



PSICOTERAPIA MEDICINA PSICOSOMATICA

(Dott. Sergio Angileri – Psicologo Psicoterapeuta - Palermo)



LA DISFUNZIONE ERETTILE

A cura del Dott. Emilio Italiano – Andrologo – Palermo

<http://www.emilioitaliano.it/palermo/malattie-sessuali/disfunzione-erettile.html>

La disfunzione erettile (DE) è definita come la "incapacità di ottenere o mantenere un'erezione soddisfacente per la durata del rapporto sessuale". I dati, ormai non più recenti del più importante studio condotta sulla problematica, del Massachusetts Male Aging Study ha indicato che la prevalenza della disfunzione erettile di ogni grado sia 39% per gli uomini di quarant'anni, e del 67% di quelli di settanta anni. I dati italiani che si riferiscono allo studio Parazzini indicano invece un più rassicurante 19%. Tale dato sembra essere in realtà sottostimato per l'imbarazzo di far emergere la problematica.

Una terapia efficace è ormai disponibile da tempo e include pillole, supposte uretrali, dispositivi per creare il vuoto, farmacoinfusioni peniene ed una varietà di trattamenti chirurgici compresi l'impianto di protesi.

Condizioni mediche associate alla DE

L'arteriosclerosi è causa di circa il 40% della disfunzione erettile negli uomini oltre 50 anni. Tra le altre condizioni associate più comunemente riconosciute vi sono l'ipertensione arteriosa, i problemi del metabolismo lipidico (colesterolo e trigliceridi), il diabete e il fumo di sigaretta. In pazienti con diabete mellito, indipendentemente dal tipo, la prevalenza della disfunzione erettile è del 50% circa (varia dal 20 al 75%) con una prevalenza che dipende dall'età del paziente e dalla durata del diabete (Sever). Altre malattie croniche associate con un'alta prevalenza della disfunzione erettile includono l'insufficienza renale cronica, l'insufficienza epatica, la sclerosi multipla, il morbo di Alzheimer, e malattie polmonari croniche ostruttive. Anche disturbi endocrini come bassi livelli di testosterone o problemi tiroidei possono essere associati. Ancora trauma pelvici, chirurgia pelvica (interventi di prostatectomia radicale per tumore, interventi maggiori alla vescica, all'intestino o all'aorta), insieme con radioterapia pelvica sono associati a disfunzione erettile.

Molti farmaci, compresi alcuni molto comuni utilizzati per l'ipertensione arteriosa, alcuni ormoni, antidepressivi, tranquillanti, alcool, tabacco, eroina, cocaina sono associati con disfunzione erettile.

CONDIZIONI	COMUNI	associate	alla	DE
Diabete		Sclerosi		multipla
Ipertensione	Ernie		discali	lombari
sanguigna	farmaci		(vedere	sopra)
dislipidemie		problemi		tiroidei
fumo	di sigaretta	basso	livello	di testosterone
malattia	coronarica	grandi	interventi	alla prostata
Morbo		di		o alla vescica
interventi chirurgici	maggiori al retto o all'aorta			Parkinson

Come funziona l'erezione?

La comprensione delle basi fisiologiche dell'erezione potrà essere utile per comprendere non solo le cause della disfunzione erettile (DE) ma anche le basi per la capacità di valutare il tipo di terapia utilizzabile. Il pene è un organo con due cilindri affiancati (corpi cavernosi), che sono riempiti con tessuto erettile spugnoso composto principalmente di muscolo.

Erezione e stato di detumescenza o flaccidità sono legati soprattutto al flusso di sangue, evento regolato dal rilassamento e dalla contrazione, rispettivamente, della muscolatura liscia delle arterie peniene e di entrambi i corpi cavernosi. L'erezione è un evento idraulico, regolato da ormoni e nervi, per consentire un maggiore flusso e mantenimento di sangue che porta ad un aumento della pressione e allo sviluppo di rigidità (durezza). L'erezione del pene è attivato da uno dei due meccanismi principali: stimolazione diretta dei genitali o attraverso stimoli provenienti dal cervello (fantasie, odore, ecc.). Su stimolazione, sostanze chimiche sono rilasciate nel cervello e queste causano segnali che, attraverso il midollo spinale e poi mediante speciali Nervi (Nervi erigentes) arrivano al pene. Questi nervi rilasciano una sostanza chimica (ossido nitrico) che, con una cascata di eventi, provoca il rilasciamento della suddetta muscolatura liscia delle arterie dei corpi cavernosi causando l'erezione.

L'ansia o la paura possono impedire che questi segnali cerebrali raggiungono il livello necessario per indurre erezione. Inoltre condizioni patologiche possono bloccare le arterie erettile o causare la cicatrizzazione del tessuto spugnoso ostacolando il corretto flusso di sangue e, pertanto, limitare l'erezione. In ultima analisi, il meccanismo dell'erezione è molto simile a un pneumatico: uno pneumatico solido dipende da un tubo che può fornire aria in quantità sufficiente e in un modo rapido e di una valvola che mantiene l'aria nel posto. Nel pene il tubo è rappresentata dalle arterie cavernose che portano il sangue rapidamente nei corpi cavernosi mentre il meccanismo a valvola, sebbene complicato nella sua struttura, assicura che il sangue è catturato all'interno dei corpi cavernosi fino a quando non si verifica l'eiaculazione o lo stimolo sessuale è passato.

Cause della disfunzione erettile

In un processo così complesso come un'erezione, si possono verificare problemi per molti

motivi. Molto spesso un problema di disfunzione avrà più di una causa. Le cause possono essere psicologiche, fisiche o una combinazione di entrambe. La distinzione fra causa fisica e psicologica è utile perché i trattamenti possono variare a seconda della causa. Cause psicologiche della disfunzione erettile includono lo stress o anche l'ansia dovuta a problematiche coniugali, problemi finanziari o altri problemi personali. Per esempio, un uomo attivo sessualmente può trovarsi improvvisamente in uno stato in cui non riesce più ad avere un'erezione poco dopo aver perso il posto di lavoro.

È possibile per l'uomo che lo stress e l'ansia interferiscano con gli impulsi dei nervi dal suo cervello quando egli tenta di avere rapporti sessuali. "L'ansia da prestazione" è anche una causa comune della disfunzione erettile.

A causa della preoccupazione della sua capacità di "performare" a tutti i costi un uomo, può trovarsi inadeguato, il che provoca più ansia, completando così un circolo vizioso. Malattie psichiatriche come la depressione può anche causare la disfunzione erettile, ma in realtà le cause più frequenti della disfunzione erettile sono malattie vascolari. Queste possono causare problemi di fare affluire sangue al pene così come di trattenere il sangue per mantenere l'erezione. Quindi, indurimento delle arterie e altre malattie che colpiscono il sistema vascolare sono fattori di rischio per la disfunzione erettile. Malattie che colpiscono il sistema nervoso, quali la sclerosi multipla e l'alcolismo, possono anche causare la disfunzione erettile. Alcune malattie connesse con la disfunzione erettile sono l'effetto di un danno sia vascolare che del sistema nervoso: il diabete è l'esempio più classico.

Come sottolineato in precedenza, la disfunzione erettile ha spesso molteplici cause. Un uomo con diabete, per esempio, può essere un forte fumatore ed un forte bevitore di alcol. Egli può avere ipertensione arteriosa e un elevato livello di colesterolo nel sangue. Ciascuna di tali condizioni possono danneggiare il sistema vascolare e/o il sistema nervoso. Ognuno di questi esaminati è un fattore di rischio per la disfunzione erettile. Quando queste condizioni si verificano insieme, il rischio aumenta in maniera esponenziale.

Una disfunzione erettile può derivare da fratture pelviche (del bacino) come le lesioni in incidenti automobilistici o altro similari. Le vittime degli incidenti possono determinare lesioni dei nervi e/o delle arterie peniene o anche lesioni al midollo spinale che rappresentano altre cause di disfunzione erettile. Alcuni tipi di intervento chirurgico e radioterapia, come per il trattamento del cancro della prostata, della vescica o del retto, comportano un rischio della disfunzione erettile. In aggiunta, moltissimi farmaci possono contribuire alla disfunzione erettile. Il paziente dovrebbe rivedere con il suo medico tutti i farmaci presa di recente: l'anamnesi farmacologia è un punto cardine delle indagini delle cause di una DE. L'effetto di bassi livelli di ormone maschile, testosterone, sulla funzione erettile non è chiara. Studi hanno dimostrato che bassi livelli di testosterone non necessariamente impediscono ad un uomo di avere un'erezione. Bassi livelli di testosterone, tuttavia, possono diminuire il desiderio sessuale. Gli effetti dell'invecchiamento sulla funzione erettile sono stati studiati. Sebbene il tasso della disfunzione erettile nella popolazione maschile aumenta con l'età, lo stesso invecchiamento non sembra esserne la causa.

Sembra che il progresso di malattie vascolari o il diabete, che si possono sviluppare di pari passo con l'aumentare dell'età di un uomo, insieme al possibile contribuire degli effetti negativi di alcuni farmaci per trattare tali malattie possano causare la disfunzione erettile

insieme all'invecchiamento. Inoltre l'effetto dei danni vascolari dopo anni di fumo o abuso di alcol sono altri effetti che si sommano negli anni.

Valutazione dei pazienti con disfunzione erettile (DE)

La valutazione del maschio con disfunzione erettile consiste di tre parti distinte, vale a dire, un dialogo strutturato come un'intervista, l'esame fisico e test aggiuntivi. Mentre il ruolo di questi ultimi è oggetto di discussione generale, ci sono alcuni pazienti che possono beneficiare nell'individuare la causa della DE. Tutti i pazienti che si presentano per la valutazione di impotenza dovrebbero subire una valutazione della loro storia globale e un esame fisico. Lo scopo di questo approccio è quello di definire (1) che il paziente soffre di disfunzione sessuale e determinare la natura di questa, (2) che il paziente ha una adeguata tolleranza all'esercizio per riprendere le relazioni sessuali, (3) che il paziente non abbia nessuna condizione nella sua storia medica o chirurgica che rappresenti una controindicazione a terapie specifiche e (4) a ricercare tutti quei fattori nella storia medico-chirurgica e sessuale del paziente che possano indicare una eziologia della sua disfunzione sessuale. La storia: non è noto in assoluto qual è la percentuale di pazienti che si presentano dall'Urologo o dall'Andrologo per un problema non sessuale e a cui vengano poste domande circa la loro funzione sessuale. Tuttavia, è stato stimato che solo il 30% di tutti gli uomini che si presentano per la cura di patologie diverse si trovano a rispondere a domande riguardanti la loro funzione sessuale. La ragione di questo è probabilmente multifattoriale, e riguarda problematiche sia da parte del paziente che del medico. Da punto di vista del paziente è verosimile che imbarazzo e paura svolgano un ruolo importante nella reticenza di affrontare la questione. Da un punto di vista medico, fattori che interferiscono con l'avvio del dialogo sulla funzione sessuale includono mancanza di tempo, di interesse, la mancanza di conoscenza specifica della problematica, o ragioni culturali o religiose. Nel raccogliere la storia del paziente si dovrebbe iniziare con una breve indagine che chieda l'età del paziente e della sua partner, da quanto tempo è cominciato il suo rapporto e la particolare dinamica di tale rapporto. Si dovrebbe passare poi alla storia medico-chirurgica del paziente con specifica attenzione su danni vascolari, neurologici, endocrini, di precedenti interventi. Inoltre molte questioni psicologiche possono rappresentare fattori di rischio per la disfunzione sessuale; per questo motivo una breve valutazione della situazione psicologica del paziente è importante.

In particolare, è importante definire se ci sono palesi fattori di rischio personali come per esempio un paziente al suo primo rapporto dopo il divorzio o dopo essere rimasto vedovo, se egli sta avendo una notevole difficoltà interpersonale con la sua partner, se abbia un notevole carico da una causa esterna che determina un disordine affettivo e così via. Con riferimento a un paziente chirurgico nella raccolta anamnestica è molto importante definire il tempo di comparsa della disfunzione erettile con riguardo alla data dell'operazione. Chiaramente, le operazioni più probabili che possono interferire con la funzione erettile sono quelle del bacino (pelvi). Per ottenere una buona storia l'anamnesi farmacologica è essenziale: molti farmaci sono stati associati con disfunzione erettile, tuttavia, è talvolta difficile determinare se sia il farmaco stesso il principale fattore

eziologico o se questo rappresenta solo una concausa che, insieme ad altre, può far modificare una situazione di imperfetto equilibrio. E' comune per fare un esempio un paziente che abbia preso betabloccanti per anni senza manifestare DE, ma con l'aumentare dell'età l'equilibrio si altera e possono cominciare a comparire disturbi del mantenimento dell'erezione.

I farmaci che sono stati più spesso associati con DE includono antipertensivi, sostanze psicotrope, farmaci anti-androgeni, droghe anche leggere. L'uso di droghe a scopo ricreativo come la marijuana, cocaina ed eroina sono stati riportati in letteratura per indurre la disfunzione erettile. Paradossalmente, la cocaina è anche un notevole fattore di rischio per priapismo (erezione dolorosa prolungata). L'effetto del fumo di sigaretta sul sistema circolatorio è ben documentato e conseguenza diretta è il danno vascolare che si determina; questo colpisce per prime le arterie più piccole del nostro corpo e tra queste quelle cavernose causando DE. Talvolta addirittura una disfunzione erettile insorge prima di un danno cardiaco e ne rappresenta il "segno sentinella". Da anni ormai sono disponibili diversi lavori che confermano questo dato. La assunzione cronica di alcool è associata con la DE attraverso vari meccanismi compresi neuropatia periferica, testicolare e disfunzione epatica.

Ottenere una buona storia sessuale esige una pratica specifica e la visita andrologica abitualmente è molto più lunga intermini di tempo rispetto ad una urologica per fare un esempio. In primo luogo, è importante definire di quali disfunzioni sessuali il paziente si lamenta. Non è raro per i pazienti confondere l'impotenza sessuale con altre disfunzioni quali eiaculazione precoce, orgasmo ritardato, o addirittura eiaculazione retrograda. E' importante definire il problema di un paziente (e talvolta correlarlo a quello possibile della partner) le aspettative e gli obiettivi. Altre volte capita di effettuare una consulenza di tipo esclusivamente "informativo" e, come detto, il DIALOGO è l'arma più importante in sessuologia.

Per quanto riguarda disfunzione erettile (DE) le questioni chiave includono la comparsa della DE, il grado, la dinamica nella quale avviene il disturbo, la ricerca di erezioni spontanee, i tempi del rapporto sessuale, e se la disfunzione erettile è situazionale o non. Come viene definita la disfunzione erettile? LA DE è definita come l'incapacità di ottenere e/o mantenere un'erezione sufficiente per una prestazione sessuale soddisfacente. E' fondamentale definire se la disfunzione erettile è situazionale, per esempio se vi è una discrepanza tra funzione erettile tra partner o tra una partner e la masturbazione. L'obiettivo del clinico dovrebbe essere quello di consentire al paziente di tornare ad avere delle soddisfacenti relazioni sessuali. E' importante inoltre affrontare e curare le eventuali disfunzioni sessuali secondarie quali eiaculazione precoce e perdita della libido. Non è raro infatti che una eiaculazione precoce preceda la comparsa di una disfunzione erettile con meccanismi ben noti all'andrologo. Esistono una serie di metodi convalidati con questionari disponibili per ottenere informazioni circa la funzione sessuale di un paziente o della coppia. Il più conosciuto tra questi include l'International Index for Erectile Dysfunction (IIEF), che è il questionario abitualmente utilizzato in medicina sessuale a livello scientifico. Tali questionari in realtà sono scarsamente utilizzati nella pratica clinica mentre sono essenziali nella valutazione della DE per studi controllo. Nella pratica clinica può essere utilizzato un questionario breve con sole cinque domande. In realtà come detto è essenziale la raccolta anamnestica e il colloquio devisu col paziente e la coppia insieme, ovviamente, con l'esame fisico: l'esame fisico del paziente con

disfunzione sessuale dovrebbe concentrarsi su (1) caratteristiche sessuali secondarie, (2) esame addominale e dei genitali esterni, (3) valutazione neurologica minima. L'esame del pene dovrebbe concentrarsi soprattutto sulla presenza della malattia di Peyronie, la presenza cioè di placchidi induratio penis che possano alterare la dinamica vascolare.

L'esame dei testicoli mira innanzitutto a definire la presenza o assenza di masse e anche di conoscere il volume testicolare e la sua consistenza. Tutti gli uomini devono essere sottoposti ad esame rettale per la valutazione della prostata. Laboratorio: talvolta è utile la valutazione di base di parametri ematologici. Lo schema deve includere la valutazione del glucosio per escludere la presenza di diabete o una curva nei diabetici per la valutazione del compenso metabolico. Pazienti che manifestano sintomi e segni o indicativi di disfunzione epatica o disfunzione tiroidea andranno valutati in tal senso. Un controllo che va diventando sempre più di routine include il dosaggio del testosterone sierico. A vari livelli un testosterone basso può alterare i meccanismi che regolano l'erezione.

Altri tests: nella pratica clinica di routine la maggior parte degli uomini che si presentano con disfunzione erettile non richiedono ulteriori esami. Tuttavia un certo numero di indagini esistenti sono disponibili per l'assegnazione di una causa clinica in un paziente. Tali indagini includono (1) prove vascolari quali l'ecocolordoppler dei vasi cavernosi che deve essere condotto, quando richiesto, sia in condizioni basali che dopo stimolo con prostaglandine. Rara ormai è l'esecuzione della cavernosometria/cavernosografia se non in caso di lesioni vascolari traumatiche; di prove neurologiche come una valutazione dei potenziali evocati; la ricerca della rigidità peniena notturna. Molto si è dibattuto negli ultimi anni circa le indicazioni per queste indagini. Nella mia pratica l'esecuzione di tali indagini è riservata per i seguenti gruppi di pazienti: 1) nei pazienti che sono potenzialmente curabili: Questo gruppo comprende i pazienti con elevato rischio per problemi personali, pazienti con endocrinopatia o giovani con disfunzione erettile insorta in modo brusco o con sospetta fuga venosa, (2) i pazienti con curvatura peniena congenita o in seguito a chirurgia ricostruttiva post-traumatica e 3) casi medico-legali. I pazienti che sono sistematicamente inviati per valutazione psicologica e di gestione nella mia pratica sono coloro che hanno un fattore di rischio per disfunzione sessuale legato ad una complessa situazione psicologica e richiede spesso l'invio alla figura professionale di riferimento più indicata. Un'indagine frequentemente utilizzata nella pratica clinica e che spesso sortisce per praticità e rapidità di esecuzione un ecocolordoppler è la farmaco-infusione di prostaglandina (FIC-test). Questa consiste nell'iniettare una sostanza prodotta dal nostro organismo (prostaglandina) direttamente in un corpo cavernoso: questa determina un'erezione in un tempo molto breve e serve e già a fare una prima eliminazione sulle cause di una DE.

