

MONOGRAFIA

Le disfunzioni  
erettile



# CLASSIFICAZIONE E DIAGNOSI DELLE DISFUNZIONI SESSUALI MASCHILI

ANTONIO MARIA GRANATA, PAOLO VERZE,  
VINCENZO MIRONE

Clinica Urologica, Università "Federico II" di  
Napoli

L'augmentata attenzione che si è sviluppata negli ultimi decenni per la qualità di vita ha portato alla ribalta problematiche prima sottostimate, come quelle delle disfunzioni sessuali maschili.

La nosografia delle disfunzioni sessuali ha avuto recentemente notevoli ed interessanti sviluppi, sulla base degli studi di fisiologia e fisiopatologia della risposta sessuale nell'uomo. Attualmente il ciclo della risposta sessuale viene descritto secondo un modello a quattro fasi, che descrive la fase del *desiderio*, dell'*eccitazione*, dell'*orgasmo* e della *risoluzione*. Il DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*) dell'*American Psychiatric Association* distingue, pertanto, disturbi del desiderio (desiderio sessuale ipoattivo ed aversione sessuale), disturbi dell'eccitamento sessuale (deficit erettile), disordini dell'orgasmo e della risoluzione (eiaculazione precoce, eiaculazione ritardata, aneiaculazione, anorgasmia).

La Disfunzione Erettile (DE) definisce l'incapacità di raggiungere e mantenere un'erezione adeguata per poter avere un rapporto sessuale soddisfacente.

È stato stimato dal *Massachusetts Male Aging Study* che il 5% degli uomini al di sopra dei 40 anni, il 10% di quelli che hanno superato i 60 ed il 20% di quelli intorno ai 70 soffrono di questo disturbo. I dati estrapolati da queste cifre fanno ritenere che 20 milioni di uomini negli Stati Uniti soffrono di DE e queste cifre sono simili in Europa. Nel nostro paese è stato stimato che addirittura il 12,8% della popolazione maschile al di sopra dei 18 anni (più di 3 milioni di italiani) soffre di un deficit erettile di diverso grado.

Fino a dieci anni fa si sospettava che questo disturbo fosse principalmente causato da fattori psicologici. Appare oggi evidente, sulla base delle nuove acquisizioni sulla fisiologia dell'erezione, che nella maggior parte dei pazienti la DE ha un'etiologia organica.

L'insufficienza erettiva rappresenta un grosso problema dal punto di vista diagnostico. Nonostante la grande varietà di test studiati per lo scopo, a tutt'oggi nessuno è in grado di determinare in maniera inoppugnabile l'etiopatogenesi dei deficit erettivi. L'erezione è infatti il risultato di delicate alchimie tra psicoaffettività e strutture organiche e molto spesso basta che sia semplicemente inceppato uno di questi meccanismi perché il tutto esiti in difficoltà a raggiungere o mantenere l'erezione. Con un

accurato protocollo diagnostico è però possibile a grandi linee inquadrare alcuni di tali momenti e ciò rende possibile, per la prevalenza di uno o l'altro, effettuare una terapia più mirata ed efficace.

L'iter diagnostico ha ovviamente inizio con un'accurata anamnesi generale e sessuale. La raccolta generale dei dati anamnestici dovrebbe comprendere: malattie metaboliche, traumi, interventi chirurgici, tabagismo, terapie in atto, droghe e consumo di alcolici. Un'adeguata raccolta anamnestica rivela una malattia sistemica che potrebbe predisporre alla disfunzione erettiva, come coronaropatie con malattie vascolari periferiche, diabete mellito, ipercolesterolemia, depressione ... Informazioni di grande interesse riguardano la quantità e la qualità delle erezioni; accertarsi se tale disturbo è di recente comparsa o maturato nel tempo, se ha avuto tendenza al peggioramento, oppure se si presenta a fasi alterne; va indagato l'andamento dei rapporti abituali, l'eventuale presenza di dolore o curvatura del pene. Molto spesso l'erezione pur essendo presente, cala poi nel corso del rapporto, oppure è presente in caso di fantasie erotiche e con la masturbazione, ma fallisce in presenza di un partner reale, o meglio è presente con partner occasionali ma non quello abituale. Nella storia clinica è utile raccogliere notizie sulla libido e sull'eiaculazione, occorre informarsi sulle difficoltà interpersonali con la partner, sui cambiamenti dello stile di vita, sullo stress, sulle difficoltà nell'età dello sviluppo sessuale e sulle possibili depressioni. L'anamnesi chirurgica deve completare un colloquio che è di fondamentale importanza per il corretto inquadramento della problematica.

Nell'esame obiettivo bisognerà tenere conto dell'aspetto e dello sviluppo dei caratteri sessuali secondari per individuare un ipogonadismo ed inoltre bisognerà prestare attenzione all'integrità dei genitali esterni, particolarmente all'assenza di alterazioni del pene, come la presenza di placche da Induratio Penis Plastica e alla normalità nella consistenza e conformazione del contenuto del sacco scrotale.

Gli abituali esami di laboratorio che studiano la crasi ematica, la funzione epatica, renale e l'eventuale presenza di diabete e di iperlipidemie, sono test raccomandati nella diagnostica delle insufficienze erettive; spesso capita che proprio dallo studio di questo problema si riesce ad

effettuare una diagnosi precoce di importanti patologie sistemiche. L'associazione di questi con esami del quadro ormonale e in particolare delle gonadotropine, del testosterone, dei diidrotestosterone e prolattina, può far escludere la presenza di endocrinopatie.

L'utilizzo di un questionario internazionale, l'*International Index of Erectile Function (IIEF)*, è ormai entrato di routine in tutti gli ambulatori andrologici. Questo semplice strumento ci permette di classificare la DE in tre livelli di gravità (lieve, moderata, grave) ed è utilissimo nella valutazione della risposta alle terapie. Grande impatto sta avendo la versione abbreviata di tale questionario, in sole cinque domande nell'ambito della Medicina Generale, come utilissimo strumento di screening.

Nella diagnostica strumentale esistono diversi esami a caratteristiche più o meno invasive.

Un soggetto normale ha erezioni non solo con l'eccitazione sessuale, ma anche, in maniera completamente inconscia, durante la fase REM del sonno. Su questo presupposto si basa l'*NPT test (Nocturnal Penile Tumescence Test)*, basato sulla registrazione della quantità e della qualità delle erezioni notturne mediante l'ausilio di strumenti computerizzati. Il Rigiscan, un apparecchio collegato a due anelli che si appoggiano in sede basale peniena e sottoglandolare, viene consegnato al paziente che a domicilio per tre notti esegue la registrazione. È da poco in commercio un nuovo strumento, il NEVA, di dimensioni più ridotte e con un software più sofisticato rispetto al Rigiscan, che fornisce parametri più precisi tali da consentire anche un'ipotesi etiopatogenetica della DE. Con tali test rigidometrici si può discernere tra deficit erettivi di natura psicogena (normalità dei test) e di natura organica (anormalità dei test).

Con la flussimetria doppler basale e dinamica (ovvero dopo iniezione intracavernosa di farmaci vasoattivi) si esplorano la funzionalità e pervietà della circolazione arteriosa peniena. Con una sonda ecodoppler da 8 mhz si ricerca il polso delle arterie dorsali e cavernose e si esegue il loro decorso lungo i corpi cavernosi. Nelle registrazioni in condizioni basali, talora risulta difficile o impossibile individuare le arterie, in seguito al test da stimolo, in cui di solito vengono iniettati 5-10 µg di PGE1, è possibile registrare variazioni di ampiezza e frequenza del polso.

Esami a maggiore invasività sono riservati ad una valutazione diagnostica di secondo livello e rispondono a quesiti più specifici.

Con gli esami cavernosometrici e grafici si tende ad esempio all'evidenziazione di fughe venose per incontinenza delle valvole normalmente presenti. La cavernosometria

viene eseguita mediante l'infusione di una normale soluzione fisiologica all'interno del corpo cavernoso per mantenere un'erezione artificiale, monitorando al tempo stesso la pressione intracavernosa. L'incapacità di ottenere o mantenere una pressione uguale o superiore alla pressione sistolica media, con un rapido abbassamento della pressione ed una riduzione dell'erezione dopo l'interruzione dell'infusione, suggerisce la presenza di anomalie veno-occlusive. In condizioni normali la pressione di mantenimento deve essere  $\leq 25$  ml/min; valori superiori suggeriscono una fuga venosa. Si può passare a questo punto alla fase grafica, mediante l'infusione nel corpo cavernoso di mezzo di contrasto non ionico e scattando radiogrammi in proiezione frontale e laterale. Normalmente le vie di deflusso venoso sono per nulla o poco visibili; se queste compaiono ci troviamo di fronte ad una fuga lungo il plesso che si visualizza. Le lastre saranno utili per guidare la riparazione chirurgica di tale fuga. Le fughe possono essere classificate in diversi gradi a seconda del momento pressorio intracavernoso in cui compaiono.

L'arteriografia è ormai un esame applicato sempre più raramente, ma trova ancora la sua indicazione prima di un intervento di rivascolarizzazione arteriosa, in pazienti con gravi arteriopatie periferiche.

Possono dare infine utili informazioni alcuni test neurofisiologici (riflesso bulbo-cavernoso, potenziali evocati somato-sensoriali sacrali) in pazienti selezionati, con un'anamnesi positiva per patologie neurologiche e dopo aver già escluso un coinvolgimento vascolare.

In conclusione a questo breve excursus sulla diagnostica della DE ci preme sottolineare quanto sia importante per un paziente un percorso diagnostico, piuttosto che provare l'efficacia di diverse terapie; un iter diagnostico condotto con metodologia fa sentire il malato meglio seguito e permette a noi medici di adoperare una terapia mirata e personalizzata.

### Bibliografia

- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. *Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study*. J Urol 1994;151:54-61.
- Parazzini VF, Fabris FM, Bortolotti A, Calabrò A, Chatenoud L, Colli E, et al. *Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy*. Eur Urol 2000;37:43-9.
- Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano N 3rd. *The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review*. Int J Impot Res 2002;14:226-44.
- Wagner G, Claes H, Costa P, Cricelli C, De Boer J, Debruyne FM, et al. *A shared care approach to the management of erectile dysfunction in the community*. Int J Impot Res 2002;14:189-94.
- Wagner G, Mulhall J. *Pathophysiology and diagnosis of male erectile dysfunction*. BJU Int 2001;88(Suppl.3):3-10.