

ioUomo

A cura della Società Italiana di Andrologia

www.andrologiaitaliana.it

Anno III - n. 1 Giugno 2009



Giovane sì, ma molto autorevole

di **Lodovico Vaggi***

La Società Italiana di Andrologia ha 33 anni: è quindi abbastanza "giovane", eppure ha già acquisito grande autorevolezza, collocandosi ai vertici scientifico-professionali nel suo campo. Nel corso di questi anni, infatti, grazie anche all'attività di prestigiosi Presidenti e Consigli Direttivi, il carattere della SIA si è fortemente consolidato, sviluppando una visione globale della materia: scientifica, professionale e formativa, medica e chirurgica. Ciò le ha permesso di non limitare, come succede in altre discipline, il suo campo d'azione e di interesse e di non "tagliare a metà" la materia. Uno degli aspetti più affascinanti dell'Andrologia, infatti, è proprio quello di rappresentare equamente, come soltanto poche altre branche specialistiche della Medicina sanno fare, la Patologia Medica e quella Chirurgica. Nel corso degli anni, la SIA, ha deciso di conservare questo carattere peculiare di apertura e multidisciplinarietà.

(segue a pagina 3)

ioUomo corre sul web



VINCENZO GENTILE

Presidente della Società Italiana di Andrologia

Per il terzo anno consecutivo la Società Italiana di Andrologia rinnova l'appuntamento con i propri lettori, pubblicando un numero speciale della rivista ioUomo.

In un momento in cui la tecnologia è quanto mai importante, ioUomo non vuole essere da meno e punta, a partire da oggi, al potenziamento della versione web per proporsi in una variante più moderna e facilmente fruibile. Stessa veste, stessa attenzione ai problemi dell'uomo, stessa cura e chiarezza nei contenuti, ma una più alta valorizzazione dell'aspetto on line, per raggiungere un maggior numero di potenziali lettori, e sempre più in fretta. La pubblicazione della rivista sul sito verrà da oggi annunciata anche tramite una newsletter che raggiungerà non solo le farmacie, come finora è stato, ma anche istituzioni, associazioni e categorie

professionali che possano contribuire alla sua conoscenza e diffusione ad un pubblico sempre più vasto.

In questo numero abbiamo voluto raccogliere gli argomenti che più hanno sollevato, nel tempo, l'interesse di chi ci ha sfogliato: da temi importanti e controversi come le recenti tecnologie in materia di fertilità o il rapporto fra sportivi e attività sessuale, fino a quelli più specifici, ma forse troppo taciuti, come la caduta dei capelli nell'uomo, spesso in età ancora giovane, o le conseguenze del fumo di sigaretta sull'attività sessuale maschile.

Informazione e prevenzione sono, del resto, gli obiettivi essenziali della SIA, perseguiti tramite la pubblicazione di ioUomo, ma anche attraverso numerose iniziative sul territorio e su Internet. Tra queste la SIA si è distinta per due grandi campagne che ogni anno impegnano i suoi andrologi in un confronto diretto e gratuito con la popolazione maschile. Si tratta della Settimana di Prevenzione Andrologica e della campagna Amare senza Pensieri, che sono ormai diventate appuntamenti fissi e ampiamente riconosciuti tanto in ambito medico quanto fra i pazienti.

Durante la Settimana di Prevenzione Andrologica, che di norma si ripropone nel mese di marzo a ridosso della festa del papà, la SIA mette a disposizione i propri specialisti offrendo visite

andrologiche gratuite in tutta Italia.

L'importanza di questa iniziativa è quanto mai evidente considerando che molti uomini sono purtroppo restii ad andare dal medico, anche, e soprattutto, in presenza di problemi che riguardano la sfera sessuale.

L'obiettivo di sradicare questa cultura diffusa è anche proprio della campagna Amare Senza Pensieri. L'iniziativa apre una finestra di dialogo con gli andrologi SIA attraverso un numero verde, al quale si può parlare con un andrologo in modo assolutamente gratuito e anonimo.

Negli stessi giorni, sul portale della SIA, sono disponibili approfondimenti e informazioni pratiche relative ai più comuni problemi andrologici, con particolare attenzione alla disfunzione erettile. Sul sito è anche possibile cercare l'andrologo più vicino a casa propria e usufruire di una consulenza medica online, sempre nell'assoluto rispetto dell'anonimato.

Entrambe le iniziative hanno riscontrato nel tempo un crescente successo, facendo emergere una sempre più vasta popolazione maschile "sommersa". Ciò è potuto accadere grazie anche alla diffusione di ioUomo e al suo sforzo di suscitare curiosità e interesse in un pubblico vasto e differenziato: un impegno che continua, cresce e si rinnova cercando tutti i canali possibili.

4



Infertilità maschile I NUOVI MIRACOLI DELLA RICERCA

La procreazione medicalmente assistita ha visto negli ultimi anni uno straordinario sviluppo, con risultati prima impensabili.

13



Sesso e sigaretta IL FUMO UCCIDE ANCHE L'AMORE

Provocando patologie cardiovascolari, la nicotina può compromettere anche le funzioni sessuali. Un altro motivo per smettere.

ANDROSYSTEMS
 leader nella progettazione e costruzione di device
 per la diagnostica e cura della disfunzione erettile



ANDROSYSTEMS Srl - Viale Liegi, 12 - 00198 ROMA
 tel. 06 8840699 - fax 06 8842286 - mail androsystems@alice.it

(segue da pagina 1)

>> Quelle che potremmo chiamare "anime storiche" della Società Italiana di Andrologia sono l'urologia e l'endocrinologia, cioè lo studio dell'apparato genito-urinario e quello delle ghiandole ormonali. Tuttavia, nel tempo, la SIA è diventata il punto di riferimento di tante altre componenti scientifiche, da quella psico-sessuologica a quella laboratoristica, dalla ricerca di base a quella microchirurgica, pediatrica, di diagnostica per immagini, che costituiscono ormai un concreto supporto nella pratica specialistica quotidiana.

Inoltre, la nostra Società ha un notevole ruolo di formazione e di informazione: congressi, convegni e corsi, un'ampia e diversificata attività editoriale, Master, sezioni macroregionali, iniziative di prevenzione e di servizio al cittadino su larga scala: tutte insieme queste proposte contribuiscono a fare della SIA una delle associazioni mediche più vive e attive e a consolidarne l'immagine a livello nazionale e internazionale. Infine, un progressivo cambio generazionale, fortemente voluto negli ultimi anni e tuttora in fase di attuazione, è volto a garantire alla SIA una lunga e operosa esistenza.

Un salto di qualità

Ma chi sono gli Andrologi? Se li intendiamo come medici specializzati in



Da sempre in Italia il **ginecologo** è attivo nella **prevenzione e cura** dei problemi femminili, ma non è altrettanto facile, per il **maschio**, trovare un **punto di riferimento**

proprio di testosterone e altri androgeni anabolizzanti;
- l'errato utilizzo dei farmaci che favoriscono l'erezione, lì dove non esista un'indicazione medica (un fenomeno molto diffuso che viene definito *andro-doping*).
- la cura dell'uomo attraverso l'attività fisica, la dieta, l'attività sessuale, l'impegno intellettuale, anche (e soprattutto) in età avanzata.

Per tutta la vita

Si può quindi affermare, ripescando lo slogan di una nostra passata campagna mediatica, che l'Andrologo è "il miglior amico dell'uomo" in tutte le fasi dell'esistenza. Particolare importanza assume lo studio dell'uomo che invecchia (*Aging Male*), argomento di grande attualità in una società sempre più "anziana", che ha suscitato molto interesse a livello internazionale e portato alla creazione di società scientifico-professionali dedicate.

L'Andrologo è anche un indispensabile interlocutore delle Istituzioni: dalle ASL agli Assessorati regionali, dalle Università alle scuole, dalle Federazioni sportive alle Forze Armate. Lo sforzo è quello di colmare un vuoto ancora oggi esistente in molte parti d'Italia, dove da sempre il Ginecologo è attivo nella prevenzione e nella cura dei problemi femminili, ma non è altrettanto facile, per il maschio, trovare un Andrologo qualificato. Di grande importanza è la collaborazione con la scuola e con il mondo dello sport: la possibilità di effettuare visite di prevenzione durante la pubertà e l'adolescenza, infatti, permette di diagnosticare malattie e malformazioni che, se trascurate, possono rappresentare un problema reale nell'età adulta, ma, se prese in tempo, sono più facilmente curabili.

La Società Italiana di Andrologia e i suoi Andrologi vogliono quindi porsi all'attenzione dei cittadini e sensibilizzarli alla salute: la rinnovata veste di "Io Uomo" nasce proprio con questi obiettivi.

Giovane sì, ma molto autorevole

Andrologia, in Italia non ne restano che poche centinaia, dopo la chiusura delle gloriose Scuole di Pisa e de L'Aquila. Tuttavia, se consideriamo Andrologi anche gli specialisti in Urologia o in Endocrinologia con particolari competenze e ampia esperienza in Andrologia, il numero aumenta di molto.

La moderna Andrologia nasce poco più di quarant'anni fa e si concentra sullo studio dei testicoli sotto il profilo morfologico, macroscopico e soprattutto funzionale: inizialmente e per molto tempo, gli Andrologi si occupano principalmente di fertilità e di po-

di **Lodovico Vaggi**

*Specialista in Urologia e Andrologia. Direttore UO Casa di Cura Villa Letizia L'Aquila. Professore a contratto Università di Tor Vergata a Roma.

tenza sessuale. Solo in un secondo momento l'interesse scientifico e professionale si amplia, fino ad arrivare, negli ultimi anni, ad occuparsi della salute del maschio a 360°, a partire dalla nascita fino alla terza età. Oggi gli Andrologi sono riferimenti importanti anche per malformazioni congenite, malattie genetiche, infezioni sessualmente trasmesse, neoplasie dell'apparato genitale maschile, ipogonadismi, problematiche legate alla pubertà e all'adolescenza, disturbi e carenze del maschio che invecchia, ginecomastia, doping e "andro-doping". Il panorama è quindi ben più

ampio rispetto agli "albori" della disciplina e si può dire che l'Andrologo stia facendo un bel salto di qualità. Oltre alla fertilità di coppia e alla potenza sessuale in tutti i suoi aspetti (erezione, desiderio, eiaculazione) i grandi campi di interesse dell'Andrologia sono:

- la prevenzione e la cura precoce di tutte le malattie e le malformazioni che possono portare a problemi della sfera sessuale;
- lo stile di vita inteso come fattori di rischio (obesità, diabete, ipertensione, iperlipidemia, vita sedentaria);
- i rischi del doping e dell'uso im-

ioUomo
Rivista di informazione,
educazione e prevenzione
andrologica

Registrazione n. 149/07
del 17 aprile 2007
presso il Tribunale di Roma

Editore: SIA Servizi Srl
Via L. Bellotti Bon, 10 - 00197 Roma
Tel/Fax 06 80691301
www.andrologiaitaliana.it
iouomo@andrologiaitaliana.it
Direttore Responsabile:
Vincenzo Gentile
Delegato SIA alla Comunicazione:
Ciro Basile Fasolo

Direzione Scientifica:
Ciro Basile Fasolo,
Lodovico Vaggi, Angela Vita,
Nicola Mondaini,
Matteo Marzotto Caotorta
Segreteria SIA:
Valentina Salvo, Ilaria Del Do,
Emma Milani, Valentina Pisacane

Coordinamento Editoriale:
Publicis Consultant
Coordinamento Redazionale:
Pier Michele Girola
In redazione:
Caterina Allegro
Progetto grafico e impaginazione:
Elena Gulminelli

Si dice che la fertilità sia un dono divino: ci permette di vivere nei nostri figli e di sfidare la morte. La storia è piena di mogli ripudiate perché incapaci di dare un figlio al marito, di re che, per continuare la propria stirpe, convolarono a nuove nozze e di popolazioni distrutte da guerre sanguinose per la mancanza di un erede. Anche ai nostri giorni la sterilità è considerata una maledizione presso alcune società, tanto da spingere il marito a ripudiare, legalmente, la propria consorte. Perché la "colpa" della mancata gravidanza veniva e viene quasi sempre attribuita alla donna. Ovviamente questa convinzione è del tutto infondata: i partner si dividono equamente la "responsabilità" del mancato concepimento. Anche nei Paesi evoluti, dove ben si conosce la problematica, capita non di rado che una donna venga sottoposta a una lunga serie di inutili indagini, prima che il medico decida di prescrivere un semplice esame dello sperma, evidenziando un problema solo maschile.

Definizione del problema

La definizione più accettata descrive l'infertilità come l'assenza di conce-



I nuovi miracoli in materia di fertilità

Quando **il bambino non arriva** le cause possono essere molteplici e spesso riguardano un problema **maschile**. Ma la medicina offre una speranza anche **nei casi più difficili**

pimento dopo un anno di rapporti non protetti, durante la fase fertile del ciclo mestruale. Si tratta di una definizione di massima, che comprende situazioni anche molto differenti che vanno dalla sterilità totale al semplice ritardo nel concepire.

Inoltre, la fertilità ha caratteristiche diverse nei due sessi. Nella donna diminuisce col crescere degli anni, fino a cessare completamente quando inizia la menopausa. Nel maschio non esiste una vera e propria "andropausa", ma piuttosto un progressivo calo quantitativo e qualitativo delle normali caratteristiche dello sperma. Ciò si traduce per il maschio nella teoria, e a volte pratica, capacità di fecondare anche in età avanzata.

Le statistiche dicono che per una coppia la probabilità di concepire durante il primo anno è altissima: circa il 90%. Per il restante 10% è molto probabile che esista qualche problema di fertilità. Questo problema può essere dovuto a una patologia maschile o femminile (egualmente suddivisa per circa il 30% dei casi per ognuno dei sessi), oppure di en-

di **Marcello Soli**
Direttore SSD
Andrologia
Azienda
Ospedaliera
Università di
Bologna
Sant'Orsola
Malpighi

trambi i partner, nella cosiddetta infertilità di coppia, per la restante percentuale.

Limitandosi a considerare le cause dell'infertilità maschile, l'andrologo prende in considerazione diversi parametri per giudicare l'"efficacia" del liquido seminale. I più importanti riguardano una diminuzione del numero degli spermatozoi presenti nell'eiaculato (OLIGOZOOSPERMIA),

della loro mobilità (ASTENOZOOSPERMIA) e del loro aspetto e vitalità (TERATOZOOSPERMIA). Man mano che le caratteristiche dello spermogramma si allontanano dai parametri di normalità, il grado di fertilità del maschio diminuisce.

La situazione più grave è l'assenza completa di spermatozoi (AZOOSPERMIA). Ma niente paura! Anche in questo caso estremo, le attuali

capacità chirurgiche danno possibilità sostanziali di risolvere il problema, con tecniche di ripristino delle vie spermatiche interrotte o con prelievo diretto di spermatozoi dal testicolo.

Uno sviluppo straordinario

Le tecniche di fecondazione artificiale, meglio definite come PMA (Procreazione Medicalmente Assistita), hanno visto uno straordinario sviluppo e permesso successi impensabili. Oggi basta avere a disposizione un solo spermatozoo e un solo ovulo femminile per avere possibilità concrete di ottenere un embrione, una gravidanza, un bambino. L'assenza di spermatozoi nell'eiaculato è una situazione di particolare gravità, che ha sempre significato la condanna del maschio alla sterilità.

I progressi scientifici degli ultimi decenni hanno ribaltato questa grave limitazione. Oggi, anche i maschi azoospermici, cioè senza alcuno spermatozoo nell'eiaculato, hanno ottime possibilità di diventare genitori, grazie a queste nuove tecniche di ricerca degli spermatozoi direttamente nei testicoli.

Esistono diverse possibilità: dalla semplice aspirazione del tessuto testicolare tramite un ago infisso dall'esterno (Testicular sperm aspiration: TESA), alle biopsie multiple chirurgiche (Testicular sperm extraction TESE), alla Microtese (TESE effettuata col microscopio operatore). Gli spermatozoi che vengono trovati sono congelati e utilizzati in un secondo tempo per fecondare in vitro l'ovocita della partner.

Il ricorso alla PMA è ovviamente riservato a quei casi in cui la terapia per migliorare o normalizzare le carat-



teristiche dello sperma non abbia avuto successo, o la situazione patologica sia tale da non permettere alcun tipo di cura medica.

Nonostante questi straordinari successi, bisogna ammettere che in ben 3 casi su 4 non si riesce a capire la patologia che determina l'alterazione dello sperma, a fare cioè una diagnosi.

La ricerca, tuttavia, permette di illuminare giorno per giorno questa zona oscura.

Cause e soluzioni possibili

In quel 25% di cause conosciute rientrano gli errori genetici, come la sindrome di Klinefelter, le perdite di geni nel cromosoma Y (che è caratteristico del maschio), le alterazioni ormonali, le infiammazioni dell'apparato riproduttivo (esempio comune le famigerate prostatiti) e le patologie autoimmunitarie.

Il patrimonio genetico del maschio contiene le istruzioni per produrre

Oggi basta disporre di uno spermatozoo e un ovulo per ottenere un embrione

spermatozoi. Analogamente a quello che avviene in una fabbrica, quando il programma delle macchine (i testicoli) è mancante o incompleto, il prodotto finale (gli spermatozoi) non viene raggiunto o ha difetti tali da non essere in grado di svolgere il suo compito (fecondare l'uovo femminile). Purtroppo non abbiamo ancora scoperto come correggere questi errori genetici. Tuttavia, anche in casi così difficili, c'è la possibilità di trovare, con un intervento chirurgico, i sole di testicolo indenni dal difetto genetico, in grado di produrre spermatozoi sani utilizzabili per la fecondazione in vitro.

La produzione di spermatozoi è controllata da vari ormoni, il più importante dei quali è quello follicolo-stimolante, o FSH, prodotto dall'ipofisi. Quando la concentrazione di FSH nel sangue è insufficiente, si ha una riduzione parziale o totale della produzione di spermatozoi. Questa situazione viene facilmente corretta iniettando FSH, ottenuto farmacologicamente.

Un caso particolare è quello del varicocele, condizione in cui le vene che drenano il sangue dal testicolo sono dilatate. Benché esistano pareri discordi, gli andrologi danno grande importanza al varicocele come causa di diminuita fertilità. In effetti, numerosi lavori scientifici dimostrano un miglioramento o una normalizzazione dei caratteri dello sperma dopo la correzione del varicocele.

Da questa veloce panoramica risulta chiaro che l'andrologo possiede molte armi terapeutiche per trattare con successo l'infertilità maschile, donando il sorriso di un bambino a molte coppie sfortunate.

Integratori contro i “ROS”

Stress, smog e alimentazione scorretta aumentano i radicali liberi, ma esistono sostanze antiossidanti in grado di rimuoverli

di **Massimo Polito e Gianluca d'Anzeo**

Clinica Urologica – Università Politecnica delle Marche – Ancona

Uno stile di vita scorretto è deleterio per molte funzioni biologiche dell'uomo, non ultima la sua fertilità. In questa situazione, un grande pericolo è rappresentato dal cosiddetto stress ossidativo, dovuto a un eccesso di radicali liberi o ROS (Reactive Oxygen Species). I ROS sono molecole che provengono dal normale metabolismo cellulare dell'ossigeno e che vengono neutralizzate da alcuni enzimi appositi. Se i ROS sono in eccesso gli enzimi non riescono a bloccare l'azione, con conseguenti danni alla struttura dello spermatozoo.

Lo stress ossidativo può essere interpretato, insomma, come uno squilibrio tra l'eccesso di “scorie” del nostro metabolismo e i sistemi “spazzino” che proteggono l'organismo. Tale squilibrio può verificarsi in molte situazioni legate all'ambiente o alle abitudini di vita (stress psico-fisico, inquinamento, fumo di tabacco, regime alimentare non bilanciato, abuso di alcool),

Lo stress ossidativo può essere interpretato come un eccesso di scorie del metabolismo che gli appositi enzimi non riescono a neutralizzare

oppure a patologie come le infezioni e il diabete. Lo stress ossidativo è alla base di numerosi processi, primo tra tutti l'invecchiamento, e, nel maschio, può alterare sia i meccanismi che portano alla maturazione degli spermatozoi sia la loro funzionalità; spesso, inoltre, gli spermatozoi possono andare incontro a “morte prematura”. Come si può combattere questo processo? In primo luogo con uno stile di vita sano, ma a volte neppure questo basta... In natura sono presenti numerose sostanze antiossidanti in grado di rimuovere i radicali liberi dell'ossigeno. Tracce di queste sostanze (le vitamine dei gruppi A, B, C, E, il Coenzima Q10, le Carnitine, il Selenio) sono rinvenibili negli alimenti; anche alcune sostanze vegetali possiedono utili proprietà sull'omeostasi del sistema riproduttivo. Se necessario, dunque, l'Andrologo può prescrivere appositi preparati che contengono alte concentrazioni di queste benefiche molecole.

Un esame sempre più preciso

Lo spermioγραμμα è l'esame del liquido seminale: rileva il numero e la vitalità degli spermatozoi, oltre che la loro morfologia

di **Silvia Voliani**

Laboratorio Andrologico Università - Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Lo spermioγραμμα è l'esame di base per il maschio con problemi di infertilità; ottimo strumento di prevenzione (evidenzia piccole alterazioni che, se trascurate, possono causare nel tempo problemi più seri), è indispensabile anche per decidere la diagnosi e la terapia.

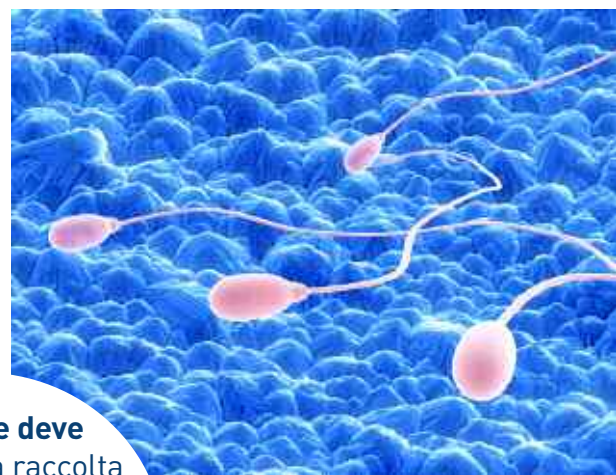
Per molto tempo lo spermioγραμμα ha considerato solo il numero degli spermatozoi nell'eiaculato e la loro motilità. Oggi è in grado di fornire molte più informazioni: prevede un accurato esame microscopico, colorazioni specifiche per evidenziare in maniera idonea la morfologia e la vitalità spermatozoaria e colorazioni per le cellule spermatogenetiche e per i leucociti.

Il liquido seminale risente sensibilmente di qualsiasi stato patologico che colpisce l'individuo: può variare a seguito di una comune influenza o dopo una terapia farmacologica perché uno spermatozoo impiega circa 70 giorni per formarsi ed altri 10-15 per maturare. Alla luce di questo, la valutazione deve avvenire sulla base di almeno due controlli seminali.

Il paziente deve effettuare la raccolta del campione seminale dopo un'astinenza sessuale non inferiore a due giorni e non superiore a sette e raccogliere tutto l'eiaculato in quanto le secrezioni delle varie ghiandole non vengono miscelate omogeneamente nelle vie genitali.

L'analisi seminale prevede un'osservazione macroscopica e una microscopica. La prima comporta

Il paziente deve effettuare la raccolta del campione seminale dopo un'astinenza sessuale non inferiore a due giorni e non superiore a sette



l'acquisizione di dati riguardanti la liquefazione, il volume eiaculato, la viscosità, il pH.

Altri elementi che devono essere annotati sono gli eritrociti, il materiale lipidico (indice di disfunzione prostatica) e i cristalli (segnali di disordini delle ghiandole accessorie), i batteri ed i protozoi (associati ad una probabile infezione).

Anche lo studio della forma degli spermatozoi può essere di aiuto per indirizzare la diagnosi clinica: in caso di una disfunzione testicolare, per esempio, si ha un aumento di spermatozoi allungati e con anomalie della testa; se la disfunzione è a livello epididimario, invece, la prevalenza sarà di forme immature.

PROXANA[®] sigma-tau

INTEGRATORE ALIMENTARE
a base di Licopene,
Epigallocatechin gallato,
Acido ellagico, Selenio
e Zinco



EZEREX[™]

INTEGRATORE ALIMENTARE
a base di L-arginina, di Propionil-
L-carnitina
e di Vitamina B₃

PROXEED NF

INTEGRATORE ALIMENTARE
a base di L-carnitina, Acetil-
L-carnitina, Fruttosio, Acido
citrico, Coenzima Q₁₀, Vita-
mine ed Antiossidanti



È il più diffuso tra gli uomini dai 15 ai 35 anni e i casi aumentano di giorno in giorno. Ma con la giusta attenzione e grazie alla **moderna chirurgia** si può guarire.

Parola del ciclista
Lance Armstrong

Il tumore del testicolo, il più diffuso cancro maschile dai 15 ai 35 anni, è curabile, anche in fase avanzata. Oltre ai medici, a sostenerlo è uno sportivo: Lance Armstrong, ciclista americano professionista, nel 1996 si è accorto di avere un tumore al testicolo con metastasi al cervello e ai polmoni. Due interventi chirurgici e cinque cicli di chemioterapia gli hanno consentito di diventare un campione del ciclismo internazionale, vincendo nel '99 il Tour de France. Il campione ha reso pubblica la propria esperienza in occasione del congresso internazionale degli oncologi, a New Orleans. Armstrong ha lanciato alcune iniziative per la campagna di prevenzione, invitando principalmente i giovani all'autopalpazione dei testicoli e a "parlarne senza alcun timore perché la battaglia contro questo male, anche in fase avanzata, può essere vinta". Il tumore del testicolo non è frequente come quello al seno, ma in Italia colpisce 5 maschi ogni 100.000 abitanti.

Cancro al testicolo: un male curabile



di **Giorgio Carmignani**
Direttore
Clinica
Urologica
dell'Università
di Genova

L'incidenza sembra in aumento. Secondo l'Istituto britannico per la Ricerca sul Cancro, negli ultimi vent'anni in Inghilterra e Galles questi tipi di tumore sono cresciuti del 70%. Significa che un uomo ogni 500 sviluppa la malattia. Anche se le cause certe di quest'incremento rimangono sconosciute, si ipotizza un ruolo importante degli ormoni femminili (estrogeni) contenuti principalmente nella carne e di altri elementi tossici presenti nell'ambiente. Altri fattori di rischio sono legati all'età, con tre picchi significativi: il primo in età infantile, il secondo tra 15 e 35 anni e il terzo oltre i 50 anni. Non vi è una

predilezione di lato; i tumori bilaterali hanno un'incidenza attorno al 2%. Altri fattori preoccupanti sono l'atrofia testicolare (volume estremamente ridotto) e il criptorchidismo (un testicolo che alla nascita non sia ancora disceso nella sua sede normale). Il rischio di sviluppare un tumore nel testicolo criptorchide è di 10-20 volte superiore al normale. I sintomi possono iniziare con un'infiammazione (orchite e/o epididimite), idrocele o dolore. Ogni tumefazione del testicolo che nel giro di pochi giorni non regredisca con cure mediche, deve essere quindi considerata sospetta e suggerire un'ecografia scrotale e un dosaggio dei markers tumorali. Una volta accertata la presenza di un tumore, purtroppo, l'aspor-

tazione del testicolo è sempre indicata, indipendentemente dallo stadio di malattia, essendo indispensabile per fare una diagnosi precisa. Infatti l'esame istologico guiderà la successiva fase di terapia: radioterapia per i tumori seminomatosi, o asportazione di linfonodi paraortici e paracavali (linfadenectomia retroperitoneale), associati a cicli di chemioterapia per tumori non seminomatosi. Dagli anni '80-'90, grazie all'introduzione di nuovi chemioterapici, circa il 95% di uomini con cancro diffuso del testicolo può essere guarito. La complicanza più temibile delle terapie è rappresentata dall'infertilità, ma anche questa, con l'ausilio di tecniche di fecondazione assistita, è in molti casi risolvibile.

I segnali da non trascurare

Ecco alcuni segnali da non sottovalutare e da segnalare subito al medico, anche se non necessariamente sono indizi del tumore:

- ✓ rigonfiamenti del testicolo
- ✓ perdita di volume di un testicolo
- ✓ sensazione di pesantezza nello scroto
- ✓ dolore sordo nella parte inferiore

dell'addome o all'inguine

- ✓ improvvisa formazione di liquido nello scroto
- ✓ dolore o senso di disagio nel testicolo o nello scroto
- ✓ sangue nelle urine
- ✓ rigonfiamento o rammollimento delle mammelle

Il test da fare a casa

La palpazione punto per punto

Secondo le raccomandazioni del National Cancer Institute l'autopalpazione del testicolo va effettuata dopo una doccia o un bagno caldo, quando lo scroto è del tutto rilasciato.

Bisogna porsi davanti a uno specchio, in piedi, e verificare che non siano presenti rigonfiamenti. Questi non dipendono mai da cause testicolari: può trattarsi di una raccolta di liquido nella cavità vaginale del testicolo (idrocele), di una dilatazione delle vene del funicolo spermatico (varicocele) o di un'ernia inguinale che ha raggiunto lo scroto (evento molto raro nei giovani). Un testicolo più basso rispetto all'altro non è preoccupante.

Il testicolo va esaminato con entrambe le mani, mettendo indice e medio nella zona inferiore e pollice in quella superiore. Un delicato movimento rotatorio e inizialmente superficiale consentirà di esplorarne la superficie esterna che, in condizione di normalità, si presenta liscia, uniforme e di consistenza teso-elastica. La presenza di una formazione sospetta verrà percepita come un'irregolarità della superficie, aderente e non spostabile rispetto al piano sottostante. L'esplorazione va quindi continuata come prima, ma esercitando una modesta

pressione; in questo modo si analizzano le condizioni più interne al testicolo e si può percepire, se presente, un eventuale nodulo all'interno del parenchima testicolare. Esso potrà avere la grandezza di un pisello o di una piccola nocciola e risultare più duro rispetto al tessuto circostante. Infine non bisogna allarmarsi se un testicolo, complessivamente, risulta un po' più grosso dell'altro. Le dimensioni normali possono variare dai 4 a 5 cm di lunghezza. Quando effettuata in modo delicato, la palpazione non determina dolore. Un elemento che è sempre opportuno considerare è la presenza dell'epididimo. Si tratta di una struttura morbida tubulare situata dietro e lateralmente al testicolo dall'alto in basso. L'epididimo può risultare doloroso al tatto poiché spesso è sede di infiammazioni (epididimite): a volte vi si possono apprezzare formazioni tondeggianti, non dure, che variano da pochi millimetri a qualche centimetro, ma si tratta di semplici cisti.

L'autopalpazione andrebbe sempre eseguita dopo i quindici anni, una volta al mese, in modo da individuare nelle fasi iniziali qualsiasi formazione sospetta.

Giorgio Carmignani e Aldo Franco De Rose



Le malattie sessualmente trasmissibili (MST) fanno parte delle malattie infettive. Si tratta di oltre venti malattie causate da batteri, virus, funghi o parassiti. In genere si trasmettono tutte per via sessuale, ma si differenziano per la contagiosità, il decorso della malattia e le possibilità di cura e prevenzione.

Il contagio avviene generalmente durante i rapporti sessuali attraverso il contatto diretto di liquidi organici infetti (sperma e secreti vaginali) con le mucose. Gran parte delle malattie veneree è trasmissi-

Alcune si curano con semplici farmaci, altre compromettono la salute in maniera irreversibile: **le malattie sessualmente trasmissibili** sono tante e la popolazione più in pericolo è **quella dei giovani e giovanissimi**



Si chiamano MST e sono il lato oscuro dell'intimità

bile anche tramite rapporti orali, baci e petting (contatto diretto con i liquidi organici infetti). Alcune di queste malattie sono semplicemente fastidiose, altre invece molto pericolose: se non curate possono estendersi a tutto il corpo e causare danni in parte gravi e irreparabili, come sterilità, lesioni cerebrali o cecità. Le lesioni e le infiammazioni genitali date dalle diverse MST, inoltre, aumentano con-

sistentemente il rischio di trasmissione dell'AIDS.

Le malattie sessualmente trasmissibili costituiscono uno dei più seri problemi di salute pubblica in tutto il mondo, sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le MST hanno una incidenza annua di 333 milioni di casi escludendo l'AIDS, la cui incidenza ed effetto sullo sta-

to di salute e su quello socio-economico di interi Paesi, soprattutto nell'area africana, è ormai da anni una reale emergenza.

La diagnosi di una infezione sessualmente trasmessa è più problematica durante l'adolescenza perché la malattia può essere asintomatica. Inoltre, lo stigma sociale e la difficoltà di accesso a servizi di trattamento possono incidere negativamente sull'attitudine al controllo da parte degli adolescenti.

Una delle categorie più a rischio nel mondo è quella dei giovani adolescenti. Secondo l'OMS, l'85 per cento dei giovani tra i 10 e i 24 anni (di circa 1,5 miliardi totali nel mondo) vive in Paesi poveri. Circa 73 milioni di adolescenti tra i 10 e i 14 anni sono lavoratori.

Nella grande maggioranza dei casi, le relazioni sessuali per questi giovani iniziano molto presto nella fase adolescenziale. Dei 333 milioni di nuovi casi stimati ogni anno, almeno 111 interessano giovani sotto i 25 anni di età. La carenza di conoscenze e la difficoltà di accesso ai contraccettivi meccanici (preser-

di **Carlo Lusenti**
Andrologo
Ospedale
S. Maria Nuova
Reggio Emilia

vativi maschili e femminili) rendono i ragazzi molto più esposti al rischio di infezioni sessualmente trasmissibili. Le ragazze sono più vulnerabili dei ragazzi per ragioni fisiologiche ma anche sociali, essendo spesso costrette a relazioni sessuali fin da bambine. Ogni anno, un adolescente su venti contrae una MST curabile, senza contare le infezioni virali.

Fra le malattie sessualmente trasmissibili più importanti si possono annoverare, oltre all'AIDS, la sifilide, la gonorrea e la clamidia.

Prevenzione e trattamento

Il controllo delle MST è una delle priorità dell'OMS e di altre organizzazioni sanitarie. La strategia adottata si basa soprattutto sulla prevenzione, con la promozione di comportamenti sessuali responsabili (informazione, attenzione nelle pratiche sessuali saltuarie e con partner occasionali, accesso all'uso di preservativi). L'educazione e il counselling si devono accompagnare comunque anche a misure di identificazione sia delle persone

DALLA RUSSIA... CON L'AMORE

Da quando alcuni Paesi dell'ex blocco sovietico sono entrati nella Comunità Europea il problema delle MST è tornato quantomai attuale. Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, l'incidenza delle MST nei Paesi dell'est è 100 volte più alta che nel resto d'Europa. In Russia c'è stata un'epidemia di sifilide nel 1990, che ha cominciato a declinare solo verso il '98, mentre è in aumento la sifilide congenita, trasmessa dalle madri ai feti. Anche in Finlandia i casi di sifilide sono aumentati a partire dal '94 e la malattia è stata in gran parte contratta in Russia e in Estonia. Con i forti flussi migratori il problema minaccia l'Europa intera, ma solo il 60 per cento dei Paesi europei - secondo l'OMS - ha linee guida per la gestione e il trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili.

il VOCABOLARIO

CLAMIDIA Un'epidemia silenziosa che, se non curata, può causare sterilità. Una semplice terapia antibiotica alla comparsa dei primi sintomi può eradicare l'infezione con facilità.

SIFILIDE Comincia con una piccola lesione indolore sulle parti intime e, dopo anni di latenza, può attaccare tutto l'organismo, con conseguenze anche letali. La terapia è a base di penicillina. Dal 2000 la sua incidenza è raddoppiata, come conseguenza dell'immunodepressione causata dall'AIDS.

PAPILLOMA VIRUS E TUMORI

Quando è visibile si manifesta in forma di una o più verruche anogenitali, spesso dolorose. Si trasmette attraverso le membrane mucose e il rivestimento genitale; se ne conoscono più di 100 tipi. Nel 99,7% è la causa necessaria per lo sviluppo del cervicocarcinoma, la seconda causa di morte per tumori nel sesso femminile.

infette che non mostrano sintomi (per esempio con lo screening di alcune categorie, come le donne in gravidanza) che dei loro partner sessuali.

Oltre al trattamento dei sintomi, va messa in atto una cura microbiologica, la prevenzione di ricadute e la prevenzione della trasmissione. Il trattamento complessivo delle malattie sessualmente trasmesse dovrebbe essere incluso nei servizi sanitari di base offerti ai cittadini, con la disponibilità di farmaci adeguati, trattamento anche dei partner sessuali, educazione pubblica, distribuzione di preservativi, promozione di una adeguata prevenzione nelle categorie a rischio.

Infine, una misura preventiva è quella di vaccinare le persone a rischio, per quelle malattie per le quali esiste un vaccino disponibile: è il caso, per esempio, dell'epatite A e B.

L'osservatorio

Preoccupanti quelle minori e la seconda generazione

Nel 1990 è stato attivato in Italia un sistema di sorveglianza basato sui centri pubblici specializzati nella diagnosi e cura delle malattie sessualmente trasmissibili. Ogni anno 3 milioni di adolescenti americani acquisiscono un'infezione di questo tipo e rappresentano circa il 25% di 12 milioni di nuove MST negli USA. Negli ultimi decenni il panorama delle MST è radicalmente mutato: a fronte di un calo di quelle tradizionalmente note, come la gonorrea, l'ulcera venerea e il linfogranuloma inguinale, è aumentata l'importanza delle forme cosiddette minori come per esempio il Trichomonas (infezione causata da un protozoo, di cui gli uomini sono portatori asintomatici, mentre nelle donne può essere molto dolorosa). Sono poi state identificate nuove infezioni che trovano la loro diffusione anche o prevalentemente per via sessuale, denominate di "seconda generazione" (HIV, Clamidia, HPV).

È molto importante saper tutelare la propria salute attraverso comportamenti sessualmente responsabili:

- ✓ Scelta attenta del partner: conviene conoscere le precedenti esperienze del/la proprio/a compagno/a.
- ✓ Cercare di mantenersi fedeli alla persona con cui si ha una relazione.
- ✓ Fare regolarmente il test dell'HIV
- ✓ Evitare rapporti sessuali occasionali
- ✓ Vaccinazione contro l'epatite B per le persone a rischio. Oggi è consigliata a tutti.
- ✓ Astinenza dalle droghe: riducendo la percezione della realtà, provocano una riduzione del senso di responsabilità e quindi dell'autocontrollo.
- ✓ Uso del preservativo: in caso di rapporti occasionali bisogna sempre adoperarlo. Riduce nettamente il rischio di contrarre MST, ma può diventare inutile se non viene usato in modo corretto.

Fra le **malattie sessualmente trasmissibili** più importanti si possono annoverare, oltre all'**Aids**, la **sifilide**, la **gonorrea** e la **clamidia**



Una scena del film "Una casa alla fine del mondo": i rischi del triangolo amoroso

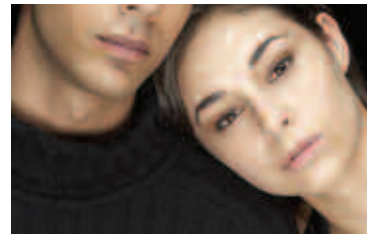
Educazione

Parlarne è difficile, ma molto importante

In tutto il mondo gli adolescenti lamentano la mancanza di informazioni adeguate su procreazione, sessualità, pianificazione familiare e salute. Le ricerche indicano che l'educazione sessuale incoraggia un comportamento sessuale responsabile, con livelli più alti di astinenza, un inizio più tardo dell'attività sessuale, un maggior uso di contraccettivi e un minor numero di partners. Questi effetti sono amplificati qualora vi sia un rapporto stretto con genitori che discutono apertamente di sesso e di procreazione con i propri figli. Questo tipo di discussioni non sono affatto facili e

le ricerche dimostrano che vengono affrontate solo da una minoranza. Inoltre, spesso i genitori stessi sono poco informati su molti aspetti importanti del sesso e della riproduzione. È più probabile che le informazioni, insieme con le disinformazioni, provengano dai coetanei. Anche laddove le informazioni e i servizi sulla salute sessuale e riproduttiva sono disponibili, accade che le adolescenti sposate o meno non riescano ad approfittarne per via dell'ignoranza del proprio partner, delle aspettative della propria famiglia o della società in cui vivono.

I NUMERI: GIOVANI E SESSO IN ITALIA



25%

I ragazzi italiani che hanno avuto il loro primo rapporto sessuale prima dei 16 anni.

1,9%

Sul totale sono le gravidanze conseguite da rapporti sessuali avuti prima dei 16 anni.

52%

I ragazzi italiani sessualmente attivi con un partner fisso. Gli altri hanno più partner.

59%

L'uso del preservativo. Tra i metodi anticoncezionali è il più utilizzato tra gli adolescenti, seguito dal coito interrotto (14%), dalla pillola (12%) e da altri metodi (1%).

1 su 20

Ogni anno contrae una MST senza contare le infezioni virali. Inoltre, più della metà delle nuove infezioni di AIDS ogni anno interessano giovani tra i 15 e i 25 anni.

3 milioni

Il numero di persone uccise ogni anno dall'AIDS e 5 milioni i contagiati. 40 milioni di infettati nel mondo di cui 2.5 milioni sono bambini. In Europa l'incidenza di sieropositivi è aumentato in cinque anni del 47%

4 mila

I nuovi casi di malati di AIDS ogni anno in Italia.

La diagnosi di un'infezione sessualmente trasmessa è più problematica durante l'adolescenza, perché la malattia può essere asintomatica e perché l'accesso ai centri di controllo e trattamento non è sempre facile.

DATI dell'O.M.S e O.N.U.S.I.D.A

DEPROX[®] 500

Prostatiti croniche

La prima risposta efficace



FLOWER POLLEN EXTRACT

Confezione: 30 compresse

Posologia: 2 compresse al giorno in un'unica somministrazione*
per 90 giorni o secondo parere medico

Indicazioni:

- Prostatiti croniche batteriche (Tipo II) in associazione alla terapia antibiotico-mirata
- Prostatiti croniche abatteriche (Tipo IIIA)
- Prostatodinie (Tipo IIIB)

***Dose efficace 1 g – Esclusivista in Italia IDIPHARMA**



ricerca e innovazione in urologia

Come salvare lo scalpo? Un problema tutto maschile

Non è una malattia, ma può compromettere **la vita sociale** degli uomini che ne sono colpiti. La buona notizia è che si può **curare con farmaci** appropriati, purché si affronti nella sua fase iniziale e con l'aiuto di uno **specialista**

La perdita dei capelli è un problema estremamente diffuso e stressante per coloro che ne soffrono. Nel gergo comune il termine utilizzato per descriverla è "calvizie", scientificamente si chiama "alopecia androgenetica" e rappresenta la forma più diffusa di alopecia osservabile nel sesso maschile.

Si tratta di un processo para-fisiologico e non di una vera patologia, anche se lo stress conseguente alla progressiva perdita dei capelli innesca una reazione che svela l'importanza che la capigliatura riveste nelle relazioni e nella comunicazione sessuale. L'uomo con vistoso diradamento dei capelli è comunemente visto come più vecchio e meno attraente e, per la sua massiccia incidenza, il problema è spesso considerato una vera e propria malattia; coloro che ne sono affetti sono infatti disposti a sottoporsi a visite dermatologiche, esami diagnostici e costosi rimedi terapeutici volti a contrastare l'ineluttabile caduta.

Gli studi di Hamilton

L'interesse per i capelli esisteva già nell'antichità, ma le nozioni più recenti, volte a comprendere i meccanismi fisiopatologici responsabili, risalgono alla metà del secolo scorso con gli studi di Hamilton.

Nell'alopecia androgenetica c'è una progressiva miniaturizzazione dei follicoli piliferi che producono un capello più sottile, morbido e non pigmentato, come il vello del neonato. Tali modifiche sono il risultato di un'interferenza esercitata dagli ormoni androgeni sul ciclo del capello. La fase fisiologica di accrescimento nota come anagen si accorcia, scandendo tempi più rapidi per il susseguirsi delle fasi successive di involuzione (catagen) e riposo (telogen). Ne deriva che i capelli in fase telogen, più corti e più sottili, aumentano. A completare il quadro c'è un allungamento dell'intervallo tra nuove fasi anagen che a lungo andare porta al visibile diradamento per progressiva riduzione numerica dei capelli presenti sullo scalpo.

Hamilton osservò che gli eunuchi non presentavano alopecia e il problema non interessava quei soggetti che andavano incontro a castrazione prima della pubertà. Il comune denominatore stava nel fatto che in entrambi i casi si era in assenza di testosterone, l'ormone maschile

di **Francesco Romanelli**
Dipartimento di Urologia,
La Sapienza,
Università di Roma
e **Maurizio Latini**
Dipartimento di Fisiopatologia Medica



per eccellenza. Pertanto, quando il maschio "diventa uomo", quando cioè, alla pubertà, viene stimolata la produzione di testosterone da parte del testicolo, grazie alla stimolazione ipotalamo-ipofisaria, l'ormone raggiunge i suoi "organi bersaglio", determinando tutti i cambiamenti correlati. In questa fase di "cambiamenti", accanto allo sviluppo dei caratteri sessuali secondari, fa la sua comparsa l'alopecia androgene-

tica, da vedere come l'elaborazione, a livello del follicolo pilifero, del messaggio ormonale portato dal testosterone. In particolare, l'elaborazione del messaggio avviene in modo distinto da soggetto a soggetto, in base alla specifica possibilità di elaborazione, tramandata geneticamente. È quindi da ricercare nella risposta del singolo all'azione ormonale la predisposizione allo sviluppo di calvizie.

Tutta colpa del DHT

Questa predisposizione si fonda su meccanismi complessi che fino a oggi non hanno trovato una corrispondenza univoca sul piano genetico: un meccanismo di trasmissione su base poligenica sembra essere più probabile e devono essere presi in considerazione diversi fattori: numero di recettori per gli androgeni espressi a livello dello scalpo; maggiore o minore potenza del recettore androgenico; quota di androgeni non legati alla proteina di trasporto e quindi metabolicamente attivi; quota di enzimi che inattivano gli ormoni androgeni a livello dello scalpo; caratteristiche del metabolismo degli ormoni androgeni, ecc. Alla genesi della calvizie partecipano diverse attività enzimatiche coinvolte nella trasformazione locale di androgeni più deboli in androgeni più potenti. La trasformazione ultima, responsabile della conversione del testosterone in diidrotestosterone (DHT) per opera dell'enzima 5alfa-reduktasi, rappresenta la tappa più significativa nella genesi del problema. Infatti il DHT presenta un'affinità per il recettore androgenico cinque volte superiore a quella del testosterone ed è a lui che si deve quella serie di eventi che portano alla trasformazione del follicolo.

Cure ed esami

Indispensabile agire al più presto

La valutazione diagnostica dell'alopecia androgenetica dovrebbe essere sempre svolta da un dermatologo, un endocrinologo o un andrologo. Questi dovrà inquadrare il paziente richiedendo, in casi selezionati, analisi del sangue per escludere malattie interne, disfunzioni ormonali, stati di carenza alimentare, malattie infettive, micosi o eventuali altri disturbi cutanei. È anche possibile uno studio diretto dello scalpo attraverso il tricogramma, il fototricogramma o più recentemente, mediante tecniche di studio digitale volte a chiarire la differenza di diametro dei capelli in una zona campione. Ciascuna delle tecniche offre il grande vantaggio di confermare la presenza del problema di caduta e, a seguito di ripetizione nel tempo, monitorare i risultati che la terapia specifica potrà produrre.

Bisogna premettere che nessuna cura potrà essere utile per un individuo già calvo, la cura medica della calvizie potrà essere sempre solo una terapia applicata al momento in cui si verifica la caduta dei capelli, finché questi ci sono. In particolare, l'obiettivo della terapia è quello di aumentare le zone di copertura dello scalpo, interferendo con il processo di miniaturizzazione dei follicoli.

Le uniche terapie mediche approvate per contrastare la caduta dei capelli nell'alopecia androgenetica sono la finasteride per via orale e il minoxidil topico. La finasteride, nota come inibitore della 5a-reduktasi, interferisce sulla trasformazione del testosterone in DHT.

Diversi studi dimostrano che a seguito del trattamento con finasteride la riduzione dei livelli di DHT è notevole, con conseguente incremento numerico dei capelli e migliorata copertura delle zone di diradamento. Ma, perché la terapia sia efficace, deve essere prolungata: i risultati degli studi in corso suggeriscono lunghi periodi di trattamento e sottintendono il ritorno ai livelli di partenza, con perdita dei risultati ottenuti, in caso di completo abbandono.

Il minoxidil viene utilizzato come farmaco da applicare sulla zona da trattare due volte al dì; non è noto il suo preciso meccanismo di azione, si ipotizza un effetto positivo sulla papilla dermica grazie alla migliorata vascolarizzazione locale. Gli studi che hanno valutato i risultati del trattamento con minoxidil, a confronto con il placebo, descrivono un significativo aumento del numero di capelli e un aumento del loro diametro.



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Comunicazione educazionale



www.tuttosulladisfunzioneerettile.it



Com'è la tua vita di coppia?



Difficoltà di erezione

3 milioni di uomini in Italia e più di 100 milioni in tutto il mondo soffrono di difficoltà di erezione. La disfunzione erettile è un fenomeno in continuo aumento e spesso può essere associata a ipertensione, diabete, interventi chirurgici sulla prostata, obesità o altre condizioni patologiche.

Rivolgiti al tuo Medico di fiducia, ti saprà aiutare!

*Bayer
per la coppia*

La sigaretta può uccidere ... anche la passione

Che il fumo faccia male è ormai assodato, ma non tutti conoscono i danni che può provocare alla vita sessuale del maschio

di **Andrea Ledda**
Dipartimento di Scienze Biomediche
Università degli Studi di Chieti
Laboratorio Vascolare

I fumo è da tempo tristemente noto come la causa principale delle patologie cardiovascolari e oncologiche. Anche se il meccanismo che dalla sigaretta porta alla malattia non è del tutto chiaro, è evidente che il fumo danneggia l'endotelio, il tessuto connettivo che riveste la superficie dei vasi sanguigni e del cuore. È possibile, infatti, che le modificazioni endoteliali precedano di molti anni i primi sintomi cardiovascolari. È dimostrato che i fumatori, anche quelli apparentemente ancora sani, non riescono a dilatare le coronarie in modo completo e adeguato quando eseguono un test da sforzo. Questa difficoltà è il primo spettro di una possibile coronaropatia, una patologia in cui si verifica una sproporzione fra il fabbisogno di ossigeno del cuore e l'ossigeno che effettivamente riesce a ricevere.

Il problema è l'endotelio

Anche la disfunzione erettile (D.E.) può essere un segno premonitore e precoce della coronaropatia. Nel 1985 il chirurgo francese Roland Virag si chiedeva se l'impotenza fosse una malattia vascolare. Oggi sappiamo che la disfunzione erettile coincide con una disfunzione dell'endotelio, che può manifestarsi non solo nei fumatori attivi, ma anche in quelli passivi, che hanno un aumentato rischio di morte per arteriosclerosi precoce e presentano tutti i segni di disfunzione endoteliale, pure in assenza di qualsiasi altro fattore di rischio.

Purtroppo, nonostante queste gravi controindicazioni, l'incidenza del fumo di sigaretta è sempre elevatissima: nel nostro Paese è circa del 27% e sale al 65% quando si parla di soggetti con disfunzione erettile.

Le cure necessarie

Prima di tutto bisogna smettere

La cura più efficace per le diverse patologie legate alla sigaretta è molto semplice: smettere di fumare. Infatti, abbandonare il vizio, riporta alla normalità in soli 10-12 giorni il vasospasmo, la viscosità ematica e l'ematocrito. Ci vogliono invece dai 3 ai 5 anni perché i livelli del fibrinogeno e l'adesività piastrinica tornino ai valori di un non-fumatore.

La vitamina E e gli inibitori della xantino-ossidasi sono in grado di combattere la disfunzione endoteliale indotta dal fumo di sigaretta, ma non possono sostituire la disassuefazione dal fumo, che deve essere la terapia di prima linea.

Anche i problemi legati alla sessualità traggono un forte giovamento dall'abbandono della sigaretta.

Smettere di fumare fa rapidamente migliorare la tumescenza e la rigidità del pene in un gran numero di pazienti. Tale miglioramento continua a progredire anche quando i pazienti stanno ancora assumendo la nicotina attraverso i cerotti o il chewing-gum. Ciò significa che nel fumo di sigaretta, oltre la nicotina, vi sono altri fattori dannosi alla funzione erettile. Purtroppo, nonostante tutte queste evidenze, la stretta associazione tra intensità del fumo di sigaretta e grado di disfunzione erettile viene sottovalutata da troppi operatori sanitari che prescrivono gli inibitori delle PDE₅ (sildenafil, vardenafil e tadalafil), pur sapendo che la loro efficacia terapeutica è fortemente ridotta nei fumatori. Così, è improponibile suggerire a questi pazienti delle terapie riabilitative peniene se continuano a fumare. La riabilitazione non sarebbe mai effettiva. Anche tutta la diagnostica vascolare peniena non ha molto significato se il paziente fuma nelle 24 ore che precedono l'esame. **Se il paziente fuma non si riesce a valutare la reale situazione vascolare, ma solo l'effetto del fumo di sigaretta sul circolo penieno.** Per tutti questi motivi l'eliminazione del fumo di sigaretta deve essere considerata la prima terapia della disfunzione erettile e non una banale

raccomandazione di routine. La salute dell'ambito sessuale dovrebbe rappresentare per il paziente una forte spinta a smettere di fumare e su questo fattore l'andrologo deve insistere perché il paziente si disintossichi in modo completo e definitivo.

In tanti casi il recupero dell'efficienza sessuale si ottiene semplicemente smettendo di fumare.

In altri pazienti, tuttavia, abbandonare la nicotina non basta e, per recuperare appieno le proprie prestazioni sessuali, si deve ricorrere al supporto farmacologico: anche in questi casi il recupero è soddisfacente e duraturo solo se il paziente persevera nell'astensione dal fumo.

Accoppiate pericolose

Il fumo è un fattore di rischio indipendente, ma assume enorme pericolosità quando si associa ad altri cofattori, quali diabete, ipertensione e dislipidemia (aumento di lipidi nel sangue). Fumo e diabete, in particolare, sono una miscela esplosiva per il tono del tessuto endoteliale e il fatto più grave è che nella letteratura scientifica siano veramente poche le pubblicazioni relative agli effetti del fumo sulla disfunzione erettile e sull'infertilità maschile.

Cause e sintomi - I molti tormenti dei fumatori

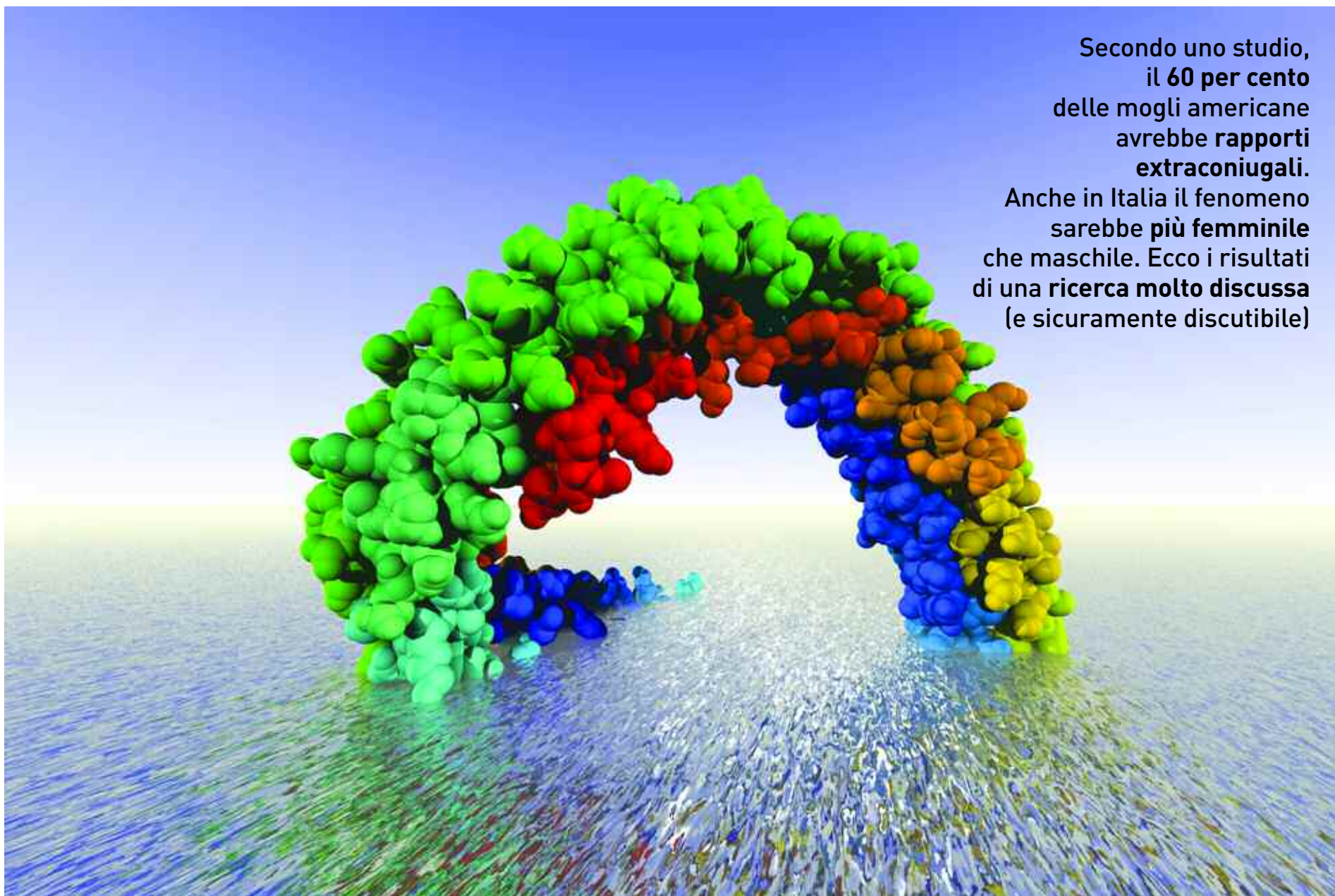
Il meccanismo che porta alla disfunzione erettile derivante dal fumo è associato alla disfunzione vascolare arteriosa e venosa, anche se il meccanismo biochimico sotteso non è del tutto chiaro. Tuttavia, sono state evidenziate alcune alterazioni tipiche dei fumatori.

- Sono evidenti le correlazioni tra la disfunzione erettile, l'ossido nitrico, le prostaglandine e il trombossano.
- Le modificazioni del livello di testosterone nei fumatori sono di scarso rilievo, mentre sono sempre molto elevati i livelli di estradiolo.
- La concentrazione degli spermatozoi è ridotta, nei fumatori, dal 13 al 17%.
- La leucocitospermia è sempre incrementata e la capacità fecondante degli spermatozoi è ridotta.
- L'inalazione del fumo di sigaretta danneggia la struttura della cromatina, causando danni al DNA degli spermatozoi. Il fumo di sigaretta è infatti ricco di sostanze ossidanti capaci di deprimere gli anti-ossidanti.
- Il fumo è tra le cause di andropausa

precoce insieme all'ipertensione, ai farmaci, alla sedentarietà, alla dieta inadeguata e alla vasculopatia.

- La sigaretta è stata accreditata di una forte valenza nello sviluppo della malattia di La Peyronie, ovvero della degenerazione fibrotica del tessuto cavernoso.
- Il fumo determina vasospasmo e incrementa l'aggregazione delle piastrine, peggiorando la vasocostrizione. Nel contempo, il monossido di carbonio (CO) può indurre la policitemia, cioè una superproduzione di globuli rossi, globuli bianchi e piastrine nel sangue.
- L'inalazione di CO, infine, incrementa la pressione arteriosa, soprattutto nei giovani fumatori e in compresenza di diabete.

L'infedeltà è già tutta scritta nel nostro Dna?



Secondo uno studio, il 60 per cento delle mogli americane avrebbe rapporti extraconiugali. Anche in Italia il fenomeno sarebbe più femminile che maschile. Ecco i risultati di una ricerca molto discussa (e sicuramente discutibile)

Uno studio americano rivela: 6 donne su 10 tradiscono il proprio marito, ma poche di esse provano rimorso o senso di colpa. E il fenomeno, secondo la sessuologa Susan Shapiro Barash, riguarderebbe le signore di ogni classe sociale, senza distinzione di status economico e professionale. Anche l'Italia può vantare un gran numero di "scappatelle" e, anche in questo caso, sembra che siano le donne quelle più portate a tradire rispetto ai loro partner. Secondo una statistica segnalata da Miriam Ponzi, titolare della nota agenzia investigativa, le donne più infedeli sono le manager (22%), seguite dalle casalinghe (13%). Ciò che cambia è la modalità: nel nostro Paese, infatti, l'adulterio corre sul web, vale a dire che 7 relazioni extraconiugali su 10 hanno inizio in chat. Prima però di trarre fa-

cili conclusioni o di scagliarsi contro la partner, accusandola magari ingiustamente, è meglio dare un'occhiata ai più recenti studi sull'infedeltà: fedifraghe e adulteri potrebbero non essere completamente responsabili del proprio comportamento. La ricerca apripista, in questo senso, è stata quella condotta da un gruppo di studiosi guidati dal professor Tim Spector, del Guy's and St. Thomas Hospital di Londra. Il professor Spector ha spiegato che il suo team ha intervistato in primo luogo 5mila donne di età compresa tra i 18 e i 60 anni e che il 23% di loro ha confessato di aver tradito il proprio partner almeno una volta. In seguito, i ricercatori hanno intervistato 5mila gemelle e hanno scoperto che, se una delle due era stata infedele, la possibilità che anche l'altra lo fosse era stata del 55 per cento, una cifra mol-

di **Nadia Accardi**

to più alta rispetto al 23 per cento riscontrato nell'altro gruppo preso in esame. Lo studio non ha tuttavia identificato il gene responsabile di questo comportamento e, come è intuibile, non sono mancate le polemiche riguardo al fatto che la ricerca sia stata condotta esclusivamente su un campione femminile.

Fedele come un topo

Non solo l'infedeltà, anche la devozione verso i propri partner dipenderebbe dal Dna, ma questa volta il

gene responsabile della monogamia è stato identificato. Una ricerca condotta sulle arvicole (piccoli roditori) e pubblicata sulla rivista scientifica Nature, ha svelato che è il gene per il recettore della vasopressina il principale indiziato del comportamento sessuale dei topini. Esso agisce sulle zone cerebrali dove risiede il piacere, inibendole o stimolandole. La scoperta è stata effettuata da un gruppo di ricercatori dello Yerkes national primate research center della Emory University, capeggiato da Larry

“L'indagine non ha però individuato il presunto “responsabile” di questo comportamento e non sono mancate le polemiche soprattutto perché è stata condotta esclusivamente su un campione di donne”

L'HAREM FA BENE (AGLI ANIMALI)

L'infedeltà potrebbe avere un ruolo importante, addirittura quello di salvare la specie dall'estinzione. Una ricerca effettuata in Ghana rivela che i grandi mammiferi che vivono in coppie, o con harem piccoli, scomparirebbero più facilmente di quelli con molte compagne. Justin Brashares della British Columbia di Vancouver ha analizzato la situazione dei grandi mammiferi in sei riserve del Ghana, dove da 30 anni gli animali sono censiti mensilmente e dove sono state documentate 78 estinzioni locali. Brashares ha preso in considerazione

nove caratteristiche, scoprendo che due di queste (l'isolamento della popolazione e la dimensione degli harem) sono correlate con le estinzioni osservate. Se il primo fattore era prevedibile, il secondo lo è di meno. Come è possibile che la monogamia renda gli animali più vulnerabili all'estinzione? Probabilmente i cacciatori prendono di mira più i maschi che le femmine, il che porterebbe a uno squilibrio meno grave per le specie dove un solo maschio si accoppia con molte femmine. La ricerca è stata pubblicata sulla rivista "Conservation Biology".



Young, in collaborazione con il Centro per le neuroscienze comportamentali di Atlanta. L'équipe ha messo a confronto due diverse specie di arvicole, la *Microtus pennsylvanicus*, tendente alla promiscuità e la *Microtus ochrogaster*, famosa per la tendenza alla monogamia: i ricercatori hanno riscontrato una diversa produzione del gene, che è maggiore nella prima specie e minore nella seconda, quindi hanno innestato il gene stesso tramite un vettore virale sul tessuto nervoso dei due tipi di roditore.

I risultati sono stati sorprendenti: i topi "libertini" hanno mostrato comportamenti di coppia più tranquilli dal punto di vista affettivo e sessuale, mentre i secondi, il cui gene è stato aumentato attraverso la manipolazione genetica, hanno cominciato a comportarsi come veri e propri "sciupafemmine". Certo, al momento si tratta solo di un esperimento condotto sui topi e non applicabile anche all'uomo: sarebbe comunque interessante indagare se, a livello individuale, gli uomini più portati alla monogamia hanno una variante genetica simile a quella dell'arvicola monogama, mentre i fedifraghi possiedono la variante opposta. Tuttavia, sebbene il cervello umano sia molto più complesso, è dimostrato che, quan-

do scatta la dinamica dell'innamoramento, si attivano le medesime zone cerebrali, sia negli animali sia nell'uomo. Il meccanismo è simile a quello riscontrato per le varie forme di dipendenza: infatti, ogni volta che l'animale maschio si accoppia con una partner, nel suo cervello - e precisamente in un'area che abbiamo anche noi, il nucleo accumbens - viene rilasciata della dopamina, il neurotrasmettitore della ricompensa, lo stesso che ci fa sentire bene quando mangiamo una tavoletta di cioccolata o ci iniettiamo una dose di eroina. Lo stesso che alimenta la di-

Tra i topi è stato individuato il gene opposto, quello che ci spinge verso la monogamia



pendenza dalla fonte di piacere. La controprova è che, bloccando nei roditori la proteina attivata dalla dopamina, questi smettono di essere monogami. La fedeltà sarebbe dunque il frutto del corretto funzionamento della dopamina.

L'effetto Coolidge

L'ex presidente degli Stati Uniti Calvin Coolidge era in visita con la moglie in una fattoria governativa: arrivati sul luogo, i due intrapresero due tour separati. Quando la signora passò davanti ai pollai, si fermò e domandò all'addetto se il gallo si accoppiasse più di una volta al giorno. "Decine di volte", fu la risposta. "Per favore fatelo sapere al presidente" esclamò la first lady. Quando il presidente visitò gli stessi pollai e fu informato delle abitudini del gallo, chiese: "Con la stessa gallina tutte le volte?" "Oh no, signor Presidente, ogni volta con una gallina diversa". Il presidente annuì lentamente, poi affermò: "Riferitelo alla signora Coolidge".

Questo aneddoto viene spesso citato dai sessuologi per spiegare come l'infedeltà sia scritta nel passato biologico dell'uomo e come, a differenza degli studi descritti precedentemente, essa riguardi più il maschio che la femmina. Fra le une e gli altri,

infatti, esiste un differente comportamento sessuale che deriva da un fattore puramente fisiologico: i maschi producono, in grandi quantità, piccoli gameti, gli spermatozoi, che sono energeticamente poco costosi; le femmine, invece, producono, in numero ben più limitato, uova, gameti di dimensioni maggiori ed energeticamente molto dispendiosi.

Risulta che, mentre per un maschio, che investe poco per ogni accoppiamento, la strategia riproduttiva più conveniente è quella di fecondare un gran numero di femmine, per quest'ultima è più vantaggioso operare una scelta precisa prima di accoppiarsi, restando poi fedele al compagno scelto.

La gestazione, il parto, l'allattamento e la cura della prole richiedono molte energie alla femmina: perciò la sua fedeltà al compagno sarebbe, secondo questa visione, una scelta "di convenienza", e nulla di più. D'altra parte, la varietà sessuale negli uomini (cioè l'effetto Coolidge) sarebbe un'eredità del loro "passato biologico": il bisogno ancestrale di procreare, per assicurare nuovi guerrieri per la difesa della comunità che li spingeva ad accoppiarsi con femmine sempre diverse, sarebbe rimasto insito nella natura dell'uomo.

Anche il cigno ha le sue colpe

E se la fedeltà fosse solo un mito inventato dall'uomo? Per capirlo, gli etologi hanno studiato a lungo il comportamento di alcune specie animali, da sempre considerate monogame. Ebbene, anche fra i cigni, baluardo della monogamia, l'adulterio sembra essere molto diffuso. Una recente ricerca portata avanti da alcuni studiosi australiani ha dimostrato che la leggendaria fedeltà di questi uccelli è una favola. Lo studio, durato più di tre anni, è stato commissionato dall'Australian research council ed è costato circa 120.000 euro. È stato

analizzato il Dna di alcune specie presenti nel parco nazionale "Albert Park" di Melbourne: le ricerche hanno dimostrato che almeno un cigno su sei è nato da un rapporto occasionale e illecito.

«I cigni sono stati a lungo famosi perché considerati il simbolo della fedeltà in amore, ma il nostro lavoro recente mostra che anche tra loro l'infedeltà è la regola», ha spiegato Raoul Mulder, scienziato dell'università di Melbourne, che ha guidato la ricerca. Gli scienziati hanno scoperto i continui tradimenti inserendo un piccolo microchip sulla coda dei cigni maschi e un

apparecchio simile anche sui cigni femmina. «Quando un maschio e una femmina copulavano - ha spiegato Mulder - l'apparecchio della femmina captava i segnali del microchip posto sul maschio, registrandone l'identità.

È stato facile poi notare che il cigno femmina non copulava con quello che doveva essere il suo partner eterno. Così abbiamo scoperto i comportamenti libertini dei cigni». Adesso i ricercatori stanno cercando di scoprire come le femmine riescano a sfuggire ai propri compagni, che per natura sono molto gelosi e protettivi.





La biotecnologia che aiuta le coppie

Quando gli spermatozoi sono assenti ingiustificati

di **Erminio Filimberti**
Dirigente biologo dell'unità di Andrologia Azienda Ospedaliera dell'Università di Careggi (Firenze)

Il termine azoospermia indica la completa assenza di spermatozoi nel liquido seminale. La diagnosi viene effettuata solo dopo avere eseguito almeno due spermioigrammi a circa 1 o 2 mesi di distanza. La concentrazione spermatica, infatti, può essere soggetta a oscillazioni e alcuni pazienti potrebbero essere indicati come azoospermici una volta, ma non a un'analisi successiva.

Lo spermioigramma è un test diagnostico fondamentale per la valutazione della fertilità del maschio. Viene eseguito su liquido seminale raccolto in appositi contenitori (vanno bene quelli per le urine) tramite masturbazione. A questo proposito è molto importante attenersi ad alcune semplici regole che se non rispettate potrebbero falsare il risultato. È fondamentale quindi rivolgersi sempre a laboratori qualificati in materia, che lavorino rispettando i parametri dettati dal WHO per la corretta esecuzione dello spermioigramma.

In caso di assenza di spermatozoi su vetrino a fresco è necessario approfondire l'indagine tramite la preparazione di un cosiddetto citocentrifugato, che consiste nella centrifugazione di tutto il campione raccolto e nell'analisi del sedimento. L'eventuale presenza di spermatozoi nel sedimento (criptozoospermia) o di cellule germinali, progenitrici degli spermatozoi maturi, potrebbe infatti influire notevolmente sulle indagini successive e sulle valutazioni terapeutiche.

La diagnosi di azoospermia incide per circa il 10-15% dei casi di infertilità maschile.

Le vescicole seminali producono un liquido ricco di fruttosio che costituisce il 70% dell'eiaculato ed è la fonte energetica degli spermatozoi



Dopo aver accertato il problema con almeno due spermioigrammi, si deve capire da cosa dipende. E a volte, per risolverlo, basta una terapia ormonale

Dai vasi deferenti alla radioterapia

Una volta accertata l'assenza di spermatozoi nell'eiaculato le domande da farsi sono: da cosa dipende? Cosa si può fare per capire meglio la situazione? È possibile avere comunque dei figli?

Le cause dell'azoospermia possono essere molteplici, di seguito le più importanti:

- **Azoospermia ostruttiva o escreto-**ria. La mancanza di spermatozoi è dovuta a qualcosa che ostacola il loro passaggio nel tratto urogenitale maschile, senza che vi sia un danno e una disfunzione dei testicoli. Questo tipo di azoospermia può essere congenita o acquisita. La prima è principalmente rappresentata dalla mancanza dei vasi deferenti e delle vescichette seminali (mutazioni del gene della fibrosi cistica CFTR), la seconda è spesso dovuta a esiti di infezioni urogenitali o presenza di cisti delle vie seminali. La diagnosi più semplice è quella della agenesia delle vescichette seminali e dei vasi deferenti che può essere fatta sulla base dello spermioigramma in cui si evidenzia un ridotto volume e basso pH, nonché sulla determinazione del fruttosio nel plasma seminale con valori pari a 0. Il completamento della diagnosi consiste nella esecuzione di un'ecografia scrotale e trans-rettale. In questi soggetti, l'ostruzione si associa a volumi testicolari ordinari e a livelli ormonali (FSH, LH e testosterone) nei limiti della norma.

- **Azoospermia non ostruttiva o se-**cretoria. In questo caso gli sper-

matozoi mancano perché non vengono prodotti a livello testicolare, a causa di fattori ormonali centrali (ipotalamici/ipofisari) oppure a causa di fattori primitivi testicolari. Nelle forme primitive si può spesso rilevare un aumento nel sangue dei valori dell'ormone FSH, mentre in quelle centrali i valori di FSH/LH sono bassi. Un FSH elevato, oltre i limiti di normalità, depone sempre per una prognosi sfavorevole perché indica un danno testicolare irreversibile. Una azoospermia non ostruttiva può essere causata da problemi di tipo genetico. Un ruolo importante va attribuito al cromosoma Y, nel quale esistono tre regioni che controllano la formazione degli spermatozoi. In alcuni casi di azoospermia o oligozoospermia grave è stata evidenziata la mancanza di queste regioni (microdelezioni del cromosoma Y). Il test per la ricerca delle microdelezioni del cromosoma Y viene oggi inserito, insieme all'indagine citogenetica, nello studio routinario dei soggetti azoospermici. Lo studio delle mutazioni del gene CFTR (fibrosi cistica) e quello del recettore androgenico vengono eseguiti in casi selezionati.

- **Azoospermia dovuta a tratta-**menti chemioterapici e/o radianti. In questi casi il rischio che si sviluppi una azoospermia può dipendere anche dal tipo e dall'entità del trattamento subito. È importante, specialmente negli uomini in età fertile, suggerire sempre di effettuare la crioconservazione del liquido seminale prima dell'inizio delle terapie.

Usare fresco o conservato

Le più note fra le tecniche microchirurgiche sono:

TESE
(Testicular Sperm Extraction)
in cui vengono eseguiti uno o più piccoli prelievi di tessuto testicolare.

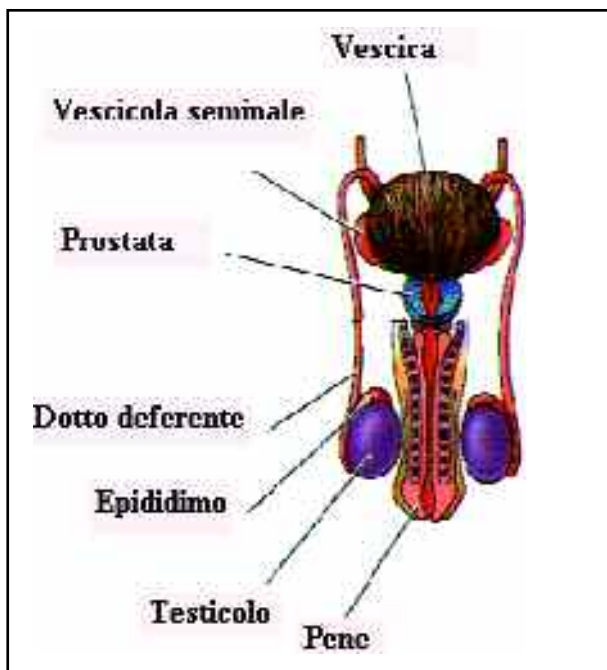
TESA
(Testicular Sperm Aspiration)
che consiste nella aspirazione di tessuto testicolare con l'utilizzo di sottili agocannule.

MESA
(Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration)
Prelievo microchirurgico degli spermatozoi dall'epididimo.

PESA
(Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration)
Procedura che non richiedono normalmente un ricovero e vengono eseguite in anestesia locale. Il campione prelevato viene subito esaminato da personale specializzato e può essere utilizzato, fresco o crioconservato, in tecniche di fecondazione assistita.

Una speranza per molti

A questo punto veniamo alla questione essenziale: l'assenza degli spermatozoi può essere risolta? Naturalmente l'esito dell'azoospermia dipende dalle cause. Le azoospermie non ostruttive ipotalamiche e ipofisarie sono quelle a prognosi più favorevole. In questi casi i testicoli non funzionano solo perché l'organismo non produce gli ormoni necessari per farli funzionare. Qui la soluzione è semplice: basta somministrare questi ormoni con una terapia iniettiva e in pochi mesi si recupera la fertilità. Purtroppo queste cause incidono per una quota minima delle azoospermie (8-10%). Nei casi in cui il danno è primitivamente testicolare, si può procedere all'utilizzo di tecniche microchirurgiche per il recupero degli spermatozoi nel testicolo. Nei soggetti con azoospermia ostruttiva questa soluzione è quasi sempre possibile, mentre nelle forme non ostruttive (secretorie) la probabilità di ritrovare spermatozoi varia notevolmente.



Un dato ormai è certo: da tempo la medicina non cura soltanto tumori, influenze, morbillo, polmonite e fratture, ma si sforza di assicurare all'uomo un equilibrio psicofisico che gli consenta di svolgere al meglio le proprie funzioni sociali, familiari e lavorative.

Che gran parte di questa armonia dipenda dalla sessualità, dall'arte di amare fisicamente e mentalmente, è cosa risaputa. Ma quante volte alla settimana si può amare fisicamente un'altra persona? Se le forze lo consentono, anche più di una volta al giorno, assicurano gli esperti. Eppure in alcuni ambiti, come nel mondo dello sport, troppo sesso è considerato controproducente, specie in prossimità di una competizione. Ma fare l'amore prima di una gara agonistica può essere salutare oppure no?

Sappiamo che i gladiatori romani trascorrevano la notte precedenti i giochi del circo con la loro donna o l'amante e il rapporto sessuale incideva in minima parte nella dispersione di energia. È probabile, quindi, che il rapporto sessuale venisse considerato benefico, in quanto capace di rilassare l'atleta favorendo un sonno riposante.

A parte questa eccezione, tuttavia, sin dai tempi più remoti il rapporto sessuale è stato ritenuto responsabile, tanto nell'uomo che nella donna, di distrazione e dispersione di energia: boxeurs, atleti, calciatori, che da sempre partecipano a competizioni importanti o ai giochi olimpici, sono costretti dai loro allenatori a una rigorosa astinenza.

Ma oggi, forse, stiamo per approdare a una nuova importante e per certi aspetti rivoluzionaria teoria. Infatti, secondo molti studiosi, il sesso funzionerebbe come una sorta di doping naturale, consigliabile anche ai culturisti. E pare che ciò valga tanto per gli uomini che per le donne, do-

Sport e sesso... un binomio difficile

Che fare l'amore **giovani** non solo allo spirito, ma **anche alla salute**, è confermato dagli stessi medici. Spesso, però, **gli allenatori** non sono d'accordo, specie a ridosso di gare importanti

di **Di Aldo Franco De Rose**
Specialista
Andrologo
e Urologo,
Genova



1

L'ESPERIENZA

Emanuela Pierantozzi

Campionessa olimpionica di judo e ricercatrice della Facoltà di Scienze Motorie all'Università di Bologna



Quando sono stata convocata per la prima volta in Nazionale giovanile di judo, avevo appena finito la terza media ed ero tra le più giovani. Le più grandi avevano solo 16 anni, ma quei due anni erano in termini di vissuto un abisso. È grazie a questa prima esperienza che ho iniziato a conoscere il sesso, anche se per molti anni si è trattato solo di racconti. Finiti gli allenamenti ci radunavamo in una delle nostre stanze e inevitabilmente si finiva a parlare di sesso! Naturalmente tenevano banco le più esperte. Poiché la nazionale era formata allora da una quarantina di ragazze provenienti da tutte le regioni d'Italia, c'erano sedicenni che parevano già vere donne e per le chiacchiere si finiva d'andare a dormire a notte fonda.

Il secondo raduno, avvenuto solo qualche mese più tardi, è stato presso un albergo dove risiedeva anche la nazionale maschile di pallavolo. Entrambe le nostre due squadre usufruivano degli impianti dell'Acquacetosa e la convivenza è stata così alquanto stretta e prolungata.

In quella occasione, pur essendo io ancora "nel paese dei puffi", molte mie compagne più sveglie si sono divertite e mi hanno fatto capire cosa si poteva "combinare". Stavamo preparando una gara di selezione. Si trattava del nostro primo torneo internazionale importante, ma non erano gli allenamenti e la selezione a tenerci impegnate. Tra una seduta e l'altra, il tempo e le energie erano spese o per organizzare "l'incontro" all'insaputa dell'allenatore, o per chi come me non "combinava", a trovarsi nelle camere per parlarne.

Quelle che "facevano" erano comunque un numero limitato rispetto a quelle che ne parlavano. Per "fare" serviva troppa intraprendenza ed energia, e quasi tutte, passate le prime giornate di novità ed euforia, pur potendo, avevano preferito infine le parole ai fatti. Pur non potendo mai uscire la sera, come il

ve analoghi meccanismi endocrini caratterizzano l'attività sessuale e la determinazione caratteriale. Sembra infatti che durante l'attività sessuale si innalzino i livelli di testosterone e che lo stesso testosterone accompagni poi i comportamenti aggressivi. Ecco perché, nel caso sia richiesto particolare vigore da parte dello sportivo, il sesso può essere indicato al fine di migliorare la performance. Ma, per ora, nonostante le recenti rivelazioni scientifiche, calciatori e atleti dovranno ancora attendere: allenatori e presidenti preferiscono che i loro atleti si dedichino all'allenamento, a costo di stressare corpo e mente, piuttosto che stancarsi con rapporti sessuali, specialmente a ridosso della competizione. In campo bisogna lottare sino alla fine, essere attenti, saper recuperare... altro che fare l'amore!

Ciò nonostante, la ricerca scientifica

La ricerca scientifica segue da tempo l'idea che i rapporti facciano bene a chi gareggia

segue da tempo l'idea che il rapporto sessuale aiuti nelle competizioni, o per lo meno non indebolisca il fisico dell'atleta.

Già nei primi anni '70, all'Università di Maryland, Warenjohnson aveva sottoposto 14 atleti sposati a test di forza e di resistenza dopo un rapporto sessuale, prima a distanza di 12 ore, poi a distanza di sei ore, senza rilevare differenze significative nei loro comportamenti.

Una recente indagine americana ha evidenziato che l'attività sessuale non è più stressante per il cuore di molte altre attività quotidiane, come camminare o salire le scale. La quantità di energia necessaria per svolgere l'attività sessuale si è infatti dimostrata equivalente a salire due rampe di scale in un minuto.

regolamento della nazionale cadetta imponeva, non ci annoiavamo.

Ho sempre trovato quest'aspetto dello sport molto bello: quando lo sport diventa il tuo lavoro e la nazionale la tua famiglia, alle situazioni di novità subentra la routine e la ricerca di equilibrio, così si tende a ricercare affetti più duraturi. Nulla toglie che è uno stile di vita, quello dello sportivo di professione, pieno di occasioni. Molti sfortunatamente lo protraggono anche in età matura, a discapito della crescita personale e presa di responsabilità.

Per certi aspetti, a mio avviso, il mondo sportivo di alto livello ha il clima e la dinamica nel bene e nel male di una gita scolastica.

Se dopo un po' al divertimento non vengono sostituite storie importanti, il vuoto si inizia comunque a sentire e il gioco del sesso finisce per piacere un po' meno. Quando è arrivata anche per me l'età per il sesso, lo sport mi ha permesso di avere molte più occasioni rispetto alle possibilità che avrei avuto vivendo in famiglia. Ma passati i primi appetiti, volendo fare dello sport una professione, mi è venuto naturale

2

PSICOLOGIA E SESSUALITÀ

Rosa Maria Muroi

Medico psicologo, psicoterapeuta sportivo e docente di psicologia dello sport, Università di Genova

Per tutto il periodo dell'attività sportiva agonistica, l'atleta è proteso solo al conseguimento del successo e trascura spesso le problematiche pertinenti la sua vita personale e sociale. È questa la realtà, a volte anche spietata, in netto contrasto con le apparenze: flash, telecamere e riflettori quando si consegue un risultato. Tristezza ed amarezza quando il successo non arriva, quando non si ripete. Non basta vincere una volta per essere consacrati tra i grandi e avere la perenne attenzione dei media. Sono necessarie conferme, conferme continue, altrimenti è la fine.

Le emozioni sono importanti

Nella preparazione dell'atleta donna, da un lato si ha la necessità di acquisire le nozioni scientifiche relative all'economia dell'organismo umano in funzione del conseguimento di una miglior prestazione, dall'altro si ha il dovere di approfondire la conoscenza di quei fattori che, sul piano emotivo, possono condizionare l'equilibrio della personalità. Questi ultimi, infatti, influenzano il comportamento agonistico, ma anche tutti quei rapporti interpersonali dai quali dipende il processo di formazione psichica.

Non bisogna, inoltre, ignorare che l'atleta sarà tale per un periodo limitato della propria vita. Non si può quindi considerare l'atleta come un "robot", ponendo l'attenzione solo sulla psicologia prestazionale ed eludendo, di fatto, ogni problematica della sfera affettivo-emozionale. In sintesi è indispensabile la consulenza dello psicologo-psicotecnico per ciò che riguarda lo studio delle capacità psichiche prestazionali, il quale utilizzerà lo "strumentario" dei reattivi mentali, più idonei ad individuare le attitudini prestazionali dell'atleta. Quando, però, venga riconosciuta la presenza di situazioni conflittuali che si esprimono attraverso stati di animo di disagio interno, come ansia, depressione, instabilità e disadattamento, si dovrà

cercare l'intervento dello specialista psicopatologo, per individuare i problemi che turbano l'equilibrio interiore dell'atleta.

Un'adeguata valutazione diagnostica differenziale dovrebbe permettere di normalizzare lo stato psichico con interventi specificatamente rivolti alla conoscenza dell'interiorità dell'individuo-atleta.

Identità e intimità

Nell'atleta bisogna prendere in esame soprattutto le tematiche relative ai sentimenti legati ai desideri d'affermazione e valutazione e i problemi di sradicalizzazione, maggiormente sentiti nella donna atleta che vive per anni lontano da casa, per esempio in un centro di preparazione olimpica. Da ciò possono nascere altre difficoltà legate all'immaturità sociale e, infine, i problemi relativi l'identità personale in senso lato e sessuale.

Riguardo a quest'ultimo problema bisogna fare alcune importanti considerazioni:

lo stesso termine atleta (sostantivo maschile - persona che pratica un qualunque sport) sembra prestarsi bene a interpretazioni ambigue di

identità di genere. L'atleta donna, infatti, può a volte nascondersi dietro questo termine e dietro l'attività sportiva in genere per sospendere o ritardare addirittura l'acquisizione della sua identità femminile.

In alcuni casi, anche se sporadici, il problema è quello legato all'omosessualità femminile che, specialmente negli sport definiti "più maschili", sembra non essere infrequente.

Il compito dello psicoterapeuta sportivo è quello di portare l'atleta a una maggiore auto-consapevolezza e auto-accettazione, opponendosi quindi a qualsiasi tentativo di derisione di compagni e amiche e facendo sì che ogni sportivo viva la propria sessualità come un diritto, secondo i propri istinti e desideri.



Nell'atleta bisogna considerare anche il problema della sradicalizzazione

È uno stile di vita, quello del professionista, pieno di occasioni d'incontro

incontri occasionali, grazie alla complicità dei nostri rispettivi compagni di stanza che con l'occasione andavano a fare un giro.

La scelta tra l'astinenza e l'attività prima della gara l'ho sempre lasciata alla situazione che capitava. È successo di non fare niente se non eravamo ispirati, come invece di vivere piacevolmente i momenti d'attesa precompetitiva.

Pensando ai miei successivi compagni, ricordo che alcuni erano più attivi e altri meno, ma non ci sono mai stati particolari problemi. Quello che mi è stato sempre chiaro è che le situazioni un po' eccezionali, come i primi o gli ultimi giorni di raduno o di soggiorno all'estero, erano sempre quelli un po' più caldi. Gli appetiti sessuali sono sempre legati alle situazioni di novità. Lontano dalla gara, nel periodo di preparazione, al sesso si pensava poco: tutta l'energia era spesa negli allenamenti e rimaneva giusto la forza per farsi la doccia, mangiare e andare a dormire.

Se nello sport si faccia più sesso che in altri ambiti non lo so, avendo io vissuto soprattutto in quel mondo. So solo che, mettendo assieme un bel numero di giovani abituati alla fisicità, con tempo e luoghi favorevoli per "consumare", è naturale che il sesso diventi un'attività prediletta e praticata, sia che l'allenatore ponga dei limiti (anzi quale incentivo migliore?!) sia che non li ponga.

A volte il sesso, e tutto ciò che lo riguarda, è una bella distrazione per chi vive uno stress eccezionale da prestazione come possono essere le Olimpiadi.



Prodotto titolato.

Prostamev[®]

30 compresse da 600 mg

Un modo naturale, con un'azione salutistica non farmaceutica, per aiutare i problemi della prostata, come prostatiti e ipertrofia prostatica.

Modalità d'uso: 1-2 compresse al giorno. Salvo diverso parere medico.



Prodotto titolato.

Cistimev[®]

30 compresse da 600 mg

Un modo naturale, con un'azione salutistica non farmaceutica, per aiutare i problemi legati alla formazione di cistiti non batteriche, prostatiti e irritazioni delle vie urinarie.

Modalità d'uso: 1-2 compresse al giorno. Salvo diverso parere medico.



Prodotto titolato.

Peironimev[®]

30 compresse da 400 mg

Un modo naturale, con un'azione salutistica non farmaceutica, per aiutare i problemi nella Malattia di La Peyronie (Induratio Penis Plastica).

Modalità d'uso: 1 compressa al giorno. Salvo diverso parere medico.



Prodotto titolato.

Fertimev[®]

10 flaconi da 25 ml

Un modo naturale, con un'azione salutistica non farmaceutica, per aiutare i problemi legati all'impotenza, all'infertilità, ai postumi di varicocele e per aiutare la tonicità.

Modalità d'uso: 1 flacone al giorno per uso orale. Salvo diverso parere medico.