Deficit della funzione erettile ed attività fisica

Ylenia Duca, Aldo E. Calogero, Rosita A. Condorelli, Maurizio Di Mauro Sandro La Vignera,
Università degli Studi di Catania
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

La disfunzione erettile (DE) può rappresentare un sintomo precoce di disfunzione endoteliale. La DE lieve, infatti, è emersa come importante indicatore di sottostante patologia cardiovascolare, con la quale condivide fattori di rischio non modificabili e modificabili (obesità, diabete mellito, dislipidemia, sindrome metabolica, inattività fisica e fumo di sigaretta).

Analogamente al paziente cardiologico, la valutazione iniziale del paziente con DE deve identificare i fattori di rischio reversibili e le modifiche dello stile di vita devono precedere o accompagnare qualsiasi trattamento farmacologico.

Tra i fattori di rischio modificabili, è stato dimostrato che l'inattività fisica influenza negativamente la funzione erettile e che l'esercizio fisico è in grado di migliorare la risposta sessuale e la salute cardiovascolare in generale.

L'esercizio fisico regolare nei pazienti con fattori di rischio cardiovascolare e coronaropatia aumenta il numero delle cellule progenitrici endoteliali (EPC), migliora la biodisponibilità dell'ossido nitrico (NO) ,riduce l'insulino-resistenza e i livelli di citochine proinfiammatorie e proteina C-reattiva.
Al contrario, l'estrema inattività fisica causerebbe un danno microvascolare, testimoniato dall'aumento delle microparticelle endoteliali(EMP).

E' possibile, inoltre, che l'attività fisica migliori la funzione erettile attraverso altri meccanismi, come la modulazione dei livelli degli ormoni sessuali a breve e a lungo termine.

Essendo in molti casi il paziente con disfunzione erettile un malato cardiovascolare, prima di prescrivere l'attività fisica e di determinare il ripristino dell'attività sessuale, è necessario stimare il rischio individuale. L'attività sessuale, infatti, rappresenta di per sé una forma di esercizio fisico ed equivale a percorrere 1 miglio in piano in 20', a salire due rampe di scale in 10'' o a 4' del BruceTreadmill test.

Secondo la Princeton Consensus, i pazienti con DE possono essere stratificati in tre categorie di rischio cardiovascolare che possono essere utilizzate per stabilire l'indicazione a iniziare o riprendere l'attività sessuale o fisica (Tabella 1).

La categoria a basso rischio include pazienti che non presentano alcun rischio cardiaco significativo associato all'attività fisica e che non necessitano di ulteriori valutazioni prima dell'inizio o della ripresa dell'attività sessuale.
La categoria di rischio intermedio o indeterminato è costituita da pazienti con una condizione cardiaca o un profilo di rischio incerti, che necessitano di effettuare test cardiologici o valutazione specialistica per essere trasferiti al gruppo ad alto o basso rischio.
I pazienti ad alto rischio hanno una condizione cardiaca sufficientemente grave e/o instabile da controindicare l'attività sessuale fin quando le condizioni cardiache del paziente non siano state stabilizzate dal trattamento.

Nei casi in cui l'attività sessuale non sia controindicata, è consigliabile praticare attività fisica di tipo aerobico, con una spesa energetica di almeno 800-1200 Kcal a settimana, corrispondenti a 150minuti/settimana di attività aerobica a intensità moderata o 75minuti/settimana a intensità vigorosa, suddivisi in 2-3 sedute/settimana.
L'intensità dell'attività fisica si misura in MET (metabolicequivalent):
1 MET equivale all'energia spesa a riposo, l'attività fisica moderata corrisponde a 3-6 MET mentre l'attività vigorosa a >6 MET.
Entrambi i protocolli hanno dimostrato di determinare modifiche positive della pressione arteriosa, del profilo lipidico, dei marker infiammatori e della sensibilità insulinica.

Tabella 1: Stratificazione del rischio cardiaco (secondo la Princeton Consensus)

BASSO RISCHIO	RISCHIO INTERMEDIO	ALTO RISCHIO
Paziente asintomatico con meno di 3 fattori di rischio cardiovascolare (escluso il sesso)	Paziente con più di 3 fattori di rischio cardiovascolare (escluso il sesso)	Paziente con aritmie ad alto rischio
Angina lieve e stabile	Angina moderata e stabile	Angina refrattaria o instabile
Pregresso IMA non complicato	IMA recente (2-6 settimane)	IMA recente (?2 settimane)
Disfunzione ventricolare sinistra/scompenso cardiaco (classe NYHA I o II)	Disfunzione ventricolare sinistra/scompenso cardiaco (classe NYHA III)	Disfunzione ventricolare sinistra/scompenso cardiaco (classe NYHA IV)
Pregressa rivascolarizzazione coronarica eseguita con successo	Sequele cardiologiche di patologia aterosclerotica (ictus, vasculopatia periferica)	Cardiomiopatia ipertrofico-ostruttiva o altre cardiomiopatie
Ipertensione controllata		Ipertensione non controllata
Valvulopatie lievi		Valvulopatie da moderate a severe

IMA = infarto miocardico acuto; NYHA = New York Heart Association

BIBLIOGRAFIA

1. Hatzimouratidis K, Giuliano F, Moncada I, Muneer A, Salonia A, Verze P (2017) EAU Guidelines on Erectile Dysfunction, Premature Ejaculation, Penile Curvature and Priapism. European Association of Urology. http://uroweb.org/wp-content/uploads/16-Male-Sexual-Dysfunction_2017_web.pdf. Accessed 17 March 2018
2. La Vignera S, Condorelli R, Vicari E, D'Agata R, Calogero AE (2012) Physical activity and erectile dysfunction in middle-aged men. J Androl33:154-61. doi: 10.2164/jandrol.111.013649