

Il "recurvatum": che cosa lo provoca, come si cura

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

"Gentile Professoressa, ho 24 anni e da qualche mese esco con una ragazza di 22. Ho da sempre un difetto al pene, nel senso che quando è in erezione presenta una leggera curvatura. Finora però non avevo mai avuto particolari problemi a fare l'amore. Con questa ragazza, invece, le cose sono andate diversamente. La prima volta che abbiamo cercato di avere un rapporto, non appena l'ha visto, ha esclamato "Accidenti, ma è storto!", ed è scoppiata a ridere. Si figuri come mi sono sentito! Umiliato, preso in giro, e naturalmente l'erezione è subito sparita. Lei si è resa conto della gaffe, ha cercato di scusarsi, mi ha detto che stava solo scherzando... ma intanto per quella volta il danno era fatto. Il problema, però, è che adesso ho sempre difficoltà a mantenere l'erezione: ormai so che la mia ragazza pensa che io sia anormale, e così mi sento teso, nervoso. Un mese fa sono stato da un urologo, che mi consigliato di operarmi. Ma è proprio necessario? Che rischi ci potrebbero essere? Ci sono cure mediche, invece della chirurgia? E non è possibile che un giorno o l'altro la curvatura sparisca da sola? Mi consigli lei, perché sono davvero molto preoccupato e depresso".

Michele L.

Gentile signor Michele, se fino ad ora la curvatura non le aveva mai dato problemi, non mi sembra che ci sia alcuna indicazione immediata per l'intervento chirurgico. Oltretutto lei adesso si trova in una condizione emotiva molto scossa e con un problema di tenuta dell'erezione che va affrontato e risolto prima di qualsiasi altra cosa. E' quindi più saggio eliminare l'ansia che la blocca, e solo in un secondo tempo pensare a cosa fare per il "recurvatum", che è il nome tecnico con cui viene indicato il suo difetto.

Da cosa dipende il recurvatum?

Nei giovani come lei dipende in genere da un fattore congenito, che comporta un'asimmetria nella struttura della albuginea, il "manicotto" di collagene rigido che avvolge il pene subito al di sotto della pelle. All'interno dell'albuginea si trovano i corpi cavernosi, che si riempiono di sangue per l'aumento di pressione provocato dall'eccitazione. L'albuginea ha una distensibilità limitata: una volta raggiunto il punto di massima estensione, l'ulteriore afflusso di sangue nei corpi cavernosi si traduce in un aumento della pressione e della consistenza del pene, provocando la rigidità tipica dell'erezione completa. Nel suo caso, quando con l'eccitazione i corpi cavernosi si gonfiano, l'albuginea viene messa in tensione in modo asimmetrico, causando quindi un'incurvatura che può essere rivolta verso l'alto, verso il basso o lateralmente.

Quando è consigliato l'intervento chirurgico?

In genere si interviene quando il recurvatum è molto forte e causa un'obiettiva difficoltà o impossibilità ai rapporti. Esistono diversi tipi di intervento: il più semplice (detto "Intervento

secondo Nesbitt", dal chirurgo che l'ha messo a punto) comporta una plicatura dell'albuginea dalla parte opposta alla deviazione, in modo che l'asta del pene torni dritta. Questa soluzione ha però una conseguenza che non sempre viene chiarita a sufficienza: il pene in erezione si accorcia di circa un centimetro, cosa che manda nel panico molti giovani. Per questo altri chirurghi hanno proposto tecniche diverse, che non accorciano il pene ma sono tecnicamente più complesse. In ogni caso, come dicevo, è meglio non intervenire fino a quando l'aspetto emotivo, e la difficoltà erettiva ad esso connessa, non siano stati risolti.

Il recurvatum può scomparire spontaneamente?

No, perché l'albuginea è una struttura fibrosa rigida: e non esistono neppure farmaci in grado di agire su questo tipo di recurvatum. Diverso è il caso della malattia di La Peyronie, in cui invece l'incurvamento compare dopo anni di perfetta normalità, in genere dopo i quarant'anni, in seguito a una fibrosi infiammatoria dell'albuginea. In quel caso una terapia farmacologica può essere utile.

Il deficit di erezione come può essere affrontato?

La cosa migliore è andare da un buon andrologo, o da un medico sessuologo esperto del problema. La terapia, in genere, prevede tre tipi d'intervento: un aiuto farmacologico, una terapia sessuologica e una psicoterapia. A volte ne basta uno solo, a volte (soprattutto nei casi più complessi) è necessario integrarli con un approccio sinergico.

L'obiettivo primario dei farmaci è quello di ridurre l'ansia e migliorare così, a breve termine, la tenuta dell'erezione. Rispondono a questi requisiti tutti i farmaci "vasoattivi" oggi in commercio, come il sildenafil, il tadalafil e il vardenafil. Per i giovani come lei, in particolare, il tadalafil presenta un profilo d'azione interessante: la sua efficacia persiste infatti per 36-48 ore. Questo significa che il rapporto può iniziare in qualsiasi momento nell'arco dei due giorni successivi all'assunzione del farmaco, proteggendo così la naturalezza dell'intimità. Un aiuto può venire anche dagli ansiolitici a basse dosi, sempre su prescrizione medica.

Le altre terapie a che cosa servono?

I farmaci hanno una funzione solo sintomatica, anche se spesso più che sufficiente a eliminare l'ansia di fondo che mantiene il problema. Nei casi più difficili, invece, possono essere necessarie:

- una terapia sessuologica "comportamentale", per imparare a sciogliere le tensioni interiori più resistenti. Questo tipo di intervento include tecniche di rilassamento come il training autogeno respiratorio e lo yoga, preziose per migliorare il controllo delle emozioni e abbandonare l'atteggiamento da spettatore tipico dell'ansia da prestazione. La terapia comportamentale mira anche a ridurre l'ipertono e la rigidità muscolare, a migliorare i percorsi neuroendocrini che coordinano la funzione sessuale, e ad aumentare l'autostima e la fiducia nella propria capacità di recupero;

- una psicoterapia "cognitiva", quando la storia clinica evidenzia che il disturbo dell'erezione ha anche cause psicologiche più importanti e strutturate, non legate soltanto all'ansia di prestazione.

Da quanto mi racconta, nel suo caso dovrebbe bastare l'aiuto farmacologico, anche se – ripeto – la cosa deve essere valutata dallo specialista che la visiterà.

La mia ragazza, infine, cosa può fare?

Starle vicino con affetto e cercare con pazienza di cancellare il brutto ricordo di quella "prima volta". Può darsi che fosse in buona fede, e volesse davvero solo scherzare. Ma un'impulsività non controllata può ugualmente ferire e renderci perfino crudeli. Mi ricordo sempre il dolore con cui un ragazzo, bellissimo ma con una zoppia congenita, mi raccontò l'incontro che lo aveva segnato per la vita, ancor più del difetto fisico che aveva. Era seduto al parco. Una ragazza cominciò a guardarlo, e si sedette sulla panchina accanto. Iniziò un gioco di sguardi, che durò a lungo. Lui non osava muoversi, perché si vergognava di quella gamba più corta. Si sentiva in tremendo imbarazzo. Infine – si era fatto tardi – prese il coraggio a quattro mani (o si rassegnò...) e si alzò per andare via, zoppicando. La salutò, con un sorriso. «Che peccato!», replicò lei, squadrandolo critica. Una parola può uccidere.