



LO SPERMIOGRAMMA COME SPECCHIO DELLA COPPIA INFERTILE

Dr. Pasquale Scarano, urologo Ospedale Infermi Rimini

Dr. Andrea Fabiani, urologo Ospedale di Macerata

Il termine infertilità è troppo spesso declinato solo in un genere, maschio o femmina. L'esperto che si occupa di infertilità maschile, l'andrologo, spesso è solo un elemento obbligatorio per legge nei centri di fecondazione. Per alcuni, infatti, la valutazione del maschio, nell'infertilità, è inutile. È la donna che partorisce, per cui l'esperto dell'infertilità femminile, il ginecologo, è il depositario della fertilità. Già in termini concettuali finiamo per sembrare di aver superato la fase del rapporto sessuale rivolto alla fecondazione. Pensare che in un'infertilità si possa omettere la coppia, è già un puntare il dito inquisitore, uno scatenare una "guerra" interna alla coppia. C'è poco da puntare l'indice. In una infertilità di coppia il nostro obiettivo deve essere quello di individuare il perché fisiopatologico dell'insuccesso dei tentativi di fecondazione. Quello che spesso viene a mancare è il punto di vista di insieme. Siamo abituati a vedere e studiare separatamente gli elementi della coppia. Lo stesso elemento potrebbe addirittura essere "studiato" in maniera non uniforme. Talvolta, l'approccio all'elemento maschile di quella determinata coppia potrebbe addirittura non esserci. Direttamente, quei due potenziali genitori che hanno iniziato a richiedere un aiuto in funzione del loro desiderio di genitorialità, si ritrovano catapultati al mondo della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Uno strumento, per pochi, ma un fine, purtroppo, per molti. Questo perché è facile etichettare un'infertilità come "idiopatica", senza causa. Ma è evidente che il termine dovrebbe essere riservato solo a casi nei quali non si sia riusciti a dimostrare una causa identificabile di quella condizione di difficoltà di procreazione, dopo dettagliate e meticolose indagini diagnostiche. E invece si procede a spron battuto sempre verso la PMA che diventa il fine e non uno strumento di battaglia verso l'infertilità, spesso guidati dal ginecologo dinanzi soprattutto all'elemento anagrafico dei 35 anni di età della donna. Spesso senza nemmeno prendere in considerazione il maschio. Anche perché, non solo l'infertilità, nel suo aspetto maschile può essere causata da una varietà di eziologie e meccanismi fisiopatologici, ma in sé la condizione di ridotta fertilità può essere un riflesso della salute generale di quell'uomo. Sembra anche a dir poco banale, quindi, che solo un processo di diagnosi corretta ed estensiva possa condurre alle giuste terapie ed avere un impatto determinante sulla prognosi. E la prognosi, in questo caso, non è una banalità. È il risultato al quale tende il nostro agire, è il sogno di quella coppia, è un figlio in braccio, da crescere ed amare. Quindi, deve essere ben e giustamente apprezzato il concetto che l'infertilità non sia soltanto un problema della donna o dell'uomo, presi ciascuno in maniera isolata. Va da sé che l'approccio clinico alla infertilità di coppia debba essere personalizzato e considerare gli aspetti peculiari, particolari, di quella determinata coppia, che è unica. E forse, anche, irripetibile. Ci avete mai pensato che cosa possa significare una riduzione di grado moderato del numero degli spermatozoi o della loro qualità in termini assoluti? Diciamo proprio un beneamato nulla, non significano nulla, in assoluto. Potrebbe essere compatibile con una fertilità naturale? Certamente sì. Ma solo alla condizione che la partner abbia una fertilità al top. Una donna giovane, senza cause di infertilità o fattori di rischio per infertilità, in presenza di uno spermioγραμμα con numeri non proprio esaltanti può diventare mamma e rendere papà il titolare di quello spermioγραμμα. Analogamente, una riduzione del numero e della qualità degli spermatozoi, possono essere parametri definibili come co-fattori di infertilità, laddove il potenziale di fertilità della donna è ridotto. Forse siamo stati troppo spesso abituati a sentirci dire e, talvolta, anche a dire, che di



spermatozoo ne basta uno solo. Pochi ma buoni è un'altra espressione che rasenta la superficialità. Un'espressione che aiuta a digerire la situazione, che estrapolata dal contesto può essere anche vera. Ma immersa nell'ambito della quotidiana attività medica di lotta all'infertilità di coppia, non deve proprio esistere. Non esistendo la figura professionale di colui che potremmo chiamare "fertilologo", cioè un medico che si occupi specificatamente di trovare soluzioni all'infertilità di coppia, dovremmo favorire la volontà, da parte di medici ginecologi, urologi e andrologi, di affrontare il problema della infertilità di coppia in maniera olistica. Il fattore maschile è presente almeno nella metà dei casi di infertilità di coppia? Non è forse che alcune alterazioni della partner si riflettono nello spermioγραμμα? Non è forse il caso che il percorso diagnostico e terapeutico del partner maschile o femminile dovrebbe considerare anche il potenziale di fertilità o i possibili fattori di rischio per infertilità di entrambi i componenti della coppia? Non è forse utile capire anche quali siano state le precedenti relazioni degli elementi di quella coppia? E non intendiamo solo l'investigazione in merito a pregresse gravidanze a termine e/o non a termine avute dalla partner o indotte dal partner maschio. Ogni esame prescritto andrebbe interpretato nel contesto della coppia. E non dobbiamo farci fregare dall'individualismo, sia da parte della coppia oggetto di valutazione, sia da parte dei professionisti che a quella coppia si avvicinano con l'unico obiettivo di prevenire o risolvere il problema dell'infertilità. Andrologi (e/o urologi) e ginecologi dovrebbero procedere a braccetto, nella decisione in merito all'approccio clinico alla coppia infertile. E lo spermioγραμμα può rappresentare, nella stragrande maggioranza dei casi, lo strumento attraverso il quale porsi delle domande e fornire delle risposte, anche in riferimento al potenziale di fertilità della partner. Alla stregua della coppia, lo spermioγραμμα va valutato non solo per quel che concerne i classici parametri di concentrazione/numerosità, velocità, forma degli spermatozoi ma anche per le caratteristiche macroscopiche (volume, pH, aspetto, liquefazione, viscosità, le componenti cellulari non spermatiche, i leucociti, i globuli rossi, le cellule epiteliali, le cellule cosiddette rotonde). Nella maggioranza dei casi, alterazioni di questi parametri del liquido seminale sono espressione di una infezione o infiammazione, acuta o cronica del tratto genito urinario maschile. Questi processi infiammatori, in particolare quelli associati alle malattie sessualmente trasmissibili, si ritiene che abbiano un effetto negativo sulla spermatogenesi, sulla funzione spermatica e sulla qualità dello spermioγραμμα in generale. Pensiamo ad esempio alla iperviscosità del seme. Spesso si associa alla oligospermia ed alla teratospermia. L'iperviscosità seminale è stata ipotizzata come il risultato di una flogosi delle ghiandole accessorie dell'apparato genitale (prostate e vescicole seminali) e dell'aumentato numero di leucociti che spesso si associano. La leucocitospermia è stata a sua volta come correlata ad elevati livelli di soatanze ossidanti (ROS), dai quali dipende l'astenospermia e, spesso, l'oligospermia. Vediamo quindi come semplicemente da un parametro seminale si possa ricostruire la fisiopatologia della alterazione del liquido seminale. Ma a questo punto ci si deve interrogare sul da dove provenga quella flogosi. E non si può ignorare che quella flogosi delle vie seminali debba per forza avere origine dalla partner. Non fidiamoci quindi del referto di uno spermioγραμμα che non riporti tutti i parametri necessari da un punto di vista medico. Smettiamola di far eseguire una spermiocoltura se non leggiamo neanche i tamponi delle partner. Oppure, prescrivere integratori di ogni tipo a uomini con una spermiocoltura negativa ma con una sempre più frequente ed ingravescente astenospermia senza sapere che la nostra partner è affetta da batteri come l'Ureaplasma o la Chlamydia. Tutto ciò non solo crea un peggioramento del quadro seminale ma porta quella coppia ad una inevitabile tecnica di PMA perfettamente inutile. L'attenzione in questa fase di studio della coppia a parametri come la motilità o la morfologia, spesso alterata senza apparenti anomalie anatomiche delle gonadi, deve far pensare a qualcosa di subdolo, quasi sempre responsabile



di un quadro paucisintomatico o addirittura senza sintomi. Di cosa si tratta se non di una infezione sessualmente trasmessa?. È inevitabile non chiarire questo aspetto con la partner del nostro uomo. Per chi non lo sapesse, un Ureaplasma crea un danno progressivamente crescente fino alla azoospermia in soli 7-10 anni. Una Chlamydia Trachomatis è causa il più delle volte di una severa astenospermia (fino allo 0%) ed un'altrettanta severa teratospermia, ma con un numero di spermatozoi più che perfetti. Vediamo sempre più ragazzi in queste condizioni trattati erroneamente per un Varicocele inesistente o sottoposti a terapie ormonali di mesi perfettamente inutili, quando basterebbe una terapia mirata di alcune settimane per vedere rifiorire lo spermogramma di quell'uomo e migliorare incredibilmente moltissimi dei sintomi della partner (come cistiti ricorrenti, vaginiti ricorrenti, perdite anomale prima e dopo il ciclo mestruale, secchezza vaginale, odori sgradevoli vaginali, ed altro ancora). La cosa più difficile da sopportare è l'espressione superficiale con cui vengono etichettati "questi pazienti". Infertilità sine causa è la frase più ricorrente per definire qualcosa che non esiste ed ancor peggio fermarsi nella ricerca del vero problema di quella coppia. Gli spermogrammi eseguiti ci informano che quella coppia ha un grosso problema da risolvere e non necessariamente con una tecnica di PMA fatta in tempi celeri, ma solo dopo aver studiato attentamente la coppia e soprattutto dopo averla adeguatamente curata.

BIBLIOGRAFIA

- Moazenchi, M., Totonchi, M., Salman Yazdi, R., Hratian, K., Mohseni Meybodi, M. A., Ahmadi Panah, M., ... & Mohseni Meybodi, A. (2018). The impact of Chlamydia trachomatis infection on sperm parameters and male fertility: A comprehensive study. *International journal of STD & AIDS*, 29(5), 466-473.
- Saint, F., Huyghe, E., Methorst, C., Priam, A., Seizilles de Mazancourt, E., Bruyère, F., & Faix, A. (2023). Infections and male infertility. *Progres en Urologie: Journal de L'association Francaise D'urologie et de la Societe Francaise D'urologie*, 33(13), 636-652.
- Pozzi, E., Ramasamy, R., & Salonia, A. (2023). Initial andrological evaluation of the infertile male. *European urology focus*, 9(1), 51-54
- Pozzi, E., Boeri, L., Candela, L., Capogrosso, P., Cazzaniga, W., Fallara, G., ... & Salonia, A. (2021). Infertile couples still undergo assisted reproductive treatments without initial andrological evaluation in the real-life setting: A failure to adhere to guidelines?. *Andrology*, 9(6), 1843-1852.
- Ventimiglia, E., Pozzi, E., Capogrosso, P., Boeri, L., Alfano, M., Cazzaniga, W., ... & Salonia, A. (2021). Extensive assessment of underlying etiological factors in primary infertile men reduces the proportion of men with idiopathic infertility. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 801125.
- Boeri, L., Pederzoli, F., Capogrosso, P., Abbate, C., Alfano, M., Mancini, N., ... & Salonia, A. (2020). Semen infections in men with primary infertility in the real-life setting. *Fertility and Sterility*, 113(6), 1174-1182.