

Vincenzo Ferrara MD



Patologie dell'Apparato Genitale / 3
DISFUNZIONE ERETTIVA PENIENA (D. E.)
(impotenza)

DISFUNZIONE ERETTIVA PENIENA (D. E.)

(impotenza)

Cosa fare davanti a problemi di disfunzione erettiva peniena (D.E.)?

Se non si riesce a ottenere o a mantenere un'erezione sufficiente per la penetrazione e per la soddisfazione di entrambi i partner sessuali, è necessario contattare il medico di famiglia o lo specialista urologo di fiducia.

Cosa sappiamo della D.E.?

L'impotenza diventa più comune con l'aumentare dell'età ed è frequente nel 50-55% degli uomini tra i 40 e i 70 anni

È spesso associata all'obesità, alla pressione alta, al colesterolo alto, al diabete, alle insufficienze epatiche e renali, all'alcolismo, alla depressione, all'assunzione di droghe, ecc..

La maggior parte delle cause curabili possono essere identificate grazie ad una accurata storia clinica, all'esame fisico del paziente e da appropriati esami di laboratorio.

Se non sarà identificata una causa organica precisa, il trattamento farmacologico con farmaci dedicati è la prima opzione per la maggior parte degli uomini, non escludendo un trattamento sessuologico.

Diagnosi:

1. Si basa prima di tutto su un'accurata anamnesi.

Il tuo medico dovrà indagare sul vostro stile di vita (ad esempio che tipo di lavoro e di partner abbiate, se state vivendo un periodo di stress, se fumate, assumete alcool o farmaci, se consumate droga).

Sarà necessario riferire sulle vostre abitudini sessuali e sul proprio desiderio (libido), se si hanno o meno delle erezioni notturne e come il vostro partner si comporta davanti al vostro problema.

È importante informare il medico se si soffre di eiaculazione precoce (eiaculazione incontrollata prima o immediatamente dopo la penetrazione) o se si hanno sintomi riconducibili ad una ostruzione prostatica, che può in taluni casi essere associata all'impotenza.

Il vostro medico potrà aiutarvi a compilare un questionario sui vostri sintomi come ausilio per l'ulteriore valutazione e discussione delle opzioni di trattamento. Questo permetterà al medico di famiglia di:

identificare le vostre esigenze e aspettative

aiutare voi ed il vostro partner nel processo decisionale

decidere se potrebbe essere utile una consulenza psicosessuale.

2. L'esame fisico

Un esame fisico generale, servirà per valutare il vostro sviluppo sessuale e di rilevare eventuali anomalie del pene o dei testicoli. Saranno valutati i riflessi tendinei e viene eseguita l'esplorazione rettale per valutare il tono dei muscoli anali e lo sviluppo e normalità della ghiandola prostatica.

3. Ulteriori tests

Verranno consigliati:

a. Esami completi del sangue

Le analisi più opportune saranno lasciate alla discrezione al tuo medico, ma solitamente si misureranno la funzionalità renale ed epatica, il colesterolo e l'antigene prostatico specifico (PSA), così come il controllo dell'emocromo e della glicemia

b. Esame chimico delle urine

c. Dosaggio Ormonale

Vengono di norma dosati i livelli ematici di testosterone, la prolattina, FSH (ormone follicolo-stimolante), LH (ormone luteinizzante) e degli ormoni tiroidei.

d. Altri test specifici

Altri test, potranno eventualmente essere richiesti dall'urologo di fiducia, qualora lo riterrà opportuno, come per esempio: l'eco-color Doppler dinamico dei vasi penieni o il SLT test per testare la conduzione nervosa a livello del pene.

Cosa può essere alla base della disfunzione erettiva?

Non è mai facile diagnosticare l'etiologia della disfunzione erettile, visto che nello stesso paziente accanto ad eventuali patologie organiche, si assiste sempre ad una partecipazione ansiosa, (chiamata "ansia da prestazione"), che rende difficile discernere quando le cause fisiche sono primitive rispetto a quelle psichiche.

Solitamente una brusca insorgenza della D.E. è più facilmente secondaria ad una causa psichica che organica, (fatta eccezione per le cause traumatiche da incidenti, piuttosto che da esiti post-operatori), essendo le patologie fisiche responsabili di una insorgenza ingravescente nel tempo di tale disturbo.

Nel caso di una etiologia organica, le cause principali riscontrate sono:

Le patologie vascolari nel 40%

Il diabete nel 33%

Alterazioni ormonali (ad esempio, la prolattina alta o bassi livelli di testosterone),

Effetti indesiderati da farmaci (es. antipertensivi, antipsicotici, antidepressivi, antistaminici, eroina, cocaina, metadone), nell' 11% dei casi.

Disturbi neurologici nel 10%

Esiti di intervento chirurgico o trauma pelvico in 3-5%%

Anomalie anatomiche in 1-3% (ad esempio: fimosi, frenulo corto del pene, malattia di La Peyronie, infiammazioni genitali, recurvatio penis,...)

Terapia:

E' bene che entrambi i partner siano ben motivati per procedere con gli esami diagnostici e con l'eventuale terapia del caso.

Il trattamento dipende dalle cause che hanno scatenato il problema:

trattamento delle anomalie anatomiche la fimosi, il frenulo corto, una recurvatio del pene) riequilibrio di qualsiasi anomalia ormonale e modifica dello stile di vita non adatto, (ad esempio, ridurre lo stress, smettere di fumare e bere, interrompere o sostituire i farmaci dannosi)

ridurre il peso e aumentare l'esercizio fisico (che può ridurre il rischio di impotenza fino al 70%)

sostegno specifico per problemi psicologici, consultando uno psico-sessuologo o, nei casi più gravi, uno psichiatra

Se questi trattamenti non riescono a risolvere il problema, anche in associazione ad essi, potrà essere consigliabile utilizzare farmaci come Viagra, Cialis, Levitra. Questi andranno

assunti circa mezz'ora prima del rapporto, lontano dall'assunzione di alcoolici e di pasti troppo abbondanti. Non ci sono prove che questi farmaci siano pericolosi se si è portatori di una malattia cardiaca non grave, ma non dovrebbero essere assunti insieme a farmaci contenenti nitrati (ad es. isosorbide per angina). Comunque in caso di concomitanti trattamenti per disfunzioni cardiache o cardiocircolatorie è bene consultare prima un Cardiologo. Si ricorda inoltre che questi farmaci non hanno alcun effetto sul desiderio sessuale e non possono produrre l'erezione in sua assenza o senza stimolazione sessuale.

Se questi farmaci si rivelassero inefficaci, se dessero effetti collaterali significativi (osservati nel 15% dei casi) o se non possono essere utilizzati, si prenderanno in considerazione altre misure terapeutiche.

Altri trattamenti disponibili sono:

1. Iniezioni peniene con farmaci vasoattivi

Iniezioni di prostaglandina E1 (Caverject[®]) nei corpi cavernosi del pene. Queste forniscono un mezzo semplice per ottenere un'erezione chimica. L'urologo potrà insegnarvi come praticare le iniezioni (nella foto) e vi illustrerà cosa fare nel caso di una erezione persistente che non cessi nel giro di tre ore.

2. Farmaci intrauretrali (Muse)

Non sono più usati a causa dello scarso tasso di successo ed i notevoli effetti collaterali ad essi legati.

3. Dispositivi che provocano l'erezione tramite vuoto con Vacuum device (VEDs):

Sono degli strumenti che forniscono un modo semplice di ottenere un'erezione, succhiando il sangue nel pene per 30-45 minuti, fino ad ottenere una erezione, per poi mantenerla intrappolando il sangue nel pene, inserendo una molla elastica alla base del pene. Alla fine del rapporto alla rimozione della molla il sangue potrà defluire liberamente, con ritorno del pene al suo primitivo stato di flaccidità.

Chirurgia Vascolare/angioplastica

Se la disfunzione erettiva è conseguente all'ostruzione dei grandi vasi sanguigni delle gambe e del bacino, può essere possibile sottoporsi alla ricostruzione delle arterie o ad una angioplastica per ripristinare il normale flusso sanguigno penieno e quindi le erezioni.

5. Protesi peniena

L'inserimento di una protesi peniena (nella foto) è molto efficace, ma è riservata come ultima risorsa, quando tutte le altre forme di trattamento hanno fallito.

Interventi di chirurgia maggiore, con un significativo rischio di complicanze, da eseguire in Centri specializzati.
