La disfunzione erettile

Data 04 maggio 2026
Categoria urologia

In questa pillola una breve guida per il medico di famiglia su come gestire la disfunzione erettile, una condizione spesso premonitrice di eventi cardiovascolari futuri.

La disfunzione erettile (DE) è l'incapacità persistente di raggiungere e mantenere un'erezione tale da permettere un rapporto sessuale soddisfacente.
Un primo concetto importante da sottolineare è che la DE è un segnale da non sottovalutare perchè aumenta in modo significativo il rischio di eventi cardiovascolari e può precedere la loro comparsa anche di 3-5 anni. Più frequente negli anziani, riguarda in media circa il 20-25% degli uomini.

Cause vascolari e metaboliche
Tra le cause vascolari e metaboliche ricordiamo il fumo, la sedentarietà, l'obesità, il diabete, la sindrome metabolica, le patologie cardiovascolari e gli interventi che danneggiano il sistema vascolare (ad esempio interventi chirurgici o radioterapia a livello pelvico)

Causeneurogene
Tra le cause neurologiche ricordiamo l'ictus, le patologie neurologiche degenerative (la sclerosi multipla, Parkinson), traumi o le patologie del midollo spinale (es: mielite trasversa). Da non dimenticare la neuropatia diabetica, quella alcolica,ecc.

Alterazionianatomiche
La DE può essere dovuta a condizioni anatomiche come ipospadia e epispadia, fimosi, induratio penis plastica.

DE di origine ormonale
Molte disfunzioni endocrine possono causare DE: ipogonadismo ipogonadotropo, prolattinoma, tireopatie, sindrome di Cushing e morbo di Addison.

DE da cause psicogene
Una DE può essere dovuta a disturbi dell'umore come la depressione, ad ansia e/o stress oppure a problemi di rapporti con il partner (ad esempio ansia da prestazione). Prima di imputare una DE a una causa psicogena è opportuno escludere le altre possibili cause.

DE da cause varie
Vanno infine ricordate malattie come la BPCO, la psoriasi, la gotta, le epatopatie, le malattie infiammatorie croniche intestinali, i farmaci (antipertensivi come i tiazidici e i betabloccanti, antidepressivi, antipsicotici, antiandrogeni, droghe). La sindrome delle apnee notturne è una causa sottostimata e trattabile.

Valutazione del paziente
Importante l'anamnesi circa malattie pregresse e farmaci o sostanze assunte. Inoltre è opportuno chiedere se ci sono erezioni spontanee al mattino o se la DE si realizza solo con un partner e non con altri, se vi sono state variazioni della libido, se il paziente soffre o ha sofferto di eiaculazione precoce, se è possibile l'erezione da soli (autoerotismo). Data la natura dell'argomento il colloquio va affrontato con delicatezza chiedendo prima al paziente se è disposto a rispondere a domande "intime". Va esplorato anche lo stato psichico ricercando sintomi di ansia o depressione.
Sempre con l'anamnesi si indagherà sulla presenza di sintomi urinari che possono suggerire una patologia prostatica.
L'esame obiettivo sarà rivolto non solo ad esaminare gli organi sessuali ma anche a valutare eventuali patologie che possono causare DE (ad esempio le malattie cardiovascolari, tiroidee e metaboliche).
Utile l'uso del questionario IIEF-5 (International Index of Erectile Function), strumento pratico composto da 5 domande che serve per quantificare la gravità della DE e monitorare la risposta al trattamento (https://www.societaitalianadiendocrinologia.it/wp-content/uploads/2024/08/iief_5.pdf).
In seguito si potranno richiedere alcuni accertamenti diagnostici: emocromo, glicemia, creatinina, un profilo lipidico completo, prove epatiche, il PSA, alcuni esami ormonali (TSH, prolattina, testosterone, LH e FSH). L'ecodoppler penieno dinamico può essere richiesto in casi selezionati, ad esempio quando si sospetta una causa vascolare.

Trattamento
Ovviamente andranno trattate le cause sottostanti che potrebbero causare DE. Bisognerà insistere su un corretto stile di vita (dieta, abolizione del fumo, attività fisica). Se si ritiene che la causa sia psicologica può essere di aiuto una consulenza psicosessuale.
La DE è considerata un equivalente cardiovascolare e la sua comparsa offre una "finestra di opportunità" per intervenire sui fattori di rischio. Prima di prescrivere PDE5-inibitori è utile stratificare il rischio CV (consenso di Princeton).
La terapia farmacologica vera e propria della DE si basa sugli inibitori della fosfodiesterasi 5: sildenafil, tadalafil, vardenafil, avanafil. I vari farmaci si distinguono tra loro per alcune differenze farmacologiche, ad esempio la durata d'azione. Da ricordare che il tadalafil a basse dosi giornaliere è approvato anche per il trattamento dei disturbi delle

basse vie urinarie e dell'iperplasia prostatica benigna.
Importante la controindicazione principale rappresentata dalla terapia con nitrati. Usare cautela nei pazienti che assumono alfa-bloccanti. Tra gli effetti collaterali degli inibitori della fosfodiesterasi 5 ricordiamo le vertigini, la nausea, il vomito, la dispepsia, l'aumento della frequenza cardiaca, dolore toracico. Rare sono le complicanze oculari e il priapismo.
Terapie di seconda linea: iniezioni intracavernose di alprostadil, vacuum erection device.
Nei casi di ipogonadismo documentato, la terapia sostitutiva con testosterone può migliorare la risposta ai PDE5-inibitori
La protesi peniena è un'opzione di terza linea che può essere proposta in casi selezionati.

RenatoRossi