Deficit di erezione: le cause fisiche

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Indice

Cosa s'intende per "deficit di erezione"? pag. 1
Quali sono le cause fisiche della difficoltà di erezione? pag. 1
Quali sono invece le cause funzionali? pag. 2
Gli stili di vita possono interferire con l'erezione? pag. 2
Come comportarsi di fronte ad un'erezione difficile da ottenere o mantenere? pag. 2
Approfondimenti specialistici pag. 3

Cosa s'intende per "deficit di erezione"?

Il deficit di erezione viene definito come difficoltà parziale o totale a mantenere l'erezione fino al completamento dell'attività sessuale. Le cause di questo problema sessuale possono essere fisiche e psichiche, legate alla storia personale e/o alla relazione di coppia (1,2). Spesso fattori di entrambi i tipi concorrono a causare e mantenere la difficoltà di erezione.

Quali sono le cause fisiche della difficoltà di erezione?

Dal punto di vista fisico, il deficit di erezione può essere la spia di una malattia più importante (2,3).

Per esempio, di tipo cardiovascolare. La difficoltà a mantenere l'erezione può infatti anticipare di circa tre anni **un infarto del miocardio** o **un attacco di angina**.

Il deficit di erezione può essere il segno di un'**ipertensione** che non ha dato ancora altri segni di sé.

Anche l'**eccesso di colesterolo** è nemico dell'erezione. In tal caso il danno vascolare che sottende il deficit di erezione è dovuto all'accumulo di "zolle" di colesterolo lungo la parete dei vasi. Questo provoca l'**aterosclerosi**, che causa poi la perdita di elasticità dei vasi sanguigni per l'indurimento progressivo della loro parete: un'alterazione nota come **arteriosclerosi**. Essa riduce il lume del vaso, e quindi il flusso sanguigno, mentre l'aumentata rigidità correla con l'aumento della pressione diastolica, ossia della pressione minima.

Il **diabete** può ledere l'erezione con diverse modalità (2,3):

a) **vascolari** ("microangiopatia diabetica") per il danno che la glicemia elevata (o mal controllata) provoca sulla parete vasale;

b) **neurologiche** ("neuropatia diabetica"), per il danno delle terminazioni nervose, specialmente del sistema "autonomo", che coordina le funzioni involontarie, tra cui l'erezione;

c) **ormonali**: il diabete mal controllato, specie di tipo 2, si associa a sovrappeso, che a sua volta comporta alterazioni ormonali nei livelli di testosterone, l'ormone maschile. Un più basso livello

di questo ormone riduce il desiderio e rende più problematica l'erezione;
d) **neuropsichiche**: la depressione si associa spesso al diabete e ai problemi di erezione.
In altri casi sono **le malattie neurologiche, come la sclerosi multipla,** a danneggiare i meccanismi nervosi che coordinano l'erezione. **Anche traumi midollari**, quando causano **la paraplegia**, ossia la paralisi degli arti inferiori, possono causare problemi di erezione.

Quali sono invece le cause funzionali?
Nelle forme "funzionali", che non sono dovute a un evidente danno vascolare, neurologico o dismetabolico, il problema di erezione è dovuto alla **ricorrente e persistente inibizione dell'eccitazione sessuale durante l'attività sessuale**.
Questa definizione coglie bene un aspetto spesso trascurato nella diagnosi e nella terapia dei deficit erettivi: il ruolo cioè dei **fattori psicologici e funzionali** nel condizionare il desiderio e l'eccitazione e quindi il primum movens della risposta sessuale stessa.
Questi fattori psichici, detti anche "centrali", perché interessano il cervello, possono essere primitivi, ossia i primi responsabili di un deficit erettivo in cui non si riconoscano altre componenti organiche "periferiche" (arteriose, venose, neurologiche, meccaniche) o secondari a queste ultime e al deficit che ne consegue.
A volte, inoltre, il primo sintomo di iniziale deficit erettivo è l'ejaculazione precoce secondaria, ossia acquisita dopo anni di normale funzione sessuale. In tal caso l'anticipo ejaculatorio è un modo più o meno consapevole di concludere il rapporto prima che il deficit erettivo diventi manifesto anche al/alla partner.
Una terapia efficace deve tener conto anche di questi fattori, così da migliorare la compliance del paziente - e quindi il risultato e la soddisfazione - delle diverse scelte terapeutiche.

Gli stili di vita possono interferire con l'erezione?
Certamente. **Il primo nemico dell'erezione è infatti il fumo** (4,5), che danneggia elettivamente la parete dei vasi.
L'**alcool** (4,5), se assunto per lunghi periodi, agisce con un meccanismo complesso. Riduce il desiderio (anche se all'inizio agisce da ansiolitico), danneggia la parete dei vasi e abbassa il testosterone.
Le **droghe tipo marijuana** agiscono come l'alcool: hanno un effetto inizialmente ansiolitico, ma inibiscono il desiderio e riducono il testosterone.
La **morfina** e l'**eroina** bloccano il desiderio (1,5) perché creano una "pseudo-soddisfazione" dovuta all'aumento delle endorfine, le molecole che nel nostro cervello mediano al sensazione di "ricompensa" e quindi di soddisfazione, in questo caso creata illusoriamente.
La **cocaina** e le droghe eccitanti aumentano il desiderio e l'eccitazione e possono amplificare le sensazioni orgasmiche. Tuttavia possono creare dipendenza psichica e causare danni vascolari acuti gravi (emorragie cerebrali e infarti) anche nei giovanissimi.

Come comportarsi di fronte ad un'erezione difficile da ottenere o mantenere?

E' essenziale rivolgersi al proprio medico di famiglia, oppure all'andrologo, o all'urologo di fiducia, per una pronta diagnosi sulle cause del deficit di erezione. Questo sintomo può indicare una vulnerabilità importante a malattie ancora silenti e comunque gravi, quali le cardiovascolari o il diabete, oppure stili di vita inadeguati, o uno squilibrio dei fattori disfunzionali che minano l'erezione, quali l'ansia, lo stress cronico o la depressione.

La diagnosi accurata può consentire di rimuovere i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento della difficoltà di erezione e di individuare la cura personalizzata più adeguata a curare non solo il sintomo erettivo ma anche le condizioni che, se non trattate, lo potrebbero peggiorare.

Approfondimenti specialistici

1) Graziottin A.
Comparing Male and Female Sexual Function and Dysfunction
in: Kandeel F. (Ed.), Lue T. Pryor J. Swerdloff R. (Assoc. Eds.), Male Sexual Dysfunction: Pathophysiology and Treatment, Informa Healthcare USA, New York, 2007, p. 131-145

2) Corona G. Petrone I. Mannucci E. et Al.
Difficulties in achieving vs maintaining erection: organic, psychogenic and relational determinants.
Int J Impot Res. 2005 May-Jun; 17 (3): 252-8

3) Jackson G.
Sexual dysfunction and diabetes
Int J Clin Pract. 2004 Apr; 58 (4): 358-62. Review

4) Lyngdorf P. Henningsen L.
Epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors: a practice-based study in Denmark
Int J Impot Res. 2004 Apr; 16 (2): 105-11

5) Sakai J.T. Hall S.K. Mikulich-Gilbertson S.K.
Inhalant use, abuse and dependence among adolescent patients: commonly co-morbid problems
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004 Sep; 43 (9): 1080-8