

# La Oligo-Asteno-Terato-zoospermia idiopatica : iOAT

Premessa:

L'esistenza della rete consente sostanzialmente a tutti coloro che ne hanno motivo di accedere alla letteratura scientifica. Tuttavia questa è in linguaggio tecnico ed in inglese e quindi poco comprensibile alla maggior parte dei lettori. Questo articolo vuole essere un ponte tra chi vuole capire di più sulla iOAT, una delle più complesse condizioni di Infertilità maschile e delle relative conoscenze disponibili.

L'articolo originale è reperibile in testo completo sul PubMed :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114591/?tool=pubmed>

ed è a firma di un paio di esperti di livello decisamente elevato del settore. Cercheremo quindi di sfruttare la loro competenza traducendolo in linguaggio comune, probabilmente più comprensibile.

Introduzione

Il cervello umano, per quanto più efficiente di quello di molte altre specie, ha un bisogno fondamentale: per poter riconoscere un qualcosa deve aver prima definito l'insieme di quel tipo di qualcosa per cui, tra quei qualcosa classificati, estrapola quello che sta cercando associandolo a quel qualcosa che ha di fronte e non ancora conosce.

Riconosciuto il qualcosa gli attacca un nome che poi usa per identificarlo più facilmente.

Il campo della Riproduzione Umana non fa eccezione alla regola e, tra le tante situazioni ( sono tante perché la fertilità è un fatto di coppia e non del singolo individuo, come si sarebbe erroneamente portati a pensare ), ve ne è una che fa scervellare sistematicamente gli addetti ai lavori, e i pazienti, alla ricerca una soluzione adeguata.

Si tratta della i.O.A.T. acronimo di Oligo-Asteno-Terato-zoospermia idiopatica, condizione che definisce la produzione seminale di un soggetto maschio il quale presenta valori dello spermioγραμμα molto alterati rispetto a quelli considerati di riferimento. In aggiunta alle alterazioni trovate, questi soggetti non hanno una patologia riconoscibile tra quelle note per esistere e quindi spesso trattabili. Quello che non si conosce viene definito, appunto, Idiopatico.

Non è questa la sede per discutere sul fatto che se una condizione patologica esiste dovrebbe avere una causa, il punto è che questa causa è un qualcosa che non conosciamo, almeno per ora.

In sostanza ci troviamo di fronte un uomo perfettamente normale il cui sperma presenta però pochi spermatozoi con scarsa motilità e piuttosto malmessi rispetto alla forma che si considera canonica.

La distinzione tra iOAT a FSH normale o alto cambia poco perché spiega solo in minima parte la situazione che può presentarsi identica a livello seminale con entrambe le variabili. L'FSH alto ci dice che parte o tutto il testicolo ha subito dei danni che possono essere totali ( azoospermia) o parziali, come nella iOAT.

Al di là delle tante ipotesi alla base di questa condizione la teoria più accreditata è quella di una ereditarietà autosomica recessiva che, tradotto in termini pratici, significa che la ereditiamo senza averla chiesta e non necessariamente dal

padre insieme al cromosoma Y.

A questo punto è importante capire il ruolo dei ROS. I ROS o Radicali Liberi, sono molecole che hanno almeno un elettrone dispari che le rende particolarmente instabili in presenza di lipidi, aminoacidi e acidi nucleici, costituenti dello spermatozoo e con cui tendono a reagire chimicamente.

A livelli quantitativi normali hanno un ruolo essenziale sulla funzione riproduttiva regolando varie cose e facilitando la Capacitazione e la Reazione Acrosomiale.

In natura uno spermatozoo, anche se mobile e ben messo, prima della eiaculazione non è ancora in grado di fecondare. Tale capacità viene acquisita appena eiaculato e consiste, tra l'altro, nella attivazione di un enzima, la ialuronidasi contenuta appunto nell'acrosoma, in cima allo spermatozoo.

Superati però certi livelli di concentrazione i ROS fanno danni.

La fonte principale di ROS nello sperma sono i leucociti ( sono i globuli bianchi, testimoni quando superano il milione per ml, di un processo infiammatorio in atto e gli spermatozoi immaturi ovvero quelli che si trascinano ancora appresso un pezzo che poi perderanno maturando.

Gli spermatidi ( precursori dello spermatozoo) e gli spermatozoi maturi hanno membrane particolarmente ricche in lipidi insaturi che i ROS aggrediscono sia nel testicolo che nell'epididimo che durante l'eiaculazione. Ne risulta una alterazione della motilità e della morfologia dello spermatozoo preludio di una morte prematura.

Nello sperma esistono ovviamente alte concentrazioni di antiossidanti naturali che proteggono entro certi limiti gli spermatozoi. Al superamento del limite si realizza quello che va sotto il nome di stress ossidativo che, nel caso della

iOAT, è stato dimostrato esistere come in altre situazioni patologiche che, a differenza di questa, avevano una causa conosciuta. Quindi, a dispetto dell'ignoranza della causa o delle cause che provocano la iOAT, alla fine il meccanismo del danno rimane lo stesso.

Come se non bastasse molte iOAT sono anche caratterizzate da alterazioni dei 23 cromosomi che stanno nella testa dello spermatozoo, dette aneuploidie.

La terapia medica dell'infertilità maschile è spesso un problema frustrante in funzione del fatto che la genesi è sempre multifattoriale e che non tutte le cause sono riconoscibili.

Quando una causa è diagnosticabile è spesso anche rimuovibile. Un esempio è l'alimentazione incongrua che pare avere una parte non secondaria.

In generale quanto più si riescono a riconoscere fattori correlati e a rimuoverli tanto più facilmente il paziente vede migliorare l'esame seminale.

La farmacoterapia delle iOAT, in mancanza di meglio, consiste nella supplementazione con antiossidanti e nella terapia ormonale con lo scopo di migliorare i parametri seminali in quanto è dimostrato che l'incremento di concentrazione di spermatozoi nelle iOAT è correlato con più alta probabilità dell'evento gravidanza. Paradossalmente più si parte da parametri bassi più si alza la probabilità di concepimento.

Un altro problema non piccolo è che non è ancora stato realizzato un test per quantificare lo stato di esposizione ossidativa del paziente e della capacità antiossidante che sia inseribile in una routine non costosissima.

Tests ne esistono, ci mancherebbe, ma il rapporto tra costo e

informazione ottenuta è ancora piuttosto squilibrato.

Se poi si considera che la maggior parte degli esami seminali, in Italia, viene effettuato da incompetenti di seminologia, si può difficilmente sperare che test complessi da eseguire e da interpretare finiscano per essere utili a chicchessia.

La prescrizione di antiossidanti è utilizzata per molte patologie ma mancano ancora informazioni che ne rendano l'uso sicuro nel maschio infertile.

La prescrizione di alte dosi di vit. A , ad esempio, risulta essere embriotossica e teratogenica e per questo non è raccomandabile, in generale, il fare da soli cercando soluzioni miracolose .

Terapie a base di antiossidanti, nelle iOAT, ancora in molti casi sono prescritte sulla base di un razionale ( ragionamento per cui date le premesse dovrebbe far bene) spesso corretto e della assenza di significativi effetti collaterali il che non significa automaticamente che tale terapia sia approvata universalmente e soprattutto sia efficace.

Perché un farmaco, per la iOAT, sia definito attivo dovrebbe migliorare i parametri dello spermioγραμμα e i tassi di gravidanza in studi realizzati in cieco, prospettici e controllato verso placebo da più gruppi indipendenti. Questo è il solo modo riconosciuto per validare una opzione terapeutica.

Nel momento in cui si fa una revisione della letteratura scientifica e si applicano criteri rigidi nella valutazione ne viene fuori che solo pochi studi rispondono a questi criteri, come si evince dalla tabella sotto:

Scoring and evaluation of the quality of evidence regarding antioxidant therapy in idiopathic oligoasthenoteratozoospermia

link per la tabella:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114591/table/T1/>

Una revisione ragionata della letteratura che riguarda studi effettuati con tamossifene e/o FSH nella iOAT conclude che pur dovendo considerare che vi sono aspetti positivi di questi farmaci , purtroppo l'eterogeneità estrema delle condizioni che accompagnano la vita del paziente con iOAT fa sì che solo alcuni di questi rispondano positivamente alla terapia ormonale. Per il tamossifene va detto che oltre essere un farmaco che eleva il testosterone esso presenta attività antiestrogenica per cui l'esposizione dell'eventuale paziente agli xenoestrogeni ambientali e nella dieta ( sono sostanze non naturali che mimano l'azione di ormoni femminili e di cui i maschi proprio non hanno bisogno) ne potrebbe essere il motivo della variabilità di efficacia.

Per l'FSH può essere valido il ragionamento per cui la somministrazione, oltre a stimolare il testicolo, potrebbe essere in grado di elevare le prostaglandine inducendo incrementi tali che in soggetti predisposti geneticamente vanificano i vantaggi attesi.

Lo stesso ragionamento vale per la Vit. E e la Vit. C associate magari al Selenio, alla acetil cisteina, allo Zinco e all'acido Folico, agli stabilizzatori dei mastociti come il Tranilast, il licopene e la pentossifillina, tutte molecole che sembrano promettenti ma che abbisognano ancora di essere studiate in larga scala per definirne la validità.

Il discorso cambia radicalmente quando si parla di Carnitine. Gli studi validi sono almeno venti, in buona parte Italiani e pongono le carnitine sul livello alto della scala di efficacia del G.R.A.D.E..

La Carnitina è un antiossidante idrosolubile presente nel cibo di tutti i giorni; circa il 25% viene sintetizzato

autonomamente da Lisina e Metionina. Sia la carnitina extracellulare che quella intracellulare giocano un ruolo energetico nel metabolismo dello spermatozoo fornendo energia. Facendo un paragone con le automobili sono il tubo della benzina.

Questo avviene prevalentemente nell'epididimo dove la carnitina libera, ma anche quella acetilata, è usata dallo spermatozoo per la beta ossidazione degli acidi grassi a catena lunga, i principali trasportatori di acili al Coenzima A mitocondriale che serve allo spermatozoo per muovere la coda. Le carnitine migliorano il meccanismo energetico, rallentano l'ossidazione dei lipidi, quindi proteggono il DNA dai radicali liberi.

L'acquisizione di motilità da parte dello spermatozoo sembra avvenire in parallelo con la presenza di carnitina libera nel lume dell'epididimo e della forma acetilata dentro lo spermatozoo. Cali di carnitina sono associati a bassa motilità.

Trial clinici effettuati con giusto criterio dimostrano che la somministrazione di carnitine in dosi giornaliere intorno a due grammi al giorno, aumentano significativamente la motilità specialmente nei soggetti con questa più bassa.

Il plasma seminale, il veicolo che porta gli spermatozoi fuori dal maschio, dei pazienti con iOAT mostra avere livelli di prostaglandine elevati rispetto al normale.

La cosa interessante è che anche la somministrazione di carnitine tende a far aumentare tali livelli per cui non è fuori dal vaso pensare che la somministrazione contemporanea di antiflogistici con azione limitante le prostaglandine possa aumentare l'efficacia dell'azione delle carnitine come dimostrato da lavori anch'essi Italiani.

La combinazione cinnoxamicam e carnitine per questo motivo si è dimostrata più attiva del placebo e della sola carnitina nel migliorare la motilità.

## Conclusioni

La soluzione dell'infertilità maschile non può essere sempre e solo la Fecondazione Assistita per il semplice motivo che è costosa e ha risultati relativi.

Ogni trattamento farmacologico che abbia un costo accettabile e sia parimenti di provata efficacia dovrebbe essere considerato di prima linea nella scelta del medico.

Le terapie dell'infertilità maschile, specie nella iOAT, quando è impossibile estrapolare una causa facilmente rimuovibile, devono ancora essere standardizzate il che si scontra con il fatto che l'infertilità maschile è una sindrome (insieme di segni e sintomi) su cui hanno effetto una miriade di parametri. Differenze significative in termini di produzione e qualità degli spermatozoi si apprezzano sia a livello razziale che stagionale e regionale probabilmente in relazione all'ambiente e allo stile di vita.

Ultimo problema è ancora la standardizzazione dello spermogramma che è ben lungi dall'essere capito come strumento indispensabile allo studio della materia e che solo in centri specializzati, anche se purtroppo non sempre, viene effettuato con criteri scientifici approvati.

## Bibliografia

Da 1 a 67 e da 91 a 161 vedi articolo originale

68. Jeulin C, Lewin LM. Role of free L-carnitine and acetyl-L-carnitine in post-gonadal maturation of mammalian spermatozoa. Hum Reprod Update. 1996;2:87-102. [PubMed]



69. Frenkel RA, Mc Garry JD, editors. p. [Italian edition] New York: Academic Press; 1984. Carnitine biosynthesis, metabolism and function; pp. 271–84.
70. Peluso G, Nicolai R, Reda E, Benatti P, Barbarisi A, Calvani M. Cancer and anticancer therapy-induced modifications on metabolism mediated by carnitine system. *J Cell Physiol.* 2000;182:339–50. [PubMed]
71. Vicari E, Calogero AE. Effects of treatment with carnitines in infertile patients with prostatovesiculourethritis. *Hum Reprod.* 2001;16:2338–42. [PubMed]
72. Lenzi A, Lombardo F, Sgrò P, Salacone P, Caponocchia L, Dondero F. Use of carnitine therapy in selected cases of male factor infertility: a double blind cross over trial. *Fertil Steril.* 2003;79:292–300. [PubMed]
73. Gattuccio F, De Rose AF, Latteri MA, editors. Palermo, Italy: Cofese Editore; 2000. Varicocele; pp. 205–10.
74. Lenzi A, Sgrò P, Salacone P, Paoli D, Gilio B, Lombardo F, et al. A placebo-controlled double-blind randomized trial of the use of combined l-carnitine and l-acetyl-carnitine treatment in men with asthenozoospermia. *Fertil Steril.* 2004;81:1578–84. [PubMed]
75. Cavallini G, Ferraretti AP, Gianaroli L, Biagiotti G, Vitali G. Cinnoxicam and L-carnitine/acetyl-L-carnitine treatment for idiopathic and varicocele-associated oligoasthenospermia. *J Androl.* 2004;25:761–70. [PubMed]
76. Arduini A. Carnitine and its acyl esters as secondary antioxidants? *Am Heart J.* 1992;123:1726–7. [PubMed]
77. Menchini Fabris GF, Canale D, Izzo PL, Olivieri L, Bartonelli M. Free L-carnitine in human semen: its variability

in different andrologic pathologies. *Fertil Steril*. 1984;42:263–67. [PubMed]

78. Bornman MS, du Toit D, Otto B, Muller IL, Hurter P, du Plessis DJ. Seminal carnitine, epididymal function and spermatozoal motility. *S Afr Med J*. 1989;75:20–1. [PubMed]

79. Bohmer T, Johansen L. Carnitine-binding related suppressed oxygen uptake by spermatozoa. *Arch Androl*. 1978;1:321–4. [PubMed]

80. Radigue C, Es-Slami S, Soufir JC. Relationship of carnitine transport across the epididymis to blood carnitine and androgens in rats. *Arch Androl*. 1996;37:27–31. [PubMed]

81. Golan R, Weissenberg R, Lewin LM. Carnitine and acetylcarnitine in motile and immotile human spermatozoa. *Int J Androl*. 1979;2:202.

82. Bartonelli M, Canale D, Izzo PL, Giorgi PM, Meschini P, Menchini-Fabris GF. L-carnitine and acetylcarnitine in human sperm with normal and reduced motility. *Acta Eur Fertil*. 1987;18:29–31. [PubMed]

83. Costa M, Canale D, Filicori M, D'Iddio S, Lenzi A. L-carnitine in idiopathic asthenozoospermia: a multicenter study. *Andrologia*. 1994;26:155–9. [PubMed]

84. Vitali G, Parente R, Melotti C. Carnitine supplementation in human idiopathic asthenospermia: clinical results. *Drugs Exptl Clin Res*. 1995;4:157–9. [PubMed]

85. Moncada ML, Vicari E, Cimino C, Calogero AE, Mongioi A, D'Agata R. Effect of acetylcarnitine treatment in oligoasthenospermic patients. *Acta Eur Fertil*. 1992;23:221–4. [PubMed]

86. Fuse H, Minagawa H, Ito H, Shimazaki J. The effects of prostaglandin synthetase inhibitor on male infertility. Hinyokika Kyo. 1984;30:1439–45. [PubMed]

87. Bendvold E, Gottlieb C, Svanborg K, Bygdeman M, Eneroth P. Concentration of prostaglandins in seminal fluid of fertile men. Int J Androl. 1987;10:463–9. [PubMed]

88. Loescher W, Littengau H, Schlegel W. Pharmacokinetics of non steroidal anti-inflammatory drugs in male rabbits after acute and chronic administration and effect of chronic treatment on seminal plasma. J Reprod Fertil. 1988;82:353–64. [PubMed]

89. Cipolla MJ, Nnicoloff A, Rebello T, Amato A, Porter JM. Propionyl-L-carnitine dilates human subcutaneous arteries through an endothelium-dependent mechanism. J Vasc Surg. 1999;29:1097–103. [PubMed]

90. Mangano NG, Sabella P, Mangano A. in vitro effects of L-carnitine on the inhibition of sperm motility induced by nonsteroidal anti-inflammatory drug. Clin Ther. 2000;151:353–64.

91. Cavallini G, Biagiotti G, Ferraretti AP, Gianaroli L, Vitali G. Medical therapy of oligoasthenospermia associated to left varicocele: an option. BJU Int. 2003;91:513–8. [PubMed]

---

## HPV e maschietti

Microbi, germi, batteri, virus, prioni sono termini che siamo abituati a sentire al telegiornale ogni volta che c'è un'epidemia e che spessissimo vengono usati a sproposito come

se tutti fossero la stessa cosa. Il microbo è una cosa piccola abbastanza da non poter essere vista ad occhio nudo ma dotata di vita propria. Per germi si intende l'insieme di virus e batteri i quali, in certe condizioni, scatenano la malattia infettiva corrispondente. Per infettivo si intende qualcosa di trasmissibile da un individuo ad un altro.

Virus e batteri non sono sinonimi. Sono però molto diversi in quanto i primi sono sequenze genetiche di DNA o RNA che devono per forza di cose essere ospitati dentro una cellula umana, animale o vegetale per campare mentre i secondi sono cellule già per conto loro e campano da soli o in colonia, ovvero aggregati.

Quando i virus trovano le condizioni giuste si danno da fare e l'ospite si ammala.

Un esempio è quello del virus del raffreddore, ce lo abbiamo sempre addosso ma si fa sentire solo se prendiamo una infreddatura. Si dice che il raffreddore sia una malattia che se curata passa in una settimana e, se non curata, in sette giorni. In barba a tutti i sintomatici di cui ci imbottiamo al primo scolo di naso. Ma perché passa? Semplice, l'organismo reagisce producendo gli anticorpi che sono in grado di aggredire i virus. L'organismo poi si ricorda bene e appena il virus si ripresenta lo attacca direttamente senza nemmeno avvisare. Ma il virus non è scemo e come spesso fanno i mariuoli ( Vedi il virus dell'influenza che lo fa tutti gli anni specie a Carnevale) si travestono e fanno fesso l'ospite.

HPV è l'acronimo di Human Papova Virus. Papova , a sua volta, sta per Papilloma-POLIoma:VACUolante. La sua storia merita di essere raccontata anche se per sommi capi: il Virus ha un'origine sudamericana e accoppiava solo conigli. Dato che nel dopoguerra l'Australia era stata invasa dagli stessi a livello talmente efficiente che se piantavi una carota era garantito

che te la mangiavano loro, gli Australiani lo importarono e lo dettero ai conigli. Fu una strage ma l'agricoltura australiana era alla canna del gas e non ci fu altro rimedio. Lo Human Papova è la variante umana che provoca i condilomi o papillomi o creste di Gallo sui genitali nonché le verruche delle mani e dei piedi.

La riuscita guerra di liberazione dai conigli australiani ha poco a che vedere con lo Human Papova di casa nostra dato che le verruche sono roba conosciuta da prima della scoperta dell'Australia. E' curioso, ma fino ad un certo punto, il fatto che generazioni di fattucchiere si siano cimentate nella cura delle stesse mentre l'iconografia della Befana ne ha, da sempre, una sul naso.

I rimedi più tramandati dalla saggezza popolare sono il latte dei fichi e l'aglio col grasso di rognone con cui trattare la parte ma trovano estimatori anche l'acqua delle melanzane , il sale grosso strofinato forte e gli impacchi di foglie di salice. A proposito del sale grosso, la procedura prevede di metterlo, dopo, in una busta gialla e di sotterrarlo. Capisco sotterrarlo , è intuibile che non sia riciclabile, ma il perché della busta gialla mi sfugge.

Di fronte a tanta saggezza i medici si dividono in due categorie: quelli che fanno finta di non sentire e quelli che si fanno grasse risate sui rimedi di questo tipo specie quando si legge di cose tipo "lo scotch messo sopra la verruca" che "muore perché così non può respirare". Sarà la colla, vai a sapere.

Un'altra invenzione data per "naturale" consiste nel bruciare la verruca con raggi "naturali" ovvero solari concentrati, un' invenzione di tale Archimede, con una semplice lente di ingrandimento. La procedura consiste nel concentrare la luce sulla verruchetta smettendo quando il dolore diventa insopportabile. Durante l'assedio di Siracusa fu usato lo

stesso metodo sui Romani bruciando gli assediati oltre le loro verruche e le loro navi. Era il 212 avanti Cristo.

In realtà hanno ragione quasi tutti.

Per questo bisogna capire che differenza passa tra una verruca e un callo che, a vederli, sembrano fratello e sorella ma non sono manco parenti. Il callo è un aumento degli ultimi strati della pelle che si crea per reazione ad uno stimolo irritativo continuato nel tempo, come il callo dello scrittore che veniva sul dito medio della mano con cui si scrive. Veniva, dicevo, perché ora si è spostato sui polsi poggiati accanto alla tastiera.

Il callo non ha, come la verruca, un asse vascolare ovvero un'arteria e una vena che ne alimentano il tessuto. Il tutto si spiega per il fatto che il virus, una volta entrato nelle cellule, ne modifica la programmazione costringendole a costruire un sistema nel quale sia possibile fabbricare altri virus, tecnicamente detto replicare. Per fare ciò il virus programma anche la circolazione sanguigna che, se viene tagliata da infiltrazioni tossiche all'aglio o alle melanzane trifolate, fa morire cellule e virus rimettendo tutto a posto.

L'alimentazione alle cellule contenenti il virus si può tagliare, anche e forse più efficacemente, col calore o col freddo estremo, da qui l'uso dell'azoto liquido, della CO<sub>2</sub>, del diatermocoagulatore e del Laser che validamente vengono usati al posto delle lenti ustorie magari dopo anestesia locale, giusto per non fare addolorare il paziente.

Spesso accade anche che l'organismo ospite, ovvero quello del soggetto affetto dalle verruche, si senta un attimo meglio e in forze e produca da solo il veleno giusto per il virus, senza scomodare la fattucchiera. Tale capacità dell'organismo di reagire fu intuata per primo da un certo Jenner per inventare i vaccini.

Il vaccino, a beneficio di coloro cui la storia é sfuggita, si chiama così perché i vaccari e i bifolchi – oggi bifolco è un insulto ma al tempo erano onesti conduttori di buoi, gli autisti degli aratri – erano a contatto colle vacche. Le vacche non prendevano il vaiolo come l'uomo ma una variante tutta speciale per loro con le piaghe e tutto il resto. A forza di andare a passeggio insieme, vaccari e bifolchi finivano per entrare in contatto col virus delle vacche. Jenner si accorse che i vaccari, a differenza dei cittadini, non prendevano il vaiolo umano. Fece due ragionamenti e, rischiando la pelle sua e quella di qualcun altro, infettò apposta col vaiolo vaccino un povero cristo perfettamente sano. Dopo un po' di tempo lo infettò anche col Vaiolo umano. Con sorpresa degli astanti il povero cristo sopravvisse al vaiolo senza neanche ammalarsi. La fortuna aiuta gli audaci. Da allora la procedura si chiama vaccinazione per la gioia del genere umano e delle case farmaceutiche. Ma cosa era successo? Avevamo detto che i virus sono delle sequenze di informazioni di DNA o RNA che, stando dentro una cellula, ne modificano il funzionamento. Quello che non ho detto è che il virus ha "anima e cappotto". L'anima è la parte fetente e il cappotto tiene caldo. Ora ipotizziamo che il cappotto del virus del vaiolo umano e di quello vaccino siano uguali mentre l'anima profondamente diversa. Quella del vaiolo umano è cattiva e quella del vaiolo delle vacche buona. Dato che l'ospite, che siamo noi, si ricorda solo del cappotto ma non dell'anima che non la vede, quando vede il cappotto del virus vaccino si organizza e prepara veleno abbastanza da accopparlo sia lì per lì che per dopo indipendentemente dalla natura dell' "anima".

Nel caso del HPV, di recente, è stato messo a punto un vaccino distribuito a ragazzine intorno ai tredici anni. Questo è stato possibile poiché pare che il virus Papova usi sempre lo stesso "cappotto" senza cambiarlo mai. Se, col tempo, decidesse di farselo nuovo bisognerà ricominciare tutta la procedura daccapo perché il vaccino non servirà più a niente. Quello che non si è capito è il motivo per cui solo le

femminucce sono state vaccinate e i maschietti no. Pare, tuttavia, per notizie provenienti da un recentissimo congresso organizzato a Padova dal Prof. Carlo Foresta che la Sanità italiana abbia deciso di porvi rimedio. I maschietti ringraziano.

---

## **PRASSI PER UNA CORRETTA PREPARAZIONE ALL'ESAME SEMINALE WHO 2010**

l'esame seminale, lo spermioγραμμα, è un'analisi apparentemente banale che tuttavia si presta ad una moltitudine di errori di laboratorio. Ciò porta, inevitabilmente, ad errori interpretativi che si riflettono a cascata sulla situazione biologica ed emotivo-affettiva del paziente e possono, in alcuni casi, essere motivo di contenzioso medico-legale.

Le consigliamo, pertanto, di scegliere un laboratorio di analisi specializzato che utilizzi le linee guida dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità – WHO) edite nel 2010

. La non utilizzazione da parte del laboratorio di questo standard di riferimento comporta un'alta probabilità di interpretazioni fuorvianti.

Per una corretta esecuzione dell'esame le consigliamo di attenersi alle istruzioni sotto riportate.

Astinenza tra due e sette giorni (significa che dovrà eseguire l'esame non prima di due giorni e non più di sette dall'ultima



volta che ha avuto un emissione di sperma).

Chiami per tempo il laboratorio per prenotare l'esame e fissi un orario. Tenga la richiesta a portata di mano, a volte sono richiesti ulteriori esami. In genere i laboratori specializzati dispongono di una camera dedicata e cercano di programmare i passaggi dei pazienti.

Qualora il laboratorio consenta all'esecuzione della raccolta a casa (cosa non sempre ottenibile per problemi medico-legali), tenga presente che dovrà consegnare il campione entro circa un'ora dall'eiaculazione e dovrà fare in modo che la temperatura di trasporto sia compresa tra 25 e 37° C. In pratica chiuda bene il contenitore e lo porti sotto ai vestiti, il calore corporeo è sufficiente.

Si faccia consegnare un contenitore dal laboratorio oppure, qualora ciò non sia possibile ne acquisti uno in Farmacia di quelli per le Analisi delle urine.

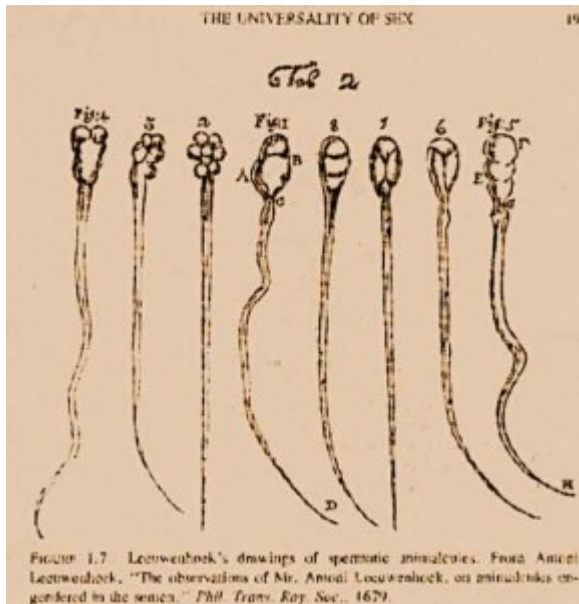
Prima della "raccolta" si lavi bene le mani e i genitali con acqua e sapone. Dovrà fare da solo, qualsiasi intervento esterno può pregiudicare l'analisi.

Apra il contenitore all'ultimo momento e controlli se tutto il liquido è andato nel contenitore. Se ciò non fosse avvenuto lo segnali al momento della consegna.

Compili e applichi l'adesivo sul corpo del contenitore, non sul coperchio. Deve indicare nome, cognome, giorni di astinenza e orario di emissione. Alcuni laboratori vogliono anche il nome della consorte.

---

# DAGLI ANIMALCULI AGLI SPERMATOZOI, 300 ANNI



Nel 1677 un ottico olandese di Delft, di nome Antonj van Leewenhoek, già noto per essere ottimo fabbricante di lenti, scrisse alla Royal society che, con un attrezzo da lui inventato (microscopio), aveva visto degli Animalculi vivi nel seme umano.

E' passato alla storia soprattutto come il fondatore della microbiologia, meritandoselo ampiamente, ma la storia della scoperta degli spermatozoi è perlomeno interessante.

Era almeno una decina d'anni che l'ottico si dedicava all'osservazione delle cose più disparate (tra cui dei cosini che chiamò infusori, poi chiamati microbi) quando uno studente di medicina di Leiden, Johan Ham, che disponeva di uno dei preziosi aggeggi, gli riferì una cosa curiosa.

Un uomo, paziente di Ham, soffriva di polluzioni notturne e lo studente ebbe l'idea di dare un'occhiata alle emissioni col microscopio dopo di che si presentò da Leewenhoek con una boccetta del liquido da poco emesso. Leewenhoek dette un'occhiata anche lui e si trovò di fronte degli "animalculi" che non aveva ancora mai visto, più grandi degli infusori e

decisamente simili a piccolissime anguille in movimento. Dopo un paio d'ore Leewenhoeck riguardò le anguilline scoprendo che erano immobilizzati ma erano chiaramente visibili per cui , oltre ogni ragionevole dubbio, esistevano. Nel timore, peraltro fondato, che fossero una manifestazione della malattia ipotizzò che tale presenza fosse a questa correlata per cui esaminò lo sperma di un uomo in salute ( si accettano scommesse sullo studente come donatore) trovandone molti di più che nell'ammalato e per giunta dotati di movimento alquanto più vivace. Osservò anche che la vita delle anguilline era dipendente dalla temperatura e che dopo un giorno a temperatura ambiente erano defunte, viceversa tenuti al caldo mantenevano segni di vita anche per tre-quattro giorni.

La dizione spermatozoi si deve a lui ma si sa anche che non sapeva il latino per cui è ragionevole il sospetto che gli sia stata data un'imbeccata da qualcuno. Pur non essendo uno scienziato ( di professione, almeno) era persona pratica con notevole capacità di osservazione. Gli scienziati del tempo erano consapevoli che una sua osservazione era attendibile dato che non amava almanaccare teorie e che i suoi rapporti erano immancabilmente chiari e inoppugnabili.

Al tempo imperversava ancora la teoria di William Harvey. Harvey, noto per aver scoperto la circolazione sanguigna, alla veneranda età di circa settanta anni e con una verosimile ipoperfusione cerebrale, dette alle stampe " Exercitationes de generatione animalium" . Fino a quel momento pochi osavano confutare l' "ipse dixit" di Aristotele il quale, peraltro, era molto vicino al vero quando affermava che la riproduzione era dovuta a un qualcosa di maschile che si univa a un qualcosa femminile. Persino Cartesio era vicino alla verità quando affermò che la riproduzione e la fabbricazione della birra avevano qualcosa in comune: " i semi dei due sessi si mescolano tra loro e servono come fermento uno per l'altro" così come la schiuma della birra può essere usata come starter

per la fabbricazione di altre birre.

Uscito il prezioso tomo di Harvey che attaccava Aristotele e, forse, se non altro, per questo, si auto generarono, presto ingrossando le loro fila, schiere di ovisti, i quali sostenevano la perfetta inutilità dell'uomo nella generazione consegnando tutto il merito alla femmina. Come spesso accade si passò da un estremismo all'altro. L' "ex ovo omnia" coniato da Linneo la disse lunga sul fatto che le opinioni contavano ancora più delle prove, ma divenne il motto di Harvey.

Leewenhoeck ci pensò parecchio prima di scrivere alla Royal Society della sua scoperta e quindi si risolse a farlo con molta umiltà scrivendo al segretario Brouncker. Scrisse che non voleva scandalizzare i Distinti Membri i quali potevano, con ogni probabilità, trovare disgustose le sue osservazioni e che li pregava di decidere se rendere pubbliche o meno le sue osservazioni.

Tale prudenza era più che dovuta in quanto era nota la incarcerazione di un membro della Royal Society, Henry Holdenburg, il quale per tutto reato era in corrispondenza con Leewenhoeck, Spinoza e Malpighi.

Con non poca sorpresa la Royal Society rispose di proseguire con le ricerche ma sugli animali cosa che Leewenhoeck puntualmente eseguì vedendo quindi pubblicata la sua scoperta nel 1679.

Leewenhoeck era un onesto e citò Ham nella sua pubblicazione. Meno onesti furono un paio di soggetti che rivendicarono come propria e antecedente la scoperta dell'ottico di Delft. La cosa non era sorprendente, avendo avuto modo di sbirciare la lettera del 1677 a Brouncker, come poi fu appurato dimostrando che passano i secoli ma il mondo è sempre quello dei furbetti dietro l'angolo. Infatti nessuno ricorda i nomi di Christiaan Huygens e di Nicolas Hartsoeker se non come noti copioni.

La scoperta degli Spermatic Worms fu una batosta per gli

Ovisti che avrebbero dovuto tornare a dar ragione ad Aristotele.

Tuttavia cominciarono a chiamare ovarium l'ovaia.

Sorano di Efeso lo aveva suggerito già qualche tempo prima, appena nel 50 dopo Cristo.

E' interessante il fatto che Sorano fu ripreso da Vesalio nel 1555. Un discepolo di Vesalio, di nome Falloppio legò il suo nome alle tube e istruì certo Fabricius il quale , a sua volta, fu il maestro di William Harvey .

Nessuno però aveva ancora visto l'uovo, cosa per la quale ci vollero ancora 150 anni e un certo Karl Ernst Von Baer, nel 1827.

Nella discussione che seguì il partito degli ovisti ammise finalmente: -va bene, gli spermatozoi esistono- ma anche che nessuno aveva dimostrato la loro capacità di arrivare all'utero per cui nulla era dimostrato. Alla faccia di è ora abituato a non sapere l'identità dei referee giudicanti i propri scritti, la Royal Society sottopose a Leewenhoek una lista di ben 70 eminenti studiosi che aderivano all'opinione dei discepoli di Harvey, invitandolo a confutarla.

L'Olandese non si perse d'animo e provò, sacrificando una povera cagna appena dopo la copula, che nell'utero e negli ovidotti ( tube) gli spermatozoi ci arrivavano tranquillamente.

Finalmente la batosta per gli ovisti fu definitiva.

Di nuovo si passò da un eccesso ad un altro per cui il neoformato partito "Spermatik" negò allora che la donna fosse altro che un ricettacolo dello sperma in cui veniva sviluppato uno spermatozoo contenente già formato un piccolissimo uomo.

Nicolas Hartsoeker , ancora non pago delle recenti e scottanti disdette, disegnò quindi un bambino dentro uno spermatozoo.

Gli fecero tana subito, anche stavolta, poiché una cosa quasi identica la aveva disegnata molto tempo prima un certo Paracelso il quale, peraltro, era convinto che sperma umano, sterco di cavallo e forze misteriose dovessero dar luogo , in una bottiglia di vetro, a tale meraviglia.

In questa storia entra anche un Italiano, Lazzaro Spallanzani, il quale fece notevolissime e scientifiche prove sul fatto che lo sperma soffre del filtraggio e dell'aceto perdendo la capacità fecondante sulle cagnette Spaniel artificialmente esaminate ma perse un'ottima occasione di fare bella figura negando che fossero gli animalculi, secondo lui solo parassiti occasionali, ad avere qualche ruolo.

Solo nel 1879 tale Herman Fol, svizzero, vide uno spermatozoo entrare in un ovocita ma erano stelle marine per cui gli scettici sostennero che nella specie umana doveva essere diverso poiché sono animali superiori. Richard Levinsohn, autore di un libro divulgativo " Storia dei costumi sessuali" che narra di questi accadimenti ed uscito nel 1956 ammette che al momento di dare l'opera alle stampe, la questione era ancora lungi dall'essere risolta.

Rimangono a noi i disegni degli spermatozoi visti da Leewenhoeck dove solo tre ottavi di questi, ovvero il 27,6% ha forma assimilabile a quella considerata attualmente normale.

Potrebbe forse, questa, essere la prova che la morfologia degli spermatozoi non è , in qualche secolo, cambiata un gran che.