

10 FEBBRAIO 2022

**Eiaculazione precoce (EP):
nuove linee guida SIAMS e
definizione di EP subclinica**

DOTT. PAOLO FACONDO

Medico specializzando in
Endocrinologia presso
l'Università degli Studi di
Brescia

paolo.facondo@libero.it

Sapersi destreggiare nelle disfunzioni sessuali e in particolar modo nell'eiaculazione precoce richiede conoscenza e sensibilità altrimenti si rischia di banalizzare la tematica. Il Dott. Facondo ci introduce ad un ulteriore sottile confine tra patologia e fisiologia.

L'eiaculazione precoce (EP) è una disfunzione sessuale maschile caratterizzata dalla mancanza di controllo sul tempo eiaculatorio, che lamenta fino al 4-25% dei pazienti, soprattutto giovani (18-30 anni) senza partner fisso/a [1]. Ci eravamo già interessati di questo argomento sul nostro sito con un articolo dedicato, definendone le caratteristiche, l'eziologia, la patogenesi, la diagnosi e la terapia [si veda la sezione approfondimenti – Eiaculazione Precoce – maggio 2019].

Data la frequenza con cui i pazienti riportano questo disturbo ed il suo possibile impatto sulla sessualità di coppia, vogliamo oggi riprendere questo argomento, in luce a due recenti novità sull'argomento: la pubblicazione nel 2020 delle linee guida sull'EP della SIAMS (Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità) [2] e l'introduzione di una nuova e curiosa definizione tassonomica quale l'EP subclinica [3].

LINEE GUIDA SIAMS SULL'EP

Le nuove linee guida confermano la definizione di EP quale una persistente e ricorrente percezione soggettiva (riscontrandosi > 75% dei rapporti sessuali e per un periodo > 6 mesi) di perdita di controllo sul meccanismo eiaculatorio [2]. Per definirsi tale, l'EP deve necessariamente associarsi a distress per il paziente e per la coppia (alterandone qualità di vita e benessere sessuale), ed inoltre ad un ridotto tempo

iaculatorio dall'inizio dello stimolo sessuale [2]. In particolare, tale disturbo sessuale è in genere valutato come breve tempo di latenza eiaculatorio intravaginale (IELT), dal momento della penetrazione all'eiaculazione (indicativamente definito breve quando < 180 secondi oppure < 1 minuto lifelong/da sempre) [2]. In queste nuove linee guida si specifica inoltre che l'EP può essere definita considerando il tempo di latenza eiaculatorio in diversi aspetti: intravaginale percepito dal soggetto (PIELT) o dalla partner (PPIELT) oppure considerando altri stimoli sessuali quali la masturbazione (MELT) o rapporto orale (OELT) o anale (AELT) [2].

Viene confermato che l'EP può essere idiopatica (eziologia genetica/neuropsicologica/ipersensibilità periferica) oppure dovuta a diverse condizioni urologiche ed endocrinologiche [2]. In particolare, si possono associare ad EP condizioni quali prostatiche cronica, ipertiroidismo, disfunzione erettile, varicocele, sindrome metabolica e diabete mellito [2,4,5]. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, l'eziologia dell'EP resta idiopatica, da intendersi come un disturbo psico-sessuologico [2,3].

Per la diagnosi di EP, le linee guida SIAMS [2] raccomandano, oltre a raccogliere un'accurata anamnesi psico-sessuologica, di utilizzare questionari validati quale il PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool) [per tale questionario, si veda la sezione approfondimenti – Eiaculazione Precoce – maggio 2019].

È inoltre suggerito di distinguere l'EP in lifelong (presente da sempre, con IELT < 1 minuto) o acquisita (insorta nel tempo, con IELT < 180 secondi) e in assoluta o relativa (cioè, rispettivamente, generalizzata in qualsiasi contesto/con qualsiasi partner oppure presente solo con un determinato partner/situazionale) e di gradarne l'entità in base al discomfort e al distress che tale disturbo provoca nella percezione e nella sessualità del soggetto e del/della partner [2,6]. In base al tempo eiaculatorio rispetto alla penetrazione, l'EP può anche essere classificata in ante portas (prima della penetrazione) o intra moenia (durante il coito) [3].

Le linee guida SIAMS [2] ci puntualizzano inoltre le possibili opzioni terapeutiche per l'EP (oltre alla terapia eziologica in caso di EP dovuta a causa specifica, quale prostatite o ipertiroidismo): **a) approccio psicoterapeutico:** laddove non venga individuata una causa specifica di EP o laddove venga identificato un disturbo prettamente su base psicogena o relazionale di coppia, è suggerito indirizzare il paziente e il/la partner ad un consulto psicosessuologico di coppia volto a reinquadrare e migliorare il disturbo [si veda la sezione approfondimenti – Sex Therapy nel trattamento delle disfunzioni sessuali maschili – aprile 2021].; **b) terapie farmacologiche on label** (cioè indicate da scheda tecnica del farmaco per l'utilizzo nell'EP): sono raccomandate per il trattamento dell'EP la terapia con dapoxetina (farmaco della classe degli SSRI, inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) per via orale on demand (cioè al bisogno, prima del rapporto sessuale) o l'utilizzo di anestetici locali spray a base di lidocaina (da applicare a livello del glande). Come terapia di prima scelta le linee guida SIAMS [2] suggeriscono l'utilizzo di dapoxetina on demand.; **c) terapie off-label** (cioè fuori indicazione da scheda tecnica del farmaco per l'utilizzo nell'EP): in alcuni pazienti, non responsivi alle terapie di prima linea on label, possono essere suggerite terapie off-label (per l'EP) di combinazione

quali dapoxetina + PDE5i (farmaci utilizzati per la disfunzione erettile) o dapoxetina + anestetico locale a base di lidocaina (nei pazienti non responsivi alla terapia singola on label con uno di questi due preparati) oppure terapie con altri SSRI (previo nullaosta psichiatrico). Le linee guida SIAMS [2] non suggeriscono invece la frenulectomia e la circoncisione quali terapia chirurgica dell'EP, date le limitate evidenze di efficacia.

EP SUBCLINICA

Recenti evidenze in letteratura suggeriscono l'identificazione di questa nuova entità tassonomica [3]. L'EP subclinica è definita come un disturbo sessuale percepito dal soggetto o dal/dalla partner, senza tuttavia ancora soddisfare i criteri per l'EP [3]. Ovvero, non si tratta di un disturbo necessariamente persistente e ricorrente e associato a particolare distress per la coppia e con criteri temporali di latenza eiaculatoria tali da definire l'EP, ma comunque si presenta come un disturbo sessuale definito come "limitato controllo eiaculatorio" [3]. Questa condizione può essere riscontrata sino ad un terzo degli uomini, ha la stessa eziologia dell'EP e può ostacolare la qualità di vita del paziente ed il benessere sessuale della coppia. Associandosi a distress che può ulteriormente peggiorare la sessualità della coppia, tale disfunzione può inoltre essere prodromica di disturbi sessuali conclamati quale EP o disfunzione erettile [3].

In particolare, l'EP subclinica può rientrare in un quadro di "limitato controllo (o perdita del controllo) dell'erezione e dell'eiaculazione" [3]. Si tratta dunque di una condizione che, nonostante non soddisfi i criteri di un disturbo conclamato, può alterare il benessere del soggetto (e della coppia) e preludere ad un disturbo sessuale conclamato. Può configurare questa condizione l'individuo che ha la percezione di un mancato controllo eiaculatorio tale da provocargli discomfort sessuale, nonostante non presenti ancora i criteri clinici per l'EP.

In particolare, è stata proposta [3] la diagnosi di EP subclinica in presenza di almeno un criterio maggiore e due criteri minori, tra i seguenti: **criteri maggiori: 1)** durante gli ultimi 6 mesi, difficoltà occasionale o situazionale a controllare l'eiaculazione prima della penetrazione o durante il coito; **2)** durante gli ultimi 6 mesi, percezione di difficoltà occasionale o situazionale a controllare l'eiaculazione (intesa come eiaculazione prima di quando lo si vorrebbe); **3)** durante gli ultimi 6 mesi, non occasionale riduzione dell'erezione associata a difficoltà nel controllo eiaculatorio.; **criteri minori: 1)** distress associato alla condizione; **2)** mancata soddisfazione durante il rapporto sessuale; **3)** insoddisfazione sessuale di almeno uno dei due partner a causa della disfunzione; **4)** ridotta intimità sessuale a causa della disfunzione. Tali criteri minori possono essere valutati mediante test psico-sessuologici dedicati [3].

In generale, questa condizione può dunque essere intesa come perdita del controllo eiaculatorio associata a distress e/o difficoltà erettiva e/o insoddisfazione sessuale e/o ridotta qualità di vita [3].

Questa disfunzione può essere associata al rapporto penetrativo vaginale o anche ad altro rapporto sessuale.

Crescenti evidenze supportano dunque che anche la condizione di “EP subclinica/limitato controllo dell’erezione e dell’eiaculazione” meriti attenzione da un punto di vista sessuologico, al fine di eventualmente impostare una adeguata terapia in modo tempestivo. Un tempestivo trattamento di tale condizione (con le stesse terapie suggerite per la EP) potrebbe infatti favorire il benessere della coppia, favorire il ripristino tempestivo del benessere sessuale (evitando che il discomfort peggiori ulteriormente il rapporto e la sessualità della coppia) ed evitare la progressione del disturbo verso una disfunzione sessuale conclamata [3].

CONCLUSIONI

L’EP è un disturbo sessuale maschile che interessa molti soggetti e che necessita di un adeguato inquadramento andrologico-sessuologico, potendo impattare sulla qualità di vita del soggetto e sul benessere sessuale della coppia. In tale contesto, le nuove linee guida SIAMS sono orientative per il clinico per l’inquadramento ed il management di tale disturbo sessuale. In aggiunta, recenti evidenze ci suggeriscono che tale condizione non va trascurata anche in un contesto di forma subclinica. In un mondo che va sempre più veloce, non dobbiamo dunque perdere di vista quando il tempo può diventare un problema anche nel campo della sessualità.

BIBLIOGRAFIA

[1] *Tratto da SIAMS (Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità). Eiaculazione precoce. AUTORE PROF. ANTONIO AVERSA. www.siams.info*

[2] A. Sansone, A. Aversa, G. Corona, A.D. Fisher, A.M. Isidori, S. La Vignera, E. Limoncin, M. Maggi, M. Merico, E.A. Jannini. *Management of premature ejaculation: a clinical guideline from the Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS)*. 2020. *Journal of Endocrinological Investigation*. <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01458-4>

[3] E. Colonnello, G. Ciocca, E. Limoncin, A. Sansone and E.A. Jannini. *Redefining a sexual medicine paradigm: subclinical premature ejaculation as a new taxonomic entity*. *Nat Rev Urol*. 2021 Feb;18(2):115-127.

[4] Coskuner et al. *Premature Ejaculation and Endocrine Disorders: A Literature Review*. *World J Mens Health*. 2021. <https://doi.org/10.5534/wjmh.200184>

[5] E.A. Jannini et al. *Genetics of human sexual behavior: where we are, where we are going*. *Sex Med Rev*. 2015. 3(2):65–77.

[6] Serefoglu et al. *An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the*

second International Society for Sexual Medicine. Ad Hoc Committee for the definition of premature ejaculation. 2014. J Sex Med 11(6):1423–1441.