



**Figura 1.3** Ipotesi della “dimensione dell’arteria”. Il restringimento del lume dovuto al carico aterosclerotico si manifesta clinicamente all’inizio (A) nelle arterie peniene, quindi (B) a livello delle arterie coronarie. TIA, attacco ischemico transitorio (13).

DE possono venire ben identificati nel singolo paziente. Tra le numerose possibili cause della DE, si annoverano condizioni psicologiche (stress, depressione), neurologiche (ictus, malattia di Alzheimer e di Parkinson), ormonali/endocrinologiche (diabete, ipogonadismo, iperprolattinemia, disfunzioni tiroidee), vascolari (arteriopatia periferica, aterosclerosi, coronaropatia e ipertensione), l’alcoolismo, l’uso di sostanze stupefacenti e l’assunzione di alcuni farmaci (ad esempio gli antidepressivi) (2).

Dal punto di vista epidemiologico, sicuramente il diabete rappresenta uno dei principali fattori di rischio di DE: la frequenza della DE è infatti di gran lunga maggiore nei soggetti diabetici rispetto alla popolazione generale.

Nei pazienti affetti da diabete mellito è stata riportata una prevalenza di DE superiore al 70% e spesso la disfunzione erettile si manifesta negli anni immediatamente successivi alla diagnosi della malattia diabetica.

Inoltre, l’insorgenza di DE si osserva in un’età precoce rispetto ai soggetti non diabetici e il rischio di DE aumenta con la durata del diabete (6).

Per quanto riguarda la correlazione tra DE e malattia cardiovascolare (CVD), non solo DE e CVD presentano molti fattori di rischio in comune, quali l’ipertensione, l’ipercolesterolemia, il fumo di sigaretta ed il diabete mellito, ma la stessa DE rappresenta un marcatore indipendente di aumentato rischio di CVD (10).

Diversi studi hanno evidenziato come la DE risulti significativamente associata alla CVD e che, nel caso di paziente naïve a problemi cardiovascolari, la presenza di DE possa essere un prodromo di problemi

cardiovascolari, anche se non ancora clinicamente manifesti; in media, infatti, la diagnosi di DE precede di circa tre anni l’insorgenza di un primo evento cardiovascolare nello stesso paziente (11). Pertanto, nei soggetti con DE dovrebbero essere messe in atto strategie specifiche per prevenire lo sviluppo di CVD, come modifiche dello stile di vita e trattamenti farmacologici appropriati (12).

Si ipotizza che la frequente correlazione tra DE e malattia cardiovascolare sia legata ad una comune base fisiopatologica, rappresentata dalla disfunzione endoteliale.

La DE si associa ad una progressiva attivazione infiammatoria e pro-trombotica endoteliale a livello dei corpi cavernosi, che è simile a quella che si riscontra a livello coronarico nei pazienti con cardiopatia ischemica (CAD). Allo scopo di spiegare il motivo per cui i pazienti affetti da CAD spesso riferiscono la presenza di DE ancora prima dell’evidenziazione della coronaropatia, è stata formulata la cosiddetta ipotesi della “dimensione dell’arteria”. In base alla suddetta ipotesi, per un determinato carico aterosclerotico, le arterie peniene di minore calibro risultano ostruite più precocemente rispetto alle arterie coronarie, che sono di calibro maggiore rispetto a quelle peniene (Figura 1.3) (13).

Un’altra tematica clinica particolarmente interessante riguarda la frequente correlazione tra DE e le patologie prostatiche. Numerose evidenze mostrano, infatti, che esiste un evidente legame tra lo sviluppo di DE e condizioni prostatiche croniche, quali l’ipertrofia prostatica benigna (IPB), la prostatite cronica (CP) e la sindrome dolorosa pelvica cronica (CPPS) (14).