

Valutazione a 5 anni sull'accettazione ed adesione alla farmacoiniezione cavernosa di prostaglandine (FIC) nei pazienti con disfunzione erettile

R. ROSINI, V. DE LUCA, A. TEPPA, L. FEROLDI, G. MIRABELLA, S. COSCIANI CUNICO

Divisione Clinicizzata di Urologia, Cattedra di Urologia, Spedali Civili di Brescia, Brescia

Focus on 5 years of the acceptance and adhesion to prostaglandin el auto-intracavernosal injection in patients with erectile dysfunction

ABSTRACT: *From 5/98 to 5/03, of the 1310 patients taking a medical therapy for erectile dysfunction (E.D.), only 137 took autointracavernosal injection (auto. ICI). 134 patients were contacted by phone and were asked to answer a definite questionnaire.*

RESULTS. *49 patients (36.5%) still perform auto-ICI therapy while 85 (63.5%) had given up. 53% of the patients still using auto-ICI make the injection 4, or more times a month, with an erection lasting a considerable time (30-60 minutes). Nobody referred the presence of corpora cavernosa fibrosis. The reasons put forward by patients who stopped the therapy were: a perception of ineffectiveness, therapy rejection, fear of injections and the appearance of intolerable side effects.*

CONCLUSIONS. *Auto-ICI therapy remains a valid option for patients with E.D. not responding to oral therapy but it needs greater involvement by the physician in order to evaluate the patient's psychological discomfort and reduce or eliminate intolerable side effects. (Urologia 2004; 71: 156-8)*

KEY WORDS: *Erectile dysfunction, auto intracavernosal injection*

PAROLE CHIAVE: *Disfunzione erettile, FIC*

Introduzione

Con l'avvento della terapia orale per la disfunzione erettile (DE) è notevolmente ridotta l'indicazione alla farmacoiniezione cavernosa (FIC) con prostaglandine. Peraltro questo tipo di terapia è stata sempre penalizzata da scarsa adesione nel tempo da parte dei pazienti (1-2) sia per la sua inda-

ginità di esecuzione, che molto può togliere al magico momento dell'atto sessuale, sia per i disturbi correlati come l'erezione dolorosa e prolungata.

In questo lavoro abbiamo voluto "fotografare" il grado di accettazione ed adesione al trattamento e l'efficacia della FIC prescritta nel nostro ambulatorio, negli ultimi 5 anni, ai pazienti non responders alla terapia orale per la DE.

Materiali e Metodi

Tutti i pazienti posti in regime con FIC dal 5/98 al 5/03 sono stati valutati con una intervista telefonica, con domande prestabilite, riguardante l'accettazione, il gradimento, la frequenza e l'efficacia della FIC. Al termine del questionario veniva formulato l'invito ad una rivalutazione ambulatoriale per controllo, o per ridiscussione della terapia, nei casi in cui era poco accettata o rifiutata. Dal 5/98 al 5/03 su 1.310 pazienti valutati presso il nostro ambulatorio dedicato, è stata posta indicazione alla FIC domiciliare per 137 pazienti (10.5%) con età min.: 36 anni, e max: 77anni; range: 56.5 anni.

Risultati

Il colloquio telefonico è stato possibile con 134 pazienti (92%), in quanto 3 erano deceduti.

Le patologie di base, o sistemiche, causa della disfunzione erettile erano: esiti di prostatectomia radicale per tumore prostatico in 65 pazienti (45%), vasculopatia in 35 (24%), diabete mellito in 20 (13%), altre patologie mediche (ansia, depressione, patologie neurologiche) in 14 (10%), trauma del bacino in 3 (2%), esiti di cistectomia radicale per tumore vescicale in 3 (2%), esiti di amputazione del retto per tumore rettale in 3 (2%), esiti di RT per tumore prostatico in 2 (1.5 %) *indurazio penis* plastica in 1 (0.5%).

La FIC era in corso per 49 pazienti (36.5%) e 18 di questi (37%) avevano aumentato autonomamente il dosaggio nel tempo (mm: 2mcg, max: 12mcg, range: 7mcg). In 11 (22.5%) lamentavano una graduale riduzione della rigidità, nonostante l'aumento del dosaggio. La frequenza dell'uso della FIC era: una volta al mese in 9 pazienti (18.5%), una volta ogni 10-15 giorni in 14 (28.5%), una volta alla settimana in 22 (45%); e due o più volte la settimana, in 4 pazienti (8%).

Tutti i pazienti (100%) trovavano agevole la FIC e nessuno lamentava segni o sintomi di fibrosi dei corpi cavernosi (100%). La durata dell'erezione era di circa 30 minuti per 31 pazienti (63%), circa 60 minuti per 9 (18.5%) e di oltre 60 minuti per 11 (22.5%). 11 pazienti (22.5%) lamentavano erezioni dolorose anche se tollerabili; 1 paziente (2%) lamentava un episodio di erezione prolungata (oltre le 3 ore) per sovradosaggio involontario del farmaco.

85 pazienti (63.5%) avevano sospeso la terapia, 16 (19%) non l'avevano mai iniziata. 42 pazienti

(49.5%) l'avevano abbandonata entro i primi 2 mesi; 9 (10.5%) entro i primi 6; 7 (8%) entro i 12 e 11 (13%) oltre i 12 mesi.

Le motivazioni espresse sono state: soggettivamente inefficace in 26 pazienti (30.5%), erezione dolorosa in 22 pazienti (25.5%), rifiuto del tipo di terapia in 20 pazienti (23.5%), paura o difficoltà della FIC in 17 pazienti (20%), ridotto interesse della partner, o perdita della stessa, in 13 pazienti (15%), viraggio alla terapia per os (inibitori fosfodiesterasi 5) anche se con rigidità non totale in 6 (7%), comparsa di ematoma in 5 pazienti (6%), comparsa d'incurvamento penieno in 2 pazienti (2.5%), priapismo doloroso, risolto spontaneamente, in 2 (2.5%), sopravvenuta sindrome depressiva in 2 (2.5%) e costo elevato della terapia in 2 (2.5%).

Hanno accettato una rivalutazione ambulatoriale per ridiscutere la terapia solo 39 pazienti (46%).

Discussione

Il nostro studio dimostra come il tasso di abbandono di questa terapia sia elevato. Molte delle motivazioni addotte erano riconducibili ad un chiaro disagio psicologico del paziente o della coppia nell'utilizzare la FIC, vista come un elemento estraneo che tende a rendere meccanico l'atto sessuale.

Un certo disagio è evidenziabile anche per quei pazienti che hanno abbandonato la FIC a causa della comparsa di effetti collaterali non tollerati, dato che essi non hanno pensato di ritornare al nostro ambulatorio per cercare, con l'aiuto del medico, una soluzione al loro problema.

Inoltre, se si fa un confronto con il gruppo di pazienti che continuava a fare la FIC, in cui la maggior parte eseguiva l'iniezione 4 o più volte al mese, riferendo un buon gradimento in termini di durata dell'erezione e qualità del rapporto sessuale, appare chiaro quanto questa terapia sia in sé ancora un ottimo strumento terapeutico in quei pazienti con DE non responsivi alla terapia orale; e come la sua efficacia sia fortemente influenzata dal grado di accettazione della terapia stessa.

Conclusioni

Anche nel nostro studio la FIC si è dimostrata gravata da un alto tasso di abbandono (63.5% dei pz.), imputato, dai più, alla percezione d'inefficacia, alla scarsa maneggevolezza e poca discrezione nell'attuazione della stessa, ed agli effetti collate-

rali (erezione dolorosa e prolungata): punti di vista in parte condivisibili. Probabilmente con un'adeguata supervisione, maggior partecipazione da parte del medico prescrittore, soprattutto nelle fasi iniziali del regime terapeutico domiciliare, si potrebbe incrementare il tasso di adesione, visto che, come dimostrato dal 36.5% dei pazienti che hanno accettato pienamente la FIC, questa rimane, comunque, un presidio terapeutico valido per la disfunzione erettile.

Pertanto, il ruolo del Medico non si esaurisce nel momento in cui prescrive il farmaco al dosaggio sufficiente ad ottenere un'erezione valida, ma deve continuare nel tempo per aiutare i pazienti più titubanti ad approcciarsi positivamente a questa terapia; nonché a ridurre tutti quegli effetti collaterali non tollerati, che sono spesso causa di abbandono della terapia.

Riassunto

Dal maggio 1998 al maggio 2003 su 1310 pazienti posti in terapia medica per disfunzione erettile (DE), 137 erano stati posti in terapia con farmacoiniezione intracavernosa (FIC); 134 pazienti sono stati contattati telefonicamente ed è stato sottoposto loro un questionario strutturato.

Risultati: 49 pazienti (36.5%) eseguivano la FIC al momento del contatto, 85 (63.5%) l'avevano interrotta. Il 53% dei pazienti che eseguivano la FIC, utilizzava l'iniezione 4, o più volte al mese, riferendo una durata dell'erezione accettabile (30-60

minuti); nessuno riferiva segni di fibrosi dei corpi cavernosi. Le motivazioni dei pazienti che avevano sospeso la FIC erano: percezione d'inefficacia, rifiuto della terapia, paura delle iniezioni e la comparsa di effetti collaterali non tollerabili.

Conclusioni: la FIC rimane un valido presidio terapeutico per pazienti con DE non responsivi alla terapia orale, ma necessita di maggiore partecipazione del medico prescrittore per far superare al paziente il disagio psicologico e ridurre, o eliminare, effetti collaterali non tollerati.

Indirizzo degli Autori:
Roberto Rosini, M.D.
Divisione Clinicizzata di Urologia
Piazzale Spedali Civili 1
25123 Brescia
robros72@hotmail.com

Bibliografia

1. Linet OI, Ogrinc FG. Efficacy and safety of intracavernosal alprostadil in men with erectile dysfunction. The Alprostadil Study Group. *N Engl J Med* 1996; 4; 334: 913-4.
2. Rajpurkar A, Dhabuwala CB. Comparison of satisfaction rates and erectile function in patients treated with sildenafil, intracavernous prostaglandin E1 and penile implant surgery for erectile dysfunction in urology practice. *J Urol* 2003; 170: 159-63.