

2. Il trattamento della Disfunzione Erettile nelle linee guida internazionali

2.1 Iter diagnostico

L'iter diagnostico per l'individuazione della DE è importante anche perché consente di evidenziare la presenza di una eventuale patologia organica sottostante, che spesso può essere efficacemente trattata; in effetti, tra le condizioni organiche che sono state riconosciute come principali fattori di rischio per la DE sono incluse anche malattie gravi ma potenzialmente curabili, quali l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, le patologie prostatiche. Ad esempio, la DE può rappresentare una manifestazione clinica relativamente precoce di una malattia CV ancora asintomatica, di cui quindi costituisce una sorta di "marker" (1).

La diagnosi di DE si basa soprattutto sulla valutazione clinica, che deve includere un'approfondita anamnesi clinica e sessuale ed un accurato esame obiettivo (2).

Per valutare il grado di severità della DE e la sua risposta al trattamento, si utilizza l'*International Index of Erectile Function* (IIEF), un questionario articolato in 15 domande.

Come strumento di screening si può utilizzare, soprattutto nell'ambito della Medicina Generale, una versione più breve del suddetto questionario, che viene denominata IIEF-EF (3) (**Tabella 2.1**).

Durante l'esame obiettivo del paziente con sospetta DE, occorre focalizzare l'attenzione sui sistemi endocrino e genitourinario, valutando l'aspetto e lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari, utili per individuare un eventuale ipogonadismo, e prestando attenzione alla presenza di eventuali alterazioni a carico dei genitali esterni.

L'esame obiettivo deve includere l'apparato cardiocircolatorio (pressione arteriosa, polsi arteriosi), specialmente nei soggetti con malattia cardiovascolare, e il sistema nervoso. Negli uomini di età superiore ai 40 anni è utile eseguire anche l'esame della

Tabella 2.1 Questionario "breve" per la Disfunzione Erettile (dominio EF dell'*International Index of Erectile Function*, IIEF-EF) (3).

QUESITO*	OPZIONI DI RISPOSTA
Q1: Quante volte riesce ad avere un'erezione durante l'attività sessuale?	0 = Nessuna attività sessuale 1 = Quasi mai/mai 2 = Poche volte (molto meno della metà delle volte) 3 = Talvolta (circa la metà delle volte) 4 = La maggior parte delle volte (molto più della metà delle volte) 5 = Quasi sempre/sempre
Q2: Quando ha avuto erezioni con la stimolazione sessuale, quante volte sono state sufficientemente rigide per la penetrazione?	
Q3: Quando ha tentato di avere un rapporto sessuale, quante volte è riuscito a penetrare la sua partner?	0 = Non ho tentato il rapporto 1 = Quasi mai/mai 2 = Poche volte (molto meno della metà delle volte) 3 = Talvolta (circa la metà delle volte) 4 = La maggior parte delle volte (molto più della metà delle volte) 5 = Quasi sempre/sempre
Q4: Durante il rapporto sessuale, quante volte è riuscito a mantenere l'erezione dopo aver penetrato la sua partner?	
Q5: Durante il rapporto sessuale, quanto è stato difficile mantenere l'erezione per completare il rapporto?	0 = Non ho tentato il rapporto 1 = Estremamente difficile 2 = Molto difficile 3 = Difficile 4 = Un pò difficile 5 = Non difficile
Q6: Come valuta la sua sicurezza nel raggiungimento e mantenimento dell'erezione?	1 = Molto bassa 2 = Bassa 3 = Moderata 4 = Alta 5 = Molto alta

*Tutti i quesiti sono stati preceduti dalla frase "Nelle ultime 4 settimane"

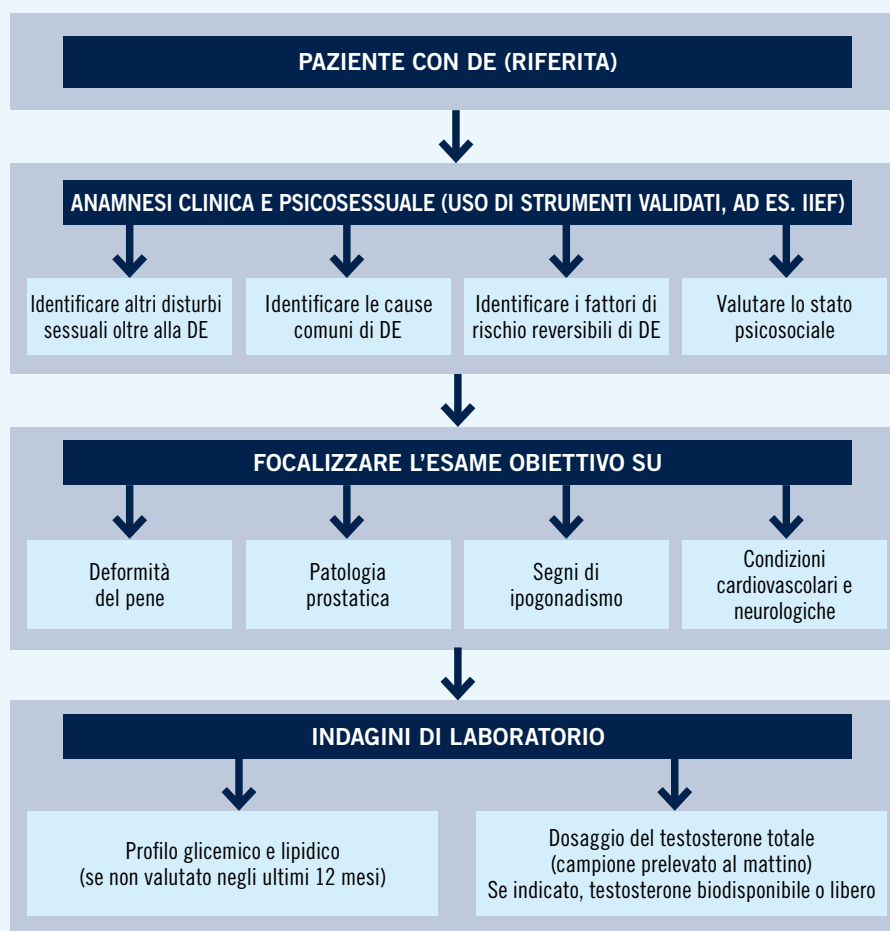


Figura 2.1 Algoritmo “essenziale” per la valutazione diagnostica (“basic work-up”) dei pazienti con Disfunzione Erettile. DE=Disfunzione Erettile; IIEF=International Index of Erectile Function (2).

prostata tramite l'esplorazione rettale, vista anche la frequente concomitanza tra patologie prostatiche croniche e DE (2).

Le indagini di laboratorio devono includere uno screening ormonale con dosaggio del testosterone per evidenziare la presenza di ipogonadismo, nonché quello di prolattina e ormone luteinizzante (LH), qualora i livelli di testosterone risultino bassi (2).

Altre indagini utili sono l'esame emocromocitometrico, la glicemia, il profilo lipidico, l'analisi delle urine e il dosaggio del PSA.

La **Figura 2.1** presenta un algoritmo “essenziale” per la valutazione diagnostica (*basic work-up*) che può essere implementato in tutti i pazienti con sospetta DE.

Per ulteriori approfondimenti diagnostici sono disponibili varie metodiche strumentali, di variabile invasività, tra cui l'ecodoppler penieno, gli studi di tumescenza peniena notturna, nonché la cavernosografia e la cavernosometria, la cui utilizzazione è da decidere in sede specialistica (2).

2.2 Approccio terapeutico

L'obiettivo principale della strategia terapeutica in un paziente con DE consiste, quando possibile, nell'individuare e trattare la causa del disturbo, cercando innanzitutto di intervenire sui fattori di rischio modificabili o reversibili (abitudini di stile di vita incongrue, assunzione di farmaci e/o sostanze illecite, ecc.). Tuttavia, nella maggioranza dei casi il raggiungimento di tale obiettivo di terapia “eziologica” non risulta realizzabile, per cui il trattamento si indirizza principalmente al “sintomo”, ossia all'ottenimento di una erezione adeguata per completare in maniera soddisfacente il rapporto sessuale.

Fatta questa premessa, si può affermare che la DE può essere attualmente efficacemente trattata con una strategia terapeutica che tenga conto dell'efficacia, della sicurezza d'impiego e dei costi, nonché delle preferenze del paziente.

È importante che il Medico condivida con il paziente, e possibilmente con la partner, la valutazione delle opzioni terapeutiche, tenendo conto del grado

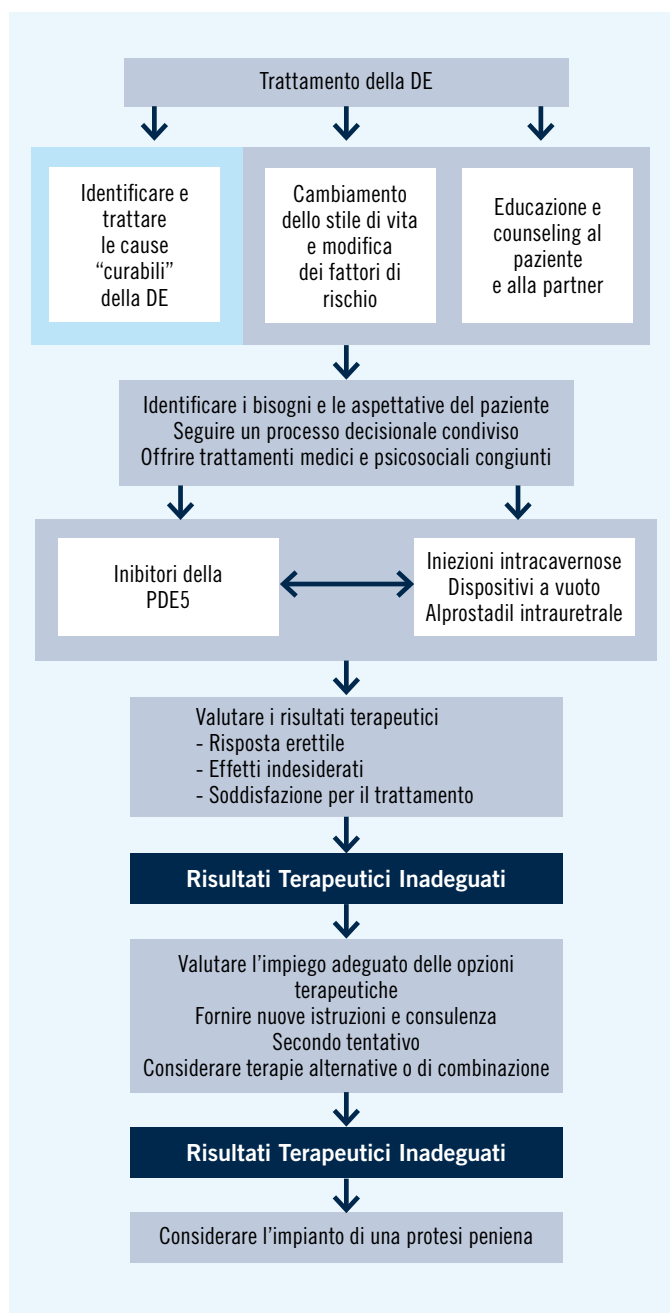


Figura 2.2 Algoritmo terapeutico per la Disfunzione Erettile (1)

di soddisfazione espresso dalla coppia e di altri fattori relativi alla qualità di vita, così come dell'efficacia e della tollerabilità del trattamento (4).

L'introduzione degli inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5) ha rappresentato una svolta nella gestione terapeutica della DE, mettendo per la prima volta a disposizione una classe di farmaci attivi per via orale per il trattamento di tale disturbo.

Il meccanismo d'azione con cui i PDE5-i migliorano l'erezione è comune a tutti gli agenti di tale classe: tramite l'inibizione della PDE5, si determina un aumento dei livelli di cGMP che, a sua volta, amplifica la risposta NO-mediata alla stimolazione sessuale attraverso le proteinchinasi cGMP-specifiche; il risultato finale dei PDE5-i consiste nel potenziamento dell'azione dell'NO intracavernoso, che induce il rilassamento della muscolatura liscia del pene ed un'erezione più prolungata (4).

In tal modo, i PDE5-inibitori sono in grado di promuovere la risposta erettile in presenza di una adeguata stimolazione sessuale (5).

L'efficacia degli inibitori della PDE5 è indipendente dall'età del paziente, dall'eziologia della DE (organica, psicogena, mista) e dalla gravità della condizione al basale (6).

Le linee guida dell'Associazione Europea di Urologia (EAU) (1) raccomandano i PDE5-inibitori come terapia di prima linea per la maggior parte degli uomini affetti da DE (**Figura 2.2**). Altre opzioni terapeutiche suggerite dalle linee guida, da considerare in pazienti selezionati e in relazione allo specifico contesto clinico, comprendono (1):

- ✓ i dispositivi a vuoto per l'erezione meccanici (Vacuum Erection Devices - VEDs)
- ✓ la terapia a onde d'urto extracorporee di bassa intensità
- ✓ le iniezioni intracavernose di alprostadil
- ✓ la terapia di associazione, ad es. papaverina + fentolamina + alprostadil
- ✓ alprostadil intrauretrale sotto forma di bastoncini uretrali medicati.

Bibliografia

- Goldstein I. Screening for erectile dysfunction: rationale. *Int J Impot Res* 2000; 12(Suppl 4):S147-S151.
- Hatzimouratidis K, Eardley I, Giuliano F, Moncada I, Salonia A. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *European Association of Urology Web site*. <http://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/>
- Rosen RC et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49(6):822-30.
- Bruzziches R et al. An update on pharmacological treatment of erectile dysfunction with phosphodiesterase type 5 inhibitors. *Expert Opin Pharmacother* 2013;14(10):1333-1344.
- Shabsigh R, Seftel AD, et al Review of time of onset and duration of clinical efficacy of phosphodiesterase type 5 inhibitors in treatment of erectile dysfunction. *Urology*. 2006 Oct;68(4):689-96.
- Katz EG et al Avanafil for erectile dysfunction in elderly and younger adults: differential pharmacology and clinical utility. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2014;10 701-711.