

La possibilità di ottenere una erezione sufficiente per un rapporto sessuale dopo l'iniezione intracavernosa di farmaci vasoattivi, oltre a modificare radicalmente l'approccio diagnostico-terapeutico dell'impotenza ha permesso una maggiore comprensione della fisiopatologia dell'erezione.

Ancora oggi però, da parte di numerosi gruppi di studi, proseguono le ricerche per identificare possibili forme di terapia orale dei deficit erettivi e risultati interessanti sono stati annunciati recentemente al congresso degli Urologi Americani: sembra infatti che una nuova molecola (Sildenafil), inibitore di un enzima (5fosfodiesterasi) sia in grado di favorire una buona erezione, dopo qualche ora dalla sua assunzione orale. Lo studio ancora in fase sperimentale in Europa ed in America, dovrebbe essere completato fra un anno e consentirne la commercializzazione fra due. Fino ad oggi i farmaci proposti per la cura dell'impotenza sono stati numerosi e, a secondo dei casi, somministrati per via sistemica (os e intramuscolo) o locale (intracavernosa, topica e intrauretrale).

La terapia, che sicuramente ha raccolto maggiori consensi è la farmacoerezione.

L'esperienza di molti anni e i risultati di studi su vaste casistiche, dimostrano inequivocabilmente che la farmacoerezione intracavernosa rappresenta una possibilità terapeutica di sicura efficacia con incidenza positiva anche nei confronti delle forme psicogene. E' ormai acquisito che la farmaco infusione intracavernosa possa, in taluni casi, rappresentare una terapia a termine, svolgendo un ruolo riabilitativo di ginnastica vasoattiva sul tessuto erettivo. Il 40% di questi pazienti riferisce infatti ripresa spontanea delle erezioni dopo 6-7 iniezioni intracavernose, mentre il restante 60% continua a praticare l'autoiniezione, 10 minuti prima del rapporto sessuale: dopo 4-5 mesi (in alcuni casi anche più di un anno) un' altra grossa percentuale, riferisce una ripresa spontanea dei rapporti sessuali. Solo il gruppo di pazienti con lesioni neurologiche, pur essendo i più responsivi a questo trattamento, per ovvie ragioni, non possono sperare in un recupero spontaneo della potenza sessuale.

Al contrario, quelli che non possono mai beneficiare di questo trattamento farmacologico locale sono i pazienti che presentano una vascolarizzazione compromessa: questi, a secondo dei casi, possono essere sottoposti ad intervento di rivascolarizzazione (ostruzione arteriosa traumatica) o impianto protesico (arteriosclerosi diffusa). I farmaci utilizzati, da soli o in associazione tra di loro, per la farmaco erezione sono rappresentati dalla papaverina-fentolamina e Prostaglandine E1 (cavelject*), che è il farmaco più adoperato nel mondo. Questi farmaci vanno usati con molta cautela e consigliati da uno specialista andrologo-urologo, endocrinologo o sessuologo dopo attenti indagini diagnostiche. Nel personalizzare la dose si procede ad aumenti gradualmente del dosaggio partendo dalla dose minima standard che è di 5 microgrammi, fino ad arrivare a 40 microgrammi. Rispetto alla Papaverina, la **PGE1** provoca una erezione più fisiologica che generalmente scompare dopo l'eiaculazione. L'erezione persistente, dolorosa e non sostenuta da alcun stimolo sessuale, meglio conosciuta come priapismo, costituisce la complicanza più temibile della farmacoerezione per cui i pazienti devono essere sempre informati in modo da avvisare lo specialista urologo o andrologo in caso di erezione prolungata (più di sei ore dall'inizio della farmacoerezione: alcuni consigliano anche dopo tre ore). Attualmente la papaverina e la fentolamina raramente sono utilizzate da sole: più spesso, esse vengono adoperate in associazione alle prostaglandine (tab. I).

-Tab. 1-**Meccanismo d'azione** dei farmaci impiegati per la farmacoerezione.

PGEI:	partecipa alla produzione di ossido nitrico ed è un potente miorilassante della muscolatura liscia
--------------	--

Papaverina:	interferendo con il flusso del calcio intracellulare, inibisce la contrazione della muscolatura liscia
--------------------	--

Fentolamina:	bloccando i recettori alfa adrenergici induce il rilassamento della muscolatura liscia
---------------------	--

Terapia farmacologia per os.

Nella pratica quotidiana, esiste un gran numero di pazienti che rifiuta di essere sottoposto a farmacoerezione, perché ritiene tale metodica un trattamento cruento, non fisiologico e richiede spesso solo una terapia sintomatica di "supporto" somministrata per via orale. Tra i numerosi farmaci proposti per os quelli che hanno avuto un discreto successo sono rappresentati dal Trazodone e la Yoimbina. Il Trazodone è un inibitore della captazione di 5-HT: facilitando il turn-over della dopamina è utilizzato per via orale come antidepressivo. Studi sperimentali in vitro hanno evidenziato capacità all'a-antagoniste nei confronti del tessuto cavernoso e per questo capace di indurre l'erezione. L'insorgenza di priapismo associato all'assunzione del farmaco ha accresciuto il suo interesse nel trattamento dell'impotenza. I pochi studi effettuati al riguardo hanno però evidenziato un'efficacia limitata. La Yoimbina è sicuramente il farmaco più antico impiegato nel trattamento dell'impotenza: da più di un secolo è utilizzato come afrodisiaco. Si tratta di un alcaloide indolico con proprietà antagoniste dei recettori adrenergici alfa-2, fornito di effetti centrali profondi e periferici negli animali e negli esseri umani. Uno studio controllato su pazienti con diagnosi di impotenza psicogena ha evidenziato una risposta positiva per il 62% nel gruppo trattato con Yoimbina e del 16% nel gruppo controllo. Il farmaco è ben tollerato e può essere raccomandato come farmaco di prima scelta alla dose giornaliera di 15 mg (5mg x 3/die) (Il farmaco non è in commercio in Italia) Differente è il discorso quando esiste un deficit ormonale per cui è necessario instaurare una

terapia sostitutiva. I deficit erettivi da carenze ormonali sono quelli che risentono più favorevolmente di una terapia sostitutiva. Fortunatamente rappresentano meno del 3% di tutti i casi di impotenza.

Le anomalie ormonali più frequentemente associate a deficit erettivi sono rappresentate da ipogonadismo e dall'iperprolattinemia. Ipogonadismo: entrambe le forme (iper ed ipogonadotropo) necessitano di una terapia sostitutiva: androgeni o gonadotropine: la terapia per os è generalmente più accettata dal paziente ma spesso non è in grado di assicurare livelli ematici stabili di testosterone in quanto nessun preparato viene assorbito a livello intestinale nella precisa quantità richiesta. Proprio per questo la terapia con androgeni dovrebbe essere instaurata con preparati iniettabili (testosterone enantato 300 mg i.m. ogni 3-4 settimana.

Iperprolattinemia: può essere con seguente ad altra terapia farmacologica oppure alla presenza di tumori ipofisari prolattinomi) costituisce una causa di impotenza molto rara con incidenza stimata al disotto del 5%. Quando si rende necessaria la terapia con bromocriptina, l'inizio del trattamento deve essere sempre a basso dosaggio, per arrivare poi alle dosi di 5-7,5 mg/die. (Tab. 2).

-Tab.2-

□ Complicanze della farmacoerezione
--

A) A BREVE TERMINE

- | |
|-----------------------|
| - dolore |
| - ecchimosi |
| - erezione prolungata |
| - priapismo |

B) A LUNGO TERMINE

- | |
|-------------------------------|
| - fibrosi dei corpi cavernosi |
| - incurvamento del pene |

Terapia topica

A causa della conformazione anatomica del pene, la terapia topica nel trattamento dell'impotenza coeundi non ha avuto molta fortuna. Infatti, una volta superata la cute, il passaggio del farmaco viene drenato nel circolo sistemico da parte della ricca rete vascolare sottocutanea. La quantità residua di farmaco che riesce a superare la fascia di Buck e la spessa tonaca albuginea raggiunge il tessuto cavernoso in quantità molto scarsa e sicuramente incapace di provocare una erezione.

I farmaci utilizzati sono stati la papaverina sotto forma di crema in veicolo liposolubile (preparazione galenica al 10%), un unguento di nitroglicerina al 2% o al 10%: la Yoimbina cloridrato come unguento al 5%)

Una solida alternativa all'uso intracavernoso di farmaci vasoattivi sembra essere rappresentata dalla somministrazione intrauretrale delle prostaglandine. Questo ultimo preparato sembra possedere un'efficacia sovrapponibile alla farmacoerezione, evitando tutti gli aspetti negativi: inoculazione cruenta e dolorosa, formazione di ematomi, cavernosità, noduli di fibrosi.

Aldo F. De ROSE
urologo - andrologo
pubblicazione del 1997