

# WHO 2010 : NUOVI VALORI DI RIFERIMENTO E LINEE GUIDA PER I PAZIENTI

Volume ml >1.5

Totale numero spermatozoi milioni >39

concentrazione Milioni/ml >15

Motilità totale % >40

Motilità Progressiva % >32

Vitalità % >58

Morfologia % >4

pH  $\geq$ 7.2

Leucociti Milioni/ml <1.0

MAR test % p. adese <50

Innanzitutto un paio di cose, la prima delle quali è che gli studi sulla fertilità maschile sono al palo da diversi anni ovvero da quando la tecnica ICSI, l'iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo nell'ovulo, sembrava avere risolto tutti i problemi di numero e di motilità dello spermatozoo. In effetti, risolti questi, ne è venuto fuori uno (di problema) ancora più grande: la qualità dello spermatozoo in termini di capacità fecondante.

Infatti la ICSI ha aumentato i risultati di fertilizzazione dell'ovocita (traduzione: ovulo con spermatozoo dentro = inizio della vita embrionale) e i bambini in braccio ma non poi quanto sembrava lecito aspettarsi. Difatti, la capacità di uno spermatozoo di dar luogo, una volta penetrato nell'ovulo, ad un embrione geneticamente competente (ovvero con tutte le informazioni atte a generare un bambino, quelli incompetenti la natura provvede a bloccarli = aborti precoci) dipende da un certo numero di fattori che sono correlati strettamente alla salute di chi li ha prodotti. Tanto per fare un esempio basta pensare alle prostatiti (infiammazioni della prostata) che, se

pur lievi, tendono a far produrre un quantitativo di radicali liberi (nella fattispecie perossido di idrogeno, l'acqua ossigenata) che è in grado di bucherellare la membrana di rivestimento dello spermatozoo a cui segue un disastro sulla normale compattazione dei cromosomi contenuti.

Questo significa che la strada per ottenere un miglioramento dei parametri seminali passa per lo stile di vita e sulla attenta ricerca, e correzione, dei fattori che sono in grado di ridurre la capacità fecondante degli spermatozoi di un individuo.

La seconda cosa su cui occorre intenderci è che esistono i "non esperti" ovvero coloro che, peraltro in buona fede, credono di poter gestire una coppia con problemi procreativi semplicemente operando il varicocele e poi sparandola verso la fecondazione in vitro, relegando i maschi al mero compito di rimediare spermatozoi indipendentemente da quanti sono e come sono fatti. Solo una collaborazione coordinata e strutturata tra vari specialisti risulta essere in grado di gestire al meglio le risorse dei pazienti verso il miglior risultato possibile dato che esiste uno spazio di potenziale miglioramento della potenzialità fecondante prima di arrivare alle provette e uno spazio di ottimizzazione della performance seminale per coloro che alla provetta sono costretti.

Una coppia infertile dovrebbe porsi, a livello femminile, queste semplici domande cui andrebbe data una risposta basata su evidenze non essendo, in questo caso accettabile la sola espressione di opinioni.

– Ho una ovulazione regolare?

– Ho le tube aperte?

– Ho l'utero in grado di ospitare un embrione?

Dimostrato questo si può cominciare a pensare al partner

maschile.

Il primo esame maschile è lo SPERMIOGRAMMA, ovvero l'analisi che va a vedere quanti spermatozoi vengono prodotti, come si muovono, come sono fatti. Generalmente la coppia si rivolge al ginecologo della moglie e costui, giustamente, lo richiede.

A prima vista può sembrare un esame banale che può essere eseguito presso qualsiasi laboratorio. Purtroppo questo non è vero e si vedono in giro e in rete moltissimi referti di esami fatti con la migliore fantasia e che non hanno niente di scientifico.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha, in varie occasioni, pubblicato delle linee guida per i laboratori (dei manuali) che pochissimi hanno letto e ancora meno hanno adottato perché questo costa tempo e training presso centri che già li usano.

I sistemi informatici, che hanno comunque il difetto di aver bisogno di un controllo umano continuo, costano sempre troppo e sono presenti solo in rari laboratori che li acquistano proprio perché non hanno a disposizione un tecnico qualificato che ne regoli il funzionamento.

Prima, quindi di fare uno spermioγραμμα, informatevi sulla metodologia adottata e se chi esegue l'esame ha o meno i titoli di studio per firmarlo.

Occorre stare alla larga da chi esprime la fertilità con indici che sono arbitrari e anche da chi esprime giudizi come fertile o sterile, dato che è intuitivo che la fertilità non può essere del singolo ma solo della coppia. State alla larga anche da chi mette valori di riferimento diversi da quelli della O.M.S.- WHO tipo "forme normali" all' 85% che in natura non esistono e dimostrano solo una mera ignoranza (nel senso di non sapere, non maleducazione, perché usando criteri scientifici ottenere questo valore è impossibile ). Tra l'altro molti laboratoristi senza esperienza finiscono così per ritenere normali una montagna di esami in realtà

patologici ritardando pericolosamente la diagnosi e danneggiando il paziente.

Alcune considerazioni sono basilari :

1. i valori sono stati ricavati da soggetti che avevano appena ottenuto l'inizio di una gravidanza.
2. la gravidanza si ottiene in una femmina per cui la fertilità è un fenomeno che interessa la coppia e non il singolo.
3. prendere i valori di un esame dello sperma, che sia ben eseguito o no, e pretendere di essere predittivi nei confronti della capacità fecondante del singolo maschio è un errore metodologico.
4. anche se i valori sono al di sopra del range minimo di riferimento ciò non garantisce la gravidanza ( che è un fatto di coppia).
5. valori al di sotto dei range possono dar luogo alla gravidanza.
6. Un solo spermatozoo mobile in un liquido seminale può dare luogo ad una gravidanza.
7. la presenza di spermatozoi mobili in numero adeguato aumenta in proporzione la probabilità del verificarsi dell'evento.
8. la produzione e la qualità degli spermatozoi fluttua ampiamente sia nel soggetto sano fertile ( fertile: con figlio in braccio) che in quello ipofertile ( che desidera un figlio in braccio).
9. Occorrono almeno due o tre esami per definire la situazione media della produzione e della qualità degli spermatozoi.
10. Uno spermogramma alterato indica allo specialista le probabili cause che dovrebbero essere cercate e, possibilmente, rimosse.

Lo spermogramma esprime semplicemente quanto il liquido esaminato si discosta da quella che è definita normalità, intendendo per questa una serie di valori espressi da una popolazione maschile che ha da poco concepito e si può

ritenere fertile. Lo scostamento dalla normalità indica anche che può esistere una patologia in atto che va ricercata e identificata. La lettura, quindi, dello spermioγραμμα non può essere fatta da un non specialista per il semplice motivo che, con rare eccezioni, non sa dove mettere le mani.

Spesso capita anche che il paziente, il quale è, giustamente, in ansia per la sua condizione, cominci a leggere "analiticamente" i referti degli esami cercando di capirci qualcosa, accanendosi nella interpretazione dei numeri che hanno un qualche senso, solo, ancorché non sempre, per chi ha, insieme a parecchie ore passate a studiare, un quadro di insieme della situazione generale e particolare del paziente. Oltretutto, esiste una variabilità micidiale nella produzione di spermatozoi che ha la caratteristica di andare a onde, con le stagioni, le temperature e un sacco di altre cose. E' buona norma, per quanto appena detto, di fare almeno due esami intervallati da due settimane nell'arco di un mese.

Ora, il maschio infertile, con gli spermiogrammi in mano, finisce immancabilmente dal ginecologo della moglie, e , con tutto il rispetto che ho dei Colleghi ginecologi ,la storia continua così....

L'atteggiamento dei ginecologi nei confronti dell'andrologia può essere:

- Quelli che mandano il paziente dallo specialista
- Quelli che trattano il paziente con farmaci innocui
- Quelli che trattano il paziente in maniera incongrua
- Quelli che sono convinti che se ci sono spermatozoi il problema non c'è
- Quelli che risolvono tutto con le provette, magari all'estero.

Le situazioni che il paziente può trovarsi di fronte a livello

di spermioγραμμα sono , sostanzialmente:

- Tutto normale, almeno all'apparenza. Ripetere l'esame. Aggiungere gli "assetts" genetici di glutatione e interleuchine
- Alterazioni dello spermioγραμμα correlate a patologie relativamente facili da curare: sono il 70%.
- Alterazioni dello spermioγραμμα difficili da diagnosticare e ancora più, da curare.

In generale alcune considerazioni cliniche:

1. La prescrizione dello spermioγραμμα dovrebbe essere accompagnata dalle istruzioni relative alla modalità di raccolta, trasporto ed indicazione di uno o più laboratori che usano il manuale WHO.
2. La lettura dello spermioγραμμα non dovrebbe essere seguita da considerazioni troppo negative o troppo positive.
3. Non si danno terapie senza aver fatto una diagnosi.
4. La diagnosi è possibile solo se il paziente è stato visitato e sono state fatte le indagini opportune che spesso sono analisi del sangue, ecografia e/o Ecocolordoppler, meno spesso ma a volte nodali le indagini genetiche.
5. Le terapie aspecifiche sono giustificate solo in caso di impossibilità di una diagnosi.
6. Le terapie ormonali sono giustificate solo in caso di vera carenza ormonale.
7. I controlli in terapia vanno fatti ogni due mesi attraverso la riesecuzione di un esame nello stesso laboratorio possibilmente con lo stesso operatore.
8. La valutazione dei risultati deve essere fatta dal clinico specialista, non dal Laboratorio.
9. La valutazione e la correzione di abitudini o stili di vita incongrui ha importanza quanto la terapia.
10. Un varicocele presente non è automaticamente una cosa da correggere chirurgicamente ma in molti casi ne possono essere corretti i danni con farmaci.

– Assenza di spermatozoi: attenzione, la partita non è chiusa e se ne apre una molto più difficile:

La prima cosa di fronte ad una analisi su cui c'è scritto azoospermia è quella di ripetere l'analisi in centro qualificato in quanto molto spesso capita che non venga eseguita una procedura di laboratorio che spesso rivela la presenza di anche pochi spermatozoi.

La proposta è meno sciocca di quel che può sembrare in quanto rivela spermatozoi nel 12% dei casi di azoospermia.

Una volta ripetuta l'analisi un paio di volte magari con 7-8 giorni di astinenza con esito uguale è opportuno rivolgersi ad uno specialista il quale ha il compito di definire la strategia da tenere sia sul piano diagnostico che su quello terapeutico.

Molti non sanno che una quota di circa il 20% delle azoospermie è curabile con terapia medica.

La strategia si basa oltre che sul non far danni (che sono più facili da ottenere rispetto ad un miglioramento) e sulla necessità di stabilire la causa che è alla base della azoospermia. Purtroppo le azoospermie vengono classificate in maniera semplicistica tra quelle escretorie e secretorie ovvero situazioni in cui gli spermatozoi non escono perché c'è un ostacolo o perché non vengono prodotti.

Sarebbe bello se fosse così semplice, in realtà esiste, tra il bianco e il nero, tutta la varietà dei grigi che solo lo specialista di una certa esperienza ha avuto modo di vedere e ha un'idea su come si può provare a gestirla.