

## La DISFUNZIONE ERETTILE nell'Anziano

E' definita come incapacità saltuaria o persistente di raggiungere e/o mantenere una erezione in grado di consentire un rapporto sessuale soddisfacente.



Interessa quasi il 13 % della popolazione maschile ( quasi 3 milioni in Italia ), dai 45 - 50 anni in su.

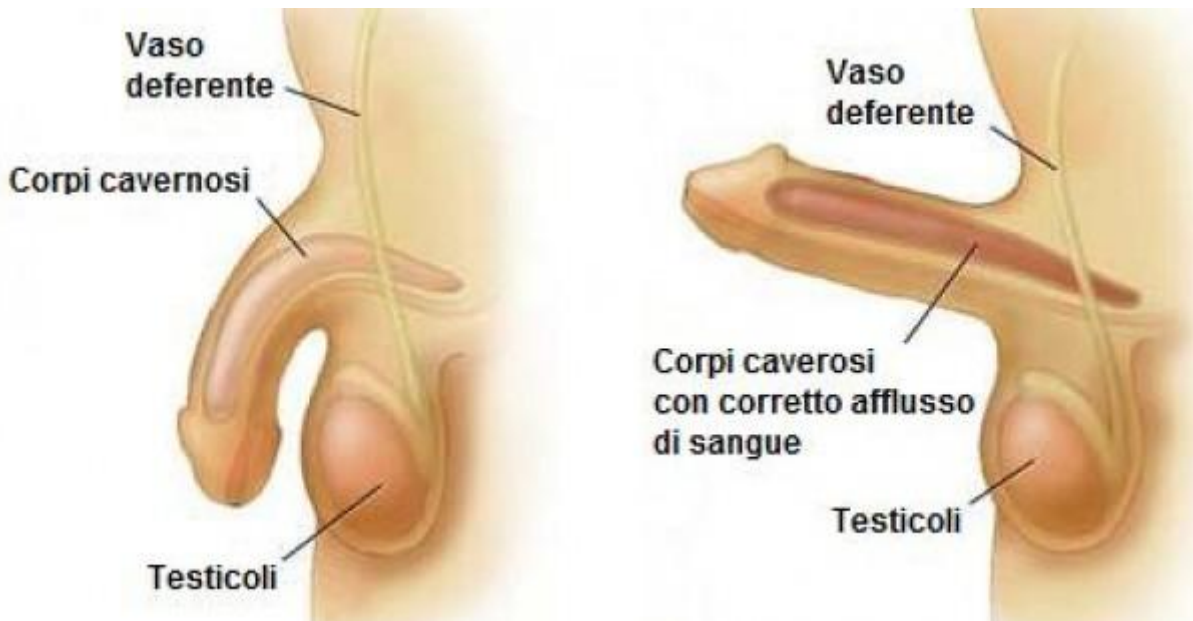
L'età pertanto è uno dei fattori di rischio più importanti delle modificazioni dell'erezione: aumenta il tempo per una completa rigidità del pene, si accorcia la fase di erezione, e si allunga il tempo necessario per avere un'altra erezione.

L'erezione è dovuta alla particolare vascolarizzazione del pene, cioè al flusso del sangue nei corpi cavernosi.

Questi ultimi ( due laterali e un terzo al di sotto dell'uretra ) sono strutture di tessuto spugnoso erettile che si estendono nella lunghezza del pene, e si riempiono di sangue durante l'erezione. Queste formazioni contengono spazi riempiti di sangue, rivestiti da endotelio ( tessuto che riveste internamente le strutture vascolari ) e separati da setti di tessuto connettivo ( tessuto di sostegno e di nutrimento di altri tessuti ).

In condizioni di flaccidità, il sangue affluisce all'organo attraverso le arterie, e defluisce attraverso le vene. Nell'erezione l'afflusso di sangue è aumentato, mentre risulta ridotto il deflusso venoso: in seguito a stimolazione erogena ( visiva e/o tattile, ma anche

fantasiosa ) si attivano determinate aree del cervello, che, attraverso fibre nervose del midollo spinale, stimolano le strutture vascolari del pene; ne risulta una vasodilatazione di queste strutture, con aumentato afflusso di sangue, il quale a sua volta, comprimendo le vene, impedisce al sangue di defluire e provoca ingrossamento e



rigidità del pene, con mantenimento degli stessi fino alla eiaculazione.

Vi sono diverse cause che possono determinare una Disfunzione Erettile : psicogene, endocrine, neurogene, vascolari e iatrogene; e vi possono essere anche condizioni predisponenti che aumentano il rischio, pur non essendo causa diretta, come il fumo di sigaretta, l'alcolismo cronico e l'uso di droghe.

Causa psicogena: oggi si ritiene che accompagni alterazioni di natura organica; è quasi sempre legata a condizioni di stress ( "ansia da prestazione" con effetto inibitorio sull'erezione, frequente tra i giovani alle prime esperienze sessuali, o tra i meno giovani dopo un primo fallimento ).

Cause endocrine: dovute a riduzione dei livelli sierici di testosterone ( ipogonadismo ), o anche ad aumento dei livelli di prolattina.

Il testosterone è un ormone steroideo del gruppo androgeno prodotto nei testicoli e, in minima parte, dalle ovaie e dalla corteccia surrenale; è deputato allo sviluppo degli organi genitali e dei caratteri

sessuali secondari ( barba, peli, timbro di voce, muscolatura, ecc.). Nell'uomo adulto è importante per la sessualità ( regola il desiderio sessuale e l'erezione ), per la fertilità ( maturazione degli spermatozoi, quantità e qualità dello sperma ), e per altri interventi ( sullo sviluppo dell'apparato muscolo-scheletrico, sullo stato di benessere psico-fisico percepito, ecc.).

La prolattina è un ormone prodotto dall'ipofisi ( struttura ghiandolare situata alla base del cranio ); promuove fundamentalmente la lattazione, ma è presente anche nell'uomo in piccole quantità. Alti livelli di questo ormone influiscono negativamente sui livelli di testosterone, e quindi sul desiderio sessuale.

La sintomatologia clinica associata al deficit androgenico può essere eterogenea e poco specifica, con conseguente sottostima del reale numero dei soggetti interessati:

- sintomi vasomotori e nervosi ( vampate, sudorazione, insonnia, irrequietezza, ecc.)
- disturbi dell'umore e cognitivi ( irritabilità, sonnolenza, perdita di motivazioni, riduzione della memoria e dell'autostima, depressione )
- mascolinità/metabolismo ( riduzione del vigore e dell'energia fisica, riduzione della massa muscolare e della forza, riduzione del cilizio e alterazioni cutanee, obesità addominale )
- sessualità ( diminuzione del desiderio-interesse-attività sessuale, riduzione della capacità erettile, riduzione delle erezioni notturne spontanee, fiacchezza giaculatoria e riduzione dell'eiaculato, peggioramento della qualità orgasmica ).

Cause neurogene : Malattia di Alzheimer, Morbo di Parkinson, Sclerosi multipla, lesioni traumatiche del midollo spinale, per interessamento di aree e strutture nervose coinvolte nel meccanismo dell'erezione.

Cause vascolari : possono essere di natura sia arteriosa ( ridotto afflusso di sangue al pene ), sia venosa ( quando il sangue non rimane intrappolato nei corpi cavernosi ). L'arteriosclerosi e tutte le patologie cardiovascolari rappresentano condizioni predisponenti per la Disfunzione Erettile ( Ipertensione arteriosa nel 20%, infarto del miocardio nel 45%, ictus o altri incidenti cerebrovascolari nell'85%; obesità, diabete mellito e ipercolesterolemia : questi ultimi fattori di

rischio, comuni alle patologie cardiovascolari, fanno della D.E. un "sintomo sentinella"; studi confermano che pazienti con pregresso infarto del miocardio lamentavano da tempo D.E.).



Cause iatrogene: rappresentano il 25% delle cause di D.E.; i farmaci antiipertensivi sono i più indiziati, seguiti dagli psicofarmaci e dai farmaci ormonali. Anche gli interventi chirurgici e la radioterapia possono essere incriminati a seguito di lesioni nervose e/o vascolari (in caso di prostatectomia).

La Diagnosi di D.E. si basa sulla valutazione clinica di eventuale presenza di fattori di rischio per l'atero-arteriosclerosi ( fumo, alcool, diabete, ipercolesterolemia, obesità, ipertensione arteriosa ), sulla presenza di malattie neurologiche degenerative, e, infine, sulla eventuale assunzione di farmaci antiipertensivi, diuretici, tranquillanti, ecc.

E' necessario un dosaggio del testosterone totale e libero, della prolattina, oltre ai normali esami routinari.

**Indispensabili alcuni esami specialistici, come l'ecocolor-doppler penino, lo studio della funzione endoteliale e l'uroflussometria.**

**Il trattamento della D.E. nell'anziano ha dimostrato un buon successo, negli ultimi anni, soprattutto dopo l'avvento dei farmaci Inibitori della fosfodiesterasi, più noti come Viagra (sildenafil), Cialis (tadalafil), Levitra (vardenafil) e Stendra (avanafil).**

**Questi farmaci agiscono aumentando la disponibilità di Ossido Nitrico, e quindi favorendo la vasodilatazione del pene. Non inducono una erezione diretta e passiva, ma consentono una amplificazione della risposta dei corpi cavernosi ad uno stimolo erogeno naturale (l'erezione si ha se alla stimolazione farmacologica si associa la stimolazione naturale). Tali farmaci devono essere utilizzati preferibilmente al bisogno, e partendo dalle dosi più basse.**



**Nei casi di mancata risposta, e dopo valutazione della funzione gonadica, si può prendere in considerazione la terapia ormonale che prevede l'assunzione di testosterone, così da riequilibrare la carenza. Sono disponibili formulazioni orali, transdermiche e intramuscolari. Riportando i livelli di testosterone nel range della normalità, molti dei sintomi associati alla sindrome possono essere risolti, ma migliorano anche il controllo della glicemia, l'adiposità viscerale e i rischi**

cardiovascolari connessi, lo stato cognitivo (memoria e attenzione), e in definitiva la qualità di vita di questa categoria di persone.

Qualora queste terapie (inibitori della fosfodiesterasi e androgenica) risultassero impraticabili o inefficaci, la iniezione di prostaglandina o di papaverina (vasodilatatori) all'interno dei corpi cavernosi penieni risulta vantaggiosa nel salvare i pazienti dalla chirurgia protesica (le protesi idrauliche sono costituite da due elementi inseriti nei corpi cavernosi e collegati ad un sistema che funge da pompa e ad un serbatoio), che deve essere considerata solo nei casi di fallimento della terapia medica.

### Bibliografia

R. Aversa, R. Bruzziches, M. Natali, D. Francomano, A. Lenzi. La disfunzione erettile nell'anziano. Geriatria nel territorio. 2012  
V. Mirone. La disfunzione erettile (impotenza). Endocrinologia oggi

