

# IoUomo

Quadrimestrale di divulgazione scientifica della Società Italiana di Andrologia

• MARZO 2017

**IoUomo... da bambino** di Massimo Iafrate

**la prevenzione andrologica  
in età neonatale**

**IoUomo... da bambino** di Enrico Spera

**circoncisione**

**IoUomo... da bambino** di Attilio Guerani

**il medico di medicina generale: sentinella della  
salute riproduttiva e sessuale del maschio adolescente**

**IoUomo... adulto** di Fabrizio Ildefonso Scroppo

**infiammazioni dell'apparato genitale maschile**

**IoUomo... adulto** di Giorgio Franco

**infertilità**

**IoUomo... adulto** di Massimo Polito

**una sola, ma si è maschi lo stesso**

**IoUomo... anziano** di Carlo Ceruti

**guarire dal tumore alla prostata,  
mantenere (o riconquistare) la virilità**

**IoUomo... adulto** di Ciro Basile Fasolo

**esiste la pillola della felicità sessuale?**

**IoUomo... leggo un po' di storia** di Giorgio Piubello

**io leggo un pò di... Storia... India**



di  
**Prof. Alessandro Palmieri**  
PRESIDENTE SIA



## UNA PILLOLA SULLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA

L'Andrologia è una scienza medica relativamente giovane, si occupa di un campo medico molto vasto che spazia dalle affezioni della sfera genitale maschile, quali la disfunzione erettile, l'infertilità, le malformazioni degli organi genitali maschili fino a problematiche più complesse quali l'eiaculazione precoce e le disfunzioni sessuali della coppia. Negli ultimi anni si sta facendo strada poi un nuovo concetto che è il benessere della persona e la medicina sessuale, cosicché il campo di azione si va spostando da attività mediche curative ad attività mediche preventive, che riguardano il mantenimento nel tempo della buona forma sessuale come parte importante dell'integrità psico-fisica dell'individuo.

In Italia non esiste più la Specializzazione in Andrologia, infatti la maggior parte degli Andrologi sono specialisti in Urologia oppure in Endocrinologia e le competenze si acquisiscono direttamente sul campo con un percorso specifico seguendo Master, Congressi e Corsi di aggiornamento organizzati da importanti Società scientifiche, come ad esempio la Società italiana di Andrologia.

La Società Italiana di Andrologia (SIA) costituita a Pisa il 14 Febbraio del 1976 raccoglie studiosi italiani o stranieri che svolgono attività clinica o di ricerca in campo andrologico, si prefigge l'attività di formazione, informazione, prevenzione, diagnosi e cura delle malattie dell'apparato genitale maschile in ogni fascia di età e affronta tutti gli ambiti della medicina sessuale e riproduttiva del maschio e della coppia.

E' impegnata inoltre sulla corretta divulgazione dell'Andrologia e della figura dell'Andrologo, per cui troverete in una pagina successiva del magazine una sezione denominata "Mappa Andrologica" nella quale poter individuare l'Andrologo più vicino in tutta Italia.



RIVISTA DI INFORMAZIONE,  
EDUCAZIONE E PREVENZIONE  
ANDROLOGIA

### Registrazione:

nr. 185/2016 presso il Tribunale di Roma

### Editore:

Teleservice soc. coop a r.l.

### Direttore responsabile:

Carlotta Spera

### Direttore Scientifico:

Prof. Ciro Basile Fasolo

### Progetto grafico ed impaginazione:

Studiozeta sas - Napoli

### Fotografie:

©Fotolia.com (dove indicato)

### Stampa:

Rotostampa srl - Lioni (AV)

### Comitato Esecutivo S.I.A.

**Presidente:** Alessandro Palmieri

**Segretario:** Tommaso Cai

**Tesoriere:** Fabrizio Palumbo

**Consiglieri:** Danilo Di Trapani, Giovanni Liguori, Nicola Mondaini, Fabrizio Palumbo, Andrea Salonia, Fabrizio Ildefonso Scropo.

### Delegato Nazionale per le Sezioni Regionali:

Alessandro Zucchi

per informazioni  
**800.999.277**

### Segreteria SIA:

Emma Milani, Mariateresa Spata

### EDITORIALE

di  
**Prof. Ciro Basile Fasolo**  
DIRETTORE SCIENTIFICO



Gentili Lettrici e Gentili Lettori, continua il nostro percorso nel mondo dell'andrologia e, più in generale, di quanto possa riguardare la riproduzione e la sessualità del maschio, della coppia e della famiglia. In questo numero, partiremo proprio nel considerare, con l'articolo di Iafrate, quanto importante sia che medici e genitori siano attenti al neonato, dandogli tutte le attenzioni possibili non solo dal punto di vista affettivo, ma anche con uno sguardo all'apparato genitale, attenti a cogliere ogni possibile anomalia che possa in qualche modo costituire un impedimento per la crescita di un bambino sano che un domani sarà un uomo sano. Nel secondo articolo, Spera affronta il delicato problema della circoncisione, evento richiesto in alcune religioni, necessario in alcune condizioni patologiche, ma che deve essere sempre consigliato e praticato da un medico. E mentre il nostro futuro uomo, ancora bambino, cresce, Guerani ci dice cosa ci si aspetta dal custode delle cure della famiglia, il medico di famiglia, appunto. E questo perché i genitori possano rilevare precocemente anomalie e quelle condizioni, che opportunamente segnalate al medico di famiglia e al pediatra possano essere trattate, per assicurare al futuro uomo le condizioni migliori possibili. Scropo ci porterà, poi, nel

campo delle infiammazioni dell'apparato genitale maschile, assai frequenti, molto spesso sottese o non rilevate, ma che vanno sempre seguite e trattate, perché spesso si associano a disfunzioni sessuali ed infertilità. Di questa si parla proprio nell'articolo di Franco, che considera da un lato alcune condizioni congenite alla base di una ridotta fertilità o sterilità assoluta del maschio e delle possibilità offerte dalla moderna medicina per affrontarle, dall'altro fa appello ai nostri stili di vita e a quanto possiamo (direi dobbiamo) fare per preservare la fertilità, bene di assoluto valore per la persona e per la specie umana. Polito, invece, ci illustra con grande maestria ed esperienza il caso in cui un tumore colpisca un testicolo, ribadendo, ancora una volta, come si possa e debba superare un momento delicatissimo della vita di un uomo (e della sua relazione), sentendosi perfettamente validi, per sé e per l'altro. Tutti aspetti, ben ripresi da Ceruti, a proposito del tumore della prostata, che per la grande frequenza con cui si presenta, rappresenta una condizione di interesse individuale, familiare e sociale. Piubello, infine, continua a portarci in viaggio.. nel mondo della sessualità di altri tempi ed altre culture. Che dire? Seguiteci, suggeriteci curiosità, criticità e quanto desiderate leggere. La nostra maggiore felicità è che ci aspettate, per seguirci nei nostri viaggi nella cultura andrologica.. e non solo. Al prossimo numero...e grazie per la vostra attenzione e sensibilità.

di

Dott. Massimo Iafrate

Coautore: Dott. Daniele Modonutti

Clinica urologica dell'Università di Padova



# La prevenzione andrologica in età neonatale

La prevenzione andrologica deve cominciare già in età pediatrica con la diagnosi precoce di condizioni patologiche che nel breve o nel lungo termine possano compromettere, in maniera anche irreversibile, la fertilità dell'individuo. A tal fine è opportuno che il bambino sia seguito nel corso di tutte le tappe del suo sviluppo psicofisico, dalla nascita, al raggiungimento della completa maturità sessuale, alla fine della pubertà. Il primo controllo avviene già sul neonato nel quale vengono ricercate eventuali anomalie di sviluppo degli organi genitali esterni come ad esempio l'ipospadia o il criptorchidismo. Successivamente, l'attenzione deve essere rivolta al **corretto e armonico accrescimento dei genitali**, con particolare attenzione al volume dei testicoli, che normalmente devono presentare un importante aumento volumetrico a partire dall'inizio della pubertà, quando si assiste si attiva il complesso meccanismo ormonale alla base di tutti i mutamenti caratteristici di questa fase dello sviluppo. La figura professionale di riferimento in questo campo è senza dubbio il pediatra che unitamente all'andrologo e all'urologo deve inquadrare e gestire le problematiche uro-andrologiche che possono interessare il piccolo paziente. Ecco le principali patologie dell'età pediatrica che possono minare la fertilità maschile.

**L'ipospadia**, è una condizione in cui il meato uretrale esterno si viene a trovare in una posizione anomala lungo la superficie ventrale del pene a causa di un anomalo sviluppo dell'uretra e del corpo spongioso; si associa ad uno sviluppo esuberante dor-

sale del prepuzio che si presenta asimmetrico per la mancanza della sua porzione inferiore ed, inoltre, si possono riscontrare anche altre anomalie di sviluppo dei genitali esterni tra cui i più frequenti sono la curvatura ventrale del pene, l'inserzione alta dello scroto, lo scroto bifido e la trasposizione peno-scrotale. **L'ipospadia è una condizione abbastanza frequente che colpisce 1 bambino su 300 nati** con un rischio che è 13 volte più elevato nel caso in cui uno dei parenti di primo grado sia affetto dalla stessa condizione. La causa alla base dell'ipospadia non è nota, anche se non si esclude il ruolo di inquinanti ambientali che agendo sul feto ne vanno ad alterare il normale sviluppo sessuale. In base alla posizione del meato uretrale si possono distinguere tre tipi di ipospadia. La forma distale o lieve è quella in cui il meato è collocato sulla porzione ventrale del glande, poco distante dalla sua normale posizione: non rappresenta un problema per la funzione dell'organo, ma solo un difetto di tipo estetico che potrà essere corretto dopo una attenta valutazione da parte dello specialista e dei genitori. Le due varianti che comportano delle problematiche dal punto di vista funzionale sono quella mediopeniena e quella prossimale. Nell'ipospadia mediopeniena il meato è localizzato circa alla metà inferiore del pene, mentre nella forma prossimale, che rappresenta la forma più severa, il meato si colloca all'angolo peno-scrotale. Se l'indicazione alla correzione dell'ipospadia distale è dettata solo da motivi estetici quella dell'ipospadia prossimale è assoluta poiché impedisce

la normale deposizione del bolo seminale durante il coito rendendo di conseguenza l'individuo incapace di generare e quindi sterile. La diagnosi di ipospadia è semplice e solitamente viene posta al momento della nascita, quando è fondamentale capire se l'ipospadia rappresenta l'unico difetto della sfera genitale oppure se vi sono altre anomalie associate. Il bambino presentante sia l'ipospadia, soprattutto la forma prossimale, sia il criptorchidismo dovrebbe essere sottoposto ad indagini genetiche (cariotipo) e dosaggi ormonali per escludere eventuali disturbi della differenziazione sessuale (Disorders of Sex Development, DSDs) ovvero condizioni in cui coesistono nello stesso individuo caratteristiche sessuali maschili e femminili. **La correzione dell'ipospadia si ottiene chirurgicamente** grazie all'intervento denominato uretroplastica (ricostruzione del segmento di uretra che non si è sviluppata), che si può associare o meno ad altri interventi il cui fine è correggere le altre anomalie associate, tra questi ricordiamo l'ortoplastica, ovvero la correzione dell'eventuale curvatura peniena, la scrotoplastica, per correggere anomalie di sviluppo della borsa scrotale, la circoncisione o la prepuzioplastica. Le età consigliate per la correzione dell'ipospadia vanno dai 6 ai 18 mesi di vita e dopo i 5 anni.

Con termine di **criptorchidismo** o testicoli ritenuti ci si riferisce a quella condizione in cui uno o entrambi i testicoli non si vengono a trovare nel sacco scrotale. In condizioni di normalità il testicolo si svilup-

pa nella cavità addominale per poi migrare nello scroto, passando attraverso il canale inguinale, durante il terzo trimestre di gestazione, subito prima della nascita. Per motivi ancora non pienamente compresi, ma che probabilmente coinvolgono l'interazione tra fattori genetici e ambientali, alcuni individui presentano un processo di discesa alterato che fa sì che il testicolo si venga a trovare in una posizione anomala che può essere più o meno alta nell'addome oppure a livello del canale inguinale.

Il criptorchidismo rappresenta una delle anomalie congenite più comuni coinvolgendo dall'1% al 4% dei neonati nati a termine e dall'1% al 45% dei neonati prematuri. Esso spesso si associa a quadri clinici caratterizzati da ridotta produzione o sensibilità agli ormoni maschili (androgeni). In questi casi vi è un difetto generalizzato di mascolinizzazione dell'individuo che fa parte dei già citati disturbi di differenziazione sessuale (DSDs).

La diagnosi di criptorchidismo è clinica nei casi in cui il testicolo risulti palpabile a livello del canale inguinale, mentre nei casi in cui il testicolo non è palpabile ci si può avvalere dell'ecografia o della risonanza magnetica e nei casi in cui neanche quest'ultima metodica risulti dirimente si rende necessaria l'esplorazione chirurgica del canale inguinale e/o della cavità addominale.

**La correzione del criptorchidismo può avvenire intorno all'anno di vita** e prevede l'intervento di orchidopessi con il quale si procede al posizionamento nello scroto di un testicolo ritenuto all'interno del canale inguinale oppure, nelle forme di criptorchidismo addominale, si rende necessaria una laparoscopia esplorativa seguita dall'intervento di orchidopessi. Il motivo per cui è necessario riportare la gonade nella sua posizione naturale è dato dal fatto che una permanenza protratta negli anni in una sede anomala compromette il

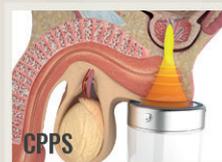
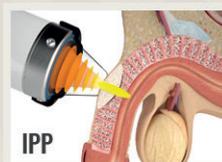
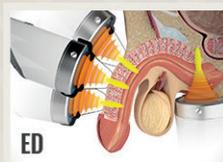


suo normale sviluppo e conseguentemente la normale funzione, non solo, un secondo importante motivo di correzione del criptorchidismo è dato da un aumento del rischio di sviluppare un tumore maligno nel testicolo ritenuto. Quindi la correzione del criptorchidismo ha come fine la preservazione della funzione del testicolo, il ridurre e/o facilitare la diagnosi di eventuali tumori maligni che si potrebbero sviluppare, il ristabilire la naturale simmetria corporea e il prevenire eventuali torsioni della gonade ectopica.

Per **testicoli ipermobili** si intende una eccessiva libertà di movimento di una o entrambe all'interno del sacco scrotale generata da una lassità o abnorme sviluppo dei normali mezzi di fissità del testicolo. E' molto importante diagnosticare tale condizione in quanto predispone alla **torsione testicolare** che rappresenta **una vera e propria urgenza urologica** che richiede una correzione chirurgica entro 3 ore dalla sua comparsa pena la perdita irreversibile della funzione del testicolo colpito. In caso di torsione testicolare il testicolo ruota at-

torno al suo asse verticale generando una strozzatura dei vasi sanguigni che normalmente trasportano l'ossigeno e sostanze nutritive al testicolo stesso bloccandone quindi bruscamente l'apporto. La sintomatologia che caratterizza il quadro clinico della torsione testicolare in età pediatrica è molto più difficilmente valutabile che nell'età adulta. Si può caratterizzare con un pianto disperato in età neonatale e da intenso dolore a livello della gonade torta la quale appare arrossata e tumefatta. La diagnosi di torsione testicolare deve essere posta in tempi brevi attraverso una visita clinica e un'ecocolordoppler testicolare che evidenzia l'assenza di flusso sanguigno verso il testicolo. Il trattamento prevede un iniziale tentativo di derotazione manuale della gonade seguito, in caso di insuccesso o di torsione inveterata, dall'esplorazione chirurgica del canale inguinale con derotazione a cielo aperto del testicolo. Nel caso in cui la gonade risulti irrimediabilmente compromessa, ovvero non più vitale, si rende necessaria la sua asportazione mediante l'intervento di orchietomia.

**STORZ MEDICAL**  
COMPETENZA IN ONDE D'URTO



MADE IN SWITZERLAND



Onde d'urto in urologia: disfunzione erettile, induratio penis plastica e sindrome da dolore pelvico cronico

[www.storzmedicalitalia.it](http://www.storzmedicalitalia.it)

di

Prof. Enrico Spera

Università di Roma di Tor Vergata



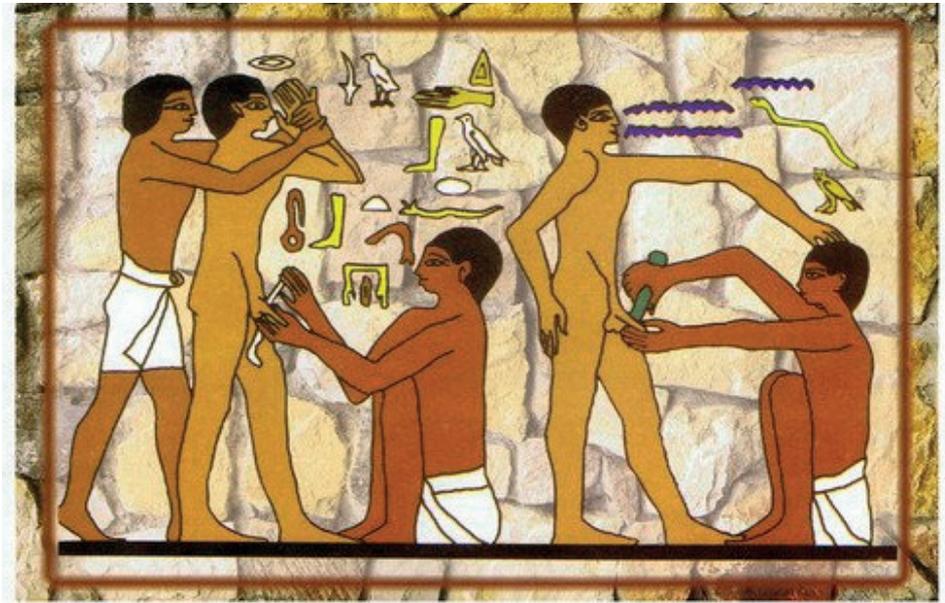
# Circoncisione rituale, profilattica e terapeutica

Nell'anatomia maschile dei mammiferi, uomo compreso, il termine prepuzio definisce la piega della pelle, solitamente lassa e scorrevole, che copre una porzione più o meno estesa del pene; nella specie umana tale porzione è limitata al glande. L'impossibilità di retrarre il prepuzio sul glande si definisce fimosi, che può essere di vari gradi e generalmente si cura con la circoncisione. Il termine circoncisione, derivato delle parole *circum* (intorno) e *caedere* (tagliare), quindi tagliare intorno, indica appunto la asportazione parziale o totale del prepuzio. Si tratta di un'operazione eseguita da tempi antichissimi. Già nel famoso Papiro di Ebers, che risale al 3000 a.C., reperito a Luxor nel 1862 dall'archeologo tedesco Ebers, vengono fornite dettagliate istruzioni circa la tecnica di esecuzione della circoncisione. Ad esempio, vengono fornite indicazioni su come arrestare l'emorragia del prepuzio applicando una mistura di "miele, polvere d'osso e sicamoro". Il papiro di Ebers è un trattato di chirurgia e non di religione; ciò indica che la circoncisione nell'antico Egitto veniva eseguita, con ogni probabilità, per ragioni igieniche e non come rito religioso. La circoncisione era nota anche ai Caldei sulle montagne dell'Armenia e del Kurdistan, agli Ebrei, dove se ne fa aperta menzione anche nella Bibbia, dai quali viene eseguita tutt'oggi con un significato eminentemente religioso, ai Fenici, che l'avevano probabilmente appresa dagli Egizi; furono gli Arabi che ne diffusero più tardi l'applicazione, come elemento distintivo dell'essere musulmano, a tutte le popolazioni da loro sottomesse sulle coste orientali africane e malesi. Anche nel-

la civiltà ellenica e romana la circoncisione era una pratica chirurgica descritta e, quando necessario, utilizzata. Ad oggi, si stima che la prevalenza di uomini circoncisi sia compresa tra il 12.5% e il 33% della popolazione mondiale maschile, con tassi di circoncisione molto variabili in base a regione geografica, razza, etnia, cultura, credenze religiose e condizioni socioeconomiche. La circoncisione può essere distinta in quattro diverse categorie: terapeutica, profilattica ovvero preventiva, rituale, e quella eseguita per altre motivazioni (es. imitazione o preferenze personali). Per quanto riguarda la circoncisione profilattica, le principali società mediche di USA, Gran Bretagna, Canada, Australia, non sono favorevoli alla circoncisione routinaria neonatale non-terapeutica. Anche in Italia il Comitato Nazionale di Bioetica, nel 1998, si è dichiarato favorevole all'esecuzione della sola circoncisione terapeutica, in quanto atto legato a precise indicazioni medico-chirurgiche. Bisogna ricordare che la circoncisione, è un intervento semplice, ma delicato, che non è scevro da complicanze talora gravi. Bisogna, quindi, prestare la massima attenzione ad evitare una serie di insidie come l'asportazione (*exeresi*) insufficiente (con eccesso inestetico di cute residua) o eccessiva della cute prepuziale (con conseguente brevità del rivestimento del pene, che sarà di ostacolo nell'allungamento durante l'erezione), arresto del flusso di sangue (emostasi) insufficiente, che a volte può rendere necessario il re-intervento, diagnosi a posteriori di un problema di coagulazione (emofilia) grave in un bambino di cui non si conosceva l'assetto coagulativo, o danni gravi al pene o infezioni multiresistenti, secondari all'in-

tervento chirurgico, purtroppo, sempre possibili. Per questi ed altri motivi, come i possibili effetti indesiderati che la circoncisione può avere sulla sfera psichica, emotiva e sessuale, la circoncisione profilattica non è attualmente raccomandata su larga scala. Suscita comunque grande interesse un gran numero di studi che ad oggi suggeriscono un ruolo potenzialmente profilattico della circoncisione nei confronti dei infezioni del tratto urinario, malattie sessualmente trasmesse (sifilide, herpes genitale ecc) ed infezioni da papilloma virus umano. Recenti studi, inoltre, suggeriscono che la circoncisione maschile potrebbe essere riconosciuta come un efficace strumento di prevenzione dell'HIV, siccome nei maschi circoncisi il rischio di acquisire l'infezione sembra ridursi di circa 60%; tuttavia, sulla base delle attuali conoscenze la circoncisione sembra offrire una protezione solo parziale contro l'infezione da HIV, mentre non è chiaro se la procedura possa ridurre la trasmissione sessuale dell'infezione dall'uomo alla donna. La **circoncisione rituale** è una pratica antichissima. Rito fondamentale tra gli Ebrei ed i Musulmani, è tuttora non prevista dalla religione cristiana. La crescente immigrazione di popolazioni in gran parte di religione islamica in Italia ha posto il quesito se la circoncisione rituale possa essere eseguita come prestazione a carico del SSN italiano; fermo restando che la circoncisione, in quanto atto di natura medica, debba venir praticata da un medico e nel pieno rispetto di tutte le usuali norme di igiene ed disinfezione (asepsi), non esistono ad oggi ragioni di carattere etico o sanitario che debbano indurre lo Stato a

porre a carico della collettività le pratiche di circoncisione maschile di carattere rituale. La **circoncisione terapeutica**, infine, mantiene le proprie precise indicazioni e controindicazioni ed è tuttora una procedura rimborsata dal SSN, in caso di infezioni ricorrenti del tratto urinario, storia di fimosi parziale (parafimosi) o infiammazioni/infezioni del glande e prepuzio (balanopostiti croniche e balanite xerotica obliterans) o in casi di vescica neurologica con necessità all'autocatereterismo; è, invece, controindicata nei bambini che presentano alcune anomalie della struttura degli organi genitali, come ad esempio il foro attraverso cui esce la pipì (meato uretrale) in sede diversa dalla normalità (ectopia, nota come ipospadia ed epispadia), la curvatura del glande (incurvamento) o i genitali ambigui, poiché il prepuzio può essere necessario per effettuare un intervento di chirurgia ricostruttiva. Se un individuo, bambino o adulto, ha una storia familiare di gravi disturbi della coagulazione del sangue (come l'emofilia) si raccomanda di eseguire esami ematochimici per i fattori della coagulazione prima di procedere all'intervento di circoncisione. La circoncisione viene in genere definita come "intervento semplice",



*Tecnica di esecuzione della circoncisione come descritta nel papiro di Ebers.*

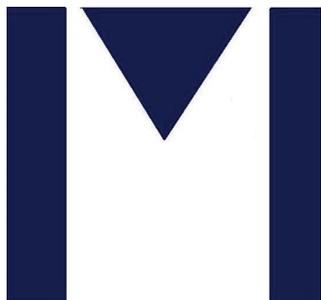
termine insidioso che indica solo un intervento tecnicamente non complesso, eseguibile in regime ambulatoriale ed in anestesia locale. Bisogna ricordare allo stesso tempo che la zona da trattare è delicata, che qualsiasi intervento chirurgico non è esente da rischi al 100% e che le potenziali conseguenze

cliniche e medico-legali delle complicanze della circoncisione sono talora gravi. Pertanto, la circoncisione rimane un intervento da eseguire solo in caso di necessità medica e da un chirurgo esperto che conosce ed applica correttamente le regole di questa tecnica chirurgica.

La disfunzione erettile, la più nota disfunzione sessuale maschile, causa notevole disagio sessuale, alterazioni del tono dell'umore, calo di autostima e ripercussioni sul rapporto di coppia, perfino rassegnazione alla convivenza con il proprio disagio e abbandono della terapia iniziata. Talvolta, ci si affida a pericolose e incontrollate soluzioni trovate sul web. In molti casi, la disfunzione erettile è condizione cronica ed è necessaria una Riabilitazione della erezione: questa, come ogni riabilitazione, cerca di ripristinare la funzione esercitando l'organo (nel caso, il pene ad avere delle erezioni). Per questo il vacuum device (VD, dispositivo a vuoto) produce una

depressione attorno al pene, provocando meccanicamente un incremento della pressione intracavernosa e aumentando il flusso sanguigno; l'ossigenazione forzata passiva induce l'erezione in un brevissimo tempo (da 30 sec a 2/3 minuti) e, quando ripetuto nel tempo, risulta un valido e sicuro trattamento per il recupero della funzione erettile, spesso come primo trattamento in patologie come ipertensione, diabete, insufficienza epatica renale o il semplice invecchiamento. Il VD è un presidio medico in grado di allenare i tessuti penieni ed il suo benefico effetto di stretching favorisce la distensione dei corpi cavernosi, la rielasticizzazione di tutti i tessuti coinvolti e

si può associare ad altra terapia e può essere utilizzato in due differenti momenti: quello destinato allo stretching e quello riservato al rapporto sessuale. Il trattamento è specifico, a lungo termine e deve essere prescritto dallo specialista, che informa adeguatamente il paziente sulle opzioni terapeutiche ad oggi esistenti, i rispettivi effetti attesi, le opzioni alternative e/o combinate al farmaco orale. Sarà lo specialista a suggerire quanto tempo dedicare ad entrambi nell'ambito di un percorso terapeutico personalizzato. MEDIS dispone differenti modelli e potrà, seguendo le prescrizioni specialistiche, suggerire il modello più idoneo al caso.



Scegliamo insieme al tuo andrologo il **dispositivo vacuum** più efficace nel tuo percorso riabilitativo.

Riappropriati della tua **salute sessuale**



Per info contatta **MEDIS** VIA Massimo d'Azeglio, 1120089 Rozzano Milano tel 028255435 fax 0299983090 [intmedis@tin.it](mailto:intmedis@tin.it)

di  
Dott. Attilio Guerani  
Andrologo Roma



# Il medico di medicina generale sentinella della salute riproduttiva e sessuale del maschio adolescente

L'adolescenza è una fase della vita in cui vengono a maturazione quei meccanismi che poi saranno deputati a mantenere in efficienza la funzionalità sessuale e riproduttiva del maschio adulto. Proprio in questa fase dello sviluppo possono insorgere patologie che, se misconosciute e non curate tempestivamente, potrebbero comprometterne in futuro, a volte in maniera irreparabile, le funzioni. Questa fase della vita rappresenta anche il periodo in cui i giovani, maschi e femmine, traghettano dall'assistenza pediatrica a quella della medicina generale e, mentre le femmine iniziano i primi controlli ginecologici, è consuetudine che i maschi interrompano i controlli periodici dal pediatria, recandosi dal medico molto raramente o affatto. Il compito del medico di medicina generale dovrebbe iniziare proprio all'atto della presa in carico del giovane paziente, esigendo una relazione clinica dal collega pediatra e richiedendo ai genitori che il ragazzo venga invitato a fare un primo controllo presso il MMG stesso. In alternativa, una buona opportunità di eseguire un controllo del giovane maschio potrebbe essere offerta al MMG al momento in cui, e questo accade in regola almeno una volta l'anno, i giovani pazienti richiedano la certificazione di idoneità alla pratica di attività sportiva non agonistica. E' indispensabile a questo punto che il MMG sappia cosa e come cercare nel giovane paziente al fine di evidenziare quegli elementi patologici che possono permettere una tempestiva diagnosi di quelle patologie potenzialmente lesive delle funzioni riproduttiva e sessuale. **Tra le patologie più**

**frequenti, se non la più frequente, figura certamente il varicocele** che, spesso misconosciuto, potrebbe essere causa di riduzione anche severa della capacità riproduttiva in età adulta. Sempre da segnalare sono altre patologie del contenuto scrotale come le cisti epididimarie o l'idrocele, tutte patologie evidenziabili anche solo con un attento esame obiettivo, così come la maggior parte delle anomalie del prepuzio e del frenulo o del meato uretrale esterno (come la fimosi, il frenulo corto, la stenosi del meato (il foro da cui esce la pipì), la dislocazione del meato, che possono essere causa di disturbi della funzionalità sessuale, ma, a volte, anche riproduttiva. Tuttavia, un **controllo periodico ed accurato del contenuto scrotale** da parte del MMG, fondamentalmente deve essere orientato nella ricerca di quelle alterazioni di forma e di volume dei testicoli, che possono porre il sospetto di neoplasia testicolare e, quindi, avviare quella serie di accertamenti atti a condurre ad una diagnosi precoce di tali patologie con ovvie ripercussioni positive circa la prognosi stessa. A tale proposito, sarebbe molto opportuno che il medico stesso all'atto della prima visita provvedesse ad istruire i giovani pazienti su come eseguire una autopalpazione testicolare ed informare dettagliatamente gli stessi circa l'importanza ed utilità di sottoporsi periodicamente a tale procedure; ipotrofie testicolari, spesso secondarie a patologie misconosciute dell'infanzia ed testicolo ad ascensore possono causare **ipofertilità o infertilità** nel paziente adulto. Una patologia non organica, che tuttavia è in grado di suscitare un disagio tale da impedire, ritardare o compromettere

la funzionalità sessuale dei giovani pazienti è la **dismorfofobia**, ossia la paura di avere alterazioni della forma di una o più parti del corpo: fra queste, si inserisce la paura di non avere genitali (principalmente il pene) di forma e dimensioni adeguate. Per la maggior parte dei casi si tratta di ragazzi con genitali del tutto normali, che, tuttavia, grazie alle informazioni distorte ricevute attraverso i vari media, ritengono di non essere nella norma o adeguati; in tutte queste situazioni, spesso, è sufficiente una esaustiva e serena informazione a riportare il ragazzo sulla corretta interpretazione della propria normalità, risolvendo così il problema prima che divenga causa di disturbi a volte anche importanti del comportamento sessuale. Anche in questo caso il counselor potrebbe essere il MMG avendo un rapporto di fiducia sia con il giovane paziente che con la famiglia. Infine, gli **incurvamenti congeniti del pene**, anche questi potenziale causa di dismorfofobia, ma spesso tali da rendere oggettivamente difficoltosa o impossibile la penetrazione. La diagnosi di tali patologie è forse quella più difficile per il MMG perché prevede una accorta anamnesi da parte dello stesso, a meno che il giovane paziente non manifesti spontaneamente il problema sia attraverso i genitori che direttamente al medico. Sempre nell'ambito della prevenzione, il MMG potrebbe essere il punto di riferimento per questi giovani pazienti, spesso poco o affatto edotti, per fornire corrette informazioni in merito ai mezzi di prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale, che spesso producono alterazioni del sistema riproduttivo, tali da provocare la sterilità nel paziente adulto.

di

Prof. Giorgio Franco

Dipartimento di Scienze Ginecologiche ed Urologiche, Sapienza Università di Roma



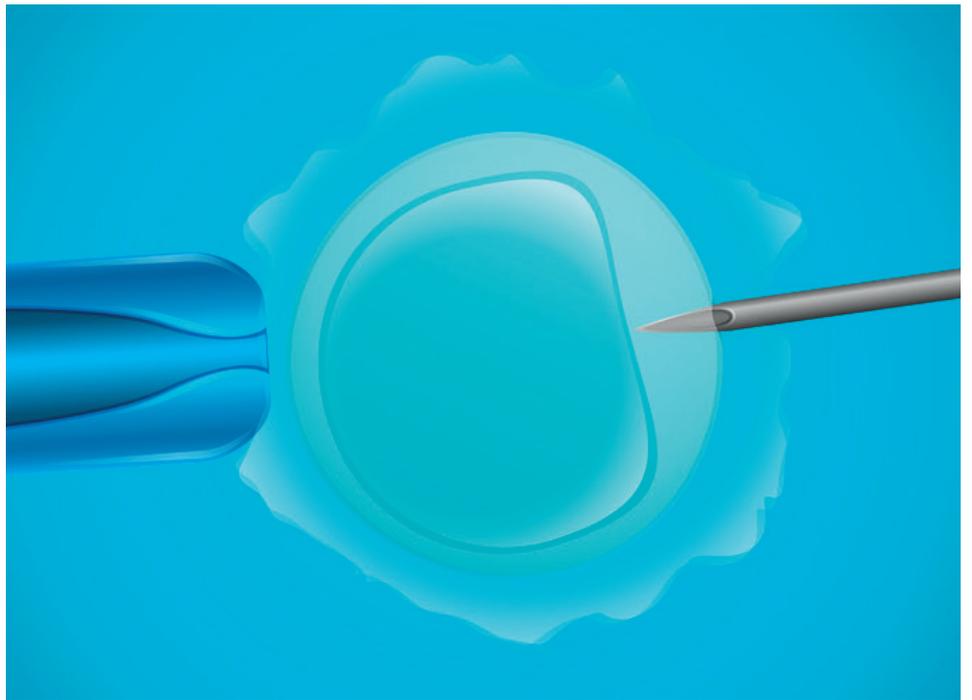
# Infertilità di coppia: quando dipende da lui

L'infertilità di coppia è in aumento e la capacità fecondante del maschio è in netta diminuzione. In Italia oltre 250 mila coppie sono considerate infertili (circa il 15% delle coppie) e, in quasi la metà di esse è il maschio ad esserne il "responsabile". Tra i tanti motivi di ciò, la tarda età alla quale si decide di procreare, l'aumento delle malattie a trasmissione sessuale, gli errati stili di vita, l'alimentazione non corretta e l'inquinamento, in particolare quello che porta a interferenze sul sistema endocrino, con esito nel dimezzamento del numero degli spermatozoi nello sperma osservato nel corso dell'ultimo secolo. Per fortuna, la tecnologia e lo sviluppo scientifico, certamente in parte responsabili di questo declino, aiutano l'uomo a superare le difficoltà anche in questo campo. Ciò grazie a recenti innovazioni nella diagnostica genetica, biochimica e strumentale dell'infertilità maschile e all'evoluzione delle terapie mediche, chirurgiche e di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Proprio in quest'ultimo settore sono stati raggiunti grandi risultati nella cura di una delle forme più gravi di infertilità maschile: l'azoospermia. Questa consiste nella completa assenza di spermatozoi nel liquido seminale, che può essere dovuta o ostruzione delle vie seminali (azoospermia ostruttiva) o causata da un'insufficiente produzione di spermatozoi da parte del testicolo (azoos-

spermia non-ostruttiva). Alcune forme di ostruzione possono essere risolte con ricanalizzazioni microchirurgiche dei condotti che raccolgono il seme prodotto dai testicoli, ovvero del dotto deferente (vaso-vasostomia) o dell'epididimo (vaso-epididimostomia), o ancora tramite l'esecuzione di disostruzioni per via endoscopica (TUR-RED) o percutanea (TRUCA) dei dotti eiaculatori a livello prostatico. In quei casi nei quali le ostruzioni non siano chirurgicamente correggibili, come nella assenza (agenesia) bilaterale dei deferenti (CBA-VD) o nell'azoospermia non-ostruttiva, l'unica soluzione è ricorrere alla PMA e, in particolare, alla tecnica attualmente considerata più efficiente: la Iniezione Intra-Citoplasmatica di Spermatozoi (ICSI). Con tale tecnica è sufficiente l'impiego di un solo spermatozoo vitale prelevato chirurgicamente dal testicolo (TESE, MICRO-TESE), che viene iniettato all'interno della cellula uovo (ovocita) e può permettere lo sviluppo di un embrione in provetta (in vitro). Successivamente, l'embrione verrà trasferito nell'utero della partner e potrà rendere possibile una gravidanza (fase di Transfer). Nell'azoospermia ostruttiva, si trovano spermatozoi vitali nel testicolo nel 100% dei casi trattati, mentre nell'azoospermia non-ostruttiva la percentuale di recupero degli spermatozoi oscilla tra il 50 e il 60%. Anche i pazienti affetti da Sindrome di Klinefelter, un'anomalia genetica caratterizzata dalla presenza di un cromosoma X soprannumerario (XXY),

quasi sempre associata ad azoospermia, hanno oggi possibilità di paternità grazie al recupero di spermatozoi dal testicolo (nel 30-40% dei casi) tramite TESE o MICROTESE + ICSI. Con tale tecnica è, infatti, descritta in letteratura la nascita di circa 200 bambini concepiti da padri con S. di Klinefelter, nessuno dei quali è risultato affetto da anomalie cromosomiche. In un panorama diagnostico e terapeutico così complesso diventa pertanto fondamentale il ruolo dell'Andrologo, che potrà definire al meglio la causa dell'azoospermia, escludere la coesistenza di altre patologie che possano mettere a rischio la vita del paziente, come i tumori del testicolo e stabilire la tecnica chirurgica più adeguata per la disostruzione della via seminale o per il recupero di spermatozoi da destinare alla ICSI. I casi più sfortunati, nei quali non si ottiene un recupero di spermatozoi, possono oggi avvalersi della donazione di sperma eterologo, pratica ormai ammessa anche in Italia. In un centro di PMA la collaborazione tra figure professionali quali l'Andrologo, il Ginecologo e il Biologo, sarà di fondamentale importanza al fine di ottimizzare i risultati di queste complesse e costose tecniche che tanto impegnano la coppia infertile sia dal punto di vista fisico che psicologico. E' notizia di questi giorni che le tecniche di riproduzione assistita, sia omologhe che eterologhe, sono state incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), e verranno quindi erogate dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN). In

un prossimo futuro ci sono aspettative per nuove tecnologie, in sperimentazione, in grado di selezionare preoperatoriamente i pazienti azoospermici con spermatozoi recuperabili nei testicoli, la preservazione della fertilità dei pazienti oncologici, che debbano essere sottoposti ad interventi o a chemio-radioterapie, in particolare in età pediatrica o adolescenziale, grazie alle tecniche di crioconservazione del parenchima testicolare e alle metodiche ancora sperimentali di trapianto omologo o eterologo di spermatogoni per ottenerne la maturazione in vivo o in vitro fino allo stadio di spermatozoi. Infine, siamo fiduciosi nei progressi che la genetica sta compiendo in questi anni, progressi che porteranno ad una migliore comprensione dei casi di infertilità maschile attualmente considerati senza spiegazione, e alle possibili soluzioni terapeutiche. Nella speranza che si realizzino le nostre aspettative, possiamo per ora impegnarci nel cercare di limitare i casi di infertilità maschile agendo sulla prevenzione primaria e secondaria con una adeguata informazione e tramite apposite cam-



pagne di screening, controllando meglio l'uso di farmaci senza un controllo medico, eliminando fumo e sostanze d'abuso, prevenendo una vita sana, l'attività sportiva, una l'alimentazione priva di conservanti e, quando necessario, la assunzione di coa-

diuvanti come l'enzima  $Q_{10}$ , la vitamina E e lo zinco, che svolgono una azione nutriente e protettiva a livello dell'apparato riproduttivo maschile.



**Fertilex<sup>®</sup>**



di  
Dott. **Fabrizio Ildefonso Scroppo**Andrologo Ospedale Di Circolo Varese  
Consigliere SIA

# Le infiammazioni dell'apparato genitale maschile

**L**e infezioni e le infiammazioni del tratto urogenitale, le M.A.G.I. (male accessory gland infection) costituiscono un problema frequente di rilevanza sociale, per la popolazione maschile e le conseguenze sulla qualità di vita, sugli aspetti della vita sessuale e riproduttiva, nonché sulla spesa economica necessaria e possono interessare tutti i segmenti dell'apparato genitale maschile e sono rappresentate, essenzialmente, da uretriti, prostatovesicoliti ed orchiepididimiti. Gli effetti sulla fertilità maschile sono evidenti, con punte fino al 15% di pazienti affetti da M.A.G.I che giungono all'ambulatorio dell'andrologo per sterilità di coppia. La maggior parte delle infezioni sono inquadrabili in quella vasta categoria di patologie note come infezioni sessualmente trasmissibili (IST) che comprendono infezioni batteriche come quelle da gonococco, virali come quelle da Herpes simplex tipo II o HPV (human papillomavirus) o da altri microrganismi come clamidie o micoplasmii. Comportamenti a rischio e rapporti sessuali non protetti comportano una diffusione più ampia di tali patologie, da qui la necessità di una corretta informazione, già in età adolescenziale, volta a sensibilizzare

verso misure di prevenzione. Meno frequentemente i germi, soprattutto enterobatteri, colonizzano il tratto genitale attraverso il sangue o, per contiguità, da strutture adiacenti come l'intestino retto. I sintomi sono caratterizzati da disturbi del basso tratto urinario, quali aumento della frequenza minzionale, sensazione di fastidio o bruciore durante la minzione, secrezione uretrale, dolore durante l'eiaculazione ed eiaculazione precoce, algie pelviche e scrotali. E', inoltre, documentata una associazione tra prostatite, dolore pelvico cronico, disfunzione erettile e riduzione dell'attività sessuale. A volte, però, si tratta di condizioni più subdole, il cui unico segno è uno spermioγραμμα alterato con incremento della concentrazione di leucociti, o una riduzione di numero è motilità degli spermatozoi. I meccanismi di difesa verso gli agenti patogeni innescano poi una cascata di eventi con formazione di radicali liberi dell'ossigeno responsabili di danno ossidativo alle membrane e al DNA degli spermatozoi. Esami microbiologici e di laboratorio (tampone uretrale, analisi del secreto prostatico ottenuto mediante massaggio della ghiandola), possono identificare l'agente causale e la sede dell'infezione. La spermiocoltura è esame meno specifico e deve rispettare adeguati criteri igienici di raccolta, mentre l'ecografia scrotale

e l'ecografia transrettale, alla ricerca di alterazioni morfologiche e strutturali di epididimi, prostata e vescicole seminali, offrono un ulteriore contributo alla diagnosi. Fortunatamente le infezioni seminali risultano una causa identificabile e curabile di infertilità maschile e la terapia antibiotica ha dimostrato essere efficace sui sintomi con eradicazione dei microrganismi e miglioramento del quadro seminale. In altri casi, le prostatiti croniche sono abatteriche e non è possibile identificare l'agente responsabile e la cura con antibiotici non sempre riesce a guarire. Da qui l'interesse, testimoniato dalle numerose pubblicazioni presenti in letteratura sull'argomento, per i potenziali benefici della fitoterapia e della nutraceutica, vale a dire per le proprietà curative di prodotti vegetali e integratori alimentari da affiancare, eventualmente, alla classica farmacopea. La **serenoa repens**, un estratto di palma utilizzata da almeno un trentennio nel trattamento delle patologie dell'apparato genito-urinario è usata da anni, in particolare, nell'ipertrofia prostatica lieve e moderata; numerose altre sostanze presentano potenzialità di impiego nelle infiammazioni dell'apparato genitale maschile: tra queste la **bromelina**, un enzima estratto dal frutto d'ananas, la **quercetina**, un flavonoide diffusissimo in un'ampia varietà di frutti

e piante e la **curcuma**, pianta erbacea simile allo zafferano originaria dell'India. Ciò che accomuna questi fitoterapici è la capacità di ridurre l'infiammazione cronica unitamente a proprietà anti-ossidanti. In uno studio recente pazienti con elevati valori del PSA e diagnosi istologica di prostatite trattati con serenoa repens, bromelina e quercetina hanno riportato una significativa riduzione del PSA a segnalare un effetto curativo sui meccanismi dell'infiammazione. Analogamente, anche la curcuma si è dimostrata efficace nel ridurre i valori del PSA e la concentrazione di alcune citochine, altro segnale di infiammazione, in pazienti affetti da prostatite cronica batterica, come pure la bromelina, insieme a **selenio** e **licopene**, è risultata efficace, come coadiuvante alla terapia antibiotica, nelle prostatiti croniche batteriche relativamente al miglioramento dei sintomi. In definitiva, se le infiammazioni genito-urinarie sono patologie con cause, espressione e conseguenze multiformi anche la terapia deve essere duttile e mirata individualmente.



**Cetraflox®**



di  
Dott. Massimo Polito  
Responsabile UroAndrologia  
Azienda Ospedali Riuniti di Ancona

## Una sola, ma si è maschi lo stesso

**I**l tumore al testicolo rappresenta purtroppo ad oggi la neoplasia più frequente nei giovani maschi. Se si prendono in considerazione i database degli Stati Uniti, che risultano i più aggiornati al mondo, per avere una stima del fenomeno, il cancro al testicolo colpisce circa 8000 giovani all'anno e di questi circa 400 muoiono a causa di questa malattia. Tuttavia tale patologia, tra le neoplasie, è una tra quelle con la mortalità più bassa, tant'è che circa **il 95 % dei pazienti che ne risulta affetto è ancora in vita ed in salute a 5 anni dalla sua scoperta**. Una considerazione importante è costituita dal fatto che le fasce d'età maggiormente colpite da questo tumore sono la terza e quarta decade di vita, anni in cui il maschio è ancora nel pieno della sua attività sessuale. Alla scoperta di avere un cancro al testicolo un uomo di 30-40 anni, comprensibilmente, attraverserà diverse fasi emotive: la prima sarà, inevitabilmente, quella dello sgomento, della paura e dell'incredulità. Le domande che molto spesso ci vengono poste, o che il paziente stesso si pone, sono: "Morirò per questo tumore?". "Sono sempre stato in ottima salute, perché proprio io?". "Potevo accorgermene prima e quindi migliorare le mie possibilità di sopravvivenza?". Per queste domande noi andrologi e tutta la comunità scientifica non abbiamo risposte certe, seppur poniamo l'attenzione da anni sull'importanza della diagnosi precoce e dell'autopalpazione, anche e soprattutto con il supporto della nostra Società Italiana di Andrologia, con i mezzi più vari, formali ed informali, che abbiamo a disposizione (congressi aperti al pubblico, e soprattutto ai giovani, incontri con gli alunni nelle scuole, riviste come queste in cui stiamo scrivendo). Superata questa fase emotiva, ne subentra

un'altra, quella legata alla virilità e alla sessualità. Nel momento in cui il paziente viene rassicurato sul fatto che, con molta probabilità, non morirà per questa neoplasia, la sua preoccupazione si sposterà su altri aspetti, spinto dal proprio retaggio culturale (specialmente quello italiano e latino in generale) e quindi sorgeranno in lui altre domande: "Una volta asportato il testicolo malato, diventerò infertile o ancor peggio impotente?" **"Come sarà la mia vita sessuale con un testicolo solo?"**. Il ruolo dell'andrologo sarà quello di rassicurare in maniera pronta e sicura, con l'empatia della quale tutti i professionisti di questo settore non possono essere sprovvisti. La perdita di un testicolo non può e non deve determinare alcun deficit sia dal punto di vista della fertilità che della potenza sessuale che estetico di un uomo. Per quanto riguarda il primo aspetto, ormai da anni si può ovviare al problema; prima che il paziente venga sottoposto all'intervento di asportazione del testicolo, mediante la crioconservazione del seme, ossia affidare un campione di sperma del maschio a istituti specializzati che lo possano congelare e preservare in vista di una futura e desiderata paternità. Per quanto concerne la potenza sessuale, l'andrologo deve rassicurare il paziente sul fatto che **si può avere una normale produzione di testosterone e, quindi, una normale salute sessuale**, anche con un solo testicolo, che riesce a compensare la ridotta produzione della gonade mancante, aumentando di dimensioni e facendo un lavoro doppio rispetto al normale (sempre a condizione che il testicolo superstite sia comunque in buona salute). Tuttavia, spesso, questo non basta, perché, purtroppo, subentrano altri aspetti emotivi, che, come dicevamo, sono extraorganici ed extrafunzionali: l'imbarazzo di vivere la propria sessualità con un solo testicolo, sia per l'inetismo che l'a-

simmetria di uno scroto per metà disabitato crea, sia perché l'uomo, dopo l'intervento di asportazione del testicolo, pur essendo messo di fronte al dato scritto e certo di livelli ematici di testosterone nei range della normalità, cioè normali livelli di quella che si può definire, attraverso una metafora, la benzina del maschio, non riesce a superare il trauma psicologico determinato da questa malattia. Ancora una volta l'andrologo gioca un ruolo strategico: grazie a protesi testicolari in silicone che si possono impiantare in sostituzione della gonade affetta da tumore, sia in occasione dell'intervento stesso di asportazione del testicolo malato, sia in una seconda procedura chirurgica differita, il paziente trova quasi sempre quella fiducia persa che lo accompagnerà nella sua vita sessuale. Un nostro recente studio eseguito nella nostra vasta casistica ha analizzato proprio quest'ultimo tema e i dati che ne abbiamo tratto sono stati molto interessanti: innanzitutto abbiamo confermato ciò che è stato scritto nella letteratura scientifica sulla sicurezza e la tollerabilità di queste protesi; infatti, **abbiamo registrato solo un 5% circa di complicanze legato all'impianto della protesi**, a fronte di una soddisfazione generale, legata all'impianto della protesi stessa, molto elevata, tanto che circa il 78% dei pazienti si riteneva soddisfatto della stessa. Cosa ancora più importante, la protesi testicolare non ha condizionato in negativo la sessualità dei pazienti, né per quanto riguarda la disfunzione erettile, né per quanto riguarda l'eiaculazione precoce, ossia le due problematiche andrologiche più frequenti nell'uomo. In conclusione, la neoplasia del testicolo e la sua conseguente perdita non può e non deve essere vissuta come una perdita di virilità, al contrario il paziente correttamente informato e seguito in questo difficile percorso può ritrovare una normale vita sessuale e sentirsi ancora Maschio.

di

Dott. Carlo Ceruti

Università di Torino - Azienda Ospedaliera  
Città della Salute e della Scienza di Torino



# Guarire dal tumore alla prostata, mantenere (o riconquistare) la virilità

Chi non conosce almeno un amico o un collega che abbia avuto diagnosi di tumore alla prostata? Oggi di tumore alla prostata si parla e si sente parlare quasi tutti i giorni; si sa che esistono cure efficaci, ma preoccupano molto gli effetti negativi, in particolare quelli a carico della virilità. Io Uomo proverà a fare chiarezza sull'argomento. Il tumore di prostata, più correttamente detto carcinoma prostatico, è la neoplasia più frequente tra la popolazione maschile italiana.

**Oggi la gran maggioranza dei casi può essere curata e guarita**, quindi è sempre più importante parlare di qualità di vita dopo il trattamento. Le basi per una buona qualità di vita si pongono già al momento della diagnosi: è questo il momento in cui valutare con lo specialista le varie possibilità di terapia e i possibili effetti indesiderati. In caso di tumore localizzato alla prostata, di norma la scelta si pone fra due trattamenti con intento radicale, l'asportazione chirurgica della prostata (con il "classico" taglio o con le nuove tecniche mini-invasive laparoscopiche/robotiche) oppure la sua "distruzione" mediante una radioterapia. Tutti i trattamenti per il carcinoma prostatico possono avere degli effetti negativi sulla potenza sessuale. Per quale motivo? Per rispondere bisogna ricordare che sui lati della prostata, a stretto contatto con essa, passano le fibre nervose che controllano l'erezione del pene; questa vicinanza è così stretta, e questi nervi così delicati, che purtroppo sia la radioterapia sia l'intervento chirurgico possono portare a un danno dei nervi, con una diminuzione anche importante della rigidità del pene.

Fortunatamente **in molti casi è possibile eseguire l'intervento chirurgico rispettando l'integrità dei "nervi dell'erezione"**: si tratta di separare delicatamente le strutture in modo da asportare la prostata lasciando integri i nervi. Queste tecniche di rispetto dei nervi, dette con termine inglese "nerve sparing", sono state sperimentate già con la chirurgia a cielo aperto, ma sono diventate oggi sempre più raffinate con l'avvento della tecnica robotica, che permette al chirurgo una visione tridimensionale e ingrandita e una precisione millimetrica di azione. E' però importante notare che le tecniche "nerve sparing" non sono applicabili in tutti i casi. In presenza di una neoplasia avanzata o aggressiva il tentativo di conservare i nervi potrebbe comportare un aumento del rischio di non asportare completamente il tumore; in questi casi sarà quindi più prudente procedere a una resezione più "larga". Inoltre bisogna ricordare che, anche mettendo in atto con la massima perizia le tecniche per risparmiare i nervi, la ripresa di erezioni non è garantita: i migliori risultati si ottengono quando è possibile risparmiare in maniera completa i nervi di entrambi i lati, quando il paziente è giovane e quando non siano presenti problemi di erezione già prima dell'intervento. Se è presente una disfunzione erettile è chiaro che bisogna attentamente considerare quanto effettivamente possa essere utile il tentativo di risparmio dei nervi. In ogni caso è necessario fare nel postoperatorio una "riabilitazione sessuale", cioè una sorta di programma di "allenamento" del pene. Come? Assumendo regolarmente per i primi mesi far-

maci orali che facilitano l'attività erettile (anche quella spontanea notturna) ed eventualmente facendo uso regolare sotto il controllo dell'équipe curante di soluzioni come il *vacuum device* o la *farmacoerezione intracavernosa*, che facilitano l'ossigenazione del tessuto erettile del pene attraverso l'arrivo di una maggior quantità di sangue, oltre ad avere un'azione meccanica di "stretching". Tutti questi trattamenti devono essere prescritti dall'andrologo, che si occuperà anche di insegnare al paziente come utilizzarli in modo sicuro. La ripresa di erezioni progressivamente più valide può richiedere anche un anno di tempo dal momento dell'intervento, quindi è innanzitutto necessario... avere pazienza!

## Le protesi peniene

Che fare nei pazienti in cui non sia stato possibile effettuare il risparmio dei nervi (per ragioni di sicurezza o perché soffrivano già prima dell'intervento di una disfunzione erettile), e in generale nei casi in cui le varie terapie di cui abbiamo parlato sia siano rivelate inefficaci o poco gradite? Anche per queste persone c'è ancora una valida soluzione: il posizionamento di una protesi peniena. Le protesi sono dispositivi che vengono inseriti chirurgicamente all'interno del pene e gli conferiscono una rigidità e una consistenza del tutto simile a quella di una erezione "naturale"; ve ne sono di diversi modelli, ma quelle più utilizzate sono quelle dotate di un sistema idraulico che, attraverso un attivatore nascosto all'interno dello scroto, riproducono in modo fedele le condizioni di flaccidi-

dità e di erezione. Tutti i componenti della protesi sono all'interno del corpo e perfettamente nascosti; al momento del rapporto si preme sull'attivatore attraverso la pelle dello scroto e il pene passa allo stato eretto. Ovviamente la protesi fornisce al pene solo la rigidità necessaria per la penetrazione: il desiderio, l'eccitazione e tutto quanto va a costituire il rapporto nella sua complessità sono indipendenti dall'attivazione della protesi e avvengono in modo "naturale". L'intervento di posizionamento della protesi peniena, in mano a chirurghi andrologi esperti, è poco invasivo, si fa in anestesia spinale e permette normalmente di essere dimessi il giorno successivo. **La protesi è il tipo di terapia per la disfunzione erettile che incontra la più alta percentuale di soddisfazione:** da una revisione della casistica del nostro centro, più di 8 pazienti su 10 si dichiarano pienamente soddisfatti e consiglierebbero senz'altro l'intervento ad un amico. In conclusione, oggi si può guarire dal carcinoma prostatico senza rinunciare a una attività sessuale soddisfacente: se è vero che le principali terapie possono ledere l'attività erettile, è anche vero che questi



effetti negativi possono essere limitati o comunque curati efficacemente. Ciò che è veramente importante è avere la possibilità di confrontarsi fin dall'inizio del percorso con il medico su ciò che è possibile realisticamente ottenere attraverso le varie strategie terapeutiche. In molti casi nell'équipe urologica è presente anche un andrologo che può fornire l'appoggio necessario in tema di medicina sessuale, in altri casi è

lo stesso chirurgo urologo ad avere anche competenze andrologiche: sfruttiamo queste possibilità, perché mantenere una buona qualità di vita è importante quanto guarire dalla neoplasia, e l'attenzione che si dedica alla qualità di vita non va mai a discapito della guarigione. Ancora una volta, anche nei momenti più difficili, l'andrologo è al fianco dell'uomo.

## Io Uomo

...ADULTO

di

**Prof. Ciro Basile Fasolo**

Ambulatorio di Sessuologia  
U.O. Medicina Interna I Universitaria.  
Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana



# Esiste la pillola della felicità sessuale?

**L**a risposta dipende da che cosa intendiamo per felicità sessuale. La prima cosa da chiarire è che esiste una profonda differenza tra felicità nel sesso e felicità nella sessualità. La sessualità è un aspetto fondante, costituente della persona e si basa sia su componenti biologiche (strutture corporee, ormoni, etc.), sia su componenti psicologiche (educazione, credenze ed atteggiamenti, valori, esperienze pregresse, desideri ed investimenti per il futuro), che sociali (risorse economiche, ambiente di lavoro e di vita, credenze, organizzazione sociale, religione prevalente, etc.). Fare sesso e vivere

la sessualità sono due cose diverse e non sempre vanno d'accordo. Il primo (fare sesso) si basa su una spinta biologica, aspetto comune alle specie animali, mentre vivere la propria sessualità vuol dire sviluppare un buon accordo con sé stessi (conoscersi, avere una buona immagine di sé etc.) e con gli altri e con l'Altro, ovvero il partner con cui ci rapportiamo. Possiamo dire che la felicità sessuale non è nel sesso, ma nella relazione; la felicità sessuale include il sesso, ma non si limita all'attività sessuale; la felicità sessuale non vuol dire soddisfare ogni impulso sessuale, ma cercare di riempire e soddisfare una relazione tra per-

sona; la felicità sessuale non è una esperienza "meccanica", ma emozionale e relazionale, non solo una condivisione di corpi, ma di persone intere; la felicità sessuale non è superficiale, ma profonda e creativa, perché investe l'essere umano nella sua totalità.

Per tutto questo, possiamo rispondere che la pillola della felicità non esiste come sostanza chimica, ma come arte di costruire sé stessi e la relazione con l'Altro. E, quando una relazione è ben costruita, ma il corpo ha bisogno di un aiuto per qualsivoglia malattia o accidente, beh.. allora ci sono le pillole di vario colore...ma questa è tutta un'altra storia...

di  
Dott. **Giorgio Piubello**  
Specialista in Andrologia



# Io leggo un pò di... Storia... **PARTE II: India**

**P**iù avanti nei secoli, e precisamente con le dinastie SUNG, i cinesi vennero attratti dalle proporzioni dei piedi femminili. Secondo la tradizione fu Li Yu (937-978 d.c.) ad introdurre la consuetudine per le donne di fasciarsi i piedi; è però difficile determinare per quale motivo i **piedi femminili** abbiano avuto una parte così importante nella vita sessuale dei cinesi dal giorno in cui si cominciò a fasciarli. Si iniziò con il considerare i piedi esageratamente piccoli ed appuntiti voce indispensabile nell'elenco degli attributi che una bella donna doveva possedere. Si finì con il considerare i piedi minuscoli la parte più intima del corpo della donna, il simbolo stesso della femminilità, il centro più irresistibile del fascino sessuale ed il toccarli diventò il preliminare tradizionale al rapporto sessuale.

L'India era sede di un'antica civiltà detta della Valle dell'Indo, poi cancellata dalle invasioni degli Aarii. Da quella antica civiltà pare emergere per quanto ci concerne un antichissimo rito di adozione fallica poi ripreso e allargato dalla religione indù. Anche alla base della sessualità indiana più antica stava l'enorme potere che veniva attribuito al **seme conservato**: la persona che non perde il proprio seme, che si riteneva trovarsi in un organo speciale nel cranio, potrà acquisire poteri straordinari. La religione indù abbraccia sia ascetismo che desiderio: due forme di energia contrapposte che questa religione considera intercambiabili. Shiva, una delle principali divinità indù, è un asceta rappresentato come fallo ed il fallo di Shiva è in perenne erezione perché con la pratica ascetica il dio conserva tutto il suo seme. In quanto simbolo della creazione macroscopica, le scritture indù considerano l'atto sessuale con timore reverenziale e pertanto sia il membro maschile (linga o lingam) sia la vulva (yoni) erano oggetto di venerazione. La cultura induista è fondata

su un principio gerarchico di contrapposizione fra puro e impuro ed in quest'ottica lo sperma eiaculato durante il rapporto sessuale contamina sia l'uomo sia la donna, ma in misura maggiore quest'ultima. Infatti la contaminazione maschile è puramente esterna e l'uomo può lavarsi, mentre quella femminile, essendo interna, non può essere lavata. Socialmente questo si traduce nella possibilità da parte di un uomo di casta superiore di poter avere rapporti sessuali con donne di casta inferiore, mentre per una donna di casta superiore è reato avere un rapporto con un uomo di casta inferiore perché ella non è in grado di eliminare la contaminazione.

Nel 500 a.C. viene collocata la nascita di Gotama detto il **Buddha**, principe indiano che dopo aver provato tutti i piaceri carnali, ivi compresi con abbondanza quelli sessuali, disilluso, intraprende un'impervia e solitaria via di ricerca per ottenere l'illuminazione mediante la quale spezzare il cerchio di sofferenza della vita dell'uomo. Ottenuata il Buddha inizia una predicazione che toccherà ed influenzerà tutti i paesi asiatici. Secondo il buddismo classico "puritano", l'unico modo per ottenere una durevole pacificazione mentale era l'**abbandono di ogni passione**, la ricerca del non attaccamento e quindi l'eliminazione del desiderio sessuale che più di qualunque altra cosa ci lega sempre più strettamente alla ruota della vita. I testi buddisti "puritani" denigrano le donne come l'incarnazione della depravazione, e auspicano il celibato come l'optimum delle scelte di vita.

Accanto alla presenza nel buddismo di un pronunciato elemento puritano era comunque contemplata la possibilità di una vita illuminata anche nel contesto di una normale esistenza, comprendente la sfera sessuale. Ebbero così origine alcune variazioni del buddismo, probabilmente correlate con il contratto culturale con il taoismo cinese, e

in particolare il buddismo tantrico.

L'origine del tantrismo non è nota, imperniandosi sui mantra (formule magiche ed incantesimi) e su numerosi elementi indù e buddisti frammisti a elementi di culti locali non ariani. Il tantrismo, in qualunque veste, si basa su questi principi: affermazione della vita, valore del mondo fenomenico, purezza dello stato naturale, corpo come microcosmo dell'universo, necessità di comprendere la verità di questa esistenza. Uno dei fattori principali per comprendere l'essenza di questa esistenza è il sesso che, se represso, asseriscono i seguaci del tantra, inaridisce e rende nervosi, coatti e nevrotici. L'innegabile beatitudine che si prova nell'orgasmo può essere un'esperienza religiosa di altissimo livello, tanto che **l'unione sessuale diviene il supremo simbolo tantrico** della grande beatitudine della liberazione. Nel tantrismo l'atto sessuale è neutro: se lo si compie animalescamente o con intenzioni malvagie, le ripercussioni sono gravissime, ma se ci si comporta da "illuminati", la liberazione è vicina. In genere il rapporto sessuale viene guastato dagli appetiti animaleschi e dalla ricerca di sollievo superficiale. L'unione sessuale permette la suprema beatitudine raggiungibile attraverso un processo meditativo basato sul coitus reservatus. Consapevoli della presenza nell'uomo di un elemento femminile e nella donna di un elemento maschile i seguaci del tantrismo miravano a rompere questo dualismo: nell'amplesso il praticante si concentra sulla "mente-bodhi" (che risiede in forma germinale nel centro nervoso intorno all'ombelico). L'energia femminile che l'uomo trae dalla donna stimola la mente-bodhi e si mescola con lo sperma attivato, ma non versato, per formare un'essenza nuova e potente che si chiama "bindu" risale il corpo fino alla testa ove si realizza lo stato di eterna beatitudine chiamato nirvana. Da quanto detto si evince chiaramente il ruolo importante della donna nel buddismo tantrico (come lo era per il taoismo cinese). Essa era infatti considerata pari e persino superiore all'uomo.

➤ (continua nel prossimo numero)



# Prendersi cura della salute dell'uomo



*Nutraceutici e dispositivi medici*

# Prodigiosa Nutraceutica



[www.cetraitalia.com](http://www.cetraitalia.com)



[info@cetraitalia.com](mailto:info@cetraitalia.com)



Cetra Italia srl