



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Disfunzione erettile
Data 26 febbraio 2006 alle 18:34:00
Autore R. Rossi

Ressa:

Oh, ecco finalmente un argomento che mi interessa...

Non fraintendermi, per ora funziona tutto bene, ma gli anni passano e le sorprese sono sempre dietro l'angolo, quindi è bene essere al corrente degli ultimi sviluppi, non so se mi spiego.

Rossi:

Ti sei spiegato alla perfezione, io ho due anni più di te e mi sono già accorto che non è più come quando avevo 20 anni...

Ma bando alle ciance e cominciamo al solito con la definizione. Per disfunzione erettile si intende l'incapacità ad ottenere e mantenere una erezione del pene tale da avere un rapporto sessuale soddisfacente.

Si tratta di un disturbo che aumenta con l'invecchiamento e che, presumibilmente, sarà sempre più frequente sia per l'aumento delle cause (cardiopatía ischemica, diabete, vasculopatie, dislipidemie) che per la sempre maggior attenzione ad esso rivolta dai mass-media e dai pazienti stessi, anche perché sono attualmente disponibili farmaci efficaci per combatterla.

Ressa:

Mi pare di aver letto qualche tempo fa che le diagnosi di disfunzione erettile in Gran Bretagna sono quasi raddoppiate da quando è stato commercializzato il sildenafil. Rossi:

Secondo alcuni studi la prevalenza della disfunzione erettile si aggirerebbe sul 40% e oltre della popolazione esaminata [1,2]. Si tratta però di dati americani. In Italia frequenze così elevate sono riportate solo per anziani > 70 anni mentre per le fasce d'età più giovani (50-70 anni) la prevalenza si aggira sul 15-25% [4]. In realtà la mia esperienza mi porta a riferire percentuali ancora più basse. Questo dipende da una certa ritrosia dei pazienti a parlare col proprio medico di problemi legati ad una sfera molto intima come quella sessuale oppure i pazienti non ne parlano perché non ritengono la disfunzione erettile un problema di salute?

E vi è da chiedersi, in questo secondo caso, se sia proponibile uno screening generalizzato della disfunzione erettile da porre in atto su tutti i pazienti oltre una certa soglia d'età o se non convenga invece limitare l'attenzione ai pazienti a rischio (cardiopatici, diabetici, ecc.).

Ressa:

Parlaci delle cause.

Rossi:

Sono molteplici. Anzitutto l'invecchiamento; poi fattori psicologici (ansia, depressione., difficoltà relazionali), malattie endocrine (ipogonadismo, iperprolattinemia, tireopatie, Cushing, Addison), malattie vascolari (aterosclerosi, cardiopatía ischemica, arteriopatie periferiche, disordini dei corpi carvenosi, incompetenza venosa delle vene peniene).

Ressa:

Non dimentichiamo che anche i farmaci possono dare disfunzione erettile (antipertensivi, antidepressivi, psicofarmaci, estrogeni e antiandrogeni, digoxina), oppure l'abuso di sostanze (alcol, marijuana, narcotici, fumo di sigaretta).

Rossi:

Ricordo anche il diabete, l'ipertensione, l'insufficienza renale, l'iperlipemia, la BPCO, le malattie nervose (cerebropatie, lesioni midollari, neuropatie periferiche, lesioni dei nervi pudendi) Ressa:

Come procedere dopo la diagnosi?

Rossi:

L'anamnesi deve innanzitutto chiarire se si tratta veramente di disfunzione erettile o piuttosto di eiaculazione precoce o perdita della libido. Va anche chiesto al paziente se la difficoltà di erezione si verifica ogni volta oppure saltuariamente. Si deve indagare se è presente erezione notturna o se il paziente riesce ad ottenere una efficace erezione con l'autoerotismo oppure cambiando partner (in questi casi ci si deve indirizzare verso una genesi psicogena).

Ressa:

Ehm, ehm ...

Rossi:

Nei giovani alle prime esperienze sessuali il problema è di solito legato alla cosiddetta "ansia da prestazione"; in questi casi è bene sdrammatizzare e spiegare che si tratta di un difficoltà normale e comprensibile che non richiede terapia ma solo pazienza e affiatamento col partner.

Anche il tempo di comparsa del disturbo può fornire utili elementi diagnostici. Se la disfunzione erettile è comparsa improvvisamente e/o appare in relazione con eventi stressanti, difficoltà economiche o lavorative ecc. è probabile una genesi non organica.

L'insorgenza graduale, la mancanza di erezioni notturne o con autoerotismo o con cambiamento di partner, la presenza di fattori di rischio cardiovascolari, l'abuso di sostanze, il fumo, devono far sospettare una genesi organica. Da non



dimenticare che talora una disfunzione erettile può essere il primo segno di una concomitante cardiopatia ischemica o di un diabete. Anzi dovremmo cominciare a pensare alla disfunzione erettile, perlomeno dopo una certa età, come ad un vero e proprio segnale di rischio cardiovascolare [12,13]. Rimane però da stabilire se la DE precede o segue la comparsa di queste condizioni. Alcuni dati fanno ritenere che la DE sia un fattore indipendente di coronaropatia particolarmente impegnativa [14].

Ressa:
Sottolineo quest'ultimo punto: una disfunzione erettile dopo i 40 anni deve sempre portare ad indagare il settore cardiovascolare e d'altra parte nel diabetico chiedere sempre se soffre di problemi erettivi perché ho notato che spesso i pazienti tendono ad essere reticenti su questo punto.

Rossi:

L'anamnesi farmacologica permette di stabilire se il paziente assume farmaci che possono essere implicati nella genesi del disturbo.

L'anamnesi deve ovviamente investigare aspetti intimi della sfera sessuale e deve farlo con tatto e moderazione. In particolare si deve chiedere se il deficit erettivo è presente anche dopo adeguata stimolazione del pene (manuale e/o orale) da parte della/del partner. In alcuni casi infatti se si scava un po' si vede come alcuni, dopo anni di matrimonio e di convivenza (anni che naturalmente fanno venir meno gli ardori giovanili) pretendano delle erezioni a comando al solo pensiero dell'atto sessuale.

Ressa:

In alcune cliniche del sesso le coppie sono istruite a dedicare il tempo sufficiente ai preliminari e a consumare materiale e film pornografici: se stimoli visivi e tattili di questo tipo riescono a provocare una erezione adeguata significa che il deficit erettile non è probabilmente di natura organica e la causa va ricercata da altre parti (stanchezza del rapporto di coppia, gelosie o incomprensioni reciproche, stress psicologici, rancori o altro) per le quali sarebbe utile indirizzare il paziente (o meglio la coppia) verso chi si occupa di queste problematiche (consulenti di coppia, sessuologi).

Rossi:
Utile ricordare ai pazienti che uno degli afrodisiaci più potenti è il "bacio appassionato" che spesso la routine di tutti i giorni e la consuetudine di una vita insieme fanno passare in secondo piano. Si tratta comunque di aspetti molto intimi e delicati da indagare e il MMG deve possedere la sensibilità di sapere quanto e quando chiedere e quando fermarsi, basandosi sulla conoscenza che ha del paziente, stratificatasi nel corso degli anni.

Talora raccogliendo l'anamnesi si possono avere delle sorprese che nessun libro paludato menziona, come si evince dall'esempio che segue. Un mio giovane paziente mi consulta per avere una prescrizione di sildenafil. Decido di indagare e il giovane, comprensibilmente restio all'inizio, mi riferisce che fino a circa 2-3 mesi fa non aveva mai avuto difficoltà. Poi, con la nuova partner, le cose hanno cominciato a prendere una brutta piega ed ora ha paura di affrontare i momenti di intimità in quanto non riesce ad avere una erezione sufficiente. Chiedo se secondo lui la cosa può essere dovuta a qualche problema con la nuova ragazza e il giovane diventa reticente e solo con molto tatto e dopo notevole insistenza lo convinco a spiegarmi i particolari: la nuova "morosa" è sessualmente molto disinibita e gli chiede un rapporto orale che lo mette a disagio e lo blocca totalmente dal punto di vista psicologico.

Ressa:

Per fortuna il nostro libro è indirizzato solo a medici, d'altra parte in una materia così delicata si debbono affrontare anche aspetti delicati.

Passiamo all'esame obiettivo.

Rossi:
L'esame obiettivo di solito non fornisce dati di rilievo a livello genitale. Comunque deve essere valutata la presenza di deformazioni del pene (malattia di Peyronie) e il volume dei testicoli (ipogonadismo) oltre all'esame cardiovascolare, alla misurazione della pressione e all'esame neurologico.

Le linee guida concordano nel ritenere che l'anamnesi, l'esame obiettivo e pochi esami di laboratorio siano sufficienti nell'inquadrare il paziente e che non sia necessario l'invio allo specialista nella maggior parte dei casi [3].

Gli esami consigliati comprendono la glicemia, la creatinina, l'esame urine, gli elettroliti, l'assetto lipidico, la prolattina, il dosaggio del testosterone sierico (soprattutto se insieme alla disfunzione erettile il paziente lamenta perdita della libido), FSH, LH e TSH.

Non sono in genere necessari esami strumentali [15].

L'ecodoppler penieno per valutare il flusso vascolare a livello dei vasi penieni arteriosi e venosi (prima e dopo iniezione di prostaglandine) si rende raramente necessario quando si sospetta una stenosi delle arterie del pene oppure una incompetenza venosa (deflusso troppo rapido del flusso sanguigno dalle vene).

Ressa:

Veniamo al piatto forte, la terapia.

Rossi:

La terapia può basarsi sul semplice counseling e sulla rassicurazione nelle forme psicogene legate a fattori contingenti, in attesa di una risoluzione spontanea del disturbo. Nei diabetici o vasculopatici la presenza di disfunzione erettile indica una maggiore gravità della malattia per cui è necessario trattare più aggressivamente la condizione di base. Bisogna invitare il paziente a smettere di fumare, a ridurre le bevande alcoliche, a praticare regolare attività fisica e a preferire una dieta bilanciata povera di grassi animali [5]. Nel caso la causa sia legata ad un particolare farmaco, questo, se possibile, va sostituito. I farmaci per via orale sono di gran lunga preferiti alle altre terapie. I più usati sono gli inibitori dell'enzima PDE-5 (sildenafil, vardenafil, tadalafil). L'enzima PDE-5 produce una contrazione della muscolatura liscia e il suo blocco promuove la vasodilatazione e migliora il processo che porta alla erezione. Il sildenafil e il vardenafil hanno dimostrato, in trial clinici, di migliorare l'erezione ottenuta e il suo mantenimento quando assunti circa un'ora prima del rapporto sessuale. Il vardenafil si è dimostrato efficace sia nei prostatectomizzati che nei diabetici.

Ressa:

Appena uscì il sildenafil mi arrivò in studio un tipo che conoscevo per essere un "tombeur des femmes" il quale, con fare arrogante e un po' complice, mi fa: "Ah dottò, me ordini el Viagra che staserà c'ho tra le mani un pezzo..."



Rossi:

Eh, questa è la potenza dei mass-media, da farmaco per curare un problema è diventato, nell'immaginario collettivo, un mezzo per fare bella figura con l'amante di turno... ormai c'è una pasticca per tutto.

Il tadalafil differisce dagli altri due per un'emivita più lunga (soggetti che avevano assunto il farmaco hanno potuto avere rapporti sessuali soddisfacenti fino a 24-36 ore dopo l'assunzione). Nessuno dei tre farmaci subisce interferenze con l'alcol. Dopo i 65 anni aumenta l'emivita dei farmaci ma l'aggiustamento della dose può essere richiesto per il sildenafil ma non necessariamente per gli altri due.

Siccome gli inibitori del PDE-5 producono vasodilatazione possono causare ipotensione e questo può essere pericoloso nei pazienti con malattie cardiovascolari, soprattutto se anziani. Tuttavia in una revisione di 53 studi in cui veniva impiegato il sildenafil la percentuale di infarto miocardico non differiva tra farmaco e placebo [6]. Negli studi con il tadalafil la percentuale di infarti era più bassa in chi usava il farmaco piuttosto che il placebo [7].

Ressa: Mah, io comunque sono molto restio a prescrivere nei cardiopatici

Rossi:

Ufficialmente questi farmaci sono controindicati nei soggetti che devono usare nitrati perché l'uso associato può provocare ipotensione grave. Comunque anch'io sono del tuo parere anche se non sono stati segnalati casi di ipotensione quando gli inibitori della PDE-5 sono usati da soli o con altri ipotensivi [8]. In effetti nei pazienti con cardiopatia ischemica non in trattamento con nitrati l'uso di questi farmaci non è formalmente controindicato tuttavia la scheda tecnica consiglia di assicurarsi che le condizioni di salute siano tali da poter affrontare un rapporto sessuale. Direi che è utile far eseguire un ECG da sforzo prima della prescrizione. Una controindicazione è la retinite pigmentosa mentre cautela deve essere posta nella prescrizione a soggetti con anemia falciforme, leucemie, mieloma. Effetti riportati con questi farmaci sono cefalea, vertigini, flushing, dispepsia, congestione nasale, nausea, disturbi visivi. Negli studi clinici i casi di priapismo sono stati molti rari. Nei soggetti con insufficienza epatica o renale e negli anziani (> 65 anni) è prudente iniziare con la dose più bassa eventualmente da incrementare in caso di necessità. Inoltre recentemente sono stati segnalati casi (peraltro assai rari) di neurite ottica con cecità in soggetti che avevano assunto inibitori della fosfodiesterasi 5 (J Neuroophthalmol. 2005;9:13). La FDA ha dichiarato di prendere seriamente in considerazione queste segnalazioni ma per ora non ci sono evidenze di un rapporto causa-effetto fra uso di questi farmaci e neurite ottica [11].

Ressa:

Si possono usare questi farmaci nelle disfunzioni erettili non di origine organica?

Rossi:

Si perché danno un risultato immediato, al contrario del counselling e della consulenza psico-sessuale, e questo rende tranquillo e più sicuro il paziente e lo aiuta ad affrontare il rapporto sessuale senza essere ossessionato dallo spauracchio del fallimento.

Ressa: Ci sono anche altri farmaci oltre a quelli che hai citato.

L'apomorfina è un agonista dei recettori dopaminergici approvato per la disfunzione erettile al dosaggio di 2 e 3 mg. Il farmaco si è dimostrato discretamente superiore al placebo, minimamente efficace dopo prostatectomia ma non più efficace del placebo nei diabetici. Gli effetti avversi sono frequenti: nausea, vertigine, sudorazione, cefalea, vertigini, sonnolenza, ipotensione aggravata dalla assunzione di alcol.

Rossi:

Io non l'ho mai usata. Per ora non ci sono studi che abbiano dimostrato la sua efficacia in chi non risponde agli inibitori del PDE-5. Inoltre è controindicata nei cardiopatici e nei pazienti in trattamento con farmaci psicotropi [9]. Potrebbe però essere un'alternativa in chi non tollera sildenafil e correlati.

Nei casi in cui la disfunzione erettile sia dovuta ad un ipogonadismo e i PDE-5 inibitori siano inefficaci si può tentare con il testosterone.

L'alprostadil iniettato nei corpi cavernosi viene poco usato sia per la scomodità dell'impiego sia per i possibili effetti collaterali (dolore al pene e, raramente, priapismo).

Tra le opzioni chirurgiche, da proporre nei casi refrattari al trattamento conservativo, ricordiamo il by-pass a livello delle arterie del pene, indicato in pazienti selezionati con lesioni localizzate di questi vasi (di solito secondarie ad un trauma) e senza malattia vascolare generalizzata e le protesi peniene che sono però gravate da complicanze (infezioni, erosioni) ma darebbero una buona soddisfazione al paziente e al partner [10].

- BIBLIOGRAFIA
1. US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2003; 138:927-937
 2. Callahan CM, et al. Med Care 2002;40:771-81
 3. Progetto Cronos: i risultati dello studio osservazionale. Bollettino di Informazione sui Farmaci 2004, 5-6:183-188
 4. Trinh NH et al. JAMA. 2003; 289:210-216
 5. AD2000 Collaborative Group. Lancet 2004; 363: 2105-2115
 6. Wilkinson D et al. Neurology 2003; 61:479-86.
 7. Lancot KL et al. CMAJ 2003;169: 557-64
 8. Lee PE et al. BMJ 2004; 329:75
 9. Sink KM et al. JAMA 2005 Feb 2; 293:596-608
 10. Mayor S. BMJ 2005 Feb 5;330:276. <http://www.bmj.com/content/330/7486/276.3>
 11. Gill SS et al. BMJ 2005 Feb 26; 330:445
 12. Byrne GJ. Australian Prescriber 2005 Number 3; 28:67-70
 13. Petersen RC et al. for the Alzheimer's Disease Cooperative Study Group. Vitamin E and Donepezil for the Treatment of Mild Cognitive Impairment. N Engl J Med 2005 Jun 9; 352:2379-2388
 14. Focus. Bollettino di Farmacovigilanza n. 37, febbraio-maggio 2004. In: <http://www.sfm.univr.it/>
 15. E. Wooltorton. Health and Drug Alerts. CMAJ 2002 Nov 26; 167:1269



16. E. Wolltorton. Health and Drug Alerts. CMAJ 2004 Apr 27, 170:1395
17. MedWatch. 2005 Safety alerts for drugs, biologics, medical devices, and dietary supplements: Reminyl (galantamine hydrobromide). Rockville, Md.: Food and Drug Administration, 2005. In: www.fda.gov/medwatch/SAFETY/2005/safety05.htm#Reminyl.
<http://www.fda.gov/downloads/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/UCM164870.pdf>
18. Kaduszkiewicz H et al. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer disease: systematic review of randomized clinical trials. BMJ 2005 Aug 6; 331: 321-327.
19. Singh S et al. Health and Drug Alerts. Increased mortality among elderly patients with dementia using atypical antipsychotics. CMAJ 2005 Aug 2; 173:252.
20. Schneider LS et al. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia. Meta-analysis of randomised placebo controlled trials. JAMA 2005 Oct 19; 294:1934-1943.
21. Ballard C, et al. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev 2006;(1):CD003476.
22. Schneider LS et al. for the CATIE - AD Study Group. Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease. N Engl J Med 2006 Oct 12; 355: 1525-1538
23. <http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm152595.htm>
24. Graff MJL et al. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ 2006 Dec 9;333:1196.
25. Gill SS et al. Antipsychotic Drug Use and Mortality in Older Adults with Dementia. Ann Intern Med 2007 Jun 5; 146:775-786
26. Wang PS et al. Risk of Death in Elderly Users of Conventional vs Atypical Antipsychotic Medications. N Engl J Med 2005 Dec 1; 353: 2335-2341
27. Schneeweiss S et al. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. CMAJ 2007 Feb 27; 176:627-32
28. Rabins PV et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Alzheimer's Disease and Other Dementias. Am J Psychiatry 164: A48 . Dec. 2007. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/data/164/12/A48/DC2/1>
29. Satolli R. L'efficacia dei farmaci per l'Alzheimer. Occhio Clinico 2004. N. 8, pag. 8