

Founded in 1924

ISSN 1124-3562

# ARCHIVIO ITALIANO DI UROLOGIA E ANDROLOGIA **ARCH ITAL UROL ANDROL**

## ARCHIVES OF ITALIAN UROLOGY AND ANDROLOGY

**Vol. 84; n. 3, Supplement 1, September 2012**

Indexed in: Medline/Index Medicus, EMBASE/Excerpta Medica, Medbase/Current Opinion, SIIC Data Base, SCOPUS

### **XXVIII Congresso Nazionale SIA**

**3-6 Ottobre 2012  
Torino - Museo dell'Automobile**

**Presidenti del Congresso  
Dario Fontana, Luigi Rolle**

**Presidente SIA  
Furio Pirozzi Farina**





# **Archivio Italiano di Urologia e Andrologia**

**Urological and Andrological Sciences**

Founded in 1924 by: G. Nicolich, U. Gardini, G.B. Lasio

**Official Journal of SIA, SIEUN, SIUrO and UrOP**

Indexed in

Medline/Index Medicus - EMBASE/Excerpta Medica - Medbase/Current Opinion - SIIC Data Base



---

Caro Socio,

oggi siamo testimoni di una tappa fondamentale della storia editoriale della SIA. La nostra rivista scientifica ufficiale, dopo essersi imposta all'attenzione dei Soci, prima come *Giornale Italiano di Andologia (GIA)*, e poi come *Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproduttiva (GIMSeR)* ottenendo l'indicizzazione su Scopus, e nel più recente passato come *Journal of Andrological Sciences (JAS)*, compie un ulteriore, fondamentale passo in avanti eleggendo a propria testata l'Archivio Italiano di Urologia ed Andrologia, di cui assumerà la responsabilità scientifica per le discipline andrologiche.

L'Archivio Italiano, periodico trimestrale in lingua inglese edito da Scripta Manent, è indicizzato su PubMed, il più diffuso database gratuito su web, per l'accesso a MEDLINE ed altre banche dati, e consente quindi la migliore visibilità e diffusione possibile della letteratura andrologica nella comunità scientifica internazionale. La SIA conserva la sua totale autonomia, con un proprio board editoriale, espressione della Società, che curerà la raccolta e selezione degli articoli ed il processo di revisione. I loghi SIA e JAS compariranno sulla testata della rivista, e gli articoli andrologici verranno raccolti nel primo e nel terzo numero di ogni anno editoriale. È possibile già da oggi inviare contributi originali alla rivista all'indirizzo **[jas@andrologiaitaliana.it](mailto:jas@andrologiaitaliana.it)**, oppure all'indirizzo dell'editore Scripta Manent **[www.urologyplanet.it](http://www.urologyplanet.it)**, attenendosi alle norme editoriali, disponibili sul sito web della SIA e su quello dell'editore.

Il nuovo organo ufficiale della SIA dà più voce alla produzione scientifica dei nostri Soci, ed il merito di questa conquista va ascritto non solo al brillante operato del Comitato Esecutivo, ma anche tutti coloro che in anni trascorsi hanno contribuito alla qualità, al rigore scientifico ed alla diffusione della nostra rivista.

Ci auguriamo che i nostri Soci possano approfittare appieno di questa occasione, e che vogliano contribuire alla crescita dell'Archivio Italiano di Urologia ed Andrologia inviando i loro migliori manoscritti, per rendere la voce scientifica della SIA nel mondo sempre più autorevole ed apprezzata.

Collegiali Saluti,

**Ferdinando Fusco (Editor-in-Chief)**  
**Furio Pirozzi Farina (Presidente SIA)**

---

## **Presentazione**

***A cura del Presidente della Commissione Scientifica, Prof. Giovanni Muzzonigro***

*La pubblicazione degli Abstracts del XXVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Andrologia - Torino 2012 è uno degli aspetti più importanti della presentazione del programma scientifico del Congresso, curato assiduamente dalla Commissione Scientifica, discusso e confrontato con le idee e proposte del Comitato Esecutivo e dallo stesso Presidente SIA.*

*Il compito privilegiato della C.S. è stato di formulare argomenti congressuali che fossero di particolare novità e richiamo culturale e formativo, tali da suscitare l'interesse dei Soci a partecipare al Congresso anche con idee personali e innovative attraverso comunicazioni, posters e video.*

*La C.S. si è sentita onorata e soddisfatta dell'impegno profuso dai Soci, ricevendo un numero inaspettato di Abstracts superiore a quello dello scorso anno. Tra i motivi che riteniamo possano spiegare il fenomeno è la spiccata e innovativa visibilità, iniziata con il XXVII Congresso Nazionale di Fiuggi del 2011, della presentazione in Plenaria di tutti i contributi selezionati. Tale innovazione ha fatto sì che il Socio recepisce la maggiore importanza che veniva attribuita allo studio da lui ideato e presentato, la necessità di una maggiore e migliore preparazione, nonché la possibilità di una discussione più ampia e più qualificata per la presenza dei maggiori esperti dell'Andrologia. Per tali motivi, la C.S. ha provveduto ad una accurata e oculata selezione dei numerosi contributi pervenuti, sulla base di criteri omogenei pre-determinati, non conoscendo i rispettivi Autori.*

*Un plauso della C.S. al Presidente e al C.E. per gli accordi raggiunti, anch'essi innovativi e a decorrere dall'attuale XXVIII Congresso, per la pubblicazione degli Abstracts sulla Rivista "Archivio Italiano di Urologia e Andrologia" che consentirà un'ulteriore e più qualificata visibilità alla Società Italiana di Andrologia, al Congresso, nonché e soprattutto ai Soci e ai loro contributi, considerata la maggiore divulgazione internazionale della Rivista, comparando nell'elenco del Pub Med.*

*Anche quest'anno, come il precedente, gli Abstracts sono divisi in Aree, Medica e Chirurgica, con il vantaggio di avere un omogeneo raggruppamento dei contributi, migliorando in tal modo la fruibilità degli argomenti sia durante il Congresso sia in momenti successivi, allorché si vogliano approfondire le esperienze degli Andrologi italiani.*

*Un sentito ringraziamento ai Soci Autori degli Abstracts con l'augurio di animarne la presentazione e la discussione, facendo vivere a tutti noi Andrologi giorni congressuali di nuove conoscenze e di progresso andrologico.*

***La Commissione Scientifica***



## **PRESIDENTI SIA**

**Carlo Conti** (1976-1979)  
**Aldo Fabbrini** (1980-1983)  
**Franco Di Silverio** (1984-1986)  
**Aldo Isidori** (1987-1989)  
**Armando Maver** (1990-1992)  
**Fabrizio Menchini Fabris** (1993-1996)  
**Emanuele Belgrano** (1996-1999)  
**Vincenzo Mirone** (1999-2002)  
**Edoardo Austoni** (2002-2004)  
**Vincenzo Gentile** (2004-2007)  
**Vincenzo Gentile** (2007-2010)  
**Furio Pirozzi Farina** (2010-2013)

## **COMITATO ESECUTIVO**

### **PRESIDENTE**

Furio Pirozzi Farina

### **SEGRETARIO**

Alessandro Palmieri

### **TESORIERE**

Angela Vita

### **CONSIGLIERI**

Fulvio Colombo, Nicola Mondaini, Enrico Spera

## **DELEGATO NAZIONALE PER LE SEZIONI REGIONALI**

Mauro Silvani

## **COMMISSIONE SCIENTIFICA**

### **PRESIDENTE**

Giovanni Muzzonigro

### **MEMBRI**

Guglielmo Bonanni, Tommaso Cai, Giovanni Liguori, Giorgio Pomara, Paolo Verze



# XXVIII Congresso Nazionale SIA

3-6 Ottobre 2012 - Torino  
Museo dell'Automobile

**Mercoledì 3 Ottobre 2012**

## POMERIGGIO

**Ore 13.30-18.30** **ASSEMBLEA GENERALE STRAORDINARIA**  
Aula Antonelliana

**Ore 19.00** **CERIMONIA INAUGURALE**  
Aula Antonelliana

Saluto delle Autorità

**LETTURA INAUGURALE**  
Presenta: *D. Fontana*

**IL SESSO NELL'IMMAGINE PUBBLICITARIA**  
*E. Bona*

**Giovedì 4 Ottobre 2012**

Presidente Onorario della Giornata: *Prof. Armando Maver*

## MATTINA

**Ore 8.00** **POSTER DISCUSSI**  
Aula Antonelliana **P1-P10 - SESSIONE 1**  
Moderano: *P. Izzo, F. Menchini Fabris*

**Ore 8.50** **COMUNICAZIONI ORALI**  
Aula Antonelliana **C1-C7 - CHIRURGIA 1**  
Moderano: *G. Antonini, A. Maffucci, A. Natali*

<b>Ore 9.50</b>	<b>VIDEO</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	<b>V1-V4 - SESSIONE 1</b> Moderano: <i>E. Austoni, M. Soli</i>
<b>Ore 10.30</b>	<b>DIBATTITO APERTO</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	<b>STRATEGIE ORGANIZZATIVE DI UN CENTRO CHE SI OCCUPA DI DISTURBI DI IDENTITÀ DI GENERE: L'ESPERIENZA DELLA SCUOLA TORINESE</b> Moderano: <i>M. Iorio, M.T. Molo</i> <p><b>Il Centro Interdipartimentale per i Disturbi dell'Identità di Genere delle Molinette</b>  <i>D. Fontana</i></p> <p><b>La presa in carico psicologico-psichiatrica: protocolli diagnostici e follow up post-operatorio</b>  <i>C. Crespi, A. Gualerzi</i></p> <p><b>Percorso endocrinologico: dal "test" di vita reale alla vita reale</b>  <i>C. Manieri</i></p> <p><b>Possibilità e limiti chirurgici della riattribuzione chirurgica dei caratteri sessuali</b>  <i>L. Rolle</i></p> <p><b>Discussione</b></p>
<b>Ore 11.40</b>	<b>LETTURA INTERATTIVA</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	Introduce: <i>M. Lazzeri</i> <p><b>IL PAZIENTE CON DE E I BPH LUTS: UNA NUOVA SINDROME?</b>  <i>F. Fusco</i></p>
<b>Ore 12.10</b>	<b>DIBATTITO APERTO</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	<b>TUTTO TESTIS</b> <p><b>PATOLOGIE INTERNISTICHE ED ANDROLOGICHE</b>  Moderano: <i>E. Arvat, G. Bonanni</i></p> <p><b>Nefropatie e testicolo</b>  <i>F. Lasaponara</i></p> <p><b>Epatopatie e testicolo</b>  <i>A. Floreani</i></p> <p><b>Diabete mellito e testicolo</b>  <i>F. Lanfranco</i></p>
<b>Ore 12.50</b>	<b>LETTURA AD INVITO</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	Introduce: <i>A. Palmieri</i> <p><b>RUOLO DEGLI INTEGRATORI NELLA FERTILITÀ</b>  <i>P. Turchi</i></p>

<b>Ore 13.05</b>	<b>COMUNICAZIONI ORALI</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	<b>C8-C13 - CHIRURGIA 2</b>
	Moderano: G. Romano, V. Sidari, A. Vitarelli

---

## POMERIGGIO

---

<b>Ore 14.30-16.00</b>	<b>INCONTRO CON LE SCUOLE</b>
<b>Aula Carlina</b>	Moderano: I. Bianchessi, A. Papini

<b>Ore 14.00</b>	<b>COMUNICAZIONI ORALI</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	<b>C14-C19 - CHIRURGIA 3</b>
	Moderano: A.M. Granata, D. Pozza, G. Savoca

<b>Ore 15.00</b>	<b>FOCUS ON</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	<b>LA CHIRURGIA DELL'IPP: IL CHIRURGO DAVANTI A UNA SCELTA</b>
	Introducono: L. Cormio, C. Imbimbo
	<b>Chirurgia conservativa</b>
	E. Spera
	<b>Chirurgia di placca</b>
	M. Silvani
	<b>Chirurgia protesica</b>
	F. Colombo

<b>Ore 15.40</b>	<b>PRESENTAZIONE STUDIO SPONTANEO SOCIETARIO SULL'IPP</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	Introduce: A. Palmieri
	G. Paulis

<b>Ore 15.45</b>	<b>LETTURA SIU</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	Introduce: G. Morgia
	<b>LA CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DOPO CANCRO DEL PENE: QUALE SPAZIO HA?</b>
	E. Belgrano



<b>Ore 16.00</b>	<b>INCONTRO CON L'ESPERTO</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	Introduce: V. Gentile
	<b>EVOLUZIONE E RIVOLUZIONE DELLA DE</b>
	G. Franco

<b>ORE 16.30</b>	<b>FOCUS ON</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	<b>LA PSICO-NEURO-ENDOCRINOLOGIA DELL'EIACULAZIONE RITARDATA E DELL'ANORGASMIA</b>
	Introducono: B. Giammusso, R. Nosedà



**Il Sessuologo**

*E. Longhi*

**L'Andrologo**

*F. Pirozzi Farina*



**Ore 17.10**

**Aula Antonelliana**

**LETTURA ESSM**

Introduce: *A. Salonia*

**CHIRURGIA ESTETICA E FUNZIONALE DEI CORPI CAVERNOSI:  
SOGNI E REALTÀ OGGI**

*C. Bettocchi*

**ORE 17.25**

**Aula Antonelliana**

**FOCUS ON**

**LA GESTIONE DELLE COMPLICANZE IN CHIRURGIA ANDROLOGICA**

Introducono: *E. Caraceni, A. Vita*

**Danni estetici**

*C. Ceruti*

**Danni funzionali**

*S. Pecoraro*

**Ore 18.05**

**Aula Antonelliana**

**FACCIA A FACCIA**

Introduce: *C. Maretti*

**NUTRACEUTICA E SESSUALITÀ**

*G. Cavallini, T. Zenico*

**Ore 18.35-19.05**

**Aula Antonelliana**

**VIDEO**

**V5-V7 - SESSIONE 2**

Moderano: *L.P. Canclini, G. Morelli*

---

**Venerdì 5 Ottobre 2012**

---

Presidente Onorario della Giornata: *Prof. Paolo Giannotti*

**MATTINA**

---

**Ore 8.00**

**Aula Antonelliana**

**ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA**

**Ore 10.25**

**Aula Antonelliana**

**LETTURA AD INVITO**

Presenta: *M. Carini*

**TERAPIA CON TESTOSTERONE NEL MASCHIO CHE INVECCHIA**

*M. Maggi*

<b>Ore 10.40</b>	<b>FOCUS ON</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	<b>ASPETTI NEURO-FISIOPATOLOGICI DELL'ATTIVITÀ SESSUALE</b> Introducono: A. Manassero, N. Mondaini  <b>La funzione erettile</b> M. Marzotto Caotorta  <b>La funzione eiaculatoria ed orgasmica</b> G. Del Popolo
<b>Ore 11.20</b>	<b>FOCUS ON</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	Introduce: V. Mirone  <b>I PDE5i NELLA TERAPIA DEI BPH/LUTS: UNA NUOVA ARMA NELL'ARSENALE TERAPEUTICO DELL'ANDROLOGO</b> A. Salonia
<b>Ore 11.50</b>	<b>DIBATTITO APERTO</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	<b>VARICOCELE: WHAT'S NEW?</b> Introducono: P. Gontero, R. Rago  <b>Varicocele nell'adolescente</b> A. Casarico  <b>Varicocele nell'adulto</b> G. Maio  <b>Varicocele ed azoospermia</b> M. Polito  <b>Varicocele sintomatico</b> F. Dehò
<b>Ore 12.30</b>	<b>LETTURA</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	Introduce: B. Frea  <b>CONCEAL, NUOVO SERBATOIO A BASSO PROFILO PER SERIE CX. UNA MISURA UNICA PER UNA SOLUZIONE ALTAMENTE FLESSIBILE</b> L. Rolle
<b>Ore 12.45</b>	<b>ANGOLO MEDICO-LEGALE</b>
<b>Aula Antonelliana</b>	<b>FORO ANDROLOGICO SIMULATO</b> Presentazione dei casi clinici: G. Pomara  <b>Cosa farei</b> G. La Pera; E.S. Pescatori  <b>Cosa avresti dovuto fare</b> C. Pomara  <b>Cosa potrebbe succederti</b> F. Anselmo; M.M. Giungato  <b>Discussione</b>

---

**POMERIGGIO**


---

**Ore 14.10 LETTURA AD INVITO****Aula Antonelliana**Introduce: *G. Del Noce***HPV E FERTILITÀ: È UN PROBLEMA REALE?***C. Foresta***Ore 14.25 COMUNICAZIONI ORALI****Aula Antonelliana****C20-C25 - AREA MEDICA 1**Moderano: *E. Andriani, M. Bitelli, A. Guerani***Ore 15.10 COMUNICAZIONI ORALI****Aula Antonelliana****C26-C31 - AREA MEDICA 2**Moderano: *G. Beretta, L. Chiappetta, R. Ponchietti***Ore 15.55 POSTER DISCUSSI****Aula Antonelliana****P11-P18 - SESSIONE 2**Moderano: *G. Ciambrone, M. Melis, G. Ughi***Ore 16.30 LETTURA AD INVITO****Aula Antonelliana**Introduce: *G. Morrone***RUOLO DI UNA BANCA CONSERVATIVA DEL SEME NELLE UNITÀ OPERATIVE DI UROLOGIA E ANDROLOGIA***V. Gentile***Ore 16.45 INCONTRO CON L'ESPERTO****Aula Antonelliana**Introduce: *O. Sedigh***LE INSIDIE DELLE LESIONI DERMATOLOGICHE IN ANDROLOGIA***A. Garcovich***Ore 17.15 LETTURA UROP****Aula Antonelliana**Presenta: *G.M. Ludovico***È ANCORA ATTUALE LA NERVE SPARING OPEN IN EPOCA ROBOTICA?***R. Giulianelli***Ore 17.30 DIBATTITO APERTO****Aula Antonelliana****TUTTO TESTIS****IMPLICAZIONI CHIRURGICHE**Moderano: *G. Muzzonigro, F. Sasso*

**Chirurgia organ-sparing delle masse testicolari***M. Timpano***Diagnosi e approccio del varicocele recidivo/persistente***G. Liguori***Prelievo e crioconservazione degli spermatozoi***G. Franco***Ore 18.10****VIDEO****Aula Antonelliana****V8-V11 - SESSIONE 3***Moderano: G. De Grande, L. Vaggi, A. Zucchi***Ore 18.50-19.10****REVISIONE DELLA LETTERATURA****Aula Antonelliana***Introducono: D. Di Trapani, A. Scardigli  
D. Arcaniolo, C. D'Elia***Sabato 6 Ottobre 2012***Presidente Onorario della Giornata: Prof. G. Fabrizio Menchini Fabris***MATTINA****Ore 8.00****POSTER DISCUSSI****Aula Antonelliana****P19-P28 - SESSIONE 3***Moderano: A. Curreli, A. Mosca***Ore 8.45****POSTER DISCUSSI****Aula Antonelliana****P29-P37 - SESSIONE 4***Moderano: G. De Giorgi, V. Favilla, I. Ortensi***Ore 9.30****COMUNICAZIONI ORALI****Aula Antonelliana****C32-C38 - CHIRURGIA SESSIONE 4***Moderano: S. Bucci, E. Conti, R. Leonardi***Ore 10.30****LETTURA AD INVITO****Aula Antonelliana***Introduce: G. Piubello***DIETA MEDITERRANEA E BENESSERE ANDROLOGICO***G. Tajana*

**Ore 10.45** **INCONTRO CON L'ESPERTO**

**Aula Antonelliana**

Introduce: *A. Pischedda*

**RUOLO DELLA RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO NEI PAZIENTI CON PROSTATITE CRONICA**

*A. Biroli*



**Ore 11.15** **LETTURA SIEUN**

**Aula Antonelliana**

Introduce: *F. Mantovani*

**RUOLO DELL'ECOGRAFIA NELLE EMERGENZE ANDROLOGICHE: STATO DELL'ARTE**

*P. Martino*

**Ore 11.30** **LETTURA SICGEM**

**Aula Antonelliana**

Introduce: *M. Mercenaro*



**I GOLD STANDARDS NELLA CHIRURGIA DEI CORPI CAVERNOSI**

*G. Alei*

**Ore 11.45** **LETTURA AD INVITO**

**Aula Antonelliana**

Introduce: *L. Larocca*

**LA SINDROME POST-FINASTERIDE DA TERAPIA CRONICA PER ALOPECIA ANDROGENETICA**

*C. Trombetta*

**Ore 12.00** **PRESENTAZIONE E PREMIAZIONE DEI LAVORI SCIENTIFICI SELEZIONATI**

**Aula Antonelliana**

# CORSI

**Torino, Mercoledì 3 Ottobre 2012**

**Aula Antonelliana 11.00-13.00 (max 90 partecipanti)**

## **I TRAUMI GENITALI: COME DIAGNOSTICARE, QUANDO INTERVENIRE**

Chairmen: *P. Verze (Napoli), M. Iafrate (Padova)*

---

**Ore 11.00                      Introduzione e finalità del corso**

---

**Ore 11.10                      Traumi del pene**

*M. Capone (Trieste)*

---

**Ore 11.30                      Discussione**

---

**Ore 11.45                      Traumi testicolari**

*N. Dispensa (Palermo)*

---

**Ore 12.05                      Discussione**

---

**Ore 12.20                      Traumi contusivi del perineo**

*F. Sasso (Roma)*

---

**Ore 12.40                      Discussione**

---

**Ore 12.55                      Conclusioni**

---

### **Obiettivi del Corso**

L'obiettivo formativo del Corso prevede la possibilità di offrire ai discenti strumenti concreti da poter utilizzare nella loro pratica clinica quotidiana, in tema di gestione clinico-diagnostica dei traumi genitali.

Grazie alla riconosciuta esperienza dei Docenti coinvolti, verranno sviscerati, attraverso presentazioni ricche di iconografia e di dati scientifici aggiornati basati sull'evidenza, i punti salienti della fase diagnostica e terapeutico-interventistica in caso di un trauma genitale.

Al termine del Corso il Partecipante dovrà essere in grado di orientarsi nel percorso diagnostico e terapeutico da seguire nel singolo caso clinico, sapendo riconoscere sintomi e segni, indicare le indagini diagnostiche più appropriate e proporre l'approccio conservativo od interventistico più appropriato.

## Torino, Mercoledì 3 Ottobre 2012

Aula Carlina 11.00-13.00 (max 50 partecipanti)

### L'ANDROLOGO E L'INFERTILITÀ MASCHILE: COSA NON PUÒ NON SAPERE

Chairmen: T. Cai (Trento), M. Castiglioni (Milano)

**Ore 11.00**                      **Introduzione e finalità del corso**

**Ore 11.10**                      **Infertilità e genetica: sindromi cromosomiche**

*E.S. Pescatori (Modena)*

**Sindrome di Klinefelter**

**Microdelezioni del cromosoma Y**

**Ipogonadismo ipogonadotropo isolato e sindrome di Kallmann**

**Ore 11.40**                      **Infezioni ed infertilità: la punta di un iceberg**

*D. Tiscione (Trento)*

**Infezioni da Chlamydia trachomatis, un danno diretto agli spermatozoi**

**Micoplasmi: un patogeno sottovalutato**

**HPV e fertilità: quale ruolo della diagnostica e della terapia?**

**Ore 12.10**                      **Infertilità e patologie endocrinologiche**

*M. Rossato (Padova)*

**L'obesità maschile giovanile e l'infertilità**

**Gli ipogonadismi iper ed ipogonadotropo**

**Anabolizzanti ed infertili**

**Ore 12.30**                      **Discussione**

**Ore 12.50**                      **Conclusioni**

#### Obiettivi del Corso

L'infertilità maschile rappresenta attualmente un problema clinico con implicazioni non solo sanitarie ma anche socio-economiche. Infatti, si calcola che circa 30% delle giovani coppie è infertile. Tra questi un terzo è da attribuire a problematiche del maschio. Recentemente, nuove acquisizioni sia a livello di ricerca di base che clinica ci hanno portato a nuovi paradigmi diagnostici e terapeutici, andando ad integrare i concetti classici e fondamentali dell'infertilità maschile. Inoltre, lo stile di vita moderno, con una dieta ricca di proteine e grassi animali, ha dimostrato un impatto significativo sulla fertilità. Non ultime le nuove acquisizioni in termini di malattie infettive emergenti e poco conosciute, come HPV e Chlamydia trachomatis, hanno modificato il nostro approccio alla diagnosi e terapia dell'infertilità. Da queste considerazioni nasce la necessità di approfondire ed ampliare le conoscenze dei medici coinvolti nella diagnosi e trattamento dei pazienti infertili. Scopo del corso è quello di fornire ai partecipanti medici (Urologi, Andrologi, Endocrinologi e Ginecologi), aggiornamenti in tema di diagnosi e cura dell'infertilità maschile, basandosi su discussione interattiva di casi clinici e lezioni frontali.

## Torino, Giovedì 4 Ottobre 2012

Aula Superga 10.00-14.15 (max 100 partecipanti)

### IL RUOLO DELL'INFERMIERE IN ANDROLOGIA

Direttori del Corso: *Gabriele Fontana (Torino)*

Moderatori: *D. Randone (Torino), C. Sanseverino (Torino)*

### Saluto del Presidente del Congresso - Prof. Dario Fontana

#### Ore 10.00-10.15 Introduzione

*G. Fontana (Torino)*

#### Ore 10.15-10.35 Ruolo dell'infermiere nell'inquadramento diagnostico del paziente con infertilità

Introduce: *E. Galletto (Torino)*

*G. Ariaudo (Torino)*

#### Ore 10.35-10.55 L'iter diagnostico del paziente con disfunzione erettile visto dall'infermiere

Introduce: *F. Ceccato (Padova)*

*T. Rotunno (Napoli)*

#### Ore 10.55-11.15 Etica sessualità e fecondazione: il pensiero filosofico

Introduce: *F. Pisano (Torino)*

*S. Re Viglietti (Torino)*

#### Discussione/Dibattito

#### Break

#### Ore 12.10-12.30 L'infermiere nella riabilitazione andrologica dopo chirurgia pelvica

Introduce: *F. Catanzariti (Ancona)*

*M. Forti (Pisa)*

#### Ore 12.30-12.50 Etica e deontologia in sala operatoria nella chirurgia andrologica

Introduce: *S. Chiodini (Verona)*

*M. Mirabelli (Torino)*

#### Ore 12.50-13.10 Gestione ambulatoriale infermieristica dopo riattribuzione chirurgica di sesso

Introduce: *F. Bottone (Napoli)*

*A. Cauda (Torino)*



---

**Ore 13.10-13.30      Accorgimenti e/o garanzie per la privacy a cura dell'infermiere**

---

Introduce: A. Vici (Ancona)

Donatella Fontana (Ancona)

---

**Discussione/Dibattito**

---

---

**Ore 14.00-14.15      Conclusioni**

---

---

**Lunch time**

---

**Obiettivi del Corso**

Il ruolo che assume l'Infermiere negli ultimi anni anche in campo andrologico è sempre più preponderante e le nuove tecnologie e la scienza impongono un professionista sempre più attento oltre che alle tecniche anche ai bisogni e alle richieste di aiuto che giungono non solo dal paziente ma dalla coppia stessa. il corso si propone di fornire un aggiornamento sul percorso diagnostico nell'infertilità, sulla disfunzione erettile, e riattribuzione del sesso.

Senza dimenticare l'importanza di un agire professionale in attinenza con la deontologia professionale e l'etica.

**Parole chiave:** aggiornamento-etica-privacy



# XXVIII Congresso Nazionale SIA

3-6 Ottobre 2012 - Torino  
Museo dell'Automobile

## Comunicazioni

### C1 INSERIMENTO DEL SERBATOIO DELLA PROTESI IDRAULICA TRICOMPONENTE CON ACCESSO PENO-SCROTALE MEDIANTE SINGOLA INCISIONE ED APPOSITO STRUMENTO INSERITORE: STUDIO PRELIMINARE

Enrico Conti<sup>1</sup>, Sergio Lacquaniti<sup>1</sup>, Pier Paolo Fasolo<sup>1</sup>, Marco Camilli<sup>1</sup>, Luca Puccetti<sup>1</sup>, Roberto Mandras<sup>1</sup>, Francesco Varvello<sup>2</sup>, Giuseppe Fasolis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SOC Urologia ASL CN2; <sup>2</sup>ASO Ospedale Maggiore della Carità Novara

**Scopo del lavoro:** L'impianto di protesi peniena tricomponente per via peno-scrotale senza incisioni aggiuntive, è stato propugnato negli anni 90. Tale tecnica prevede l'inserimento del reservoir nello spazio retropubico attraverso uno degli anelli inguinali sulla guida del dito del chirurgo o con l'aiuto di uno speculum nasale. Questa manovra può risultare indaginata in pazienti con elevato spessore dei tessuti dovuto ad adiposità inguino-pubica. Lo scopo del lavoro è quello di verificare l'eventuale vantaggio dell'inserimento del reservoir mediante uno strumento inseritore appositamente dedicato.

**Materiali e metodi:** Criterio di inclusione: pazienti con deficit erettile end stage con indicazione a posizionamento di protesi idraulica tricomponente; criteri di esclusione: esiti di cistectomia radicale con neoserbatoio ortotopico, esiti di ernioplastica inguinale bilaterale con protesi, procedure chirurgiche sincrone.

**Tecnica:** Abbiamo testato come strumento inseritore (con l'impiego di un simulacro di reservoir protesico AMS da 65 ml) 10 strumenti tra specula vaginali ed anoscopi mono/multiuso. Tra essi un anoscopio metallico è risultato adeguato all'uso proposto. Da gennaio 2011 e marzo 2012 abbiamo sottoposto 16 pz affetti da DE end stage ad impianto di protesi peniena tricompo-

nente tipo AMS CX/LGX 700 per via penoscrotale. 13 pz tra 40 e 73 aa sono risultati eligibili all'utilizzo dello strumento inseritore per l'applicazione del reservoir nello spazio retropubico. La procedura è risultata possibile in 11 pz (in 2 pz con esiti di PR non è stato possibile accedere allo spazio retropubico per la presenza di tenaci aderenze). Sono state effettuate valutazione soggettiva intraoperatoria della praticità di utilizzo del dispositivo e valutazione delle complicanze.

**Risultati:** L'inserimento del reservoir negli 11 pz è risultato agevole e veloce anche in presenza di abbondante spessore tessutale da adipe inguinopubico. La sola complicanza registrata nella serie è stata la perforazione accidentale di un tubo di raccordo. Non si sono osservate complicanze postoperatorie.

**Conclusioni:** L'inserimento del reservoir della protesi peniena idraulica tricomponente mediante apposito strumento si è rivelata semplice, agevole e riproducibile. Dalla nostra esperienza preliminare appare possibile che un tool appositamente realizzato allo scopo possa semplificare il tempo dell'inserimento del reservoir della protesi peniena tricomponente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C2 IMPIANTO DI PROTESI PENIENA DOPO TRAPIANTO RENALE

Omidreza Sedigh, Fedele Lasaponara, Ettore Dalmasso, Giovanni Pasquale, Andrea Bosio, Luigi Rolle, Massimiliano Timpano, Dario Fontana

Divisione Universitaria Urologia 2 AOU San Giovanni Battista Molinette - Torino

**Introduzione ed obiettivi:** In caso di deficit erettile dopo trapianto renale, nei pazienti non responsivi a terapia farmacologica per os o intracavernosa, è indicato l'impianto di protesi peniena. In letteratura siano riportati rischi maggiori rispetto alla popolazione generale. Obiettivo di questo studio è valutare i risultati a lungo

termine del trattamento protesico del DE nel paziente trapiantato, con particolare attenzione alle complicanze postoperatorie.

**Materiali e metodi:** Tra il 1999 e il 2011 9 pazienti portatori di trapianto renale sono stati sottoposti a posizionamento di protesi peniena. La causa dell'insufficienza renale era stata diabete mellito in 4 casi, rene policistico in 2, glomerulonefrite in 2 e nefropatia ipertensiva in 1. Il tempo di dialisi è stato  $27 \pm 15$  mesi. 6 pazienti sono stati sottoposti a trapianto di rene da cadavere, 2 pazienti a trapianto combinato rene-pancreas e 1 a trapianto da donatore vivente. L'impianto della protesi peniena è avvenuto dopo 1-5 anni dal trapianto renale. In 8 pazienti è stato impiantata una protesi idraulica tricomponente e in 1 una protesi semirigida. Non è stata effettuata alcuna variazione del protocollo immunosoppressivo: ciclosporina A + steroide + micofenolato in 5 pazienti e tacrolimus + steroide in 4. È stata effettuata profilassi antibiotica standard. In caso di protesi tricomponente il reservoir è sempre stato posizionato controlateralmente al graft.

**Risultati:** Non si sono osservate complicanze intraoperatorie e nel precoce postoperatorio. Nel follow-up a lungo termine 8 pazienti sono liberi da dialisi con funzione renale ottimale, protesi in sede e funzionante; 1 è deceduto per carcinoma polmonare. Non si sono registrate infezioni protesiche. 1 paziente è stato sottoposto ad intervento di sostituzione dell'attivatore protesico per malfunzionamento. In un altro si osservato il decubito scrotale dell'attivatore: in un primo tempo l'attivatore è stato ricollocato, ma una recidiva a 12 mesi ha richiesto la sostituzione dell'impianto con una protesi semirigida. Tutti i pazienti hanno rapporti sessuali soddisfacenti.

**Discussione:** L'impianto di protesi peniena in pazienti portatori di trapianto renale o trapianto combinato rene-pancreas si è dimostrato un intervento sicuro ed efficace. Secondo la nostra esperienza il rischio di complicanza infettive non è maggiore rispetto alla popolazione generale e non è necessaria alcuna variazione della terapia immunosoppressiva e della profilassi antibiotica standard.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C3

#### **IMPIANTO DI PROTESI PENIENA IDRAULICA TRICOMPONENTE, PREVIA CORPOROTOMIA BILATERALE E RICOSTRUZIONE CON RETI DI DACRON PER ESTESA FIBROSI DEI CORPI CAVERNOSI**

Marco Certo, Giuseppe Amuso, Sandro Dammino, Eugenio Di Grazia, Luigi Fondacaro, Alessandro Maira, Pasquale La Rosa

Unità Operativa Complessa di Urologia Arnas Garibaldi Catania

**Introduzione:** Come trattamento di secondo livello in pazienti affetti da Disfunzione Erettile, in caso di fallimento delle terapie orali con inibitori delle 5 fosfodiesterasi, si usano vasodilatatori intracavitari come le Pro-

staglandine. Se si verifica un ulteriore fallimento anche con le Prostaglandine, l'ultima chance viene offerta dall'approccio chirurgico dato dalle protesi peniene.

**Materiali e metodi:** Paziente di 52 anni, affetto da diabete giovanile dall'età di 12 anni, insulino dipendente. Affetto da DE da circa 10 anni, è stato trattato con impianto di protesi peniena idraulica tri-componente circa 5 anni addietro presso altro nosocomio. Dopo due mesi espantato per estrusione di cilindro cavernoso destro. Non più reimpiantato.

Giunge alla nostra osservazione per nuovo approccio terapeutico, viene eseguita RMN dei corpi cavernosi che mette in evidenza estesa fibrosi dei corpi cavernosi. D'accordo con il paziente si decide un nuovo impianto di protesi peniena idraulica tri-componente contestualmente a corporotomia bilaterale, escissione di tessuto fibroso cavernoso, impianto di protesi e ricostruzione dei corpi cavernosi con reti in Dacron.

**Risultati:** Il paziente viene rivalutato ad una settimana dalla dimissione, la ferita è ben consolidata e la protesi è ben funzionante. Nuova valutazione a 60 giorni dalla dimissione con buona soddisfazione del paziente per il buon funzionamento della protesi.

#### **Nostra esperienza**

- da marzo 2010 ad oggi abbiamo impiantato 19 pazienti tutti con protesi idrauliche tri-componenti.
- 3 pazienti affetti da diabete giovanile
- 1 paziente con fibrosi dei corpi cavernosi post episodio di prolungato (12 giorni) priapismo
- 1 espanto di protesi peniena bicomponente con difetto meccanico e impianto contestuale di nuova protesi tricomponente
- 1 paziente nefropatico in attesa di trapianto renale
- 13 pazienti post-protatectomia radicale
- 1 espanto protesi dopo 2 mesi per intolleranza ai materiali protesici.

**Conclusioni:** Oggi tutti gli uomini affetti da DE possono essere trattati con buoni risultati, attraverso terapia farmacologica orale, intravarnosa iniettiva o terapia psicologica.

Quando queste non danno i risultati sperati le protesi peniene moderne rappresentano un approccio chirurgico efficace, non particolarmente gravato da morbidità per il paziente, con ottimi risultati estetici e funzionali. È consigliabile, quando si è costretti ad espantare una protesi, reimpiantarla nella stessa seduta operatoria o comunque nel più breve tempo possibile dall'espanto. Evitando così l'instaurarsi di processo fibrotico, a carico dei corpi cavernosi, che renderebbe più complesso un successivo reimpianto.

Video parti salienti intervento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C4****FATTORI DI RISCHIO E DISFUNZIONE ERETTILE DOPO RESEZIONE PROSTATICA TRANS URETRALE IN PAZIENTI PDE5-NAÏVE**

Vincenzo Favilla<sup>1</sup>, Sebastiano Cimino<sup>1</sup>, Giorgio Ivan Russo<sup>1</sup>, Costanza Salamone<sup>1</sup>, Eugenia Fragalà<sup>1</sup>, Tommaso Castelli, Massimo Madonia<sup>2</sup>, Giuseppe Morgia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologia, Policlinico Universitario G. Rodolico, Catania;

<sup>2</sup>Clinica Urologia, Policlinico Universitario di Sassari

**Introduzione ed obiettivi:** Valutare l'impatto della TURP (Transurethral resection of the prostate) sulla potenza sessuale in pazienti sessualmente attivi PDE5i naïve, affetti da LUTS secondari ad ipertrofia prostatica benigna.

**Materiali e metodi:** Abbiamo condotto un'analisi retrospettiva su 120 pazienti sottoposti a TURP. Sono stati inclusi nello studio solo 89 soggetti che risultavano PDE5i naïve e potenti pre-intervento (IIEF-5 > 21). I pazienti sono stati valutati al baseline ed a 6 mesi mediante i questionari International Prostate Symptom Score (IPSS) ed International Index of Erectile Function (IIEF-5). Per ciascun paziente sono stati raccolti i dati relativi a presenza di diabete, dislipidemia, ipertensione, indice di massa corporea (BMI) ed i parametri operatori quali durata dell'intervento e durata della cateterizzazione.

**Risultati:** A 6 mesi, lo score medio dell'IIEF-5 è risultato significativamente ridotto da 22,35 a 17,29 ( $p < 0,0001$ ). Nessuna correlazione significativa è stata osservata tra presenza di ipertensione ( $p = 0,52$ ), diabete ( $p = 0,07$ ) e dislipidemia ( $p = 0,28$ ) e sviluppo di disfunzione erettile (ED) di nuova insorgenza dopo TURP in pazienti con normale IIEF-5 score prima dell'intervento. Durata dell'intervento ( $p = 0,60$ ), durata della cateterizzazione ( $p = 0,52$ ) e BMI ( $p = 0,16$ ) non correlavano con una riduzione dell'IIEF-5 post TURP. All'analisi di regressione lineare è stato dimostrato che soltanto l'età (coefficiente  $\beta = -0,44$ ;  $p < 0,0001$ ) è risultata significativamente associata a disfunzione erettile di nuova insorgenza.

**Conclusioni:** L'età del paziente sembra rappresentare l'unico fattore di rischio associato all'insorgenza di disfunzione erettile a 6 mesi dalla TURP.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C5****CISTECTOMIA RADICALE NERVE-SPARING ROBOT-ASSISTITA: RISULTATI ONCOLOGICI E FUNZIONALI PRELIMINARI**

Anastasios D. Asimakopoulos<sup>1</sup>, Mirko Florio<sup>1</sup>, Beniamino Iorio<sup>1</sup>, Andrea De Carolis<sup>1</sup>, Richard Gaston<sup>2</sup>, Enrico Spera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" Policlinico Casilino;

<sup>2</sup>Department of Urology Clinique Saint Augustin, Bordeaux

**Introduzione ed obiettivi:** I risultati sulla funzione erettile dopo cistectomia radicale sono generalmente deludenti. Descriviamo la tecnica di cistectomia radicale robot-assistita (RARC) con dissezione intrafasciale dei

bundle vascolo-nervosi seguita da derivazione ortotopica intracorporea e presentiamo i risultati oncologici, funzionali e le complicanze.

**Materiali e metodi:** Fra Gennaio 2011 e Marzo 2012 sono state eseguite 15 RARC con dissezione intrafasciale dei bundle vascolo-nervosi in pazienti senza deficit erettile e senza evidenza di tumore vescicale localmente avanzato (stadio < pT3a, distante dal trigono). Tutte le procedure sono state eseguite dallo stesso operatore con esperienza sia laparoscopica che robotica. Procedure eseguite col sistema robotico Da Vinci. La procedura inizia con una linfoadenectomia iliaco-otturatoria estesa bilaterale. Segue la cistoprostatectomia secondo i principi di 'tension and energy-free' dissezione della rete nervosa periprostatica, con risparmio del fondo delle vescicole seminali ed infine la derivazione urinaria per via intracorporea (6 secondo Studer, 9 neovesica ileale a W).

Tutti i parametri perioperatori come pure i dati patologici, le complicanze precoci e tardive, la continenza urinaria e la potenza sessuale erano le misure di outcome.

**Risultati:** L'età mediana dei pazienti, il tempo operatorio, la perdita di sangue, il numero medio di linfonodi rimossi, il follow-up mediano e la degenza media erano 57 anni (range: 45-67), 300 min (range: 240-400), 400 ml (range: 200-900), 17 (range: 9-35), 11 mesi e 10 giorni (8-13), rispettivamente. Complicanze precoci maggiori sono state osservate in 1 paziente (7%). In questo caso era necessario il reintervento in laparoscopia per perforazione intestinale. In altri 4 casi sono state osservate complicanze minori.

Lo stadio patologico era pT2 (11 casi), pT3 (2 casi) e pT2N1 (2 casi). I margini chirurgici erano negativi a tutti i pazienti. Tutti i pazienti sono continenti durante il giorno e 13/15 pazienti (87%) sono potenti con (6) o senza (7) utilizzo di PDE-5.

**Conclusioni:** La nerve-sparing RARC con ricostruzione intracorporea di neovesica è una procedura che in mani esperte risulta sicura, con buoni risultati oncologici e con ottimi risultati funzionali.

Ulteriori studi con maggiore numero di pazienti, più lungo follow-up e possibilmente con gruppo di comparazione sono necessari per confermare i nostri risultati preliminari.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C6****IL RIPRISTINO DELLA FUNZIONE ORGANICA E EROTICA NELL'IMPIANTO DI PROTESI PENIENA: QUALE RELAZIONE?**

Annamaria Abbona, Francesca Peraldo, Francesca Pisano, Francesco Soria, Chiara Fiorito, Paolo Gontero  
Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Urologia-1, Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista Molinette, Torino, Italy

**Introduzione ed obiettivi:** In letteratura sono riportati molti studi riguardanti il funzionamento delle protesi peniene ma solo pochi di essi prendono in considerazione i problemi psicosessuali annessi, quali la soddi-

sfazione del paziente e della coppia e la ripresa della funzione erotica. Scopo del nostro studio è quello di valutare la correlazione tra la funzione organica e quella erotica e di sottolineare l'importanza di una gestione multidisciplinare di questi pazienti coinvolgendo la figura dell'Urologo e dello Psico-sessuologo.

**Materiali e metodi:** Lo studio è stato disegnato come un trial caso-controllo a 2 bracci. Abbiamo arruolato pazienti con disfunzione erettile candidati ad impianto di protesi peniena tri-componente. Nel primo braccio (controlli) abbiamo arruolato pazienti prima del 2009 che sono andati incontro alla sola chirurgia, senza alcun tipo di counselling psico-sessuologico. Da gennaio 2009 abbiamo arruolato pazienti (casi) che sono stati sottoposti ad un iter terapeutico composto di 4 step.

1. Preoperatoriamente i pazienti sono stati sottoposti ad un counselling psico-sessuologico di coppia e, in caso di problemi comportamentali o sistemici, a terapia di coppia.
2. Trattamento chirurgico.
3. Valutazione psico-sessuologica post trattamento.
4. Follow-up.

A tutti i pazienti arruolati sono stati somministrati questionari andrologici (IIEF, Sexual Daydreaming Questionnaire) preoperatoriamente e a 3, 6 e 12 mesi. I pazienti arruolati sono comparabili per età, tipo di chirurgia e protesi impiantata.

**Risultati:** Ad oggi 15 pazienti sono stati arruolati nel braccio 1 e 15 nel braccio 2. Dall'analisi dei questionari emerge una correlazione positiva tra gli outcomes chirurgici e il recupero della funzione erotica individuale e di coppia nel gruppo dei casi. Inoltre durante il counselling psico-sessuologico di coppia preoperatorio sono emersi importanti resistenze culturali, difficili da superare, specialmente nelle partners al di sopra dei 55 anni di età.

**Conclusioni:** Dopo l'impianto della protesi la sessualità e la funzione erotica sono significativamente migliorate nei pazienti in cui il trattamento chirurgico è stato preceduto ed accompagnato da un counselling psico-sessuologico (casi), rispetto ai pazienti che sono andati incontro unicamente a chirurgia (controlli).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C8

### ESTRAZIONE DI SPERMATOZOI TESTICOLARI (TESE) IN URGENZA DOPO TRAUMA TESTICOLARE GRAVE. ESPERIENZA PERSONALE

Franco Gadda<sup>1</sup>, Gabriele Cozzi<sup>1</sup>, Matteo Giulio Spinel-  
li<sup>1</sup>, Mariapia Serrago<sup>1</sup>, Pietro Acquati<sup>1</sup>, Paolo Guido Del-  
l'Orto<sup>1</sup>, Mario Ferruti<sup>1</sup>, Emanuele Ferrante<sup>2</sup>, Francesco  
Rocco<sup>1</sup>

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Cli-  
nica Urologica Università degli Studi di Milano; <sup>2</sup>Fondazione IRCCS  
Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Clinica Endocrinologi-  
ca Università degli Studi di Milano

**Introduzione ed obiettivi:** In pz a rischio di infertilità

(es. monorchidi o ex criptorchidi) il trauma testicolare grave può comportare sequele per la fertilità. In pz poli-traumatizzati lo spermioγραμμα è spesso difficile da eseguire. Lo scopo dello studio è valutare la fattibilità dell'estrazione testicolare di spermatozoi in urgenza in casi selezionati di trauma testicolare grave.

**Materiali e metodi:** 2 pz sono giunti alla nostra osservazione dopo trauma pelvico e testicolare grave.

Pz 1: Intervento per correzione criptorchidismo dx in età infantile. L'ecografia scrotale ha mostrato la discontinuità della tunica albuginea del testicolo sx e il testicolo dx normale. Il pz è stato sottoposto ad esplorativa testicolare con riscontro di lacerazione equatoriale dell'albuginea e estrusione del 70% della polpa testicolare. Si è proceduto a estrazione della polpa testicolare conservandola in soluzione HTF con gentamicina e a sutura della albuginea.

Pz 2: Trauma testicolare bilaterale (ferita aperta scrotale e dell'albuginea a dx) associato a dissecazione traumatica della arteria femorale comune sx e trombosi dell'arto inferiore sx. La TAC addome preoperatoria mostra un lieve ematocele a sx con parenchima normale. Il paziente è stato sottoposto a riparazione dell'albuginea e a resezione in urgenza della arteria femorale e riparazione con patch autologo di safena. Nel post operatorio, per comparsa di tumefazione in emiscroto sx è stato sottoposto a RMN scrotale con riscontro di rottura dell'albuginea sx. Alla chirurgia si è riscontrata rottura equatoriale della stessa. Si è proceduto a estrazione di polpa testicolare conservata secondo il metodo precedente. Gli spermatozoi recuperati dai tubuli sono stati conservati secondo il protocollo standard (glicerolo e Test Yolk Buffer).

**Risultati:** Pz 1: Estrazione degli spz efficace dopo 12 ore dal prelievo con congelamento di 7 pallettes. Lo spermioγραμμα a 3 mesi dal trauma ha mostrato teratozoospermia grave.

Pz 2: Nessuna cellula germinale rilevata nella polpa testicolare a 12 ore dal prelievo in quadro compatibile con aplasia della linea germinale. Esami ormonali a 3 gg dall'intervento deponenti per ipogonadismo ipergonadotropo. Il paziente non ha ancora eseguito uno spermioγραμμα.

**Conclusioni:** L'estrazione di spz in urgenza può essere un'opzione utile in urgenza in caso di trauma testicolare grave in pazienti selezionati a rischio di infertilità, in particolare quando la crioconservazione del liquido seminale non è possibile immediatamente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C9

### L'IMPATTO DELLE URETROPLASTICHE BULBARI CON INNESTO VENTRALE DI MUCOSA BUCCALE (MB) SULLA FUNZIONE EIACULATORIA, SULLA FUNZIONE ERETTILE E SULLA VITA SESSUALE

Enzo Palminteri<sup>1</sup>, Elisa Berdondini<sup>1</sup>, Cosimo De Nun-

zio<sup>2</sup>, Stefano Lauretti<sup>3</sup>, Serena Maruccia<sup>4</sup>, Giovanni Bozzini<sup>4</sup>, Luca Carmignani<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Centro di Chirurgia Uretrale, Arezzo; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia, Ospedale Sant'Andrea, Roma; <sup>3</sup>Centro Ospedaliero Andrologico, Roma; <sup>4</sup>Dipartimento di Urologia, Ospedale San Donato, Milano

**Introduzione ed obiettivi:** Abbiamo determinato l'effetto della riparazione delle stenosi bulbari con innesto ventrale di MB sulla funzione eiaculatoria, sulla funzione erettile e sulla vita sessuale.

**Materiali e metodi:** Tra il 2009 ed il 2010, 52 pazienti sottoposti a Uretroplastica Bulbare con innesto ventrale di MB sono stati valutati tramite questionari mirati alla valutazione dei disturbi sessuali prima e dopo la chirurgia. Tutti i pazienti hanno completato pre e post-operatoriamente il questionario validato MSHQ e post-operatoriamente un questionario non validato ma adattato allo studio della funzione sessuale dopo uretroplastica.

**Risultati:** Prima dell'uretroplastica, la maggior parte dei pazienti riferivano disturbi eiaculatori influenzanti la qualità della vita; molti (34.6%) pz temevano un peggioramento post-operatorio della vita sessuale.

Dopo l'uretroplastica, nessuno ha riportato un peggioramento dell'erezione, mentre la maggior parte ha riferito un miglioramento dell'eiaculazione con riguardo alla forza, volume e piacere dell'eiaculazione; 42% dei pz hanno riferito disturbi della sensibilità scroto-perineale e 15% hanno riferito cambiamenti estetici dei genitali ma senza impatto sulla vita sessuale. C'è stato un significativo miglioramento nell'attività e desiderio sessuale, relazione con il partner e qualità della vita sessuale. Tutti hanno riportato un miglioramento della qualità della vita e sono soddisfatti del risultato finale dell'uretroplastica.

**Conclusioni:** La stenosi uretrale può determinare disturbi eiaculatori che influenzano la qualità della vita. I pazienti dichiarano una marcata ansietà per gli effetti dell'uretroplastica, con particolare riguardo alle ipotetiche complicanze sessuali. L'uretroplastica bulbare con innesto ventrale di MB è un intervento minimalmente aggressivo che ha dimostrato di migliorare la qualità della vita di relazione e della vita sessuale con particolare riguardo alla funzione eiaculatoria.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C10

### RISULTATI A LUNGO TERMINE DELLE URETROPLASTICHE BULBARI CON INNESTO DI SMALL INTESTINAL SUBMUCOSA (SIS)

Enzo Palminteri<sup>1</sup>, Elisa Berdondini<sup>1</sup>, Giuseppe Toscano<sup>2</sup>, Serena Maruccia<sup>3</sup>, Luca Carmignani<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Centro di Chirurgia Uretrale, Arezzo; <sup>2</sup>Urologia Territoriale, Napoli; <sup>3</sup>Dipartimento di Urologia, Ospedale San Donato, Milano

**Introduzione ed obiettivi:** Riportiamo i risultati a lungo termine di uno studio prospettico sulle uretroplastiche bulbari di ampliamento con innesto di Small Intestinal Submucosa (SIS).

**Materiali e metodi:** Da Gennaio 2003 a Gennaio 2007,

25 uomini (età media 41 anni) con stenosi uretrale bulbare sono stati sottoposti ad uretroplastica di ampliamento con innesto a toppa di SIS posizionato sulla superficie dorsale o ventrale o dorsale più ventrale dell'uretra. Il follow-up medio è stato di 67 mesi (range 49-96). I risultati clinici sono stati considerati fallimento in caso di getto urinario ostruito oppure di necessità di qualsiasi ulteriore manovra postoperatoria, inclusa la dilatazione.

**Risultati:** Su 25 casi, 19 (76%) sono stati successi e 6 (24%) fallimenti. Non ci sono state complicanze postoperatorie relative all'impiego di materiale eterologo, come infezioni o rigetto. La riparazione delle stenosi > 4 cm ha dimostrato una percentuale di fallimento del 100%. Su 6 fallimenti, 3 casi sono stati trattati tramite uretrotomia endoscopica e 3 pazienti sono stati sottoposti a uretrotomia perineale.

**Discussione:** La mucosa buccale è considerata attualmente il tessuto di sostituzione goldstandard nel trattamento delle stenosi uretrali bulbari, ma il tipo di materiale di sostituzione ideale rimane uno dei maggiori problemi della chirurgia ricostruttiva uretrale. In letteratura l'impiego del SIS nell'uretroplastica bulbare è riportato in pochi studi, con scarse serie di pazienti e risultati a breve termine. Il nostro studio con una casistica relativamente ampia ed un lungo follow-up ha dimostrato un percentuale di successo del 76%.

L'impiego del SIS potrebbe rappresentare una opzione alternativa nell'armamentario del chirurgo ricostruttivo uretrale nei pazienti che non sono candidati ideali per il prelievo di mucosa buccale. Sono necessarie serie più ampie di pazienti con lunghi follow-up prima di suggerirne un uso più allargato.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C11

### URETROPLASTICA SECONDO KOYANAGI-NONOMURA MODIFICATA "TWO STAGES IN ONE TIME": NOSTRA ESPERIENZA

Massimo Catti<sup>1</sup>, Barbara Tadini<sup>1</sup>, Efisia Marras<sup>1</sup>, Luisa Ferrero<sup>1</sup>, Valeria Bucci<sup>1</sup>, Aurelie Chiappinelli<sup>2</sup>, Roberto Decastro<sup>2</sup>, Emilio Merlini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Urologia Pediatrica, OIRM, Torino; <sup>2</sup>Casa di Cura Petrucciani, Lecce

**Introduzione:** L'intervento di Koyanagi-Nonomura utilizza la cute peniena e prepuziale per correggere in tempo unico le ipospadie posteriori (baso peniene o più prossimali) con un importante incurvamento penieno ed un piatto uretrale inadatto per la ricostruzione. Presentiamo i nostri risultati con la modifica da noi proposta per ovviare all'inconveniente del ridotto apporto vascolare distale ai lunghi lembi cutanei utilizzati per la ricostruzione.

**Materiali e metodi:** 59 pazienti (età media 2,2 anni, range 4 mesi-18 anni) con le caratteristiche sopra descritte sono stati sottoposti ad uretroplastica: "2 stages in 1 time" tra il 1998 ed il 2011.

Dopo incisione circonferenziale sottoglandulare ed

aver verificato l'inadeguatezza del piatto uretrale per la ricostruzione viene eseguito degloving penieno e la completa asportazione del piatto uretrale e delle chordee ventrali. In caso di persistenza di recurvatum al test di erezione artificiale si realizza una corporoplastica. Il prepuzio viene trasposto ventralmente facendo passare il glande attraverso un orificio prepuziale lasciando dorsalmente solo la quantità di cute necessaria alla copertura dell'asta e quindi diviso longitudinalmente in due creando due lembi la cui vascolarizzazione viene preservata accuratamente. Previa preparazione del glande, la porzione mucosa dei due lembi così ottenuti viene suturata lungo la linea mediana ancorandola in profondità ai corpi cavernosi, ottenendo così un neo-piatto uretrale ben vascolarizzato che viene quindi tubulizzato previa incisione a U rovesciata. Infine si realizza la copertura peniena con la cute residua.

**Risultati:** Dei 59 pazienti operati, 32 (54,3%) sono asintomatici e presentano un risultato soddisfacente con un pene dritto, un neomeato apicale ed un buon risultato estetico e 9 (15,2%) presentano un neomeato subapicale ma senza disturbi minzionali per cui non sono stati rioperati. Infine 18 pazienti (30,5%) hanno presentato una complicanza che ha necessitato un reintervento (1 deiscenza totale, 4 stenosi, 4 diverticoli e 9 fistole uretrali).

**Conclusioni:** Il trattamento delle ipospadiie prossimali rimane controverso e, a prescindere dalla tecnica utilizzata, il tasso di complicanze rimane significativo come confermato dai dati della letteratura. La nostra modifica alla tecnica di Koyanagi costituisce una valida opzione per la ricostruzione in tempo unico di casi selezionati di ipospadia prossimale con risultati soddisfacenti a lungo termine.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C12

### IPOSPADIE PROSSIMALI TECNICHE A CONFRONTO: "LONG-TIP" VERSUS "SNODGRAFT"

Barbara Tadini<sup>1</sup>, Massimo Catti<sup>1</sup>, Efisia Marras<sup>1</sup>, Luisa Ferrero<sup>1</sup>, Valeria Bucci<sup>1</sup>, Roberto De Castro<sup>2</sup>, Emilio Merlini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Urologia Pediatrica OIRM - S. Anna, Torino; <sup>2</sup>Clinica Petrucciani, Lecce

**Materiali e metodi:** Tra ottobre 2008 e gennaio 2012 13 pazienti (età 14- 76 mesi, media 31,2) sono stati sottoposti ad Uretroplastica "Snodgraft"; 10 pazienti presentavano forme peno-scrotali con recurvatum importante, 1 paziente presentava un'ipospadia medio-peniene con piatto uretrale stretto, un altro una ipospadia sottocoronale in esiti di pregressa uretroplastica ed uno anch'esso già operato in passato con tecnica in due tempi presentava stenosi dell'uretra ricostruita. In 11 casi è stato utilizzato un lembo libero prepuziale e in 2 un patch di mucosa buccale; 11 pazienti hanno necessitato di corporoplastica dorsale sec Baskin.

Abbiamo confrontato i risultati della succitata tecnica con quella long TIP descritta da Snodgrass, in una

popolazione simile di 12 pazienti (età 12-28 mesi, media 18) con ipospadia penoscrotale e importante incurvamento in 10, operati dallo stesso operatore tra il gennaio 2004 ed il giugno 2008, realizzando in contemporanea una corporoplastica dorsale in 10 casi.

**Risultati:** Il follow-up medio per la tecnica Snodgraft è di 13,6 mesi (range 3-42). 1 paziente ha presentato una fistola baso-peniene in presenza di un'uretra ricostruita non stenotica, ed 1 paziente ha presentato nell'immediato postoperatorio la deiscenza dell'uretra ricostruita (15%). Entrambi i pazienti sono in attesa di reintervento. Un paziente è stato perso al follow-up. Nei 10 casi restanti i pazienti hanno minzioni agevoli con mitto valido e unico attraverso un meato glandulare, in presenza di un pene dritto. I genitori riferiscono un risultato estetico molto soddisfacente in 8 casi e soddisfacente in 2.

Per la tecnica long TIP il follow up medio è di 56 mesi (range 24-79). Tutti i pazienti hanno un pene dritto con meato glandulare. 4 pazienti (33%) hanno presentato complicanze: 2 casi di fistola uretrale e 2 casi di stenosi dell'uretra distale ricostruita che hanno necessitato un reintervento.

**Discussione:** La tecnica Snodgraft è indicata, in alternativa alle uretroplastiche Onlay e long TIP per le ipospadiie peniene e peno-scrotali e per i casi di "redo-urethroplasty" che presentino un piatto uretrale utilizzabile per la ricostruzione ma particolarmente stretto.

**Conclusioni:** Nella nostra esperienza, seppur limitata a pochi casi, la tecnica "Snodgraft" fornisce risultati incoraggianti, con tasso di complicanze minore, anche se statisticamente non significativo, rispetto alla tecnica long TIP.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C13

### URETROPLASTICA CON DOPPIO INNESTO DORSO-VENTRALE: RISULTATI PRELIMINARI DI STUDIO COMPARATIVO RETROSPETTIVO TRA MUCOSA BUCCALE/SIS VS SOLA MUCOSA BUCCALE

Antonio Vitarelli, Lucia Divenuto, Stefano Alba, Igino Intermite, Enrico Lavelli, Salvatore Telari, Arcangelo Pagliarulo

Urologia II Università, Dip. di Emergenza e Trapianto d'Organi Sez. Urologia e Andrologia, Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari

**Introduzione ed obiettivi:** La mucosa buccale è il tessuto di sostituzione uretrale con più alta percentuale di successo. Dall'ingegneria tissutale abbiamo nuovi tessuti di origine eterologa il cui utilizzo ha dato risultati incoraggianti, sebbene inferiori alla mucosa buccale (MB). Scopo del nostro studio è valutare se l'associazione della MB al SIS (Small Intestinal Submucosa) consenta di avere risultati almeno sovrapponibili al solo impiego di MB.

**Materiali e metodi:** Dal 2008 al 2011, 20 pazienti (pz) di età media 50,4 anni (20-70) sono stati sottoposti ad Uretroplastica con doppio innesto. Di questi 18 presentavano una stenosi ad eziologia sconosciuta e 2 postcaterismo. Sede della stenosi era bulbare in 17 pz,

penobulbare in 2 e peniena in uno. La lunghezza media delle stenosi risultava di 2,8 cm (range 2-4). 11 pz (55%) sono stati sottoposti ad uretroplastica con accesso ventrale uretrotomico, con innesto di MB dorsale e SIS ventrale, e 9 pz (45%) a doppio innesto di MB dorsale e ventrale. Nel gruppo dei pz trattati con MB/SIS, in 10 la sede della stenosi era bulbare (91%), in una penobulbare. Nel gruppo MB/MB in 7 pz (78%) la stenosi era bulbare, in 1 peniena ed in 1 penobulbare. Il follow up medio è stato di 21 mesi (4-46). Eseguita una cistografia minzionale alla rimozione del catetere (a 3 settimane dall'intervento), quindi annuale; uroflussometria ogni 3 mesi per il primo anno, poi annuale, ed uretrocistoscopia a 3 e 6 mesi, poi annuale. Tali esami venivano anticipati in caso di peggioramento del flusso. Considerata recidiva la presenza di un flusso inferiore a 10 ml/s.

**Risultati:** Dei 20 pz operati, 17 (85%) sono stati i successi, 3 (15%) hanno avuto recidiva. Nel gruppo MB/SIS il successo è stato in 10 pz (91%), in 7 (78%) nel gruppo MB/MB. Nelle stenosi bulbari il successo è stato nel 90% dei pz del gruppo MB/SIS (9 pz) e nel 71% (5 pz) del gruppo MB/MB. In 1 pz gruppo MB/MB riscontrato un diverticolo uretrale alla cistografia a 3 settimane, scomparso ad 1 anno dall'intervento. In 1 pz gruppo MB/SIS, rilevato spandimento di mezzo di contrasto alla rimozione del catetere. In 3 pz gruppo MB/SIS ed in 1 del gruppo MB/MB, riscontro cistografico postoperatorio di 2 anelli substenotici in sede di sutura del graft, senza alterazione dei parametri flussometrici.

**Conclusioni:** I nostri risultati, preliminari e con breve follow up, mostrano percentuali di successo soddisfacenti in linea con i dati della letteratura e risultati apparentemente migliori nel gruppo in cui è stato utilizzato il SIS.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### C14

##### **NOVE ANNI DI ESPERIENZA NELL'ESPLORAZIONE MICROCHIRURGICA TESTICOLARE PER NODULI IPOECOGENI NON PALPABILI**

L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, C. Negro, E. Galletto, M. Falcone, D. Fontana

Università degli Studi di Torino; A.O.U. S. Giovanni Battista - Molinette - Torino, Divisione Universitaria di Urologia II - Direttore Prof. Dario Fontana, SSCVD Andrologia - Resp. Prof. Agg. Luigi Rolle

**Introduzione ed obiettivi:** Con l'utilizzo sempre più frequente dell'ecografia scrotale nella diagnosi di patologie scrotali, l'individuazione di noduli testicolari ipoecogeni non palpabili rappresenta un problema emergente, di non univoca gestione. Infatti, non esistono attualmente delle linee guida condivise sulla gestione di tali lesioni. Riportiamo la nostra casistica di pazienti con riscontro incidentale di lesioni ipoecogene non palpabili testicolari, sottoposti ad esplorativa microchirurgica 'testis sparing'.

**Materiali e metodi:** Abbiamo analizzato retrospettivamente la storia clinica di 35 pazienti, di età compresa tra i 22 e i 57 anni, sottoposti presso il nostro centro ad esplorazione testicolare microchirurgica, dall'Aprile 2003 all'Aprile 2012, e sottoposti a follow up clinico ed ecografico.

**Risultati:** Il lato colpito dalla lesione era il sinistro nel 65% dei casi e il destro nel 35%, il diametro medio della lesione era 4,9 mm (range 1,7-16). Nel 35% dei casi la lesione è stata diagnosticata incidentalmente durante lo studio di un'azoospermia. Nel 60% dei casi l'approfondimento ecografico con il riscontro del nodulo ipoecogeno è stato prescritto in seguito ad orchialgia. Tutti i pazienti avevano a-FP,  $\alpha$ -HCG e LDH nei range di norma. L'esplorazione microchirurgica ha permesso di individuare ed asportare la lesione in tutti i pazienti. L'esame intraoperatorio al congelatore ha evidenziato lesioni benigne in 29 casi, una neoplasia intratubulare in 2 casi e un seminoma in 4 casi. I pazienti con diagnosi al congelatore di lesione maligna sono stati quindi sottoposti ad orchiectomia. L'esame al congelatore è stato confermato in tutti i casi, ad eccezione di 2 pazienti, in cui una diagnosi estemporanea di benignità è stata poi sostituita da una diagnosi definitiva rispettivamente di seminoma e teratoma che ha richiesto l'esecuzione dell'orchifunicolectomia in un secondo tempo.

Attualmente, ad un follow-up medio di 41 mesi, non si sono riscontrate complicanze postoperatorie (atrofia testicolare) né recidive di malattia, né quadri di ipogonadismo.

**Conclusioni:** L'esplorazione testicolare microchirurgica 'testis sparing' con esame al congelatore risulta in base alla nostra casistica una tecnica sicura, affidabile e efficace nella gestione dei noduli ipoecogeni testicolari. Tale approccio è particolarmente utile nei pazienti monorchidi o desiderosi di una futura paternità, in quanto è possibile procedere contestualmente a micro-TeSE nei pazienti azoospermici

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### C15

##### **QUALITÀ DELLA VITA SESSUALE E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE DOPO CHIRURGIA PENIS-SPARING PER LESIONI PENIENE BENIGNE, PREMALIGNI O MALIGNI.**

Enzo Palminteri<sup>1</sup>, Elisa Berdondini<sup>1</sup>, Serena Maruccia<sup>2</sup>, Giovanni Bozzini<sup>2</sup>, Luca Spinnato<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Centro di Chirurgia Uretro-Genitale, Arezzo; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia, Ospedale San Donato, Milano, <sup>3</sup>Dipartimento di Urologia, Ospedale Civico, Palermo

**Introduzione ed obiettivi:** Descriviamo gli effetti della chirurgia penis-sparing nel trattamento delle lesioni peniene benigne, premaligne o maligne sulla qualità della vita sessuale ed il grado di soddisfazione del paziente.

**Materiali e metodi:** Quattordici pazienti (età media 56 anni) con lesioni peniene benigne, premaligne o mali-



gne sono stati sottoposti a chirurgia penis-sparing con ricostruzione di neo-glande tramite impiego di innesto cutaneo prelevato dalla coscia. Due casi sono stati sottoposti a decorticazione e ricostruzione del glande, 8 a glanssectomia e ricostruzione del glande, 1 a penectomia parziale e ricostruzione del glande, 3 a ricostruzione del glande dopo pregressa penectomia parziale tradizionale. La qualità della vita sessuale e la soddisfazione del paziente dopo la chirurgia sono state investigate con l'impiego di un questionario adattato.

**Risultati:** Il follow-up medio è stato di 49 mesi. Tutti i pazienti sono risultati liberi dalla malattia locale primaria. Dopo la chirurgia 13 pazienti (93%) hanno riportato la scomparsa dei disturbi preoperatori come dolore penieno, lesioni ulcerative, alterazione estetica, alterazione della sensibilità. Ci sono stati 10 pazienti (71%) che hanno riportato conservazione o miglioramento della funzione erettile, 7 (50%) conservazione o miglioramento della sensibilità peniena, 6 (43%) miglioramento dell'aspetto estetico, 6 (43%) conservazione o miglioramento della vita sessuale. Solo 1 paziente (7%) ha lamentato dolore persistente nella sede del prelievo cutaneo. Dieci pazienti (71%) hanno riportato miglioramento della qualità della vita e 11 (79%) soddisfazione riguardo il risultato della chirurgia. Tutti i pazienti (100%) hanno dichiarato che avrebbero ripetuto l'intervento se avessero avuto potuto la possibilità di scegliere nuovamente.

**Conclusioni:** Da alcuni anni il trattamento delle lesioni peniene è caratterizzato da tecniche chirurgiche che mirano ad eradicare la malattia locale nel rispetto della funzionalità e dell'estetica del pene. Le tecniche proposte sono diverse, le casistiche non sono ampie ed è difficile stabilire i criteri di valutazione di successo dell'intervento. Nella nostra esperienza, abbiamo valutato tramite questionario, la chirurgia penis-sparing combinata con la ricostruzione estetica del neo-glande: i risultati hanno dimostrato un miglioramento della qualità della vita sessuale e la completa eradicazione della malattia locale primaria.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C16

### RUOLO DELLA RMN NELLA STRATEGIA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA DELL'IPP

Fabio Palmiotto<sup>1</sup>, Giulio Aiello, Vittorio Maschio<sup>2</sup>, Nicola Zizzi<sup>2</sup>, Giuseppe Galea<sup>2</sup>, Carmine Zoccali<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UO Urologia Lamezia Terme; <sup>2</sup>UO Radiologia Lamezia Terme

**Introduzione ed obiettivi:** Valutazione dell'efficacia della RMN nell'approccio diagnostico alla malattia di La Peyronie (IPP) come supporto alla palpazione e all'ecodoppler

**Materiali e metodi:** Sono stati valutati 35 pazienti affetti da IPP, sottoponendoli ad esame obiettivo, ecodoppler dinamico e RMN basale e con erezione farmacoindotta mediante PGE1.

**Risultati:** La diagnosi di IPP è stata inizialmente effettuata mediante palpazione che permette di evidenziare

circa l'80% delle placche valutandone anche l'estensione. I pazienti sono stati poi sottoposti prima a ecodoppler dinamico che dà informazioni non soltanto sulla placca riuscendo a rivelare circa il 60% delle placche fibro-sclerotiche il 100% di quelle calcifiche ma anche sulle sue correlazioni con il fascio vascolo-neroso, sull'apparato arterioso penieno e sulla eventuale presenza di deficit erettile, e successivamente a RMN basale e con erezione farmacoindotta. La RMN è un metodo non-invasivo non-ionizzante che fornisce, unica fra le tecniche di imaging, l'anatomia del pene in 3 piani ortogonali e una ottima definizione dei tessuti molli. Tra i vantaggi ottenuti con questa tecnica abbiamo la individuazione e localizzazione di placche non evidenziabili né con la palpazione né con l'ecografia per la loro sede anomala (8 casi) perché coperte dall'osso pubico o situate alla radice-crura dei corpi cavernosi o mascherate dal grasso pubico; maggiori informazioni sulle caratteristiche della placca (morfologia, consistenza, estensione, grado di coinvolgimento dei corpi cavernosi); la identificazione delle placche in via di formazione; la definizione della placca dal tessuto circostante; la differenziazione della fase acuta infiammatoria attiva della malattia da quella non infiammatoria per indicare quando intervenire chirurgicamente; la diagnosi differenziale con esiti di traumi o ematomi organizzati.

**Conclusioni:** La RMN fornisce un valido supporto diagnostico all'esame obiettivo e all'ecodoppler del pene nello studio dell'IPP in relazione all'approccio diagnostico-terapeutico della malattia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C17

### EFFICACIA DELLA SUTURA DEL DARTOS NELLA RIDUZIONE DELLE COMPLICANZE POST-CIRCUNCISIONE

Luigi Gallo, Emilio Scalise, Antonio Gallo

Studio Uro-Andrologico Gallo, Napoli

**Introduzione ed obiettivi:** La circoncisione è un intervento eseguito in tutto il mondo da chirurghi di varia estrazione. Sebbene non complesso, può dar luogo a varie complicanze. Il chirurgo andrologo può, grazie alla sua particolare esperienza, attuare alcune finenze tecniche in grado di ridurre al massimo gli eventi avversi. Scopo del presente studio è stato valutare se la sutura dello strato dartosico può essere un accorgimento utile.

**Materiali e metodi:** Abbiamo arruolato i pazienti afferenti al nostro centro in cui abbiamo indicato un intervento di circoncisione. Criteri di esclusione sono stati: età maggiore di 50 anni; presenza di problemi emocoagulativi; diabete. I soggetti sono stati assegnati a due gruppi di trattamento a seconda dell'età. Abbiamo eseguito nei pazienti afferenti ad entrambi i gruppi un intervento di circoncisione attuando la medesima tecnica: anestesia locale tramite iniezione alla base del pene, asportazione della porzione esuberante e fimoti-

ca del prepuzio con annesso lo strato dartoico sottostante, controllo dell'emostasi e sutura della cute in punti staccati di vicryl rapid 3/0. L'unica differenza è consistita nel fatto che nei pazienti facenti parte del gruppo due abbiamo inoltre eseguito una sutura a punti staccati di vicryl 3/0 del dartos lungo tutta la circonferenza peniena. A tutti i pazienti è stato applicato il medesimo bendaggio lievemente compressivo per 24 ore. Tutti i pazienti sono stati ricontrollati a distanza di una settimana dall'intervento per la valutazione delle complicanze post-operatorie e nuovamente a distanza di sei mesi.

**Risultati:** Abbiamo arruolato nel presente studio 50 pazienti di età compresa tra i 22 ed i 50 anni. Abbiamo riscontrato rispettivamente nel gruppo uno (solo sutura cutanea) e nel gruppo 2 (sutura cutanea e dartoica) l'incidenza delle seguenti complicanze: edema (9/25 vs 1/25  $p < 0,001$ ), ematoma (7/25 vs 0/25  $p < 0,001$ ), distacco di almeno un punto di sutura (12/25 vs 1/25  $p < 0,001$ ). Alla visita di controllo dopo sei mesi è stato richiesto a ciascun paziente se fosse soddisfatto del risultato estetico dell'intervento (sì o no). Nel gruppo uno ha risposto positivamente l'80% dei soggetti (20/25) e nel gruppo due il 96% (24/25) ( $p < 0,31$ ).

**Conclusioni:** La sutura a punti staccati dello strato dartoico si è rivelata un utile accorgimento tecnico volto a ridurre le complicanze derivanti dall'intervento di circonconcisione e a favorirne la percezione estetica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C18

### ISOLAMENTO FASCIO VASCULO-NERVOSO VERSUS STRIPPING VENA DORSALE PROFONDA NELLA CORPORA PLASTICA PER RECURVATUM: RISULTATI A CONFRONTO

Luca Mavilla; Manlio Schettini; Luca Albanesi; Francesco Attisani; Barbara Cristina Gentile; David Granata; Francesco Pisanti; Teuta Shestani; Giorgio Vincenti; Roberto Giulianelli

Casa di Cura Nuova Villa Claudia Roma, Casa di Cura Villa Tiberia Roma

**Introduzione:** La lesione del fascio vasculo-nervoso con conseguente parestesia glandulare è sicuramente fra le maggiori complicazioni della corporoplastica e motivo di insuccesso in termini di soddisfazione generale del paziente.

Riportiamo la nostra esperienza nella preservazione del fnv nelle curvature congenite e da IPP ventrali e dorsali attraverso due differenti tecniche: l'isolamento completo a partenza dalle docce para-uretrali e lo stripping della vena dorsale profonda con le sue ramificazioni.

**Materiali e metodi:** Dal Gennaio 2010 al Settembre 2011 abbiamo operato 27 pazienti con età dai 16 ai 68 anni che presentavano le seguenti caratteristiche di recurvatum: dorsale 10 pazienti; ventrale 17 pazienti. L'angolo di incurvamento era tra 30 e 90 gradi. Tutti i recurvatum dorsali sono stati corretti con patch di matrice di collagene di pericardio bovino per angolo di

curvatura maggiore di 60°; mentre i ventrali, congeniti, con plicatura sec. Nesbith modificata. Per la preservazione del fascio vasculo-nervoso abbiamo eseguito su 16 pazienti un isolamento completo dello stesso a partenza dalle docce para-uretrali (8 recurvatum dorsali e 8 ventrali), mentre per 11 pazienti è stato fatto un ampio stripping della vena dorsale profonda con le sue ramificazioni (2 recurvatum dorsali e 9 ventrali).

**Risultati:** Sei mesi dopo la correzione venivano valutati i risultati e la soddisfazione dei pazienti attraverso questionario IIEF-5, ecocolordoppler penieno dinamico. È stata documentata da modesta a discreta riduzione della sensibilità del glande in 7 pazienti (43,7%) sottoposti ad isolamento del fnv, dei quali 3 con posizionamento di patch e 3 con plicatura; nei pazienti sottoposti a stripping della vena dorsale profonda, il riscontro di parestesia moderata del glande è stato riferito da 2 pazienti (18%) sottoposti a plicatura. In nessun paziente è stata osservata disfunzione erettile; un paziente (2,7%) ha riportato infezione grave della ferita; due pazienti (5,4%) 'suture knots' alla palpazione; due pazienti (5,4%) curvatura residua di 20°; venti pazienti (74%) erano soddisfatti o molto soddisfatti dei risultati dell'intervento.

**Conclusioni:** Nelle correzioni di recurvatum che interessano il dorso dell'asta peniena, lo stripping della vena profonda dorsale e delle sue ramificazioni sembra dimostrarsi più efficace nella preservazione della sensibilità del glande rispetto agli ampi isolamenti del fascio vasculo-nervoso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C19

### FALLOPLASTICA DI ALLUNGAMENTO CON L'USO DEL "Distanziatore Pubo Cavernoso in Silicone": ANALISI DEI RISULTATI DOPO 10 ANNI

Giovanni Alei, Piero Letizia, Francesco Ricottoli

Dipartimento di Chirurgia "P. Valdoni", Sapienza Università di Roma

**Introduzione:** La sezione del legamento sospensore è ormai il procedimento chirurgico per il trattamento delle brevità peniene assolute. Una delle possibili complicanze è il riaccorciamento penieno da risaldata dei margini di sezione del legamento.

**Materiali e metodi:** L'incisione cutanea viene effettuata con tecnica V-Y per consentire il concomitante allungamento cutaneo al momento della sutura. Preparati gli strati superficiali, si raggiunge il legamento sospensore e lo si seziona strettamente a ridosso del versante pubico, avascolare. Abbiamo modellato il distanziatore pubo cavernoso utilizzando un parallelepipedo di silicone polimerizzato di consistenza duro-media conferendogli forma tronco-conica con due facce laterali concave. Una volta sezionato il legamento, le due concavità si adattano l'una al margine del versante pubico (fissata con punti in prolene 3-0), l'altra, a quello del versante cavernoso, occupando completamente lo spazio virtuale creatosi.

**Risultati:** Gli autori riportano i risultati di 74 pazienti sottoposti a tale intervento in dieci anni di esperienza. La necessità di permettere il maggiore distanziamento tra la faccia anteriore della sinfisi pubica ed i corpi cavernosi è a nostro avviso perfettamente ottenibile con l'uso di questo dispositivo. Esso, infatti presenta innumerevoli vantaggi: è di semplice modellamento; può essere adattato per questa sua estrema versatilità, a qualsiasi condizione anatomica si incontri; è agevole da fissare; è stabile nel tempo.

**Conclusioni:** Riteniamo pertanto, sulla scorta di quanto elencato, che l'uso di questa nuova tecnica possa finalmente garantire una seria ed affidabile prevenzione della recidiva locale con ottimi risultati estetici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C20

### EFFETTO DELLE CONDIZIONI DI MANIPOLAZIONE DEL SEME SULLA FUNZIONALITA' DEGLI SPERMATOZOI UMANI: POSSIBILE UTILIZZO DELL'ASTAXANTINA

Gabriella Dona<sup>1</sup>, Ivana Kozuh<sup>1</sup>, Leila Bakdounes<sup>2</sup>, Eugenio Ragazzi<sup>3</sup>, Sergio Ferasin<sup>2</sup>, Decio Armanini<sup>2</sup>, Giulio Clari<sup>1</sup>, Luciana Bordin<sup>1</sup>, Alessandra Andrisani<sup>4</sup>, Guido Ambrosini<sup>4</sup>, Guglielmo Bonanni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Molecolare - Chimica Biologica, Università degli Studi di Padova, Italia; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina - Endocrinologia, Università degli Studi di Padova, Italia; <sup>3</sup>Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi di Padova, Italia; <sup>4</sup>Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino, Università degli Studi di Padova, Italia

**Introduzione ed obiettivi:** La formazione di specie reattive dell'ossigeno (ROS) e la fosforilazione dei residui tirosinici (Tyr-P) delle proteine sono due eventi strettamente correlati al processo di capacitazione degli spermatozoi umani. È stato dimostrato che solo un'ottimale produzione di ROS endogene permette una corretta capacitazione, evidenziata da un aumento sia del livello di Tyr-P, che del numero di spermatozoi interessati dalla fosforilazione stessa. Inoltre, la localizzazione a livello della testa del processo di Tyr-P, si è dimostrata condizione sine qua non per indurre negli spermatozoi la successiva reazione acrosomiale (AR). Per sottolineare l'importanza delle condizioni utilizzate nella preparazione dei campioni, abbiamo confrontato due diversi tamponi, comunemente utilizzati nei centri di procreazione medicalmente assistita, valutando le eventuali alterazioni indotte nel processo di manipolazione del campione. Inoltre, è stata testata l'astaxantina, nota per le sue proprietà anti-ossidanti e presente in molti integratori alimentari somministrati per il miglioramento della qualità spermatica, allo scopo di verificarne l'eventuale attività.

**Materiali e metodi:** Le cellule, provenienti da seme di 20 donatori normozoospermici, isolate attraverso un gradiente discontinuo, sono state incubate in due diversi tamponi capacitanti (Nidacon e Cook) e in assenza o presenza di astaxantina. Gli spermatozoi

sono stati analizzati per la produzione di ROS endogene (chemiluminescenza (ECL)), per il loro quadro di Tyr-P (immunoconitochimica), per la loro capacità di andare incontro a AR (fluorescenza) e per vitalità/mortalità (positività al propidium iodide).

**Risultati:** La curva di generazione delle ROS endogene mostrava una netta discrepanza fra i campioni incubati nei due diversi tamponi. Con il tampone Cook, che impediva alle cellule di generare la quantità corretta di ROS per il regolare completamento della capacitazione, si aveva una diminuzione sia del numero di cellule Tyr-fosforilate che delle cellule nelle quali la Tyr-P si localizzava a livello della testa. Questo si rifletteva a livello funzionale su una bassa percentuale di cellule in grado di sostenere la AR. L'aggiunta di astaxantina al tampone Cook permetteva, nelle cellule interessate dalla Tyr-P, di espandere il processo fosforilativo alla testa, con relativo riscontro nell'incremento della percentuale di cellule che andavano incontro a AR.

**Conclusioni:** Negli spermatozoi la generazione di una quantità corretta di ROS, può essere influenzata dal tipo di tampone utilizzato per la loro l'incubazione. L'astaxantina, aggiunta al tampone capacitante, non agisce come semplice antiossidante, ma interviene operando un miglioramento nel livello di Tyr-P e del processo di AR.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C21

### EFFETTI ACUTI DELLA MONOSOMMINISTRAZIONE CON SILDENAFIL SUI PARAMETRI UROFLUSSOMETRICI

Stefano Masciovecchio, Pietro Saldutto, Ezio Domenico Di Pierro, Alessandro Del Rosso, Giuseppe Paradiso Galatioto, Carlo Vicentini

Università degli Studi dell'Aquila, Facoltà di Medicina e Chirurgia, S.S. Urologia e Andrologia, P.O. "G. Mazzini" - Teramo

**Introduzione ed obiettivi:** Notevole attenzione, nella recente letteratura, viene riservata alla valutazione della reale efficacia di farmaci inibitori dell'enzima 5-fosfodiesterasi (phosphodiesterase type 5 -PDE5i-) nel trattamento dei LUTS (low urinary tract symptoms) che, invece, vengono tradizionalmente utilizzati per la terapia della disfunzione erettile (erectile dysfunction - ED-). Scopo del nostro studio è stato quello di valutare gli effetti acuti dell'assunzione di sildenafil sui parametri uroflussometrici.

**Materiali e metodi:** Nel periodo compreso fra il Settembre 2011 e il Febbraio 2012 abbiamo selezionato ed arruolato per il nostro studio 33 pazienti (pz) affetti da ED con score all'international index of erectile Function-5 (IIEF-5) inferiore a 21 e contestuale score al questionario IPSS (international prostate symptoms score) compreso tra 8 e 19. Nessuno dei pz aveva precedentemente assunto alfa-litici, inibitori delle 5alfa-reduttasi o PDE5i. Due uroflussometrie con valutazione ecografica del residuo post-minzionale (postvoid residual -PVR-) sono state eseguite, da tutti i pz, prima

dell'assunzione e dopo 2 ore dall'assunzione di sildenafil 50 mg.

**Risultati:** L'età media dei pz è risultata essere di  $49.3 \pm 9.2$  anni. Al baseline il valore medio di picco di flusso massimo (Qmax) rilevato è stato di  $16.2 \pm 3.4$  ml/s, il valore di flusso medio (Qave) riscontrato è stato di  $8.4 \pm 3.0$  ml/s ed il PVR medio è stato pari a  $33.4 \pm 10.4$  ml. Dopo la monosomministrazione di sildenafil 50 mg il valore medio di Qmax, Qave ed il PVR sono stati, rispettivamente di  $17.7 \pm 5.1$  ml/s,  $10.1 \pm 3.5$  ml/s e di  $22.6 \pm 9.6$  ml. Le differenze fra i parametri valutati sono risultate essere statisticamente significative.

**Conclusioni:** Questo studio dimostra che la somministrazione di sildenafil 50 mg determina, in acuto, effetti sui parametri uroflussometrici in uomini affetti da LUTS.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C22

### L'EFFETTO RILASSANTE DEL SILDENAFIL SUL MUSCOLO DETRUSORE UMANO COINVOLGE IL PATHWAY DELL'H2S

F. Fusco, G. Cirino, C. Imbimbo, R. Sorrentino, R. D'Emanuele di Villabianca, P. Verze, D. Arcaniolo, G. Grimaldi, R. Larocca, M. Franco, V. Mirone

Centro interdepartimentale di Ricerca Preclinica e Clinica di Medicina Sessuale (C.I.R.M.S.), Università 'Federico II' di Napoli

**Background:** Gli inibitori della fosfodiesterasi-5 (PDE5i) risultano efficaci nel trattamento dei sintomi del basso tratto urinario (LUTS) sebbene il loro meccanismo di azione non sia ancora ben definito. I PDE5i inducono un rilassamento del muscolo detrusore in modo parzialmente indipendente dall'ossido nitrico. L'acido solfidrico (H2S) è un trasmettitore di recente scoperta con proprietà miorellassante. Esso viene sintetizzato a partire dalla L-cisteina attraverso gli enzimi cistationina- $\text{S}^0$ -sintasi (CBS) e cistationina- $\text{S}^0$ -liasi (CSE).

**Obiettivo:** Valutare se il pathway L-cisteina/H2S contribuisce all'effetto rilassante di Sildenafil sul muscolo detrusore umano.

**Pazienti e metodi:** Sono stati utilizzati campioni di vescica ottenuti da uomini sottoposti ad intervento di adenectomia trans-vescicale per iperplasia prostatica benigna (IPB). La presenza di enzimi CBS e CSE è stata valutata mediante western blot. La produzione di H2S è stata misurata mediante un saggio colorimetrico in condizioni basali e dopo stimolo con la L-cisteina ed in risposta a Sildenafil ( $1, 3, 10$  e  $30 \mu\text{M}$ ), 8-bromo-cGMP ( $100 \mu\text{M}$ ) o dibutiril-cAMP ( $100 \mu\text{M}$ ). Su strisce di muscolo detrusore pre-contratto è stata elaborata una curva concentrazione-effetto per l' NaHS, un donatore di H2S ( $0.1$  micron- $10\text{mm}$ ), l' L-cisteina ( $0.1$  micron- $10\text{mm}$ ) ed il Sildenafil ( $0.1$ - $10 \text{ pm}$ ). Al fine di indagare il ruolo di H2S sugli effetti del Sildenafil sono stati utilizzati anche inibitori degli enzimi CBS e CSE.

**Risultati e limitazione:** La CBS e CSE sono presenti nel

muscolo detrusore umano e convertono in maniera efficiente la L-cisteina in H2S. Sia NaHS che L-cisteina hanno attività miorellassante sulle strisce di muscolo detrusore umano. L'esposizione a Sildenafil ha determinato: I) il rilassamento di strisce a cupola del muscolo detrusore; II) un aumento concentrazione-dipendente della produzione di H2S. Entrambi gli effetti sono stati significativamente ridotti dagli inibitori CBS e CSE. Analogamente al Sildenafil, sia l'8-bromo-cGMP che il dibutiril-cAMP ha provocato un aumento della produzione di H2S.

**Conclusioni:** L'effetto miorellassante di Sildenafil sul muscolo detrusore della vescica umana coinvolge il pathway di segnalazione dell'H2S. Questo effetto può essere preso in considerazione per spiegare almeno in parte l'efficacia dei PDE5i sui LUTS. Una migliore definizione del ruolo fisiopatologico della via di H2S sulla vescica umana può aprire nuovi possibili approcci terapeutici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C23

### STUDIO OSSERVAZIONALE SUGLI EFFETTI DEL SILDENAFIL IN PAZIENTI CON "DISFUNZIONE ERETTILE" E "FENOMENO DI RAYNAUD PRIMARIO E SECONDARIO"

Rocco Rago<sup>1</sup>, Pietro Salacone<sup>1</sup>, Antonella Marcoccia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOD di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione- Ospedale S. Maria Goretti, Latina; <sup>2</sup>Centro di Riferimento per Diagnosi Precoce della Sclerodermia- Ospedale Sandro Pertini - Roma

**Introduzione ed obiettivi:** La disfunzione erettile (DE) e il Fenomeno di Raynaud (FR) sono secondari a disfunzione endoteliale e possono essere spia di malattie organiche come la sclerosi sistemica. La DE è presente nell' 80% dei pazienti sclerodermici (Hong). Il FR può essere primario (I°, 5%) e non associato a patologie sistemiche o secondario (II°) a patologie autoimmuni (connettivopatie). Scopo del lavoro è stato osservare l'effetto del Sildenafil 5 mg sul FR in pazienti con DE.

**Materiali e metodi:** Nell'ultimo anno abbiamo selezionato 12 pazienti (25-50 anni) con FR su 203 soggetti con DE che sono stati successivamente trattati dal periodo novembre 2011 a febbraio 2012. Criteri di esclusione: terapie in atto, fumo, alcool, endocrinopatie, noxae andrologiche e sistemiche. Tutti sono stati sottoposti a videocapillaroscopia della plica ungueale per la diagnosi differenziale tra FR I° e II°, ricerca ENA e ANA e questionario IIEF5 prima e dopo terapia con Sildenafil 100 mg/die. 10 pazienti (gruppo A) sono risultati affetti da FR I° e 2 (gruppo B) da FR II° (Early Sclerosi Sistemica - VEDOSS 2009). Lo studio è durato 8 settimane: 4 di osservazione (T-4) e 4 di terapia con Sildenafil 100 mg/die (T0-T4). Da T-4 a T4 i pazienti hanno monitorato il Raynaud Condition Score (RCS) per definire un punteggio medio per frequenza, durata e intensità del FR in una scala di gravità da 0 a 10. **Risultati:** nei pazienti trattati il RCS è diminuito a T4 vs T0: in A  $0.03 \pm 0.9$  vs  $2.08 \pm 0.9$  ( $p < 0.05$ ) e in B

3.03 ± 0.9 vs 5.01 ± 1.0 ( $p < 0.05$ ). L'analisi del questionario ha mostrato un miglioramento dell'erezione in corso di terapia con uno score IIEF-5 a T4 di 24.8 ± 1.4 vs 15.2 ± 2.2 a T0.

**Conclusione:** I nostri dati mostrano che il Sildenafil 100 mg risulta efficace nel trattamento della DE e dei sintomi clinici del FR I° e II° migliorando la biodisponibilità di cGMP e quindi l'attività endoteliale. L'efficacia del Sildenafil in pazienti affetti da una malattia organica dell'endotelio come la sclerosi sistemica, implica, a nostro avviso, una azione di ricondizionamento della funzione endoteliale più complessa della sola inibizione della PDE5 e pertanto meritevole di ulteriori studi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C24

### AUTORI DI REATI SESSUALI E DIPENDENZA DA SOSTANZE: TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO IN CARCERE E FOLLOW UP DELLA MISURA ALTERNATIVA ALLA DETENZIONE

Annalisa Pistuddi<sup>1</sup>, Franco Avenia<sup>2</sup>, Augusto Ermentini<sup>3</sup>, Alfio Lucchini<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Psicologa Psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2, Professore a contratto Università degli Studi di Udine; <sup>2</sup>Sessuologo, Sociologo, Presidente AIRS, Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia; <sup>3</sup>Psichiatra, Già Professore Ordinario e Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria Università degli Studi di Brescia; <sup>4</sup>Psichiatra, Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2, Professore a contratto Università degli Studi di Milano Bicocca

**Introduzione ed obiettivi:** Lavoro clinico con autori di reati sessuali, diagnosi di personalità e comorbilità con dipendenze da alcol e sostanze, psicoterapeutica in carcere e futura misura alternativa alla detenzione.

**Materiali e metodi:** I 30 casi, trattati col modello psicodinamico, diagnosticati con colloqui clinici e test di personalità (Rorschach, Object Relations Technique, Blacky). Età dai 25 ai 54 anni, 18 (60%) di età inferiore ai 40 anni. Frequenza scolastica: scuola media dell'obbligo 63% dei casi (19), 3 diploma di scuola media superiore, 8 licenza elementare. 12, il 40%, hanno avuto una relazione significativa. In 18 casi (60%) cocaina sostanza primaria usata spesso insieme all'alcol, in 5 politossicodipendenza (17%), 8 alcolisti conclamati (27%). In 26 casi complessivamente emerge l'abuso l'alcol (87%).

**Risultati:** Diagnosi di personalità secondo il DSM IV tr. 11 casi, 40%, disturbo borderline di personalità con tratti narcisistici. 5 disturbo di personalità schizoide con tratti depressivi, 2 pazienti con disturbo narcisistico di personalità conclamato, 4 disturbo di personalità nas, 2 disturbo di identità di genere e 6 soggetti psicotici. 8 casi di pedofilia (27%), che presentano in 4 un disturbo psicotico (50%), 4 disturbo di personalità conclamato (2 schizoide, 1 borderline con marcati tratti narcisistici, 1 disturbo di personalità nas; in due casi emergono tratti depressivi). Dipendenza da sostanze:

alcoldipendenza 6 casi, 2 poliassuntori. 5 assumono psicofarmaci, ansiolitici, ipnotici o antidepressivi.

**Conclusioni:** Su 30 casi, presi in carico il 23% (7) è stato ritenuto idoneo per un percorso psicoterapeutico intramurario che fosse propedeutico ad un proseguimento al di fuori del carcere in misura alternativa dell'affidamento terapeutico per pazienti tossicodipendenti. Il 13% (4) hanno attuato la misura alternativa in comunità terapeutica per tossicodipendenti e alcolodipendenti, il 10% (3) in affidamento terapeutico sul territorio. Dal follow up effettuato nel 2011, risulta che nessuno dei casi che hanno beneficiato del programma con misura alternativa alla detenzione abbia avuto ricadute nei comportamenti devianti della tipologia che riguarda i reati a sfondo sessuale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C25

### INFERTILITÀ IMMUNOLOGICA MASCHILE: RELAZIONE CON L'OUTCOME DELLA RIPRODUZIONE ASSISTITA DOPO INTRACYTOPLASMIC SPERM INJECTION

Luisa Caponecchia, Annalisa Sebastianelli, Pietro Salaccone, Immacolata Marcucci, Cristina Fiori, Roberta Sacchetto, Fabio Forte, Rocco Rago

U.O.D. Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, Ospedale S.M.Goretti - Latina

**Obiettivi:** Valutare, in coppie sottoposte a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), l'interferenza degli anticorpi antispermatozoo (ASA) nel maschio, sull'outcome dopo IntraCytoplasmic Sperm Injection (ICSI).

**Materiali e metodi:** Studio retrospettivo su 647 cicli a fresco escludendone 149 da ICSI con spermatozoi da citoaspirato testicolare e/o da scongelamento. Nei restanti 498 cicli, 399 uomini testati con ImmunoBead Test (IBT) diretto o, in caso di parametri seminali alterati, con IBT indiretto e Gelatin Agglutination Test. 36 (9,0%) pazienti (pz) erano positivi (Gruppo A) e 363 negativi (Gruppo B). Escluse da B, 41 coppie trattate con FIVET e, 5 da A e 17 da B con embriotransfer (ET) eseguito al giorno 3. In A nessuno era stato analizzato con test indiretti, quindi esclusi altri 65 pz da B con ASA su siero e plasma seminale.

**Analisi finale:** 31 coppie il cui partner maschile è positivo (= 40% ad almeno una delle classi Ig) e 240 coppie prive di ASA. In A, 13 pz avevano gli ASA solo sulla coda nemaspermica e, 18 positività mista. Donne sottoposte a stimolazione ovarica con protocollo lungo (agonista GnRH). Pick-up a 34-36 h dall'hCG e ET a 46-49 h dalla ICSI. Test di Mann-Whitney per relazione tra i parametri seminali (concentrazione, motilità e morfologia) dei gruppi e Test di Fisher per outcome della PMA (percentuali di fecondazione, divisione e qualità embrionaria, velocità di divisione embrionale, gravidanza e impianto).

**Risultati:** Età maschile e femminile, numero di ovociti MII recuperati, di embrioni trasferiti e parametri semi-

nali non mostrano differenze significative tra A e B. Percentuali di fecondazione, clivaggio e embrioni di grado 1 non statisticamente diverse (76 vs 76.7; 93.3 vs 91; 58.3 vs 58.8 rispettivamente). Evidenziata una differenza, non significativa, nelle percentuali di gravidanza (PR) e impianto tra A e B (22.2 vs 26.5 e 11.1 vs 13.5 rispettivamente). Rilevata una differenza significativa nella velocità di divisione cellulare: gli embrioni allo stadio da 4 a 6 cellule erano di più in B che in A (58.3% vs 43.3%;  $p < 0.01$ ).

**Conclusioni:** I dati evidenziano un coinvolgimento degli ASA sulla velocità di divisione cellulare. Dato il trend positivo osservato nella PR in B, è possibile ipotizzare il riscontro di differenze significative anche per questo parametro se la casistica di pz positivi fosse più elevata. Gli studi sono pochi e con numeri non rilevanti dovuti alla bassa percentuale di infertilità immunologica maschile e alla scarsa cultura andrologica dei Centri PMA.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C26

### MATRIMONI BIANCHI QUALE SESSUALITÀ?

Elena Longhi, Andrea Salonia, Patrizio Rigatti, Francesco Montorsi

Dipartimento di Urologia, Centro di Medicina Sessuale, Università Vita Salute San Raffaele, Milano, Italia

**Introduzione ed obiettivi:** Questo studio ha ampliato i risultati di un precedente studio, comunicato nell'ed. SIA 2005, per approfondire la relazione e la sessualità nelle coppie con matrimonio bianco, utilizzando ulteriori questionari validati e un counseling mirato androssessuologico.

**Materiali e metodi:** Sono state studiate 150 coppie (118 in più del precedente campione) di età compresa tra i 28 e i 40 aa (età media 34 aa), coniugate da almeno 5 aa e con un periodo di conoscenza prematrimoniale medio di 1 aa. Ad ognuno dei partners sono stati somministrati: Measuring Marital Satisfaction (MMS-3G), The Conflict Tactics Scales (CTS), Sexual Satisfaction Scale (SSS), Communication Patterns Questionnaire (CPQ), Questionario per l'Emozionalità Riproduttiva (QER). Sono seguiti 5 colloqui di counseling sessuologico con cadenza quindicinale. I follow up, al termine del counseling, sono stati eseguiti a 6 mm e a 1 aa.

**Risultati:** Come nel precedente campione, le coppie omogenee hanno avuto per lo più (75%) il 1° rapporto sessuale con l'attuale partner. Nel nuovo campione: il 64% non ha mai utilizzato l'autoerotismo, il 92% delle coppie esclude il conflitto aperto. Ostilità e rabbia (82%) vengono soffocati in atteggiamenti iperprotettivi (54%), genitoriali (34%), ludico-adolescenziali (61%). Escluso il conflitto verbale aperto, per timore di un abbandono o di una rivendicazione (più spesso fisica) dell'altro partner. Escluse pulsioni e sensazioni erotiche passionali perché associate ad atti violenti. Demandati l'iniziativa e l'insegnamento sessuale al partner. Mentre il gioco sessuale (62%) sembra più prerogativa delle

partner. Anestetizzata la sessualità ammiccante e provocatoria (82%), ricercata per lo più l'intimità effusiva. Fantasie e desiderio di tradimenti vengono perseguiti da entrambi i partners (73%) senza dare seguito ad agiti. Assenti le fantasie erotiche durante gli approcci sessuali. In tutte le coppie il desiderio di un figlio spinge ad affrontare il problema sessuale, ma non sempre (25%) a vivere l'intimità come esperienza a se stante.

**Conclusioni:** Il counseling sessuologico sembra poter attivare la sessualità nei Matrimoni Bianchi prevedendo uno spazio psicoeducazionale dove ogni partner sia libero di richiedere informazioni e ridefinire pregiudizi e paure sulla sessualità. Rispetto al precedente campione, il 23% delle coppie ha intrapreso una fecondazione assistita, il 42% ha in atto una gravidanza. Il restante 35% non ha ancora deciso in tal senso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C27

### PREVALENZA DI HPV NEI CAMPIONI BIOLOGICI DI PAZIENTI AFFETTI DA PROSTATITE CRONICA: LA PUNTA DI UN ICEBERG

Tommaso Cai<sup>1</sup>, Daniele Tiscione<sup>1</sup>, Nicola Mondaini<sup>2</sup>, Enrico Meliani<sup>2</sup>, Francesca Meacci<sup>3</sup>, Sandra Mazzoli<sup>3</sup>, Riccardo Bartoletti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O. Urologia, Ospedale Santa Chiara, Trento; <sup>2</sup>U.O. Urologia, Ospedale Santa Maria Annunziata, Università di Firenze, Firenze;

<sup>3</sup>Centro MTS, Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze

**Introduzione ed obiettivi:** Il papillomavirus umano (HPV) rappresenta oggi una vera e propria emergenza sanitaria, sia in termini di prevalenza che di costi sostenuti. La storia naturale nell'uomo, però, non è ben conosciuta e soprattutto non si hanno dati di prevalenza sul sesso maschile. Scopo di questo lavoro è la valutazione della prevalenza di HPV nei giovani maschi affetti da prostatite cronica, che non riportavano nessun segno clinico o laboratoristico indicante un'infezione da HPV.

**Materiali e metodi:** Dal Gennaio 2005 al Dicembre 2010, tutti i pazienti afferenti al nostro Centro MTS per sintomatologia da riferire a prostatite cronica sono stati sottoposti ad accertamenti microbiologici e strumentali. Ogni paziente è stato sottoposto a visita urologica con esecuzione del Test di Meares Stamey. Inoltre, per ogni paziente è stato raccolto un campione di liquido seminale ed un tampone uretrale. Ogni campione biologico è stato analizzato al fine di ricercare: germi comuni, miceti, micoplasmi, Chlamydia trachomatis, Gonococco, HPV ed HSV1 e 2. La presenza di HPV è stata valutata con test Alpha Watch HPV (Alphagenic-Diaco-Biotechnology, Trieste, Italy) e la genotipizzazione è stata eseguita con test Inno-Lipa HPV Genotyping Extra (Innogenetics, Italy).

**Risultati:** Sono stati screenati 3.184 pazienti e 2.938 arruolati. Di questi 814 (27.7%) era positivi ad HPV in uno o più campioni biologici. La genotipizzazione ha dimostrato i seguenti risultati: HR-HPV 417 (51.3%), PHR-HPV 70 (8.7%), LR-HPV 64 (7.7%), PNG-HPV 263 (32.3%). Analizzando i dati di prevalenza si osser-

va un aumento statisticamente significativo negli anni dal 2005 al 2010 ( $p < 0.001$ ) ed un aumento di HR-HPV, in modo particolare HPV 16 ( $p = 0.002$ ). Per quanto riguarda la valutazione microbiologica, si è dimostrato che tra il tampone uretrale, il liquido seminale ed il primo getto non c'è nessuna differenza significativa in termini di detection rate ( $p = 0.30$ ). Neanche tra primo getto e tampone uretrale soltanto ( $p = 0.69$ ). **Conclusioni:** La valutazione della presenza di HPV nei campioni biologici di pazienti affetti da HPV è estremamente importante, vista l'elevata frequenza (27.7%). Inoltre, è estremamente importante anche la genotipizzazione, poiché non sappiamo se il maschio è solo un carrier dell'infezione o un target. Infine, la valutazione microbiologica ha dimostrato anche che l'analisi del solo primo getto non è inferiore in termini di detection rate per l'analisi dell'HPV nel maschio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C28

### HPV E CHLAMYDIA TRACHOMATIS: COINFEZIONE IN PAZIENTI AFFETTI DA PROSTATITE CRONICA

Tommaso Cai<sup>1</sup>, Daniele Tiscione<sup>1</sup>, Nicola Mondaini<sup>2</sup>, Enrico Meliani<sup>2</sup>, Francesca Meacci<sup>3</sup>, Sandra Mazzoli<sup>3</sup>, Riccardo Bartoletti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O. Urologia, Ospedale Santa Chiara, Trento; <sup>2</sup>U.O. Urologia, Ospedale Santa Maria Annunziata, Università di Firenze, Firenze;

<sup>3</sup>Centro MTS, Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze

**Introduzione ed obiettivi:** Il papillomavirus umano (HPV) rappresenta e Chlamydia trachomatis (CT) rappresentano ad oggi le due malattie a trasmissione sessuale più diffuse. Scopo di questo lavoro è la valutazione della prevalenza di coinfezione tra HPV e CT e la valutazione degli effetti clinici e laboratoristici nei giovani maschi affetti da prostatite cronica.

**Materiali e metodi:** Dal Gennaio 2005 al Dicembre 2010, tutti i pazienti afferenti al nostro Centro MTS per sintomatologia da riferire a prostatite cronica sono stati sottoposti ad accertamenti microbiologici e strumentali. Ogni paziente è stato sottoposto a visita urologica con esecuzione del Test di Meares Stamey. Inoltre, per ogni paziente è stato raccolto un campione di liquido seminale ed un tampone uretrale. Ogni campione biologico è stato analizzato per ricercare: germi comuni, miceti, micoplasmi, CT, Gonococco, HPV ed HSV1 e 2. La presenza di HPV è stata valutata con test Alpha Watch HPV e la genotipizzazione è stata eseguita con test Inno-Lipa HPV Genotyping Extra. La presenza di CT è stata valutata attraverso analisi PCR del DNA-CT e analisi dell'espressione di IgA secretorie nei campioni biologici. Ad ogni paziente è stato somministrato il questionario NIH-CPSI. I Pazienti che presentavano un'infezione da HPV e quelli con coinfezione sono stati sottoposti a spermioγραμμα.

**Risultati:** Sono stati screenati 3.184 pazienti e 2.938 arruolati. Di questi 814 (27.7%) era positivi ad HPV in uno o più campioni biologici. Tra quest'ultimi, 126

(15.4%) presentavano anche un'infezione da CT. La valutazione dello score ha dimostrato che il gruppo con coinfezione presentava una sintomatologia più accentuata con una ridotta qualità di vita rispetto a quelli con sola infezione da HPV (NIH-CPSI 15.61 (13-26) vs 12.31 (10-26);  $p < 0.001$ ). Inoltre, l'analisi dello spermioγραμμα ha dimostrato come il gruppo con coinfezione presentava un maggior numero di forme anomale ( $p < 0.001$ ), una ridotta motilità ed un ridotto numero totale di spermatozoi ( $p = 0.003$ ;  $p < 0.001$ ).

**Conclusioni:** In letteratura sono presenti molti lavori che hanno valutato l'impatto di HPV e CT in questa tipologia di pazienti ma nessun lavoro su numeri importanti ha valutato gli effetti della coinfezione. Questo studio ha dimostrato come la coinfezione di questi due patogeni può determinare un impatto considerevole sulla salute del giovane maschio, sia in termini di qualità di vita che di fertilità.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C29

### IPO-ORGASMIA ED EIACULAZIONE RITARDATA: NOSTRA ESPERIENZA NEL TRATTAMENTO CON BUPROPIONE IN PAZIENTI NON DEPRESSI.

Furio Pirozzi Farina, Antonella Pischedda, Andrea Curreli  
U.O. Urologia Andrologica Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

**Introduzione ed obiettivi:** L'eiaculazione ritardata e la ipo-orgasmia sono definite dall'American Psychiatric Association come la difficoltà di raggiungere l'orgasmo o, la scarsa soddisfazione derivata dall'orgasmo, presente in maniera persistente e ricorrente, pur in seguito ad una sufficiente stimolazione sessuale, e tali da causare personal distress. In letteratura la prevalenza di questa disfunzione che esprime un disordine della fase eccitatoria avanzata è dell'11% della popolazione. La patogenesi è più spesso psico-sessuologica, e, se organica, esprime una compromissione della componente sensoriale/percettiva, prevalentemente quella tattile, o una compromissione della via somatica del n. pudendo. L'obiettivo dello studio è stato determinare l'efficacia del bupropione, (Zyban® GlaxoSmithKline cps. 150 mg RP), un antidepressivo dopaminergico, inibitore selettivo del re-uptake di noradrenalina e dopamina, nel trattamento dell'eiaculazione ritardata e della ipo-orgasmia.

**Materiali e metodi:** Tra Giugno 2009 e Dicembre 2011 abbiamo reclutato consecutivamente 15 pz. (età media 41 aa. range 30-58) con riferita eiaculazione ritardata e/o ipo-orgasmia. I pz. dopo accurata anamnesi sono stati sottoposti a EO e dosaggio di PRL e T plasmatico totale. A tutti è stato somministrato il questionario IIEF, e richiesto il tempo di latenza eiaculatoria. Criteri di esclusione: patologie psichiatriche, neurologiche e iatrogene che potessero causare disfunzione orgasmica. Criteri di inclusione: eiaculazione ritardata con elevati IELT e ridotta sensazione orgasmica. A tutti i

pazienti è stato somministrato in open-label Bupropione 150 mg al giorno per 3 mesi.

**Risultati:** 11 dei 15 pazienti (73%) hanno riferito una riduzione del tempo di eiaculazione e un miglioramento della sensazione orgasmica. I domini dell'IIEF riguardanti la soddisfazione sessuale e l'orgasmo sono significativamente migliorati.

**Discussione e conclusioni:** L'eiaculazione ritardata e la ipo-orgasmia sono associate ad un elevato tempo di latenza eiaculatoria e bassi valori del punteggio del questionario IIEF nei domini riguardanti la soddisfazione sessuale e l'orgasmo. Il trattamento richiede una corretta diagnosi per identificare eventuali cause organiche di questo sintomo. Il Bupropione somministrato giornalmente alla dose di 150 mg, migliora l'eiaculazione ritardata e la ipo-orgasmia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C30

#### RISCONTRO DELL'HPV-DNA IN SOGGETTI CON PROSTATITE CRONICA

Andrea Curreli, Antonella Pischedda, Furio Pirozzi Farina

U.O. di Urologia Andrologica Azienda Ospedaliero - Universitaria di Sassari

**Introduzione:** Nella letteratura noi abbiamo ritrovato pochi studi sulla possibile eziologia virale della Prostatite Cronica (PC), ed in particolare di quella da HPV. Olatumbosun (2001) ha riscontrato che nel 53% dei soggetti sintomatici e nell'8% di quelli asintomatici, in riferimento a segni/sintomi di infezione da HPV, era presente una positività per HPV-DNA nel liquido seminale.

**Obiettivo:** Il nostro obiettivo è stato quello di valutare l'eventuale riscontro di HPV in differenti sedi anatomiche di soggetti sessualmente attivi con segni/sintomi di prostatite cronica (PC tipo III) versus un gruppo di controllo.

**Materiali e metodi:** Da Dicembre 2010 a Marzo 2012 abbiamo valutato 55 pz. sessualmente attivi. Tutti hanno eseguito il test di Stamey e l'analisi microscopica del secreto prostatico (SP) ed a tutti i pz è stato somministrato il questionario NIH-CPSI. Sono stati individuati 33 pazienti con PC tipo III (GRUPPO A) e 23 pz. senza note di patologia prostatica (GRUPPO B). Età media 31,7 (range 19-47). Nessuno dei pz reclutati presentava alla penoscopia lesioni suggestive per HPV. La determinazione dell'HPV è stata condotta con tecnica PCR utilizzando tamponi HPV-DNA test (Sampler®). I test sono stati eseguiti mediante brushing del solco balano-prepuziale (BP), dell'uretra (U) e nel secreto prostatico ottenuto per spremitura (SP). L'elaborazione statistica è stata condotta mediante software SPSS.

**Risultati:** Nel gruppo A (NIH-CPSI score > 19) i soggetti positivi all'HPV-DNA era di 7/32 (21.8%) nel gruppo B (NIH-CPSI < 5) e di 2/23 (8.6%) (P < 0.05). In particolare il riscontro di positività nel GRUPPO A

era così distribuito: in 3 pz nel BP, in 1pz nel BP + U, in 2 pz nel BP + U + SP, e in 1 pz in U + SP; nel GRUPPO B la positività era presente in 2 pz e solo nel BP.

**Discussione:** Nel gruppo con CP tipo III il riscontro dell'HPV ricercato mediante tecnica PCR era del 21,8% VS 8,6% dei soggetti senza CP, mentre la presenza di positività all'HPV-DNA anche nel SP era in 3/32 pz.

**Conclusioni:** In questo nostro studio preliminare abbiamo potuto osservare che l'HPV, determinato mediante tecnica PCR, può essere riscontrato in una percentuale statisticamente significativa nei soggetti con CP abatterica rispetto ai soggetti senza CP. Riteniamo che altri studi siano necessari per attribuire il ruolo e la prevalenza dell'HPV nelle CP di tipo III.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C31

#### DISFUNZIONE ERETTILE IN PAZIENTI AFFETTI DA INDURATIO PENIS PLASTICA: PUO' IL TRATTAMENTO AD ONDE D'URTO DELLE PLACCHE MIGLIORARE LA FUNZIONE ERETTILE?

Daniele Tiscione, Tommaso Cai, Andrea Scardigli, Lorenzo Luciani, Valentino Vattovani, Carolina D'Elia, Franco Coccarelli, Gianni Malossini

U.O. Urologia, Ospedale Santa Chiara, Trento

**Introduzione ed obiettivi:** Come già ampiamente dimostrato nella patologia ortopedica, l'impiego di onde d'urto è in grado di indurre una neoangiogenesi tissutale a livello locale nonché di esercitare un effetto antalgico. Obiettivo del nostro studio è stato valutare l'efficacia del Trattamento Extracorporeo ad Onde d'Urto (ESWT) nei pazienti con Induratio Penis Plastica (IPP) che presentino Disfunzione Erettile (DE).

**Materiali e metodi:** Abbiamo analizzato 74 pazienti affetti da IPP e da noi sottoposti ad ESWT. Il grado di disfunzione erettile è stato valutato mediante autosomministrazione del questionario validato IIEF-5 (International Index of Erectile Function). I pazienti con IPP associata a DE sono stati stratificati in base all'età in 3 gruppi (< 50 anni, tra 50 e 65 anni e > 65 anni). Il nostro protocollo di trattamento ha previsto l'esecuzione di 2 sedute alla settimana per 2 settimane (totale 4 sedute) con somministrazione media di 3000 onde d'urto per seduta, ad una energia variabile tra 0,10-0,30 mJ/mm<sup>2</sup>, utilizzando il litotritore Storz Modulith SLK. L'analisi statistica è stata effettuata mediante il test Chi-quadro, utilizzando il software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versione 12.0. Un valore 'p' < 0,05 è stato considerato statisticamente significativo.

**Risultati:** 34 pazienti (46%) presentavano DE: 7 pazienti con età < 50 anni, 21 pazienti con età compresa tra i 50 e i 65 anni e 6 pazienti con età > 65 anni. Un miglioramento della funzione erettile è stato rilevato in 16 pazienti (47%): 2 pazienti (28,6%) con età < 50 anni, 13 pazienti (61,9%) con età compresa tra i 50 e i 65 anni e 1 paziente (16,7%) con età > 65 anni. L'a-



nalisi statistica non ha rilevato differenze statisticamente significative tra i diversi gruppi.

**Conclusioni:** L'ESWT non sembrerebbe garantire i medesimi risultati in tutti i pazienti affetti da IPP. In particolare l'ESWT sembrerebbe migliorare la funzione erettile nei soggetti di età compresa tra i 50 e i 60 anni (sebbene non statisticamente significativa rispetto agli altri gruppi). Una possibile spiegazione potrebbe essere rappresentata da una più importante componente psicologica nei soggetti giovani, sessualmente più attivi, e dalla presenza di comorbidità, potenzialmente responsabili di DE, in quelli più anziani.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C32

#### L'INTERVENTO DI RIASSEGNAZIONE CHIRURGICA DEL SESSO INDUCE VARIAZIONI NEL FUNZIONAMENTO PSICHICO GLOBALE?

Luigi Rolle<sup>1</sup>, Anna Gualerzi<sup>2</sup>, Carlo Ceruti<sup>1</sup>, Massimiliano Timpano<sup>1</sup>, Omidreza Sedigh<sup>1</sup>, Elisa Galletto<sup>1</sup>, Marco Falcone<sup>1</sup>, A. Gonella<sup>1</sup>, Dario Fontana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Torino - Divisione Universitaria di Urologia II - A. O. U. San Giovanni Battista - Molinette, Torino - Dir. Prof. Dario Fontana SSCVD Andrologia - Resp. Prof.agg. Luigi Rolle;  
<sup>2</sup>C.I.D.I.Ge.M - Centro Interdipartimentale per i Disturbi dell'Identità di Genere Ospedale Molinette - Dir. Scientifico: Prof. Dario Fontana

**Introduzione ed obiettivi:** Il disturbo di identità di genere è una condizione clinica che può essere associata a diversi disturbi della sfera psichica. Il nostro obiettivo è quello di valutare quale sia l'effetto sulla psiche dell'intervento di riassegnazione chirurgica del sesso dei pazienti transessuali MtoF con un'anamnesi preoperatoria positiva per disturbi di tipo psichiatrico.

**Materiali e metodi:** Dal 2005 al 2012 presso il CIDI-GeM (centro interdipartimentale disturbo dell'identità di genere Molinette) si sono registrati globalmente 281 accessi, di cui 191 con diagnosi confermata di D.I.G. (142 MtoF, 49 FtoM), età media 33,4 (18-63); 45 pazienti sono stati sottoposti a intervento di riassegnazione chirurgica del sesso presso il nostro Centro. È stata rivista retrospettivamente la documentazione relativa alle consulenze psichiatriche pre e postoperatorie dei soggetti sottoposti a RCS valutando eventuali variazioni in termini di funzionamento psichico globale; ogni paziente era stato valutato da 2 specialisti della salute mentale esperti in D.I.G. mediante colloquio clinico psicologico e psichiatrico.

**Risultati:** L'incidenza di comorbidità psichiatriche si assesta al 58,1%. In particolare sono risultati presenti disturbi dell'asse I nel 43,2% di questi pazienti, disturbi dell'asse II nel 20% (principalmente disturbi di personalità del cluster B), mentre nel 23% sono risultati presenti disturbi di entrambi gli assi. Fra i 36 pazienti a tutt'oggi recuperati al follow up 6 mesi dopo l'intervento di RCS, 15 presentavano un netto miglioramento del quadro psichiatrico (42%), 11 avevano un quadro stabile, mentre 10 (27%) avevano aggravato la loro situazione clinica. Comunque il 91% dei pazienti, indi-

pendentemente dall'outcome chirurgico e psicologico, si è dichiarato soddisfatto di aver effettuato l'RCS. Non sono inoltre emersi elementi preoperatori predittivi dell'outcome psichiatrico.

**Conclusioni:** Il disturbo di identità di genere è condizione che può essere gravata da diverse comorbidità psichiatriche. L'intervento di riassegnazione chirurgica del sesso può contribuire positivamente al miglioramento del benessere soggettivo e porta ad un miglioramento del quadro psichiatrico in più del 40% dei casi. Poiché in alcuni pazienti si registra il peggioramento del quadro psicopatologico, in assenza di fattori predittivi, è necessario il follow-up psicologico e psichiatrico postoperatorio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C33

#### STENOSI DELLA NEOVAGINA IN SOGGETTI SOTTOPOSTI A RIASSEGNAZIONE CHIRURGICA DEL SESSO MTOF: ESISTONO FATTORI DI RISCHIO?

Luigi Rolle, Gualerzi Anna<sup>2</sup>, Carlo Ceruti<sup>1</sup>, Massimiliano Timpano<sup>1</sup>, Omidreza Sedigh<sup>1</sup>, Elisa Galletto<sup>1</sup>, Marco Falcone<sup>1</sup>, Andrea Gonella<sup>1</sup>, Dario Fontana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Torino - Divisione Universitaria di Urologia II - A. O. U. San Giovanni Battista - Molinette, Torino - Dir. Prof. Dario Fontana, SSCVD Andrologia - Resp. Prof.agg. Luigi Rolle;  
<sup>2</sup>C.I.D.I.Ge.M - Centro Interdipartimentale per i Disturbi dell'Identità di Genere Ospedale Molinette - Dir. Scientifico: Prof. Dario Fontana

**Introduzione ed obiettivi:** Una delle più temute complicanze postoperatorie nella riassegnazione chirurgica del sesso in senso andro-ginoide è la stenosi della neovagina la sua completa coartazione. Per ridurre al minimo il rischio di tale evenienza è indispensabile che l'intervento chirurgico sia svolto correttamente, ma anche la stretta collaborazione della paziente nel post-operatorio, quando è chiamata a gestire adeguatamente la neovagina mediante le dilatazioni.

**Materiali e metodi:** Da Marzo 2005 ad Aprile 2012 presso il CIDI-GeM di Torino sono stati sottoposti ad intervento di RCS 42 pazienti transessuali Mto F. Di questi, 8 sono andati incontro ad una stenosi della neovagina e 3 ad una completa coartazione. Abbiamo analizzato i principali fattori demografici, anamnestici, psicologici e perioperatori di queste pazienti, con l'obiettivo di evidenziare le possibili correlazioni con le suddette complicanze postoperatorie.

**Risultati:** L'incidenza delle stenosi neovaginali risulta maggiore nelle pazienti di nazionalità italiana, rispetto alle straniere, sebbene non vi sia una differenza statisticamente significativa ( $p = 0,53$ ). Il gruppo di pazienti che hanno sviluppato una stenosi sono arrivate all'intervento di RCS ad un'età media di 29 anni [20-53], più giovani rispetto al gruppo senza stenosi che ha età media 34 anni [18-63] ( $p$  value 0,39). L'incidenza di complicanze aumenta nelle pazienti con diagnosi di patologia psichiatrica durante il percorso di transizione, con prevalenza aumentata dei disturbi dell'asse I ma senza una significatività statistica ( $p = 0,47$ ). Infine

l'incidenza delle stenosi non ha una relazione statisticamente significativa con l'anno di esecuzione del RCS e non può pertanto essere correlato con la curva di apprendimento dell'equipe chirurgica del nostro centro ( $p = 0,39$ ). Ciò che invece appare evidente è la scarsa compliance post-operatoria nel programma di dilatazioni (considerata per un numero di dilatazioni settimanali inferiori a 4) nelle pazienti con coartazione completa della neovagina ( $p = 0,02$ )

**Conclusioni:** Dallo studio non risultano condizioni associate in misura statisticamente significativa con l'incidenza di stenosi della neovagina. Pertanto uno stretto follow-up postoperatorio è imperativo in tutti i pazienti sottoposti ad intervento di RCS in senso MtoF con particolare attenzione alla compliance per le dilatazioni della neovagina.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C34

#### **IDRODISSEZIONE ECOGUIDATA DELLO SPAZIO PRERETTILE: UNA NUOVA TECNICA NELLA CHIRURGIA DEL TRANSESSUALISMO ANDROGINOIDE**

Girolamo Morelli<sup>1</sup>, Andrea Morelli<sup>1</sup>, Riccardo Pagni<sup>2</sup>, Chiara Mariani<sup>1</sup>, Giorgio Pomara<sup>2</sup>, Riccardo Minervini<sup>1</sup>, Domenico Canale<sup>3</sup>, Paolo Miccoli<sup>4</sup>

<sup>1</sup>U.O. Urologia Universitaria, Pisa; <sup>2</sup>U.O. Urologia Ospedaliera, Pisa; <sup>3</sup>U.O. Endocrinologia Universitaria, Pisa; <sup>4</sup>U.O. Chirurgia Generale II, Pisa

**Introduzione:** La chirurgia del transessualismo androginoide è molto complessa e consiste nella rimozione degli organi genitali maschili esterni e dei testicoli, preservando il fascio vascolo-nervoso del pene e parte del glande che serviranno per la ricostruzione del neo-clitoride. La pelle del pene e dello scroto è utilizzata per la formazione della neo-vagina che viene creata nello spazio virtuale delineato fra uretra bulbare, uretra membranosa e prostata anteriormente e dal retto posteriormente. Lo scopo del lavoro è valutare la differenza del tempo operatorio fra la dissezione classica e l'idrodissezione ecoguidata dello spazio prerettile nella creazione della neovagina.

**Materiali e metodi:** Dal Marzo 2011 ad oggi, il nostro staff ha eseguito 10 interventi di chirurgia andro-ginoide. I primi cinque pazienti sono stati operati usando la tecnica classica, basata sulla dissezione manuale dello spazio prerettile dall'uretra bulbare, uretra membranosa e prostata. Negli altri cinque pazienti abbiamo utilizzato una tecnica personale che consiste nell'idrodissezione dello spazio prerettile. Abbiamo iniettato 50 cc di soluzione idrosalina nello spazio prerettile usando un ago 14 gauge con guida ecografia transrettale (Technos MPX, Genoa Italy e sonda transrettale biplanare da 5-9 MHz). L'idrodissezione era chiaramente evidente alla visione ecografica.

**Risultati:** Nei primi cinque pazienti, operati con tecnica classica, il tempo di dissezione dello spazio prerettile variava da 75 a 100 minuti mentre negli altri cin-

que pazienti, operati con idrodissezione ecoguidata, il tempo variava da 45 a 75 minuti. In questi ultimi pazienti era inoltre più semplice la dissezione, il sanguinamento era minore e la visualizzazione delle strutture anatomiche era migliore.

**Conclusioni:** La idrodissezione ecoguidata è ormai un successo nella terapia radiante del carcinoma prostatico per preparare lo spazio periprostatico all'iniezione del gel. Tale tecnica è sembrata molto valida anche nella preparazione dello spazio prerettile che servirà alla creazione della neovagina nella chirurgia androginoide, permettendo inoltre un risparmio significativo del tempo chirurgico operatorio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C35

#### **LE CORPOROPLASTICHE DI RADDRIZZAMENTO CON TECNICA A DOPPIO PETTO SENZA CIRCONCISIONE**

Giovanni Alei, Piero Letizia, Francesco Ricottilli

Dipartimento di Chirurgia "P. Valdoni" Sapienza Università di Roma

**Introduzione:** Nesbit nel 1965 ha proposto il primo intervento chirurgico per la correzione del recurvatum che consiste nell'asportazione di ellissi trasversali di albuginea e successiva sutura con fili di solito non riassorbibili. Questa tecnica di facile esecuzione prevede come accesso chirurgico la circoncisione. Le successive varianti di tecniche riportate negli anni da diversi autori prevedono tutte un accesso con circoncisione. Gli Autori riportano la loro esperienza mediante corporoplastica di raddrizzamento senza circoncisione con tecnica a doppio petto negli incurvamenti congeniti o acquisiti.

**Materiali e metodi:** Descriviamo ora la tecnica originale: dopo aver effettuato l'incisione cutanea baso-peniena dorsale trasversa (nei casi di incurvamento d'ventrale) o peno scrotale (nei casi di incurvamento dorsale o laterale) si effettua la corporoevaginazione (degloving). Preparate le fasce di Colles e di Buck, si incide trasversalmente l'albuginea scollandola dal tessuto cavernoso sottostante; si ottengono così due lembi, uno prossimale ed uno distale, che vengono sovrapposti uno all'altro ('a doppio petto') suturati con punti staccati ad 'U' utilizzando acido poliglucolico 00. Successivamente si sutura il margine libero eccedente di albuginea con una continua sempre in acido poliglucolico 00 si oppone un punto di sutura con materiale non rimovibile al centro della sutura già confezionata a garanzia di tenuta per i casi di rapido assorbimento del PDV. A fine intervento viene applicata una fasciatura elastica compressiva per evitare che l'erezione notturna possa creare degli edemi.

**Risultati:** Abbiamo utilizzato questa tecnica in 574 interventi su pazienti di età compresa tra 19 e 45 anni, affetti da recurvatum penieno congenito o acquisito di vari tipi.

**Conclusioni:** Gli Autori presentano i risultati della propria casistica confrontandoli con le altre tecniche ope-

torie. Riteniamo comunque che questa tecnica sia molto vantaggiosa per l'ottima tenuta delle suture e per il minor numero delle incisioni da effettuare rispetto alle altre tecniche; inoltre non si apprezzano nodularità alla palpazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C36

#### **PROSTATECTOMIA NERVE- SEMINAL SPARING: RISULTATI ONCOLOGICI E FUNZIONALI IN 8 ANNI DI ESPERIENZA**

Mauro Mari<sup>1</sup>, Alessandra Ambu<sup>1</sup>, Stefano Guercio<sup>1</sup>, Francesco Mangione<sup>1</sup>, Francesca Vacca<sup>1</sup>, Enrico Bolli<sup>2</sup>, Marco Tampellini<sup>3</sup>, Maurizio Bellina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Uro-Nefrologia, Ospedale degli Infermi, Rivoli, Torino; <sup>2</sup>Anatomia Patologica, Università di Torino ASO S. Luigi, Orbassano, Torino; <sup>3</sup>Divisione di Oncologia, Università di Torino ASO S. Luigi, Orbassano, Torino.

**Introduzione:** Abbiamo valutato l'influenza del risparmio delle vescicole seminali in corso di prostatectomia radicale nerve-sparing sui risultati funzionali dell'intervento in termini di ripresa della continenza urinaria, della funzione erettile e sulla qualità dell'orgasmo.

**Materiali e metodi:** 145 pazienti consecutivi con adenocarcinoma prostatico localizzato sono stati sottoposti a prostatectomia radicale nerve-sparing con risparmio delle vescicole seminali, utilizzando una tecnica di "idroscollamento" per la preparazione della fascia peri-prostatica e dei bundles (1), al fine di preservare al meglio il cosiddetto "velo di Afrodite". La continenza urinaria è stata valutata il giorno dopo la rimozione del catetere vescicale e a 1, 3, 6 e 12 mesi dopo l'intervento; la funzione sessuale e la qualità dell'orgasmo sono state valutate preoperatoriamente e a 12 mesi dopo l'intervento.

**Risultati:** Il follow-up mediano è stato di 27 mesi (range 14-97 mesi). Lo stadio patologico è risultato pT0 in 2/145 pazienti, pT2 in 123/145 pazienti; pT3 in 20/145 pazienti. 19/145 pazienti avevano un margine positivo focale (11 pazienti con stadio pT3, 8 con stadio pT2). Immediatamente dopo la rimozione del catetere vescicale, a 1 e 3 mesi la percentuale di continenza urinaria è stata rispettivamente del 28%, 65% e 97%. In 104/135 pazienti (77%) la funzione sessuale è stata preservata, e in 64/135 (47%) senza l'uso di inibitori delle fosfodiesterasi 5. Il tempo mediano per la ripresa della funzione sessuale è stato di 8 mesi. La funzione sessuale è stata preservata in 80/99 (81%) dei pazienti con età < 66 anni, e in 24/36 (66.6%) pazienti di età > 66 anni (X<sup>2</sup> p = 0.08). 122/135 (90%) pazienti hanno mantenuto la capacità di raggiungere l'orgasmo.

**Conclusioni:** La prostatectomia nerve e seminal sparing, nella nostra esperienza, ha comportato un significativo miglioramento sulla precoce ripresa della continenza urinaria, sulla funzione erettile e sulla capacità di raggiungere l'orgasmo e sulla qualità dello stesso, senza compromettere la sicurezza oncologica in pazienti selezionati.

1. Mari M, Ambu A, Guercio S, Mangione F, Bellina M: Hydrodissec-

tion of pelvic fascia during nerve- seminal sparing radical prostatectomy: histological and functional results. Abstract Nr. 710; 23rd Annual EAU Congress, Milan, 26-29 March 2008.

### C37

#### **PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA NERVE SPARING E RIABILITAZIONE SESSUOLOGICA: FARMACOTERAPIA E LA RISPOSTA SESSUALE DELLA PARTNER**

Elena Longhi<sup>1</sup>, Vito Pansadoro<sup>2</sup>, Francesco Montorsi<sup>1</sup>, Alberto Pansadoro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro di Sessuologia Medica, U.O. Urologia, Università Vita e Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Fondazione Vito Pansadoro, Roma

**Introduzione:** Lo studio ha valutato 360 Prostatectomie Radicali Laparoscopiche nerve sparing, seguite con riabilitazione neuro-uro-sessuologica e farmacoterapia tradizionale.

**Materiali e metodi:** I pz, reclutati in 3 aa, sono stati sottoposti mensilmente (15 gg dopo l'intervento chirurgico e per circa 1aa) a questionari validati autocompilativi: SF-36, EDITS, IIEF, IPSS, SSLR, EES, CES-D, MAT-R.. Sono seguiti, nella fase riabilitativa sex postchirurgica, 2 colloqui individuali con il pz, 1 individuale con la partner sex, 2-3 colloqui di coppia. La farmacoterapia per il DE, secondo il protocollo Montorsi, è stata coadiuvata dalla riabilitazione neuro-uro-sessuologica dalla seconda settimana post intervento. 20 mg di Tadalafil a giorni alterni per 30-40 gg sono stati prescritti come terapia adiuvante e propedeutica alla ripresa erettile, a cui sono seguite prescrizioni diversamente incisive per la risposta sex maschile. Sia nella I sia nella II fase sono stati prescritti esercizi sex propedeutici ai preliminari (con maggiore attenzione al potenziamento della vasodilatazione) e alle manovre di ottimizzazione dell'erezione maschile. Follow up: nel 1°aa a cadenza mensile, nel 2° aa cadenza trimestrale. Il 3°aa a cadenza semestrale.

**Risultati:** L'attività sessuale, nei pz con nerve sparing monolaterale è ripresa spontaneamente solo nel 4%; con la farmacoterapia la ripresa erettile si è verificata nel 56% dei pz. Nei pz con nerve sparing bilaterale si è accertata una ripresa spontanea dell'attività erettile nel 27% dei casi che vanno sommati alla ripresa nel 28% con la farmacoterapia. Il 77% delle partner ha collaborato nella riabilitazione sex, scandendo un iter sex in 3 fasi: affettività/ripresa erettile meccanica, revisione relazione coppia/ricerca di una nuova sex, ripresa irreversibile della sessualità. A queste, si aggiungono un 18% di partner occasionali (in caso di pz vedovi o di sex precaria o interrotta già prima dell'intervento). È stato studiato anche, nella varianza, un 1% di partner omosessuali. La valutazione medica della prescrizione del Tadalafil ha ingaggiato il 65% delle partner, stimolando il pz ad un'accurata somministrazione. Nei pz omosessuali il Tadalafil ha incoraggiato la possibilità di un coinvolgimento anche mercenario nella ripresa dei rapporti sessuali e dell'erotismo.

**Conclusioni:** La riabilitazione sessuologica (con terapia farmacologica) si è confermata un approccio multidi-

sciplinare sinergico ed essenziale nella ripresa dell'attività sessuale anche con partner refrattarie all'assunzione di molecole per DE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C38

#### TRATTAMENTO CHIRURGICO DI GRAVI ACCORCIAMENTI PENIENI DA I.P.P.: RISULTATI DELLA "SLIDING TECHNIQUE" E SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI A MEDIO-LUNGO TERMINE

L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, C. Negro, E. Galletto, M. Falcone, D. Fontana

Università degli Studi di Torino A.O.U. S. Giovanni Battista - Molinette - Torino, Divisione Universitaria di Urologia II - Direttore Prof. Dario Fontana, SSCVD Andrologia - resp. Prof. Agg. Luigi Rolle

**Introduzione ed obiettivi:** La malattia di La Peyronie (IPP) si manifesta tipicamente con deformazione del pene, deficit erettile e dolore in erezione. Il recurvatum può essere corretto con tecniche di Nesbit o con chirurgia di placca. Maggiori problemi pone il trattamento dell'accorciamento, presente soprattutto nelle fasi avanzate della patologia. Presentiamo i risultati della nostra recente proposta chirurgica, nota come 'Sliding TechniquÈ in termini di outcome chirurgici, soddisfazione dei pazienti e complicanze post-operatorie.

**Materiali e metodi:** Sono stati selezionati 7 pazienti dal Giugno 2010 all'Aprile 2012, affetti da malattia di La Peyronie in stadio avanzato, con deficit erettile grave e importante accorciamento dell'asta, associato ad un incurvamento minore di 30°. Tutti gli interventi sono stati eseguiti in anestesia spinale; è stata utilizzata la tecnica personale 'sliding techniquÈ, con innesto di doppio patch di SurgiSIS dorso-ventrale e posizionamento di protesi peniena tricomponente in 5 casi (AMS 700 CX Inibizione MS Pump) e semirigida in 2 casi (AMS Spectra).

**Risultati:** La procedura ha permesso di ottenere un allungamento medio di + 3,5 cm. Il tempo operatorio medio è stato di 3 ore e 10 min. Non vi sono state complicanze intraoperatorie maggiori. Nel post operatorio non si sono verificate complicanze rilevanti (ischemia/necrosi del glande). Un paziente, in seguito a malfunzionamento dell'attivatore scrotale che non gli ha permesso di gonfiare adeguatamente la protesi secondo le prescrizioni mediche, ha subito una retrazione del patch con un conseguente accorciamento dell'asta di circa 1 cm. Il valore del IIEF ad un follow-up medio di circa un anno risulta 60,8, mentre l'EDITS si attesta a 51.

**Conclusioni:** La "Sliding Technique" rappresenta al momento una nuova opzione chirurgica nei pazienti affetti da malattia di La Peyronie con grave accorciamento del pene. L'allungamento del pene e la soddisfazione dei pazienti si mantengono costanti anche a distanza dall'intervento. Pur con i limiti di una tecnica lunga e complessa, le complicanze di questa chirurgia di placca allo stato attuale del follow up non sembrano

essere maggiori rispetto ad altre tecniche chirurgiche per la malattia di La Peyronie

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### POSTER

#### P1

#### SEPSI IN VOLUMINOSO ASCESSO PELVICO DA PROSTATITE DA VEIONELLA SPECIES: TRATTAMENTO ENDOSCOPICO MINI-INVASIVO CON OTTIMO RISULTATO ANATOMO-FUNZIONALE A 6 MESI. DESCRIZIONE DEL CASO E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Andrea Moiso, Diego Rosso, Riccardo Rossi, Roberto Borsa, Giandommaso Cordara, Gaetano Ambruso, Maria Teresa Filocamo e Patrizio Polledro  
SC Urologia, ASLCN1, PO "SS Annunziata", Savigliano (CN)

**Obiettivo:** Descrizione e revisione della letteratura su un caso di voluminoso ascesso prostatico da Veionella Species causa di quadro settico trattato in modo conservativo mediante drenaggio endoscopico.

**Materiali e metodi:** Paziente presentatosi alla nostra osservazione con quadro settico acuto e riscontro TC di voluminoso ascesso a partenza prostatica con interessamento di gran parte della pelvi e dello spazio retrovescicale. Sottoposto a drenaggio endoscopico in narcosi con incisione in corrispondenza di area pallida dell'uretra prostatica a monte del veru montanum e drenaggio di oltre 500 ml di materiale purulento (colturale positivo per Veionella Species), posizionamento di cistostomia sovrapubica senza posizionamento di catetere uretrovescicale. In seconda giornata drenaggio TC guidato di ascesso residuo saccato perivescicale.

**Risultati:** Completa remissione della fase settica dopo i drenaggi delle raccolte ascessuali, miglioramento progressivo clinico e normalizzazione degli indici di flogosi. Buona ripresa della minzione spontanea alla chiusura della cistostomia sovrapubica. I controlli radiologici con TC e uretrografia retrograda e minzionale hanno dimostrato la completa risoluzione del quadro ascessuale e una normale morfologia uretrale in particolare a livello dell'uretra prostatica sede dell'incisione endoscopica.

**Conclusioni:** Il caso descritto rappresenta un caso di ascesso pelvi-sotto-retroperitoneale insolito per estensione, tipologia di germe patogeno e modalità di presentazione (sepsi pre-CID). L'approccio endoscopico ha permesso di drenare sottovista la maggior parte del materiale purulento migliorando la fase acuta del paziente e un drenaggio percutaneo ha consentito di risolvere completamente il problema settico senza ricorrere ad una incisione laparotomica sicuramente più rischiosa per le comorbidità dovute al quadro infettivo in atto.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P2****PATERNITÀ DOPO TRAPIANTO RENALE**

Fedele Lasaponara, Ettore Dalmaso, Omidreza Sedigh,  
Giovanni Pasquale, Andrea Bosio, Dario Fontana  
SCDU Urologia 2 San Giovanni Battista Molinette Torino

**Introduzione ed obiettivi:** Per pazienti con insufficienza renale cronica il trapianto renale offre un'ottima alternativa terapeutica al trattamento dialitico. In particolare migliora la sopravvivenza e soprattutto la qualità di vita (QoL). Nell'ottica del miglioramento della QoL, a 360 gradi, deve essere compresa una maggiore possibilità di vita sessualmente attiva e fertile. Dalla revisione della letteratura si evince che anche nel sesso maschile la terapia immunosoppressiva può influenzare negativamente il ripristino di normali parametri di fertilità. Il sirolimus sembra impedire il miglioramento della funzione gonadica, con più bassi livelli di testosterone ed incremento del tasso di gonadotropine direttamente correlati al livello dell'immunodepressore ed alla durata di trattamento. Si è visto come esso possa essere causa di decremento della fertilità maschile sino all' azoospermia e come solo nel 50% dei pazienti, in cui tale farmaco era stato sospeso, si sia avuto un miglioramento dello spermogramma. Obiettivo di questo studio è l'analisi della nostra esperienza nella paternità dopo trapianto renale.

**Materiali e metodi:** Il Centro Trapianti renali di Torino è attivo dal 1981. Sono stati effettuati più di 2500 trapianti renali, di cui 88 doppi trapianti di rene e molti trapianti combinati multi organo. Abbiamo revisionato la casistica dei pazienti di sesso maschile che, infertili durante il trattamento dialitico, sono riusciti ad avere figli dopo trapianto renale.

**Risultati:** 9 soggetti di sesso maschile, che prima del grafting erano sottoposti a trattamento dialitico presso il nostro ospedale e non erano riusciti ad avere figli hanno sperimentato paternità dopo trapianto renale: 1 figlio in 5 casi, 2 figli in due diverse gravidanze in 1 caso (paziente sottoposto a 2 trapianti renali con perdita funzionale di entrambi i graft), 2 gemelli in 2 casi, e 3 figli in 1 caso.

**Conclusioni:** Dopo trapianto renale si nota un notevole miglioramento delle condizioni patologiche metaboliche, ormonali e vascolari. La Nostra esperienza evidenzia come in molti casi, nonostante la terapia immunosoppressiva, anche la fertilità maschile e la possibilità di paternità possano tornare simili a quelli della popolazione generale. Nel maschio, così come nella femmina, la possibilità di indurre o di portare avanti una gravidanza è comunque gravata da problemi specifici che devono essere ben noti e affrontati presso Centri ad alta specializzazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P3****LA SALUTE RIPRODUTTIVA DEGLI ADOLESCENTI: CONOSCENZE E COMPORTAMENTI**

Giuseppe Benedetto, Filippo Nigro, Giuseppe Abatangelo, Carmelo Tambone, Enrico Scremin, Andrea Tasca  
U.O.C. Urologia - Ospedale San Bortolo - Vicenza

**Introduzione:** Gli interventi di educazione alla salute sessuale rivestono un ruolo fondamentale riguardo la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e la conoscenza dei principali metodi contraccettivi. Il nostro studio nasce dal desiderio di approfondire le conoscenze, e i comportamenti degli adolescenti rispetto alle tematiche sessuali.

**Materiali e metodi:** Il corso di educazione alla salute sessuale è stato condotto nell'anno 2011-12 in due scuole superiori della nostra città (tot. alunni coinvolti 468, età media 17 anni, classi III, tutti maschi) da un andrologo di riferimento. Il corso di educazione alla salute è iniziato con la somministrazione di un questionario anonimo di 12 items consegnato dagli insegnanti con quesiti specifici che valutavano l'età dei primi rapporti, l'utilizzo di mezzi di contraccezione, l'utilizzo di internet per approfondire le conoscenze su patologie sessuali, l'eventuale conoscenza delle malattie sessualmente trasmesse. Successivamente sono state illustrate con powerpoint le principali patologie genitali e quindi i ragazzi sono stati sottoposti a visita medica andrologica.

**Risultati:** Nelle tabelle sono riassunti i risultati dei questionari:

In famiglia si parla di educazione alla salute?

si	285	(61%)
no	183	(39%)

A quale età hai avuto il primo rapporto sessuale?

14 anni	56	(12%)
15 anni	140	(30%)
16 anni	131	(28%)
17 anni	94	(20%)

Non ho avuto rapporti

47	(10%)
----	-------

Usi il preservativo per i rapporti?

si	281	(60%)
no	140	(30%)

Non risponde

47	(10%)
----	-------

Conosci le malattie sessualmente trasmesse?

si	375	(80%)
no	93	(20%)

Hai mai consultato siti internet per problemi di salute

si	407	(87%)
no	61	(13%)

hai mai acquistato farmaci come viagra, etc. da internet?

si	23	(5%)
no	445	(95%)

Discussione e **conclusioni**: Dai dati presentati, si è evidenziato che nella maggior parte delle famiglie si discute di educazione alla salute; però circa l'87% dei ragazzi consulta internet per problemi di salute. La maggior parte dei ragazzi inizia ad avere rapporti sessuali in una fascia di età precoce (14-16 anni) e circa il 60% usa il preservativo come metodo anticoncezionale. Minima la percentuale di ragazzi che acquista farmaci online (5%). Le principali disfunzioni sessuali riscontrate sono eiaculazione precoce, fimosi, varicocele, in analogia alla letteratura

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P4

### MIRROR MOVEMENTS NELLA SINDROME DI KALLMANN: PREVALENZA E CORRELAZIONE CON NEUROIMAGING

Alessandro Salvalaggio, Giancarlo Ottaviano, Renzo Manara, Angela Favaro, Giuliana Frasson, Valentina Citton, Laura Milanese, Silvia Rizzati, Eugenio De Carlo, Marco Rossato, Roberto Mioni, Nella Greggio, Guglielmo Bonanni

Università degli Studi di Padova-Azienda Ospedaliera di Padova

**Introduzione ed obiettivi**: In pazienti maschi affetti dalla forma X-linked della sindrome di Kallmann (ipogonadismo ipogonadotropo associato ad ipo-anosmia) è stata descritta la presenza di sincinesia bimanuale (mirror movements). I mirror movements sono dei movimenti involontari di un lato del corpo, non sopprimibili dal paziente, che 'specchiano' analoghi movimenti volontari controlaterali. Essi possono essere riscontrati fisiologicamente nel bambino fino a 5-7 anni o in condizioni congenite od acquisite di assenza del corpo calloso; essi sono apprezzabili quasi esclusivamente a livello delle mani. Lo scopo del nostro studio è la valutazione della prevalenza dei mirror movements nella sindrome di Kallmann e l'eventuale correlazione con alterazioni strutturali dell'encefalo riscontrate in risonanza magnetica.

**Materiali e metodi**: Abbiamo valutato la presenza e la sede dei mirror movements in 16 pazienti maschi (età media 32,2 anni, range 15-55 anni) affetti da sindrome di Kallmann. L'intensità della sincinesia è stata quantificata in assente, movimenti ripetitivi ma appena riconoscibili (grado 1), movimenti lievi ma sostenuti o evidenti ma di breve durata (grado 2), movimenti evidenti e sostenuti (grado 3), movimenti identici a quelli volontari controlaterali (grado 4). Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad RM cerebrale per la valutazione dello spessore corticale della regione rolandica, a valutazione semi-quantitativa del deficit olfattivo e ad analisi genetica.

**Risultati**: Sette pazienti (44%) presentavano mirror movements di intensità variabile (5 pazienti di grado 4, un paziente di grado 3 e uno di grado 2). In un paziente (grado 4) le sincinesie erano estese agli arti inferiori. Nessuno dei pazienti presentava agenesia del corpo calloso né alterazioni del parenchima cerebrale fatta

eccezione per l'ipo/aplasia dei bulbi e dei solchi olfattori.

**Conclusioni**: Le sincinesie bimanuali sono parte del quadro clinico della sindrome di Kallmann. La valutazione delle strutture encefaliche coinvolte può aiutare a chiarire il meccanismo neurofisiologico alla base di questo fenomeno.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P5

### TADALAFIL 5 MG ONCE A DAY: IN QUALI PAZIENTI MAGGIOR ACCETTABILITÀ E MIGLIORI RISULTATI?

L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, C. Negro, E. Galletto, M. Falcone, M. Preto, D. Fontana

Università degli Studi di Torino - A.S.O. S. Giovanni Battista - Molinette - Torino, Divisione Universitaria di Urologia II - Direttore Prof. D. Fontana, Unità di Andrologia - resp. Prof.agg. Luigi Rolle

**Introduzione ed obiettivi**: La terapia di primo livello del deficit erettile si avvale con successo degli inibitori della fosfodiesterasi 5. Non sono attualmente disponibili criteri di scelta per la terapia giornaliera 'once a day' con Tadalafil 5 mg rispetto alla terapia on demand.

**Materiali e metodi**: Abbiamo valutato prospetticamente tra i pazienti afferenti al nostro ambulatorio di andrologia da Novembre a Dicembre 2011, 50 pazienti consecutivi con diagnosi di DE, età media 57 anni (23-72), oblietivata con IIEF-5 score, a cui è stata proposta terapia con Tadalafil 5 mg 'once a day' da assumere per 3 mesi. È stata stilata un'anamnesi sulle caratteristiche del disturbo erettile, sulle principali comorbidità sistemiche e abitudine al fumo. Gli effetti terapeutici, sono stati valutati con i questionari IIEF, EDITS, SEP-2 e SEP-3.

**Risultati**: 35 pazienti hanno accettato e completato la terapia; i motivi del drop out sono stati motivi economici (5), consiglio del MMG (3), non accettazione di una terapia medica continuativa (3), effetti collaterali (2), insufficiente risposta (2). Tra i pazienti che hanno completato la terapia, 24 (68%) hanno riferito un beneficio sulla qualità dell'erezione. L'IIEF basale era 37 [9-58], mentre risultava significativamente aumentato rispettivamente a 47,4 [16-75] dopo 1 mese ( $p < 0,001$ ) e 49,8 [17-75] ( $p < 0,01$ ) dopo 3 mesi. I pazienti che hanno avuto beneficio dalla terapia con Tadalafil 5 mg 'once a day' avevano più frequentemente una relazione stabile, al contrario dei non responders che avevano piuttosto rapporti occasionali ( $p=0,019$ ). Un altro fattore predittivo della risposta è stato il valore di IIEF di partenza, rispettivamente 44 [12-48] nei responders e 31 (9-45) nei non responders. La risposta positiva alla terapia è risultata inoltre aumentata nei soggetti non fumatori, rispetto ai soggetti ex fumatori e nei soggetti senza comorbidità cardiovascolari e diabete (pur in modo non statisticamente significativo). Non è stata invece evidenziata alcuna relazione fra età dei pazienti e risposta positiva alla terapia

**Conclusioni**: La terapia con Tadalafil 5 mg 'once a day'

risulta uno strumento efficace in mano all'andrologo nella gestione del deficit erettile. Dal nostro studio si evidenzia come una maggior risposta terapeutica si ottenga nei pazienti con DE lieve-moderato, con una relazione stabile; l'effetto terapeutico, già evidente dopo un mese di terapia, aumenta ulteriormente nei due mesi successivi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P6

### **SALUTE SESSUALE: UN PERCORSO DI EQUIPE PER LA SESSUALITÀ IN SALUTE MENTALE**

Giorgio Corretti<sup>1</sup>, Daniela Tessieri<sup>1,3</sup>, Rita Bracaloni<sup>1</sup>, Christian Martini<sup>1</sup>, Francesco Paolo Marchetti<sup>1</sup>

(1) Unità Funzionale di Salute Mentale Adulti - ASL 5 Pisa - Zona Valdera; (2) Centro Interdisciplinare per la Ricerca e la Formazione in Sessuologia - C.I.R.S. di Genova; (3) Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica - FISS

**Introduzione:** La salute sessuale difficilmente trova un suo spazio all'interno di progetti formativi nei contesti sanitari, nonostante l'importanza che riveste nella qualità di vita delle persone. Una vita sessuale sana garantisce un migliore equilibrio psicoaffettivo, regolando sentimenti, vissuti, emozioni. Una sessualità gratificante agisce positivamente sul tono dell'umore e sulle dinamiche relazionali.

Il seguente lavoro illustra il progetto di costituzione di un'équipe, all'interno di un'unità di salute mentale, che coniughi, grazie a competenze diverse, un medesimo obiettivo: promuovere la salute sessuale.

**Materiali e metodi:** Il progetto, si basa sulla costituzione di un gruppo di lavoro composto da differenti professionalità. Il gruppo si compone di uno Psichiatra Sessuologo, una Psicologa Consulente in Sessuologia, un Educatore ed un'Infermiera professionale, ed opera presso il Centro di salute mentale dell'ASL 5 Pisa, Zona Valdera. Ognuno collabora allo scopo di promuovere un servizio efficiente di informazione e trattamento sessuologico, pensato per i pazienti già in cura presso la struttura e per coloro che necessitano di un percorso di questo tipo. L'équipe si riunisce periodicamente in supervisione a parlare dei casi clinici e settimanalmente viene proposto uno sportello di informazione sulle problematiche sesso-affettive, al quale hanno accesso sia i pazienti che gli operatori che lavorano nel Servizio (consulti per utenti in carico).

**Risultati:** Il progetto ha riscontrato un buon feedback sia da parte dell'utenza, sia da parte degli operatori, dando a questi ultimi l'opportunità di arricchire la propria formazione e di poter rispondere prontamente alle richieste dei pazienti. Questo percorso è riuscito a creare un momento in cui la condivisione di tematiche per molti proibite e spesso trascurate è diventata una risorsa.

**Conclusioni:** Tutte le persone, anche se affette da disturbo mentale, hanno diritto ad una vita sessuale e ancor di più ad una vita sessuale piacevole. Percorsi analoghi possono essere sviluppati in molteplici aree

mediche con l'impiego di figure multi professionali e l'utilizzo di limitate risorse.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P7

### **STRESS OSSIDATIVO: POSSIBILE MECCANISMO EZIOPATOGENETICO NELL'OSTEOPOROSI MASCHILE**

Francesco Ciro Tamburrelli<sup>1</sup>, Sebastiano Raimondo<sup>2</sup>, Mariasara Persano<sup>2</sup>, Roberto Festa<sup>3</sup>, Andrea Silvestrini<sup>4</sup>, Elisabetta Meucci<sup>4</sup>, Alfredo Pontecorvi<sup>2</sup>, Antonio Mancini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Chirurgia Vertebrale, Università Cattolica, Roma, Italia; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Interna, Divisione Endocrinologia, Università Cattolica, Roma, Italia; <sup>3</sup>Dipartimento di Scienze Cliniche Molecolari, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italia; <sup>4</sup>Istituto di Biochimica e Biochimica Clinica, Università Cattolica, Roma, Italia

**Introduzione ed obiettivi:** L'osteoporosi maschile idiopatica rappresenta una patologia sottostimata nonostante la crescente rilevanza clinica e sociale. I complessi meccanismi biochimici sottostanti le anomalie metaboliche del tessuto scheletrico capaci di indurre osteoporosi sono ancora scarsamente compresi. L'obiettivo primario dello studio è stato quello di verificare se lo stress ossidativo possa essere in qualche modo interessato nel rischio di frattura ossea, considerando gli aspetti endocrini e metabolici di una popolazione di soggetti maschi affetti da osteoporosi.

**Materiali e metodi:** Lo stress ossidativo è stato valutato su una popolazione di 20 soggetti, di 33-72 anni, affetti da frattura del rachide occorsa in seguito ad evento traumatico a bassa energia o comunque giudicato inefficiente a causare una frattura in un individuo con patrimonio osseo normale. I risultati sono stati paragonati con un gruppo di controllo di 10 soggetti sani. Abbiamo valutato la Capacità Antiossidante Totale (CAT) usando il sistema della metmioglobina-H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> come sorgente di radicali, che rende il 2-2I-azinobis-(3-etilbenzotiazolina-6-sulfonato) (ABTS) spettroscopicamente rilevabile. Gli antiossidanti inducono un intervallo di tempo nell'accumulo di radicale ABTS proporzionale alla loro concentrazione. Quindi la CAT è stata espressa come LAG (sec). In un campione di sangue a digiuno, abbiamo anche determinato tramite RIA: FSH, LH, Prolattina, Testosterone, Estradiolo, FT3, FT4, TSH, IGF-1; la densità minerale ossea è stata valutata tramite DEXA. Il test di Mann-Whitney è stato adoperato per la valutazione statistica.

**Risultati:** La prevalenza del difetto di IGF-1 è stata di 7/20. L'ipogonadismo era presente in 7/20. Nonostante i livelli medi di LAG non siano risultati differenti tra pazienti vs controllo ( $72.7 \pm 8.5$  vs  $75.0 \pm 6.0$  sec), otto dei venti pazienti avevano una bassa LAG (compresa tra 50 e 60 sec) a prescindere dal milieu ormonale.

**Conclusioni:** I dati preliminari emersi dallo studio di una popolazione ristretta e selezionata suggeriscono un possibile interessamento dello stress ossidativo nel determinismo di una frattura del rachide a seguito di traumi a bassa energia. Il ristretto numero di casi non

permette di trarre delle conclusioni univoche inoltre ulteriori indagini sono indispensabili per stabilire una possibile correlazione con gli ormoni anabolici coinvolti nel metabolismo osseo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P8

### L'UROTENSINA II ENDOGENA MODULA SELETTIVAMENTE LA FUNZIONE ERETTILE ATTRAVERSO L'ATTIVITÀ DELLA eNOS

F. Fusco, G. Cirino, C. Imbimbo, R. Sorrentino, R. D'Emmanuel di Villabianca, G. Grimaldi, M. Franco, R. Larocca, M. Pane, G. Cacace, L. Spirito, G. Bevilacqua, V. Mirone

*Centro interdepartimentale di Ricerca Preclinica e Clinica di Medicina Sessuale (C.I.R.M.S.), Università 'Federico II' di Napoli*

**Scopo:** Lo scopo di questo lavoro è quello di studiare i meccanismi che regolano il rilassamento dei corpi cavernosi umani (HCC) indotto dalla U-II ed il suo rapporto con il pathway L-arginina/Ossido Nitrico.

**Materiali e metodi:** L'mRNA dell' U-II è stato valutato mediante RT-PCR quantitativa. Il contenuto di nitriti, utilizzato come indice della produzione di NO, è stato determinato con tecnica fluorimetrica nei tessuti stimolati con U-II o con un veicolo. La eNOS-foforilata (Serina 1177) e la eNOS (non fosforilata) sono state valutate con dei Western blot effettuati con HCC incubati con U-II (10 mM). Sottili 'strisce' di HCC precontratte sono state stimolate con U-II (0,1 nM-10 mM) alcune in presenza sia di wortmannina che di geldanamycinina per valutare la fosforilazione della eNOS e l'accoppiamento alle Hsp90 (heat shock proteins 90) rispettivamente. È stata poi effettuata la co-immunoprecipitazione tra la eNOS e il recettore UT in seguito sia a stimolazione con U-II che con un veicolo.

**Risultati:** L'mRNA della U-II è espresso nei HCC e promuove la produzione di NO. È stato evidenziato che l'U-II eleva la produzione di NO tramite la fosforilazione della eNOS e l'accoppiamento con le Hsp90. Wortmannina o Geldanamycinina inibiscono significativamente il rilasciamento indotto dall' U-II nelle strisce di HCC. Il recettore UT e la eNOS co-immunoprecipitano in seguito alla stimolazione dei HCC con l'U-II.

**Discussione:** L'Urotensina II (U-II) è un peptide ciclico originariamente isolato dal sistema neurosecretore dei pesci teleostei e successivamente trovato in altre specie, incluso l'uomo. L'U-II è stata identificata come il ligando naturale di un proteina G eterotrimerica accoppiata a recettore, denominato recettore UT. L'U-II ed il recettore UT sono variamente espressi negli organi periferici e soprattutto nel tessuto cardiovascolare. Recenti evidenze indicano il coinvolgimento della pathway U-II/UT nella funzionalità peniena dell'uomo, ma il meccanismo molecolare non è ancora chiaro. I nostri risultati chiarificano il ruolo dell' U-II nell'erezione peniena.

**Conclusioni:** L'U-II ha una sintesi endogena ed è rilasciata localmente a livello dei HCC. La facoltà pro-eret-

tile dell'U-II si basa sull'attività dell' NO prodotto in seguito alla attivazione della eNOS.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P9

### NOSTRA ESPERIENZA NELL'USO DELLA SILODOSINA NEL TRATTAMENTO DELL'EIACULAZIONE PRECOCE PRIMITIVA

Andrea Curreli, Antonella Pischedda, Furio Pirozzi Farina

*U.O. di Urologia Andrologica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari*

**Introduzione:** L'eiaculazione precoce primitiva (EPP) è una delle disfunzioni sessuali maschili più comuni. Gli attuali trattamenti farmacologici comportano la riduzione della sensibilità del pene con anestetici locali ed gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina. Sanbe (2007) e De Almeida Kiguti (2012) hanno dimostrato il ruolo dei recettori alfa-1 adrenergici nel riflesso eiaculatorio e Sato (2012) ha riportato un allungamento del TLEI da 3 a 10 min in otto pz con EPP trattati con Silodosina on-demand ma senza confronto con placebo.

**Obiettivo:** Riportare la nostra esperienza nel valutare il tempo di latenza eiaculatorio intravaginale (TLEI) dopo assunzione on-demand di Silodosina nei soggetti con eiaculazione precoce primitiva (EPP) versus placebo.

**Materiali e metodi:** Da Marzo 2011 a Febbraio 2012 abbiamo reclutato 37 pz con EPP e con TLEI < 2 min. Tutti i pz. hanno accettato di assumere in cieco per 4 settimane placebo e per 4 settimane Silodosina 4 mg. Il rapporto sessuale poteva concretizzarsi da 2 a 4 ore dall'assunzione. L'intervallo di washout tra placebo e farmaco era di 2 settimane. L'efficacia è stata valutata mediante stopwatch e questionario di autovalutazione del trattamento (CGI-I). L'analisi statistica è stata condotta mediante software SPSS.

**Risultati:** Hanno completato lo studio 31 pz su 37. Al termine dello studio la media del TLEI, nei 31 pz, era aumentata da 71,8 +/- 23,9 sec a 267,6 +/- 56,2 sec con il placebo; 71,8 +/- 23,9 sec a 537,6 +/- 27,1 sec con la Silodosina. Mediante il questionario CGI-I 19/31 pz (61,2%) 5/31 (16,1%) hanno riportato un miglioramento soggettivo rispettivamente dopo assunzione di Silodosina e placebo. La differenza tra i due gruppi era statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Dopo assunzione di Silodosina 24/31 pz (77,4%) la qualità dell'orgasmo era riferita non soddisfacente e 13/31 pz (41,9%) hanno riscontrato una eiaculazione ridotta o assente.

**Discussione:** Nella nostra esperienza il confronto tra Silodosina e placebo nel trattamento on-demand dell'EPP ha evidenziato un allungamento del TLEI ed un relativo miglioramento soggettivo nel controllo dell'eiaculazione. Per contro gli effetti collaterali riferiti non hanno comportato la sospensione del trattamento.

**Conclusioni:** Riteniamo che la Silodosina possa avere un ruolo nel trattamento sintomatico dell'EPP.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



**P10****LA GANGRENA DI FOURNIER: FATTORI DI RISCHIO, FATTORI PREDITTIVI E STRATEGIE TERAPEUTICHE**

Nicola Pavan<sup>1</sup>, Giovanni Liguori<sup>1</sup>, Adriano Rinaldi<sup>2</sup>, Giangiacomo Ollandini<sup>1</sup>, Stefano Bucci<sup>1</sup>, Emanuele Belgrano<sup>1</sup>, Carlo Trombetta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica Ospedale di Cattinara-Trieste; <sup>2</sup>Unità di Medicina Subacquea ed Iperbarica Ospedale di Cattinara-Trieste

**Introduzione ed obiettivi:** Scopo del nostro studio è determinare la attendibilità del Fournier Gangrene Severity Index (FGSI), valutare l'efficacia del trattamento chirurgico, medico ed iperbarico ed individuare eventuali fattori prognostici nei pz affetti da gangrena di Fournier.

**Materiali e metodi:** Dal 2004 al 2011 abbiamo trattato 20 pz affetti da Gangrena di Fournier. Abbiamo analizzato i dati riguardanti la storia clinica, parametri vitali (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, pressione arteriosa) e parametri ematochimici (emocromo con formula leucocitaria, e dosaggio di: sodio, potassio, creatinina, glucosio, bicarbonato, urea, bilirubina, calcio, fibrinogeno, PCR) e dati relativi a tempi di degenza, esami culturali e terapia effettuata. L'analisi statistica è stata eseguita con SPSS 17.0 con i test U di Mann-Whitney; Chi-Quadro e Test esatto di Fischer.

**Risultati:** 7 pz (35%) sono deceduti entro le prime 12 settimane dalla diagnosi, 13 (65%) sono sopravvissuti. L'età media al momento del ricovero era di 58,8 aa (DS: 12aa) ed il tempo medio della degenza è stato di 12 gg. La causa più frequente di comparsa della gangrena è stata l'infezione primaria dei genitali (55%) seguita da traumatismo (35%). Il valore mediano di interventi chirurgici cui i pz sono stati sottoposti è di 2 (1-6) a pz e di questi, 16 hanno necessitato un ricovero in terapia intensiva. La media dell'età dei pz sopravvissuti è di 57,9 anni, mentre dei soggetti deceduti è di 61,14. L'associazione con le patologie croniche esaminate (DM, IRC, BPCO, SCC) ha visto una correlazione fra mortalità e IRC (4 pz deceduti  $p = 0,031$ ). Riguardo ai parametri vitali, frequenza respiratoria ( $p = 0,015$ ) e frequenza cardiaca ( $p = 0,013$ ) hanno dimostrato una validità statistica, correlati alla mortalità. Dai parametri di laboratorio emerge come la procalcitonina sia un parametro statisticamente associabile alla mortalità ( $p = 0,001$ ) così come la creatinina ( $p = 0,012$ ). La differenza tra la media del FGSI nei pazienti rimasti vivi e nei pazienti morti è di 6,0 (da 3,85 a 9,85;  $p < 0,001$ )

**Conclusioni:** L'età media dei pz è risultata in linea con altri studi (55,8-63,5 anni) e l'età media dei sopravvissuti non è statisticamente correlabile rispetto ai deceduti. Il DM è la patologia associata più frequente nei pz con Gangrena di Fournier (45% dei soggetti). I pz affetti da IRC presentano una prognosi peggiore. Inoltre abbiamo dimostrato come la procalcitonina sia un importante fattore prognostico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P11****L'INIBIZIONE DELLA FOSFODIESTERASI DI TIPO 4 INCREMENTA LA RISPOSTA DEL FLUSSO SANGUIGNO VAGINALE E CLITORIDEO ALLA STIMOLAZIONE DEL NERVO DORSALE DEL CLITORIDE NEL MODELLO MURINO**

Giulia Castagna<sup>1,4</sup>, Fabio Castiglione<sup>1,2,4</sup>, Alice Bergamini<sup>1</sup>, Andrea Russo<sup>1,2,4</sup>, Giorgia Colciago<sup>1</sup>, Maria Chiara Clementi<sup>1,4</sup>, Paolo Capogrosso<sup>1,4</sup>, Matteo Ferrari<sup>4</sup>, Patrizio Rigatti<sup>1,4</sup>, Francesco Montorsi<sup>1,4</sup>, Andrea Salonia<sup>1,4</sup>, Petter Hedlund<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Urological Research Institute, Milano; <sup>2</sup>Department of Clinical Pharmacology, Lund, Svezia; <sup>3</sup>Department of Clinical Pharmacology, Linköping, Svezia; <sup>4</sup>Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

**Introduzione ed obiettivi:** Per disturbo d'eccitazione sessuale femminile si intende l'incapacità per una donna di generare e mantenere un'adeguata lubrificazione genitale durante l'attività sessuale. In studi in vivo e in vitro si è dimostrata l'importanza del guanosin monofosfato ciclico (cGMP) nella regolazione del flusso sanguigno genitale. Il ruolo dell'adenosina monofosfato ciclico (cAMP) nell'arousal femminile è invece poco noto. La degradazione del cAMP si realizza attraverso le fosfodiesterasi (PE). La PE di tipo 4 specifica per cAMP (PDE4) è espressa a livello vaginale e clitorideo ma non vi sono informazioni sui suoi effetti inibitori sulla risposta genitale neurovascolare femminile. L'obiettivo di questo studio è di valutare gli effetti dell'inibizione della PDE4 tramite l'utilizzo di Rolipram sulle risposte del flusso sanguigno genitale indotte dalla stimolazione elettrica del nervo dorsale del clitoride (NDC) nel ratto.

**Materiali e metodi:** Previa approvazione del comitato etico, è stato valutato il flusso sanguigno genitale in ratti femmina anestetizzati durante l'attivazione del NDC prima e dopo la somministrazione intraperitoneale (iv.) di Rolipram (0,3 mg/kg;  $n = 5$ ) o di Sildenafil (0,2 mg/kg;  $n = 5$ ). Al termine di ogni registrazione sono stati valutati gli effetti della somministrazione iv. del L-NNA (60 mg/kg) e della successiva applicazione topica di PGE1 (10 Åg). Il flusso sanguigno è stato valutato come Unità di Perfusione Tissutale (UPT) utilizzando un misuratore di flusso Laser Doppler. La pressione arteriosa media (PAM) è stata registrata tramite l'arteria carotide (cmH2O). Le risposte del flusso sono espresse come UPT/PAM. Unpaired Ttest è stato utilizzato per l'analisi statistica.

**Risultati:** Paragonato ai controlli, Rolipram ha indotto un aumento del doppio del picco del flusso sanguigno e del quadruplo della velocità del flusso del clitoride in risposta alla stimolazione del NDC ( $p < 0,05$ ). Simultaneamente, nella vagina, si è registrato un aumento del doppio del picco del flusso e del triplo della sua velocità ( $p < 0,05$ ). Effetti simili si sono avuti con Sildenafil ( $p < 0,05$ ). Gli effetti inibitori di L-NNA sul flusso sanguigno dopo attivazione del NDC sono stati minori nei ratti trattati con Rolipram ( $p < 0,05$ ). Le

risposte del flusso indotte dalla PGE1 sono state maggiori nei ratti trattati con Rolipram ( $p < 0,05$ ).

**Conclusioni:** I nostri risultati suggeriscono che il sistema cAMP/PDE4 potrebbe avere un ruolo funzionale nelle risposte genitali neurovascolari del ratto femmina.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P12

### DISFUNZIONI SESSUALI DOPO ISTERECTOMIA RADICALE NERVE-SPARING: UN NUOVO MODELLO MURINO

Fabio Castiglione<sup>1,2,4</sup>, Giulia Castagna<sup>1,4</sup>, Andrea Russo<sup>1,2,4</sup>, Giorgia Colciago<sup>1</sup>, Maria Chiara Clementi<sup>1,4</sup>, Paolo Capogrosso<sup>1,4</sup>, Matteo Ferrari<sup>4</sup>, Luca Villa<sup>1,4</sup>, Patrizio Rigatti<sup>1,4</sup>, Francesco Montorsi<sup>1,4</sup>, Andrea Salonia<sup>1,4</sup>, Petter Hedlund<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Urological Research Institute, Milano; <sup>2</sup>Department of Clinical Pharmacology, Lund, Svezia; <sup>3</sup>Department of Clinical Pharmacology, Linköping, Svezia; <sup>4</sup>Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

**Introduzione ed obiettivi:** L'isterectomia radicale causa disfunzioni sessuali. La tecnica Nerve Sparing (NSHR) è stata elaborata per ridurre il rischio di questa morbidità. Non sono ancora disponibili modelli preclinici che mimino la neuropressia indotta da questa procedura. Il nostro obiettivo era di sviluppare un modello di studio sull'impatto della neuropressia autonoma sul flusso ematico genitale nei ratti femmina.

**Materiali e metodi:** Previa approvazione da parte del comitato etico, ratti femmina sono stati sottoposti a crush unilaterale del nervo pelvico (PN) (3 x 15 sec.; PNC; n = 9) o a crush unilaterale del PN e dei rami del plesso pelvico innervanti la vagina e la vescica (clock-nerve crush; CNC; n = 9). Durante l'anestesia è stata monitorata la pressione arteriosa media (MAP) ed è stato registrato il flusso ematico clitorideo e vaginale mediante laser Doppler (unità di perfusione tissutale; TPU) durante la stimolazione elettrica del PN intatto, utilizzato come controllo, o del PN sottoposto a crush (PNC/CNC), a 3 e 10 giorni dopo la procedura di crush. L'espressione del collagene III o della ossido-nitrico sintetasi (NOS) è stata valutata sui tessuti genitali dei ratti sottoposti a PNC bilaterale (n = 5) o nei ratti sham (n = 5). Il T-test e l'ANOVA test sono stati usati per l'analisi statistica.

**Risultati:** La stimolazione del PN, a 3 e 10 giorni dopo chirurgia, ha indotto un flusso di 0.09-0.32 TPU/MAP (controlli), 0.05-0.13 TPU/MAP (CNC;  $p < 0.05$ ), e 0.04-0.15 TPU/MAP (PNC;  $p < 0.05$ ), rispettivamente. In entrambe le fasi di registrazione, il flusso ematico vaginale corrispondeva al 36-51% (CNC) ed al 39-51% (PNC) delle risposte nei controlli ( $p < 0.01-0.05$ ). Risultati simili sono stati registrati a 3 e 10 giorni per il flusso ematico clitorideo (CNC;  $p < 0.05$ ; PNC;  $p < 0.05$ ). Il flusso ematico clitorideo corrispondeva al 41-60% (CNC) ed al 35-51% (PNC) delle risposte nei controlli ( $p < 0.05$ ). La vagina ed il clitoride prelevati dai ratti sottoposti a PNC bilaterale esprimevano più

collagene III e contenevano meno NOS neuronale dei ratti sham ( $p < 0.05$ ).

**Conclusioni:** Il crush dei nervi pelvici causa una neuropressia autonoma dimostrata dalla disfunzione del flusso ematico genitale e dalla fibrosi nel tessuto genitale. I modelli sopracitati sono considerati di rilevante importanza per lo studio della neuropressia associata alla NSRH.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P13

### ANALISI CLINICA IN GIOVANI PAZIENTI CHE HANNO SVILUPPATO DISFUNZIONI SESSUALI PERSISTENTI DOPO AVER ASSUNTO FINASTERIDE PER PREVENIRE L'ALOPECIA ANDROGENETICA

C. Trombetta<sup>1</sup>, G. Mazzon<sup>1</sup>, S. Cauci<sup>2</sup>, G. Liguori<sup>1</sup>, G. Ollandini<sup>1</sup>, G. Chiriaco<sup>1</sup>, B. De Concilio<sup>1</sup>, S. Bucci<sup>1</sup>, N. Pavan<sup>1</sup>, E. Belgrano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica Ospedale di Cattinara-Trieste; <sup>2</sup>Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche Università di Udine

**Scopo del lavoro:** La Finasteride è un farmaco comunemente utilizzato nell'alopecia Androgenetica (AGA) per ritardare la caduta dei capelli. La sua efficacia è stata dimostrata in multipli studi randomizzati controllati. In questi studi l'utilizzo degli inibitori delle 5-alfa-reduttasi è stato associato in una bassa percentuale di casi a disfunzioni sessuali, destinate a risolversi dopo la sospensione della terapia. Vi sono tuttavia alcune evidenze in letteratura di come questi effetti collaterali persistano o addirittura peggiorino, questa condizione è stata chiamata Sindrome Post-Finasteride (SPF). Scopo del nostro lavoro è stato valutare il tipo e la durata di questi sintomi.

**Materiali e metodi:** Abbiamo reclutato in uno studio retrospettivo 81 pazienti che hanno utilizzato Finasteride per prevenire l'AGA che hanno riferito la comparsa di disfunzioni sessuali dopo l'assunzione del farmaco, e in cui tali sintomi persistano per almeno tre mesi dalla sospensione della terapia. Ai pazienti è stato chiesto di compilare tre questionari: l'Aging Male Symptom Scale (AMS), l'Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) prima e dopo l'assunzione del farmaco ed un questionario creato ad hoc. Pazienti con disturbi psichiatrici, che hanno assunto, steroidi o sostanze stupefacenti sono stati esclusi dallo studio. Inoltre, tutti i pazienti con comorbidità sono stati esclusi.

**Risultati:** L'età media del nostro gruppo è di 36 anni (range: 24-56). L'ASEX score valutato prima e dopo l'utilizzo di Finasteride ha evidenziato una riduzione media pari a 13,84 ( $P < 0.05$ ). L'analisi dell'AMS ha evidenziato come il 63% dei pazienti percepisca la propria condizione come severa. Non sono emerse differenze statisticamente significative in relazione all'età del paziente e alla durata della terapia. Il 60% dei pazienti ha riferito come i suoi sintomi siano peggiorati dopo la sospensione del farmaco.

**Discussione:** A nostro parere ulteriori lavori di ricerca

sono necessari per determinare la reale incidenza della SPF, se vi siano dei pazienti più suscettibili di altri e per capire quale sia il meccanismo etiopatogenetico che porta a questa malattia.

**Conclusioni:** La Finasteride utilizzata in giovani maschi potrebbe in alcuni casi determinare un importante rischio per la salute sessuale. A nostro parere i medici che prescrivono tale farmaco per prevenire l'AGA dovrebbero discutere con i propri pazienti questa evenienza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P14

### LA CRIOCONSERVAZIONE DEL LIQUIDO SEMINALE INTERESSA I PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA DELLA PROSTATA?

Andrea Salonia, Matteo Ferrari, Fabio Castiglione, Andrea Russo, Antonino Saccà, Paolo Capogrosso, Giulia Castagna, Maria Chiara Clementi, Donatella Moretti, Patrizio Rigatti, Francesco Montorsi

Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia

**Obiettivi:** La diagnosi di carcinoma della prostata (PCa) è diventata più frequente in individui giovani, che possono essere interessati a preservare la capacità di procreare. scopo di questo studio è stato valutare l'interesse verso la crioconservazione del liquido seminale nei pazienti affetti da PCa e candidati a prostatectomia radicale (RP)

**Materiali e metodi:** Lo studio ha coinvolto una coorte di 429 candidati a RP presso un singolo istituto. I pazienti sono stati invitati a compilare in modo anonimo un questionario strutturato finalizzato a scoprire la loro opinione circa la crioconservazione del liquido seminale prima della RP. La statistica descrittiva è stata usata per testare la possibile associazione tra i potenziali predittori (età, livello educativo, stato relazionale, paternità) ed il desiderio di crioconservare il proprio liquido seminale.

**Risultati:** Dati completi sono stati disponibili per 414 (96.5%) pazienti con età media 65 anni (range: 38-76). Di questi, 78 (18.8%) uomini hanno risposto di essere favorevoli alla crioconservazione del liquido seminale pre-RP. Gli uomini intenzionati a crioconservare il proprio liquido seminale risultavano essere più giovani [media (SD) 61.9 (8.7) vs. 65 (7.0) anni], avere un maggiore desiderio di paternità [37/78 (47.4%) vs. 24/336 (7.1%);  $\chi^2$ : 78.84;  $p < 0.0001$ ]; non avere figli [12/78 (15.4%) vs. 19/336 (5.7%);  $\chi^2$ : 7.22,  $p = 0.007$ ] se comparati con coloro che non desideravano crioconservare il liquido seminale. Al contrario, i pazienti che desideravano effettuare la crioconservazione non differivano significativamente da coloro che non lo desideravano in termini di livello educativo ( $\chi^2$ : 1.74,  $p = 0.19$ ) e di relazione coniugale stabile ( $\chi^2$ : 1.11,  $p = 0.21$ ). I pazienti interessati alla crioconservazione erano disposti ad effettuarla anche a pagamento. 363/414 (87.7%) pazienti reputavano necessario istituire

re un servizio preoperatorio di crioconservazione del liquido seminale. Sia i pazienti che desideravano effettuare la crioconservazione che coloro che non la desideravano, avevano giudicato che questo fosse un servizio necessario ( $\chi^2$ : 0.17,  $p = 0.68$ ).

**Conclusioni:** Il risultato di questa indagine ha mostrato che 1 paziente su 5 affetto da PCa desidererebbe conservare il proprio liquido seminale prima di sottoporsi a RP. Il 90% dei pazienti affetti da PCa giudicava inoltre necessaria la costituzione di un servizio dedicato che permetta la crioconservazione preoperatoria del liquido seminale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P15

### ANALISI MOTIVAZIONALE SULLA RICHIESTA DI VISITA ANDROLOGICA PER DEFICIT ERETTIVO

Lucio Dell'Atti, Gianni Ughi, Gian Rosario Russo

U.O. Urologia, Arcispedale "S. Anna", Ferrara

**Introduzione:** L'obiettivo del nostro studio è stato quello di analizzare le motivazioni che portano i pazienti a richiedere una visita andrologica per deficit erettile (DE) e quali sono i fattori che concorrono ad influenzare la scelta ad affrontare questa problematica.

**Materiali e metodi:** Dal Gennaio 2011 a Marzo 2012, 168 pazienti (età 25-78) si sono rivolti presso nostra U.O. per richiedere una prima visita andrologica per DE. Tra di essi 65 erano diabetici, 59 ipertesi, (32 presentavano entrambe le condizioni patologiche), 44 non riferivano patologie mediche di rilievo. A tutti i pazienti è stato somministrato un questionario orale in cui venivano richiesti alcuni dati anagrafici, professione, la ragione della visita andrologica, l'eventuale influenza di altre persone sulla decisione di richiedere tale visita, l'eventuale pregressa assunzione di farmaci per il DE.

**Risultati:** L'esame della distribuzione del campione per professione ha indicato una netta predominanza dei pensionati (41%) e dei disoccupati (26%) rispetto ai dipendenti (23%); molto poco rappresentata è stata invece la percentuale di lavoratori autonomi (10%). Dei 168 pazienti, 32 erano stati consigliati da un amico, 15 erano stati inviati da altri specialisti, 69 erano stati inviati dal proprio medico di medicina generale, 52 si erano recati spontaneamente dall'andrologo. Tra di essi 89 (53%) riferivano di aver appreso di nuove possibilità terapeutiche in campo di DE attraverso i mezzi di informazione. Tra i 168 soggetti, 62 ne avevano parlato con la propria partner ma solo in 38 la compagna aveva avuto un ruolo determinante nel richiedere la visita andrologica. 94 pazienti provenivano da Ferrara, 47 dalla provincia ferrarese, 9 da altre province della regione, 18 da fuori regione. Degli 84 pazienti inviati dal medico di medicina generale o da altri specialisti solo a 32 era stata già consigliata una terapia farmacologica orale.

**Conclusioni:** Dall'analisi di questi dati si evince che il dialogo rappresenta l'arma più importante in sessuologia e molto spesso la problematica della DE viene vis-

suta in silenzio all'interno della coppia anche se la percentuale di pazienti che si presentano dal medico per un problema non sessuale e a cui vengano poste domande circa la loro funzione sessuale è rilevante. Da un punto di vista medico fattori che interferiscono con l'avvio del dialogo sulla funzione sessuale includono mancanza di tempo, interesse, mancanza specifica della problematica, o ragioni culturali o religiose.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P16

### INTERNET STA CAMBIANDO LA RELAZIONE TRA IL MEDICO E I PAZIENTI URO-ANDROLOGICI?

Andrea Salonia, Antonino Saccà, Rayan Matloob, Matteo Ferrari, Paolo Capogrosso, Umberto Capitanio, Maria Chiara Clementi, Giulia Castagna, Donatella Moretti, Fabio Castiglione, Andrea Russo, Patrizio Rigatti, Francesco Montorsi

Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele Milano

**Obiettivi.** Analizzare l'abitudine dei pazienti a navigare nel web prima di chiedere una valutazione specialistica per problematiche legate alla salute sessuale.

**Materiali e metodi:** 479 pazienti consecutivi che avevano richiesto una valutazione per la prima volta presso un centro accademico di Medicina Sessuale e Riproduttiva hanno compilato anonimamente un breve questionario strutturato auto-somministrato, comprensivo di dati demografici e domande relative alle abitudini individuali in tema di navigazione nel web riguardo a problemi di salute. La statistica descrittiva e la regressione logistica hanno analizzato l'associazione tra l'atteggiamento dei pazienti nei confronti del web e fattori predittivi correlati.

**Risultati:** Dati completi sono stati raccolti per 476 (99.4%) pazienti [donne: 115 (24.2%); uomini 361 (75.8%)]. La scolarità dei pazienti è risultata diploma di scuole medie inferiori, medie superiori e di laurea in 47 (9.9%), 210 (44.1%) e 219 (46%) rispettivamente. Il motivo principale di consulto andrologico era rappresentato da infertilità di coppia in 273 (57.4%), disfunzione erettile (DE) in 63 (13.2%), eiaculazione precoce (PE) in 17 (3.6%), malattia di Peyronie in 13 (2.7%) e miscellanea di disturbi genitali in 111 (23.3%) dei pazienti, rispettivamente. 376 su 476 (78.9%) riferivano di aver navigato nel web; tra questi, 140 (37.2%), 143 (38%), 38 (10.1%), e 55 (14.7%) avevano navigato nel web una volta sola, tra 1 e 5 volte, tra 5 e 10 volte e più di 10 volte rispettivamente negli ultimi 30 giorni. All'analisi multivariata un'età giovanile (OR: 0.947,  $p = 0.01$ ) è risultata essere l'unico fattore predittivo indipendente del navigare sul web. Google è stato scelto da 344/376 (88.8%) pazienti. Tra gli utenti del web, 152 (40.2%) riferivano di sentirsi preparati sull'argomento dopo aver navigato. Allo stesso modo, 200/476 (42%) dei pazienti hanno preso parte a blog riguardanti l'oggetto della loro visita. L'età giovanile ( $p = 0.001$ ), il sesso femminile ( $p < 0.001$ ) e l'aver una relazione sta-

bile ( $p = 0.03$ ) sono risultati fattori predittivi indipendenti della partecipazione dei pazienti a blog; l'infertilità di coppia, la PE e la malattia di Peyronie sono stati i motivi principali di partecipazione (chi2 trend: 12.292;  $p = 0.02$ ).

**Conclusioni:** Questa analisi ha mostrato come la maggioranza dei pazienti usualmente navighi nel web e partecipi a blog in merito a problemi specifici uro-andrologici. Questa abitudine sta cambiando lo scenario della relazione medico-paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P17

### TRATTAMENTO DEL PRIAPISMO IDIOPATICO PERSISTENTE. DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

Stefano Bucci<sup>1</sup>, Giovanni Liguori<sup>1</sup>, Sara Benvenuto<sup>1</sup>, Giorgio Mazon<sup>1</sup>, Giangiacomo Ollandini<sup>1</sup>, Renata Napoli<sup>1</sup>, Bernardino de Concilio<sup>1</sup>, Michele Rizzo<sup>1</sup>, Paolo Umari<sup>1</sup>, Carlo Trombetta<sup>1</sup>, Emanuele Belgrano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica Ospedale di Cattinara-Trieste

**Introduzione ed obiettivi:** Segnaliamo un caso di priapismo idiopatico persistente da circa 1 anno. Un paziente (pz.) di 30 anni giunge alla nostra attenzione con diagnosi di priapismo ischemico persistente. Il quadro si caratterizzava per l'insorgenza di erezione mattutina con durata di 5-6 h e risoluzione spontanea nel pomeriggio. Presso altra sede il pz. veniva sottoposto a drenaggio dei corpi cavernosi mediante puntura transgladulare e ripetuta iniezione intracavernosa di etilefrina con temporanea risoluzione del quadro clinico. Veniva poi instaurata terapia con Dutasteride 5mg die senza beneficio.

**Materiali e metodi:** Il pz è stato rivalutato dal punto diagnostico presso la nostra clinica mediante ecocolor doppler penieno con mezzo di contrasto e RMN che non hanno evidenziato lacune, malformazioni vascolari e fibrosi dei corpi cavernosi. La ricerca di possibili cause ematologiche è risultata negativa.

**Risultati:** In letteratura sono stati descritti pochi casi di trattamento farmacologico del priapismo idiopatico. Sulla base di questi dati la nostra scelta terapeutica si è basata sul mantenimento della Dutasteride associando l'uso di B2 agonisti, antimicotici e cortisonici. Per il persistere degli episodi di priapismo il pz è stato sottoposto ad intervento di embolizzazione superselettiva dell'arteria ipogastrica destra ed è stata instaurata terapia con Bicalutamide 50mg 1cp al giorno per 3 mesi. Al follow up a 3 mesi il pz non aveva più avuto episodi di priapismo con un'attività sessuale conservata e soddisfacente. In tale occasione si è sospesa terapia antiandrogena e al Salbutamolo è stata associata nuovamente terapia con Dutasteride.

**Conclusioni:** Si è preferito scegliere un simpaticomimetico B2 agonista per la modalità di somministrazione e quindi la migliore compliance del pz rispetto agli alfa 1 agonisti. L'utilizzo di agonisti B2-adrenergici si è dimostrato determinante per la risoluzione del quadro

clinico. In letteratura solo 2 studi randomizzati hanno messo in evidenza la maggior efficacia della B2 agonisti rispetto al placebo. Il razionale dell'utilizzo del flucanazolo si basa sull'effetto inibente dello stesso nella produzione di androgeni sia a livello testicolare sia a livello surrenalico. L'uso del Predinisione evita un'insufficienza adrenergica. Ad oggi non è presente in letteratura uno schema terapeutico standardizzato. Ad ogni modo un follow up a lungo termine di casi simili ci permetterà di raggiungere un gold standard terapeutico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P18

### PGE1 ENDOURETRALI DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE NON NERVE SPARING

<sup>1</sup>Matteo Titta, <sup>1</sup>Sandra Battaglia, <sup>1</sup>Andrea Volpe, <sup>1</sup>Mario Pizzarella, <sup>1</sup>Giovanni Ferro, <sup>1</sup>Giorgio Villi, <sup>1</sup>Cristina Bigotto, <sup>1</sup>Masoud Gholam Alipour, Luigi Cosenza Franzese<sup>2</sup>, <sup>1</sup>Dionisio Schiavone

<sup>1</sup>S.O.C. Urologia, Ospedale Santa Maria della Misericordia, Rovigo;

<sup>2</sup>Studente in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Padova

**Introduzione ed obiettivi:** La terapia della disfunzione erettile (DE) dopo prostatectomia radicale non nerve sparing è con le PGE1 intracavernose ad uso topico, spesso gravata da elevato drop-out del paziente per l'invasività della tecnica e il dolore all'iniezione. Abbiamo quindi valutato l'uso alternativo di PGE1 intrauretrali per il minor effetto traumatico sul paziente e migliore compliance.

**Materiali e metodi:** Dal 12/09 al 04/10 15 pazienti, età media 63 anni (range 41-73), con DE post prostatectomia radicale non nerve sparing, sono stati sottoposti a terapia con PGE1 intrauretrale 1000 mcg 2 volte alla settimana a scopo riabilitativo previo counselling motivazionale e training ambulatoriale all'uso corretto del farmaco. La distanza media dall'intervento è stata di 2,7 mesi (range 1-9). Il follow up è stato a 30 giorni, per eventuale correzione di problematiche, e a 3 mesi. La valutazione della funzione erettile è stata eseguita con questionario IIEF breve e di autovalutazione.

**Risultati:** L'IIEF di partenza è stato di 5,4 (range 4-10). Al primo controllo dopo terapia il farmaco è risultato efficace nel 33,3% (5 casi) con IIEF score medio di 26,3, poco efficace nel 66,6% (10 casi) con IIEF di 5,8. Dopo un secondo counselling ambulatoriale che ha coinvolto la partner e rimotivato il paziente si è ottenuto a 3 mesi una efficacia complessiva del 46,6% (7 casi) con IIEF medio di 26,5; i restanti 8 pazienti sono stati sottoposti a PGE1 intracavernose con buona efficacia. Non si sono registrati casi di priapismo o di trauma dell'uretra; si è rilevato 10 casi (66,6%) con bruciore uretrale che è risultato significativo in 6 casi (50%) con 1 caso (6,66%) di drop out per questo motivo. La tecnica di somministrazione è risultata di facile esecuzione per tutti e 15 i pazienti e il 93,3% dei casi (14) lo ha ritenuto preferibile all'iniezione intracavernosa.

**Conclusioni:** Le PGE1 intrauretrali possono rappresentare una opzione terapeutica nella riabilitazione della funzione erettile post prostatectomia radicale non nerve sparing da considerare in prima ipotesi rispetto alle PGE1 intracavernose per la minore invasività, riservando a queste ultime l'indicazione nei casi non responsivi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P19

### FRATTURA DEL PENE: REVISIONE DELLA CASISTICA DAL 1994 AL 2011

Renata Napoli, Giovanni Liguori, Stefano Bucci, Sara Benvenuto, Giangiacomo Ollandini, Giorgio Mazzon, Giorgia Tezzot, Bernardino De Concilio, Emanuele Belgrano, Carlo Trombetta

Clinica Urologica Ospedale di Cattinara-Trieste

**Introduzione ed obiettivi:** La frattura del pene è un'urgenza urologica rara. È la rottura traumatica della tunica albuginea di uno o entrambi i corpi cavernosi nel pene in erezione ed in circa il 10% dei casi si associa un trauma dell'uretra. Questo studio rappresenta una revisione della casistica della nostra clinica dal 1994 ad oggi.

**Materiali e metodi:** Dal 1994 ad Aprile 2012, sono stati ricoverati nella nostra clinica 24 pazienti (pz.) con diagnosi di frattura/trauma del pene ed in 6 casi concomitava una lesione dell'uretra. In 2 pz. il trauma era anamnestico ed erano stati ricoverati per le complicanze tardive. L'età media dei pz. era di 35 anni (23 - 65). Nella quasi totalità dei casi il trauma si era verificato durante un rapporto sessuale tranne un caso di parziale amputazione traumatica del pene. La diagnosi è stata posta su base clinica e quasi sempre confermata dall'imaging radiologico (Ecodoppler penieno, Cavernosografia, Risonanza Magnetica Nucleare). In tutti i pz. è stato valutato il tipo di trattamento adottato, le complicanze precoci e/o tardive ed il follow-up. In 7 casi è stato seguito un approccio conservativo sulla base della clinica e dell'imaging, 14 pz. sono stati trattati chirurgicamente, 1 pz. ha rifiutato l'intervento chirurgico proposto.

**Risultati:** Dei 7 pz. sottoposti a trattamento conservativo, 3 hanno riferito comparsa di deficit erettile (DE), mentre tra quelli trattati chirurgicamente solo 2 su 14. 2 dei 6 pz. con concomitante trauma dell'uretra hanno riferito disturbi minzionali ma solo 1 ha necessitato di un ciclo di dilatazioni uretrali. Entrambi i pz. con trauma anamnestico hanno riferito DE e 1 è stato sottoposto ad intervento di corporoplastica per l'incurvamento penieno secondario alla reazione cicatriziale nella sede del trauma.

**Conclusioni:** La frattura del pene si verifica durante l'erezione quando la tunica albuginea si allunga ed assottiglia e quindi è più vulnerabile ai traumi. La diagnosi è clinica, tuttavia lo studio radiologico è essenziale per confermare la diagnosi, valutare l'estensione del trauma e un coinvolgimento dell'uretra così da pianificare

il tipo di trattamento più indicato per il pz.. In letteratura e nella nostra casistica si è dimostrato che il trattamento chirurgico immediato, consistente nella riparazione della tunica albuginea, diretta o con patch, e nella rimozione dell'ematoma, garantisce risultati migliori a lungo termine rispetto a quello conservativo: minore incidenza di DE e incurvamenti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P20

### SCULTURA RICOSTRUTTIVA DEL SOLCO BALANICO NELLA FUSIONE BALANO-PREPUZIALE

Giovanni Alei, Piero Letizia, Francesco Ricottilli

Dipartimento di Chirurgia "P. Valdoni", Sapienza Università di Roma

**Introduzione:** Valutare l'efficacia del trattamento chirurgico nella fusione balano-prepuziale da lichen sclero atrofico. È difficile stimarne l'esatta prevalenza in quanto i pazienti affetti da questa patologia possono recarsi da diversi specialisti tra cui urologi, dermatologi, ginecologi e pediatri. Uno studio prospettico su 1.178 ragazzi affetti da fimosi, ha messo in evidenza che il 40% aveva anche il lichen sclerosus, con la più alta incidenza nei pazienti tra 9 e 11 anni. Inoltre, la perdita della normale fisiologia ed anatomia delle strutture coinvolte, che si riscontra in questa patologia, può dar luogo anche a complicanze che devono essere correttamente valutate nell'adottare un'eventuale terapia di supporto o complementare.

**Materiali e metodi:** La tecnica operatoria consiste nell'eseguire, previa anestesia locale con eventuale modesta sedazione, mediante una forbice a punta smussa, il clivaggio dell'aderenza coronale per tutta la sua estensione, fino a scolpire interamente il solco balano-prepuziale. Laddove ci sia indicazione, si associa frenulotomia e frenuloplastica con tecnica tradizionale a punti staccati. Medicazione intraoperatoria con sigaretta di garza grassa nel solco balanico. Laddove ci sia indicazione, si associa frenulotomia e frenuloplastica con tecnica tradizionale a punti staccati.

**Risultati:** La guarigione avviene entro i 30 giorni successivi all'intervento. Durante tale periodo il paziente va medicato con frequenza decrescente, mediante garze grasse, per ostacolare il riformarsi di aderenze.

**Conclusioni:** Il lichen sclero atrofico se non correttamente trattato può coinvolgere il solco balano prepuziale con successiva fusione. Questa alterazione anatomica impedisce una normale attività sessuale. Inoltre è nota la correlazione tra lichen e carcinoma squamocellulare del pene. Si ricorre al trattamento chirurgico nei casi di progressione della malattia quando la terapia medica non ha avuto successo o nei casi trascurati e non trattati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P21

### IMPORTANZA DI UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE IN CASO DI GRAVE IDROSOADENITE SUPPURATIVA GENITALE

Liguori Giovanni<sup>1</sup>, Rizzo Michele<sup>1</sup>, Umari Paolo<sup>1</sup>, Pavan Nicola<sup>1</sup>, G. Trevisan<sup>2</sup>, Trombetta Carlo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica Ospedale di Cattinara-Trieste; <sup>2</sup>Clinica Dermatologica Ospedale Maggiore-Trieste

L'idrosoadenite suppurativa (I.S.) o malattia di Verneuil è una patologia infiammatoria cronica rara ad eziologia sconosciuta che colpisce gli strati superficiali della cute e le ghiandole apocrine. Si manifesta con lesioni infiammatorie dolenti, cistiche profonde, che si localizzano alle pieghe cutanee (cavi ascellari, inguine, regione sottomammaria, solco intergluteo e genitali). La malattia tende a cronicizzare e ad estendersi al sottocute portando alla formazione di ascessi e fistole. L'approccio terapeutico conservativo spesso fallisce e si rende necessario ricorrere alla bonifica chirurgica delle lesioni. Discuteremo qui il caso di un pz affetto da una forma di particolarmente severa di I.S. con ampie lesioni scrotali, ascellari e perianali, sottoposto a ripetuti interventi di chirurgia demolitiva e ricostruttiva da parte di chirurghi generali, urologi e dermatologi.

**Materiali e metodi:** uomo di 64 anni affetto da oltre dieci anni da I.S. La storia clinica del paziente è stata caratterizzata da ripetute manifestazioni di gravità tale da comprometterne severamente la salute psicofisica tanto da spingerlo al suicidio. Nel 2009 dopo ripetuti interventi di escissione delle lesioni a carico della cute ascellare e perianale è stato inviato alla nostra attenzione per la presenza di diffuse lesioni purulente e necrotiche coinvolgenti l'intera area inguino-scrotale. Tali lesioni erano francamente dolenti, doloranti e deformanti la cute scrotale. Si è quindi proceduto ad ampia escissione chirurgica della cute scrotale sino alla radice del pene. Successivamente i colleghi dermatologi hanno coperto l'intera area con innesti cutanei. L'esame istologico ha confermato la diagnosi di I.S. Questo trattamento ha portato a buoni risultati clinici ed estetici con completa remissione della sintomatologia e soprattutto notevoli benefici alla qualità di vita del paziente.

**Discussione:** Nel caso da noi considerato i disagi generati dalle numerose lesioni cutanee prodotte dall'I.S. avevano addirittura spinto il paziente alla minaccia di suicidio. Anche per queste ragioni l'approccio dell'I.S. deve esser aggressivo e laddove la terapia medica risultasse inefficace il consiglio è di ricorrere al trattamento chirurgico puntando alla completa escissione di tutte le aree cutanee interessate. Di particolare importanza per il risultato finale è infine la scelta della tecnica ricostruttiva; ogni caso va valutato a se tenendo in considerazione risultati estetici e funzionali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P22****LINFEDEMA PENO-SCROTALE SECONDARIO AD INTERVENTO DI PROSTATECTOMIA RADICALE**

Giovanni Liguori<sup>1</sup>, Paolo Umari<sup>1</sup>, Michele Rizzo<sup>1</sup>, Zoran Marij Arne<sup>2</sup>, Giovanni Papa<sup>2</sup>, Vittorio Ramella<sup>2</sup>, Carlo Trombetta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica Ospedale di Cattinara-Trieste; <sup>2</sup>Chirurgia Plastica Ospedale di Cattinara-Trieste

**Introduzione:** Il linfedema peno-scrotale è una rara condizione clinica determinata dall'alterazione del flusso linfatico proveniente dai genitali esterni con progressiva tumefazione del pene e dello scroto. Rappresenta una situazione di estremo disagio per il pz, provocando difficoltà nella deambulazione, deficit erettile e scarsa igiene locale. Il trattamento chirurgico è indicato nei casi moderati e gravi. Il trattamento più comune consiste nell'asportazione del tessuto scrotale patologico.

**Materiali e metodi:** Riportiamo il caso di un uomo di 66 anni, che ha sviluppato progressivamente un massivo linfedema peno-scrotale dopo aver eseguito intervento chirurgico di prostatectomia radicale con contestuale linfadenectomia estesa nel 2006 presso un altro istituto. L'intervento è stato seguito da un ciclo di radioterapia adiuvante. Nel 2008 ha eseguito un intervento microchirurgico di anastomosi linfatico-venosa destra multipla con scarsi risultati. L'esame obiettivo evidenziava una tumefazione scrotale fino alle ginocchia, che andava a ricoprire completamente il pene. Gli arti inferiori presentavano un quadro di elefantiasi bilaterale. Il pz è stato sottoposto ad intervento chirurgico di rimozione del tessuto scrotale esuberante con ricostruzione della borsa scrotale utilizzando la cute sana adiacente in collaborazione con i chirurghi plastici. Il pezzo operatorio misurava 20 x 12 x 5 cm ed il peso superava i 3 kg. Sulla ferita è stata applicata una medicazione compressiva. A 6 mesi dall'intervento il pz presentava uno scroto con dimensioni nei limiti della norma. Il linfedema degli arti inferiori è rimasto invariato.

**Discussione:** La ricostruzione dello scroto con l'utilizzo del tessuto sano adiacente ci ha permesso di ottenere un aspetto simile allo scroto normale. L'asportazione in toto del tessuto patologico è un principio fondamentale per un buon risultato finale. Le tecniche microchirurgiche sono limitate a casi con minore stasi linfatica e assenza di fibrosi.

**Conclusioni:** A distanza di 6 mesi dall'intervento abbiamo potuto osservare un ottimo risultato sia estetico che funzionale con un miglioramento significativo della qualità di vita del pz. L'escissione radicale del tessuto scrotale patologico, fino al tessuto sano, con o senza l'utilizzo di lembi cutanei rappresenta il gold standard per il trattamento del linfedema peno scrotale grave.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P23****DISFUNZIONE ERETTILE NEI NORMOTESI NON DIPPER**

Gianluca Nesi<sup>1</sup>, Massimiliano Rocchietti March<sup>2</sup>, Alessandro Sciarra<sup>3</sup>, Giorgio Rizzo<sup>1</sup>, Stefano Petta<sup>1</sup>, Andrea Tubaro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Urologia, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Università Sapienza, Roma; <sup>2</sup>UO Geriatria, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Università Sapienza, Roma; <sup>3</sup>UOC Urologia, Policlinico Umberto I, Università Sapienza, Roma

**Introduzione ed obiettivi:** È nota la correlazione tra disfunzione erettile (DE), ipertensione arteriosa e patologie cardiovascolari. Il monitoraggio pressorio delle 24 ore, metodica affidabile e diffusamente impiegata, consente di rilevare la pressione arteriosa nell'arco delle 24 ore e di registrare il fisiologico calo pressorio notturno. Quest'ultimo, ha un range di normalità compreso tra il 10 ed il 20% ed è stato documentato, in diversi studi, come il ridotto o assente calo pressorio notturno nei soggetti ipertesi (non dipper, calo pressorio notturno <10 %), sia associato ad un significativo incremento del danno d'organo. Diversamente, risulta meno chiaro e, quindi, è stato oggetto del nostro studio, il rapporto tra non dipper normotesi e disfunzione erettile.

**Materiali e metodi:** Abbiamo analizzato retrospettivamente e messo a confronto due gruppi di pazienti (età media 45,72 ± 3,83 DS), inviati presso il nostro centro dell'ipertensione nel periodo 2004-2011: il primo, composto da 100 soggetti normotesi non dipper ed il secondo, composto da 45 soggetti normotesi dipper. Sono stati esclusi pazienti con patologie pregresse o in atto, fattori di rischio e/o in terapia con farmaci che potessero interferire con la funzione sessuale. A tutti i soggetti era stato somministrato il questionario IIEF-5 (International Index of Erectile Function) nel corso della prima visita.

**Risultati:** Il nostro studio ha messo in evidenza come i pazienti normotesi non dipper manifestino, in modo significativo, una DE rispetto ai normotesi dipper (56.5% vs 6.2 %, p < 0.0001). Inoltre, dopo aver stratificato i pazienti in base alla gravità della DE (lieve, moderata, grave) è emerso che i pazienti non dipper accusavano, significativamente, la forma di grado lieve (48.2 % vs 6.9%, p < 0.0001).

**Conclusioni:** Dai nostri dati risulta che i pazienti con un ridotto calo pressorio notturno, pur non essendo ipertesi, richiedano anche una mirata valutazione attinente alla funzione sessuale, che potrebbe essere già parzialmente compromessa, quale espressione di un precoce danno d'organo. Inoltre, la presenza della DE in questi soggetti potrebbe essere la manifestazione iniziale e, come tale verosimilmente correggibile, di un danno cardiovascolare.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P24****SICUREZZA ED EFFICACIA A LUNGO TERMINE DI TADALAFIL 5 MG/DIE NEI PAZIENTI CON SINTOMI DELLE BASSE VIE URINARIE SECONDARI A IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (BPH-LUTS)**

Craig Donatucci<sup>1</sup>, Gerald Brock<sup>2</sup>, Evan Goldfischer<sup>3</sup>, Peter Pommerville<sup>4</sup>, Albert Elion-Mboussa<sup>5</sup>, Jay D. Kisel<sup>5</sup>, Lars Viktrup<sup>5</sup>, G. D'Anzeo<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Duke University, Dipartimento di Chirurgia, Divisione di Urologia, Durham, NC, Stati Uniti; <sup>2</sup>St. Joseph's Health Care London, University of Western Ontario, Dipartimento di Chirurgia, Divisione di Urologia, London, Ontario, Canada; <sup>3</sup>Hudson Valley Urology Center, Poughkeepsie, NY, Stati Uniti; <sup>4</sup>Can-Med Clinical Research Inc., Victoria, BC, Canada; <sup>5</sup>Lilly Research Laboratories, Eli Lilly and Co., Indianapolis, IN, Stati Uniti; <sup>6</sup>Eli Lilly Italia, Sesto Fiorentino. Presenterà l'abstract in vece degli autori

**Introduzione:** In un recente studio di dose-finding, in doppio cieco, di 12 settimane, i pazienti (pz) maschi con BPH-LUTS sono stati trattati con placebo (P) o tadalafil (T) una volta al giorno (2,5, 5, 10 o 20 mg) dimostrando che T una volta al giorno è efficace e sicuro e che il dosaggio di 5 mg presenta un profilo rischio/beneficio positivo. Si presentano i risultati dell'estensione in aperto (OLE) dello studio della durata di un anno.

**Materiali e metodi:** Dopo 12 settimane di studio, i pz statunitensi e canadesi hanno potuto decidere di partecipare all'OLE. Durante l'OLE, tutti i pz sono stati trattati con T 5 mg/die. La statistica descrittiva ha permesso di valutare efficacia e sicurezza dopo 1, 3, 6, 9 e 12 mesi di OLE.

**Risultati:** L'OLE ha coinvolto 427 pz ed è stata completata da 299 (70,0%) pz. Nel corso dell'estensione, 246 pz (57,6%) hanno riferito almeno un evento avverso emergente dal trattamento (TEAEs); i TEAEs più diffusi sono stati dispepsia (4,0%), reflusso gastroesofageo (4,0%), mal di schiena (3,7%), cefalea (3,0%), sinusite (2,8%), ipertensione (2,6%) e tosse (2,1%). Le cause più comuni dell'interruzione del trattamento sono state: decisione del paziente (n = 59), gli eventi avversi (n=22), la perdita di pz al follow-up (n=16) e la mancata percezione dell'efficacia (n=15). Pochi pz (4,7%) hanno riferito eventi avversi gravi. I punteggi all'inizio e fine dello studio e al termine dell'OLE sono stati [media(DS)] IPSS totale: 18,0 (5,9)/13,9 (6,8)/12,9 (7,1); IPSS di riempimento (irritativi): 8,0 (2,9)/6,4 (3,1)/6,1 (3,2); IPSS da svuotamento (ostruttivi): 10,0 (4,2)/7,4 (4,5)/6,8 (4,6); IPSS Qualità di vita: 3,7 (1,2)/2,9 (1,4)/2,6 (1,5); BPH Impact Index: 4,7 (2,8)/3,7 (2,9)/3,4 (2,8); Dominio IIEF-EF: 16,1 (8,7)/20,7 (8,8)/22,3 (8,5). Le variazioni dell'efficacia osservate nel corso del periodo in doppio cieco sono state mantenute durante l'OLE [media(DS) inizio studio – termine OLE vs media (DS) inizio – termine OLE]: IPSS totale -5,0 (6,7) vs -0,9 (5,7); IPSS di riempimento (irritativi): -1,9 (3,0) vs -0,3 (2,6); IPSS da svuotamento (ostruttivi): -3,1 (4,4) vs -0,6 (3,6); IPSS Qualità di vita: 1,1 (1,4) vs -0,3 (1,2); BPH Impact

Index: -1,3 (2,4) vs -0,3 (2,4). Dominio IIEF-EF: 5,9 (7,6) vs 1,1 (8,0).

**Conclusioni:** T 5 mg/die presenta un profilo rischio/beneficio positivo. I miglioramenti in termini di efficacia osservati dopo le 12 settimane di trattamento controllato con P sono stati mantenuti dopo un ulteriore anno di trattamento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Sì. Lo studio è stato fully sponsored da Eli Lilly & Co.

**P25****EIACULAZIONE RITARDATA ED ALESSITIMIA: RISULTATI PRELIMINARI**

Paolo Maria Michetti<sup>1</sup>, Chiara Simonelli<sup>2</sup>, Roberta Rossi<sup>3</sup>, Stefano Eleuteri<sup>2</sup>, Marta Giuliani<sup>3</sup>, Costantino Leonardo<sup>1</sup>, Giorgio Franco<sup>1</sup>, Carlo De Dominicis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia - Sapienza Università di Roma; <sup>2</sup>Facoltà di Medicina e Psicologia - Sapienza Università di Roma; <sup>3</sup>Istituto di Sessuologia Clinica di Roma

**Introduzione ed obiettivi:** L'Eiaculazione Ritardata (ER) consiste nella difficoltà, ritardo o impossibilità a raggiungere l'orgasmo dopo una fase di normale eccitazione sessuale. Il soggetto non riesce ad avere un'eiaculazione, nonostante il desiderio di scarica orgasmica e ricevendo una stimolazione sufficiente, in normali condizioni, a innescare il riflesso dell'orgasmo. Il costrutto dell'alessitimia descrive individui che mostrano difficoltà nell'identificare o nel riferire agli altri le emozioni provate. Ricerche precedenti hanno evidenziato livelli alti o moderati di alessitimia in uomini con Disfunzione Erettile (DE) ed Eiaculazione Precoce (EP). L'obiettivo di questo studio è di investigare la presenza di alessitimia in uomini con ER, comparando tali risultati con i dati emersi per altre Disfunzioni Sessuali Maschili (DSM).

**Materiali e metodi:** Negli anni 2010-2011 a 50 pazienti con ER, di età compresa tra i 20 ed i 63 anni, sono stati somministrati la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) ed un questionario ad hoc per valutare caratteristiche cliniche del sintomo.

**Risultati:** L'8% dei pazienti è risultato essere alessitimico, il 10% rientrava nella categoria borderline mentre l'82% del campione non manifestava caratteristiche cliniche di tale problematica. Il punteggio medio totale della TAS-20 era 45.22. I risultati preliminari non mostrano correlazioni significative tra l'alessitimia e l'ER, diversamente da altre DSM, dove tale condizione è risultata presente in più del 40% dei pazienti.

**Conclusioni:** I dati presentati sembrano suggerire che l'ER, non essendo correlata al costrutto alessitimico, sia probabilmente basata su altre caratteristiche individuali psicogene. Nonostante la ben nota configurazione ipercontrollante, l'assenza di problematiche nell'identificare e nel comunicare le emozioni emerse nel nostro campione può essere connessa alla maggiore accettazione sociale dell'ER rispetto all'EP ed alla DE. Poiché il sintomo non ha effetti preponderanti sull'identità di genere maschile, l'approvazione culturale



può sicuramente essere considerato come un importante fattore protettivo nel creare o esacerbare alti livelli di alessitimia. Questi risultati suggeriscono di condurre ricerche più diffuse su tale aspetto, per identificare possibili implicazioni specifiche nella gestione clinica attualmente in uso per l'ER, anche in considerazione dell'attuale povertà di risorse farmacologiche realmente utili nel trattamento medico di questa disfunzione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P26

### **CORPORPLASTICA DI EBBEHOJ MODIFICATA CON TECNICA ORIGINALE NELLA CORREZIONE DEGLI INCURVAMENTI PENIENI CONGENITI ED ACQUISITI**

Giovanni Alei, Piero Letizia, Francesco Ricottilli

Dipartimento di Chirurgia "P. Valdoni", Sapienza Università di Roma

**Introduzione:** Gli autori descrivono una variante della corporoplastica di Ebbenhøj per la correzione degli incurvamenti penieni congeniti ed acquisiti con funzione erettile conservata.

**Materiali e metodi:** L'intervento viene effettuato con un accesso baso penieno dorsale per gli incurvamenti ventrali e peno scrotale per gli incurvamenti dorsali e laterali. Dopo aver effettuato il degloving si effettua la corporoplastica nel punto stabilito pre-operatoriamente. Si prepara la fascia di Buck e si appone un punto di seta zero nel punto di massima trazione. Il punto è una variante della tecnica di Ebbenhøj e prevede il passaggio transfiggente l'albuginea. L'erezione idraulica intraoperatoria mostra la perfetta correzione dell'incurvamento. A questo punto si copre la corporoplastica con la fascia di Buck, si reinvaginano le strutture peniene e si sutura la cute con punti in seta due zeri.

**Risultati:** Abbiamo un follow up medio di 24 mesi, l'incidenza delle recidive è molto bassa, non abbiamo avuto complicanze e soprattutto non si palpano tumefazioni o depressioni nei punti in cui vengono effettuate le corporoplastiche.

**Conclusioni:** Nesbit nel 1965 descrisse la prima tecnica di corporoplastica. Negli anni numerose varianti sono state proposte. Questa variante della tecnica di Ebbenhøj a nostro avviso è una tecnica molto semplice ed allo stesso tempo molto efficace. Gli accessi basali garantiscono degli ottimi risultati estetici e funzionali. Valutando i risultati gli autori considerano questa tecnica di corporoplastica un affidabile e semplice procedura da eseguire per il trattamento degli incurvamenti penieni congeniti e in casi selezionati negli incurvamenti acquisiti da induratio penis plastica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P27

### **LA PROTESI TESTICOLARE IN ETÀ PEDIATRICA: COME, QUANDO E PERCHÉ**

Matteo Sulpasso<sup>1</sup>, Christian Chironi<sup>1</sup>, Veronica Zuin<sup>1</sup>, Emilio Barbi<sup>2</sup>, Franco Antoniazzi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>U.O. di Chirurgia Pediatrica Casa di Cura Pederzoli - Peschiera del Garda (VR); <sup>2</sup>Servizio di Ecografia Casa di Cura Pederzoli - Peschiera del Garda (VR); <sup>3</sup>Endocrinologia Pediatrica, Università degli Studi di Verona

**Introduzione ed obiettivi:** L'indicazione all'inserzione della protesi in età pediatrica è essenzialmente di tipo estetico e psicologico. La protesi sostitutiva del testicolo (protesi testicolare) è costituita da silicone-gel, ed è delle stesse dimensioni del testicolo controlaterale sano, sia nella pubertà sia nella prima infanzia. Nella seconda infanzia può essere di dimensioni maggiori per evitare di doverla sostituire in età puberale. L'inserimento della protesi può essere dovuta a quelle cause che hanno comportato la perdita del testicolo: atrofia, orchietomia per torsione testicolare, agenesia, tumori. Si consiglia di effettuare l'inserzione di protesi contestualmente all'asportazione del testicolo.

**Materiali e metodi:** Abbiamo preso in esame tutti i pazienti sottoposti ad inserzione di protesi testicolare in età pediatrica negli ultimi 5 anni presso la nostra Unità Operativa. I pazienti sono 22 così suddivisi per età: 4 pazienti di un anno, 1 di 4 anni, 2 di 7 anni, uno di 10 anni, 1 di 12 anni, 6 di 14 anni, 2 di 13 anni, 5 di 15 anni. I pazienti con un anno di età erano affetti da atrofia testicolare pre-natale (torsione pre-natale), gli altri pazienti erano affetti in 2 casi da marcata ipotrofia da pregressa orchidopessi, uno da atrofia conseguente ad un trauma testicolare, e gli altri da esiti di torsione. In 2 casi è stata inserita una protesi di dimensioni maggiori rispetto al testicolo controlaterale, in un caso la protesi è stata successivamente sostituita con una di dimensioni maggiori. Tutte le protesi sono state inserite attraverso una incisione inguinale bassa.

**Risultati:** Non si sono verificate complicazioni (infezioni, ematomi o rigetto) ed il dolore post-operatorio è segnalato solo nell'immediato post-operatorio. I controlli a distanza hanno dimostrato una normale consistenza della protesi e dal punto di vista estetico il risultato è stato eccellente.

**Conclusioni:** I risultati dimostrano che la tecnica è affidabile e riteniamo che sia applicabile a qualsiasi età del paziente. I pazienti possono essere dimessi in giornata e la ripresa dell'attività scolastica è rapidissima. In alcuni casi è necessario sostituire a distanza la protesi con una di dimensioni maggiori e l'intervento sarà più agevole poiché la precedente protesi ha l'effetto di espansore. È indubbia inoltre l'utilità dal punto di vista psicologico sia nella prima infanzia sia nella pubertà.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P28****RESERVOIR IN SEDE SOVRAFASCIALE: NUOVA POSSIBILITÀ PER LA PROTESI IDRAULICA TRICOMPONENTE GRAZIE AL SERBATOIO CONCEAL AMS**Edoardo S. Pescatori<sup>1</sup>, Barbara Drei<sup>1</sup>, Paolo Pisi<sup>2</sup><sup>1</sup>Servizio di Andrologia, Hesperia Hospital, Modena; <sup>2</sup>Diagnostica per Immagini, Hesperia Hospital, Modena

**Introduzione ed obiettivi:** La protesi idraulica tricomponente è tra gli impianti penieni quella che fornisce i migliori risultati estetici e funzionali e riscuote il maggior gradimento di pazienti e partner. In alcuni casi il posizionamento del reservoir può peraltro risultare indaginoso per pregressa chirurgia pelvica, inducendo spesso ad un posizionamento intraperitoneale, con teorici maggiori rischi per il paziente nell'evenienza di infezione protesica. Obiettivo di questo report è stato verificare fattibilità e gradimento di posizionamento sovrafasciale del nuovo serbatoio a basso profilo "Conceal" di AMS.

**Materiali e metodi:** Paziente di 71 anni, con grave deficit erettile non responsivo ad approcci farmacologici. Non gradimento dell'opzione Vacuum. Sottoposto a brachiterapia per neoplasia prostatica. Sovrappeso (BMI 28.7). Sceglie l'opzione protesica idraulica. Viene sottoposto ad impianto con protesi idraulica AMS LGX Inibizione MS pump preconnessa per accesso penoscrotale. Alla luce della patologia prostatica e della pregressa brachiterapia si opta per utilizzo di serbatoio a basso profilo "Conceal".

**Risultati:** Preoperativamente il paziente viene valutato in ortostasi per marcare il livello del posizionamento della cintura dei pantaloni, che in questo caso coincide con l'ombelicale trasversa. Il serbatoio viene posizionato mediante accesso mediano longitudinale sottoombelicale. Guadagnato il piano fasciale lo si sviluppa fino a ricavare tasca adeguata a reservoir "Conceal", riempito a 30 ml. Si procede indi a creare passaggio per "tubing" di serbatoio, successivamente connesso a pompa di controllo. Il decorso postoperatorio è regolare; il paziente non percepisce la presenza del serbatoio né in stato di riposo né all'attivazione dell'impianto.

**Conclusioni:** Il serbatoio a basso profilo "Conceal" dischiude una nuova possibilità nell'impiego di protesi idrauliche peniene tricomponenti: bypassare lo spazio del Retzius, a vantaggio di un posizionamento sovrafasciale. Appare utile poter disporre di questa opzione, in particolare in casi di pregressa chirurgia pelvica e di radioterapia per eteroplasia prostatica, per evitare di dover accedere ad uno spazio del Retzius già violato, od in territorio fibrotico, evitando al contempo il posizionamento intraperitoneale del reservoir. Il presente primo caso è andato a buon fine, ed il posizionamento del serbatoio è risultato di buon gradimento da parte del paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P29****CORRELAZIONE TRA FREQUENZA DELL'ATTIVITÀ SESSUALE ED EFFICACIA NELLA RIABILITAZIONE DELLA FUNZIONE ERETTILE**Matteo Titta<sup>1</sup>, Sandra Battaglia<sup>1</sup>, Andrea Volpe<sup>1</sup>, Mario Pizzarella<sup>1</sup>, Giovanni Ferro<sup>1</sup>, Giorgio Villi<sup>1</sup>, Cristina Bigotto<sup>1</sup>, Masoud Gholam Alipour<sup>1</sup>, Luigi Cosenza Franzese<sup>2</sup>, Dionisio Schiavone<sup>1</sup>

S.O.C. Urologia, Ospedale Santa Maria della Misericordia, Rovigo;

<sup>2</sup>Studente in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Padova

**Introduzione ed obiettivi:** La funzione erettile è regolata da vari fattori tra cui la frequenza dell'attività sessuale. La terapia con PDE5 inibitori on demand seppur efficace può risentire della variabilità sessuologica del paziente e della coppia (calo del desiderio, conflitti di coppia, stress lavorativi, disponibilità del partner). Nell'ottica di una modulazione del meccanismo endoteliale abbiamo confrontato l'efficacia farmacologica di una terapia al bisogno rispetto ad una terapia a giorni alterni unita ad una attività sessuale a scopo riabilitativo.

**Materiali e metodi:** Abbiamo valutato dal 03/09 al 05/10 43 pazienti, età media 52,8 anni con disfunzione erettile (DE) responsiva a PDE5 inibitori on demand: 10 con Sildenafil, 15 con Vardenafil e 18 con Tadalafil a vario dosaggio e sottoposti, per 4 mesi, a terapia a giorni alterni con la stessa dose di farmaco associata ad una attività sessuale. L'etiopatogenesi della DE era psicogena in 12 casi (27.9%), sindrome metabolica in 17 (39.5%), cardiovascolare in 6 (13.9%), diabete mellito in 7 (16.2%). Il follow up è stato a 30 giorni e a 3 mesi. La funzione sessuale è stata valutata con IIEF 15 items ed un questionario di autovalutazione.

**Risultati:** La frequenza media delle assunzioni on demand è stata di 2,97 compresse/mese (range 1-8) contro 9,4 compresse (range 6-12) nel gruppo a schema fisso. L'IIEF breve medio del gruppo a schema fisso è risultato più alto del gruppo on demand nel primo controllo 28,3 e al termine dello studio 28,7 vs 26,3. Nel gruppo a schema fisso sono aumentati gli items dell'orgasmo 9.7 vs 7.3, soddisfazione sessuale 13.3 vs 9.8 e generale 9.5 vs 7.2, desiderio 9.7 vs 7.3. Non si sono avuti effetti collaterali rilevanti per l'assunzione cronica del farmaco. Non si sono avute sostanziali differenze di IIEF score tra i vari farmaci: Sildenafil 28.5, Tadalafil 28.4, Vardenafil 28.7. L'autovalutazione ha registrato una ottima compliance di coppia nel 90,6% (39 casi), aumento dei sexual day dreams 74,4% (32) e delle erezioni notturne 53,4% (23), miglioramento dell'autostima nel 95,3% (41); tutti hanno riferito un possibile drop out nel lungo periodo per il costo del farmaco.

**Conclusioni:** L'assunzione cronica di PDE5 inibitori unita ad una maggior frequenza di attività sessuale risulta essere più efficace della terapia on demand perché permette una riabilitazione dell'endotelio svincolandolo dalle interferenze sessuologiche che spesso riducono le occasioni per una efficace erezione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P30****TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELL'EIACULAZIONE PRECOCE: FARMACI A CONFRONTO**

M. Florio<sup>1</sup>, M. Scarfini<sup>1</sup>, M. D. Mendoza<sup>2</sup>, A. Asimopoulos<sup>1</sup>, E. Spera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" Policlinico Casilino; <sup>2</sup>Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" Policlinico Tor Vergata

**Introduzione ed obiettivi:** Valutazione retrospettiva di 75 pazienti affetti da eiaculazione precoce secondaria divisi in 3 differenti gruppi terapeutici.

**Materiali e metodi:** È stata eseguita un'analisi osservazionale retrospettiva di 75 pazienti, con età compresa tra i 18 e 57 anni, sottoposti a diversi trattamenti farmacologici, arruolati tra maggio 2009 e novembre 2011: 25 di loro hanno utilizzato crema anestetica per uso topico prima del rapporto sessuale; 25 Paroxetina 20 mg 1 cp/die, 25 pazienti Dapoxetina 30 mg 1 cp on demand. Il follow-up è stato condotto per 6 mesi, tramite questionari (PEP e PEDT) ripetuti a 1, 3 e 6 mesi.

**Risultati:** Nel gruppo A solo il 40% riferiva un miglioramento dei tempi di eiaculazione con un miglioramento medio di 3 punti nel questionario PEP e di 4 punti nel questionario PEDT. il 25% lamentava arrossamento del glande ed il 2% eccessiva ipoestesia. In un solo caso difficoltà a mantenere l'erezione per la ridotta sensibilità. Nel gruppo B il 48% dei pazienti ha riferito miglioramenti con un aumento medio di 6 punti nel questionario PEDT e 4 punti nel PEP. I principali eventi avversi sono stati: sonnolenza nel 77%; secchezza delle fauci nel 30,7%; sudorazione nel 46,1%; nausea nel 38,4%. 1 paziente ha presentato tremori e ha sospeso il trattamento. Nel gruppo C il 53% dei pazienti ha riferito miglioramenti. Presentavano un miglioramento leggermente superiore alla Paroxetina con un aumento di 7 punti al PEDT e di 6 punti alla PEP. Il 67% dei pazienti lamentava come effetto avverso nausea e il 27% vertigini oggettive. In un paziente si è avuta lipotimia. Tutti questi sintomi sono regrediti dopo le prime tre compresse.

**Conclusioni:** In tutti i gruppi trattati, i soggetti non responsivi sono stati almeno il 50%. La crema anestetica rappresenta quella con minori effetti collaterali, ma risulta spesso mal gestibile per la necessità di un timing preciso nell'applicazione che incide sulla spontaneità del rapporto. La Paroxetina presenta buona efficacia ma l'inconveniente di dover essere assunta tutti i giorni per ottenere un risultato terapeutico adeguato. La sonnolenza è il principale effetto collaterale con tendenza a ridursi dopo alcune settimane. La Dapoxetina è il farmaco che ha dato migliori risultati. Ha il vantaggio di poter essere assunta on demand con buon effetto terapeutico già dopo le prime somministrazioni. Nausea ed ipotensione sono però effetti collaterali frequenti e possibile causa di abbandono della terapia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P31****VALUTAZIONE IN ITINERE DEI RISULTATI DELLO STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO NON RANDOMIZZATO "DISFUNZIONI SESSUALI E MINZIONALI DOPO RESEZIONE ANTERIORE DEL RETTO CON "TOTAL/PARTIAL MESORECTAL EXCISION"PER NEOPLASIA"**

Filippo Di Loro<sup>1</sup>, Andrea Del Grasso<sup>1</sup>, Angelo Macchiarella<sup>1</sup>, Christian Dattilo<sup>1</sup>, Franco Rubino<sup>1</sup>, Michela Spurio<sup>1</sup>, Elisa Lenzi<sup>2</sup>, Francesco Feroci<sup>2</sup>, Marco Scatizzi<sup>2</sup>, Franco Blefari<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>U.O. Urologia Azienda USL 4 Prato - Direttore Franco Blefari;

<sup>2</sup>U.O. Chirurgia Generale Azienda USL 4 Prato - Direttore Marco Scatizzi

**Introduzione:** Le disfunzioni sessuali e minzionali sono complicanze riconosciute della resezione del retto per tumore. La frequenza di queste complicanze era alta prima dell'introduzione della Total Mesorectal Excision (TME) con incidenza tra il 10 ed il 30% per le disfunzioni vescicali e del 40-60% per le sessuali. La principale causa di queste disfunzioni è la lesione dei nervi autonomici nella pelvi o lungo l'aorta distale. Nel 1982 la TME è stata introdotta come la metodica oncologica standard per il trattamento del cancro del retto. Con questa procedura, assieme alla migliore comprensione della funzione dei nervi autonomici pelvici è stato possibile minimizzare le complicanze genitourinarie, che sono comunque riportate in letteratura tra lo 0 ed il 12 % per le urinarie e tra il 10 ed il 35% per le sessuali. La resezione del retto con TME laparoscopica per cancro è tecnicamente fattibile con complicanze e risultati oncologici comparabili a quelli della chirurgia open, ma ancora in letteratura non ci sono studi che comparano l'insorgenza delle complicanze genitourinarie e sessuali tra i due approcci.

**Materiali e metodi:** Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti di età inferiore ai 75 anni sottoposti ad intervento di resezione anteriore del retto con TME per via open o laparoscopica per neoplasia dal 1 gennaio 2010. Durante lo studio sono stati esclusi i pazienti con complicanze maggiori dopo l'intervento e resezione non R0 o malattia metastatica. La valutazione minzionale viene effettuata con una uroflussimetria preoperatoria ed a 1 e 12 mesi dall'intervento e con un questionario I-PSS preoperatorio ed a 3, 6 e 12 mesi dall'intervento. La valutazione sessuale viene effettuata attraverso il questionario validato 'International Index of Erectile Function'(IIEF) per gli uomini, e 'Female Sexual Function Index'(FSFI) per le donne. Gli stessi questionari saranno compilati a 3, 6 e 12 mesi dall'intervento.

**Risultati:** Lo studio valuta i risultati ottenuti nei primi 6 mesi di follow-up dei pazienti inclusi. Durante questo periodo si è evidenziata la difficoltà nel reclutamento dei pazienti di sesso femminile per quanto riguarda la valutazione del 'Female Sexual Function Index'. I risultati preliminari sono interessanti tanto da spingerci nella prosecuzione dello studio.

**Conclusioni:** Anche se non è ancora possibile giungere

ad una conclusione definitiva i nostri risultati appaiono in linea con quelli riportati in letteratura. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P32

#### PARAMETRI SEMINALI IN PAZIENTI CHE ESEGUONO LA CRIOCONSERVAZIONE DEL SEME: TUMORI TESTICOLARI E LINFOMI

Roberta Sacchetto, Luisa Caponecchia, Annalisa Sebastianelli, Cristina Fiori, Pietro Salacone, Immacolata Marcucci, Fabio Forte, Rocco Rago.

U.O.D. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione – Ospedale S. Maria Goretti - Latina

**Introduzione:** I tumori del testicolo ed i linfomi sono tra le più frequenti patologie nei giovani maschi adulti. L'incidenza di queste neoplasie è più alta nella fascia d'età 20-35 anni e se ne osserva un continuo aumento nei paesi europei. Ad oggi la prognosi è ottima e aumenta il numero di pazienti (pz) che potrebbero beneficiare della crioconservazione come strategia di prevenzione della fertilità, in caso di terapie che possono ledere in modo irreversibile la spermatogenesi; inoltre l'avanzamento delle tecniche di fecondazione assistita abilita al congelamento di campioni anche molto alterati. Scopo dello studio: osservare la qualità dei parametri seminali nei pz affetti da tumore testicolare (TT) o da linfomi (L).

**Materiali e metodi:** Abbiamo esaminato 76 pz affetti da TT (n.52) o L (n.24) che si sono recati dal 2007 al 2010 presso la nostra Banca dei gameti per crioconservare il liquido seminale dopo un mese da orchietomia/biopsia linfonodale e prima del trattamento chemio o radioterapico. Lo spermogramma (WHO 92-99) ha evidenziato 3pz (5,8%) azoospermici tra i TT e 1 (4,2%) nei L che sono stati esclusi dalla valutazione finale effettuata su 49pz (Gruppo A) con TT e 23pz (Gruppo B) con L. Al momento della diagnosi in A, 22pz erano affetti da seminoma e 27 da tumori non seminomatosi. In B, 13 avevano un linfoma di Hodgkin e 10 un non Hodgkin. Lo stadio clinico della patologia era in A: 29 pT1, 16 pT2 e 4 pT3. In B: 8 stadio II, 7 III e 8 IV. Utilizzato il Test di Student non appaiato per la valutazione dell'età e dei parametri seminali tra i due gruppi.

**Risultati:** L'età è risultata non significativa in AvsB ( $29,3 \pm 7,9$  vs  $28,7 \pm 8,3$ ). La media dei parametri seminali in AvsB: vol. (ml)  $3,2 \pm 1,4$  vs  $3,2 \pm 2,1$ ; conc/tot ( $\times 10^6$ )  $80,9 \pm 92,0$  vs  $154,2 \pm 182,4$ ; mot.rett. (%)  $28,2 \pm 19,0$  vs  $30,9 \pm 17,3$ ; atipie (%):  $81,8 \pm 10,8$  vs  $79,9 \pm 8,0$ ; globuli bianchi ( $\times 10^6$ ):  $0,5 \pm 0,3$  vs  $1,1 \pm 0,7$  ha mostrato una differenza significativa nella concentrazione nemaspermica ( $p < 0.05$ ) e nel numero di globuli bianchi ( $p < 0.001$ ).

**Conclusioni:** I pz studiati presentano una media dei parametri seminali, per quel che riguarda la concentrazione nemaspermica, conforme ai valori minimi di riferimento. Inoltre i pz affetti da L sono più giovani e sembrano avere una qualità seminale migliore dei TT, in modo significativo per la concentrazione totale pur

avendo uno stadio più avanzato della patologia. In particolare nei L non si evidenzia un peggioramento della spermatogenesi come conseguenza della progressione della patologia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P33

#### ESPLORAZIONE CHIRURGICA PRECOCE NEI TRAUMA SCROTALI

Luigi Benecchi<sup>1</sup>, Francesca Bocchi<sup>1</sup>, Michele Potenzoni<sup>2</sup>, Anna Maria Pieri<sup>2</sup>, Carmelo Destro Pastizzaro<sup>2</sup>, Daniel Martens<sup>2</sup>, Laura Perucchini<sup>1</sup>, Matteo Quarta<sup>1</sup>, Fabrizio Russo<sup>1</sup>, Mario Tonghini<sup>1</sup>, Carlo Del Boca<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Divisione di Urologia, "Istituti Ospitalieri di Cremona", Cremona;

<sup>2</sup>Divisione di Urologia, Ospedale di Fidenza, Parma

**Introduzione:** Fino al 1960 i traumi scrotali erano trattati conservativamente, eccetto in caso di trauma aperto o di presenza di complicanze. Lo scopo di questo nostro studio è quello di valutare l'incidenza dell'approccio chirurgico nei traumi scrotali.

**Materiali e metodi:** Retrospectivamente abbiamo valutato i casi di traumi scrotali sia aperti che chiusi giunti alla nostra osservazione dal 2002 al 2012. Per ogni caso abbiamo preso in considerazione l'età, il tipo di trauma aperto o chiuso, l'approccio chirurgico o meno, l'esecuzione o meno di orchietomia, i giorni trascorsi dal trauma alla prima osservazione urologica.

**Risultati:** Sono stati valutati 43 casi trauma scrotale, 39 traumi chiusi (90%) e 4 traumi aperti. L'età mediana è stata di 29 anni (range 4-88). 8 pazienti sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di cui 3 casi per traumi aperti e 5 casi in pazienti con trauma scrotale chiuso. 2 pazienti sono stati sottoposti ad orchietomia, 1 di questi dopo trauma aperto e l'altro dopo trauma chiuso, in questo caso l'intervento è stato effettuato dopo 5 giorni dal trauma con riscontro di torsione del funicolo scrotale. In 3 casi chirurgici dopo la rimozione dell'ematoma e del parenchima testicolare necrotico si è proceduto a sutura della lesione testicolare. Nei casi risultati chirurgici l'intervento precoce consente di evitare un'orchietomia nella maggior parte dei casi e di conservare la funzione gonadica nel tempo. Nelle situazioni non chirurgiche un'accurata valutazione ecografica è fondamentale.

**Conclusioni:** Nella nostra casistica l'intervento di esplorativa precoce nei traumi scrotali permette nella maggior parte dei casi di salvare il testicolo in toto o in parte.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P34

#### IL RUOLO DELLE MODIFICHE DELLO STILE DI VITA NELLA TERAPIA DEL DOLORE PELVICO CRONICO: STUDIO PROSPETTICO RANDOMIZZATO

Luigi Gallo

Studio Uro-Andrologico Gallo, Napoli

**Introduzione ed obiettivi:** Il dolore pelvico cronico (DPC) è una delle patologie più comuni negli uomini

sotto i 50 anni. La sua terapia rappresenta tutt'oggi un problema di difficile gestione da parte dell'andrologo. Scopo del presente studio è stato la valutazione dell'efficacia di un protocollo terapeutico basato sulle modifiche dello stile di vita.

**Materiali e metodi:** All'ingresso dello studio tutti i pazienti con una diagnosi di DPC afferenti al nostro centro hanno compilato la versione italiana del questionario NIH-CPSI (scala 0-43). Criteri di inclusione: a) diagnosi di DPC; b) età compresa tra i 20-50; c) punteggio > 1 nel dominio dolore del questionario NIH-CPSI; d) durata dei sintomi > 3 mesi. I pazienti sono stati assegnati a due bracci di trattamento in base al punteggio iniziale del questionario, età e durata dei sintomi. Braccio 1: Nimesulide 100 mg mattina e sera per 7 giorni + Serenoa Repens 320 mg al giorno per 3 mesi. Braccio 2: Stessa terapia del braccio 1 associata inoltre al rigido rispetto di particolari norme riguardanti lo stile di vita, abitudini sessuali e modifiche della dieta. Alla visita di controllo, eseguita dopo 3 mesi, è stato nuovamente somministrato il questionario e, relativamente al braccio 2, è stato valutato il grado di accettazione al regime di modifica di stile di vita imposto. Al fini della valutazione dei risultati sono stati considerati solo i pazienti che hanno completamente aderito ad esso.

**Risultati:** Abbiamo arruolato complessivamente 40 pazienti per ogni gruppo di trattamento. Nel gruppo uno abbiamo assistito alle seguenti modifiche pre- e post-trattamento del punteggio medio del questionario NIH-CPSI: punteggio globale da 21,4 a 17,6 (p: 0,06); dominio dolore da 10,9 a 8,9 (p: 0,81); dominio sintomi disurici da 4,4 a 4 (p: 1); dominio qualità di vita da 4,8 a 6,1 (p: 0,15). Nel gruppo due 32 di 40 pazienti hanno aderito completamente alle modifiche dello stile di vita e sono stati valutati ai fini dei risultati. In questo gruppo il punteggio totale del questionario si è ridotto da 21,4 valore iniziale ad 8 post-terapia (p < 0,001); dominio dolore da 11,3 a 4,4 (p < 0,001); dominio sintomi disurici da 4,3 a 1,8 (p < 0,001); dominio qualità di vita da 5,7 a 1,8 (p < 0,001).

**Conclusioni:** Il rispetto rigoroso di un corretto stile di vita associato si è dimostrato nel presente studio particolarmente efficace nella terapia del dolore pelvico cronico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P35

#### INDURATIO PENIS PLASTICA: CARATTERISTICHE FIOLOGICHE DEI PAZIENTI E STILI DI VITA

Giuseppe Dachille<sup>1</sup>, Barbara Contegiacomo<sup>2</sup>, Giovanni Pagliarulo<sup>3</sup>, Giuseppe Mario Ludovico<sup>3</sup>, Francesco Domenico D'Ovidio<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Struttura Complessa di Urologia San Giacomo Monopoli - Bari; <sup>2</sup>Agenzia Regionale Sanitaria - Regione Puglia; <sup>3</sup>Struttura Complessa di Urologia "Miulli" Acquaviva delle Fonti - Bari; <sup>4</sup>Università degli Studi di Bari Aldo Moro

**Introduzione ed obiettivi:** Proseguendo nel percorso di

analisi iniziato nel 1998 dal Gruppo Italiano Studio Impotenza (studio multicentrico IPPOS e sua successiva integrazione), abbiamo elaborato nel 2010 un questionario che voleva indagare su gli stili di vita dei pazienti affetti da IPP, da affiancare ai consueti esami clinici.

**Materiali e metodi:** Il questionario da noi elaborato si compone di 57 domande (40 precodificate, 17 a risposta libera) raggruppate in 5 sezioni: dati generali, stili di vita, alimentazione, condizioni di salute, vita privata (ossia dati sulla sessualità).

**Risultati:** L'analisi statistica dei dati rilevati ha fornito interessanti indicazioni sulle relazioni esistenti fra alcune caratteristiche dei pazienti visitati, fra cui quelle che maggiormente interessano la clinica hanno a che fare con i sintomi specifici del morbo di Peyronie, risultati significativamente correlati con vari elementi (fumo, contatto con sostanze tossiche, co-morbilità, rapporti sessuali con prostitute). Un altro elemento da valutare è la ridotta percezione della patologia da parte degli stessi pazienti affetti, dedotta dalla non congruenza delle opinioni personali sulla deviazione del pene in erezione e la misura clinica della curvatura dello stesso.

**Conclusioni:** In questa comunicazione si vuole portare all'attenzione della stessa comunità scientifica, per quanto reso possibile dal non elevato numero di pazienti osservati, alcune relazioni "gerarchiche" fra le suddette caratteristiche correlate alla patologia, valutando quali fra esse risulta assumere una maggiore importanza nella lettura complessiva del fenomeno.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P36

#### TRATTAMENTO DEL DEFICIT ERETTILE CON INIBITORI DELLE FOSFODIESTERASI-5 DOPO TRAPIANTO RENALE

Fedele Lasaponara, Omidreza Sedigh, Ettore Dalmasso, Giovanni Pasquale, Andrea Bosio, Luigi Rolle, Massimiliano Timpano, Marco Falcone, Dario Fontana

SCDU Urologia 2 AOU San Giovanni Battista Molinette Torino

**Introduzione ed obiettivi:** Il trapianto renale, nei confronti del trattamento dialitico, consente un aumento della sopravvivenza e soprattutto un notevole miglioramento della qualità di vita (QoL). Considerando l'estensione delle indicazioni al trapianto renale in pazienti con complesse pluripatologie e di età anche avanzata, il deficit erettile (DE) grava pesantemente sulla QoL di molti pazienti. Il trattamento del DE con inibitori delle fosfodiesterasi 5 (PDE 5) è generalmente efficace e ben tollerato, anche nei pazienti con severe comorbidità. Anche nei pazienti portatori di trapianto renale gli inibitori delle PDE 5 sono comunemente utilizzati come terapia di prima linea. Obiettivo di questo studio è la valutazione dell'efficacia e della sicurezza di questi farmaci nei pazienti con DE sottoposti a trapianto renale presso il nostro Centro.

**Materiali e metodi:** Dal 1981 presso il Nostro Centro

Trapianti sono stati effettuati 2372 trapianti renali. 1523 riceventi erano di sesso maschile e 203 si sono presentati all'osservazione per DE dopo il 1998. 147 hanno accettato di assumere terapia con inibitori delle PDE 5 (Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil).

**Risultati:** In 60 pazienti (41%) si è osservata un'ottima risposta al trattamento. 13 pazienti (9%) hanno deciso di non effettuare la terapia dopo un test positivo. In 10 pazienti (6.8%) si sono osservati effetti collaterali tipici: flushing in 7 e cefalea con disturbi visivi in 3. Nel gruppo di pazienti che ha beneficiato del trattamento farmacologico, la durata del trattamento dialitico precedente il trapianto era stata di 22 mesi vs 42 mesi dei restanti pazienti.

**Discussione:** In accordo con le osservazioni di altri Autori, nella nostra esperienza il trattamento del deficit erettile dopo trapianto renale con inibitori delle PDE 5 si è dimostrato efficace, sicuro e ben tollerato. Gli effetti collaterali non differiscono rispetto alla popolazione generale, suggerendo come non vi siano particolari interazioni con i farmaci immunosoppressori. La breve durata del trattamento dialitico si è dimostrata predittore di migliore risposta alla terapia. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P37

#### POTENZA SESSUALE E PROSTATECTOMIA RADICALE NERVE SPARING: CONFRONTO TRA TECNICHE, RETROPUBICA "OPEN", LAPAROSCOPICA E ROBOTICA IN UN SINGOLO CENTRO

S. Caroassai Grisanti<sup>1</sup>, A. Delle Rose<sup>1</sup>, A. Cocci<sup>1</sup>, F.D. Vitelli, A. Ringressi<sup>1</sup>, T. Jaeger<sup>1</sup>, T. Chini<sup>1</sup>, M. Milanese<sup>1</sup>, D. Villari<sup>1</sup>, M.C. Paoletti<sup>1</sup>, M. Marzocco<sup>1</sup>, G. Nicita<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Clinica Urologica II - Università degli Studi di Firenze

**Introduzione ed obiettivi:** Oltre all'obiettivo della radicalità oncologica, la chirurgia del carcinoma prostatico mira a ridurre lo stress chirurgico e a ottenere un migliore outcome funzionale in termini di potenza sessuale e recupero precoce della continenza.

Scopo di questo studio è confrontare i risultati delle tre principali tecniche chirurgiche impiegate nel nostro centro: PRR (prostatectomia radicale retropubica) PRL (prostatectomia laparoscopica) e RALP (prostatectomia robotica) in termini di recupero della potenza sessuale.

**Materiali e metodi:** Nel periodo 01/01/2008 - 30/11/2011 sono stati eseguiti 306 interventi di prostatectomia radicale con tecnica nerve-sparing. Il range di età dei pazienti era 42-75 aa con media di 66.

	2008	2009	2010	2011	Totale
PRR	57	69	42	44	212
PRL	23	18	11	1	53
RALP	////	////	19	22	41
Totale	80	87	72	67	306

Lo studio è stato eseguito mediante somministrazione

pre-operatoria e poi a 3-6-12-16-24 mesi dall'intervento del questionario IIEF-5. Soltanto l'81% dei 306 pazienti era interessato alla riabilitazione andrologica mediante somministrazione di PDE-5i o PGE1. I pazienti sono stati suddivisi in gruppi a seconda della tecnica chirurgica, 39 sottoposti a RALP, 48 a PRL e 161 a PRR. È stato considerato normale un IIEF 5 > 21.

**Risultati:** La tabella mostra le percentuali di recupero della potenza sessuale ai vari follow-up.

	3 mesi	6 mesi	12 mesi	16 mesi	24 mesi
PRR	32/161 19,9%	51/161 31,6%	59/139 42,4%	62/129 48%	53/97 54,6%
PRL	8/39 20,5%	10/39 25,64%	14/39 35,9%	17/39 43,6%	19/38 50%
RALP	9/39 23%	13/39 33,3%	12/29 41,3%	9/20 45%	5/8 62,5%

Dei 58 pazienti che non si sono sottoposti a terapia riabilitativa, a 24 mesi dall'intervento, 30 hanno compilato il questionario e solo 4 (13,3%) hanno mostrato recupero della potenza sessuale.

**Conclusioni:** La nostra esperienza conferma che la ripresa della potenza sessuale è legata ad una adeguata terapia riabilitativa, raggiungendo il massimo recupero a 24 mesi dall'intervento.

I dati raccolti riguardo la tecnica RALP e PRL sono stati conseguiti durante la curva di apprendimento delle tecniche, ciò nonostante gli outcomes sono equiparabili alla consolidata tecnica 'open'.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### VIDEO

### V1

#### IMPIANTO DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE CON TECNICA "SEPTUM SPARING": 3 ANNI DI ESPERIENZA

Enrico Conti<sup>1</sup>, Sergio Lacquaniti<sup>1</sup>, Pier Paolo Fasolo<sup>1</sup>, Marco Camilli<sup>1</sup>, Luca Puccetti<sup>1</sup>, Roberto Mandras<sup>1</sup>, Francesco Varvello<sup>2</sup>, Giuseppe Fasolis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SOC Urologia ASL CN2; <sup>2</sup>ASO Ospedale Maggiore della Carità Novara

**Scopo del Lavoro:** Il setto scrotale è una struttura di cellule muscolari lisce che separa in 2 compartimenti lo scroto e partecipa alla sua contrazione tonica con il dartos. L'impianto di protesi peniena idraulica tricomponente con accesso peno-scrotale comporta la sezione del setto scrotale per esporre i corpi cavernosi. Ipotizziamo che la sezione del setto scrotale e/o la sua imperfetta ricostruzione possano essere responsabili di alcuni casi di edema e dolore dello scroto. Presentiamo una modifica della tecnica chirurgica che preserva l'integrità anatomica del setto scrotale.

**Materiali e metodi:** tra Gennaio 2009 e Marzo 2012,

abbiamo candidato ad implantologia peniena 46 pz affetti da DE end stage di varia etiologia. I criteri di inclusione per intervento di protesi tricomponente erano: DE end-stage non responder/non compliante a terapia medica. I criteri di esclusione erano: Insufficiente manualità per l'attivazione della protesi, disturbi della personalità secondo il DSM-IV-TR. 44 pz sono risultati eligibili. Gli interventi sono stati eseguiti con accesso peno-scrotale secondo il seguente schema: 1) Inserimento del reservoir nello spazio retro pubico 2) Esposizione dei corpi cavernosi con rispetto della struttura settale 3) Fenestrazione tra uretra e setto scrotale 4) Passaggio del cilindro sinistro e del relativo raccordo nella fenestrazione prima del suo inserimento 5) Prosecuzione dell'intervento secondo la tecnica tradizionale. Catetere vescicale e drenaggio in aspirazione rimossi in 1 giornata. Dimissione in 2 giornata. Ispezione dello scroto alla dimissione ed in 10 giornata.

**Risultati:** 44 pz di età tra 40 e 78. L'etiologia della DE era PR correlata in 21 pz, IPP in 7 pz, Diabete in 7 pz, Vasculogenica in 5, altra chirurgia oncologica in 2. In 11 pz è stato eseguito remodeling del pene. Le complicanze sono state 1 perforazione apicale riconosciuta e riparata, 1 perforazione di tubo di raccordo, 2 ematomi scrotali (trattati con aspirazione ambulatoriale). In 42 casi si è osservata assenza di edema scrotale alla dimissione e in 10 giornata.

**Conclusioni:** L'edema ed il dolore scrotale prolungato dopo impianto di protesi idraulica con accesso peno-scrotale comportano un ritardo all'attivazione della protesi. Il rispetto della struttura del setto scrotale sembra ridurre tali problematiche e quindi favorire una più precoce attivazione della protesi. La modifica di tecnica chirurgica proposta appare semplice, efficace e riproducibile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V2

### **IMPIANTO PROTESI TRICOMPONENTE AMS 700 CX MOMENTARY SUEEZE CON ACCESSO INFRA-PUBICO IN PAZIENTE CON DISFUNZIONE ERETTILE SECONDARIA A CHIRURGIA DEL RETTO**

Giovanni Alei, Piero Letizia, Francesco Ricottilli

Dipartimento di Chirurgia "P. Valdoni", Sapienza Università di Roma

**Introduzione:** Riportiamo il caso clinico di un paziente sottoposto a resezione del retto per neoplasia portatore di stomia cutanea affetto da disfunzione erettile non responder alle comuni terapie. Abbiamo sottoposto il paziente ad esame rigiscan ed ecocolor doppler penieno dinamico entrambi deponevano per una disfunzione erettile organica di natura mista: vascolare u neurologica. Dopo aver provato tutti i farmaci orali, abbiamo fatto test farmaco-infusivi fino ad arrivare al dosaggio massimo del trimix senza aver nessun risultato. A questo punto abbiamo deciso di impiantare una protesi idraulica considerando anche la giovane età del paziente.

**Materiali e metodi:** Si effettua un'incisione dorsale lon-

gitudinale infrapubica e dopo aver preparato i piani sottocutanei si raggiunge la radice dorsale del corpo cavernoso sinistro che viene clampato tra due pinze di allis. Si procede con la corporotomia longitudinale. Tunnellizzazione del corpo cavernoso dapprima con forbice di metzenbaum per via smussa e successivamente con dilatatori di subrini fino al diametro 13 bilateralmente. Si crea digitalmente uno spazio nell'emiscroto destro dove sarà alloggiata la pompa del sistema. A questo punto con l'ausilio dell'ago di keit e dell'inseritore di furlow si procede all'impianto dei cilindri protesici della protesi idraulica AMS 700 CX momentary sueeze con inibizione. Si alloggia la pompa nell'emiscroto destro verificandone il giusto orientamento individuata e sezionata la linea alba si divaricano i muscoli retti dell'addome e si crea digitalmente uno spazio dove poter alloggiare il reservoir del sistema che viene posizionato nello spazio prevescicale, lo si riempie con soluzione isotonica e si sutura a strati la parete addominale con l'ausilio di apposite spatole protettive si effettuano le corpororrafie in vaicril due zeri si procede alla connessione del sistema mediante apposito kit. verificato l'ottimo funzionamento della protesi si procede alla sutura dei piani più profondi in vaicril due zeri. Si posiziona un drenaggio di redon nello spazio più declive sottocute sempre in vaicril due zeri cute a punti staccati in seta due zeri.

**Risultati e conclusioni:** Abbiamo un follow up ormai di un anno ed il paziente ha una normale attività sessuale. Non ci sono state complicanze nel post operatorio ne a distanza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V3

### **ESPIANTO PROTESI PENIENA IDRAULICA PER DILATAZIONE ANEURISMATICA CON INGLOBAMENTO TISSUTALE E IMPIANTO DI NUOVA PROTESI**

M. Marzotto Caotorta, B. Gorgone, S. Sandri

Ospedale Civile Fornaroli di Magenta, Milano

Paziente di anni 58 operato in altra sede nel 1999, con protesi idraulica tri-componente AMS 700 CX; nel 2007, dopo 8 anni dal posizionamento della protesi, esegue una ecografia peniena che documenta grave dilatazione aneurismatica del corpo cavernoso di destra, che non consente al paziente rapporti sessuali. Pertanto si decide di espianare la protesi con incisione scrotale, trasversale. Si isolano i tubi di connessione e la pompa che risulta ancora funzionante. Durante la rimozione del cilindro di sinistra, si riscontra una aderenza completa del rivestimento protesico, con inglobamento del tessuto stesso alla parete interna del corpo cavernoso. In considerazione del cedimento e della lacerazione del rivestimento del cilindro, vengono espianate tutte le componenti della protesi. Durante la procedura si irriga il campo operatorio con soluzione antibiotica. Il serbatoio da 100 cc essendo stato alloggiato in sede intraperitoneale, viene rimosso con un 2°

accesso addominale pararettale destro. Si posiziona attraverso la stessa incisione il nuovo serbatoio e si utilizza un grosso ago a punta smussa (tunnellizzatore) per agevolare il passaggio del tubo di connessione tra pompa e serbatoio. Si procede con l'applicazione dei punti supplementari per la chiusura della corporotomia molto estesa. La misurazione dei corpi cavernosi indica delle lunghezze di 24 cm uguali a quelle dei cilindri espantati. Si inseriscono con tecnica standard i nuovi cilindri modello TITAN-OTR. La pompa infine viene inserita in sede profonda intratesticolare e si applica un drenaggio in aspirazione, che verrà rimosso in seconda giornata post operatoria. Gonfiando la protesi si verifica un corretto posizionamento dei cilindri con buon risultato estetico, con completa scomparsa della dilatazione aneurismatica. A distanza di un anno il paziente è soddisfatto e riferisce una normale attività sessuale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### V4

##### **CEDIMENTO APICALE DEI CORPI CAVERNOSI E MALFUNZIONAMENTO DI PROTESI PENIENA**

Omidreza Sedigh, Luigi Rolle, Carlo Ceruti, Massimiliano Timpano, Carlo Negro, Elisa Galletto, Marco Falcone, Ettore Dalmasso, Dario Fontana

Università degli Studi di Torino - Divisione Universitaria di Urologia II - A. O. U. San Giovanni Battista - Molinette, Torino - Dir. Prof. Dario Fontana, SSCVD Andrologia - Resp. Prof.agg. Luigi Rolle

**Introduzione ed obiettivi:** Tra le più temibili complicanze della chirurgia protesica esiste il rischio di estrusione protesica, legato al decubito che in alcuni casi i cilindri protesici esercitano sull'apice dei corpi cavernosi, causandone l'erosione.

**Materiali e metodi:** Negli ultimi 3 anni, sono giunti alla nostra osservazione 15 casi di decubito distale di cilindri protesici, con grave atteggiamento SST del glande. Presentiamo il caso di un paziente sottoposto nel 2008 ad impianto proteico tricomponente per deficit erettile organico e giunta alla nostra osservazione nel Ottobre 2010 con evidente quadro di tentativo bilaterale di estrusione protesica. Abbiamo quindi proceduto ad intervento di rinforzo apicale bilaterale con innesto di rete in Prolene e contestuale sostituzione di impianto protesico tricomponente.

**Risultati:** Il tempo operatorio è stato di 3 ore e 10 minuti. Fasi dell'intervento: accesso coronale, completo degloving del pene, incisione della fascia di Buck, distacco del fascio neuro vascolare dorsale del pene e ventralmente dell'uretra, distacco del glande dall'apice dei corpi cavernosi, innesto di rete in Prolene apicale, glandulopessi e sostituzione dell'impianto protesico.

**Conclusioni:** La chirurgia protesica può evitare in rari casi in complicanze postoperatorie tardive quali il tentativo di estrusione apicale dei cilindri protesici. Tali complicanze possono essere gestite in modo conservativo e con ottimi risultati funzionali. L'apicoplastica con rete in prolene è un intervento lungo, complesso,

da eseguire con prudenza in centri di elevata esperienza soprattutto per il teorico rischio di lesione uretrale, laddove i piani si confondono particolarmente e di danni ischemici a livello del glande.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### V5

##### **RECURVATUM E D. E. PER IPP, CORPOROPLASTICA DI ALLUNGAMENTO, IMPIANTO PROTESI MALLEABILI. INCISIONE DELLE PLACCHE E INNESTO DI PATCHES DI MUCOSA BUCCALE**

Oreste Varriale, Aldo Maffucci, Francesco Di Fiore, Gian Franco Testa

UOC di Urologia AORN Vincenzo Monaldi Ospedale dei Colli

**Introduzione ed obiettivi:** Paziente di anni 56 affetto da IPP che gli ha deformato il pene di grandezza ridotta. D.E. secondaria. L'intervento chirurgico mira ad ottenere un pene più lungo, rigido e privo di curvatura per realizzare una buona funzione coitale.

**Materiali e metodi:** Lo abbiamo sottoposto ad allungamento penieno mediante puboplastica di allungamento, lipectomia infrapubica e interruzione del legamento sospensore. Impianto di protesi malleabili, doppia incisione della placca previo isolamento del fascio vasculonervoso ed innesto di due patches voluminosi di mucosa buccale. Glandulopessia.

**Risultati:** Raramente sono state eseguite tante procedure chirurgiche nello stesso tempo e tutte attraverso la stessa breccia chirurgica sopra pubica. Come patches è stata usata la mucosa buccale. Gli obiettivi ricercati sono stati centrati.

**Conclusioni:** Buoni i risultati, sia funzionali che estetici. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### V6

##### **RICOSTRUZIONE CORPO CAVERNOSO DISTALE CON PERICARDIO BOVINO E SOSTITUZIONE DI PROTESI TRICOMPONENTE RIVESTITA CON RETE IN POLIPROPILENE IN PRECEDENTE A FALLOPLASTICA DI ALLARGAMENTO PENIENO**

Antonio Vitarelli<sup>1</sup>, Igino Intermite<sup>1</sup>, Lucia Divenuto<sup>1</sup>, Stefano Alba<sup>1</sup>, Gabriele Antonini<sup>2</sup>, A. Pagliarulo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Urologia II Univ. Dipartimento di Emergenza e Trapianto d'Organi Sezione Urologia ed Andrologia Azienda Ospedaliera Policlinico Bari; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia Università La Sapienza di Roma

L'erosione dei corpi cavernosi dopo posizionamento di protesi peniena tricomponente ha una bassa incidenza che risulta essere pari al 3-6%. Nel presente video illustriamo una ancor più rara evenienza che interessa un caso di erosione dei corpi cavernosi in un pz già sottoposto a ricostruzione degli stessi. Il caso che presentiamo riguarda un pz già sottoposto a posizionamento di protesi peniena tricomponente successivamente rimossa per infezione della stessa. In seguito sottoposto a corporoplastica di ampliamento con matrice acellulare INTExen e reimpianto di protesi peniena tricomponente AMS 700 CX. Nella prima metà del video viene



illustrata la tecnica di ampliamento dei corpi cavernosi mediante incisioni longitudinali dei corpi cavernosi ed apposizione di patch di matrice INTExen e contestuale impianto protesico tricomponente. Nella seconda parte del video viene mostrata la tecnica di riparazione del corpo cavernoso apicale eroso a distanza di 3 anni dal precedente intervento. La tecnica prevede degloving penieno, esposizione del corpo cavernoso eroso e ricostruzione dello stesso con matrice acellulare di pericardio bovino. La precedente protesi risultava mal funzionante per difetto di pompa, per cui veniva sostituita con nuova tricomponente AMS 700 CX e rivestita su entrambi i cilindri con rete in polipropilene non riassorbibile. Questa tecnica risulta pertanto utile nel risolvere i casi complessi di erosione dei corpi cavernosi apicali in pz plurioperati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V7

### **CHIRURGIA PENIENA COMPLESSA: SOSTITUZIONE DI PROTESI SOFFICI CON IMPIANTO IDRAULICO BI-COMPONENTE, GLANDULOPESSIA PER CORREZIONE DI PTOSI LATERALE DEL GLANDE, SEZIONE DEL LEGAMENTO SOSPENSORE DEL PENE CON POSIZIONAMENTO DI DISTANZIATORE PUBO-CAVERNOSO, PLASTICA CUTANEA INFRA-PUBICA TIPO "V-Y"**

Fulvio Colombo, Alessandro Franceschelli, Giorgio Gentile

SSD Andrologia, Policlinico S. Orsola Malpighi - Bologna

Il video illustra un espianto di protesi peniene di tipo soffice, in sede da 8 anni a seguito di intervento per Malattia di La Peyronie. L'intervento si era reso necessario per corrispondere a 3 richieste espresse dal pz: ottenere una maggiore rigidità del pene, correggere una subentrata inclinazione laterale sinistra del glande, ottenere un allungamento del pene.

In corso di espianto, si rilevava come i tutori soffici risultassero di misura differente tra loro e di lunghezza sensibilmente inferiore rispetto a quella dei corpi cavernosi. È ipotizzabile che in occasione del primo intervento, la misurazione della lunghezza dei corpi cavernosi fosse stata condizionata da una fibrosi albuginea diffusa. L'incisione di placca e l'innesto venoso avevano poi comportato un rilassamento del tessuto albugineo cavernoso. Nel tempo, inoltre, l'attività sessuale del paziente e la continua azione meccanica di spinta esercitata dalle protesi soffici hanno probabilmente determinato un progressivo allungamento dei corpi cavernosi. A conferma di questo, il riscontro clinico di dislocamento ventrale distale dei 2 apici protesici e di una evidente ipermobilità dei cilindri soffici all'interno dei corpi cavernosi stessi. Il video illustra le fasi dell'espianto dei tutori e il contestuale impianto idraulico.

La successiva glandulopessia assicura un perfetto riallineamento del glande ai corpi cavernosi.

Al termine, l'attivazione dell'impianto idraulico consente il raggiungimento di una soddisfacente rigidità

peniena con sensibile aumento della circonferenza dell'asta (2 cm.). L'incremento di lunghezza non risulta invece superiore ad 1 cm. Con l'obiettivo di soddisfare in pieno le aspettative del pz, l'intervento prosegue con sezione del legamento sospensore.

Vengono illustrate le fasi di accesso al legamento e la tecnica di incisione progressiva a contatto con il peristio della sinfisi. Con l'obiettivo di prevenire il ri-accostamento cicatriziale dei margini sezionati, l'intervento viene completato dal posizionamento di un distanziatore pubo-cavernoso e con plastica di allungamento cutanea a 'V-Y' in sede infra-pubica, che consente il necessario adeguamento della cute peniena dorsale alla nuova posizione assunta dal pene. Al termine l'allungamento complessivo ottenuto dal pene risulta di circa 2 cm. Al controllo ambulatoriale a circa 1 mese di distanza, il risultato appare soddisfacente ed il pz si dichiara soddisfatto sia dal punto di vista estetico sia da quello funzionale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V8

### **SOSTITUZIONE DI PROTESI PENIENA DI TIPO IDRAULICO BI-COMPONENTE CON IMPIANTO TRI-COMPONENTE**

Fulvio Colombo, Alessandro Franceschelli, Giorgio Gentile

SSD Andrologia, Policlinico S. Orsola Malpighi - Bologna

Il video illustra il caso di un Paziente precedentemente sottoposto ad impianto di protesi idraulica bi-componente (Mentor - Excel) per DE severa conseguente a prostatectomia radicale robot- assistita. Nonostante il risultato estetico-funzionale apparisse accettabile, il paziente manifestava una evidente insoddisfazione, in relazione ai seguenti aspetti:

- l'incompleta rigidità offerta dalla protesi (difetto intrinseco dell'impianto bi-componente)
- il sensibile accorciamento dell'asta (possibile conseguenza sia del pregresso intervento di prostatectomia radicale sia dell'impianto protesico).

Per risolvere questi problemi si è deciso di procedere a sostituzione dell'impianto bi-componente con modello idraulico tri-componente (Mentor - Titan). In corso di intervento, si rilevava una lunghezza dei corpi cavernosi sensibilmente maggiore rispetto alla lunghezza dei cilindri protesici precedentemente impiantati. È possibile ipotizzare che l'uso frequente della protesi bi-componente, nel corso dei 10 mesi nei quali è stata a dimora, abbia esercitato una sorta di azione di 'stretching' sull'albuginea cavernosa, permettendo così, al momento del nuovo impianto, l'utilizzo di cilindri di lunghezza maggiore. Il nuovo impianto ha garantito una completa rigidità ed un sensibile aumento delle dimensioni del pene (2 cm. in lunghezza 2 cm. in circonferenza), soddisfacendo pienamente le aspettative del paziente. Questo caso sembra confermare l'importanza di un approfondito counseling pre-operatorio nei pz candidati ad impianto protesico penieno, in quanto le esigenze di ogni sin-

golo paziente, possono influenzare la scelta del diverso tipo di protesi. Inoltre, una intensa fisioterapia pre-operatoria, con apparecchio Vacuum, potrebbe favorire una migliore compliance cavernosa, consentendo così l'utilizzo di un impianto di maggiore lunghezza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V9

### **URETROPLASTICA PENO-BULBARE DI AMPLIAMENTO DORSO-LATERALE SECONDO KULKARNI CON INNESTO PREPUZIALE.**

Enzo Palminteri<sup>1</sup>, Elisa Berdondini<sup>1</sup>, Giorgio Bozzini<sup>2</sup>, Serena Maruccia<sup>2</sup>, Luca Carmignani<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Centro di Chirurgia Uretrale, Arezzo; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia, Ospedale San Donato, Milano

**Introduzione ed obiettivi:** Descriviamo la tecnica di ricostruzione uretrale in tempo unico mediante innesto dorso-laterale sec. Kulkarni di cute prepuziale per la riparazione di lunghe stenosi peno-bulbari.

**Materiali e metodi:** il video mostra il caso di un paziente di 54 anni, con stenosi peno-bulbare di 8 cm. Circoncisione e degloving dell'asta. Dopo incisione scroto-perineale, il pene viene estroflesso attraverso l'accesso perineale. L'uretra viene scollata dai corpi cavernosi solo sul suo versante di sinistra e non circonferenzialmente, quindi viene aperta dorso-lateralmente lungo il tratto stenotico. Ampliamento del letto uretrale mediante innesto di prepuzio adagiato sul corpo cavernoso di sinistra. Chiusura dell'uretra. Si riporta il pene in sede attraverso l'accesso perineale e si ricostruisce il mantello prepuziale.

**Risultati:** alla rimozione del catetere, dopo 20 giorni non si sono evidenziate fistole. Non si sono verificate importanti complicanze post-operatorie, tranne un modesto e transitorio gonfiore dei genitali.

**Conclusioni:** Attualmente la riparazione delle lunghe stenosi peno-bulbari prevede l'impiego di lembi prepuziali, ad alto rischio di complicanze, oppure il ricorso ad una chirurgia stadiata, poco gradita dai pazienti. L'ampliamento in tempo unico con la tecnica di Kulkarni rappresenta una soluzione alternativa valida per la riparazione delle stenosi uretrali anteriori lunghe. L'isolamento dorso-laterale e non circonferenziale riduce l'aggressività sul canale uretrale, riducendo il rischio di eccessiva devascolarizzazione dell'uretra e altre complicanze.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V10

### **SEZIONE DEL LEGAMENTO SOSPENSORE DEL PENE CON POSIZIONAMENTO DI DISTANZIATORE PUBO – CAVERNOSO. PLASTICA CUTANEA INFRAPUBICA TIPO 'V-Y'**

Fulvio Colombo, Alessandro Franceschelli, Giorgio Gentile

SSD Andrologia, Policlinico S. Orsola Malpighi - Bologna

La sezione del legamento sospenditore del pene consen-

te uno scivolamento verso il basso e verso l'esterno da parte dei corpi cavernosi e, conseguentemente, produce un effetto ottico di 'allungamento' del pene, specie in flaccidità. Questo video illustra le fasi principali dell'intervento cui viene associato l'impianto di un distanziatore pubo-cavernoso rappresentato da una protesi testicolare e che viene completato con plastica di allungamento cutaneo infra-pubico a 'V-Y'. Si esegue una incisione cutanea a 'V' con apice che termina a circa 1/2 cm dalla radice peniena; separato il grasso pubico sottocutaneo ed incisa la fascia di Scarpa, viene identificato e sezionato il Legamento Fundiforme, al di sotto del quale può essere riconosciuto il Legamento Sospensore che presenta la sua inserzione sulla sinfisi pubica. Si procede quindi alla progressiva incisione del Legamento mantenendosi aderenti al periostio della sinfisi, ottenendo così lo 'scivolamento' del pene verso l'esterno e verso il basso. Con l'obiettivo di prevenire il ri-accostamento cicatriziale dei margini sezionati, che annullerebbe ovviamente il risultato ottenuto con l'intervento, siamo soliti inserire nello spazio creatosi, un distanziatore pubo-cavernoso. È nostra abitudine utilizzare a questo scopo una protesi testicolare in silicone di dimensioni congrue allo spazio creato. L'intervento si conclude con la plastica di allungamento cutanea a 'V-Y' in sede infra-pubica, che consente il necessario adeguamento della cute peniena dorsale alla nuova posizione assunta dal pene. Al termine dell'intervento l'allungamento ottenuto dalla porzione esterna del pene risulta di circa 2 cm (da 9 a 11 cm). Al controllo ambulatoriale a circa 1 mese di distanza, lo scivolamento in direzione infero-esterna ottenuto dal pene non si dimostra vantaggioso da punto di vista funzionale: infatti la nuova emergenza dell'asta ora risulta posizionata più in basso rispetto alle 2 radici scrotali, apparendo quindi 'infossata' tra di esse. Il prossimo step chirurgico consisterà quindi nella riconfigurazione degli angoli cutanei peno scrotale e pubo-penieno, nonché nell'abbassamento delle radici laterali dello scroto, al di sotto dell'emergenza dell'asta.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V11

### **POSIZIONAMENTO DI PROTESI PENIENA IN PAZIENTE CON TRANSESSUALISMO GIONO-ANDROIDE**

Nicola Pavan, Giovanni Liguori, Paolo Umari, Michele Rizzo, Stefano Bucci, Emanuele Belgrano, Carlo Trombetta

Clinica Urologica Clinica Urologica Ospedale di Cattinara-Trieste

**Introduzione:** La fase conclusiva dell'approccio multidisciplinare nella terapia di riassegnazione dei caratteri sessuali in senso gino-androide prevede la costruzione chirurgica del neofallo. Questo permette di soddisfare bisogni che molto spesso i pz ritengono fondamentali, come la possibilità di avere rapporti sessuali e di urinare in piedi. Attualmente la grossa difficoltà sta nel poter reperire un tessuto che possa avere le stesse

funzioni del tessuto erettile maschile e le tecniche chirurgiche fino ad ora proposte risultano complicate e poco soddisfacenti. La nostra esperienza si basa su 2 casi di riconversione gino-andoride.

**Materiali e metodi:** Sono stati eseguiti 2 interventi di posizionamento di protesi peniena semirigida. In entrambi i casi il confezionamento del neofallo era avvenuto negli anni '90 ed in un caso era stato effettuato un precedente tentativo di posizionamento di protesi tricomponente. L'imaging con l'utilizzo dell'ECD e l' RM hanno permesso una accurata valutazione della vascolarizzazione e struttura del neopene. L'identificazione dell'apporto vascolare e il suo orientamento spaziale hanno permesso di reperire la più congrua via d'accesso per l'inserimento della protesi. Nel primo caso la vascolarizzazione del neopene è in sede paramediana sinistra con provenienza dall'arteria epigastrica profonda di destra mobilizzata, questo ha permesso di individuare la regione dorsale del pene come il punto d'accesso per la protesi. Nel 2 caso si è osser-

vato un neopene deformato con intensità di segnale alterata alla RM per esiti fibrotici; le strutture vascolari sono state segnalate come filiformi, con posizione prevalente a destra ed in sede mediana e di provenienza dall'arteria epigastrica profonda di destra, ciò ha permesso di individuare la via d'accesso nella radice del pene, ventralmente.

**Risultati:** Durante gli interventi non si sono registrate complicanze e il decorso post operatorio di entrambi i pazienti è stato regolare. I pazienti si trovano in buone condizioni cliniche e riferiscono di essere soddisfatti del risultato estetico e funzionale dell'intervento. L'individuazione delle sedi di vascolarizzazione del neofallo ha permesso una corretta individuazione del punto di accesso chirurgico senza pregiudicare una già delicata e minima vascolarizzazione del lembo di Chang.

**Conclusioni:** Le tecniche di imaging facilitano il chirurgo per la scelta dell'accesso e della via di posizionamento di protesi in questi pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

# INDICE DEGLI AUTORI

Abatangelo Giuseppe	34	Caponecchia Luisa	26, 49
Abbona Annamaria	17	Carmignani Luca	19, 55
Acquati Pietro	18	Caroassai Grisanti S.	51
Aiello Giulio	22	Castagna Giulia	38, 39, 40, 41
Alba Stefano	20, 53	Castelli Tommaso	17
Albanesi Luca	23	Castiglione Fabio	38, 39, 40, 41
Alei Giovanni	23, 31, 43	Catti Massimo	19, 20
Ambrosini Guido	24	Cauci S.	39
Ambruoso Gaetano	33	Certo Marco	16
Ambu Alessandra	32	Ceruti Carlo	21, 30, 31, 35, 53
Amuso Giuseppe	16	Chiappinelli Aurelie	19
Andrisani Alessandra	24	Chini T.	51
Antoniazzi Franco	46	Chiriaco G.	39
Antonini Gabriele	53	Chironi Christian	46
Arcaniolo D.	25	Cimino Sebastiano	17
Armanini Decio	24	Cirino G.	25, 37
Arne Zoran Marij	44	Citton Valentina	35
Asimakopoulos Anastasios D.	17	Clari Giulio	24
Attisani Francesco	23	Clementi Maria Chiara	38, 39, 40, 41
Avenia Franco	26	Coccarelli Franco	29
		Cocci A.	51
Bakdounes Leila	24	Colciago Giorgia	38, 39
Barbi Emilio	46	Colombo Fulvio	54, 55
Bartoletti Riccardo	27, 28	Contegiacomo Barbara	50
Battaglia Sandra	42, 47	Conti Enrico	15, 51
Belgrano Emanuele	38, 39, 41	Cordara Giantommaso	33
Bellina Maurizio	32	Corretti Giorgio	36
Benecchi Luigi	49	Cosenza Franzese Luigi	42, 47
Benedetto Giuseppe	34	Cozzi Gabriele	18
Benvenuto Sara	41, 42	Curreli Andrea	28, 29, 37
Berdondini Elisa	18, 19, 21		
Bergamini Alice	38	D'Anzeo G.	45
Bevilacqua G.	37	D'Elia Carolina	29
Bigotto Cristina	42, 47	D'Emanuele di Villabianca R.	25, 37
Blefari Franco	48	D'Ovidio Francesco Domenico	50
Bocchi Francesca	49	Dachille Giuseppe	50
Bollito Enrico	32	Dalmasso Ettore	15, 34, 50, 53
Bonanni Guglielmo	24, 35	Dammino Sandro	16
Bordin Luciana	24	Dattilo Christian	48
Borsa Roberto	33	De Carlo Eugenio	35
Bosio Andrea	15, 34, 50	De Carolis Andrea	17
Bozzini Giorgio	55	De Castro Roberto	20
Bozzini Giovanni	19, 21	De Concilio Bernardino	39, 41, 42
Bracaloni Rita	36	De Dominicis Carlo	45
Brock Gerald	45	De Nunzio Cosimo	18
Bucci Stefano	38, 39, 41, 42, 55	Decastro Roberto	19
Bucci Valeria	19, 20	Del Boca Carlo	49
		Del Grasso Andrea	48
Cacace G.	37	Del Rosso Alessandro	24
Cai Tommaso	27, 28, 29	Dell'Atti Lucio	40
Camilli Marco	15, 51	Dell'Orto Paolo Guido	18
Canale Domenico	31	Delle Rose A.	51
Capitanio Umberto	41	Destro Pastizzaro Carmelo	49
Capogrosso Paolo	38, 39, 40, 41	Di Fiore Francesco	53

Di Grazia Eugenio	16	Hedlund Petter	38, 39
Di Loro Filippo	48	Imbimbo C.	25, 37
Di Pierro Ezio Domenico	24	Intermite Igino	20, 53
Divenuto Lucia	20, 53	Iorio Beniamino	17
Donà Gabriella	24		
Donatucci Craig	45	Jaeger T.	51
Drei Barbara	47		
		Kissel Jay D.	45
Eleuteri Stefano	45	Kozuh Ivana	24
Elion-Mboussa Albert	45		
Ermentini Augusto	26		
		La Rosa Pasquale	16
Falcone Marco	21, 30, 31, 35, 50, 53	Lacquaniti Sergio	15, 51
Fasolis Giuseppe	15, 51	Larocca R.	25, 37
Fasolo Pier Paolo	15, 51	Lasaponara Fedele	15, 34, 50
Favaro Angela	35	Lauretti Stefano	19
Favilla Vincenzo	17	Lavelli Enrico	20
Ferasin Sergio	24	Lenzi Elisa	48
Feroci Francesco	48	Leonardo Costantino	45
Ferrante Emanuele	18	Letizia Piero	23, 31, 43
Ferrari Matteo	38	Liguori Giovanni	38, 39, 41, 42, 43, 44, 55
Ferrero Luisa	19, 20	Longhi Elena	27, 32
Ferro Giovanni	42, 47	Lucchini Alfio	26
Ferruti Mario	18	Luciani Lorenzo	29
Festa Roberto	36	Ludovico Giuseppe Mario	50
Filocamo Maria Teresa	33		
Fiori Cristina	17, 26, 49	Macchiarella Angelo	48
Fiorito Chiara	17	Madonia Massimo	17
Florio Mirko	17, 48	Maffucci Aldo	53
Fondacaro Luigi	16	Maira Alessandro	16
Fontana Dario	15, 21, 30, 33, 34, 35, 50, 53	Malossini Gianni	29
Forte Fabio	26, 49	Manara Renzo	35
Fragalà Eugenia	17	Mancini Antonio	36
Franceschelli Alessandro	54, 55	Mandras Roberto	15, 51
Franco Giorgio	45	Mangione Francesco	32
Franco M. 25, 37		Marchetti Francesco Paolo	36
Frasson Giuliana	35	Marcoccia Antonella	25
Fusco F.	25, 37	Marcucci Immacolata	26, 49
		Mari Mauro	32
Gadda Franco	18	Mariani Chiara	31
Galea Giuseppe	22	Marras Efisia	19, 20
Galletto Elisa	21, 30, 33, 35, 53	Martens Daniel	49
Gallo Antonio	22	Martini Christian	36
Gallo Luigi	22, 49	Maruccia Serena	19, 21, 55
Gaston Richard	17	Marzocco M.	51
Gentile Barbara Cristina	23	Marzotto Caotorta M.	52
Gentile Giorgio	54, 55	Maschio Vittorio	22
Gholam Alipour Masoud	42, 47	Masciovecchio Stefano	24
Giulianelli Roberto	23	Matloob Rayan	41
Giuliani Marta	45	Mavilla Luca	23
Goldfischer Evan	45	Mazzoli Sandra	27, 28
Gonella Andrea	30	Mazzon Giorgio	39, 41, 42
Gontero Paolo	17	Meacci Francesca	27, 28
Gorgone B.	52	Meliani Enrico	27, 28
Granata David	23	Mendoza M.D.	48
Greggio Nella	35	Merlini Emilio	19, 20
Grimaldi G.	25, 37	Meucci Elisabetta	36
Gualerzi Anna	30	Miccoli Paolo	31
Guercio Stefano	32	Michetti Paolo Maria	45

Milanese Laura	35	Raimondo Sebastiano	36
Milanesi M.	51	Ramella Vittorio	44
Minervini Riccardo	31	Ricottilli Francesco	43, 46, 52
Mioni Roberto	35	Rigatti Patrizio	27, 38, 39, 40, 41
Mirone V.	25, 37	Rinaldi Adriano	38
Moiso Andrea	33	Ringressi A.	51
Mondaini Nicola	27, 28	Rizzati Silvia	35
Montorsi Francesco	27, 32, 38, 39, 40, 41	Rizzo Giorgio	41, 43, 44, 55
Morelli Andrea	31	Rizzo Michele	44
Morelli Girolamo	31	Rocchetti March Massimiliano	44
Moretti Donatella	40, 41	Rocco Francesco	18, 25, 26, 49
Morgia Giuseppe	17	Rolle Luigi	15, 21, 30, 33, 35, 50, 53
		Rossato Marco	35
Napoli Renata	41, 42	Rossi Riccardo	33
Negro Carlo	21, 33, 35, 53	Rossi Roberta	45
Nesi Gianluca	44	Rosso Diego	24, 33
Nicita G.	50	Rubino Franco	48
Nigro Filippo	34	Russo Andrea	38, 39, 40, 41
		Russo Fabrizio	49
Ollandini Giangiacomo	38, 39, 41, 42	Russo Gian Rosario	40
Ottaviano Giancarlo	35	Russo Giorgio Ivan	17
Pagliarulo Arcangelo	20	Saccà Antonino	40, 41
Pagliarulo Giovanni	50	Sacchetto Roberta	26, 49
Pagni Riccardo	31	Salacone Pietro	25, 26, 49
Palminteri Enzo	18, 19, 21, 55	Salamone Costanza	17
Palmiotto Fabio	22	Saldutto Pietro	25
Pane M.	37	Salonia Andrea	27, 38, 39, 40, 41
Pansadoro Alberto	32	Salvalaggio Alessandro	35
Pansadoro Vito	32	Sandri S.	52
Paoletti M.C.	51	Scalise Emilio	22
Papa Giovanni	44	Scardigli Andrea	29
Paradiso Galatioto Giuseppe	24	Scarfini M.	48
Pasquale Giovanni	15, 16, 34, 50	Scatizzi Marco	48
Pavan Nicola	38, 39, 43, 55	Schettini Manlio	23
Peraldo Francesca	17	Schiavone Dionisio	42, 47
Persano Mariasara	36	Sciarra Alessandro	44
Perucchini Laura	49	Scremin Enrico	34
Pescatori Edoardo S.	47	Sebastianelli Annalisa	26, 49
Petta Stefano	44	Sedigh Omidreza	15, 21, 30, 33, 34, 35, 50, 53
Pieri Anna Maria	49	Serrago Mariapia	18
Pirozzi Farina Furio	28, 29, 37	Shestani Teuta	23
Pisano Francesca	17	Silvestrini Andrea	36
Pisanti Francesco	23	Simonelli Chiara	45
Pischedda Antonella	28, 29, 37	Soria Francesco	17
Pistuddi Annalisa	26	Sorrentino R.	25, 37
Pizzarella Mario	42, 47	Spera Enrico	17, 48
Polledro Patrizio	33	Spinelli Matteo Giulio	18
Pomara Giorgio	31	Spinnato Luca	21
Pommerville Peter	45	Spirito L.	37
Pontecorvi Alfredo	36	Spurio Michela	48
Potenzoni Michele	49	Sulpasso Matteo	46
Preto M.	35		
Puccetti Luca	15, 51	Tadini Barbara	19, 20
		Tambone Carmelo	34
Quarta Matteo	49	Tamburrelli Francesco Ciro	36
		Tampellini Marco	32
Ragazzi Eugenio	24	Tasca Andrea	34
Rago Rocco	25, 26, 49	Telari Salvatore	20

Tessieri Daniela	36	Varvello Francesco	15, 51
Testa Gian Franco	53	Vattovani Valentino	29
Tezzot Giorgia	42	Verze P.	25
Timpano Massimiliano	15, 21, 30, 33, 35, 50, 53	Vicentini Carlo	24
Tiscione Daniele	27, 28, 29	Viktrup Lars	45
Titta Matteo	42, 47	Villa Luca	39
Tonghini Mario	49	Villari D.	51
Toscano Giuseppe	19	Villi Giorgio	42, 47
Trevisan G.	43	Vincenti Giorgio	23
Trombetta Carlo	38, 39, 41, 42, 43, 44, 55	Vitarelli Antonio	20, 53
Tubaro Andrea	44	Vitelli F.D.	51
Ughi Gianni	40	Volpe Andrea	42, 47,
Umari Paolo	41, 43, 44, 55	Zizzi Nicola	22
Vacca Francesca	32	Zoccali Carmine	22
Varriale Oreste	53	Zuin Monica	46





[illegible]

# Firenze, 18 - 21 Settembre 2013



**Presidente SIA**  
Furio Pirozzi Farina

**Presidente del Congresso**  
Paolo Turchi

**Presidente Onorario**  
Marco Carini



**XXIX Congresso Nazionale SIA**  
Congresso delle Sezioni Regionali  
Toscana, Umbria, Liguria

## L'infertilità maschile



**Coordinamento**

SIAS Congress Team  
[siascongressteam@andrologiaitaliana.it](mailto:siascongressteam@andrologiaitaliana.it)  
[www.andrologiaitaliana.it](http://www.andrologiaitaliana.it)

**Segreteria Organizzativa**

Emilia Viaggi Congressi & Meeting  
[evcongressi@emiliaviaggi.it](mailto:evcongressi@emiliaviaggi.it)  
[www.emiliaviaggi.it](http://www.emiliaviaggi.it)