

DISFUNZIONE ERETTILE: LINEE GUIDA SU DIAGNOSI E TRATTAMENTO

Coordinatori
Vincenzo Toscano & Renato Cozzi
Editor
Vincenzo Di Donna & Cecilia Motta

BACKGROUND

La funzione erettile dipende dalla complessa interazione di numerosi fattori: demografici, metabolici, vascolari, ormonali e psicologici. Ogni qual volta si verifica un'alterazione tra questi fattori, si può instaurare la disfunzione erettile (DE).

La DE è un sintomo, che esprime una sottostante condizione clinica molto complessa (prevalentemente malattie croniche) e può persino precedere di diversi anni (sintomo sentinella) eventi cardio-vascolari (CV) importanti (soprattutto nel soggetto giovane e apparentemente sano), che possono compromettere la vita del paziente. La DE, quindi, si accompagna a condizioni di salute fortemente compromesse, peggiore qualità della vita e **aumento della mortalità** (1). In base a questi dati, è previsto che la DE, che colpisce tipicamente il maschio adulto/anziano, aumenti come l'aspettativa di vita e le malattie croniche (incluso l'ipogonadismo funzionale) che accompagnano l'invecchiamento (2).

In passato, sono state prodotte diverse importanti linee guida (LG) sulla DE da parte di Società Scientifiche nazionali ed internazionali. È stata ora pubblicata una **LG frutto della collaborazione della Società Italiana di Andrologia e della Sessualità (SIAMS) con altre 10 Società Scientifiche Italiane**: Associazione Medici Diabetologi (AMD), Associazione Medici Endocrinologi (AME), Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), Società Italiana di Cardiologia Interventistica (SICI-GISE), Società Italiana di Diabetologia (SID), Società Italiana di Endocrinologia (SIE), Società Italiana Metabolismo Diabete ed Obesità (SIMDO), Società Italiana di Medicina Interna (SIMI), Società Italiana dell'Obesità (SIO) e Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI). La fruttuosa discussione inter-societaria ha permesso di raggiungere un accordo generale su diverse raccomandazioni e suggerimenti, che possono efficacemente supportare le diverse figure specialistiche (andrologi, endocrinologi, urologi, diabetologi, internisti, psicologi e cardiologi), al fine di migliorare la soddisfazione sessuale delle coppie e la loro salute in generale (3).

LA LINEA GUIDA

Metodo

Dopo aver ampiamente discusso le migliori evidenze disponibili in *PubMed*, sono state fornite una serie di raccomandazioni e suggerimenti di consenso, in accordo alla classificazione delle raccomandazioni, valutazione, sviluppo e sistema di valutazione "GRADE". Quest'ultimo permette di pesare la qualità delle prove (molto bassa, bassa, moderata e alta) e la forza delle raccomandazioni (forte = raccomandiamo; debole = suggeriamo), aggiungendo valore alla consulenza clinica, anche grazie a un linguaggio coerente e a descrizioni grafiche per standardizzare la classificazione.

La LG contiene ben 70 raccomandazioni, divise in quattro capitoli.

1. Fattori di rischio (FdR) (raccomandazioni – R – 1-31)

Si è preferito sostituire la dizione "eziologia" della DE con quella di FdR, in quanto la DE non può essere attribuita esclusivamente a una sola causa, ma piuttosto a un insieme di fattori (organici, relazionali e psicologici) che, in un *continuum* fisiopatologico, possono contribuire in diversa misura alla genesi della DE.

A seconda dei sistemi interessati, si distinguono fattori:

- sistemici: fasi finali di fallimento dei principali organi (cuore, fegato e reni) o malattie sistemiche (artrite reumatoide, COVID-19, ecc);
- CV e respiratori: ipertensione arteriosa, cardiopatie croniche, broncopneumopatie croniche ostruttive e sindrome delle apnee notturne;
- metabolici: obesità, s. metabolica, ipercolesterolemia, iperuricemia e diabete mellito;
- ormonali: iperprolattinemia, ipogonadismo, ipertiroidismo, ipercortisolemia e ipocortisolismo;
- neurologici: malattie neuro-degenerative, morbo di Parkinson, lesioni del midollo spinale, atrofia sistemica, sclerosi multipla, epilessia, disturbi del sistema nervoso periferico che coinvolgono il plesso pelvico;



Vito Angelo Giagulli (vitogiagulli58@gmail.com) & Commissione Andrologia

Agostino Specchio (coordinatore) (agostinospecchio@libero.it)

Serenella Checchi, Settimio D'Andrea, Andrea Delbarba, Paolo Facondo, Giovanni Pinna, Andrea Pizzo, Valerio Renzelli, Mauro Schiesaro, Vincenzo Sciabica

- urologici: sintomi del tratto urinario inferiore, prostatite cronica/sindrome da dolore pelvico cronico, *induratio penis plastica* e anomalie anatomiche del pene congenite o acquisite;
- tossicologici: abuso di sostanze/droghe;
- iatrogeni: farmaci che interferiscono con l'attività/metabolismo del testosterone, che riducono la dopamina o aumentano la via della serotonina (come anti-psicotici, anti-depressivi), β -bloccanti non selettivi, diuretici tiazidici, eventi chirurgici (chirurgia pelvica per tumori maligni);
- psichiatrici, psicologici e relazionali: schizofrenia, disturbi depressivi e d'ansia, disturbi bipolari, disturbo da stress post-traumatico e problemi relazionali;
- sessuali: desiderio sessuale ipoattivo, eiaculazione precoce, disturbi sessuali del *partner* e infertilità.

Per ciascun FdR sono state esaminate e discusse le evidenze disponibili, eventualmente suggerendo “strumenti” in grado di stratificare il rischio, come nel caso del rischio CV nella popolazione maschile europea apparentemente sana con DE (<https://www.Escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/SCORE-Risk-Charts>).

2. Diagnosi (R 32-45)

La DE non deve essere più considerata con una visione dicotomica “psicogena” o “organica”, perché la condizione di DE crea un continuo tra l'eventuale disturbo organico e lo squilibrio psicologico e/o relazionale che si genera nel paziente che lamenta DE.

La diagnosi di DE mira a:

- identificare la gravità del sintomo (subclinico, lieve, moderato, grave);
- identificare le possibili comorbidità con eventuali altre disfunzioni sessuali;
- individuare il maggior numero possibile di FdR e accertarne il relativo impatto sul singolo caso di DE, attraverso accurata anamnesi generale e sessuale, esame obiettivo mirato, psicometria.

Gli esami di laboratorio e strumentali valutano il “peso specifico” dei FdR nella patogenesi e anche nella cura della DE.

- **Il questionario “*International Index of Erectile Function*” (IIEF)** è lo strumento più utilizzato per la diagnosi, soprattutto nella sua versione ridotta in 5 voci ([link](#)). In studi controllati ha permesso di valutare la gravità della disfunzione e determinare anche l'efficacia dei vari trattamenti.
- **Il questionario “*Structured Interview on Erectile Dysfunction*” (SIEDY)** è l'unica intervista strutturata validata ([link](#)), che può identificare e quantificare contemporaneamente il ruolo patogenetico dei diversi domini presenti nei soggetti con DE (organico, relazionale e intra-psichico).
- **Esami biochimici:**
 - parametri metabolici: eseguire in tutti i casi glicemia, HbA1c e assetto lipidico;
 - parametri ormonali: eseguire in tutti i casi testosterone totale, gonadotropine; se la DE è associata ad altri disturbi sessuali (per es. desiderio ipoattivo o eiaculazione precoce), anche prolattina e ormoni tiroidei.
- **Ecocolor-doppler penieno** (almeno in condizione di flaccidità): è suggerito in tutti soggetti con DE, soprattutto se giovani e in apparente buona salute.
- **Scale auto-riportate** come *General Anxiety Disorder-7* ([GAD-7](#)) e *Patient Health Questionnaire-9* ([PHQ-9](#)): ne è suggerito l'uso dalla buona pratica clinica per identificare con buon livello di attendibilità la presenza di disturbi d'ansia o depressivi.

3. Terapie (R 46-68)

Considerando le premesse di fisiopatologia, come per altre malattie croniche (per es. ipertensione arteriosa) la terapia viene suddivisa in due capitoli.

3.1. Terapie eziologiche: affrontano direttamente le cause o agiscono sui FdR da considerarsi eziologici:

- miglioramento dello stile di vita (dieta, astensione dal fumo, attività fisica, ecc.);
- terapie ormonali per le malattie endocrine (per es. la terapia sostitutiva con testosterone per l'ipogonadismo);
- farmaci ipolipemizzanti per ridurre i livelli circolanti di colesterolo (per es. statine);
- chirurgia bariatrica per i grandi obesi con DE.

3.2. Terapie sintomatiche:

- di prima scelta: inibitori delle fosfo-diesterasi 5 (PDE5);
- di seconda scelta: terapie topiche o intra-cavernose (alprostadil), da utilizzare in caso di intolleranza o fallimento della terapia orale;
- di terza scelta: terapia fisica con il *vacuum*, da utilizzare in caso di fallimento o intolleranza alle precedenti.

L'utilizzo di una classe di terapia non esclude l'impiego dell'altra. Infatti, possono essere implementate in modo additivo: quando quelle eziologiche non sono sufficienti, si rende necessario il ricorso alla terapia sintomatica.

L'approccio chirurgico (protesi peniena) va considerato esclusivamente in caso di intolleranza o fallimento di tutte le terapie, sia eziologiche che sintomatiche.

4. Questioni controverse/direzione futura (R 69 e 70)

Quest'ultima parte della LG mira a dimostrare che il mondo della sessualità e in particolare della DE è in evoluzione. Le procedure emodinamiche e le terapie di rigenerazione o con onde d'urto a bassa intensità vengono considerate forme di terapia innovativa, ma sono ancora poco studiate e da validare. Pertanto, non vengono suggerite come comune approccio terapeutico per la DE.

COMMENTO E CONCLUSIONI

Alla luce dell'acquisizione di nuove evidenze, la DE è un sintomo sostenuto da un complesso gioco di FdR (organici, relazionali, intra-psichici). Nel singolo soggetto che lamenta DE possono coesistere in diversa entità malattie croniche che accompagnano l'invecchiamento e fattori relazionali della coppia. Inoltre, va segnalato che la DE è un sintomo sentinella di evento CV e di rischio di mortalità, sia nel giovane apparentemente sano che nell'anziano (anche più sensibile dello stesso ipogonadismo) (1,2,4).

Questa LG suggerisce che la gestione efficace della DE può essere raggiunta solo attraverso la combinazione di diversi interventi: rimozione o modifica del(i) FdR, utilizzo di terapie eziologiche (per affrontare le eventuali comorbidità) e sintomatiche (per es. inibitori di PDE5), sempre abbinate a consulenze specialistiche e, in pazienti selezionati, alla psicoterapia. Pertanto, gli obiettivi del trattamento devono essere individualizzati, per ripristinare salute e soddisfazione sessuale del paziente e/o della coppia e per migliorare la qualità della vita, sulla base dei bisogni espressi e dei desideri del paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Capogrosso P, Ventimiglia E, Boeri L, et al. Sexual functioning mirrors overall men's health status, even irrespective of cardiovascular risk factors. *Andrology* [2017, 5: 63-9](#).
2. Lisco G, Bartolomeo N, Ramunni MI, et al. Erectile dysfunction in patients with multiple chronic conditions: a cross-sectional study. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets* [2023, DOI: 10.2174/1871530322666220523130212](#).
3. Corona G, Cucinotta D, Di Lorenzo G, et al. The Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS), along with ten other Italian Scientific Societies, guidelines on the diagnosis and management of erectile dysfunction. *J Endocrinol Invest* [2023, DOI: 10.1007/s40618-023-02015-5](#).
4. Antonio L, Wu FCW, Moors H, et al. Erectile dysfunction predicts mortality in middle-aged and older men independent of their sex steroid status. *Age Ageing* [2022, 51: afac094](#).