



LA DISFUNZIONE ERETTILE

AURELIO SESSA

Società Italiana di Medicina Generale

La DE, intesa come l'incapacità di ottenere e/o mantenere l'erezione al fine di permettere un rapporto soddisfacente, colpisce mediamente il 12,8% dei soggetti dei maschi di età > 18 anni¹. La prevalenza aumenta con l'avanzare dell'età fino a quasi il 50% nei soggetti di età > 70 anni. Oltre all'età giocano un fattore importante il fumo, il diabete, le cardiopatie e la depressione. La contemporanea presenza di questi fattori amplifica a dismisura il rischio fino a 12 volte.

La normale funzione erettiva è il risultato di una fine interazione tra elementi vascolari, endocrini, neurologici, psicologici e genitourinari. Si riconoscono cinque fasi della funzione sessuale normale². La prima fase, quella del desiderio sessuale (la libido), prevede l'influenza di fattori psicologici ed endocrini (androgeni). La seconda fase è quella che sfocia poi nell'erezione, evento neurovascolare che si realizza grazie ad una fine interazione tra l'innervazione simpatica e parasimpatica a livello del pene, la muscolatura liscia e striata dei corpi cavernosi e del pavimento pelvico che comporta un consistente flusso ematico arterioso. L'erezione si sviluppa e si mantiene grazie all'afflusso arterioso e grazie alla venocostrizione che ne impedisce il deflusso. I neurotrasmettitori che entrano nel gioco del meccanismo dell'erezione sono l'ossido nitrico, il polipeptide vasoattivo, l'acetilcolina e le prostaglandine.

La terza fase di una normale funzione sessuale è l'eiaculazione che è controllata dal sistema nervoso parasimpatico e consiste nell'emissione del liquido seminale.

La quarta fase è quella dell'orgasmo, fenomeno corticale in cui la contrazione ritmica dei muscoli bulbocavernosi e ischiocavernosi è avvertita come un piacere.

La quinta fase o della detumescenza è il risultato della costrizione della muscolatura liscia trabecolare che comporta il drenaggio del sangue venoso con conseguente ritorno allo stato di flaccidità.

CAUSE DI DISFUNZIONE ERETTILE

La DE può essere il risultato di un problema che interviene in qualsiasi fase del processo di tumescenza. Nella maggior parte dei casi la causa è organica oppure mista e in una minoranza dei casi solo psicogena.

La causa più comune di DE tra quelle organiche è il ridotto apporto ematico al pene e i processi aterosclerotici

sono responsabili di più del 50% delle DE negli individui di età > 50 anni³.

Nei pazienti diabetici, indipendentemente dal tipo, la DE è presente nel 50% circa dei casi in misura comunque dipendente dall'età e dalla gravità della malattia; il rischio di DE è tre volte maggiore rispetto alla popolazione sana⁴. Sono associate ad alta prevalenza di DE l'insufficienza renale cronica (40% dei casi), l'insufficienza epatica (25-70%).

Il morbo di Parkinson, la malattia di Alzheimer e gli esiti di ictus possono essere causa di DE in quanto responsabili di una riduzione della libido o dei meccanismi di innescazione dell'erezione.

Circa la metà dei pazienti che ha subito un trauma spinale presenta in seguito una DE⁵. L'entità della DE nei pazienti che hanno subito traumi dipende principalmente dal tipo, dalla localizzazione e dall'estensione della lesione.

Le cause endocrine di DE, pur essendo molteplici (ipotiroidismo, ipertiroidismo, ipogonadismo e iperprolattinemia) sono le meno rappresentate.

La DE di origine psicogena è la causa più frequente nella popolazione giovane (70% nei soggetti con DE di età < 35 anni), mentre è presente solo nel 10% degli individui con DE di età > 50 anni. Il 90% dei soggetti con depressione grave presenta una DE moderata o completa⁶.

Il 25% delle DE è la conseguenza di farmaci assunti per la cura di altre situazioni cliniche^{7,8}, quali gli antiipertensivi, sostanze ormonali, antidepressivi, ansiolitici a cui vanno aggiunti, quali sostanze voluttuarie, anche eroina e cocaina.

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE CON DISFUNZIONE ERETTILE

Un corretto approccio al paziente con DE dovrebbe prevedere la raccolta della storia clinica con l'anamnesi sessuale, un esame clinico generale, una valutazione della sfera psicosociale e un profilo di laboratorio di base. Ma prima di tutto ciò, va detto che bisogna mettere in conto che un paziente, almeno nelle prime fasi di approccio clinico, necessita di un tempo superiore rispetto alle normali visite e talora possono essere necessarie alcune sedute. Comunicazione e ambiente sono due momenti cruciali per una buona riuscita della visita. La comunica-

zione deve essere partecipativa ed empatica e l'ambiente deve essere confortevole tanto da mettere il paziente a proprio agio⁹.

La storia clinica non comporta particolari problemi per il Medico di Medicina Generale, in quanto questi conosce nella maggior parte dei casi i fattori di rischio per DE (patologie croniche, farmaci assunti, pregressi interventi, fumo ed eventuale assunzione di sostanze voluttuarie). Alcune domande sulla sfera psico-sociale possono rilevare problematiche psicologiche nascoste o disagi o conflitti relazionali in famiglia o nel contesto generale, che possono spiegare i problemi erettivi. L'esame fisico generale dovrebbe considerare una valutazione degli organi genitali (pene e testicoli), la distribuzione dei peli e la ricerca di una ginecomastia. È opportuno valutare poi i polsi periferici e la sensibilità della zona genitale e perineale. L'anamnesi sessuologica si avvale oggi di uno strumento rapido, attendibile e polivalente che è l'*International Index of Erectile Function (IIEF)*¹⁰. È stato validato per l'uso su larga scala in trial clinici. Il questionario può essere somministrato al paziente o addirittura autocompilato. L'IIEF propone 15 domande per valutare i cinque aspetti della funzione sessuale maschile e la sua forma abbreviata con 5 domande (l'IIEF-5) è indicata nella valutazione della DE, dimostrando un'elevata specificità e sensibilità.

Un *panel* basale di esami di laboratorio comprende l'emocromo, il dosaggio del colesterolo, glicemia, creatinina e l'esame delle urine. L'unico esame ormonale raccomandato è la testosteronemia. Solo in caso di livelli inferiori alla norma di questo ormone, si può procedere al dosaggio della sua frazione libera, della prolattina e dell'ormone luteinizzante.

La diagnostica di secondo livello (Rigiscan, ecocolordoppler penieno dinamico, arteriografia, cavernosometria ed elettromiografia della muscolatura perineale) è solitamente gestita dal consulente uro-andrologo anche se il Medico di Medicina Generale deve conoscerle se non altro per il fatto di fornire informazioni ai pazienti che saranno studiati.

CONCLUSIONI

Nella maggior parte dei casi è possibile che il Medico di Medicina Generale si faccia un'idea sulla probabile causa di DE, mettendo insieme le informazioni raccolte dall'anamnesi e dalle prime indagini diagnostiche eseguite. In ogni caso qualsiasi condizione che può avere un impatto negativo sulla funzione erettile deve essere corretta. Bisogna prendere anche in considerazione il fatto di poter sospendere qualsiasi terapia che può essere correlata alla DE oppure, se necessario, passare ad una terapia alternativa che non interferisca con la funzione erettile.

Il compito del Medico di Medicina Generale è quello di riportare il paziente ad aspettative realistiche, spiegandogli tutte le opzioni terapeutiche disponibili, ciascuna con i propri vantaggi e svantaggi.

Bibliografia

- 1 Parazzini F, Meschini Fabris F, Bortolotti A, Calabrò A, Chatenoud L, Colli E, et al. *Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy*. Eur Urol 2000;37:43-9.
- 2 Lue TF. *Male sexual dysfunction*. In: Tanagho EA, McAninch JW, eds. *Smith's general urology*. 12th Edition. Norwalk, Conn: Appleton & Lange 1988.
- 3 Ruzbarsky V, Michal V. *Morphologic changes in the arterial bed of the penis with aging: relationship to the pathogenesis of impotence*. Invest Urol 1977;15:194-9.
- 4 Fedele D, Coscelli C, Santeusano F, Bortolotti A, Chatenoud L, Colli E. *Erectile dysfunction in diabetic subjects in Italy*. Diabetes Care 1998;21:1973-7.
- 5 Bors E, Comarr AE. *Neurological disturbances of sexual function with special reference to 529 patients with spinal cord injury*. Urol Surv 1960;10:191-222.
- 6 Shabsigh R, Klein LT, Seidmen S, Kaplan SA, Lehrhoff BJ, Ritter JS. *Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction*. Urology 1998;52:848-52.
- 7 Brock GB, Lue TF. *Drug-induced male sexual dysfunction. An update*. Drug Saf 1993;8:414-26.
- 8 Finger WW, Lund M, Slagle MA. *Medication that may contribute to sexual disorders: a guide to assessment and treatment in family practice*. J Fam Pract 1997;44:33-43.
- 9 Ralph D, McNicholas T. *UK management guidelines for erectile dysfunction*. BMJ 2000;321:499-503.
- 10 Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. *The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale of assessment of erectile dysfunction*. Urology 1997;49:822-30.