

**VINCENZO GENTILE**

Presidente della Società Italiana di Andrologia

EDITORIALE**Dalla SIA sempre impegni concreti**

Cari Lettori, anche in questo numero abbiamo riunito argomenti diversi che interessano la salute, la vita affettiva, la sessualità e il ruolo sociale dell'uomo. Il nostro scopo non è cambiato: vogliamo raggiungere la popolazione maschile (e non solo) con un mezzo gratuito e di piacevole lettura, informarla e sensibilizzarla sull'importanza di prendersi cura del proprio corpo. Vogliamo dare spazio anche a tematiche difficili, spesso tabù, ma di fondamentale importanza: questo mese parliamo delle infezioni della prostata, delle regole fondamentali per l'igiene intima, dell'emicrania "da sesso", che non sempre è una scusa, e del ruolo dei feromoni nella chimica dell'attrazione sessuale. Ulteriori approfondimenti affrontano la diagnosi e la prevenzione dell'osteoporosi e l'Induratio Penis Plastica, una patologia le cui cause sono ancora per lo più sconosciute. Inoltre pubblichiamo un recente sondaggio sulle coppie italiane e la descrizione di un nuovissimo metodo per la diagnosi della disfunzione erettile. Infine, largo spazio è dato nel dossier centrale alla nostra campagna "Amare senza pensieri": un ulteriore impegno concreto messo in atto dalla SIA per promuovere il ruolo dell'andrologo come amico e alleato della salute maschile.

**»» DOSSIER****Torna ad amare senza pensieri!**

I problemi andrologici possono creare imbarazzo, tanto da tenerli nascosti persino al proprio medico: ma molti disagi, con l'aiuto dell'andrologo, si possono curare. Per facilitare il dialogo tra paziente e specialista, la SIA ha indetto la campagna "Amare senza pensieri": un numero verde e un sito, attivi per tutto il mese di giugno, per chiarire i dubbi dei pazienti con problemi di erezione.

Il numero verde ha permesso un contatto diretto e anonimo con l'andrologo, mentre il sito www.amaresenzapensieri.it, tuttora attivo, fornisce informazioni pratiche e offre la possibilità di consultarsi via mail con un medico della SIA.

PAGINE 15-18

Gli italiani preferiscono piacere ed emozioni

Alcune sognano una famiglia felice, altre vedono nel partner un complice rassicurante, eppure una coppia su tre mette al primo posto la passione

Parla chiaro l'indagine condotta dalla Ipsos per conto di Bayer su mille persone per lo più "accoppiate": mentre tramonta il mito della famiglia tradizionale, si afferma il desiderio di provare piacere ed emozioni. Il 33 per cento delle coppie intervistate, infatti, cerca passione ed edonismo nel rapporto a due e ritiene importantissima l'autonomia. Questa tendenza favorisce il dinamismo, ma va a discapito della stabilità. Così, se la moderna coppia italiana dà più spazio

al gioco, alla scoperta e, perché no, alla trasgressione, non di rado rischia la rottura. Tuttavia, c'è anche chi non mette il sesso al primo posto, ma lo considera solo un mezzo per far felice il partner: in questo quadro si colloca il 21 per cento degli intervistati che dal rapporto d'amore cerca soprattutto un sodalizio. Questa fetta di popolazione ama progettare, sogna un futuro equilibrato e non rinuncierebbe ai figli. C'è poi chi dal partner si aspetta una forte complicità: per il 18 per cento degli intervistati, sincerità,

intimità, apertura e comunicazione sono i valori fondanti del rapporto di coppia e vengono prima di tutto. In quest'ottica il sesso è visto più come un complemento che come un elemento irrinunciabile. Sono emersi, dall'indagine, anche alcuni problemi comuni alle coppie, come quello della disfunzione erettile. Gli intervistati, per lo più, hanno affermato che preferiscono parlarne con la partner piuttosto che rivolgersi al medico.

PAGINA 2

10 Induratio Penis Plastica FARMACI E CHIRURGIA CONTRO LA CURVA

Il ricurvamento del pene provoca dolore e, a volte, disfunzione erettile. Non è chiaro perché succeda, ma si può curare

20 Igiene intima LAVAGGI FREQUENTI... MA NON TROPPO

L'abitudine a curare la pulizia del corpo è piuttosto recente. Oggi è talmente diffusa da raggiungere, a volte, eccessi patologici

24 Osteoporosi SENZA SINTOMI FINCHÉ ARRIVA LA FRATTURA

Il fenomeno dell'indebolimento delle ossa riguarda più spesso le donne, ma anche molti uomini in età avanzata ne soffrono

Passionale con un pizzico di trasgressione, amante del divertimento e del dinamismo, paritetica e solidale ma anche instabile. È questo l'identikit della coppia italiana di oggi, secondo quanto emerge da un'indagine realizzata da Ipsos per conto di Bayer. Messo da parte l'atteggiamento coniugale a volte "doveristico" e chiuso, tipico di un passato non troppo remoto, le coppie del terzo millennio si scoprono da un lato più aperte, comunicative e desiderose di divertirsi e provare piacere, dall'altro proiettate verso la costruzione di un futuro equilibrato e stabile, incentrato sulla famiglia ideale (figli, benessere economico, riconoscimento sociale) o sul partner come anima gemella.

di **Aldo Franco de Rose**
Clinica Urologica, Ospedale San Martino Genova

Prevalgono soddisfatti ed estroversi

L'indagine è stata svolta su un campione rappresentativo della popolazione italiana composto di mille perso-

Un'indagine condotta dalla **Ipsos** su **mille persone** ha messo in luce desideri e **priorità** delle unioni di oggi: **la famiglia ideale** è meno importante, mentre vincono emozione ed **edonismo**



Passionale e trasgressiva: l'identikit della coppia

ne dai 18 anni in su e le coppie sono risultate pari al 76%. Quasi un terzo degli accoppiati intervistati, soprattutto fra i 35 e i 54 anni, ha dichiarato un senso di estraneità (24%) e delusione (4%) nei confronti della vita a due. I restanti due terzi vivono invece il rapporto in modo positivo e costruttivo e di questi sono stati delineati i profili e gli atteggiamenti rispetto alla sessualità.

La maggioranza, ovvero il 33% degli intervistati (una coppia italiana su tre), corrisponde alla tipologia della Passione. Desiderosa di provare piacere e nuove emozioni, di divertirsi e giocare, è la coppia dell'estroversione e dell'edonismo, dove i due partner esplorano insieme i piaceri del mondo esterno in un rapporto di pariteticità, mantenendo ognuno la propria autonomia. Il prezzo da pagare per una relazione così dinamica e autonoma è una certa instabilità e insicurezza, che espone la coppia al rischio di rottura.

D'altro canto i partner passionali condividono l'orgoglio di essere percepiti come una coppia "calda" e in effetti la sessualità non può che essere per loro un cardine della vita in-

sieme. Una sessualità forte, fantasiosa, spesso trasgressiva, incentrata sulle "virtù amatorie", ma anche sulla comunicazione e lo scambio di emozioni (amore, possesso, gelosia).

Del modello Passione sono sostenitori maggiormente gli uomini, con una certa concentrazione al Sud e in due fasce di età in particolare, i giovani adulti (25-34 anni) e gli ultra 64enni. L'importanza di una vita sentimentale e sessuale soddisfacente è abbinata per loro a variabili di benessere concreto, come la soddisfazione economica ed intense relazioni sociali.

Un altro 21% delle persone che vivono in coppia si scopre portato verso il Sodalizio, ovvero una relazione incentrata sulla progettualità e la responsabilità, vissute non come impegni gravosi bensì come realizzazione di una famiglia felice, costruzione di un futuro equilibrato, arricchimento della propria identità. In questo quadro la sessualità non è tanto il "fine" quanto il "mezzo" per rinsaldare la coppia e fare felice il partner.

Sono portatori di questo modello i giovani adulti (25-44 anni) e in particolare le donne e i residenti nei gran-

di centri, che si dichiarano piuttosto felici rispetto alla loro vita sentimentale, all'attività sessuale e al benessere fisico.

Infine, il 18% degli intervistati vive il rapporto col partner come una simbiosi rassicurante, che si basa su un forte senso di affinità (ci si sente fratelli prima che amanti), sulla condivisione e la sincerità, sulle coccole e il prendersi cura dell'altro. L'attività sessuale, in tal caso, ha un ruolo marginale ed è fatta di piccoli gesti, sguardi, sfioramenti. Su questa tipologia di coppia, denominata Complicità, si concentrano persone relativamente

La partner: confidente privilegiato

In un quadro di sostanziale normalità di attività sessuale dichiarata (96% degli intervistati, con una frequenza media di poco meno che una volta a settimana), la prevalenza rilevata di almeno un episodio di disfunzione erettile negli ultimi 12 mesi è pari al 25%. Non si rilevano esperienze diverse tra accoppiati e single, mentre è interessante notare che sono più gli uomini a riconoscere il problema (30%) che non le donne (20%). Quando esiste, il problema viene condiviso con il partner in misura molto rilevante - 8 intervistati su 10 (specialmente all'interno delle coppie "Passione": 9 su 10) - mentre il ricorso

ad un parere esterno (soprattutto di tipo professionale: medico di base ma anche specialista) è molto più limitato, specie tra coloro che non hanno una situazione di coppia stabile (che tendono tra l'altro, semmai, a chiedere pareri agli amici). Il ricorso al farmaco è un'evenienza attualmente marginale (1 intervistato su 10), ma anche essenzialmente priva di alternative (altri rimedi: 9%). Il problema tende ad essere minimizzato nella gran parte dei casi (non viene considerato particolarmente grave da 7 intervistati su 10) ed in minima parte prevale invece la sfiducia in un eventuale intervento.

Di tre "tipi"

giovani (fino ai 34 anni), del Nord-Est e del Sud, residenti in piccoli centri e che si dichiarano molto soddisfatti della loro relazione.

... ma il tabù rimane

La ricerca ha inoltre analizzato le opinioni e gli atteggiamenti degli italiani rispetto al problema della disfunzione erettile maschile e all'utilizzo delle cosiddette pillole dell'amore, come per esempio il vardenefil. Il dato più preoccupante è che, in presenza di un persistente problema di erezione, 8 italiani su 10 ne parlano con il partner (o al massimo con gli amici) senza ricorrere a un parere esterno. Soprattutto fra coloro che hanno una relazione stabile, il problema tende a essere minimizzato e il medico di base o lo specialista non sono considerati persone di riferimento cui chiedere consiglio. Purtroppo, ancora oggi, la disfunzione erettile è vissuta come un tabù, una patologia di cui vergognarsi. Al contrario dovrebbe essere chiaro, una volta per tutte, che spesso la disfunzione erettile rappresenta un campanello di allarme di altre gravi patologie, come ipertensione, infarto, ictus, diabete o disturbi psichici. In virtù di tutto questo il problema sessuale va sempre considerato come un problema medico che solo il medico, di medicina generale

I tipi di atteggiamento nei confronti della vita di coppia identificati dallo studio sono essenzialmente 5: escludendo le due modalità di vedere la relazione di coppia che denotano delusione ed estraneità e che contano, sommate, per circa un terzo degli "accoppiati" interpellati, si mettono in luce tre modalità estremamente differenti tra loro di concepire e vivere il rapporto di coppia.



33%

La tipologia Passione (33%) tende a fare perno sulla relazione sessuale. Ne sono sostenitori maggiormente gli uomini, con una certa concentrazione al Sud (a sostegno di un modello culturale con forte riferimento alla performance sessuale) e di due fasce di età in particolare: i giovani adulti (25-34 anni) e gli attempati (oltre 64 anni). L'importanza di una vita sessuale soddisfacente è abbinata in questo caso a variabili di benessere più concrete come la soddisfazione economica e intense relazioni sociali. La presenza di un gruppetto di persone di età più avanzata incide su una relativamente più elevata esperienza di problemi erettili, spesso condivisi con il partner e con l'urologo.



21%

La tipologia Sodalizio (21% di chi vive in coppia) si concentra sui giovani adulti tra i 25 e i 44 anni, e in particolare presso le donne, che solitamente vivono la coppia come un progetto, del quale avvertono fortemente la responsabilità. Responsabilità che non va letta come impegno gravoso, ma nella sua accezione progettuale: questo desiderio di "costruire" una realtà di coppia rassicurante è supportata, tra l'altro, da dichiarazioni di elevata soddisfazione per la situazione sentimentale, le relazioni familiari, il benessere fisico ed anche l'attività sessuale e dall'adesione al concetto di esistenza attuale pienamente goduta, senza rimpianto per il passato.



18%

La tipologia Complicità (che caratterizza il 18% degli intervistati) ruota attorno ai fattori che attengono alla comunicazione e alla confidenza tra partner: i modelli sono la sincerità, l'apertura e l'intimità. Il ruolo del sesso è meno decisivo, più complementare che fondante. I sentimenti e le relazioni all'interno della famiglia e della coppia hanno un ruolo prevalente e risultano anche le prime fonti di soddisfazione, provocando una sensazione di felicità e benessere. Questa tipologia vede una maggiore concentrazione di persone relativamente giovani (con una prevalenza non oltre i 34 anni) del Nord-Est e del Sud, residenti soprattutto in piccoli centri.

italiana

o specialista, potrà risolvere. Ad oggi però, sempre secondo la ricerca Ipsos, il ricorso al farmaco per la cura della disfunzione erettile è ancora una evenienza marginale (1 intervistato su 10), sebbene essenzialmente priva di alternative (altri rimedi sono utilizzati nel 9% dei casi). Spiega la dottoressa Caterina Schiavon, sociosemmiologa di Ipsos: "Analizzando gli atteggiamenti delle diverse coppie, notiamo che la coppia complice vede l'intervento farmacologico come un corpo estraneo e dunque come "ultima spiaggia", ma potrebbe accettarlo se proposto in una logica di presa in cura reciproca (la pillola come augurio di serenità). La coppia passionale vive il farmaco in modo ambivalente: può essere segno di sconfitta per il maschio, ma può anche diventare un complice, un elemento stimolante per portare avanti il gioco a due (un augurio di ludicità). La coppia che si fonda sul sodalizio, infine, è quella che ha l'atteggiamento più positivo e consapevole circa l'utilizzo della pillola dell'amore, perché la sente come un aiuto concreto a rilanciare la progettualità del rapporto (un augurio di stabilità)".



Alcune coppie tra i 24 e i 45 anni si scoprono portate verso una relazione incentrata sulla costruzione di un futuro equilibrato e rassicurante

Mal di testa o mal d'amore? Cause, studi e cure possibili

L'eccitazione e l'orgasmo possono provocare **forti emicranie**, specialmente nell'uomo. Il fenomeno è stato **poco indagato**, sebbene piuttosto **frequente**, ma dal 2004 è classificato nella lista dell'**International Headache Society**

Conseguenza a volte di un sincero disagio fisico, la castrante risposta alle avances coniugali "Stasera no, tesoro, ho mal di testa..." dovrebbe esser presa sul serio dagli sfortunati partner lasciati in bianco. Almeno in alcuni casi è infatti scientificamente provato che il sottrarsi a un rapporto sessuale da parte del/della partner potrebbe essere dovuto alla comparsa di una cefalea invalidante a tal punto da rendere assolutamente poco desiderabile l'incontro amoroso. Secondo un certo numero di osservazioni scientifiche, raccolte fin dagli anni '70, tale evenienza sarebbe tutt'altro che rara e assolutamente degna di essere presa in seria considerazione dal mondo scientifico. In realtà, la cefalea associata all'attività sessuale rientra già nella seconda edizione della classificazione delle cefalee, compilata dalla International Headache Society nel 2004, e viene annoverata tra le forme primitive, cioè non secondarie ad altra patologia preesistente, come l'emicrania e la cefalea muscolo-tensiva.

Prima o durante l'orgasmo?

Lontani dal capire quale sia la natura dell'associazione tra attività sessuale e cefalea, gli esperti hanno individuato due sottotipi principali: il primo è caratterizzato da una sintomatologia sorda che coinvolge testa e collo, accompagnata di frequente dalla sensazione di contrazione dei muscoli mandibolari e del collo. Compare durante l'attività sessuale e aumenta con l'eccitamento sessuale (preorgasmic headache, cefalea preorgasmica).

Il secondo si distingue per la rapidità di insorgenza e per la maggiore intensità dei sintomi che compaiono improvvisamente, in maniera esplosiva, al momento dell'orgasmo o immediatamente dopo (orgasmic headache, cefalea orgasmica). La durata della singola cefalea è variabile da alcuni minuti ad alcune ore.

Questo tipo di emicrania può presentarsi in forma episodica o cronica e può associarsi ad altri tipi di mal di testa: il trattamento più efficace non si discosta da quello prescrivibile per altre cefalee più comuni e trova negli antinfiammatori non steroidei (come l'indometacina) lo strumento migliore nelle fasi acute. Il farmaco può essere assunto alla comparsa del dolore o, in maniera preventi-



di **Giorgio Fattorini, Francesco Romanelli e Vincenzo Gentile***

Dipartimento di Fisiopatologia Medica, Università La Sapienza di Roma
*Dipartimento di Urologia, Università La Sapienza di Roma

va, un'ora prima del rapporto. La terapia può essere proseguita anche durante le fasi di assenza di sintomi, sebbene con farmaci differenti (per esempio beta bloccanti), in grado di modificare la pressione nei vasi arteriosi che arrivano all'encefalo.

Vittima: il maschio adulto

L'esatta prevalenza di queste forme di cefalea non è stata ancora definita con precisione: finora gli studi epidemiologici avviati con lo scopo di definirne il valore sono pochi. Secondo uno di questi, la percentuale di individui sofferenti di mal di testa da attività sessuale sarebbe pari all'1% dell'intera popolazione, simile a quella relativa alla cefalea da esercizio fisico.

Per quanto riguarda l'età di insorgenza, le più recenti casistiche pubblicate indicherebbero che quella adulta è la più interessata da questo disturbo, con età media dei soggetti osservati pari a circa 35 anni. Il sesso maggiormente rappresentato sarebbe quello maschile: tuttavia bisogna tener conto del fatto che i lavori scientifici che si sono occupati di questa patologia sono relativamente

pochi, strutturati non sempre in maniera rigorosa e soprattutto caratterizzati da un numero di soggetti osservati non elevato.

La cefalea è un disturbo socialmente rilevante, capace di compromettere profondamente la qualità della vita e, se associato ad attività sessuale, di incidere pesantemente sulla serenità della coppia: per tale motivo la valutazione diagnostica dovrebbe essere svolta da un neurologo, il quale potrà avvalersi a seconda dei casi della consulenza di un internista, di un andrologo, di un endocrinologo e di un ginecologo. Non sempre per il medico è facile stabilire se la cefalea riferita dal paziente sia un disturbo primitivo o causato da altre patologie preesistenti: esistono infatti diverse condizioni nelle quali la sintomatologia cefalalgica migliora fino a scomparire quando si risolve la patologia di base sottostante.

Patologie correlate

Una patologia piuttosto frequente, causa proprio di un calo della libido e di una conseguente riduzione della performance sessuale, è l'iperprolattinemia: si tratta dell'aumento

dei livelli circolanti di un ormone, la prolattina, secreto dall'ipofisi, una ghiandola posta grossolanamente tra i due emisferi cerebrali. Una delle cause di questa ipersecrezione può essere la presenza di un adenoma, cioè di un tumore benigno che secreta prolattina. Generalmente di piccole dimensioni (microprolattinoma), può in alcuni casi avere dimensioni maggiori (macroprolattinoma) ed espandendosi creare problemi di compressione sulle delicate strutture circostanti: in questi casi possono comparire cefalea e disturbi visivi, come per esempio un deficit del campo visivo. Nel sospetto di

Anche i noti
farmaci proerettili
possono indurre
questa **patologia**:
si tratta, infatti,
di uno dei loro
più comuni
effetti collaterali

una patologia di questo genere, lo specialista richiederà gli esami più opportuni (RM o TAC, dosaggi ormonali, ecc.) che lo orienteranno verso la corretta gestione clinica del paziente affetto da cefalea.

Infine vale la pena ricordare che la cefalea è uno degli effetti collaterali più comuni dei noti farmaci proerettili prescrivibili: il sildenafil, il tadalafil ed il vardenafil, impiegati nella disfunzione erettile per migliorare l'afflusso di sangue al pene durante l'eccitazione, possono agire in misura minore anche a livello sistemico, determinando un lieve calo della pressione arteriosa e possibili effetti vasomotori a livello cefalico: vampate cutanee (rossore al volto) e proprio cefalea. Tali disturbi, mai gravi e comunque più o meno pronunciati a seconda del tipo di farmaco usato, del suo dosaggio e della eventuale contemporanea assunzione di alcolici, perdurano finché il principio attivo non viene metabolizzato ed eliminato dall'organismo e quindi per un tempo variabile di ore. Tuttavia, generalmente, tendono ad alleviarsi o scomparire con le assunzioni successive.

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

Definizione del problema

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



I nuovi miracoli in materia di fertilità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uno sviluppo straordinario

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

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

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

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



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

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

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

Cause e soluzioni possibili

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

Il patrimonio genetico del maschio contiene le istruzioni per produrre

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

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

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

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

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

Integratori contro i "ROS"

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

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

Clinica Urologica - Università Politecnica delle Marche - Ancona

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

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

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

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

Un esame sempre più preciso

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

di **Silvia Voliani**

Laboratorio Andrologico Università - Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

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

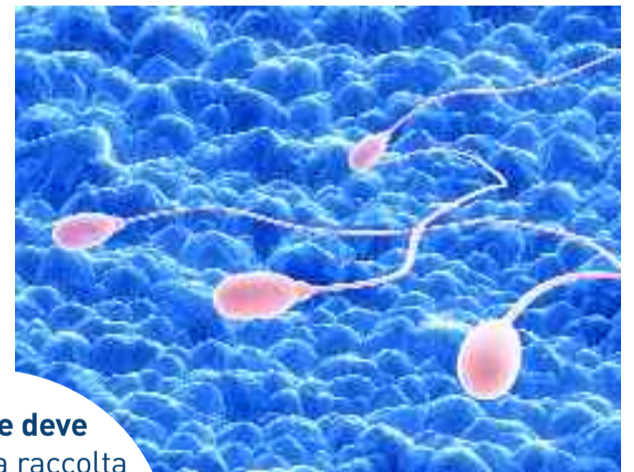
Per molto tempo lo spermioγραμμα ha considerato solo il numero degli spermatozoi nell'eiaculato e la loro motilità. Oggi è in grado di fornire molte più informazioni: prevede un accurato esame microscopico, colorazioni specifiche per evidenziare in maniera idonea la morfologia e la vitalità spermatozoaria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

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

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

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

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



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

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

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

Una scala per la virilità

Nasce un nuovo strumento per l'**autodiagnosi** della disfunzione erettile, che avvicina **medico e paziente** favorendo il dialogo ed evitando fraintendimenti. Si tratta di quattro **piccole sfere** di colore differente e con diverso **grado di rigidità**

A distanza di dieci anni dalla rivoluzione Viagra, Pfizer offre un nuovo strumento per l'autodiagnosi della disfunzione erettile: la Scala EHS (Erection Hardness Scale), che consente di valutare la propria rigidità. Tale sistema, oltre ad incentivare la gestione del problema sessuale, mira soprattutto alla sua condivisione con il medico, agevolando in particolare la comprensione della disfunzione erettile.

La Scala EHS è costituita da un kit di quattro palline con un diverso grado di rigidità. Il paziente, molto semplicemente, può indicare lo stato della sua rigidità peniena evitando in tal modo eventuali fraintendimenti.

Il differente grado di rigidità delle sfere è espresso anche da una diversa colorazione:

1 Azzurro pallido: il pene è solo aumentato di volume

2 Azzurro medio: il pene è più grande ma non abbastanza per la penetrazione

3 Azzurro intenso: il pene è abbastanza grande ma non abbastanza rigido per la penetrazione

4 Blu: il pene ha una completa rigidità, sufficiente per la penetrazione.

Il nuovo kit di supporto è inteso a facilitare il dialogo medico - paziente relativamente alla DE (Disfunzione Erettile), dando utili suggerimenti ai medici stessi. La Scala consente agli uomini di comunicare la propria rigidità utilizzando un linguaggio comune. Per esempio dicendo "Il mio punteggio attualmente è pari a 3, ma vorrei conseguire un punteggio di 4", si evitano eventuali fraintendimenti sul livello di rigidità desiderato o il grado di disfunzione presente. Dato che solo un terzo degli stimati 150 milioni di uomini affetti da DE attualmente si rivolge al medico per farsi prescrivere un trattamento, questo pacchetto potrebbe costituire un utile catalizzatore per avviare una discussione aperta. Può inoltre offrire l'opportunità di incoraggiare l'autodiagnosi e l'individuazione di problemi erettili, coinvolgendo così un numero maggiore di pazienti che resterebbero altrimenti esclusi dal trattamento.

Da uno a quattro

Lo studio "SCORE 4" (Scoring Correspondence in Outcomes Related Erectile Dysfunction Treatment su una scala a 4 punti) è stato disegnato per ampliare la conoscenza del ruolo della rigidità peniena nel benessere complessivo della popolazione maschile. La rigidità è valutata utilizzando la scala EHS che fornisce una stima della stessa da 1 a 4 (quattro

di **Aldo Franco De Rose** Specialista Urologo e Andrologo. Clinica Urologica Ospedale San Martino di Genova

è il punteggio massimo).

I risultati dimostrano che la rigidità ottimale (punteggio di 4) è correlata anche a:

- ✓ una valutazione ottimale della funzionalità erettile (IIEF)
- ✓ alla soddisfazione per la qualità dell'erezione (QEQ)
- ✓ all'esperienza sessuale (SEX-Q)
- ✓ al benessere emotivo (SEAR).

I risultati dello studio dimostrano che solo un terzo degli uomini e delle donne è "molto soddisfatta" della propria rigidità o di quella del proprio partner e che migliorarla è il principale desiderio dei pazienti che seguono un trattamento per DE.

La soddisfazione personale per la rigidità è strettamente collegata alla percezione di altri aspetti dell'esistenza. Infatti, gli uomini soddisfatti della propria rigidità lo sono più spesso anche nella vita sessuale, amorosa e di relazione e nell'ambito della propria salute generale. Migliorare la rigidità innesca una serie di eventi psicologici positivi sia per l'uomo sia per la partner: conseguire un'erezio-

ne con punteggio di 4 è quindi l'esito ottimale e l'obiettivo del trattamento per gli uomini affetti da DE.

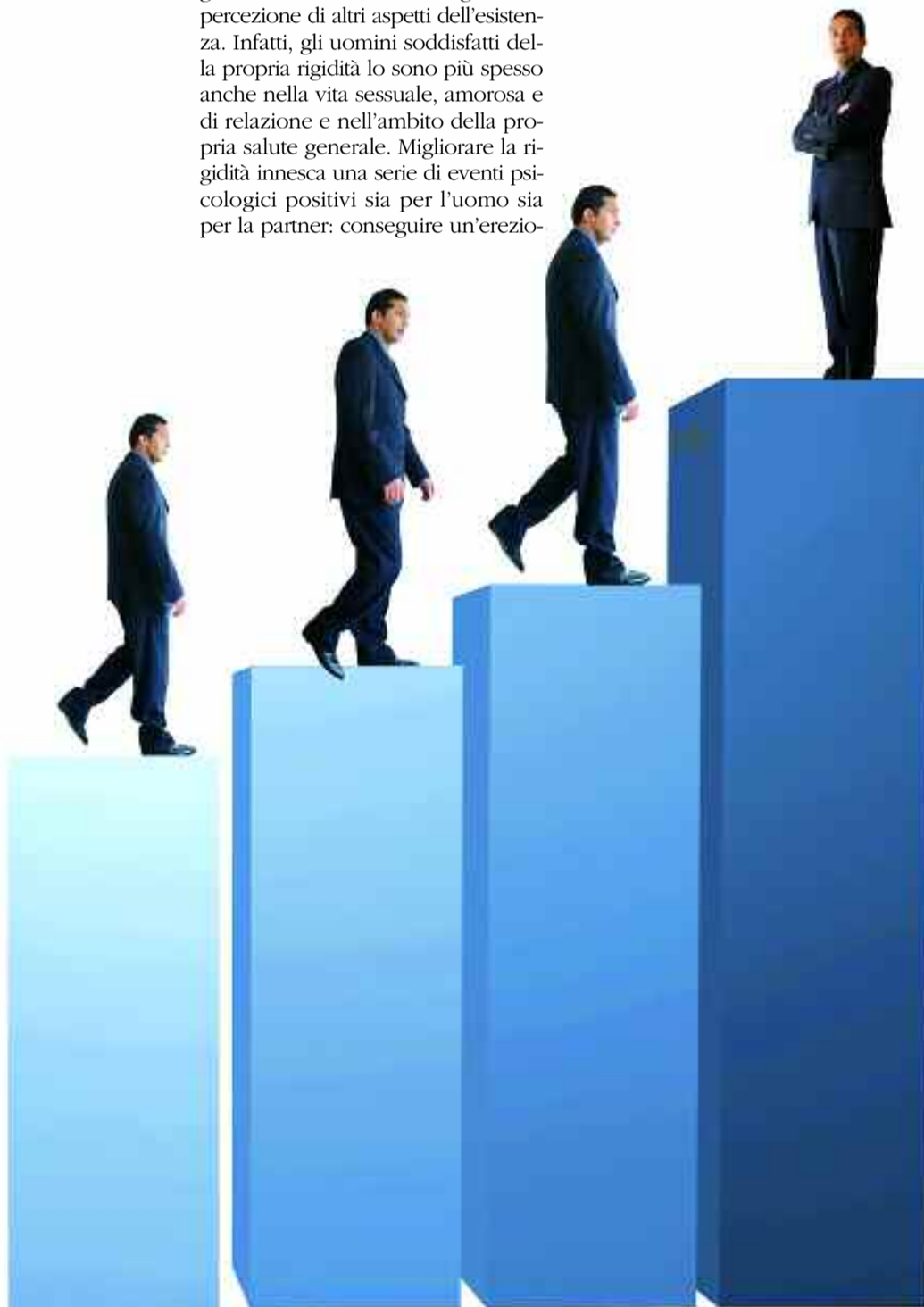
Hanno detto dell'EHS

Fra la classificazione con la EHS e quelle derivanti da altre scale citate (IIEF, QEQ, SEX-Q, SEAR) vi è un rapporto quasi lineare, specialmente per quelle correlate alla qualità e alla funzionalità erettile. I punteggi su tutte le misure riferite dai pazienti sono chiaramente individuati rispetto all'EHS 4, confermando che si tratta di un indicatore semplice e chiaro.

«Questi dati hanno convalidato l'importanza di misurare la rigidità peniena data la sua correlazione con altri

fattori», ha sostenuto il Prof. Hermann van Ahlen, Klinikum Osnabrück, Germania. «La scala EHS è uno strumento semplice ed efficace, che può essere utilizzato come dispositivo di prima linea nella valutazione dei pazienti affetti da DE e integra un portafoglio di strumenti più complessi. La scala EHS non misura soltanto la rigidità, ma può fornire anche una valutazione di implicazioni più olistiche associate a questa condizione debilitante. La EHS pertanto svolge un ruolo chiave nella pratica clinica».

Victoria Lehmann, terapeuta sessuale di Brighton, Regno Unito, ha commentato: «La scala EHS va ben oltre la mera rigidità; quando i pazienti ottengono un "punteggio di 4", aumentano di parecchio la propria soddisfazione sessuale, non solo all'interno del rapporto, ma anche con se stessi. Ritengo che vi sia ancora molta riluttanza a parlare di salute sessuale e soddisfazione sessuale. La scala EHS può facilitare la discussione relativa alla DE tra pazienti e medici e i nuovi dati presentati oggi hanno dimostrato il ruolo cruciale che ha la rigidità sulla soddisfazione sessuale e il benessere emotivo».



Due parole sulla DE

La DE colpisce uomini di tutte le età, in modo più o meno grave, ma oltre il 50 % dei soggetti interessati ha più di 40 anni.

È interessante notare che solo il 30 % degli uomini con problemi erettili si rivolge al proprio medico: il restante 70% rimane quindi senza diagnosi e ricerca un trattamento presso fonti che sfuggono al controllo del sistema sanitario.

Vi è urgente bisogno di rompere le barriere al trattamento, quali l'imbarazzo o il sentirsi inadeguati, e di incentivare la comunicazione tra operatori sanitari e pazienti in tema di salute sessuale.

Gli studi hanno dimostrato che il trattamento della DE con gli inibitori della PDE5 (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil), soprattutto alle dosi di 100 mg per il Viagra e 20 mg per Cialis e Levitra, migliora la rigidità peniena indipendentemente dalla causa e dalla severità.

Fu il chirurgo di Luigi XV, il francese François Gigot de la Peyronie, fondatore dell'Accademia Reale Francese di Chirurgia a descrivere, nel 1743, l'Induratio Penis Plastica, che ha in seguito assunto il nome dello scopritore. Pur essendo nota da più di due secoli, questa malattia rimane oscura sotto molti punti di vista: nonostante le molte teorie elaborate a tutt'oggi, non si conoscono fattori di rischio e di prevenzione.

D'altra parte, la sua incidenza attuale non è da sottovalutarsi: negli USA 2.5 milioni di maschi ne sono affetti. Si calcola che in Italia la patologia interessi il 10% dei pazienti urologici e che il numero di nuovi casi per anno sia di 388 persone ogni 100.000 abitanti; il 40% di questi presentano una conseguente disfunzione erettile.

Una genesi poco chiara

L'eziologia della malattia di La Peyronie è in gran parte ancora da definire.

I corpi cavernosi (il tessuto spugnoso che è all'interno del pene ed è responsabile dell'aumento di volume dell'organo durante l'erezione) sono ricoperti da alcuni strati fibrosi, uno dei quali, la tonaca albuginea, viene alterato nel corso della malattia.

All'interno della tonaca si forma una reazione di tipo infiammatorio che,

di **Alessandro Palmieri, Alessandro Maletta e Davide Arcaniolo**
Clinica Urologica Università di Napoli "Federico II"



La curva che si può raddrizzare

La malattia di **La Peyronie** è stata scoperta da più di due secoli, eppure **le sue cause** restano per lo più sconosciute. Molte sono invece **le cure possibili**, dai farmaci all'intervento chirurgico

col passare del tempo, porta alla fibrosi (sostituzione con fibre collagene ed indurimento) e alla calcificazione dell'area, formando la placca vera e propria.

Le teorie più accreditate per spiegare la genesi di questa patologia sono quelle basate su un meccanismo autoimmunitario o sull'effetto di microtraumi ripetuti sul pene.

Ultimamente si tende a pensare che la genesi della malattia possa essere multifattoriale; la causa della presenza di un infiltrato infiammatorio nella tunica albuginea (riscontrabile nelle prime fasi della malattia) si potrebbe ricondurre a una reazione autoimmune verso alcuni componenti della tunica stessa.

Sembra infatti che alcuni eventi (in particolare i microtraumi del pene e varie malattie del tratto uro-genitale) possano scatenare la liberazione nel circolo ematico di componenti propri della tunica albuginea i quali, resi disponibili alle cellule del sistema im-

munitario, indurrebbero la reazione immunitaria contro l'involucro penieno.

Come si forma il recurvatum

Le alterazioni che la reazione infiammatoria (e in seguito la placca calcifica) causa nel tessuto elastico della tonaca albuginea sono la causa del dolore riferito da gran parte dei pazienti.

Mano a mano che la reazione infiam-

matoria progredisce, l'infiltrato infiammatorio viene sostituito e, al posto del tessuto elastico, i fibroblasti depongono fibre di collagene per lo più non elastiche.

Questo fenomeno di sostituzione è alla base dell'insorgenza di curvatura peniena che può essere laterale, dorsale o ventrale e in alcuni casi anche una combinazione delle tre (magari per la presenza di più placche in diversi siti); oltre al fattore estetico,

gradi elevati di recurvatum possono rendere dolorosa o impossibile la penetrazione per il paziente e la partner. Con l'instaurarsi della fibrosi la reazione infiammatoria diminuisce e con essa il dolore all'erezione, in questa fase la placca risulta "stabilizzata" e poco suscettibile di evoluzione. Ma proprio in questa fase può comparire la disfunzione erettile che risulta continua e spesso si aggrava, a dimostrazione di un progressivo coinvolgimento delle strutture vascolari da parte della malattia.

Terapie per la "tonaca"

Sebbene le cause della malattia siano, come visto, ancora da chiarire del tutto, nel corso degli anni sono state elaborate varie modalità terapeutiche di cui, però, le evidenze scientifiche hanno spesso messo in dubbio l'utilità. La terapia orale utilizza farmaci quali la vitamina E, potaba (acido-paramino benzoico), tamoxifene, propoli. Sebbene molto utilizzati, questi farmaci non hanno dimostrato un'efficacia comprovata; in alcuni ca-

Esiste un rapporto fra IPP e diabete

Alcuni studi recenti hanno riscontrato l'esistenza nella popolazione diabetica di una maggiore incidenza di questa patologia, ipotizzando una possibile correlazione tra il diabete mellito e il danno all'albuginea dei corpi cavernosi.

In un campione di 206 diabetici il 20.3% era affetto da IPP ed è stata trovata un'associazione tra comparsa della malattia e fattori quali obesità, età e fumo di sigaretta. Inoltre la percentuale di pazienti con disfunzione erettile era più alta della

media in questo gruppo di pazienti. Ulteriori studi hanno dimostrato come nei pazienti diabetici affetti da malattia di La Peyronie la curvatura peniena, il dolore all'erezione e la disfunzione erettile siano più frequenti rispetto a una popolazione non diabetica. Questi studi hanno avvalorato l'ipotesi che vi siano fattori di rischio comuni tra diabete e malattia di La Peyronie, o che la presenza di diabete mellito possa in qualche modo peggiorare la storia della malattia.

si (come il potaba) gli effetti positivi sulla stabilizzazione della placca sono poco sfruttabili a causa di frequenti effetti collaterali (in particolar modo gastrointestinali).

L'applicazione locale di farmaci che inibiscono l'infiammazione e che facilitano la vascolarizzazione della placca è molto utilizzata e viene effettuata tramite iniezioni locali con aghi tipo insulina o sfruttando il principio della ionoforesi tramite appositi apparecchi. Con l'uso di questi strumenti si crea una corrente elettrica a bassissima intensità attraverso il corpo che facilita la penetrazione all'interno della placca dei farmaci sfruttando la loro carica elettrica. Si evitano, così, il passaggio del farmaco nel fegato, i microtraumi e il dolore causati dalle iniezioni.

Le terapie fisiche si avvalgono di una serie di energie (laser o ad onde d'urto) che, applicate localmente con apposite sonde, hanno lo scopo di "ammorbidire" la placca e stimolarne la rivascolarizzazione. L'ESWT (extracorporeal shock wave therapy) è attualmente considerata la migliore

Le alterazioni della tonaca albuginea sono la causa del dolore riferito dai pazienti

tra le terapie fisiche: alcuni studi hanno dimostrato una buona efficacia nella riduzione della curvatura (47% dei pazienti) e del dolore associato all'erezione (66% dei pazienti), inoltre la terapia è innocua e pressoché esente da reazioni avverse.

La terapia chirurgica è riservata ai casi in fase avanzata nei quali siano state praticate senza successo terapie mediche o fisiche per almeno un anno, vi sia una curvatura così accentuata da impedire il rapporto o si sia instaurata una disfunzione erettile secondaria alla fibrosi della tonaca albuginea.

La chirurgia può riguardare esclusivamente la correzione della curvatura tramite l'apposizione di punti sull'albuginea: si effettuano incisioni e cuciture sulla tonaca albuginea fino a giungere a una curvatura il più possibile ridotta; oltre alle possibili complicanze chirurgiche si verifica un lieve accorciamento del pene di solito inferiore al centimetro. In casi selezionati si procede all'asportazione della placca e alla sostituzione del tessuto rimosso con un impianto di materiale di varia natura.

Per concludere, le terapie attualmente disponibili, di cui l'urologo può avvalersi, sono molte e differenziabili rispetto ai singoli pazienti; le terapie medico-fisiche, seppure efficaci, mancano ancora di studi che ne dimostrino l'efficacia in ampi gruppi di pazienti.

La chirurgia, in caso di inefficacia delle altre terapie, è comunque in grado di restituire al paziente una normale vita sessuale.

10%

La percentuale di pazienti urologici che soffrono di questa patologia

20,3%

La percentuale di pazienti diabetici affetti da IPP su un campione di 206

388

I nuovi casi di IPP che emergono ogni anno, su 100.000 abitanti

I dubbi e le soluzioni

Le placche fibrose causano dolore, deformazione, deficit erettivo e rendono difficile l'atto sessuale. Molte le ricerche in materia, moltissimi i trattamenti sperimentati

di **Giorgio Cavallini** Società Italiana di Medicina della Riproduzione (S.I.S.ME.R.) di Bologna

La malattia di La Peyronie consiste nella formazione di placche fibrose nella tunica interna (detta albuginea) del pene che possono provocare dolore e, con il passare del tempo, deformazione. Tale deformazione, allo stadio avanzato, può rendere impossibile la penetrazione vaginale. In questo caso diventa necessario ricorrere alla chirurgia di correzione. Inoltre, la malattia può essere spesso associata a deficit erettivo.

ma alcune ricerche più recenti, svolte soprattutto all'Einstein College of Medicine di New York, hanno dimostrato che la malattia ha natura replicativa. Secondo tali ricerche il Peyronie sarebbe un fibroma della tunica più interna del pene a lentissima evoluzione.

Un argomento dibattuto... anzi tre

Tre aspetti di questa malattia, intimamente legati fra loro, sono dibattuti dagli specialisti: l'evoluzione, la natura e la terapia medica.

L'evoluzione. Nel 2006 si è definitivamente appurato che la malattia di La Peyronie progredisce autonomamente in assenza di agenti esterni. Quel che si può fare, quindi, è fermarne l'evoluzione, cioè bloccare le dimensioni delle placche, la deformità del pene, il dolore e il deficit erettivo: per successo terapeutico, insomma, si intende il mantenimento dello status quo; il miglioramento della sintomatologia è solo un evento desiderabile. La terapia medica deve sempre essere attuata prima della chirurgia, in maniera tale che il pene non si deformi di nuovo dopo l'intervento.

La natura. La definizione della natura di una malattia (infiammatoria, infettiva o neoplastica che sia) serve a individuare, da un punto di vista teorico-speculativo, quali farmaci possono risultare attivi se somministrati. Nel 2002 la letteratura internazionale accettava che il Peyronie avesse natura infiammatoria o degenerativa,



Successo terapeutico significa riuscire a mantenere lo status quo

La terapia medica. È assolutamente difficile trovare casi di malattie per le quali i tentativi terapeutici siano stati più numerosi che nel trattamento del Peyronie: in effetti, nel corso del tempo, sono stati provati diversi farmaci, ma quelli davvero efficaci sono stati individuati soprattutto dopo aver capito la vera natura della malattia.

Dalla terapia farmacologica non ci si può attendere la scomparsa totale delle placche, ma sono ben documentati l'arresto della progressione e/o il miglioramento della sintomatologia. Questi farmaci, che di norma funzionano meglio quando sono associati, si distinguono in due categorie.

- **Farmaci attivi per via orale:** sodio paramminobenzoato, colchicina+vitamina E, carnitine

- **Farmaci attivi intraplacca** (cioè somministrati mediante puntura diretta della placca): interferone γ 2b, verpamil, collagenasi. È particolarmente utile, in quest'ultima categoria, la diluizione ad elevati volumi, per associare una azione di cracking (spezzamento) meccanico della placca. Bisogna puntualizzare che alcuni di questi farmaci, come il paramminobenzoato, la colchicina e il collagenasi, hanno elevati effetti collaterali, mentre altri, per esempio l'interferone, si distinguono per il costo particolarmente elevato. In ogni caso dal 2002 ad oggi la necessità di chirurgia per Peyronie è passata dal 40% dei casi circa a meno del 10%.

Quali uomini sono a rischio?

La malattia di La Peyronie colpisce prevalentemente maschi fra la quinta e la sesta decade di vita, ma si riscontra anche in soggetti più giovani e più anziani. La sua comparsa prima dei trenta anni, tuttavia, è assolutamente eccezionale. Recenti dati epidemiologici, registrati dal 2000 in poi, indicano una frequenza del 2%-3% nella popolazione sessualmente attiva e dell' 8%-9% nella popolazione

oltre i 50 anni. La frequenza attualmente riscontrata è maggiore di quella segnalata in passato, ma il dato sembra dipendere dalla crescente disinvoltura nel rivolgersi all'andrologo e quindi dalla maggiore facilità nel far emergere la malattia. I medici riconoscono due stadi della patologia: quello acuto, riscontrabile solo nel 5% dei pazienti che arrivano dall'andrologo, e quello cronico.

Se la ghiandola s'infiamma è l'urologo che può curarla

Batterica o idiopatica, acuta oppure cronica: di qualunque tipo sia, la **prostatite** colpisce molti uomini, causando **disturbi urinari**, fastidio, eiaculazione dolorosa e perdite di sangue. **La sua gravità** dipende da diversi fattori, così come la **terapia**

Nel 1870, mentre infuria la battaglia di Sedan, l'imperatore francese Napoleone III non può dirigere opportunamente l'esercito: la sua sella è coperta di asciugamani inzuppati di urina per "iscuria paradossa", cioè incontinenza. La voluminosa ipertrofia prostatica, che ne è la causa, ha già provocato un'idroureteronefrosi bilaterale e un'incipiente insufficienza renale. La battaglia è perduta e l'imperatore è fatto prigioniero, anche per colpa della prostata.

L'ipertrofia che rovinò Napoleone III non è l'unica patologia che può colpire la prostata.

Una delle più frequenti, presente anche nei giovani, è una infiammazione della ghiandola: la prostatite.

Come leggere le analisi

Le prostatiti sono classificate dal 1978 come batteriche, acute e croniche, non batteriche o idiopatiche e prostatodinie (queste ultime due definizioni sono state cambiate in "dolore pelvico" cronico nel 1995).

In genere la prostatite batterica acuta si presenta con febbre anche molto alta, urinocoltura e/o spermocoltura positive, difficoltà ad urinare a causa di una prostata gonfia e dolente. Spesso questa infiammazione è dovuta a batteri coliformi o enterococchi o nei casi più seri a *Pseudomonas*. Qualche tempo fa era frequente l'infezione gonococcica che negli ultimi tempi è da tenere ugualmente in considerazione vista la migrazione da zone del mondo dove è frequente e non trattata. Per isolare e coltivare il germe responsabile delle prostatiti si esegue una ricerca nell'urina, nello sperma e/o nei tamponi eseguiti nell'uretra. Un tempo si eseguiva il massaggio prostatico, ma, oltre a non essere necessario, può rivelarsi pericoloso per la possibilità di disseminazione dei germi.

La prostatite batterica cronica può essere caratterizzata da infezioni vescicali recidivanti e costituisce solo il 10% di tutte le prostatiti. Tale infezione è resistente al trattamento e, quando si interrompe la terapia, i sintomi possono ripresentarsi, così la cura va ripresa tutta daccapo. Nella diagnosi si è rivelata utile, soprattutto in un passato recente, la tecnica descritta da Meares e Stamey.

È detta tecnica dei "quattro bicchieri" e serve in buona sostanza a localizza-

di **Gianni Ughi**
U.O. di Urologia,
Azienda
Ospedaliero-
Universitaria
"Arcispedale
S. Anna"
di Ferrara

re la provenienza dell'infezione. Se è presente nel "primo bicchiere" sarà coinvolta l'uretra, nel secondo contenitore vi sarà il getto urinario medio di provenienza vescicale e quindi l'infezione interesserà tale organo. Per ottenere il terzo campione verrà effettuata un'esplorazione rettale con massaggio prostatico per ottenere alcune gocce di secreto direttamente dalla prostata. Il quarto e ultimo campione è dato dalla minzione subito dopo il massaggio e naturalmente svelerà una provenienza prostatica del germe.

Nelle infiammazioni della ghiandola prostatica occorre tenere d'occhio anche il numero dei leucociti nelle secrezioni prostatiche che può essere notevolmente aumentato. Lo zinco è poi presente nelle normali secrezioni proprio come elemento anti-infettivo e in tali condizioni può essere quindi "consumato", risultando basso. Anche il pH del fluido prostatico che normalmente è acido

può risultare alterato e diventare alcalino (pH medio di 8.30). Sono a disposizione anche esami sofisticati per aiutare nella diagnosi e valutare l'efficacia del trattamento. I titoli degli anticorpi serici relativi agli antigeni batterici sono elevati all'inizio della malattia e si riducono con un trattamento efficace. Gli esami diagnostici strumentali sono appannaggio dell'esperienza dell'urologo che si consulta, in quanto non ne esistono in assoluto di migliori o peggiori o sicuramente codificati.

È una delle patologie più frequenti, può presentarsi a tutte le età e spesso coinvolge anche i giovani

Il germe c'è ma non si vede

Nella prostatite idiopatica c'è un'infiammazione nelle secrezioni dopo esplorazione rettale, ma viene definita così perché non si riesce ad individuare un germe responsabile. La sintomatologia in questi casi è caratterizzata da disturbi urinari, dolore perineale o ai testicoli, "fastidi" inguinali, minzione urgente, nicoturia e sangue nello sperma o eiaculazione dolorosa. A volte un germe esiste ma, essendo un normale saprofita come lo *Stafilococcus epidermidis* e gli *Streptococchi*, non lo si mette in relazione alla prostatite anche perché è stata dimostrata con tali germi l'assenza di IgA locali che invece normalmente si legano a batteri patogeni. Anche agenti sessualmente trasmessi come la *Chlamydia trachomatis*, che in genere danno un'uretrite, sono chiamati in causa nelle forme idiopatiche. Questo germe è difficile da isolare e quindi potrebbe essere un agen-



te che poi non si riesce a ritrovare nelle colture. L'Ureaplasma urealyticum è un altro germe chiamato in causa in tali forme: assieme alla Chlamydia potrebbe essere responsabile di forme di prostatite idiopatica cronica.

La prostatodinia è considerata una forma di dolore pelvico o "sindrome dolorosa pelvica" nell'ambito delle prostatiti non sicuramente batteriche. Provoca dolore in assenza di precedenti infezioni delle vie urinarie e con un secreto prostatico normale e sterile.

La valutazione del PSA è divenuta un esame comune, spesso eseguito o abusato, quindi è importante non allarmarsi se aumenta nelle infiammazioni della prostata: non è tumore! Si incrementa alla stessa maniera ma la differenza è che all'inizio aumenta molto rispetto a valori precedenti dello stesso soggetto ma poi, dopo la cura, in alcuni mesi, torna nei limiti. Il PSA è forse il miglior marcatore che abbiamo in medicina ma, pur essendo molto sensibile (si alza subito quando qualcosa nella prostata non va), non è altrettanto specifico (si alza sempre, non

La tecnica dei quattro bicchieri serve, in sostanza, a localizzare la provenienza dell'infezione

solo in presenza di una determinata patologia)

In caso di prostatite, nella ghiandola si possono formare fibrocalcificazioni a base di urati, creatinina, xantine ed uridina, una specie di calcoli come quelli che danno le coliche urinarie. Questi prostatoliti, presenti anche nell'ipertrofia prostatica dei soggetti più anziani alla periferia della ghiandola, ostruiscono gli acini e i dotti prostatici in genere periuretrali e possono contribuire alla sintomatologia dolorosa, dare emospemia o mantenere nel loro contesto dei germi che possono poi riproporre l'infezione.

Le cure possibili

Dopo tante descrizioni è venuto il tempo di provare a proporre una terapia medica, che a volte può essere da attuare in un lungo periodo. Per le forme croniche più gravi e in rari casi ben selezionati, può essere proposta anche una terapia chirurgica o con mezzi fisici (microonde o laser).

Prostatiti batteriche acute. Può essere un'infezione molto seria. Anzitutto occorre risolvere il problema della possibile ritenzione d'urina; se compare, necessita in molti casi il ricovero con una cateterizzazione attraverso l'uretra o, meglio, un dre-

naggio sovrapubico (che è meno rischioso per una possibile disseminazione). La febbre può essere molto alta e con brividi. Gli antibiotici oggi ritenuti più efficaci sono i fluorochinoloni, per la loro buona diffusione dal plasma sanguigno nel liquido prostatico: vanno somministrati anche per diversi giorni. Altrettanto efficaci sono le cefalosporine di terza generazione e le penicilline ad ampio spettro. Nelle infezioni più gravi nei primi giorni si può associare un aminoglicoside. Sono utili naturalmente analgesici ed antipiretici, ma possono essere utilizzati anche la mepartricina o i derivati di alcune piante africane come la serenoa repens o il pygeum africanum come coadiuvanti antiedemigini-an-

tinfiammatori: questa associazione sembra essere efficace anche per le altre prostatiti.

Prostatiti batteriche croniche. Il problema del trattamento in questi casi è la scarsa efficacia dei farmaci antibatterici nel raggiungere la prostata. Attualmente i farmaci migliori sono i chinoloni che hanno un'efficacia eccellente nel trattamento di alcune infezioni. Anche un vecchio farmaco come il trimetoprim+sulfametossazolo ha un buon assorbimento nel secreto prostatico e la sua efficacia si mantiene negli anni. Tutti i farmaci vanno assunti per periodi lunghi. La maggior parte dei pazienti manifesta disturbi urinari di tipo ostruttivo, con possibile reflusso di urina all'interno

delle strutture della prostata e conseguente infiammazione. La prostata è ricca di recettori alfa-adrenergici e quindi i comuni alfa-litici, usatissimi nell'ipertrofia prostatica, possono avere grande efficacia in tali prostatiti, riducendo anche il dolore. Il trattamento può durare per diversi mesi.

Prostatiti non batteriche e dolore pelvico cronico di origine prostatica. Bisogna innanzi tutto puntualizzare che questa patologia non è contagiosa. I normali F.A.N.S. (farmaci anti infiammatori non steroidei) possono essere utili in caso di dolore o infiammazione ricorrente. I pazienti possono presentare sintomi anche per un anno, prima che vengano risolti da una corretta scelta terapeutica.



Quattro malati celebri

Non fu solo Napoleone III a dover "combattere" con la sua prostata: molti grandi uomini del passato soffrirono di problemi simili

Se si resta in tema di grandi figure politiche, non si può dimenticare Carlo V: il suo impero si estendeva su tre continenti, ma la sua prostata non era altrettanto forte. Il medico di corte, Felipe, aveva inventato per lui una terapia a base di calce viva, albume e bava di lumaca; eppure, nel 1556, l'imperatore dovette abdicare anche a causa dei dolori cronici che pativa. Anche il presidente francese Charles De Gaulle soffriva di disturbi prostatici: prima di un viaggio diplomatico in Messico ebbe un episodio di ritenzione urinaria e dovette partire con un catetere vescicale di Foley. Quando, però, seppe che l'aveva inventato un urologo statunitense (Foley, appunto) rifiutò di portarlo, in nome del suo sfrenato antiamericanismo. Già Voltaire, in Francia, aveva patito i dolori dell'ipertrofia prostatica: per sedarli, in tarda età, era ricorso all'uso di oppio, e forse anche all'abuso, a giudicare dai suoi comportamenti bizzarri. Neppure il nostro Michelangelo fu risparmiato: soffriva di ritenzione urinaria e si curava alle terme di San Bernardo. Anche lui, da anziano, ricorse all'oppio, dopo anni di dilatazioni uretrali.



L'abitudine buona e recente di curare l'igiene del corpo

La possibilità di **lavarsi in casa** ha dato origine a un radicale **cambiamento dei costumi**, diminuendo drasticamente epidemie e mortalità infantile. Oggi questa pratica è molto diffusa e **a volte abusata**, dalle donne e anche dagli uomini

Sembra strano, ma una delle più grandi "rivoluzioni" per l'umanità è stata l'introduzione delle pratiche igieniche e la loro massiccia diffusione all'interno delle case.

Pare infatti che le grandi città si siano sviluppate anche grazie alla possibilità di lavarsi nella propria abitazione: in altre parole aver creato fra le mura domestiche una stanza da bagno ha consentito all'uomo di organizzare la propria vita nella maniera che tutt'oggi conosciamo.

Del resto, l'igiene personale ha una storia piuttosto recente: risale ai primi anni del '900, quando le case cominciano ad essere dotate di acqua corrente, eliminando la necessità di uscire per lavarsi. All'incirca negli stessi anni, la produzione e il commercio del sapone aumentano vertiginosamente.

La diffusione dell'igiene personale è anche alla base della drastica diminuzione della mortalità infantile a cominciare dagli anni '40 del secolo scorso.

Uno dei problemi nella diffusione dell'igiene intima è stato essenzialmente culturale. Infatti le prostitute, proprio per la professione che esercitavano, erano costrette a lavarsi spesso: tale abitudine generò l'errata convinzione che l'igiene, specie quella intima, avesse a che fare con il meretricio stesso.

A questo aspetto si legava anche il timore di una sorta di autocompiacimento nel lavarsi: la pulizia delle parti intime, infatti, doveva obbligatoriamente passare attraverso sfioramenti che potevano produrre, oltre all'effetto igienico primariamente ricercato, altre sensazioni che, ancorché piacevoli, poco avevano a che fare con la pulizia tout court.

Dalle epidemie allo shampoo

Nel cosiddetto immaginario collettivo, si intende per igiene tutta una serie di pratiche volte alla pulizia personale e ambientale.

In medicina, il significato è più ampio: si tratta infatti dell'applicazione dei mezzi atti a conservare o migliorare lo stato di salute degli individui e della collettività, fortificando l'organismo e prevenendo le malattie. I mezzi per raggiungere questo scopo sono sostanzialmente due: inibire le minacce per la salute e promuovere i fattori utili ad essa.

di **Maria Novella Papini**
Psicologa e
Alessandro Papini
Andrologo
Usl 8 Arezzo



La base di questo concetto è rappresentata dallo studio del rapporto dell'uomo con il suo ambiente. Dal XVIII secolo, questo è soprattutto un obiettivo delle istituzioni pubbliche che hanno reso comune una pratica che, in passato, era legata esclusivamente a prescrizioni religiose.

Il movente di questa rivoluzione culturale furono le grandi epidemie prima e lo sviluppo della microbiologia poi (lo studio dei batteri, dei virus ecc.). Oggi ognuno di noi ha ben presente l'igiene personale nella propria quotidianità, dominata da sapone, shampoo, profumo, deodorante, e così via.

Di tutte le forme di igiene la più intima è senz'altro quella dedicata alle aree genitali, alle quali la moderna cosmesi dedica un mercato pratica-

Se un corpo curato infonde maggiore fiducia in se stessi e nelle proprie capacità relazionali, l'eccesso può rivelarsi dannoso, nonché patologico

mente infinito. Si va dalle lavande semplicemente rinfrescanti, a quelle dei giorni "particolari" per le donne, a quelle del giorno dopo, o a quelle del giorno prima, a quelle antisettiche, protettive, emollienti, ecc...

In verità, indipendentemente dagli aspetti commerciali, una causa importante della diminuzione delle malattie sessualmente trasmesse è stata proprio la diffusione dell'igiene intima. Questo rapporto di causa-effetto non può essere negato, anche se recentemente si sta assistendo a una recrudescenza delle infezioni trasmesse sessualmente, legata anche al minor uso del profilattico da parte delle giovani generazioni e alla sempre crescente promiscuità sessuale.

Eccesso e difetto patologico

Una normale flora microbica è presente nella bocca, nell'intestino, sulla pelle e anche nei genitali. Questa flora microbica "buona" ha, fra le altre, la funzione di occupare lo spa-



UN PO' DI NUMERI

Alcune indagini hanno fotografato le abitudini delle donne italiane:

il **45%**
si lava 3-4 volte al giorno

il **12%**
delle over 50 si lava solo con acqua

il **29%**
sceglie il detergente intimo su consiglio del ginecologo

il **25%**
su consiglio della mamma

il **10%**
in base alla profumazione

il **25%**
porta slip sintetici

il **40%**
delle teen agers porta slip sintetici

Fra gli europei, i tedeschi trascorrono più tempo in bagno (complessivamente 47 settimane della loro vita), seguono gli spagnoli con 39, i portoghesi con 37 e gli italiani con 35 settimane. Gli italiani, insieme con i francesi, sono i maschi che si rasano meglio di tutti gli europei. Le malattie sessualmente trasmesse colpiscono nel 50% dei casi persone tra i 15 e i 55 anni; di queste l'85% ha meno di 25 anni.

zio impedendo la colonizzazione di una flora microbica dannosa. Lavandosi più di 2 volte al giorno si rischia di alterare questo equilibrio e di favorire la proliferazione di germi "cattivi", già presenti nei genitali, ma solitamente "bloccati" dalla presenza in proporzione schiacciante della flora fisiologica. Quest'ultima, fra l'altro, produce acqua ossigenata che, sollecitando la produzione di globuli bianchi, migliora le difese delle vie genitali.

Per questi motivi, lavarsi eccessivamente può rivelarsi dannoso.

Esistono, tuttavia, alcuni disordini nel rapporto psicologico con la pulizia in generale e con quella intima in particolare. Tali disordini fanno capo al grande capitolo dei disturbi ossessivo-compulsivi. L'esordio tardivo è più frequente fra le donne e si associa a compulsioni di pulizia, come per esempio lavarsi frequentemente le mani, fare molte docce durante la giornata o pulire in continuazione la casa. A volte il disturbo è preceduto da un episodio depressivo, altre volte è il disturbo stesso ad essere seguito da depressione. Il disturbo ossessivo-compulsivo può risultare associato ad altri disturbi d'ansia, in particolare a quello di panico e alle fobie, nonché a vari disturbi di personalità. Il tipo ossessivo non sfugge al richiamo della perfezione che è in noi. L'ossessione della pulizia è solo un riflesso della coscienza dell'impurità, della colpevolezza proiettata e dell'orgoglio deformato.

Esiste poi l'eccesso opposto, che è egualmente problematico: spesso chi trascurava l'igiene personale ha perso la gioia di vivere e si "lascia andare" anche negli aspetti che lo riguardano più da vicino. Non lavarsi può essere anche un modo simbolico di proteggersi o di proteggere la propria intimità.

Altri atteggiamenti particolari nei confronti dell'igiene possono manifestarsi in frantesi casi di promiscuità, per

Le regole di base per lui

- ✓ Detergere quotidianamente il glande, attuando la completa retrazione del prepuzio: un sapone neutro è più che sufficiente.
- ✓ Retrarre il prepuzio al momento della minzione.
- ✓ Usare acqua e sapone tutti i giorni per detergere lo smegma, secrezione prodotta dalle ghiandole del glande che può essere un ricettacolo per i germi.
- ✓ Detergere anche la pelle dello scroto, ricca di peli, di ghiandole sebacee e di pliche cutanee.
- ✓ Negli uomini, inoltre, la pulizia è importante anche perché favorisce l'autopalpazione dei testicoli, che può mettere in luce una qualche variazione della forma o della consistenza da sottoporre all'attenzione di un andrologo.

Le regole di base per lei

- ✓ Lavarsi prima le mani e poi le zone genitali.
- ✓ Usare detergenti che non escano dal ph delle mucose femminili, che varia da un minimo di 4 a un massimo di 5.
- ✓ Lo sperma ha un ph molto più alto e tende a innalzare quello vaginale. In caso di rapporti sessuali liberi ripetuti, è necessaria una detersione più accurata, considerando anche che l'attrito dei movimenti coitali può alterare la mucosa.
- ✓ Una o due abluzioni intime al giorno sono sufficienti a garantire un tasso di pulizia idoneo. Un aumento di abluzioni può essere indicato in caso di rapporti sessuali, infezioni o durante il periodo mestruale.
- ✓ Nella scelta dei saponi per l'igiene intima non bisogna seguire le mode, ma perseguire due obiettivi fondamentali: la salvaguardia dell'ecosistema naturale e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse.
- ✓ La qualità della biancheria è importante: il cotone è il materiale più affidabile in assoluto.
- ✓ L'uso prolungato dei salvaslip è sconsigliato, così come quello degli assorbenti interni per lunghi periodi di tempo.

esempio nei casi nei quali una mamma continua a fare la doccia ai figli fino ad età avanzata.

Anche lui sta imparando

Il corpo anticipa la relazione col mondo, diceva Descartes.

Un corpo curato infonde maggiore fiducia in se stessi e nelle proprie capacità relazionali ed è spesso associato al successo sociale e affettivo. Si potrebbe, quindi, sospettare che chi si lava poco abbia desiderio di tenere gli altri lontani da sé, mentre chi si lava troppo è fondamentalmente insicuro.

Gli uomini hanno avuto una rivoluzione tardiva rispetto alle donne: da un uomo anni '50 che spendeva pochi minuti per la toilette, al quale bastavano barba, capelli e una doccia, si

è passati a quello odierno che spende cifre da capogiro in saponi, schiume da barba, lozioni e creme.

Nell'immaginario collettivo, l'uomo che si prende cura di sé non è più da considerarsi poco mascolino: superato il concetto di macho sporco e "puzzolente", le pratiche di igiene e cosmesi non sono più appannaggio solo di maschi omosessuali.

Solo da pochi anni, tuttavia, gli uomini stanno imparando a fare attenzione al proprio aspetto e alla propria igiene e questa attitudine appare molto più tardi rispetto alla donna: nelle visite andrologiche scolastiche nei bambini della terza media, la scarsa igiene genitale rilevata è preoccupante, mentre i ginecologi confermano una maggiore attenzione da parte delle ragazze.

La "rivoluzione" francese

La parola francese "bidet" deriva dal verbo "bider" che significa "trottare". L'omonimia è dovuta alla somiglianza delle posizioni che si assumono cavalcando e sedendosi, appunto, su questo "pezzo d'arredo". Il bidè inizia a comparire negli arredi francesi tra la fine del XVII e l'inizio del XVIII secolo, ma le sue origini sono incerte. La prima testimonianza certa

risale al 1710, anno in cui il suo probabile inventore, Christophe Des Rosiers, lo installò presso l'abitazione della famiglia reale francese. Dal 1900, durante l'età vittoriana, con l'avanzamento tecnologico delle tubature, il bidè, assieme al vaso da notte, cominciò ad essere utilizzato nella stanza da bagno e non più in camera da letto.

L'attrazione sessuale passa anche per il naso

Negli animali, **l'olfatto** è un importante **veicolo di comunicazione** e gioca un ruolo fondamentale anche nell'accoppiamento. Adesso gli studiosi cercano di scoprire **processi analoghi nell'uomo**, mentre sul web si moltiplicano **fragranze "prodigiose"**

di **Caterina Allegro**
Giornalista



Per il fatto di essere nato privo di odore, Jean-Baptiste Grenouille era ignorato da tutti e invisibile agli occhi del mondo. Il suo olfatto, però, era estremamente sviluppato: grazie a questo dono Grenouille diventò un esperto profumiere, capace di distillare le essenze non solo dalle piante, ma anche dagli oggetti e dalle persone. Il suo scopo, dopo una vita da reietto, era costruirsi un odore perfetto, un profumo così incantevole da far inginocchiare l'umanità intera ai propri piedi. E quando finalmente l'essenza fu pronta, scatenò un delirio collettivo. "Il profumo", romanzo nato dalla fantasia dello scrittore tedesco Patrick Süskind, descrive, sia pure in toni parossistici e inquietanti, l'importanza dell'odore nel suscitare emozioni e comportamenti tra gli esseri umani. È innegabile che, anche nella realtà, l'olfatto giochi un ruolo fondamentale. E, benché Charles Darwin lo ritenesse un organo nell'uomo moderno ormai atrofizzato, odori e profumi sono senz'altro in grado di suscitare emozioni, stimolare desideri e persino condizionare le scelte sociali. Ma secondo quali meccanismi?

Animali e feromoni

Il ruolo fondamentale dell'odorato sulla sopravvivenza, la vita sessuale e i comportamenti nel regno animale è ben noto. In questo sistema di

comunicazione che passa dal naso, sembrano avere grande importanza alcune sostanze secrete dal corpo degli animali: i feromoni. Tali particelle sono prodotte dalle ghiandole esocrine della pelle e, disperdendosi all'esterno del corpo con il sudore, vengono recepite olfattivamente dagli individui della stessa specie. Benché il loro meccanismo d'azione sia ancora poco chiaro, è certo che queste sostanze svolgono innumerevoli funzioni. Studi sugli insetti hanno appurato, per esempio, che i feromoni secreti dall'ape regina servono per attirare il fucò, ma anche per richiamare a sé le operaie e per dare l'allarme. Nei mammiferi, la produzione di feromoni è coinvolta nell'estro, nella riproduzione e nella gravidanza: l'attrazione esercitata dalle femmine di cani, capre, maiali, ratti e cavalli durante il periodo del calore è dovuta proprio alla secrezione di queste sostanze e alla loro ricezione da parte delle cellule sensoriali situate nella mucosa nasale del maschio.

Messaggi primordiali

Il ruolo dei "messaggi olfattivi" nell'ambito dell'esistenza umana è ancora oggetto di studio.

Certo è che per l'uomo primitivo "il fiuto" era ben più rilevante, per conoscere il mondo e i propri simili, di quanto lo sia oggi per noi. Eppure qualcosa di quella primordiale

sensibilità deve essere rimasto, a dispetto dell'invasione di profumi e deodoranti.

Anche se l'incidenza dei feromoni nella specie umana è ancora dibattuta (come anche il funzionamento dell'organo vomeronasale, preposto al riconoscimento dei feromoni), alcuni fenomeni ne denuncerebbero l'azione sia nell'uomo sia nella donna: il fatto, per esempio, che nelle comunità femminili esista una massiccia tendenza alla sincronizzazione dei cicli mestruali (dimostrato da Mary McClintock della University of Chicago) o che la capacità della donna di percepire alcuni odori sia legata al ciclo stesso, farebbero pensare che alcuni "effluvi" emanati dal corpo umano agiscano inconsciamente sui propri simili, condizionandoli.

L'essenza del sesso

Diversi studi hanno preso in esame l'azione dei feromoni sull'attrazione

sessuale: negli animali queste sostanze servono alle femmine per comunicare la propria disponibilità sessuale e ai maschi per rassicurare la partner sulla validità del proprio patrimonio genetico. E nell'uomo? Alcuni studi recentemente condotti al Monell Chemical Senses Center di Philadelphia hanno indagato proprio questo aspetto: da un primo esperimento condotto su un gruppo di uomini, è stato appurato che questi preferivano l'aroma di alcune magliette indossate da donne in fase di ovulazione (cioè in periodo fertile); un secondo esperimento, invece, ha coinvolto un gruppo di donne, esposte per una giornata all'essenza di alcune secrezioni maschili: ebbero, dopo 12 ore, le volontarie affermarono di sentirsi più rilassate e più ricettive sessualmente. Inoltre, l'esposizione a più lungo termine causava l'effetto di normalizzare i cicli mestruali irregolari.

Attenzione ai miracoli

Se numerosi esperimenti dimostrano che gli odori prodotti dalle persone incidono in modo significativo sui processi neuro-endocrini di chi li recepisce, non esistono prove certe dell'azione dei feromoni nelle relazioni fra esseri umani. Men che meno è stato dimostrato che l'introduzione artificiale di un sovradosaggio di feromoni possa avere effetti benefici sull'attrazione sessuale.

I molti profumi a base di feromoni presenti sul mercato (soprattutto quello on line), che promettono a uomini e donne conquiste facili, quasi miracolose, sono quindi da guardare con sospetto. Al di là di un possibile effetto placebo, infatti, che avrebbe forse il potere di rendere più spavaldo il compratore, i risultati che tali essenze assicurano sono tutt'altro che credibili. Senza contare che l'attrazione passa da molti altri fattori, non sempre controllabili né tantomeno "commerciabili".

Il sudore al microscopio

Le secrezioni ascellari umane contengono i feromoni androstenolo (presente anche nell'urina) e androsterone, oltre a una grande quantità di acidi alifatici, steroidi e composti odorosi che sono la "firma olfattiva" di ogni individuo. I cibi ingeriti

e alcuni stati patologici possono alterare l'odore della persona. Le secrezioni femminili contengono 50 volte meno androsterone di quelle maschili. Uomini e donne producono per la maggior parte le stesse molecole odorose, anche se in proporzioni diverse.

Un'idea comune, spesso anche nella classe medica, è quella che l'osteoporosi sia un problema solo femminile. In realtà, oltre il venti per cento delle fratture vertebrali e circa il trenta per cento di quelle femorali riguardano maschi osteoporotici, con un aumento progressivo direttamente proporzionale all'avanzare dell'età, proprio come accade per le donne. Anzi, la mortalità associata a fratture è superiore nell'uomo rispetto alla donna e raggiunge il 30% un anno dopo la frattura del femore. Si tratta di un fenomeno a lungo sottovalutato, che è in progressiva emersione a causa dell'invecchiamento della popolazione.

Perché succede?

L'osteoporosi è una malattia caratterizzata da una riduzione della componente proteica e minerale dell'osso, che va così incontro ad alterazioni microstrutturali. Si manifesta con un andamento progressivo nel tempo e con un'elevata predisposizione alle fratture. Questa predisposizione è la conseguenza della diminuita consistenza e di altre modificazioni delle proprietà meccaniche dell'osso, che diventa più fragile.

È vero che l'osteoporosi colpisce più spesso il sesso femminile, perché la donna, con la menopausa, va inevitabilmente incontro a modificazioni ormonali che hanno conseguenze sulla calcificazione delle ossa. Si parla in questi casi di osteoporosi postmenopausale. Nel corso della propria vita, il maschio non presenta una modificazione ormonale altrettanto



Colpisce più spesso le donne, a causa dei cambiamenti ormonali della menopausa, ma in Italia ne soffre oltre un milione di maschi. Il rischio maggiore è quello di procurarsi fratture importanti

Finché l'osso non si spezza rimane senza sintomi



netta, tuttavia, anche per lui, il rischio di essere affetto da osteoporosi aumenta notevolmente con l'età.

I fenomeni osteoporotici sono una vera e propria "perdita di osso". Nell'uomo iniziano tra i 40 e i 50 anni, con una perdita ossea annua di circa l'1%. Verso i 60 anni si possono avere le prime manifestazioni patologiche. Intorno ai 75 anni l'uomo ha una perdita ossea pari al 15-40% dell'osso trabecolare e al 5-15% di quello corticale.

In Italia, dove i dati epidemiologici si basano essenzialmente su stime, i maschi affetti da osteoporosi sarebbero oltre un milione (contro tre milioni e mezzo di donne). La proiezione dei dati disponibili fa presumere che nei prossimi due decenni, nel nostro Paese, si potranno verificare circa 14.000 casi di fratture di origine osteoporotica, un numero destinato ad aumentare fino ai 21.000 casi del 2050.

di **Paolo Turchi**
Specialista
in Andrologia
Responsabile
del Servizio
di Andrologia
Azienda USL 4
di Prato

Rimodellamento costante

Nel corso della vita l'osso va incontro a un continuo rimodellamento con costante equilibrio tra produzione e riassorbimento osseo. Nell'uomo questo processo richiede la presenza sia del testosterone, ormone tipicamente maschile, sia degli estrogeni, che sono gli ormoni femminili per eccellenza. Il testosterone ha un ruolo di primaria importanza nel metabolismo osseo e dovrebbe quindi essere dosato sempre, in uomini con osteoporosi, anche in assenza di sintomi di ipogonadismo. Talvolta infatti si può verificare una condizione di carenza parziale, in cui il testosterone non è francamente patologico e in cui mancano i sintomi classici (perdita della libido, affaticabilità, calo del tono dell'umore, perdita di massa muscolare, problemi di erezione, etc). In questi casi un dosaggio della quota libera del testosterone evidenzierà una caren-

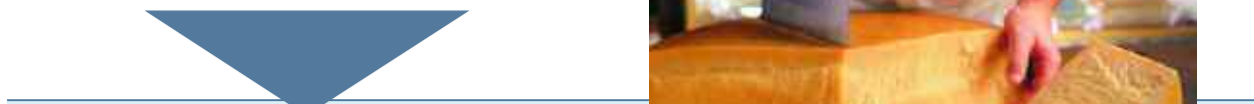


za in grado di causare l'osteoporosi. Ma se l'ipogonadismo è la causa più frequente nell'uomo, bisogna comunque sempre considerare, sia negli uomini sia nelle donne, una possibile componente genetica.

Altre cause importanti di perdita accelerata del contenuto minerale osseo sono legate allo stile di vita. Bisogna sottolineare, infatti, che alcuni fattori predisponenti sono la scarsa attività fisica, la ridotta esposizione ai raggi solari, un'alimentazione povera di calcio, l'abuso di alcool, il fumo di sigaretta e l'assunzione di cortisonici. Questi ultimi sono una causa frequente di osteoporosi nell'uomo anziano perché costituiscono la base delle terapie con cui si trattano le malattie polmonari croniche, dall'asma bronchiale alle broncopneumopatie ostruttive. Anche la terapia inalatoria non è affatto sicura per l'osso, come si è a lungo pensato, in quanto responsabile di effetti scheletrici indesiderati, sia in termini di riduzione di massa ossea sia di maggiore incidenza di fratture.

I soliti sospetti

L'osteoporosi è di per sé una malattia del tutto asintomatica. La sua unica manifestazione clinica, infatti, è la comparsa di una frattura. Oltre ai casi conclamati, in cui la diagnosi viene fatta proprio in seguito a una frattura, l'osteoporosi deve essere sospettata nel caso di una riduzione di altezza (associata o meno a ipercifosi dorsale), suggestiva di fratture vertebrali non diagnosticate e in presenza di specifici fattori di rischio. Questi ultimi, inoltre, vanno sempre ricercati in tutti i casi in cui sia stata posta diagnosi di osteoporosi sulla base dei dati densitometrici e/o dell'evidenza di fratture spontanee o conseguenti a traumi non efficienti. Visti i fattori di rischio di cui si è già detto, il sospetto di osteoporosi va posto in tutti gli uomini con sintomi di ipogonadismo, che seguono una terapia con cortisonici, con una storia di abuso di alcolici, obesi e sedentari, oppure grandi fumatori.



Vince il parmigiano



Una strategia per prevenire l'osteoporosi consiste nell'assicurare all'organismo un'adeguata quantità di calcio. Nell'adolescenza l'apporto consigliato è di 1500 mg al giorno, in età adulta di almeno 1000 mg al giorno. Ecco alcuni alimenti che contengono questo prezioso minerale (valori per 100 g):

Nocciole	100 mg	Cicoria da taglio	150 mg	Gorgonzola	612 mg
Gamberi	110 mg	Lenticchie	157 mg	Robiola	704 mg
Latte intero	119 mg	Prezzemolo	220 mg	Caciocavallo	860 mg
Latte scremato	122 mg	Mandorle	236 mg	Fontina	870 mg
Ceci	128 mg	Mozzarella	403 mg	Provolone	881 mg
Noci	131 mg	Pecorino fresco	470 mg	Emmental	1145 mg
Fagioli secchi	137 mg	Stracchino	567 mg	Pecorino stagionato	1160 mg
Yogurt	140 mg	Bel Paese	604 mg	Parmigiano	1192 mg



Uomini e donne: stessa diagnosi

La diagnostica dell'osteoporosi maschile si basa sulle metodiche strumentali impiegate per quella femminile. Per conoscere lo stato della consistenza delle ossa esistono vari metodi, ma uno dei sistemi più sicuri e attendibili è la mineralometria ossea computerizzata (MOC) a raggi X (DEXA). L'unità di misura è rappresentata dalla deviazione standard dal picco medio di massa ossea (T-score) o dal valore medio di soggetti di pari età e sesso (Z-score). In termini numerici, un valore maggiore o uguale a -1 è considerato normale, mentre da -1 a -2,5 si parla di osteopenia. È osteoporosi al di sotto di 2,5. Se, al di sotto di 2,5, sono presenti fratture, la diagnosi è di osteoporosi conclamata. È stato osservato che il rischio di frattura inizia ad aumentare con valori

Con il passare degli anni, la componente proteica e minerale delle ossa si riduce: tra le cause la carenza di testosterone, ma anche uno stile di vita scorretto

densitometrici di T-score di -2,5. I siti scheletrici valutabili con tecniche densitometriche sono il radio, il femore e la colonna lombare.

Sport e vitamina D

Il trattamento farmacologico dell'o-

steoporosi ha un unico obiettivo: la prevenzione delle fratture, che del resto sono l'unica manifestazione clinica della malattia.

L'approccio terapeutico all'osteoporosi maschile includerà sempre la raccomandazione di appropriate modifiche dello stile di vita. Prima di tutto, l'uomo osteoporotico deve intraprendere una moderata ma regolare attività fisica (camminate, nuoto, ginnastica dolce), regolare il proprio peso corporeo, abbandonare l'abitudine al fumo di sigaretta, limitare il consumo di alcolici. Inoltre è raccomandabile un adeguato apporto di calcio e vitamina D. Poiché la vitamina D, a differenza del calcio, è presente in natura in pochi alimenti (vegetali a foglia scura, rosso d'uovo, fegato, pesci grassi), una sua integrazione alimentare con prodotti specifici può essere in alcuni casi opportuna.

Circa i farmaci, per i pazienti con una pregressa frattura da fragilità il trattamento è indicato indipendentemente dall'età; mentre negli altri casi la soglia è definita in base al rischio assoluto di frattura a 10 anni, che dipende dai valori di densità ossea (BMD) e dall'età.

Il testosterone è il trattamento di elezione solo nei casi di vero ipogonadismo. I bisfosfonati, in particolare oggi, sono considerati trattamento di scelta nell'osteoporosi primaria del maschio e nell'osteoporosi steroidea. Sono presenti sul mercato diverse molecole che fanno capo a questo gruppo, alcune somministrabili per bocca, altre per via iniettiva. Studi clinici internazionali hanno dimostrato come queste molecole siano in grado di ridurre sensibilmente il rischio di fratture, rallentando il riassorbimento osseo.



L'uomo osteoporotico deve intraprendere una moderata ma regolare attività fisica, come la ginnastica dolce



Il trattamento farmacologico dell'osteoporosi ha un unico obiettivo: la prevenzione delle fratture

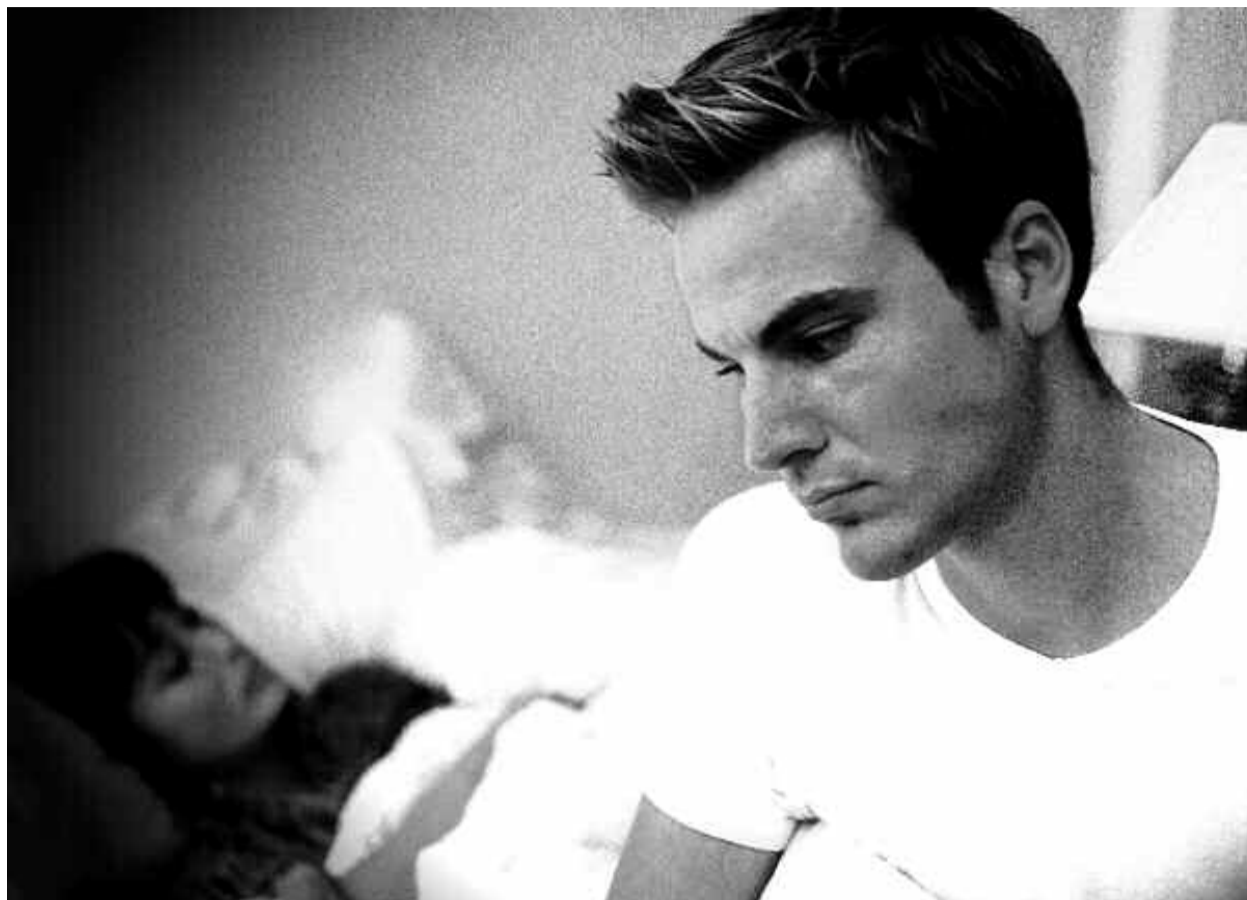


Abbandonare il fumo di sigaretta e limitare il consumo di alcolici: sono i primi cambiamenti che il paziente deve attuare

L'andrologia, forse fin dalla sua nascita e proprio per i temi che è chiamata a trattare, ha accompagnato e spesso condizionato i costumi e le convinzioni della popolazione. Le problematiche della pubertà, la laboriosa costruzione della identità maschile, la possibilità o meno della riproduzione, il labile confine tra fisiologia dell'invecchiamento ed eventuali patologie, inevitabilmente finiscono per coinvolgere la sfera più intima della persona. Le acquisizioni che scaturiscono dalla ricerca irrompono spesso con fragore su questo mare già di per sé abbastanza burrascoso, ipotizzando diverse situazioni e suggerendo nuovi equilibri, destinati a essere rimessi puntualmente in discussione.

di **Gianfranco D'Ottavio**
Direttore S.C.
Chirurgia
Urologica
e Andrologia
Chirurgica
Ospedale
San Carlo -
IDI SANITÀ
ROMA

L'andrologia affronta problematiche che coinvolgono **la sfera più intima** della persona, ma è anche un **osservatorio privilegiato** dei cambiamenti culturali che interessano oggi la sessualità **dell'uomo**



Il disagio maschile: qualcosa sta cambiando?

A questo proposito è emblematica l'esperienza che si è andata realizzando in tema di disfunzione erettile, da quando la ricerca e il mercato hanno fornito molecole per il trattamento di questo problema, fondamentali per sicurezza ed efficacia.

Fin dall'inizio, dal punto di vista scientifico, il mondo andrologico ha cercato di "incarcerare" queste acquisizioni nella griglia, tradizionale e quindi più rassicurante, delle indagini epidemiologiche cercando, senza mai riuscirci, di individuare una reale quantificazione del fenomeno. Ma, in tutta onestà, agli andrologi è sempre rimasta la percezione che qualcosa sfuggisse o, quanto meno, la loro capacità di ascolto accumulasse messaggi non facilmente inquadrabili nel loro linguaggio abituale. Ogni storia era diversa dalle altre, le risposte alla farmacologia, anche se per moltissimi aspetti positivamente univoche, avevano sempre qualcosa che le rendeva peculiari e non sempre riproducibili. In altre parole gli andrologi dovevano prendere atto che ciò che avevano davanti non era una "malattia" qualsiasi da classificare secondo tradizione: al contrario, si trovavano di fronte alla valutazione tutta soggettiva del singolo individuo circa la propria integrità sessuale, che, di volta in volta, andava decodificata. E così, dopo riunioni, seminari, questionari e perché no, anche personale introspe-

zione, l'andrologia ha scoperto il "disagio sessuale". Pur con tutti i distinguo operati, questo termine è subito sembrato adeguato a "comprendere" tutti quegli aspetti che di fatto sfuggivano ai tentativi di arrivare a rigorose classificazioni, assicurando la possibilità di affrontare la globalità e la complessità dei sintomi descritti. Adottando il concetto di disagio sessuale, inoltre, era possibile disporre di strategie e posologie diversificate, proprio come il sarto che confeziona un abito su misura, rimuovendo qua e là qualche imperfezione evidente o presunta tale.

Tuttavia qualcosa ancora sta cambiando.

Il rovescio della medaglia

La presunta onnipotenza di queste molecole contro la disfunzione erettile potrebbe avere come ogni medaglia il suo rovescio. Forse la percezione di poter disporre "on demande" di una tempestiva ed efficiente risposta erettile può suggerire atteggiamenti e percorsi in qualche modo devianti?

Suggerionato forse dall'attuale bombardamento mediatico, magari anche strumentale, circa i fenomeni di bullismo e altro che quotidianamente ci vengono somministrati, mi sorgono spontanee alcune considerazioni, forse provocatorie. Nei ricordi, la percezione della nostra integrità sessuale

era qualcosa che gradualmente si affacciava in una atmosfera di curiosa intimità e solitudine. Non era in alcun modo condivisa o condivisibile, se non attraverso goliardiche considerazioni, anche perché ci mancavano punti di riferimento attendibili. La carenza di certezze ha sempre accompagnato la conquista dell'identità maschile. A questo proposito ho sempre sostenuto, ricevendo anche qualche sentita rimostranza da parte dell'altra metà del cielo, che la biologia per il maschio è sempre stata avara di messaggi chiarificatori e, in quanto tali, rassicuranti. La prima eiaculazione si confonde tra piacere e vergogna, tra incertezze e sensi di colpa, mentre la comparsa della prima mestruazione viene talvolta festeggiata come un rito di passaggio da condividere con la famiglia. Festanti dicevano "ora sei una donna!", mentre a noi dicevano "ora sei un uomo" solo a titolo di rimprovero per qualche rigurgito di infantilismo. Anche la particolare vistosità dei cambiamenti somatici nella donna acuiva la differenza nei confronti del maschio adolescente tutto preso a capire se il risultato dei suoi cambiamenti, peraltro rigorosamente nascosti, fosse o meno adeguato.

La provocazione che propongo è questa: è forse cambiato qualcosa? Perché attualmente si avverte questo bisogno di manifestare plateal-

mente le nostre potenzialità sessuali, al punto di farle diventare oggetto di comunicazione tra telefonini e internet? Perché ora abbiamo bisogno di una platea che ci accordi il diritto di primeggiare nel branco? È un modo nuovo per ottenere delle conferme gratificanti da parte del gruppo dei pari perché non riusciamo ad accordarcele da soli? C'entrano in qualche modo gli ultimi ritrovati della medicina in materia di sessualità maschile? Oppure tutto ciò sottintende un'altra crisi della mascolinità, sofferente di fronte alla crescente presenza della donna nel mondo del lavoro, della politica, nel complesso della vita sociale. Elisabeth Badinter, nel suo libro "XY L'identità maschile", commenta amaramente "sarà la guerra, ahimè, a mettere temporaneamente fine all'angoscia maschile. Ritrovando il loro ruolo tradizionale di guerrieri, quei poveri giovani coscritti partiranno per il fronte festanti, quasi gioiando di avere finalmente l'occasione di essere uomini, dei veri uomini".

Questa citazione, sicuramente cupa, dovrebbe esortare il mondo scientifico a cogliere tutte le possibili implicazioni che un osservatorio privilegiato dei cambiamenti del costume come l'andrologia può suggerire a chi, istituzionalmente e culturalmente, ha il compito di accompagnare l'uomo nel suo cammino.

Chi fa da sé giova alla coppia e alla propria sessualità

Considerato per secoli **un crimine morale**, causa di terribili malattie se non di morte, contrastato con i **metodi più cruenti** e fantasiosi, **l'autoerotismo** è ancora oggi fonte d'imbarazzo. Eppure è un atto **fisiologico**, del tutto positivo per la vita intima

Di sesso e sessualità si discute molto, moltissimo, anche troppo... di masturbazione, si parla poco o non se ne parla. A volte è sufficiente pronunciare soltanto la parola per far calare un imbarazzante silenzio, non solo tra le donne ma anche tra i maschi. E questo nonostante la masturbazione sia la pratica sessuale più diffusa al mondo, quella che, per la stragrande maggioranza degli individui, ha rappresentato la prima esperienza sessuale, indispensabile per la maturazione e la realizzazione della sessualità. D'altra parte gli organi genitali dei bambini sono incredibilmente sensibili al tatto e questa realtà precede qualsiasi consapevolezza relativa al sesso, alla cultura, al moralismo, all'identità sessuale e all'etica. I problemi nascono, solitamente, quando il piccolo incontra la disapprovazione dei genitori. Tuttavia, a riprova della "naturalità e fisiologicità" dell'atto, con la pubertà e con l'adolescenza essa non viene abbandonata, anzi è proprio a questo punto che si può parlare di masturbazione vera e propria. Praticare l'autoerotismo, nei giovanissimi in modo particolare, aiuta a mitigare le tensioni sessuali, ma rappresenta anche uno strumento di conoscenza del proprio corpo e delle proprie sensazioni erotiche. È una tappa fondamentale e irrinunciabile della maturazione individuale. Per molti, uomini e donne, rappresenta una vera e propria "dimensione parallela", assolutamente privata, nella quale vengono vissute inconfessate fantasie erotiche. È bene specificare, inoltre che, al contrario di quanto molti credono, la masturbazione non è un surrogato del coito, può anzi aiutare a migliorare la vita sessuale a due. Grazie a questa, si sviluppano fantasie, si accresce l'attrazione e, spesso, si esalta la complicità, tutti elementi indispensabili al rapporto.

Dalla condanna alla maratona

Secondo molti fu proprio la scoperta dello spermatozoo da parte di Leeuwenhoek nel 1677 a stravolgere la morale del tempo: la masturbazione diventa un crimine sessuale che, attraverso l'inutile perdita di seme, mina la preservazione della vita. Contemporaneamente la donna che pratica l'amore solitario, nello specifico, è pericolosa perché in un certo senso indipendente. È una donna che possiede le prerogative dell'uomo, l'iniziativa, la ricerca del piacere, in definitiva una minaccia per la società, per la stabilità dei valori morali e dei ruoli sessuali. Nel 1758 Samuel Tissot, un medico svizzero, scrive "De l'Onanisme o Delle malattie prodotte dalla masturbazione" e con questo trattato inaugura duecento anni di oscurantismo e colpevolizzazione del sesso, e della masturbazione in particolare. E sempre secondo gli studiosi di quel periodo chi si abbandonava a questa pratica rischiava di sviluppare letargia, tremori, deperimento, noia, tristezza, stanchezza, agitazione, insonnia, tosse, vomito, prurito, pallore, abbassamento della vista (fino alla cecità), acne, alitosi. Masturbarsi, a lungo andare, può portare alla follia, alla perversione, nei casi più estremi alla morte. E alle ammonizioni verbali seguirono spesso delle vere e proprie mortificazioni corporali quali cinture di castità per le ragazze più "irrequiete", anelli penici muniti di punte erettili pronte a ricacciare anche solo un principio d'erezione notturna; il Dott. Lafond inventa il corsetto anti-onanismo, una fasciatura aderente destinata a impedire qualsiasi tocco. Tra i sistemi estremi troviamo anche la castrazione, la clitoridectomia, la cauterizzazione della zona genitale mediante ferro rovente o elettricità, oppure, ancora, la resezione dei nervi interni. Meno di 90 anni addietro, Krafft Ebing, un eminente scienziato, psichiatra e medico legale dei tribunali austriaci e tedeschi, considerava la masturbazione come il male originale nel quale si innestano e si sviluppano tutte le perversioni sessuali...

Per fortuna tutto questo appartiene ormai solo alla storia. Lo dimostra il fatto che oggi, per la prima volta in Europa, per riconoscere l'importanza di questa pratica sessuale, o solo per sfatare provocatoria-

mente un tabù, si è tenuta una maratona di masturbazione. A Ishoej, una cittadina vicino a Copenhagen, uomini e donne dai 18 anni in su, nudi o con abbigliamento sexy, forniti di giornali porno e giocattoli erotici e con il volto coperto da una mascherina, si sono masturbati dalle 11,30 del mattino fino alle dieci di sera nella struttura per spettacoli Swingland. Alla fine non è mancata la premiazione per la migliore prestazione di autoerotismo. L'iniziativa, organizzata dalla sessuologa locale Pia Struck, è ispirata da una ker-

di **Aldo Franco De Rose**
Clinica Urologica, Ospedale San Martino Genova

messe analoga negli Stati Uniti, "Masturbate-a-Thon", che si tiene tutti gli anni dal 1998. I partecipanti non potevano toccarsi fra di loro, ma potevano "ispirarsi" guardando quello che facevano gli altri. Erano rigorosamente proibiti alcool, fumo e droghe, ma venivano distribuiti gratuitamente tè, caffè e bevande.

Uno studio a favore
Gli psicologi californiani Abramson e Mosher hanno condotto una ricerca su due gruppi diversi di volontari invitandoli a leggere letteratura erotica e ad assistere a film sessualmente espliciti. I risultati di tali ricerche mostrano che coloro i quali hanno un atteggiamento negativo verso la masturbazione si sentono maggiormente in colpa nell'assistere alla proiezione dei film, hanno avuto meno esperienze sessuali, hanno maggiori problemi di fronte al sesso e sono persino meno informati sulla contraccezione. Questi autori hanno potuto anche determinare, mediante un'analisi termografica, che i soggetti con attitudine negativa verso la masturbazione hanno una vasocongestione pelvica, una volta esposti a stimoli erotici, più scarsa rispetto a chi ha attitudini positive. Questo dato, evidentemente, pone il buon rapporto con la masturbazione come un fattore predittivo importante verso una buona sessualità.

Ha detto Woody Allen...

“La preferisco alla cosa vera”... È importante che avanzando nell'età uno impari a dipendere solo da se stesso

Dal film "Anything else"



“Non parlate male della masturbazione: è sesso con qualcuno che amate

Dal film "Tutto quello che avreste voluto sapere sul sesso e non avete mai osato chiedere"

Il passatempo degli artisti solitari

In una sua canzone Gianna Nannini, raccontando un solitario pomeriggio di autoerotismo, cantava... "Ma quanta fantasia ci vuole, per sentirsi due?" Al di là della stimolazione vaginale e clitoridea, non molte sanno che esiste anche un autoerotismo di tipo mentale.

Nelle letterature medica è assodato che le donne possano raggiungere l'orgasmo coinvolgendo solo la mente, fantasticando su pensieri erotici ed immagini mentali sessualmente stimolanti.

Ma il piacere solitario è stato praticato anche da uomini celebri fino ad età avanzata. Rousseau descrisse mirabilmente come la solitudine, la timidezza e l'immaginazione trovassero il principale alimento sessuale in lui nella masturbazione. Gogol si masturbava oltre misura e si ritiene che la malinconia sognatrice del suo temperamento fosse uno dei fattori del suo successo di romanziere. Ma nemmeno Goethe, secondo molti, sfuggì alla masturbazione che, in certi periodi della sua maturità, praticò anche in forma sfrenata.

LE PAROLE DA CONOSCERE

Continuiamo la lista dei termini andrologici fondamentali, che questo mese spazia dall'ipospermia ai narcotici. Per chiarire ai lettori patologie, fenomeni e processi medici legati alla salute dell'uomo

IPOSPERMIA

Volume dell'eiaculato inferiore a 0,5 millilitri.

IPOTALAMO

Struttura anatomica che fa parte del sistema nervoso centrale e si divide in ipotalamo periventricolare e subtalamo. Il primo è costituito da numerosi nuclei di sostanza grigia disposti in profondità, in posizione intermedia e in posizione più superficiale.

L'ipotalamo periventricolare è un centro importantissimo di integrazione delle funzioni viscerali. Esso riceve, integra e ri-invia impulsi olfattivi e gustativi, regola la temperatura corporea tramite la vasocostrizione/dilatazione periferica, regola le espressioni emotive modificando il ritmo cardiaco, la pressione sanguigna, la motilità del tubo gastroenterico, regolando il pallore/rossore del viso e provocando la sudorazione in risposta di diversi stimoli. A livello ipotalamico vi sono, inoltre, i centri della sete, della fame e della sazietà e avviene la regolazione del ritmo sonno-veglia. A livello ipotalamico è anche il centro dell'erezione.

KEGEL

Esercizi di contrazione e rilassamento della muscolatura del pavimento pelvico, che vengono utilizzati per la terapia dell'incontinenza urinaria allo scopo di rinforzare la muscolatura, e nella terapia sessuologica per l'anorgasmia, la dispareunia e il vaginismo. Nell'uomo possono essere utilizzati anche nella terapia del deficit erettile e del controllo eiaculatorio.

KLINEFELTER

(*sindrome di -*). Sindrome caratterizzata da un corredo cromosomico alterato da una X soprannumeraria (47XXY), ipogonadismo, testicoli piccoli, sterilità, bassi livelli di testosterone, talvolta ginecomastia e ridotto QI.

LESBISMO

Omosessualità femminile. Il termine deriva da Lesbo, isola greca patria della poetessa Saffo, prima a cantare pubblicamente il suo amore per alcune giovinette.

LIBIDO

Desiderio sessuale e ricerca della sua soddisfazione.

LIQUIDO SEMINALE

Insieme delle cellule germinali (spermatozoi) prodotte dai testicoli e delle secrezioni delle ghiandole dell'apparato genitale maschile che hanno il compito di veicolare gli spermatozoi fino all'emissione nelle vie genitali femminili con l'eiaculazione.

LETTRÈ

(*ghiandole di -*). Si trovano nella parete dell'uretra spongiosa maschile e producono normalmente un liquido incolore che viene espulso con le urine. Durante l'erezione, invece, aumenta la produzione del liquido che aiuta a lubrificare il pene favorendo la penetrazione.

LUBRIFICAZIONE

Trasudazione delle pareti vaginali a seguito della vasocongestione pelvica che avviene in risposta a stimoli eccitatori. Durante l'atto sessuale ha lo scopo di facilitare la penetrazione.

MARIJUANA

Insieme all'hashish è un derivato della canapa indiana. È ottenuta da foglie, fiori e steli della canapa, mentre l'hashish dalla sua resina. È una sostanza psicotropa e di solito si assume per via inalatoria. Il suo principio attivo, il tetraidrocannabinolo, provoca blanda euforia, facilitazione ideativa, una certa disinibizione, senso di benessere e leggero stordimento. Anche se queste droghe non

inducono dipendenza fisica, spesso provocano dipendenza psichica. Un loro uso continuativo, inoltre, può comportare effetti negativi a carico del sistema cardio-respiratorio, nonché una diminuzione della reattività, incapacità di concentrazione e perdita di stimoli.

MASCHIO

nella specie umana è caratterizzato da un patrimonio cromosomico (46 XY) maschile che ne connota l'identità genetica, ma anche da un aspetto maschile, caratterizzato dalla presenza degli organi genitali maschili, e dai caratteri sessuali secondari (presenza e disposizione dei peli, barba, ipertrofia delle corde vocali, sviluppo muscolare e osseo tipico). Talvolta il senso di appartenenza al genere maschile può non coincidere con il sesso genetico e fenotipico: si parla allora di alterazioni dell'identità sessuale.

MASOCHISMO SESSUALE

parafilia in cui il soggetto ottiene una intensa eccitazione sessuale da fantasie o comportamenti nei quali subisce sofferenze, maltrattamenti o umiliazioni.

MASTURBAZIONE

eccitazione sessuale auto provocata. La stimolazione può essere fisica (e accompagnata da fantasie di natura sessuale) o psichica, quando è sufficiente la sola fantasia erotica, senza nessuna stimolazione fisica diretta, per raggiungere l'orgasmo.

MENCHINI FABRIS FABRIZIO

Caposcuola dell'andrologia italiana. Direttore della Scuola di Specializzazione in Andrologia dell'Università di Pisa dal 1975 al 1990 e della Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Ricambio, indirizzo Andrologia dell'Università di Pisa dal 1991 ad oggi. Fondatore ed ideatore del Giornale Italiano di Andrologia, organo ufficiale della Società Italiana di Andrologia.

MESA

Tecnica microchirurgica che permette di incidere l'epididimo, di prelevare gli spermatozoi ed utilizzarli per la fecondazione assistita in caso di infertilità maschile da causa ostruttiva.

MICROPENE

Anomalia congenita caratterizzata da un pene di forma normale ma che nelle dimensioni è di almeno 2,5 deviazioni standard al di sotto della media. Questa condizione si deve distinguere dai casi di pene inconsistente, cioè di un pene dimensionalmente normale ma che appare piccolo per un'anomalia o perché nascosto dal grasso sovrapubico.

MONORCHIDISMO

Situazione di un soggetto che ha un solo testicolo, sia perché uno è stato asportato chirurgicamente, sia perché c'è stato un difetto nello sviluppo embrionario per cui uno dei due testicoli non è mai nato.

MORFINA

Sostanza derivata dall'oppio che ha come meccanismo d'azione la depressione di alcune specifiche funzioni del sistema nervoso centrale e, nello stesso tempo, la stimolazione di altri effetti sul comportamento, sull'apparato cardio-respiratorio e su quello vascolare. Il suo impegno clinico è essenzialmente quello di sedazione del dolore, controllo dell'ansia e trattamento dell'edema polmonare. Induce ad assuefazione.

NARCOTICI

Appartengono a questa classe sostanze come la morfina, la codeina e l'eroina, che hanno la caratteristica comune di dare sollievo al dolore agendo direttamente sul sistema nervoso centrale. Pur essendo incompatibili con la pratica sportiva, vengono erroneamente utilizzati da alcuni atleti per produrre un'azione analgesica ed euforizzante.



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



Come coniugare sicurezza, spontaneità ed erezione?

Egr. Dottore, ho 26 anni. Ho letto che soprattutto i giovani, pur sapendo del pericolo delle malattie sessualmente trasmesse, di solito non usano il preservativo. A me accade che quando cerco di usarlo perdo in virilità per cui spesso lo evito, a meno che la partner non me lo chieda espressamente. Come posso rimediare?

Lettera firmata

► **Gentile lettore, la sua domanda è interessante, poiché il problema è molto diffuso. Molti giovani, e anche meno giovani, lamentano che le manovre necessarie a indossare il profilattico fanno perdere in spontaneità e determinano un calo di rigidità. Dalle pagine di un giornale posso solo dirle due cose: la prima è che assolutamente il preservativo deve essere utilizzato, poiché si sta assistendo a una recrudescenza epidemiologica delle malattie sessualmente trasmesse; la seconda è che, parlandone con un Andrologo, potrà avere ottimi consigli su come coniugare sicurezza, spontaneità, ma soprattutto mantenimento di una valida erezione.**

L'iter per accedere alla fecondazione artificiale

Gentile Dottore, ho 39 anni, sono sposato e ho un figlio. Da due anni proviamo ad avere un altro figlio senza riuscirci. Ci hanno consigliato di accedere immediatamente alle tecniche di fecondazione artificiale, ma mia moglie ha un po' paura.

Alessandro (Lecce)

► **Gentile Signore,** la fertilità di una coppia è basata su vari fattori, dei quali alcuni sono più importanti, come l'età della donna e la frequenza e continuità dei rapporti sessuali. Nella sua lettera mancano questi ed altri elementi, per cui mi rimane difficile esprimere un parere. Posso dirle che, anche come è previsto dalla legge, ci deve essere una gradualità di interventi per

quanto riguarda i problemi della fertilità e che si può accedere alla procreazione medicalmente assistita solo dopo un iter che deve comprendere almeno una visita andrologica per l'uomo e una visita ginecologica per la donna.

“Pregnancy rate”: un termine oscuro

Spett.le Redazione, si legge molto riguardo alla fecondazione artificiale, però spesso si usano termini inglesi dei quali

Molti giovani lamentano che le manovre necessarie a indossare il profilattico determinano un calo di rigidità, ma il preservativo deve essere assolutamente utilizzato

La legge prevede una gradualità di interventi per quanto riguarda i problemi della fertilità: prima di accedere alla procreazione assistita è necessaria una visita specialistica per l'uomo e una per la donna

rimane difficile capire il significato. Per esempio “pregnancy rate” vuol dire tasso di gravidanza, ma non capisco bene il significato. Anche perché le percentuali riportate dall'articolo che ho letto sono un po' confuse, oppure sono io che non capisco?

Riccardo (Torino)

► **Gentile Signore,** la pregnancy rate è la percentuale di gravidanze che si ottengono dopo le pratiche di procreazione medicalmente assistita. Questo dato viene specificato a parte per differenziarlo dal dato dei figli nati dalle gravidanze ottenute, poiché c'è differenza tra i due risultati.

Quel dolore che non vuole andarsene

Caro Dottore, ho 70 anni e fino a pochi mesi fa avevo una normale vita sessuale, considerando l'età. Poi ho cominciato ad avere dolore durante l'erezione e ho dovuto diradare molto i rapporti. Dopo di che, ho notato che più i rapporti si diradavano più facevo fatica a ottenere un'erezione normale, e il dolore compariva lo stesso! Il medico mi ha dato dei farmaci ma il male non passa. Che devo fare?

G.N. (Aosta)

► **Gentile Signore,** il dolore all'erezione, se non c'è stato un trauma, dipende dallo sviluppo di una zona cicatriziale benigna all'interno del pene che determina disturbi dell'erezione di vario grado: dal semplice dolore alla scomparsa dell'erezione stessa. Sarebbe utile che venisse visitato per valutare a che livello è la placca fibrosa e quali sono le sue dimensioni anche per poterla curare e seguire nel tempo. Sappia che questa malattia, di cui abbiamo già parlato nei numeri precedenti, al momento non prevede una terapia radicale, per cui può darsi che se consulta più di uno specialista si sentirà consigliare varie terapie. L'importante è che, prima di tutto, si faccia seguire da un Andrologo.

I pareri delle amiche sono molti e confusi

Sono molto preoccupata: mio figlio di 2 anni ha ancora la pelle del pisellino attaccata. Ho chiesto un consiglio alle mie amiche e ognuna mi ha suggerito una cosa diversa: una mi ha detto che non si deve staccare, altre mi dicono che deve essere aperto manualmente, altre ancora che ci sono delle pomate. Io non so cosa fare.

Mamma Martina

► **Gentile lettrice,** il suo pediatra la saprà consigliare per il meglio. La “fimosi”, comunque, è assolutamente fisiologica. È una difesa della natura, dal momento che il pisellino dei maschietti, nel pannolino, può venire in contatto non solo con l'urina, ma anche con le feci. In genere si tende ad aspettare la rimozione del pannolino, cioè che il bambino acquisisca il controllo degli sfinteri, prima di decidere cosa fare. In effetti un'alta percentuale di questi problemi si risolve con specifiche pomate, che devono essere prescritte dallo specialista che controllerà anche l'esito della cura. Le manovre traumatiche di scollamento, invece, sono sempre sconsigliate.

Una paura comune negli ambulatori andrologici

Egr. Dottore, ho la sensazione di avere un pene di dimensioni inferiori alla norma. Il medico mi ha detto che mi sbaglio, ma io rimango perplesso. Lei mi consiglia una visita dell'Andrologo?

Lettera firmata (Rovigo)

► **Gentile lettore,** il problema delle dimensioni del pene è molto frequentemente esposto negli ambulatori di Andrologia. In genere, senza una visita medica non si può esprimere un parere. Posso dirle, però, per rassicurarla, che nella stragrande maggioranza dei casi le persone con un pene davvero piccolo sono estremamente rare. Purtroppo c'è la tendenza a credere che a dimensioni maggiori corrispondano prestazioni migliori. Questo non è assolutamente vero: ciò che conta è la rigidità del pene e la possibilità di condurre a termine un rapporto con soddisfazione di entrambi i partner. Per tutto questo la invito a rivolgersi con fiducia a un sessuologo, ancor prima che a un Andrologo, poiché sono sicuro che il suo medico le ha detto la verità.

Attenzione alle tasche!

Un recente studio conferma che portare il cellulare in tasca ha conseguenze negative sulla capacità riproduttiva maschile. Più precisamente questa abitudine ridurrebbe del 15 per cento il numero di spermatozoi attivi.

I risultati della ricerca, pubblicati dal *Biology Letters*, rivista scientifica della Royal Society, hanno rilevato che gli uomini abituati a tenere il cellulare in tasca hanno 65 milioni di spermatozoi per millimetro di

seme, mentre quelli che lo tengono altrove ne hanno 75 milioni. Il campione era composto da 52 uomini tra i 18 e i 35 anni. Un uomo è considerato sterile quando produce meno di 20 milioni di spermatozoi, i numeri dello studio quindi sono lontani da questo limite. Tuttavia gli specialisti concordano nel giudicare i risultati di ricerche simili molto preoccupanti. Pare infatti che determinati stili di vita stiano progressivamente compromettendo la produzione di



spermatozoi nell'uomo e quindi la sua fertilità. Un'altra ricerca inglese qualche anno fa ha stabilito che il numero dei gameti maschili è diminuito del 29 per cento negli ultimi decenni.

Fertilità a rischio davanti alla Tv

I TELEDIPENDENTI HANNO UNA CAPACITÀ RIPRODUTTIVA MOLTO SCARSA



Secondo un'indagine condotta dal centro Artes di Torino (Assisted Reproduction Technique and Endoscopic Surgery), nei Paesi in cui si passa più tempo davanti alla Tv i livelli di fertilità maschile sono più bassi. I ricercatori hanno ottenuto questo risultato confrontando i dati Eurostat sulle ore trascorse a guardare la televisione con la capacità riproduttiva di un campione di uomini dei 25 Paesi della Comunità europea.

Scorrendo i dati riportati nella ricerca di Artes, si rileva che Paesi come la Repubblica Ceca (tasso di fertilità 1.22) e la Polonia (1.23) hanno rispettivamente medie di 214 e di 250 minuti di televisione al giorno per persona. Si tratta degli Stati con i tassi di fertilità più bassi. L'Italia non sta molto meglio: mediamente un italiano passa 245 minuti al giorno davanti alla televisione e il tasso di fertilità è intorno a 1.33, uno dei livelli peggiori dei 25 Paesi dell'Unione Europea. Il dottor Alessandro Di Gregorio, responsabile del Centro Artes, spiega che, anche se non esistono dati precisi sul legame tra stili di vita e capacità riproduttiva, certi comportamenti devono essere considerati a rischio.

Tramonta il mito del padre anziano

Un problema che non riguarda solo le donne: la possibilità di avere figli diminuisce notevolmente con l'età anche per gli uomini. Una ricerca britannica dimostra che, se si vuole procreare, è consigliabile farlo prima dei 50 anni, età dopo la quale tutto diventa molto più difficile. Sembra tramontare il mito dell'uomo fertile anche in vecchiaia, alimentato in passato da personaggi celebri (scrittori e attori per esempio) che hanno avuto bambini anche a 80 anni e contrapposto all'idea della donna che perde molto presto la facoltà

riproduttiva. I dati: a 24 anni gli uomini hanno il 92 per cento di probabilità di procreare, quando ci provano. Questa percentuale scende ogni anno del 2 per cento. Il declino della fertilità maschile quindi, al pari di quello femminile, è lento ma inesorabile. Gli esperti parlano anche di una sorta di "menopausa maschile" e di un calo sensibile della produzione di testosterone. Anche se pare che non sia questa la causa principale della minore capacità riproduttiva. I prossimi studi dovrebbero approfondire tale aspetto.

I danni del tabagismo

Meno spermatozoi tra i fumatori

I veri effetti del fumo di sigaretta sulla funzione riproduttiva maschile non si conoscono ancora a fondo. L'*International Journal of Andrology* riporta i risultati di una nuova ricerca in proposito. È stato preso in considerazione l'impatto del tabagismo sul sistema riproduttivo dei maschi giovani. Allo studio hanno partecipato ragazzi di 18 anni, 217 non fumatori e 85 fumatori. Alla fine dell'esperimento i non fumatori hanno presentato il 49 per cento in più di spermatozoi rispetto ai fumatori. Inoltre la concentrazione degli spermatozoi è stata il 37 per cento maggiore tra i non fumatori, mentre il livello serico dell'ormone follicolo-stimolante (FSH) è risultato più alto del 17 per cento. Non sono invece state rilevate differenze significative per quanto riguarda l'inibina B, il testosterone, la globulina legante gli ormoni sessuali, l'ormone luteinizzante e l'estradiolo. Il vizio di fumare della madre durante la gravidanza, infine, ha dimostrato avere un impatto negativo sui marcatori della secrezione degli epididimi e delle vescicole seminali.

Condizioni ambientali

Piombo e solventi minano l'erezione

Il fatto che le condizioni ambientali e il tipo di attività quotidiana possano alterare la capacità erettile negli uomini è condiviso dagli specialisti già da tempo. Supportano questa ipotesi numerosi studi epidemiologici e ricerche biomediche. Secondo il *Journal of Andrology*, che riporta uno studio che si è concentrato su alcune sostanze chimiche, sono diversi i componenti ambientali tossici, come il piombo, i solventi organici e i pesticidi, che minacciano la capacità erettile. Il meccanismo grazie al quale le sostanze nocive influiscono negativamente sull'erezione passa attraverso il sistema nervoso e ormonale. Ma se il rischio legato all'esposizione a un determinato ambiente è considerato probabile, manca un supporto scientifico certo al nesso di diretta causalità. I prossimi lavori di ricerca quindi punteranno a identificare gli specifici agenti ambientali che possono alterare la funzione erettile e a definire i loro esatti meccanismi di azione.

ioUomo

Rivista di informazione, educazione e prevenzione andrologica

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

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

Direzione Scientifica:
Aldo Franco De Rose, Alessandro Papini
Segreteria SIAs:
F. Cherubini, E. Milani, V. Salvo
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 (Al)
tel. 0142 338.1