

Acquisto di trattamento della disfunzione erettile online in Italia

IPOGONADISMO

L'insufficienza delle gonadi maschili può essere dovuta a una malattia del testicolo (ipogonadismo primitivo) o a un'insufficiente stimolazione gonadotropinica (ipogonadismo secondario o ipogonadotropo).

IPOGONADISMO PRIMITIVO, disfunzione erettile

La lesione del testicolo può interessare la componente interstiziale ormono-secernente, a cui si associa costantemente una compromissione della componente tubulare contenente le cellule seminali. In queste forme, definite di ipogonadismo totale, l'impotenza e le altre manifestazioni cliniche da carenza di androgeni si associano a mancata produzione di liquido seminale. In alcuni casi può essere compromessa la sola componente tubulare con infertilità o subfertilità senza segni somatici o psichici di ipoandrogenismo. Quando l'ipogonadismo si instaura prima della pubertà, provoca il quadro tipico dell'eunucoidismo; dopo la pubertà un'insufficiente produzione di testosterone è responsabile di perdita della libido, disfunzione erettile (si possono acquistare i farmaci in farmacia: [Cialis®](#), [Viagra®](#) o [Levitra®](#)), involuzione dei caratteri sessuali secondari.

Strategia terapeutica

Gli obiettivi della terapia nei casi insorti prima della pubertà sono:

- indurre lo sviluppo dei genitali e dei caratteri sessuali secondari;
 - stimolare la funzione sessuale e l'orientamento psichico in senso maschile;
 - prevenire le alterazioni scheletriche di tipo eunucoide.
- Nell'ipogonadismo insorto nell'adulto gli obiettivi della terapia sono:
- normalizzare la funzione sessuale ripristinando la libido e la potenza;
 - mantenere i caratteri sessuali secondari;
 - prevenire i fenomeni involutivi causati dalla carenza di steroidi gonadici (osteoporosi, ipotrofia muscolare ecc.).

La terapia sostitutiva con testosterone è efficace nel realizzare questi obiettivi mentre è del tutto inattiva sulla funzione riproduttiva, che non è attivabile nell'ipogonadismo primitivo.

Vengono impiegati prodotti contenenti testosterone sotto varie forme, in dosi sostitutive: testosterone enantato,

propionato, isocaproato, decanoato, in varia associazione tra loro (Sustanon f contenenti 250 mg di testosterone sotto forma di esteri diversi; Testoviron Depot f 100 e 250 mg); iniettati endomuscolo, liberano testosterone nell'arco di circa 3 settimane. Sono attualmente i prodotti di più largo impiego. I prodotti contenenti testosterone per os sono scarsamente utilizzati per la tossicità dei 17-metilderivati a livello epatico o per la minore attività in senso androgeno di altri derivati. Le preparazioni di testosterone ad assorbimento transdermico di più recente introduzione sono commercializzate sotto forma di cerotti (Androderm, sistema transdermico che rilascia in vivo 2,5 mg/die di testosterone) o di gel (Androgel, non in commercio in Italia). Questi prodotti, applicati quotidianamente, permettono di ottenere livelli di testosterone più uniformi rispetto a quelli ottenuti usando i prodotti iniettabili ad azione ritardo.

La terapia con testosterone è in genere ben tollerata e ben accolta dal paziente, tuttavia è bene tenere presenti alcuni punti.

Il testosterone deve essere somministrato solo dopo aver escluso l'esistenza di un carcinoma prostatico mediante esame clinico, ecografico e misura del PSA: indagini che vanno periodicamente ripetute durante la terapia.

La somministrazione di testosterone può provocare il rapido accrescimento di un carcinoma prostatico occulto. Gli effetti tossici a livello epatico e la colestasi sono limitati impiegando gli esteri del testosterone o il testosterone transdermico a dosi sostitutive. È comunque sempre necessario un periodico controllo della funzionalità epatica.

Altri effetti collaterali possibili sono la ginecomastia e la ritenzione idrica; a livello di laboratorio si osserva riduzione dei livelli di HDL e poliglobulia, gli ultimi che regrediscono riducendo le dosi di testosterone.

Si usano abitualmente esteri del testosterone, ad esempio: Sustanon 1 f 250 mg ogni 3-4 settimane

L'intervallo tra una somministrazione e l'altra va regolato da paziente a paziente in rapporto alla ripresa della vis, della libido e del benessere soggettivo. È utile anche dosare la testosteronemia al termine dell'intervallo tra un'iniezione e l'altra.

Il trattamento dei pazienti con ipogonadismo primitivo congenito o insorto prima della pubertà deve essere iniziato all'età corrispondente a quella fisiologica puberale. È consigliabile iniziare con una dose di 50-100 mg di testosterone enantato im una volta al mese, ad esempio:

Testo-Enant f 100 mg, 1/2-1 fiala al mese

Questa posologia va continuata per 6-12 mesi e successivamente aumentata gradualmente sino a giungere nell'arco di 3-4 anni alle dosi sostitutive dell'adulto. Nello

stabilire l'epoca di inizio della terapia e i successivi aggiustamenti posologici deve essere posta particolare attenzione all'accrescimento staturale, in quanto l'incremento dei livelli di testosterone plasmatico accelera la chiusura delle cartilagini di coniugazione con arresto dell'accrescimento lineare delle ossa lunghe. Pertanto un inizio troppo precoce della terapia e/o dosi eccessive arrestano l'accrescimento somatico; d'altra parte un inizio troppo tardivo rischia di provocare caratteristiche eunucoide dell'apparato scheletrico.

SINDROME DI KLINEFELTER

Questa malattia, di origine disgenetica, è caratterizzata da completa aplasia dei tubuli seminiferi con persistenza delle cellule ormonosecernenti di Leydig. Ne derivano costantemente azoospermia e infertilità mentre la funzione sessuale può essere conservata. Tuttavia in una parte dei pazienti si osservano sviluppo eunucoide dello scheletro, ipoplasia muscolare, osteoporosi ecc., indicativi di una insufficiente produzione di androgeni, che va corretta somministrando testosterone. In assenza di sviluppo puberale la terapia va iniziata in età corrispondente a quella della pubertà fisiologica, con le stesse modalità sopra descritte, tenendo presente che questo trattamento non ha nessuna efficacia sulla fertilità. Se i segni di ipogonadismo compaiono in età post-puberale, verranno impiegate dosi di testosterone simili o un poco inferiori a quelle utilizzate nell'ipogonadismo completo dell'adulto.

IMPOTENZA

L'impotenza, correttamente definita come incapacità di ottenere e mantenere l'erezione in modo da compiere un atto sessuale completo, solo in una quota limitata di pazienti è provocata da cause endocrine: carenza di testosterone per ipogonadismo primitivo o secondario, iperprolattinemia (vedi paragrafi relativi). Tra le malattie di ordine generale, è necessario sempre ricercare l'esistenza di diabete mellito. Più spesso comunque impotenza e disfunzioni erettili sono dovute a cause psichiche o a insufficienza vascolare arteriosa e a disturbi dell'innervazione di interesse dello psichiatra o dell'andrologo. Numerose e frequenti anche le cause di origine farmacologica, che vanno sempre escluse con un'attenta anamnesi.