

Corriere degli Andrologi

Da un'idea di GIUSEPPE LA PERA



DISCORSO INAUGURALE 42° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA

DI GIUSEPPE LA PERA

È per me un grande onore e un privilegio presentare il discorso inaugurale del 42° congresso Nazionale della Società Italiana di Andrologia. È un momento importante perché mi consente di fare un bilancio di quanto ho fatto in tanti anni di professione medica e perché altresì mi consente di consegnare un testimone ai giovani andrologi.

Il primo concetto che ho appreso nella mia esperienza

professionale è che l'handicap sessuale è molto diffuso tra i giovani, anzi direi che è piuttosto la regola (DI-APO). Questi che vi mostro sono i dati di una ricerca che la Società Italiana di Andrologia ed io abbiamo eseguito nella popolazione di due cittadine del Lazio, Ostia e Ladispoli, nella quale il 56% dei ragazzi ha una patologia più o meno grave dell'apparato genitale maschile. Il secondo aspetto che ho imparato dai miei pazienti, e che successivamente sono andato a dimostrare con degli studi sul campo, è che tale handicap

sessuale non solo crea un danno biologico, ma si riflette anche sulla vita personale di ciascun ragazzo, perché per via di tale danno biologico il ragazzo si sente inadeguato, la sua autostima si abbassa fino a ledere la sua dignità. In questo processo al ribasso il ragazzo, al fine evitare una sofferenza sempre maggiore, innesca talvolta dei comportamenti errati e pericolosi, generando un circolo vizioso. A questo proposito vorrei ricordare due mie ricerche condotte in questi anni: esse dimostrano che il 35% dei ragazzi che fa uso di eroina ha iniziato

ALL'INTERNO DEL NUMERO

Realizzazione Editoriale:
AGENZIA DIRE

Impaginazione e stampa:
PAESI EDIZIONI

- ◆ Intro pagina 2
- ◆ Parliamo di Azoospermia pagina 3
- ◆ Innovativo corso sulla chirurgia dell'infertilità maschile pagina 3
- ◆ SCOOP O FAKE NEWS? Frequenza eiaculatoria e carcinoma prostatico pagina 4
- ◆ 'La terapia androgenica per ipogonadismo incrementa il rischio cardiovascolare?' pagina 5
- ◆ Riconoscere le "fake news" in medicina pagina 6
- ◆ La terapia antiossidante migliora la Pregnancy Rate della coppia infertile? pagina 7

a drogarsi generalmente per fare fronte, a modo uso, a un handicap sessuale. Nel secondo studio relativo alle ricerche fatte a Ladispoli e Ostia, emerge che i ragazzi affetti da fimosi a 18 anni evitano l'intimità con le ragazze per non mostrarsi. Tutto ciò pregiudica la loro vita futura perché, rispetto ai loro coetanei, questi ragazzi non fanno quelle esperienze di vita, affettive e sessuali, che aiutano a crescere e diventare uomini.

Il terzo aspetto è relativo alla mancanza di una cultura della prevenzione, che si riverbera sulla collettività dal momento che porta a un aumento dei costi della Sanità e, purtroppo, della mortalità per cancro del testicolo. In Italia secondo una ricerca e un'analisi che ho condotto sui dati ISTAT, risulta che si verificano circa 80 morti l'anno per cancro del testicolo: tutti dopo i 15 anni. Tutto ciò avviene ovviamente per numerosi fattori, ma anche e soprattutto perché prima dei 15 anni c'è la sorveglianza attiva dei pediatri e degli stessi genitori, che intervengono con accertamenti e consentono una diagnosi precoce (DIAPO) che salva loro la vita. Dopo i 15 anni generalmente i ragazzi non si fanno più spogliare, e i genitori perdono il controllo della salute sessuale dei ragazzi.

Il quarto punto relativo alla mia esperienza di andrologo ospedaliero è che per alcune patologie tempo dipendenti come per esempio il Priapismo o la torsione del testicolo, i ragazzi non sempre nell'immediato trovano le strutture dedicate cui rivolgersi. Motivo per cui, in molti casi, perdono l'organo o la funzione. Danni questi che, come noto, sono molto gravi e irreversibili. È per tale ragione che noi andrologi della SIA ci battiamo affinché venga creata una rete di emergenza per le patologie tempo dipendenti, attraverso la creazione nei principali ospedali di unità operative uro-andrologiche. Tuttavia, la rete di emergenza che noi andrologi auspichiamo, al momento non esiste e dobbiamo assistere inermi al verificarsi di molti danni. Noi andrologi abbiamo inoltre individuato, dal punto di vista della cura e della prevenzione, che esiste una discriminazione al maschile. Cosa intendo dire? Che per le ragazze esiste una sensibilità istituzionale e familiare che generalmente non si riscontra per i ragazzi. Per le ragazze, infatti, sono numerosi i presidi sanitari ospedalieri per i problemi ginecologici, così come sono numerose le famiglie che si prendono direttamente cura dei problemi sessuali e riproduttivi delle ragazze, non trascurando di accompagnarle dal ginecologo. Infine, sono numerosissime ed efficaci le campagne di prevenzione volte a sensibilizzare le ragazze, e più in generale le donne, come quella che meritoriamente la Regione Lazio ha lanciato per il prossimo 14 maggio. Noi, poveri andrologi, tutto ciò ce lo sogniamo perché non avviene altrettanto per i ragazzi, generalmente abbandonati nel momento più delicato del loro sviluppo puberale a dispetto anche di quanto previsto dalla nostra Costituzione che, come noto, prevede la tutela di tutti indipendentemente dal sesso razza e condizione sociale. È quindi nostro compito, di noi andrologi, mettere in evidenza il problema per porgerlo a chi potrà risolverlo. È per questo che sono felice di vedere qui autorità politiche e amministrative che, avendo accolto il nostro invito, dimostrano la sensibilità necessaria.

DI BIASE: "REGIONE LAZIO VUOLE RACCOGLIERE INPUT LANCIATI DALLA SIA"



Michela Di Biase

«È un momento di grande importanza». Sono state le parole della consigliera Michela Di Biase (Pd), segretario d'Aula della Regione Lazio, che ha portato i saluti dell'Istituzione in occasione dell'apertura del 42esimo Congresso della Società Italiana di Andrologia.

Al centro di questi tre giorni «ci sono tutte le tematiche relative alla prevenzione - ha spiegato Di Biase - che rappresenta un elemento cruciale nel Sistema Sanitario Nazionale. Un tema su cui la Regione Lazio ha un orecchio molto attento. Io personalmente sono lusingata di poter aprire questo congresso, proprio perché come Regione vogliamo raccogliere l'input e le sollecitazioni che arriveranno durante i lavori di questi giorni dalla Società Italiana di Andrologia, in particolare sulla necessità di una risposta, da parte delle Istituzioni, sulle campagne uro-andrologiche preventive e sulla creazione di strutture sanitarie adeguate».

L'Associazione Italiana per il Diritto alla Salute Sessuale insieme alla Società Italiana di Andrologia hanno dato il via a una petizione che ha raccolto 12.000 firme per portare avanti una proposta di legge che preveda un programma di screening per tutti i ragazzi tra i 14 e i 19 anni, e la creazione nei principali ospedali di numerose Unità Operative dipartimentali di Uro-Andrologia con autonomia di budget.

Vorrei pertanto pregare la consigliera Michela Di Biase, Segretario d'Aula della Regione Lazio, di farsi latrice presso il Presidente Zingaretti affinché accolga la petizione popolare. Vorrei altresì pregare le dottoresse Sara Farchi e Tiziana Chiriaco di farsi latrici presso

l'Assessore alla Sanità, Alessio D'Amato, di questa petizione per cui mi propongo di redigere sia alla Consigliera che all'Assessore una nota più dettagliata della proposta legislativa per una legge regionale di prevenzione andrologica, al fine di dare una risposta positiva ai 12.000 cittadini che hanno firmato la petizione, così come ai nostri 500.000 ragazzi del Lazio e alle loro famiglie. Affinché tutti possano ricevere un'assistenza sanitaria così come avviene per le ragazze, nella piena attuazione degli articoli della Costituzione della Repubblica Italiana. Noi tutti rimaniamo a disposizione della Regione Lazio.



Giuseppe La Pera - Co-Presidente Congresso



PARLIAMO DI AZOOSPERMIA

DELLA DOTT.SSA ILARIA ORTENSÌ



Ilaria Ortensi

L'approccio nei soggetti affetti da Azoospermia prevede dapprima una serie d'indagini andrologiche di routine (ormonali Fsh, Inibina B), genetiche (Caritipo, Microdelezione Cromosoma Y, Fibrosi Cistica), biologiche (parametri seminali quali Volume/ml e Ph), ecografiche (Dimensioni Testicolari) preposte all'individuazione delle cause che sono alla base delle disfunzioni dell'apparato riproduttivo, siano esse di tipo funzionale o meccanico. Se l'andrologo, con l'ausilio di tali esami specialistici, esclude le cause endocrine e quelle suscettibili di terapia medica, rimarranno da valutare cause funzionali risolubili seguendo un iter diagnostico-terapeutico di tipo chirurgico, in particolare microchirurgico. È indispensabile considerare che il trattamento microchirurgico della infertilità maschile deve essere affidato a un'equipe allenata da tempo a questa tecnica. In caso di Azoospermia di natura ostruttiva si può tentare, se anatomicamente possibile, una ricostruzione microchirurgica delle vie seminali con utilizzo di strumentario adatto e mezzi ottici di ingrandimento. Nel contesto dello stesso intervento, la fase esplorativa viene abbinata all'eventuale fase ricostruttiva che servirà a riaprire ai gameti la strada verso l'esterno. I pazienti che non ottengono il ripristino della via seminale mediante l'applicazione della tecnica ricostruttiva, hanno dalla loro parte un ulteriore aiuto che viene dalla applicazione della microchirurgia al campo dell'infertilità maschile. Nel corso dello stesso intervento, a scopo preventivo, dai tubuli epididimari o seminiferi si prelevano spermatozoi e si crioconservano in azoto liquido a -196°C per un loro successivo utilizzo mediante tecniche di P.M.A. In questo contesto, risulta di fondamentale importanza il supporto biologico, non solo ai fini della crioconservazione del materiale prelevato microchirurgicamente, ma anche ai fini della ricanalizzazione della via seminale. La consulenza biologica estemporanea sulla presenza di gameti in determinati loci epididimari, ed esempio, fornisce utili indicazioni al chirurgo per

l'esecuzione di una complessa vaso-epididimostomia. Le patologie ostruttive (OA) e anatomiche dell'apparato genitale maschile potrebbero anche non essere trattate chirurgicamente, se la coppia fosse propensa a ricorrere direttamente a un programma di fecondazione microassistita con l'utilizzo di spermatozoi intraparenchimali (Tese, Pesa) o epididimari (Mesa). Attualmente la nuova normativa sulla P.M.A. (Legge 40/2004) impone la gradualità degli interventi terapeutici medici e/o chirurgici nella coppia prima d'iniziare il programma riproduttivo, specie se l'età del partner lo consente. Alla luce di questa legge, quindi, diventa imperativo, ove possibile, tentare di ripristinare l'anatomia fisiologica delle gonadi maschili. Anche nel caso di Azoospermie di natura non ostruttiva (NOA), ovvero quelle determinate da alterazioni ormonali, genetiche, o da terapie chemioterapiche, la microchirurgia rappresenta un valido supporto per il paziente andrologico. L'esecuzione di una biopsia testicolare tradizionale, o di un agoaspirato testicolare, infatti, non permettono d'individuare con certezza eventuali loci di spermatogenesi. Non sono rari i casi di recupero

negativo ricorrendo a queste tecniche. L'esecuzione di una dissezione microchirurgica del parenchima testicolare e di un prelievo di tubuli seminiferi con ausilio di mezzi ottici d'ingrandimento (Micro_Tese), seppur moderatamente più invasiva è una tecnica che aumenta sensibilmente l'individuazione di loci di spermatogenesi e le percentuali di recupero chirurgico di spermatozoi. In conclusione, la microchirurgia andrologica rappresenta un valido strumento diagnostico e terapeutico nel trattamento dell'Azoospermia, sia essa di tipo escretoria o secretiva. Nel contesto di un approccio microchirurgico, è di fondamentale importanza la figura dell'andrologo clinico, che avrà opportunamente preparato il paziente all'intervento, sottoponendolo ad eventuali terapie mirate a sostenere o stimolare la spermatogenesi. Altrettanto importante è il supporto del biologo della riproduzione umana, che ha il delicato compito di valutare la qualità dei gameti prelevati in corso di intervento ed avviarli a procedure di crioconservazione o P.M.A. Per questo motivo, in questi ultimi anni la nostra attenzione è stata rivolta particolarmente all'approccio biologico che, affiancando le tecniche microchirurgiche, deve essere sempre più preciso e mirato al recupero delle cellule nemaspermiche senza che esse ne siano danneggiate.

**Responsabile Laboratorio PMA Fabia Mater -Roma*

INNOVATIVO CORSO SULLA CHIRURGIA DELL'INFERTILITÀ MASCHILE



Andrea Ortensi

Il Corso di formazione su "La chirurgia dell'infertilità maschile", diretto da Giuseppe La Pera e da Andrea Ortensi*, è dedicato alle nuove tecniche chirurgiche e Biologiche, per la risoluzione di queste Patologie. Andrea Ortensi presenterà in particolare dei video realizzati mediante la videocamera frontale, che permette una visione diretta del campo operatorio, esattamente coincidente con la visione del chirurgo operatore, consentendo una totale partecipazione degli astanti all'opera del chirurgo. Verrà presentato infine, per la prima volta in Italia l'utilizzo del nuovo Microscopio Operatorio Zeiss Kinevo 900, in 3 D, che consente una visione e una ripresa video tridimensionale mediante un Sistema Robotico Integrato (gli ingrandimenti ottici raggiungono i 25X). L'immagine intraoperatoria è realizzata su uno schermo panoramico mediante il quale sia i chirurghi operatori che i presenti in sala operatoria possono assistere e vedere le stesse immagini in 3D. La visione è assicurata mediante l'uso di occhiali 3D dedicati. Grazie a questo sistema d'ingrandimento ottico totalmente rivoluzionario, per la prima volta in Italia dalla "Fabia Mater" a Roma vengono presentati interventi nel settore andrologico: varicocele e microtese. Quest'ultimo intervento è dedicato al prelievo microchirurgico di spermatozoi direttamente dal testicolo, in pazienti che non presentano spermatozoi nel liquido spermatico.

**Il Prof. Andrea Ortensi è Direttore dell'Unità Operativa di Microchirurgia Generale "Fabia Mater" -Roma*

SCOOP O FAKE NEWS? FREQUENZA EIACULATORIA E CARCINOMA PROSTATICO

DI EUGENIO VENTIMIGLIA*

Le prime indagini riguardo al ruolo della frequenza eiaculatoria rispettivamente al rischio di sviluppare un tumore prostatico risalgono agli inizi degli anni 2000. Le principali ipotesi scientifiche alla base di tali studi possono essere riassunte come segue: 1) Un'aumentata frequenza eiaculatoria può portare a una più frequente "pulizia" dei dotti prostatici, sfavorendo il ristagno di secrezioni contenenti potenziali carcinogeni (ovvero, un'elevata frequenza eiaculatoria potrebbe essere associata a un minor rischio di sviluppare tumore prostatico); 2) Un'aumentata frequenza eiaculatoria, qualora intesa come aumentata frequenza di rapporti, può tradursi in un maggior rischio di contrarre infezioni del tratto urogenitale; queste infezioni, a loro volta, potrebbero favorire l'insorgenza del tumore prostatico, sebbene l'ipotesi che lega le infezioni genitali a un aumentato rischio prostatico non sia mai stata dimostrata (ovvero, un'elevata frequenza eiaculatoria potrebbe essere associata a un maggior rischio di sviluppare tumore prostatico). Come appare evidente, si tratta d'ipotesi contrastan-

ti, che hanno portato a loro volta a risultati altrettanto contrastanti. Considerando i due principali e più autorevoli studi scientifici condotti in questo ambito, emerge come una aumentata frequenza eiaculatoria possa essere protettiva rispetto allo sviluppo di un tumore prostatico. È importante sottolineare che si tratta di studi osservazionali e retrospettivi, e che quindi hanno dei limiti metodologici intrinseci. Considerando il primo studio, si tratta di una ricerca australiana pubblicata nel 2003. Gli autori, conducendo uno studio retrospettivo caso-controllo su più di 2.000 uomini adulti, hanno dimostrato come di circa un terzo rispetto al rimanente campione. Il secondo studio, pubblicato JAMA nel 2004 e condotto su un campione di ben 29.342 maschi adulti statunitensi, ha dimostrato come gli uomini che avevano avuto durante la loro vita adulta dai vent'anni in poi 21 o più eiaculazioni al mese avessero un rischio ridotto fino al 30% di essere diagnosticati successivamente con tumore prostatico, rispetto a coloro che avevano avuto 4-7 eiaculazioni al mese. In conclusione, sebbene esistano prove scientifiche a favore di un'associazione inversa tra frequenza eiaculatoria



Eugenio Ventimiglia

e tumore prostatico, la metodologia degli studi condotti finora e la debolezza dell'ipotesi sottostante non permette a oggi di poter avere un verdetto definitivo a riguardo.

**M.D. Division of Experimental Oncology/Unit of Urology URI; IRCCS Ospedale San Raffaele University Vita-Salute San Raffaele, Milan, Italy*

“ Gli uomini che avevano avuto cinque o più eiaculazioni settimanali all'età di vent'anni mostravano un rischio ridotto di sviluppare il tumore alla prostata.



PARTNER DELL'INIZIATIVA

TT **Bio-STILOGIT**
PHARMACEUTICALS



‘LA TERAPIA ANDROGENICA PER IPOGONADISMO INCREMENTA IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE?’

L'INTERVENTO DEL PROFESSOR FERDINANDO FUSCO AL CONGRESSO DELLA SIA

Negli ultimi quattro o cinque anni si è instaurata la credenza, sulla base di alcuni articoli scientifici, secondo cui il trattamento con il testosterone per ipogonadismo (cioè quella condizione anomala caratterizzata da una riduzione più o meno marcata dell'attività funzionale delle gonadi, che nell'uomo sono i testicoli, ndr) aumenterebbe il rischio di mortalità cardiovascolare. Ora, nonostante in letteratura ci sia una sorta di ambiguità sul tema, possiamo dire che questa è una “fake news”. Quello che è certo, invece, è che l'ipogonadismo è un fattore di rischio cardiovascolare. Per cui, se un soggetto ha il testosterone basso, avrà un maggior rischio cardiovascolare di chi ha il testosterone normale». È iniziato così l'intervento del professor Ferdinando Fusco, dirigente medico dell'Area funzionale di Urologia presso l'azienda ospedaliera universitaria Federico II di Napoli, tenuto ieri a Roma in occasione dell'apertura del 42esimo Congresso nazionale della Società italiana di Andrologia, in programma fino al 12 maggio 2018 allo Sheraton Parco De' Medici.

«Dire che la somministrazione di testosterone aumenti il rischio d'infarto in un paziente - ha proseguito il professor Fusco - è quindi una falsa notizia, anche se non completamente inventata, poiché riportata da alcuni studi pubblicati su autorevoli riviste come “Plos one”, e presi in considerazione persino dalla FDA, la Food and Drug Administration americana, e dall'EMA, Agenzia Europea per i Medicinali, motivo per cui il mondo scientifico gli ha dato credito. Ma le più importanti autorità del farmaco hanno anche esplicitamente dichiarato che tali studi, sulla base dei quali è stato avanzato il sospetto del potenziale rischio cardiotoxic del testosterone, sono gravati da tutta una serie di errori interpretativi e di pecche nel disegno dello studio, per cui le conclusioni non possono essere tratte in modo affidabile. Il peso di questi studi della letteratura nel condannare il testosterone, insomma, è assolutamente insufficiente».

A favore del testosterone ci sono però due dati incontrovertibili, cioè che i soggetti con un livello basso hanno «un maggior rischio di mortalità cardiovascolare - ha tenuto ancora a sottolineare l'esperto - così come nel caso di un soggetto con testosterone nella norma, al quale per motivi legati a un tumore della prostata metastatico somministriamo farmaci, per indurlo ad uno stato di ipogonadismo, il principale effetto collaterale di questo trattamento è ancora una volta l'aumentato rischio di mortalità cardiovascolare. Esistono per cui dati concreti e ineccepibili sul fatto che con il testosterone basso si ha più probabilità di mortalità cardiovascolare - ha detto Fusco - e dati ambigui, condannati dalle stesse autorità, che inizialmente le avevano prese in considerazione, circa il fatto che il trattamento con il testosterone possa presentare un fattore di rischio cardiovascolare».

Da un lato c'è una certezza, dunque, dall'altro un'incertezza. «La certezza è che il testosterone basso aumenta il rischio cardiovascolare - ha aggiunto l'andrologo - l'incertezza è che non sappiamo se facciamo meglio o peggio somministrando il testosterone a chi lo ha basso».

In conclusione, la “fake news” è che «se do il testosterone a un paziente con ipogonadismo aumento il rischio cardiovascolare, ma è anche vero che non siamo ancora in grado di dire se l'aumentato rischio di mortalità cardiovascolare presente in un soggetto ipogonadico riusciamo o meno a correggerlo somministrando il testosterone, nonostante sia confermato da una parte della letteratura», ha concluso infine Fusco.

“ Con il testosterone basso si ha più probabilità di mortalità cardiovascolare.



Ferdinando Fusco

PARTNER DELL'INIZIATIVA

Per avere solo **NUMERI 1**

ANDROSITOL®

I vantaggi del **MYO-INOSITOLO**

- ✓ Aumento percentuale degli spermatozoi con alto **potenziale di membrana**⁽¹⁾
- ✓ Miglioramento del **29,8%** della **motilità spermatica** in pazienti astenospermici⁽²⁾
- ✓ **Ripristino dei parametri ormonali**, quali LH (-27,3%) e FSH (-35,9%), in pazienti con infertilità idiopatica⁽³⁾

Inoltre, il **Selenio** contribuisce alla normale **spermatogenesi** ed insieme alla **Vitamina E** favoriscono la **protezione** delle cellule dallo **stress ossidativo**

ANDROSITOL® Plus

I vantaggi della **N-ACETIL-CISTEINA**

- ✓ La **NAC** riduce la **viscosità** del liquido seminale⁽⁴⁾

REFERENZE: 1. Condorelli et al.; Eur Rev Med Pharmacol Sci; 2011 2. Montanino et al.; Int J End; 2016 3. Calogero et al.; Andrology; 2015 4. Ciftci et al.; Urology; 2009

Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta varia ed equilibrata e di uno stile di vita sano. Leggere le avvertenze riportate sulla confezione. Le informazioni ivi contenute sono esclusivamente rivolte agli operatori sanitari.

www.lolipharma.it



RICONOSCERE LE "FAKE NEWS" IN MEDICINA

DI GERARDO D'AMICO, GIORNALISTA RAI

Per riconoscere una "fake news", è necessario tracciare l'identikit del "bufalario". Purtroppo ce ne sono moltissimi anche nella professione medica: di solito sono proprio i medici fuori dalla comunità scientifica che, per vari motivi fra cui anche la frustrazione, sono spinti ad inventarsi la scoperta del secolo. Scoperte che, solitamente, non sottopongono alla normale trafila del metodo scientifico che è basato sull'evidenza, sulla verifica e la riproducibilità. Generalmente, si dovrebbe scrivere una relazione o un paper, e inviarla a una rivista scientifica accreditata che, se ritiene il lavoro valido, lo sottopone agli scienziati di tutto il mondo. La riprova risiede proprio nel fatto che un altro scienziato, sia esso a Shanghai oppure in Lapponia, seguendo il metodo proposto possa replicare quel risultato. Il principale connotato dello scienziato "bufalario" è che non sottopone alla comunità dei suoi pari la sua scoperta scientifica, ma direttamente al pubblico, generalmente su Internet. Sul web si trovano fantomatiche ricerche che si propongono di curare il cancro con il bicarbonato o l'impotenza con il reiki, le onde magnetiche dell'Universo, oppure con l'omeopatia e persino con la cristalloterapia; c'è insomma una serie infinita di medicine alternative che sostengono di poter curare con metodi quanto meno stravaganti. Un esempio di queste pratiche è l'uso dei diamanti nella cura dell'impotenza - si legge in uno di questi "siti bufalari" - che per fare faville a letto basta mettere una di queste pietre preziose sulla parte più alta della testiera del letto prima di avere un rapporto sessuale. Un metodo costoso e non scientifico che però ha trovato molti adepti, soprattutto perché chi ha un problema di impotenza prima di rivolgersi ad un andrologo si affida a questi ciarlatani.

La seconda caratteristica dello spacciatore di "fake news" è il vittimismo con cui caricano il sentimento e l'apprezzamento di persone frustrate quanto loro che li seguono sul web: «La comunità scientifica mi espelle, mi estranea, mi mette ai margini perché ce l'hanno con me», «Loro non vogliono farvi sapere che...», «Big pharma non vuole farvi sapere che, ad esempio, il limone cura il cancro», sono solo alcune delle frasi che ripetono i "bufalari" per giustificare la loro esclusione dalla comunità scientifica. Un altro grande tema pericolosissimo in andrologia sono gli integratori. Il fatto che si trovino in farmacia crea una sensazione di fiducia nel paziente, che la riconosce come un luogo sicuro deputato alla salute. Ci sono interi armadi pieni di questi integratori di natura fitoterapica che, non potendo riportare l'indicazione terapeutica, la evocano comunque attraverso il nome e allora si chiamano Taurus, Man Hunter o simili. In Italia quasi 3 milioni di persone soffrono d'impotenza, condizione che si porta dietro non solo uno stigma sociale, ma anche l'autostigma sociale che si scatena nel paziente. La persona che ha questo problema, spesso fa ruotare la sua personalità attorno a questa patologia sessuale, si sente minorato e prova vergogna, anche nell'andare dall'andrologo. Gli andrologi non sono la prima scelta: spesso sono l'ultima spiaggia dopo una serie di tentativi andati a vuoto. Prima si prova con la pranoterapia, con l'omeopatia, poi si passa agli integratori alimentari, alle pomate spalmabili. Alla fine, per disperazione, in molti arrivano dall'andrologo trovando finalmente la cura che fa per loro. Se ho un'altra patologia come l'acidità di stomaco, non mi vergogno nel recarmi da un gastroenterologo per curarmi, non sentendomi minorato rispetto a un'altra persona che non soffre di acidità di stomaco. Viceversa, con l'impotenza scatta la comparazione e purtroppo anche il meccanismo della disistima personale; dunque il buon andrologo, pur utilizzando i farmaci, dovrà evitare di medicalizzare la vita di queste persone. Dovrà essere anche un buono psicologo e dovrà riuscire a smontare questa sensazione di vergogna, questo meccanismo di disistima che si mette in moto nelle persone. Quando un paziente prende il Viagra, il Chalis o affini, ha delle prestazioni sessuali che sono maggiori di quelle normali, perché magari hanno un'erezione che dura 3 ore, ma paradossalmente non ne godono perché imputano alla chimica la risoluzione del loro problema, non sentendo la paternità di quella prestazione. Questo meccanismo mentale gli andrologi e gli urologi non se lo devono mai scordare, poiché hanno a che fare con una problematica complessa.



LA TERAPIA ANTIOSSIDANTE MIGLIORA LA PREGNANCY RATE DELLA COPPIA INFERTILE?

DEL DOTT. GIORGIO DEL NOCE

Il nostro organismo è un laboratorio chimico e in ogni cellula avvengono costantemente processi chimici che richiedono energia e ossigeno. Tutte le cellule viventi hanno bisogno di grandi quantità di ossigeno per produrre l'energia necessaria al loro funzionamento. Se, da un lato, questo processo di utilizzazione dell'ossigeno è vitale per la cellula, dall'altro può essere fonte di danni dovuti ai radicali liberi di ossigeno (ROS), che si producono nel corso delle reazioni chimiche:

- Durante la normale ossidazione finale mitocondriale;
- In caso di flogosi (reazione immunitaria cellulo-mediata) per produzione da parte dei globuli bianchi attivati;
- In caso di intossicazioni (reazioni di detossificazione epatica);
- In caso d'ischemia, nelle fasi di riperfusione.

I ROS possono provenire anche dall'ambiente esterno e le fonti esogene principali sono:

- Le radiazioni solari ultraviolette;
- Le radiazioni ionizzanti;
- Il fumo di sigaretta;
- Lo smog;
- I pesticidi, gli antiparassitari e gli inquinanti chimici.

Normalmente, l'organismo controlla e inattiva i ROS con un meccanismo enzimatico. Inoltre, esso utilizza molti composti di origine alimentare dotati di azione antiossidante, che si comportano come "spazzini" dei prodotti tossici (i cosiddetti scavenger). Con l'età e il normale invecchiamento, questi meccanismi di "pulizia" tendono a perdere efficacia e, a sua volta, l'accumulo dei ROS provoca alterazioni delle strutture cellulari che sono coinvolte nei processi d'invecchiamento e in varie patologie (malattie cardiovascolari, neoplastiche, declino del sistema immunitario, disfunzioni cerebrali e cataratta).

Nella spermatogenesi, soprattutto nelle fasi finali, uno stress ossidativo appare fisiologico e, anzi, una sua eccessiva inibizione può anche alterare la capacità riproduttiva. Gli spermatozoi, però, sono suscettibili a un eccesso di ossidazione e il danno da esso causato è attualmente considerato una delle maggiori cause di infertilità maschile. La perossidazione degli spermatozoi può provocare danni:

- A livello dei lipidi di membrana (compromissione dei parametri di mobilità e capacità fecondante);
- A livello del DNA cromosomico (aumento della frammentazione del DNA; mutazioni frame-shift;

- riarrangiamenti cromosomici);
- A livello enzimatico (morte cellulare - apoptosi).

Cosa vuole quindi lo spermatozoo? Prima di tutto un padre produttore giovane. Purtroppo, in Italia abbiamo i maschi che cercano il primo figlio tra i più vecchi al mondo (età media 35 anni e un mese, dati 2014) e questo compromette seriamente la capacità fecondante. Ricordiamo che l'uomo nella sua evoluzione - analogamente alla donna - non è fatto fisicamente per iniziare la riproduzione dopo i 30 anni. L'importanza degli antiossidanti per combattere i radicali liberi è ormai riconosciuta, anche se non si conosce completamente il reale meccanismo con cui agiscono. Numerose terapie antiossidanti sono state sperimentate nell'infertilità a eziologia sconosciuta (idiopatica). Tra le sostanze utilizzate, peraltro presenti in natura nel frumento, nella carne e nella frutta e verdura, si segnalano: Carnitina, Vitamina A, Vitamina E, Vitamina C, Acido Folico, Coenzima Q10, Selenio, Zinco, Arginina. Ricordiamo anche il Myo-Inositolo che, oltre a migliorare la morfologia agendo sulla guaina mitocondriale, migliora anche in vitro la motilità spermatica e il recupero di spermatozoi. Attualmente, non vi è un'evidenza scientifica che definisce quali sono le molecole migliori

da utilizzare e, sebbene tutte queste terapie debbano essere considerate empiriche, poiché dal punto di vista scientifico non si è ancora raggiunto un livello adeguato di "evidenza clinica", i risultati ottenuti sono assolutamente incoraggianti. Le review della letteratura più che evidenziare miglioramenti significativi dei parametri seminali - che già in una situazione normale sono dotati di una variabilità estrema - segnalano un aumento della possibilità di gravidanza (pregnancy rate - OR 4,18) e della nascita di un figlio (live birth - OR 4,85). I dati sono riferiti a coppie infertili, mediamente in cerca di prole da 2 anni, con età femminile media di 36 anni. Questi dati ci consentono di affermare che, nelle coppie in cerca di prole, una terapia antiossidante può essere indicata soprattutto nei maschi di età elevata, con fattori di rischio (fumatori, con flogosi croniche, epatopatici, diabetici, etc.). Vi è da considerare infine che la terapia è pressoché scevra da rischi di effetti collaterali. Nel nostro centro, inoltre, viene utilizzato un test (Oxisperm) per valutare il potere ossidativo del seme, per modulare meglio la terapia. Gli antiossidanti possono essere utilizzati nella crioconservazione del seme o per preservare la fertilità durante una chemioterapia o radioterapia.



Giorgio Del Noce

PARTNER DELL'INIZIATIVA

URO/ANDRO CHANNEL



*L'area web
dedicata a noi
Urologi e
Andrologi*

L'unione tra scienza e pratica professionale
in un ambiente web in continua evoluzione

Esclusiva ed **innovativa** area web riservata agli Urologi e agli Andrologi

Semplice da utilizzare, consultabile anche dallo smartphone

Rapido per visionare i più recenti contenuti scientifici e video chirurgici

Interessanti ed utili servizi e rubriche di supporto alla pratica clinica

MODALITÀ D'ACCESSO

inserisci nel browser il link
www.dottnet.it/urologychannel

inquadra il QrCode



Con il contributo di

