



La coppia infertile: come gestire i problemi di lui?

L'infertilità, definita come incapacità coppia di ottenere il concepimento entro 12 mesi di rapporti liberi privi di qualsiasi metodica anticoncezionale, è problema di vasta rilevanza epidemiologica, clinica e sociale che riguarda oltre il 15% delle coppie ed il partner maschile ne è responsabile nel 30-50% dei casi. Anomalie congenite quali il criptorchidismo, infezioni del tratto urogenitale, disturbi endocrini, varicocele ed alterazioni genetiche sono alcune tra le cause più frequenti di infertilità maschile. Ad oggi, però, nonostante gli importanti progressi della medicina e della biologia della riproduzione umana, l'infertilità maschile rimane idiopatica, vale a dire senza ragione apparente, nel 30-40% dei casi. Il dato è fonte di qualche imbarazzo, sia per l'andrologo, che si trova costretto in questi casi all'utilizzo di terapie su base empirica o ad avviare la coppia verso percorsi di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), che per i pazienti che non trovano risposte del tutto esauritive a spiegare il perché della loro ridotta fertilità. A complicare ulteriormente il quadro si aggiunge l'aspetto sociologico relativo all'età, sempre più avanzata, nella quale le coppie formulano la richiesta di genitorialità, con ripercussioni negative sul piano individuale e relazionale, inevitabilmente correlate all'ansia di ottenere un risultato tutt'altro che scontato: la paternità. La necessità di pianificare i rapporti sessuali con conseguente riduzione della spontaneità del piacere sessuale contribuisce all'insorgenza delle disfunzioni sessuali nella popolazione maschile e, mentre la PMA consente a molte coppie infertili di raggiungere una gravidanza, il processo terapeutico affrontato dalla coppia comporta un forte stress psicologico che può incidere sulla qualità della vita, sulla relazione e sulla sessualità della coppia.

In particolare, disfunzione erettile, desiderio sessuale ipoattivo e disturbi dell'eiaculazione sono di frequente riscontro nel maschio infertile con una prevalenza variabile tra l'8 e l'85% (1). Le cause sono in gran parte funzionali, ascrivibili a sentimento di inadeguatezza, rischio maggiore di depressione e peggioramento della qualità di vita, ma non sono da escludere fattori di natura organica dal momento che sessualità e riproduzione risultano fisiologicamente interconnesse.

Alcuni Autori non solo hanno documentato una maggiore incidenza di difficoltà erettive in maschi infertili rispetto a una popolazione di controllo, ma hanno anche osservato come tali difficoltà correlino con la severità delle alterazioni seminali con massima incidenza in soggetti azoospermici (2). È stato anche osservato come, in presenza di comorbidità ed in ragione del loro numero, la funzione endocrina, segnatamente in riferimento alla concentrazione di testosterone, risulti ridotta, come pure la concentrazione di spermatozoi (3). Maggiormente nello specifico alcuni difetti neurologici possono causare infertilità maschile in conseguenza di disfunzione erettile, disfunzione eiaculatoria ed anomalie seminali. Tra le cause più frequenti troviamo gli esiti di chirurgia pelvica e retroperitoneale, il diabete, anomalie spinali congenite, sclerosi multipla e lesioni midollari (4). Di rilievo l'esistenza di fattori di rischio comuni per la disfunzione erettile e l'infertilità maschile quali il fumo in ragione dose dipendente, l'assunzione di cannabis, abitudine più frequente in età riproduttiva, e l'eccessiva assunzione di alcolici. In tutti questi casi risulta ampiamente documentata una relazione peggiorativa dei cosiddetti parametri seminali standard quali concentrazione, motilità e morfologia degli spermatozoi come pure una maggiore incidenza di disfunzione erettile prevalentemente in relazione ad aspetti di natura vascolare ed endocrina. Altro elemento significativo ad accumulare infertilità e disfunzione erettile è l'obesità: anche in questo caso l'elemento pregnante è il danno

Infertilità in Salute

metabolico e la riduzione della testosterone correlato all'attività aromatasica degli adipociti, dovendosi rimarcare che, nei soggetti obesi, il danno alla fertilità non sarebbe dovuto a parametri seminali standard deteriorati, quanto piuttosto ad una alterazione della funzione degli spermatozoi come conseguenza di danni al loro DNA, maggiormente frammentato, con ripercussioni negative anche sui tassi di nati vivi in cicli di PMA (5).

Esiste, pertanto, la necessità di una visione olistica del maschio della coppia infertile che comprenda, accanto ad indagini laboratoristiche e strumentali effettuate a scopo diagnostico, una profonda attenzione a indagare storia medica, valutazione della funzione sessuale e stili di vita dei pazienti al fine di orientare percorsi specifici a misura del singolo paziente. I giovani maschi devono essere informati che uno "stile di vita sano" senza fumo, malattie sessualmente trasmissibili e senza malattie metaboliche come diabete e obesità può avere un effetto positivo non solo sulla loro salute generale, ma anche sulla fertilità e sulla loro sessualità. È auspicabile che tra i compiti dell'andrologo nel Centro di PMA non vi sia unicamente quello di *"accertare l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione"*, ma anche quello di intervenire, eventualmente affiancato dallo psicosessuologo in casi selezionati, affinché le disfunzioni sessuali maschili non rappresentino un ulteriore carico emotivo ad aggravare le difficoltà della coppia.

Bibliografia

- 1) Luca G, Parrettini S, Sansone A, Calafiore R, Jannini EA. The Inferto-Sex Syndrome (ISS): sexual dysfunction in fertility care setting and assisted reproduction. J Endocrinol Invest. 2021
- 2) Lotti F, Corona G, Castellini G, Maseroli E, Fino MG, Cozzolino M, Maggi M. Semen quality impairment is associated with sexual dysfunction according to its severity. Hum Reprod. 2016
- 3) Ventimiglia E, Capogrosso P, Boeri L, Serino A, Colicchia M, Ippolito S, Scano R, Papaleo E, Damiano R, Montorsi F, Salonia A. Infertility as a proxy of general male health: results of a cross-sectional survey. Fertil Steril. 2015
- 4) Fode M, Krogh-Jespersen S, Brackett NL, Ohl DA, Lynne CM, Sønksen J. Male sexual dysfunction and infertility associated with neurological disorders. Asian J Androl. 2012
- 5) Campbell JM, Lane M, Owens JA, Bakos HW. Paternal obesity negatively affects male fertility and assisted reproduction outcomes: a systematic review and meta-analysis. Reprod Biomed Online. 2015