

Prevalence and predictors of unrecognised low sexual desire/ interest in men with new onset erectile dysfunction: findings from a cross-sectional, real-life study

Int J Impot Res 2024;36:83-88; DOI: 10.1038/s41443-022-00647-4

SIMONE CILIO (1,2), LUCA BOERI (3), EDOARDO POZZI (1,4), GIUSEPPE FALLARA (1,4), FEDERICO BELLADELLI (1,4), CHRISTIAN CORSINI (1,4), PAOLO CAPOGROSSO (5), ALESSIA D'ARMA (1), CIRO IMBIMBO (2), ALESSANDRO PALMIERI (2), VINCENZO MIRONE (2), FRANCESCO MONTORSI (1,4) AND ANDREA SALONIA (1,4)

(1) Division of Experimental Oncology/Unit of Urology, URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan, Italy, (2) Department of Neurosciences, Reproductive Sciences and Odontostomatology, Urology Unit, University of Naples "Federico II", Naples, Italy, (3) Department of Urology, Foundation IRCCS Ca' Granda -Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy, (4) University Vita-Salute San Raffaele, Milan, Italy. 5Department of Urology, Circolo & Fondazione Macchi Hospital -ASST Sette Laghi, Varese, Italy.

Correspondance to: Andrea Salonia, Division of Experimental Oncology/Unit of Urology, URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan, Italy. email: salonia.andrea@hsr.it

The interrelationship between male sexual desire and erectile dysfunction (ED) has been scantily investigated. Thus, we aimed at investigating the prevalence of and the predictors of unrecognised low sexual desire/interest (uLSD/I) in a cohort of men with new onset ED. Complete data from 1587 men seeking for first medical help for ED between 2010 and 2021 were analysed. Comorbidities were scored with the Charlson Comorbidity Index (CCI). At entrance, all patients were asked to self-report low sexual desire/interest and completed the International Index of Erectile Function (IIEF) and the Beck Depression Inventory (BDI) (depressive symptoms scored as $BDI \geq 11$). The IIEF-erectile function (IIEF-EF) domain was categorised according to Cappelleri's criteria. The median value of the IIEF-sexual desire domain (IIEF-SD) was used to dichotomise men with uLSD/I along with ED (IIEF-SD < 7) vs. ED-only (IIEF-SD ≥ 7). Circulating hormones were measured in every patient. Hypogonadism was defined as total testosterone (tT) < 3.0 ng/ml. Descriptive statistics and logistic regression models tested the association between clinical variables and uLSD/I. Of 1197 patients not self-reporting LSD/I, 369 (30.8%) had IIEF-SD < 7. Patients with ED+uLSD/I were older [median (IQR) 54(41–63) vs. 49(36–59) years], had lower IIEF-EF [10.5(5–22) vs. 22(11–28)] but higher BDI [6(3–12) vs. 4(1–8)] and lower tT [4.3(3.2–5.7) vs. 4.8(3.2–6.3) ng/ml] compared to ED-only men (all $p < 0.05$). Overall, ED+uLSD/I men had higher rate of severe ED (49.9% vs. 23.9%), and of $BDI \geq 11$ (30.6% vs. 18.2%) (all $p < 0.05$). At multivariable logistic regression analysis, lower tT (OR: 0.82), lower IIEF-EF scores (OR:0.95) and $BDI \geq 11$ (OR:2.51) were independently associated with ED+uLSD/I, after accounting for age (all $p < 0.05$). Almost 30% of men seeking first medical help for ED-only had also uLSD/I. Men with both conditions were older, had higher rates of severe ED and more depressive symptoms. A detailed investigation of sexual desire should be always included in men self-complaining only of ED.

La prevalenza ed i predittori del basso desiderio/interesse sessuale non riconosciuto negli uomini con insorgenza della disfunzione erettile: le rilevazioni da uno studio trasversale della vita reale

L'interrelazione tra il desiderio sessuale maschile e la disfunzione erettile (ED) è stata scarsamente indagata. Pertanto abbiamo voluto investigare la prevalenza ed i predittori del basso desiderio/interesse sessuale non riconosciuto (uLSD/I) in un gruppo di uomini con nuova insorgenza di ED. Furono analizzati i dati completi di 1587 uomini valutati nella loro prima richiesta medica per la ED tra il 2010 e il 2021. Le comorbidità furono determinate con il Charlson Comorbidity Index (CCI). All'ingresso a tutti i pazienti fu chiesto di autoriportare il basso desiderio/interesse sessuale e di completare il International Index of Erectile Function (IIEF) ed il Beck Depression Inventory (BDI) (punteggio dei sintomi depressivi come $BDI \geq 11$). Il dominio IIEF-funzione erettile (IIEF-EF) fu classificato secondo i criteri di Cappelleri. Il valore medio del dominio del IIEF-desiderio sessuale (IIEF-SD) fu usato per separare gli uomini con uLSD/I con la ED (IIEF-SD < 7) vs. quelli con sola la ED (IIEF-SD > 7). In ogni paziente furono misurati gli ormoni circolanti. L'ipogonadismo fu definito con il testosterone totale (tT) < 3.0 ng/ml. La statistica descrittiva e i modelli di regressione logistica testarono l'associazione tra le variabili cliniche e il uLSD/I. Dei 1197 pazienti che non autoriportarono LSD/I, 369 (30.8%) ebbero il IIEF-SD < 7. I pazienti con ED+uLSD/I erano più anziani [mediana (IQR) 54(41–63) vs. 49(36–59) anni], avevano un minore IIEF-EF [10.5(5–22) vs. 22(11–28)] ma un maggiore BDI [6(3–12) vs. 4(1–8)] and un minore tT [4.3(3.2–5.7) vs. 4.8(3.2–6.3) ng/ml] rispetto agli uomini con sola ED (tutti con $p < 0.05$). Nell'insieme, gli uomini con ED+uLSD/I avevano una maggiore frequenza di ED severa (49.9% vs. 23.9%), e di $BDI \geq 11$ (30.6% vs. 18.2%) (tutti con $p < 0.05$). All'analisi di regressione logistica multivariable, il minore tT (OR: 0.82), il minore punteggio IIEF-EF (OR:0.95) e il $BDI \geq 11$ (OR:2.51) furono

indipendentemente associati con la ED+uLSD/I dopo aver tenuto conto dell'età (tutti con $p < 0.05$). Almeno il 30% degli uomini valutati nella loro prima richiesta medica per la sola ED ebbero anche una uLSD/I. Gli uomini con entrambe le condizioni furono più anziani, ebbero una maggiore frequenza di ED severa e più sintomi depressivi. Negli uomini auto-riferenti per la sola ED dovrebbe sempre essere inclusa una dettagliata determinazione del desiderio sessuale.

Il commento - Sono anni che noi sosteniamo, nella nostra attività clinica, che una disfunzione erettile non debba mai essere presa solo sul fronte della condizione peniena ma che debba sempre essere inserita nel contesto del soggetto che la riferisce... quindi che a poco o nulla serva agire immediatamente e solamente con i farmaci o gli altri provvedimenti che servono a cercare di ottenere o sostenere una erezione... finiscono tutti per fallire. Sia negli uomini giovani che negli uomini adulti o anziani. Gli Autori di questo studio mettono a fuoco uno degli aspetti che concorrono nella ED: la riduzione o la carenza del desiderio/interesse sessuale. Un buon andrologo che dialoghi con il paziente per il tempo necessario se ne rende sempre conto e provvede alle adeguate valutazioni, certo non solo sul fronte del desiderio/interesse, ma anche delle altre condizioni generali che agiscono sulla funzione erettile e/o sulla associazione desiderio/interesse sessuale e disfunzione erettile. I numeri proposti dagli Autori confermano che tale necessità debba sempre essere presente nella valutazione del paziente andrologico che riferisce la ED, per poi poter agire di conseguenza. Possiamo auspicare che tale modalità si diffonda sempre più per i pazienti di ogni età e in particolare per i pazienti >40 anni o, in modo pressante, >50 anni: in tali pazienti, ancorché tenuti nascosti, le condizioni "al contorno" della ED sono sempre determinanti per la definizione del quadro e la successiva terapia. Come sempre diciamo le "scorciatoie" sintomatologiche non portano da nessuna parte.