Deficit erettivo: come si svolge la visita andrologica

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

"Gentile professoressa, ho 48 anni e, dopo una lunga convivenza, da qualche mese sono tornato a vivere da solo. Ho provato a frequentare qualche donna, ma ho notato con molta ansia che la mia erezione non tiene più come una volta. Inizia, ma poi non dura. Inutile dirle che, adesso, il solo pensiero non fa che peggiorare la situazione. Sul suo sito ho trovato molte informazioni sulle cause e sulle terapie, meno sulle modalità di diagnosi: come si svolge, in concreto, la visita andrologica? L'idea di andare dal medico per una cosa del genere mi imbarazza moltissimo, ma forse – se sapessi almeno a grandi linee cosa mi aspetta – potrei superare la vergogna e affrontare il problema. Grazie per tutto quello che fa, anche per noi uomini".
Fulvio C. (Verona)

Gentile signor Fulvio, la ringrazio per le cortesi parole e volentieri rispondo alla sua domanda, che probabilmente tocca un problema sentito da molti altri uomini nella sua situazione. Per la donna, forse, è più facile parlare con la ginecologa di fiducia anche di problemi sessuali. L'uomo, invece, quando deve uscire dalla logica classica del controllo urologico, più caratterizzato in senso medico, incontra molte difficoltà ad aprirsi e a parlare di eventuali disturbi della sfera sessuale.
Iniziamo con il dire che, secondo le più recenti linee guida internazionali, per "disturbo dell'erezione" si intende la difficoltà a ottenere e/o mantenere un'erezione peniena sufficiente per una soddisfacente performance sessuale. La Consensus Conference organizzata nel 1992 dallo statunitense National Institute of Health ha bandito il termine "impotenza", fortemente negativo sul piano semantico.
Prima di entrare nel dettaglio della diagnosi, rivediamo rapidamente i principali fattori predisponenti. Per un'analisi più approfondita delle cause fisiche, psicologiche e disfunzionali, e delle terapie, la rimando invece agli articoli sotto elencati.

Quali sono i fattori che espongono maggiormente al deficit erettivo?
Il rischio aumenta con l'età, la bassa scolarità (per la probabile associazione con stili di vita inadeguati), il diabete e le malattie cardiovascolari, come l'ipertensione, l'ipercolesterolemia e l'aterosclerosi. Il fumo, in particolare, costituisce il più forte fattore predittivo su base vascolare. Al deficit possono concorrere anche la radioterapia pelvica per cancro della prostata e i traumi midollari con paraplegia.

E dal punto di vista psicologico?
Il deficit può essere causato o peggiorato da depressione, ansia e stress. Un'associazione significativa è stata trovata anche con pregresse esperienze sessuali negative, fra cui gli abusi infantili, verbali, fisici e sessuali.

© 2013 - Prof. Alessandra Graziottin - www.alessandragraziottin.it

Veniamo alla diagnosi: come si svolge la visita?
Secondo il "Process of Care" Consensus Panel sullo standard ottimale di diagnosi e terapia del deficit erettivo, i passaggi fondamentali sono:
- un'accurata anamnesi medica e psicosessuale, per identificare il tipo di deficit (primario o secondario, generalizzato o situazionale), le comorbilità eventualmente associate e i fattori di rischio sistemici;
- l'esame obiettivo, generale e genitale, inclusa la valutazione della pressione;
- gli esami ematochimici, con particolare attenzione alla glicemia e al profilo lipidico;
- l'ecografia peniena dinamica (ecodoppler), con cui si valutano i flussi arteriosi e venosi all'interno del pene, e la possibile compromissione vascolare;
- il test delle erezioni notturne, che accerta la presenza o meno di erezioni notturne in numero di tre-quattro per notte, sincrone alle fasi di sonno REM, ossia con sogni.
- eventuali altri esami, come la cavernosografia.

A che cosa serve il test delle erezioni notturne?
Verifica se il deficit è determinato dall'ansia: la presenza di normali erezioni durante la notte, quando l'ansia è minima, contribuisce a confermare la natura disfunzionale, ossia non fisica, del disturbo.

Che cosa si intende per deficit primario o secondario, generalizzato o situazionale?
Il deficit erettivo è primario o "lifelong", quando è presente sin dall'adole¬scenza e dalle prime esperienze sessuali; secondario o "acquired", quando – come nel suo caso – emerge dopo un periodo più o meno lungo di normalità.
Si parla inoltre di deficit generalizzato, quando si manifesta in ogni situazione e con ogni partner, suggerendo quindi un'etiologia prevalentemente organica; è invece situazionale, quando è limitato a determinati contesti e/o a una partner particolare: in tali casi, è più probabile un'etiologia disfunzionale, psicosessuale e/o relazionale.
L'etiologia può infine essere mista (biologica e psicogena) oppure sconosciuta, quando gli elementi a disposizione del medico non consentono una diagnosi certa.

Se l'uomo ha problemi solo con una determinata partner, è possibile sentire anche lei?
Sì, anche se di solito questo avviene solo nelle coppie consolidate. La donna può innescare o peggiorare la situazione quando fa sentire l'uomo "obbligato" a prestazioni adeguate, quando prende l'iniziativa in modo troppo aggressivo o quando fa confronti poco lusinghieri con i partner precedenti. Ma il deficit erettivo può essere anche la risposta a un problema sessuale di lei, come la secchezza vaginale, il dolore ai rapporti, il vaginismo, o lo scarso desiderio: tutte situazioni in cui l'uomo ha paura di far male, o si sente poco desiderato, con conseguente crollo della tenuta. In questi casi, una parallela valutazione della donna e della coppia può essere indispensabile alla

definizione di una terapia risolutiva per entrambi.