

## Il viagra nelle donne potrebbe funzionare? Sì o no?

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

«Il viagra potrebbe funzionare anche nelle donne? Mio marito, 60 anni, è tornato un giovanotto, allegro e ardente! E' anche diventato più simpatico e affettuoso. Quella medicina potrebbe aiutare anche me, che ho 58 anni, sono tanto secca, non mi eccito più e ho anche dolore».

Beatrice C.

Potrebbe funzionare, in teoria, perché il meccanismo d'azione vascolare dei farmaci vasoattivi, usati per curare i problemi di erezione, è simile fra uomini e donne. Il sildenafil, che è il principio attivo contenuto nel Viagra, e i suoi fratelli – avanafil (Spedra), tadalafil (Cialis) e vardenafil (Levitra) – sono usati per migliorare l'erezione e la congestione dei corpi cavernosi, i vasi specializzati che la consentono. I risultati sono migliori se il testosterone è a livelli normali, e non ci sono seri problemi vascolari causati da diabete, sindrome metabolica o malattie neurologiche.

Il recupero di un'erezione valida ha indubbiamente effetti positivi anche sull'umore e l'atteggiamento verso la vita, come succede a suo marito, ancor più se poi i rapporti sono soddisfacenti. Tuttavia la sessualità femminile è molto più modulata da fattori psicoemotivi, di coppia e legati al contesto di vita, per cui la risposta fisica è meno modificabile con questo solo tipo di farmaci, che funzionano ad alcune condizioni. Per esempio, nella donna con buoni livelli ormonali, buon desiderio e sole cause fisiche di ridotta lubrificazione vaginale. Oppure se il desiderio sessuale fosse buono, con eccitazione genitale e lubrificazione facilitate da terapia ormonale sostitutiva almeno locale, con estrogeni o prasterone vaginali, e con testosterone in crema, applicato su vulva e vagina.

Gli studi clinici, condotti in donne in post menopausa senza terapia ormonale, sono stati invece deludenti, con l'eccezione del gruppo che aveva comunque un buon desiderio, come anticipavo. Per questa ragione non sono raccomandati nelle linee guida per l'uso routinario nelle donne. Meglio un'efficace terapia ormonale almeno locale. Il risultato è più soddisfacente se la terapia ormonale viene associata a fisioterapia, qualora i muscoli del pavimento pelvico fossero contratti e retratti, con restringimento dell'entrata vaginale e dolore all'inizio della penetrazione, come succede a lei. Questo problema è più frequente nelle donne che non hanno avuto figli o li hanno avuti solo con taglio cesareo. Con i farmaci vasoattivi, tipo il Viagra e fratelli, qualche risultato positivo è segnalato nelle donne che usano antidepressivi, o con patologie vascolari, per esempio da diabete di tipo 1. Segnalo che anche le donne trattate con questi farmaci riportano gli stessi fastidiosi effetti collaterali degli uomini, tra cui cefalea, rossore (flushing) e disturbi visivi transitori, vissuti peggio se l'efficacia è scarsa.

In sintesi: per la donna con i suoi disturbi, il primo aiuto è un ginecologo competente su questi sintomi, spesso associati alla sindrome genitourinaria della menopausa, per fare una diagnosi competente dei diversi fattori in gioco. Se l'ipertono dei muscoli che sostengono il pavimento pelvico e circondano la vagina fosse confermato, un'adeguata fisioterapia potrebbe togliere la prima causa "biomeccanica" di dolore, perché bisogna riaprire con garbo la porta chiusa (il

muscolo elevatore dell'ano, contratto). Ancora meglio se associata a diazepam vaginale, su prescrizione medica, per ottimizzare il rilassamento del muscolo. In assenza di controindicazioni, la terapia ormonale almeno vaginale, con testosterone in crema, estrogeni o prasterone, può migliorare lubrificazione, eccitazione e piacere. Se appropriata, una terapia ormonale sostitutiva sistemica, per bocca o transdermica, con cerotti, gel o spray di estrogeni, e progesterone micronizzato, se ha l'utero, potrebbe poi ridare le ali anche al desiderio. Perduto e ritrovato!

---

---

Pillole di salute

«Non ho mai sofferto di eiaculazione precoce. Possibile che mi venga adesso, a 55 anni?».

Mario

Sì, è possibile. Il riflesso eiaculatorio viene accelerato, causando la precocità, quando l'erezione è difficoltosa, con deficit di mantenimento, o quando sono presenti infiammazioni o infezioni della prostata (prostatiti). Consulti un urologo-andrologo.

«Sono andata in menopausa a 40 anni, per la rimozione di utero e ovaie a causa di fibromi ed emorragie continue. Ora ho 48 anni, e soffro di Parkinson precoce da due. Il mio nuovo neurologo mi ha detto che la terapia ormonale sostitutiva potrebbe rallentare il peggioramento della malattia, e quindi di parlarne con la mia ginecologa. Lei che cosa mi consiglia?».

Speranza (email)

Il suo neurologo è molto aggiornato! Complimenti! L'avere avuto una menopausa precoce è un'indicazione specifica alla TOS, perché la perdita così precoce degli ormoni ovarici si associa a un aumentato rischio anche di parkinsonismo, oltre che di deterioramento cognitivo. Lo evidenziano gli studi pubblicati sulla rivista *Neurology*, dal 2007 in poi, dall'eccellente ricercatore di origine italiana, il professor Water Rocca (Mayo Clinic, USA) e collaboratori. La terapia con soli estrogeni è perfetta dopo la rimozione dell'utero e si associa a migliori risultati. I dati su Parkinson e TOS sono invece ancora controversi quando agli estrogeni vengano associati progestinici negativi per la salute, come il medrossiprogesterone acetato (MAP). L'efficacia protettiva è massima quando la TOS è iniziata subito dopo l'inizio della menopausa spontanea e, ancor più, chirurgica. Io inizierei!

---

---