



**ASSOCIAZIONE MEDICI ENDOCRINOLOGI**  
*Per la qualità clinica in endocrinologia*

**Presidente: Roberto Valcavi**

Vice Presidente: Enrico Papini

Consiglieri: Fabio Bertolissi, Roberto Castello, Piernicola Garofalo, Bruno Raggiunti

Segretario: Michele Zini - Tesoriere: Nicola Tota - Revisori dei conti: Franco Grimaldi e Rinaldo Guglielmi

## **AME Flash giugno 2004**

Edizione on-line a cura di Franco Grimaldi

### **Erectile dysfunction: symptom or disease?** *Journal of Endocrinological Investigation 2004, 27:80-95*

CARLO FORESTA<sup>1</sup>, NICOLA CARETTA<sup>1</sup>, ANTONIO AVERSA<sup>2</sup> et al.

<sup>1</sup>Center for Male Gamete Cryopreservation, Department of Medical and Surgical Sciences, University of Padua;

<sup>2</sup>Department of Internal Medicine, University of Roma "Tor Vergata", Roma; <sup>3</sup>Department of Urology, University of Bari;

<sup>4</sup>Andrology Unit, Department of Clinical Physiopathology, University of Florence; <sup>5</sup>Department of Medical Physiopathology, University of Roma "La Sapienza", Roma, Italy

La disfunzione erettile è stata definita dal National Institute of Health (NIH) come l'incapacità di raggiungere e/o mantenere un'erezione di grado sufficiente a consentire un rapporto sessuale soddisfacente.

La DE colpisce milioni di uomini nel mondo e, pur non modificando la speranza di vita, ha un'influenza negativa sulla qualità della vita del soggetto affetto. Nella maggioranza dei casi all'origine del disturbo è una combinazione di fattori organici e psicogeni. Secondo recenti studi clinici, più del 70% degli uomini affetti da DE presenta patologie concomitanti. In Italia circa il 13% della popolazione maschile di età compresa tra 18 e 65 anni ne è affetto (pari a circa 3 milioni di soggetti). La DE può essere quindi considerata il sintomo di una malattia sottostante che coinvolge le arterie del pene, come parte di un disordine vascolare generalizzato su base aterosclerotica, e che può precedere di gran lunga l'esordio della malattia coronarica. La recente immissione in commercio di farmaci attivi per via orale ha determinato una grossa aspettativa da parte della popolazione maschile affetta da tale disturbo, mettendo lo specialista nella condizione di dover trattare il problema. E' fondamentale che un corretto approccio diagnostico orienti il clinico verso una corretta prevenzione primaria e/o secondaria rispetto ai fattori di rischio implicati di volta in volta.

Il lavoro di Foresta et al ([KURTIS EDITRICE SRL](#)) edito sotto l'auspicio delle maggiori società scientifiche italiane (SIA, SIAM, SID, SIE) è il risultato di una Consensus Conference svoltasi a Padova nel 2001 e che ha visto la conclusione dei lavori nell'anno successivo con la stesura del manoscritto.

**I punti essenziali del lavoro, possono essere così riassunti.**

**La anamnesi medica e successivamente sessuologica e psico-sociale rappresentano sicuramente il primo passo per un corretto approccio al paziente con DE.** Successivamente, dopo un attento ed accurato esame obiettivo (generale ed andrologico), si può scegliere di somministrare l'**IIEF**, una scala per la valutazione oggettiva della funzione sessuale al momento della visita. Limite di questa scala è il fatto che

essa non dà informazioni diagnostiche bensì una semplice fotografia della attività sessuale del paziente. Esistono altre scale di recente pubblicazione (Petrone et al, IJIR 2003) che sembrano peraltro molto adatte a studiare più in dettaglio gli aspetti patogenetici ma, data la recente apparizione, necessitano di validazione su larga scala.

**Approccio diagnostico di primo livello:** Gli esami di laboratorio da richiedere sono: esame emocromocitometrico, esame urine, glicemia, creatininemia, colesterolo totale, HDL e trigliceridi. A tutti i pazienti deve essere richiesto un dosaggio del testosterone totale a cui dovrà essere aggiunto il dosaggio dell'SHBG nei pazienti obesi, in quelli di età > 60 anni, nei disendocrinopatici o in terapia con antiepilettici. Nel caso in cui il testosterone risulti inferiore a 3 ng/ml il dosaggio dovrà essere ripetuto, data la pulsatilità della secrezione di questo ormone. Le gonadotropine (FSH e LH) devono essere richieste solamente in seguito a sospetti clinici specifici, rappresentando un approfondimento diagnostico di secondo livello. A tutti i pazienti deve essere richiesto il dosaggio della prolattina (PRL).

Viene proposto inoltre un approccio diagnostico di **secondo livello e di III livello** da riservare a casi selezionati.

### COMMENTO

L'approccio diagnostico alla DE maschile è radicalmente cambiato, negli ultimi 5 anni, con l'avvento degli inibitori della fosfodiesterasi tipo 5 (PDE5i), farmaci attivi per via orale. Ciò ha comportato, nell'ambulatorio di andrologia, col passare del tempo, una "minimalizzazione" delle indagini diagnostiche di primo livello e ha portato l'andrologo a fronteggiare casi sempre più selezionati di pazienti che non presentano risposta soddisfacente ai PDE5i.

**Un test con PDE5i** (sildenafil, tadalafil e vardenafil sono farmaci che si equivalgono in quanto ad efficacia e sicurezza) può essere utilizzato nella pratica clinica per verificare la capacità erettiva del paziente con la propria partner, e rappresenta un approccio 'low cost' che permette anche di indirizzare il paziente, in caso di esito positivo, verso l'una o l'altra terapia. Se il test presenta un esito negativo, va ripetuto eventualmente cambiando farmaco e raccomandando al paziente la corretta assunzione del farmaco prescelto, dopodiché si raccomanda di indirizzare il paziente alle indagini di II livello.

La DE maschile è un sintomo di patologia concomitante, per la maggior parte dei casi rappresentata da una disfunzione endoteliale più o meno clinicamente evidente, e pertanto la correzione dei fattori di rischio (in comune con la cardiopatia ischemica) e dello stile di vita rappresentano un punto essenziale. A questo proposito, l'utilizzazione in 'cronico' di farmaci a lunga emivita come il tadalafil, rappresenta un potenziale "riabilitativo" del paziente con DE.

Va infine sottolineato che l'**International Index of Erectile Function (IIEF)**, sia nella forma estesa, che abbreviata, è uno strumento utilissimo nel quantificare rapidamente il deficit erettivo e la risposta ad un farmaco per la DE, ma risulta limitato per quanto riguarda la esplorazione della sfera psico-sessuologica e relazionale del paziente, che non vengono contemplate negli items del questionario. A tale proposito è importante l'utilizzazione di una **intervista semi-strutturata (SIEDY)** composta da differenti domande che esplorano la componente organica, relazionale e psicogena in maniera esaustiva; la sua compilazione non richiede molto tempo (circa 10 min), ed è di semplice interpretazione anche per il medico non specialista.

**In conclusione, anche se non tutte le indagini di II e III livello sono praticabili sul territorio, l'approccio diagnostico di 'minima' al paziente con DE non deve prescindere dalla malattia di base che la determina. E' quindi importante la valutazione dell'entità del danno endoteliale cavernoso**

**mediante indagini di II livello (es. ecocolordoppler penieno basale e dinamico) in tutti quei pazienti che presentino un elevato rischio di malattia cardiovascolare.**

*Antonio Aversa  
Cattedra di Medicina Interna  
Università di Roma 'La Sapienza'  
Viale Policlinico 155  
00162 Roma  
[antonio.aversa@uniroma1.it](mailto:antonio.aversa@uniroma1.it)*