

**A. DEFINIȚIA DISFUNȚIEI ERECTILE****B. CHEIA DIAGNOSTICULUI ȘI EVALUĂRII DISFUNȚIEI ERECTILE (Algoritm de diagnostic)****I. EVALUARI ȘI TESTE OBLIGATORII**

1. Anamneza sexuală medicală și psihosocială cuprinzătoare
  - a) *anamneză medicală și sexuală*
  - b) *scalele intensității și a impactului disfuncției erectile*
2. Examen obiectiv focalizat

**II. TESTE DIAGNOSTICE RECOMANDATE**

1. Glicemie à jeun sau HbA1C și profil lipidic
2. Evaluarea axei hipotalamo-pituitar-gonadale prin determinarea nivelului de testosteron

**III. TESTE DIAGNOSTICE OPȚIONALE**

1. Consult psihologic și/sau psihiatric
2. Investigații paraclinice (prolactină, LH, TSH, hemoleucograma, analiza urinei)

**IV. TESTE SPECIALIZATE DE EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC**

1. Evaluare aprofundată psihosexuală și relațională
2. Evaluare psihiatrică
3. Evaluarea tumescenței peniene nocturne și a rigidității peniene (TPRN)
4. Diagnostic vascular
5. Teste endocrine specializate
6. Testare neuro-fiziologică

**V. CONCLUZII****C. CHEIA TRATAMENTULUI DISFUNȚIEI ERECTILE (Algoritm de tratament)****I. MODIFICAREA FACTORILOR DE RISC SAU AL FACTORILOR CAUZALI**

1. Factori care țin de stilul de viață și factori psihosociali
2. Cunoștințe și tehnici sexuale
3. Folosirea unor medicamente cu sau fără prescripție medicală
4. Tratament de substituție hormonală

**II. METODE DIRECTE DE TRATAMENT AL DISFUNȚIEI ERECTILE**

1. Consiliere și educare sexuală
2. Tratament oral
  - a) *Sildenafil*
  - b) *Apomorfină*
  - c) *Fentolamina*
  - d) *Alte medicamente*
3. Tratament local
  - a) *Injecții intracavernoză*
  - b) *Tratament intrauretral*
  - c) *Dispozitive cu vacuum*
4. Tratament chirurgical
  - a) *Chirurgie vasculară*
  - b) *Implanturi peniene*

**III. REEVALUARE ȘI URMĂRIRE****IV. CONCLUZII GENERALE**

# Recomandările OMS privind disfuncția erectilă

bazate pe recomandările Primei Consultații Internaționale asupra disfuncției erectile

JARDIN A., WAGNER G., KHOURY S., GIULIANO F., GOLDSTEIN I., PADMA-NATHAN H., ROSEN R., ANDERSSON K.E., BECHER E., HENDRY B., JONAS U., KIM Y.C., KRANE R., LEWIS R., LUE T., LUNDBERG P.O., MC ANINCH J., MELMAN A., MEULEMAN E., MORALES A., NAVRATIL H., SÁENZ DE TEJADA I., SCHIMDT A., SHABSIGH R., STACKL W., TAN H.M., TELOKEN C., TIEFER L., VIRAG R.

Prima Consultație Internațională asupra Disfuncției Erectile a avut loc la Paris, în perioada 1-3 iulie 1999. Scopul acestei manifestări a fost să **elaboreze recomandări** pentru **diagnosticarea și tratamentul** disfuncției erectile.

Aceste recomandări se bazează pe o **meticuloasă trecere în revistă a literaturii de specialitate** disponibile și pe **opinia subiectivă** a unor experți recunoscuți pe plan mondial, împărțiți în 18 comitete. Rapoartele individuale ale fiecărui comitet au fost dezvoltate, **supervizate și comentate** în cadrul unor **prezentări deschise**. Fiecare comitet a elaborat apoi și niște **recomandări țintite**.

**Recomandările finale** au fost **perfecționate** de un grup de lucru și discutate de către **Comitetul Științific** format din președintele fiecărui comitet și reprezentanți ai asociațiilor care au sponsorizat congresul.

Aceste recomandări vor fi **reevaluate periodic** în concordanță cu experiența clinică și progresul în domeniu.

post-prostatectomie), diagnosticul se poate stabili și la o durată mai mică de 3 luni a dificultății de erecție.

Disfuncția erectilă poate apărea **indiferent de vârsta postpuberală** și poate avea **diferite etiologii**. Este important de menționat că disfuncția erectilă poate **să nu fie cauza principală** și/sau se poate **asocia cu alte probleme sexuale**.

**Sexualitatea**, inclusiv erecția, este un **proces bio-psihosocial complex**. Medicul curant și specialiștii trebuie să posede **cunoștințe vaste legate de sexualitatea umană**. În cazul disfuncției erectile, problemele pot fi **primare sau dobândite, globale sau circumstanțiale**. Acordarea atenției cuvenite acestor aspecte, în timpul anamnezei, va duce la **educarea pacientului, adesea neinformați** în legătură cu **complexitatea sexualității** și îl va pregăti pentru **înțelegerea tratamentului** și a rezultatelor obținute.

**Așteptările pacientului și ale partenerii, nevoile și prioritățile lor** vor fi influențate semnificativ de **perspectivele culturale, sociale, etnice, religioase, regionale și naționale**. Alegerea de către pacient a variantei optime de tratament va fi posibilă doar în urma unei educații corespunzătoare, ce va include noțiuni legate de sexualitate și toate variantele de tratament existente pentru disfuncția erectilă. Trebuie depuse toate eforturile pentru **cooptarea partenerii** cât mai devreme în procesul terapeutic, deși implicarea acesteia este, în cele mai multe cazuri, imposibilă de la prima vizită.

**Disfuncția erectilă**, prescurtat **DE**, este un termen acceptat pe plan mondial. Cu toate că există diferite sinonime acceptabile pentru DE, acest termen se referă la incapacitatea specifică de a obține sau menține o erecție peniană și nu se va folosi pentru deformările peniene, boala Peyronie, erecțiile prelungite spontane sau induse medicamentos și erecțiile dureroase.

DE trebuie de asemenea **diferențiat de alte afecțiuni sexuale** ale bărbatului cum ar fi ejacularea precoce, anorgasmia și lipsa dorinței sexuale, cu toate că DE poate apărea concomitent cu acestea sau cu alte afecțiuni sexuale.

Spre deosebire de majoritatea bolilor, variantele de tratament pentru DE trebuie luate în considerare în **contextul tradițiilor, etnicității sau condițiilor socio-economice** și de asemenea trebuie să se țină cont de **preferința pacientului și a partenerii, de așteptările lor și de statusul lor psihologic**.

## DEFINIȚIA DISFUNCTIEI ERECTILE

Termenul de **"disfuncție erectilă"** este larg utilizat pentru definirea incapacității **constante sau recurente** a bărbatului de a **obține și/sau menține** o erecție **suficientă pentru un act sexual satisfăcător**. Utilizarea termenului de **"disfuncție erectilă"** este de preferat utilizării termenilor tradiționali ca **"impotență"** sau **"impotență masculină"**. Acești termeni au fost înlocuiți din cauza lipsei lor de specificitate și a conotațiilor peiorative.

Disfuncția erectilă este o **afecțiune** și un **simptom**, bazate pe relatarea pacientului. **Testările obiective** (sau **relatările partenerii**) pot fi utilizate pentru a susține **diagnosticul de disfuncție erectilă**, dar în definirea afecțiunii sau stabilirea diagnosticului ele nu pot înlocui **aprecierea personală a pacientului**.

Această dependență de relatarea pacientului sugerează importanța **factorilor culturali** și a **comunicării pacient-medic** în definirea, diagnosticul și evaluarea acestei afecțiuni.

**Constanța** face parte din definiția disfuncției erectile. Pentru a stabili diagnosticul, dificultățile de erecție trebuie să apară în mod **constant sau recurent**. Actualmente, pentru a putea diagnostica cu certitudine disfuncția erectilă, această incapacitate de erecție trebuie să aibă o **durată de minim 3 luni**. În unele cazuri, cum ar fi disfuncția erectilă apărută ca o consecință a traumatisemelor sau a intervențiilor chirurgicale (de exemplu -

CHEIA DIAGNOSTICULUI ȘI EVALUĂRII DISFUNCȚIEI ERECTILE

(ALGORITM DE DIAGNOSTIC)

La baza **evaluării clinice** a tuturor bărbaților cu DE stă un **diagnostic inițial** urmat de **evaluare**. Această evaluare a DE trebuie efectuată de către un **medic cunoscător** al funcției și disfuncției sexuale masculine, **familiarizat cu factorii culturali, etnici sau religioși**. Se anticipează că majoritatea bărbaților cu DE se vor adresa în primul rând **medicilor de medicină generală**. De aceea sunt esențiale cunoștințe minime despre sexualitatea umană, anatomia și fiziologia funcției sexuale masculine. Uneori însă poate fi necesară o **abordare multidisciplinară**. Cu toate că unui bărbat cu DE i se poate recomanda tratament psihosexual, **tratamentul medical**, cuprinzând terapii farmacologice și chirurgicale, **necesită implicarea unui medic**.

Testele diagnostice utilizate în evaluarea pacientului cu DE pot fi ierarhizate astfel:

- **Test obligatoriu** – este un test care ar trebui efectuat **tuturor pacienților**.
- **Test recomandat** – este un test cu valoare dovedită în evaluarea **majorității pacienților**. Folosirea acestui test este recomandat pentru evaluarea inițială.
- **Test opțional** – este un test cu valoare dovedită în evaluarea profilului **anumitor pacienți**, a cărui folosire rămâne la latitudinea medicului curant, conform **judecății clinice**.
- **Test specializat** – este un test cu valoare dovedită în cazul unor **pacienți selectați**, efectuat în **centre specializate**.

Este necesar să se explice pacientului rațiunea efectuării testelor și impactul potențial al unui test pozitiv (de exemplu, o glicemie crescută poate conduce la diagnosticul de diabet zaharat).

TESTE ȘI EVALUĂRI OBLIGATORII

Anamneză sexuală, medicală și psihosocială cuprinzătoare

*Anamneză medicală și sexuală*

Anamneza medicală și sexuală (tabelul 1 arată câteva exemple de întrebări frecvent utilizate în anamneza sexuală), sunt **cele mai importante elemente** în evaluarea DE. O astfel de anamneză, bazată pe **dialogul medic – pacient**, ar trebui efectuată **tuturor bărbaților** care se prezintă la medic din cauza acestei probleme.

**Componentele esențiale** ale acestei anamneze ar trebui să cuprindă și o **evaluare** a următoarelor aspecte:

- **insuficiența erecției** (debut, durată, evoluție, severitate, relația de cauzalitate între DE și actul sexual cu o parteneră, prezența sau absența erecțiilor nocturne/matinale, prezența sau absența erecțiilor obținute prin masturbare/stimulare erotică vizuală)
- **modificarea libidoului**
- **ejaculare**
- **orgasm**
- **durere genitală indusă sexual**
- **funcția sexuală a partenerii**
- **factori ce țin de stilul de viață**
- **fumat**
- **boli cronice**
  - ◆ hipertensiune arterială
  - ◆ diabet zaharat
  - ◆ insuficiență renală sau hepatică
  - ◆ factori de risc pentru boli cardiovasculare și ateroscleroză, inclusiv hiperlipidemia
- **traumatisme sau intervenții chirurgicale pelviene/perineale/peniene**
- **medicamente/droguri folosite în scop recreativ**
- **radioterapie pelvină**

- **boli neurologice**
- **boli endocrine**
- **boli psihiatrice**
- **statusul psihologic actual** (tabel 2) – cu atenție deosebită pe observarea simptomelor de **depresie** (tabel 3), alterarea imaginii de sine și a capacității de adaptare, relații trecute și prezente cu partenera (având în vedere contextul interpersonal al problemelor sexuale), practici sexuale trecute și prezente, existența unor traume/abuzuri sexuale, existența somatizării, ipohondriei, existența unor obsesii referitoare la funcția sexuală, satisfacția la locul de muncă și satisfacția poziției sociale, economice, nivelul de educație.

*Scalele intensității și impactului disfuncției erectile*

**Scalele de măsurare ale intensității și impactului simptomelor DE** sunt folosite în diferite scopuri:

- pentru a ajuta medicii în **recunoașterea, diagnosticarea și evaluarea afecțiunii**,
- pentru a permite pacienților să-și recunoască această problemă și,
- pentru a permite cercetătorilor să colecteze **date epidemiologice** în cadrul studiilor clinice.

Scalele de simptome permit de asemenea evaluarea de către medic a severității afecțiunii și determinarea impactului asupra pacientului.

Folosirea unui **chestionar scurt, autoadministrat, este special recomandat** pentru evaluarea **intensității simptomelor și a impactului DE**.

În acest scop se recomandă folosirea următoarelor scale:

- **Scala SHIM (Sexual Health Inventory for Men) – IIEF5** (tabel 4)

Această **scală de determinare a intensității DE** se bazează pe **cercetări extensive** și pe **experiența clinică**, inclusiv pe publicarea recentă a numeroase **chestionare validate** de măsurare a funcției sexuale.

Scala SHIM apreciază capacitatea de a obține și menține o erecție. Cele 5 întrebări ale scalei au un **coeficient de siguranță crescut** la testare/retestare și au fost **validate lingvistic** în peste 30 de limbi. Întrebările au fost selecționate din *Indexul Internațional al Funcției Erectile-IIEF* (Rosen et al., Urology, 1997-49: 822-830), un chestionar cu 15 întrebări, care măsoară funcția sexuală masculină, utilizată în studiile clinice despre DE.

Prin completarea scalei SHIM se obține un **scor cumulativ** folosit în **clasificarea DE în funcție de severitate**.

**Modalitatea de completare a scalei SHIM**

Fiecare întrebare are 5 variante de răspuns. Se alege un singur răspuns pentru fiecare întrebare, răspuns care descrie cel mai corect starea pacientului respectiv. Este esențial ca fiecare întrebare să aibă neapărat un răspuns și doar unul singur. Se adună apoi cifrele corespunzătoare răspunsurilor. Scorul maxim este de 25 puncte.

**Notă:** *chestionarul se completează doar dacă persoanele au fost active sexual și au încercat să întrețină contacte sexuale în ultimele 3 luni. Pentru persoane inactive sexual, întrebările se vor referi la ultima perioadă de timp (3 luni sau mai mult) în care respectivul a fost activ din punct de vedere sexual.*

**Interpretarea scorului final**

- Scor 5-10 = disfuncție erectilă severă
- Scor 11-15 = disfuncție erectilă medie
- Scor 16-20 = disfuncție erectilă ușoară
- Scor 21-25 = funcție erectilă normală

- **Scala de determinare a impactului DE** (tabel 5).

Această scală cu o singură întrebare este **adaptată** după o **scală similară** utilizată în hiperplazia benignă de prostată și care s-a dovedit a fi un indicator sensibil și de încredere al **suferinței subiective**. Această întrebare a fost de asemenea inclusă într-o scală validată a calității vieții la pacienții cu DE.\*

Tabel 1. Exemple de întrebări utilizate în anamneza sexuală

- ◆ "Mulți bărbați de vârsta dumneavoastră încep să aibă probleme sexuale. Dacă aveți asemenea probleme, putem să le discutăm împreună".
- ◆ "Puteți să descrieți problema dumneavoastră sexuală?"
- ◆ "Când au început problemele de erecție?" "Vă rog să descrieți circumstanțele apariției".
- ◆ "Spuneți-mi despre viața dumneavoastră sexuală și satisfacția sexuală în trecut".
- ◆ "Cum sunt erecțiile obținute prin masturbare sau cele apărute în somn sau dimineața la trezire?" (discuțiile despre masturbare ating un subiect delicat, frecvent influențat de perspectivele culturale și religioase).
- ◆ "Cât de puternică este în prezent dorința dumneavoastră pentru sex, comparată cu trecutul?"
- ◆ "Ejaculați prea devreme sau prea târziu în cursul actului sexual? Există vreo modificare în prezent comparativ cu trecutul?"
- ◆ "Știți cumva dacă partenera dumneavoastră a fost satisfăcută de viața sexuală comună? M-ar ajuta dacă aș vorbi cu partenera dumneavoastră în legătură cu starea vieții dumneavoastră sexuală?"
- ◆ "Care este reacția partenerii dumneavoastră la problemele sexuale pe care le aveți? Dorește partenera dumneavoastră să reia activitatea sexuală?"
- ◆ "Care a fost efectul dificultăților sexuale asupra vieții dumneavoastră în general?"



Tabel 2. Exemple de întrebări utilizate în evaluarea psihosocială

- ◆ "Suferiți de depresie sau de alte tulburări de afectivitate?"
- ◆ "În ultimii ani ați consultat un psihiatru sau un alt specialist din domeniul sănătății mentale? Dacă da, vă rog să descrieți circumstanțele și rezultatele aceluși consult."
- ◆ "Care sunt relațiile dumneavoastră cu membrii familiei și cu alte persoane importante din viața dumneavoastră?"
- ◆ "În cazul în care sunteți angajat, aveți dificultăți la locul de muncă?"
- ◆ "Care este relația actuală cu partenera dumneavoastră? Cum a fost această relație în trecut?"
- ◆ "Ați fost vreodată victima unui abuz sexual (de exemplu, ați fost forțat să întrețineți relații sexuale)? Dacă da, ce efect a avut acest fapt asupra dumneavoastră, atât atunci cât și în prezent."
- ◆ "Situția economică pe care o aveți este un factor de stres pentru dumneavoastră?"

Scala impactului DE oferă un indice cantitativ al suferinței subiective asociate cu această afecțiune. Acest scor trebuie înregistrat separat de scorul final al scalei SHIM.

Aceste scale pot veni în ajutorul medicului sau cercetătorului în obținerea unor date relevante clinic, într-un mod standardizat și economic. Aceste instrumente pot fi utilizate și în urmărirea pacientului pentru a documenta unele aspecte ale rezultatelor clinice. În ciuda avantajelor de mai sus, aceste scale nu trebuie utilizate ca un înlocuitor al examenului obiectiv sau al anamnezei medicale, acestea reprezentând o condiție sine qua non a diagnosticului DE.

O atenție deosebită trebuie acordată următoarelor aspecte:

● **Așteptările pacientului**

Un aspect decisiv al evaluării îl reprezintă identificarea nevoilor, așteptărilor, priorităților și preferințelor de tratament ale pacientului, care pot fi influențate semnificativ de factori culturali, sociali, etnici și religioși. Educarea pacientului este de asemenea importantă pentru dezvoltarea unei relații terapeutice, în facilitarea comunicării pacient-medec și în creșterea complianței pacientului.

● **Implicarea partenerii**

Cu toate că nu întotdeauna este posibil de la prima consultație, trebuie depuse eforturi pentru a implica partenera cât mai devreme posibil în procesul abordării DE. Prezența partenerii poate fi influențată de preferințele sale culturale și sociale, precum și de nevoile individuale ale pacientului.

**Examen obiectiv focalizat**

Fiecare pacient cu DE trebuie supus unui examen obiectiv ținut. Această examinare ar trebui să includă:

- evaluarea **constituției fizice** (existența caracterelor sexuale secundare)
- evaluarea **sistemelor cardiovascular, nervos și genito-urinar**, cu focalizare pe examinarea penisului, testiculelor și anusului. Se recomandă de asemenea măsurarea **tensiunii arteriale** și a **frecvenței cardiace**, dacă acestea nu au fost efectuate în ultimele 3-6 luni. Examenul obiectiv se poate corobora cu aspecte din anamneza medicală și poate depista uneori **aspecte neașteptate** (de exemplu, plăci peniene, testiculi atrofici, suspiciune de cancer de prostată).

**TESTE DIAGNOSTICE RECOMANDATE**

Medicul trebuie să aprecieze necesitatea examinărilor paraclinice în funcție de acuza pacientului și de factorii de risc depistați pe parcursul anamnezei, punând mereu în balanță costurile și disponibilitatea testărilor suplimentare.

Aceste teste recomandate includ următoarele **examinări ținute de laborator**:

**Glicemie à jeun/hemoglobină glicozilată (HbA1C) și profil lipidic**

Dacă nu dispunem de rezultatele recente ale acestor analize (sub 12 luni), obținerea acestora este utilă pentru a elimina posibilitatea existenței diabetului zaharat și a hiperlipidemieii.

**Evaluarea axei hipotalamo-pituitaro-gonadale prin determinarea nivelului de testosteron**

Cu toate **controversele** referitoare la valoarea relativă a determinării nivelului testosteronului (liber, total sau biodisponibil), există un **consens general** asupra

Tabel 4. Scala de intensitate SHIM (Sexual Health Inventory for Men)

		Foarte scăzută	Scăzută	Moderată	Crescută	Foarte crescută
1. Cum ați aprecia <u>încrederea</u> în capacitatea dumneavoastră de a obține și menține o erecție?		1	2	3	4	5
2. Când ați obținut o erecție în urma stimulării sexuale, <u>cât de des</u> a fost aceasta suficient de puternică pentru a putea penetra partenera?	Nu am avut contact sexual 0	Aproape niciodată/Niciodată 1	De câteva ori (în mai puțin de jumătate din cazuri) 2	Uneori (aproape în jumătate din cazuri) 3	De cele mai multe ori (în mai mult de jumătate din cazuri) 4	Aproape întotdeauna/întotdeauna 5
3. În timpul contactului sexual, <u>cât de des</u> ați reușit să mențineți erecția după penetrarea partenerii?	Nu am avut contact sexual 0	Aproape niciodată/Niciodată 1	De câteva ori (în mai puțin de jumătate din cazuri) 2	Uneori (aproape în jumătate din cazuri) 3	De cele mai multe ori (în mai mult de jumătate din cazuri) 4	Aproape întotdeauna/întotdeauna 5
4. În timpul contactului sexual, <u>cât de greu</u> v-a fost să mențineți erecția pentru a finaliza contactul sexual?	Nu am avut contact sexual 0	Extrem de greu 1	Foarte greu 2	Greu 3	Oarecum greu 4	Nu am avut probleme 5
5. Când ați avut contacte sexuale <u>cât de des</u> au fost acestea satisfăcătoare pentru dumneavoastră?	Nu am avut contact sexual 0	Aproape niciodată/Niciodată 1	De câteva ori (în mai puțin de jumătate din cazuri) 2	Uneori (aproape în jumătate din cazuri) 3	De cele mai multe ori (în mai mult de jumătate din cazuri) 4	Aproape întotdeauna/întotdeauna 5

Tabel 3. **Scala de 2 întrebări pentru depresie**

- ◆ În ultima lună v-ați simțit adesea trist, deprimat sau lipsit de speranță?
- ◆ În ultima lună ați prezentat interes scăzut sau lipsă de plăcere în activitățile uzuale?

Sursă: Whooley M.A., Avins A.L., Miranda J., Browner W.S. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J. Gen. Intern. Med.* 1997;12:439-445

necesității efectuării a cel puțin unei probe de testosteron în cazul pacienților cu **libido scăzut** sau cu **testicule de dimensiuni reduse** și aceasta deoarece DE apărută secundar hipogonadismului poate fi o formă **potențial reversibilă** de DE.

**TESTE DIAGNOSTICE OPȚIONALE**

**Consult psihologic și/sau psihiatric**

(dacă este posibil) pentru o anamneză sexuală și psihosocială amănunțită.

**Investigații paraclinice:**

- determinarea nivelului seric de prolactină, LH;
- determinarea TSH;
- hemoleucogramă – dacă nu dispunem de aceste valori determinate în ultimele 6 luni;
- analiza urinei.

**TESTE SPECIALIZATE DE EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC**

Majoritatea pacienților cu DE pot fi diagnosticați și tratați la **nivel de dispensar** de către medicii de medicină generală, instruiți în ceea ce privește disfuncțiile sexuale masculine. Anumite **circumstanțe particulare** (tabel 6) pot dicta **necesitatea efectuării unor teste specializate și/sau tratamente**.

Înainte de a lua în considerare aceste variante, medicul trebuie să aprecieze dacă situația particulară a pacientului respectiv **necesită trimiterea la un specialist**.

Medicul trebuie să țină cont și de capacitatea spitalului cu care colaborează de a efectua teste hormonale, vasculare, neurologice și psihologice.

**Evaluare aprofundată psihosexuală și relațională**

**Evaluare psihiatrică**

**Evaluarea tumescenței**

**și rigidității peniene nocturne (TRPN)**

**Evaluarea aparatului vascular:**

- Testare farmacologică prin injecție intracavernoasă;
- Ultrasonografie peniană Doppler;
- Cavernosometrie dinamică de perfuzie și cavernosografie;
- Arteriografie peniană;

Tabel 5. **Scala de determinare a impactului DE**

	Foarte nemulțumit	Mai degrabă nemulțumit	Mixt, în măsură aproximativ egală mulțumit și nemulțumit	Mai degrabă mulțumit	Foarte mulțumit
Dacă ar trebui să vă petreceți restul vieții cu starea actuală a funcției erectile, cum v-ați simți ?	1	2	3	4	5

**CONCLUZII**

Primul pas în abordarea pacientului cu DE este **facilitarea înțelegerii** de către pacient și parteneră, a **afecțiunii și a rezultatelor obținute în urma evaluării diagnostice**, urmată de **identificarea nevoilor, așteptărilor, priorităților și preferințelor** pacientului și partenerii.

Trebuie subliniat de asemenea **importanța identificării și recunoașterii factorilor medicali și psihologici** asociați DE în cazul fiecărui pacient în parte.

- TC și RMN (pentru evaluarea traumatismelor și infecțiilor);
- Imagistică nucleară.

**Teste endocrinologice specializate:**

- Evaluarea funcției tiroidiene;
- Evaluarea funcției hipotalamo-pituitar-gonadale;
- Radiografie de șa turcească.

**Teste neurofiziologice:**

- Vibrometrie;
- Determinarea latenței reflexului bulbocavernos;
- Electromiogramă cavernoasă;
- Testarea potențialului somatosenzorial evocat;
- Electromiogramă sfincteriană.

**CHEIA TRATAMENTULUI DISFUNCȚIEI ERECTILE**

**(ALGORITM DE TRATAMENT)**

Alegerea variantei de tratament este puternic **influențată de factori personali, culturali, etnici, religioși și economici**.

Din această cauză, prezentarea și ierarhizarea variantelor de tratament poate varia de la o persoană la alta, între persoane de culturi și religii diferite sau între persoane cu statuto socio-economice diferite.

**MODIFICAREA FACTORILOR DE RISC ȘI A FACTORILOR CAUZALI**

Înainte de orice intervenție terapeutică, practica medicală ne demonstrează **importanța modificării factorilor de risc** influențabili. Această etapă de tratament este **frecvent insuficientă pentru tratamentul DE complete**, dar poate fi de un real folos la **anumite categorii de pacienți** și poate fi utilizată înainte de sau concomitent cu tratamentele directe.

**Factori care țin de stilul de viață și factori psihosociali**

**Factorii care țin de stilul de viață**, cum ar fi fumatul, consumul exagerat de alcool, consumul de droguri, pot necesita o abordare prioritară, specifică fiecărui caz în parte.

**SUMAR: DIAGNOSTICUL ȘI EVALUAREA DISFUNCȚIEI ERECTILE**

**TESTE ȘI EVALUĂRI OBLIGATORII**

- Anamneză sexuală, medicală și psihosocială cuprinzătoare:
  - Anamneză medicală și sexuală;
  - Scale de determinare a intensității și impactului disfuncției erectile.
- Examen obiectiv focalizat.

**TESTE DIAGNOSTICE RECOMANDATE**

- Determinarea glicemiei a jeun sau a hemoglobinei glicozilate (HbA1C) și a profilului lipidic;
- Evaluarea axului hipotalamo-pituitar-gonadal prin determinarea nivelului de testosteron.

**TESTE DIAGNOSTICE OPȚIONALE**

- Consult psihologic și/sau psihiatric;
- Investigații paraclinice de laborator (prolactină serică, LH, TSH, hemoleucogramă, analiza urinei).

**TESTE SPECIALIZATE DE EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC**

- Evaluare psihosexuală și relațională;
- Evaluare psihiatrică;
- Evaluarea tumescenței și a rigidității peniene nocturne (TRPN);
- Evaluarea aparatului vascular;
- Teste endocrinologice specializate;
- Teste neurofiziologice.



**Factorii psihosociali** includ factori relaționali (de exemplu, conflicte cu partenera, cunoștințe eronate legate de sex, practici sexuale limitate) și depresie.

## Tehnici sexuale și cunoștințe legate de sex

Acești factori includ lipsa de cunoștințe legate de impactul psihologic al funcției sexuale, informații asupra modificărilor fiziologice apărute odată cu vârsta, necesitatea preludiului.

## Folosirea unor medicamente cu sau fără prescripție medicală

Folosirea majorității antihipertensivelor, a psihotropelor (inclusiv antidepressivelor), a antipsihoticelor, a antiaritmicelelor, a antiandrogenilor și steroizilor sunt direct corelate cu apariția DE.

**Modificarea dozei medicamentului sau a clasei din care face parte** poate aduce un beneficiu semnificativ la anumiți pacienți, dar această modificare trebuie efectuată de medicul curant.

## Terapia de substituție hormonală

Terapia de substituție hormonală este **recomandată doar** în prezența unei **deficiențe hormonale documentate** (de exemplu, insuficiență androgenică și hipogonadism). Cu toate acestea, acest tratament **nu îmbunătățește obligatoriu DE** și de aceea metodele directe de tratament trebuie aplicate chiar și în cazul acestor pacienți.

Problema terapiei de substituție androgenică este **complicată**. Statistic, s-a demonstrat că odată cu **întărirea în vârstă scade nivelul de testosteron**, în special testosteronul liber. Cu toate că această scădere este moderată, bărbații în vârstă prezintă semne clinice de hipogonadism (reducerea masei și a forței musculare, reducerea masei osoase și creșterea grăsimii viscerale). Terapia de substituție sau suplimentare cu testosteron poate îmbunătăți masa osoasă și musculară, forța musculară și frecvența erecțiilor nocturne la acest grup de pacienți. Cu toate acestea, efectele asupra funcției sexuale, activității și cogniției sunt mai puțin clare, dar pot fi semnificative la anumite grupe de pacienți. **Identificarea aceluia segment al populației vârstnice** care ar putea beneficia de suplimentarea androgenică rămâne **neclară**. Nu se cunosc magnitudinea și longevitatea acestor posibile efecte benefice.

În plus, de o importanță mult mai mare este faptul că nu se cunoaște **riscul pe termen lung al terapiei cu androgeni**, în special asupra **aparaturii cardiovasculare și a patologiei prostatei**. Până în prezent, se considera că testosteronul trebuie utilizat în general ca terapie de substituție. În ciuda evidențelor că pacienții cu **nivele de testosteron subnormale sau liminale** ar putea fi considerați candidați pentru tratamentul cu testosteron, până când nu vom dispune de mai multe informații, **testosteronul și androgenii în general, nu ar trebui recomandați ca terapie de suplimentare**.

## METODE DIRECTE DE TRATAMENT AL DISFUNȚIEI ERECTILE

Pacientul și recomandabil și partenera, trebuie **informați asupra tuturor opțiunilor terapeutice disponibile și aplicabile** condiției clinice a pacientului precum și asupra beneficiilor, riscurilor și costurilor fiecărei opțiuni.

Înrăutățirea DE poate afecta semnificativ **calitatea vieții**, dar **nu este o afecțiune care să amenințe viața**. Ca urmare, este normal să se discute cu pacientul toate beneficiile, riscurile și costurile tratamentelor disponibile, astfel încât acesta să fie **implicat activ în procesul de alegere al tratamentului**.

Există o **corelație demonstrată între bolile cardiovasculare și DE**. În cazul unui număr semnificativ

de pacienți, apariția DE este un semn de boală vasculară.

Înainte de instituirea oricărui tratament pentru DE și deci înainte de **reluarea activității sexuale**, un aspect important este **starea generală cardiovasculară a pacientului**. Este acest pacient capabil să reînceapă efortul fizic din timpul activității sexuale? Dacă nu, prioritară este evaluarea aparatului cardiovascular.

De asemenea, dacă este posibil, înainte de inițierea tratamentului ar trebui evaluată **funcția sexuală a partenerii**.

**Marea majoritate a pacienților** vor trebui să aibă în vedere **metodele directe de tratament ale DE**. **Vor trebui luate în considerare** doar acele **tratamente farmacologice** care au fost **testate temeinic** în cadrul studiilor clinice randomizate și ale căror rezultate au fost publicate în reviste de specialitate. Toate opțiunile terapeutice vor trebui să fie urmărite pe termen lung pentru a demonstra durabilitatea, eficiența și siguranța tratamentului și acceptabilitatea lui de către pacient și parteneră. În plus, noile opțiuni terapeutice care apar vor trebui nu numai să egaleze criteriile de eficiență și siguranță deja atinse de metodele existente, ci și să se compare cu acestea și din punctul de vedere al raportului **cost-eficiență**.

**Tratamentul ales de pacient** va fi influențat nu numai de **criteriile de eficiență și siguranță**, ci și de factorii individuali **culturali, religioși și economici**.

În plus, factorii precum:

- mecanismul de acțiune: periferic vs. central, inducător vs. amplificator sau
- ușurința administrării,
- gradul de invazivitate,
- reversibilitatea,
- costul sau
- aprobările legislative,

pot avea o **influență critică** asupra alegerii individuale a pacientului. Așa după cum am menționat, puterea de cumpărare a pacienților este un factor decisiv în influențarea acceptabilității și utilizării unui anumit tip de tratament pentru DE.

**Trebuie împiedicată prescrierea oricărui fel de tratament pentru DE prin intermediul Internetului pentru că aceasta nu satisface nevoia contactului direct medic-pacient în evaluarea tuturor pacienților care prezintă acuze de DE.**

## Consiliere și educare sexuală

Consilierea și educarea sexuală (terapia sexului, terapia psihosexuală sau terapia maritală) a indivizilor sau a cuplului se adresează unor **factori specifici psihologici sau interpersonalii** - cum ar fi nefericirea în cuplu, anxietăți legate de performanța sexuală, modele disfuncționale de comunicare, stări comorbide sexuale - care pot avea un impact asupra funcționării aparatului sexual. Terapia sexuală poate servi și ca un adjuvant al celorlalte metode directe de tratament al DE, adresându-se tocmai reacțiilor psihologice apărute la aplicarea acestor metode medicale sau chirurgicale, care pot fi percepute ca temporare, nenaturale sau inacceptabile de către pacient și/sau parteneră. **Avantajele** terapiei psihosexuale sunt tocmai natura sa neinvazivă și larga lor aplicabilitate. **Dezavantajele** sunt reprezentate de eficiența variabilă în tratamentul DE, de costul pentru pacient sau cuplu și de lipsa personalului calificat pentru a efectua această terapie.

## Tratament oral

**Tratamentul oral** va deveni **tratamentul de primă intenție pentru majoritatea pacienților cu DE**, datorită beneficiilor demonstrate și lipsei de invazivitate.

Pe parcursul timpului, medicamente cu administrare orală cum ar fi **yohimbina**, au fost utilizate în mod empiric, fără a avea suportul riguros al datelor clinice despre eficiență și siguranță.

Tabel 6. Indicații de trimitere la specialist

- ◆ Pacientul solicită trimitere la medicul specialist pentru testări specifice și/sau tratament.
- ◆ Pacientul necesită evaluare vasculară, neurologică sau cardiologică.
- ◆ Pacienți tineri cu traumatisme sau intervenții chirurgicale pelvine, perineale sau peniene care pot fi candidați pentru chirurgie vasculară reparatorie.
- ◆ Pacienți cu boala Peyronie și/sau pacienți care prezintă curburi sau deformări peniene semnificative care pot beneficia de corecție chirurgicală.
- ◆ Pacienți cu depresie refractară, tulburare bipolară, psihoză sau antecedente de traumă sau abuz sexual; pacienți cu afecțiuni psihiatrice sau psihosexuale severe precum și pacienții cu probleme complexe relaționale.
- ◆ Pacienți cu boli severe endocrine, inclusiv diabet zaharat complicat
- ◆ Pacienți care nu au răspuns la metodele neinvazive de tratament al DE și care pot fi candidați pentru tratamentul injectabil intracavernos sau pentru implantul penian.

Tratamentele orale pot acționa:

- **central** – agoniștii dopaminergici;
- **central și periferic** – alfa blocante;
- **periferic** – inhibitorii fosfodiesterazei 5 (PDE5) sau precursorii NO;
- ca un **inductor** sau ca un **amplificator**.

#### Sildenafil

Sildenafil, un inhibitor selectiv al fosfodiesterazei tip 5 (PDE5) a fost **aprobat în mai multe țări** pentru tratamentul DE. PDE5 este enzima răspunzătoare de **scindarea** guanozin monofosfatului ciclic (GMPc), mesagerul secundar intracelular al NO. **PDE5 este isoforma predominantă** a fosfodiesterazelor localizate în musculatura netedă din corpii cavernoși. Pentru a iniția eliberarea NO în corpii cavernoși este nevoie de stimularea sexuală, drept urmare, în absența acestui stimul, sildenafilul nu este eficient.

În studiile clinice, sildenafil a demonstrat **eficiență pe o gamă largă de pacienți, indiferent de etiologia DE, gradul de severitate al DE sau vârsta pacientului**. Studii recente au demonstrat eficiența sildenafilului la pacienții cu diabet zaharat, hipertensiune arterială, leziuni ale măduvei spinării, scleroză multiplă și depresie.

Este important de menționat că **administrarea concomitentă de nitrați și sildenafil este absolut contraindicată**, deoarece această combinație poate duce la hipotensiuni severe.

**Efectele adverse** includ cefalee tranzitorie, flushing, dispepsie, senzația de înfundare a nasului și modificări tranzitorii ale percepției culorilor (din cauza inhibării PDE6).

Cu toate că în studiile controlate prezentate la înregistrarea medicamentului nu a existat nici o diferență față de placebo în ceea ce privește mortalitatea cardiovasculară la administrarea de sildenafil, post-marketing au fost raportate un număr de decese asociate cu folosirea de sildenafil, dar nu a putut fi stabilită relația directă dintre cauza decesului și medicament. În majoritatea cazurilor de deces, **sildenafil a fost administrat concomitent cu nitrați**, în ciuda recomandărilor de prescriere.

În general, când a fost **prescris corespunzător**, sildenafil a demonstrat un spectru larg de eficiență și un profil de siguranță recunoscut.

#### Apomorfina

Apomorfina este un agonist dopaminergic care acționează la nivelul **sistemului nervos central**. Inițial a fost administrat subcutanat, dar efectele adverse intolerabile au determinat condiționarea sa ca **tabletă sublinguală**. Apomorfina a demonstrat eficiență în studii cu doze fixe și flexibile, controlate placebo. La pacienții care răspund la tratament, activitatea erectilă apare în decurs de 20 de minute. Cel mai important **efect advers** este greața, care a fost raportată ca o formă ușoară doar la doze mici (2 mg și 4 mg). Alte efecte adverse sunt: amețeală, transpirație, somnolență, căscat și uneori sincopă. **În momentul scrierii acestui material, apomorfina este încă în fază de evaluare.**

#### Fentolamina

Fentolamina este un **alfa-blocant cu acțiune centrală și periferică**. Rezultatele studiilor controlate placebo au arătat că fentolamina meslat are o eficiență redusă la pacienții cu DE ușoară sau moderată. Efectele adverse cuprind amețeală, senzație de nas înfundat și tahicardie care este în general bine tolerată la doza de 40 mg. **În momentul scrierii acestui material, fentolamina este încă în fază de evaluare.**

#### Alte medicamente

Alte medicamente în curs de investigare sunt:

- **IC 351** – un inhibitor de PDE5 cu durată mai lungă de acțiune, dar a cărei semnificație clinică rămâne de stabilit

în cadrul studiilor clinice;

- **Melanotan II** – un analog de alfa-MSH;
- **Combi-nația L-arginină și yohimbină**.

Pe viitor, ar putea fi folosită **combi-nația terapio-rale**, combinație care, teoretic, ar putea demonstra un efect aditiv sau sinergic (de exemplu, sildenafil cu apomorfina). Pentru aceasta este nevoie în prealabil de efectuarea unor studii clinice care să evalueze nu numai **eficiența** unor asemenea combinații ci și **siguranța** acestora, în special datorită **potențialului de cumulare a efectelor adverse** (de exemplu, hipotensiune).

Printre **avantajele** tratamentului oral al DE menționăm larga sa acceptabilitate de către pacient, ușurința administrării și eficiența sa. **Dezavantajele** includ contraindicațiile specifice, cum ar fi administrarea concomitentă de sildenafil și nitrați, prețul relativ ridicat al produselor și lipsa studiilor pe termen lung. **Menționăm că acest material a fost redactat în luna iulie 1999.**

#### **Tratament local**

În metodele de tratament locale sunt incluse **injecțiile intracavernoase, terapia intrauretrală și dispozitivele cu vacuum**. Pacienții care nu au răspuns la **tratamentul oral**, care au **contraindicații** la anumite medicamente orale sau care au experimentat **reacții adverse** la tratamentul oral pot lua în considerare varianta tratamentului local. **În plus, unii pacienți pot prefera metodele locale de tratament înainte sau ca alternativă la tratamentul oral.**

#### Injecții intracavernoase

Injecțiile intracavernoase reprezintă o **variantă cunoscută** de tratament al DE. Administrarea directă, prin injectare peniană, a substanțelor care relaxează musculatura netedă cavernoasă – cum ar fi **papaverina, fentolamina** sau mai recent **alprostadilul** (prostaglandina E1) – a dovedit o largă eficacitate și un profil relativ de siguranță.

- **Alprostadilul** este aprobat pe scară mondială sub formă de praf steril de alprostadil sau alfadex.

- **Combi-națiile de medicamente** au o eficiență și siguranță dovedite prin experiență.

Tratamentul injectabil cu alprostadil sau o combinație de medicamente este eficient la o **categorie mare de pacienți**, cu toate că **rata de renunțare la tratament** este de asemenea crescută.

**Efectele adverse** asociate tratamentului injectabil sunt în primul rând locale și includ durere, priapism și formarea, în timp, de țesut cicatricial. Această variantă de tratament este contraindicată pacienților cu anemie falciformă sau alte stări care predispun la priapism.

**Avantajele** acestei metode sunt eficacitatea, relativa siguranță a tratamentului și intrarea rapidă în acțiune. **Dezavantajele** sunt reprezentate de administrarea invazivă și prețul relativ crescut.

#### Tratament intrauretral

Aplicarea intrauretrală de **alprostadil** reprezintă o alternativă la tratamentul injectabil. Această variantă prezintă o eficacitate semnificativ mai redusă comparativ cu injectarea directă de alprostadil. **Eficacitatea metodei** poate fi crescută prin utilizarea unei **benzi elastice** aplicate la baza penisului. **Efectele adverse** sunt reprezentate de durere și de hipotensiune sistemică.

**Avantajul** terapiei intrauretrale este reprezentat de natura sa mai puțin invazivă. **Dezavantajele** includ efectele adverse locale și sistemice, prețul relativ ridicat și iritația produsă la nivelul vaginului partenerei.

**Administrarea transdermală peniană** de substanțe vasoactive este la nivel de **investigare în momentul redactării acestui material**.

#### Dispozitive cu vacuum

Dispozitivele de constricție cu vacuum (DCV) sunt disponibile pretutindeni, în unele țări având chiar regim de

eliberare fără prescripție medicală. Ele sunt interesante pentru o anumită **categorie de pacienți care nu doresc tratament farmacologic** sau care au **contraindicații** pentru asemenea tratamente.

Cu ajutorul acestor dispozitive se creează o **presiune negativă** asupra penisului balant, ceea ce atrage sângele la nivelul penisului, sânge care este apoi **menținut** la acest nivel cu ajutorul unei **benzi elastice** aplicate la baza penisului.

**Efectele adverse** asociate cu DCV sunt durerea peniană, senzația de amorteală la nivelul penisului, peteșii și ejaculare întârziată.

**Avantajele** acestei metode de tratament sunt natura sa nefarmacologică, folosirea la nevoie, lipsa contraindicațiilor și prețul.

**Dezavantajele** sunt reprezentate de modul de utilizare stânjenitor și de efectele adverse locale.

## Tratament chirurgical

### *Chirurgie vasculară*

Creșterea afluxului arterial și scăderea reînțoarcerii venoase pot fi realizate prin **bypass arterial microvascular** și **ligatură venoasă**.

**Anumiți pacienți tineri cu insuficiență vasculară** pot beneficia de tratament chirurgical pentru îmbunătățirea DE. Acești pacienți trebuie evaluați prin **teste specializate** și trebuie tratați de un **chirurg experimentat**.

### *Implanturi peniene*

**Ultima opțiune de tratament al DE** rămâne implantarea chirurgicală de proteze peniene semirigide sau gonflabile. Această variantă reprezintă o **opțiune foarte invazivă și ireversibilă** și trebuie rezervată doar **cazurilor speciale care nu au răspuns la celelalte variante de tratament**. Totuși, în unele cazuri excepționale, un implant penian poate fi considerat drept opțiune primară. Când **indicația terapeutică a fost corectă**, protezele peniene pot fi asociate cu un grad crescut de satisfacție a pacientului. Intervenția chirurgicală de montare a protezelor peniene este foarte rar asociată cu infectarea protezei, dar atunci când apare este necesară extragerea protezei și se poate ajunge la cicatrici severe și deformări peniene.

**Avantajele** protezării peniene sunt reprezentate de o eficiență relativă și de faptul că această opțiune terapeutică este o soluție pe "termen lung".

**Dezavantajele** sunt ireversibilitatea metodei, gradul înalt de invazivitate, complicațiile chirurgicale și posibilitatea eșecului mecanic al protezei.

## REEVALUARE ȘI URMĂRIRE

Reevaluarea și urmărirea tratamentului DE ar trebui efectuate la intervale regulate de timp, pentru fiecare pacient.

Scopurile urmăririi tratamentului:

● La fiecare consultație de urmărire a tratamentului ar trebui luate în considerare necesitatea **titrării dozei sau înlocuirii cu un alt tratament**. Pacienții și-ar putea schimba preferințele de tratament, ar putea dori noi informații sau ar putea dori o reevaluare a opțiunii lor curente de tratament.

● **Comunicarea cu pacientul**. Pacienții ar putea avea nelămuriri în ceea ce privește administrarea tratamentului, alte disfuncții sexuale (de exemplu, ejaculare prematură), probleme ale parteneriei (de exemplu, anorgasmie) sau factori ce țin de stilul de viață (de exemplu, stres emoțional).

● **Pacienții pot modifica regimul actual de tratament** fie pentru DE fie pentru alte afecțiuni concomitente. În asemenea cazuri trebuie monitorizate cu atenție posibilitatea reacțiilor adverse, precum și interacțiunile

medicamentoase cu medicamentele orale pentru tratamentul DE.

● **Reevaluări ale stării generale medicale și psihosociale** ar trebui efectuate la intervale regulate de timp, în funcție de starea generală a sănătății pacientului și nevoile sale fizice și psihosociale. **În plus, toate examinările de reevaluare și urmărire sunt tot atâtea prilejuri de educare a pacienților.**

## CONCLUZII GENERALE

Domeniul medicinei sănătății sexuale se dezvoltă cu rapiditate. Opiniile de consens exprimate cu prilejul Primei Consultații Internaționale vor necesita o actualizare permanentă, în concordanță cu:

- Noile date științifice din noile studii clinice;
- Datele epidemiologice culturale/rasiale/etnice;
- Noile medicamente lansate;
- Terapia genetică;
- Strategiile de prevenire.

Aceste recomandări internaționale pentru rezolvarea DE (algoritmurile de diagnostic și tratament) s-au bazat pe trecerea amănunțită în revistă a literaturii de specialitate existente și pe opiniile experților din domeniu recunoscuți pe plan mondial. Ele sunt enumerate într-o succesiune logică, ținând cont de posibilitățile de diagnostic și de variantele de tratament. Recomandările recunosc și iau în considerare influențele culturale, etnice, religioase și individuale ale pacienților și partenerelor și în general încearcă să asigure o largă acceptabilitate și un interes global.

Se recomandă interzicerea cu hotărâre a diagnosticării și tratamentului DE prin intermediul Internet-ului sau a altor variante electronice de comunicare indirectă, care privează pacientul de contactul direct cu medicul, de evaluarea fiecărui caz în parte și de examinarea fizică.



# DIAGNOSTIC

## DIALOG MEDIC-PACIENT (PARTENERĂ)

- bilanțul evaluărilor inițiale
- educarea pacientului (partenerii)
- identificarea preferințelor individuale bazate pe:
  - acceptabilitate
  - grad de invazivitate
  - raport preț/disponibilitate
  - reversibilitate
  - ușurința administrării

### EVALUĂRI DE RUTINĂ ȘI TESTE RECOMANDATE PENTRU IDENTIFICAREA D.E.

- anamneză medicală, sexuală și psihosocială
- examen obiectiv focalizat
- examinări de laborator selectate

### TESTE OPȚIONALE ȘI SPECIALIZATE, CONSULT DE SPECIALITATE

### IMPLICAREA PACIENTULUI ÎN LUAREA DECIZIEI

## TRATAMENTUL D.E.

### MODIFICAREA FACTORILOR DE RISC SAU AL FACTORILOR CAUZALI:

- medicamente
- hormoni
- stil de viață

fără rezultate

### D.E. REZOLVATĂ, PACIENT SATISFĂCUT

### TRATAMENT CHIRURGICAL

### TRATAMENT LOCAL:

- injecții intracavernozice
- PGE1 intrauretral
- dispozitiv cu vacuum

fără rezultate

fără rezultate

### CONSILIERE ȘI EDUCAȚIE SEXUALĂ

## TRATAMENT ORAL (dacă nu există contraindicații)

# TRATAMENT