

# Percorso di gestione primo - secondo livello della Disfunzione Erettile

*Tratto dalle conclusioni del Dipartimento Urologia, IV Congresso della Corte di giustizia Popolare per il Diritto alla Salute  
(Rimini, 20-22 Novembre 2015), e condiviso da FIMMG, Senior Italia e le società scientifiche*

***Componenti Fimmg Dipartimento Urologia:***

***MAURO UCCI***

***PIERO ANGORI***

***DE ROSA MATTEO***

---

***Coordinatore Scientifico: DARIO GRISILLO***

***LA GESTIONE DI PRIMO LIVELLO:***

***COMPETENZA DELLA MEDICINA GENERALE ORGANIZZATA***

## PREREQUISITI

- Organizzazione del lavoro in Team mono professionale (AFT)
- Adozione della metodica della medicina di iniziativa
- Individuazione di sedi comuni di svolgimento delle attività di medicina di iniziativa (strutturazione della AFT)
- Acquisizione di personale di studio e sua specifica formazione
- Acquisizione di tecnologia diagnostica di primo livello e nella fattispecie:
  - Diagnostica clinica per esame delle urine completo, emocromocitometrico, creatininemia, quadro lipidico, glicemia;
  - Ecografo.
- Adozione del sistema informativo di AFT in grado di garantire interoperabilità delle cartelle cliniche ed interoperabilità in modalità di telemedicina con la strumentazione diagnostica rappresentato dal Cloud di Netmedica Italia.

## ATTIVITÀ DI COMPETENZA DELLA MEDICINA GENERALE

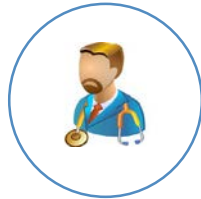
**Ai medici di medicina generale così organizzati spetta come compito prioritario, ma pur sempre inserito nella gestione condivisa con lo specialista:**



Diagnosi precoce



Prima diagnosi ed impostazione degli interventi



Follow-up di primo livello

## DIAGNOSI PRECOCE (1 di 2)

Selezione della popolazione “a rischio” da sottoporre ad approfondimento:

- Pazienti maschi con fattori di rischio rappresentati da:
  - mancanza di esercizio fisico
  - obesità
  - fumo
  - ipercolesterolemia
  - sindrome metabolica
- Pazienti maschi affetti da patologia cardiovascolare conclamata (angina, ictus, infarto, AOP);
- Pazienti maschi diabetici;
- Pazienti maschi ipertesi;
- Pazienti maschi affetti da insufficienza renale cronica;
- Pazienti maschi affetti da sclerosi multipla o m. di Parkinson.

## DIAGNOSI PRECOCE (2 di 2)

A tutti questi pazienti si somministra il questionario autosomministrato *International Index of Erectile Function - 5 (IIEF-5)*.

La popolazione che risulta presentare D.E. anche lieve deve essere diagnosticata ed inquadrata.

La popolazione che non risulta affetta deve essere nuovamente indagata mediante il questionario dopo tre anni.

## PRIMA DIAGNOSI, INQUADRAMENTO ED IMPOSTAZIONE DEGLI INTERVENTI (1 di 8)

Conferma esistenza D.E. mediante colloquio.

Inquadramento:

- Epoca di insorgenza dei sintomi;
- Durata dei sintomi;
- Qualità delle erezioni spontanee e/o indotte;
- Desiderio sessuale e disfunzioni dell'eiaculazione o dell'orgasmo;
- Qualità della performance sessuale prima dell'insorgenza del problema e con eventuali altri partners;
- Eventuale dolore durante il coito;
- Dolore del partner durante il rapporto



## PRIMA DIAGNOSI, INQUADRAMENTO ED IMPOSTAZIONE DEGLI INTERVENTI (2 di 8)

Indagine sui

- Fattori predisponenti:

(Assenza di cultura sessuale; Mancanza di esperienza sessuale; Problematiche relazionali; Credenze culturali o religiose; Disturbi dell'identità di genere; Pregresso abuso sessuale; Problemi fisici o mentali; Altri problemi sessuali del paziente o del partner; Sostanze d'abuso);

- Fattori precipitanti:

(Nuova relazione; Problemi relazionali della coppia; Pressioni familiari o sociali; Gravidanza; Eventi stressanti; Menopausa della partner; Problemi fisici o mentali di insorgenza acuta; mancanza di conoscenza circa i normali cambiamenti dell'invecchiamento; altri problemi sessuali del paziente o del partner; sostanze d'abuso);

- Fattori mantenenti:

(Problemi relazionali; Scarsa comunicazione nella coppia; Mancanza di cultura delle opzioni terapeutiche; Problemi fisici o mentali cronici; Altri problemi sessuali del paziente o del partner; Sostanze d'abuso).

## PRIMA DIAGNOSI, INQUADRAMENTO ED IMPOSTAZIONE DEGLI INTERVENTI (3 di 8)

Conferma verifica su data base

- della presenza dei fattori di rischio:  
(mancanza di esercizio fisico, obesità, fumo);
- della presenza delle morbidità collegate:  
(Malattia cardiovascolare; Iperensione arteriosa; Diabete mellito; Iperlipidemia; Chirurgia maggiore o radioterapia della pelvi o del retroperitoneo; Sclerosi multipla; Malattia di Parkinson; Tumori; Ictus; Ernie della colonna; Malattie del midollo spinale; Alcolismo; Uremia; Polineuropatia);
- dell'uso dei farmaci potenzialmente in grado di interferire sulla funzione sessuale:  
(Antiipertensivi, diuretici e beta-bloccanti; Antidepressivi; Antipsicotici; Antiandrogeni; Antistaminici; Sostanze d'abuso, eroina, cocaina, metadone).

## PRIMA DIAGNOSI, INQUADRAMENTO ED IMPOSTAZIONE DEGLI INTERVENTI (4 di 8)

Esame clinico specifico che deve mirare a valutare:

- Caratteri sessuali secondari;
- Dimensioni e la consistenza dei testicoli;
- Sensibilità perianale;
- Tono dello sfintere anale all'esplorazione rettale ( anche esame prostatico);
- Riflesso bulbo-cavernoso;
- Ispezione e palpazione del pene per evidenziare presenza /assenza di Malattia di Peyronie;
- Frattura del pene, Curvatura congenita del pene, Micropene, Ipospadi, Epispadi.

Identificazione (mediante esami di laboratorio) delle condizioni di:

- Ipogonadismo;
- Iperprolattinemia;
- Ipertiroidismo o ipotiroidismo;
- Malattia di Cushing;

## PRIMA DIAGNOSI, INQUADRAMENTO ED IMPOSTAZIONE DEGLI INTERVENTI (5 di 8)

Esami di laboratorio (di primo livello):

- Esame delle urine completo;
- Emocromocitometrico;
- Creatininemia;
- Quadro lipidico;
- Glicemia;
- Dosaggio del testosterone. ( Qualora i livelli di testosterone risultino bassi si procede al dosaggio della sua frazione libera, free-testosterone, della prolattina e dell'ormone luteinizzante LH);
- ACTH solo se presenza di segni e sintomi suggestivi di Cushing;
- Dosaggio del PSA, solo prima di iniziare una terapia col testosterone e durante la terapia.

Indagini strumentali di primo livello:

- Ecografia dell'apparato urogenitale;
- Eventualmente l'eco(color)doppler penieno.

## PRIMA DIAGNOSI, INQUADRAMENTO ED IMPOSTAZIONE DEGLI INTERVENTI (6 di 8)

Impostazione terapia:

- Correzione dei fattori di rischio – terapia non farmacologica

Modifiche dello stile di vita:

Attività fisica (evitare una vita sedentaria)

Abolizione fumo

Corretta alimentazione

Revisione trattamenti farmacologici concomitanti

- Terapia delle condizioni patologiche concausali – comorbilità

Secondo le indicazioni delle linee guida specifiche

- Correzione di disturbi endocrinologici (indicazioni delle linee guida specifiche)

Ipogonadismo terapia con testosterone

Iperiparoidismo

Iperiprolattinemia

## PRIMA DIAGNOSI, INQUADRAMENTO ED IMPOSTAZIONE DEGLI INTERVENTI (7 di 8)

Impostazione terapia (continua):

- Terapia specifica della D.E. :

Terapia di prima linea:

Inibitori della 5-fosfodiesterasi

Vacuum device

Terapia di seconda linea:

Terapia intracavernosa Alprostadil

## PRIMA DIAGNOSI, INQUADRAMENTO ED IMPOSTAZIONE DEGLI INTERVENTI (8 di 8)

### Situazioni di appropriato invio al secondo livello specialistico al momento della prima diagnosi- inquadramento:

1. D.E. primitiva (non causata da disturbi organici o psicogeni) in pazienti giovani che hanno sempre avuto difficoltà a ottenere o mantenere l'erezione;
2. Pazienti giovani con storia di trauma pelvico o perineale che potrebbero trarre beneficio da chirurgia vascolare;
3. Pazienti con anomalie del pene (Malattia di Peyronie, curvatura congenita) che potrebbero richiedere correzione chirurgica;
4. Pazienti con disturbi psichiatrici o del comportamento;
5. Pazienti con disordini endocrinologici complessi.

## FOLLOW-UP DI PRIMO LIVELLO

1. Primo controllo semestrale;
2. Successivi controlli annuali;

### **E' necessario ad ogni visita:**

- Ripetizione questionario International Index of Erectile Function - 5 (IIEF-5) e verifica (colloquio andamento D.E. );
- Valutazione controllo comorbidità;
- Rivalutazione terapia farmacologica concomitante ( specie nuovi farmaci);
- Verifica/conferma indicazioni non farmacologiche;
- In caso di terapia sostitutiva con testosterone:

Dosaggio del testosterone  
Dosaggio del PSA

- Controllo aderenza terapia;
- Conferma/rivalutazione terapia.

### **Situazioni di appropriato invio al secondo livello specialistico in corso di follow-up**

- Valutazione fallimento terapia prima – seconda linea per invio a specialista



***LA GESTIONE DI SECONDO LIVELLO:***

***COMPETENZA DELLO SPECIALISTA DI BRANCA***

## COMPETENZE SPECIALISTICHE SPECIFICHE

- Valutazione specialistica anche mediante:
  - Test di rigidità notturna (Rigiscan);
  - Test di farmaco-erezione;
  - Ecocolordoppler penieno dinamico;
  - Arteriografia;
  - Cavernosografia e cavernosometria;
  - Altri test diagnostici di pertinenza non urologica (Visita psichiatrica, Studi neurologici ,latenza del riflesso bulbo-cavernoso, studi di conduzione nervosa);
  - Studi endocrinologici; valutazione cardiologica);
- Rivascolarizzazione in caso di D.E. post-traumatica;
- Indicazione e monitoraggio di altre terapie di seconda linea:
  - Terapia di combinazione Papaverina + Fentolamina + Alprostadil
  - Sildenafil + la suddetta tripla combinazione
  - Alprostadil intrauretrale
- Indicazione e monitoraggio di terapia di terza linea.

## SITUAZIONI DI INVIO ALLO SPECIALISTA DA PARTE DEL MMG

1. D.E. primitiva (non causata da disturbi organici o psicogeni) in pazienti giovani che hanno sempre avuto difficoltà a ottenere o mantenere l'erezione;
2. Pazienti giovani con storia di trauma pelvico o perineale che potrebbero trarre beneficio da chirurgia vascolare;
3. Pazienti con anomalie del pene (Malattia di Peyronie, curvatura congenita) che potrebbero richiedere correzione chirurgica;
4. Pazienti con disturbi psichiatrici o del comportamento;
5. Pazienti con disordini endocrinologici complessi;
6. Ragioni medico-legali;
7. Fallimento terapia di prima – seconda linea.

**Inoltre tutte le volte che il MMG sentirà la necessità di acquisire una seconda opinione specialistica, potrà attivare la consulenza in modalità telemedicina ed utilizzare la gestione condivisa del cruscotto di patologia.**