femei, din care 1193 au finalizat studiul. Rezultatele au arătat că primiparele au avut mai frecvent decât multiparele durere perineală și probleme sexuale. Pacientele care au născut prin operație cezariană au prezentat mai frecvent lipsa somnului, probleme intestinale, însă mai puțin durere perineală și incontinență urinară. Femeile care au născut prin ajutor instrumental (forceps sau vacuum extracție) au prezentat mai multă durere perineală și probleme sexuale comparativ cu cele cu naștere vaginală. Concluzia studiului a fost că după naștere au apărut probleme comune de sănătate ce s-au diminuat ca intensitate în primele 6 luni.

În primele 6–8 săptămâni după naștere, excitabilitatea sexuală este redusă fiziologic, pereții vaginali sunt mai subțiri, iar orgasmul este mai puțin intens (Ahrendt în „Sexual-medizin in der Gynakologie” Springer Verlag 2015).

Recuperarea funcției sexuale în perioada de postpartum este subiectul mai multor cercetări.

Într-un articol intitulat „Modificări ale vieții sexuale după naștere”, publicat în *Psychiaria Danubina* în 2019, Vranes prezintă datele unui studiu efectuat în Croația în care se analizează comportamentul sexual la 113 femei secundipare. Evaluarea s-a efectuat pe baza unor chestionare ce au documentat intervalul până la prima activitate sexuală după naștere, frecvența activității sexuale în postpartum, dorința sexuală după naștere, dorința sexuală a partenerului după naștere, motivele ce au dus la amânarea reluării activității sexuale și frecvența activității sexuale în primul an după naștere. Rezultatele studiului au arătat că majoritatea femeilor au avut aceeași frecvență a actelor sexuale ca și înainte de naștere. O proporție semnificativă de femei au menționat că dorința sexuală a partenerilor a fost aceeași ca și înainte de sarcină. Majoritatea femeilor au avut activitate sexuală o dată pe săptămână în primul an după naștere. Oboseala, lipsa somnului, indispoziția și pierderea momentului au fost principalele cauze ce au determinat amânarea activității sexuale. Concluzia studiului este că în multe țări nu se discută acest aspect nici măcar în cadrul consulturilor medicale și femeile ar trebui informate că funcția sexuală revine la normal la un moment dat.

Roos și colaboratorii într-un articol publicat în anul 2020 în *International Urogynecology Journal* analizează rolul mușchiului ridicător anal în definirea calității funcției sexuale în postpartum. Articolul subliniază în introducere faptul că musculatura pelviană deține un rol important în definirea dimensiunii hiatusului

genital și a laxității vaginale, acestea influențând calitatea activității sexuale. Un hiatus prea strâmt este asociat disfuncției sexuale și dispareuniei, în timp ce un hiatus prea larg poate afecta funcția sexuală, determinând laxitate vaginală. În studiul condus de Roos și colaboratorii se analizează parametrii funcției sexuale la 6 luni de la naștere pentru un lot de 191 de primipare. Rezultatele au arătat că femeile cu dispareunie au avut un hiatus mai mic, la fel și diametrul antero-posterior mai mic în timpul manevrei Valsalva.

Un alt review publicat de de Araujo și colaboratorii în anul 2018 evaluează impactul căii de naștere asupra musculaturii planșeului pelvian. În acest review au fost incluse șase studii. Patru studii au arătat că nașterea naturală este asociată cu o arie mai mare a hiatusului genial. Un studiu a asociat aria hiatală cu defecte ale mușchilui ridicător anal în nașterea vaginală. Patru articole au evaluat vezica urinară și mobilitatea colului vezical după nașterea vaginală. Trei din patru studii au constatat că femeile ce nasc vaginal prezintă o creștere a mobilității colului vezical, în timp ce un studiu a constatat o ascensiune redusă a colului vezical. De asemenea s-a constatat că femeile ce nasc vaginal prezintă defecte la nivelul mușchilor puborectali. Concluzia studiului arată că nașterea vaginală a fost asociată cu o rată mai mare de leziuni la nivelul ridicătorilor anali, defecte la nivelul mușchilor puborectali, o mobilitate crescută a colului vezical și mărirea suprafeței hiatusului genital.

Conform evidențelor și așa cum este menționat și în articolul publicat de Gommesen în *British Medical Journal* în 2019, sexualitatea reprezintă un aspect important al identității umane și contribuie la calitatea vieții ambelor sexe, motiv pentru care disfuncțiile sexuale din perioada postpartum reprezintă un motiv de îngrijorare pentru femei. Studiul evaluează prospectiv funcția sexuală la 12 luni postpartum la un număr de 554 de primipare: 191 cu rupturi de gradul întâi, 189 cu rupturi de gradul al doilea și 174 cu rupturi de gradul trei și patru. Pentru evaluare s-a utilizat chestionarul PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire) și consultul clinic. Rezultatele studiului au arătat că dispareunia este asociată cu gradul de ruptură perineală, riscul relativ fiind de 2.05 (gradul 3), 2.09 (gradul 4). Pacientele fără ruptură de perineu au prezentat cel mai bun scor și cele mai puține dureri la activitate. Concluzia studiului a fost că disfuncția sexuală este frecventă după nașterea pe cale vaginală la primipare. La 12 luni, mai mult de jumătate din femeile cu ruptură de gradul trei și patru au prezentat dispareunie. Deoarece femeile fără rupturi vaginale la naștere au fost cel mai puțin afectate din punct de vedere al sexualității, este important să minimizăm extensia rupturilor perineale la naștere.

De menționat este studiul MAMMI ale cărui rezultate au fost publicate de O'Malley în articolul cu titlul „Prevalența și Factori de Risc Asociați cu Probleme de Sănătate Sexuală la Primipare la 6 și 12 luni Postpartum”. MAMMI a fost un studiu ce a urmărit sănătatea și problemele de sănătate ale femeii în timpul sarcinii și după nașterea primului copil. Scopul studiului a fost să evalueze prevalența și factorii de risc (dispareunia înainte de sarcină, modul de naștere, trauma perineală și alăptarea) pentru sănătatea sexuală (dispareunia, pierderea lubrefierii, pierderea interesului pentru activitatea sexuală). Au fost cooptate în studiu în lehuția

precoce 832 de primipare și evaluate la 3, 6, 9 și 12 luni postpartum. 46.3% dintre acestea au menționat pierderea interesului pentru activitatea sexuală, 43% au experimentat o pierdere a lubrefierii și 37.5% au prezentat dispareunie după naștere. Rezultatele în analiza univariată arată că nașterea asistată cu instrumental, rupturile vaginale de gradul doi, trei și epiziotomia sunt asociate cu prezența dispareuniei la 6 luni, însă în analiza multivariată doar rupturile de gradul trei în asociere cu alăptarea și dispareunia preexistentă rămân asociate cu aceasta. Alăptarea în combinație cu alți factori a fost asociată cu dispareunia, pierderea lubrefierii și pierderea interesului sexual la 6 luni postpartum. Alăptarea împreună cu nemulțumirea cu imaginea proprie a corpului a fost asociată cu pierderea interesului sexual la 12 luni postpartum. Dispareunia înainte de sarcină și alăptarea au fost asociate cu toți cei trei factori: dispareunia, pierderea lubrefierii și pierderea interesului sexual la 6 luni postpartum.

În concluzie, studiul a arătat că alăptarea și dispareunia au fost asociate cu probleme de sănătate sexuală la 6 luni postpartum. Dispareunia preexistentă a fost asociată cu deficit de lubrefiere la 12 luni și alăptarea a fost asociată cu imagine alterată a imaginii proprii corporale. Autorii concluzionează că este utilă consilierea cuplurilor pentru această perioadă pentru a îndepărta stresul, anxietatea și temerile legate de intimitate. Mai ales că un număr semnificativ de cupluri se tem să înceapă din nou relațiile sexuale și aproape 40% dintre femei au dureri la prima activitate după naștere (Ahrendt „Sexual-medizin in der Gynakologie” Springer Verlag 2015). De asemenea, tot în aceeași sursă bibliografică este menționat că după 3 luni, 41% încă raportează dispareunie și 22% după 6 luni. Aceeași sursă bibliografică menționează că primul orgasm este experimentat de femei la (în medie) 7 săptămâni postpartum și doar 20% ajung la orgasm la prima activitate sexuală postpartum.

Aceste dificultăți în exprimarea sexualității în cuplu pe perioada sarcinii și după naștere poate avea urmări asupra relației de cuplu. După unii autori, între 4–28% dintre parteneri încep o nouă relație sau continuă o relație existentă deja.

Într-un studiu publicat de von Sydow în anul 2006 și prezentat și de Ahrendt în manualul său, frecvența activității sexuale s-a modificat: înainte de sarcină 10/lună (bărbați) și 8/lună (femeile), în sarcină: de 3-4/lună și după sarcină: de 1-3/lună.

Femeile cu un libido scăzut înainte de sarcină sunt afectate mai mult postpartum. Un procent semnificativ al femeilor nu au activitate sexuală o perioadă mai lungă de timp. Mamele rigide, excesiv de protective, focusate disproporționat de mult asupra nou-născutului își pierd capacitatea de focusare asupra sexualității cuplului. Factorii economici își pot spune și ei cuvântul în sexualitatea cuplului: spațiul locativ redus asociat cu mutarea uneia dintre bunici în același spațiu alterează mult intimitatea cuplului; prezența bebelușului în dormitorul conjugal poate de asemenea modifica intimitatea și capacitatea de relaxare a partenerului în cuplu. Nu în ultimul rând, epuizarea mamei poate fi un factor negativ asupra sexualității.

8.2.7. Alăptarea și sexualitatea

Alăptarea este perioada în care nou-născuții sunt hrăniți la sânul mamei. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) recomandă alăptarea exclusivă la sân pentru 6 luni. Aceasta înseamnă lipsa administrării altor produse nou-născutului cu excepția vitaminei D. Alăptarea este cea mai bună opțiune de hrănire pentru nou-născuți, cu mici excepții de cauză maternă (HIV, sepsis matern, medicație psihotropă, medicație radioactivă) sau neonatală (galactosemie, fenilcetonurie, boala urinii de arțar), nou-născuții cu vârsta gestațională sub 32 de săptămâni și cei cu greutatea sub 1500 g, cu risc de hipoglicemie urmarea adaptării metabolice sau necesității crescute de glucoză necesită suplimentare nutrițională.

Alăptarea apare la sfârșitul sarcinii urmare a scăderii concentrației hormonilor de sarcină după naștere, eliminând astfel inhibarea lactației pregătită în timpul sarcinii. Alăptarea se menține ca urmare a stimulării regulate prin supt, oprirea acestei stimulări oprește și lactația, adaptând la necesar. Avantajul acestui mecanism este că cererea poate fi reglementată rapid după necesar. Perioada de alăptare era în urmă cu 100 de ani până la 3-4 ani.

În ziua de astăzi, un studiu din Spania publicat în Revista *Midwifery* în anul 2020 de Gonzalez-Darias et al. în care s-a studiat eficiența implementării unui program de promovare a alăptării a arătat că rata de nou-născuți alăptați a fost la 3 luni de 76% comparativ cu 56% la grupul control, respectiv la 6 luni de 47% vs. 35%.

Sunt studii în SUA ce arată că aproximativ 83% dintre nou-născuți sunt alăptați după naștere și la 6 luni mai rămân alăptați aproximativ 25%. Un studiu publicat de Lagerberg et al în *Scandinavian Journal of Public Health* în anul 2020 arată că rata de alăptare la 2 luni este mai redusă la pacientele ce nasc prin cezariană comparativ celor ce nasc vaginal, iar această asocieră a fost independentă de statusul de fumător, sexul copilului sau educația maternă. Alt studiu efectuat de Hoang Nguyen PT în Vietnam și publicat în anul 2019 în *Journal of Obstetrics and Gynecology* arată că la 6 luni rata de alăptare la pacientele ce au născut natural a fost de 72% comparativ celor ce au născut prin cezariană - 70%.

În primele 6-8 săptămâni după naștere și în timpul alăptării, excitabilitatea sexuală este fiziologic redusă, pereții vaginali sunt mai subțiri, iar orgasmul este mai puțin intens. La aproximativ 20% dintre femei, reflexul alăptării este declanșat în timpul orgasmului. După trei-patru luni și / sau înțărare, modificările vor fi mai mici. Unele femei experimentează orgasme mai intense decât înainte. Atunci când actul sexual este reluat, multe femei își simt vaginul ca neschimbat sau mai ferm decât înainte (din Sydow 2006).

Alăptarea are efecte diferite asupra sexualității. După Avery și colab. (2000; von Sydow 1999) 50% dintre femei experimentează alăptarea ca erotică. În perioada alăptării există un dezechilibru hormonal, în sensul că în lactație scade concentrația de estrogeni, progesteron, androgeni, și crește cea de prolactină. Acest dezechilibru determină atrofia epiteliului vaginal, sensibilitate mamară

crescută și scăderea libidoului. Studii efectuate au arătat o ușoară corelație inversă între alăptare și sexualitate. Un alt studiu efectuat prin utilizarea formularului de evaluare a indexului de satisfacție sexuală arată că alăptarea este un factor de risc pentru scăderea capacității de excitare și a satisfacției sexuale. De asemenea alăptarea întârzie reluarea activității sexuale în cuplu.

Poziția partenerului este de asemenea de luat în calcul, în condițiile evaluării sexualității în cuplu. Alăptarea transformă imaginea femeii în ochii partenerului, transformându-se din postura de iubită, de „vampă” în cea de madona, iar sânul efectiv devine din obiect de atracție în obiect cu rol nutrițional în familie.

În concluzie, alăptarea la copii are adesea un impact negativ asupra sexualității cuplului, determinând: apetit sexual scăzut, reducerea excitabilității, reluarea târzie a activității sexuale, dispareunie și prezența fluxului de lapte, însa marea majoritate a cuplurilor revin la echilibrul de dinainte de sarcină, 5% relatând un echilibru sexual „mai bun”, dar și 12% revin pe o traiectorie inferioară celei din perioada prepartală.

8.2.8. Consilierea asupra sexualității în sarcină și perioada postpartum

Perioada sarcinii și postpartumul este pentru cuplu o perioadă de speranță datorită dorinței de a aduce pe lume un bebeluș sănătos. Cu toate acestea, modificările adaptative din sarcină și perioada din postpartum este grevată de o serie de modificări ce influențează sexualitatea. În vederea depășirii acestei perioade este necesară o comunicare deschisă între parteneri, care să includă exprimarea dorințelor de apropiere fizică, sfaturi despre particularitățile activității sexuale în sarcină.

De asemenea consultul în postpartum trebuie să conțină nu doar elemente despre evoluția obstetricală, ci și despre sexualitate. Dacă pacienta ezită să întrebe singură despre aceste aspecte, este util să fie întrebată activ, deoarece disconfortul poate fi ameliorat prin aplicarea topică de lubrifiant, geluri analgetice etc. Alteori cuplurile au nevoie de consultanță psihologică pentru a depăși cu bine această perioadă.

IX. DISFUNȚII SEXUALE FEMININE ÎN MENOPAUA FIOZLOGICĂ

Dan Navolan, Marius Craina, Mihaela Plotogea

Menopauza este un proces fiziologic natural caracteristic după vârsta de 47-50 de ani ce se asociază cu modificări somatice fiziologice secundare involuției funcției ovariene. Perioada anterioară stării menstruațiilor, cunoscută cu numele de perioada de tranziție perimenopauzală, se întinde pe o perioadă variabilă de la 1 la 5 ani, este însoțită de modificări hormonale, caracterizată de iregularitatea ciclurilor menstruale indusă de trecerea de la ciclurile ovulatorii la cele anovulatorii (Kaunitz, *OBG Manag*, 2016) odată cu scăderea performanței funcționale ovariene. Cu toate că este considerat un fenomen natural, nu rareori femeile se confruntă cu numeroase și variate simptome și semne asociate încetării funcției endocrine ovariene, proces care determină alterări ale stării generale de bine fizic și emoțional, ale vieții intime și de zi cu zi, impietând în final asupra calității vieții. Alături de variate aspecte, femeia la menopauză poate resimți modificări importante în ceea ce privește funcția sexuală și sexualitatea (*ACOG Guideline 2014* și Shapiro, *Medscape* 2001).

Sexualitatea a cunoscut numeroase definiții de-a lungul timpului în literatura de specialitate, fiind considerată o parte integrantă a identității unui individ. Ea este definită ca o bună stare fizică, emoțională, psihologică și socială asociată cu dorința sexuală, nu neapărat în absența unei afecțiuni, disfuncții sau dizabilități (Heidari, *J. Men. Med.* 2019). Funcția sexuală este considerată a fi o combinație de aspecte psihosociale, printre care excitație, dorința și fantezii sexuale. Componentă importantă în viața unei femei, sexualitatea depinde de factori extrem de variați, printre care: genetici, biologici, emoționali, hormonali și sociali (Nazapour, *TJOG*, 2016). Comportamentul sexual este considerat a fi un ansamblu, într-un context ce cuprinde atât starea fizică și psihică a femeii, cât și relația cu partenerul, disfuncțiile sexuale ale acestuia, depinzând și de comorbiditățile și consumul de medicamente. Sexualitatea nu este un fenomen pur fizic, ci se bazează pe stilul de viață și particularitățile fiecărui individ. Ea este mai implicată decât orice altă activitate în valorile culturale, sociale și emoționale, iar dorința sexuală afectează toate aspectele din viața unei persoane (Thorton, *End Met Clin North Am*, 2015).

Sănătatea sexuală depinde de factori personali, relațiile interpersonale, tradiții familiale, factori sociali, culturali și religioși. Disfuncția sexuală este definită ca o perturbare a răspunsului psihologic la stimulii sexuali sau ca durere asociată actului sexual. Relațiile sexuale reprezintă unul dintre cei mai importanți factori care influențează viața maritală și starea de fericire a familiei, în absența cărora putând apărea eșecul, insecuritatea și scăderea calității vieții (Heidari, *J. Men. Med.* 2019).

Prevalența disfuncțiilor sexuale în rândul femeilor este estimată a fi între 25 și 63%, crescând odată cu vârsta, cu valori mai ridicate în rândul femeilor aflate la menopauză, și anume între 68 și 86,5% (Nazapour, *TJOG*, 2016). Tulburările sexuale cunosc o creștere odată cu înaintarea în vârstă, cu reducerea nivelului seric de estrogen și cu tranziția menopauzală. Așadar, modificările sexualității și ale funcției sexuale pot fi incluse în preocupările asociate menopauzei. În această perioadă de tranziție, dar și ulterior, principalii factori care determină disfuncții sexuale sunt reprezentați de modificările generale care afectează organismul, în special sindromul genitourinar cu atrofia vulvo-vaginală caracteristică, tulburările psihosociale și absența culturii sexuale și nu în ultimul rând disponibilitatea partenerului (disfuncțiile sexuale masculine asociate vârstei respectiv dispariția fizică sau biologică a partenerului). Toate acestea vor adânci modificările fiziologice și patologice asociate perioadei menopauzale, iar tulburările sexuale se vor solda cu afectarea sănătății mentale a persoanei în cauza și a familiei (Dabrowska-Galas, *Sex Med*, 2019).

Menopauza, cu toate că este un proces fiziologic, poate asocia o varietate de semne și simptome, cele mai comune fiind reprezentate de tulburările vasomotorii (Shapiro, *Medscape* 2001).

9.1. Factori implicați în apariția disfuncțiilor sexuale

Numeroase studii au încercat să evidențieze factorii ce determină apariția tulburărilor sexuale. Este important de subliniat că disfuncțiile sexuale își au originea într-un spectru larg de factori biologici, psihosexuali și contextuali, care au fost împărțiți în trei categorii: factori care predispun, precipită și întrețin disfuncțiile sexuale. Multitudinea de factori implicați în aceste tulburări aparțin unor domenii extrem de variate (Heidari, *J. Men. Med.* 2019).

Factorii biologici sunt profund implicați în apariția și severitatea disfuncțiilor sexuale. Dintre cei predispozanți, afecțiunile ginecologice sunt reprezentate de tulburările ciclurilor menstruale, afecțiunile care inhibă secreția de hormoni și activitatea endocrină a ovarelor. Patologiile genetice sau autoimune, generale și/sau asociate cu insuficiență ovariană prematură, precum sindromul Turner, X-fragil, mozaicismele, delețiile sau inversiunile, lupus eritematos sistemic, artrită reumatoidă și altele afectează prin multiple mecanisme viața intimă și personală, atât în timpul funcționării endocrine și reproductive a ovarului, cât mai ales ulterior sistării funcției ovariene (Graziottin, *The J Sex Med*, 2005). Istoricul medical și chirurgical, general, dar mai ales ginecologic, în principal dacă este asociat cu întreruperea bruscă (temporară sau definitivă) a secreției hormonale, precum în cazul anexectomiei bilaterale sau ulterior chimioterapiei și iradierii pelvine, determină modificări profunde atât fizice, biologice, cât și psihice și emoționale. Tratamentele diferitelor afecțiuni medicale, patologii renale, hepatice pot de asemenea afecta funcția ovariană și pot determina apariția tulburărilor sexuale.

Endometrioza, o afecțiune cu potențial debilitant asupra aparatului genital, atât prin durerea pelvină, modificările anatomice caracteristice, mai ales în cazul formelor severe, cât și prin afectarea funcției reproductive, necesită frecvent intervenții chirurgicale extinse și cu impact asupra aparatului genital (Mehedințu, *Actualități în diagnosticul și tratamentul menopauzei*, 2017).

Vârsta la care s-a instalat menopauza și tipul acesteia reprezintă principalii factori biologici precipitanți. Cu cât vârsta instalării menopauzei este mai mică și debutul mai abrupt, cu atât modificările generale asupra organismului, precum și cele locale sunt mai severe. În ceea ce privește tipul menopauzei, în cazul celei instalate biologic sau ca urmare a sindroamelor genetice, secreția de estrogen și nivelul seric al acestuia scade progresiv. Eșecul ovarian prematur instalat brusc și iatrogen determină o scădere brutală a estrogenului circulant și complicațiile deficitului hormonal se resimt cu o frecvență crescută, într-un mod agresiv și cu o severitate mai accentuată (Cox, *Climacteric*, 2019). Menopauza iatrogenă se asociază, de asemenea, cu scăderea secreției de androgeni, precum și cu alte complicații determinate atât de sistarea funcției ovariene, cât și de afecțiunea primară și tratamentele corespunzătoare acesteia. Extinderea în timp și severitatea simptomelor caracteristice menopauzei induse agravează suplimentar atât alterările fiziologice și generale, cât și disfuncțiile sexuale secundare, cu impact atât asupra sexualității cât și asupra calității vieții în general (Plotogea, *ISI Proceedings*, 2016). Printre factorii biologici precipitanți se mai pot amintii afecțiunile medicale concomitente, tratamentele efectuate cât și abuzul de substanțe precum alcoolul.

Factorii biologici care mențin sau întrețin disfuncțiile sexuale sunt și ei variați. Manifestările sistemice secundare instalării menopauzei, aici fiind incluse cele hormonale, vasculare, musculare, neurologice și imunologice, produc alterări profunde asupra întregului organism, iar consecințele determină multiple modificări asupra organelor și sistemelor, aparatul genital și funcția sexuală fiind parte a acestora (Graziottin, *The Management of Menopause*, 2003; Graziottin, *The J Sex Med*, 2005). Un procent important de semne și simptome sunt ameliorate de către tratamentul de substituție hormonală. Astfel, prezența contraindicațiilor absolute ale acestei terapii sau administrarea și utilizarea inadecvată nu aduce cu sine ameliorarea clinică necesară unei funcționări corespunzătoare și prevenirii altor comorbidități asociate depleției estrogenice. Afecțiunile medicale concomitente netratate sau incomplet tratate, precum cele urologice, metabolice și psihiatrice, agravează la rândul lor impactul negativ asupra funcției sexuale. Alături de ele se află și eventualele tratamente concomitente și abuzul de substanțe (van Lankveld, *J. Sex. Med*, 2010).

Factorii psihosexuali sunt implicați în toate cele trei categorii ce afectează funcția sexuală. Dintre cei predispozanți, caracterul particular sexual anterior prezintă o importantă deosebită. Experiența sexuală, reprezentată de calitatea vieții sexuale și de experiența sexuală din timpul vieții fertile, istoricul sexual, în special dacă avem de-a face cu violența sau abuzurile, afectează profund calitatea

actului sexual, ducând la creșterea incidenței și a gradului de disfuncții sexuale. Alături de aceste aspecte, tulburările afective, precum depresia sau anxietatea, tipul de temperament și personalitate, relația cu partenerul împreună cu aspectul extern pot determina sau agrava tulburările sexuale și calitatea vieții intime (Simon, *Menopause*, 2014).

În ceea ce privește factorii psihosexuali precipitanți, trebuie precizat că pierderea prematură a fertilității și decepțiile personale, relaționale și sociale care survin se asociază cu apariția unor tulburări psihoafective și disfuncții sexuale deseori severe. Modificările externe apărute odată cu înaintarea în vârstă, îmbătrânirea fiziologică sau prematură, scăderea încrederii în sine și în ceea ce privește percepția asupra propriului organism sunt frecvent asociate cu tulburări afective, distres, scăderea dorinței și plăcerii sexuale și reprezintă factori psihosexuali care întrețin tulburările sexuale (Khandler, J. *Womens Health*, 2011).

Factorii contextuali deseori determină apariția sau creșterea incidenței și a severității tulburărilor afective, emoționale și sexuale. Factorii contextuali precipitanți sunt frecvent de natură etnică, socială, culturală, având la baza tradiții și reguli nescrise variate. Modul în care societatea de care aparține o femeie se adresează perioadei menopauzale, caracterele particulare legate de sexualitate, accesul la asistența medicală și suportul social influențează profund calitatea vieții sexuale într-o societate, atât în timpul vieții fertile, cât mai ales ulterior instalării menopauzei. Accesul la îngrijiri medicale de calitate pot atât predispuce, precipita, cât și menține tulburările sexuale ce vor avea inevitabil odată cu încetarea funcției hormonale ovariene. Statusul relațional, mai ales dacă se produce un divorț, separare, îmbolnăvire sau deces al partenerului, împreună cu calitatea vieții personale și sexuale a cuplului constituie importanți factori precipitanți și întreținători ai disfuncțiilor sexuale (Graziottin, *The J Sex Med*, 2005 și Basson, *JOGC*, 2006).

9.2. Compartimentul periferic

Alături de acestea, sindromul genitourinar, în special atrofia vulvo-vaginală, are probabil cel mai mare impact local în ceea ce privește apariția disfuncțiilor sexuale. Acest sindrom definește și caracterizează modificările anatomice și funcționale ale tractului genital, cu afectarea vulvei, vaginului și tractului urinar inferior (Portman, *Menopause*, 2014). Debutul acesteia este în postmenopauză, intensitatea variind de la o persoană la alta.

Atrofia vulvo-vaginală este cea mai comună manifestare, dar și cea mai puțin relatată de către paciente, cu o prevalență de aproximativ 50% (Zagaria, *US Pharm*, 2014). Ea este caracterizată de uscăciune vaginală, apariția senzațiilor de arsură și iritație locală, scăderea secreției vaginale fiziologice și modificările locale ale ph-ului. Alături de acestea apar tulburările sexuale ce includ scăderea lubrifierii, disconfort, durere, dispareunie și sângerări postcoitale, precum și disurie, creșterea incidenței infecțiilor urinare și micțiuni imperioase (Stika, *Dermatol Ther*,

2010). Aceste modificări, cu frecvența și severitate variată, sunt produse în principal de dispariția rezervei funcționale ovariene, cu alterarea secundară a steroidogenezei urmare a dispariției celulelor granuloase, cu păstrarea celulelor stromale, tecale. Caracteristică menopauzei este prăbușirea atât a estrogenului circulant, cât și scăderea hormonilor androgeni, cunoscuți cu implicații profunde atât în ceea ce privește anatomia și fiziologia aparatului genital inferior, dar mai ales asupra funcției sexuale centrale (Karram, *OBG Management*, 2015).

De asemenea, hipoestrogenemia determină atrofia epiteliului vaginal, cu scăderea capacității de transudare, care susține și menține lubrefierea vaginală.

Alterările locale asociate hiposecreției hormonale includ modificări în anatomia locală, printre care scăderea perfuziei sangvine locale și a numărului capilarelor, atrofia vaginală cu reducerea numărului de straturi ale peretelui vaginal și a rugozităților specific acestuia. Peretele vaginal devine neted, palid, fragil, cu scăderea diametrului și a lungimii, crește sensibilitatea la traumatisme minime cu apariția fisurilor și sângerărilor. Împreună cu scăderea testului adipos de la nivelul labiilor mari și reducerea introitului vaginal, toate aceste modificări determină apariția disfuncțiilor sexuale și scade calitatea vieții intime a femeilor în menopauză (Mac Bride, *Mayo Clin Proc*, 2010 și Kim, *J. Menopausal Med*, 2015)).

Hipoestrogenemia este responsabilă de scăderea și modificarea PH-ului, prin alterarea populației de bacili Doderlein, cu shift din zona acidă înspre zona alcalină cu apariția unui dismicrobism vaginal, în afara vreunei vulvovaginite specifice bacteriene sau micotice, sporind dispareunia și discomfortul sexual genital.

Fragilitatea peretelui vaginal cu creșterea sângerărilor postcoitale predispun la creșterea incidenței și a agresivității locale ale HPV-ului. Împreună cu scăderea activității sistemului imun, aceste infecții au potențial persistent și progresiv, cu apariția leziunilor pre sau chiar neoplazice locale, la nivelul întregului aparat genital inferior (Santoro, *J. Sex. Med*, 2009; Freedman MA *Menopause Manage* 2008; Frank, *Am. Fam. Phys*, 2008).

Alterările locale asociate atrofiei vaginale și restul modificărilor anatomice și funcționale, mai ales dacă avem de-a face cu forme severe, pot asocia tulburări sexuale profunde, până la imposibilitatea penetrării și evitarea contactului sexual. În lipsa tratamentului specific și a educației sexuale corespunzătoare, viața intimă a femeilor este profund afectată. Dispareunia, asociată perioadei postmenopauzale, este unul dintre cele mai frecvente și neraportate simptome. Ea este definită ca o durere persistentă și recurentă ce apare înainte, în timpul sau după contactul sexual. Un procent scăzut de femei se adresează serviciilor medicale cu această acuză, procentul fiind raportat la aproximativ 25%. Dispareunia determină creșterea factorului de stres, reducerea plăcerii, a contactelor sexuale, iar asta indiferent de vârsta femeii implicate sau modul de apariție. În consecință apare scăderea importantă a calității vieții intime, de cuplu și a calității vieții în general (Kao, *Pain Res Manag*, 2008).

Reducerea nivelului estrogenic ce apare în preajma menopauzei determină subțierea mucoasei uretrale. Musculatura înconjurătoare de asemenea slăbește cu

vârsta, un proces numit „relaxare pelvină”. Ca urmare, femeile de vârstă medie și după aceasta prezintă un risc crescut de incontinență și pierdere involuntară de urină. Factorii principali de risc sunt antecedentele de nașterea vaginală și înaintarea în vârstă.

9.3. Compartimentul central

Gonadostatul menopauzei fiziologice sau iatrogene înseamnă producție excesivă de gonadotropi, în încercarea fiziologică a hipofizei, de a stimula compartimentul periferic. Adaptarea hipofizară nu este urmată de repercusiuni în sfera sexualității.

Excitabilitatea centrală este influențată strict de nivelul androgenilor de proveniență ovariană și adrenală. Până la vârsta senescenței, când performanța adrenală scade, menopauza fiziologică nu asociază scăderi ale androgenilor sistemici, prin persistența, în corticala ovariană, a celulelor tecale, a căror steroidogeneză continuă să funcționeze în climax, mai mult are o funcționare crescută, sub imboldul stimulator al LH-lui hipofizar de menopauză (crescut).

Doar menopauza artificială, secundară ovariectomiei sau secundară insuficienței ovariene funcționale induse de diverse regimuri chimioterapice sau radioterapiei locoregionale este asociată cu scăderea dramatică a libidoului, a excitabilității centrale, respectiv a capacității orgasmice și implicit a satisfacției sexuale globale. Deprivarea androgenică și mai mare se observă la cazurile cu asociere de radioterapie abdominală cu ovariectomie, la care avem o prăbușire asociată a androgenilor ovarieni și a celor adrenali. Modificările centrale sunt ireversibile. Tratamentul mult discutat cu suplearea testosteronică la femei este încă controversat, preparatele de substituție androgenică feminină fiind retrase de pe piața europeană. Uzul acestora, indicațiile de tratament și contraindicațiile sunt mai restrictive și decât cele de la tratamentul hormonal de menopauză. Efectele secundare induse, de tip hirsutism pilar și tegumentar, limitează și mai ales uzul ca substituție androgenică de durată.

9.4. Tratamentul disfuncțiilor sexuale în menopauza fiziologică

Tratamentul disfuncțiilor sexuale este unul complex. El ar trebui să cuprindă toate aspectele implicate în apariția și persistența acestora. În ceea ce privește terapia medicamentoasă, ea poate fi sistemică, locală sau mixtă.

Diagnosticul menopauzei este cel mai adesea pus pe date anamnestice și clinice, mai rar sunt necesare investigații hormonale de laborator. Perioada de perimenopauză caracterizează femeile cu o vârstă corespunzătoare ce prezintă semne și simptome perimenopauzale iar menopauza se diagnostichează atunci când o femeie prezintă amenoree de peste 12 luni.

La menopauză cel mai adesea consultul local descrie atrofia genitală. Determinarea concentrației de FSH este rareori necesară pentru punerea diagnosticului (este utilizată mai frecvent la femeile cu menopauză precoce). Valorile crescute ale FSH confirmă diagnosticul de menopauză.

Din punct de vedere anamnetic se observă modificări ale caracterului ciclului menstrual ce apar în a cincea decadă de viață, acesta devenind mai scurt și neregulat. Concomitent cu modificările ciclului menstrual apar și fenomene asociate deprivării estrogenice: sensibilitate mamară, modificări ale fluxului menstrual, oboseală. Simptomele pot persista mai accentuat sau mai superficial până la 10 ani. Simptomele pot fi grupate în vasomotorii (datorită probabil problemelor de termoreglare: flush, transpirații, căldură, senzație de rece), vaginale (uscăciune, dispareunie, scăderea elasticității, prurit, subțierea mucoaselor), sindromul urogenital (determinat de deficitul de estrogeni și androgeni ce cauzează urinare imperioasă, disurie, infecții urinare), neuropsihiatrice (deficit de concentrare, depresie, pierderea memoriei, iritabilitate), cardiovascular (scăderea LDL, creșterea colesterolului), musculoscheletale (pierderea densității osoase).

Studiile publicate au arătat că măsurarea pH-ului vaginal poate fi utilizată ca marker al menopauzei - valoarea pH-ului vaginal (alcalinizarea) corelând cu valoarea FSH. De asemenea, aceasta metodă facilitează evaluarea valorii bazale a estrogenilor și poate fi utilizată pentru evaluarea eficienței terapeutice a medicației de substituție estrogenice (Panda S, si colab. Vaginal pH: A marker for menopause. *J Midlife Health*. 2014).

Alte simptome și patologii ce sunt accentuate sau apar în menopauză sunt prolapsul genital și incontinența urinară.

Prolapsul genital este reprezentat de deplasarea organelor genitale feminine prin vagin spre exterior. De-a lungul timpului au fost utilizate mai multe clasificări ale prolapsului genital. În anul 1996 Societatea Internațională a Continenței și Societatea Chirurgilor Ginecologi a publicat un consens pentru a descrie prolapsul genital feminin numit Sistemul de Cuantificare al Prolapsului Genital sau Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q) (Bump RC, si colab. *Am J Obstet Gynecol*. 1996).

În cadrul acestei clasificări, himenul reprezintă punctul fix de reper (punctul 0) pentru sistemul de cuantificare POP-Q. Se definesc 6 puncte: Aa, Ba, C, D, Ap și Bp la fel și încă trei repere GH, TVL și PB. Fiecare punct este măsurat în centimetri deasupra de himen (număr negativ) sau sub himen (număr pozitiv), planul himenal fiind 0. S-a preferat alegerea himenului ca plan de referință deoarece este mai ușor de identificat decât introitul vaginal. Pe fiecare perete vaginal sunt 3 puncte A, B și C pe peretele anterior (Aa, Ba, Ca) sau pe peretele posterior (Ap, Bp, Cp). Punctele Aa și Ap sunt la 3 cm deasupra sau sub himen. Punctele Ba și Bp sunt definite ca punctele cele mai joase ale prolapsului între Aa (anterior), respectiv Ap (posterior) și apexul vaginal. Apexul este reprezentat anterior de cervix (C) și posterior de Douglas (D). Dacă o pacientă a suferit o histerectomie, punctul C este reprezentat de apexul vaginal, iar punctul D lipsește. Alte măsurători sunt lungimea vaginului restant,

hiatusul genital (gh) de la meatul uretral până la nivelul himenal posterior și corpul perineal (perineal body – pb) (Bump RC, și colab. *Am J Obstet Gynecol*. 1996).

Incontinența urinară reprezintă pierderea involuntară de urină (IU) și apare când presiunea vezicală depășește presiunea de închidere a uretrei. Incontinența urinară de stress (SUI) este o situație în care pierderea involuntară de urină apare ca urmare a unui efort, strănut sau tuse (Abrams P., *Neurourol Urodyn*, 2002). Cele mai frecvente cauze de incontinență sunt o mobilitate excesivă a bazei vezicii urinare și a joncțiunii vezicouretrale, motiv pentru care mobilitatea uretrală trebuie explorată la aceste pacienți.

Testul Q-tip (cotton swab test) sau testul bețisorului cu bumbac este un test simplu ce se poate efectua în ambulator pentru a cuantifica mobilitatea uretrală la efort. Testul a fost menționat în urmă cu 50 de ani de Crystle (*Obstet Gynec*, 1971) însă este utilizat destul de puțin în literatură. Testul implică inserția unui bastonaș cu bumbac în uretră și măsurarea modificării unghiului acestuia sub creșterea presiunii abdominale. O variantă adaptată a testului Q test uretral este varianta vaginală în care bastonașul este introdus vaginal. Rezultatele și interpretarea testelor sunt similare însă discomfortul este mult redus la testul vaginal (Meyer, *Obstet Gynecol* 2016). Conform citării precedente la ambele teste mobilitatea excesivă este considerată o mobilitate cu un unghi peste 30°.

Incontinența urinară poate fi clasificată conform Khandelwal C și colaboratorii (Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician*. 2013) în următoarele categorii:

- Incontinența urinară de stres afectează între 1/4 și 1/2 din femeile peste 30 de ani. Este determinată de slăbirea sfincterului urinar și a musculaturii pelviene.
- Incontinența de urgență afectează între 10% și 30% din femeile cu vârsta între 40 și respectiv peste 75 de ani. Se datorează hiperreactivității detrusorului vezical cauzată de iritarea vezicii sau inhibarea controlului neurologic asupra contracțiilor.
- Incontinența prin prea plin datorată hiperdistensiei vezicale ca urmare a scăderii contractilității detrusorului

Tratamentul disfuncțiilor sexuale „fiziologice” în postmenopauză vizează refacerea PH-ului vaginal, restabilirea echilibrului florei vaginale, menținerea troficității musculaturii vaginale, menținerea troficității țesutului erectil clitoridian și restabilirea, în limitele realizabilului a rapoartelor anatomice normale cu tratamentul prolapsului urogenital și al incontinenței urinare, unde acestea sunt prezente.

Substituția estrogenică locală intravaginală presupune administrare intermitentă, de estriol (Ovestin pesare sau cremă) izolat sau asociat cu preparate de bacili Doderlein, precum pesarele Viviflor, cu aplicare intermitentă, la 1-3 zile, după o minim încărcare de 7-10 zile consecutiv. Uzul de estrogeni slabi de acest tip, se poate prelungi până la șase luni fără asocierea protecției progesteronice, respectiv pauză de 2-4 săptămâni cu reluarea curei de substituție intermitentă.

Acestea reprezintă o alternativă și în cazul în care administrarea sistemică prezintă contraindicații (Ferrero, *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2008 și Kingsberg, *Int J W Health*, 2009)

Substituția sistemică presupune uz de preparate de 17-beta estradiol sau estradiol valerat, cu administrare intravaginală, transdermică sau orală, cu protecție progesterică de minim 10 zile/lună, lunar, la cazurile cu endometru păstrat.

Administrarea preparatelor orale este de preferat a fi de scurtă durată, preferându-se pentru preparate de lungă durată preparate estrogenice transdermice. Regula protecției progesterică rămâne valabilă în toate situațiile cu endometru prezent, în varianta ciclică de 10 zile/lună, lunar, variantă care menține menstra de privare lunară, importantă pentru unele femei în definirea feminității sau varianta continuă cu administrare zilnică orală 100 mg de progesteron natural, intravaginală aceeași doză de 100 mg zilnic sau intrauterină – dispozitiv intrauterin ce induce atrofiie endometrială: MIRENA și nu dispozitivul anticoncepțional JAYDESS.

Doza standard de 17-beta estradiol este de 1 mg/zi administrare orală, respectiv de 0.05 mg/zi transdermic, cu excepția femeilor tinere cu insuficiență ovariană precoce, care, au nevoie în primii 1-2 ani de doze mai mari, de 2mg/zi oral, respectiv de 0.1 mg/zi transdermic.

La cazurile cu menopauză fiziologică actuala tendință este de a începe cu doze minim necesare, uneori doze minime de estradiol transdermic de circa 0.014 mg cu efecte adverse minime. Uzul acestor doze permite cure de extrem de scurtă durată de progesteron micronozat, de 12 zile la fiecare 6-12 luni.

Complicațiile posibile ale tratamentului hormonal de menopauză sunt condiționate în principal de calea de administrare a preparatului estrogenic, calea orală fiind grevată de mai multe modificări secundare parcurgerii primului pasaj hepatic:

- a. efect favorabil asupra lipidogramei, cu creșterea lipoproteinelor de densitate mare cu scăderea lipoproteinelor de densitate mică, dar cu creșterea asociată și a trigliceridelor.
- b. Creșterea tuturor globulinelor sintetizate la nivel hepatic: SHBG – globulină transportoare a steroizilor sexuali responsabilă de scăderea fracției libere de androgeni cu efect negativ asupra excitabilității centrale; TBG – globulină transportoare a hormonilor tirodieni cu scăderea pasageră a fracției libere a hormonilor tirodieni.
- c. Efectele asupra coagulării sunt duale: stimulează cascada coagulării, prin creșterea sintezei fibrinogenului, respectiv facilitează fibrinoliza, prin scăderea antigenului PAI - 1

Conform ghidului Societății Române de Obstetrică-Ginecologie din România distingem contraindicații absolute și relative ale tratamentului de substituție hormonală în menopauză.

Contraindicațiile absolute ale tratamentului de substituție sistemic estroprogestativ chiar dacă pacientele au valuri de căldură intolerabile sunt:

- sângerări vaginale neexplicate
- boli hepatice active
- tromboze active/istoric de tromboze venoase profunde sau pulmonare
- boala cardiovasculară diagnosticată
- lupus eritematos diseminat
- femei cu antecedente de cancer mamar
- femei cu melanom malign actual/istoric de melanom malign
- istoric de cancer endometrial
 - stadiul \geq II, sau
 - stadiul I cu invazie profundă sau ganglioni pozitivi;

se poate folosi în cazul unei femei cu istoric de stadiul I fără invazie endometrială sau miometrială.

Contraindicațiile relative ale tratamentului de substituție sistemic estroprogestativ sunt:

- bolile active ale veziculei biliare,
- istoricul de migrene,
- creșterea trigliceridelor serice,
- antecedente puternice de cancer de sân (mai mult decât un caz la ruda grad I),
- istoricul de fibroame,
- hiperplazia atipică ductală mamară.

În ultima perioadă, tratamentele locale androgenice (ce conțin dehidroepiandosteron) și-au dovedit eficacitatea în restaurarea modificărilor anatomice atrofice și, mai ales, în reducerea dispareuniei și a disfuncțiilor sexuale (Labrie, *Menop. Manag.*, 2010). Aceste terapii și-au dovedit eficacitatea superior tratamentului sistemic de substituție hormonală, cunoscut fiind faptul că un procent semnificativ din femeile cărora li se administrează estrogen sistemic continuă să aibă diferite grade de atrofie vaginală (Archer, *J. Ster. Bioch. Mol. Biol.*, 2015). Acest fapt confirmă acțiunea androgenică asupra tractului genital inferior, iar administrarea de DHEA local și eventual sistemic îmbunătățește atât modificările atrofice locale, cât mai ales funcția sexuală și calitatea vieții intime (Labrie, *Menopause*, 2009). De menționat însă că uzul de preparate androgenice se poate efectua strict la cazurile substituite în prealabil pe linie estrogenică

Între opțiunile de tratament trebuie menționat Tibolone, un steroid sintetic cu efecte combinate androgenice, estrogenice și progesteronice, cu efecte de compensare a simptomelor neurovegetative respectiv ameliorarea simptomelor sexuale. Limitele administrării sunt strict legate de riscul aterogenetic.

X. DISFUNȚII SEXUALE FEMININE. GENERALITĂȚI

Dana Stoian, Dan Navolan

10.1. Fiziologia răspunsului sexual feminin

Semnele obiective ale răspunsului sexual la femeie sunt clare, prezentate, catalogate în funcție de etapele clasice descrise de **Masters și Johnson: Excitație, Platou, Orgasm și Rezoluție, respectiv modelul EPOR.**

Cu toate acestea, acest model care presupune prezența la toate femeile, ca și în cazul bărbaților, a unei dorințe spontane, este mult criticat, datorită constatărilor recente, prin care doar circa 30% dintre femei au acest tip de dorință.

În egală măsură, existența orgasmului nu este imperativă pentru o viață sexuală satisfăcătoare.

Din acest motiv, a apărut ulterior modelul **Kalpan**, care adaugă dorința ca element esențial al începerii activității sexuale, respectiv **modelul Dorință – Excitare – Platou – Orgasm – Rezoluție: DEPOR.**

Modele propuse:

Modelul circular BASSON

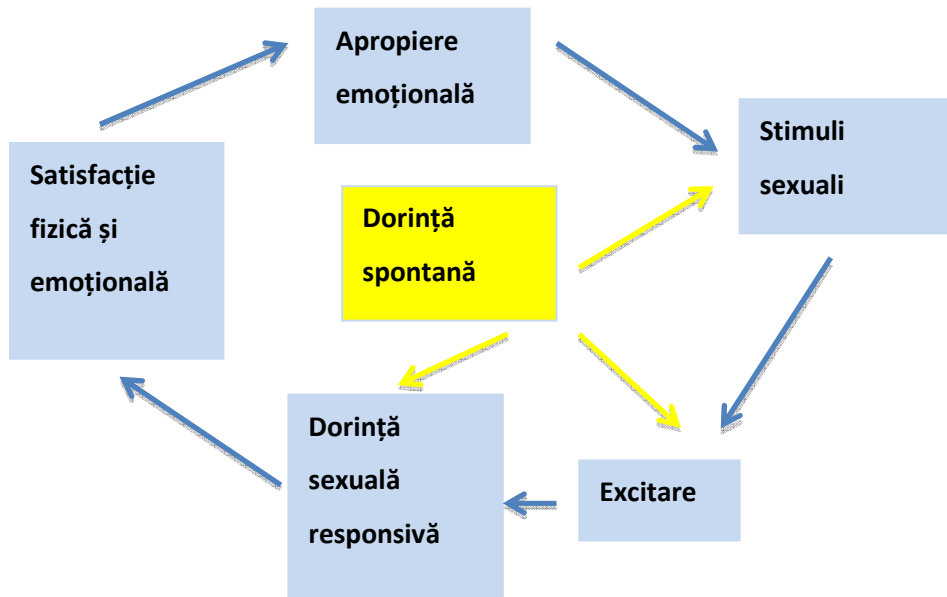


Fig. 13. Modelul ciclic al răspunsului sexual feminin

Modelul DUAL – J. Perelman

- excitația și inhibiția influențează răspunsul și comportamentul sexual (trecerea la act);
- complex de fenomene psihologice și neuropsihologice, modulate de factori culturali și sociali;
- experiențele precoce ne învață ce este excitant și ce este inhibitor;
- de obicei, predomină starea de inhibiție, care este o protecție pentru eventuale comportamente sau situații;
- alterarea mecanismului inhibiției determină disfuncție sexuală (manifestare exagerată a inhibiției) fie comportamente de risc (nivel diminuat al inhibiției);
- echilibrul dintre excitabilitate și inhibiție este adaptativ, evolutiv și variabil;
- nivelul excitabilității la femei este inferior celui de la bărbați, respectiv nivelul inhibiției este mai mare;

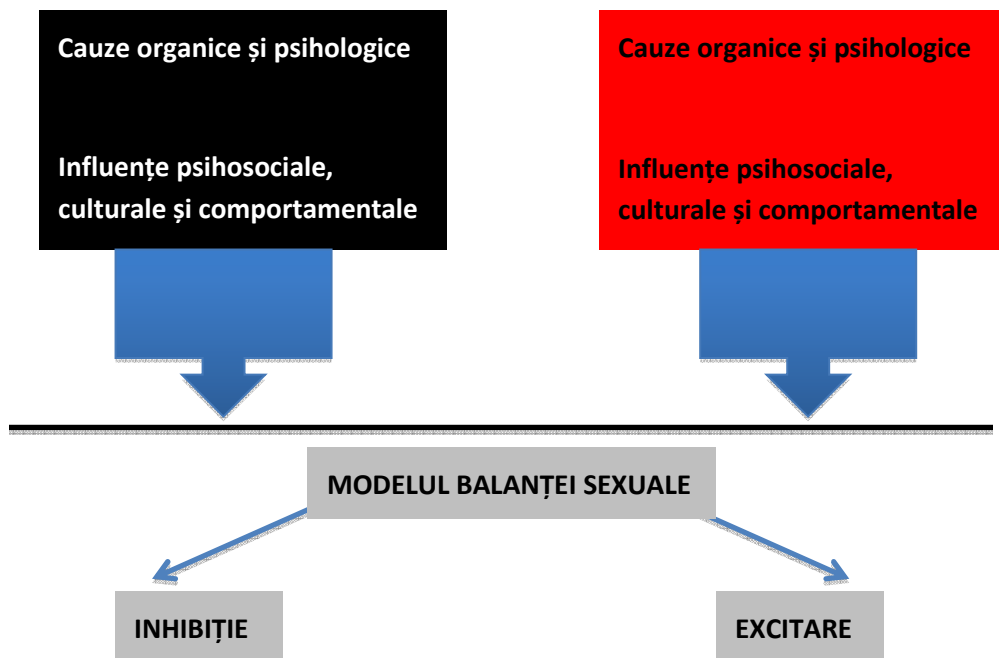


Fig. 14. Modelul dual al răspunsului sexual

Modelul „SEX SUFICIENT DE BUN” – Metz și McCarthy

- sexul este un element bun, pozitiv al vieții, parte din confortul personal, individual și în cuplu;
- relația și satisfacția sexuală sunt direcția normală și firească de evoluție a unui cuplu;
- informațiile și mai ales expectațiile realiste sunt importante pentru o satisfacție sexuală corespunzătoare;
- starea generală de sănătate este o condiție minimă a sănătății sexuale;
- relaxarea este esențială în obținerea plăcerii, a erotismului și performanței sexuale;
- intimitatea în cuplu este cel puțin atât de importantă ca și performanța sexuală;
- există trei tipuri de răspuns, de tip excitație: interacțiunea cu partenerul, relaxarea senzuală personală, rolul jucat în cuplu;

- sexul este integrat în viața reală, iar viața reală este integrată în cea sexuală;
- sexul nu este un fragment izolat în viața cuiva;
- sexul este personalizat: idiosincrazic, spiritual, special, dumnezeiesc;
- funcțiile sexului:
 1. biopsihică – plăcere sexuală și control al anxietății,
 2. interpersonală – sporirea intimității relației,
 3. psihică – respectul și imaginea de sine,
 4. biologică – reproducere.

Cea mai interesantă constatare este însă aceea că, atunci când pacientele au fost întrebat care model li se potrivește cel mai bine, au ales în proporții sensibil egale unul din modelele antemenționate. Factori culturali, relaționali, experiența personală, inclusiv evoluția de-a lungul vieții unei femei permit trecerea de la un model la altul, ca în orice proces evolutiv.

Practic, apare o buclă de biofeedback, cu transmiterea excitației de la nivel central, ce apare în context de dorință spontană sau responsivă, de-a lungul fibrelor eferente către organele genitale externe. Predominanța substanțelor cu rol excitator: Dopamina, Noradrenalina, Oxitocina, Melanocortina și estrogeni, respectiv androgeni, față de cele cu rol inhibitor: Prolactină, Serotonina și Opioide, determină apariția un semnal excitator clar către periferie, ce are ca element esențial creșterea fluxului sanguin periferic. Microcirculația vaginală, formată dintr-o microrețea capilară, incomplet deschisă în timpul stării de neutralitate sexuală, se deschide în proporții variabile, cu atât mai mult cu cât semnalul excitator este mai mare, determinând procesul de transudare de la nivelul celulelor epiteliale vaginale, adică lubrefiere. În paralel apare tumescența clitoridiană și labială, care sporesc senzația de excitare periferică și transmit semnale aferente, de-a lungul măduvei spinării către regiunile centrale. Așa se închide circuitul de feedback pozitiv, cu accentuarea excitației centrală și periferică, până în momentul apariției stării de plăcere extremă, ce pleacă de la nivel genital, dar devine o emoție pozitivă la nivel central, care va rămâne evocată.

Așa arată de fapt răspunsul sexual la femeie. Semnele organice descrise în capitolele anterioare descriu sumar exclusiv modificările somatice, dar circuitul anterior descris este chintesența răspunsului sexual feminin.

Disfuncțiile sexuale la femei se clasifică în sistemul DSM V după cum urmează:

- 625.8 Alterarea dorinței sexuale la femeie secundară... [se indică cauza medicală generală]
- 302.71 Alterarea dorinței sexuale (HSDD)
- 302.79 Aversiunea sexuală
- 302.72 Alterarea excitației sexuale la femeie
- 302.73 Disfuncție orgasmică feminină
- 302.76 Dispareunie (nelegată de un context medical general)
- 625.0 Dispareunie la femeie, secundară... [se indică cauza medicală generală]
- 306.51 Vaginism (nelegată de un context medical general)
- 625.8 Alte disfuncții sexuale feminine secundare... [se indică cauza medicală generală]

Sumarizând, disfuncțiile sexuale se pot grupa în alterări ale libidoului, ale orgasmului, respectiv disfuncții dureroase: dispareunia și vaginismul.

10.2. Disfuncții ale libidoului

Dorința sexuală diminuată cronic se definește, conform definițiilor DSM IV:

- ◆ absența permanentă/recurentă a fanteziilor, gândurilor și dorinței sexuale;
- ◆ acuzele determină probleme personale și/sau relaționale;
- ◆ patologia nu este secundară principalelor afecțiuni psihiatrice.

Deoarece, conform modelului circular al sexualității și studiilor populaționale, doar 30% dintre femei au dorință spontană, definirea corectă a alterării dorinței cuprinde și:

- ◆ diminuarea dorinței responsive, diminuarea sau scăderea completă a motivațiilor, de orice tip, scădere ce depășește variațiile fiziologice datorate fluctuațiilor hormonale normale din viața femeii.

Etiopatogenie

Prevalența dorinței sexuale diminuate, suficientă pentru a fi considerată disfuncție, este cuprinsă între 11% (la grupa de vârstă 20-29 ani), 30% (grupa de vârstă 29-59 de ani) și respectiv peste 50% la femeile de 60-69 de ani. Incidența crește cu vârsta, dar problemele determinate de această patologie scad cu vârsta.

Cauze:

- ◆ fiziologice
 - nașterea și alăptarea reprezintă o perioadă preferențială, „fiziologică” de scădere a libidoului, secundar factorilor hormonal, în special hiperprolactinemiei, dar și modificărilor emoționale profunde, apărute odată cu prezența unui nou membru al familiei;

- ◆ cauze psihologice
 - experiențe sexuale anterioare neplăcute
 - oboseală, lipsă de somn
 - stres cronic
 - anxietate cronică
 - depresie, cu orice punct de plecare
 - alterarea încrederii în sine, a imaginii de sine
 - alterarea relației: disfuncția sexuală a partenerului, lipsa echilibrului/satisfacției generale în cuplu, conflict în cuplu, comunicare proastă în cuplu

- ◆ afecțiuni medicale
 - endocrinopatii: predominant hipotiroidie, mai rar hipertiroidie, hiperprolactinemie, cea mai frecventă situație de alterare a dorinței sexuale;
 - tumori cerebrale, tumori hipofizare, hipofizită limfocitară sau autoimună;
 - insuficiența hepatică și renală;
 - afecțiuni psihiatrice: depresii, anxietate, alterarea dispoziției generale, schizofrenie, modificări ale personalității, dependența cronică de alcool;
 - prolapsul genital cu incontinența urinară de efort;
 - indirect, orice boală cronică majoră poate determina alterarea libidoului, datorită urmărilor emoționale directe ale diagnosticului pozitiv al unei astfel de afecțiuni: depresia, anxietatea, teama de moarte, schimbarea priorităților persoanei în cauză.

- ◆ afecțiuni chirurgicale
 - climaxul chirurgical, datorită scăderii bruște a estrogenemiei, dar mai ales a testosteronemiei;
 - operații cerebrale ce determină lezarea hipotalamusului, a hipofizei anterioare sau a tijeii hipotalamohipofizare.

- ◆ radioterapia și chimioterapia – alterare profundă a producției ovariene și suprarenaliene de androgeni;
- ◆ uzul cronic de medicamente
 - psihotrope: inhibitorii recaptării serotoninei, benzodiazepine, barbiturice, antidepressive triciclice, antipsihotice;
 - antihipertensive: beta blocante, Spironolactonă, Metil Dopa;
 - antihormonale: Danazol, analogi de gonadorelină, antiandrogeni, antiestrogeni, inhibitori de aromatază;
 - anticolinergice,
 - statinele – prin diminuarea sintezei de steroizi sexuali din colesterol.

Diagnostic

- ◆ istoric sexual: antecedente de abuz, sexual, experiențe inițiale neplăcute;
- ◆ istoric medical: de clare afecțiuni potențial urmate de alterarea dorinței;
- ◆ istoric iatrogen: intervenții chirurgicale;
- ◆ istoric situațional: întrebări legate de problematica în cauză: prezența permanentă, situațională, circumstanțială sau legată de un anumit partener.
- ◆ vechime: cu debut acut, din totdeauna;
- ◆ calitatea vieții în general, ritm de muncă, calitatea somnului, starea de odihnă, de liniște și satisfacție personală, situație locativă, copii, părinți în casă, probleme existențiale nelegate direct de relația de cuplu;
- ◆ evaluare implicații emoționale potențiale: problematizare intrapsihică: dezamăgirea partenerului, dezamăgire personală, nefericire, supărare, frustrare, sentimentul de scădere a stimei de sine, eșec sexual, eșec personal ca femeie.
- ◆ evaluarea unor alte disfuncții sexuale: dispareunie, alterarea lubrefierii vaginale, vaginism, anomalii care determină secundar scăderea dorinței sexuale, din dorința de a limita trăirile negative generate de contactul sexual;
- ◆ obligatoriu evaluarea partenerului, uneori femeile pot fi sugestionate că au dorință sexuală alterată, datorită discrepanței între nevoile sexuale ale partenerului comparativ cu ale lor;
- ◆ chestionarele de evaluare sunt utilizate, ca și în cazul tuturor disfuncțiilor sexuale feminine, ca un mod de evaluare. Se utilizează mai multe chestionare: clasicul FSFI (Female Sexual Function Index), DSHD (Decreased Sexual Desire Screening);

- ◆ teste de laborator: evaluarea substratului hormonal al femeii în cauză: bilanț gonadostat, funcție tiroidiană și aprecierea statusului androgenic;
- ◆ testele imagistice nu sunt deloc utilizate pentru a diagnostica sau a evalua direct compartimentul dorinței sexuale.

Tratament

- **echilibrarea problemelor hormonale** reprezintă varianta cea mai ușoară de rezolvare a cazurilor cu probleme:

- corecția hiperprolactinemiei: Dopaminergice,
- echilibrarea testosteronemiei: testosteron topic, administrat exclusiv la persoanele cu diagnostic cert de deficit de testosteron, după echilibrarea în prealabil a echilibrului estrogenic,
- corecție deficitului de estrogeni: compartimentul central este influențat destul de puțin de estrogenoterapie. Estrogenemia trebuie să fie normală pentru a nu avea tulburări de excitabilitate periferică, care în timpul doi să altereze dorința per se.
- analogi ai receptorilor androgenici: Tibolone – stimulează direct libidoul, fiind singura terapie de substituție în postmenopauză cu un asemenea efect.

Bupropion este singurul agent central care facilitează dorința spontană și responsivă. Se poate administra atât la cazurile cu depresie, cât și la femei fără afecțiuni depresive. Administrarea zilnică a unor doze mici, de 150 mg, de preparat determină creșterea libidoului, a capacității orgasmice și implicit a satisfacției sexuale globale.

- **Sex terapie:** tehnica de sensate focus poate facilita capacitatea de concentrare asupra stimulilor sexuali, cu creșterea satisfacției sexuale inițial și implicit a dorinței sexuale de tip responsiv.

- **Psihoterapie:** tehnici cognitiv comportamentale, terapii de cuplu, tehnici dinamice, de psihodramă.

10.2.1. Aversiunile sexuale

Aversiunea sexuală este o formă specială de alterare a libidoului, o scădere dusă la extrem a acestuia.

Definiție: prezența persistentă/recurentă a unei aversiuni, teamă sau fobie față de toate sau aproape toate formele de activitate sexuală genitală cu un partener, ce determină disconfort personal și relațional. Se poate manifesta ca aversiune față de orice fel de activitate sexuală sau specific doar față de activitatea sexuală coitală.

Datele din literatură sunt extrem de puține, considerându-se o incidență cuprinsă între 1-3% din femeile de vârstă adultă. Se consideră că această patologie apare ca secundar suprastimulării sistemelor inhibitoare de tip stres/anxietate, cu predominanța descărcărilor simpatice, respectiv a răspunsului de tip inhibitor, în condiții de stimulare sexuală.

Tratamentul este predominant psihoterapeutic, tehnicile cognitiv comportamentale fiind cele mai utile în astfel de situații.

10.3. Disfuncții ale excitabilității

Termenul de alterare a excitabilității cuprinde două entități: diminuarea excitabilității, dar și starea de hiperexcitabilitate genitală.

Ca și în cazul celorlalte disfuncții sexuale, alterarea excitabilității este definită la ora actuală, după criteriile DSM V, ca fiind:

- o tulburare persistentă sau recurentă, caracterizată prin incapacitatea de a menține sau obține până la finele unei activități sexuale o lubrefiere genitală de calitate;
- problema determină disconfort personal sau relațional;
- și nu este în cadrul unei afecțiuni psihiatrice majore, de axa I.

Cu toate acestea, modelul cel mai folosit pentru evaluarea răspunsului sexual la femei, cel circular al doamnei R. Basson, face o diferențiere foarte clară între excitabilitatea centrală, psihică, care de cele mai multe ori precede și este legată de excitabilitatea periferică, genitală, alterarea celor două putând să fie simultană sau izolată.

Etiopatogenie

Identificarea alterărilor de excitabilitate este o provocare mai mare decât decelarea cauzelor care determină această patogenie, deoarece problemele sunt subraportate de către paciente.

Prevalența în populația feminină de vârstă adultă este cuprinsă între 12-60%, în funcție de tipul de evaluare folosit în diverse studii clinice epidemiologice.

Cauze:

- ◆ fiziologice
 - perioade de scădere tranzitorie a estrogenemiei sau perioade de hiperestrogenemie pot determina alterări ale excitabilității predominant genitale, dar și centrale. Perioada premenstruală, când apare prăbușirea hormonilor periferici, apare o diminuare a libidoului, respectiv o scădere semnificative a lubrefierii vaginale;

- medicale
 - boli neurologice, leziuni medulare, scleroză multiplă
 - afecțiuni centrale: leziuni hipotalamo-hipofizare, tumori hipofizare, epilepsie
 - neuropatie diabetică, neuropatia alcoolică
 - afecțiuni endocrine: hipotiroidism, hipertiroidism, hiperprolactinemie
 - ateroscleroză, cu oricare din formele de manifestare
 - afecțiuni neuromusculare
 - afecțiuni hepatice

- ◆ chirurgicale
 - intervenții chirurgicale în sfera genitală, pelvis, hipogastru.
 - Menopauza chirurgicală

- iatrogene
 - antidepresive: barbiturice, benzodiazepine, inhibitori receptorilor de serotonină
 - antihipertensive: Clonidina
 - anticolinergice
 - preparate hormonale: inhibitori de aromataza, Contraceptive orale, analogi de GnRH
 - antihistaminice
 - anticolinergice
 - radioterapie pelvis

- ◆ psihologice
 - Factori personali:
 - stres major acut , stres constat/cronic
 - anxietatea
 - depresia
 - alterarea imaginii corporale
 - distragerea atenției în timpul actului sexual

 - Factori relaționali
 - Alterarea calității relației
 - Probleme de familie, nosexuale: bolile partenerului, copiilor, părinților
 - Intimitate limitată
 - Alt doilea partener pentru femeie

Diagnostic pozitiv

Anamneza:

- prezența anxietății și/sau depresiilor
- antecedente medicale/chirurgicale
- tratamente cronice urmate
- calitatea relației de cuplu
- istoric personal: menarha, cicluri menstruale, climax, tratamente contraceptive, alăptare
- istoric sexual: *întrebări punctuale:*
 1. descrierea senzațiilor de excitare centrală
 2. precizarea manifestărilor de excitație genitală
 3. situațiile în care acestea apar/nu apar: de fiecare dată, în anumite perioade ale lunii, asociate cu anumite circumstanțe, cu anumiți parteneri, în anumite situații sexuale: sex coital, masturbare, alte situații
 4. problema este primară sau secundară: este o alterare a dorinței și secundar a excitabilității sau este durere la contact cu alterarea dorinței și terțiar a excitabilității
 5. este cu debut acut/recent sau este de la începutul relației/vieții sexuale
 6. problema determină alterarea calității vieții personale sau relaționale sau nu reprezintă o problemă.
- *întrebări legate de calitatea vieții:* stil de viață, parametrii vieții personale și profesionale, modificări de dispoziție
- *întrebări legate de partener:* stare de sănătate, performanță, calitatea erecțiilor, tratamente urmate.

Chestionare - sunt frecvent utilizate în scopuri de cercetare, mai rar pentru diagnosticul fiecărui caz în parte, dar de multe ori administrarea unui chestionar facilitează discuția cu medicul, respectiv oferă termeni de comunicare, pacienților care nu știu cum sau ce să întrebe.

Examen clinic

- aspectul organelor genitale externe, dimensiunile introitului
- testul Q tip - decelarea hipersensibilității vulvovaginale, implicat a unei potențiale dispareunii, respectiv decelarea zonelor de hipoestezie, în caz de neuropatie periferică

- evaluarea PH-ului genital, cu decelarea hipoestrogeniei, în condițiile unui Ph alcalin
- identificare potențiale leziuni cutanate/mucoase
- tonus planșeu pelvin, tonus musculatură pelvină, prolaps genital

Imagistica este rar utilizată, plestismografia vaginală este utilizată doar în situații în care se efectuează un studiu clinic.

Teste de laborator - se adresează exclusiv compartimentului endocrinologic: LH, FSH, PRL, estradiol, TSH + FT3 și FT4, în caz de posibilă hiperestrogenemie primară, sau secundară ori al unor tulburări tiroidiene sau hiperprolactinemiei.

Tratament

- cea mai banală modalitate de menținere a capacității de lubrefiere vaginală este păstrarea ritmicității vieții sexuale, prezența periodică a hipervascularizației locale contribuie la menținerea integrității vasculo-epiteliale vaginale;
- tehnici de terapie sexuală: optimizarea preludiului, training senzual;
- psihoterapie: se pretează tehnicile cognitiv comportamentale și tehnici de relaxare;
- corecția/echilibrarea bolii de bază: control glicemic de calitate, în cazul diabetului zaharat, echilibrarea funcției tiroidiene sau hipofizare, controlul valorilor tensionale;
- tratamente hormonale:
 - preparate estrogenice topice: facilitează ameliorarea lubrefierii vaginale, influențează puțin congestia vasculară sau hipertrofia clitoridiană.
variante: Viviflor- pesare cu estradiol, Ovestin – ovule cu estriol, se pot administra în situații cu hipoestrogenie.
 - preparate estrogenice sistemice – se administrează doar în condițiile prezenței climaxului precoce, chirurgical sau fiziologic manifest.
 - preparate androgenice – plasturi cu testosteron, Intrinsa, se administrează exclusiv la femeile cu nivel normal/tratat al estrogenemiei, în condițiile unui diagnostic cert de deficit de androgeni.
 - Tibolone – analog al receptorilor estrogeni, este un preparat adresat exclusiv substituție în postmenopauză, fiind sigurul preparat care activ determină o creștere a dorinței, excitabilității centrale și periferice.

- tratamente locale:
 - tradițional, vibratoarele sunt utilizate pentru ca femeile să își poată explora sexualitatea, să experimenteze semnele și modificările date de excitarea genitală;
 - lubrefiantele sunt larg recomandate, ele fiind o soluție strict de moment, care scade disconfortul pacientelor, dar nici într-un caz nu determină creșterea excitabilității genitale;
 - este de menționat un dispozitiv care este utilizat pentru stimularea clitoridiană, EROS, care este utilizat ca tehnică de reabilitare genitală, determinând activ creșterea afluxului sanguin local, creșterea vasocongestiei locale, implicit facilitarea vasocongestiei locale.

10.3.1. Hiperexcitabilitatea genitală persistentă

Este o situație relativ rar întâlnită, puțin documentată în literatura de specialitate. Presupune prezența unei stări de excitabilitate genitală, ce apare în contexte uzuale, non-sexuale, nu este dorită de persoana în cauză, este deranjantă și nu este ameliorată de orgasm.

Pentru un diagnostic pozitiv trebuie întrunite mai multe condiții:

- hiperstimulare genitală în context nonsexual: stat pe scaun, mers pe jos, mers cu bicicleta,
- semne genitale de excitabilitate, persistente, de durată, ce nu dispar complet de la sine: hipertrofie clitoridiană, lubrefiere vaginală persistentă/permanentă, vasocongestie pelviană, sensibilitate genitală/ pelvină exagerată,
- absența senzației de eliberare genitală postorgasm,
- alterarea calității vieții femeii.

Etiologia acestei stări de hiperexcitabilitate nedorită nu este elucidată. Se poate asocia cu unele patologii psihiatrice majore, cum ar fi patologia bipolară, stările de manie, nimfomanie, modificări vasculare sau neurologice periferice fiind incriminate. Consumul de substanțe recreaționale, antidepresive, poate facilita apariția acestei stări.

Măsurile generale sunt reprezentate de psihoterapie, grupuri de suport social pentru aceste femei, înlăturarea situațiilor facilitatoare: haine largi, lenjerie largă și lată, evitarea situațiilor de mers cu bicicleta, statul prelungit picior peste picior.

Alternativele terapeutice sunt puține, cu rezultate incerte: preparate anestezice locale, care să scadă sensibilitatea locală, medicația antiepileptică poate scădea frecvența „atacurilor” – acid Valproic, tratament cognitiv comportamental.

10.4. Disfuncții orgasmice

Definiție DSMIV

- a. absența persistentă și recurentă a senzațiilor de descătușare emoțională și plăcere, ce ar trebui să apară la finele unei perioade de stimulare și excitare, suficientă pentru a determina orgasm. Se ia în considerare vârsta femeii, experiența de viață precum și părerea femeii despre ceea ce este suficient și destul în cazul unei stimulări sexuale. Stimularea sexuală și starea de excitare este prezentă, este raportată de femeie, este etichetată ca suficientă în condiții uzuale, și cu toate acestea orgasmul nu se produce.
- b. problema determină neplăcere personală și/sau relațională
- c. nu este în contextul unor afecțiuni psihiatrice majore

Încadrarea este mai ușor de făcut în cazul femeilor care au avut orgasm și care dezvoltă ulterior această disfuncție sexuală, comparativ cu cele care nu au avut niciodată orgasm și identifică greu această problematică.

Caracteristicile orgasmului

Clasic se descriu trei **tipuri** de orgasm:

- Vulvar: contracții ritmice vaginale, post stimulare clitoridiană sau coitală
- Uterin: contracții uterine + apnee, exclusiv după stimulare cervicală
- Mixt: elemente comune + apnea

Unii autori certifică prezența unui orgasm vaginal, determinat de stimularea punctului G.

Prevalența orgasmului uterin este foarte redusă, sub 25% dintre femei experimentând constant un astfel de orgasm. Cultul acestui orgasm determină însă nemulțumire în populația feminină care se caracterizează ca disorgasmică, prin absența orgasmului profund, cu toate că cel vaginal sau clitoridian apare fără niciun fel de problemă. Aceste cazuri nu se pot încadra la categoria disorgasmie.

Rolul orgasmului:

- Recompensa (acceptare versus riscuri)
- Terminarea coitusului
- Diminuarea vasocongestiei pelvine
- Rezolvarea fenomenului vaginal de "tenting", care este separator în cazul rezoluției fără orgasm
- Aspirarea spermei secundar contracțiilor uterine
- Accentuarea excitației partenerului

- Înlăturarea barierelor materiale între parteneri
- Eliberarea de OXT, hormon responsabil de sentimentul de iubire
- Resuscitare psihologică
- Eliberarea ADH – inhibă urinarea
- Menținerea funcționalității tractului genital prin activarea contracțiilor musculare și a fluxului sanguine.

Mecanismul orgasmului: orgasmul este o senzație subiectivă de bine, ce apare după stimulări sexuale ale diverselor zone, predominant vagin și clitoris, însă nu neapărat, dar și din alte zone receptoare genitale sau mamare, și prin stimulare vizual-imaginară, care trimit eferențe de-a lungul nervilor din măduva spinării, dar și de-a lungul nervului vag, determinând răspuns central la nivelul nucleului paraventricular, zonei gri, cerebelului și hipocampului.

Semnele clinice ale orgasmului au fost clasic subîmpărțite în:

- Semne premergătoare: semnele descrise la etapa de excitație
- Semne tipice:
 - contracții ritmice vaginale, cu debut la câteva secunde după senzația subiectivă de bine
 - contracții uterine, ce apar separate, durează circa 0.8 secunde, sunt 3-5 (orgasm mediu), 5-9 (orgasm normal) sau mai mult de 9 (orgasm intens).
 - posibil contracții involuntare ale sfincterului anal
- Semne retrospective: de menționat valorile crescute ale prolactinei, care se păstrează până la 60 de minute de la contact.

Etiopatogenie

Etiopatogenia disfuncțiilor orgasmice este în peste 90% din situații de ordin psihic. Este adevărat că o serie de afecțiuni medicale, endocrinologice, metabolice, neurologice, chirurgicale pot determina anorgasmia, dar mai degrabă indirect, afectând celelalte componente ale fiziologiei sexualității feminine. În marea majoritate a situațiilor organice, disfuncția orgasmică este una secundară, post-dispareunie, post-alterare a excitabilității sau diminuare a dorinței.

Cauze organice:

- afecțiuni neurologice:
 - leziuni nervoase sacrale/spinale
 - boala Parkinson
 - narcolepsie, epilepsie
 - spina bifida

- afecțiuni ginecologice:
 - vulvodinia
 - adeziunea clitoridiana
- cauze hematologice: siclemie

Cauze iatrogene ce determină prima anorgasmie sunt:

- leziunile complete medulare
- chirurgie pelvină cu secționarea nervilor pudendali
- chirurgie pelvină + radioterapie locală + chimioterapie
- cicatrice epiziotomie-epiziorafie
- medicamente:
 - antidepressive triciclice, inhibitori recaptare serotonină, inhibitori monoaminoxidazei
 - antihipertensive: beta blocante, alpha blocante, Digoxin
 - antiadrogeni
 - anorexigene centrale: Sibutramina, Amfetamine -like
 - droguri recreaționale: heroina, cocaina, metadona, ecstasy
 - chimioterapie

Cei mai importanți factori psihologici implicați sunt: alterarea imaginii corporale, alterarea încrederii în sine, criză maritală, alt partener, anxietate, depresie, personalitate introvertită, instabilitate emoțională.

Orgasmul dureros nu este anorgasmie, dar poate genera o atitudine de evitare a actului sexual din cauza durerilor uterine ce apar în perioada postpartum, uneori în prezența unui sterilet, sau în cazul durerilor musculaturii pelvine, ce survin în condiții de contracții exagerate, în unele boli neurologice.

Diagnosticul disorgasmiei

Comparativ cu celelalte tipuri de disfuncție sexuală, predomină întrebările din sfera sexualității:

- istoricul sexual, experiențe sexuale, debutul vieții, debutul problemelor
- apare doar la un anumit partener, într-un anumit context, doar la act sexual sau și la masturbare
- calitatea excitației sexuale
- prezența durerii, disconfortului
- urmările personale ale disorgasmiei

- urmările în relația ale disorgasmiei
- tratament medicale sau chirurgicale recente/în curs

Tratamentul este dificil, tehnicile de psihoterapie primând. Tehnicile cognitive comportamentale, de reducere a anxietății, educație sexuală a pacientei și a cuplului, învățarea masturbării, a tehnicii de sensate focus pot ameliora satisfacția sexuală personală și în cuplu. Exercițiile Kegel au un loc aparte, pe de o parte prin creșterea tonusului musculaturii pelvine, dar și prin creșterea excitabilității în timpul actului sexual, creșterea fluxului sanguin local și potențial facilitarea orgasmului. Treptat, în timp, se poate ajunge la obținerea orgasmelor superficiale, care să permită un ritual sexual rezonabil al cuplului, cu refacerea satisfacției și împlinirii femeii.

Din păcate, niciun preparat medicamentos nu a fost demonstrat ca având un efect direct, constant și de calitate asupra orgasmului femeii.

10.5. Disfuncțiile dureroase

Disfuncțiile sexuale feminine dureroase sunt reprezentate de dispareunie și vaginism. Se aplică următoarele criterii de definire:

a. Dispareunia: prezența recurentă/persistentă a durerilor la penetrarea superficială (vulvodinie) și/sau profundă. Poate fi spontană sau provocată, localizată sau generalizată.

b. Vaginismul: dificultatea permanentă/recurentă de penetrare vaginală de orice fel: deget, dispozitiv medical sau penis, în context de act sexual dorit și liber consimțit, nu în condiții de abuz. Apare o contracție involuntară a musculaturii pelvine asociată unor importante simptome emoționale: comportament evitant, fobie, teamă, spaimă.

10.5.1. Dispareunia

Dispareunia este mult mai frecventă decât vaginismul, interesând în medie 15-35% din populația feminină, cu incidență crescătoare cu vârsta, ajungând la până la 45% din femeile în menopauză. Vaginismul are incidență constantă de până la 0,5-1% din populație.

Termeni similari: sindrom vestibular, vulvodinia provocată, clitorodinie, vestibulita vulvară.

Etiologie:

- cauze organice:
 - anomalii structurale: agenezie vaginală, malformații vaginale, vagin septat, malformații clitoridiene: teaca clitorisului, fimoza clitoridiană;
 - atrofie genitală de postmenopauză;
 - hipoestrogenemie, cu modificarea Ph-ului vaginal și disbacterioză;
 - afecțiuni ginecologice: endometrioză, boală inflamatorie pelvină, varicocele pelvin, sterilet maltolerat;
 - afecțiuni dermatologice: lichen plan, lichen scleros;
 - infecții: candidoză, infecții virale, infecții bacteriene;
 - durere neuropată,
 - durere vasculară,
 - leziuni iatrogene: radioterapie pelvină, intervenții genitale extinse.

- cauze psihosexuale:
 - secundară alterării excitabilității periferice, cu lubrefiere diminuată și dispareunie secundară,
 - abuz sexual,
 - experiențe sexuale inițiale neplăcute,
 - alterări ale personalității.

- cauze circumstanțiale:
 - preludiu inadecvat,
 - lipsa unei intimități de calitate,
 - probleme acute în cuplu.

Dispareunia determină o serie de disfuncții sexuale secundare, respectiv înscrierea într-un cerc vicios, care se autoîntreține:

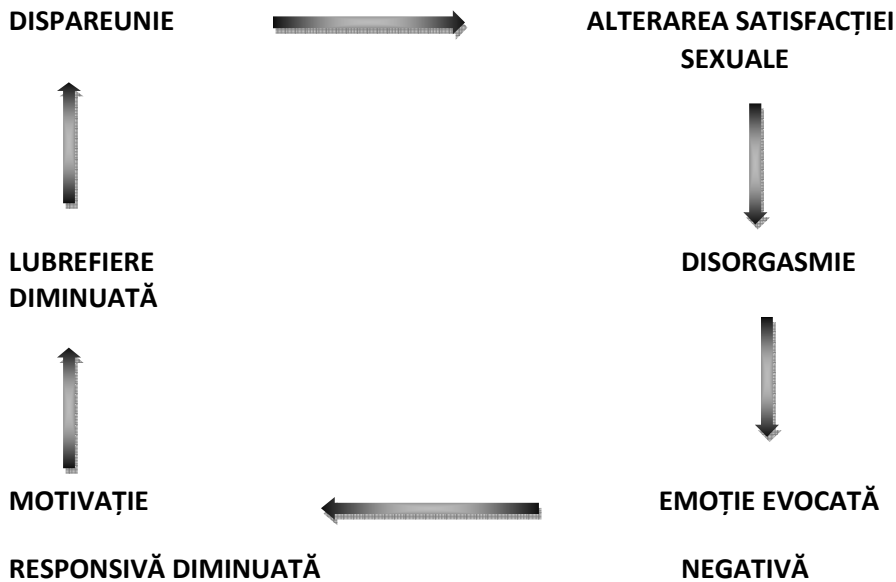


Fig. 15. Cercul vicios al alterării răspunsului sexual la femeie

Tipuri de dispareunie - Clasificare

A. PUNCT MAXIM AL DISCONFORTULUI

1. durere superficială – la nivel vestibular sau introital
2. durere medie – compartiment vaginal
3. durere profundă – de la nivel colului uterin, corp uterin

B. MOMENTUL DURERII

1. înainte de actul sexual
2. în timpul actului sexual
3. după actul sexual

Diagnostic

1. anamneză: evaluarea circumstanțelor, momentului, tipului de durere
2. examen clinic:
 - evaluarea aspectului perineului, vestibulului: edem, eritem, leziuni dermatologice, fisuri, scurgeri vaginale
 - Q tip test - atingerea discretă, cu un bețișor, a diverselor puncte de la nivelul vestibulului: pozitiv în caz de infecții, vulvovestibulită
 - măsurarea pH-ului vaginal: alcalinizarea favorizează dismicrobismul vaginal

3. analize

- frotiu vaginal, culturi bacteriologice, fungice, virusologice
- biopsii de la nivelul leziunilor evidențiabile
- evaluări imagistice
- laparoscopie exploratorie- anomalii anatomice, endometrioză.

Tratament

- corectarea cauzelor organice tratabile: tratamentul infecțiilor, controlul atrofiei vaginale de hipoestrogenemie, echilibrarea pH-ului vaginal, corecția endometriozei, reechilibrare hormonală;
- reducerea inflamației locale, vulvovestibulare: administrare de Amitriptilină per os sau local;
- reechilibrare neurologică: analgezie sistemică: Amitriptilină, Gabapentin, Pregabalin sau analgezie locală prin electroanalgezie sau vestibulectomie;
- tratament muscular:
 - exerciții de stretching la nivelul mușchiului ridicător anal
 - tehnici de electrostimulare cu biofeedback
 - injectare locală de Toxină botulinică tip A, cu reducerea contracțiilor spastice ale musculaturii pelvine
- psihoterapie: controlul celorlalte disfuncții sexuale asociate, în cascadă, refacerea echilibrului în relația de cuplu, diminuarea efectelor negative din prezent determinate de istoricul sexual negativ.

10.5.2. Vaginismul

Este o disfuncție rară, dar complexă prin dificultatea managementului. Se clasifică în mai multe grade, în funcție de severitatea reacțiilor subconștiente, obiectivabile la examenul genital.

Tabelul VIII. GRADELE VAGINISMULUI

Grade	Modificări	Context
Gradul I	Contractia spastică a m. ridicător anal	Dispare la liniștirea pacientei
Gradul II	Contractia spastică a m. ridicător anal	Persistă la ex. ginecologic
Gradul III	Contractia spastică a m. ridicător anal Tensiune m. gluteali	Act sexual, evaluare medicală
Gradul IV	Contractia spastică a m. ridicător anal Contractie spastică a m. gluteali Adducția coapselor	Agitație ușoară Acceptă examinarea
Gradul V	Contractia spastică a m. ridicător anal Contractie spastică a m. gluteali Adducția coapselor	Refuză examinarea Refuză urcarea pe masa de examinare

Diagnostic

1. anamneză:
 - a. tipul debutului: debut acut, cronic, prezența și extensia durerii,
 - b. factori declanșatori: contact sexual coital, examen genital, autoexplorare,
 - c. factori precipitanți,
 - d. simptome organice și semne emoționale.
2. examen ginecologic;
3. evaluare psihologică: istoric de abuz, experiențe trecute negative, evocarea amintirilor reprimare.

Tratament

În cazul vaginismului, care este un răspuns reflex greu controlabil de la nivelul conștientului, tratamentul este predominant adresat compartimentului emoțional. Se utilizează tehnici cognitiv comportamentale, terapie de cuplu, hipnoză pentru rezolvarea experiențelor sexuale negative din trecut, reprimare.

XI. DISFUNȚII SEXUALE FEMININE. PARTICULARITĂȚI ETIOPATOGENETICE

Dan Navolan, Marius Craina

11.1. Influența bolilor ginecologice și tratamentului acestora asupra sexualității

Sexualitatea este influențată de sănătatea aparatului genital feminin, implicit de prezența patologiei ginecologice sub diversele sale forme: infecțiile tractului genital, patologia tumorală genitală benignă și malignă, malformațiile genitale, tulburările de statică pelvină sau endometrioza. Tratamentul acestor patologii poate influența la rândul său sănătatea funcției sexuale.

Efectul maladiilor ginecologice asupra funcției sexuale poate fi:

- direct, prin boala în sine. Infecțiile vaginale pot cauza usturimi vaginale, leucoree, miros neplăcut și dispareunie. O categorie aparte este reprezentată de dismicrobismul vulvovaginal, sindromul vulvovaginal fiind o entitate diagnostică de sine stătătoare.

Tumorile uterine pot cauza modificări anatomice, inflamație și durere profundă la penetrare. La fel și endometrioza, ca urmare a aderențelor și chistelor formate. Prezența unor tumori maligne genitale influențează starea generală prin scăderea capacității fizice, a dispoziției, a libidoului și capacității de a avea orgasm. Prolapsul genital, incontinența urinară afectează de asemenea funcția sexuală a pacientei.

- indirect, urmare a tratamentului efectuat pentru patologia ginecologică. Conizația influențează lungimea colului uterin și percepția pacientelor asupra sexualității. Operațiile vaginale pentru tulburările de statică pelvină pot modifica lumenul vaginal, aspectul și elasticitatea pereților vaginali. Ovarectomia bilaterală determină menopauză iatrogenă prin deprivare hormonală și, în consecință, în lipsa unui tratament, atrofie genitală. Sistemele de suspensie tip meșă și bandeletă pot determina apariția de țesut fibros ce determină dispareunie severă și disconfort partenerului. Histerectomia totală sau subtotală (aceasta din urmă cu păstrarea colului uterin) afectează percepția femeii asupra sexualității. Inserarea unui dispozitiv intrauterin cu progesteron poate determina în anumite situații subțierea epiteliului vaginal și dispareunie, în alte situații un efect benefic. Operațiile radicale mamare, dacă sunt efectuate fără reconstrucție mamară, afectează de asemenea imaginea proprie a pacientei.

Având în vedere existența mai multor opțiuni terapeutice privitor la ruta de efectuare (intervenții pe cale vaginală, abdominală sau laparoscopică) sau mod de efectuare (de exemplu histerectomie totală/subtotală sau corecția deficitului de

statică pelvină cu țesut propriu sau meșă) sau existența mai multor tehnici de colposuspensie, este recomandat ca în consilierea preoperatorie a pacientei pentru patologia ginecologică să includem - pe lângă discuțiile asupra efectului curativ - și răsunetul acestor intervenții asupra funcției sexuale a pacientei.

Vom descrie în continuare principalele tipuri de patologie și intervenții în ginecologie ce pot influența sexualitatea.

O clasificare didactică a efectului terapiei în sfera ginecologică asupra funcției sexuale se regăsește în manualul lui Ahrendt și Friedrich intitulat „Sexual Medizin in der Gynaekologie” - editura Springer, 2015. O adaptare a acestei clasificări permite analiza efectului asupra sexualității a intervențiilor chirurgicale (conizații, histerectomii și anexectomii, intervenții uroginecologice, mastectomii) și a altor forme de terapie (terapia hormonală, chimioterapia și radioterapia).

11.2. Sexualitatea și operațiile ginecologice

11.2.1 Sexualitatea și histerectomia fără ovariectomie

Histerectomia este o operație frecvent utilizată în practica ginecologică pentru tratamentul unor afecțiuni precum displazia de col uterin, hiperplaziile endometriale severe sau rezistente la tratament, tumorile uterine benigne sau maligne sau unele afecțiuni ovariene. Histerectomia implică detașarea uterului prin secționarea ligamentelor suspensoare ale acestuia, ceea ce poate avea un impact negativ asupra inervației genitale și vascularizației locale, asupra staticii pelvine și funcționalității pelviene în general, afectând și sexualitatea.

Histerectomia și urmările asupra sexualității în general

Există o serie de consecințe asupra anatomiei și funcționalității organelor genitale ce ar putea explica un posibil efect negativ al unei histerectomii asupra sexualității. Amintim aici modificarea raporturilor anatomice la nivelul micului bazin, modificarea musculaturii vaginale, distrugerea inervației și a vascularizației ce sunt conectate cu țesuturi implicate în reacțiile și modificările fiziologice ce apar în timpul actului sexual (stimularea receptorilor locali, umezirea mucoaselor, elasticitatea peretelui vaginal). Dacă la acești factori se asociază și menopauza iatrogenă cauzată de deprivarea hormonală apărută ca urmare a ovariectomiei bilaterale, atunci efectul intervenției chirurgicale asupra sexualității poate fi mai sever.

Pacientele care au beneficiat de o histerectomie simplă pot avea manifestări de uscăciune vaginală, scădere a libidoului, dispareunie, scădere a frecvenței activității sexuale și scăderea capacității de a beneficia de orgasm.

Există controverse referitor la efectul histerectomiei asupra sexualității. Rezultatele unor studii arată un efect benefic asupra sexualității pacientelor în postoperator, în timp ce alte studii arată un efect negativ asupra funcției sexuale.

Într-un articol publicat în anul 2020 în *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* având ca autor pe Dedden și colaboratorii se arată că s-a făcut prea puțină cercetare pentru a se evalua efectul hysterectomiei asupra sexualității. Autorii au efectuat un studiu multicentric pentru a evalua funcția sexuală la 3 și 12 luni după hysterectomie prin intermediul unui formular scurtat ce apreciază Indexul Funcției Sexuale Feminine (IFSF). Concluziile acestui studiu arată că scorul IFSF s-a îmbunătățit după hysterectomie. Lipsa disfuncției sexuale înainte de hysterectomie este un factor predictiv pentru îmbunătățirea funcției sexuale după operație, în schimb prezența unei disfuncții sexuale înainte de operație este un factor predictiv pentru un scor IFSF scăzut după operație.

Un articol tip review publicat de Danesh și colaboratorii în *Medical Archives* în anul 2015 analizează efectul hysterectomiei asupra a cinci aspecte ale sexualității: dorința sexuală, excitarea sexuală, orgasmul, dispareunia și satisfacția sexuală. Rezultatele reviewului arată că majoritatea studiilor introduse în review arată că parametri enumerați anterior se îmbunătățesc în urma hysterectomiei la pacientele ce efectuează procedura pentru o afecțiune benignă. Pacientele ce au fost active sexual și înainte de operație au experimentat o funcție sexuală la fel de bună sau chiar mai bună postoperator. Cu toate acestea, există paciente la care postoperator parametrii funcției sexuale au fost influențați negativ. Astfel, unele dintre paciente au prezentat uscăciune vaginală sau contracții ale musculaturii vaginale. Uscăciunea vaginală și lubrefierea insuficientă pot să reducă satisfacția sexuală. Pe de altă parte, nu a fost găsită o diferență în ceea ce privește capacitatea excitării sexuale la pacientele cu fibrom uterin ce au beneficiat sau nu de hysterectomie.

Tot pentru îmbunătățirea în postoperator a funcției sexuale a pacientelor cu patologie benignă uterină pledează și studiul lui Kürek Eken și colaboratorii publicat în anul 2016 în *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*. Aceștia evaluează la 42 de paciente hysterectomizate pe cale abdominală și 42 paciente hysterectomizate laparoscopic funcția sexuală pre și postoperator după mai mulți parametri. S-a observat postoperator o îmbunătățire a încrederii și respectului de sine, fără a exista o diferență între cele două grupe. De asemenea, s-a observat o îmbunătățire a funcției sexuale față de scorul preoperator pentru ambele grupe de paciente hysterectomizate. Cu toate că nu există în ansamblu o diferență între îmbunătățirea funcției sexuale în postoperator între cele două categorii de paciente, unii parametri ai funcției sexuale par a se îmbunătăți mai mult după metoda laparoscopică.

Comparația efectului asupra funcției sexuale funcție de tipul de abord pentru hysterectomie este subiectul capitolului următor.

Tema hysterectomiei și afectarea sexualității necesită mai multe abordări referitor la următoarele aspecte: calea de efectuare a hysterectomiei (abdominal, vaginal sau laparoscopic), indicația acesteia (fibrom uterin, prolaps genital), tipul procedurii ce se asociază hysterectomiei și particularități ale timpilor operatori ai procedurii medicale.

Histerectomia și sexualitatea: rolul căii de abord pentru histerectomie

Histerectomia este o procedură standardizată în practica ginecologică. Se poate realiza pe cale de abord abdominal, vaginal sau laparoscopic.

Unul din studiile ce evaluează comparativ sexualitatea funcție de calea de abord utilizată în histerectomie este cel efectuat în Germania de Radosa JC și colaboratorii. Aceștia au publicat în *Journal of Sexual Medicine* în anul 2014 rezultatele unei cercetări la 402 paciente, din care 237 au finalizat studiul și au completat formularul de evaluare a Indicelui Funcției Sexuale Feminine (IFSF). Rezultatele au arătat că pentru toate aceste paciente funcția sexuală s-a îmbunătățit postoperator și că nu există diferențe în ceea ce privește modul de efectuare a intervenției asupra calității funcției sexuale, postoperator. Calitatea în postoperator a vieții sexuale este un element important la aceste paciente, deoarece majoritatea pacientelor ce necesită histerectomie sunt încă sexual active la momentul operației. Ca urmare, rezultatele acestui studiu sunt importante pentru a fi incluse în consilierea pacientelor ce beneficiază de această procedură.

Un studiu efectuat în China având ca autori pe Wang și Ying ce analizează aceeași temă a fost publicat în *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* în anul 2020. Acest studiu retrospectiv evaluează modificările funcției sexuale după histerectomia efectuată pe cale abdominală (126 de paciente) sau pe cale laparoscopică (119 paciente) pentru afecțiuni benigne uterine. Ambele tipuri de histerectomii au fost asociate cu efecte negative asupra sexualității (reducerea frecvenței numărului actelor sexuale, scăderea libidoului, disfuncție orgasmică și dispareunie). La numărul de cazuri inclus în studiu nu s-a observat o diferență semnificativă între cele două căi de abord pentru efectuarea histerectomiei asupra calității vieții sexuale cu toate că s-a observat o diferență nesemnificativă în ceea ce privește frecvența mai mare a dispareuniei la cele operate abdominal și o scădere mai accentuată a reducerii satisfacției sexuale, a frecvenței actelor sexuale și a libidoului la cele operate laparoscopic. Ambele tehnici au avut un efect similar asupra disfuncției orgasmice.

Tot Radosa JC și colaboratorii evaluează într-un alt articol publicat în anul 2016 în revista *PLoSOne* efectul miomectomiei laparoscopice asupra funcției sexuale la paciente premenopauzale cu fibroame uterine simptomatice. Studiul a fost efectuat la un număr de 95 de femei operate prin miomectomie laparoscopică și a arătat o ameliorare a funcției sexuale în postoperator. Evaluarea s-a efectuat pe baza formularului IFSF.

Studiul lui Kürek Eken din 2016 prezentat mai sus arată că nu există în ansamblu o diferență între îmbunătățirea funcției sexuale în postoperator între cele două categorii de paciente, deși unii parametri ai funcției sexuale par a se îmbunătăți mai mult după metoda laparoscopică.

Tot efectuat în Turcia este studiul lui Kayatas și colaboratorii publicat în anul 2017 în *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*. Acest studiu analizează pe baza a trei tipuri de chestionare funcția sexuală în preoperator și postoperator la pacientele cu patologie uterină benignă histerectomizate pe cale abdominală și

laparoscopică. Studiul găsește valori similare în pre și postoperator și nu găsește diferențe între cele două metode.

Un studiu prospectiv amplu efectuat de Roovers și colaboratorii în Olanda și publicat în *British Medical Journal* în anul 2003 compară la 6 luni funcția sexuală după histerectomia pe cale abdominală (totală sau subtotală) și cea pe cale vaginală. Studiul a fost multicentric efectuat în 13 clinici de obstetrică-ginecologie și a inclus 413 paciente cu patologie benignă a uterului, alta decât prolapsul genital simptomatic sau endometrioza. Pentru toate pacientele s-a observat o îmbunătățire a capacității de a avea satisfacție sexuală în postoperator, indiferent de tipul histerectomiei. Procentul pacientelor cu o problemă sexuală a fost de 43% pentru cazurile operate pe cale vaginală, 41% pentru cazurile ce au beneficiat de histerectomie subtotală și 39% pentru cele cu histerectomie totală pe cale abdominală. În concluzie, autorii afirmă că în toate situațiile calitatea activității sexuale s-a îmbunătățit fără a exista o diferență între cele trei grupe de paciente.

Trebuie însă menționat atunci când comparăm cele trei căi de abord că histerectomia pe cale abdominală este asociată unei perioade de recuperare mai lungi comparativ cu celelalte două (vaginală sau laparoscopică). În schimb, costurile pentru spital sunt mai mari în cazul histerectomiei laparoscopice.

Histerectomia și sexualitatea: prezervarea colului uterin și sexualitatea

O altă discuție în practica ginecologică este legată de argumentele pro și contra pentru păstrarea colului uterin în timpul operațiilor de histerectomie. Păstrarea colului uterin este posibilă atunci când colul uterin este investigat și nu s-au decelat patologii cervicale. Unele studii susțin că păstrarea colului uterin este asociată cu o mai bună stabilitate a staticii pelviene. Chiar dacă scopul capitolului nostru este de a expune asocierea dintre păstrarea colului uterin și sexualitate, vom descrie în continuare rezultatele unui studiu despre simptomele peretelui pelvian la un interval de 5-14 ani după histerectomia totală vs subtotală. Studiul tip review realizat și publicat de Aleixo și colaboratorii în anul 2018 în *International Urogynecology Journal* a inclus patru studii totalizând 566 de paciente monitorizate pe o perioadă între 5 și 14 ani după histerectomie totală sau subtotală și a analizat rata incontinenței urinare. Rezultatele au arătat că pacientele ce au beneficiat de histerectomie totală au avut un risc mai mic de a dezvolta incontinență urinară comparativ cu cele care au beneficiat de histerectomie subtotală.

În schimb, rezultatele unui studiu randomizat din Danemarca publicat de Andersen și colaboratorii în anul 2015 în *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* arată că nu există o diferență în ceea ce privește rata de prolaps genital sau incontinența urinară la pacientele ce efectuează histerectomie totală sau subtotală, pentru patologie benignă. Studiul a inclus 304 paciente urmărite pe o perioadă de până la 14 ani.

Studiul (descriș mai sus) efectuat de Roovers și colaboratorii din Olanda și publicat în *British Medical Journal* în anul 2003 compară la 6 luni funcția sexuală

după histerectomia pe cale abdominală (totală sau subtotală) și cea pe cale vaginală. În concluzie, autorii afirmă că în toate situațiile calitatea activității sexuale s-a îmbunătățit, fără a exista o diferență între cele trei grupe de paciente.

Un alt studiu efectuat de Gé P și colaboratorii și publicat în *Gynecologie Obstetrique and Fertilitate* în anul 2015 a analizat sexualitatea și satisfacția sexuală pe baza a trei teste la 46 de paciente ce au beneficiat de histerectomie laparoscopică totală sau subtotală pentru patologii benigne. Rezultatele arată că nu există diferențe între cele două grupe în ceea ce privește sexualitatea în perioada postoperatorie evaluată pe baza a două teste (DSFI și ultra-short Questionnaire of depression). În cazul unui test (PISQ-12) ce evaluează orgasmul se pare că a fost obținut un scor mai bun la pacientele care au păstrat colul uterin. Concluzia studiului este că toate pacientele au avut o îmbunătățire a sexualității în postoperator și cazurile cu histerectomie subtotală au avut beneficii mai multe, în particular în ceea ce privește capacitatea de a avea orgasm. Autorii recomandă pentru evaluarea acestor cazuri utilizarea unor formulare mai amănunțite de evaluare.

Aceste rezultate sunt susținute și de studiul lui Ellström Engh și colaboratorii publicat în anul 2010 în *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Autorii studiază la 132 de paciente ce beneficiază de histerectomie subtotală (n=66) sau totală (n=66) funcția sexuală pe baza unui chestionar. Rezultatele arată că femeile ce au beneficiat de histerectomie subtotală experimentează o creștere mai semnificativă a frecvenței orgasmelor și plăcerii sexuale comparativ celor ce au beneficiat de histerectomie, însă rezultatele trebuie evaluate cu precauție.

În ceea ce privește starea de bine psihologică după histerectomia totală sau subtotală, studiul randomizat efectuat de Persson și colaboratorii, publicat în *British Journal of Obstetrics and Gynecology* în anul 2010, ne arată că nu există diferențe între cele două grupuri de paciente la 6 și 12 luni postoperator. Au participat la studiu 179 de paciente, din care 94 au beneficiat de histerectomie subtotală și 85 de histerectomie totală.

Un alt studiu randomizat efectuat de Persson și colaboratorii în *British Journal of Obstetrics and Gynecology* în anul 2006 nu arată nicio diferență în ceea ce privește starea de bine psihologică la 5 săptămâni și 6 luni la cele două grupe de paciente histerectomizate: laparoscopic sau pe cale abdominală.

În concluzie putem aprecia că există controverse asupra beneficiilor păstrării colului uterin în ceea ce privește rata complicațiilor uroginecologice și asupra sexualității femeilor ce necesită histerectomie.

Histerectomia și sexualitatea: modul de sutură a bontului vaginal și sexualitatea

O altă problemă discutată în ginecologie cu implicații în viața sexuală este dacă modul de închidere a bontului vaginal după histerectomie influențează funcția sexuală. La această întrebare a încercat să răspundă Uccella S și colaboratorii în cadrul unui studiu multicentric publicat în *Journal of Minimal Invasive Gynecology* în anul 2020. Acest studiu analizează impactul asupra

sexualității al închiderii bontului vaginal pe cale transvaginală comparativ închiderii laparoscopice după histerectomia laparoscopică. Studiul se raportează la rezultate de la 182 de paciente care au acceptat participarea și au răspuns la chestionarul IFSF. Rezultatele studiului arată că nu este nicio diferență în ceea ce privește efectul asupra sexualității a celor două modalități de suturare a bontului vaginal. În schimb, și autorii acestui studiu arată că dacă preoperator o pacientă a avut disfuncție sexuală (un scor IFSF mic), atunci există riscul ca disfuncția sexuală să se mențină și postoperator. De asemenea autorii arată că pacientele premenopauzale ce beneficiază de ovariectomie bilaterală și cele ce dezvoltă un hematom la nivelul transei vaginale au un risc mai crescut de disfuncții sexuale postoperator.

Un alt studiu efectuat de Bastu și colaboratorii în Turcia și publicat în anul 2016 tot în *Journal of Minimal Invasive Gynecology* analizează aceeași temă. Studiul este efectuat într-un singur centru academic la 70 de paciente ce au efectuat histerectomie laparoscopică și din care 34 paciente au beneficiat de închidere laparoscopică și 36 de închidere pe cale vaginală a bontului vaginal. S-a evaluat postoperator indicele IFSF și lungimea vaginală. Rezultatele autorilor au arătat că la 3 luni atât indicele IFSF, cât și lungimea vaginală au fost mai mari în cazul închiderii pe cale laparoscopică și recomandă a se utiliza această metodă.

11.2.2. Histerectomia și sexualitatea: ovariectomia și efectul asupra sexualității

Sexualitatea după ovariectomie

Deseori în practica medicală ne găsim în fața unei decizii de efectuare sau nu a ovariectomiei la o pacientă ce necesită histerectomie pentru o patologie benignă. Ovariectomia la o pacientă menstruată determină menopauză iatrogenă și scăderea concentrației hormonilor sexuali: estrogeni, testosteron și dehidroepiandrosteron. Acești hormoni dețin un rol important în sexualitate. Scăderea concentrației de testosteron este asociată scăderii libidoului respectiv a excitabilității centrale, iar scăderea concentrației de estrogeni determină subțierea mucoasei vaginale, reducerea fluxului sanguin și a capacității de lubrifiere. În timp, apare atrofia genitală mai severă comparativ cazurilor cu climax fiziologic unde avem strict o deprivare estrogenică. În climaxul fiziologic activitatea secretorie a celulelor tecale fiind prezervată. Toate acestea în lipsa unui tratament adecvat pot determina dispareunie și scăderea dorinței sexuale și sănătății sexuale (Ahrendt și Freidrich, Editura Springer 2015). De asemenea se reduce excitabilitatea locală și sensibilitatea la stimuli tactili sexuali.

Se presupune că și histerectomia simplă interanexială poate reduce funcția ovariană datorită reducerii vascularizației ovariene prin întreruperea circulației arcadei subtubare și de sub ligamentul utero-ovarian. În acest sens există studii care arată că scăderea nivelului de estradiol este asociată cu disfuncții sexuale. Vaginul prezintă receptori pentru dehidroepiandrosteron și estrogeni, iar

administrarea locală sau sistemică a acestor hormoni ajută la îmbunătățirea condițiilor vaginale la pacientele cu menopauză iatrogenă. Îmbunătățirea libidoului poate fi realizată prin administrarea de testosteron.

Mai multe studii au evaluat dacă în momentul histerectomiei trebuie îndepărtate și ovarele? Indicația de anexectomia bilaterală este argumentată de reducerea riscului oncologic și contra-argumentată de efectele negative asupra sexualității.

Majoritatea rezultatelor studiilor în domeniu sunt în concordanță cu studiul lui Hickey și colaboratorii din 2010 publicat în *Human Reproduction Update* care apreciază că necesitatea efectuării ovariectomiei trebuie discutată cu pacientele și evaluată în mod particular cu fiecare pacientă funcție de riscul oncologic, vârsta acesteia și opțiunea acesteia.

11.2.3. Sexualitatea și incontinența urinară, prolapsul genital

Incontinența urinară și prolapsul genital afectează starea de bine și sexualitatea femeilor. Patologia este mai accentuată la multipare, obeze, paciente ce depun muncă fizică și ridică greutăți. De asemenea, riscul apariției infecțiilor urinare și vaginale este mai crescut la grupul pacientelor cu prolaps genital și incontinență urinară. Apar fenomene de usturimi, prurit, arsuri genitale și pierderi urinare. Aceste simptome afectează starea de bine în general și deseori în intimitate. La femeile în menopauză se suprapun și simptomele determinate de atrofia genitală și uscăciunea mucoasei vaginale și lipsa de lubrifiere. De asemenea aceste paciente prezintă deseori pierdere de urină în timpul actului sexual. În reviewul realizat de Duralde și publicat în anul 2017 în *Sex Med Rev* se arată că între 24% și 66% dintre femeile cu incontinență urinară prezintă emisie de urină în timpul activității sexuale și aceasta are urmări asupra abandonării vieții sexuale până la abținere. În timp, această situație poate conduce la scăderea stimei de sine și a percepției imaginii corpului. Uneori pot apărea episoade depresive.

Un studiu publicat de Salonia și colaboratorii în anul 2004 în *British Journal of Urology* a identificat la 227 de femei cu incontinență urinară următoarele simptome: scăderea libidoului (34%), tulburări de excitație (23%), tulburări de orgasm (1%) și dispareunie (44%). Aceste simptome pot fi accentuate în menopauză, când se suprapune cu deprivare hormonală: estrogeni sau testosteron, fiind cunoscut rolul acestora în exercitarea funcției sexuale.

Administrarea locală de estrogeni este utilizată cu succes pentru îmbunătățirea condițiilor trofice locale, pentru reducerea simptomelor de atrofie, de uscăciune vaginală, pentru îmbunătățirea elasticității vaginale. Astfel reapare lubrifierea și scad usturimile și dispareunia. Consultul clinic și citologia Babeș-Papanicolau poate obiectiva efectul benefic al estrogenilor locali.

Administrarea topică de estrogeni poate îmbunătăți și simptomele de incontinență urinară, tratamentul chirurgical fiind rezervat cazurilor cu indicație clară stabilită cel mai bine prin proceduri de urodinamică.

Unele grupe de pacienți cu incontinență urinară prin vezică hiperactivă pot beneficia și de tratamentul medical cu anticolinergice, acesta îmbunătățind și sexualitatea. O descriere mai amplă a problemelor de sexualitate date de atrofia genitală se găsește la capitolul despre sexualitatea în menopauză.

Mai multe studii arată că tratamentul incontinenței urinare și al prolapsului genital îmbunătățește atât imaginea de sine, calitatea vieții, cât și sexualitatea pacientei.

Studiile publicate arată preocuparea de a analiza eficiența uneia sau alteia dintre tehnicile operatorii nu numai pentru repararea defectului pelvian și a incontinenței urinare, ci și în ceea ce privește îmbunătățirea funcției sexuale. Detaliem mai jos unele dintre aceste studii.

Într-un studiu publicat de Constantini și colaboratorii în *International Urogynecology* în anul 2013 se analizează rolul histerectomiei în modificarea parametrilor funcției sexuale feminine la pacientele ce beneficiază de tratamentul prolapsului genital prin colposacropexie cu sau fără histerectomie. Studiul lui Constantini subliniază în același timp că incontinența urinară și prolapsul genital afectează negativ sexualitatea feminină, determinând scăderea încrederii de sine, dificultăți în relaționarea cu partenerul, întreruperea activității sexuale, gradul prolapsului uterin fiind direct corelat cu gradul disfuncției sexuale. Autorii evaluează comparativ sexualitatea la cele două grupe de pacienți. Concluziile studiului arată că preservarea uterului este asociată unei creșteri mai mari în postoperator a indicelui IFSF, atât în ceea ce privește dorința sexuală, excitarea, cât și orgasmul.

Un alt studiu efectuat de Till SR și publicat în *Journal of Minimal Invasive Gynecology* în anul 2018 arată că efectuarea concomitentă cu histerectomia laparoscopică a unei culdoplastii McCall la pacientele cu prolaps genital nu determină dispareunie postoperator și nu reduce scorul funcției sexuale feminine sau lungimea vaginului. Ca urmare, metoda McCall poate fi utilizată la acest grup de pacienți concomitent cu histerectomia fără a avea în postoperator teama unui impact negativ asupra funcției sexuale feminine.

Un alt studiu derulat în Turcia și publicat în anul 2015 în *European Journal of Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology* de către Kokanali și colaboratorii analizează comparativ efectul asupra sexualității a modului de fixare a bontului vaginal (Culdoplastia McCall sau Fixarea Sacrospinoasă) după histerectomia vaginală. S-au inclus în studiu 58 de femei active sexual în menopauză cu prolaps de grad 2 și 3 ce au beneficiat de suspensia bontului vaginal: 29 pacienți au beneficiat de suspensia la ligamentul sacrospinos și 29 de pacienți de tehnica McCall. S-a evaluat lungimea vaginului și funcția sexuală în postoperator. Concluzia studiului a fost că ambele metode reduc lungimea vaginală, însă niciuna nu are efect negativ asupra funcției sexuale.

Beneficiile tratamentului prolapsului genital asupra funcției sexuale sunt subliniate și de Schiavi MC într-un articol publicat în anul 2016 în *European Journal of Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology*. Studiul a fost efectuat în Italia la 414 paciente ce au fost urmărite pe o perioadă de 8 ani și operate pentru prolaps genital. Pacientele au fost operate prin histerectomie vaginală și suspensia bontului vaginal prin tehnica culdoplastiei McCall sau tehnica suspensiei Shull. Ambele tehnici au arătat eficiența în prevenția prolapsului vaginal. Lungimea vaginului s-a redus mai mult după tehnica McCall. Ambele metode au dus la îmbunătățirea activității sexuale la pacientele operate. Tehnica Shull a condus la beneficii mai mari în îmbunătățirea funcției sexuale evaluate după indicele funcției sexuale feminine (IFSF).

Tehnicile operatorii de stabilizare a anatomiei pelviene și tratare a incontinenței urinare, deși au un efect anatomic bun, sunt însoțite de fenomene de fibroză tisulară ce pot reduce elasticitatea peretelui vaginal, determinând rigiditate vaginală și dispareunie. Din acest motiv, aceste dispozitive este preferabil să fie utilizate doar dacă tratamentul cu țesut nativ nu este posibil.

11.2.4. Sexualitatea după histerectomia lărgită din afecțiunile oncologice

Histerectomia lărgită reprezintă o tehnică de histerectomie mai extinsă, ce este utilizată în cazuri oncologice. Îndepărtarea mai extinsă de țesuturi are deseori ca urmare lezarea mai accentuată a vascularizației și inervației locale cu urmări asupra funcționalității organelor pelviene. Aceasta este asociată cu apariția de aderențe, scăderea sensibilității vaginale, tulburări de vascularizație și de lubrifiere. De asemenea, histerectomia lărgită implică și îndepărtarea părții superioare a vaginului, acesta pierzându-si din lungime.

Creșterea perioadei de supraviețuire a acestor paciente a permis efectuarea unor studii de evaluare a calității vieții, funcției urinare și sexuale. Acesta a fost și scopul unui studiu publicat de Plotii și colaboratorii în anul 2018 în *International Journal of Cancer*. În cadrul acestui studiu, autorii evaluează la 90 de paciente, la un interval de aproximativ 49 de luni postoperator, pe baza unor formulare, mai mulți parametri ai stării de bine, incluzând și nivelul satisfacției sexuale. Majoritatea pacientelor au indicat un nivel bun al satisfacției sexuale.

Într-un alt studiu efectuat de Xiao și colaboratorii, publicat în anul 2018 în revista *Medicine*, a fost comparată calitatea activității sexuale la un interval de peste 1 an postoperator la paciente cu cancer cervical incipient. Pacientele cu histerectomie radicală pe cale abdominală (16 cazuri) și laparoscopică (42 cazuri) au fost evaluate pe baza indexului funcției sexuale feminine (FSFI). Rezultatele au arătat că scorul FSFI a fost similar în cele două situații.

Un alt studiu efectuat de Lee și colaboratorii și publicat în *Cancer Research Treatment* în anul 2016 a arătat că din punct de vedere al activității sexuale, plăcerii sexuale, a dorinței sexuale, a excitării, a lubrifierii, a orgasmului, a

satisfacției și dispareuniei nu există diferențe între pacientele sănătoase și cele post-histerectomie radicală pentru cancer de col uterin incipient. Cu toate acestea, pacientele după histerectomie radicală au avut vaginul mai scurt comparativ celor sănătoase, însă fără a se ajunge la o diferență statistic semnificativă. Concluzia autorilor a fost că pentru pacientele fără evidența unei recurențe după tratamentul primar al cancerului nu au existat diferențe în ceea ce privește sexualitatea în comparație cu pacientele sănătoase.

Studiul lui Aerts și colaboratorii publicat în *Int J Gynecol Cancer* în anul 2014 a evaluat prospectiv funcția sexuală la paciente operate pentru cancer de col uterin stadiul IA și IB. Au fost evaluate 31 de paciente operate pentru cancer de col uterin, 93 de femei operate pentru afecțiuni benigne ginecologice și 93 de persoane sănătoase. Nu s-au observat diferențe în ceea ce privește sexualitatea postoperatorie între pacientele cu cancer de col uterin și cele cu patologie benignă. În schimb, pacientele cu cancer de col uterin au avut atât preoperator, cât și postoperator mai frecvent disfuncții sexuale comparativ cu cele sănătoase. Aceste disfuncții au inclus deficit de excitare, dispareunie la penetrare profundă, dureri abdominale la activitate și un orgasm redus ca intensitate. Referitor la pacientele cu cancer de col uterin nu s-a observat o diferență între situația pre- și postoperatorie.

Rezultatele acestor studii nu sunt însă uniforme. Studiul tip review al lui Lammerink și colaboratorii publicat în *Maturitas* în anul 2012, analizând 12 studii din Pubmed, a ajuns la concluzia că pacientele ce au supraviețuit cancerului de col uterin au raportat mai frecvent dispareunie comparativ cu femeile sănătoase. Acest simptom a fost mai frecvent la pacientele care au efectuat radioterapie. Cel mai frecvent simptom a fost absența lubrifierii și o scădere a interesului sexual. Totuși grupul de paciente post-tratament al cancerului de col uterin nu a avut o influențare negativă a satisfacției sexuale (orgasmului). Autorii consideră că pacientele trebuie informate asupra acestor posibile complicații înainte de operație.

O mențiune importantă trebuie făcută raportat la radioterapia ce urmează, la cazurile selectate, etapei de tratament chirurgical. Deprivarea steroizilor sexuali este și mai accentuată la cazurile post radioterapie locoregională, comparativ cu histerectomie prin afectarea nu doar a steroidogenezei ovariene ci și a celei adrenale. Ca urmare, oboseala, anergia, scăderea dramatică a excitabilității centrale și periferice, implicit lubrifierea vaginală și atrofia vaginală este semnificativ mai importantă.

Nu în ultimul rând urmările tratamentelor combinate, în neoplaziile ginecologice au o amploare cu atât mai mare cu cât vârsta pacientelor este mai tânără.

11.3. Sexualitatea și bolile oncologice ginecologice

Când ne adresăm pacientelor cu patologie oncologică din sfera ginecologică, trebuie să avem în vedere 2 mari categorii de aspecte, primul legat de impactul fizic și emoțional indus de patologia neoplazică în sine, respectiv de impactul particular indus de componenta hormonală a tratamentelor cancerelor din sfera ginecologică, tratamente particulare observate doar în această categorie specială de neoplazii.

Particularitatea fenomenelor la pacientele cu cancere în sfera ginecologică este dată de gradul diferit de deprivare de steroizii sexuali la aceste femei, semnificativ mai mare comparativ deprivării estrogenice, întâlnite în climaxul fiziologic.

Radioterapia locoregională, dacă se impune la femei tinere, în premenopauză, contribuie la deprivarea hormonală prin efecte apoptotice la nivel ovarian, determinând nu doar dispariția accelerată a celulelor foliculare, cu deprivare estrogenică, ci și apoptoza celulelor tecale, perifoliculare, responsabile de secreția androgenică ovariană. Gradul deprivării de steroizi sexuali este, în aceste condiții, mai accentuat comparativ cazurilor cu climax fiziologic, unde avem exclusiv o deprivare estrogenică, cu păstrarea componentei androgenice. Mai mult, un câmp extins al radioterapiei în abdomen și micul bazin alterează și sinteza androgenilor suprarenali, determinând o deprivare androgenică supremă, mult superioară celei întâlnite chiar și la cazurile cu ovalectomie bilaterală. Ca urmare este afectat libidoul și excitabilitatea locală (prin absența estrogenilor).

11.3.1. Sexualitate după carcinoame ginecologice

Cancerul de col uterin reprezintă o problemă de sănătate publică ce poate fi prevenită prin teste de screening și prin vaccinare. Cu toate acestea în anul 2018 au fost estimate 570.000 de cazuri noi și 311.000 de decese (Arbyn, *The Lancet Glob Health*, 2020). Același articol situează cancerul de col uterin pe locul patru după cancerul mamar, colo-rectal și pulmonar. Cea mai frecventă formă histologică este carcinomul scuamocelular. În funcție de stadializarea la momentul diagnosticului tratamentul este complex combinând proceduri chirurgicale, chimioterapice și radioterapie. Rata de supraviețuire la 5 ani este 92% în stadiile localizate, 56% în boala extinsă regional și 17% în boala metastazată. Per ansamblu rata de supraviețuire combinată pentru toate stadiile este de 66% (American Cancer Society, *Cervical Cancer Survival Rates*, 2020).

Îmbunătățirea ratei de supraviețuire a pacientelor cu diagnostic de cancer de col uterin a impus efectuarea unor studii pentru evaluarea și ameliorarea calității vieții acestora incluzând cele ce evaluează disfuncțiile sexuale.

Disfuncții sexuale și tratamentul radioterapic al cancerului de col uterin

Un studiu retrospectiv din China publicat de Yang și colaboratorii în anul 2020 în *Scientific Reports* analizează la cinci ani rezultatele și calitatea vieții a 97 de paciente tinere cu vârsta sub 35 de ani cu cancer de col uterin incipient. Dintre acestea 74 de paciente au beneficiat de radioterapie și 23 de paciente au refuzat radioterapia. Radioterapia externă s-a efectuat pe un volum ce a inclus minim 3-4 cm din bontul vaginal, parametrele și bazinul cu zonele topografice ganglionare. În cazul în care au existat metastaze ganglionare au fost iradiate și ariile iliace comune. În cazul în care au existat determinări ganglionare iliace comune sau para-aortice, câmpul de iradiere s-a extins până la arterele renale. S-a efectuat și brahiterapie la cazurile cu metastaze ganglionare.

Din punct de vedere al efectului curativ s-a urmărit intervalul fără recidivă (IFR) și perioada de supraviețuire (PS) la cele două grupe. Rezultatele au arătat că pentru întregul grup non-iradiat (NRG) față de grupul iradiat (RG) IFR a fost 83.4% vs. de 92.8% ($p=0.011$) iar perioada de supraviețuire de 82.6% vs. 95.6% ($p=0.025$). Aceeași comparație la cazurile cu metastaze ganglionare din grupul NRG și RG au fost pentru IFR 40.0% vs. 72.4%, și PS 60.0% vs. 93.1, cu valori de semnificație $p<0.05$.

Din punct de vedere al funcției sexuale s-a urmărit scorul pe baza formularului Indexului Funcției Sexuale Feminine (FSFI): dorința pentru sexualitate, capacitatea de excitare, lubrefierea, orgasmul, satisfacția și dispareunia. Un scor mai mare al FSFI a reprezentat o funcție sexuală mai bună. Din punct de vedere al scorului global al FSFI acesta a avut un scor mai redus la grupul RT față de grupul NRT: 21.63 vs. 22.58, $p=0.013$. Pacientele ce au beneficiat de RT vs cele din grupul NRT au avut dificultăți de lubrefiere (3.34 vs. 3.69, $p=0.016$), scăderea satisfacției sexuale (3.50 vs 3.79, $p=0.03$), și dispareunie (3.43 vs. 3.68, $p=0.038$). Un scor mai mic arată o disfuncție sexuală mai accentuată, ca urmare pacientele ce au beneficiat de radioterapie au avut un scor mai mic, respectiv o disfuncție sexuală mai accentuată. Pentru ceilalți parametri ai scorului FSFI valorile au fost de asemenea mai bune la grupul fără radioterapie însă nu s-a obținut o diferență semnificativă a diferenței între cele două grupe.

Autorii concluzionează că femeile tinere cu cancer de col uterin în stadiul incipient ce vor beneficia de radioterapie trebuie consiliate atât asupra beneficiilor acestei metode în ceea ce privește scăderea riscului de recidivă și creșterea perioadei de supraviețuire cât și asupra accentuării disfuncției sexuale în urma acestei terapii.

Un alt studiu ce evaluează disfuncțiile sexuale la paciente cu cancer de col uterin a fost efectuat în India și publicat în *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* în anul 2020 de Shankar și colaboratorii. Studiul prospectiv s-a efectuat la 85 de paciente cu cancer de col uterin stadiul I-IV ce au beneficiat de tratament prin chirurgie, radioterapie și chimioterapie. Studiul prezintă simptomele ce au fost întâlnite la pacientele tratate: dispareunie (32.9%), viața sexuală alterată (25.9%).

Aceste simptome au fost raportate a reprezenta o problemă de către 24.7% și respectiv 22.3% dintre paciente. Stenoza vaginală a fost depistată la 75.29% dintre femei. Combinația dintre chimioterapie și radioterapie a cauzat cel mai înalt grad de disfuncție sexuală și insatisfacție sexuală în special la pacientele tinere.

11.3.2. Sexualitatea după histerectomie radicală pentru cancerul de col uterin

În capitolele precedente am prezentat studii despre efectul histerectomiei simple asupra sexualității la pacientele cu patologie uterină benignă și am arătat că în anumite situații parametrii sexuali se îmbunătățesc prin îndepărtarea patologiei. În continuare, vom prezenta o serie de considerente generale despre consecințele chirurgiei radicale asupra funcției sexuale și studii ce evaluează funcția sexuală la paciente după histerectomia radicală.

Histerectomia radicală este parte a protocolului de tratament pentru formele incipiente de cancer de col uterin și presupune îndepărtarea uterului, a unui segment din vaginul superior, parametrelor și nodulilor limfatici. Această procedură extinsă cauzează frecvent lezarea fibrelor nervoase mici și a vaselor mici de sânge (Ahrendt în „Sexual-medizin in der Gynakologie” Springer Verlag 2015 și Vrzackova și colab. *Expert Review Anticancer Therapy* 2010), ce asigură vascularizația și inervația vaginului și genitalelor externe. Aceasta poate avea ca și consecință limitarea senzațiilor legate de sexualitate, a excitației sexuale și orgasmului. Aceste modificări pot contribui la sentimente de frustrare, de modificare a imaginii proprii și a stimei de sine, afectând intimitatea sexuală (Ahrendt, 2015). De asemenea, îndepărtarea ovarelor poate avea ca urmare prăbușirea nivelului hormonal cu fenomene de deprivare hormonală și menopauză iatrogenă.

În studiul lui Song T și colaboratorii publicat în *The Journal of Sexual Medicine* în anul 2012 au fost evaluate la 105 paciente cu diagnostic de cancer de col uterin în stadiul incipient efectul tipului de intervenție asupra sexualității. Pacientele au beneficiat de conizație, trachelectomie sau de histerectomie radicală. A fost evaluat indexul satisfacției sexuale feminine (FSFI) la cele trei grupe de paciente. Femeile cu conizație au avut un scor de $30,72 \pm 3,39$ comparativ cu $22,40 \pm 4,09$ la femeile cu histerectomie radicală. Prin urmare femeile cu chirurgie radicală aveau disfuncții sexuale în timp ce pacientele cu operații limitate nu au avut disfuncții sexuale.

Un studiu efectuat de Jongpipang în Tailanda și publicat în *The Journal of Sexual Medicine* în anul 2007 evaluează funcția sexuală după histerectomie radicală pentru cancer de col uterin incipient. S-au inclus în studiu 30 de femei cu stadiul IB1 ce au beneficiat de histerectomie radicală cu limfonodectomie pelvină. Toate pacientele au beneficiat de evaluarea prin chestionare a funcției sexuale la 3 și 6 luni postoperator. Media de vârstă a pacientelor a fost de 45 de ani (28-59

ani), 97% au fost încadrate în stadiul IB1 iar 83% au fost carcinoame scuamocelulare și 17% adenocarcinoame. Din punct de vedere al terapiei 14 (46.7%) paciente au beneficiat de anexectomie bilaterală și o pacientă (3.3%) de anexectomie unilaterală. La 3 luni și 6 luni postoperator 63% respectiv 93% au avut activitate sexuală. Rezultatele au arătat ca scorul satisfacției sexuale a fost similar în preoperator și postoperator (4.2 vs 3.6, $p>0.05$). În concluzie autorii afirmă că histerectomia radicală are doar un impact pe perioada scurtă asupra funcției sexuale.

Jensen și colaboratorii au publicat rezultatele unui studiu din Danemarca publicat în jurnalul *Cancer* în anul 2004. Acesta evaluează funcția sexuală la 173 de paciente cu cancer de col uterin incipient cu noduli limfatici neinvadati ce au beneficiat de histerectomie radicală și limfonodectomie pelviană. Pacientele au fost evaluate pe baza unui chestionar de autoevaluare la 5 săptămâni, 3, 6, 9 și 12,18 și 24 de luni postoperator iar parametrii au fost comparați cu 328 de paciente sănătoase de aceeași grupă de vârstă. Rezultatele au arătat ca pacientele au avut în primele 6 luni probleme severe de orgasm și disconfort în timpul activității datorită reducerii dimensiunilor vaginului, având în primele 3 luni și dispareunie severă. De asemenea, au suferit de insatisfacție sexuală în primele 5 săptămâni postoperator. În primii 2 ani postoperator au suferit de lipsă a interesului sexual și deficit de lubrefiere. Aceste simptome au fost confirmate de paciente prin compararea stării dinainte de diagnosticul de cancer și cel postoperator. Dintre pacientele ce au fost active sexual înainte de diagnostic 91% au fost active și la 12 luni postoperator, însă cu o frecvență mai redusă a actelor sexuale.

Concluzia studiului este ca histerectomia radicală exercită un impact negativ și persistent asupra interesului sexual și lubrefierii vaginale în timp ce majoritatea celorlalte probleme vaginale dispar în timp. Impactul sexualității trebuie discutat cu pacientele înainte de intervenție.

Un alt studiu publicat în *New England Journal of Medicine* în anul 1999 de Bergmark (Suedia) analizează modificările vaginale și de sexualitate la un număr de 256 de femei cu antecedente de cancer cervical (grup 1) în comparație cu un număr de 350 de femei sănătoase control (grup 2). Vârsta medie a femeilor a fost 51 ani pentru cele din grupul 1, respectiv 52 de ani pentru grupul control, având o structură diferită a distribuției vârstei între cele două grupe. La pacientele din grupul 1 diagnosticul a fost stabilit la o vârstă medie de 45 de ani. Rezultatele au arătat că interesul pentru sex a fost similar scăzut la persoanele cu cancer și cele control însă gradul de stres cauzat de reducerea libidoului a fost mai accentuat la femeile cu antecedente de cancer de col uterin. O proporție mai mare de paciente din grupul 1 au avut o reducere a lubrefierii în timpul activității sexuale comparativ grupului control și aceasta a determinat disconfort la 54% dintre pacientele din grupul 1 și la 39% din cele din grupul 2. De asemenea, 36% dintre pacientele din grupul 1 și 25% din cele din grupul 2 au raportat ca tumefierea genitală a fost absentă în timpul perioadei de excitare. Frecvența activității sexuale vaginale a fost

similară la cele două grupe, în timp ce 30% din cele două grupe au raportat ca nu au avut activitate sexuală în ultimele 6 luni iar de două ori mai multe femei din grupul 1 au spus ca nu au avut activitate sexuală în ultimii cinci ani. Disconfortul cauzat de lipsa activitatii sexuale a fost mai intens la femeile cu antecedente de cancer.

Douăzecișisase de procente dintre femeile din grupul 1 au reclamat reducerea lungimii și scăderea elasticității vaginale resimțite în timpul activității sexuale comparativ cu doar trei procente în grupul control. Procentul pacientelor ce au raportat neplăceri datorită modificărilor vaginale (scurtare și scăderea elasticității) a scăzut o dată cu vârsta pacientelor fiind de 31% (în intervalul 25-40 ani), 30% (41-52 ani), 19% (10-52), și 9% (65-80 ani).

Aproximativ 50% dintre femei au raportat că nu au atins orgasm (mai puțin de 2x/lună) și 7% au menționat că nu au avut orgasm de 6 luni cu toate că erau active sexual. 9% au menționat că nu au avut plăcere orgasmică.

Dispareunia superficială sau profundă a fost un simptom mult mai frecvent la pacientele cu antecedente de cancer de col uterin comparativ pacientelor control deși în urmă cu cinci ani nu era prezent la niciuna dintre grupe. Sângerarea vaginală în timpul activității a fost de asemenea mai frecventă la grupul 1. Rezultatele au arătat o legătură între scurtarea vaginului și dispareunie superficială și profundă, în timp ce reducerea elasticității și lubrefierii au fost asociate doar cu dispareunia superficială. Studiul arată ca tratamentul chirurgical singur a fost asociat cu riscul de lubrefiere vaginală insuficientă, scurtare vaginală și reducerea elasticității vaginale. Radioterapia externă sau internă, sau ambele împreună sau în locul tratamentului chirurgical au avut un risc redus în ceea ce privește reducerea lubrefierii, tumefierii genitale, scurtării vaginale sau reducerii elasticității vaginale.

Îmbunătățirea suportului tehnic a permis dezvoltarea unor metode chirurgicale minim invazive mai exacte adaptate unei chirurgii care să preserve vasele și filetele nervoase mai bine decât chirurgia clasică. Unul dintre studiile ce analizează comparativ cele două metode histerectomia radicală clasică versus laparoscopică a fost derulat în Italia și rezultatele publicate în *The Journal of Sexual Medicine* de Serati și colaboratorii în anul 2009. au fost incluse 38 de paciente cu cancer de col uterin operate și 35 de cazuri control. Cele 38 de cazuri cu cancer de col uterin au fost operate laparoscopic sau clasic. S-a evaluat Indexul Funcției Sexuale Feminine (FSFI) la cele două grupe de paciente operate și rezultatele au fost comparate cu valorile indexului la persoane sănătoase neoperate. Pacientele operate laparoscopic au avut un scor mai mic comparativ pacientelor sănătoase neoperate. La pacientele operate abdominal atât scorul global cât și trei din cele șase domenii interogate (excitarea, lubrefierea, orgasmul) au avut scorul mai mic comparativ pacientelor control sănătoase neoperate. Nu au existat diferențe între pacientele operate laparoscopic și clasic. În concluzie autorii afirmă că histerectomia radicală înrăutățește sexualitatea indiferent de tipul de abord. În opinia autorilor nu există o diferență în ceea ce privește calea de abord pentru histerectomia radicală.

11.3.3. Sexualitatea și cancerul mamar

Cancerul mamar este cea de a doua cea mai frecventă patologie malignă a femeii. Tratamentul este complex impunând manevre chirurgicale, radioterapie, chimioterapie, hormonoterapie și imunoterapie în funcție de stadializarea și tipul histologic al tumorii. Diagnosticat precoce supraviețuirea este de aproape 100% în schimb diagnosticat tardiv evoluția este fatală pentru multe paciente. Atât încărcătura psihologică a diagnosticului cât și tratamentele afectează starea generală a pacientei și funcția sexuală a acestora.

Prezentăm în continuare rezultatele unei meta-analize realizate de Jing și colaboratorii și publicată în anul 2019 în jurnalul *Support Care Cancer*. Scopul studiului a fost de a evalua prevalența disfuncției sexuale la femeile cu cancer mamar, fiind prima meta-analiza în acest sens. Meta-analizele precedente au analizat disfuncțiile sexuale doar la femeile cu diagnostic oncologic în general. Au fost incluse în meta-analiza 19 studii publicate între 2000 și 2017 indexate în PubMed, Cochrane, CNKI, Wanfang Data și VIP. Au fost extrase datele despre prevalența disfuncțiilor sexuale (FSD) și valoarea Indexului funcției sexuale feminine (FSFI). Au fost incluse în meta-analiza 2684 femei cu cancer mamar. Prevalența generală a disfuncțiilor sexuale a fost de 73.4% și scorul FSFI a fost 19.28 arătând ca pacientele cu cancer mamar au o prevalență crescută a disfuncțiilor sexuale și un index sexual mai mic comparativ populației generale. Analiza pe etnii a arătat faptul că între pacientele cu cancer mamar populația americană are o disfuncție sexuală mai accentuată comparativ celei asiatice iar în cadrul populației din China femeile de pe continent au avut disfuncție mai accentuată comparativ celor din alte țări.

Un alt studiu efectuat de Gambardella în Italia, publicat în anul 2018 în revista *Endocrine*, analizează funcția sexuală la 122 de femei cu diagnostic de cancer mamar sub diverse protocoale de tratament. Au fost evaluate patru grupe de paciente: 22 de paciente cu cancer în stadiu avansat cu chimioterapie neoadjuvantă, 48 de paciente cu chimioterapie adjuvantă, 30 de paciente cu terapie hormonală și 22 de paciente cu boala metastatică cu chimioterapie de prima linie. Disfuncția sexuală a fost evaluată pe baza FSDS-R. S-au efectuat determinări pentru concentrația hormonilor estrogeni, LH, FSH și testosteron.

Rezultatele au arătat o prevalență totală a disfuncției sexuale de 69% și un index FSFI de 17. Prevalența disfuncției sexuale a fost de 77% la pacientele cu boala metastatică sub chimioterapie de prima linie, 72% la femeile cu chimioterapie neoadjuvantă, 65% la femeile cu chimioterapie adjuvantă și 67% la cazurile cu hormonoterapie. Aceste rezultate ne arată că pacientele cu boala metastatică și pacientele în stadiu avansat cu chimioterapie neo-adjuvantă au avut cel mai frecvent disfuncții sexuale. Cauza fiind probabil atât factorii organici locali cât și factori psihologici.

Pacientele cu cancer mamar au avut nivele scăzute de estradiol și testosteron, în timp ce valorile FSH și LH erau crescute. Valoarea indicelui FSFI a corelat direct cu valoarea testosteronului, însă nu a corelat cu valoarea estrogenilor.

11.3.4. Sexualitatea la paciente cu diagnostic oncologic în general

În perioada recentă spectrul de mijloace diagnostice și terapeutice s-a diversificat și a devenit mult mai acurat permițând un diagnostic precoce, tratament îmbunătățit, ceea ce a îmbunătățit speranța de viață a acestui grup de paciente. Cu toate acestea un diagnostic oncologic marchează calitatea vieții unei paciente, incluzând funcția sexuală.

Unele studii au evaluat disfuncțiile sexuale la femeile cu diagnostic oncologic în general, nu doar pacientele cu diagnostic oncologic-ginecologic. Astfel, studiul lui Maiorino publicat în revista *Endocrine* în anul 2016 este un review sistematic ce a încercat să prezinte o imagine globală asupra studiilor ce analizează această temă. Au fost incluse în recenzia sistematică toate studiile ce au analizat afectarea sexuală feminină [evaluate pe baza female sexual dysfunction (FSD) și female sexual function index (FSFI)] publicate între anii 2000 și 2014 și indexate în Medline, Scopus și Google Scholar. Au fost incluse 35 de studii dintre care 27 au raportat scorul FSFI și 16 prevalența FSD. Valoarea medie a FSFI a fost mai mică decât 20 indiferent de localizarea cancerului: 16.25 pentru cancerul colorectal, 18.11 pentru cancerul ginecologic și 19.58 pentru cancerul mamar. Prevalența disfuncției sexuale (FSD) a fost mai mare pentru cancerul ginecologic (78.44%). Rezultatele studiului arată că pacientele cu diagnostic oncologic au valori mai mici ale scorului FSFI și o prevalență mai crescută a disfuncției sexuale.

Disfuncția sexuală influențează calitatea vieții. În vederea îmbunătățirii factorilor locali precum atrofia mucoasei, dispareunia, lipsa elasticității vaginale se poate opta pentru o serie de geluri hidratante non-hormonale. Este important de evitat gelurile hormonale pe bază de estrogeni în special la pacientele cu tumori mamare cu fenotip pozitiv la receptori hormonalni. Hidratantele și gelurile non-hormonale ajută la îmbunătățirea hidratării și la menținerea elasticității mucoasei vaginale.

11.4. Consecințe

11.4.1. Consecințe psihologice

Consecințele emoționale depind de tipul de cancer, de momentul operației și de tipurile de tratament utilizate, respectiv de expectațiile și de gradul de informare al pacientei legat de patologia prezentă.

Interesul față de activitatea sexuală depinde de starea generală de bine a pacientei, variind în funcție de condiția fizică și psihică a pacientei, respectiv influențată de păreri legate de impactul activității sexuale asupra sănătății. Reluarea sexualității normale, odată cu vindecarea rămâne o piatră de încercare în cazul multor paciente. Teama excesivă, alterarea majoră a libidoului și a excitabilității sexuale, a temerilor legate de posibilul impact negativ al actului

sexual asupra tranșei operatorii, pot determina alegerea abstenenței, ce poate duce, uneori până la aversiune sexuală.

Lipsa de informare legată de operația efectuată, de urmările posibile, crește probabilitatea unor temeri excesive sau disproporționat de mari față de realitatea obiectivă.

Pacientele trebuie sfătuite să cunoască elementele sexualității, să știe că satisfacția nu înseamnă strict actul sexual coital, să înțeleagă că o comunicare de calitate, o relație echilibrată, o strângere în brațe, stimularea noncoitală, intimitatea în sine, activitate sexuală alternativă, evocarea emoțiilor anterioare pozitive, toate contribuie la satisfacția sexuală. Satisfacția unui cuplu nu este definită prin numărul de acte sexuale coitale pe unitatea de măsura de timp.

Femeile de vârstă reproductivă devin deseori infertile după tratamentele aplicate cancerelor ginecologice. Schimbarea în statusul fertilității, în afara fiziologiei, poate declanșa la unele dintre paciente sentimentul de inutilitate, insuficiență sau senzația de incomplet, facilitate de credința individuală a asocierii ideii de fertilitate cu cea de feminitate.

Modificările somatice, cicatricile precum și pierderea unor organe sunt adesea asociate cu modificarea imaginii corporale, cu alterarea conceptului de stimă de sine sau de feminitate. Pierderea uterului și a ovarelor este de multe ori asociată nu doar în mintea pacientei, cât și în opinia generală ca fiind pierderea implicită a feminității. Suferința, tristețea aduc un plus de impact negativ asupra cauzelor organice ale alterării sexualității la aceste paciente. Pacientele cu cancer ginecologic raportează o stimă de sine diminuată, atractivitate scăzută respectiv sunt nesigure de sexualitatea și feminitatea lor, semnificativ mai mult comparativ cu supraviețuitoarele cancerelor nonginecologice. Se observă o proporționalitate directă între intensitatea distorsiunii imaginii corporale și disfuncția sexuală.

11.4.2. Consecințe sociale

Urmările sociale ale unui cancer din sfera ginecologică se pot regăsi în sfera relației cu partenerul, cu familia, în grupul de apropiați și în zona profesională. Starea de rău, apariția incontinenței, oboseala, starea de rău indusă de citostatice, edemele, sunt doar câteva dintre simptomele care îngreunează derularea activității. Reabilitarea socială este esențială în restabilirea calității vieții și a imaginii de sine, unele paciente însă au dificultăți în a reveni în rolul social anterior diagnosticului pozitiv.

Relația cu partenerul poate fi alterată nu doar de acuzele somatice și de complicațiile tratamentului ci și de atitudinea pacientei. Modificările de schemă corporală și implicit de identitate de sine, pot determina pacienta să adopte o atitudine de distanțare fizică și emoțională față de partener, tocmai pentru a preîntâmpina respingerea. Modificările inerente din sfera sexualității îngrijorează pacientele care consideră că performanțele lor scăzute sau absente vor determina

calitatea relației de cuplu. În absența comunicării în cuplu, legată de impactul diagnosticului în sine, respectiv de urmările tratamentelor chirurgicale și medicale, se adâncește îngrijorarea pacientei legată de viitorul relației intime cu partenerul. Gândurile neexprimate, teama că sexualitatea și nevoile partenerului sunt reprezentate strict de o activitate coitală, care, temporar sau definitiv nu se poate desfășura, alterează capacitatea femeii de a se reaseza într-o nouă variantă intimă cu partenerul.

Menținerea vieții intime în cuplu presupune redefinirea sexualității în cuplu, modificarea ritualurilor sexuale, a vechilor „reguli”, adaptarea sexualității la noua condiție.

11.4.3. Factorul masculin în ecuația sexualității cuplului

Un diagnostic de neoplazie în cuplu schimbă în totalitate parametrii relației intime. Pe de o parte apar modificări somatice la parteneri, care pot altera interesul sexual al partenerului și atractivitatea partenerei, de exemplu postmastectomie sau în cazurile cu multiple cicatrici.

Rolul partenerului trebuie să fie interschimbabil între „infirmier” care sprijină partenera pe toată durata tratamentului și „amant” cu o anumită atitudine în context intim. De multe ori, partenerii implicați extrem de aproape în îngrijirea femeii bolnave, au dificultăți în a-și considera partenera atractivă. Nevoia de a ocroti și îngriji poate bloca percepția aceleiași parteneri bolnave ca și sursă de atracție și inspirație sexuală.

Partenerul trebuie să facă față modificărilor atitudinii partenerei, să o ajute să înțeleagă și să accepte noua situație, să contribuie la redefinirea regulilor și rolurilor în cuplu.

Comunicarea este și rămâne cheia succesului în aceste cupluri, atât în înțelegerea bolii, în lămurirea ideilor false legate de sexualitate, cât și în precizarea nevoilor și așteptărilor fiecăruia dintre parteneri în noua ecuație a cuplului.

Semnificația prezenței unei disfuncții sexuale la pacientele cu neoplazii trebuie evaluată în contextul vârstei, a stării generale și a existenței unui partener ce poate întreține relații sexuale, deoarece funcție de acești factori există un impact mai mare sau neglijabil al acestei disfuncții (Ahrendt, 2015). Impactul disfuncției nu depinde doar de vârsta pacientei. La pacientele mai tinere în urma diagnosticării bolii și instituirii tratamentului există riscul ca o relație de parteneriat cu componentă sexuală să se transforme într-o relație de îngrijire a unui pacient, iar impactul este mai accentuat la cuplurile ce au avut probleme relaționale si înainte de diagnosticul patologiei oncologice.

XII. DISFUNȚII SEXUALE MASCULINE

Dana Stoian

Disfunțiile sexuale masculine se clasifică în: disfuncția erectilă, alterarea dorinței (low desire disorder), disfuncția orgasmică, tulburări de disfuncție dureroasă și tulburările de ejaculare.

12.1. Disfuncția erectilă

12.1.1. Definiție

Indiferent de ghidurile diagnostice, disfuncția erectilă (DE) se definește ca incapacitatea de a obține și/sau menține o erecție, necesară pentru un act sexual reușit. Trebuie să asigure atât intromisiunea peniană, cât și o durată confortabilă pentru ambii parteneri.

12.1.2. Incidența

Incidența disfuncției erectile în populația generală a fost obiectul unui număr impresionant de studii, cu rezultate extrem de variabile, în funcție de lotul de studiu ales, vârsta fiind cel mai important factor de influență a DE în populația generală masculină:

Tabelul IX. PREVALENȚA DISFUNȚIEI ERECTILE ÎN POPULAȚIA MASCULINĂ

Decadă de vârstă	Incidență
20-29 ani	< 2%
30-39 ani	2 – 15.9 %
40-49 ani	9 – 39 %
50-59 ani	16 – 67 %
60-69 ani	27 – 76 %
70-79 ani	37 – 83%
> 80 ani	50 – 85%

În România, s-a efectuat un singur studiu pe un lot reprezentativ al populației masculine, din mediul urban, care a înrolat circa 1000 de bărbați cu vârsta între 30 și 60 de ani, care au răspuns la un chestionar relativ complex, care interoga atât prezența DE, cât și o serie de aspecte emoționale, preocupări legate de implicațiile în cuplu, ale acestei DE. Problema acestui studiu e că, fiind un chestionar autoadministrat, este greu de stabilit dacă răspunsurile au fost reale în ceea ce privește autenticitatea. Prin raționalizare, uneori oamenii dau răspunsurile care cred că îi avantajează. Spun lucrurile cum ar dori să fie, fără să fie în mod real.

Rezultate: vârsta medie de apariție – 48 de ani, creștere semnificativă după 50 de ani. Cea mai mare preocupare negativă: frustrarea de a nu avea un act sexual coital, atunci când apare o ocazie (19% la 40 de ani și 38% la 50 de ani).

Marea majoritate a pacienților doresc să își îmbunătățească funcția erectilă pentru a crește frecvența actelor sexuale mai mult decât calitatea acestora.

Întotdeauna când evaluăm un pacient, este bine să evaluăm și cultura acestuia, mediul din care provine, expectațiile legate de sex și erecție. Există diferențe culturale de care trebuie să ținem seama.

12.1.3. Etiopatogenie

Clasic, DE are cauze psihogene și organice. Este o clasificare clasică, care este de multe ori infirmată de teoriile actuale, deoarece în condițiile unui eșec, chiar dacă este 100% organic, se produce și o alterare psihologică. Se consideră că trei încercări nereușite sunt suficiente pentru a determina apariția conduitei de eșec, așa că nu există substrat pur organic. Există însă frecvent cauze pur psihogene.

Împărțirea în organică și emoțională a fost inițial pur scolastică, pentru a facilita procesul de învățare și explicare, fiind utilizată uneori și în practica medicală de zi cu zi. Există și acum entități pur psihice, dar niciodată o formă organică, indiferent de substrat nu este doar organică, deoarece după al treilea insucces, în orice tip de anomalie sexuală, se conturează conduita de eșec.

Factorii de risc sunt multipli, reprezentând o combinație a tuturor factorilor potențiali care precipită, facilitează, declanșează sau întrețin disfuncție erectilă: emoționali, relaționali, organici și contextuali (stil de viață).

A. FACTORI EMOȚIONALII

Tabelul X. FACTORII PSIHOEMOȚIONALII CE INTERFERĂ PERFORMANȚA SEXUALĂ LA BĂRBAȚI

f. facilitanți	Anatomici	Malformații urogenitale Infirmități non-sexuale Boli congenitale
	Relaționali	Mediu familial tensionat Abuz prevalent Violență în oricare din mediile persoanei
f.declanșatori	Vulnerabilitatea	Sensibilitate personală mare
	Evenimente neplăcute	Infidelitatea partenerii Separare conflictuală Decesul unui apropiat Experiențe personale de proastă calitate: sexuale/emoționale
f. permanenți	Anxietatea de performanță	
	Cunoștințe inadecvate despre sex	
	Conflict în cuplu	
	Debutul unei afecțiuni psihiatrice	
	Alterarea imaginii/respectului de sine	
	Intimitate alterată/redușă/modificată	
	Comunicare proastă cu partenera	

Factorii contextuali pot deveni importanți, chiar dacă au fost de mult timp prezenți, atunci când apar unul din factorii antemenționați. Cumulul a doi sau trei factori poate agrava exploziv funcția erectilă. De exemplu: familia cu mulți membri, care locuiesc foarte înghesuit, în care comunicarea între parteneri este de slabă calitate, pierderea locului de muncă, evenimentele cuplului devin cunoscute întregii familii, mutarea unei rude/părinte în casă, nașterea unui copil, mutarea copilului în camera părinților, toate acestea pot declanșa DE.

Din punct de vedere al evoluției în timp, factorii psihogeni sunt:

- **actuali**: de termen scurt: teama de eșec;
- **experiențe evocate**: evenimente de viață care au precedat DE, dar care o condiționează;
- **vulnerabilitatea**: eventualele temeri sau probleme care au fost înregistrate în copilărie și adolescență.

B. FACTORI INTERPERSONALI (PARTENERA):

- Conflicte în cuplu legate de status și de dominare
Sexualitatea poate fi văzută ca un teatru în care se pun în scenă toate problemele cuplului. Mult clamata egalitate în cuplu este dăunătoare sexualității. În sfera sexualității, cuplul trebuie să își găsească un alt echilibru decât cel al vieții cotidiene, cel al sexualității, în care rolurile se împart și se pot schimba, de la o dată la alta.
- Alterarea intimității;
- Modificarea/pierderea/dispariția încrederii;
Pierderii încrederii, la oricare din părți, este unul din cei mai agresivi factori de alterare a sănătății cuplului. În momentul în care fiecare cuvânt sau gest este supus îndoielii, sexualitatea se poate și ea modifica. Multe parteneri, atunci când își pierd încrederea, își pot modifica sexualitatea atât în sensul creșterii aparente a libidoului, cât și al scăderii dramatice.
- Probleme legate de atractivitatea sexuală;
Femeile consideră calitatea erecției partenerului lor ca un indicator al propriei lor atractivități. Tot așa, unii bărbați apreciază calitatea excitației sexuale a partenerii ca un semn al propriei atractivități, în lipsa unor cunoștințe corespunzătoare legate de sexualitate, respectiv a variabilității acestui fenomen la femei, modificările fiziologice pot fi apreciate ca lipsă de dorință și/sau de iubire dată de dispariția atracției în cuplu.
- Modificarea inițiativei/libidoului partenerii;

C. STIL DE VIAȚĂ

Chiar dacă devine uneori redundant, stilul de viață este extrem de important în menținerea unei sănătăți sexuale. Echilibrul în consumul de alimente, alcool, somn de calitate (medie 7 ore/zi zilnic), menținerea unei greutate cât mai aproape de ideal, hidratarea normală, managementul corect al stresului, toate condiționează sănătatea sexuală.

Alcoolul consumat în cantități mici poate avea un efect benefic, prin scăderea anxietății, favorizarea comunicării, chiar scăderea discretă a inhibițiilor. Consumul unor cantități însemnate de alcool modifică capacitatea erectilă în sine, prin apariția unui fenomen central, cu imposibilitatea transmiterii stimulilor, de la nivel central la nivel periferic, precum și cu inhibiția centrilor din hipotalamus, nucleu supraoptic și paraventricular.

Abuzul de nicotină – este un factor important de risc al DE. Se consideră că este un factor de risc independent, precum și favorizant, al patologie vasculare. Determină impotența arteriogenă, dar alterează și mecanismul de ocluzie venoasă cavernoasă. De asemenea scade eficacitatea răspunsului erecției la tratamentul medicamentos per os și injectabil.

Adicția de droguri este un element al stilului de viață cu efect negativ asupra erecției. În acest caz, scăderea anxietății și relaxarea nu sunt benefice pentru sexualitate și erecție. De asemenea, adicția în sine îl predispune pe bărbatul în cauză la alte adicții. În popor se spune că suma dependențelor unui individ rămâne constantă. Aceste persoane vor dezvolta dependență de mâncare, de comportamente sexuale aberante, de comportamente de risc, care toate, cumulat, modifică sexualitatea. Un dependent are nevoie întotdeauna de stimulări din ce în ce mai puternice, pentru a realiza medierea emoțională, atât de imperios necesară.

D. FACTORI DE RISC CARDIOVASCULARI

Disfuncția erectilă este o formă de manifestare a disfuncției endoteliale, mecanism care stă la baza tuturor afecțiunilor cardiovasculare. Legătura este atât de strânsă încât, la ora actuală, DE se consideră un predictor al anginei pectorale (pe care o precede cu circa 2 ani), al infarctului miocardic (prezența DE în caz de infarct miocardic prezice o afectare coronariană multivasculară), respectiv al unui risc cardiovascular crescut, în cazul asocierii insuficienței cardiace. Disfuncția erectilă în absența vreunor manifestări cardiace se consideră a fi un indicator de ischemie miocardică silențioasă.

Sindromul metabolic este considerat ca un preambul al unei sau mai multor forme de manifestare a bolii aterosclerotice. Aceste afecțiuni, considerate boli de sine stătătoare în medicina internă clasică, sunt considerate ca factori de risc cardiovasculari cu alterarea sănătății peretelui vascular, a cărei manifestare primordială este disfuncție erectilă.

- **Hipertensiunea arterială (HTA)** este un factor de risc major al DE: prezența HTA asociază DE ușoară (7.6%,,) medie (15.4) cât și severă (45.2).

- mecanisme:
 - a. insuficiență arteră cavernoasă
 - b. cumul de alți factori de risc aterogeni/stil de viață
 - c. efect prin prezență, dar și prin mediația antihipertensivă
- DE apare la debutul HTA la circa 8-10% din pacienții noi diagnosticați

- **Dislipidemia**

- hipercolesterolemia alterează relaxarea mușchilor netezi ai corpilor cavernoși prin inhibarea musculaturii netede cu inhibarea sintezei de oxid nitric (NO).
- creșterea fracțiunii LDL a colesterolului alterează mecanismul veno-ocluziv.
- LDL crescut și/sau HDL scăzut sunt considerați factori independenți de risc pentru DE.
- terapia cu statine scade prevalența și severitatea disfuncției erectile, dar uzul cronic facilitează apariția hipogonadismului adultului vârstnic.

- Alterarea toleranței la glucoză, cu forma severă de manifestare, **diabetul zaharat** este o altă componentă a riscului metabolic cardiovascular. Această afecțiune este un model perfect de DE în sine, deoarece oricare din mecanismele etiopatogenetice ale DE se pot regăsi în această boală. DE apare la 35-75% din pacienții diabetici, prezența DZ crescând de trei-patru ori riscul relativ de apariție a DE. DE apare cu 5-10 ani mai repede și este mult mai severă. Prevalența DE crește cu durata diabetului, severitatea acestuia, exprimată prin numărul de complicații, vârsta pacientului, dar este independent de tipul de diabet zaharat. Toate modificările posibile sunt întâlnite în patogenia alterării erecției din cadrul diabetului zaharat.

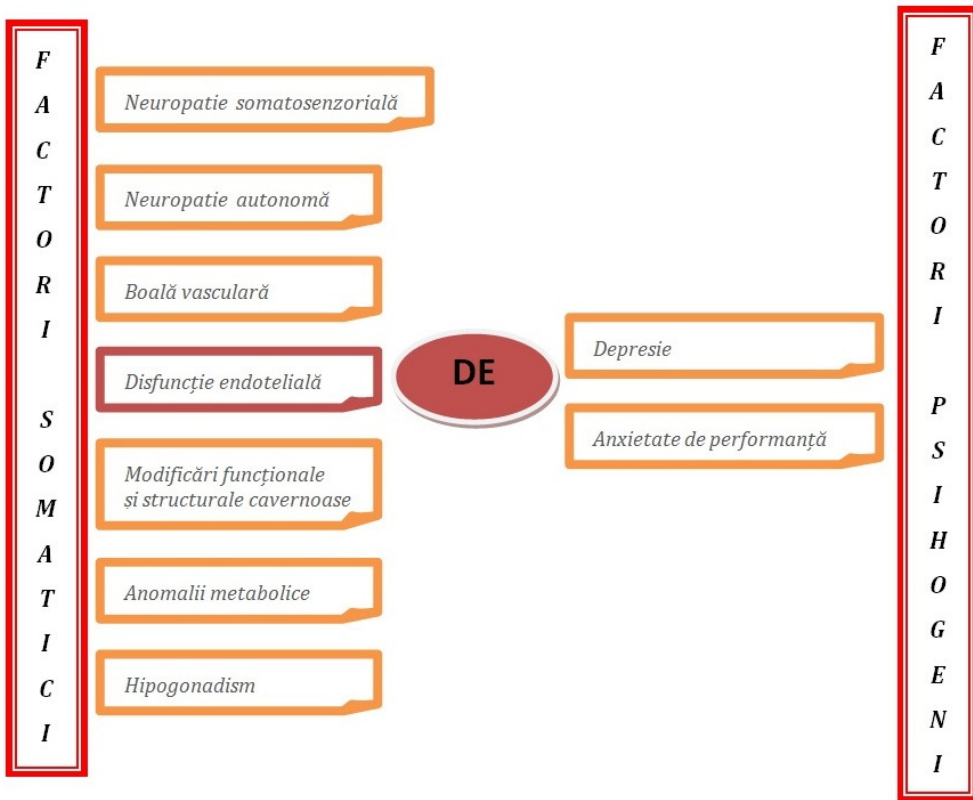


Fig. 16. Mecanisme etiopatogenice ale alterării funcției erectile în DZ

În diabet, alterarea răspunsului erectil apare secundar modificărilor observate la toate nivelurile:

I. Central – alterează comportament sexual, dorință, libidou, fantezii sau fantasme;

II. Emoțional:

- probleme emoționale legate de afecțiunea de bază
- acomodare proastă cu ideea de boală cronică debilitantă
- depresie, în proporție mult mai mare decât în populația masculină generală
- cu toate acestea, ponderea emoționalului este mică, datorită efectelor organice pregnante
- în cuplu, impactul este același ca și la non-diabetici

III. Neuronal:

- toate tipurile de neuropatie diabetică afectează funcția erectilă

IV. Periferic, la nivelul corpilor cavernoși:

Disfuncția musculaturii netede apare ca rezultat al stresului oxidativ, secundar acumulării de produși finali ai glicozilării, respectiv stimularea producției de radicali liberi. Aceștia, la rândul lor, determină:

- Activarea căii GMPc-NO cu scăderea NO biodisponibil
- Inhibarea NO sintetazei cu scădere producției de NO
- Scăderea activității NO, prin prezența anionului superoxid
- Scăderea numărului de joncțiuni GAP

Structural apare o scădere a numărului de fibre musculare netede, prin accelerarea apoptozei, respectiv a atrofiei musculare, cu stimularea producerii locale de țesut fibros.

V. Endotelial

Integritatea funcției endoteliale condiționează integritatea structurală și funcțională a vaselor de sânge. Acest lucru se realizează predominant prin echilibrul dintre factori mio-relaxanți: oxid nitric, prostaciclina, respectiv cei de inhibiție vasculară: endotelina, radicali liberi.

VI. Insulina (i se descrie un rol direct):

Insulina stimulează eliberarea de NO de la nivel endotelial, ceea ce explică efectul direct al insulinei de vasodilatație/efect antiinflamator/antiagregar plachetar. În caz de rezistență la insulină (în cazul diabetului de tip II) sau de deficit insulinic (în diabetul de tip I sau cel insulino-necesar), aceste efecte fiziologice nu mai au loc, cu scăderea suplimentară a disponibilității de NO. Severitatea alterării erecției este proporțională cu valoarea hemoglobinei glicozilate, respectiv cu cât controlul diabetului este mai slab, cu atât severitatea DE este mai mare.

VII. Endocrinologic:

Prevalența hipogonadismului este de 20-75% dintre bărbații diabetici; prezintă alterarea: testosteronemiei totale/liber dar și biodisponibile. La rândul său, deficitul testosteronic favorizează alterarea toleranței la glucoză, apariția sindromului metabolic, respectiv a complicațiilor endoteliale. Deficitul de testosteron interferează funcția sexuală în mod complex: alterare de libidou/scădere erecții nocturne și matinală/reduce expresia NO sintetazei/reduce expresia fosfodiesterazei V.

VIII. Arterial (sistem arterial aferent):

Diabetul zaharat asociază și modificări arteriale: rarisim se descrie o macroangiopatie a arterelor iliace, în schimb modificările microangiopatice sunt uzuale cu impact importantă în funcția erectilă, atunci când aceste modificări interesează arterele peniene și microcirculația cavernoasă. Cele mai bune corelații între DE și celelalte afectări microangiopatice sunt reprezentate de aprecierea retinopatiei diabetice, care este identică ca magnitudine cu microangiopatia de la nivelul microcirculației peniene.

E. AFECȚIUNI MEDICALE

O serie de afecțiuni medicale pot altera performanța erectilă.

- **Afecțiunile neurologice**, prin leziunile ariilor centrale, care controlează erecția: nucleul paraventricular și cel medial preoptic, respectiv hipocampul, determină alterarea profundă a dorinței sexuale și a comportamentului sexual. Dintre afecțiunile potențial impactante asupra sexualității amintim: scleroză multiplă, epilepsia de lob temporal, boala Parkinson, AVC, boala Alzheimer, respectiv iatrogenie: posttraumatic, postchirurgical, postradioterapie. Neuropatiile periferice includ afectarea căilor aferente (senzoriale) sau eferente (autonome). Apar cel mai frecvent în diabetul zaharat, dar și în afectările posttraumatice sau chirurgicale ale nervilor cavernoși.
- **Bolile respiratorii** determină mai rar DE, cu excepția afecțiunilor care fac parte din tabloul clinic complex al bronhopneumopatiei cronice obstructive generează diverse grade de DE. Se menționează efectele directe ale hipoxiei asupra endoteliului cavernos, respectiv a hemoconcentrației asupra microvascularizației peniene. Efectele indirecte presupun coexistența sindromului metabolic cu BPCO, cu efecte cumulative, posibil sinergice, asupra calităților endoteliului vascular.
- **Insuficiența hepatică** Mecanismul de apariție a DE, la până la 50% din situații, este mediat predominant hormonal. În insuficiența hepatică, profilul hormonal este unul dominat de deficitul sever de testosteron, hiperestrogenie absolută și hiperprolactinemie secundară.
- **Insuficiența renală** Reunește mai multe mecanisme etiopatogenice, similar diabetului zaharat:
 - insuficiență vasculară, arterială aferentă și cavernoasă
 - neuropatie aferentă sau eferentă
 - hiperprolactinemie secundară cu hipogonadism reacțional
 - hiperprolactinemie secundară scăderii fracției glomerulare
 - efectul medicației asociate: diuretice, antihipertensive, betablocante, hormonale, imunosupresoare;

• Endocrinopatii

Hipogonadismul – reprezintă o mare temă a sănătății bărbatului. Atunci când ne gândim la hipogonadism, nu trebuie să ne gândim la cazurile clasice de endocrinologie, de diferite forme de hipogonadism central sau periferic, care sunt relativ rare, diagnosticate de la adolescență sau post-eveniment, cunoscute de mulți ani, evaluate și tratate. Trebuie să ne gândim la fenomenul deficitului parțial de testosteron, care apare secundar procesului de înaintare în vârstă și care se înscrie în fenomenele fiziologice de involuție ale tuturor hormonilor anabolici: hormon de creștere, androgeni testiculari și steroizi suprarenalieni. În anumite condiții de morbidități coasociate, fenomenul fiziologic de scădere a testosteronemiei este accelerat.

Incidență:

- producția de testosteron începe să scadă după vârsta de 40 de ani, cu o rată de circa 1-2%/an;
- incidența deficitului crește odată cu înaintarea în vârstă: circa 2% (până la 40 de ani), 6-9% (50-59 ani), 20-35% (60-69 de ani), 35-70% (70-79 ani).
- în cazul asocierii de comorbidități, proporția crește semnificativ, dar și vârsta de apariție. Astfel, riscul relativ de apariție a deficitului testosteronic este crescut de 2.38 ori, în cazul asocierii obezității, respectiv de 2.09 ori în prezența diabetului, de 1.84 ori în cazul asocierii hipertensiunii arteriale, de 1.47 ori în cazul hiperlipidemiei, 1.41 ori în cazul existenței osteoporozei, sau de 1.40 în cazul diagnosticului BPCO.

Mecanism:

- apare o scădere a răspunsului testicular la LH și beta-HcG;
- scade secreția pulsatilă a GnRH și sensibilitatea secreției prin feedback-ul negativ scurt/lung de la nivel hipotalamo-hipofizar.
- scade nivelul testosteronului biodisponibil prin creșterea hepatică a SHBH.
- scade sincronizarea hipofiză testicul.

Nu putem vorbi de un hipogonadism central (hipogonadotrop) sau periferic (hipergonadotrop) patent, ci mai degrabă de o alterare a tuturor verigilor implicate în sinteza și secreția de testosteron.

Efectele testosteronului asupra mecanismelor erecției sunt foarte complexe. La nivel cavernos, condiționează integritatea structurală și funcțională a țesutului erectil prin:

- conservarea exprimării receptorilor androgenici la nivelul terminațiilor nervoase cavernoase
- menținerea expresiei NO- sintetazei endoteliale și neuronale

- modularea expresiei și activității fosfodiesterazei 5
- menținerea creșterii, diferențierea și contractilitatea FMN cavernoase
- diferențierea celulelor STEM
- menținerea concentrației receptorilor steroizilor sexuali
- influențarea fluxul vascular arterial

Prezența unei impregnări testosteronice de calitate condiționează integritatea răspunsului androgenic.

La nivel central, induce și susține dorința sexuală, determină direct libidoul, condiționează erecția stimulată, determină direct erecția spontană. Nu influențează erecția mecanică.

Clinic: manifestările sunt relativ nespecifice, de multe ori fiind asimilabile cu oboseala, vârsta sau surmenajul. Manifestările sunt de tip prag, anumite niveluri minime ale testosteronemiei fiind necesare pentru a determina anumite simptome.

Diagnosticul pozitiv este unul facil, atâta vreme cât medicul este sensibilizat vizavi de această problemă. În condițiile unei suspiciuni clinice se recomandă 2 dozări ale nivelului testosteronemiei totale. Se folosesc diverse chestionare, mai ales pentru a facilita comunicarea cu pacienții, respectiv creșterea atenției publicului larg pentru această problemă.

Tabelul XI. SIMPTOMELE PRAG CORELATE CU NIVELURILE TESTOSTERONEMIEI

Nivel al TT (nM/L)	Manifestare	simptome
15- 12 nM/L	pierderea vigorii	diminuarea libidoului
12-10 nM/L	sd. metaboli	obezitate
8 nM/L	depresie tulburări de somn alterarea concentrării	scăderea calității erecției
5 nM/L	sd. neurovegetativ	disfuncție erectilă

Tabelul XII. SINOPTIC AL SIMPTOMELOR TESTOSTERONEMIEI

Sistem/țesut	Simptome
Compoziție corporală	Scădere masă musculară Scădere forță musculară Scade performanța globală
Masă adiposă	Creșterea grăsimii generale Creșterea grăsimii periviscerale
Masă osoasă	Diminuare DMO Crește riscul de fractură Scădere în înălțime
Sistem metabolic	dislipidemie Insulinorezistență
Sânge	Anemie, ↓ Eritropoetină
Funcții cognitive	Alterează memorie/cogniția spațială sindrom. depresiv Iritabilitate Insomnie
Funcții sexuale	Diminuare libidou DE Întârziere orgasm Diminuare producție de spermă
Fanere	Atrofia tegumentelor Diminuarea pilozității secundare Transpirații/bufeuri

- **Afecțiuni cavernoase:** Miopatia cavernoasă determină o alterare a funcționării musculaturii netede a corpilor cavernoși. Se constată o alterare a relaxării acesteia, cu o tumescență peniană insuficientă. Boala este o degenerare miocitară. Prezența acestei degenerări fibroase limitează eficacitatea medicației pentru disfuncția erectilă. Până la 40% din pacienții cu insuficiență venoasă cavernoasă au de fapt acest tip de miopatie;

F. AFECȚIUNI CHIRURGICALE

Cele mai frecvente cauze chirurgicale sunt cele din sfera urologică, care presupun de cele mai multe ori lezarea inervației aferente pro-erectile (fibre nervoase parasimpatice, cu punct de plecare nivelul sacrat 2, 3 și 4), fie determină o lezare vasculară, preponderent arterială.

- **prostatectomia radicală** determină de multe ori disfuncție erectilă ireversibilă prin lezarea pachetului nervos; riscul afectării crește cu vârsta pacientului, cu prezența unei disfuncții erectile prevalente, respectiv cu severitatea afecțiunii prostatice;
- **chirurgia pelvină extensivă** (cistectomia, rezecții de rect) pot determina DE prin lezarea nervilor cavernoși;
- **prostatectomia parțială transuretrală** determină frecvent doar ejaculare retrogradă, dar mulți pacienți, în absența ejaculării, consideră că nu au încheiat actul sexual. Lipsa vizualizării ejaculării, în ciuda prezenței orgasmului, poate genera DE psihogenă, mai ales la pacienții care nu sunt complet informați asupra acestui tip de complicație a intervenției chirurgicale, secundar secționării sfincterului vezical. De asemenea, 5-40% din pacienții cu adenomectomie transuretrală pot avea DE anterior intervenției chirurgicale;
- intervențiile chirurgicale de corecție a malformațiilor congenitale, a hipospadisului, respectiv a bolii Peyronie, pot secundar afecta erectția, în afara afectării primare, condiționată de boala de bază;
- intervențiile ortopedice sunt asociate mai rar cu alterarea erectției, aceasta apărând doar în condițiile cointeresărilor medulare, cu afectarea fibrelor pro-erectile (de la sacral 2, 3, 4) sau somatice de la același nivel;
- **intervențiile vasculare**, în compartimentul aortic inferior și iliac, sunt frecvent urmate de disfuncție erectile.

G. TRAUMATISME

- **Traumatisme peniene:** pot apărea cu penisul în stare flască sau erectă. Pot determina echimoze, excoriații sau cicatrici superficiale, când afectarea erectiei este temporară. Pot determina leziuni ale corpilor spongioși sau cavernoși, cu sau fără interesare tunică, când traumatismul este important și este considerat a fi o fractură.

- **Fractura peniană** – este un fenomen aparent rar, dar de fapt poate apărea relativ frecvent în caz de: activitate autoerotică viguroasă, manipulare manuală a penisului de către parteneră, cu îndoire exagerată, activitate coitală, în orice poziție, în caz de penetrare sau alunecare și lovire de perineu, coapsă sau simfiză pubiană. De asemenea, poate apărea în cazul erecției nocturne și rostogolirii în pat, de pe o parte pe alta. Cădere cu penisul în erecție poate determina de asemenea o fractură peniană.

Este un fenomen acut care determină durere, frecvent un zgomot ca un pocnet în momentul rupturii, echimoză.

Examinare: - meat uretral extern – prezența sângerării

- aspect: edem, angulare, echimoza, escoriație

- localizarea rupturii tunicii prin palpare: 2/3 din rupturi au loc proximal/ juxta joncțiunii penoscrotale

Investigațiile presupun doar evaluarea integrității uretrei, diagnosticul de fractură peniană fiind unul clinic: sumar de urină (eritrocite și laceratie uretrală), uretrografie retrogradă. Cavernosografie (extravazarea substanței de contrast relevă locul fracturii) nu se practică de rutină, din cauza potențialului deteriorant al țesutului erectil. Aceleași informații se pot obține ecografic.

Tratamentul – este unul de urgență, chirurgical, în clinici specializate. Presupune evacuarea adenomului, controlul hemoragiei și sutura tunicii afectate, cu fir resorbabil. Prezența coafectării uretrale impune repararea acesteia în prealabil.

Sechele posibile: diverse grade de disfuncție erectilă, angulare peniană, durere la erecție/act sexual coital, reminiscența unui pedicul pulsatil.

- Fracturi de bazin în antecedente pot determina DE dacă uretra a fost lezată și implicit căile neurovasculare intrapeniene;
- Fracturi vertebrale cu interesare medulară, cu DE parțială sau totală în funcție de nivelul leziunii:
- leziuni inferioare de T10 - L2 permit prezervarea erecțiilor simpatice psihogene, sunt relativ slabe ca intensitate (grad 2 sau 3), dar afectează cele relexogene (stimulate local).
- leziuni superioare permit erecții reflexogene, cu punct de plecare centrul parasimpatici, proerectili (S2-S4), care de obicei sunt rigide de calitate (grad trei și patru).
- Traumatisme perineale cronice (inclusiv mersul pe bicicletă, constant, zilnic, de durată) pot determina DE prin alterarea microvascularizației locale.
- Potențial leziuni testiculare ce determină afectarea funcției hormonale, pot determina secundar DE endocrinopată.

H. IATROGENIE

În afara situațiilor în care DE apare în afecțiuni chirurgicale, și de fapt apare ca o complicație a intervenției chirurgicale, se mai descriu și alte situații în care intervenția medicului determină DE:

- radioterapie – indiferent de zona afectată/tratată, până la 70% din pacienții tratați pot avea disfuncție erectilă, cu apariție imediată sau tardivă (până la 4 ani de la începerea tratamentului)
- terapii medicamentoase.

Tabelul XII. PRINCIPALELE MEDICAMENTE CE POT DETERMINA DISFUNCȚIE ERECTILĂ

Clasa de medicamente	Tipuri de preparate
Antihipertensive	Beta blocante
	Diuretice tiazidice
	Blocanți canale de calciu
	Centrali: Reserpina, Clonidină, Metil Dopa ACEI: Lisinopril
Antiaritmice	Digoxin
	Amiodaronă
	Disopiramidă
	Beta blocante
Medicație psihiatrică	Antidepresive triciclice
	Fenotiazine
	Butirofene
	SSRI
	Trazodona
Hormonoterapie	Antiandrogeni: Cyproteronacetat, Spironolactona
	Agonisti GnRH: Leuprolide, Goserelin, Buserelin
	Inhibitori 5 reductaza: Flutamida
	Antimicotice: Ketoconazol
	Estrogeni
Hipocolesterolemizante	Inhibitori H2: ranitidină, Cimetidină
	Statine
	Ezetimibe: doar în asociere cu Simvastatin
	Fibrați
Substanțe recreaționale	Marihuana
	Opiacee
	Cocaină
	Alcool
	LSD

Principalele mecanisme implicate în disfuncția erectilă iatrogenă sunt extrem de variabile. Trebuie cunoscute atâta vreme cât majoritatea medicamentelor care determină DE iatrogenă sunt preparate larg utilizate în prescrierile medicilor de familie, medicilor interniști și ai celorlalte specialități.

12.1.4. Evaluare

Atâta vreme cât nu există o proporționalitate între debutul DE și momentul adresării la medic, respectiv între prevalența în populația masculină și adresarea la medicul de specialitate, trebuie să știm când, cum și mai ales dacă alegem să începem investigațiile pentru evaluarea funcției erectile.

La întrebarea „de ce și când este necesară?” avem următoarele recomandări:

1. confirmarea sau infirmarea diagnosticului: istoric detaliat, descriere clară, cu cuvinte simple, nonmedicale, a simptomelor;
2. evaluarea severității problemei: Testul SHIM, testul IIEF, testul QEQ
3. identificarea condițiilor organice/emoționale/iatrogene/contextuale care au putut determina, exacerba sau întreține DE
4. să identificăm pacienții eligibili pentru o anumită terapie: componente emoționabilă corectabilă, dezechilibru hormonal tratabil, malformație congenitală corectabilă.

12.1.4.1. Anamneză

Întrebări cheie ale oricărei anamneze:

1. tipul apariției: brusc/treptat;
2. circumstanțele apariției insuccesului: generalizat, legat de un anumit moment/ritual/persoană;
3. calitățile erecției spontane/ nocturne/ determinate de fantezii/ determinate de vizionarea filmelor erotice/ stimulate mecanic;
4. manifestarea DE: obținere/ menținere/ durata.
5. cronologia problemei legată de o anumită situație circumstanțială identificată: ex: înainte sau în timpul unui tratament medicamentos, înainte sau după schimbarea statusului marital, inițial alterarea libidoului și apoi a erecției sau invers,..
6. contextul psihologic al problemei;
7. rezultatele tratamentelor anterior recomandate (în caz că au existat);
8. definirea nevoilor și așteptărilor personale, dar și ale parteneriei.

De multe ori, pacienții confundă DE cu tulburările de ejaculare, ambele având ca manifestare un act sexual insuficient ca durată pentru bărbatul în cauză și/sau pentru parteneră.

Totalitatea întrebărilor din anamneza sexuală a unui bărbat sunt cuprinse în capitolul Anamnezei Sexuale.

Se definesc două categorii principale de entități etiopatogenice:

	DE organică	DE psihogenă
Debut	<i>treptat</i>	<i>brusc</i>
Circumstanțe	<i>constantă</i>	<i>parțială</i>
Erecții stimulate	<i>absente</i>	<i>absente</i>
Erecții nocturne	<i>absente</i>	<i>prezente</i>
Ereții mecanice	<i>absente</i>	<i>prezente</i>

Din punct de vedere al rezolvării, la fel de importantă este definirea disfuncției erectile ca entitate primară, respectiv ca patologie secundară a unei alte disfuncții sexuale prevalente. Întrebări cheie:

DE primară

- *congruența între nivelurile comportamentului sexual: fantezii, masturbare, partener;*
- *interes hetero/homosexual: nerecunoscut, mascat, manifest;*
- *prima experiență sexuală din adolescență*
- *abilități de comunicare, afecțiune, iubire*
- *certificarea normalității celorlalte disfuncții sexuale potențiale: anomalii ejaculatorii,*

DE secundară

- *probleme cronice/ acute/ situaționale/ relaționale/ legate doar de o anumită persoană;*
- *simptome depresive;*
- *DE precedată de o altă disfuncție: ejaculatorie, dureroasă, anomalie peniană;*
- *stare generală de sănătate.*

12.1.4.2. Examen fizic

- de rutină: nu este un examen complet și țintit:
- se concentrează asupra particularităților unor DE secundare organice/ chirurgicale
- cu toate că în marea majoritate a cazurilor nu relevă nimic patologic, rămâne o componentă importantă a diagnosticului DE.

Tabelul XIV. PRINCIPALELE SEMNE CLINICE ALE SUBSTRATULUI DISFUNȚIEI ERECTILE

Patologie posibilă	Semne clinice
General	Circumferință abdominală Tensiune arterială Măsurare greutate (IMC)
Hipogonadism	Caractere sexuale secundare Piloziitate pubiană Ginecomastie Piloziitate faciala
Diabet zaharat	Puls arteră pedioasă Puls arteră femurală ROT membre inferioare
Local genital	Penis: placă Peyronie, fimoză Testicule: dimensiuni/consistență/poziție ? hernie inghinală Poziția uretrei: hipospadias Varicocel Cordon spermatic
Rect	Hemoroizi/cancer/stenoză anală TR: dimensiuni/consistență prostatică

Practic:

- *examen genital complet, evaluare caractere sexuale secundare, măsurarea pulsului și tensiunii, aprecierea pulsului la artera pedioasă;*
- literatura de specialitate descrie o valoare controversată a tușeului rectal, a examinării vasculare periferice extensive, respectiv a examinării neurologice. De multe ori, verificarea reflexului cremasterian este suficientă.

Evaluarea partenerei

Studii de specialitate descriu modificări ale sexualității partenerelor bărbaților cu disfuncție erectilă. Libidoul și dorința sexuală sunt cele mai afectate domenii. Se consideră că ritmul, interesul și impactul vieții sexuale asupra calității vieții, în general, capătă caractere similare, la ambii parteneri.

- influențează rapiditatea rezolvării terapeutice a DE;
- decelarea unei disfuncții sexuale feminine asociate;
- evaluarea impactului DE asupra sexualității femeii.

12.1.4.3. Investigații paraclinice

I. Examen de rutină: cuprind evaluarea generală a cazului, decelarea unor comorbidități asociate care pot contribui la DE, respectiv determinarea parametrilor ce pot fi afectați de terapia DE.

Pachetul uzual recomandat cuprinde doar determinarea glicemiei, a profilului lipidic (Colesterol total, LDL-c, HDL-c, Trigliceride), Prolactina și Testosteron total.

Ghidul OMS de evaluare a disfuncției erectile recomandă evaluarea screening a pacienților cu DE prin determinarea glicemiei a jeun, a hemoglobinei glicoziate, a profilului lipidic și a testosteronemiei totale.

Teoretic, bilanțul analitic ar trebui să cuprindă următoarele teste de laborator:

Tabelul XV. TESTE DE LABORATOR ÎN CAZUL EVALUĂRII PACIENȚILOR CU DE

Grup analize	Parametrii	Indicii
Bilanț metabolic	HDL-C, LDL-C, TG HbA1c, glicemie HbA1c	Risc independent DE Screening DZ Calitate echilibru DZ
Bilanț hormonal	TT PRL TSH, AcaTPO DHEAS LH, FSH	Screening hipogonadism Libido diminuat Afectare tiroidiană I Compartiment suprarenalian Diferențiere hipogonadism
HLG	Ht, Hb	Siguranță terapie substituție
Bilanț hepatic	GOT, GPT BLd, Bli	Co-afectare hepatică Siguranță terapie substituție
Bilanț renal	Creatinină, uree	Co-afectare renală
Bilanț prostatic	PSA, PSA liber	Screening cancer
Sumar urină	Glucoză/P/ER/L	Screening general

Evaluarea cardiologică se impune în vederea aprecierii comorbidităților cardiace. Nu este necesară pentru securitatea tratamentului DE, ci pentru cea a pacientului, pentru că nu trebuie să uităm: DE este un semn de alterare endotelială și precede marea majoritate a fenomenelor cardiovasculare.

- aceasta trebuie efectuată în vederea siguranței terapiei cu medicație pro-erectilă.

- verificarea medicației dilatatorie coronariană asociată;

Indicații pentru extinderea evaluării de la pachetul standard la cel suplimentar:

1. Traumatism perineal sau pelvin
2. Afecțiuni endocrinologice
3. Afecțiuni psihiatrice
4. Probleme psihologice primare
5. DE veche (lifelong)
6. Anomalii anatomice peniene, Boala Peyronie, Traumatism, hypospadias, penis îngropat
7. Lipsă de răspuns la tratamentul standard
8. Cererea pacientului
9. Afecțiune vasculară/neurologică complexă

II. Examene specifice

Sunt indicate în situații etiopatogenetice speciale.

Evaluare endocrinologică

- În cazul în care PRL sau TT sunt modificate la examenele de rutină, determinările trebuie completate cu:
 - Repetarea dozărilor PRL sau a TT (precizarea corectă a condițiilor de recoltare)
 - Completarea cu FSH și LH (stabilirea prezenței unui hipogonadism central – LH și FSH scăzute, sau periferic: LH și FSH mult crescute)
 - În caz de suspiciune de hipogonadism central, evaluare hipofizară completă: ACTH + cortizol, TSH + FT3 și FT4, diureza
- Suspiciune afecțiune tiroidiană: determinare a TSH, FT4, Ac antitirodieni;
- Completarea la nevoie cu RMN craniu – evaluare spațiu hipotalamo-hipofizar.

Evaluarea vasculară a fost până acum câțiva ani recomandată în mod universal, la toți pacienții. Din cauza costurilor importante, a rezultatelor parțiale, a invazivității, aceste explorări sunt indicate unor categorii speciale de pacienți: selecția cazurilor cu indicație de reconstrucție vasculară, cazuri medico-legale (pentru a demonstra componenta vasculară), la cererea explicită a pacientului (mai ales cazurile cu DE psihogenă care au nevoie de dovezi clare referitoare la capacitatea lor erectilă), în cazul unei DE circumstanțiale inexplicabile prin alte cauze.

Ecografie Doppler/Duplex

- ecograf cu transducer linear (de 5-10 MHz), care permite evaluarea fluxului sanguin prin artera peniană sau sistemul venos, în timpul unei erecții provocate medicamentos
- presupune injectarea intracavernoasă de substanțe vasodilatatoare sau administrarea intrauretrală de prostaglandine
- presupune măsurarea vitezei fluxului sanguin (Doppler) sau vizualizarea jetului de sânge (Duplex) la circa 10 minute de la administrarea medicației
- imediat după obținerea erecției, precum și la 10 minute, se plasează transducerul pe ambele fețe ale penisului
- în timpul unei erecții fiziologice, apare o creștere importantă a influxului arterial, fără un eflux vascular important
- valori scăzute ale presiunii influxului arterial (<25 mcs/sec) sugerează o insuficiență arterială
- prezența unui eflux venos important (>3-5 mcs/sec) sugerează prezența unei incompetențe a sistemului venoocluziv.

Cavernosometria și cavernosografia apreciază funcția vasculară arteriovenoasă. Este indicată doar în cazul unei suspiciuni de incompetență venoasă, respectiv în cazuri suprasedectate: DE primară, congenitală, boala Peyronie, fractura peniană, traumatism perineal sau pelvin.

Cavernosometria presupune injectarea de substanța vasodilatatoare peniene, respectiv introducerea cu ajutorul pompei de cavernosometrie, printr-un ac paralel cu axul penian, a unei soluții saline, preîncălzite, până la obținerea unei presiuni de circa 150 mm Hg – presiunea necesară unei erecții ferme. Ulterior se face o evaluare a scăderii presiunii în primele 30-60 de secunde. Apoi se reinjectează soluție salină, până la obținerea din nou a erecției. Diferența obținută este echivalentă cu influxul sanguin necesar pentru a menține o erecție stabilă. Din păcate, semnificația clinică a acestei investigații, destul de invazive, este extrem de redusă.

Cavernosografia – obținerea tumescenței peniene prin injectarea retrogradă de substanță de contrast, cu expunerea în patru planuri diferite. Teoretic este utilizată pentru a obține informații despre severitatea aterosclerozei combinată cu disfuncția mecanismului venoocluziv. Rezultatele slabe ale terapiei chirurgicale a acestor cazuri au determinat utilizarea metodelor antemenționate.

Arteriografia – a fost până în anii 80' standardul de aur al evaluării disfuncției erectile. Existența alternativei mult mai puțin invazive a ecografiei Doppler color și pulsat a redus aproape la zero indicația arteriografiei.

Singura indicație la ora actuală de efectuare a arteriografiei pudendale este reprezentată de ocluzie arterială izolată, la bărbați tineri, fără factori de risc aterosogeni aparenti.

Evaluare neurologică

- Este predominant noninvazivă , care presupune:
 - evaluarea competenței cavernoase, respectiv a capacității funcționale musculare cavernoase.
 - evaluarea inervației somatice peniene/cavernoase

Electromiograma corpiilor cavernoși:

- măsurarea timpului de latență între potențialele bulbocavernoase și potențialele somatosenzoriale pudendale evocate;
- nu are tehnică standard;
- nu evaluează compartimentul autonom.

Timpul de latență bulbocavernos:

- este o metodă ce evaluează integritatea inervației somatice peniene (punct de plecare S2-S4, nervi somatici);
- apreciază integritatea ramurilor periferice motorii (musculatura planșeu pelvin), dar și senzoriale (nervul dorsal al penisului);
- plasarea unui electrod la nivelul vârfului penian, transmiterea de impulsuri electrice și măsurarea potențialelor evocate la nivelul musculaturii planșeului pelvin;
- disfuncția erectilă este indicată de potențiale de evocare extrem de lungi.

Testul intumescenței nocturne

În mod fiziologic, indiferent de vârstă, fiecare bărbat are circa trei până la șase episoade erectile spontane în timpul somnului de noapte. Prezența acestora, ca

număr și intensitate normală, exclude orice patologie potențială organică. O bună parte din pacienții cu DE evident psihogenă nu conștientizează acest fapt și au nevoie de dovezi materiale care să infirme substratul organic.

- Inițial au fost utilizate teste mecanice, simple și ieftine: testul timbrului, al etichetei, dar care au putut face o simplă evaluare: ESTE sau NU erecție nocturnă. Ele nu oferă nicio informație despre numărul sau calitatea acestora.
- Rigiscan-ul oferă o monitorizare nocturnă extrem de clară, asemenea unei monitorizări Holter: utilizează unul sau doi receptori de unică folosință, care se montează la vârful și la baza penisului, care măsoară activ modificările de circumferință și de tumescență peniană.

12.1.5. Tratament

Rezolvarea disfuncției erectile are următoarele etape de tratament:

1. Schimbarea medicației ce poate determina direct disfuncție erectilă (vezi tabelul medicamentelor ce determină DE)

2. Modificarea factorilor de risc influențabili:

- | | |
|----------------|---|
| - HTA | tratament: TA < 130/80 mm Hg |
| - DZ | tratament: HbA1c < 7% |
| - Obezitate | scădere ponderală (CA < 104 cm) |
| - Fumat | renunțare |
| - Hiperlipemia | tratament: colesterol total < 200 mg% |
| - Hipogonadism | tratament: testosteronemie serică > 12 nM/L |

3. Oricât de redundant sună, schimbarea stilului de viață are un rol esențial și în tratamentul, nu doar în profilaxia disfuncției erectile.

Scăderea ponderală, renunțarea la fumat, efectuarea de efort fizic, ideal 30 de minute/zi, zilnic, menținerea unui ritm regulat al activității sexuale sunt măsuri simple, dar extrem de eficiente în menținerea sănătății sexuale la bărbați.

Nu în ultimul rând, modificarea medicației ce poate determina DE iatrogenă.

4. Terapia de substituție cu testosteron – se începe înainte de tratamentul specific al disfuncției erectile, deoarece, de multe ori, corectarea dezechilibrului hormonal este suficientă pentru ameliorarea erecției.

- Diagnosticul pozitiv: în caz de suspiciune clinică se fac două dozări ale testosteronemiei totale (TT), în zile diferite, obligatoriu între orele 08.00-11.
- Valoare diagnostică: TT < 200 ng% (după standardul european), < 300 ng% (după standardul american). Valorile de referință ale laboratorului local nu se iau în considerare.

Pentru cazurile cu testosteronemia în zona de limită, cuprinsă între cele două standarde antemenționate, se face evaluarea testosteronemiei libere, prin socotirea acesteia în funcție de valoarea globulinei transportoare a hormonilor sexuali (SHBG).

Siguranța tratamentului: identificarea contraindicațiilor tratamentului de substituție, monitorizarea permanentă

- !Evaluarea mamară (Carcinoame nediagnosticate)
- Monitorizare Hematocrit – oprire tratament la valori mai mari de 50%
- Apariția apneei de somn
- Monitorizare PSA
 - trimestrial în primul an, apoi anual
 - Semnificative: creșteri mai mari de 1 unitate/trimestru
- Funcția hepatică

Preparate: Testosteron propionat, cipionat, undecanoat, transdermic. Niciodată preparatele steroidice anabolizante NU sunt utilizate în tratamentul de substituție, ci doar ca dopaj: Nortestosteron, Stanazol, Cidoteston.

Regimuri terapeutice:

- Testosteron undecanoat injectabil, intramuscular, încărcare inițială, repetare la 6 săptămâni, ulterior tratament de menținere cu câte o administrare o dată la 3 luni.
- Testosteron undecanoat, cale orală, 2x1cp/zi, zilnic – efecte inferioare administrării de tip depot, injectabil, cu complianță mult redusă
- Testosteron transbucal: absorbția intrabucală a testosteronului, administrare x2/zi;
- Utilizarea celorlalți esterii de testosteron a scăzut dramatic în ultima decadă, datorită apariției alternativei depot. Administrarea acestora se făcea la intervale săptămânale. Preparate: cypionat, enantat, propionat.
- Cutanat: testosteron nativ sub formă de gel, cremă 2% sau plasturi, cu administrare zilnică.

Siguranță tratament:

- Terapia de substituție nu determină complicații cardiovasculare, similar terapiei de substituție la femei.
- Nu se constată hepatotoxicitate, în cazul utilizării preparatelor actuale, spre deosebire de metiltestosteron;
- Siguranța prostatei și terapia de substituție este o problemă destul de controversată. Ghidurile ultimilor ani au suferit o modificare, anume cancerul de prostată nu mai reprezintă o contraindicație absolută. Tratamentul de substituție se poate recomanda în caz de hipogonadism cu debut tardiv și cancer de prostată tratat prin prostatectomie radicală, radioterapie sau brahiterapie.

- Potențial se descrie o creștere a hematocritului, cu apariția ocazională a unei eritrocitoze excesive, ce impune o întrerupere temporară a tratamentului
- Supresia spermatogenezei – apare secundar efectului de inhibare a axului hipotalamo-hipofizogonadic, mai ales la cazurile cu alterare testiculară importantă;
- Alopecie frontală – accentuarea alopeciei în caz de predispoziție genetică.

Contraindicații:

- apnee de somn
- cancer de prostată netratat/extins/metastatic
- cancer mamar
- hematocrit > 50%
- sd. edematos sever (Insuficiența cardiacă congestivă)
- hipertrofie benignă de prostată severă cu scor IPSS> 19

5. Tratamentul medicamentos al disfuncției erectile – se prezintă în funcție de ordinea utilizării lor în abordul acestei afecțiuni.

➤ **Terapie de primă linie: INHIBITORII DE FOSFODIESTERAZĂ 5**

Loc de acțiune: la nivelul celulelor cavernoase, esența erecției este reprezentată de oxidul nitric.

În condiții de stimulare erotică de calitate, sistemul proerectil, parasimpatic este activat: atât la nivel central (nucleul limbic, paraventricular și preoptic), precum și la nivel de căi de transmitere (neuroni dopaminergici și oxitocinergici, la nivel medular: centrul erecției S2-S4, respectiv la nivel de nervi erigeni (punct de plecare S2-S4, intrare în plexul hipogastic inferior și nervii cavernoși). La nivelul corpilor cavernoși există două tipuri de fibre stimulative, parasimpatice: colinergice, ce deservește celulele endoteliale, și nonadrenergice/noncolinergice, care derevesc fibrele musculare netede cavernoase. Impulsurile stimulative transmise pe aceste căi determină, atât la nivel endotelial, cât și la nivel muscular, sinteza de oxid nitric.

Calitatea și durata unei erecții este determinată de cantitatea de oxid nitric intracelular, care activează transformarea GMP în GMPc, respectiv a AMP în AMPc, mesagerii secundari ai erecției.

Atât GMPc, cât și AMPc facilitează relaxarea mușchilor cavernoși, respectiv starea de tumescență peniană. Enzima cheie a erecției, fosfodiesteraza 5, determină degradarea AMPc (calea chimică) și a GMPc (formare stimulată de sistemul parasimpatic și inhibată de cel simpatic), implicit transformarea lor în produși

inactivi, cu scăderea efectelor asupra canalelor de potasiu și calciu, cu contracția celulelor musculare cavernoase și implicit detumescenta peniană.

Mecanism de acțiune: Medicamentele propuse inhibă acțiunea acestei fosfodiesteraze, prelungind timpul de viață și concentrația AMPc și GMPc, implicit prelungind starea de relaxare a musculaturii cavernoase, deci tumescenta pelvină.

Preparate: la ora actuală există 3 preparate din această clasă, care au mecanism de acțiune identic, dar se deosebesc prin eficacitate și selectivitate.

Selectivitate = raportul între potența unui medicament față de PDE5 și potența față de toate fosfodiesterazele din organism (11 la număr)

Eficacitate = Vardenafil > Sildenafil = Tadalafil

Efectele adverse sunt determinate tot de selectivitatea ușor diferită a celor trei preparate:

Tabelul XVI. SUMARUL PROPRIETĂȚILOR FARMACOLOGICE ALE INHIBITORILOR DE FOSFODIESTERAZĂ 5

Proprietate	Sildenafil	Vardenafil	Tadalafil
Debut acțiune	30"	20"	30"
Durata acțiune	4 ore	4 ore	36 ore
Eficacitate	69%	68%	68%
T max	1.16 ore	0.66 ore	2.0 ore
T ½	3.82 ore	3.94 ore	17.5 ore
Cefalee	15%	11%	12-14%
Flush cutanat	14%	12%	3-3%
Dispepsie	6%	4%	7-8%
Congestie nazală	3%	6%	3-2%
Vedere anormală	5%	0%	0%
Lombalgie	0%	0%	11-8%

Alegerea preparatului: în condițiile unei eficacități și tolerabilități similare, alegerea unuia dintre preparate trebuie să aibă în vedere preferințele pacientului, obiectivele sexuale ale pacientului și nevoile cuplului.

Siguranța: prima moleculă a familiei inhibitorilor de fosfodiesterază 5, cu efecte vasodilatatoare în hipertensiunea arterială pulmonară. Marea discuție legată de siguranța acestor medicamente a fost reprezentată de siguranța cardiacă.

Inițial, evaluarea cardiologică a fost recomandată tuturor pacienților candidați la terapia cu inhibitori de fosfodiesterază 5. Ulterior, reguli simple și la îndemână oricui se aplică în practica medicală de zi cu zi:

- Oricine poate urca două etaje de bloc fără dispnee poate urma tratamentul cu iPDE5.
- Administrarea concomitentă cu nitrați sau alfablonaji este contraindicată, acestea fiind singurele situații în care cele două clase de medicamente, prin efect sinergic, determină o hipotensiune severă cu risc de complicații.
- Inhibitorii de PDE5 nu determină direct dependență. Indirect, se poate menționa o dependență a utilizatorului determinată de calitatea erecției sub tratament comparativ cu cea fără tratament. Uzul medicației devine rapid o dorință a pacientului, complianța la tratament fiind foarte mare.
- Nu determină moarte subită.
- Ca nivel de efort, activitatea sexuală în cuplu stabil în circumstanțe uzuale este de 2.5-4 METS, efort comparabil cu urcatul a două etaje (2.5 METS), spălatul geamurilor (3 METS). Un cuplu nou, o relație nouă sau ocazională determină o descărcare mai importantă de catecolamine și, implicit, crește consumul energetic până la 6 METS (efort echivalent cu schiatul sau jocul de tenis).
- Siguranța oculară: atenție sporită la pacienții vârstnici, cu hipertensiune arterială, diabet zaharat, hipercolesterolemie, fumători, cu probleme oculare importante asociate.
- Complicație recent descrisă: alterarea capacității auditive, respectiv pierderea bruscă a auzului.
- Efect negativ al Tadalafilului asupra spermatogenezei, prin selectivitatea redusă față de fosfodiesteraza 11.

Reguli de administrare:

- Deoarece efectul inhibitorilor de PDE5 presupune activarea căilor naturale ale erecției, medicamentele sunt eficiente doar în condițiile existenței unei stimulări sexuale. Administrarea acestora, în absența unei stimulări sexuale care să determine formarea de GMPc și AMPc, medicamentul nu este eficient.
- Inhibitorii de PDE5 nu declanșează erecția, ci doar o ameliorează, facilitează, prelungesc și cresc gradul tumescenței peniene;
- Se administrează întotdeauna 10 doze, în doza maximă recomandată pentru fiecare preparat în parte. Pacientul este învățat să utilizeze toate dozele, chiar dacă efectul este obținut de la prima doză administrată.

Hh	SILDENAFIL	VARDENAFIL	TADALAFIL
DOZE	100 mg	20 mg	20 mg
RITM	posibil zilnic	posibil zilnic	la 3 zile

Această abordare are următoarele avantaje:

- creșterea/redobândirea încrederii în sine
 - dispariția conduitei de eșec
 - dispărea comportamentul evitant
 - regăsirea satisfacției personale și în cuplu
- După primele 10 doze administrate, se face o titrare a dozelor administrate și o reglare a ritmului de administrare, în funcție de ritmul pacientului sau al cuplului.
 - Modalități de administrare: continuă, cronică sau on-demand, ori ambele, în funcție de necesitățile pacientului și ale cuplului.

Tadalafilul se livrează și în formula de administrare zilnică, cu efecte similare administrării la nevoie, dar care permite utilizarea unor doze mult mai mici.

- Nonresponderi:
 1. Intervenție 1: verificarea administrării corecte a preparatului: minim 20 de minute înainte de începerea stimulării sexuale.
 2. Intervenție 2: dacă persistă lipsa de răspuns, pacienții sunt rugați să stea minim două ore între administrare și începerea stimulării sexuale (pentru Tadalafil și Sildenafil), respectiv administrarea pe stomacul gol (de minim două ore) în cazul Vardenafilului.
 3. Intervenție 3: verificarea statusului hormonal; pacienții cu deficit testosteronic sunt principalii nonresponderi la terapie.
 4. Intervenție 4: Schimbarea preparatelor între ele.
 5. Intervenție 5: administrare continuă = zilnică pentru Sildenafil și Vardenafil), respectiv la două zile pentru Tadalafil.
- Alegerea unuia dintre preparate se face în funcție de diferențele de cinetică mai degrabă decât cele de eficacitate și tolerabilitate. Se va alege preparatul care se potrivește cel mai bine profilului vieții sexuale și sociale ale pacientului.

- Interațiuni potențiale:
 - Nu prelungeste timpul de sângerare și coagulare la pacienții tratați cu Aspirină, antiagregante plachetare sau anticoagulante;
 - Nu se administrează în caz de siclemie, leucemie sau mielom multiplu, ori istoric pozitiv de priapism;
 - Titrarea dozelor la cazurile cu insuficiență hepatică severă;
 - Inhibitorii de CYP 3A4: cresc nivelurile serice ale preparatelor:

Cimetidina	Sildenafil x 0.5
Inhibitori proteaze	Tadalafil x1.6, Vardenafil X 16
Antimicotice	toate trei x3-10
 - Alcoolul nu influențează efectul sau absorbția intestinală
 - Administrarea concomitentă cu alpha blocante determină hipotensiune posturală. Efectul nu este observat în cazul utilizării preparatului Tamsulosin (blocant alpha1 selectiv).
 - Administrarea simultană cu donori de NO determină o scădere dramatică a tensiunii arteriale, amenințătoare cu moartea.

- Preparate mai noi:
 - AVANAFIL: se deosebește printr-un timp de acțiune foarte scurt, de până la o oră, cu o eficiență de începere din primele 15 minute de la administrare. Profil similar de interacțiuni/efecte adverse sau contraindicații.
 - LODENAFIL: durată de acțiune scurtă, timp de eficiență foarte scurt.
 - MIRODENAFIL
 - UDENAFIL: cu profil lung de acțiune similar cu al Tadalafilului.

➤ **Terapie de linia a doua**

A. Injecțiile intracavernoase

Începând cu anii 1980, au fost utilizate mai multe tipuri de preparate: papaverina, fenzibenzamina, fentolamina, prostaglandine, respectiv diverse combinații între aceste preparate.

Mecanism de acțiune: în general, toate aceste substanțe determină relaxarea celulelor musculare netede vasculare și cavernoase, cu acumulare subsecventă de sânge la nivelul sinusoidelor, tumescență peniană și erecție.

Efectul este unul chimic, ce apare rapid după injectare, nu presupune stimulare sexuală. Calitatea erecției ține exclusiv de răspunsul la doza administrată și nu are nicio legătură cu contextul emoțional, social sau calitatea relației.

Particularitățile preparatelor utilizate:

Prostaglandina E1:

- se comercializează sub mai multe nume: Alprostadil, Viridal, Caverjet;
- este singurul preparat care induce erecție exclusiv prin relaxarea fibrelor musculare netede ale corpilor cavernoși;
- nu determină sinteză secundară de collagen, cu fibroză locală
- nu determină efecte adverse sistemice
- doza: 20-40- 80 mcg intracavernos
- administrare: imediat înainte de contact sexual
- riscuri: administrare intraarterială cu vasodilatație importantă.

Papaverina

- preparat unic sau în cocktailuri: BIMIX, TRIMIX
- mecanism: vasodilatator cu relaxarea sinusoidelor cavernoase, vasodilatația arterei peiene, precum și scăderea outflow-ului venos. Asociat, determină o inhibiție neselectivă a fosfodiesterazelor, creșterea AMP ciclic și GMP ciclic, dar și efecte profibrotice, citotoxice celulare, cu vindecare de tip cicatriceal.
- Principalul efect advers este cel local de apariție a fibrozei țesuturilor superficiale la nivelul locurilor de injectare.
- Doza: 30-60 mg/administrare; prezentare: fiole de 1-2 ml (30 mg/ml).

Fentolamina

- Mecanism: creșterea neselectivă a fluxului arterial penian, fără efecte asupra compartimentului cavernos. Nu influențează compartimentul venos
- Este un alpha blocant neselectiv, pre- și postsinaptic (alpha 1 și alpha 2)
- Determină tumescență peniană, fără rigiditate
- Nu poate fi utilizat ca preparat unic
- Se găsește întotdeauna în preparate combinate.

Moxisylyte (Icavex)

- Mecanism: vasodilatație a sinusurilor cavernoase, cu tumescență peniană și rigiditate
- Alpha blocant, predominant alpha 1
- Fără efecte adverse sistemice, fără complicații locale de tip fibrotic
- Răspuns pozitiv în până la 60% din cazuri
- Puțin utilizat pe piață.

BIMIX

- 1 ml = 15 mg Papaverină + 0.5 mg Fentolamină (Androskat)
- cumulul efectelor celor două preparate

- risc: pe termen scurt priapism (din cauza unei vasodilatații mult prea intense/lungi/nemediate de sinusurile cavernoase), întâlnit la până la 10% din cazuri; pe termen mediu și lung: fibroză la locul injectării
- avantaje: pentru aceeași erecție permite utilizarea unor doze mai mici de Papaverină.

TRIMIX

- 1 ml = 15-20 mg Papaverină + 5-10 mcg PGE1 + 0,5-1 mg Fentolamină
- utilizată începând din 1990
- doza administrată > între 0.25-0.8 ml de substanță activă
- prin efect de sumare, permite utilizarea unor doze mai mici din fiecare substanță în parte, cu obținerea unui rezultat similar dozelor mari
- reprezintă cel mai eficient preparat de autoinjectare.

VIP și Fentolamină (Invicorp)

- 1 ml = 25 mcg/50 mcg VIP + 1 mg/2 mg fentolamină
- mecanism de autoinjectare
- erecție de calitate, dar cu prețul unor efecte adverse sistemice: flush cutanat, predominant facial, hipotensiune.

Alte combinații propuse:

- PGE1+Ketaserină + atropină
- PGE1 + papaverină + Clorpromazină
- PGE1 + Forsokolin (activatoarea adenilatciclazei)

Combinăția preparatelor orale cu cele injectabile se aplică în cazul non-responderilor la dozele maxime de PGE1 (40 mcg) sau de Trimix (40 mcg PGE1 + 48 mg Papaverină + 3,2 mg Fentolamină). În aceste cazuri se utilizează doze medii de preparate transuretrale asociate cu doze importante de preparate orale de inhibitori de fosfodiesteraze 5.

Ideal, primele 2-3 administrări se vor face de către pacient împreună cu medicul, pentru a crește complianța, dar și pentru a scădea rata complicațiilor. Ideal, ritmul de administrare, chiar dacă recomandarea este „la nevoie”, nu trebuie să depășească trei administrări/săptămână.

Tabelul XVII. EFECTE ADVERSE ALE PRINCIPALILOR AGENȚI TERAPEUTICI UTILIZAȚI

Preparat	Erecții prelungite	Fibroză	Durere
Papaverina	7%	6.5%	4%
PGE1	<1%	<1%	7.5%
Bimix	7.8%	12%	12%
Trimix	0.1%	2.3%	1.8%

În plus se mai descriu apariția de hematoame sau escoriații peniene la până la 47% dintre utilizatori, mai ales la cei care au asociată prezența de fibroză peniană, reactivă la tratament.

Rarisim se descriu infecții la locul de injectare, abcese, ruperea acelor. Sângerările apar rar, în cazul unei tehnici deficitare de injectare (nu intracavernos, ci intrauretral), respectiv la cei care urmează terapie cronică anticoagulantă.

O categorie aparte de pacienți, cei care trebuie să utilizeze cu prudență această categorie de preparate, sunt reprezentați de:

1. pacienții post priapism
2. Sickle cell disease
3. hipercoagulabilitate
4. boala Peyronie's
5. uz de anticoagulante

Compliance: indiferent de preparatul utilizat, 35-50% dintre pacienți renunță la această terapie după primii 2-3 ani. Cele mai uzuale motive sunt reprezentate de prezența/reluarea erecțiilor spontane, nemulțumirea pacientului, nemulțumirea partenerii, pierderea eficacității preparatului, apariția unor schimbări în relație sau apariție de boli asociate, respectiv complicații ale tratamentului. Repetarea priapismului descurajează pacientul în utilizarea acestei grupe de preparate.

Din toate aceste cauze, medicația intracavernoasă este considerată de linia a doua, fiind utilizată doar în momentul în care inhibitorii de fosfodiesterază 5 nu sunt, este în mod real, eficace.

B. Medicația transuretrală

MUSE

- Preparat cu PGE1 inventat ca o forma de administrare locală, alternativă injectării intrauretrale: pesare de 500-1000 mcgs
- Mecanism de acțiune: absorbție prin mucoasă, corp spongios, prin fluxul sanguin retrograd ajunge la nivelul coprului cavernos unde apare relaxarea sinusoidelor cu tumescență și rigiditate peniană. Tot de la nivelul corpului spongios preparatul ajunge la nivelul circulației sistemice. Din acest motiv, aplicarea unui inel de constricție la baza penisului va facilita tumescența peniană. Pentru reducerea disconfortului și mai ales a sângerării transuretrale, se recomandă administrarea imediat după micționare.
- Efectul terapeutic este inferior celui determinat de calea de administrare intracavernoasă.

- Efecte adverse: durere (25-45% dintre utilizatori), sângerare uretrală (5% subiecți). Efecte adverse sistemice extrem de rare: hipotensiune (1-5%), lipotimii (3%), sincope (<1%).
- Este tot o medicație de linia a doua, utilizată în cazul nonresponderilor la tratamentul cu i PDE5.

C. **Medicația topică**

Administrarea pe cale topică ar reprezenta calea optimă de tratament a disfuncției erectile. Dozele utilizate trebuie să fie mari, deoarece preparatul, în ciuda permeabilității epiteliale peniene buje, trebuie să difuzeze până la nivelul corpilor cavernoși, străbătând tunica albuginee. Utilizarea dozelor mari, incapacitatea administrării exclusiv intracavernoase, respectiv acumularea la nivelul circulației sistemice poate determina apariția unor efecte secundare adverse importante.

PGE1 – 2.5 mg/aplicare = TOPIGLAN cu eficacitate de circa 40%

Minoxidil – vasodilatator important, determină relaxarea pereților endovasculari, cu relaxarea sinusoidelor cavernoase respectiv cu tumescență peniană<
 – o soluție de 2% determină erecție în circa 20 minute de la aplicare într-o proporție relativ redusă de cazuri (<10%).

Nitroglicerină – determină tumescență peniană fără rigiditate într-o proporție importantă de cazuri.

Substanța chimică ideală rămâne încă de descoperit.

D. **Medicație orală**

Iohimbina

Mecanism de acțiune:

- inhibitor al receptorilor alpha 2 presinaptici, care facilitează răspunsul central de noradrenalină și adrenalină. Determină o creștere a excitării centrale, cu creșterea plăcerii sexuale;

- periferic: contracarează contracția corpilor cavernoși, simpatric dependentă, facilitând vasodilatația și tumescența peniană. Se descrie și un posibil efect central.

Eficientă în disfuncția erectilă psihogenă și cea iatrogenă, postadministrare de SSRI și antidepresive.

Administrare: orală, cu circa 20-30 de minute înainte de actul sexual, rata de răspuns de circa 50%, condiționată de integritatea sistemului vascular penian. Efectul poate dura până la 13 ore de la administrare.

Efectele adverse de tip simpaticoton apar doar în condițiile administrării unor doze foarte mari, toxice de medicație: anxietate, neliniște, agitație, tahicardie, insomnie, rar diaree. De asemenea determină fluctuații importante ale TA.

Efecte importante asupra capacității orgasmice, ideale în cazurile cu disfuncție erectilă și anorgasmie.

Arginina

Rațiunea suplimentării cu Arginină este faptul că aceasta este substratul pentru oxidul nitric. Se observă o ameliorare a funcției erectile, la pacienți cu DE psihogenă ușoară și medie, la suplimentarea în doze mari cu L - Arginină, respectiv de 2500-3000 mg/zi, zilnic.

Apomorfina

Mecanism de acțiune: apomorfina este un agonist dopaminergic, care facilitează căile fiziologice ale activării mecanismului erecției, în condiții de stimulare.

Administrare: sublinguală, cu absorbție foarte rapidă, la zece minute de la administrare, cu un maxim seric la 1 oră de la administrare.

Răspunsul erectil este prezent la circa 1/3 din pacienți, dar calitatea erecției nu este comparabilă cu cea indusă de inhibitorii de PDE5, motiv pentru care cele din urmă sunt preferate de pacienți.

Efecte adverse: cefalee, amețeală, greață, somnolență, vasodilatație, rarisim sincopă, lipotimie, emeză. Actualmente se utilizează exclusiv la pacienții cu disfuncție erectilă nonorganică dovedită.



A. Aparatele de constricție cu vacuum

Teoretic, aparatele de constricție cu vacuum au rată de succes de aproape 100%. Cu toate acestea, din cauza erecției relativ nenaturale, precum și a procedurii aplicării vacuumului în sine, indicațiile sunt relativ restrânse:

- Pacienți vârstnici, cu cuplu vechi și stabil, cu număr relativ mic de acte sexuale/interval de timp;
- Nonresponderi la niciuna din variantele antemenționate;
- Postoperator se utilizează în caz de boală Peyronie, pentru a preveni apariția fibrozei, respectiv ca terapie de reabilitare în cazul de cancerului de prostată.

Mod de utilizare:

Aplicarea dispozitivelor cu vacuum nu necesită stimulare sexuală anterioară. Se utilizează doar în caz de dorință de act sexual. Se aplică doar pe un penis flasc, în ortostatism. Se aplică un gel lubrifiant în interiorul cilindrului de plastic al aparatului de vacuum, se introduce penisul în interior, se apasă repetat clapeta de vacuumare a sistemului. Datorită presiunii negative apare o acumulare de sânge cu tumescență peniană secundară, a cărei menținere impune montarea unuia sau a două inele de constricție, de cauciuc, la baza penisului. Acest inel de constricție nu poate fi menținut mai mult de 30 de minute.

Tumescența peniană este secundară acumulării de sânge venos, nu de sânge arterial, fermitatea acestuia este mult inferioară celei unei erecții de calitate. De asemenea, penisul are o culoare albăstruie-violacee, care poate inhiba partenera sau persoana în cauză.

Efecte adverse:

- iritația tegumentului
- echimoze, peteșii
- rar, durere – mai ales în prelungirea intervalului de constricție
- blocarea lichidului seminal, mecanic, prin banda de constricție
- în timp, hiperpigmentarea tegumentelor peniene, prin acumulare de hemosiderină

Contraindicații:

- tulburări de sângerare/coagulare - risc de tromboză intrapeniană
- uz de anticoagulante – risc de hematom superficial, peteșii

- boala Peyronie netratată – risc de fractură peniană crescut odată cu gradul de deformării
- istoric de priapism.

Complianța este variabilă în funcție de grupul de pacienți evaluați. Cuplurile în vârstă, stabile, care reușesc să treacă peste aspectul neplăcut al „ritualului” aplicării instrumentului de vacuum, aspectul penisului, și relativa calitate a tumescenței peniene sunt candidatele ideale pentru uzul pe termen lung. La aceste cazuri se constată o ameliorare a satisfacției sexuale, orgasmului și intimității.

O rată mai mare de răspuns o are asocierea la terapia cu vacuum a unor injecții intracavernoase, cu doze mai mici decât cele utilizate în regimul terapeutic de linia a 2-a, respectiv 30 mg Papaverină + 1 mg Fentolamină.

B. Implanturile peniene

Tipuri:

- fixe, rigide, dintr-un singur segment, presupun ajustarea manuală a direcției erecției
- semirigide
- hidraulice (gonflabile) cu 2 sau 3 segmente: segmentul montat intrapenian, rezervorul și pompa (care este de sine stătătoare sau încorporată rezervorului).

Limitările metodei:

- aplicarea chirurgicală
- costurile foarte mari ale protezelor: de la circa 5000 până la 11.000 euro
- alterarea structurilor naturale ale corpurilor cavernoși, cu modificarea profundă a sensibilității peniene
- scurtarea penisului postoperator cu 1-2 cm
- riscurile intervenției chirurgicale: infecții, cu risc mai mare la diabetici, medici neexperimentați, proteze cu 3 piese, deplasarea cilindrilor protezei, cu perforarea tunicii albuginee, interesarea uretrei, protuzia protezei în perineu, perforația pompei de inflație.

Indicații: exclusiv în cazul în care toate metodele antemenționate – utilizate separat sau asociat – fie nu sunt tolerate, fie nu sunt eficiente. Definierea nonresponderilor la toate tipurile de tratament este un lucru important de definit, având în vedere efectul deteriorat și ireversibil al acestei proceduri. La cuplurile la care penetrarea vaginală este esențială în sexualitate și echilibru, implantul penian este o soluție bună. Rata de satisfacție este mare, cuprinsă între 60-97%.

12.2. Tulburări de ejaculare

Ejacularea apare ca punctul culminat al stimulării sexuale, prin stimuli erotici vizuali, dar predominant tactili. Lichidul ejaculat este produs preponderent de veziculele seminale (2/3), completat de prostată (1/3). O cantitate minimă de lichid este produs de testicule, reprezentând conținutul de spermatozoizi stocat la nivel de epididim. Spermatozoizii se deplasează prin contracțiile ritmice ale peretelui muscular al ductului deferent, se amestecă cu lichidul seminal, în ductul ejaculator și uretra posterioară, unde intră în fluxul ejaculator principal, venit de la prostată. Amestecul lichidului din epididim, vezicule seminale și prostată alcătuiesc sperma. Aceasta se elimină în totalitate, odată cu contracțiile spastice din timpul ejaculării. Procesul de transport este activ, controlat de stimularea alpha 1 adreno-receptorilor situați în prostată, duct deferent, vezicule seminale. Acești receptori sunt activați în caz de stimulare sexuală intensă. Glandele lui Cooper contribuie mai mult decât minimal la acest proces, cu o secreție ce precede ejaculatul.

Cu toate că ejacularea presupune orgasm, orgasmul nu presupune neapărat ejaculare.

Procesul de ejaculare este împărțit în:

- emisie = golirea veziculelor seminale la nivelul uretrei prostatice;
- ejecție = expulzia spermei cu presiune mare de-a lungul uretrei peniene până la orificiul extern. Contracțiile spastice sunt atât ale structurilor tubulare: duct deferent, duct ejaculator, uretră, cât și ale musculaturii planșeului pelvin, respectiv musculaturii bulbocavernose. Contracțiile sunt perfect sincronizate cu contracția sfincterului intern și relaxarea sfincterului extern;
- tipic: eliminare de 3-5 ml de lichid, în secuse de 10-15 contracții;
- orgasm = senzația subiectivă de plăcere, ce apare transmiterii de la nivel periferic, la nivel central, de-a lungul nervilor erigeni, prin procesarea senzațiilor somatomotorii din organele genitale interne, uretră și musculatură pelvină.

Sucesiunea etapelor genitale este controlată și coordonată de la nivel central.

Percepția stimulilor erotici, prelucrarea lor și transformarea în mesaj răspuns sexual: aria supraoptică, nucleul paraventricular, nucleul paragigantocelular, zona apeducului lui Gray.

Căi transmițătoare: fibre stimulatorii parasimpatice, fibre inhibitorii simpatice.

Neurotransmițători:

- Dopamina – facilitează erecția, dar declanșează ejacularea
- Oxitocina – efect proerectil la nivel central și facilitator al ejaculării la nivel periferic
- Serotonina – neurotransmițătorul cel mai important, ce controlează procesul de ejaculare prin efectul asupra sistemului de receptori 5 HT1-HT2.

Tabelul XVIII. TIPURILE TULBURĂRILOR DE EJACULARE

Moment	Volum	Senzație	Orgasm
Ejaculare precoce < 1 minut	Hipospermie < 2 ml	Ejaculare dureoasă	Întârziat
Ejaculare tardivă > indefinit	Ejaculare uscată retrogradă	Ejaculare anhedonică	Diminuat
Anejaculare	Aspermie	Ejaculare astenică	POIS
Poluții	Normal	Subconștientă	Subconștient

12.2.1. Ejacularea precoce

Definiție

Cea mai nouă definiție a ejaculării precoce (EP) este cea elaborată de ISSM:

- prezența recurentă/persistentă a ejaculării în condiții de stimulare sexuală minimă, înainte, imediat după penetrare, cu o durată de până la un minut, fără dorința și voința persoanei în cauză. Se asociază cu incapacitatea de a-și controla momentul ejaculării, imposibilitatea amânării ejaculării;
- crează probleme personale/interpersonale: frustrare, enervare, complex, comportament sexual evitant;
- nu este secundară uzului vreunei substanțe.

Durata medie a intervalului de latență vaginală este cuprinsă în populația generală între jumătate de minut și 30-45 de minute, cu o valoare mediană populațională de 6,5-8,5 minute. Grupul de bărbați cu durata de 3-5 minute formează entitatea numită pseudoejaculare precoce: poate fi frustrantă, dar nu întrunește criteriile de definire a EP.

Prevalența în populația generală este de circa 20%.

Etiopatogenie

De-a lungul timpului s-au elaborat multe teorii care au încercat să explice cauzalitatea EP. Marea lor majoritate explicau un mecanism psihologic, cu diverse puncte de plecare:

- Teoria psihoanalitică: 1917
EP = abord inconștient ostil/nefavorabil față de femei
- Teoria psihosomatică 1943
EP = probleme psihologice afectează funcționalitatea genitală

Ambele teorii presupun coexistența manifestărilor nevrotice sau psihopatologice.

- Teoria comportamentală: 1970
EP = comportament învățat odată cu ejacularea de la primul act sexual
- Teoria excitării sexuale: 1974
EP = lipsa recunoașterii excitației și stării preorgasm

(anestize genitală = incapacitatea controlului voluntar)
- Teoria hipersensibilității: 1988
EP = sensibilitate crescută a sistemului nervos simpatico, inhibitor.

Doar ultima teorie, precizată la începutul anilor '90, consideră EP permanentă ca fiind un fenomen fiziologic, respectiv reprezintă cohorta de bărbați care au timpul de latență intravaginal în primele 2.5 percentile ale distribuției populaționale.

Ulterior s-a constatat existența unui substrat genetic al acestei teorii, respectiv un polimorfism al genei ce condiționează proteina de transport a serotoninei, respectiv a dopaminei și care determină ejacularea precoce. Componenta emoțională, care apare la orice tip de disfuncție sexuală persistentă, nu trebuie neglijată, dar este secundară, apare secundar tulburării, nu este cea care determină PE în sine.

În cazul PE dobândite se descriu cauze bine definitive:

- Factori endocrini: hipertiroidia, hipoprolactinemia, concentrații crescute ale leptinei;
- Factori neurologici: accidente vasculare ischemice sau hemoragice;

- Factori locali: prezența DE, prostatite cronice, sindromul dureros pelvin cronic, hipertrofia benignă de prostată;
- Factori psihologici: nesiguranță, relație nouă, prima experiență sexuală (nevoie de rapiditate), anxietatea de performanță: predominant precipită, agravează sau mențin o EP secundară.

Indiferent de cauză sau substrat, prezența EP determină modificarea sexualității persoanei în cauză, dar și parteneriei. Persoana în cauză poate manifesta neîncredere în sine, atitudine evitantă față de sex, anxietatea de performanță, cu potențială DE secundară, diminuarea libidoului și a capacității orgasmice. Partenerii celor cu EP au o viață sexuală mai puțin satisfăcătoare comparativ cu celelalte femei, cu o rată scăzută de prezență a orgasmului.

Diagnostic pozitiv și diferențial

Diagnosticul se face preponderent prin anamneza sexuală, cu întrebări centrate asupra problemei.

Principalul diagnostic diferențial îl reprezintă disfuncția erectilă, deoarece pacienții relatează o problemă: „actul sexual este prea scurt”. De aici trebuie să urmeze o serie de întrebări țintite din partea medicului practician:

1. Tumescenta peniană scade prima, cu sau fără ejaculare, sau erecția este de calitate, dar ejacularea apare, nedorit, mult prea repede?
2. Autoevaluarea timpului de latență intravaginal: antepostas, 1-2, 2-3, 3-5 minute;
3. Când apare: de fiecare dată sau în anumite circumstanțe: persoane, ipostaze, tip de contact sexual?
4. Impactul problemei asupra persoanei.

Chestionare validate: indexul ejaculării precoce (IPE), profilul ejaculării precoce (PEP), respectiv tehnica de diagnostic a ejaculării precoce (PEDT).

Aprecierea timpului de latență intravaginal: cronometru, ceas, jurnal, estimare subiectivă. Măsurarea este esențială în cazul studiilor de specialitate, dar este orientativă în cazul practicianului clinician.

Examenul fizic – este unul de excludere a unei patologii peniene inflamatorii, lezionale, deviații peniene, fimoză sau un fren prea scurt, probleme care pot condiționa o EP secundară.

Exame de laborator – sunt necesare rar, în cazul suspiciunii unei disfuncții hormonale, mai frecvent hipertiroidie sau hipoprolactinemie.

Tratament

➤ **Tratamente topice: anestezice** administrate sub formă de cremă: Lidocaină/Prilocaină, sub formă de cremă sau gel ori spray, cu aplicare cu circa 10-20 de minute înainte de contactul sexual, care scade sensibilitatea peniană, permițând o prelungire oarecare a timpului de latență intravaginal. Limite: absorbția anestezicului prin peretele vaginal determină o anestezie vaginală, și impune utilizarea unui prezervativ pentru a contracara acest efect. De multe ori, anestezia capului penian scade sensibilitatea și implicit excitabilitatea, putând determina un grad de disfuncție erectilă. Unii pacienți dezvoltă usturimi peniene.

PSD 502 este un spray cu Prilocaină (2.5 mg) și Lidocaină (7.5 mg), special pentru ejacularea precoce, care prelungeste de circa 5 ori timpul de latență intravaginală, cu minime efecte adverse înregistrate la circa 6% din utilizatori.

➤ **Medicație orală: SSRI = inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei**

Principiu terapeutic: modularea pragului ejaculator – cresc concentrația serotoninei la nivel presinaptic, stimularea neuronilor postsinaptici, cu întârzierea ejaculării.

Efectul apare la circa 1-2 săptămâni de la administrarea zilnică. Administrarea acestei categorii de medicație este în afara indicațiilor de pe prospect, întârzierea ejaculării fiind considerată un efect advers important.

Exemple de preparate utilizate, doza medie recomandată, respectiv prelungirea timpului de latență intravaginal:

• PAROXETINA = SEROXAT	20-40 mg/zi	x8.8
• CLOMIPRAMINA = ANAFRANIL	10-50 mg/zi	x 4.6
• SERTALINA = ZOLOFT	50-100 mg/zi	x 4.1
• FLUOXETINA = PROZAC	20 mg/zi	x 3.9

Administrarea trebuie făcută cronic pentru a obține efect. Administrarea la nevoie trebuie să preceadă contactul sexual cu 4-6 ore, cu doze mai mari, dar eficacitate evident diminuată. Intensitatea efectelor adverse este substanțială, acestea înregistrându-se la circa 20% din populație. Riscul sevrajului nu trebuie neglijat.

Singurul preparat validat european exclusiv pentru tratamentul EP este **DAPOXETINA (Priligy)**, o moleculă din aceeași familie a SSRI, dar cu efecte de foarte scurtă durată, efecte minimale psihice, predominând efectul asupra timpului de latență vaginal, cu o creștere medie de 3,5-5 ori.

Administrare: cp de 30, 60 mg, per os, la nevoie, cu circa 20-30 de minute înainte de contactul sexual, cu maximul contracției plasmatice la 1,3 ore de la administrare.

Din cauza administrării la nevoie, nu cronice, în doze mici, efectele adverse, similar cu cele ale SSRI, sunt mult mai rare și de intensitate diminuată. Menționăm: amețeală, greață, somnolență, cefalee, fatigabilitate, insomnia, nasofaringită.

Clomipramina, antidepresiv tricilcic, prelungește timpul de latență intravaginal de până la 6 ori, în condiții de administrare cronică, cu efecte adverse importante, înregistrate în până la 30% din cazuri: amețeli, cefalee, greață, gură uscată, accelerarea pulsului și a tensiunii arteriale.

Alpha blocații selectivi, preparate utilizate în tratamentul hipertrofiei benigne de prostată, au efecte reduse și neconsistente, nefiind o opțiune de preferat în tratamentul EP. Mai mult, unele preparate determină scăderea volumului de ejaculat sau ejaculare retrogradă.

Medicație proerectilă: este indicată atât în cazul asocierii DE+EP, precum și în absența acesteia, când, în ciuda ejaculării, bărbatul păstrează erecția și poate continua actul sexual pentru a permite obținerea orgasmului de către parteneră.

Tramadol: este eficient în administrare cronică, cu o prelungire de 1,5-2.5 ori a timpului de latență intravaginal, dar cu somnolență și dispepsie.

➤ **Psihoterapie:**

1. Tehnici de întârziere a ejaculării
2. Creșterea încrederii în performanțele sale
3. Reducerea anxietății
4. Schimbarea rutinei sexuale
5. Facilitarea intimității
6. Rezolvarea problemelor interpersonale
7. Creșterea comunicării
8. Transformarea conflictelor în fantezii
9. Minimalizarea recăderilor

➤ **Terapie chirurgicală**

Frenulotomie – doar în caz de corecție a unui fren scurt

Neurotomie peniană – neurotomia selectivă a nervului dorsal al penisului nu este susținută deocamdată de studii suficiente de importanță pentru a fi introdus în algoritmul de tratament al EP.

12.2.2. Ejacularea tardivă

De cele mai multe ori, patologia ejacatorie tardivă sau absentă se suprapune cu problemele orgasmice, deoarece marea majoritate a pacienților noștri consideră ejacularea markerul orgasmului, și nu fac diferență între cele două entități.

Definiție

- a. apariția persistentă/ recurentă a unei întârzieri până la absență a orgasmului/ ejaculării, după o perioadă de stimulare sexuală de calitate, suficientă ca durată în timp și intensitate;
- b. problema determină disconfort personal și/sau probleme în cuplu;
- c. primară = nu este în contextul vreunei afecțiuni psihiatrice sau a unui uz cronic de medicamente, secundară = unei afecțiuni organice sau mecanism iatrogen;

Ejacularea tardivă poate fi definită la fel ca o erecție prelungită, în condiții de stimulare suficientă, care nu este finalizată de apariția unei emisii de ejaculat.

Se descriu 3 situații:

- Anorgasmia – incapacitatea de a simți plăcere în ciuda unei ejaculări prezente
- Orgasm anhedonic: plăcere pur locală, genitală, fără senzația centrală de plăcere, trăiri care acompaniază o ejaculare
- Anorgasmie + lipsă de ejaculare/ejaculare tardivă

Prevalență: aparent problemă rară, datorită adresabilității reduse, adevărata incidență a ejaculării tardive este de 5% (ejaculare tardivă), anorgasmie + anejaculare doar 1%, respectiv anorgasmie izolată circa 2-3%. În grupul pacienților vârstnici, prevalența este mai mare decât media, respectiv la tineri este mai mică decât media.

Anamneză:

- momentul/ intensitatea/ frecvența problemei
- posibile circumstanțe asociate disfuncției
- comportamentul masturbator: frecvent ejacularea și orgasmul apar la masturbare în proporție de până la 85% din cazuri
- fantezii sexuale, vise erotice
- ejacularea în diverse ipostaze: act sexual coital, alte situații erotice, sex oral, masturbare, partenera uzuală, partenere noi. În funcție de aceste răspunsuri, pacienții se pot încadra în una din categoriile:
 - ejaculare intravaginală tardivă
 - ejaculare tardivă în context de sex oral

- ejaculare normală la masturbare + tardivă în orice altă circumstanță
- ejaculare tardivă în orice situație
- anejaculare + anorgasmie.

Etiopatogenie:

- cauze comportamentale, psihosexuale: uneori, ejacularea tardivă/anejacularea reprezintă mai degrabă o problemă de fenomen de învățare. Persoanele care au practicat în adolescență masturbarea viguroasă sau cei care au exagerat cu tehnica stop preejaculare, respectiv persoanele cu fantezii aparte sau stimulări atipice la masturbare dezvoltă secundar probleme de ejaculare, datorită unor atipii în comportamentul sexual, învățat de-a lungul timpului;
- cauze endocrinologice: hiperprolactinemie, hipotiroidie, hipoandrogenism;
- cauze neurologice: diabetul zaharat;
- cauze medicamentoase: antidepresive: Imipramină, Fluoxetină, Haloperidol, Paroxetină, Risperidonă.

Investigațiile sunt limitate la dozările hormonale, doar în contextul unui tablou clinic sugestiv pentru una dintre anomalii.

Tratamentul

1. înlăturarea uzului posibilului medicament ce determină ejacularea tardivă
2. schimbarea antidepresivului intimat cu variantele cu efecte secundare semnificativ mai mici: Bupropion și Duloxetina
3. vibrostimulare – mai ales în cazul pacienților cu neuropatii, leziuni medulare;
4. terapie psihosexuală:
 - retraining-ul masturbator
 - reducerea anxietății
 - sensate focus
 - schimbarea comportamentului sexual în cuplu: plăcerea în cuplu poate exista și altfel decât prin penetrare vaginală
5. medicație activă
 - Amantadina – stimulează direct ejacularea, prin intermediul terminațiilor nervoase dopaminergice
 - Ciproheptadina – acționează central, cu creșterea nivelului de serotonină, determină somnolență și crește pofta de mâncare.
 - Apomorfina
 - Oxitocina – intranasal, în timpul actului sexual.

12.2.3. Ejacularea retrogradă

Această entitate este o asociere de orgasm prezentă fără obiectivarea ejaculării, în ciuda senzațiilor genitale și centrale prezente.

Mecanism : ejacularea retrogradă se produce în momentul în care sfincterul vezical intern nu se contractă sau nu se coordonează cu relaxarea sfincterului vezical extern și permite intrarea ejaculatului din prostată în vezica urinară, cale referată ductului ejaculator. Ejacularea retrogradă determină implicații în funcționalitatea cuplului atât în cazul dorinței de procreare, dar și în absența acestuia. De multe ori lipsa ejaculatului, chiar dacă bărbatul are orgasm, poate fi perceput ca o modificare a performanței sexuale, cu alterarea satisfacției sexuale a bărbatului sau a partenerei acestuia.

Cauze:

1. anomalii anatomice sau funcționale ale colului vezical – afectare life long.
2. neurologice: neuropatii autonome în scleroză multiplă, diabet zaharat, leziuni medulare;
3. medicație:
 - a. alpha blocante: Tamsulosin (cea mai mare incidență a complicațiilor), Alfuzosin, Terazosin, Silodosin, efect dependent de doză și de selectivitate – crește proporțional cu acestea
 - b. inhibitori de 5 alpha reductază – doar în combinație cu alpha blocantele
 - c. simpaticolitice: clonidină, guanabenz, guanadrel, guanetidină, metildopa
 - d. antipsihotice
 - e. antidepresive
4. intervenții chirurgicale – TURP – din cauza lezării sfincterului urinar intern. Prostatectomia radicală clasică, prostatotomia clasică sau incizia colului vezical au aceleași urmări. Intervențiile mai noi, termoterapia transuretrală sau ablația cu laser nu determină aceste complicații. Enucleerea prostatei cu laser Holiium, Greenlight sau vaporizarea fotoselectivă nu determină ejaculare retrogradă în măsura în care colul vezical este preservat.
5. Chirurgia retroperitoneală – determină ejaculare precoce prin lezarea bandelețelor nervoase din pachetul retroperitoneal simpatic respectiv plexul hipogastric.

Diagnostic: metoda principală de diagnostic este reprezentată de dozarea spermatozoizilor și alternativ a fructozei în prima emisie de urină postejaculare.

Tratamentul se individualizează în funcție de prioritățile pacientului și/sau ale cuplului: satisfacție sexuală, nevoie de procreere. În prima situație, succesul este posibil doar în cazul existenței unei cauze secundare medicamentoase, cu normalizarea ejaculării odată cu înlăturarea substanței respective. În cea de-a doua situație, recuperarea spermatozoidelor pentru fertilizare este prioritară. De multe ori, acest lucru este posibil exclusiv prin alcalinizarea urinei postorgasm, cu extragerea spermatozoidelor de la acest nivel și utilizarea unei tehnici de reproducere asistată.

- Tratamentul activ presupune administrarea de simpaticomimetice care să faciliteze contracția sfincterului vezical intern: Pseudoefedrină sau Fentolamină, Midrodrin, Sulfat de efedrină, cu răspuns pozitiv în circa 35-50% din situații. Efecte adverse tipice: gura uscată, diplopie, creșterea tensiunii arteriale, cefalee sau insomnie. Răspunsul este mai bun în cazul pacienților cu forme parțiale sau intermitente de boală, dar nu are efect în cazul pacienților cu ejaculare retrogradă iatrogenă, secundară lezării colului vezical.
- Alternativă: anticolinergice: Imipramină, bromfeniramină, cu răspuns pozitiv în circa 20 din situații.
- Combinația celor două clase de medicamente crește rata de răspuns pozitiv până la 35-80% din situațiile tratabile.
- Tehnici chirurgicale: presupun injectarea de colagen la nivelul colului vezical, cu potențiala recuperare a funcționalității acestuia, în până la 50% din situații.

12.2.4. Alterarea volumului ejaculatului

Ejacularea hipospermică se definește ca ejacularea unui volum redus de ejaculat, mai mic de 1.5 ml/emisie, cu orgasm prezent. Spermograma are aspect normal, cu excepția volumului ejaculat.

Cauze:

- Hormonale: hipogonadism, hiperprolactinemie, diabet zaharat
- Congenitale - absența congenitală a veziculelor seminale, a ductelor Wolff sau ductelor Muller
- Medicație: aceleași preparate care pot determina ejaculare retrogradă
- Chirurgicale: lezarea incompletă a colului vezical, pentru intervenții predominant prostatice.

Tratamentul este dificil de realizat în cazurile cu anomalii congenitale, presupune corecția anomaliilor hormonale.

12.2.5. Ejacularea dureroasă

Tablou clinic

În cadrul patologiei dureroase legate de ejaculare, pacienții descriu una din variantele de mai jos:

- durere la ejaculare și postorgasmică
- senzație de arsură, usturime, durere de-a lungul uretrei
- durere la nivelul planșeului pelvin
- durere persistentă la nivelul testiculelor
- disconfort la ejaculare cu iradiere largă în pelvis și perineu
- durere la nivelul coloanei vertebrale lombare/sacrate

Prevalența acestor dureri este relativ mare, de până la 9% în populația masculină generală, respectiv până la 30% în grupul pacienților cu patologie prostatică.

Cauze:

- prostatite cronice
- hipertrofia benignă de prostată
- infecții tract urinar inferior
- postoperator: prostatectomie radicală – durere postorgasmică, obstrucție duct ejaculator, vasectomie
- medicamentos: antidepresive: Imipramina, Desipramina, Clomipraminam, Fluoxetine, Venlafaxine
- neurologic: neuropatie pudendală, leziuni medulare incomplete.

Opțiunile terapeutice sunt limitate, cu rezultate relative atât în cazul administrării alpha blocantelor (patologie benignă a prostatei), cât și injecțiilor pudendale sau perineală cu anestezice (Bupivacaină) sau antiinflamatoare (corticosteroizi).

8.2.6. Ejacularea reflexă

Apare în caz de afectare medulară traumatică sau infecțioasă/inflamatorie. Ejacularea apare involuntar, de obicei după o minimă expunere la stimuli sexuali, cu alterarea vieții sociale de zi cu zi, atâta vreme cât ejacularea poate apărea oricând.

12.3. Priapism

Cea mai mare urgență în medicina sexualității, cu excepția accidentelor/traumatismelor genitale, este reprezentată de priapism.

Definiție

Erecție sau tumescență peniană, persistentă, mai mult de patru ore, ce nu dispare în intervalul uzual, și nici după ejaculare, prin act sexual, masturbare sau încetarea stimulării sexuale. Poate apărea în circumstanțe sexuale normale, după tratamente proerectile, dar și în absența acestora.

Tipuri

Se descriu două tipuri distincte de patologii, reunite sub același nume, dar care au mecanism etiopatogenic, tablou clinic, circumstanțe de apariție, precum și abord terapeutic complet diferit:

- ◆ Priapismul ischemic = venos, de presiune mică = alterarea efluxului venos (scăzut)
- ◆ Priapism nonischemic = arterial, de presiune înaltă = alterarea infuxului arterial (crescut).

Adevărata urgență medicală este reprezentată de priapismul ischemic, care de cele mai multe ori apare ca accident în cazul abuzului de substanțe proerectile. Deoarece tumescența peniană este dureroasă, acest tip de priapism conduce pacientul mai repede la medic.

Formele recurente de priapism apar fie în situațiile de continuare a abuzului medicamentos, fie în cazul hemoglobinopatiilor. În aceste situații, care nu permit rezolvarea bolii de bază, se utilizează o serie de preparate medicamentoase profilactice: antiandrogeni, modulatori receptori androgeni, analogi GnRH sau antimicotice.

Tabelul XIX. CARACTERISTICILE PRIAPISMULUI ISCHEMIC VERSUS NONISCHEMIC

	P. ischemic	P. nonischemic
tip	Comportamental (frecvent)	Accident
mecanism	Diminuare eflux venos Tumescență peniană	Creșterea influxului arterial Fistulă arteriolacunară
circumstanțe	Administrare proerectile intracavernoase Anticoagulante: heparină (hipercoagulabilitate locală) droguri: cocaină, marihuana malaria, sifilis, rabie Afecțiuni hematologice Talasemie, deficit Prot C, Prot S, policitemie	Traumatism perineal nonpenetrant Traumatism penetrant idiopatic
	Afecțiuni metabolice: Gută, DZ, SN, IRC Neoplazii: Leucemie, MM, metastaze genitale	
Fiziopatologie	Acumulare sânge venos Hipoxie, hipocapnie, acidoză Alterarea țesutului erectil Eliberare radicali liberi	Acumulare sânge arterial Acumulare excesivă oxid nitric fără acumulare de celule
Clinic	Erecție dureroasă Erecție gradul 2-3 Tumescență peniană Tegumente violacee	Erecție nedureroasă Erecție gradul 4 Tegumente albe
Gazometrie sanguină	pO ₂ < 30 mmHg PCO ₂ > 60 mmHg pH < 7,25	pO ₂ > 90 mmHg PCO ₂ < 30 mmHg pH > 7,4
Tratament	Tratamentul bolii de bază Simpaticomimetice intracavernos: fenilefrină Aspirare/irigare corpi cavernoși Chirurgical: șunturi vasculare	Aspirarea sângelui din corpii cavernoși Embolizarea fistulelor
Evoluție	12 ore – prognostic prost 48 ore – necroză, fibroză > 12 ore DE	

12.4. Accidente genitale

Urgențele urologice cu impact în sfera genitală sunt situații care asociază nevoia de intimitate a pacientului, au potențial evolutiv negativ, pot avea implicații legale, atât prin prisma cauzalității, cât și a rezolvării din punct de vedere medical.

12.4.1. Traumatisme peniene

12.4.1.1. Fractura peniană

Reprezintă un traumatism penian, ce apare mai frecvent la nivelul unuia dintre cei doi corpi cavernoși, proximal, lateral, mai rar distal, ce apare în cazul curbării excesive a penisului erect, fie în timpul unor raporturi sexuale extrem de viguroase, prin lovirea penisului erect de osul pubian, fie prin răsucirea în pat în timpul somnului și a unei erecții spontane nocturne, căderea din pat în timpul erecției sau masturbare aparte.

Diagnostic:

- sunet ca de fractură în momentul impactului
- durere acută peniană
- detumescentă peniană imediată, criteriul de diagnostic tipic al fracturii peniene, criteriu de diferențiere față de boala lui Mondor sau ruptura ligamentului suspensor
- edem local
- hematom local, inițial de partea fracturii, ulterior extinderea acestuia până la nivelul întregului scrot, perineului și ariei suprapubiene. În cazul rupturii fasciei lui Buck, eritemul are o formă specială, de fluture. Cuprinde: copul cavernos, tunica albuginee (locul fracturii se poate palpa), uneori fascia lui Buck.
- hematuria presupune asocierea leziunii uretrale
- confirmarea ecografică a leziunii corpului cavernos. Cavernosografia, considerată standardul de aur de diagnostic, este rareori necesară. RMN are acuratețea diagnostică cea mai mare, limitele fiind doar costurile și disponibilitatea restrânsă a metodei.

Tratament: urgență chirurgicală – abord circular, circumcizie, evacuarea imediată a hematomului, sutura defectelor. În cazul rupturii asociate a uretrei, tratament specific.

Complicații:

- Fibroză la locul fracturii, deformare, durere, disfuncție erectilă
- Disfuncție erectilă
- În cazul intervenției tardive potențial ischemie, necroză, suprainfecție cu necesitatea amputării peniene.

În caz de contuzie fără fractură, măsuri standard: aplicarea de gheață local, antiinflamator local și per os, ridicarea membrelor sunt suficiente.

12.4.1.2. Strangulare peniană

Este o situație aparte, ce presupune retenția prelungită a unor sisteme de constricție aplicate predominant la baza, dar și de-a lungul penisului, pe o perioadă mai lungă de 30 de minute. După acest interval, tumescența peniană ce apare inițial prin acumularea sângelui venos se completează cu edem secundar întreruperii influxului sanguin arterial, cu apariția seriată a următoarelor semne clinice: ulcerare, pierderea sensibilității cutanate, fistulă uretrală, ischemie, necroză până la gangrenă.

Ipostaze: context sexual, practici sexuale aparte, încercări „artizanale” de a limita enurezisul la copil, abuz sexual.

Diagnosticul este simplu, presupune inspecția penisului, dar presupune evaluarea leziunilor asociate: integritate tegumente ulcerate, identificare fistule uretrale.

Cea mai mare provocare a tratamentului este înlăturarea constricției, deoarece tumescența peniană în creștere îngreunează, odată cu trecerea timpului, această manevră:

1. montarea unui cateter suprapubian
2. anestezie plex nervos pudendal/sedare/anestezie generală
3. aplicarea locală de gheață
4. constricția prin învelire foarte strânsă a porțiunii edemațiate a penisului
5. înlăturarea obiectului: tăiere
6. la nevoie, incizia și evacuarea edemului penian.

Accidente rare: răni deschise, arsuri, lovituri de la animale, leziuni datorate fermoarelor (mai frecvente la copii), mușcăături – presupun tratamente pur chirurgicale, efectuate de personal pregătit.

12.4.2. Traumatisme testiculare

12.4.2.1. Traumatismele închise

Determină durere, edem local, dar și hematocel, scrot unilateral renitent la palpare. Ruptura testiculară asociază durere acută, reacții vegetative importante: greață, emeză, lipotimie. Evaluarea ecografică se impune și diferențiază contuzia de ruptura testiculară, respectiv prezența hematomului intra- sau extratesticular. Evaluarea Doppler relevă normalitatea/ gradul afectării perfuziei intratesticulare. Evaluarea mai complexă, CT sau RMN, se impune exclusiv în condiții în care traumatismele sunt extinse.

Tratamentul:

- conservator – hematocel mic (până la 3x volumul testicular normal): poziție ridicată a scrotului, rece, antiinflamatoare sistemice;
- chirurgical evacuator, în cazuri de hematocele de dimensiuni foarte mari/ rezistente la tratamentul conservator;

12.4.2.2. Traumatismele deschise

Diferențierea între un traumatism închis și unul deschis este făcută de integritatea versus afectarea tunicii albuginee. Aceasta apare secundar compresiunii testiculare de o suprafață dură: os pubian, mai rara membre inferioare, plan străin dur.

Tablou clinic:

- durere extrem de puternică, cel mai frecvent unilaterală, cu lipotimie chiar sincopă, reacții vagale importante;
- retenție acută de urină;
- clinic - escoriații testiculare, edem, tumescență;
- diagnosticul de certitudine se face doar prin evaluare ecografică – lezarea tunicii albuginee.

Tratamentul de urgență se aplică chiar în lipsa unui diagnostic de certitudine, riscul pierderii testiculare, prin infecție, atrofie, necroză, în caz de neintervenție fiind mult mai mare decât cel al operației în sine. Presupunere evacuarea hematoamelor, îndepărtarea țesutului necrotic, respectiv sutura defectului.

Plăgile penetrante scrotale asociază potențial leziuni multiple: penis, uretră, testicul, vezică urinară, rect, structuri vasculare locale, pudendale, iliace sau femurale.

12.5. Hypoactive Sexual Desire Disorders (HSDD)

Cumulează întreaga patologie legată de alterarea în sensul scăderii dorinței sexuale și libidoului.

Ca toate definițiile DSM V, și aceasta presupune:

- diminuarea sau absența persistentă/recurentă a interesului sexual, fanteziilor și dorinței sexuale;
- determină disconfort personal și/sau relațional
- nu este secundară unor afecțiunii psihiatrice majore.

Este cea mai dificil de identificat și tratat disfuncție sexuală masculină, atâta vreme cât există dorință spontană, dorință responsivă la stimulare sexuală sau după apariția unei stări responsive de excitare. Dorința este subiectivă, exprimată și apreciată de fiecare persoană în parte, în funcție de tipul relațiilor parteneriale, adaptarea psihologică, factori cognitivi, integritatea sistemului biologic, dar și norme socio-culturale-morale și religioase ale grupului în care persoana a crescut și răspuns.

Din acest motiv, HSDD poate fi înăscută sau dobândită, situațională sau generalizată, absolută sau limitată la o anumită parteneră.

12.5.1. Etiologie

Dorința este considerată proiecția psihică a excitării. Conține nevoile primare, instinctuale, motivele personale care sunt modulate de normele culturale, morale și religioase ale grupului. Alterarea uneia sau mai multor componente ale dorinței determină entitatea HSDD. La nivel central, dorința este rezultatul combinării stării de spirit cu procesele cognitive, transformate în modificări neuropsihice, ce determină starea subiectivă de excitare sexuală. Anatomic vorbind, centrii dorinței sunt reprezentați de sistemul dopaminergic: aria medială preoptică, cortex prefrontal și nucleul accumbens.

- factori organici:
 - depresii majore
 - hipoandrogenia
 - hiperprolactinemia
 - hipotiroidia
- factori personali:
 - conflict în cuplu
 - stres și probleme în sfera personală non-sexuală
 - lipsa sprijinului familiei, în afara unui conflict acut

- factori relaționali:
 - vechimea relației, mai ales peste 6-7 ani scade intensitatea sexuală în cuplu
 - sexualitatea partenerei: disfuncția sexuală, menopauza, sarcini repetate, facilitează scăderea libidoului bărbatului în relație
 - afecțiuni cronice ale partenerei
 - adaptare a bărbatului la interesul sexual diminuat al partenerei

- factori culturali
 - atitudini restrictive față de educația sexuală, interesul față de sex, limite, norme
 - preocupări excesive legate de performanță
 - retragere de teama eșecului

- factori iatrogeni
 - antidepresie: SSRI, triciclice, MAOI
 - antipsihotice
 - antiepileptice
 - antiandrogeni
 - clonidină, rezerpină
 - opioide

12.5.2. Diagnostic

Este dificil, deoarece relațiile personale în legătură cu dorința sunt cele mai subiective posibile, comparativ cu descrierea celorlalte tipuri de simptome.

1. anamneză corectă: deficitul de dorință este prima problemă care a apărut, nu altă disfuncție sexuală, care să genereze conduită de eșec, cu scăderea dorinței, ca un mecanism de protecție
2. apreciere nivel: act, fantezie, vis, gânduri
3. chestionare validate: SAD, SIEDY
4. stabilirea tipului: înnăscut/dobândit, universal/legat de o anumită parteneră
5. uz cronic de medicamente/recreaționale
6. în caz de tablou clinic sugestiv: dozări: TT, PRL, TSH.

12.5.3. Tratament

- abord integrat, bio-psiho-social
- eliminarea medicației cu efect potențial de inhibare a sistemului DOPA
- tratamentul afecțiunilor endocrinologice: substitutiv (hipogonadism, hipotiroidism), dopaminergice (hiperprolactinemie)
- psihoterapie – echilibrarea factorilor intrapsihici/relaționali
- sex therapy: sensate focus, exerciții de comunicare, exerciții de fantezii sexuale;
- corecția tuturor celorlalte disfuncții sexuale potențial asociate.
- din păcate, nu există niciun medicament care să crească efectiv motivația, interesul și dorința sexuală, în mod direct.

12.6. Malformații congenitale

O parte din malformațiile congenitale ale aparatului genital extern au implicații în viața sexuală la vârsta adultă, în măsura în care nu sunt corectate la timp sau nu sunt corectabile.

Falusul reprezintă simbolul masculinității. Preocuparea față de aspectul acestuia apare din mica copilărie, cauzând probleme emoționale și de inserție în grup, cu mult înainte de a determina disfuncție sexuală organică, în sine. Malformațiile peniene sunt cel mai frecvent urmate de disfuncții sexuale potențiale, organice sau psihologice.

Tabelul XX. CLASIFICAREA MALFORMAȚIILOR CONGENITALE MASCULINE

Malformații peniene	Agenezie peniană
	Microfalus
	Megalopenie
	Penis ascuns/îngropat
	Torsiune peniană
	Fimoza congenitală
	Megaprepuț
	Curburile peniene congenitale
Malformații scrotale	Agenezie scrotală
	Hipoplazie scrotală
	Scrot bifid
	Hidrocelul
	Herniile congenitale

Malformații testiculare	Anorhia
	Mono/poliorhia
	Micro/macrorhia
	Criptorhidia
Malformații uretrale	Hipospadias

Malformațiile peniene sunt cel mai frecvent urmate de alterări ale funcției sexuale în viața adultă, din punct de vedere funcțional sau emoțional.

12.6.1. Malformațiile peniene

12.6.1.1. Micropenis

Se definește ca un penis normal forat, dar cu o lungime diminuată, mai mică decât media vârstei cu peste 2.5 deviații standard. Lungimea normală a penisului la naștere este de 3,5-4 cm, se evaluează întotdeauna în stare flască, respectiv 1,9 cm. Măsurarea se face întotdeauna în stare flască, de la vârful penisului până la simfiza pubiană, nu până la baza peniană aparentă, ideal pe un suport rigid, de tip linear.

Substrat etiopatogenic: creșterea peniană, ca și a întreg aparatului genital extern, este condiționată de sinteza dihidrotestosteronului, forma activă a testosteronului. Acesta se sintetizează activ în timpul vieții neonatale, începând din săptămână 7-8 de viață, de către celulele Leydig, în prezența unor testicule normofuncționale. În timpul săptămânii 12, diferențierea peniană este definitivă, lungimea continuând să crească ulterior, pe parcursul trimestrului 2 și 3. Diagnosticul corect al micropenisului se face la naștere sau imediat după aceea. Pentru diagnosticul corect, ideal la naștere, se pune la dispoziția o formulă de calcul care ia în considerare și vârsta gestațională la naștere: $2.27 + 0.16 \times \text{vârsta gestațională}$, exprimată în săptămâni.

Cauze: hipogonadism central – hipogonadotrop, periferic – testicular, genetic (sd. Klinefelter, Noonan, Prader Willi) idiopatic, când nu se identifică nicio cauză aparentă, de receptor – deficitul total sau parțial al receptorilor androgenici, respectiv enzimatic, prin deficitul de 5 alpha reductaza, enzima activatoare a testosteronului.

Diagnosticul presupune:

- examen clinic complet: diferențierea de penis ascuns, măsurarea corectă, calculul corect al lungimii peniene corespunzătoare vârstei gestaționale. Diagnosticul tardiv asociază semne de pubertate tardivă
- profil hormonal: LH, FSH, TT, probă de stimulare cu hCG.
- ideal evaluarea genei receptorilor androgenici, în caz de deficit parțial sau total
- investigații imagistice: compartiment testicular – ecografie, central – RMN hipofizar.

Tratament: fereastra de oportunitate terapeutică este mică, de preferat în primul an de viață. Se instituie cât mai precoce tratament cu testosteron, doze mici, de esterii de testosteron, 25-50 mg, administrare lunară, durată 3 luni. Tratamentul are rost doar în faza prepubertară. Alternativa este reprezentată de tratamentul chirurgical, de creștere a lungimii peniene:

- disecția ligamentului suspensor, adaugă până la 2 cm de lungime,
- tehnica lambourilor cutanate, în combinație cu secționarea totală și reimplantarea ligamentului suspensor
- lampou cu pedicul vascular, recoltat de la nivelul antebrațului, cu reconstrucția integrală a penisului
- liposucția abdominală, pentru a crește lungimea aparentă a penisului
- tehnici de creștere a grosimii peniene:
 - injecții subcutanate de grăsime autologă
 - transplant de țesut adipos
 - implant de grefă venoasă

Provocarea medicului legată de aspectul lungimii peniene este dată mai ales de grupul pacienților cu dismorfofobie, care au o problemă legată de aspectul penian, independent de lungimea acestuia.

Există numeroși bărbați cu lungimea penisului în zona centilelor inferioare ale mediei populaționale, nu sunt mulțumiți de lungimea peniană, dar nici nu întrunesc criteriile pentru diagnosticul micropenisului. Evaluăți la vârstă adultă, nu au decât opțiuni chirurgicale, preferențial cele care cresc grosimea aparentă și nu influențează efectiv lungimea. Tehnicile de creștere a lungimii sunt rezervate cazurilor cu micropenis adevărat, cu lungimi mai mici de 2 cm, la vârsta adultă.

Varianta veche de atribuire a sexului feminin la naștere, cu intervenții de reconversie este contestată și nu se mai practică în țările civilizate. Se consideră că impactul biologic, hormonal, emoțional și cognitiv este nepermis de mare, în condițiile în care există alternative terapeutice corespunzătoare și satisfăcătoare.

Corecția la timp a micropenisului permite recuperarea lungimii peniene, cu atingerea zonei inferioare a normei, de circa 7 cm, cu funcționalitate sexuală normală. Impactul psihologic este variabil de la un caz la altul.

12.6.1.2. Agenezia peniană

Agenezia peniană însoțește de multe ori alte malformații ale aparatului genital inferior, criptorhidia, malformații renale, cardiace sau intestinale. Penisul lipsește cu desăvârșire, uretra se deschide la nivel scrotal, în poziție normală sau ectopică, funcția hormonală testiculară este normală. Abordul este variabil, dar marea majoritate a acestor nou-născuți sunt încadrați ca fetițe, la naștere.

12.6.1.3. Penisul ascuns

Penisul îngropat sau ascuns este un penis de aspect și dimensiunii perfect normale, dar care are o lungime aparentă scăzută, datorită bogăției paniculului adipos suprapubian bine reprezentat. Se observă atât la naștere, prin slaba coeziune a tegumentelor la nivelul straturilor fasciale, profunde, dar și în caz de obezitate. Măsurarea corectă a lungimii peniene, până la simfiza pubiană, exclude prezența unui micropenis. Scăderea ponderală rezolvă această problemă.

12.6.1.4. Curburile peniene congenitale

Sunt rezultatul unor anomalii de dezvoltare embrionară a corpurilor cavernoși, cu dezvoltarea asimetrică, dizarmonică a acestora și curbura peniană secundară structurilor fibroase, nonelastice, neretractile. Această asimetrie apare secundar unor anomalii embriologice, hormonale (sinteză, eficiență), în timpul vieții intrauterine. Structura tisulară este normală, dar profund asimetrică.

Descrierea curburilor peniene se face în funcție de structurile afectate:

Tipul I: absența corpului spongios, a fasciei Buck și Dartos, uretra în poziție normală, dar aderentă la corpii spongioși.

Tipul II: fascia Buck și Dartos sunt absente, fiind înlocuite de un strat fibros, care aderă de corpul spongios.

Tipul III: afectează doar fascia Dartos, fascia Buck fiind prezentă, aderentă la piele.

Tipul IV: albuginea corpurilor cavernoși este subdezvoltată și anelastică.

Tipul V: presupune un corp spongios subdezvoltat, cu retracția și scurtarea corespunzătoare a uretrei.

Curbura este frecvent ventrală, moderată sau severă, mult mai frecventă decât ne-am așteptat, respectiv interesează 4-7% din populația masculină, fiind a doua cauză de curbura peniană, după maladia Peyronie.

Marea majoritate a cazurilor sunt diagnosticate la viața adultă, odată cu alterarea funcției sexuale, în urma unei anamneze corect conduse, care evidențiază prezența acestei curburii din copilărie. Principalul diagnostic diferențial este cel al bolii Peyronie. Abordul terapeutic este determinat de severitatea malformației:

- minime: < 15% – nu se corectează
- medii: 15-30% – se corectează în măsura în care determină efecte dismorfometrice, emoționale, dar și sexuale
- moderate: >30% – corecție chirurgicală cu scurtarea părților mai lungi (excizie țesuturi excedentare) sau alungirea, prin tehnica grefelor, a părților scurte.

Tehnicile chirurgicale sunt rezervate clinicilor specializate.

12.6.1.5. Torsiunea peniană

Torsiunea congenitală apare la naștere, prin rotația penisului, în jurul axului propriu, cu oblicizarea și rotirea meatului uretral, a rafeului median, frecvent în sens invers acelor de ceasornic. Malformația este izolată, dar poate însoți unele malformații uretrale. Pacienții sunt asimptomatici, malformația se observă doar la decalotare. La viața adultă poate determina disfuncție sexuală, mai mult psihogenă decât organică. Intervenția chirurgicală se recomandă exclusiv cazurilor cu deviații severe, de peste 180 grade, asociate unor malformații uretrale: hipospadis, coardă uretrală.

12.6.1.6. Fimoza

Definiție: imposibilitatea decalotării din cauza anomaliilor congenitale sau secundar infecțios-inflamatorii ale prepuțului. Forma congenitală este fiziologică la nou-născuți, până la un punct, datorită particularităților epitelului prepuțial. Acesta nu este complet cheratinizat la naștere, fenomenul apărând progresiv, necheratinizarea fiind responsabilă de aderența parțială la straturile subjacente. Prevalență: de până la 85% la naștere, cu scădere progresivă până la 3% la 13 ani.

Frecvent fimoza congenitală dispare treptat, până la vârsta de 3-5 ani, sau poate persista până mai târziu, fără a determina probleme de micțiune. Rarism fimoza se poate complica cu infecții locale, dificultăți de urinare sau parafimoză.

Principalul diagnostic diferențial este reprezentat de fimoza secundară, ce apare datorită unor anomalii prepuțiale.

Tratament: local, unguent cu corticosteroizi, care măresc prepuțul, mai ales la cei cu infecții locale, balanite și balanopostite. Excizia chirurgicală a prepuțului reduce rata complicațiilor infecțioase, se indică în cazul fimozelor strânse. În afara acestor indicații, intervenția este subiect controversat, grevat de influențe religioase, reguli ale grupului. Cu siguranță scade riscul de infecții urinare, în populațiile în care igiena locală nu se practică regulat, scade sensibilitatea senzorială peniană. Datele privind protecția față de bolile cu transmitere sexuală sunt controversate.

Complicațiile intervenției: hemoragia, stenoza de meat uretral, infecții, denudarea tegumentară.

Malformațiile scrotale apar ca urmare a defectelor de fuziune la linia mediană, însoțesc de multe ori anomalii peniene și aparțin entității definite general ca intersexualitate.

12.6.1.7. ipospadas

Definiție: deschiderea anormală a meatului uretral, oriunde între vârful uretrei și perineu.

De-a lungul timpului s-au utilizat diferite sisteme de clasificare, toate utilizând drept criteriu locul de deschidere a uretrei către exterior.

Tabelul XXI. SISTEME DE CLASIFICARE A HIPOSPADIASULUI

Gradul I	Glanular	Glanular	Glanular anterior Subcoronal	Anterior
Gradul II	Penian	Medial	Distal penian Mediotecal	Anterior Mijlociu
Gradul III	Perineal	Penoperineal Perinel Perineal-bulbar	Penoscrotal Medioscrotal perineal	Posterior

Etiopatogenie: multifactorială, insuficient cunoscută și demonstrată. Factor de mediu (poluare – creșterea incidenței în ultimele decade), factori genetici (mutații ale genei HOXA13), insuficiență hormonală (hipogonadism), factori maternali (vârste extreme), determină alterări ale dezvoltării embriologice ale corpului spongios, uretrei sau tegumentelor, cu diferite tipuri de defecte ale deschiderii uretrei la exterior.

Complicații: alterarea imaginii de sine, dismofrofobie, comportament retras, evitant, disfuncție erectilă, disfuncție ejaculatorie, scurtarea peniană, curbarea peniană, hipoestezie glandulară, importante probleme emoționale.

Diagnosticul este unul predominant clinic, cu evaluarea deschiderii uretrale: loc, poziție, aspect penis, curbare peniană în stare erectă, alte anomalii urogenitale asociate: criptorhidie, hernii inghinale. În cazul unui adult, evaluarea trebuie completată cu aspectul hipospadiasului în stare de tumescență peniană, impactul fizic asupra performanței sexuale, respectiv impactul emoțional. Deoarece istoricește hipospadiasului se consideră o potențială formă de manifestare a hipogonadismului, presupune o evaluare extensivă a statusului hormonal, respectiv a evaluării cariotipale.

Evaluările imagistice se impun pentru excluderea unor alte anomalii ale tractului urinar. Uretrografia se impune înainte de efectuarea corecției chirurgicale.

Tratamentul este exclusiv chirurgical, de corecție, și este de preferat a se efectua cât de precoce posibil, pentru a evita complicațiile emoționale pe termen scurt, mediu și lung, dar și pentru a evita disfuncția sexuală, pe termen lung. De obicei, mai ales pentru formele distale de hipospadis, intervențiile sunt multiple și au ca scop: normalizarea poziției deschiderii uretrale, corecția curburii peniene, preservarea lungimii peniene (indicații funcționale), dar și cosmetice legate de aspectul deschiderii meatale, a prepuțului, a transpoziției penoscrotale, sau a defectelor scrotale asociate. Complicațiile sunt relativ rare și constau în fistule uretrale, stenoză de meat, curbură peniană persistentă. Frecvent sunt utilizate tehnicile lambourilor pentru a prelungi uretra și a corecta curbura peniene.

12.6.1.8. Boala Peyronie

Boala Peyronie este o afecțiune mai frecventă decât s-ar crede, afectând între 1- 9% din bărbații de viață adultă, cu prevalență crescătoare cu înaintarea în vârstă. Diabetul zaharat și hipogonadismul cresc probabilitatea prezenței acestei afecțiuni. Etiopatogenia nu este complet cunoscută, la ora actuală considerându-se a fi o maladie genetică, caracterizată prin vindecarea vicioasă a tunicii albuginee, secundară microtraumatismelor peniene. Reacția inflamatorie exagerată determină acumularea de depuneri de colagen și matrice la nivel extracelular, diminuarea producției locale de elastină, dezvoltarea de noduli subcutanați, care cresc treptat în dimensiuni, dar și în duritate, cu diminuarea mobilității peniene, deformarea peniană și implicit scurtarea peniană.

Diagnostic:

- antecedente familiale: prezența bolii Peyronie în familie dublează riscul afecțiunii
- antecedente personale:
 - ❖ afecțiuni favorizante:
 - diabetul zaharat
 - dislipidemia
 - hipogonadismul
 - hipertensiunea arterială
 - boli de țesut conjunctiv, maladia Dupuytren
 - ❖ vechimea plăcilor
 - ❖ simptomatologie dureroasă: spontan/erecție în circa o cincime din pacienți
 - ❖ gradul deformării peniene, prezente la circa 50% din cazuri
 - ❖ funcția sexuală: calitatea erecției diminuată la 75% din cazuri
 - ❖ evoluția simptomelor: stabile/agravare

Examen fizic: evaluarea plăcilor: predominant fața dorsală (circa 78%), ventrală (10%), laterală (10%), foarte rar la nivel septal. Poziția este frecvent proximală (1/3), medie (1/3), mixtă (2 locații 20%), și cel mai rar distală, în 10% din cazuri. Presupune aprecierea lungimii peniene, evaluate întotdeauna în stare flască. Clinic dimensiunile plăcilor nu reprezintă un criteriu obiectiv, sensibil, de urmărire a evoluției afecțiunii. Evaluarea curburii peniene este decisivă în alegerea strategiei terapeutice.

Evaluările de laborator sunt utilizate exclusiv pentru echilibrarea afecțiunilor facilitate, cum ar fi hiponadismul sau diabetul zaharat.

Imagistic:

- ecografic – evaluarea plăcilor fibro-osoase: număr, dimensiuni, calcificări. Limita metodei: nu evaluează plăcile în stare inițială de formare, când nu sunt suficient de dense.
- Ecografie Doppler: evaluează fluxul arterial penian – coafectare posibilă în stadiile avansate de boală
- Radiografia - identifică plăcile osificate
- Evaluarea prin rezonanță magnetică nucleară evidențiază toate tipurile de plăci de la nivelul tunicii albuginee, dar costurile acestei metode limitează utilizarea de rutină a acestei metode.

Erecția indusă medicamentos: se impune, fiind metoda cea mai acurată de determinare a gradului de deformare peniană, respectiv aprecierea curburii ca fiind laterală (>50%), dorsală (40%) sau mult mai rar, ventrală (<5%).

Tratament:

Tratamentul nonchirurgical utilizează preparate antiinflamatorii, prohormonale sau antifibrotice, în încercarea de a limita reacția exagerată inflamatorie-conjunctivă de la nivel penian:

- Vitamina E: efect antioxidant și imunomodulator, fără beneficiu clar
- Colchicină: efect antiinflamator, antifibrotic și anticlagen, administrată singură, sau asociată vitaminei E, poate stabiliza plăcile dar nu determină involuția lor
- Aminobenzoat de sodiu, POTABA, determină stabilizarea plăcilor datorită efectului antioxidant, antifibrotic direct.
- Tamoxifenul, dorit pentru efectul antifibroblastic, nu s-a dovedit a avea niciun beneficiu clar.
- Arginina, cu important efect antifibrotic, de facilitare a oxigenării și vasodilatației locale, oxid nitric dependentă, poate diminua plăcile fibrotice, atâta vreme cât sunt în stadii incipiente de dezvoltare.

- Pentoxifilinul, puternic vasodilatator periferic, antifibrotic, antifibroblastic și fibrinolitic, poate fi utilizată, în doze mari, la tratamentul stadiilor incipiente de boală.
- Inhibitorii de fosfodiesterază 5 pot determina remisiunea plăcilor noncalcificate, datorită efectului antifibroblastic și anticlagen exercitat de creșterea sintezei de AMPc.

Tratamentul local este preferat de mulți pacienți și presupune intervenție locală minim invazivă:

- administrare de corticosteroizi - fără beneficiu;
- soluții cu enzime colagenaze determină degradarea țesutului fibros interstițial, eficiente în plăcile necalcificate.
- soluțiile cu blocați ai canalelor de calciu facilitează modificarea răspunsului fibrotic, inflamator și poate opri progresiunea bolii.
- interferonul poate avea beneficii, dar este încă în curs de evaluare;
- Iloprost, un analog de prostaciclina, determină fibronoliză directă, cu regresia semnificativă a plăcilor, dar este un tratament încă în stadiul de cercetare.

Tratament mecanic:

- iontoforeza – cu corticosteroizi sau Verapamil, ameliorează într-o proporție importantă de cazuri atât deviația, cât și simptomele dureroase sau sexuale.
- ESWL – reduc semnificativ, la mai mult de 75% din situații, durerea, dar și curbura peniană.
- Dispozitivele de tracțiune peniană – pot determina o creștere a lungimii peniene cu până la 1.5-2 cm, dar efectul depinde de durata, consecvența și periodicitatea uzului acestei terapii.
- Radioterapia: a fost folosită pe vremuri, fără efecte dovedite asupra deformării peniene, cu discretă ameliorare a durerii, dar cu risc crescut de accentuare a complicațiilor tardive locale

Tratamentul chirurgical – rămâne soluția de selecție în astfel de cazuri.

Indicații:

- boala stabilă, minim de 6 luni
- funcție sexuală alterată
- calcificări importante
- lipsă de răspuns la tratamentul conservator

Limite:

- corecția parțială a curburii
- scăderea lungimii peniene: cu câte 1 cm la fiecare 10 grade de angulare peniană
- alterarea sensibilității peniene postoperatorii
- potențază disfuncție erectilă organică, prin alterarea compartimentului cavernos.

Procedurile chirurgicale utilizate sunt extrem de multiple: tehnica plicaturării, tehnica inciziilor longitudinale suturate transversal, tehnica exciziilor parțiale cu utilizare de grefe, implantarea de proteze peniene, care să permită remodelarea țesuturilor.

În ciuda limitelor tehnicilor chirurgicale, acest abord rămâne singurul tratament a cărui eficacitate este indubitabilă, cu corecția deformărilor și îndepărtarea plăcilor. Se adresează cazurilor severe, cu refacerea parțială a aspectului și funcționalității peniene normale.

XIII. PARAFILIILE

Dana Stoian

Parafiliile sunt o categorie aparte de disfuncții sexuale. Sunt cel mai puțin uzuale, atunci când ne gândim la disfuncții sexuale sau la sexualitate, dar sunt fața negativă a disfuncțiilor sexuale. Prin aparenta lor raritate, trebuie cunoscute prin potențialul pericol pentru individ, partener, familie și mai ales comunitate.

Termenul este folosit pentru a defini comportamente care nu aparțin normativelor sexualității, la nivel de fantezii sexuale, comportamente sau acte. Dar atenție: anumite jocuri sexuale, consimțite de adulți într-o relație, pot avea anumite tente similare – jocuri de rol, nuvelă, aspecte superficiale sau voit triviale pot fi forme de fetișism fără a fi parafilii. De asemenea, folosirea unor jucării sexuale, chiar dacă sunt obiecte, așa cum vom regăsi în definiția parafiliei, nu sunt necesar și parafilii.

Chiar dacă, medical, normalitatea este greu de definit și mai ales dificil de încadrat ca normă, individual, dacă doriți, intuitiv, este ușor să identifici ca anormal o persoană care se excită la vederea unui animal, indiferent cât de drăgălaș ar fi acesta, iar un cuplu a cărui sexualitate se rezumă la acte coitale în întunericul dormitorului, ca fiind „prea normal”.

Parafilia (din grecescul para παρά = pe lângă și philia φιλία = iubire) este un termen biomedical utilizat pentru a descrie excitarea sexuală ce apare în prezența unor obiecte sau situații care nu corespund normelor sexuale și determină probleme serioase pentru parafilic sau pentru persoanele asociate lui. Starea „anormală” determină stare de depresie, nervozitate, chiar vină, care sunt atât de puternice încât interferă cu capacitatea persoanei de a funcționa social și ocupațional.

Ca medici, trebuie să avem în vedere evitarea utilizării cuvintelor patologic, deviant, anormal, bolnav sau criminal, chiar dacă, în multe situații, aceste etichete sunt potrivite pentru un parafilic.

Termeni similari = dissexualitate, dissocialitate, delincvență sexuală, deviație sexuală, perversiune sexuală.

Dissexualitate = mai degrabă disfuncție sexuală, mediocritate în relația cu partenerul

Asocialitate = nerespectarea convențiilor sociale ale grupului, fără conotații sexuale.

Delincvență sexuală = cuprinde strict aspectele nelegale legate de sexualitate.

Deviație sexuală = practici sexuale reprobabile, care însă pot fi cu acordul partenerului.

Perversiune = managementului unui conflict prin sexualizare ca mecanism de apărare/defulare.

Parafilia = terminologie după criteriile de diagnostic DSM IV.

13.1. Definiție DSM

A. Pe o perioadă de minim 6 luni, apariția recurentă/ frecventă a unor fantezii sexuale, nevoi sexuale imperioase sau comportament, care presupun:

- 1) obiecte non-umane sau
- 2) suferința ori umilirea expresă a sinelui sau a partenerului, sau
- 3) copii sau persoane care nu au consimțit la activitatea angajată de parafilic.

B. Aceste nevoi sau fantezii sexuale determină alterarea importantă a stării de bine psihice sau modificarea funcționalității socioprofesionale a persoanei în cauză.

Se descriu mai multe tipuri de parafilii, care se deosebesc între ele prin obiectul atracției sexuale, inerent prin gravitate, aceasta fiind dată de gradul de interacțiune și agresivitate față de un partener.

Între parafilii, DSM mai menționează:

- | | |
|--|--|
| • Scatologia telefonică | telefoane obscene |
| • Necrofilia | atracție, fantezii, sex cu cadavre |
| • Parțialismul | atracție față de anumite segmente ale corpului |
| • Zoofilie | atracție, activitate sexuală cu animale |
| • Formicofilie | animale mici |
| • Olfactofilie | atracție față de anumite mirosuri |
| • Mysofilie | excitare în condiții de murdărie |
| • Coprofilie | interes și acte sexuale cu animale |
| • Clismafilie | excitare vizavi de balonare și eneme |
| • Urofilie | excitare sexuală în contact cu urina |
| • Emetofilie (Vomerofilie) | excitare sexuală față de emeză |
| • Somnofilie | partener care doarme și nu consimte actul sexual |
| • Salirofilie | nevoia de a rupe hainele partenerului |
| • Stigmatofilie | parteneri tatuați sau cu piercing |
| • Scoptofilie | observare acte sexuale coitale |
| • Cazuri rare: interes față de mașini, același tip de mașină, ciorapi, strănuc, țevi de eșapament. | |

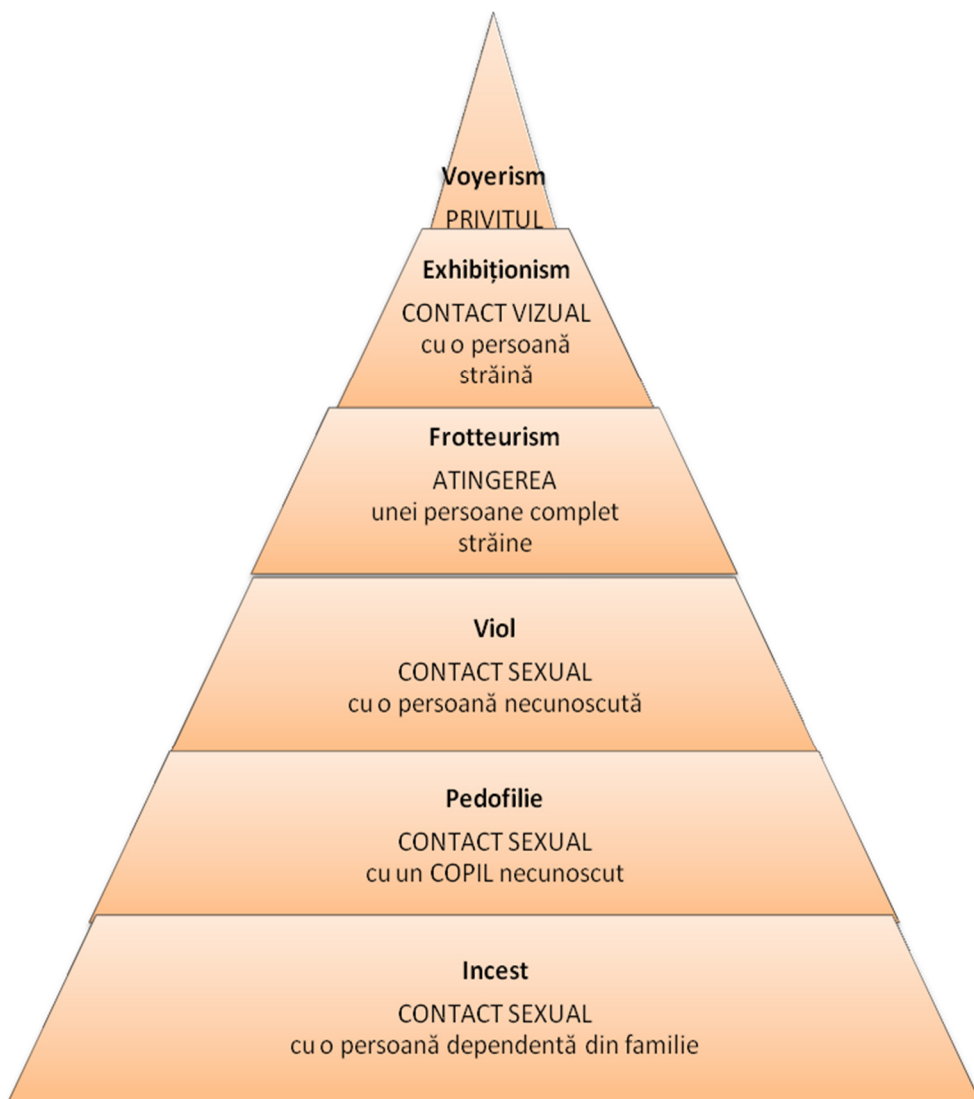


Fig. 17. Piramida intensității/severității parafiliilor

13.2. Voyerismul (DSM-IV: 302.82, ICD 10: F65.3)

Definiție

A. Pe o perioadă de 6 luni, apariție recurentă a fanteziilor, nevoilor și comportamentelor sexuale, care presupun observarea de la distanță a unor subiecți necunoscuți, care se dezbracă, sunt goale sau sunt angajate singure sau în cuplu într-un proces de activitate sexuală.

B. Persoana a acționat conform acestor nevoi, iar aceste porniri sexuale sau fantezii îi determină disconfort personal sau dificultăți interpersonale.

Caracteristici

- Voyeristul obține gratificație sexuală spionând necunoscuți sau privind pe furiș la cupluri angajate în diverse ipostaze cu caracter sexual. A nu se confunda cu plăcerea de a privi persoane la un spectacol de striptease, în cluburi pentru adulți;
- Esențial este că voyeristul preferă această activitate celei sexuale normale, mai mult, satisfacția sexuală obținută prin privit este mai mare decât în timpul unui act sexual coital;
- Tipic: nu ating victimele, nu doresc să fie văzuți de acestea;
- Atractiv: noutatea persoanelor cu schimbarea permanentă a punctelor de observație, cu nevoia de timp din ce în ce mai lung pentru găsirea de subiecți noi;
- Își obțin satisfacția sexuală masturbându-se în timp ce privesc sau fantazând la imaginile văzute, acasă;
- Apare mai frecvent la bărbați;
- Frecvent autolimită, până la vârsta de circa 55-60 de ani;
- Frecvent sunt bărbați singuri, care nu sunt angrenați în relații intime, de vreme ce își obțin relativ ușor gratificația sexuală.

Mecanism posibil

- recapitularea din copilărie (odipiană) a unor scene surprinse dintre părinți, la care copilul a fost martor nevăzut;
- compromis între obținerea gratificației sexuale și teama de a fi prins de „șefa cea rea” respectiv mama (perioadă preodipiană).

13.3. Exhițiționismul (DSM IV 320.4 ICD 10)

Definiție

A. Pe o perioadă de 6 luni, apariția recurentă a fanteziilor, nevoilor sexuale majore sau a excitației sexuale și comportamentului sexual legate de expunerea corpului gol și mai ales a organelor genitale sau sâni, la necunoscuți.

B. Fanteziile, pornirile sexuale și/sau comportamentul social determină alterarea vieții persoanei în cauză prin neplăcere, nemulțumire, alterarea rolului social, ocupațional sau alte arii importante din funcționarea zilnică a persoanei în cauză.

Manifestări

- Exhițiționistul își expune părți din corp, având ca target final gratificație sexuală;
- Demonstrația falică (expunerea penisului în locuri publice, pe stradă, în parc) este dorința celui în cauză de a-și demonstra masculinitatea;
- El așteaptă reacție de spaimă, sperietură sau teamă din partea privitorilor, este însă descumpănit de o reacție de milă sau de condescendență;
- Orgasmul se obține prin masturbare, în 50% din situații la locul faptei, dar și acasă, prin evocarea întâmplărilor trăite atunci;

- Exemple tipice:
 - Provin din familii organizate și integrate social;
 - Copil bine integrat, eventual mai retras;
 - Dezvoltare socială generală bună, dar apare discrepanța comparativ cu perspectivele asupra sexualității;
 - Viață sexuală redusă;
 - Comportament deviant începând cu decada a treia de viață;
 - Repetarea obsesivă a comportamentului, care ajunge să înlocuiască viața sexuală normală;
 - Fără terapie, multiple recăderi până în decada a cincea de viață;

- Exemple atipice
 - Mediu social precar;
 - Neintegrat social de mic, frecvent printr-o diformitate;
 - Frecvent cu anomalii psihice, de sorginte alcoolică sau traumatică;
 - Asocial.

- Acest comportament înlocuiește satisfacția sexuală din cuplu. În cuplu acest bărbat funcționează extrem de prost, nu poate integra deloc relația cu o persoană cunoscută nevoilor lui de gratificație sexuală.

13.4. Fetișismul (DSM IV 302.81, ICD 10: F65.0)

Definiție

A. Pe o perioadă de 6 luni, prezența recurentă a fanteziilor și nevoilor sexuale majore, excitarea sau comportamente active legate de folosire de obiecte neanimate.

B. Fanteziile, pornirile sexuale și/sau comportamentul social determină alterarea vieții persoanei în cauză prin neplăcere, nemulțumire, alterarea rolului social, ocupațional sau alte arii importante din funcționarea zilnică a persoanei în cauză.

C. Obiectele fetișului nu sunt limitate la articole feminine (lenjerie intimă), nici la obiceiul de a se îmbrăca conform sexului opus (fetișism transvestic) sau aparate pentru stimularea sexuală (vibrator) ce pot fi obiecte cu caracter non-sexual.

Caracteristici

- Obține plăcere sexuală mare prin fantezii sau masturbare în contact cu obiectul fetișului;
- Acesta este preferat deoarece este sigur, tăcut, cooperant, liniștit și poate fi distrus și înlocuit fără niciun fel de problemă sau neplăcere;
- Uneori fetișistul nu poate avea orgasm decât în prezența obiectului respectiv;
- Obiecte: 60% lenjerie intimă, dar și ciorapi, scutece, jachete, pantofi cu tocuri, boxeri de bărbați. Uneori, obiectul poate exista în relația cu partenerul: mătase cu care anumite părți ale corpului trebuie atinse, ciorapi de un anumit fel, pe care partenera îi poate purta;
- Începe în adolescență și are o evoluție cronică;
- Există forme avansate, în care persoana evită contactul sexual cu femei adulte.

Explicație

- teama de castrare = teama de a-ți pierde penisul, la fel ca și mama, care nu are penis pentru că a fost "pedepsită" pentru că a făcut ceva rău și atunci el nu vrea să se angajeze în relații sexuale, care ar putea avea ca finalitate același lucru;
- mai simplu, fetișul are simpla funcție de mediere emoțională, și a apărut la un moment de vulnerabilitate mare, și a rămas și după rezolvarea problemei respective, tot ca obiect de recompensă și liniștire.

13.5. Fetișismul transvestic

Definiție

A. Pe o perioadă de 6 luni, la un bărbat heterosexual, apariția recurentă a fanteziilor sexuale intense, pornirilor sexuale sau comportamente care presupun cross-dressing-ul (îmbrăcarea completă în haine de femeie).

B. Fanteziile, nevoile și comportamentul determină disconfort clinic sau alterarea vieții sociale, ocupaționale sau a altor activități importante.

Poate fi asociată și cu disforia de gen = persoana este în disconfort persistent cu rolul sau identitatea de gen.

Caracteristici

- Apare în adolescență sau chiar în copilărie;
- Din istoricul cazurilor, frecvent pacienții au fost pedepsiți în copilărie pentru că s-au îmbrăcat în hainele mamei;
- Purtarea hainelor celuilalt sex este rezervată doar sferei private;
- Uneori, ca adulți, bărbații pot purta lenjerie feminină zi de zi;
- Frecvent gratificarea sexuală și orgasmul apar prin masturbare, îmbrăcat în acele haine;
- Frecvent însă purtarea acestor haine este asociată cu momentele de anxietate și depresie, iar ele au mecanism de liniștire și recompensare;
- În marea majoritate a cazurilor, cea mai mare problemă o reprezintă momentul în care soțiile descoperă această parafilie și relația, în cele mai multe situații, se degradează;
- De multe ori, acești bărbați refuză deseori, pe diverse motive, contactul sexual cu partenera, pentru că ei nu sunt satisfăcuți deloc sau aproape deloc cu relația cu sexuală cu partenera, preferând felația sau masturbarea manuală.

13.6. Frotteurismul (DSM IV 302.89 ICD 10)

Definiție

A. Pe o perioadă de minim 6 luni, persoana prezintă recurent fantezii sexuale intense, excitare sexuală, porniri sexuale sau comportamente care presupun atingerea, frecarea de o persoană necunoscută, care NU și-a dat acordul pentru acest lucru;

B. Persoana a acționat conform acestor nevoi, iar comportamentul și fanteziile sexuale îi creează disconfort personal și greutăți interpersonale.

Manifestări

- Sunt întâlniți în marile aglomerații din traficul cu mijloace în comun;
- Își freacă genitalele sau coapsa de corpul unei persoane străine, care este deranjată de această atingere;
- Apare în adolescență, dar scade ca intensitate pe la vârsta de 25 de ani;
- Persoanei îi este teamă de consecințele legale, cu toate că pedepsele pentru frotteurism sunt nesemnificative;
- Satisfacția sexuală poate avea loc pe loc sau ulterior, prin autogratificare, ca urmare a retrăirii senzațiilor din timpul „atacurilor”.

13.7. Masochismul sexual (DSM IV 302.83, ICD 10 – F 65.5)

Definiție

A. Pe o perioadă de 6 luni, apariția recurentă a excitației sexuale și fanteziilor sexuale, nevoi sau porniri de necontrolat, trecerea la act (real, NU simulat) legat de nevoia de a fi umilit, bătut, legat sau făcut să sufere în mod fizic;

B. Fanteziile, nevoile sexuale sau comportamentul determină suferință personală sau disconfort social, ocupațional cu incapacitatea exercitării funcției sociale a persoanei în cauză.

Manifestări

- Predominant la femei: 20:1 (F:M), fiind cea mai frecventă formă de deviație sexuală la femei
- La bărbați: se leagă singuri, se înțepă cu ace, își aplică șocuri electrice în sfera genitală;
- Își înscenează diverse situații în care trebuie pedepsiți, se târăsc ca niște câini, în patru labe;
- Frecvent există obiecte ale pedepsei;
- Femeile aleg varianta mai blândă;
- Varianta dură: încercarea de a se sugruma, deoarece hipoxia determină o excitare sexuală cu un climax extrem de puternic. Uneori aceste încercări se soldează cu deces (1-2/milion locuitori).

Explicații

- masochistul se transpune în realitatea sau fantezia lui, care reprezintă modul persoanei în cauză de a defini feminitatea (feminitate = nevoie de a fi pus la punct, supusă sau înfrânt).
- își închipuie de asemenea că partenerul, care îl chinuie sau îl umilesc, îi va iubi în final, pentru că rezistă la toate tratamentele proaste care este supus;
- masochismul este de fapt percepția deformată asupra dezvoltării psihosexuale feminine.

13.8. Sadismul sexual (DSM IV 302.84 ICD 10 F65.5)

Definiție

A. Pe o perioadă de 6 luni, apariția de fantezii și excitații sexuale recurente, nevoie sau comportamente sexual legate de acte (reale și nu simulate) de inducere a suferinței psihice sau fizice (inclusiv umilire) a victimei, fapte care determină excitație sexuală a persoanei în cauză.

B. Persoana care acționează conform acestor nevoi și se angajează în aceste acte cauzează dificultăți personale sau relaționale.

Manifestări

- Manifestările apar în primii ani ai vieții adulte, chiar dacă fanteziile se descriu din etapa copilăriei;
- Spectrul este extrem de variabil:
 - Centrul: nevoia de control asupra victimei (real, fantezie sau act simulat);
 - Apare tipic în bordeluri, unde sunt camere special amenajate, și se mimează diverse scene de agresiune, dar există o limită până la care sadicul își poate duce manifestările;
 - În viața reală: poate îmbrăca aproape orice formă de agresiune, cheia fiind EXCITAREA SEXUALĂ pe care o determină la agresor;

Substrat psihologic

- formare deficitară a personalității, cu lipsa afecțiunii din partea apropiaților în mica copilărie, care deschide o “rană narcisică” care determină nevoia de agresiune și de teamă, ce trebuie să sădită celor din jur;
- furia, dezamăgirea și teama hrănesc mai târziu nevoia de sadism, în sufletul adolescentului, care trebuie cu forța să obțină și să mențină dragostea și atenția mamei.

13.9. Pedofilia (DSM IV 302.2)

Definiție

A. Pe o perioadă de 6 luni, apariția recurentă și intensă de fantezii, nevoie sau porniri sexuale, comportament și trecere la act, care implică activități sexuale cu copii prepubertari (frecvent sub 13 ani).

B. Persoana care acționează în această direcție are dificultăți personale, interpersonale sau relaționale importante;

C. Persoana are cel puțin 16 ani și este cu minim 5 ani mai mare decât copilul sau copii victime.

Notă: în această definiție nu intră persoanele mai mari de 16 ani, care sunt într-o relație sexuală cosensuală cu un partener de 12 sau 13 ani.

Se specifică

- atracție sexuală față de fete/băieți/ambii
 - strict limitată la incest
- exclusivă (atras doar de copii) sau nonexclusivă (relații cu adulți, dar preferință evidentă pentru fenotipul prepubertar).

În Comunitatea Europeană, vârsta de definiție a copilului victimă este variabilă, în Germania doar de 14 ani, în Marea Britanie de 16 ani, în România este de doar 15 ani.

Manifestări

În general, autorii cunosc extrem de bine legislația și cel mai des caută copii sau adolescenți cu caracteristici prepubertare, care însă au vârsta mai mare decât cea din definiția pedofiliei, pentru ca în caz de apariție a poliției, cazul să nu fie sub jurisdicția penalului;

Molestatorul

- este complet străin în doar circa 10% din cazuri, care îl atrage pe copil la școală sau în parc cu dulciuri sau jucării;
- în circa 15% din situații este un cunoscut al familiei,
- sunt persoane care au în general familii, sunt în relații heterosexuale în care funcționează mai mult sau mai puțin bine;
- Mulți autori par băuți sau reclamă acest lucru, dar mai degrabă este o formă de apărare: prin consumul de alcool el se consideră pe sine o altă persoană, care se delimitează de cel "curat" din viața socio-familială de zi cu zi;
- Agresorii sunt interesați de diferite forme de contact cu tinerii, mascate de interese socio-profesionale asupra lumii lor;
- Frecvent, pedofilii au anumite meserii: profesor cu trup și suflet, asistent social, dirijor de cor de copii, antrenor de sport, profesor de religie în școli;
- Manifestări care nu sunt dure: în timpul jocului cu un copil caut atingeri aparent întâmplătoare cu copilul, frecvent așa cum și-a dorit să fie iubit și tratat ca și copil;
- Atingeri ale organelor genitale, mângâieri, stimulare orală a genitalelor copilului;

- În 50% din cazuri apare și contact sexual, frecvent asociat cu violență, din cauza nesupunerii victimei. La copii foarte mici, semnele de violență sunt rare, din cauza discernământului redus al acestora și incapacității efective de apărare.
- Se descriu mai multe tipuri de pedofili:
 - **pedofilul cu personalitate imatură**
 - persoană care nu a putut dezvolta abilități interpersonale de calitate;
 - este atras de copii pentru că îi domină și realizează relații mai ușor cu ei decât cu adulții;
 - victimele sunt de obicei cunoștințe sau copii din familie;
 - mecanism: congruență emoțională.
 - **pedofilul cu regresie**
 - este într-o relație heterosexuală;
 - la un moment dat se simte inadecvat în relație, devine alcoolic;
 - are acte sexuale cu copii străini, dintr-un impuls de moment, necontrolat;
 - mecanism: dezinhibiție cu retard mintal, alcool, drog recreațional, contro prost al impulsurilor de moment.
 - **pedofilul agresiv**
 - istoric de comportamente antisociale, frecvent a fost victimă în copilărie;
 - devine agresor pentru alții, la rândul lui;
 - mecanism: dezinhibiție, frecvent este modul de a-și învinge propria traumă prin transformarea din victimă în agresor, din subjugat și abuzat, în deținător al controlului.
 - **pedofilul adevărat**
 - este atras sexual de aspectul nonmaturat sexual al corpurilor copiilor;
 - relații rare și de scurtă durată cu parteneri adulți, de sex opus;
 - de multe ori afișează un interes “pedagogic” asupra universului copiilor;
 - frecvent copii cunoscuți;
 - mecanism: frecvent pedofilii sunt persoane cu experiențe sexuale extrem de precoce, care au rămas cu aceeași atracție ca în mica adolescență.

13.10. Incestul

Cuprinde relațiile sexuale între membrii unei familii, între părinți și copii, între frați, dar – după unii – și în familia lărgită.

Mituri despre incest: apare doar în familii sărace/ sunt comise de tați cu disfuncții sexuale (marea majoritate nu sunt nici cu supra-sexualitate, nici cu componentă pedofilă)/ de obicei copiii inventează un presupus incest (marea majoritate a incesturilor raportate sunt adevărate).

Profilul agresorilor este extrem de variabil:

- Agresorul circumstanțial:
 - familie heterosexuală, de condiție socială bună
 - frecvent „familie endogamă”
 - fără semne de violență, abuz care durează ani de zile
 - fata natural sau vitregă este în general la pubertate, dar deseori vârsta este mult mai mică de 5-6 ani.
- Agresor din promiscuitate:
 - persoană bine integrată profesional
 - familie deschisă, cu multe relații de tip concubinaj, promiscuitate
 - imagine foarte proastă despre femei în general (obiect de uz).
- Agresor cu motivații pedofile:
 - interes primar sexual pentru scheme corporale nematurate
 - victima este copil (mica sau marea copilărie)
 - are asociată pedofilie ca deviație secundară.

De cele mai multe ori, copilul este făcut să creadă că fericirea mamei și a tatălui, iubirea și atașamentul părinților, liniștea familiei este condiționată de acceptarea și de tăcerea asupra faptei abuzate. Acest lucru determină sentimente extrem de controversate copilului în cauză. Predomină abuzul taților față de fiicele lor. De multe ori, tații în cauză oferă cadouri, bani sau privilegii copilului abuzat, sau copilul poate avea senzații de plăcere în timpul actului sexual, aspecte care contribuie la sporirea sentimentului de complicitate vinovăție și ambiguitate al victimei.

Dacă victima este fată, atunci foarte probabil este copil unic, iar dacă este băiat, atunci probabil are frați sau verișori care au fost abuzați de același tată, este mai tânăr decât victimele fete (incestul în cazurile cu băieți apare mai repede), de cele mai multe ori, tații care își abuzează fiii fiind la rândul lor abuzați din copilărie.

Urmări în viața adultă a victimei:

- efecte dezastruoase psihologice, pe termen mediu și lung
- victimele rămân fixate în trecut, trăiesc sentimente intense de vină, auto-incriminare, rușine, prețuire de sine mult redusă, anxietate excesivă, probleme în a forma o relație profundă și de durată cu un partener;
- dificultăți în viața sexuală: frecvență mare de disfuncții sexuale: cel mai frecvent de libido și dorință, dar și probleme cu orgasmul sau aversiune sexuală;
- dezvoltă cu o probabilitate mai mare diferite forme de dependență.
- de multe ori devin agresor la rândul lor

Recuperarea - etape

I: să înțeleagă că nu este vina lor

II: să depășească rușinea

III: să rezolve durerea și furia?

IV: să învețe cum să se schimbe?

V: rezoluție și evoluția.

Prognosticul

- Tatăl incestuos, fără tendințe pedofile, a cărui relație cu fiica apare într-un context aparte intrafamilială, nu recidivează, fiind interesat exclusiv de relația cu persoana respectivă.
- Incestuosul cu tendințe pedofile recidivează, incestul fiind cel mai facil mod de a-și satisface nevoile sexual deviante.

În România, incestul cuprinde acte sexuale între frați și surori sau între părinți și copii, se pedepsește cu închisoare de la 2 la 7 ani.

13.11. Violul și agresiunea sexuală

Cuprinde toate delictele sexuale care presupun folosirea violenței sau a amenințărilor cu violența, care se finalizează cu un act sexual coital, genital sau oral, care nu a fost consimțit.

Conform codului penal român, următoarea definiție este valabilă:

Art. 217. - (1) Actul sexual, de orice natură, cu o persoană de sex diferit sau de același sex, prin constrângerea acesteia sau profitând de imposibilitatea ei de a se apăra ori de a-și exprima voința, se pedepsește cu închisoare strictă de la 3 la 10 ani și interzicerea unor drepturi.

(2) Pedepsa este detențiunea severă de la 15 la 20 de ani și interzicerea unor drepturi dacă:

- a) fapta a fost săvârșită de două sau mai multe persoane împreună;
- b) victima se afla în îngrijirea, ocrotirea, educarea, paza sau tratamentul făptuitorului;
- c) victima este un membru de familie;
- d) victima era un minor care nu împlinise vârsta de 15 ani;
- e) s-a cauzat victimei o vătămare gravă a integrității corporale sau a sănătății.

(3) Dacă fapta a avut ca urmare moartea sau sinuciderea victimei, pedepsa este detențiunea severă de la 15 la 25 de ani și interzicerea unor drepturi.

(4) Acțiunea penală pentru fapta prevăzută în alin. (1) se pune în mișcare la plângerea prealabilă a persoanei vătămate.

Profilul agresorului:

- Tânăr neexperimentat: background familial intact/ apar tendințe din perioada pubertății/ experiențe sexuale greoaie în adolescență/ frecvent un tânăr timid.
- Agresor asocial: marginalizat social foarte devreme/ nivel de pregătire minimal/ foarte puține relații intime/ disfuncția sexuală este parte a disfuncției sociale, asociate cu alte tipuri de delict, non-sexuale.
- Agresor simbolic: foarte bine integrat social/ fără nimic deosebit în copilărie și adolescență/ foarte narcisic în relațiile lui sexuale și partenoriale/ foarte multă dușmănie față de partenera anterioară, manifestată verbal și nu numai. Violul este un act de agresiune față de FEMEIE (ca și entitate și concept), fiind de cele mai multe ori forma de pedeapsă a partenerii anterioare, indiferent de identitatea victimei actuale.

- Agresor cu intelectul limitat: hipofren, oligofren sau debil mental/competență psihosocială limitată.
- Agresor sadic: frecvent cu probleme majore în familie, uneori cu intervenții psihiatrice în copilăria sau adolescența acestuia, frecvent acțiuni în serie, a căror grad de agresivitate crește de un act la altul.

Prognostic

- Agresorul asocial are cele mai mari șanse de a recidiva, fiind greu posibil de a-și schimba tipul de relație de cuplu. 75% recidivează în următorii ani diverse tipuri de agresiune sexuală;
- Agresorul tânăr are cele mai bune șanse de recuperare.

Celelalte parafilii sunt încadrate de Codul Penal Român ca perversiuni sexuale, fără să fie detaliate fiecare în parte, cu pedepsele aferente fiecărui tip de infracțiune. În general, sunt încadrate de către articolul 200 la pedepse cu închisoarea de la unu la 5 ani (acte cu scandal săvârșite în public), 3 la 10 ani (acte cu o persoană care nu a îndeplinit vârsta de 18 ani), respectiv dacă actele au fost săvârșite de tutore sau curatorul copilului, pedeapsa crescând la 12 ani dacă pentru aceste acte au fost oferite recompense materiale. Aceleași pedepse se aplică și în cazul actelor săvârșite cu adulți, dar care s-au aflat în imposibilitatea de a se apăra, cu persoane imobilizate sau aflate în alte stări de incapacitate.

13.12. Tratament

Este unul complex, a cărui oportunitate și moment este dependent de dispozițiile Codului Penal al fiecărei țări în parte. Se poate efectua doar de către personal extrem de bine pregătit. Noi toți ceilalți trebuie să știm să ridicăm suspiciunea unei deviații sexuale, respectiv să nu facilităm delictul comis de potențialii agresori.

- dacă delictul apare în timpul adolescenței, psihoterapia și psihopedagogia sunt binevenite. Adolescentul trebuie să fie învățat despre sexualitate/parteneriat și comunicare;

- psihoterapie;

- terapie somatică.

- Antiadrogeni: Cyproteron acetat se opune acțiunii testosteronului la nivel de receptor, scade biosinteza testosteronului, precum și acțiunea acestuia la nivel central. Scade libidoul, erecția spontană, calitatea erecției stimulate, pornirile sexuale și implicit probabilitatea de a trece la act. Scade nevoia de intimitate sexuală.

Doza activă: 50-100 mg per os zilnic sau 300-600 ml im la 2-3 săptămâni.

- Analogi LHRH: preparate retard lunare, sunt utilizate la agresorii sexuali (disfuncții care presupun contact sau agresiune cu victima), precedat de o cură de 6 săptămâni de alt anti-androgen. Eficiența acestui preparat, care realizează o castrare chimică, este mult superioară celorlalte preparate. Utilizarea acestor preparate a la long poate pune în pericol integritatea celulelor Leydig.
- SSRI: scade impulsurile sexuale.
- Castrarea chirurgicală – manevră extrem de controversată, uneori este cerută de potențialul agresor, care nu mai dorește să aibă porniri sexuale hormonaldependente.

13.13. Alte entități

13.13.1. Hipersexualitate

Definiția = persoane cu interes și porniri sexuale extrem de mari, care, în ciuda numeroaselor acte sexuale cu numeroși parteneri, nu obțin decât o gratificație limitată și nici o senzație corespunzătoare de eliberare. Această patologie se mai cunoaște și sub numele de nimfomanie (femei) sau satiriazis (la bărbați).

Nu există criterii absolute de definire a acestei probleme, care pentru mulți încă reprezintă un motiv de glumă, dar în general se regăsesc următoarele criterii de definiție:

- activitatea sexuală este o nevoie care nu poate fi niciodată satisfăcută, care interferă cu activitățile zilnice;
- sexul este impersonal, fără intimitate emoțională;
- în ciuda orgasmelor frecvente, satisfacția sexuală nu este obținută aproape niciodată.

Atenție însă la nuanțele acestei definiții. În publicul general există tendința de a pune etichete atunci când există un dezechilibru între nevoile sexuale în cuplu. De asemenea există și prejudecăți: o femeie cu mai mulți parteneri este etichetată ca nimfomană, dar un bărbat care face același lucru este „taur sau armăsar”.

13.13.2. Adicții sexuale

Definiție = comportament compulsiv, precum alcoolismul, dependența de droguri, jocurile de noroc sau pariurile.

- A. Lipsa controlului asupra impulsurilor sexuale;
- B. Preocupare care absoarbe o bună parte din energia de peste zi, concentrează gândurile în altă parte;
- C. Chiar dacă se oprește, nu poate renunța ci recidivează. Simptome de sevraj în pauze;
- D. Consecințe reale neplăcute, chiar dăunătoare, nerecunoscute de dependent;
- E. De-a lungul timpului escaladarea frecvenței ;
- F. Actul sexual are rol de relaxare/ echilibrare/ „anestezie” emoțională. Echilibrează teama, tristețea, furia, anxietatea, groaza. Este un mod de a scăpa de presiunea stresului și problemelor zilnice.

Etiologie: alterarea de tip narcisică a eului: afect vechi, de durată, ce a fost sădit în timpul copilăriei și a fost purtat până în viața adultă. Este un individ inflexibil, maladaptativ, în ciuda măștii sociale, puse pentru anturaj:

- deficitul răspunsului empatic;
- dezamăgiri puternice, traumatice dpdv emoțional;
- stimul matern inadecvat;
- deficit al funcției de rezervor sau sprijin emoțional pentru cei din jur.

Asocieri cu alte dependențe: chimice (4%), tulburări de apetit (38%), muncă în ritm compulsiv (workaholic) (28%), cheltuit compulsiv și fără limite (26%), precum și consum excesiv de nicotină, cafeină, co-dependență sau cleptomanie. Interesează femeii, bărbații sau homosexuali în măsură egală. Ca toți dependenții, doresc să se oprească, conving anturajul și partenera de acest lucru, încearcă să se oprească, dar nu pot.

Forme de manifestare:

- comportament inadecvat la locul de muncă, cu multiple conotații sexuale, încadrabile după legislația europeană la hărțuire sexuală
- promiscuitate necontrolată
- masturbare compulsivă, care înlocuiește satisfacția sexuală din timpul unui act coital
- homosexualitate

- viol, simularea introducerii forței în relațiile sexuale
- sex cu diverse ritualuri
- sex cu parteneri străini, cu nivel potențial ridicat de pericol
- manifestări ce relevă necesitatea unei stimulări puternice, nevoia unor descărcări mai mari de adrenalină comparativ cu situațiile de activitate sexuală general acceptată.

Un studiu efectuat pe 100.000 medici, întrebați dacă au avut un comportament nepotrivit la locul de muncă, 195 au răspuns, iar 9% din aceștia au recunoscut că au întreținut raporturi sexuale la locul de muncă.

Tratamentul acestor persoane este doar prin psihoterapie, atâta vreme cât manifestările nu contravin legilor țării respective. Există organizații similare alcoolicilor anonimi, care aplică același principiu al celor 12 pași în renunțarea la dependență.

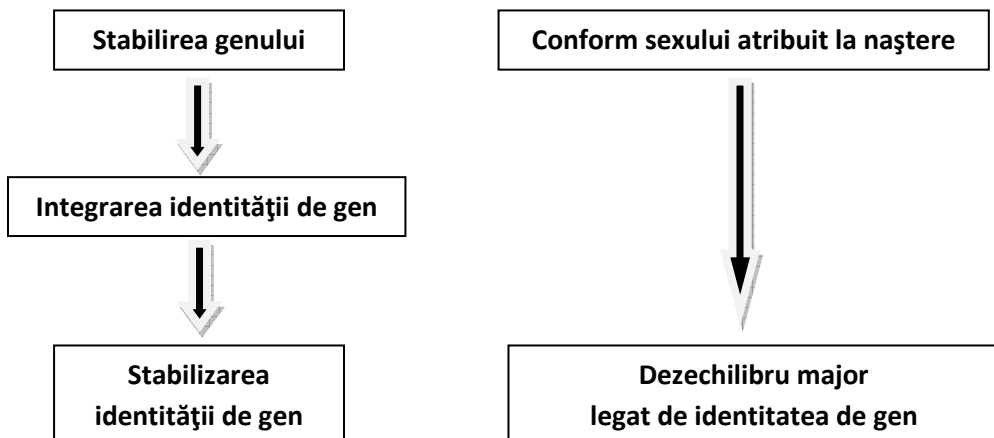
13.13.3. Transsexualitate DSM IV 302.85 ICD 10 F64.0

Aparent sunt persoane care nu se simt bine în pielea a ceea ce s-au născut și își doresc să devină de sex opus. O privire superficială ne face să ne gândim doar la vestimentație sau mici gesturi, și să amestecăm noțiunile de transsexual nu transvestic (deviație sexuală) sau intersexual (tulburare de dezvoltare somatică mai ales a sferei genitale, ca urmare a unui defect genetic în cele mai frecvente situații).

Definiție (ICD 10) = dorința puternică și profundă de a aparține celuilalt sex, de a trăi așa și de a fi identificat ca atare. Asociat sentimentul non-apartenenței sexului propriu.

DSM IV

- A.** Sentiment puternic, persistent și de durată, de apartenență la celălalt sex (nu relativ la avantajele sociale ale sexului opus). Presupune apariții frecvente ca aparținând celuilalt sex, dorința de a fi tratat ca o persoană de sex opus, manifestări, reacții și sentimente aparținând celuilalt sex.
- B.** Sentimentul că rolul și identitatea de gen este diferită (cea asumată și trăită comparativ cu cea născută).
- C.** Tabloul nu este în contextul unei intersexualități.
- D.** Problemele legate de identitatea sexuală determină dificultăți personale și interpersonale.



Caracteristici

- fenomenul se manifestă din copilărie, cu confuzie vizavi de identitatea de gen din mica copilărie;
- cross dressing din copilărie;
- probleme cu funcționarea sexuală în viața adultă, fiind atras de celălalt sex, fără însă a fi homosexual deoarece persoana se percepe pe sine ca aparținând celuilalt sex;
- niveluri variate de disforie;
- stabilitatea identității sexuale este variabilă;
- este o problemă de sănătate mentală, caracterizată prin dezavantaje de integrare socială;
- prevalență: M:F 2.43:1, 1/13.000 M, 1: 34.000 F !!! dar poate fi semnificativ subestimată.

Diagnosticul se face de către o echipă de experți care exclude afecțiunile psihiatrice, anomalii genetice sau iatrogenie, transsexualitatea trebuie să fi fost constant prezentă minim 2 ani. Dorința de transformare a corpului, prin tratamente cosmetice, hormonale și chirurgicale trebuie să existe și să fie documentată, altfel nu este vorba de trans-sexualism, ci de o formă de transvestism.

De asemenea, anterior diagnosticului și tratamentului, trebuie îndeplinit criteriul “real life experience”, care presupune viață socială, zilnică, în toate ipostazele, nu numai cu hainele, dar și cu nume, atitudini, apelative și așa mai departe, aparținând sexului opus.

ABORDUL MEDICAL

1. Psihoterapie: activități prin care să își crească confortul vizavi de sexul actual/ experiența real-life, fără de care nu se poate începe niciun tratament;
2. Tratament hormonal: agonști ai hormonilor sexuali (ai viitorului sex) și antagoniști ai hormonilor proprii;
3. Chirurgie: intervenții seriate.

M \implies **F**

Cross-dressing: neobservat, doar cu lenjerie/androgen/evident feminin.

- schimbarea aparenței corporale: epilare (electroliză, epilare periodică)/ sutien cu burete/ strângerea sau orientarea penisului spre posterior/ intervenții chirurgicale minimale cosmetice/ atenție la expresie, voce, gesturi;
- învață despre viața celuiilalt sex, activități sportive tipice;
- începe viața transgender;
- tratamentul hormonal: după vârsta de 18 ani:

Tabelul XXII. REGIMURI DE TRATAMENT TRANSFORMARE M \implies F

Estrogen	Estradiol (preparate menopauză) Etinilestradiol Estrogeni conjugați
Progesteron	Medroxi Progesteron Acetat
Combinatii	Contaceptive Orale Conjugate
Blocare receptor androgenic	Cyproteron acetat
Blocare hipofizară	Analogi GnRH

- chirurgie: după minim 2 ani de real life experience și 1 an de tratament hormonal

Ablație	testicule/penis/tatuaje
Implant	sân, pilozitate scalp
Plastii	vulvovaginală/clitoridiană
Rinoplastie, condroplastie cartilaj tiroid, cartilaj cricotiroid (voce)	

F \Rightarrow **M**

- cross dressing: neintruziv, doar lenjerie/ androgin/ masculin tipic;
- aparența corpului: își leagă și strâng sânii foarte mult, aplicarea de păr facial fals/ umplerea pantalonilor cu vată/ proteze testiculare sau peniene;
- învață despre viața celuilalt sex, activități sportive tipice;
- începe viața transgender;
- tratament hormonal: după 18 ani:

Tabelul XXIII. REGIMURI DE TRATAMENT TRANSFORMARE		F \Rightarrow M
Testosteron	Undecanoat/cypionat/propionat	
Blocare ovariană	Analogi GnRH	

- chirurgie în aceleași condiții

Ablație	histerectomie, bilateral anexectomie Mastectomie radicală bilaterală
Plastii	faloplastie (ideal lambou radial) Uretroplastie
Proteze	implant penian și testicular

Urmărire periodică: aceeași echipă: echilibru emoțional, integrare socială și relațională, efecte adverse ale terapiei hormonale.

BIBLIOGRAFIE

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(2):167-178.
2. Aerts L, Enzlin P, Verhaeghe J, Poppe W, Vergote I, Amant F. Long-term sexual functioning in women after surgical treatment of cervical cancer stages IA to IB: a prospective controlled study. *Int J Gynecol Cancer.* 2014;24(8):1527-1534.
3. Ahrendt HJ, Friedrich C (EDITORI). *Sexual-medicin in der Gynaekologie*, Springer, Berlin-Heidelberg, 2015. ISBN 978-3-642-42060-3 (eBOOK)
4. Aleixo GF, Fonseca MCM, Bortolini MAT, Brito LGO, Castro RA. Pelvic floor symptoms 5 to 14 years after total versus subtotal hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2019;30(2):181-191.
5. American Cancer Society, *Survival Rates for Cervical Cancer*
6. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/detection-diagnosis-staging/survival.html>
7. Andersen LL, Alling Møller LM, Gimbel HM. Objective comparison of subtotal vs. total abdominal hysterectomy regarding pelvic organ prolapse and urinary incontinence: a randomized controlled trial with 14-year follow-up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015;193:40-45.
8. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health.* 2020;8(2):e191-e203.
9. Archer DF. Dehydroepiandrosterone intra vaginal administration for the management of postmenopausal vulvovaginal atrophy. *J Steroid Biochem Mol Biol*, 2015, 145, 139-43, 2015.

10. Bastu E, Yasa C, Dural O, et al. Comparison of 2 Methods of Vaginal Cuff Closure at Laparoscopic Hysterectomy and Their Effect on Female Sexual Function and Vaginal Length: A Randomized Clinical Study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2016;23(6):986-993
11. Basson, R. Sexual Concerns–Menopause and Sexual Function, *JOGC*; 2006, 28(2), pag 43-52, 2006
12. Beier M, Bosinski HAG, Hartmann U, Loewit K.. *Sexual Medizin.* Urban und Fischer Verlag, Munchen, 2001
13. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med.* 1999;340(18):1383-1389.
14. Boardman LA, Stockdale CK. Sexual pain. *Clin Obstet Gynecol.*, 2009, 52(4), 682–690.
15. Boivin J, Gameiro S. Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertil Steril.* 2015;104(2):251-259.
16. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy.* 2009;110(7):427-431.
17. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006;124(1):42-46
18. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(1):10-17.
19. Calomfirescu N. *Disfuncția erectilă.* Editura medicală, Bucuresti, 2009
20. Cappell J, Bouchard KN, Chamberlain SM, Byers-Heinlein A, Chivers ML, Pukall CF. Is Mode of Delivery Associated With Sexual Response? A Pilot Study of Genital and Subjective Sexual Arousal in Primiparous Women With Vaginal or Cesarean Section Births. *J Sex Med.* 2020;17(2):257-272

21. Costantini E, Porena M, Lazzeri M, Mearini L, Bini V, Zucchi A. Changes in female sexual function after pelvic organ prolapse repair: role of hysterectomy. *Int Urogynecol J*. 2013;24(9):1481-1487.
22. Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Cilesiz Goksedef BP, Akca A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. *J Sex Med*. 2012;9(7):1897-1903.
23. Cox P, Panay N. Vulvovaginal atrophy in women after cancer. *Climacteric*, 2019;22(6), 565-571.
24. Cucu MA si colaboratorii. Institutul National de Statistica: Raportul National Al starii de Sanatate a Populatiei, 2017. <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2018/11/SSPR-2017.pdf>
25. Dabrowska-Galas, M., Dąbrowska, J., Michalski, B. Sexual Dysfunction in Menopausal Women, *Sexual Medicine*, 2019;7(4), 472–447.
26. Danesh M, Hamzehgardeshi Z, Moosazadeh M, Shabani-Asrami F. The Effect of Hysterectomy on Women's Sexual Function: a Narrative Review. *Med Arch*. 2015;69(6):387-392.
27. de Araujo CC, Coelho SA, Stahlschmidt P, Juliato CRT. Does vaginal delivery cause more damage to the pelvic floor than cesarean section as determined by 3D ultrasound evaluation? A systematic review. *Int Urogynecol J*. 2018;29(5):639-645.
28. Dedden SJ, van Ditshuizen MAE, Theunissen M, Maas JWM. Hysterectomy and sexual (dys)function: An analysis of sexual dysfunction after hysterectomy and a search for predictive factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;247:80-84.
29. Duralde ER, Rowen TS. Urinary Incontinence and Associated Female Sexual Dysfunction. *Sex Med Rev*. 2017;5(4):470-485.

30. Ellström Engh MA, Jerhamre K, Junskog K. A randomized trial comparing changes in sexual health and psychological well-being after subtotal and total hysterectomies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(1):65-70.
31. Facchin F, Somigliana E, Busnelli A, Catavorello A, Barbara G, Vercellini P. Infertility-related distress and female sexual function during assisted reproduction. *Hum Reprod*. 2019;34(6):1065-1073
32. Ferrero S, Ragni, N, Remorgida V. Deep dyspareunia: causes, treatments, and results. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008;20(4),394–399.
33. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(10):934-938.
34. Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *Am Fam Physician*, 2008;77(5), 635–642.
35. Freedman MA. Vaginal pH, estrogen and genital atrophy. *Menopause Manage*, 2008;17,9–13.
36. Fuchs A, Czech I, Sikora J, et al. Sexual Functioning in Pregnant Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21):4216.
37. Gabr AA, Omran EF, Abdallah AA, et al. Prevalence of sexual dysfunction in infertile versus fertile couples. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;217:38-43.
38. Gambardella A, Esposito D, Accardo G, et al. Sexual function and sex hormones in breast cancer patients. *Endocrine*. 2018;60(3):510-515
39. García-Mejido JA, Idoia-Valero I, Aguilar-Gálvez IM, Borrero González C, Fernández-Palacín A, Sainz JA. Association between sexual dysfunction and avulsion of the levator ani muscle after instrumental vaginal delivery [published online ahead of print, 2020 Mar 20]. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;10.1111/aogs.13852. doi:10.1111/aogs.13852

40. Gé P, Vaucel E, Jarnoux M, Dessaux N, Lopes P. Étude de la sexualité des femmes après hystérectomie totale versus subtotale par voie coelioscopique au CHU de Nantes [Study of the sexuality of women after a total hysterectomy versus subtotal hysterectomy by laparoscopy in Nantes CHU]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2015;43(7-8):533-540.
41. Ghazanfarpour, M., Khadivzadeh, T., & Babakhanian, M. Investigating the Relationship Between Sexual Function and Quality of Life in Menopausal Women. *Journal of family & reproductive health*, 2016, 10(4), 191–197.
42. Ghidul Societatii Romane de Obstetrica Ginecologie - Terapia Menopauzei
43. <https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/05/31.-Terapia-menopauzei.pdf>
44. Gommesen D, Nøhr E, Qvist N, Rasch V. Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2019;9(12):e032368.
45. Gonzalez-Darias A, Diaz-Gomez NM, Rodriguez-Martin S, Hernandez-Perez C, Aguirre-Jaime A. 'Supporting a first-time mother': Assessment of success of a breastfeeding promotion programme. *Midwifery*. 2020;85:102687
46. Graziottin A. *Dyspareunia: clinical approach in the perimenopause The management of the Menopause – Third Edition*, The Parthenon Publishing Group, pp. 229-241, 2003.
47. Graziottin A. Menopause and sexuality: key issues in premature menopause and beyond. *Ann N Y Acad Sci*. 2010;1205:254-261.
48. Graziottin, A., Leiblum, S. Biological and Psychosocial Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction during the Menopausal Transition. Women's Sexual Health Concerns: Postmenopausal Female Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 2005;2(Suppl 3), 133-134.
49. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sex Med*. 2020;8(1):8-13.

50. Harder H, Starkings RML, Fallowfield LJ, et al. Sexual functioning in 4,418 postmenopausal women participating in UKCTOCS: a qualitative free-text analysis. *Menopause*;2019;26(10):1100-1009.
51. Heidari, M., Ghodusi, M., Rezaei, P., Kabirian Abyaneh, S., Sureshjani, E. H., & Sheikhi, R. A. Sexual Function and Factors Affecting Menopause: A Systematic Review. *Journal of Menopausal Medicine*, 2019;25(1), 15–27.
52. Hickey M, Ambekar M, Hammond I. Should the ovaries be removed or retained at the time of hysterectomy for benign disease?. *Hum Reprod Update*. 2010;16(2):131-141.
53. Hoang Nguyen PT, Binns CW, Vo Van Ha A, et al. Caesarean delivery associated with adverse breastfeeding practices: a prospective cohort study [published online ahead of print, 2019 Sep 4]. *J Obstet Gynaecol*. 2019;1-5.
54. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. A longitudinal study. *Cancer*. 2004;100(1):97-106.
55. Jing L, Zhang C, Li W, Jin F, Wang A. Incidence and severity of sexual dysfunction among women with breast cancer: a meta-analysis based on female sexual function index. *Support Care Cancer*. 2019;27(4):1171-1180.
56. Jongpipan J, Charoenkwan K. Sexual function after radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. *J Sex Med*. 2007;4(6):1659-1665.
57. Kao A, Binik YM, Kapuscinski A, Khalife S. Dyspareunia In Postmenopausal Women: A Critical Review. *Pain Res Manag*. 2008;13(3):243-54.
58. Karram MM, Bhatia NN. The Q-tip test: standardization of the technique and its interpretation in women with urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1988;71(6 Pt 1):807-811.
59. Karram M, Soko IER, Salvatore S. Genitourinary syndrome of menopause: Current and emerging therapies. *OBG Management*, 2015;28(8),e1-e6.

60. Kaunitz AM. Update on menopause *OBG Manag.* 2016;28(7):38-43
61. ACOG Releases Clinical Guidelines On Management Of Menopausal Symptoms. *Am Fam Physician.* 2014;90(5), 338-340.
62. Kayataş S, Özkaya E, Api M, Çıkman S, Gürbüz A, Eser A. Comparison of libido, Female Sexual Function Index, and Arizona scores in women who underwent laparoscopic or conventional abdominal hysterectomy. *Turk J Obstet Gynecol.* 2017;14(2):128-132.
63. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician.* 2013;87(8):543-550.
64. Khandker M, Brady SS, Vitonis AF, Maclehouse RF, Stewart EG, Harlow BL. The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *J Womens Health (Larchmt)*, 2-11; 20(10), 1445–1451.
65. Kim HK, Kang SY, Chung YJ, Kim JH, Kim MR. The Recent Review of the Genitourinary Syndrome of Menopause *J Menopausal Med.*, 2015;21(2), 65–71.
66. Kingsberg SA, Kellogg S, Krychman M. Treating Dyspareunia Caused By Vaginal Atrophy: A Review Of Treatment Options Using Vaginal Estrogen Therapy *Int J Womens Health*, 2009;1,105–111.
67. Kokanali MK, Doğanay M, Aksakal O, Cavkaytar S, Topçu HO, Özer İ. Risk factors for mesh erosion after vaginal sling procedures for urinary incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;177:146-150.
68. Kürek Eken M, İlhan G, Temizkan O, Çelik EE, Herkiloğlu D, Karateke A. The impact of abdominal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality and psychological condition. *Turk J Obstet Gynecol.* 2016;13(4):196-202.
69. Labrie F. DHEA after menopause: Sole source of sex steroids and potential sex steroid deficiency treatment. *Menopause Management*, 2010;19, 14-24.

70. Labrie F. Et al. Effect of intravaginal dehyepiandosterone (Prasterone) on libido and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Menopause*, 2009;19, 923-931.
71. Lagerberg D, Wallby T, Magnusson M. Differences in breastfeeding rate between mothers delivering by caesarean section and those delivering vaginally [published online ahead of print, 2020 May 26]. *Scand J Public Health*. 2020;1403494820911788.
72. Lammerink EA, de Bock GH, Pras E, Reyners AK, Mourits MJ. Sexual functioning of cervical cancer survivors: a review with a female perspective. *Maturitas*. 2012;72(4):296-304.
73. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Byers S, Cohen T, Fisher W, Holzapfel S, Senikas V. No. 279-Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018;40(6): e451
74. Lankveld JJ, Granot M, Weijmar Schultz WC, et al. Women's sexual pain disorders. *J Sex Med.*, 2010; 7(1 pt 2), 615–631.
75. Lee Y, Lim MC, Kim SI, Joo J, Lee DO, Park SY. Comparison of Quality of Life and Sexuality between Cervical Cancer Survivors and Healthy Women. *Cancer Res Treat*. 2016;48(4):1321-1329.
76. Leiblum S.R. Principles and Practice of Sex Therapy. 4th Edition. The Guilford Press New York, 2007
77. Loewit K, Bosinski H. *Grundlagen der sexualmedizin*, In: Michel M, Thuroff J, Janetschek G, Wirth M (eds) Die Urologie. Springer Reference Medizin, Springer, Berlin, Heidelberg, 2014. ISBN 978-3-642-41168-7 (online)
78. Lue T, Giuliano F, Khoury S, Rosen R. *Clinical Manual of Sexual Medicine. Sexual Dysfunction in men*. 2nd International Consultation on Erectile and Sexual Dysfunction, Paris, 2008
79. Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F. *Sexual Medicine - Sexual dysfunction in men and women*. Editions Paris, 2004

80. Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;288(4):785-792.
81. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal atrophy. *Mayo Clin Proc.*, 2010;85(1), 87–94.
82. Maiorino MI, Chiodini P, Bellastella G, Giugliano D, Esposito K. Sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review with meta-analysis of studies using the Female Sexual Function Index. *Endocrine*. 2016;54(2):329-341.
83. Masters WH, Johnson VE, Kolody, *Human Sexuality*. Addison Wesley Longman Inc. New York, 1995
84. Mehedintu, C., Vladareanu, S. *Actualitati in Obstetrica-Ginecologie si Neonatologie*. Editura Universitara "Carol Davila", Bucuresti, Plotogea, MN., Mehedintu. C., "Actualitati in diagnosticul si tratamentul menopauzei", pag 74-103, 2017.
85. Mendonça CR, Arruda JT, Noll M, Campoli PMO, Amaral WND. Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;215:153-163.
86. Meng Q, Ren A, Zhang L, et al. Incidence of infertility and risk factors of impaired fecundity among newly married couples in a Chinese population. *Reprod Biomed Online*. 2015;30(1):92-100.
87. Meyer I, Szychowski JM, Illston JD, Parden AM, Richter HE. Vaginal Swab Test Compared With the Urethral Q-tip Test for Urethral Mobility Measurement: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2016;127(2):348-352.
88. Meston, CM., Freihart, BK., Handy, AB., BA, Kilimnik, CD., MA, Raymond C. Rosen, RC. Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? *J Sex Med*, 2019;7(1), 1-9.

89. Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric*, 2014;17, 3–9.
90. Navodani T, Gartland D, Brown SJ, Riggs E, Yelland J. Common maternal health problems among Australian-born and migrant women: A prospective cohort study. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211685.
91. Nazapour, S., Simbar, M., Tehrani FR. Factors affecting sexual function in menopause: A review article, *TJOG*, 2016;55(4), 480-487.
92. No authors listed. Sexual Health and Sexual Problems. *J Midwifery Womens Health*. 2018; 63(2): 249-250.
93. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):196. Published 2018 May 31. doi:10.1186/s12884-018-1838-6
94. OMS - Organizatia Mondiala a Sanatatii
95. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (mai 2020)
96. Panda S, Das A, Singh AS, Pala S. Vaginal pH: A marker for menopause. *J Midlife Health*. 2014;5(1):34-37.
97. Persson P, Brynhildsen J, Kjølhede P; Hysterectomy Multicentre Study Group in South-East Sweden. A 1-year follow up of psychological wellbeing after subtotal and total hysterectomy--a randomised study. *BJOG*. 2010;117(4):479-487.
98. Persson P, Wijma K, Hammar M, Kjølhede P. Psychological wellbeing after laparoscopic and abdominal hysterectomy--a randomised controlled multicentre study. *BJOG*. 2006;113(9):1023-1030.

99. Piva I, Lo Monte G, Graziano A, Marci R. A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: does fun end with baby making? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014;19(4):231-237.
100. Plotogea MN, Tănase AD, Ionescu S, Brătilă E, Berceanu C, Cîrstoiu MM, Mehedințu C. The Effect of Estrogen Deficiency Related to Aggressive Chemotherapy on Female Urogenital Tract. The 13th National Congress of Urogynecology, *ISI Proceedings of UROGYN*, pag: 155- 164, 2016
101. Plotti F, Terranova C, Capriglione S, et al. Assessment of Quality of Life and Urinary and Sexual Function After Radical Hysterectomy in Long-Term Cervical Cancer Survivors. *Int J Gynecol Cancer*. 2018;28(4):818-823.
102. Porst H, Buvat J. Standard Practice in Sexual Medicine. Blackwell Publishing Massachusetts, 2006
103. Portman DJ, Gass MLS. Genitourinary Syndrome of Menopause. *Menopause*, 201;21(10), 1063-1068.
104. Radosa JC, Meyberg-Solomayer G, Kastl C, et al. Influences of different hysterectomy techniques on patients' postoperative sexual function and quality of life. *J Sex Med*. 2014;11(9):2342-2350.
105. Radosa JC, Radosa CG, Mavrova R, et al. Postoperative Quality of Life and Sexual Function in Premenopausal Women Undergoing Laparoscopic Myomectomy for Symptomatic Fibroids: A Prospective Observational Cohort Study. *PLoS One*. 2016;11(11):e0166659.
106. Roos AM, Speksnijder L, Steensma AB. Postpartum sexual function; the importance of the levator ani muscle [published online ahead of print, 2020 Feb 24]. *Int Urogynecol J*. 2020;10.1007/s00192-020-04250-3.
107. Rosen R., Brown C., Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2000;26(2), 191-208.

108. Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart CH, Heintz AP. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ*. 2003;327(7418):774-778.
109. Salonia A, Munarriz RM, Naspro R, et al. Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. *BJU Int*. 2004;93(8):1156-1164
110. Santoro N, Komi J. Prevalence and impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. *J Sex Med*. 2009;6,2133–2142.
111. Schiavi MC, Savone D, Di Mascio D, et al. Long-term experience of vaginal vault prolapse prevention at hysterectomy time by modified McCall culdoplasty or Shull suspension: Clinical, sexual and quality of life assessment after surgical intervention. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;223:113-118.
112. Serati M, Salvatore S, Uccella S, et al. Sexual function after radical hysterectomy for early-stage cervical cancer: is there a difference between laparoscopy and laparotomy?. *J Sex Med*. 2009;6(9), 2516-2522.
113. Shankar A, Patil J, Luther A, et al. Sexual Dysfunction in Carcinoma Cervix: Assessment in Post Treated Cases by LENTSOMA Scale. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2020;21(2),349-354.
114. Shapiro S. Addressing Postmenopausal Estrogen Deficiency: A Position Paper of the American Council on Science and Health. *Medscape General Medicine*, 2001;3(1).
115. Simon JA, Nappi RE, Kingsberg SA et al. Clarifying Vaginal Atrophy's Impact on Sex and Relationships (CLOSER) survey: emotional and physical impact of vaginal discomfort on North American postmenopausal women and their partners, *Menopause*, 2014; 21(2), 137–144.
116. Soljačić Vraneš H, Djaković I, Vraneš H, Vrljičak M, Kraljević Z. Changes in Sex Life after Childbirth. *Psychiatr Danub*. 2019;31(Suppl 5):847-850.

117. Song T, Choi CH, Lee YY, et al. Sexual function after surgery for early-stage cervical cancer: is there a difference in it according to the extent of surgical radicality?. *J Sex Med.* 2012;9(6):1697-1704.
118. Stika CS. Atrophic vaginitis. *Dermatol Ther*, 2010; 23(5), 514–522.
119. Stoian D. *Sexologia de la A la Z*, Editura „Victor Babes” Timisoara, 2013.
120. Till SR, Hobbs KA, Moulder JK, Steege JF, Siedhoff MT. McCall Culdoplasty during Total Laparoscopic Hysterectomy: A Pilot Randomized Controlled Trial. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(4):670-678.
121. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth.* 2002;29(2):83-94.
122. Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and Sexuality. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2015;44(3):649-661.
123. Uccella S, Capozzi VA, Ricco' M, et al. Sexual Function following Laparoscopic versus Transvaginal Closure of the Vaginal Vault after Laparoscopic Hysterectomy: Secondary Analysis of a Randomized Trial by the Italian Society of Gynecological Endoscopy Using a Validated Questionnaire. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020;27(1):186-194.
124. Van Lankveld JJ, Granot M, Weijmar Schultz WC, et al. Women's sexual pain disorders. *J Sex Med.*, 2010;7(1 pt 2), 615–631.
125. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and postpartum. *Sexuologie* 2006;13: 148–153
126. von Sydow. *Sexuality in Pregnancy and the Postpartum Period*. In: Reece EA, Hobbins JC. (3 ed) *Clinical Obstetrics: The Fetus & Mother*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2007. p1016-1021

127. Vrzackova P, Weiss P, Cibula D. Sexual morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2010;10(7):1037-1042.
128. Wang Y, Ying X. Sexual function after total laparoscopic hysterectomy or transabdominal hysterectomy for benign uterine disorders: a retrospective cohort. *Braz J Med Biol Res.* 2020;53(3):e9058.
129. Wiegel, M., Meston, C., Rosen, R.. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2005;31:1, 1-20.
130. Xiao M, Gao H, Bai H, Zhang Z. Quality of life and sexuality in disease-free survivors of cervical cancer after radical hysterectomy alone: A comparison between total laparoscopy and laparotomy. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(36):e4787.
131. Yang L, Yuan J, Zeng X, Xi M, Wang H. The outcomes and quality of life of young patients undergoing adjuvant radiotherapy versus non-radiotherapy following surgery treating early FIGO stage cervical squamous cell cancer in southwestern China. *Sci Rep.* 2020;10(1):9583.
132. Zagaria MAE. Urogenital Symptoms of Menopause: Atrophic Vaginitis and Atrophic Urethritis. *US*