

ioUomo

A cura della Società Italiana di Andrologia

www.andrologiaitaliana.it

Anno I - n. 2 Ottobre 2007

**VINCENZO GENTILE**

Presidente della Società Italiana di Andrologia

EDITORIALE**Un filo diretto senza tabù**

Cari Lettori, dobbiamo innanzitutto ringraziarvi per il grande interesse finora dimostrato per il nostro giornale e per il supporto che le vostre molte lettere, riflessioni, commenti positivi ci danno nella sua realizzazione. ioUomo è ancora giovane, siamo solo al terzo numero, ma si sta dimostrando un veicolo prezioso ed efficace per informare e sensibilizzare.

Il nostro obiettivo è chiaro: vogliamo creare una comunicazione semplice e diretta con quanti, uomini e donne, possano giovare dell'esperienza e professionalità della SIA per vivere meglio. Vogliamo incuriosire, stimolare la riflessione e il superamento dei tanti, troppi tabù legati alla salute maschile. E poiché la sfera dei problemi andrologici e sessuali è spesso la più difficile da affrontare, il nostro scopo è quello di facilitare il dialogo tra specialisti e pazienti, nella più totale fiducia e senza paure di sorta.

Per questo, e forti dei vostri numerosi consensi, portiamo avanti il nostro giornale e ci adoperiamo perché sia gratuito e accessibile a tutti, anche nel linguaggio. Inoltre, mettiamo a disposizione dei nostri lettori un ulteriore canale di conoscenza e di scambio, il sito www.andrologiaitaliana.it, dove, tra l'altro, è possibile scaricare tutti i numeri di ioUomo.

Negli ultimi mesi ci avete contattati in molti per chiedere consigli e sottoporre problemi ai nostri specialisti andrologi: ciò significa che qualcosa si è mosso e che la nostra campagna sta sortendo l'effetto sperato. Tuttavia, per favorire la prevenzione e promuovere la salute maschile, l'impegno non è mai troppo. Buona lettura!



» PUBERTÀ L'età della trasformazione

La fase fra gli 11 e i 18 anni è segnata da cambiamenti profondi, a livello fisico e psicologico. Si tratta di un periodo delicato, in cui il corpo si modifica e si acquisisce la capacità riproduttiva. Ma quello della pubertà è anche un momento difficile, segnato dal conflitto del ragazzo con i genitori e anche con se stesso. È la fase in cui la trasgressione è vissuta non solo come un desiderio, ma spesso come una necessità. E allora possono insorgere comportamenti a rischio, che specialmente in questo periodo diventano dannosi.

PAGINA 15

Maschi o femmine? Quando il corpo diventa una prigioniera

A volte il **sexso biologico** non corrisponde all'**identità** sessuale che la persona sente come propria. E allora l'unica soluzione sembra essere la **chirurgia**

Sembra facile, alla nascita, classificare un bambino come maschio o femmina; in realtà la formazione dell'identità sessuale è una questione lunga e complessa, in cui giocano un ruolo molti diversi fattori: basti pensare che in realtà esistono ben dieci sessi differenti! E quando il sesso psicologico non corrisponde a quello genetico sorgono i problemi, perché l'individuo, uomo o donna che sia, si sente a tutti gli effetti del sesso opposto. Se l'incongruenza diventa insopportabile, la persona può decidere di ricorrere alla riattribuzione chirurgica del sesso per diventare finalmente quello che sente di essere.

Falloplastica e vaginoplastica sono tuttavia operazioni complesse e ancora gravate da complicanze. Per questo, prima di sottoporre il paziente a un intervento del genere, i medici devono accertarne la reale opportunità, assicurandosi che il paziente sia effettivamente affetto da un Disturbo dell'Identità di Genere. Così, dopo sei mesi in osservazione psico-

logica, la persona comincia una terapia ormonale (maschilizzante o femminilizzante) e inizia gradualmente a vestire i panni del sesso desiderato. Solo alla fine di questo anno "di prova", l'équipe medica valuterà se autorizzare l'operazione o meno. Ci vuole tempo, quindi, per coronare il processo di cambiamento da uomo a donna o da donna a uomo, e anche dopo, quando il corpo è finalmente quello "giusto", l'appoggio del terapeuta resta fondamentale.

PAGINA 15

7 Sesso e sigaretta IL FUMO UCCIDE... ANCHE LA PASSIONE

I fumatori corrono tanti rischi, non ultimo quello di incorrere in una disfunzione erettile da sigaretta. La migliore terapia? Smettere.

19 XXY IL FILM CHE NON DICE LA VERITÀ

Gli uomini che soffrono della sindrome di Klinefelter non sono ermafroditi, come invece appare in un film acclamato a Cannes.

25 Disturbi minzionali TUTTA COLPA DELLA PROSTATA

Sorgono più spesso dopo i cinquant'anni e rendono la vita impossibile. Inoltre è dimostrato che non fanno bene al sesso.

Il maschio “senza limiti” che oggi sta cambiando

L'uomo è ancora poco attento alla propria **salute** e non accetta facilmente di essere curato. Tuttavia è in atto un **mutamento culturale** e la SIA si impegna a favorirlo con tutti i mezzi possibili. Anche con un Congresso

Il XXIV Congresso della Società Italiana di Andrologia si terrà dal 7 al 10 novembre nella città di Ancona. Il tema di quest'anno sarà piuttosto complesso, come testimonia il titolo stesso: L'Andrologo e la salute maschile tra natura, cultura e ambiente.

L'appuntamento ribadisce l'impegno della SIA a portare avanti quello che ritiene essere il suo compito primario: affiancare l'uomo con l'Andrologia, come branca specialistica medica di riferimento.

È stato sempre difficile per l'individuo maschile accettare la malattia, probabilmente per una questione culturale estremamente radicata.

La naturale conseguenza di questo modo di pensare è la tendenza, laddove insorga un problema di salute, a non richiedere una terapia, ritenendo che il fatto stesso di farsi curare evidenzia, comunque, una qualche forma di debolezza. È noto che i maschi accettino con qualche difficoltà limiti comportamentali nel bere, nel fumare e nelle attività fisiche, abitudini egualmente dettate dallo scopo più o meno conscio di dimostrare forza, invulnerabilità.

Fino alla prima metà del secolo scorso, inoltre, sussisteva una netta e quasi fobica differenza fra i diritti e i doveri degli uomini e delle donne: c'erano cose da uomini e cose da donne e l'attenzione alla propria salute

di **Vincenzo Gentile**

Presidente della Società Italiana di Andrologia
Giovanni Muzzonigro
Presidente del Congresso Nazionale SIA di Ancona 2007



Necessari confronto e divulgazione

Per tutti questi motivi, la SIA sente l'esigenza di divulgare i temi trattati durante il suo Congresso, al centro del quale sarà l'uomo con le sue problematiche: è essenziale, infatti, che l'uomo stesso si senta accompagnato durante un percorso che abbraccia diversi aspetti dell'essere maschio. L'Andrologo ha una valenza molteplice e dovrebbe seguire il bambino fin dalla pubertà: infatti, le sostanze ingerite o inalate dalla madre durante la gravidanza (alcol, fumo,

farmaci, smog, alimentazione scorretta) possono nuocere al normale sviluppo sessuale e riproduttivo del bambino. Poi, nel corso dell'infanzia e durante il suo sviluppo, possono intervenire nuovi fattori di rischio. Quanti errori alimentari,

per esempio, possono ritardare una pubertà o alterarla in altro modo? E quante abitudini di vita, durante l'adolescenza, possono danneggiare in maniera più o meno evidente l'apparato sessuale e riproduttivo maschile?

Quante abitudini di vita, durante l'**adolescenza**, possono **danneggiare** in maniera più o meno evidente l'apparato **sessuale e riproduttivo** maschile?





“Oggi, paradossalmente, sono quasi sempre le donne che accompagnano il figlio o il marito dall'andrologo, al contrario è rarissimo che un padre porti la figlia dal ginecologo”

Bisogna visitarsi

L'erezione come segno di salute e non solo di virilità: è questo il concetto che la SIA vuole ribadire. Sarebbe il caso, infatti, che questo fenomeno fisiologico cessasse di costituire un emblema assoluto dell'essere maschio, liberando anche l'uomo da ansie e aspettative ad esso legate, che ne possono aumentare la precarietà. Per le donne l'approccio è totalmente diverso: al momento della prima mestruazione, le mamme sono solite accompagnare le figlie dal ginecologo.

Da quel momento, la ragazza "riconosce" questo specialista come il proprio medico. Ciò non accade con i maschi. Salvo rare eccezioni, gli uomini arrivano a sposarsi senza essere stati mai visitati.

Quando il servizio militare era ancora obbligatorio, esisteva almeno la visita di leva a diciott'anni. Oggi anche questo controllo è stato abolito.

È vero: esistono realtà locali nelle quali vengono tutt'oggi effettuate visite scolastiche, ma sono rare ed episodiche. Tuttavia, dalle statistiche relative ai controlli scolastici, si evince che oltre 25 bambini su 100 presentano problemi dei genitali esterni o dello sviluppo. La maggior parte dei problemi può essere risolta se queste patologie vengono diagnosticate precocemente.

Analizzando la proiezione sul territorio nazionale delle percentuali sopra riportate, si scopre che il problema è molto più ampio di quanto possa sembrare: infatti, quel 25% corrisponde in Italia a un milione di bambini fra i 6 e i 14 anni. Un milione di individui che, se visitato in tempo, può essere guarito.

e al proprio aspetto era generalmente ritenuta estranea alla prima sfera e tipica della seconda. Un'eccessiva cura nell'aspetto di un uomo poteva destare sospetti sulla sua virilità.

Negli anni qualcosa è mutato: specialmente nel corso degli ultimi decenni il ruolo delle donne è cambiato e, con i mutamenti sociali, anche i pregiudizi culturali hanno subito un'evoluzione. Il rigido schema che separava i due sessi ha vacillato, costringendo anche gli uomini a rivedere il proprio ruolo e le sue componenti.

Se questa profonda revisione culturale, in atto tuttora, da una parte ha generato maggiore apertura, dall'altra ha però creato insicurezza.

Si sente spesso dire che l'uomo del terzo millennio è in crisi e che sia proprio la sua identità a essere minata.

Non è più sufficiente svolgere una buona attività sessuale per garantire l'uomo nella sua completezza.

Quel che è certo è che, nella società in cui viviamo, l'uomo deve ancora perfezionare un percorso di innovazione e revisione del proprio ruolo, iniziato solo pochi decenni fa, superando una posizione valida da millenni di storia passata.

Non sarà facile. Fino a pochi anni fa la disparità era preponderante anche in ambito professionale: l'uomo aveva tutte le porte aperte, mentre alla donna erano completamente interdetti alcuni mestieri.

Oggi le cose stanno rapidamente cambiando.

Fatti non parole

Nel bel mezzo di questa rivoluzione antropologica, perché di questo si tratta, la SIA ritiene che al di là delle analisi, ancorché raffinate e intelligenti, sia opportuno individuare pragmaticamente punti di riferimento che aiutino l'uomo a ritrovarsi e a crescere.

Gli aspetti di questa crescita sono molti e altrettante le necessità di sostegno.

Noi, in qualità di Andrologi, ci sentiamo indispensabili compagni di viaggio dell'uomo in cammino verso una meta che oggi è ancora poco chiara: infatti non sappiamo come evolverà il ruolo del maschio nel prossimo futuro. È chiaro, inoltre, che è difficile individuare un traguardo: una volta uscito definitivamente dai rigidi schemi del passato, l'uomo non potrà che continuare ad adattarsi alla società in perenne

mutamento. L'Andrologo può svolgere un ruolo importante in questo processo lungo e delicato, curandone la complessità e la molteplicità degli aspetti.

L'Andrologia, infatti, è una branca "trasversale" e alla Società Italiana di Andrologia appartengono specialisti differenti: andrologi, urologi, endocrinologi, psicologi, biologi, medici di medicina generale. Inoltre l'Andrologia stessa sta cambiando, puntando su una preparazione dei propri medici sempre più ampia e multifocale.

Fino a pochi anni fa si ignorava che l'erezione del pene fosse un indice anche fondamentale della salute generale dell'individuo e non soltanto di quella sessuale, ritenendo che tale funzione assolvesse al solo scopo di portare a termine il rapporto. Oggi sappiamo che una disfunzione erettiva può essere il campanello di allarme di malattie anche gravi, come quelle a carico del sistema cardiocircolatorio. Per questo è ancora più importante che l'uomo impari ad ascoltare il proprio corpo con attenzione e che si sia in grado di promuovere una cultura che favorisca questa consapevolezza.

Pensiamo ai problemi causati, ancora una volta, dal fumo di sigarette o di marijuana, dall'alcool o da altre sostanze stupefacenti. Anche lo sport può nascondere insidie, se durante gli allenamenti si assumono sostanze "dopanti": abbiamo già affrontato su l'Uomo

questo delicato argomento. Chi segnala questi rischi, chi li studia e, soprattutto, chi li cura? Ovviamente l'Andrologo. Il problema è che non tutti gli uomini lo sanno. Anzi, lo sanno in pochi. Così l'Andrologia non deve solo fare ricerca per migliorare le sue competenze

e offrire sempre migliori rimedi, ma deve anche sapersi pubblicizzare, per essere individuata chiaramente e positivamente come branca di riferimento maschile. E uno dei primi ostacoli a questo processo è proprio l'atteggiamento culturale di cui parlavamo sopra. Oggi, paradossalmente, sono quasi sempre le donne che accompagnano il figlio o il marito dall'Andrologo. Al contrario è rarissimo che un padre porti la figlia dal ginecologo. Le coppie infertili si presentano con ampi e dettagliati studi ginecologici e,

nella migliore delle ipotesi, con uno spermioγραμμα effettuato dal maschio, raramente e contro voglia. Questa, ancora oggi, è la mentalità dominante. Ma oggi esistono iniziative scientifiche a livello nazionale come il Congresso di Ancona, o la Settimana della Prevenzione Andrologica, o a livello locale come le visite scolastiche: progetti il cui obiettivo è quello di scardinare questa mentalità, aiutando l'uomo a vivere la propria virilità in modo più leggero, più libero e, soprattutto, meno solitario.

L'Andrologia non deve solo fare **ricerca**, ma deve sapersi pubblicizzare, per essere **individuata** chiaramente e **positivamente** come branca di riferimento maschile

È il periodo in cui si acquisisce la **capacità riproduttiva**, caratterizzato da profondi cambiamenti **fisici e comportamentali**. In questa fase delicata i genitori e i ragazzi stessi devono mantenere uno **stile di vita** che impedisca l'insorgenza di problemi

L'età della trasformazione

Pubertà è il termine che indica un periodo molto particolare della vita umana caratterizzato da trasformazioni fisiche e psichiche che portano all'acquisizione della capacità riproduttiva. Quando si parla di pubertà ci si riferisce prevalentemente, ai cambiamenti fisici, mentre con il termine adolescenza si amplia il concetto anche all'evoluzione psicologica.

Dal punto di vista biologico la pubertà trova un confine con l'età adulta solo quando l'individuo acquisisce la capacità riproduttiva: mediamente, in occidente, 11-13 anni per le femmine, 14-15 anni per i maschi. Il diritto civile, invece, stabilisce parametri più vari per definire l'età adulta: in alcuni paesi si fa riferimento a riti iniziatici ancestrali, in altri all'età della cosiddetta ragione: 16-18 anni. La psicologia ha confini assolutamente più sfumati, facendo riferimento allo sviluppo psichico con le sue varie connotazio-

ni sociali e comportamentali. In medicina, l'età adulta inizia con l'arresto della crescita, dai 22 ai 24 anni nella femmina e dai 25 ai 27 nel maschio. La capacità riproduttiva, che viene acquisita con l'evolversi della pubertà, è fondamentale per la prosecuzione della specie umana, anche se non è indispensabile per la sopravvivenza del singolo individuo: la sterilità non è una malattia, per quanto alcune malattie possano provocarla.

Il corpo che cambia

Prima della pubertà, i bambini e le bambine si differenziano esclusivamente per i genitali esterni e interni: pene, testicoli e prostata per l'uomo; vagina, utero e ovaie per la donna.

Nei maschi, durante la pubertà, la voce si modifica, crescono i peli sul pube e sotto le ascelle e aumenta il volume testicolare. I testicoli sono gli organi del corpo umano che, durante questa fase, crescono percentualmente più di ogni altro organo. La volumetria testicolare è il parametro fondamentale per la valutazione di una pubertà e sarebbe molto utile misurarla periodicamente. Nei maschi, inoltre, aumenta la massa muscolare, le spalle si allargano, mentre il bacino rimane stretto. La prima eiaculazione avviene, mediamente, intorno ai 14 anni.

La crescita in altezza si verifica in un arco di tempo più lungo della maturazione sessuale e dipende, come altri aspetti, prevalentemente dall'ereditarietà.

di **Alessandro Papini**
Andrologo
USL 8 Arezzo
Paolo Turchi
Andrologo
USL 4 Prato
Maria Novella Papini
Laurea
in Psicologia

Dal punto di vista ormonale possiamo dire, in estrema sintesi, che tutte le variazioni puberali sono legate a quattro ghiandole, due delle quali si trovano nel cranio (ipofisi e ipotalamo), mentre i testicoli si trovano nello scroto, cioè all'esterno dell'addome (poiché necessitano di una temperatura inferiore a quella corporea per mantenere una buona funzionalità).

La pubertà ha una specie di orologio biologico che varia da soggetto a soggetto ed è legato all'ereditarietà, alla razza, al clima, all'alimentazione.

In linea di massima si può dire che la pubertà inizia verso gli 11 anni e finisce verso i 18. Recenti studi dimostrano che lo sviluppo del corpo avviene nei maschi entro i 9.700 giorni di vita.

Se arriva prima qualcosa non va

Rispetto agli ultimi 20 anni, stiamo assistendo a un abbassamento dell'età media della comparsa dei segni

“**Recenti studi** hanno dimostrato che lo sviluppo del corpo avviene nei **maschi** entro i **9.700 giorni** di vita”

sessuali della pubertà: secondo gli auxologi (pediatri esperti della crescita) la pubertà viene definita precoce se si presenta prima degli 8 anni e mezzo nelle femmine e prima dei 9 nei maschi.

Gli studiosi ritengono che alcune cause esterne abbiano potuto modificare quei fattori che danno inizio alla pubertà: per esempio l'alimentazione sbagliata e l'obesità (vedi IoUomo n°1 pag. 20), molto comuni nella nostra attuale società, potrebbero incidere sul fenomeno. Una conferma di queste deduzioni viene dal fatto che bambini adottati in Paesi in via di sviluppo iniziano la pubertà in sintonia con la media del Paese che li ospita, in anticipo rispetto al periodo medio di inizio della pubertà nei loro Paesi di origine.

È stato inoltre dimostrato che la carenza di melatonina, un ormone la cui funzione principale è quella di regolare il ciclo sonno-veglia, è collegata al fenomeno della pubertà precoce.

Un recente studio effettuato in un paese in provincia di Arezzo, condotto in collaborazione con l'Università di Firenze, ha provato che, quando i bambini vengono tenuti lontano dalla televisione, dai videogiochi e dai computer, producono il 30% di melatonina in più. Ancor più sorprendente è il fatto che lo studio sia durato una sola settimana. Questi risultati confermano molto chiaramente il legame fra l'attuale stile di vita del mondo occidentale e la pubertà precoce.

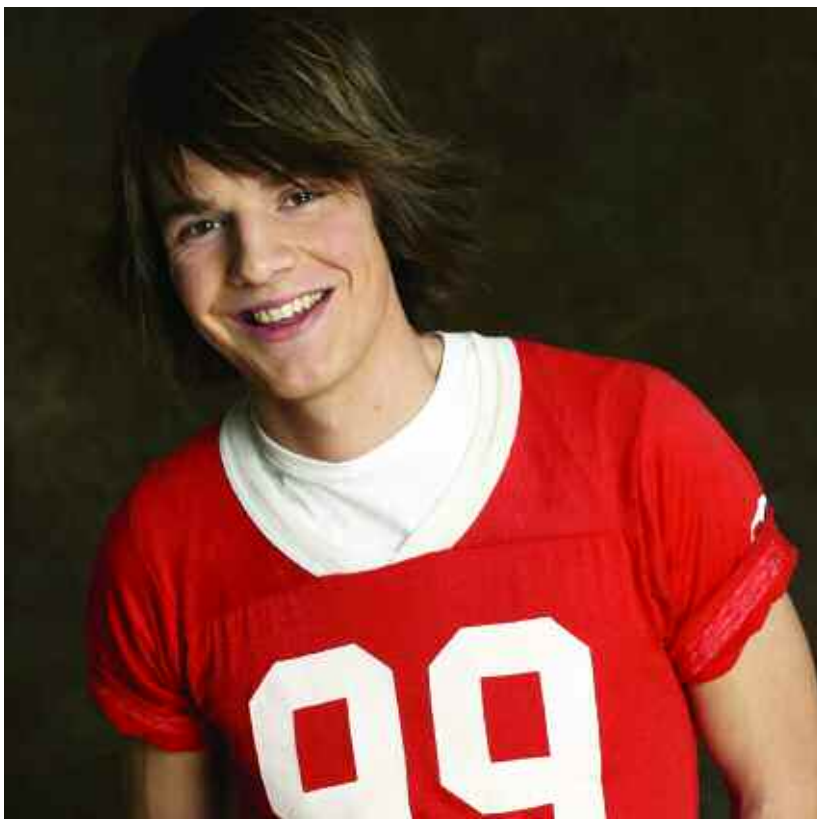
Un periodo burrascoso

La pubertà e il successivo periodo che, come abbiamo detto, viene definito adolescenza, determinano, insieme con i cambiamenti fisici, una rivoluzione nell'assetto psicologico e sociale dei ragazzi.

Il rapporto con i genitori diventa a volte burrascoso ed è comunque caratterizzato da una conflittualità più o meno latente. Il giovane si scopre in un corpo "nuovo", si sente già adulto e pretende di essere trattato come tale: non sopporta che i genitori lo considerino ancora un bambino.

Purtroppo, proprio in questo periodo gli adolescenti, in genere più i maschi delle femmine, cominciano a fare uso di sostanze tossiche: fumano sigarette, e a volte marijuana, e bevono alcolici. Questi comportamenti dipendono, psicologicamente parlando, dal desiderio di contestare il mondo degli adulti di cui i giovani si sentono schiavi, schiavitù spesso identificata con la dipendenza economica: i genitori hanno in mano il borsello.

Studi anche recenti dimostrano che i giovani adolescenti non metabolizzano correttamente l'alcol, che a questa età provoca, quindi, danni maggiori; inoltre, come dimostrano gli studi della Università di Worcester, negli adolescenti una sola sigaretta può essere sufficiente a determinare la dipendenza; per non



parlare della dipendenza da marijuana che oggi il mondo scientifico non considera più una droga leggera per i gravissimi danni che provoca (vedere IO UOMO n°1 pagg. 8-9).

Il sesso è una cosa seria

In conclusione non possiamo non ribadire l'assoluta opportunità di realizzare una prevenzione efficace dei possibili problemi connessi allo sviluppo, proprio nell'età pubere: in-

fatti, i danni da cattive abitudini o da patologie vere e proprie che si verificano in questo periodo possono e debbono essere prevenuti o quanto meno conosciuti per poterne contenere le conseguenze.

Nella nostra esperienza, abbiamo riscontrato l'efficacia di un approccio preventivo basato sulla sensibilizzazione dei giovani sui danni sessuali connessi a certi comportamenti.

Molti ragazzi hanno difficoltà a rispet-

L'INDICE DI MASSA CORPOREA

Ecco una tabella nella quale è riportato l'indice di massa corporea normale, secondo il sesso, l'età e il percentile (una zona statistica prevista in base alle misurazioni standard e che, pertanto, è da ritenersi normale). Per calcolare l'indice di massa corporea bisogna dividere il peso per l'altezza al quadrato.

Formula ➡ **peso : altezza²**

Esempio:  10 ANNI
h 1,45
40 kg
 $1,40^2 = 1,96$
40 : 1,96 = 20,4

maschi	Percentili	2 anni	10 anni	20 anni
	5	14,8	14,2	19,1
	10	15,1	14,6	19,8
	25	15,8	15,5	21,2
	50	16,6	16,6	23
	75	17,6	18,2	25,4
	85	18,2	19,4	27
	90	18,6	20,4	28,4
	95	19,4	22	30,6

femmine	Percentili	2 anni	10 anni	20 anni
	5	14,4	14	17,8
	10	14,8	14,6	18,5
	25	15,6	15,5	19,8
	50	16,4	16,8	21,8
	75	17,4	18,6	24,4
	85	18	19,8	26,5
	90	18,4	21	28,2
	95	19,2	23	31,8

PER RIASSUMERE

La pubertà nel maschio inizia tra i 9 e i 14 anni (in media a undici anni e mezzo)

Si completa in circa tre anni e mezzo (in un range tra i 2 e i 4 anni e mezzo)

L'aumento di volume dei testicoli è la prima evidenza della pubertà nel 98% dei maschi

tare le diete alimentari, ma riescono a dimagrire se temono problemi di sviluppo del "pisello"; lezioni frontali sui danni da droghe sono state seguite in religioso silenzio da centinaia di giovani, quando hanno capito che i danni dei quali si parlava riguardavano gli organi sessuali. Per questo riteniamo che l'andrologo possa e debba essere un punto di riferimento ineludibile nell'educazione sanitaria dei giovani.

Promemoria non solo per mamma e papà

I genitori devono tenere presente

che una visita per i figli tra gli 11 e i 21 anni di età è raccomandata (dal pediatra, dall'andrologo o dal medico di famiglia) in almeno 3 periodi:

- inizio adolescenza (11-14 aa)
- media adolescenza (15-17 aa)
- tarda adolescenza (18-21 aa)

Gli adolescenti dovrebbero invece:

- Evitare gli alcolici (soprattutto quando si guidano veicoli)
- Evitare il fumo di sigaretta e di altre sostanze tossiche
- Fare una sana e appropriata attività fisica
- Cercare di avere abitudini dietetiche salutari evitando il sovrappeso
- Attuare un comportamento sessuale responsabile con uso del profilattico ed evitare le gravidanze indesiderate con metodi contraccettivi appropriati



Costruire salute



*L'impegno di Pfizer Italia
per migliorare la qualità della salute
e della vita delle persone.*

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.

Aumentano i problemi di fertilità delle coppie e sotto accusa, quando non si riesce a trovare una giusta causa medica, compresa quella genetica, finisce sempre lui, l'Ambiente, con tutto l'insieme di sostanze note e meno note, visibili e invisibili che, periodicamente, spuntano dal terreno di questa o quella regione. Importante però è considerare che la tossicità di una sostanza dipende sia dalle sue caratteristiche intrinseche sia dalla reale quantità con cui si viene a contatto. Di conseguenza le intossicazioni sono rare, mentre i fattori che interferiscono con la fecondità vanno ricercati essenzialmente nelle abitudini di vita, spesso sbagliate per volontà dell'individuo stesso.

Nonostante ciò, da circa 50 anni, le analisi condotte sul liquido seminale degli uomini evidenziano una graduale riduzione del numero degli spermatozoi e della loro motilità.

Stili di vita

Ormai è una certezza. Fumo, alcol, droghe, in modo diverso, contribuiscono all'infertilità. Il fumo di sigaretta è dannoso perché costituisce

di **Aldo Franco De Rose**

Specialista Urologo e Andrologo, Clinica urologica, Ospedale San Martino Genova

La fertilità può essere messa a rischio da **sostanze nocive** presenti nell'ambiente. Non bisogna, però, dimenticare che anche **lo stile di vita** influisce sulla buona funzionalità dell'**apparato riproduttivo** maschile



Virilità tossica: i veleni che ci rendono sterili



un rischio reale per il tumore della vescica e del polmone e causa danni alla circolazione, invecchiamento della pelle, impotenza e non risparmia neppure la fertilità: nella donna compromette il movimento ciliare dell'epitelio che riveste le tube di Falloppio, mentre nell'uomo riduce la libido e porta a una progressiva alterazione del parenchima testicolare.

Anche gli sportivi sono a rischio. Spesso, infatti, questi ultimi assumono steroidi, tanto che in certi ambiti sportivi è stato stimato un uso di tali sostanze del 50-60%. Esse hanno un'azione negativa sull'apparato riproduttivo, sulla sessualità e in particolare sulla fertilità. Chi assume dosi massicce di

steroidi androgeni anabolizzanti per un lungo periodo di tempo ha il 100% di possibilità di avere alterazioni del liquido seminale, che possono tradursi in infertilità. Per dosi massicce si intendono quelle da 10 a 30 volte superiori alla normale terapia sostitutiva regolarmente prescritta.

Inoltre, bisogna fare attenzione all'aumento della temperatura scrotale e quindi dei testicoli. Non solo chi per lavoro è esposto quotidianamente a fonti di calore, ma anche chi passa troppe ore seduto in automobile, davanti al computer e al televisore, favorisce il surriscaldamento della sacca scrotale, che inibisce la spermatogenesi. Infine lo stress. Oltre alle ripercus-



Un'altra sostanza sul banco degli imputati è il **PVC** che, alla luce degli studi condotti, è stato già **eliminato dalle bottiglie di plastica per l'acqua minerale e dalle condutture dell'acqua**

Un inquietante sconosciuto

Potenzialmente lo smog elettromagnetico rappresenta un nuovo fattore di rischio che andrebbe a combinarsi con le altre forme di inquinamento, ma fino a questo momento non esiste alcuna certezza. Piuttosto si cerca nello smog elettromagnetico il responsabile di malattie apparentemente senza causa, soprattutto per le varie forme di tumore. Ma delle onde elettromagnetiche sappiamo pochissimo. Due anni fa uno studio pubblicato sulla rivista "Fertility and sterility" sulle persone che lavorano nelle stazioni radar ha messo in luce alcuni effetti non chiari sulla ridotta motilità degli spermatozoi. Si tratta di studi condotti su campi elettromagnetici molto alti, sicuramente molto più elevati rispetto ai livelli riscontrabili a livello urbano.

sioni psicologiche, esso può creare problemi organici, mettendo in moto meccanismi di compensazione ormonale con effetti negativi sulle funzioni sessuale e riproduttiva.

Sostanze dannose

Molte sostanze chimiche presenti nell'ambiente interferiscono con la normale funzione riproduttiva del maschio.

Alcune di queste, come i pesticidi, le diossine, i fitoestrogeni, utilizzati in agricoltura o zootecnia, possono "simulare" o addirittura bloccare l'azione degli ormoni sessuali maschili, alterare il delicato equilibrio ormonale dell'organismo e causare delle forme di sterilità "pre-testicolare". Altre, come il 2-bromopropano, un solvente usato con i clorofluorocarburi (CFC), inducono un

danno testicolare diretto, andando a colpire in particolare le cellule progenitrici degli spermatozoi. Al contrario, gli estrogeni assunti dalla madre attraverso il cibo o a causa dell'inquinamento (anche delle falde acquifere), riducono già nel neonato il numero di spermatogoni che si sviluppano nel tempo come spermatozoi. Un'altra sostanza sul banco degli imputati è il PVC che, alla luce degli studi condotti, è stato già eliminato dalle bottiglie di plastica per l'acqua minerale e dalle condutture dell'acqua.

Tuttavia è molto difficile agire a livello di prevenzione primaria, sull'ambiente, in campo andrologico e non, in quanto il numero delle sostanze con un possibile effetto negativo sulla salute è veramente enorme e non sempre ben evidente.

Traffico

Come se non bastasse arriva anche l'inquinamento da traffico stradale a danneggiare la fertilità maschile alterando le qualità dello sperma. Lo dimostra una ricerca condotta da un team dell'Università di Napoli, diretto dal professor Michele De Rosa, su 83 impiegati ai caselli autostradali maggiormente trafficati, quindi esposti ad alti livelli di inquinamento da autoveicoli.

I livelli di Fsh (follicle stimulating hormone), Lh (luteinizing hormone) e testosterone, contenuti nel loro sperma erano in tutti più bassi del normale. Non solo rispetto alle misurazioni in un analogo gruppo di controllo di individui non esposti agli stessi livelli di inquinamento, ma anche ai normali "range" indicati dall'Oms.

Si sono riscontrate anomalie anche

nella "motilità" e nelle funzioni cinetiche degli spermatozoi, una delle cause dell'infertilità maschile.

Anche la verde

L'Unità Operativa di Andrologia di Pisa, diretta dal professor Fabrizio Menchini Fabris, ha effettuato uno studio insieme a un gruppo di ricercatori della Facoltà di medicina veterinaria, per verificare se, con l'introduzione della benzina verde (senza piombo), ci fosse stato un miglioramento del numero e della motilità degli spermatozoi. Nel liquido seminale di alcune persone altamente esposte al traffico è stata osservata la presenza di derivati del benzene, un costituente della benzina senza piombo. Ciò significa che anche alcune sostanze presenti nella benzina verde sono nocive e possono alterare la fertilità.

Salmone e figli maschi: due studi recenti

Esistono almeno altri due studi internazionali che confermano una stretta relazione tra inquinamento ambientale e infertilità.

I due studi indipendenti sono stati pubblicati sulla prestigiosa rivista Human Reproduction. Nel primo gli scienziati del Scanian Andrology Centre, Fertility Centre, presso il Malmö University Hospital della Lund University in Svezia, hanno scoperto che l'esposizione a inquinanti ambientali, della famiglia delle sostanze clororganiche persistenti, sbilancia il rapporto dei sessi in favore della produzione di spermatozoi portatori del cromosoma Y. Il cromosoma Y è quello

maschile, questo significa che aumenterebbe la possibilità di generare figli maschi.

Lo sbilanciamento in favore degli spermatozoi portatori del cromosoma Y è emerso studiando 149 pescatori di età compresa tra i 27 e i 67 anni.

Tuttavia, i ricercatori svedesi non sono ancora in grado di stabilire con certezza se il fenomeno porterà in futuro alla nascita di più maschi.

In particolare gli scienziati hanno analizzato nel campione il livello individuale di esposizione a due sostanze inquinanti clororganiche persistenti, il DDE e il CB-153, cui molto probabilmente non sfugge chi consuma pesci grassi come il salmone. Raccolti i dati, gli esperti hanno confrontato il 20 per cento degli uomini con il tasso più alto di esposizione al DDE e il 20 per cento di quelli con il tasso più basso, rilevando che i primi hanno l'1,6 per cento in più di spermatozoi con cromosoma Y. In quelli esposti al CB-153 l'aumento rilevato è stato dello 0,8 per cento.

Il secondo studio, svolto in Lituania, dimostra invece che aree inquinate di questo Paese sono

associate a un alto tasso di criptorchidismo, ovvero testicoli che non scendono e si trovano in posizione anomala, al di fuori della sacca scrotale, condizione da tempo associata a problemi di fertilità e maggior rischio cancro ai testicoli.

Le sostanze inquinanti potenzialmente a rischio sono presenti nell'ambiente come sottoprodotto di processi industriali e agricoli. Da questo secondo studio sembra emergere che i fattori ambientali possono avere effetti diretti sulla salute riproduttiva maschile. La ricerca ha infatti mostrato un tasso di incidenza maggiore di ectopia testicolare o criptorchidismo in Lituania (5,7 per cento), in Danimarca (9 per cento) e in Finlandia (2,4 per cento).

In base ai dati sulla qualità del liquido seminale e sul tumore ai testicoli negli stati del mar Baltico, i ricercatori si aspettano risultati simili anche per i ragazzi finnici e lituani.

Uno studio svolto in Lituania dimostra che le **aree inquinate** di questo Paese sono associate a un alto tasso di **criptorchidismo**

Lo sbilanciamento in favore del **cromosoma Y** è emerso studiando **149 pescatori** di età compresa tra i 27 e i 67 anni

Organon

www.organon.it



Testosterone: il custode indiscusso della virilità

È responsabile dello sviluppo degli **organi sessuali**, ma regola anche il **timbro di voce**, la formazione della barba e dei peli e **la muscolatura dell'uomo**. Se non è abbastanza ne risente **tutto il corpo...** e spesso anche l'umore

Il testosterone è l'ormone maschile per eccellenza ed è prodotto principalmente dalle cellule di Leydig situate nei testicoli. È deputato allo sviluppo degli organi sessuali (differenziazione del testicolo e di tutto l'apparato genitale) e dei caratteri sessuali secondari dell'individuo di sesso maschile come barba, distribuzione dei peli, timbro di voce, muscolatura ecc. I testicoli di un uomo adulto producono mediamente dai 5 ai 7 mg di testosterone al giorno. Esso viene rilasciato nel sangue dove circola per il 98% legato a delle proteine di trasporto. La quota libera, che corrisponde al 2%, è principalmente responsabile delle attività esercitate dall'ormone. La proteina SHBG (Sexual Hormone Binding Globulin) lega circa il 60% del testosterone. Il restante 38% è legato all'"albumina", con la quale il testosterone stabilisce un legame molto più debole, in modo tale da poter fungere da riserva circolante utilizzabile in caso di carenza. La quota complessiva composta dal "testosterone libero" e da quello "legato all'albumina" viene definito con il termine di testosterone biodisponibile. La produzione di testosterone risponde a un ritmo circadiano, quindi i livelli sono più alti al mattino (tra le 7 e le 11) e diminuiscono progressivamente lungo l'arco della giornata, toccando i livelli più bassi alla sera.

Indispensabile a ogni età

Le attività del testosterone sono molteplici e diverse a seconda dell'età del soggetto.

Nel feto, il testosterone è responsabile della differenziazione dei genitali esterni verso l'aspetto (fenotipo) maschile. La produzione insufficiente di testosterone da parte del feto comporta mancato o inadeguato sviluppo degli organi sessuali e fenotipo femminile anche se il feto è geneticamente maschio.

di Rocco Rago
Andrologo -
Direttore U.O.
di Andrologia
e Fisiopatologia
della
Riproduzione -
Osp. S. Maria
Goretti
di Latina

In età puberale, il testosterone interviene sulla maturazione dei testicoli e sui caratteri sessuali secondari:

- crescita dei peli a livello di: viso, gambe, torace, pube e ascelle
- tono profondo della voce (allungamento delle corde vocali)
- distribuzione della massa grassa
- sviluppo scheletrico
- carattere e idea di sessualità, definendo ancora di più le differenze fra i due sessi.

Nell'adulto, il testosterone è responsabile del mantenimento dei caratteri maschili.

Quando è poco

Il deficit di testosterone è denominato ipogonadismo e definisce un quadro ematochimico caratterizzato da livelli circolanti di testosterone inferiori a 12 nmol/L (3,45 ng/ml).

Le condizioni che determinano ipotestosteronemia possono essere molteplici: si parla di ipogonadismo pri-

mario quando il difetto di sintesi dell'ormone dipende dal testicolo (traumi testicolari, orchietomia ecc.), l'ipogonadismo è invece secondario se dipende da deficit centrali legati a una carenza o assenza di produzione dell'ormone LH che regola la sintesi testicolare del testosterone. Questa condizione è spesso diagnosticata tardivamente in corso di accertamenti riguardo all'infertilità.

Una particolare sindrome è rappresentata dalla resistenza periferica all'ormone da parte dei recettori androgenici nelle cellule bersaglio. Una diminuzione di livelli di testosterone si riscontra anche in caso di malattie croniche (insufficienza renale, epatopatie croniche e diabete).

Capsule, iniezioni o... cerotti

Come evidenziato, il testosterone è importante lungo tutto l'arco della vita di un individuo. Pertanto, laddove si rilevi una carenza biochimica

associata a sintomi, è necessario approntare una terapia sostitutiva per ripristinare lo stato di salute generale: in tal caso anche la funzione sessuale sarà suscettibile di miglioramento. Il testosterone è disponibile in capsule, fiale per iniezione intramuscolare, gel e cerotti a rilascio transdermico. L'esame clinico prevede la valutazione della prostata per via rettale e l'analisi di alcuni parametri biochimici quali l'emocromo, il psa, il testosterone ematico totale, libero e l'SHBG. Sarà l'andrologo a indicare tempi, modi e durata della terapia in base alle condizioni cliniche del paziente. Se coesiste un problema di iniziale disfunzione erettile, come spesso succede nell'individuo anziano, si possono prescrivere in associazione gli inibitori delle PDE5 a dosi personalizzate. Oltre ai farmaci, è fondamentale mantenere un buon controllo metabolico ed effettuare un adeguato e costante esercizio fisico.



Adulto o bambino, se manca si vede

DEFICIT DI TESTOSTERONE PRIMA DELLA PUBERTÀ

Il ragazzo può conservare alcune caratteristiche sessuali infantili con mancato sviluppo dei genitali e dei caratteri secondari:

- la voce non si modifica
- i muscoli non hanno tono
- la barba è rada
- la distribuzione dei peli corporei è simile a quella femminile
- Il deficit ormonale in questa fase può comportare inoltre la crescita sproporzionata delle ossa lunghe, poiché il testosterone agisce sulla saldatura dell'epifisi rallentando la crescita delle ossa
- La disfunzione ormonale può compromettere anche la produzione di spermatozoi e la fertilità

DEFICIT DI TESTOSTERONE IN ETÀ PUBERALE

- disturbo psicologico per effetti negativi sull'umore
- fisico poco virile
- problemi di identità
- disagio sociale
- depressione

SEGNI CLINICI DELLA CARENZA DI TESTOSTERONE NELL'ADULTO

Osteoporosi

- Mal di schiena
- Fratture
- Riduzione di altezza

Composizione corporea

- Aumento del tessuto adiposo
- Adipogenecomastia
- Riduzione della massa magra

Forza muscolare

- Atrofia muscolare
- Riduzione della forza

Pelle

- Secchezza
- Riduzione produzione di sebo
- Riduzione secondaria crescita del pillo

Funzione sessuale

- Perdita di libido
- Disfunzione erettile

Anemia

- Stanchezza cronica

Sintomi soggettivi e vegetativi

- Iperidrosi
- Vampate
- Sonnolenza
- Perdita di energia
- Apatia
- Ansietà
- Depressione
- Perdita di prospettive
- Disturbi del sonno

NON È SEMPRE UNA MALATTIA

Secondo alcuni studi, un calo di testosterone pari all'1% annuo inizierebbe già a partire dai 50 anni determinando un ipogonadismo biochimico nel 20% dei soggetti oltre i 60 anni e raggiungendo un picco del 35% negli ultra settantenni. Considerando che in Italia gli over-sessanta rappresentano il 12% della popolazione, circa 6 milioni di persone sono da ritenersi potenzialmente affetti da ipogonadismo più o meno severo. Vi sono pazienti che accusano solo sintomi modesti; altri che possono presentare delle connotazioni più gravi. Il calo di produzione degli ormoni sessuali, in questa condizione specifica, è da considerarsi quindi un processo naturale e non una malattia.



**SOLVAY
PHARMA**

Innovare per Crescere

Andropausa: il momento della menopausa maschile

Può comparire nel maschio con **l'avanzare degli anni** ed è caratterizzata da manifestazioni cliniche riconducibili a una **ridotta disponibilità del testosterone**. Ma qualcuno esprime scetticismo sulla sua effettiva esistenza

Andropausa, viropausa, andropenia, andromiosi, androlessi, andro-deficit: sono tanti i termini per indicarla e altrettanto numerosi sono coloro che sostengono che nell'uomo esista un complesso sindromico simile a quello che nella donna è definito climaterio o menopausa; non mancano però gli scettici che basano la loro critica sull'estrema variabilità del quadro clinico in questa fase della vita del maschio, che può essere talmente sfumato da non essere percepito fino a tarda età.

Tuttavia non si può non essere d'accordo con Jed Diamond (1997) quando afferma che "all'uomo non cessano le mestruazioni per il solo fatto di non averle mai avute", tanto da coniare il termine ed avallarne l'esistenza di "menopausa maschile".

Questa affermazione vuole essere una forte provocazione nei confronti di coloro che si ostinano a mettere in dubbio la reale esistenza dell'andropausa, sindrome caratterizzata da cambiamenti che interessano quasi tutti gli aspetti della vita dell'uomo (fisici, psichici e sessuali ma anche interpersonali, sociali ed etici) associati a variazioni biochimiche e soprattutto ormonali, del testosterone in particolare.

Il ruolo del testosterone

Anche se non è facile accettare che anche l'uomo abbia cicli ormonali, forse solo per un problema culturale relativo alla stessa idea di identità maschile, i ritmi di secrezione del testosterone sono caratterizzati da fluttuazioni giornaliere con livelli più alti al mattino e più bassi al pomeriggio, fluttuazioni mensili molto variabili per ciascun individuo e fluttuazioni annuali, livelli più alti a ottobre e più bassi ad aprile. Questi ritmi si alterano con livelli molto ridotti (20-35%) a partire dai 60 anni.

La riduzione dei livelli del testosterone (inferiore a 2 ng/ml) dipende da una ridotta funzione ormonale del testicolo che può essere primitiva oppure condizionata da alterazioni dell'ipotalamo e dell'ipofisi, in particolare della qualità e/o quantità di secrezione dell'ormone LH.

A tali modificazioni dell'assetto neuro-endocrino è legata la comparsa di alcuni sintomi clinici specifici che

possono essere di natura fisica, psichica e sessuale.

Le terapie

I presupposti della terapia, oltre al miglioramento dei sintomi descritti, si basano sull'evidenza che la riduzione del testosterone sia correlata con una maggiore frequenza di malattie cardiovascolari, infarto miocardico e ictus cerebrale; il testosterone agisce infatti dilatando le coronarie, aumentando la soglia ischemica del cardiopatico e proteggendolo da numerosi fattori di rischio quali iperlipemia, iperinsulinismo, trombofilia e obesità.

Le cure tendono dunque a reintegrare la carenza del testosterone.

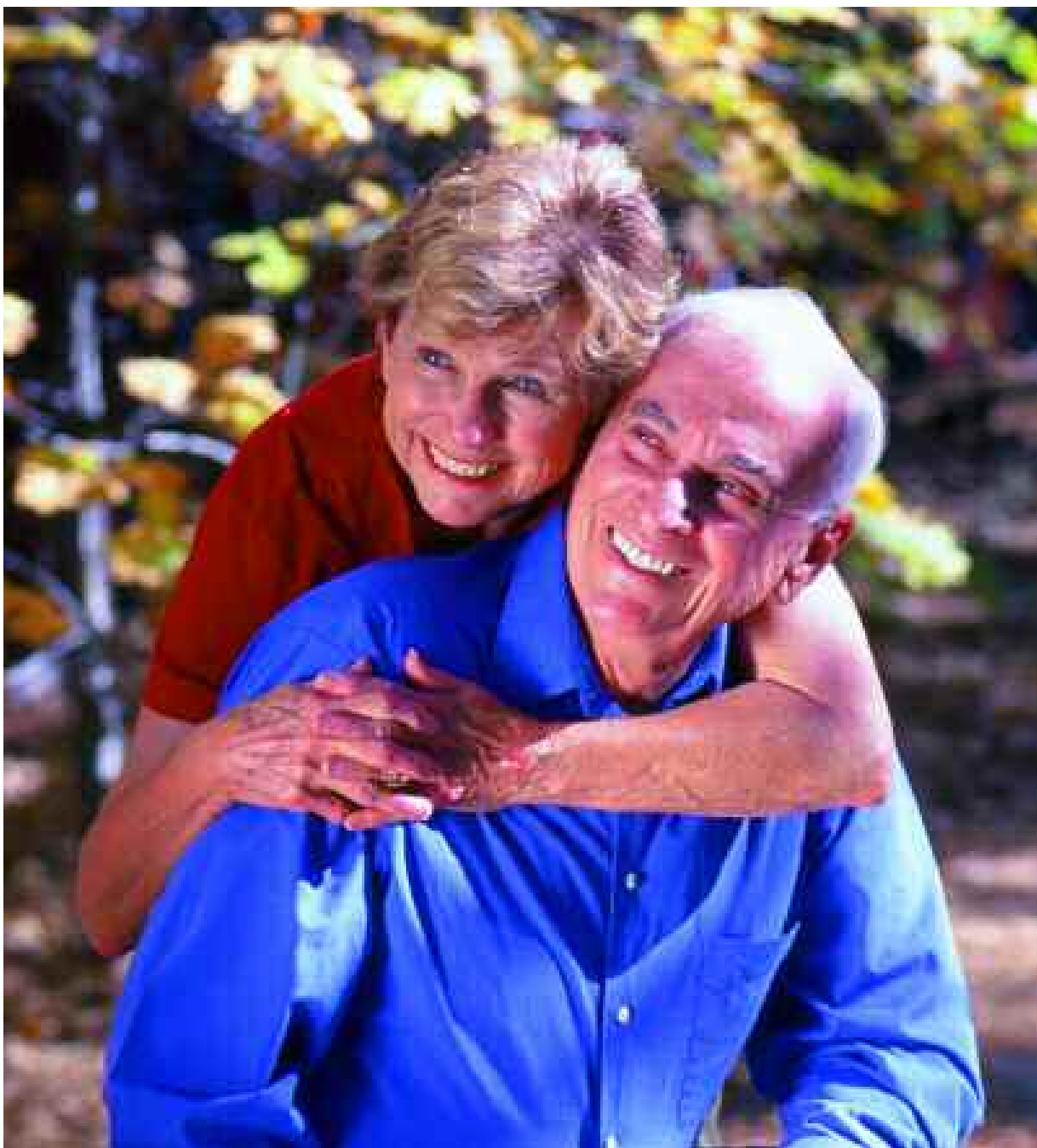
A questo scopo sono disponibili numerosi preparati, tutti efficaci e sicuri ma diversi per posologia, vie e frequenza di somministrazione.

La scelta del farmaco deve essere fatta dal medico (meglio se specialista) che deve anche monitorarne il trattamento in base alla risposta di ciascun paziente e tenendo ben presente l'esistenza di controindicazioni assolute (cancro mammario, della prostata e apnea notturna) e relative (ipertrofia prostatica, patologia epatica, ritenzione idrica e policitemia).

Le preparazioni in commercio sono per via orale, iniettiva e transdermica.

Quelle iniettabili e i dispositivi a lento rilascio non sono in grado di riprodurre il ritmo circadiano di produzione di testosterone, obiettivo che può essere più facilmente raggiunto con le preparazioni per via transdermica e, aggiustando la dose, anche con i preparati per via orale.

Preparati orali. Gli aspetti positivi sono la flessibilità della dose, la possibilità di una immediata sospensione e la possibilità di autosomministrare.



La **carenza di testosterone** è la principale causa di questa sindrome. Tuttavia esistono **farmaci** che compensano tale mancanza e che possono mitigare tanto i **disagi sessuali**, quanto le patologie fisiche da essa derivanti

si il farmaco. È invece da considerare il rapido metabolismo epatico e intestinale, che impone un attento controllo.

Il T undecanoato, per esempio, è un prodotto liposolubile e deve essere assunto durante i pasti. Ha buone capacità di mantenere i giusti livelli di Testosterone e non è tossico per il fegato.

Un altro composto disponibile per via orale è il mesterolone, il cui effetto androgenizzante è però parziale ed è pertanto considerato un'opzione terapeutica non ottimale.

Preparati iniettabili. Gli aspetti positivi sono il basso costo, la sicurezza e una somministrazione dilazionata (ogni 7-28 giorni).

Per le loro modalità di somministrazione, tuttavia, gli esteri iniettabili del testosterone presentano diversi inconvenienti.

Uno dei principali è l'incostanza dei livelli sierici nelle prime ore e, talvolta, la rapida riduzione nei giorni successivi, con analoghe oscillazioni del tono di umore e del senso di benessere e con possibile insorgenza di sensibilità mammaria e ginecomastia.

I preparati più utilizzati sono il T propinato, che ha un'azione breve e richiede una somministrazione quotidiana; il T enantato che ha una durata d'azione prolungata e richiede somministrazione ogni 10-28 giorni per mantenere livelli di testosterone nel range normale; preparazioni in associazione, che assicurano più stabili livelli di testosterone.

Preparazioni transdermiche. In Italia è oggi disponibile una formulazione in cerotto e prodotti somministrabili in gel. La terapia transdermica ha capacità di assicurare un fisiologico apporto di testoste-



rone nelle 24 h; inoltre minimizza l'eccessiva eritropoiesi e la soppressione gonadotropinica, se confrontata con la terapia iniettiva.

L'impiego del cerotto è limitato dalle frequenti reazioni cutanee irritative. Il gel offre, invece, tutti i vantaggi della via transdermica senza provocare tali effetti collaterali.

Un problema da considerare

Per concludere, credo siano sufficientemente validi gli argomenti a sostegno della reale esistenza dell'andropausa; io stesso posso testimoniare, in base a un'esperienza

ultratrentennale, l'esistenza di diverse migliaia di pazienti con manifestazioni cliniche, le più disparate per entità e tipologia, ma sempre riconducibili a una riduzione della biodisponibilità del testosterone.

La Società Italiana di Andrologia invita, quindi, tutti i medici a tenere nella dovuta considerazione questa ipotesi diagnostica, indagando opportunamente quegli uomini che presentano questi sintomi, trattandoli e monitorandoli e ad attenersi a quelle regole di sicurezza che una terapia a lungo termine richie-

I PRINCIPALI SINTOMI

Fisici

ripresa più lunga da malattie o traumi; resistenza più breve all'attività fisica; difficoltà a leggere caratteri più piccoli; tendenza all'eccedenza ponderale; tendenza all'osteoporosi; alterazioni cutanee e del pilizio; disturbi del sonno e della memoria; vampate e sudorazione immotivate.

Psichici

Indecisione, irritabilità, ansia, paura, depressione e difficoltà nel gioire, perdita di fiducia in se stessi; sensazione di solitudine, di non attrarre e di non essere amati.

Sessuali

Interesse ridotto per il sesso, ansia di perdere la potenza sessuale, problemi conflittuali nelle relazioni sociali, sessuali, intime e affettive; fantasie erotiche rivolte a partner nuove e più giovani; deficit della qualità dell'erezione e/o del suo mantenimento; peggioramento della qualità orgasmica e riduzione del volume dell'eiaculato.

Pur non essendo completo, questo elenco di sintomi può essere sufficiente a definire il complesso sindromico, la cui diagnosi si basa quindi sulla coesistenza di queste manifestazioni cliniche e sulla riduzione del testosterone confermata da test biochimici.

de. Così operando, potremo consentire ad una percentuale elevata di uomini, tra i 50 e i 70 anni, che anche per altri motivi attraversano un periodo molto delicato dell'esistenza, di mantenere un'adeguata massa ossea e muscolare, potenziando la propria forza e resistenza fisica; inoltre, permetteremo loro di migliorare il tono dell'umore e la libido, nonché la funzione erettile, senza trascurare, infine, la riduzione del rischio cardiovascolare.

In sintesi, regaleremo loro una qualità di vita decisamente migliore.

Lo studio

Concepimenti "anziani": sono un rischio anche per lui

Dalla fine degli anni '50 il ruolo della donna nella società è molto cambiato e l'età della prima gravidanza si è di molto procrastinata. Tuttavia, la fertilità della donna comincia a ridursi dopo i 30 anni e decresce rapidamente soprattutto tra i 37 e i 40 anni, a causa della progressiva diminuzione degli ovociti. L'età maschile rappresenta invece un punto di controversia nella letteratura attuale, poiché nell'uomo si ha la continua produzione degli spermatozoi sino alla tarda età, mentre le alterazioni ormonali, che pure si verificano, non sembrano influenzare tale capacità. La storia ci ricorda infatti che "attempati" personaggi, come Pablo Picasso, Charlie Chaplin e Marlon Brando, sono diventati padri in età avanzata. In letteratura non c'è accordo neppure sui parametri seminali; infatti mentre alcuni lavori sottolineano diminuzione della motilità, altri addirittura sostengono aumento del numero nemaspermico. Giunge in aiuto un recente

lavoro comparso su Fertility and Sterility nel maggio 2006, nel quale, tra l'altro, è stata analizzata l'età paterna di 1938 coppie sottoposte a PMA per sola indicazione tubarica, vale a dire casi in cui tutti gli altri fattori di sterilità erano stati esclusi. Premessa quindi la normalità del liquido seminale, questo studio ha dimostrato un netto aumento di fallimento riproduttivo nelle coppie con partner maschile "over 40" rispetto a quelle in cui l'età paterna era inferiore a 30 anni. Tale differenza si è dimostrata maggiormente evidente quando anche l'età femminile superava i 35 anni. Possiamo quindi desumere che anche nell'uomo l'età potrebbe interferire con la fertilità; ad oggi però manca la ricerca scientifica di base che lo documenti. Non sono infatti completamente noti i meccanismi che regolano il potere fecondante del maschio, per cui risulta ancora difficile stabilire i criteri entro i quali confinarne la fertilità.

Con l'aumentare dell'età, inoltre, si sommano nel tempo fattori negativi per la fertilità (alcol, fumo, inquinamento ambientale e alimentare, ecc.) o patologie nocive per la funzionalità gonadica (varicocele, infezioni genitali, diabete, ipertensione e obesità per entrambi). Per ovviare a questi inconvenienti relativi al fenomeno sociale dell'innalzamento dell'età riproduttiva, la Diagnosi Genetica Preimpianto (PGD) si è proposta nel mondo come nuova metodologia per identificare, grazie alla Ibridazione in Situ (FISH), le aneuploidie prima dell'impianto, specie nelle coppie ad elevato rischio genetico e riproduttivo. Prima della assurda Legge 40/2004, ciò era possibile soprattutto in Italia, dove gli scienziati mettevano il loro sapere a disposizione delle coppie e del mondo scientifico internazionale.

Lamberto Coppola

Andrologo - Ginecologo Centro Medico Biologico Tecnomed - Nardò (LE)

Gli individui che soffrono di **questa malattia** sono maschi con un cromosoma di tipo sessuale in più. Tuttavia, **le conseguenze** sono minime e **l'allarmismo** in proposito è del tutto ingiustificato

XXY, uomini, donne o tutti e due?: è il titolo del film della regista argentina Lucia Puenzo, acclamato dalla critica del Festival di Cannes e arrivato nei cinema italiani il 22 giugno. Nel film si parla di un ermafrodito, un essere umano in cui dovrebbero essere presenti gli organi genitali sia maschili che femminili, un essere particolare senza una precisa identità sessuale.

La sigla XXY, al contrario, individua una malattia rara: la sindrome di Klinefelter. Essa colpisce i maschi della razza umana. Solo i maschi. Anche se il film travisa questa evidenza, non c'è dubbio che gli XXY siano uomini. Spiegare cosa è un klinefelter non è così difficile e io, Maurizio Fornasari, Presidente di Unitask Onlus (un'associazione di pazienti e familiari che si occupa della sindrome di Klinefelter) tenterò di farlo in modo semplice e chiaro.

Nella fecondazione si incontrano il seme maschile con l'ovulo femminile e dopo nove mesi nasce un bambino. In questi nove mesi si compiono molti prodigi, ma si può andare incontro anche a qualche errore genetico. Può succedere, come nel caso del klinefelter, che l'ovulo o lo spermatozoo trasportino per errore un cromosoma in più, che verrà ereditato da tutte le cellule del nascituro. Nel klinefelter, un maschietto dagli

Klinefelter: un uomo senza se e senza ma



Una scena del film XXY

di **Maurizio Fornasari**
Presidente
di Unitask
Onlus

occhi azzurri, castani o verdi come ogni altro bambino, il cromosoma in più è di tipo sessuale.

E questo cosa comporta? In otto bambini klinefelter su dieci assolutamente niente, saranno omonimi come tanti, forse un po' più alti della media e con un po' di barba in meno. Ma non se ne accorgerà mai nessuno. In altri casi compare qualche disagio in più: i testicoli sono piccoli e a volte si sviluppa il seno (si chiama ginecomastia). Molti pazienti klinefelter scoprono l'anomalia in età adulta, rivolgendosi a uno specialista perché non riescono ad avere figli: infatti una caratteristica molto frequente, anche se non assoluta, dei klinefelter, è la sterilità. Tuttavia ci sono casi di paternità raggiunta, anche grazie alle nuove tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita.

L'equivoco che nasce dal titolo del film è preoccupante soprattutto per le persone che prima della nascita del figlio procedono all'amniocentesi (tecnica per verificare le condizioni di salute del feto) e scoprono che il loro figlio sarà un klinefelter e anche per gli adolescenti che soffrono di questa sindrome in una fase della vita dove l'equilibrio emotivo deve stabilizzarsi. Far nascere il dubbio che ci sia un problema che nella realtà non può esserci (quello di una compresenza di organi sessuali maschili

e femminili, come nel film) può allarmare inutilmente tante persone e spingerle a prendere arbitrariamente decisioni sbagliate. Per questo bisogna fare chiarezza.

Ecco perché, con il valido contributo del comitato scientifico dell'associazione, Unitask cerca di creare un movimento di opinione quanto più ampio possibile in grado di sensibilizzare sulle problematiche connesse alle informazioni ambigue e scorrette. Fanno parte del comitato scientifico la dott. Marina Baldi, Presidente del comitato, Biologa Genetista, il Prof. Lamberto Coppola, Andrologo, Ginecologo e Fisiopatologo della riproduzione Umana, il Prof. Luigi Tarani, Pediatra, ai quali si affianca il valido sostegno del Prof. Antonio F. Radicioni, Endocrinologo e Andrologo dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". (Per informazioni info@unitask.it, presidente@unitask.it, www.unitask.it).

È giusto che sia data alle neo-mamme la serenità di far nascere un figlio klinefelter senza prendere decisioni emotive e affrettate e che ogni adolescente klinefelter non sia fonte di apprensione per un genitore che lo vede crescere, ma che ognuno sia consapevole che i pochi problemi che possono sorgere sono risolvibili se presi per tempo.

Del resto chi potrebbe prevedere che un figlio nato sano manifesti l'asma a 12 anni o il diabete a 15? Di certo nessuno. Allora lasciamo alle madri la gioia degli occhi dei loro bambini, che siano azzurri, castani o verdi.

È NATA L'AIDASS

Un'associazione per garantire la salute sessuale di tutti

di **Giuseppe La Pera**
Presidente
AIDASS
Andrologo
Az. Osp.
San Camillo
Forlanini

Perché soltanto un uomo su 10 affetto da disfunzione erettile si cura? Come mai un uomo affetto da disfunzione erettile impiega in media tre anni prima di rivolgersi allo specialista?

Eppure esistono terapie efficaci e sicure per la disfunzione erettile, in commercio da almeno 9 anni, e bravi Andrologi su tutto il territorio nazionale. Nonostante ciò, persistono atteggiamenti negativi nei confronti dei disturbi sessuali maschili che nella migliore delle ipotesi finiscono in barzelletta. C'è bisogno di un cambiamento culturale e politico. Culturale perché devono cambiare gli atteggiamenti e politico perché la classe politica deve acquisire una sensibilità nuova su questo argomento che consenta l'informazione e metta a disposizione di tutti strutture sanitarie e acquisizioni scientifiche. Perché il progresso va avanti solo se tutti possono accedere alle innovazioni. Per tale ragione insieme a un gruppo di "temerari" ho deciso di fondare

L'AIDASS (Associazione Italiana per il Diritto alla Salute Sessuale, www.aidass.it). Un'associazione senza fini di lucro, nata per fare in modo che questo diritto attualmente negato venga recepito nelle leggi e nei codici. Ma per fare questo è necessario associarsi e diffondere l'informazione scientifica. Associarsi significa avere un peso e non essere "trasparenti" rispetto alla classe politica, diffondere l'informazione scientifica significa tradurre in cultura le informazioni ormai consolidate. Siamo convinti che la sessualità sia un aspetto centrale dell'essere umano per tutta la sua vita e che i diritti sessuali rientrino nei diritti dell'uomo già riconosciuti nelle leggi nazionali e nei documenti internazionali. Ecco i diritti che l'AIDASS vuole tutelare:

- avere il più alto standard di salute sessuale possibile
- avere accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva.

- cercare, ricevere e dare informazioni relative alla sessualità
- avere un'educazione sessuale
- rispettare l'integrità del proprio corpo
- scegliere il/la partner
- decidere di essere sessualmente attivi o inattivi
- avere relazioni sessuali consensuali
- perseguire una vita sessuale piacevole e sicura

Il nostro compito non è proporre un modello di comportamento sessuale sul quale ognuno ha la propria opinione, ma quello di portare avanti un discorso medico - scientifico che riguarda la salute sessuale: una funzione uguale alle altre funzioni del corpo, come quella visiva o digestiva, sulla quale però incombe una cappa di ignoranza non più accettabile quando da ormai molti anni sono a disposizione efficaci rimedi per non soffrire.

Se fanno male, fa paura. Ma basta una visita...

Il dolore ai **testicoli** è uno dei sintomi che risultano più allarmanti per gli uomini. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, si tratta di **problemi risolvibili** con i farmaci o con un semplice intervento, senza mai dimenticare l'importanza della **prevenzione**

Un dolore improvviso al testicolo e subito si scatenano ansie e preoccupazioni di ogni tipo! Vero è che l'apparato genitale e le sue condizioni sono da sempre, nell'immaginario maschile e in quello popolare, dei tabù, dei quali poco si parla e poco si sa. Tutto ciò che lo riguarda, infatti, è sempre ammantato da un alone di incertezza che altro non rappresenta se non l'ignoranza delle sue peculiarità. Ecco quindi che i dolori, in particolare ai testicoli, non sempre vengono correttamente interpretati e sono a volte sopravvalutati o spesso sottovalutati.

Può essere l'epididimo

Varie sono le cause alla base della dolenza testicolare, la prima e di più frequente osservazione nell'attività dell'urologo è l'epididimite. Questa altro non è che l'infiammazione dell'epididimo, una specie di cappuccio che si trova al di sopra del testicolo e dal quale prendono origine le vie che portano gli spermatozoi verso l'esterno al momento dell'eiaculazione.

L'epididimite si manifesta come un dolore localizzato a uno o entrambi i testicoli, di tipo acuto o, a volte, sordo o costante con tumefazione e a volte ingrossamento e arrossamento della zona colpita con febbre; spesso il dolore viene mal differenziato da dolenzie genitali che colpiscono il paziente.

Spesso l'epididimite non è che una delle affezioni collegate alla prostatite, ovvero l'infiammazione della prostata, che può avere cause batteriche o abatteriche.

La situazione infiammatoria che affligge la prostata si diffonde infatti

di **Vincenzo Mirone**
Direttore
della Clinica
Urologica
Università
di Napoli
"Federico II"

facilmente agli epididimi e ai testicoli per vicinanza e per il collegamento tra questi organi ad opera delle vie seminali.

La prostatite è un'affezione molto comune, specialmente in età giovanile ed è causata da fattori infettivi (microrganismi trasmessi per via sessuale o che provengono dall'intestino) o da errate abitudini di vita (irregolarità nei rapporti, vita sedentaria, abuso di alcuni cibi e bevande, lunghi periodi trascorsi in auto o in bicicletta, eccetera); i sintomi sono di diversa natura, tra essi ricordiamo: dolore al perineo (quell'area che va dallo scroto all'ano), aumentata frequenza e sensazione di urgenza nell'urinare, necessità di alzarsi la notte per urinare, e a volte sintomi più consisten-

ti (ipotensione, senso di calore, dolori forti al perineo) durante l'atto sessuale.

Quando inquadrata in questo tipo di affezione, la cura viene impostata verso l'infiammazione della prostata e viene diversificata in base al tipo di prostatite: antibiotici, ove sia dimostrata una infezione; farmaci decongestionanti e antinfiammatori oltre a corrette abitudini di vita nei casi di prostatiti-epididimiti abatteriche.

L'epididimite può però manifestarsi anche in assenza di prostatite, questo di solito avviene in presenza di condizioni predisponenti precise. Frequentemente, infatti, infiammazioni dell'epididimo sono la conseguenza di interventi chirurgici sugli organi genitali (chirurgia della

prostata, varicocele), manovre strumentali sull'uretra e cateterismo.

"Salgono" o "girano"

Altra condizione predisponente è il "testicolo mobile o in ascensore", una piccola malformazione dell'apparato genitale nella quale, per un difetto del meccanismo di fissaggio, un testicolo o entrambi sono parzialmente liberi di muoversi nello scroto e possono risalire nel canale inguinale.

Proprio il ripetuto movimento del testicolo all'interno del canale e lo sfregamento che viene a crearsi tra l'epididimo e le pareti del canale portano all'infiammazione degli epididimi stessi con la sensazione di dolore che può essere acuta e far sorgere allarmismi nel paziente e



nei suoi familiari.

La terapia delle forme batteriche, associate o meno all'infezione di altri organi genitali, si basa su antibiotici adatti.

In tutte le altre forme vengono praticate terapie antiflogistiche e antidolorifiche per via generale o locale. La terapia del testicolo mobile, invece, è chirurgica e consiste in un piccolo intervento di fissazione del testicolo alla parte interna della cute scrotale, impedendo così i movimenti dell'organo.

È comunque bene ricordare che, sebbene sia una patologia non grave, se trascurata, può essere causa di dolore persistente e di ridotta fertilità, a causa del ruolo che l'epididimo svolge nel trasporto e nella maturazione degli spermatozoi.

Evenienza ben più urgente è la torsione testicolare, ovvero la rotazione del testicolo sul proprio asse che è più frequente nell'età pediatrica e adolescenziale e comporta una chiusura dei vasi che riforniscono il testicolo poiché l'organo, ruotando su se stesso, crea un attorcigliamento dei vasi con blocco più o meno completo del passaggio di sangue.

Spesso il dolore insorge di notte, è molto intenso e accompagnato da gonfiore, la cute sopra il testicolo appare arrossata o bluastra e il testicolo interessato risulta più "alto" rispetto al controlaterale.

La torsione va trattata nel più breve tempo possibile rivolgendosi al pronto soccorso; infatti se non si interviene in tempo la mancanza dell'apporto di sangue causa un infarto e una necrosi del testicolo che in seguito diverrà non funzionante e incapace di produrre ormoni e spermatozoi come dovrebbe.

Il medico effettua se possibile una ecografia del testicolo per accertarsi della diagnosi e valutare la possibilità di ripresa dell'organo; nella fase acuta può tentare una detorsione manuale, ma in tutti i casi si deve procedere all'intervento chirurgico di fissazione testicolare per evitare il ripetersi della situazione di emergenza.

Lo spettro del tumore

Ciò che però più spaventa il paziente all'insorgere di un dolore al testicolo è l'evenienza di una patologia maligna a carico dell'organo.

È una paura che non va mai sottovalutata in quanto il medico stesso, al primo segno di dolore testicolare, deve escludere la presenza di un tumore per poter poi affrontare la diagnosi successiva, ciò anche a causa del fatto che i tumori testicolari sono la più comune causa di morte per neoplasia tra i 20 e i 34 anni di età.

Difficilmente il tumore testicolare si manifesta con un dolore sordo o più raramente acuto, che si irradia all'inguine o alla parte inferiore dell'addome, accompagnato da un senso di disagio nello scroto; spesso è riscontrabile un aumento del-

le dimensioni e della consistenza del testicolo ed a volte possono essere presenti sintomi causati dalla disseminazione metastatica.

Per evitare brutte sorprese, è indispensabile che tutti i maschi effettuino l'autopalpazione del testicolo almeno una volta al mese per evidenziare tumefazioni e variazioni di dimensioni sospette e rivolgersi al medico in tempo per gli accertamenti e le cure necessarie.

Il tumore del testicolo è una malattia certamente grave ma, al giorno d'oggi, curabile nella grande maggioranza dei casi come dimostra il famoso caso di Lance Armstrong, il pluricampione americano di ciclismo che è tornato alla vita e all'attività agonistica dopo aver superato un tumore al testicolo già metastatico al momento della diagnosi.

CONTROLLO E TERAPIA

A volte un trauma della regione scrotale (soprattutto durante lo sport) può portare il paziente all'individuazione di una tumefazione al testicolo che si rivela poi tumorale, questo perché la maggiore attenzione che viene posta dal paziente ai genitali dopo il trauma fa individuare l'ingrossamento sospetto che precedentemente era stato non notato.

Il medico effettuerà dapprima una palpazione ed ispezione accurata del testicolo ed eseguirà sempre una ecografia scrotale, richiederà inoltre il dosaggio di alcuni marcatori nel sangue del paziente (beta-HCG, alfa fetoproteina, LDH) per valutare meglio la

malattia; l'effettuazione dell'esame TC e l'esplorazione chirurgica con rimozione del testicolo affetto (ed eventuale apposizione di protesi in materiale biocompatibile) sono comunque passaggi obbligatori e da effettuare nella cura della malattia.

Al giorno d'oggi, fortunatamente, la prognosi dei pazienti affetti da carcinoma del testicolo è molto migliorata per la maggiore frequenza di diagnosi precoce e per l'integrazione tra le varie forme di terapia (chirurgia, radioterapia e chemioterapia) che consentono una sopravvivenza a 5 anni che va dal 98 all'80% in base alla precocità della diagnosi.



“I sintomi della prostatite possono essere dolore al perineo, sensazione di urgenza nell'urinare, ipotensione, senso di calore e di dolore durante l'atto sessuale”

In breve - Cause, sintomi e terapie di quel brutto fastidio

Ecco un memorandum per affrontare l'insorgenza dei dolori testicolari senza ansie eccessive.

Con l'aiuto e la consulenza di un Andrologo sarà possibile focalizzare i sintomi e le cause del problema, individuando, di conseguenza, la cura più adatta alla situazione.

● EPIDIDIMITE. Infiammazione dell'epididimo.

Sintomi: dolore acuto, sordo o costante a uno o a entrambi i testicoli, arrossamento, tumefazione e ingrossamento della zona circostante, a volte febbre. **Terapia:** assunzione di antibiotici e antinfiammatori.

● PROSTATITE. Infiammazione della prostata, per cause batteriche o abatteriche.

Sintomi: dolore al perineo, sensazione di urgenza nell'urinare, epididimite, ipotensione, senso di calore e di dolore durante l'atto sessuale. **Terapia:** antibiotici, anticongestionanti, antinfiammatori, correzione delle abitudini di vita se abatterica.

● TESTICOLO MOBILE. Malformazione genitale che crea un'infiammazione da sfregamento.

Sintomi: dolore acuto nella zona dell'emiscroto.

Terapia: intervento chirurgico per fissare il testicolo nella sede scrotale.

● TORSIONE TESTICOLARE. Rotazione e conseguente chiusura dei vasi sanguigni che portano il sangue al testicolo.

Sintomi: dolore intenso, spesso notturno, gonfiore, cute bluastra o arrossata, innalzamento del testicolo interessato.

Terapia: intervento chirurgico di fissazione testicolare, nel più breve tempo possibile.

● TUMORE. **Sintomi:** aumento di consistenza e dimensioni testicolari, dolore acuto o sordo che parte dall'inguine o dall'addome. **Terapia:** chirurgia, radioterapia e chemioterapia. Indispensabile la prevenzione.



Il valore della ricerca

curiamo la ricerca per prenderci cura di te

sigma-tau un'azienda farmaceutica italiana



Risolve anche i casi più gravi di **difficoltà erettiva**, ma i medici non ne parlano e i **pazienti la ignorano**

La protesi peniena: questa sconosciuta

La cura delle difficoltà di erezione si identifica comunemente con le famose "pillole", gli inibitori della fosfodiesterasi 5. Ma non sempre la disfunzione erettile risponde ai farmaci per bocca; infatti, per funzionare, questi hanno bisogno di due condizioni: che ci sia un'attività residua dei tessuti del pene e che i collegamenti nervosi tra pene e cervello siano intatti. Ebbene, in 3 persone su 10 con deficit erettile i farmaci orali non funzionano, proprio per mancanza di una o

di **Edoardo S. Pescatori**
Coordinatore del Servizio di Andrologia, Hesperia Hospital - Modena

entrambe le condizioni (tabella 1). Cosa fare in questi casi? Alcuni uomini ottengono buoni risultati con iniezioni di farmaci direttamente nel pene, metodica, tuttavia, non molto gradita. In alternativa si può utilizzare il dispositivo a vuoto per l'erezione, con anello di gomma da applicare alla base del pene: opzione laboriosa, per molti incompatibile con la spontaneità dell'atto sessuale.

Un intervento risolutivo

Una soluzione alternativa è la protesi peniena: all'interno dei cilindri naturali del pene, i corpi cavernosi, vengono inseriti due cilindri artificiali. Le protesi si dividono principalmente in due tipi: non idrauliche (o "malleabili") e idrauliche. I modelli non idraulici sono i più semplici: due cilindri che conferiscono al pene una rigidità parziale costante. I modelli idraulici sono più sofisticati: i cilindri sono riempiti di liquido, collegato

mediante un sistema a circuito chiuso a una pompa di controllo a livello dello scroto e a un serbatoio. Il tutto è interno all'organismo (dall'esterno non si vede nulla).

La persona con protesi idraulica può ottenere, quando lo desidera, una erezione di ottima qualità per il tempo desiderato, agendo sulla pompa di controllo riconoscibile manualmente sotto la pelle dello scroto. L'erezione così ottenuta non è di fatto distinguibile da un'erezione naturale; il pene ha la stessa sensibilità e capacità di eiaculazione presenti prima dell'intervento. Inoltre i modelli idraulici permettono di avere un aspetto visivo di flaccidità del tutto normale, quando la protesi non è azionata. Ciò è particolarmente importante per chi pratica sport e condivide lo spogliatoio o le docce con altri uomini.

Nella protesi non idraulica i cilindri hanno una consistenza costante, quindi l'erezione parziale che forniscono è

sufficiente per la penetrazione ma varia poco, quando varia, tra il momento in cui il pene è utilizzato per un rapporto e quando non è in uso. La variazione di consistenza, non sempre presente, dipende dalla cosiddetta "erezione complementare", data dalla risposta all'eccitazione sessuale del tessuto erettile residuo che circonda i cilindri protesici. Alcuni modelli di protesi soffici di silicone sono stati recentemente proposti per il trattamento del pene curvo acquisito.

Ancora troppo poche

Sebbene la protesi possa risolvere definitivamente anche i problemi di erezione gravi, molti uomini non ne conoscono l'esistenza. Troppo spesso neppure i medici generici ne parlano ai propri pazienti, privandoli di una soluzione riconosciuta valida a livello mondiale, soprattutto nei casi di disfunzione che non risponde a farmaci. Così, a fronte di una stima per difetto di circa 400.000 uomini in Italia affetti da grave disfunzione erettile, gli interventi totali per chirurgia protesica lo scorso anno sono stati 1200 (tabella 3): solo lo 0,4% degli uomini con gravi problemi erettili ha ricevuto un trattamento con protesi! Ciò, nonostante che molti studi scientifici dimostrino che le protesi determinano un elevato grado di soddisfazione per l'uomo e per la partner.

Tuttavia è importante ricordare che la chirurgia protesica va eseguita da specialisti andrologi e in strutture assolutamente idonee: anche questo intervento, infatti, può comportare possibili complicanze, principalmente infezione dell'impianto protesico, estrusione dei cilindri e malfunzionamenti. In aggiunta a ciò è importante sottoporsi a un appropriato counselling preoperatorio, che coinvolga possibilmente anche la partner.



1. Principali cause di deficit erettile

CAUSE DI PATOLOGIA DEL TESSUTO CAVERNOSO DEL PENE

- Diabete
- Vasculopatie (ipertensione, aterosclerosi, infarto, ictus)
- Dislipidemie
- Grave tabagismo
- Pene curvo acquisito (o Induratio Penis Plastica)

CAUSE DI INTERRUZIONE DELLE VIE NERVOSE CHE COMANDANO L'EREZIONE

- Chirurgia per tumore di prostata, vescica, retto
- Traumi a livello di midollo spinale

2. Tipi di protesi peniene

- PROTESI NON IDRAULICHE
- PROTESI IDRAULICHE
 - a. bicomponenti = pompa e serbatoio sono accorpate assieme
 - b. tricomponenti = pompa e serbatoio sono separate

3. Inserimento di protesi peniene nel 2006

Protesi non idrauliche (malleabili)	= 650
Protesi idrauliche:	
● bicomponenti	= 30
● tricomponenti	= 520
TOTALE	1200

Induratio Penis Plastica (IPP) - La chirurgia può curarla, anche con la protesi

Le protesi peniene sono specialmente usate in caso di I.P.P. o malattia di La Peyronie. Questa patologia comporta l'insorgenza di placche nella tunica albuginea (la fascia fibro-elastica che riveste i corpi cavernosi). Il tessuto di cui è composta l'albuginea viene sostituito da tessuto calcifico determinando curvature del pene, soprattutto in erezione, che rendono spesso impossibile e doloroso l'atto sessuale.

La chirurgia dell'I.P.P. si articola su tre livelli:

- 1) La corporoplastica, che mira esclusivamente a ridurre la curvatura
- 2) La chirurgia di placca, con escissione o incisione della placca
- 3) Il posizionamento di protesi peniene.

Questa terza opzione terapeutica si rende necessaria quando l'I.P.P. si associa a Disfunzione Erettile oppure si manifesta con placche multiple. Possono essere utilizzate con ottimi risultati sia le protesi malleabili che quelle idrauliche, anche se queste ultime danno le maggiori garanzie di successo. Le protesi idrauliche, distendendo progressivamente dall'interno la tunica albuginea, possono far ridurre lo spessore delle placche ed in alcuni casi anche provocarne la scomparsa. Degna di interesse è la cosiddetta "manovra di Wilson" che comporta una rottura manuale delle placche durante l'intervento: una volta posizionate, le protesi vanno gonfiate solo parzialmente, quindi prendendo il pene con le due mani si agisce piegandolo nel punto

interessato dalla placca rompendola e poi si gonfia completamente la protesi. Con questa manovra si ottiene una discreta ed immediata risoluzione della curvatura. Un capitolo a parte meritano le protesi soffici di Subrini, utilizzate quando è ancora presente un'erezione fisiologica. Queste occupano i due terzi dei corpi cavernosi e la loro applicazione ha valore solo se associata a una chirurgia di placca (incisione o escissione). In questo caso le protesi funzionano come tutori facilitando l'erezione e impedendo la retrazione cicatriziale nel punto in cui si è agito chirurgicamente.

Enrico Spera

Responsabile del Servizio di Andrologia,
Università di Tor Vergata di Roma



sanofi aventis

La salute, la cosa più importante

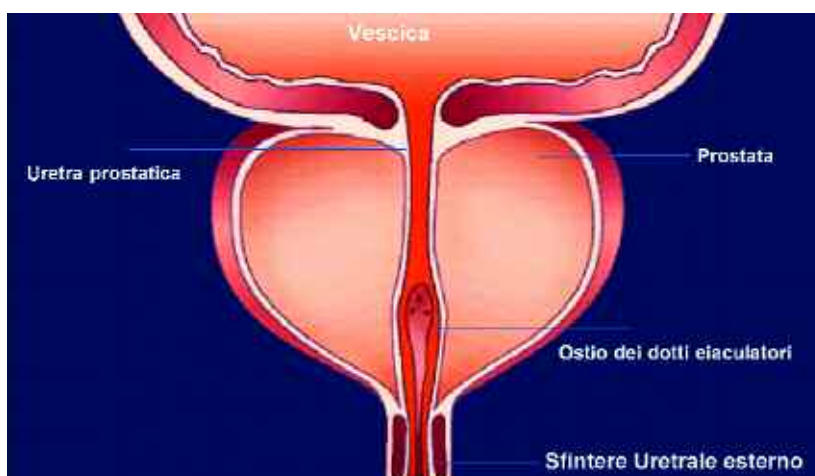


Quelle corse in bagno: la colpa è della prostata

Pollachiuria, **nicturia**, urgency: chi ne soffre cerca troppo spesso una toilette e, troppo spesso, la qualità della sua vita ne risente. Il fenomeno peggiora con l'età e può arrivare a compromettere anche le **prestazioni sessuali**

Circa un uomo su tre, dopo i 50 anni, è destinato a soffrire di "disturbi dell'apparato urinario basso": patologie che alterano le abitudini minzionali del soggetto, come l'aumentata frequenza minzionale diurna (pollachiuria), notturna (nicturia), l'urgenza minzionale (urgency) talvolta complicata da un'incontinenza: i cosiddetti disturbi di riempimento. Vi sono poi le alterazioni del getto minzionale: getto ipovalido, esitante e in più tempi, fino alla minzione per "sgocciolamento", che costituiscono i disturbi di svuotamento. Diversi studi epidemiologici effettuati in Europa e negli Stati Uniti dal 1994 al 2003 hanno dimostrato una prevalenza di questi sintomi di grado medio-severo nel 14-43% (media 37%) degli uomini over 50. Per il sesso femminile, invece, della stessa fascia di età i disturbi sono meno frequenti e soprattutto di tipo di riempimento.

di **Giorgio Franco**
Andrologo
Policlinico
Umberto I
La Sapienza
di Roma



La differenza tra i due sessi la fa la prostata, una ghiandola situata sotto la vescica e circondante l'uretra. Dopo i 50 anni la prostata subisce un progressivo aumento di volume dovuto alla crescita della sua parte centrale. Ciò provoca spesso uno stimolo irritativo sulla vescica causando sinto-

mi di riempimento, ma anche un'ostruzione al deflusso dell'urina che può provocare disturbi di svuotamento e alterazioni, a volte anche irreversibili, della vescica e dell'apparato urinario alto.

Sebbene l'ipertrofia prostatica benigna (IPB) abbia una bassa mortalità, i suoi sintomi possono alterare in modo più o meno grave il normale svolgimento della vita di una persona e la sua socialità. In particolare alcuni sintomi, più di altri, sono mal sopportati dai pazienti: basti pensare alla nicturia che costringe i pazienti a svegliarsi la notte per urinare anche 4-5 volte, o l'urgenza minzionale che li obbliga a cercare una toilette con estrema urgenza durante il giorno, pena l'involontaria perdita di urina. Più sopportabili sono i disturbi di svuotamento che tuttavia possono comportare un maggior rischio di incompleto svuotamento della vescica e conseguenze irreversibili sulla sua muscolatura e sull'apparato urinario alto.

Il numero di prestazioni sanitarie legate alle affezioni prostatiche è molto alto: l'IPB è la seconda patologia per diagnosi effettuate negli uomini ogni anno in Italia (con 8.173.432 visite).

E, con l'invecchiamento progressivo della popolazione, la patologia sarà sempre più diffusa.

Dopo i 50/60 anni l'ingrossamento della ghiandola prostatica colpisce il 70% circa degli uomini, mentre dopo gli 80 anni l'incidenza sale persino all'80%. Andando avanti, le dimensioni della ghiandola possono superare di 3-5 volte le misure normali. Le cause non sono ancora ben chiare, ma è certa l'influenza delle variazioni nell'assetto ormonale maschile. Con l'età aumentano gli estrogeni nel sangue ed essendo la parte muscolare della prostata dotata di un gran numero di recettori per questi ormoni, aumenta anche il rischio di ipertrofia. A differenza del carcinoma prostatico, l'ipertrofia si sviluppa a carico della prostata centrale, che circonda l'uretra. In questo caso la vescica è costretta a lavorare contro un ostacolo e tende a ispessire e indebolire la propria parete sempre di più.

Controlli periodici dopo i 50 anni

Le conseguenze dell'IPB vanno dalla formazione di calcoli all'interno della vescica, alla predisposizione alle infezioni urinarie. La ritenzione cronica d'urina è fra le complicanze più pericolose, perché il crescente ristagno di urina all'interno della vescica comporta uno sfiancamento della stessa con conseguente possibile dilatazione anche di ureteri e reni: si può così incorrere in insufficienza renale acuta o in pericolose infezioni. Non infrequente anche una incontinenza da rigurgito di urina. Inoltre è stata dimostrata una stretta relazione tra i disturbi minzionali e quelli sessuali (vedi box).

Dopo i 50 anni è necessario un check-up annuale, anche per i soggetti in buona

salute. Lo specialista andrologo raccoglierà tutte le informazioni utili durante il colloquio con il paziente, passerà poi alla visita che comprende il controllo dell'addome, degli organi genitali esterni e l'esplorazione rettale.

Nonostante quello che si possa pensare, l'esplorazione rettale non è un esame doloroso, in quanto comporta solo un leggero fastidio breve e passeggero e deve essere affrontata dal paziente senza paure né inibizioni. L'urologo può poi richiedere ulteriori accertamenti come un'ecografia, un'uroflussometria (registrazione della quantità e della velocità del getto d'urina), o un PSA (esame del sangue in cui si dosa l'Antigene Prostatico Specifico).

LE CURE SONO TANTE: DAI FARMACI ALLA CHIRURGIA

Nei pazienti con sintomi lievi-medi l'approccio migliore è la vigile attesa, mentre, nel caso di disturbi che influenzino la qualità di vita, esistono diverse terapie mediche con farmaci Alfa1-litici, inibitori della 5-alfa-reduttasi, terapie combinate (da considerare nei pazienti con ipertrofia prostatica ad alto rischio di progressione) e Fitoderivati (la cui utilità per i pazienti con ipertrofia prostatica è ancora in dubbio). L'alternativa è il ricorso a una terapia chirurgica, con vari tipi di intervento, la cui scelta si basa sull'esperienza dell'operatore, sulle situazioni patologiche intercorrenti e sulle dimensioni della prostata.

Da pochi decenni sono state utilizzate anche terapie mininvasive, come per esempio il laser, per i pazienti che non rispondono o non tollerano la terapia medica. Infine, sono stati proposti trattamenti alternativi, tra cui l'applicazione di stent prostatici (proponibili solo a pazienti ad alto rischio operatorio, cateterizzati o sintomatici e ostruiti) il trattamento con ultrasuoni focalizzati per via transrettale (HIFU, non raccomandabili per i tassi di fallimento inaccettabilmente alti) e la water induced thermotherapy (WIT, i cui dati sono ancora troppo limitati per consentire conclusioni definitive).

Erezione e ipertrofia vanno a braccetto

Un'indagine su 14.000 soggetti di sesso maschile di età compresa fra 50 e 80 anni (Rosen et al., 2003) ha dimostrato l'esistenza di un legame tra l'ipertrofia prostatica e i disordini sessuali, in particolare modo la Disfunzione Erettile (DE). Queste patologie hanno entrambe un andamento cronico e progressivo e sono in continua crescita dopo i 50 anni. I risultati dell'indagine hanno molte spiegazioni possibili: alterazione della qualità di vita causata dai disturbi minzionali e conseguente deterioramento della vita sessuale; ridotta produzione di ossido nitrico (fondamentale per una buona erezione e per il regolare rilasciamento muscolare del collo vescicale e della prostata); perdita del sonno in fase REM per l'aumento degli episodi di nicturia e perdita delle erezioni notturne (l'allenamento giornaliero per le erezioni normali); compressione delle strutture vascolo-nervose deputate all'erezione da parte della prostata aumentata di volume. Le ricerche hanno anche dimostrato che il trattamento dei disturbi minzionali è spesso in grado di migliorare le disfunzioni sessuali.

Intimità, anche diversabile

Il disagio che spesso si prova parlando di sesso tende sicuramente ad aumentare se il nostro interlocutore è una persona diversamente abile. Infatti, è difficile immaginare quali sensazioni, fantasie, desideri possa avere un disabile in merito alla sfera della sessualità. Tuttavia, in questi ultimi anni, grazie all'indebolimento dei tabù tradizionali e all'apertura delle coscienze sociali a nuove sensibilità, si incomincia a parlare di sessualità e disabilità. Ciò avviene sebbene la società si faccia sempre più promotrice di ideali come bellezza, perfezione ed efficienza.

Tutti ce l'hanno

Tutti i portatori di handicap hanno una qualche forma di sessualità, a volte più evidente, altre meno: naturalmente la manifestazione di queste pulsioni varia in relazione al tipo di deficit e alla sua insorgenza, all'età, all'ambiente socio-relazionale in cui è cresciuto e inserito l'individuo e alle sue peculiarità. La manifestazione sessuale più frequente nelle persone che hanno un ritardo mentale, spesso accompagnato a un ritardo dello sviluppo della sessualità, è costituita dalla manipolazione degli organi genitali e dalla masturbazione, che nei ritardi più gravi può assumere un carattere ripetitivo.

In altri casi, la sessualità è vissuta come una forma di curiosità attraverso esplorazioni manuali e visive delle zone sessuali di altre persone, sotto forma di amicizia come un legame platonico (che spesso i portatori di handicap stringono tra loro), o ancora come veri e propri "flirt", che tuttavia non arrivano quasi mai a un rapporto sessuale completo.

Della sessualità delle persone diversamente abili si parla ancora **con disagio**, eppure esiste e **non è giusto reprimerla**. Bisogna invece accettarla, senza favorire **paure e pregiudizi**



Nelle disabilità motorie insorte dopo un periodo di vita normale, invece, la persona si trova a dover affrontare il cambiamento dell'immagine di sé e, laddove era presente una relazione di coppia, a dover ricreare la vita intima. Dovrà imparare a canalizzare il rapporto sessuale in senso più affettivo, basandolo sulle carezze e sulla scoperta di zone erogene diverse dai soli organi sessuali.

di **Francesca Fulceri**

Psicologa
sessuologa
Direttore
scientifico
Associazione
Italiana
Sessuologia
Clinica - Roma

Gli aspetti psicologici

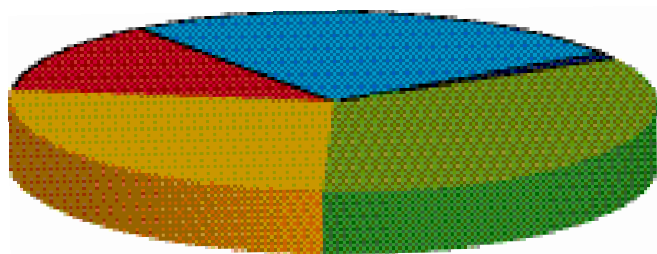
Esistono anche aspetti psicologici che influiscono sul modo di vivere le relazioni e la sessualità. Chi nasce con un handicap, sia psichico che fisico, ha subito profonde ferite interne nel corso della propria esistenza.

Inoltre, la possibile ferita narcisistica della madre, che sente di essere stata inadeguata partorendo un figlio "anormale", la leggerà a que-

st'ultimo in modo morboso. La madre rimanderà al figlio disabile la sensazione che solo lei stessa potrà amarla in maniera assoluta, spingendolo, pur senza volerlo, a porre un muro nei confronti dell'altro e del mondo, sublimando, tra l'altro, ogni forma di sessualità.

I portatori di handicap sono spesso i primi ad avere pregiudizi verso la propria "sessualità", vivono troppo spesso in uno stato di di-

LE CAUSE DELL'IMPOTENZA



34%

FUGA VENOSA
i corpi cavernosi non riescono a mantenere la quantità di sangue adatta a mantenere l'erezione

26%

ARTERIOGENICA
le arterie non portano al pene la quantità di sangue sufficiente all'erezione completa

13%

FARMACOLOGICA
anti-ipertensivi, beta-bloccanti, anti-H2, anti-depressivi e anti-epilettici possono causare problemi di erezione

26%

NEUROLOGICA
alcune malattie neurologiche possono provocare disfunzione erettile

1%

ENDO-CRINOLOGICA
l'impotenza può essere legata a un disequilibrio nella produzione ormonale

Il paziente mieloso

Il farmaco può aiutarlo se il danno è stabilizzato

Quando si verifica una lesione del midollo spinale, la disabilità motoria che ne deriva si ripercuote anche sul funzionamento degli organi sessuali. L'urologo deve prestare particolare attenzione a questo aspetto se il paziente presenta un danno neurologico stabilizzato e un grado di autonomia accettabile per un reinserimento sociale e familiare. Nella storia clinica bisogna indagare come era la funzione sessuale prima della lesione e la funzione residua dopo il trauma, valutando l'autonomia motoria raggiunta, l'autosufficienza per la cura di sé, le funzioni della vescica e dell'intestino, le patologie associate o i farmaci in assunzione. Le alterazioni della funzione sessuale variano a seconda del livello di lesione: quelle del motoneurone

Il portatore di handicap deve essere aiutato e stimolato nella conquista delle proprie **potenzialità** affettive e sessuali

pendenza dalle figure significative e non si permettono di andare oltre. Da quanto detto appare chiaro che la famiglia ha un ruolo molto importante nel favorire un sano sviluppo della sessualità del disabile: quando i genitori sono capaci di rielaborare il lutto di non aver avuto il figlio "normale" che avrebbero desiderato e riescono a dare uno spazio positivo alla "diversità", favoriscono la crescita dell'autostima nel disabile, lo aiutano a conoscersi, a orientarsi e a sperimentarsi nel mondo delle relazioni umane. Il portatore di handicap deve essere, quindi, aiutato e stimolato nella conquista delle proprie potenzialità nel campo affettivo, sessuale, interpersonale, sociale e creativo per facilitare l'accettazione della propria diversità. Ogni disabile avrà un suo modo originale di tradurre a livello comportamentale ciò che ritiene sia la sessualità, attingendo alla propria esperienza, alla propria sensibilità, alla propria storia ed anche al proprio handicap. In realtà ciò che viene ricercato non è tanto l'accoppiamento sessuale, il rapporto completo, quanto la necessità di soddisfare bisogni relazionali e affettivi. La sessualità è un modo di essere nel mondo, di donarsi e rapportarsi agli altri.

superiore risparmiano il centro sacrale mentre quelle del motoneurone inferiore lo distruggono.

L'erezione riflessa di regola si conserva nel primo caso e, in genere, nelle lesioni più alte rispetto a quelle più basse. L'erezione di origine psicologica viceversa è più frequente nei soggetti con lesioni del motoneurone inferiore, nei quali siano conservate le vie toraco-lombari. Ma la caratteristica di questa erezione nel paziente mieloleso è di essere capricciosa e non duratura.

Terapie

Negli ultimi anni l'impiego degli inibitori PDE₅ (le cosiddette "pillole dell'amore") ha ottenuto grande successo anche nel paziente mieloleso; nel nostro centro di riabilitazione sessuale, infatti, è stato condotto uno studio pilota di terapia con inibitori PDE₅: il 48% dei pazienti era molto soddisfatto ed il 18% riferiva una risposta parziale, soltanto il 33% era insoddisfatto. Il 70% aveva scelto il dosaggio di 100 mg per avere una migliore risposta e soltanto il 10% riferiva effetti collaterali come cefalea, ipotensione

Informare e sensibilizzare

Preconcetti da superare

Negli ultimi anni si sente spesso parlare dei problemi legati all'handicap, in particolare per quanto riguarda la famiglia, la scuola, il lavoro, il tempo libero, le barriere architettoniche, la prevenzione medica. In merito alla sessualità della persona disabile, invece, si sa poco o nulla. E se ne parla ancor di meno. La sessualità del "diversabile" è infatti una questione complessa che mette in crisi le famiglie, gli educatori e la scuola e li spinge a prendere decisioni difficili che spesso coincidono con la repressione di ogni tipo di comportamento sessuale.

Un dialogo fra muti e sordi

"Tutti hanno idee preconcette", comincia così un noto testo di psicologia medica. E continua: "Esse sono intimamente legate al nostro sistema di valori. Non è di per sé né un bene né un male. Semplicemente è inevitabile". Ma chi di questi preconcetti è vittima la pensa diversamente. È noto che i pregiudizi affollano anche aree del sapere medico come la sessuologia. E si sa che: "È più facile spezzare un atomo che un pregiudizio" (A.Einstein). Ma c'è di più. Gli etologi hanno dato una interpretazione evolucionistica del pregiudizio, secondo la quale identificherebbero il "bello" con il "fertile" (e viceversa). Il binomio, forse utile nel mondo animale, è drammatico per il sedicente homo sapiens. Se il corpo non è bello non è sano e se non è sano, non è eleggibile per la riproduzione. Così, il "tragico sillogismo" bello-sano-fertile ci conduce a considerare "insano" per la persona disabile un comportamento, apparentemente normale, come quello proposto di continuo su TV e giornali: il sessuale. Dunque, meglio evitare la sessualità e la riproduzione del diversabile. La nostra società, a cominciare dai Media, ha messo in atto una

rimozione del fenomeno. Poco importa che un grande giornale francese, "Le Monde", abbia titolato il 23 ottobre 2002 in prima pagina: "La sexualité des handicapés" e dedicato poi pagine intere al problema se, anche nell'anno del disabile, molte altre fonti mediatiche sono rimaste mute davanti a una società sorda.

Cos'è la normalità?

Beppe Severgnini ha scritto sul "Corriere della Sera": "Questo è l'anno europeo dedicato alle persone disabili: ve ne siete accorti? Se la risposta è no, niente sensi di colpa. ... Sono stati i media - noi, quindi - a parlare poco della cosa. Forse perché non sappiamo come fare. Il problema della disabilità - lo dice un ignorante disposto ad imparare - è affrontato in questo nostro amato bufo Paese in tre modi: con la smorfia, con la lacrima o con gli occhi chiusi. Ovvero: con fastidio, con una pena che irrita giustamente i disabili, con la rimozione. Quest'ultimo è il trucco più vecchio. Credete che non ci fossero, un tempo, i disabili? Certo che c'erano, ma venivano nascosti e, nei casi più gravi, rinchiusi (in una stanza, in un istituto). Solo nelle campagne, le famiglie allargate trovavano spazio per loro. I disabili avevano un ruolo, certo non moderno, ma in maniera rudimentale venivano accettati. C'è un quarto modo sbagliato d'affrontare la questione ed è soffocarla sotto le parole d'ordine della «correttezza politica». Definire qualcuno «normodotato», per esempio, è ridicolo. Chiamarlo «normale» è invece inesatto (se conoscete una persona veramente normale, fatemi un fischio: le dedichiamo una rubrica)" Persino l'industria dei giocattoli si è accorta del problema e una "Barbie" paraplegica è comparsa nei negozi.

Maurizio Bossi - Andrologo, Milano

STEPHEN HAWKING

Nonostante la malattia neurologica che lo costringe all'immobilità totale, l'astrofisico ha avuto due mogli e ha lasciato l'ultima per una terza donna



importante (1 caso). Un paziente ha sospeso la terapia in seguito ad una crisi disreflessica.

Oltre alle terapie farmacologiche, si possono applicare le protesi peniene endocavernose. Anche la fertilità nel mieloleso può essere compromessa: oltre alle frequenti infezioni urinarie dipendenti dall'uso del catetere, anche la lunga permanenza in carrozzina che aumenta la temperatura scrotale incide sulla fertilità. La tecnica più semplice e meno invasiva per il recupero di spermatozoi è la vibrostimolazione peniena, che consente di introdurre l'eventuale seme raccolto in vagina; alcuni casi vengono trattati con elettroeiaculazione transrettale o con altre metodiche mininvasive per il prelievo di spermatozoi, che, grazie alla fecondazione in vitro, consentono di ottenere gravidanze in una discreta percentuale di casi.

dr. Matteo Marzotto Caotorta

Presidio Ospedaliero di Magenta - Milano
Unità Operativa di Urologia e Unità Spinale

Il libro

IL KAMASUTRA DEI DISABILI

Un libro coraggioso sull'argomento è "Il Kamasutra dei disabili" di Gabriele Viti, scrittore aretino ventiseienne, da tempo impegnato nell'integrazione e accettazione dei disabili. Nella presentazione si legge: "Non è difficile immaginare la reazione degli abituali frequentatori delle librerie quando tra gli scaffali di vendita farà la sua comparsa Il Kamasutra dei disabili. Una provocazione? L'ennesimo estremo esperimento mediatico? Niente di tutto questo, almeno nelle intenzioni dell'autore. (...)

Utilizzare il Kamasutra come esempio esplicativo resta una chiara dichiarazione d'intenti con cui l'autore introduce il lettore in un argomento che continua a essere ignorato anche dalla nostra società ipertecnologica e ipercomunicativa. La storia del diritto alla sessualità e dell'effettiva uguaglianza, anche sul piano sessuale, tra abili e disabili è ancora tutta da realizzarsi ancor prima di essere raccontata, e Gabriele Viti cerca di innescare un cambiamento culturale. (...)

Il libro affronta l'argomento su diversi livelli: alla ricostruzione storica dell'argomento l'autore aggiunge significativi interventi e testimonianze di esperti ed operatori, riportando esperienze e studi compiuti nell'ambito della disabilità e della sessualità. Il libro contiene numerose illustrazioni di Stefania Pinsone, commentate con umorismo dallo stesso Viti."

Gabriele Viti riesce a coinvolgere il lettore, pur mettendolo di fronte a un argomento non di facile accettazione e volutamente estremizzato nel titolo di copertina.

Alle fine, il libro restituisce la giusta dimensione di uno dei tanti aspetti legati alla sessualità e alla vita degli individui.

Maurizio Bossi

LE PAROLE DA CONOSCERE

Continuiamo la lista dei termini andrologici, cominciata nel numero scorso. Questo mese dalla lettera C alla F, tentiamo di chiarire patologie, fenomeni e processi medici legati alla salute dell'uomo

COITO

Culmine dell'attività sessuale in una coppia, rappresentato dall'introduzione del pene in vagina con movimento ripetitivo fino, in genere, all'eiaculazione. Il coito interrotto è un metodo contraccettivo che consiste nell'eiaculare al di fuori della vagina, interrompendo il coito prima dell'emissione del liquido seminale. Il metodo è poco raccomandato per la sua ridotta efficacia contraccettiva.

COLESTEROLO

Precursore chimico degli ormoni steroidi, tra i quali vi sono molti ormoni sessuali che comprendono anche il testosterone. Se in eccesso, gioca un ruolo importante nell'aterogenesi, cioè il danno del rivestimento interno delle arterie, responsabili anche della disfunzione erettile quando interessano la vascolarizzazione del pene.

CORPOROPLASTICA

Tecnica chirurgica utilizzata per la correzione degli incurvamenti del pene. Può essere semplice o complessa: nel primo caso non vi è asportazione di tessuti, nel secondo caso la plastica si ottiene tramite l'asportazione della lesione e la sua sostituzione tramite un innesto di tessuto organico o sintetico.

CRIOPRESERVAZIONE

Stoccaggio di gameti o embrioni tramite congelamento a basse temperature in azoto liquido a -196° C. Anche gli spermatozoi possono essere crioconservati, per esempio prima di una vesectomia, per rischio di sterilità dopo radio o chemio terapia o nei concepimenti assistiti.

DOPAMINA

Neurotrasmettitore coinvolto anche nell'attivazione del desiderio e dell'erezione.

EIACULAZIONE

Espulsione involontaria dello sperma attraverso l'uretra che si accompagna a una sensazione di piacere (orgasmo). Può avvenire indipendentemente dall'erezione del pene.

Precoce: è un disturbo che dipende da una difficoltà di controllo del riflesso eiaculatorio, che può avvenire a seguito di una minima stimolazione già durante i preliminari, subito prima della penetrazione e durante la penetrazione dopo un numero

limitato di movimenti, ma sempre prima che il soggetto lo desideri. Le cause possono essere organiche, di tipo irritativo, oppure psicologiche.

Ritardata: difficoltà nel raggiungere l'eiaculazione e l'orgasmo durante l'eccitazione sessuale.

Le possibili cause sono organiche (diabete, farmaci o lesioni del sistema nervoso centrale) o psicologiche.

EMISSIONE

Fase che precede l'eiaculazione ed è costituita dall'accumulo delle varie componenti dello sperma nell'uretra prostatica.

EMOSPERMIA

Presenza di sangue nello sperma, che assume una colorazione simile alla ruggine o alla cioccolata. Spesso è segno di una patologia della prostata.

ENDOCRINOLOGIA

Branca della medicina che studia la sintesi, l'escrezione e l'azione degli ormoni. In Andrologia gli ormoni particolarmente studiati sono quelli che appartengono all'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi.

ENURESI

Incontinenza involontaria notturna di urina. Nei bambini è normale fino a 2-3 anni, successivamente è legata a malattie organiche di origine neurologica, ormonale ecc. o a disagi del vissuto quotidiano, specie familiare.

EPIDIDIMO

Struttura di forma tubulare che si appoggia sulla circonferenza maggiore del testicolo, come una "C". Serve a trasportare gli spermatozoi dal testicolo verso il deferente. Durante questo viaggio l'epididimo contribuisce alla maturazione degli spermatozoi, cioè alla capacità di fecondare l'ovulo.

EREZIONE

Aumento di volume e di rigidità del pene che avviene a causa di un notevole incremento della qualità di sangue all'interno dei corpi cavernosi. L'erezione può avvenire per vari tipi di stimoli fisiologici: visivi, tattili, olfattivi, uditivi, per pensieri a contenuto erotico. Anche stimoli patologici possono stimolare l'erezione (priapismo).

ERMAFRODITISMO

Ambiguità del sistema riproduttivo. Nello stesso soggetto si trova contemporaneamente il tessuto testicolare maschile e ovarico femminile. La patologia si verifica durante la vita intrauterina e ha un'incidenza eccezionale.

EVIRAZIONE

Asportazione terapeutica o traumatica del pene.

FIBROSI

Trasformazione di tessuto originariamente elastico in tessuto a prevalente composizione fibrosa con perdita di elasticità. In andrologia la fibrosi tipica riguarda l'induratio penis plastica.

FIMOSI

Malformazione del pene che si verifica quando il prepuzio è troppo stretto e non permette l'agevole scopertura del glade. Nei bambini molto piccoli è sempre presente e ha uno scopo protettivo, impedendo il contatto della mucosa del glade con le urine. Con l'età la pelle del prepuzio tende ad allargarsi, ma se non accade bisogna consultare il medico. L'unica soluzione per la fimosi è l'intervento chirurgico.

FRIGIDITÀ

Termine improprio che indica difficoltà di eccitazione sessuale nella donna. Talvolta è associata a difficoltà orgasmica mentre in molti casi è possibile il raggiungimento dell'orgasmo. Può avere un'origine organica (obesità, diabete, patologie ginecologiche etc...) o psicologica, legata anche alle modalità di realizzazione dell'atto sessuale del partner.

FUGA VENOSA

Causa di deficit erettile. Durante l'erezione il sangue arterioso viene "intrappolato" dai corpi cavernosi grazie alla compressione delle vene peniene contro la tunica albuginea. Nella fuga venosa, questo meccanismo di contenimento non funziona perché le vene continuano a drenare il sangue dei corpi cavernosi. Il trattamento chirurgico della fuga venosa ha dato in prevalenza risultati negativi. Si possono ottenere buoni risultati con farmaci iniettati direttamente dentro i corpi cavernosi. In genere la fuga venosa risponde ai cocktails di farmaci.



Il testo che pubblichiamo è un estratto a puntate del dizionario andrologico elaborato da Andrologi e Medici di Medicina Generale soci SIA.

Editor: Andrea Ledda - Coordinatore: Paolo Turchi - Autori: Egidio Andriani, Massimo Capone, Pier Luigi Izzo, Alessandro Papini, Gianni Paulis, Francesca Ragni, Roberto Todella

Chirurgia e tecnologia

Novità sul fronte delle protesi

CONTRO LA DISFUNZIONE ERETTILE ESISTONO IMPIANTI SEMPRE PIÙ COMODI E SICURI

Un paziente su sei può trovare la soluzione al deficit erettile grazie all'impianto protesico del pene. La moderna ricerca tecnologica, infatti, fornisce impianti sempre più affidabili e un'azienda leader nel campo ha dotato le protesi peniene di un esclusivo rivestimento in ParyleneTM, un materiale che forma uno strato ultrasottile all'interno dei cilindri protesici, efficace nel ridurre degli attriti e perfettamente biocompatibile. Da sempre in questo tipo di chirurgia l'infezione periprotesica rappresenta il rischio più insidioso. La stessa azienda ha prodotto il primo impianto rivestito con antibiotico, denominato InhibizioneTM: il progressivo rilascio dell'antibiotico garantisce una

significativa diminuzione del tasso di infezioni, anche nei pazienti più a rischio. Al fine di semplificare l'utilizzo e la disattivazione dell'impianto, AMS ha introdotto un'altra novità: un rivoluzionario attivatore scrotale, completamente ridisegnato rispetto ai modelli precedenti, ribattezzato Momentary squeeze. Sono diverse le caratteristiche che rendono unico questo attivatore. Innanzitutto, le sue dimensioni complessive sono ridotte, il che si traduce in un ingombro minore a livello scrotale; il bulbo della pompa è libero dai tubi di connessione e la zigrinatura della superficie ne rende più semplice la localizzazione e l'attivazione. In particolare però, la Momentary squeeze si distingue per il nuovo pulsante

di disattivazione concepito con tecnologia one-touch: basta premere soltanto una volta il pulsante per dare inizio al processo di sgonfiaggio della protesi, senza ulteriori pressioni sull'impianto. Infine, i nuovi cilindri protesici della serie 700 MS consentono un inserimento più facile grazie a un profilo più slanciato. Anche il kit dei rear tip extender è stato migliorato: sono ora disponibili nelle lunghezze da 0.5 a 6 cm. Anche il reservoir è rivestito in ParyleneTM e le valvole lock-out impediscono il gonfiaggio spontaneo della protesi. In sintesi, con queste nuove protesi, la chirurgia di impianto non cambia mentre risultano migliorate semplicità di utilizzo e affidabilità.

Vita sociale

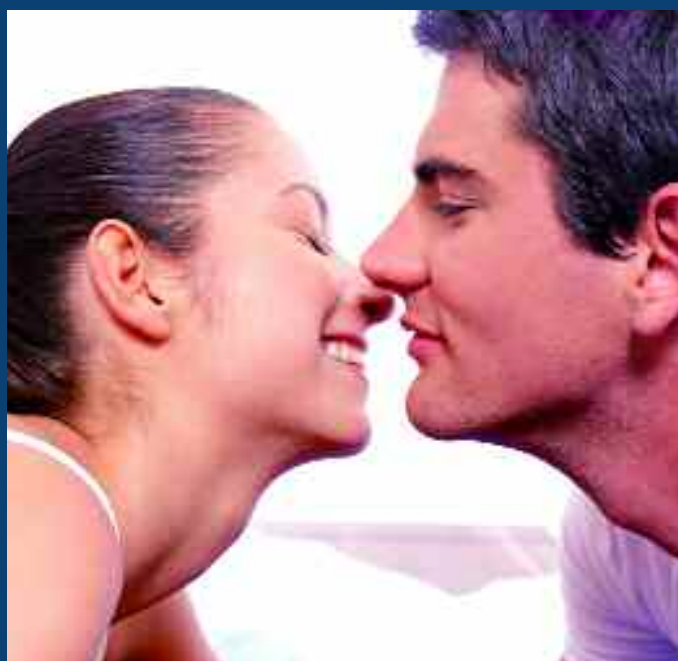
Lo spray anti-timidezza

Secondo una ricerca del californiano Shyness Institute, i timidi sono sempre di più. Il 50 per cento degli americani ha infatti dichiarato di soffrire di timidezza cronica. Le cause della timidezza sono diverse, psicologiche e ambientali. Un aiuto arriva dai ricercatori dell'Università di Zurigo, che hanno inventato lo spray nasale anti-timidezza. Contiene ormoni sintetici che aiuterebbero a essere più spigliati nelle relazioni sociali. Lo spray è a base di ossitocina, un ormone che, con il suo recettore, svolge un ruolo cruciale nei legami interpersonali. La sostanza è stata sperimentata su un campione di 70 adulti, portando a risultati definiti "molto interessanti" dagli scienziati.

Papilloma virus

Vaccino al maschile

Il vaccino contro il Papilloma virus (HPV), causa del cancro del collo dell'utero, è una delle conquiste scientifiche recenti più importanti per la salute delle donne. Ma pochi sanno che questo virus è temibile anche per gli uomini. Nell'uomo l'infezione è presente dai 18 anni in oltre il 60 per cento dei casi. Secondo l'American Cancer Society, nel 2006 ci sono stati circa 1.500 nuovi casi di tumori del pene causati dall'HPV e circa 1.900 nuovi casi di uomini con tumori anali HPV-correlati. Un recente studio ha inoltre dimostrato che l'infezione orale da Papilloma virus aumenta di 15 volte il rischio di tumori dell'orofaringe. Per l'uomo, a differenza che per la donna, non esiste un test preciso per valutare la presenza dell'HPV né una cura per eliminarlo, se non il vaccino. A richiamare l'attenzione su questi aspetti è stato recentemente il professor Carlo Foresta, direttore del Centro di crioconservazione dei gameti dell'Università di Padova e presidente della Società italiana di Fisiopatologia della Riproduzione (SIFR).



Il desiderio è nel naso

LA SCOPERTA DELLA HARVARD UNIVERSITY

L' "interruttore" che regola la sessualità e i comportamenti della sfera erotica risiederebbe nel naso. Lo sostiene una ricercatrice dell'Università di Harvard, Catherina Dulac, che ha battezzato questo punto cruciale "vomeronasale". Dalla sua presenza o assenza dipende il comportamento sessuale dei topi, sui quali è stato eseguito l'esperimento. E da qui potrebbe dipendere anche quello degli uomini. I ricercatori hanno studiato alcuni topi femmina che per un difetto genetico avevano l'organo vomeronasale non funzionante: erano aggressivi, non si occupavano dei cuccioli e avevano comportamenti simili a quelli dei maschi. Fenomeni simili sono stati osservati nelle topoline in cui il sistema vomeronasale era stato distrutto artificialmente. Secondo la professoressa Dulac nel nostro cervello sarebbero presenti circuiti neuronali maschili e femminili. Nelle donne il circuito maschile sarebbe tenuto "spento" proprio dal sistema vomeronasale. La ricerca è stata pubblicata su Nature.

Il profilattico con qualcosa in più

Non solo protegge dalle malattie trasmissibili sessualmente ed evita gravidanze indesiderate, ma favorisce anche l'erezione. È il nuovo profilattico, identificato con la sigla CSD500. Lo produrrà l'azienda inglese Futura Medical, che ha eseguito test su 108 coppie con risultati positivi soprattutto riguardo alla durata e alla rigidità

dell'erezione. Il nuovo preservativo contiene all'estremità una sostanza in gel chiamata Zanifil. Essa viene assorbita dal glande ed entrando in circolo a livello dei corpi cavernosi, attraverso le arterie, aumenta l'afflusso di sangue con conseguente miglioramento della rigidità. Il prodotto dovrebbe essere messo in commercio a metà del

2008, ma non sostituirà le cosiddette "pillole dell'amore". Queste ultime infatti, Cialis, Levitra e Viagra, sono utilizzate in persone con patologie che determinano impotenza e restano quindi il principale rimedio in caso di disfunzione erettile, mentre il profilattico è efficace in uomini sani, con un sistema vascolare, neurologico ed endocrino normale.

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
www.andrologiaitaliana.it
iouomo@andrologiaitaliana.it
Direttore Responsabile:
Vincenzo Gentile
Delegato SIA alla Comunicazione:
Ciro Basile Fasolo

Direzione Scientifica:
Aldo Franco De Rose, Alessandro Papini
Segreteria SIA:
F. Cherubini, E. Milani,
V. Pisacane, S. Santopadre
Coordinamento Editoriale:
Publicis Consultant
Coordinamento Redazionale:
Pier Michele Girola

In redazione:
Caterina Allegro
Progetto grafico e impaginazione:
Elena Gulminelli
Stampa:
Diffusioni Grafiche Editoriali
Strada Statale 31 km 22
15030 - Villanova Monferrato (AI)
tel. 0142 338.1



L'intervento chirurgico non è mai un esperimento

Sono un ragazzo di 18 anni e soffro di eiaculazione precoce. Un mio amico mi dice di aver risolto questo problema semplicemente circoncidendosi. È possibile che funzioni anche con me?

Nico (Udine)

► **Caro Lettore, l'eiaculazione precoce è un problema complesso e può dipendere da diverse cause. Il suo amico fa un'affermazione che potrebbe contenere una parte di verità, tuttavia solo una valutazione specialistica andrologica può individuare la miglior strategia per curare il suo problema. Tra l'altro l'intervento deve essere indicato da un medico e soprattutto garantire risultati e non costituire solo un esperimento.**

Il figlio non arriva: è colpa dell'età?

Mi sono sposato due anni fa a 43 anni per la prima volta. Da subito abbiamo cercato di avere un bambino, ma non sta succedendo nulla. Il mio medico dice che la mia età è un po' troppo avanzata. Che devo fare?

Carlo (Torino)

► **Caro Lettore, il problema dell'età non è così importante per il maschio quanto per la donna, il cui declino biologico (per la fertilità) inizia già dopo i 30 anni; secondo alcuni studi, l'aspettativa di gravidanza per una donna di 35 anni è del 50% più bassa rispetto a una donna di età inferiore. Molte coppie decidono di procreare in età meno fertili non sapendo che l'età è un fattore molto rilevante. Per quanto riguarda il suo caso, nella lettera manca l'età della sua partner, è quindi difficile darle una risposta.**

Le complicanze sessuali del diabete

Mio figlio è diabetico dall'età di 12 anni. Anche mio marito è diabetico, ma lo ha scoperto da pochi anni (ha 44 anni). Mio marito soffre di episodi di impotenza che risolve con i farmaci. È possibile, per mio figlio, prevenire questo problema? Il diabete giovanile può rendere sterile un uomo?

Ines (Termoli)

► **Cara Lettrice, se il diabete rimane ben compensato ed è accompagnato da una frequente attività fisica le sue**

A volte, il deficit erettivo in un paziente iperteso può rappresentare un piccolo peggioramento del problema circolatorio che sostiene l'ipertensione stessa, bisogna quindi consultare il proprio medico

L'aspettativa di gravidanza per una donna di 35 anni è del 50% più bassa rispetto a una donna di età inferiore. Molte coppie decidono di procreare in età meno fertili non sapendo quanto l'età sia rilevante.

complicanze, anche a livello sessuale, sono molto minori. Per quanto riguarda la fertilità di suo figlio non dovrebbero comparire problemi; l'evoluzione della malattia diabetica, però, dipende da molti fattori, le consigliamo quindi di far seguire sia suo marito che suo figlio da un esperto diabetologo.

Un'operazione può risolvere il varicocele

Ho 27 anni e mi è stato riscontrato un varicocele. Ho letto su internet che non tutti sono d'accordo sul fatto che il varicocele determini una diminuzione della fertilità maschile. Il mio medico mi ha mandato da un andrologo che, dopo due spermioigrammi, mi ha consigliato l'intervento. Cosa mi consigliate voi?

Francesco (Genova)

► **Gentile Lettore, il varicocele è presente nel 41% dei pazienti che richiedono una valutazione per infertilità. Questa incidenza, da sola, chiarisce molto riguardo alla possibile interferenza del varicocele. Non possiamo garantire che dopo l'intervento ci sarà sicuramente una gravidanza, sappiamo però con certezza che l'intervento migliora la qualità dello sperma e che questo aspetto è importantissimo nell'ambito di una coppia infertile. Ricordiamo che non si può mai valutare la fertilità di un singolo maschio o femmina: la fertilità deve essere valutata a livello di coppia.**

Quando il medico è un amico non è facile parlare

Sono un uomo di 65 anni e prendo le pillole per la pressione alta da 8 anni. Negli ultimi mesi ho notato difficoltà ad ottenere l'erezione anche se con mia moglie c'è un'ottima intesa. Mi vergogno un po' di parlarne con il mio medico, che è anche un vecchio amico. Cosa devo fare?

Luca (Pordenone)

► **Caro Lettore, ogni alterazione della circolazione, come anche un aumento della pressione, può ripercuotersi sui vasi**

sanguigni destinati a produrre l'erezione del pene. Non possiamo, però, trascurare il fatto che alcuni farmaci utilizzati per combattere la pressione alta possono danneggiare la funzione erettiva. Merita che ne parli con il suo medico o, comunque, con un medico. Anche perché, a volte, il deficit erettivo in un paziente iperteso può rappresentare un piccolo peggioramento del problema circolatorio che sostiene l'ipertensione stessa.

Se il prepuzio si infiamma e poi si "chiude"

Da alcune settimane mi si sta chiudendo la pelle del pene (si dice prepuzio?). Ho sofferto di alcuni periodi di infiammazione che ho curato con pomate e lavande sempre senza successo. Mia moglie mi dice che sta bene e sospetta che io abbia contratto qualche malattia con altre donne.

Giulio (Pescasseroli)

► **Gentile Lettore, l'infiammazione del prepuzio (il termine è corretto) si chiama balanopostite e può avere diverse cause. Dalla sua lettera sembra di capire che lei non abbia avuto rapporti a rischio con altre donne, per cui rimane da ricercare la causa in problemi non sessuali. Il diabete, noto o in fase di "incubazione", come anche allergie, per esempio, a farmaci possono causare questa infiammazione che va curata con una circoncisione (l'asportazione del prepuzio); l'intervento potrà essere una buona occasione per fare esaminare la pelle asportata.**

Basta una pallonata per rendermi sterile?

Due mesi fa ho ricevuto una pallonata nel testicolo sinistro che mi hanno dovuto operare d'urgenza perché era fratturato, come mi hanno detto all'Ospedale dopo l'ecografia. Mio padre mi ha detto di avere avuto sempre un solo testicolo e di avere fatto tre figli: lo ha detto per consolarmi?

Lorenzo (Lucca)

► **Intanto sappia che il trattamento cui è stato sottoposto è quello migliore e consigliato da tutte le linee guida sulla traumatologia testicolare. Suo padre può avere senz'altro ragione, con un solo testicolo si può essere normalmente fertili. Lei può farsi seguire, nel tempo, da un Andrologo che possa valutare la ripresa del suo testicolo, per sicurezza.**



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



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
campagna educativa

Lilly

Risposte che contano.