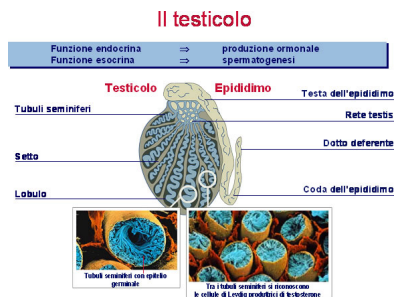


Infertilità maschile



L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce una coppia infertile “*quando non giunge a concepimento dopo un anno di rapporti completi continuativi in assenza di misure contraccettive*”.

Per le coppia i cui coniugi abbiano età superiore ai 35 anni il periodo minimo sessuale continuativo dopo il quale la si può valutare per sospetta infertilità è di 6 mesi.

L'infertilità maschile rappresenta circa il 40% delle cause di infertilità di coppia.

Le **cause più frequentemente e probabilmente associate a livello internazionale ad** infertilità maschile sono:

- Varicocele (soprattutto a partire dal periodo adolescenziale ed associato ad ipogonadismo omolaterale e/o ad alterazioni qualitative e quantitative del seme);
- infezioni batteriche, fungine o virali delle vie uro-genitali;
- ipogonadismo primitivo o secondario;
- traumi severi del testicolo;
- malformazioni congenite o acquisite su base genetico-cromosomica (Klinefelter, Kallman, fibrosi cistica, alterazioni del cromosoma Y) ;
- criptorchidismo
- tumori del testicolo
- anticorpi anti-sperma.

Fattori di rischio più frequentemente e probabilmente associati ad infertilità maschile sono l'esposizione a medicinali velenosi agricoli, industriali, radiazioni magnetiche e ionizzanti, fumo di sigaretta.

Spesso alcune di queste alterazioni possono essere accuratamente diagnosticate e parzialmente curate da un uro-andrologo con terapie mediche specifiche o con interventi chirurgici mirati.

L'esame per valutare il potenziale di fertilità maschile è lo **spermiogramma** (raccolta del liquido seminale e sua valutazione al microscopio (con determinazione della quantità, qualità, frazioni delle velocità a 2 ore, vitalità, forme normali, agglutinazioni), al quale si può associare la valutazione del panel ormonale (gonadotropine, ormoni maschili e femminili, prolattinemia).

ANALISI DEL SEME

Il liquido seminale, ottenuto mediante masturbazione (previa astinenza sessuale di 3 giorni) deve essere raccolto in un contenitore a temperatura fisiologica e analizzato entro 1 ora dalla produzione.

Da ricordare che il seme raggiunge la maturità al 73° giorno e la spermatogenesi è un complesso processo biologico termoregolato.

Sia nel maschio che nella femmina possono essere prodotti anticorpi anti-sperma che possono interferire con la penetrazione del seme nel muco cervicale.

Altri esami diagnostici sono *power* Color-Doppler dei vasi spermatici

Terapia dell'Infertilità Maschile

Limitata ai casi di astenospermia con teratospermia(terapia medica antiossidante, varicocelectomia), ipogonadismo ipogonadotropo o alterazione rapporto T/E -> terapia ormonale. Nei casi di azoospermia o oligospermia severa, previa Valutazione della coppia infertile (sia da parte andrologica che ginecologica) si optera' per eventuale fecondazione assistita di I, II o III livello in Centri Qualificati (Centri preferibilmente pubblici in grado di soddisfare soprattutto esigenze di qualita' professionale à presenza nel team di un biologo, ginecologo, andrologo ed embriologo in grado di interagire con la massima professionalita' e risultati).





Fenotipo della sindrome di Klinefelter

La sindrome di Klinefelter
 si manifesta con ipogonadismo
 primario. Il cromosoma X
 è normale, ma il numero di cromosomi
 è anormale. La sindrome si manifesta
 con un numero di cromosomi pari a
 47, invece che a 46. Il cromosoma
 sessuale è XYXY.



Fenotipo della Kallmann's Syndrome

Nella sindrome di Kallmann,
 il cromosoma X è normale, ma il
 cromosoma Y è anormale. La sindrome
 si manifesta con un numero di cromosomi
 pari a 46, invece che a 47. Il cromosoma
 sessuale è XY.



Ipogonadismo

