

La terapia della disfunzione erettile: dalla pillola dell'amore alla protesi hi-tech

La disfunzione erettile (DE) è definita come la persistente inability di ottenimento e mantenimento di una erezione sufficiente per una soddisfacente attività sessuale. Si tratta di un problema comune e diffuso con un'incidenza di circa il 52% degli uomini tra i 40 ed i 70 anni. Quindi circa la metà degli uomini in questa fascia d'età presenta problemi erettivi di gravità diversa. Di questi il 10% ha una grave DE ovvero una totale assenza di erezioni spontanee o riflesse.



Dott. Maurizio Carrino
Direttore U. O. S. D.
Andrologia A.O.R.N.
"A. Cardarelli", Napoli

La recente campagna mediatica che ha sostenuto l'introduzione in terapia dei farmaci proerettogeni orali ha certamente favorito il ricorso del paziente al consulto andrologico, in passato evitato per vergogna o per mancanza di riferimenti. Oggi la presa in carico di questi pazienti è facilitata da percorsi diagnostico-terapeutici codificati e condivisi mediante algoritmi decisionali del tipo "process → action → outcome" (Rosen, *Process of Care*, 1999). La diagnostica di base della disfunzione erettile è piuttosto semplice: l'anamnesi, l'esame obiettivo

dei genitali e pochi test di laboratorio consentono nella quasi totalità dei casi di fornire al paziente soluzioni terapeutiche efficaci.

La prima fase della terapia è comune a tutti i pazienti e comprende la modifica degli stili di vita (calo ponderale, attività sportiva, riposo notturno) e l'abolizione di fumo, alcol, droghe ricreative.

È altresì indispensabile l'attenta valutazione dell'assunzione di farmaci potenzialmente sessualmente tossici come antipertensivi, antiaritmici ed antipsicotici con particolare attenzione agli antiandrogeni (ad es. finasteride), spesso assunti dai giovani per alopecia androgenetica.

Nei pazienti con persistenza sintomatologica è indicato un approccio terapeutico a crescente aggressività dai farmaci orali alla chirurgia. L'approccio terapeutico graduale è basato sui criteri di facilità di somministrazione, reversibilità, invasività e costo. Come vedremo in seguito, non bisogna mai trascurare la preferenza del paziente in rapporto alle aspettative personali e di coppia.

Farmaci, effetti collaterali e controindicazioni

Gli inibitori delle fosfodiesterasi (PDE5) sono gli unici farmaci orali approvati per il trattamento della di-

sfunzione erettile. I farmaci in commercio (Fig. 1) si differenziano principalmente per rapidità di azione e durata dell'effetto proerettogeno. Risultano efficaci solo in presenza di stimolazione sessuale e vengono in genere prescritti in duplice modalità di somministrazione. Per l'utilizzo *on demand*, ovvero solo in occasione di attività sessuale programmata, si utilizzano farmaci a rapido effetto sulla erezione (30-60 minuti) ed elevate concentrazioni ematiche (sildenafil, vardenafil e avanafil).

Qualora il paziente preferisca un'attività sessuale non correlata alla somministrazione è possibile l'uso di farmaci a lunga durata di azione come il tadalafil a bassi dosaggi quotidiani (5 mg) o alti dosaggi di 20 mg trisettimanali. In letteratura non è mai stata dimostrata la superiorità di un farmaco rispetto agli altri, essendo la risposta individuale molto correlata alle abitudini sessuali del paziente.

I principali effetti collaterali sono la cefalea, la rinite vasomotoria, l'epigastralgia, le vampate di calore ed i dolori muscolari. La terapia orale è controindicata in pazienti in terapia con nitrati per cardiopatia ischemica, con grave scompenso cardiaco ed inability al coito e grave insufficienza epatica o renale.



Fig. 1

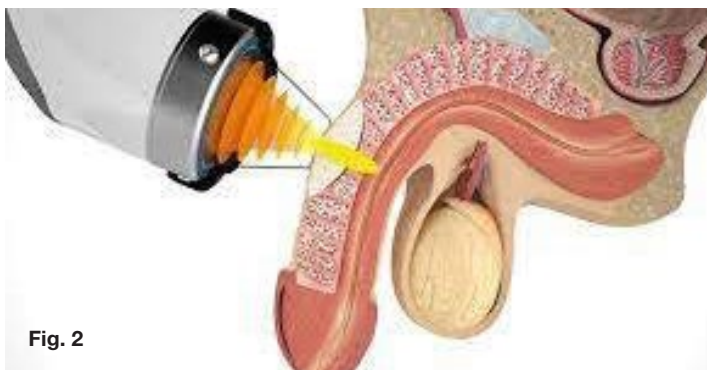


Fig. 2

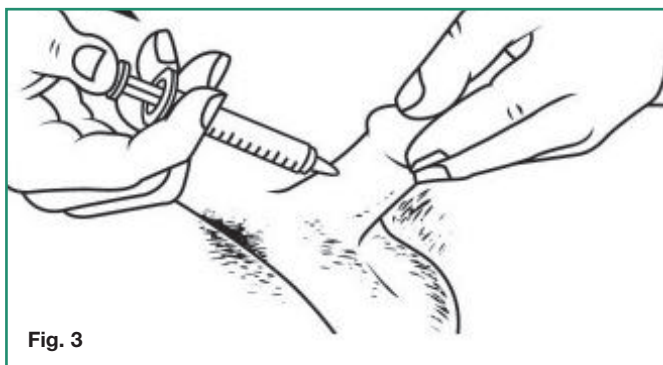


Fig. 3



Fig. 4

Circa il 70% dei pazienti esibisce ottimi risultati in terapia orale con l'abbandono della terapia del 18-42% per i costi, gli effetti collaterali e il timore di assuefazione o dipendenza.

L'efficacia della terapia orale è nettamente migliorata con l'uso dell'introduzione di protocolli di terapie multimodali che prevedono il concomitante utilizzo di onde d'urto a bassa intensità (Fig. 2) o l'iniezione endocavernosa di cellule staminali (Fig. 3). Le prime causerebbero mediante microtrauma l'induzione di una neovascolarizzazione con una regolazione della nitrossido sintetasi e del fattore di von Willebrand. Le cellule staminali sono preparate mediante liposuzione idrojet assistita a cui segue una particolare procedura di isolamento della frazione vascolo-stromale che verrà poi iniettata nei corpi cavernosi. Un interessante lavoro di Christine Haar ne ha dimostrato l'efficacia in pazienti sottoposti a prostatectomia radicale.

Nei pazienti che non rispondono alla terapia orale può essere utilizzata l'iniezione endocavernosa di prostaglandine (Fig. 4) in grado di

indurre erezioni anche in assenza di stimolazione sessuale; si tratta di una metodica ad elevata efficacia terapeutica controindicata in caso di pazienti ad alto rischio di priapismo con l'anemia falciforme, sindrome da ipercoagulabilità ematica o in terapia con monoamminossidasi. La dose di 20 mcg risulta efficace in circa il 80% dei pazienti ma presenta un altrettanto elevata percentuale di abbandono superiore al 83%; e ciò in relazione agli effetti collaterali, soprattutto il dolore, episodi di erezione prolungata o priapismo ed insorgenza di fibrosi da microtrauma cavernoso.

La protesi peniena

Nel gruppo dei pazienti che non rispondono alle prime due linee di trattamento è indicato l'impianto di una protesi peniena (Figg. 5-6). È importante chiarire che non è indispensabile l'inefficacia delle precedenti linee terapeutiche per il ricorso alla chirurgia protesica. Per esempio, l'auto iniezione di prostaglandine non è praticabile, laddove efficace, in un paziente agofobico. Così come può essere candidato all'impianto un paziente con grave

cefalea da assunzione di inibitori delle fosfodiesterasi.

Quindi la protesi non è "l'ultima spiaggia" ma è utilizzata quando le altre soluzioni terapeutiche siano inefficaci impraticabili o anche non gradite al paziente. Esistono numerosi tipi di impianti protesici: soffici, malleabili, idrauliche bicomponenti e tricomponenti. Queste ultime, che consentono una più estetica erezione ed un migliore occultamento dell'impianto quando non attivato, sono quelle più comunemente adoperate. Le moderne protesi idrauliche tricomponenti sono costituite da cilindri gonfiabili inseriti chirurgicamente nei corpi cavernosi collegati ad un serbatoio e ad una pompa di attivazione impiantata nella borsa scrotale. L'attivazione e la disattivazione della pompa simula il normale ciclo di erezione-detumescenza che avviene durante la stimolazione sessuale. I componenti della protesi sono ricoperti o ricopribili con sostanze antibiotiche che vengono poi rilasciate in sede chirurgica e prevengono l'infezione degli impianti.

Nei centri ad alto volume l'intervento di impianto protesico ha la durata

di circa un'ora con dimissione nelle successive 24-48 ore. In numerosi studi è stato dimostrato l'elevato indice di gradimento del paziente della coppia. In un interessante studio del 2013, Megaw e collaboratori hanno arruolato 54 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale *nerve sparing* ed avviati dopo sei mesi dall'intervento a farmacoterapia orale con inibitori delle fosfodiesterasi o chirurgia protesica. Nonostante i buoni risultati ottenuti dai pazienti in terapia farmacologica, il gradimento globale risultava molto più elevato nei pazienti sottoposti a chirurgia protesica. Nella nostra casistica attuale l'indice di gradimento è di circa il 90%. I risultati ottenuti in chirurgia protesica non dipendono solo dalla capacità tecnica del chirurgo ma da un meticoloso consulto preoperatorio che mira a moderare le aspettative del paziente ovvero ad evitare il cosiddetto "effetto chimera". È indispensabile presentare con chiarezza le complicanze e menomazioni funzionali correlate all'intervento, laddove perfettamente condotto. La causa più frequente di insoddisfazione è la dimensione del pene postoperatoria. È opportuno chiarire che l'impianto ripristina una funzione ma non restituisce il vigore dell'erezione dei vent'anni. Per fornire un'idea, la lunghezza del pene ad impianto gonfio sarà paragonabile al pene flaccido in trazione manuale.

Nei soggetti con genitali piccoli, per retrazione, è possibile un miglioramento della lunghezza mediante plastiche di allungamento quali la sezione del legamento sospensore del pene che ne aumenta la lunghezza di circa 2 centimetri. In alternativa, prima di inserire la protesi, eseguiamo incisioni multiple dell'albuginea, la membrana di connettivo che contiene i corpi cavernosi aumentandone la distensibilità. L'utilizzo di moderni impianti con particolare struttura consente una minore riduzione di



Fig. 5

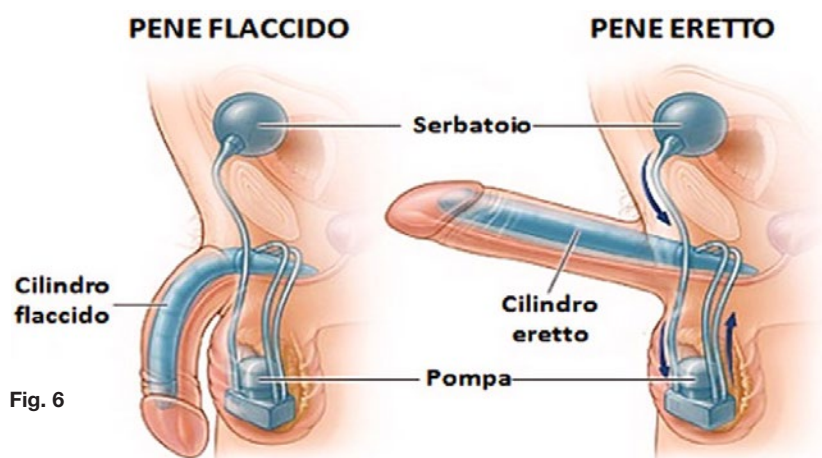


Fig. 6

volume del pene mediante cilindri che si auto-espandono in lunghezza e circonferenza. I cilindri protesici vengono impiantati nei corpi cavernosi fino all'apice, pertanto bisogna informare il paziente sulla relativa flaccidità del glande.

Altri argomenti importanti da discutere sono la gestione del dolore postoperatorio come da corpo estraneo o il periodo di astinenza postoperatorio ma soprattutto la necessità di un processo di lungo apprendimento per il corretto utilizzo dell'impianto. Al paziente viene fornito un DVD esplicativo sulle modalità di attivazione e disattivazione dell'impianto e gadget per autoapprendimento, come un portachiavi che riproduce la pompa di attivazione.

Nel nostro dipartimento è previsto un incontro settimanale con il paziente per il monitoraggio postoperatorio e il riscontro precoce di eventuali complicanze nonché la formazione ad un corretto utilizzo.

Trattandosi di dispositivi meccanici, è possibile un malfunzionamento dell'impianto, evenienza molto rara (circa il 2% a 5 anni). In questo caso viene fornito immediatamente e gratuitamente un nuovo impianto. Il centro che esegue questo tipo di chirurgia deve essere anche preparato alla gestione delle complicanze. La rimozione della protesi per infezione, rigetto, ma anche la sostituzione per malfunzionamento, per quanto rara rappresenta un evento devastante per la psiche del paziente. È fondamentale che in questi casi l'equipe chirurgica sia in grado di attivare tutte le tecniche per il salvataggio dell'impianto o per favorire un successivo reimpianto. Oggi la disfunzione erettile non è più un tabù e l'andrologo è un riferimento importante per la gestione della strategia terapeutica, soprattutto allo scopo di evitare pericolosi "fai da te" o rischiosi rimedi promossi dal web senza alcun riferimento scientifico. ■