

Società Italiana di Andrologia

Presidente

Edoardo Austoni

XX Congresso Nazionale

Presidente Onorario

Tullio Lotti

Presidente del Congresso

Vincenzo Mirone

Capri, 25-28 ottobre 2003

Comitato Promotore

Giuseppe Barba
Cesare Basile
Giuseppe Benincasa
Sergio Caggiano
Francesco Capparelli
Virgilio Cicalese
Aldo Crimi
Vincenzo Della Cioppa
Antonio Gallo
Emanuele Greco
Roberto Landolfi
Alberto Masala
Paolo Quattrone
Roberto Sanseverino
Vincenzo Santorelli
Manlio Schettini
Gianfranco Testa
Aniello Zito

Segreteria Scientifica Locale

Ciro Imbimbo
Alessandro Palmieri
Nicola Longo
Ferdinando Fusco
Paolo Verze
Antonio M. Granata
Francesco M. Fabrizio
Gaetano Sessa
Sergio Di Meo
Francesco Mangiapia
Maurizio Morgillo
Raffaele Ranavolo
Aniello Piscopo
Fabrizio Crisci
Ciro Barba
Anna Rita Cicalese

Comitato Scientifico Locale

Massimo D'Armiento
Vincenzo Altieri
Maurizio Carrino
Michele De Rosa
Aldo Di Rienzo
Vincenzo Guadagno
Fabrizio Iacono
Pierluigi Izzo
Aldo Maffucci
Ciro Mauro
Filippo Mazzarella
Bruno Nocerino
Domenico Prezioso
Francesco Sabella
Oreste Varriale
Stefano Zarrilli

Segreteria Organizzativa

E.V.C.M. srl
Emilia Viaggi Congressi & Meeting
Via del Pratello, 2/b
40122 Bologna
Tel. +39.051.235993 Fax +39.051. 2914455
E-mail: evcongress@emiliaviaggi.it

Società Italiana di Andrologia

Comitato Esecutivo

Presidente: Edoardo Austoni
Past-President: Vincenzo Mirone
Segretario: Vincenzo Gentile
Tesoriere: Paolo Turchi

Consiglieri

Antonio Casarico
Luigi Chiappetta
Marcello Soli

Delegato Nazionale per le Sezioni Regionali

Francesco Gattuccio

Commissione Scientifica

Presidente: Giovanni M. Colpi
Edoardo S. Pescatori, Furio Pirozzi Farina

Presidenti

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 1999-2002
Edoardo Austoni 2002-2004

S.I.A.

Società Italiana di Andrologia
Via Bellotti Bon 10, 00197 Roma
Tel. e Fax 06 80691301
E-mail: sia.congresso@tin.it
Sito: www.siandrologia.org

Programma Scientifico

Sabato 25 ottobre

- 09.00 - 13.30 Corsi pre-congressuali
- Sala Azzurra* *Palazzo dei Congressi*
L'Ecografia nelle Mani dell'Andrologo
Direttori: P. Turchi, L.M. Sarteschi
- Sala Auditorium* *Palazzo dei Congressi*
Il Work-up del Maschio della Coppia Infertile
Direttore: G.M. Colpi
- Sala Pagano* *Hotel La Palma*
Le Disfunzioni Sessuali Femminili
Direttori: F. Pirozzi Farina, E.S. Pescatori
- 14.00 - 14.30 Meet-The-Professor
SOCIETÀ PRODOTTI ANTIBIOTICI
Presenta: G. Martorana
La Demineralizzazione Ossea nell'Uomo Anziano: un Problema Emergente
D. Prezioso
- 14.30 - 16.00 Tavola Rotonda
Il Pavimento Pelvico nelle Disfunzioni Sessuali Maschili e Femminili
Moderatore: P. Giannotti
Provoker: E.S. Pescatori
- 16.00 - 16.30 Lettura SIMG
Introduce: F.P. Selvaggi
Il ruolo delle Società Scientifiche nella Sanità in Italia
C. Cricelli
- 16.30 - 17.00 Meet-The-Professor
AMERICAN MEDICAL SYSTEMS/TEGEA
Presenta: C. Imbimbo
La Protesi Peniena 700CX Inibizione: "Un Passo Avanti Verso il Controllo delle Infezioni nell'Implantologia Protetica"
D. Ralph
- 17.00 - 17.30 Lettura Magistrale
Moderatore: E.S. Pescatori
Etologia e Sessualità
A. Camperio Ciani
- 18.30 Cerimonia Inaugurale
- Lettura Magistrale
Dall'Eruzione alla Rinascita di Pompei
P.G. Guzzo

Domenica 26 ottobre

- 08.00 - 08.45 Relazioni Gruppi di Studio SIA
Moderatori: M. Motta, R. Ponchietti
- 08.45 - 09.00 Golden Communication
Moderatore: F. Iacono
Variabili Seminali ed Esito della Inseminazione Intrauterina Omologa
M. Costa
- 09.00 - 12.00 *Corso di Microchirurgia Andrologica*
Direttore: A. Ortensi
Coordinatore: V. Marchese
- 09.00 - 10.30 Tavola Rotonda
Il Paziente a Rischio di Infertilità
Moderatore: G.F. Menchini Fabris
Provoker: G.M. Colpi
- 10.30 - 11.00 Scuola Itinerante Europea in Chirurgia Andrologica
Chairman: E. Austoni
- 11.00 - 11.40 Lettura Magistrale
Introduce: V. Mirone
Dal NO al Nobel
L.J. Ignarro
- 11.40 - 12.40 Simposio Satellite
PFIZER ITALIA
Viagra: la Frontiera della Terapia della Disfunzione Erettile
Moderatori: V.Gentile, F. Pirozzi Farina
- COMUNICAZIONI ORALI O POSTER DISCUSSI O VIDEO
- Sala Teatro* *Comunicazioni*
12.40 - 13.40 *Disfunzione Erettile: Terapia I*
Moderatori: M. Carrino, D. Pozza
- Sala Auditorium* *Comunicazioni*
12.40 - 13.40 *Infertilità I*
Moderatori: C. Maretti, G. Morrone
- Sala Azzurra*
12.40 - 13.40 *Video*
Moderatori: L. Cormio, A.F. De Rose
- 13.40 - 14.50 Focus On
Provoker: E. Belgrano
Dismorfofobie Peniene
- 14.50 - 15.50 Simposio Satellite
LILLY-ICOS
Un Nuovo Paradigma nel Trattamento della Disfunzione Erettile
Moderatori: V. Mirone, G. Spera

COMUNICAZIONI ORALI O POSTER DISCUSSI O VIDEO

- Sala Teatro Comunicazioni*
15.50 - 16.50 *Disfunzione Erettile: Diagnosi*
Moderatori: F. Fusco, A. Ledda
- Sala Auditorium Comunicazioni*
15.50 - 16.50 *Infertilità 2*
Moderatori: L. Cioffi, L. Di Luigi
- Sala Azzurra Poster Discussi*
15.50 - 16.50 *Disfunzione Erettile: Infertilità*
Moderatori: P. Izzo, A. Vita
- 16.50 - 17.20 Meet-The-Professor
SIGMA-TAU
Presenta: M. Rizzo
*Le Carnitine in Andrologia:
dall'Infertilità alla DE*
A. Lenzi
- COMUNICAZIONI ORALI O POSTER DISCUSSI O VIDEO
- Sala Auditorium Comunicazioni*
17.20 - 18.20 *Incurvamenti Congeniti e Malattia
di La Peyronie*
Moderatori: G. Gulino, M. Nicolai
- Sala Azzurra Comunicazioni*
17.20 - 18.20 *Sessuologia*
Moderatori: C. Basile Fasolo, A. Godano
- Sala Pagano Video*
17.20 - 18.20
Moderatori: G. La Pera, L. Vaggi

Lunedì 27 ottobre

- 08.00 - 08.20 Highlights
Moderatore: M. D'Armiento
M. Capone, A. Natali, M. Polito
- 08.20 - 08.35 Golden Communication
Moderatore: G. Morgia
*Valutazione a breve termine dei livelli di
Ossido Nitrico e delle alterazioni
istologiche nel tessuto testicolare del
ratto affetto da varicocele indotto*
V. Silingardi
- 08.35 - 08.55 Lettura Magistrale
Introduce: E. Austoni
*Il Ruolo Attuale della Microchirurgia in
Andrologia*
G. Carmignani
- 09.00 - 09.30 Scuola Itinerante Europea in Chirurgia
Andrologica
Chairman: M. Soli

- 09.30 - 10.30 Focus On
Provoker: A. Casarico
*Chirurgia con Patch dell'IPP: Evoluzioni,
Tecniche e Risultati a Lungo Termine
La mia esperienza:*
- 10.30 - 11.00 Lettura SIU
Introduce: E. Pisani
*Le Neoplasie Benigne del Testicolo:
Queste Sconosciute*
A. Bono
- 11.00 - 12.10 Simposio Satellite
BAYER-GSK
*Il Ruolo del NO nella Disfunzione Erettile:
Nuovi Approcci Terapeutici*
Moderatori: E. Austoni, T. Lotti
- 12.10 - 12.30 Lettura Magistrale
Moderatore: C. Foresta
*Prelievo Chirurgico dei Gameti nelle
Azoospermie Non Ostruttive*
G.M. Colpi
- 12.30 - 14.30 *L'Andrologo a Disagio*
Provoker: F. Gattuccio
- 14.30 - 14.50 Lettura ESSM
Introduce: A. Isidori
*Iter Diagnostico della Disfunzione Erettile
nel 2004*
D. Hatzichristou

COMUNICAZIONI ORALI O POSTER DISCUSSI O VIDEO

- Sala Teatro Comunicazioni*
14.50 - 15.50 *Disfunzione Erettile: Terapia 2*
Moderatori: G. Alei, D. D'Agostino
- Sala Auditorium Comunicazioni*
14.50 - 15.50 *Miscellanea*
Moderatori: A. Guerani, A. Maffucci
- Sala Azzurra Poster Discussi*
14.50 - 15.50 *Miscellanea*
Moderatori: F. Ferro, V. Sidari
- 15.50 - 16.50 Simposio Satellite
SCHERING
*La Terapia Suppletiva con Testosterone
nell'Aging Male*
Moderatori: M.A. Bertozzi, D. Fontana
- 17.00 - 19.00 Seduta Amministrativa

Martedì 28 ottobre

08.00 - 08.15	Highlights Moderatore: V. Altieri G. Del Popolo, G.M. Ludovico, L. Rolle	09.00 - 10.40	Tavola Rotonda <i>Nuovi Ruoli dell'Andrologo</i> Moderatore: R.M. Scarpa Provoker: V. Mirone
08.15 - 08.45	Meet-The-Professor Presenta: R.L. Tenaglia <i>La Peyronie: dalla Strategia del Bombardamento alla Logica della Ricostruzione</i> A. Palmieri	10.40 - 11.10	Scuola Itinerante Europea in Chirurgia Andrologica Chairman: A. Casarico
08.45 - 09.00	Golden Communication Moderatore: F. Sasso <i>Il Trapianto Renale sull'Arteria Iliaca Esterna Influenza l'Emodinamica delle Arterie Cavernose?</i> P. Gontero	11.10 - 11.40	Meet-The-Professor SERONO Presenta: A. Bellastella <i>Le Gonadotropine: Vecchia o Nuova Arma per l'Andrologo?</i> M. Soli
		11.40 - 12.55	Focus On Provoker: G. Franco <i>La Vasectomia</i>
		13.00	Chiusura dei lavori, arrivederci a Trieste

Sommario

Comunicazioni: Disfunzione Erettile: Terapia 1	69	Comunicazioni: Sessuologia	92
Comunicazioni: Infertilità 1	72	Video	95
Video	75	Comunicazioni: Disfunzione Erettile: Terapia 2	98
Comunicazioni: Disfunzione Erettile: Diagnosi	78	Comunicazioni: Miscellanea	101
Comunicazioni: Infertilità 2	81	Poster Discussi: Miscellanea	104
Poster Discussi: Disfunzione Erettile: Infertilità	84	Golden Communications	110
Comunicazioni: Incurvamenti Congeniti e Malattia di La Peyronie	89	Indice degli Autori	112

DOMENICA 26 OTTOBRE - 12.40-13.40 - SALA TEATRO
 SESSIONE COMUNICAZIONI - MODERATORI: M. CARRINO, D. POZZA

Disfunzione Erettile: Terapia 1

C 1

Studio prospettico, randomizzato, cross-over di confronto tra Apomorfina sublinguale 3 mg e Sildenafil orale 50 mg in pazienti con disfunzione erettile

C. Pavone, F. Curto, G. Anello, V. Serretta, P. Almasio¹, M. Pavone-Macaluso

Urologia, ¹Medicina Interna, Policlinico Universitario, Palermo

Introduzione: gli agenti orali, Sildenafil e Apomorfina (Apo) sono il trattamento di prima linea nel trattamento del DE. L'obiettivo è confrontare l'efficacia e la sicurezza di Apo e Sildenafil nello stesso gruppo di pazienti affetti da deficit erettile (DE).

Materiali e metodi: questo studio prospettico, randomizzato, cross-over, ha valutato l'efficacia e la tollerabilità del Sildenafil 50 mg comparato con l'Apo 3 mg in uomini con DE. La funzione erettile è stata valutata al baseline e al termine del trattamento tramite il questionario IIEF 1-5, 15. Il protocollo prevede un periodo di run-in di 2-4 settimane, 4 settimane di trattamento con entrambi i farmaci intervallate da 4 settimane di wash-out. La prima variabile di efficacia è la percentuale di tentativi risultanti in un'erezione sufficiente per il rapporto. La seconda variabile di efficacia è la percentuale di tentativi che si concludono con un rapporto sessuale. La terza variabile di efficacia è la variazione del punteggio IIEF rispetto al baseline. Le variabili continue sono espresse come media \pm deviazione standard. Per i confronti appaiati è stato utilizzato il T-test di Student mentre per le tabelle di contingenza è stato usato il test chi². È stato considerato significativo un valore di $p < 0,05$.

Risultati: dei 46 pazienti selezionati, 31 sono stati randomizzati, 17 hanno completato lo studio e sono valutabili per efficacia e tollerabilità.

La percentuale di tentativi risultanti in erezioni sufficienti per il rapporto sessuale è stata significativamente più alta con Sildenafil (78/91; 85%) rispetto all'Apo (38/86; 44%, $p < 0,0001$). L'Apo non è risultata significativamente diversa rispetto al baseline. La percentuale di tentativi che si concludono con un rapporto sessuale ha dimostrato la superiorità statistica del Sildenafil (74/91; 81%) sull'Apo (37/86; 43%, $p < 0,0001$). In questo caso l'Apo è risultata significativamente superiore rispetto al baseline ($p 0,04$). La funzione erettile valutata tramite l'IIEF è migliorata con significatività statistica solo dopo assunzione di Sildenafil: media dell'IIEF pre-Apo $14,4 \pm 6,05$ post-Apo $16,6 \pm 7,7$ (n.s.); media dell'IIEF pre-Sildenafil $14,1 \pm 5,6$ post-Sildenafil $24,6 \pm 5,1$ ($p < 0,0001$). Al termine dello studio 15/17 hanno dichiarato di preferire il Sildenafil.

Conclusioni: questo studio ha raggiunto un elevato potere statistico, dovuto alla grande differenza nei risultati e indica nel Sildenafil il trattamento di prima scelta.

C 2

Confronto tra Tadalafil e Sildenafil in un gruppo di 50 pazienti con DE. Impressioni, valutazioni e motivazioni conclusive

D. Pozza, F. Barrese, C. Pozza, A. Berardi¹, G. Di Cicco²

Studio di Andrologia e di Chirurgia Andrologica, Nuova Villa Claudia, Roma; ¹Andros Italia, Sora; ²Andros Italia, Lanciano

Introduzione ed obiettivi: la disponibilità del Tadalafil, farmaco capace di attivare una valida erezione in pazienti che, per molteplici motivi, non siano più in grado di averla spontaneamente, ha consentito di definire meglio le caratteristiche dell'utilizzo del farmaco in un confronto con l'uso ormai abituale del Sildenafil.

Materiali e metodi: 50 pazienti (22-82 aa) con inadeguata erezione spontanea che, da oltre sei mesi, avevano utilizzato il Viagra, in dosaggi variabili da 25 mg (12 paz.), 50 mg (26 paz.) e 100 mg (12 paz.) con buona soddisfazione fisica, psicologica e relazionale, sono stati invitati o hanno richiesto di utilizzare il Cialis per valutare il livello di efficacia, il grado di soddisfazione, gli eventuali effetti collaterali e l'accettabilità del nuovo farmaco.

A tutti i pazienti, dopo aver utilizzato almeno 4 dosi di 20 mg di Tadalafil, è stato chiesto di rispondere ad un questionario di confronto tra i due farmaci relativo alle modalità di acquisto, alle interazioni con cibo e alcool, al tempo di inizio, alla intensità e durata della risposta e responsività erettile, agli effetti collaterali.

Risultati: i 50 paz. che avevano utilizzato Sildenafil (Viagra) con soddisfazione riferivano effetti collaterali rilevanti in 10 casi (gastralgia in 4, naso chiuso in 4, diarrea in 1, dolori muscolari in 1). Ben 14 pazienti (28%) riferivano una importante influenza di cibo ed alcool sull'assunzione del Viagra per avere una risposta costante e certa.

Comunque, 49 paz. si dichiaravano sostanzialmente soddisfatti dell'utilizzo, ormai abituale, del Viagra e dichiaravano di accettare abbastanza bene gli effetti collaterali.

Dopo aver utilizzato il Tadalafil (Cialis, 20 mg) gli stessi pazienti hanno evidenziato nell'80% un più agevole acquisto in farmacia. Effetti collaterali sono stati riferiti da 7 paz. (congiuntivite in 1, gastralgia in 1, naso chiuso in 1 e dolori lombari in 4 casi).

42 paz. riferivano, una più veloce attività del Cialis. Il grado della risposta erettile è risultato globalmente minore con il Tadalafil, ma se si controllano i gruppi rispetto alla quantità di Viagra usato, si vede che Cialis 20 mg risulta meno

efficace di Viagra 100 mg mentre ugualmente o più efficace rispetto al Viagra 25 e 50 mg.

Conclusioni: la disponibilità del Cialis consente al Medico e al paziente una migliore scelta del tipo di farmaco capace di ristabilire una adeguata funzione erettile. I pazienti sembrano apprezzare l'efficacia del Cialis anche a stomaco non vuoto e la maggior durata di azione che consente una maggiore spontaneità dei rapporti sessuali.

C 3

Il ruolo del Tadalafil nella ripresa sessuale spontanea

A.F. De Rose, F. Gallo, L. Timossi, F. Bertolotto, B. Parisini, G. Carmignani

Clinica Urologica "L. Giuliani", Ospedale "San Martino", Università di Genova

Introduzione ed obiettivi: l'obiettivo primario dello studio è stato quello di valutare il ruolo del tadalafil nella ripresa dei rapporti sessuali spontanei, quello secondario di verificare il tempo della durata d'azione.

Materiali e metodi: sono stati studiati 64 pazienti (18-60 aa) affetti da DE.

Tutti i pazienti hanno risposto al questionario IIEF e, in base al punteggio riportato, sono stati suddivisi in tre gruppi. Gruppo A (22 pz): DE lieve; Gruppo B (20 pz): DE medio; Gruppo C (22 pz): DE grave. Ai soggetti di tutti i gruppi è stata somministrata una compressa di tadalafil 20 mg al martedì e una al venerdì e sono stati invitati ad avere rapporti sessuali già dopo 20-30 minuti dalla sua assunzione sino a 60 ore.

Tutti i pazienti hanno registrato su un diario data e ora dell'assunzione di tadalafil e data e ora dei rapporti sessuali. I pazienti sono stati valutati al I mese e, al IV mese, sono stati invitati ad avere rapporti sessuali senza alcuna terapia.

Risultati: 22 soggetti (34%) (9 del gruppo A, 8 di quello B e 5 del gruppo C) hanno ottenuto una erezione sufficiente per il rapporto sessuale già dopo 30 minuti dall'assunzione del tadalafil. 27 (42%) (13 del gruppo A, 9 del gruppo B e 5 del gruppo C) hanno ottenuto una erezione sufficiente 3-5 ore dopo l'assunzione del farmaco; 9 (14%) (4 del gruppo A e 2 del gruppo B e 3 del gruppo C) hanno riferito una erezione valida solo dopo 8-12 ore dall'assunzione di tadalafil. 6 soggetti (10%) (1 del gruppo A, 1 del gruppo B e 4 del gruppo C) non hanno riferito una erezione sufficiente nei primi due mesi.

Dei 9 (14%) che avevano riferito erezioni dopo 8-12 ore, al 3° mese solo 1 ha riferito erezioni anche dopo un'ora.

Al 4° mese, 14 soggetti (22%) (4 del gruppo A, 5 gruppo B e 3 del gruppo C) hanno riferito erezioni valide e rapporti sessuali spontanei. Tutti gli altri (78%) hanno continuato ad utilizzare tadalafil.

Tutti i pazienti (100%) che hanno ottenuto l'erezione con l'assunzione di tadalafil hanno riferito rapporti sessuali dopo 18-24, mentre 28 (44%) persone, (14 del gruppo A, 9 del gruppo B e 5 del gruppo C) sono riusciti ad ottenere un rapporto sessuale fino a 46 ore dall'assunzione del farmaco.

Conclusioni: dopo 4 mesi di trattamento con tadalafil il 22% dei pazienti è riuscito ad ottenere erezioni sufficienti e

rapporti sessuali spontanei. Il 44% dei pazienti, inoltre, è riuscito ad ottenere un rapporto sessuale fino a 46 ore dall'assunzione del farmaco.

C 4

Effetto ipotensivo degli inibitori della PDE-5 in pazienti con disfunzione erettile (DE): studio cross-over tra Sildenafil 50 mg e Vardenafil 10 mg

G. Pomara, G. Morelli, N. Dinelli, N. Mondaini², L. Ghiadoni¹, M. Dicuio, F. Travaglini, S. Taddei¹, S. Pomara³, C. Selli

Unità di Urologia; ¹ Unità di Medicina Interna Generale I, Ospedale "S. Chiara" Università di Pisa; ² Unità di Urologia, Università di Firenze; ³ Unità di Andrologia, U.O. Urologia, Ospedale Civico, Palermo

Obiettivi: scopo di questo studio cross-over è stato quello di valutare e confrontare l'effetto del Sildenafil 50 mg e Vardenafil 10 mg sulla pressione ematica (BP) e sulla frequenza cardiaca (HR).

Pazienti e metodi: 35 pz affetti da DE (3 pz in trattamento con alfa-litici) sono stati arruolati per valutare l'effetto del Sildenafil 50 mg e Vardenafil 10 mg su BP e HR. Pressione sistolica, diastolica e frequenza basali (SBP, DBP, HR) sono state registrate durante la prima visita e dopo il wash-out. Ai pz è stato somministrato (stessa ora pomeridiana, digiuno) ambulatorialmente il Sildenafil al giorno 1, 3, 5. SBP, DBP e HR sono state registrate al tempo "0", e successivamente dopo 30, 60, 120 e 240 minuti. Dopo il wash-out (3 sett.) i pz sono stati "crossati" verso il Vardenafil. Gli effetti collaterali sono stati registrati. Le differenze sono state confrontate utilizzando il test di Student. Le modificazioni della BP durante le 3 somministrazioni sono state analizzate mediante ANOVA per misure ripetute, il test di Scheffè è stato usato per le comparazioni multiple. I risultati sono stati considerati statisticamente significativi per valori di $p < 0,05$.

Risultati: dopo la somministrazione di entrambe le molecole abbiamo registrato, rispetto ai valori basali, una riduzione della BP ed un aumento dell'HR (statisticamente significativi). Mediamente il Sildenafil ha determinato una riduzione sulla SBP di $5,17 \pm 4,06$ mmHg alla prima somministrazione, e di $4,94 \pm 5,59$ mmHg alla terza. L'abbassamento della DBP andava da $4,40 \pm 5,00$ mmHg a $3,45 \pm 5,74$ mmHg; l'HR è aumentata di $1,82 \pm 2,00$ bpm (prima dose) e di $0,97 \pm 1,74$ bpm (terza dose).

Per il Vardenafil abbiamo registrato riduzioni maggiori; di $7,82 \pm 8,41$ mmHg (prima dose) e $5,77 \pm 6,77$ mmHg (terza dose), per la sistolica; di $6,77 \pm 7,40$ mmHg (prima dose) e $5,42 \pm 5,46$ mmHg (terza dose), per la diastolica. La frequenza ha subito un incremento di $3,11 \pm 3,28$ bpm (prima dose), e $1,65 \pm 2,63$ bpm (terza dose).

Dal punto di vista clinico, sono stati registrati tre episodi di lipotimia dopo la prima somministrazione di Vardenafil.

Conclusioni: entrambe i PDE-5 inh determinano una variazione, statisticamente significativa, dei parametri cardio-vascolari. L'effetto del Vardenafil è superiore a quello del Sildenafil, con maggiore frequenza di effetti collaterali importanti. I risultati del nostro studio, che è il primo comparati-

vo cross-over tra le due molecole, consigliano prima della prescrizione, un monitoraggio dell'effetto sui parametri cardio-vascolari, sul singolo pz durante la prima somministrazione del farmaco.

C 5

Il recettore per l'ossitocina è espresso nel corpo cavernoso e media un'attività contrattile estrogeno-dipendente

L. Vignozzi, S. Filippi, A. Morelli, M. Luconi, G.B. Vannelli, M. Marini, R. Mancina, F. Ledda, G. Forti, M. Maggi

Unità di Andrologia, Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, Università di Firenze

Obiettivi: l'ossitocina è liberata dalla neuroipofisi durante l'orgasmo, ma il suo ruolo resta da definire. Noi proponiamo che medi la detumescenza post-orgasmo.

Materiali e metodi: per la prima volta abbiamo allestito un metodo di dosaggio quantitativo assoluto dell'espressione genica del recettore dell'OT (OTR) e degli estrogeni (ER α e ER β) e li abbiamo impiegati insieme a metodi tradizionali (Northern, binding, western, contrattilità in vitro, immunostochimica) nel corpo cavernoso (CC) umano e di coniglio. Nel coniglio abbiamo realizzato un modello sperimentale di ipogonadismo ipogonadotropo (analoghi GnRH) e di deprivazione estrogenica (letrozolo, tamoxifene).

Risultati: il (CC) umano e di coniglio esprime OTR gene e proteina nell'endotelio e nel muscolo liscio, in concentrazioni simili a quelle presenti nell'epididimo. OTR media contrattilità. La risposta contrattile è abilitata dall'ipogonadismo e rimpiazzata da estrogeni ma non da androgeni. Stesso risultato con la deprivazione estrogenica.

Conclusioni: abbiamo descritto per la prima volta la presenza di ER α e ER β e OTR nel CC. L'OTR media una attività contrattile regolata dagli estrogeni. È possibile che l'OT liberata al momento dell'orgasmo, interagendo con i suoi recettori penieni, medi la detumescenza e refrattarietà post-eiaculatoria. Abbiamo inoltre identificato una nuova funzione degli estrogeni nel maschio: la regolazione della sensibilità all'OT.

C 6

Due proposte di chirurgia di rimodellamento penieno nel deficit erettile su base geometrica

E.S. Pescatori, B. Drei, V. Silingardi¹

Servizio di Andrologia, Hesperia Hospital, Modena; ¹ Divisione di Urologia, Policlinico di Modena

Introduzione: il deficit erettile su base geometrica è definito come necessità di valori sovralfisiologici di P. intracavernosa per ottenere rigidità assiale, a esclusiva causa di un eccessivo rapporto lunghezza/circonferenza (L/C ratio), in presenza cioè di integrità emodinamica. Caratteristicamente i soggetti con DE su base geometrica sono giovani, con DE presente "da sempre", non responsivi a terapie conservative. Il valore soglia di L/C ratio per ottenere rigidità assiale è di 1,31. Teorici approcci terapeutici consistono nel modificare chirurgicamente la geometria peniena: o diminuendo la lunghezza funzionale dei corpi cavernosi, o aumentandone la circonferenza. Riportiamo i primi dati di questi due approcci.

Caso 1: plicatura crurale bilaterale (diminuzione della lunghezza funzionale dei corpi cavernosi).

Paziente di 22 anni; alla cavernosometria ottiene rigidità assiale borderline a valori fisiologici di P. intracavernosa (92 mmHg, P. sistemica 120/60 mmHg); lunghezza peniena 17 cm, circonferenza 12 cm, L/C ratio 1,42. Viene sottoposto a plicatura crurale bilaterale con monitoraggio Doppler intraoperatorio del polso delle arterie cavernose al loro ingresso nelle crura. Follow-up a 1 anno: netto miglioramento clinico; a cavernosometria di controllo la rigidità assiale inizia a valori di P. intracavernosa di 60 mmHg.

Caso 2: corporoplastica di allargamento dei corpi cavernosi con patch longitudinale bilaterale di vena safena.

Paziente di 23 anni con pene con morfologia a cono rovesciato, di lunghezza 14 cm, circonferenza prossimale 9,5 cm (L/C ratio 1,47). Richiede una P. intracavernosa di 130 mmHg per ottenere rigidità assiale soglia (cavernosometria dinamica), a fronte di P. sistemica 120/80. Viene eseguita corporoplastica di allargamento dei corpi cavernosi con patch longitudinale bilaterale di vena safena secondo Austoni, con assiduo uso di Vacuum nel post-op. A 8 mesi di follow-up il paziente è potente, con punteggio IIEF5 passato da 18 (preop.) a 22, con dimensioni peniene di 14 cm lunghezza e 11,5 di circonferenza al III prossimale (L/C ratio: 1,21), e con rigidità al III prossimale maggiore del 70% (RigiScan). Rifarebbe l'intervento e lo consiglierebbe ad un amico in analoghe condizioni, e risponde "Sì" alla GAQ.

Conclusioni: il deficit erettile su pura base geometrica è una patologia diagnosticabile mediante cavernosometria dinamica e concomitante rigidometria assiale. I primi dati disponibili risultano promettenti per soluzioni chirurgiche efficaci. Le due tecniche descritte sono potenzialmente associabili.

DOMENICA 26 OTTOBRE - 12.40-13.40 - SALA AUDITORIUM
 SESSIONE COMUNICAZIONI - MODERATORI: C. MARETTI, G. MORRONE

Infertilità 1

C 7

Parametri seminali e gravidanze

S. Voliani, M.A. Bertozzi, P. Rossi, A. Porzano, P.F. Palego, G.F. Menchini Fabris

U.O. Andrologia, A.O. Universitaria Pisana, Pisa

Obiettivo: le coppie trattate per sterilità spesso ottengono la gravidanza senza che sia evidente cosa è cambiato nel proprio potenziale di fertilità. Questo accade sia perché gli studi di metanalisi che valutano le esperienze dei maggiori centri si scontrano invariabilmente con realtà di diversi criteri di campionamento delle coppie, diversi parametri analitici e diversi sistemi di valutazione dei risultati, ma soprattutto perché non esiste un parametro che definisca la fertilità, ed in particolar modo quella maschile. Viene qui presentato uno studio volto ad indagare se il concepimento avviene a seguito di variazioni dei parametri seminali, ed eventualmente, quali tra quanti concorrono a costituire lo spermioγραμμα sono maggiormente interessati.

Materiale e metodi: è stato effettuato uno studio retrospettivo sul liquido seminale di 77 pazienti presentatisi per infertilità di coppia e che hanno conseguito il concepimento dopo almeno 12 mesi di osservazione, indipendentemente dal tipo di trattamento terapeutico e dalla patologia. In tutti è stato confrontato lo spermioγραμμα eseguito in prossimità al presunto momento del concepimento (comunque mai distante oltre 30 giorni) con uno eseguito mediamente 6 mesi prima (range 164-210 giorni). Gli spermiogrammi sono stati eseguiti seguendo le linee-guida WHO.

Risultati: i risultati mostrano un miglioramento significativo, seppure a livelli diversi, di tutti i parametri che definiscono lo spermioγραμμα nei controlli "close to conception" rispetto alle valutazioni precedenti ed in particolare: volume eiaculato ($p < 0,01$), concentrazione degli spermatozoi ($p < 0,005$), motilità rettilinea veloce ($p < 0,0001$), percentuale di morfologia normale ($p < 0,0005$), numero totale di spermatozoi ($p < 0,005$) e numero totale di spermatozoi motili ($p < 0,001$). Il miglioramento medio dei parametri varia tra un minimo del 12% del volume ed un massimo del 53% per il numero totale di spermatozoi motili. In particolare, quest'ultimo parametro è risultato incrementato nel 75% dei pazienti.

Conclusioni: da questo studio appare che un miglioramento del liquido seminale accompagna assai spesso il conseguimento della gravidanza, e che quindi l'andamento dello spermioγραμμα non deve essere trascurato nel corso dell'iter terapeutico andrologico. Sebbene nessun parametro possa essere considerato "a priori" indicativo della raggiunta fertilità, appare evidente che la motilità rettilinea veloce degli spermatozoi, ed i parametri combinati da essa derivati, siano quelli che in modo più promettente possono essere tenuti in considerazione.

C 8

Modificazione dei parametri seminali nei pazienti con ipertermia testicolare

L. Mazzone, A. Ledda¹, A. Merla², G. Romani², A. Masacesi³

Dip. di Urologia "U. Bracci", Università di Roma "La Sapienza"; ¹ Dip. Sc. Biomediche Lab. Vasc. Università di Chieti; ² I.T.A.B. (Istituto di Tecnologie Avanzate Biomediche) Chieti; ³ BIOS, Roma

Introduzione ed obiettivi: per ipertermia testicolare si intende una temperatura superiore ai 34,3 °C. Infatti la differenza di temperatura testicolare è compresa fisiologicamente tra i 33,8/34,3 °C. Al di sopra di queste temperature, e dopo periodi di prolungata esposizione alla stessa (come accade in molti casi di varicocele) compaiono le modificazioni patologiche degli spermatozoi (stress pattern) con una netta prevalenza di "tapering forms" e difetti della capacitazione spermatozoaria. Tutte queste caratteristiche migliorano nettamente dopo intervento di varicocelectomia, ovvero dopo la risoluzione dell'ipertermia testicolare. Saftel nel 1997 sul Journal of Urology mostrò un notevole incremento del numero della motilità e della morfologia degli spermatozoi ampiamente documentato da Kruger nel 1993 su Fertility and Sterility. La cascata di eventi causata dal varicocele è caratterizzata nella prima fase dalla comparsa di ipertensione venosa testicolare che provoca a sua volta edema, ipertermia e danno testicolare.

Materiale e metodi: abbiamo valutato 58 pazienti mediante spermioγραμμα e teletermografia digitale ad infrarossi. Lo spermioγραμμα è stato eseguito secondo protocollo OMS 2000.

La TTM digitale ad infrarossi è stata eseguita con una camera a 14 bit (AEG 256 PtSi [AEG Aim GmbH, Heilbronn, Germany], 8-14 mm; tempo di risoluzione 0,02 secondi; sensibilità alla temperatura 0,1K). L'emissività della cute è stata stimata come $e \approx 0,95$. La temperatura era controllata tramite un corpo nero.

La valutazione tramite la TTM digitale ad infrarossi consiste nell'ottenere immagini scrotali, misurando la temperatura basale al livello del plesso pampiniforme e del testicolo, e determinando il recupero termico dello scroto dopo stress freddo.

Di questi 58 pazienti il 60% (35) è risultato portatore di ipertermia testicolare (differenza di temperatura > 1 °C) ed il restante 40% (23) avevano una normale termoregolazione testicolare.

Risultati: circa 2/3 dei pazienti (22/35) con ipertermia testicolare mostravano alterazioni importanti della morfologia del numero e della motilità degli spermatozoi. Nel restante gruppo di controllo solo 5 pazienti su 23 mostravano alterazioni dei parametri seminali.

Conclusioni: la valutazione seminologica dei pazienti con o senza ipertermia testicolare permette di attribuire alla modificazione termica gran parte delle alterazioni che condizionano la maturazione degli spermatozoi.

Bibliografia

E. Vicari. *Follow-up spermatico dopo varicolectomia*. Varicocele 2000. Ed. Palermo 2000:205-10.

C 9

Espressione delle 3 isoforme dell'enzima ossido nitrico sintasi (NOS) nella linea germinale di soggetti con azoospermia

D. Fontana, L. Rolle, C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, P. Burlo¹, G. Passarino¹, A. Revelli², F. Moffa²

Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale "S. Giovanni Battista", Molinette; ¹ I Servizio di Anatomia Patologica, Ospedale "S. Giovanni Battista", Molinette; ² Centro di Medicina della Riproduzione, Cattedra di Ginecologia e Ostetricia, O.I.R.M., S. Anna

Scopo del lavoro: alcuni studi hanno evidenziato la presenza dell'enzima nitrossido sintasi (NOS) nel liquido seminale e a livello dei tubuli seminiferi, delle cellule del Sertoli e di Leydig del testicolo. Resta tuttavia controversa la funzione dell'NO sul metabolismo degli spermatozoi e sulla spermatogenesi. Anche se è accettato il ruolo di questo mediatore nel controllo dell'apoptosi cellulare, non è chiaro se esso possa influenzare la funzione spermatica e la spermatogenesi e se vi siano variazioni nella espressione delle diverse isoforme della NOS che correlino con determinati quadri di azoospermia non ostruttiva. Obiettivo di questo lavoro è la valutazione della distribuzione dell'enzima NOS nelle sue 3 isoforme (bNOS, eNOS, iNOS) a livello della linea germinale del parenchima testicolare di soggetti affetti da azoospermia.

Materiali e metodi: 21 soggetti (età media 34,8; range 19-56) affetti da azoospermia sono stati sottoposti a biopsia testicolare a fini diagnostici e di recupero di nemaspermici (TESE). Il prelievo ai fini diagnostici, di circa 20 mg, è stato fissato in soluzione di Bouin. Oltre ai consueti vetrini colorati con ematossilina-eosina per la valutazione istologica, sono stati allestiti dei preparati immunostochimici per ognuna delle tre isoforme della NOS, utilizzando kit di anticorpi specifici (Transduction Lab. e Santa Cruz Ind.).

Risultati: l'esame istologico ha permesso di dividere la popolazione in esame in 4 gruppi:

- 6 pazienti con spermatogenesi normale;
- 2 pazienti con ipospermatogenesi;
- 10 pazienti con arresto maturativo precoce;
- 3 pazienti con only Sertoli cell syndrome.

L'indagine immunostochimica non ha evidenziato differenze nella distribuzione delle tre isoforme enzimatiche della NOS tra i preparati appartenenti ai 4 gruppi.

Discussione: nonostante alcuni Autori abbiano evidenziato una possibile correlazione tra l'espressione della NOS nel parenchima testicolare e alcune patologie gonadiche responsabili di infertilità, la nostra valutazione della distribuzione della NOS nelle sue 3 isoforme (bNOS, eNOS, iNOS) a livello della linea germinale del parenchima testicolare di sog-

getti affetti da azoospermia non ha supportato tale riscontro. Non sono infatti emerse differenze significative dal confronto tra la distribuzione della NOS nei vari quadri istologici.

C 10

La teletermografia digitale ad infrarossi nella valutazione della ipertermia testicolare

L. Mazzone, A. Ledda¹, A. Merla², G. Romani²

Dip. di Urologia "U. Bracci" Università di Roma "La Sapienza"; ¹ Dip. Sc. Biomediche Lab. Vasc. Università di Chieti; ² I.T.A.B. (Istituto di Tecnologie Avanzate Biomediche), Chieti

Introduzione ed obiettivi: nei soggetti normali la temperatura testicolare è dai 3-4 °C più bassa della temperatura corporea. La stasi venosa associata al varicocele può incrementare la temperatura del testicolo e del plesso pampiniforme. Ne deriva che la anormale differenza di temperatura tra i due emisroti può suggerire la presenza di varicocele. La teletermografia (TTM) può rivelare anormali differenze di temperatura tra i due testicoli ed un alterato recupero termico del testicolo dopo aver indotto uno stress termico freddo.

Materiali e metodi: la misurazione della temperatura testicolare veniva eseguita negli anni '60 e '70 mediante la teletermometria a contatto.

Abbiamo arruolato 60 volontari tra i 18 e i 27 anni con negatività clinica e sintomatologica per il varicocele. Sono stati sottoposti ad esame obiettivo, ecocolordoppler con ATL 5000 (Philips Medical System/ATL; Eindhoven, The Netherlands) e TTM digitale ad infrarossi con una camera a 14 bit (AEG 256 PtSi [AEG Aim GmbH, Heilbronn, Germany], 8-14 mm; tempo di risoluzione 0,02 secondi; sensibilità alla temperatura 0,1K). L'emissività della cute è stata stimata come $e \gg 0,95$. La temperatura era controllata tramite un corpo nero.

La valutazione tramite la TTM digitale ad infrarossi consiste nell'ottenere immagini scrotali, misurando la temperatura basale al livello del plesso pampiniforme e del testicolo, e determinando il recupero termico dello scroto dopo stress freddo.

Risultati: in 38 uomini non sono state osservate temperature basali più elevate o differenze nelle temperature di riscaldamento. Questi uomini sono stati considerati normali per il TTM. L'esame clinico e dell'ecocolordoppler confermarono l'assenza del varicocele ($p < 0,1$).

In 22 uomini uno o più valori erano alterati riguardo la temperatura basale o di riscaldamento. L'esame clinico e l'ecocolordoppler confermarono la presenza di varicocele a più stadi in tutti questi uomini.

Conclusioni: per lunghi anni si è creduto che il danno esercitato dal varicocele sulla spermatogenesi e sulla capacitazione degli spermatozoi fosse causato dal reflusso di cataboliti surrenalici nel circolo testicolare. La valutazione TTM ha permesso invece di individuare la reale causa della sofferenza testicolare ovvero l'ipertermia. La TTM digitale ad infrarossi è un metodo veloce, economico e non invasivo nella determinazione della termoregolazione testicolare.

Bibliografia

Dubin L, Amelar RD. *Etiology factors in 1294 consecutive cases of male infertility*. Fert Ster 1971;22:469-74.

C 11

Il dotto eiaculatore umano non è un semplice condotto passivo

P. Usai, R. Vargiu¹, P. Cirillo, A. De Lisa

Clinica Urologica, ¹ Dipartimento di Scienze Applicate ai Biosistemi, Sezione di Fisiologia e Nutrizione Umana, Università di Cagliari

Introduzione: il dotto eiaculatore umano (DE) è considerato come un semplice condotto passivo per il transito del seme. Nel presente lavoro sono state studiate le proprietà funzionali della muscolatura liscia della parete del DE umano, con lo scopo di stabilire se il DE sia un semplice condotto passivo o un organo capace di esplicare un'attività funzionale. Con Tecnica in vitro sono state studiate le proprietà visco-elastiche e contrattili della parete del DE umano nonché gli effetti di neurotrasmettitori del S.N.A. sulla muscolatura liscia del dotto.

Materiali e metodi: gli esperimenti sono stati condotti su 11 DE ottenuti da pazienti (età 54-58 aa) sottoposti ad intervento chirurgico per carcinoma vescicale. L'assenza di lesioni neoplastiche è stata verificata dopo l'esperimento tramite esame istologico. I DE sono stati sistemati in un bagno per organi isolati (5 ml) contenente soluzione di Krebs, ossigenata e mantenuta a temperatura di 37 °C. Una estremità del dotto è stata fissata al fondo del bagno, l'altra estremità è stata collegata ad un trasduttore isometrico di forza (WP1 Fort10, ADInstruments, Australia) per la registrazione delle contrazioni spontanee o indotte da stimolo elettrico (30 Hz, 5 ms, 80-110 mA) a varie lunghezze del preparato. Le risposte contrattili indotte da stimolazione elettrica sono state utilizzate per la costruzione delle curve Tensione-lunghezza.

Risultati: la relazione tensione-lunghezza evidenzia una notevole rigidità degli elementi visco-elastici della parete del DE. Le cellule muscolari lisce del DE possiedono proprietà pacemaker capace di avviare un'attività motoria caratterizzata da onde di contrazione fasiche regolari in ampiezza, durata e frequenza. Nelle miocellule lisce sono presenti recettori eccitatori attivati da trasmettitori del S.N.A. (acetilcolina e noradrenalina).

Conclusioni: il risultato più importante della presente ricerca è la dimostrazione che il DE umano non è un semplice tubo passivo, come sostenuto da altri Autori, ma un organo capace di sviluppare un'attività contrattile verosimilmente controllata dal SNA. I dati raccolti non sono sufficienti a stabilire il reale e completo ruolo fisiologico del DE. Tuttavia gli aspetti anatomo-istologici riportati in letteratura e quelli funzionali da noi osservati suggeriscono l'ipotesi che l'attività contrattile del DE sia di tipo sfinterico al fine di evitare: a) il flusso retrogrado del liquido spermatico verso le vescicole seminali durante la fase di espulsione; b) il reflusso dell'urina in direzione delle vie spermatiche superiori durante la minzione.

C 12

Risultati programmi ICSI + TESA/E in pazienti con micro-orchidismo primitivo bilaterale

E. Vicari, N. Barone, S. La Vignera, A. Tracia¹, M. Donati¹, M. Salemi², R. Castiglione², D. Di Benedetto², N. Burrello

U.O. Andrologia, Dip. Scienze Biomediche, ¹ Cattedra di Chirurgia Gen. I, Az. Policlinico, Università di Catania; ² Dott. di Ricerca in Scienze Andrologiche e della Riproduzione Umana

Introduzione ed obiettivi: le testiculopatie primitive (50-70% di cause di infertilità maschile) racchiudono un ampio spettro di patologie, come: a) alterazioni diffuse/parziali tubulari e/o interstiziali testicolari, con quadri isto-patologici gruppo-specifici espressi in pattern unico (ipospertogenesi, H; arresto maturativo, MA; s. a sole cc. Sertoli, SCO) o combinato (H + MA; SCO + MA); b) fenotipi testicolari (vol. testicolare < 12 ml o microorchidismo; normale vol. testicolare > 12 ml); c) "fenotipi spermatici" (azoospermia; criptoospermia; oligozoospermia severa, < 5 mil/ml). Data l'indicazione per programmi di fecondazione assistita mediante ICSI, previo recupero di spermatozoi dal testicolo per agoaspirazione percutanea (TESA) o per biopsia testicolare "open" (TESE), in pazienti azoospermici con micro-orchidismo, abbiamo voluto esaminare il bilancio dei programmi ICSI in relazione al loro quadro istologico testicolare.

Materiali e metodi: 43 pz. (età 26-42 aa.) selezionati, con azoospermia secretoria da micro-orchidismo (vol. testicolare < 12 ml, confermato all'ecografia) bilaterale primitivo (confermato da quadro isto-bioptico testicolare bilat.), con recupero (dopo TESA/E) di nemaspermi sufficienti per ICSI e sottoposti ad almeno 1 programma ICSI + TESA/E (bilaterale).

Risultati: in questi pazienti, il micro-orchidismo bilaterale era riconducibile ai seguenti momenti patogenetici/patologici: pregresso criptorchidismo (n = 8), cause idiopatiche (n = 8), varicocele sn. (n = 6), trauma/torsione (n = 5), esiti post-orchitici (n = 3), cause genetiche (n = 4), cause iatrogene farmacologiche (n = 4), cause tossiche occupazionali (n = 4), tumore testicolare monolat. (n = 1). Il quadro istopatologico bilaterale era di MA (41,8% = 18/43), OSC + MA (34,9% = 15/43), H (23,3% = 10/43). I pazienti con quadro isto-bioptico testicolare bil. di H o MA, rispettivamente sottoposti a 12 e 27 cicli di ICSI + TESA/E fecero osservare un tasso di fertilizzazione oocitaria significativamente (p < 0,01) più elevato (74,2% nel gruppo H, 70% nel gruppo MA) rispetto a quello (47,3%) osservato nel gruppo OSC + MA (sottoposto a 22 cicli ICSI + TESA). Rispetto al gruppo con peggiore quadro istologico (OSC + MA), il gruppo con H esibì migliori risultati delle tappe bio-funzionali, facendo registrare un implantation rate (12,8% vs 7,9%), % gravidanze cliniche (41,6% vs 10%), % di aborti (20% vs 50%), % gravidanze in corso e/o a termine (33,3% vs 5%).

Conclusioni: risultati riproduttivi favorevoli dopo ICSI + TESA/E sono registrabili anche in pazienti azoospermici con micro-orchidismo purché riconducibili ad un'istopatologia testicolare meno severa.

DOMENICA 26 OTTOBRE - 12.40-13.40 - SALA AZZURRA
 SESSIONE VIDEO - MODERATORI: L. CORMIO, A.F. DE ROSE

Video

V 1

Corporoplastica modificata per il trattamento degli incurvamenti penieni ventrali

B. Giammusso, F. Nicolosi, A. Branchina, M. Burrello, F. Failla, A. Saita, M. Motta

Servizio di Andrologia Chirurgica, Clinica Urologica II, Università di Catania

Obiettivi: il filmato riporta una tecnica originale di corporoplastica di raddrizzamento per incurvamento penieno ventrale.

Metodi: la procedura chirurgica è eseguita in corso di erezione farmacoindotta mediante infusione intracavernosa di trimix. Dopo incisione sottocoronale e degloving penieno, si procede a isolamento e resezione della vena dorsale profonda (VDP) nel segmento corrispondente alla zona di sottrazione albuginea. Si procede quindi, dopo marcatura mediante pinze di Allis del segmento di sottrazione, a plastica secondo Yachia, condotta nel letto della VDP resecata. Dopo il confezionamento della plastica, l'intervento si conclude con induzione di erezione idraulica per verifica della correzione, e sutura dell'incisione.

Risultati: a un follow-up medio di 20 mesi, la deviazione risultò corretta in tutti i casi trattati. Su 12 pazienti sottoposti a intervento, otto riferirono accorciamento dell'asta, ma in nessun caso di entità tale da interferire con la funzione coitale. Non fu riportata alcuna altra complicanza riferibile al trattamento chirurgico, quale dolore in erezione o ridotta sensibilità.

Conclusioni: i risultati ottenuti nel corso dello studio di valutazione della tecnica di corporoplastica modificata ne evidenziano l'ottima efficacia nella correzione delle deviazioni ventrali e la sostanziale assenza di complicanze, correlata alla scarsa invasività della procedura

V 2

Corporoplastica per IPP: incisione di placca ed innesto autologo di albuginea indenne prelevata da Nesbit controlaterale

A. Casarico, G. Capponi, P. Pasquini, F. Campodonico, M. Maffezzini

Centro di Andrologia S.C. Urologia E.O. Ospedali "Galliera" Genova

Introduzione: i requisiti di un innesto "ideale" per la chirurgia di placca dell'Induratio Penis Plastica (IPP) sono: elasticità, resistenza, biocompatibilità, superficie endoteliale per il tessuto cavernoso e rispetto della funzione veno-occlusiva, persistenti nel tempo.

Gli innesti sino ad ora usati forniscono spesso risultati a distanza insoddisfacenti soprattutto per la retrazione dell'innesto e/o la comparsa di disfunzione erettile (DE) venocclusiva. D'altronde la tecnica di Nesbit o di plicatura comporta l'accorciamento del pene, soprattutto nei pazienti con curvatura di grado elevato e/o bidimensionale.

L'albuginea cavernosa indenne da IPP è l'innesto ideale. Una tecnica chirurgica¹ che associa la Nesbit ed il prelievo di albuginea sana con l'innesto controlaterale, su incisione di placca, consente di dimezzare l'accorciamento ed evitare la DE.

Materiali e metodi: paz. di 58 aa, diabetico NID. Da 3 anni IPP (stabilizzata da più di 1 anno). Grave incurvamento bidimensionale: laterale al terzo medio (80°) e dorsale al terzo distale sottoglandulare (65°). Da 2 anni DE a genesi mista, di grado elevato, trattata con successo con Sildenafil 100 mg al bisogno.

Tecnica chirurgica:

- anestesia generale;
- erezione artificiale;
- incisione coronale;
- scalpo penieno;
- incisione bilaterale longitudinale della fascia di Buck;
- Nesbit con escissione di ampia ellisse di albuginea (conservata in fisiologica) nel punto opposto a quello di massima curvatura;
- sutura continua in PDS 4 zero;
- incisione ad H, di lunghezza uguale a quella dell'innesto, sulla placca di IPP, in sede controlaterale alla Nesbit;
- sutura dell'innesto con 2 semicontinue in PDS 4 zero;
- correzione della curvatura distale sottocoronale con plicature in prolene 5 zero;
- erezione artificiale e controllo del raddrizzamento e della tenuta delle suture;
- chiusura della fascia di Buck a punti staccati e sutura della incisione coronale;
- medicazione compressiva.

Risultati: il decorso postoperatorio fu regolare ed il paziente fu dimesso in 1° giornata. Venne istituita, a partire da 1 settimana dopo l'intervento, terapia riabilitativa con Sildenafil 100 mg, assunto prima di dormire, a giorni alterni, 3 volte la settimana. L'attività sessuale riprese dopo 45 giorni, all'inizio con farmacoprotesi con Sildenafil. Successivamente il paziente riferì miglioramento e possibilità di avere rapporti sessuali spontanei. A 9 mesi persiste il raddrizzamento, il miglioramento della funzione erettile e la soddisfazione del paziente.

Bibliografia

- ¹ Hatzichristou DG, et al. *Corporoplasty using tunica albuginea*. J Urol 2002;167:1367-70.

V 3

Prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale nerve sparing: note di tecnica

G. Pecoraro, G. Grosso, M. Amenta, E. Marzoli, G. Olivo
*U.O. di Urologia Ospedale di Villafranca, ASL 22 Busso-
 lengo, Regione Veneto*

Introduzione ed obiettivi: la preservazione della funzione sessuale in pazienti sottoposti a prostatectomia radicale (RP) ha un significativo impatto sulla qualità di vita dopo l'intervento chirurgico. Per questo dopo le prime esperienze di Walsh sulla RP nerve sparing tale tecnica è stata applicata in numerosissimi centri.

La RP laparoscopica oltre a porsi come valida alternativa alla chirurgia tradizionale sui risultati oncologici ha mostrato come non solo è attuabile la tecnica nerve sparing ma qualitativamente migliorabile grazie alla magnificazione delle immagini.

Materiale e metodi: con questo filmato vogliamo mostrare le caratteristiche tecniche da noi seguite, e sono:

1. accesso extraperitoneale, solitamente con 5 trokar;
2. utilizzo del bisturi ad ultrasuoni ultracision che consente emostasi e sezione nel contempo e in particolare una cauterizzazione dei tessuti che non oltrepassa i 2 mm.

I tempi operatori sono i seguenti:

1. incisione del collo vescicale;
2. isolamento delle vescicole seminali e sezione dei deferenti;
3. trazione in senso craniale e laterale dx della vescicola sx (manovra opposta per l'altro bundle);
4. apertura della fascia endopelvica lateralmente al pilastro sx con inizio della dissezione in senso retrogrado della fascia periprostatica a partire dall'apice e spingendo il bundle lateralmente. Talvolta tale manovra, specie a dx, risulta più agevole in senso anterogrado;
5. legatura e sezione del plesso di Santorini;
6. meticolosa dissezione dell'apice prostatico;
7. anastomosi V-U in tre semicontinue con monocryl 3.0.

Risultati: i tempi operatori variano da 140 a 210 min.

Le perdite di sangue sono state minime e solo nel 20% si è ricorso ad emotrasfusioni.

La tecnica è stata realizzata ogni qualvolta è stato pianificato l'intervento in nerve sparing.

Conclusioni: come si può vedere dal filmato la dissezione dei bundles per via laparoscopica extraperitoneale non solo è facilmente realizzabile ma, grazie alla magnificazione delle immagini, qualitativamente migliorabile rispetto alla tecnica tradizionale.

Inoltre l'utilizzo dell'ultracision consente di realizzare una buona emostasi e sezione dei peduncoli senza arrecare danno al tessuto neuro-vascolare che si intende preservare.

V 4

Ricostruzione del pene con tecnica microchirurgica

G. Del Noce, M. Raso¹, U. Crovella¹, M. Laudi

Ospedale Mauriziano "Umberto I" di Torino: U.O. di Urologia; ¹ U.O. di Chirurgia Plastica

Presentiamo un video relativo ad un intervento di ricostruzione del pene con tecnica microchirurgica, utilizzando un lembo peduncolato di Chang.

Caso clinico: paziente di 54 anni, diabetico insulinodipendente, operato nel 1998 di amputazione del pene con conservazione delle crura per neoplasia spinocellulare G2 pT2 N0 M0. Follow-up negativo. Si presenta alla nostra attenzione con la richiesta di ricostruire il pene dopo il fallimento di un tentativo eseguito in altra sede di plastica con lembo addominale in rotazione. Viene studiato il caso con calchi dell'area pubica e valutazione cutanea e vascolare degli arti superiori. Si decide, quindi di eseguire la costruzione di un penoide con lembo peduncolato preparato dall'arto superiore dx, utilizzando la tecnica di Chang.

Tecnica chirurgica: si procede all'intervento con doppia équipe chirurgica. Contemporaneamente, mentre un'équipe esegue l'isolamento e il prelievo del lembo peduncolato, dall'avambraccio dx precedentemente preparato, una seconda équipe procede all'isolamento del moncone di uretra, del nervo dorsale del pene di dx, dell'arteria epigastrica (dx) e dei vasi venosi (pudendi). Prima del distacco del lembo peduncolato, con la sezione dell'arteria radiale, questo viene ripiegato confezionando il penoide e la neouretra. Per quest'ultima viene utilizzato un foley come tutore. La trasposizione del penoide viene eseguita con la sutura microchirurgica dei vasi e dei nervi e con la sutura dell'uretra con la neouretra a punti staccati di Vycril 5/0. L'avambraccio viene ricoperto con prelievo dermico dalla faccia laterale della coscia. Infine viene posto un catetere cistostomico. Il foley è stato rimosso in quindicesima giornata.

Risultati: il paziente a 5 mesi dall'intervento riferisce una buona minzione e il penoide risulta trofico e ben conformato. È stato solo necessaria una dilatazione del neomeato uretrale. Attualmente si è programmato l'intervento di impianto protesico.

Conclusioni: questa tecnica di ricostruzione del pene si è dimostrata valida e permette di ottenere un penoide di buona lunghezza e ben conformato. Necessita però di un attento studio preoperatorio, di una buona preparazione psicologica del paziente e della possibilità di utilizzo delle tecniche microchirurgiche.

V 5

Glandulectomia con ricerca radioguidata del linfonodo sentinella in carcinoma del glande recidivo dopo Mohs

P. Gontero, M. Rudoni, G. Monesi, F. Fontana, G. Pretti, G. Marchioro, F. Sogni, G. Maso, E. Kocjancic, G.L. Sacchetti, E. Inglese, B. Frea

Clinica Urologica, Università del Piemonte Orientale e Servizio di Medicina Nucleare Ospedale Maggiore della Carità, Novara

Obiettivi: viene descritta la tecnica di ricerca radioguidata del linfonodo sentinella seguita da glandulectomia totale in un caso di carcinoma del glande recidivo, già precedentemente trattato con chirurgia di Mohs.

Metodi: in considerazione dell'esame istologico su biopsia che rivela un carcinoma spinocellulare moderatamente differenziato e focalmente infiltrante, recidivo dopo chirurgia di Mohs effettuata 4 anni prima, viene pianificato l'intervento di glandulectomia con asportazione radioguidata del linfonodo sentinella. Due ore prima dell'intervento viene eseguita infiltrazione del glande perilesionale di 1 cc di 99-tecnezio colloidale. L'intervento inizia con la scannerizzazione con sonda tipo Scintiprobe della superficie inguinocrurale bilaterale che evidenzia un'area ad elevato segnale a carico della piega inguinale destra. Si esegue quindi prelievo radioguidato dell'area di tessuto sottocutaneo ipercaptante con una incisione di 2 cm. Si procede quindi all'intervento di glandulectomia con i seguenti tempi chirurgici: 1. incisione subcoronale circolare sulla cicatrice della pregressa circoncisione; 2. isolamento degli involucri penieni superficiali per circa 2 cm; 3. isolamento dell'uretra distale che viene sottopassata; 4. isolamento del fascio vascolo-nervoso distale che viene sezionato; 5. dissezione del glande dai corpi cavernosi, includendo nel margine di resezione anche l'apice dei corpi cavernosi e sezione dell'uretra navicolare; 6. chiusura dell'apice dei corpi cavernosi e sutura del fascio vascolo nervoso alla fascia di Buck a ricoprire l'apice dei corpi cavernosi; 7. sutura del margine uretrale su un orpello di cute dell'asta peniena; 8. sutura della cute peniena a ricoprire il moncone di corpi cavernosi.

Risultati: l'esame istologico sul tessuto inguinale destro ha dimostrato la presenza di un linfonodo reattivo.

Conclusioni: la ricerca radioguidata del linfonodo sentinella in corso di trattamento chirurgico del carcinoma penieno

è una tecnica di facile esecuzione con una morbilità minima e pertanto attuabile come pratica routinaria nella chirurgia oncologica peniena.

V 6

Tumorectomia testicolare microchirurgica

G. Franco, C. Leonardo, F. Peris, F. D'Amico, A. Pansadoro, C. Laurenti

Dipartimento di Urologia "U. Bracci", Università di Roma "La Sapienza"

Introduzione: le lesioni benigne rappresentano circa il 10-20% delle neoformazioni testicolari. L'esame istologico estemporaneo in corso di orchifunicolectomia inguinale rappresenta quasi sempre l'unica possibilità per una diagnosi differenziale tra lesioni benigne e maligne. La tecnica chirurgica di microTESE, ideata da Schlegel, per il recupero degli spermatozoi, è stata recentemente proposta per la terapia conservativa delle neoformazioni testicolari.

Materiale e metodo: in questo video presentiamo il caso di un paziente di 30 anni con severa oligoastenospermia e lesione ipoecogena testicolare sin di 8 mm non palpabile, con markers negativi, sottoposto a tumorectomia microchirurgica sec Schlegel. La tecnica chirurgica ha previsto l'isolamento ed il clampaggio preventivo del funicolo spermatico, l'apertura della tunica vaginale, e l'effettuazione di un'incisione bivalve dell'albuginea del testicolo. Mediante l'utilizzo di microscopio operatore e di microbisturi bipolare si è proceduto ad enucleazione della massa mantenendo un ampio margine di resezione. Si sono inviati ad esame istologico estemporaneo la neoformazione e minuti frammenti di parenchima macroscopicamente sano. Data la negatività dell'esame istologico estemporaneo (sclerosi di n.d.d.), si procedeva a declampaggio del funicolo e a chiusura dell'albuginea del testicolo con due continue in vicryl 5-0 conservando il restante parenchima testicolare.

Conclusioni: la tecnica microchirurgica "testicular-sparing" rappresenta una valida alternativa per il trattamento delle neoformazioni intratesticolari di natura incerta, preservando il parenchima testicolare circostante e la sua vascolarizzazione. Questa metodica trova la maggiore applicazione quando la neoformazione non è palpabile ed in caso di neoplasie germinali bilaterali sincrone o metacrone o in pazienti monorchidi.

DOMENICA 26 OTTOBRE - 15.50-16.50 - SALA TEATRO
 SESSIONE COMUNICAZIONI - MODERATORI: F. FUSCO, A. LEDDA

Disfunzione Erettile: Diagnosi

C 13

Deficit erettile su base geometrica: una entità nosologica misconosciuta

E.S. Pescatori, B. Drei, V. Silingardi¹

Servizio di Andrologia, Hesperia Hospital, Modena; ¹ Divisione di Urologia, Policlinico di Modena

Introduzione: la rigidità assiale è la caratteristica qualificante di una erezione funzionale. È stato recentemente dimostrato che tre sono i fattori che determinano la rigidità assiale: pressione intracavernosa (valutabile in corso di cavernosometria dinamica); proprietà meccaniche tissutali del tessuto erettile (“espandibilità tissutale”), e rapporto tra lunghezza e circonferenza del pene (“geometria peniena”).

Una delle implicazioni di ciò è che teoricamente possono esistere casi di deficit erettile sostenuti da pure cause geometriche, ovvero da un eccessivo rapporto lunghezza/circonferenza peniena (L/C ratio).

Materiali e metodi: serie di 57 cavernosometrie/-grafie dinamiche consecutive, con concomitante registrazione di pressione intracavernosa soglia per raggiungere rigidità assiale (rigidometria assiale); misurazione delle dimensioni del pene (lunghezza e circonferenza); registrazione della pressione di occlusione sistolica delle arterie cavernose.

Risultati: abbiamo identificato 6 (10,5%) casi di deficit erettile su esclusiva base geometrica, vale a dire pazienti impossibilitati a sviluppare fisiologicamente una erezione rigida per una L/C ratio patologica. Questi pazienti, testati in situazione di completo rilasciamento della muscolatura liscia intracavernosa, presentavano valori emodinamici normali, in assenza di segni indiretti di patologia tissutale cavernosa. In essi rigidità assiale poteva essere indotta durante cavernosometria solo a spese di pressioni intracavernose sovraffisiologiche. Caratteristicamente questi soggetti erano giovani, con DE presente “da sempre”, e non responsivi a terapie farmacologiche orali o intracavernose. Il valore soglia di L/C ratio per ottenere rigidità assiale che abbiamo identificato è risultato di 1,31; soggetti con valori $\geq 1,32$ presentano difficoltà ad ottenere rigidità assiale, per cause geometriche.

Conclusioni: la presenza di una emodinamica peniena normale non è sufficiente ad escludere una DE su base organica poiché, come abbiamo dimostrato, esistono casi di DE su base geometrica. Questi casi sono potenzialmente curabili chirurgicamente; dovrebbero pertanto essere identificati, e non etichettati erroneamente come “casi psicogeni”.

C 14

“Progetto specialist”: può un corso interattivo modificare l’atteggiamento clinico diagnostico e terapeutico del medico generalista?

P. Brogginì, P. Bono, G. Vimercati, E. Tosca, E. Signorelli, C. Basile Fasolo¹

Unità Funzionale di Urologia, I.C. “Mater Domini”, Castellanza (VA); ¹ Dip. Psichiatria, Farmacologia, Neurobiologia, Università di Pisa

Introduzione ed obiettivi: frutto della collaborazione tra SIA, SIAM, SISS e SIMG ed al contributo di Lilly Icdò, “Progetto Specialist” – film interattivo – ha permesso di coinvolgere centinaia di medici generalisti italiani sul problema della disfunzione erettile (d.e.). La tecnologia Frame ha permesso di trasformare quattro casi clinici andrologici in un percorso interattivo filmato, con un indubbio impatto sui partecipanti legato alla possibilità degli stessi di esprimersi tramite il televoto. Presso l’Istituto Clinico “Mater Domini” di Castellanza (VA), il 16 aprile è stato presentato il film interattivo (f.i.) a 56 medici generalisti della Provincia di Varese. Dopo 2 mesi dall’evento, sono stati intervistati tutti i partecipanti mediante un questionario al fine di valutare l’impatto formativo dell’incontro sulla pratica clinico-diagnostica e terapeutica del generalista in tema di d.e.

Materiali e metodi: il questionario somministrato prevedeva 7 domande alle quali il generalista poteva rispondere sì, no oppure non saprei:

1. dopo questo filmato, pensi che il m.g. debba occuparsi di d.e.?
2. il corso ti ha aiutato nella comunicazione con il tuo assistito affetto da d.e.?
3. stai valutando più accuratamente i fattori di rischio per la d.e. dei tuoi assistiti?
4. il f.i. ha modificato in questi 2 mesi il tuo approccio clinico e diagnostico alla d.e.?
5. il corso ha modificato il tuo atteggiamento nella richiesta di consulenza specialistica all’andrologo?
6. il corso ha mutato la tua condotta prescrittiva verso i farmaci per la cura della d.e.?
7. dopo questo corso, ne faresti uno di perfezionamento sulla d.e.?

Risultati: 45 (80,4%) medici generalisti su 56 hanno risposto al questionario. Il 100% dei medici pensa che il generalista debba occuparsi di d.e., sempre la totalità dei medici riconosce che l’incontro interattivo ha migliorato la capacità comunicativa con gli assistiti affetti da d.e. 43 (96%) medici affermano che il corso li ha motivati a considerare più accuratamente i fattori di rischio per la d.e. mentre 36 (80%) hanno modificato il loro approccio clinico e diagnostico riguardo all’assistito con d.e. In particolare, il corso interatti-

vo ha mutato la richiesta di consulenza andrologica da parte del 71% (32) dei generalisti. La condotta prescrittiva verso i farmaci per la cura della d.e. è mutata nel 58% (26) degli intervistati, il 73% (33) degli stessi vorrebbe partecipare ad un corso di perfezionamento andrologico.

Conclusioni: "Progetto Specialist" – film interattivo – si è rilevato un efficacissimo strumento formativo per il generalista.

C 15

Correlazione tra rigidità peniena assiale e color power doppler dinamico penieno in pazienti affetti da disfunzione erettile

A. Salonia, K. Rokkas, F. Dehò, M.R. Barbara¹, F. Fabbrì, A. Briganti, M. Raber, P. Rigatti, F. Montorsi

U.O e Cattedra di Urologia, Università Vita-Salute, "San Raffaele", Milano, Italia; ¹ Centro de Urologia, Andrologia y Sexologia de Baleares, Palma de Mallorca, Spagna

Introduzione e obiettivi: lo scopo di questo studio in fieri è quello di correlare i parametri emodinamici penieni con i valori di rigidità assiale in pazienti affetti da disfunzione erettile (DE) di varia eziologia.

Materiali e metodi: trentuno pazienti affetti da DE (età media \pm ES: $51,7 \pm 2,5$ anni) sono stati sottoposti a Power Color doppler dinamico penieno + VSS. La rigidità peniena assiale è stata valutata mediante l'uso di Rigidometro UroAN21 sia con il soggetto in ortostatismo che in clinostatismo. Sono stati rilevati i parametri morfo-metrici dell'asta peniena (lunghezza e circonferenza) sia in stato di flaccidità che di massima erezione. I dati ottenuti sono stati analizzati mediante il test T di Student ed il test Spearman di correlazione.

Risultati: analisi morfo-metrica del pene. I parametri acquisiti in condizioni di flaccidità vs la massima erezione hanno evidenziato: lunghezza (pube-glande): $10,3 \pm 0,3$ vs $15,0 \pm 0,4$ ($p < 0,0001$); circonferenza: $8,7 \pm 0,3$ vs $12,3 \pm 0,3$ ($p < 0,0001$). L'analisi dei dati di comparazione diretta ottenuti mediante l'utilizzo di Rigidometro UroAN21 hanno mostrato una differenza tendente alla significatività statistica tra la posizione eretta e supina sia in termini di rigidità in grammi ($608,7 \pm 121,7$ vs $364,4 \pm 26,1$; $p = 0,06$) che di pressione intracavernosa relativa (ICP) in mmHg ($137,5 \pm 11,0$ vs $115,3 \pm 2,4$; $p = 0,06$). Mediante l'attuazione di una analisi di correlazione Spearman, è stata trovata inoltre una correlazione statisticamente significativa tra la rigidità peniena e la ICP sia durante la stazione eretta ($r = 1,0$; $p < 0,0001$) che la posizione supina ($r = 0,997$; $p < 0,0001$). È stata inoltre trovata una correlazione statisticamente significativa tra l'indice di resistenza (RI) medio \pm DS e sia la rigidità peniena in posizione supina ($r = 0,58$; $p = 0,0006$) che la relativa ICP ($r = 0,57$; $p = 0,0007$). Non abbiamo trovato alcuna differenza statisticamente significativa tra i parametri di rigidità assiale e l'età dei pazienti, come pure con la lunghezza e la circonferenza peniena durante la massima erezione.

Conclusioni: sebbene questi risultati necessitino di essere confermati in una coorte di pazienti più numerosa, essi sembrano mostrare che i parametri di rigidità peniena assiale cambiano in modo concorde alla posizione del paziente. Inol-

tre, esiste una correlazione statisticamente significativa tra i parametri di rigidità peniena assiale ed i parametri emodinamici sulla base dei dati ottenuti mediante uno accurato eco power doppler dinamico penieno.

C 16

Il mondo sommerso della disfunzione erettile: indagine conoscitiva in Toscana. Risultati preliminari

F. Di Loro, A. Bongini, N. Mondani, R. Ponchietti¹, M. Carlucci¹, F. Salvestrini¹, L. Raffaelli², A. Papini³, S. Biscioni⁴, R. Benelli⁴, M. Rizzo

Clinica Urologica di Firenze; ¹ Clinica Urologica di Siena; ² Servizio di Urologia ambulatoriale ASL Firenze-Prato; ³ Unità Operativa di Urologia, Arezzo; ⁴ Unità Operativa di Urologia, Prato

Introduzione ed obiettivi: da un recente studio condotto in Italia è emerso che la disfunzione erettile (DE) colpisce il 12,8% della popolazione del nostro Paese.

Esiste comunque un contrasto tra questi dati di prevalenza e la richiesta di intervento dei pazienti, la quale risulta essere trascurabile.

L'obiettivo del nostro studio è stato pertanto quello di:

- indagare l'entità di questo sommerso patologico;
- individuare quali motivazioni sono alla base dell'assenza di richiesta di intervento;
- delineare l'identikit del paziente che pur affetto da DE non consulta il medico;
- determinare quante persone sono disposte ad intraprendere un percorso diagnostico-terapeutico una volta che il problema è emerso.

Materiali e metodi: la raccolta dei dati è stata ottenuta mediante la somministrazione di un questionario composto da due parti. La popolazione intervistata era costituita da pazienti di età compresa tra i 41 e gli 80 anni i quali avevano richiesto una visita specialistica urologica per problemi non legati alla sfera sessuale. L'intervista veniva condotta al termine della visita durante la quale non era emerso alcun riferimento a problematiche sessuali.

L'area geografica interessata a questa indagine epidemiologica comprendeva quattro province della Toscana: Firenze, Prato, Siena, Arezzo.

Risultati: i risultati preliminari ottenuti dall'elaborazione di 1.000 questionari evidenziano che il fenomeno del sommerso della DE è rilevante.

Il 14,6% della popolazione intervistata è riluttante a presentare spontaneamente il problema.

L'imbarazzo ad affrontare questo aspetto clinico e la consapevolezza che la DE è una conseguenza dell'invecchiamento sono le due principali motivazioni alla base dell'assenza di richiesta di intervento.

Poco meno della metà dei pazienti, che lamentano il disturbo e lo affrontano per la prima volta con un medico, sono interessati a risolverlo.

Conclusioni: i risultati di questo studio, oltre a colmare una carenza di dati di prevalenza a riguardo, possono secondo noi essere utili per individuare delle opportune strategie rivolte a far emergere il problema.

C 17

Indagine conoscitiva sulla richiesta di visita andrologica per deficit erettivo dei genovesi

A.F. De Rose, B. Parisini, F. Gallo, F. Bertolotto, L. Timossi, C. Ambruosi, G. Carmignani
Clinica Urologica “L. Giuliani”, Ospedale “San Martino”, Università di Genova

Introduzione e obiettivi: l’obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare le ragioni che portano i pazienti a richiedere una visita andrologica e quanto tale richiesta sia spontanea o influenzata da pareri esterni.

Materiali e metodi: dal maggio 2002 al maggio 2003, 321 pazienti hanno richiesto una visita andrologica per deficit erettivo. Il nostro studio ha coinvolto i 271 pazienti (età 25-75) alla prima visita. Tra di essi 121 erano diabetici, 81 ipertesi, 69 non riferivano patologie mediche di rilievo.

A tutti i pazienti è stato sottoposto un questionario in cui venivano richiesti alcuni dati anagrafici, la ragione della visita andrologica, l’eventuale influenza di altre persone sulla decisione di richiedere tale visita, i tempi d’attesa, l’eventuale pregressa assunzione di farmaci per il deficit erettivo.

Risultati: dei 271 soggetti che hanno richiesto una visita andrologica presso il nostro ambulatorio, 27 erano stati consigliati da un amico, 68 erano stati inviati da altri specialisti, 54 erano stati inviati dal proprio medico di medicina generale, 122 non avevano fatto menzione del problema con altri sanitari e si erano recati spontaneamente dall’andrologo. Tra di essi 91 (34%) riferivano di aver appreso di nuove possibilità terapeutiche in campo di DE attraverso i mezzi di informazione, in particolare 31 (11%) riferivano di aver “affrontato il problema del deficit erettivo” perché sollecitati dalla settimana di prevenzione andrologica.

Quando l’iniziativa di richiesta di visita proveniva direttamente dal paziente il periodo medio di attesa è stato di 20 mesi contro i 14 mesi per i pazienti inviati dal medico di medicina generale o dallo specialista.

Tra i 271 soggetti, 185 ne avevano parlato con la propria partner ma solo in 125 la compagna aveva avuto un ruolo determinante nel richiedere la visita andrologica.

78 pazienti erano fuori regione, 193 liguri.

Dei 122 pazienti inviati dal medico di medicina generale o da altri specialisti solo a 62 era stata già consigliata una terapia orale.

Conclusioni: la disfunzione erettile è una patologia differente da qualsiasi altro disturbo funzionale del nostro corpo. Molto spesso viene vissuta in silenzio all’interno della coppia e la decisione di richiedere una visita andrologica deriva dagli strumenti d’informazione più che dal rapporto col medico che spesso determina imbarazzo e impedisce di affrontare determinate problematiche.

C 18

IIEF nei pazienti candidati a prostatectomia radicale: come e quando

E. Conti, D. Croce ¹, P.P. Fasolo, G. Sebastiani, S. Lacquaniti, R. Mandras, L. Puccetti, G. Fasolis
*U.O.A. Urologia, Ospedale “San Lazzaro” Alba (CN);
¹ Servizio Psicologia A.S.L. 18, Alba Bra (CN)*

Introduzione e obiettivi: la valutazione della funzione sessuale nei pazienti candidati a prostatectomia radicale, è un importante step preoperatorio.

L’International Index of Erectile Function (IIEF) è uno strumento validato a tale scopo.

Nel nostro studio abbiamo voluto verificare se i dati raccolti preoperatoriamente con l’IIEF in questo tipo di pazienti, sono realmente attendibili.

Materiali e metodi: dal 01/01/2003 al 30/06/03 abbiamo sottoposto a Prostatectomia Radicale Retropubica (PRR) 33 pazienti: 25 hanno accettato un Counseling Psicossessuologico pre-operatorio. Tre di questi pazienti non avevano alcuna attività sessuale, pertanto l’IIEF è stato somministrato a 22 pazienti sia nella sua formula originaria, con anamnesi relativa alle ultime 4 settimane di vita sessuale, sia in forma da noi modificata, con riferimento alle 4 settimane precedenti alla comunicazione della diagnosi.

Risultati: l’età media era di 66,6 anni (range: 56-74), l’IIEF è stato somministrato in media 29,7 giorni dopo la comunicazione della diagnosi (range: 11-39).

Il punteggio medio IIEF in forma tradizionale versus modificata è risultato come segue:

Funzione erettile	12,5 vs. 23,1 (range: 1-30)
Orgasmo	3,5 vs. 7,8 (range: 0-10)
Desiderio sessuale	3,8 vs. 6,0 (range: 2-10)
Soddisfazione durante il rapporto	3,5 vs. 8,7 (range: 0-15)
Benessere generale	4,6 vs. 7,4 (range: 2-10)

In base all’IIEF tradizionale i 22 pazienti risultavano così distribuiti: 12/22 (54,5%) con DE grave, 1/22 (4,5%) con DE moderata, 4/22 (18,2%) con DE lieve e 5/22 (22,7%) senza DE.

In base all’IIEF modificato, risultavano invece: 5/22 (22,7%) con DE grave, 1/22 (4,5%) con DE moderata, 1/22 (4,5%) con DE lieve e 13/22 (59,1%) senza DE.

Conclusioni: una diagnosi di neoplasia influisce negativamente sulla qualità della vita, sulla vita di relazione e sulla attività sessuale.

La valutazione della funzione sessuale è importante nei pazienti candidati a PRR, in quanto, unitamente ad altri fattori come l’età e lo stadio clinico della malattia, influisce sul tipo di trattamento chirurgico, sia sul trattamento della DE postoperatoria.

Nella nostra esperienza abbiamo osservato che con la somministrazione sistematica dell’IIEF standard il punteggio medio nei singoli campi del test era più basso rispetto a quello ottenuto con l’IIEF modificato.

Per evitare di sottostadiare la potenza sessuale, l’IIEF andrebbe somministrato prima che il paziente sviluppi la coscienza della malattia neoplastica oppure impiegando criteri anamnestici modificati.

DOMENICA 26 OTTOBRE - 15.50-16.50 - SALA AUDITORIUM
 SESSIONE COMUNICAZIONI - MODERATORI: L. CIOFFI, L. DI LUIGI

Infertilità 2

C 19

Flebografia ed embolizzazione selettiva della vena spermatica: trattamento gold standard del varicocele recidivo nell'adulto?

S. Pagano, M. Motta, P. Ruggeri, P. Rovellini, A. Bottanelli

U.O. Urologia, Milano

Obiettivo: confermare la validità dell'approccio sequenziale diagnostico e terapeutico del varicocele recidivo e/o persistente dopo intervento chirurgico nell'adulto mediante flebografia selettiva transfemorale e successiva embolizzazione.

Materiali e metodi: in presenza di varicocele recidivo o/e persistente si impone per chiari motivi, non escluso quello di tipo medico-legale, la necessità della dimostrazione della causa condizionante la persistenza post-chirurgica della patologia. Ciò è possibile solamente con la flebografia spermatica selettiva efficace nell'80% dei casi a dimostrare l'anomalia vascolare responsabile.

La sequenziale coil embolizzazione consente il contemporaneo trattamento della patologia con eccellenti risultati ed una alta acceptance da parte del paziente.

Risultati: una casistica di 30 pazienti con varicocele recidivo e/o persistente post-chirurgico (12%) di incidenza è stata sottoposta a flebografia percutanea transfemorale della vena spermatica interna. Nell'80% dei casi (24) l'esame ha evidenziato una vena spermatica o una collaterale refluyente e si è proceduto conseguentemente alla loro completa coil embolizzazione. Negli altri casi la flebografia non è riuscita a documentare reflusso nella vena spermatica e si è proceduto successivamente alla flebografia transcrotale ed a successivo reintervento chirurgico.

Conclusioni: la coil embolizzazione ha avuto nel follow-up una percentuale di successo del 100% e la metodica si può proporre come trattamento gold standard del varicocele recidivo e/o persistente.

C 20

Trattamento farmacologico e capacità antiossidante seminale nei pazienti infertili

A. Mancini, D. Milardi, A. Bianchi, A. Lauria Pantano, E. Meucci¹, G. Balercia², G.P. Littarru³, L. De Marinis, A. Pontecorvi

Divisione di Endocrinologia, ¹Istituto di Biochimica e Chimica Clinica, Università Cattolica del "Sacro Cuore" di Roma; ²Divisione di Endocrinologia, ³Istituto di Biochimica, Università di Ancona

Introduzione ed obiettivi: le proprietà antiossidanti del plasma seminale sono principalmente legate alla presenza di molecole scavenger, di antiossidanti, di molecole leganti il ferro. Un meccanismo potrebbe essere legato al Coenzima Q10 (CoQ10), che possiede proprietà energetiche ed antiossidanti, presente nel liquido seminale. Lo scopo dello studio è stato di indagare se il trattamento con CoQ10 esogeno potesse influenzare la capacità antiossidante totale (TAC) ed i livelli seminali di CoQ10.

Materiali e metodi: abbiamo valutato i livelli della TAC e del CoQ10 in 16 pazienti infertili, di età compresa fra 22 e 40 anni, studiati prima (pre-CoQ10) e tre mesi dopo (post-CoQ10) terapia con CoQ10 (100 µg/die/os). Sulla base dell'analisi standard del liquido seminale (WHO, 1999), i pazienti presentavano una concentrazione nemaspermica di $23,07 \pm 6,5$ mil/ml (media \pm ES), e risultavano astenoteratozoospermici (media \pm ES, $27 \pm 6,0\%$ cellule con motilità rettilinea; $32,27 \pm 6,1\%$ cellule con normale morfologia).

I livelli di CoQ10 sono stati determinati mediante cromatografia liquida ad alta risoluzione (HPLC) nel plasma seminale. La TAC è stata misurata nel plasma seminale, usando il sistema H₂O₂-metamioglobina come fonte di radicali, che interagendo con un cromogeno 2, 2I,-azinobide (3-etilbenzotiazolin-6-sulfonato) (ABTS), genera un catione radicalico rilevabile spettroscopicamente. La presenza di antiossidanti induce un tempo di latenza nell'accumulo del catione ABTS proporzionale alla concentrazione degli antiossidanti, espresso come "Lag fase" (sec) ed indice della capacità antiossidante.

Risultati: dopo terapia con CoQ10 i pazienti mostravano un miglioramento significativo della concentrazione nemaspermica nel post-CoQ10 (media \pm ES $23,07 \pm 6,3$ vs $33,40 \pm 8,2$; $p < 0,05$) e un trend di miglioramento della motilità (media \pm ES $27,00 \pm 6,0$ vs $32,07 \pm 4,9$). La "Lag fase" dei pazienti post-CoQ10 versus pre-CoQ10 presentava un aumento significativo (media \pm ES, $109,2 \pm 13,4$ vs $77,8 \pm 7,3$ sec; $p < 0,05$). La concentrazione di CoQ10 seminale mostrava livelli aumentati, sebbene non in maniera significativa (media \pm ES $0,02 \pm 0,01$ vs $0,01 \pm 0,01$ µg/ml).

Conclusioni: questi dati preliminari mostrano che la terapia con CoQ10 può influenzare la TAC, con effetti positivi sul-

la concentrazione e sulla motilità spermatozoaria. Sebbene i livelli plasmatici di CoQ10 non sono cambiati significativamente, la terapia probabilmente modifica il bilancio fra i radicali dell'ossigeno e le difese antiossidanti. L'aumento del potere antiossidante sembra collegato al miglioramento dei parametri seminali.

C 21

4 anni di esperienza nel trattamento dell'infertilità di coppie in cui il partner maschile presenta una lesione midollare

G. Lombardi, E. Filimberti¹, S. Pellegrini², N. Mondaini³, A. Natali³, V. Li Marzi, G. Del Popolo

Neuro-Urologia e Neuro-Andrologia, Unità Spinale di Firenze; ¹ Servizio di Andrologia medica, Firenze; ² Dipartimento di Ginecologia, Perinatologia e Medicina della Riproduzione, Firenze; ³ Clinica Urologica, Università di Firenze

Scopo dello studio: riportare la nostra esperienza sulle metodiche conservative di prelievo del seme e sulle tecniche di inseminazione assistita in coppie in cui il partner maschile presenta lesione midollare.

Materiali e metodi: I gruppo di 45 pazienti, età media 34,3 anni con lesione midollare secondo la classificazione neurologica ASIA: 18 cervicali, 14 dorsali sopra D6, 8 sotto D6 che hanno effettuato almeno 3 sedute con il Vibromassaggio (V). In un II gruppo di 30 pazienti, età media 37,4 anni, con lesione midollare, 3 cervicali, 5 sopra D10, 22 sotto D10 di cui 5 incomplete abbiamo effettuato delle sedute ripetute, almeno 3, con elettroeiaculatore con sonda rettale (EEJ). A tutti i pazienti con V ed EEJ abbiamo raccolto anche il seme retrogrado. In 15 coppie abbiamo utilizzato un programma di riproduzione assistita.

Risultati: V: Esiste una differenza significativa tra la qualità del seme dei pazienti con lesione cervicale rispetto a quelli sotto D6 con un rapporto di circa 2:1 su tutti i parametri seminali. In 1 paziente C6 ASIA B si è evidenziata azoospermia con alti dosaggi di FSH ematico.

EEJ: l'induzione di eiaculazione anterograda costituisce un parametro prognostico positivo, infatti confrontando i parametri seminali del seme anterogrado versus retrogrado la motilità complessiva è migliore di un fattore 5:1, la morfologia 2:1, concentrazione/ml 2,5:1. Outcome riproduttivo: In 4 donne senza fattori uterini o pelvici di sterilità abbiamo effettuato 10 cicli di inseminazioni di I livello: con 1 gravidanza a termine. 11 donne: 15 cicli di inseminazione in vitro (FIVET/ICSI) 9 come prima scelta in 2 casi dopo insuccesso con le tecniche di I livello con liquido seminale ottenuto con EEJ.

Nelle 11 coppie sottoposte ad ICSI come prima scelta per le severe alterazioni spermatiche di base, in 8 erano presenti associati fenomeni di infertilità femminile: uterini od ovarici. Nei 15 pick up ovocitari effettuati sono stati prelevati 105 ovociti, 49/92 (53,5%) fertilizzati con la ICSI e 2/13 (15%) con la FIVET. Sono stati effettuati 10 transfers di embrioni freschi in 5 casi non si sono ottenuti embrioni e si è avuta 1 gravidanza a termine al I ciclo ed un aborto alla 13^o settimana.

Conclusioni: anche se con le tecniche conservative abbiamo ottenuto il prelievo del seme in 71/75 pazienti (94,6%), le alterazioni delle caratteristiche seminali rappresentano un limite importante rendendo l'uomo con lesione midollare quasi sempre subfertile, con necessità spesso di utilizzare la ICSI.

C 22

Cosa è sessualmente eccitante? Cosa è sessualmente disturbante?

A. Salonia, F. Fabbri, G. Zanni, A. Briganti, V. Gemma Fantini, C. Prato¹, S. Clerici¹, P. Rigatti, F. Montorsi

U.O. e Cattedra di Urologia, ¹ Divisione di Psicologia Clinica, Università Vita-Salute "San Raffaele", Milano

Introduzione ed obiettivi: scopo dello studio è capire quali pensieri/immagini/fantasie costituiscano uno stimolo sessualmente eccitante e quali, al contrario, risultino essere sessualmente disturbanti per donne con un background socio-culturale differente, al fine di preparare una Video Stimolazione Sessuale (VSS) adeguata.

Materiali e metodi: campione: 133 donne con background socio-culturale differente hanno compilato, in modo anonimo, una breve anamnesi medica e sessuale semi-strutturata, il Female Sexual Function Index (FSFI), il Female Sexual Distress Scale (FSDS), il Beck's Inventory for depression (BDI), il questionario ZUNG per l'ansia e la depressione. Inoltre, queste donne sono state invitate a porre in ordine di preferenza (dalla più eccitante a quella meno eccitante) e di grado di disturbo provocato, 27 differenti potenziali situazioni sessuali, presentate loro in modo schematico. Analisi statistica: test T di Student; analisi di correlazione di Spearman.

Risultati: 75/133 (56,4%) donne hanno riconsegnato i questionari; arruolate 70/75 (93,3%) con un set completo di risposte (età media \pm ES: 36,4 \pm 1,15 anni; range: 20-57). Caratteristiche del campione: 56/70 (80%) relazione eterosessuale stabile; 12/70 (17,1%) single; 2/70 (2,9%) vedove. Background educazionale: 17/70 (24,2%) laurea; 44/70 (62,9%) scuola media superiore; 9/70 (12,9%) scuola media inferiore. FSFI-tot (media \pm ES): 27,77 \pm 1,24; FSDS: 10,72 \pm 1,02; BDI: 8,15 \pm 0,83; CESD: 17,95 \pm 0,9; ZUNG-ansia: 33,24 \pm 0,97; ZUNG-depressione: 33,54 \pm 1,18. Risultati della scala di preferenza (sessualmente stimolante/disturbante, ndr): a) esiste una grande varietà, di difficile standardizzazione, delle preferenze sessuali riguardo le fantasie considerate eccitanti; b) 56/70 (80%) donne riferivano tra le 10 situazioni più eccitanti l'accarezzamento appassionato tra partner sessuali, seguito da baci appassionati tra i partner (45/70; 64,3%), i rapporti coitali con la donna sopra l'uomo (42/70; 60%) e rapporti in "posizione del missionario" (42/70; 60%). Situazioni disturbanti: 61/70 (87,1%) situazioni con utilizzato di "strumenti/oggetti sessuali"; violenza sulla donna (59/70; 84,3%); sadomasochismo (58/70; 82,6%). Non correlazioni statisticamente significative tra substrato socio-culturale e le preferenze sessuali.

Conclusioni: sebbene questi risultati necessitano di essere confermati in una popolazione più ampia, essi sembrano costituire un mezzo importante nella costruzione di una valida VSS per fini scientifici ed obiettivi clinici in donne con un background socio-culturale ed educazionale differente.

C 23

Impianto di matrice acellulare eterologa epitelizzata con cellule uroteliali coltivate in vitro: studio pilota

F. Campodonico, R. Benelli¹, C. Toncini², M. Maffezzini
SC Urologia Ospedali "Galliera" Genova; ¹ Centro di Biotecnologie Avanzate, Genova; ² Divisione di Anatomia Patologica, Ospedale "S. Martino", Genova

Introduzione: la chirurgia ricostruttiva del basso tratto urinario è gravata da una certa incidenza di complicanze correlate all'uso di tessuti non propriamente ideali quali i segmenti gastrointestinali per la vescica e la cute peniena e la mucosa buccale per l'uretra. L'ingegneria tissutale ha recentemente proposto l'utilizzo delle matrici acellulari come grafts biologici nei casi di mancanza primitiva o secondaria di tessuto, in diversi tipi di chirurgia. Lo scopo del nostro studio è stato quello di ottimizzare la struttura semplice della matrice acellulare mediante la creazione di un rivestimento di cellule uroteliali e di valutare il destino del neotessuto dopo impianto in vivo.

Materiali e metodi: segmenti di sottomucosa di piccolo intestino porcino (SIS) sono stati utilizzati come substrato di matrice acellulare. Un gruppo di conigli New Zealand white sono stati sottoposti in anestesia generale a prelievi di mucosa vescicale utilizzata per l'espansione cellulare sulle matrici seguendo una procedura di crescita selettiva epiteliale. Le matrici epitelizzate in vitro a piccoli frammenti di circa 10 x 10 mm sono state configurate al microscopio operatore in forma cilindrica sopra un catetere di 8 Fr mediante una sutura continua 10/0. Quindi sono state impiantate nel tessuto sottocutaneo toracoaddominale e nel muscolo striato della coscia degli animali donatori. Gli animali sono stati sacrificati per l'esame istologico convenzionale ed immunostochimico a 1,2 e 4 settimane.

Risultati: le matrici sono state identificate al momento del prelievo nei siti di impianto mediante suture non riassorbibili. L'istologia ha mostrato la precoce neovascolarizzazione delle matrici ed una modesta reazione flogistica entro 2 settimane. L'epitelio transizionale ha mantenuto la propria integrità nella sua configurazione originaria in strato continuo a 2 settimane e la comparsa di cellule in doppio strato o pluriaggiate a 4 settimane. La matrice di supporto ha subito la progressiva sostituzione del substrato acellulare mediante infiltrazione del tessuto ospite, cellulare e muscolare striato.

Conclusioni: la sottomucosa di intestino porcino si è rivelata un adeguato scaffold per l'espansione di cellule uroteliali in vitro. L'epitelio neoformato in vitro ha mantenuto nel breve periodo la configurazione sia nel sistema inerte sottocutaneo, sia nel sistema funzionale muscolare. Questi risultati possono giustificare l'applicazione della matrice acellulare urotelizzata come tessuto specializzato di sostituzione in chirurgia sperimentale ricostruttiva.

Lo studio ha avuto finanziamenti da fondi istituzionali per la ricerca.

C 24

Trattamento con clomifene citrato dell'ipogonadismo ipogonadotropo secondario ad abuso di steroidi anabolizzanti in body builders

P. Turchi

Servizio di Andrologia Azienda USL 4, Prato

Introduzione e obiettivi: l'ipogonadismo ipogonadotropo (HH) acquisito è una condizione clinica, talvolta non reversibile, che può essere secondaria ad abuso di steroidi anabolizzanti-androgenizzanti (AAS) da parte di atleti maschi. La sospensione degli AAS è noto come possa costituire un momento critico a causa della dipendenza fisica e psicologica che queste sostanze possono indurre, con insorgenza di alterazioni endocrine (ipogonadismo), e disturbi dell'umore, cefalea, malessere generale, etc. Tali condizioni vengono usualmente trattate con farmaci, il cui obiettivo è quello di alleviare i sintomi da sospensione, ma che spesso sono gli stessi che hanno indotto il problema: testosterone (T), gonadotropina corionica (HCG) etc. In questo studio vengono riferiti i casi di 5 giovani culturisti che presentavano HH sintomatico, secondario ad abuso di AAS, e che sono stati sottoposti a terapia antiestrogenica.

Materiali e metodi: sono stati valutati 5 uomini, età media 31,2 aa (range 23-45), con livelli di LH, FSH e T al di sotto del range e sintomatologia andromiosica (scomparsa della libido, DE, ipoposia, riduzione del tono dell'umore, affaticabilità, livelli di LH e T sotto il range). Questi soggetti, pervenuti a visita ambulatoriale dal gennaio 2000 al maggio 2003 per sintomatologia astenica sessuale, dopo l'inquadramento diagnostico (anamnesi, es obiettivo, valutazione basale delle gonadotropine, T, PRL, test al GnRH) sono stati trattati con clomifene citrato (CC) alla dose di 50 mg due volte al giorno per 3 mesi. Il follow-up è stato effettuato a 1, 3 e 5 mesi con anamnesi, obiettività (indicatori clinici di funzione gonadica) e livelli di LH, FSH, T e PRL.

Risultati: la concentrazione di LH, FSH e T, è stata ripristinata nel range di normalità con la terapia con CC in tutti i pazienti. Tutti i pazienti riferivano un miglioramento della funzione sessuale, del volume dell'eiaculato e del senso di benessere. In 3/5 pazienti la sospensione del trattamento ha determinato una ripresa della funzione dell'asse ipotalamo ipofisi gonadi mentre in 2/5 alla sospensione della terapia si è ripristinata una condizione di ipogonadismo.

Conclusioni: il CC può fornire un'opzione terapeutica efficace per i maschi con ipogonadismo ipogonadotropo secondario alla pratica di sport di resistenza o da abuso di sostanze steroidee anabolizzanti.

DOMENICA 26 OTTOBRE - 15.50-16.50 - SALA AZZURRA
 SESSIONE POSTER DISCUSSI - MODERATORI: P. IZZO, A. VITA

Disfunzione Erettile: Infertilità

P 1

Confronto in termini di efficacia e QoL fra Tadalafil e Sildenafil in pazienti con deficit erettile da lesione midollare

G. Lombardi, N. Mondaini¹, A. Natali¹, M. Rizzo¹, V. Li Marzi, G. Del Popolo

Dipartimento di Neuro-urologia e Neuroandrogologia, Unità Spinale di Firenze; ¹ Clinica Urologica I, Università di Firenze

Scopo dello studio: valutare l'efficacia in termine di durata dell'effetto nel tempo del Sildenafil 50 mg versus Tadalafil 10 mg in pazienti con deficit erettile (D.E.) da lesione midollare, e l'impatto di questi farmaci sulla QoL.

Materiali e metodo: visita 1, sono stati inclusi 30 pazienti con lesione midollare traumatica, età media 32,4 anni, con tempo trascorso dalla lesione fra i 6-12 mesi. I pazienti riguardo il grado e livello della lesione sono stati classificati secondo l'ASIA scala: 17 completi, 13 incompleti. Ai pazienti è stato assegnato il Sexual Encounter Profile. Tutti i pazienti, in un periodo di 4 settimane, dovevano provare ad avere almeno 4 rapporti. Alla visita 2 Diario, IIEF (5), mentre per la QoL hanno risposto domande 13-14 dell'IIEF (15). I pazienti sono stati suddivisi in 2 gruppi: A 15 pazienti 4 compresse di Sildenafil da 50 mg e gruppo B 15 pazienti Tadalafil da 10 mg. I pazienti dovevano nel periodo di 4 settimane avere 4 rapporti, il secondo fra 1-4 ore l'assunzione del farmaco, il secondo tra 4 e 12 ore, il terzo entro 24 ore, e l'ultimo rapporto dopo che erano trascorse almeno 36 ore dall'assunzione del farmaco. Alla visita 3 Diario, IIEF (5), domande 13 e 14 dell'IIEF (15). Dopo un wash-out di 14 giorni, alla visita 4 al Gruppo A consegnate 4 compresse di Tadalafil da 10 mg e nel B 4 compresse di Sildenafil 50 mg. I pazienti dovevano assumere le compresse come stabilito alla visita 2. Dopo 4 settimane alla visita 5 abbiamo valutato l'efficacia terapeutica e la QoL con parametri della visita 3.

Risultati: 28 pazienti hanno completato lo studio. Nessuno ha interrotto per effetti collaterali.

1 paziente con Tadalafil ed 1 con Sildenafil non hanno riempito correttamente il Diario per cui sono stati esclusi. 5/28 pazienti sono risultati sempre "Non Responders" al Sildenafil, mentre con il Tadalafil i 2 pazienti incompleti sotto D10 sono shiftati in "responders". Il Tadalafil ha permesso a 19/28 pazienti di avere rapporti sessuali soddisfacenti fino a 24 ore dall'assunzione rispetto a 5/28 del Sildenafil con $p < 0,01$, valutato con il test chi quadro. I punteggi medi dell'IIEF (5) sono risultati più alti con il Tadalafil (17,8 vs 15,2). Con Tadalafil si sono ottenuti, in media, punteggi più alti anche con le domande specifiche per la QoL.

Conclusioni: i nostri dati dimostrano una maggiore efficacia ed un migliore impatto sulla QoL del Tadalafil rispetto al

Sildenafil, tuttavia sono necessari trials con un più largo numero di pazienti e valutare l'efficacia del Tadalafil a lungo termine.

P 2

Efficacia e tollerabilità di Vardenafil nella terapia della disfunzione erettile successiva a chirurgia pelvica urologica

L. Gallo^{1,2}, S. Perdonà¹, L. Marra¹, L. Claudio¹, M. Gentile¹, A. Gallo¹

¹ IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Napoli Fondazione "G. Pascale"; ² Medico specializzando in Urologia, Università "Federico II" di Napoli

Introduzione e obiettivi: la disfunzione erettile (DE) rappresenta una delle complicanze più frequenti successive a chirurgia pelvica. L'urologo si deve realmente porre il problema della riabilitazione sessuale in individui che, guariti dalla malattia oncologica presentano un notevole peggioramento della qualità della vita per la perdita della funzione erettile. Il chirurgo, grazie alla migliore conoscenza dell'anatomia e della fisiologia del plesso pelvico, può preservare i nervi cavernosi aumentando le probabilità di recupero dell'erezione: chirurgia nerve sparing (NS). Inoltre, l'introduzione di nuovi farmaci come gli inibitori delle fosfodiesterasi 5 offre un ottimo strumento farmacologico per affrontare tale problema. Scopo dello studio è valutare la presenza e il grado di DE in pazienti afferenti al nostro centro sottoposti a chirurgia pelvica urologica: prostatectomia radicale e cistectomia radicale e valutare l'efficacia e la tollerabilità di Vardenafil alla dose di 20 mg.

Materiali e metodi: 65 pazienti arruolati (44 PR, 21 Cistectomie). 44 PR eseguite: 18 NS bilaterali, 20 NS monolaterali, 6 non NS. 20 cistectomie: 4 sovraampollari, 16 cistoprostatovescicolectomie radicali (9 non NS, 7 NS. Valutazione della presenza e il grado di DE tramite questionario IIEF- 5 prima dell'intervento e a un mese dalla rimozione del catetere. Somministrazione di Vardenafil 20 mg 3 volte a settimana. Follow-up bisettimanale nei primi due mesi e mensile nei successivi con IIEF 5 e valutazione della compliance al trattamento.

Risultati: preoperatoriamente 35 pazienti con normale erezione (54%), 13 DE lieve (20%), 9 DE moderata (14%), 8 DE grave (12%). Nei pazienti con erezione normale o affetti da DE lieve dopo terapia con Vardenafil 20 mg si è riscontrato un miglioramento medio di 8,9 punti dello score IIEF-5 considerato all'ultimo follow-up. Nei pazienti con DE moderata o grave aumento di 0,8 punti. Nei pazienti sottoposti a PR NS bilaterale aumento medio di 6,4 punti, nelle PR NS monolaterali 5,6 punti, 0,7 nelle PR non NS. Nei pazienti sottoposti a cistectomia radicale NS si è riscontrato

un aumento medio di 6,1 punti, nelle non NS di 0,7 punti, nelle sovraampollari di 13,5. Si sono verificati durante il trattamento 7 casi di cefalea (11%), 4 di arrossamento (6%) e 1 di nausea (1,5%).

Conclusioni: Vardenafil si è rivelato ben tollerato ed efficace al dosaggio di 20 mg nel recupero dell'erezione dei pazienti sottoposti a chirurgia pelvica urologica ed in particolare: nei pazienti con erezione normale pre-operatoria, nei pazienti sottoposti a chirurgia nerve-sparing, nelle cistectomie sovraampollari.

P 3

Switch-therapy con Tadalafil in pazienti con disfunzione erettile ed in trattamento cronico intra-cavernoso con Alprostadil

G. Paulis

Ambulatorio di Andrologia, Struttura Complessa di Urologia, Ospedale Regina Apostolorum, Albano Laziale (RM)

Obiettivi: è stata valutata l'efficacia terapeutica del Tadalafil orale in pazienti con disfunzione erettile e già da prima in trattamento intra-cavernoso con Alprostadil.

Materiali e metodi: sono stati reclutati nello studio 14 pazienti affetti da DE di grado medio-elevato su base vascolare, resistenti al Sildenafil ed in trattamento cronico i.c. con Alprostadil 20 mcg/settimanale per un periodo variabile da 7 a 18 mesi. Tutti hanno compilato il questionario IIEF e dopo un periodo di circa 1 settimana dall'ultima iniezione di PGE-1 sono stati invitati a sostituire l'Alprostadil i.c. con Tadalafil orale in dose di 20 mg (4-5 ore prima del rapporto) per 2 volte alla settimana e per 8 settimane. Al termine delle 8 settimane i pazienti sono stati invitati a compilare nuovamente il questionario-indice della funzione erettile.

Risultati: n. 5 pazienti su 14 (35,7%) hanno raggiunto una erezione valida (n. 3 già dalla prima assunzione e n. 2 alla seconda e terza) ed il loro punteggio IIEF è rimasto in genere analogo o poco differente rispetto alla prima valutazione in corso di terapia con PGE-1. L'incidenza di effetti collaterali da Tadalafil è risultata bassa: cefalea n. 2 casi (14,2%), dispepsia n. 1 caso (7,1%), mialgia n. 1 caso (7,1%). Tali effetti indesiderati non hanno mai causato la sospensione del farmaco e nella maggior parte dei casi sono scomparsi nel tempo.

Conclusioni: il risultato terapeutico risulta interessante in quanto in più di un terzo dei casi è stato possibile virare verso una terapia meno invasiva.

P 4

Chirurgia del varicocele: studio prospettico randomizzato tra cielo aperto (legatura bassa) e scleroembolizzazione anterograda (Tauber)

A. Zucchi, E. Mearini, C. Vivacqua, F. Fioretti, V. Bini¹, L. Mearini

Clinica Urologica, Università di Perugia; ¹ Dipartimento di Scienze Ginecologiche, Ostetriche e Pediatriche, Università di Perugia

Introduzione: scopo di questo studio prospettico randomizzato è valutare i risultati preliminari ottenuti confrontando due gruppi di pazienti affetti da varicocele primitivo e sottoposti a chirurgia a cielo aperto (legatura bassa) o scleroembolizzazione anterograda sec. Tauber.

Materiali e metodi: dal Gennaio 2002 ad oggi abbiamo inserito in questo studio 53 pazienti affetti da varicocele sinistro idiopatico. Tutti i pazienti sono stati valutati clinicamente mediante esame obiettivo ed ecocolor Doppler scrotale ed esame del liquido seminale eseguiti prima dell'intervento e a circa 8 mesi dopo l'intervento.

I pazienti sono stati randomizzati con uno schema bilanciato a blocchi di quattro: a seconda della randomizzazione i pazienti sono stati sottoposti, in regime di one day surgery, ad intervento chirurgico a cielo aperto (gruppo A) o a scleroembolizzazione sec. Tauber (Gruppo B).

Al follow-up attuale è stato possibile considerare 40 pazienti di cui avevamo una valutazione Doppler e seminologica pre e postoperatoria.

L'analisi statistica è stata eseguita mediante Wilcoxon Ranks Test.

Risultati: un primo dato riguardo le due tecniche è rappresentato dai tempi chirurgici che sono decisamente inferiori per la scleroembolizzazione, mentre non ci sono differenze significative in termini di complicanze post-operatorie precoci o tardive.

Dal punto di vista della recidività non ci sono state differenze significative tra i due gruppi con percentuali analoghe del 10%.

Analizzando i dati seminologici a distanza media di 8 mesi dall'intervento, risulta evidente un miglioramento statisticamente significativo riguardo la percentuale di spermatozoi mobili nei pazienti sottoposti a scleroembolizzazione rispetto a quelli con legatura della vena spermatica ($p < 0,05$), mentre gli altri parametri (numero e morfologia) sono del tutto sovrapponibili.

Conclusioni: è ormai noto come il varicocele sia una condizione presente nel 10-25% della popolazione maschile mondiale, raggiungendo il 30-50% nei maschi infertili.

Il trattamento di tale patologia consente non solo la risoluzione della sintomatologia clinica, talora associata, ma può determinare l'interruzione del danno continuo sulla spermatogenesi con conseguente potenziale miglioramento della fertilità.

La nostra esperienza dimostra come la scleroembolizzazione associata alla riduzione dei tempi chirurgici ed al più precoce recupero della normale attività quotidiana un miglioramento significativo della mobilità degli spermatozoi, presumibilmente per la minore invasività della procedura.

P 5

Sanguinamento intratesticolare di un piccolo tumore non seminomatoso avvenuto dopo legatura della vena spermatica

M. Grasso, F. Franzoso, S. Blanco, F. Fortuna

U.O. di Urologia, Ospedale di Desio, Milano

Il sanguinamento intravaginale spontaneo di una neoplasia testicolare è un avvenimento raro. L'ematoma testicolare, infatti, è solitamente dovuto ad un trauma scrotale. Il caso da noi riferito riguarda uno "scroto acuto" conseguente al sanguinamento di un tumore testicolare misconosciuto, iniziato dopo la legatura della vena spermatica per varicocele sinistro.

Case Report: un maschio di razza bianca dell'età di 25 anni si presentò con un dolore testicolare sinistro comparso il giorno successivo alla legatura della vena spermatica sinistra per varicocele, eseguita in altro ospedale. Dopo l'insorgenza dell'orchialgia, il paziente si recò presso il reparto di Urologia dove era stato operato. Il chirurgo diagnosticò una "orchite sinistra", prescrivendo una terapia antibiotica ed antinfiammatoria. Dato il peggioramento dell'orchialgia nel seguente weekend il paziente ritornò per una ulteriore visita. Diagnosi e terapia furono confermate. A causa della persistenza della sintomatologia dolorosa, il paziente si presentò al Pronto Soccorso del nostro ospedale. L'esame obiettivo era normale tranne per la presenza di una massa scrotale sinistra. La temperatura era normale. Fu eseguita una indagine strumentale con eco-color doppler testicolare, che mostrò a sinistra la presenza di una massa, ad ecostruttura prevalentemente ipoecogena, intorno al il testicolo, nel contesto del quale fu individuato un nodulo del diametro di ca. 1 cm. Il paziente fu sottoposto ad intervento chirurgico esplorativo scrotale con accesso inguinale. L'esame istologico estemporaneo delle biopsie mirate del testicolo risultò positivo per tumore non seminomatoso. La diagnosi venne poi confermata dal successivo esame anatomo-patologico del pezzo operatorio.

L'analisi di questo caso sottolinea lo stretto rapporto tra la legatura della vena spermatica ed il sanguinamento spontaneo della neoplasia testicolare. Questo evento, comparso 24 ore dopo la legatura venosa, potrebbe essere infatti il risultato del conseguente incremento pressorio nel sistema circolatorio delle venule intra-parenchimali. L'aumento pressorio nel nodulo ipervascolarizzato avrebbe perciò determinato la rottura spontanea dei vasi neo-formati ed il conseguente ematoma intra-testicolare.

Una diagnosi più precoce poteva essere posta eseguendo subito l'eco-color doppler testicolare.

Il caso clinico da noi riferito risulta essere in letteratura il primo caso di sanguinamento spontaneo di un piccolo tumore testicolare misconosciuto dopo legatura della vena spermatica.

P 6

Valutazione ecografica seriata e ricerca ASA: TESA e TESE a confronto

E. Fino, L. Sibilio¹, G. Beretta¹

Unità di Andrologia, PROMEA, Torino; ¹ Unità di Andrologia, Centro Medico CERVA, Milano

Introduzione: sia la TESA (Testicular sperm aspiration) che la TESE (Testicular sperm extraction) sono utilizzate nei nostri centri per il recupero chirurgico di spermatozoi negli uomini azoospermici.

Abbiamo messo a confronto eventuali conseguenze in due gruppi di pazienti rispettivamente sottoposti a TESE e TESA.

Metodi: 15 Pazienti sottoposti a TESE e 18 pazienti sottoposti a TESA in entrambi i testicoli sono stati valutati tramite ecocolor doppler testicolare per ricercare eventuali lesioni focali a tre mesi dall'intervento, in presenza di una lesione focale l'esame è stato ripetuto a sei e nove mesi dall'intervento. FSH, Testosterone serico sono stati dosati prima dell'intervento e a tre e sei mesi dopo. La ricerca degli anticorpi antispermatozoo è stata eseguita sul siero tramite Immunobead indiretto per la ricerca delle tre classi immunoglobuliniche.

Risultati: l'ecogenicità testicolare rimane invariata in 17 dei pazienti sottoposti a TESA e in 12 di quelli sottoposti a TESE alla valutazione trimestrale. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a prelievo bilaterale e quindi sono stati valutati complessivamente 58 testicoli. Solo in un paziente la lesione focale era identificabile dopo sei mesi. Nessuna variazione statisticamente significativa in nessuno dei due gruppi era evidenziabile riguardo all'FSH e al testosterone serico. Due modeste percentuali di positività delle Ig G (rispettivamente 35 e 40%) sono insorte e presenti a sei mesi dall'intervento dopo TESE.

Conclusioni: riteniamo che entrambi i metodi siano sicuri e privi di complicanze importanti con minime conseguenze. La comparsa di modesta positività anticorpale non dovrebbe portare a conseguenze cliniche secondo dati recenti.

P 7

Valutazione di efficacia e della funzionalità residua dei corpi cavernosi dopo impianto di protesi peniene soft per il trattamento della malattia di La Peyronie associata a deficit erettivo

M. Grasso, C. Lania¹, F. Fortuna, S. Blanco

U.O. di Urologia, Ospedale di Desio, Milano; ¹ Clinica Urologica, IRCCS Ospedale "S. Raffaele", Milano

Obiettivi: valutare l'efficacia delle protesi SSDA (Silicon Soft Dynamic Antiextrusion) nel trattamento delle forme estese di induratio penis plastica (IPP) inabilitante; valutare la funzionalità del corpo cavernoso periprotesico in pazienti sottoposti ad impianto con protesi SSDA.

Materiali e metodi: sono stati considerati i pazienti sottoposti ad impianto con protesi soft SSDA perché affetti da IPP condizionante inabilitazione coitale.

I pazienti valutabili sono stati 41. È stata indagata la frequenza dei rapporti ed il grado di soddisfazione del paziente e della partner. 10 pazienti sono stati sottoposti ad un test di valutazione funzionale misurando con eco-color doppler, dopo somministrazione di Sildenafil associato a VSS (visual sexual stimulation), la capacità residua di tumescenza intesa come incremento della distanza tra la tonaca albuginea ed il margine della protesi.

Risultati: l'impianto di protesi SSDA ha consentito la riabilitazione coitale in tutti i pazienti. 31 pazienti hanno detto di avere da 1 a 6 rapporti sessuali al mese, 10 più di 6 rapporti al mese. La soddisfazione globale espressa è stata buona sia da parte del paziente (7,3 con range 4-10) sia da parte della partner (7,4 con range 5-9).

Il test effettuato ha evidenziato una tumescenza del corpo cavernoso periprotetico in tutti i pazienti; il range è stato da 0,2 a 1,9 mm e la media di 1,18 mm.

Conclusioni: le protesi SSDA si sono confermate efficaci nel trattamento delle forme estese di IPP associate a deficit erettivo.

Si è potuto dimostrare che il corpo cavernoso mantiene una capacità funzionale post-impianto che consente la tumescenza periprotetica.

Si può ipotizzare un ruolo riabilitativo con il Sildenafil nei pazienti sottoposti a chirurgia protesica.

P 8

Ruolo della ipertermia nel trattamento della malattia di La Peyronie. Un nuovo approccio terapeutico

G. Perugia, M. Liberti, F. Colistro¹, G. Martis, P. Aloisi, P. Vicini, V. Gentile

Dipartimento di Urologia "U. Bracci", Università di Roma "La Sapienza"; ¹ Unità di Ipertermia, Ospedale "Regina Elena", Roma

Obiettivo: dalle esperienze positive in ortopedia nel trattamento di placche e calcificazioni tendinee o fibrosi muscolari mediante ipertermia, è derivato l'intento di valutare l'efficacia di tale terapia fisica nel trattamento della malattia di La Peyronie, anche alla luce di ipotesi etiopatogenetiche simili.

Materiali e metodi: lo studio ha incluso 28 pazienti, età media compresa tra i 36 e i 76 anni, affetti dalla malattia di La Peyronie che presentavano placche peniene singole o multiple di dimensioni variabili da 1 a 18 mm, recurvatum penieno e dolore durante i rapporti sessuali.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a trattamento con ipertermia locale, tramite il dispositivo CX 2000, (Nuova Pragma, Italia) utilizzando un applicatore penieno appositamente disegnato, due volte alla settimana per due cicli di 10 trattamenti di 30 minuti ciascuno, raggiungendo una temperatura locale di 39°. I pazienti sono stati sottoposti ad ecodoppler penieno dinamico con PGE1 per valutare lo stadio della malattia prima e dopo ciascun ciclo di terapia ed al questionario IIEF-5 per la valutazione della funzione sessuale.

Risultati: dei 28 pazienti è stato possibile valutarne solo venti pazienti dopo due cicli di trattamento. Sette pazienti (35%) hanno mostrato un completo riassorbimento delle

placche, 5 pazienti (25%) hanno mostrato una parziale regressione delle placche, in 8 pazienti (40%) la dimensione delle placche è rimasta imm modificata. In tutti i pazienti la terapia è risultata priva di effetti collaterali, con scomparsa del dolore in erezione dopo pochi trattamenti e con un miglioramento sorprendente della performance sessuale come dimostrato dall'incremento del punteggio IIEF-5.

Conclusioni: l'ipertermia determina da un lato vasodilatazione arteriosa e venosa con conseguente aumento dell'apporto di ossigeno e migliore drenaggio di tossine e di edemi, dall'altro aumenta la velocità del metabolismo cellulare con migliore risposta al danno cellulare e tissutale nella zona trattata. Grazie ai suoi meccanismi d'azione, ed alla luce dei risultati ottenuti, può essere considerata una valida opzione terapeutica per i soggetti affetti da induratio penis plastica.

P 9

Corporoplastica correttiva delle curvature congenite del pene: complicazioni e risultati correlati alla curva di apprendimento della tecnica chirurgica

S. Balò, E. Palminteri, S. Vallasciani, A. Picinotti, G. Barbagli

Centro di Chirurgia Ricostruttiva dell'Uretra e dei Genitali, Arezzo

Introduzione ed obiettivi: valutazione retrospettiva delle complicazioni e dei risultati, correlati con la curva di apprendimento della tecnica chirurgica, nei pazienti sottoposti a corporoplastica per curvatura congenita del pene (PCC).

Pazienti e metodi: periodo: 1987-2002. Pazienti (pts): 84, età 11-47 anni, (media 24). Tipo di curvatura: ventrale 52, dorsale 2, laterale 20, mista 10. Tecnica chirurgica: corporoplastica secondo Nesbit con minime varianti tecniche, senza scollamento del fascio neuro-vascolare (FNV) 53, con scollamento del FNV 31. Follow-up: minimo 1 anno – massimo 16 anni. La valutazione dei risultati è stata effettuata con autofotografie effettuate 6 mesi dopo l'intervento e con un dettagliato questionario. I pazienti sono stati divisi in tre gruppi: Gruppo A: 12 pts dal 1987 al 1991; Gruppo B: 21 pts dal 1992 al 1996; Gruppo C: 51 pts dal 1997 al 2002. Le complicazioni sono state suddivise in due gruppi: esiti negativi a carico del prepuzio, esiti negativi a carico del FNV (disestesie del glande); i risultati sono stati suddivisi in due gruppi: soddisfacente, curvatura residua. Le complicazioni ed i risultati sono stati valutati separatamente in ogni gruppo, al fine di evidenziare come la curva di apprendimento della tecnica chirurgica abbia modificato il tasso di complicazioni e di reinterventi (per complicazioni o risultati insoddisfacenti).

Risultati. Gruppo A. Complicazioni: esiti negativi a carico del prepuzio: 6, esiti negativi a carico del FNV: 1; Risultati: soddisfacente: 12; curvatura residua: 0; Reinterventi: 3.

Gruppo B. Complicazioni: esiti negativi a carico del prepuzio: 6; esiti negativi a carico del FNV: 1; Risultati: soddisfacente 18; curvatura residua: 3; Reinterventi: 4.

Gruppo C. Complicazioni: esiti negativi a carico del prepuzio: 7; esiti negativi a carico del FNV: 1 Risultati: soddisfacente: 43; curvatura residua: 8; Reinterventi: 5.

Nella prima fase della curva di apprendimento (Gruppo A) si sono avute complicazioni in 7/12 (58%) pts e reinterventi in 3/12 (25%); nella seconda fase (Gruppo B) si sono avute complicazioni in 7/21 (33%) e reinterventi in 4/21 (19%); nella terza fase si sono avute complicazioni in 8/51 (15%) e reinterventi in 5/51 (10%).

Conclusioni: il tasso di complicazioni-reinterventi è sceso sensibilmente ma molto lentamente negli anni, a causa del basso numero di interventi effettuati nelle prime fasi della curva. Con un numero annuale di interventi più alto, rispetto a quello dei primi anni, speriamo di abbattere il residuo tasso di complicazioni del 10%, in maniera più rapida.

P 10

Priapismo secondario a metastasi peniena da cordoma sacro-coccigeo

N. Mondaini, L. Livi¹, A. Mondaini², G. Vignolini, F. Di Loro, G. Lombardi, G. Del Popolo, R. Ponchietti³, M. Rizzo

Clinica Urologica, ¹ Radioterapia, ² Clinica Ortopedica, Università di Firenze; ³ Clinica Urologica, Università di Siena

Introduzione: circa 200 sono i casi di metastasi peniene descritte in letteratura. Nella maggior parte dei casi il sintomo di esordio è rappresentato dal priapismo. Riportiamo il caso di un paziente presentatosi con priapismo, per metastasi da cordoma sacrococcigeo, che a nostra conoscenza non è mai stato descritto in letteratura.

Caso clinico: uomo di 57 anni si presenta con priapismo insorto 4 giorni prima. Da alcune settimane riferisce dolore a livello penieno. Il paziente è stato operato nel '94 per cordoma sacrococcigeo a cui è fatto seguito ciclo di radioterapia. Il paziente ha goduto di buona salute per 2 anni fino a quando ha sviluppato recidiva a livello sacrococcigeo che è stata monitorata fino alla comparsa 2 anni più tardi di metastasi alla coste e polmonari. È stata eseguita rimozione chirurgica 5° costa (istologia cordoma), seguita da radioterapia. Il paziente ha rifiutato un nuovo intervento a livello sacrococcigeo. Ha iniziato successivamente terapia antalgica. Da gennaio 2000 comparsa metastasi alla spalla di destra, torace bilateralmente e gluteo sinistra. Biopsia spalla: cordoma. All'esame obiettivo le lesioni al gluteo e alla spalla sono macroscopicamente visibili. Una recente RMN Encefalo ha evidenziato anche una lesione di 2,5 cm a livello grande ala sfenoide di destra. Interessante evidenziare che 4 anni prima era stato curato per IPP da nodulo 5 mm a livello corpo cavernoso destro a livello III medio-prossimale. Abbiamo proceduto ad esami ematochimici risultati nella norma, ecografia peniena che ha evidenziato neoformazione a livello corpi cavernosi parte prossimale ed intermedia. L'esame è stato seguito da RMN che ha confermato dati ecografia. Il paziente è stato cateterizzato. Si è deciso visto il tempo trascorso dalla comparsa del priapismo e la situazione generale del paziente di effettuare radioterapia. Dopo 4 cicli ognuno con frazionamento 500 cGy 2 frazioni a settimana con DTF 20 Gy si è ottenuto una riduzione obiettiva di circa il 30% della rigidità. È nostra intenzione eseguire ulteriori 2 cicli. Le condizioni generali del paziente sono notevolmente peggiorate.

Discussione: in letteratura è descritto un solo caso di metastasi peniena secondaria a cordoma sacrococcigeo (Saltzman Urology 1985;25:541-3); il priapismo per tale patologia non è invece mai stato descritto. Tale caso evidenzia l'importanza della visita dei genitali esterni nel follow-up di tali patologie.

P 12

Amartoma fibroso dei corpi cavernosi: rarissimo caso di curvatura peniena congenita e disfunzione erettiva

A. Bertaccini, D. Marchiori, C. Giovannini¹, N. Salfi², G. Vitullo, M. Soli, G. Martorana

Dipartimento di Urologia e Nefrologia, ¹ CRBA, Ospedale "S. Orsola-Malpighi", Università di Bologna; ² Dipartimento di Anatomia e Istologia Patologica, Ospedale "S. Orsola-Malpighi", Bologna

Introduzione: nonostante la disfunzione erettile colpisca soprattutto uomini sopra i 50 anni è possibile che si manifesti anche negli adolescenti in forma congenita. Tutti i casi riportati in letteratura descrivono questa rara forma di impotenza, spesso associata ad ipospadia, come secondaria ad un processo degenerativo fibrotico della tonaca albuginea o della fascia di Dartos. L'unicità del caso clinico in esame è legata alla presenza di curvatura peniena congenita e deficit erettivo la cui patologia di base si presenta con caratteristiche macroscopiche e microscopiche non associabili a quelle di tutti i casi precedentemente descritti in letteratura.

Materiali e metodi: il soggetto studiato, giovane adulto di 38 anni, è giunto alla nostra osservazione lamentando incapacità di erezioni valide fin dalla pubertà in assenza di patologie evolutive o danni iatrogeni a carico del tessuto cavernoso o del piano pelvico (IIEF5 < 25 ed eco-color-doppler penieno dinamico patologico). Inoltre si apprezza, pur con i limiti di un'erezione non completa, una curvatura mesopeniena di circa 30 gradi a destra. Assetto metabolico/ormonale nella norma. L'iter diagnostico è proseguito con RMN dinamica con m.d.c. e biopsia peniena percutanea eco-guidata.

Risultati: all'esame obiettivo si individua un nodulo nel terzo medio del corpo cavernoso di destra. L'indagine ecografica localizza nella profondità del tessuto cavernoso un'area iperecogena rotondeggiante. La RMN caratterizza la neoformazione di circa 3 cm di lunghezza e 1,5 cm di spessore, come ben capsulata, poco vascolarizzata rispetto al tessuto circostante e di ridotto segnale nelle sequenze pesate in T2. La diagnosi istologica definisce la lesione compatibile con amartoma fibroso dei corpi cavernosi.

Conclusioni: l'amartoma è una malformazione rarissima di presunta origine embrionale. Dai dati in nostro possesso non risulta, fin ad ora, alcun caso di amartoma dei corpi cavernosi descritto in letteratura. Esso si configura come un tessuto che conserva le caratteristiche istologiche dell'organo di cui fa parte, ma si presenta con diversità architetturali; è infatti più rappresentato il tessuto fibroso-lasso rispetto alla componente vascolare e nervosa. Generalmente queste formazioni di natura non tumorale, sono multi-organo caratterizzando una sindrome, anche se in questo caso si sono escluse lesioni a carico di altri distretti.

DOMENICA 26 OTTOBRE - 17.20-18.20 - SALA AUDITORIUM
 SESSIONE COMUNICAZIONI - MODERATORI: G. GULINO, M. NICOLAI

Incurvamenti Congeniti e Malattia di La Peyronie

C 25

Trattamento chirurgico della malattia di La Peyronie: impianto protesico soffice ed incisione di rilassamento albugineo con innesto di vena safena: 5 anni di esperienza su 145 pazienti

F. Colombo, A. Guarneri, I. Kartalas-Goumas, A. Cazzaniga, A. Ceresoli, G. Grasso Macola, A.L. Romanò, F. Dell'Aglio, M. Grisotto, E. Austoni

Cattedra di Urologia, Università di Milano, Clinica Urologica, Osp. "S. Giuseppe Fatebenefratelli", AFaR

Introduzione: le terapie chirurgiche attualmente utilizzate nella Malattia di La Peyronie offrono buoni risultati sul raddrizzamento del pene, ma ne comportano l'accorciamento. Gli A.A. propongono una tecnica personale che prevede l'utilizzo di un tutore intracavernoso, consistenza soffice e rigidità assiale, associato ad incisione di rilassamento albugineo ed innesto di vena safena.

Materiali e metodi: dal Marzo 1997 al Marzo 2003, 145 pazienti affetti da PD e DE sono stati sottoposti ad intervento chirurgico secondo una metodica personale, che prevede le seguenti fasi: 1) Impianto endocavernoso di un tutore in silicone soffice ma con rigidità assiale, di lunghezza lievemente sovrabbondante (congrua con le dimensioni originarie del pene) ma diametro molto piccolo (10 mm) per garantire massimo risparmio del tessuto erettile. 2) Incisione/i trasversali di albuginea (mirate sulla guida della curvatura evidenziata dall'impianto). 3) Innesto/i di vena safena. L'escissione completa di placca è stata necessaria in soli 13 pazienti (8,9%); nei restanti 132 casi, si è proceduto ad incisione singola in 113 casi (77,9%) e duplice in 32 (22,1%). La lunghezza del pene è stata misurata intraoperatoriamente dopo erezione farmaco-idraulica, al termine dell'intervento, alla visite di controllo a 3 e 6 mesi dall'intervento. A 12 mesi è stato somministrato un questionario per via telefonica.

Risultati: il follow-up varia da 6 mesi a 3 anni. L'allungamento medio del pene è stato di 1,5 cm circa (mediana 1,3; min 0,8; max 2). Al questionario hanno risposto 80 pz (55%) di cui 76 completamente soddisfatti, 4 casi riferivano parestesia del glande. Tra le partners intervistate (36), 32 si sono dichiarate soddisfatte dell'esito complessivo dell'intervento, mentre 4 si sono lamentate per la temperatura del pene. Non sono state riscontrate complicanze maggiori; in 8 pazienti è stata necessaria la circoncisione a distanza per edema prepuziale. In 6 casi segni di infezione locale post-operatoria sono stati trattati conservativamente con terapia antibiotica protratta.

Conclusioni: questa tecnica consente di avviare con successo al principale motivo di insoddisfazione post-operatoria dei pazienti: la retrazione peniena. Risulta di semplice

esecuzione, comporta bassi rischi di complicanze e garantisce un ottimo grado di soddisfazione al paziente ed alla partner. Condizione pre-operatoria necessaria è la presenza di una capacità erettile sufficiente a garantire una efficace erezione complementare post-operatoria.

C 26

Incurvamento penieno congenito senza ipospadia (ipospadia sine ipospadia o chordee without hypospadias)

A. Spagnoli, M. Villa, F. Ferro

U.O. di Chirurgia Andrologica e Ginecologica dell'Età Evolutiva, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", IRCCS, Roma

L'incurvamento penieno con schisi del prepuzio senza difetto ipospadico o "Ipospasia sine Ipospasia" (IsI), è una malformazione non frequente (Devine, 1973; Kramer, 1982). La sua correzione, necessaria per motivi funzionali e/o estetici, può rivelarsi complessa, non esente da complicazioni e recidive e con risultati estetici che non sono sempre ottimali. In 24 mesi sono stati sottoposti a correzione di IsI 21 pazienti (età mediana 2,4 anni, min 12 mesi, max 13 anni). Sono stati esclusi i casi di meato uretrale ortotopico con uretra velamentosa (necessità di uretroplastica) e comprese le ipospadie minime con meato che non hanno richiesto correzione. In 5 casi era presente rotazione antioraria superiore a 30°. In due era presente criptorchidismo. La casistica è stata inquadrata in un algoritmo basato sul procedimento chirurgico adottato. Follow-up minimo 6 mesi. La resezione del dartos e della fascia di Buck ("degloving" completo con sezione del legamento sospensore) ha portato alla apparente correzione di 11 casi (52%) con 2 recidive e 1 trapped penis (TP). Il test di Gittes ha dimostrato persistenza del recurvatum da anomalia dei corpi cavernosi in 10 casi (47%) con 9 procedure di corporoplastica (Nesbit o Baskin). Al controllo è stato rilevato 1 TP. Un caso di uretra corta ha richiesto la sezione del canale uretrale e l'inserimento di un graft di mucosa buccale tubulizzato dopo 6 mesi. In totale 4 casi (19%) hanno richiesto o sono in attesa di un secondo intervento. La correzione dell'IsI è diretta alla costruzione di un fallo completamente esteriozzato, senza incurvamenti o rotazioni e privo di cicatrici evidenti. L'intervento deve essere riproducibile con "learning curve" breve e praticabile in regime di day surgery. Anche se il graft dermico ventrale è stato considerato superiore alla plicatura posteriore della albuginea (Kogan, 1983), nella nostra serie non è stato necessario farvi ricorso. L'uretra corta vera, eccezionalmente rara, richiede la sezione del canale con una ricostruzione che la letteratura riferisce gravata da complicazioni fino al 50% dei casi (Donnaho, 1998). In questa anomalia

lia la correzione in due tempi sec. Bracka (graft di mucosa orale tubulizzato nel secondo tempo chirurgico) è stata una soluzione affidabile. Nei casi di incurvamento importante il raddrizzamento determina un inevitabile deficit cutaneo ventrale, con la necessità di ricorrere a lembi prepuziali di rotazione o ad isola. La ricostruzione degli angoli pubopeni e penoscrotale, con suture tra dartos e albuginea dei corpi cavernosi ha eliminato il rischio di TP non più osservato nella casistica recente.

C 27

Il Penistretcher ed il Viagra nella terapia riabilitativa dopo escissione di placca e patch venoso autologo

D. Pozza, F. Barrese, C. Pozza, A. Aversa¹, A. Berardi², G. Cavallini³

Studio di Andrologia e di Chirurgia Andrologica, "Nuova Villa Claudia", Roma; ¹Dipartimento di Fisiopatologia Medica, Università di Roma "La Sapienza"; ²Andros Italia, Sora (FR); ³Andros Italia, Ferrara

Introduzione ed obiettivi: il tentativo di trovare il materiale ideale per la sostituzione della tunica albuginea nella malattia di La Peyronie non sembra ancora perfettamente definito. Materiali autologhi ed eterologhi mostrano spesso una tendenza ad andare incontro a fenomeni di ispessimento e cicatrizzazione che possono annullare l'effetto correttivo della procedura chirurgica e coinvolgere il tessuto cavernoso sottostante con accentuazione del Deficit Erettile (DE). Sono stati proposti molti metodi di riabilitazione vascolare per evitare tale evento. Nella nostra esperienza abbiamo voluto utilizzare l'impiego di un estensore del pene (Penistretcher) e del Sildenafil (Viagra) al fine di ridurre la reazione cicatriziale secondaria.

Materiali e metodi: cinque pazienti (52-72 aa) con adeguata erezione, sia spontaneamente che con il Viagra o PGE1, ma affetti da incurvamento dorsale dell'asta superiore a 45°, incompatibile con una corretta penetrazione, sono stati sottoposti ad intervento di escissione della placca fibrosa dorsale e copertura della spazio albugineo con parete di vena safena autologa. A partire dalla 7 giornata p.o. i paz. hanno iniziato una terapia "riabilitativa" vascolare con Viagra 25 mg la sera, a giorni alterni, per 20 giorni e, dal 10 giorno hanno iniziato ad applicare il Penistretcher per un tempo medio di 2 ore la mattina, 2 ore il pomeriggio e 2 ore la sera. Abbiamo confrontato i risultati con quelli di 5 analoghi pazienti che avevano utilizzato il Viagra ma non l'estensore.

Risultati: i 5 paz. operati hanno mostrato a distanza di almeno tre mesi dall'intervento chirurgico il mantenimento del raddrizzamento dell'asta ed adeguata attività penetrativa sia spontanea che utilizzando il Viagra o PGE1. Nei 5 paz. di controllo abbiamo osservato 1 caso con progressivo re-incurvamento dell'asta tale da non consentire la penetrazione ed, in 1 caso, una retrazione del patch venoso tale da determinare re-incurvamento, compatibile con la penetrazione, con rilevanti problemi di accettazione estetica e psicologica ed insoddisfazione del paziente.

Conclusioni: l'escissione chirurgica delle placche fibrose della albuginea dei corpi cavernosi con sostituzione utilizzando tessuto venoso ottenuto dalla vena grande safena, rappresenta una procedura chirurgica ormai sufficientemente codificata.

L'impiego accessorio del Viagra per accentuare la microcircolazione endocavernosa e l'uso degli estensori meccanici dell'asta che possono, abbastanza agevolmente, impedire la coartazione del patch venoso, sembrano garantire risultati chirurgici migliori.

C 28

Corporoplastica modificata per il trattamento degli incurvamenti penieni ventrali: descrizione della tecnica e risultati preliminari

B. Giammusso, A. Branchina, M. Burrello, F. Marchese, L. Fondacaro, M. Motta

Servizio di Andrologia Chirurgica, Clinica Urologica II, Università di Catania

Obiettivi: il presente lavoro riporta i risultati preliminari di una tecnica originale di corporoplastica secondo Yachia modificata, impiegata nella correzione degli incurvamenti penieni ventrali congeniti e acquisiti.

Metodi: 12 pazienti con deviazione ventrale congenita o acquisita del pene furono trattati con la tecnica di corporoplastica modificata. L'intervento, eseguito durante erezione farmacoindotta, consiste in una plastica secondo Yachia condotta sul letto della vena dorsale profonda, a tal fine reseca. La procedura descritta costituisce l'unica tecnica di correzione di curvatura ventrale che non richiede manipolazione del fascio vascolonervoso dorsale, pur assicurando una coalescenza definitiva dei margini tunicali.

Risultati: l'incurvamento fu eliminato in tutti i casi trattati. Nessuna modifica della funzione erettiva fu riferita da 11 pazienti. Otto pazienti riferirono accorciamento dell'asta, ma in nessun caso di entità tale da interferire con la funzione coitale. Non fu riportata alcuna altra complicanza riferibile al trattamento chirurgico, quale dolore in erezione o ridotta sensibilità. Dei 12 pazienti trattati, 10 (83%) si dichiararono "completamente soddisfatti", 2 (17%) "abbastanza soddisfatti".

Conclusioni: i risultati ottenuti nel corso dello studio di valutazione della tecnica di corporoplastica modificata ne evidenziano l'ottima efficacia nella correzione delle deviazioni ventrali e la sostanziale assenza di complicanze correlate alla scarsa invasività della procedura.

C 29

Studio ecocolordoppler dei vasi di shunts caverno-spongiosi in pazienti affetti da severa induratio penis plastica

M. Bertolotto¹, G. Savoca, F. Scieri, F. Pietropaolo, E. Quaia¹, I. Gattuccio, E. Belgrano¹

¹ Clinica Urologica e Clinica Radiologica, Università di Trieste

Introduzione: obiettivo dello studio è di indagare il ruolo di comunicazioni spongio-cavernose (CSC) in pazienti affetti da Induratio Penis Plastica (IPP) severa e di studiarne il comportamento in rapporto alla funzione erettile.

Materiali e metodi: venti pazienti di età media 60 anni (range 38-73) con IPP grave stabile da almeno 6 mesi, sono stati sottoposti a studio EcocolorDoppler (ECD) dopo iniezione di 10-20 mcg di Alprostadil. Criteri di inclusione erano rappresentati da incurvamento penieno severo o notevole accorciamento del pene.

Sono state valutate le caratteristiche del flusso arterioso quali velocità di picco sistolico (PSV) e Indice di Resistenza (RI) a livello delle arterie cavernose e delle CSC nel momento della massima erezione. L'analisi statistica è stata eseguita usando il t-test di Student e l'analisi di varianza di Bonferroni.

Risultati: in 4 pazienti su 20 si è ottenuta una risposta completa in termini di erezione artificiale, in 10 era presente una discrepanza tra la rigidità alla base ed alla punta, in 6 l'erezione era completamente insufficiente. In 15 pazienti è stato possibile evidenziare una placca ben definita, in 2 era presente un diffuso ispessimento della tunica albuginea ed in 3 erano presenti multiple placche.

Le CSC prossimali alle placche presentavano delle PSV significativamente più alte ma un RI significativamente più basso rispetto alle altre CSC. Viceversa le CSC lontano dalle placche avevano PSV basse ed alti RI.

La PSV delle CSC adiacenti alle placche dei pazienti con una discrepanza di rigidità tra base e punta e di quelli con disfunzione veno-occlusiva erano significativamente più alte che non negli altri pazienti con erezione normale.

Conclusioni: nei pazienti con IPP severa le comunicazioni spongio-cavernose adiacenti alle placche rimangono pervie anche dopo stimolazione farmacologica ripetuta, con indici di resistenza significativamente più bassi delle altre CSC. Questi dati confermano l'ipotesi che la "fuga venosa" in questi casi avvenga anche attraverso questi vasi di shunts.

C 30

Profilassi della fibrosi e delle variazioni in lunghezza del pene mediante utilizzo della ipertermia nel paziente sottoposto a prostatectomia radicale

G. Perugia, M. Liberti, F. Colistro¹, P. Vicini, V. Gentile

Dipartimento di Urologia "U. Bracci", Università di Roma "La Sapienza"; ¹ Unità di Ipertermia, Ospedale "Regina Elena", Roma

Obiettivo: gli Autori, alla luce dell'esperienza acquisita nel trattamento dell'IPP hanno pensato di valutare l'efficacia dell'ipertermia nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica (RRP) per adenocarcinoma, nel tentativo di ridurre la conseguente fibrosi post ischemica e l'eventuale accorciamento penieno che come riportato dalla Letteratura può verificarsi anche precocemente nei tre mesi successivi all'intervento chirurgico.

Materiali e metodi: lo studio è stato effettuato su 20 pazienti, con età media di 59 anni (range 52-74), sottoposti a RRP, senza anomalie peniene, o precedenti interventi di chirurgia peniena o uretrale. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi. Il primo gruppo (10 pz) non ha ricevuto alcun trattamento nei tre mesi successivi all'intervento, effettuando soltanto un controllo mensile per la valutazione post chirurgica; i pazienti del secondo gruppo (10 pz) invece sono stati sottoposti a trattamento con ipertermia locale, tramite il dispositivo CX 2000, (Nuova Pragma, Italia) tre volte alla settimana per due cicli di 10 trattamenti di 30 minuti ciascuno, raggiungendo la temperatura locale terapeutica di 39°, ad iniziare dalla terza settimana successiva alla RRP. In tutti i pazienti è stata valutata la lunghezza peniena in fase "stretching", con misurazione dalla giunzione pubo-peniene fino alla punta del glande, prima dell'intervento ed a 3 mesi di distanza.

Risultati: nel primo gruppo, sei pazienti (60%) hanno mostrato una riduzione della lunghezza peniena in fase "stretching" variabile da 0,5 a 2,5 cm. con riscontro soggettivo da parte del paziente stesso in due casi. Più precisamente in due pz. (20%) la riduzione è stata di 0,5 cm, in tre pz (30%) compresa tra 1 e 2 cm, in un pz (10%) infine l'accorciamento è risultato pari a 2,5 cm. I restanti quattro pazienti (40%) non hanno avuto modificazioni in lunghezza. Nel secondo gruppo, due pz (20%) hanno mostrato un accorciamento penieno di 0,5 e 1,5 cm, e nei restanti otto (80%) non si è verificata alcuna modificazione nella lunghezza peniena.

Conclusioni: come dimostrato dai dati della Letteratura, la lunghezza peniena in fase "stretching" diminuisce negli uomini sottoposti ad intervento di prostatectomia radicale, per fibrosi post ischemica. I risultati del nostro studio, dimostrano che l'ipertermia, per i suoi meccanismi di azione sul microcircolo e sul metabolismo cellulare, potrebbe avere un ruolo nella riabilitazione dei corpi cavernosi nei pazienti sottoposti a RRP, migliorandone il trofismo e riducendo l'accorciamento penieno.

DOMENICA 26 OTTOBRE - 17.20-18.20 - SALA AZZURRA
 SESSIONE COMUNICAZIONI - MODERATORI: C. BASILE-FASOLO, A. GODANO

Sessuologia

C 31

Incontinenza urinaria femminile e sessualità di coppia

R. Rossi, D. Arangino¹

Università di Roma "La Sapienza"; ¹ Istituto di Sessuologia Clinica, Roma

Introduzione ed obiettivi: la ricerca indaga la correlazione tra incontinenza urinaria (IU) e sessualità di coppia. L'ipotesi si basa sulla considerazione che l'incontinenza urinaria possa essere causa di un maggior distacco nelle relazioni sociali e di una difficoltà nell'espressione della sessualità nella coppia. Questa ultima è stata analizzata attraverso l'elaborazione delle 18 aree messe in luce dal Sexuality Evaluation Schedule Assessment Monitoring (S.E.S.A.M.O).

Materiali e metodi: il campione è composto da 400 soggetti. Il gruppo sperimentale è costituito da 100 donne con IU tra i 28 e i 62 anni e i rispettivi partner tra i 28 e i 72 anni. Il gruppo di controllo è costituito da 100 donne senza IU tra i 27 e i 60 anni e i rispettivi partner, tra i 28 e i 72 anni, in entrambi i casi con le stesse caratteristiche del GS. Sono stati utilizzati: il S.E.S.A.M.O, un test psicodiagnostico in ambito sessuologico; un questionario sull'IU a scelta multipla che rileva i diversi tipi di IU.

Lo studio si è sviluppato attraverso l'elaborazione delle risposte ai 500 questionari forniti dalle 200 coppie prese in esame, attraverso l'analisi descrittiva e l'ANOVA per la correlazione con la variabile indipendente, a tal fine è stato considerato un livello di significatività del 5%.

Risultati: nel campione femminile sono risultate significative le seguenti aree: area 1, identità psicossessuale (.005); area 4, desiderio (.000); area 6, masturbazione remota (.000); area 7, esperienze sessuali (.000); area 8, anamnesi medica e sessuale (.000); area 10, interazione di coppia (.000); area 11, rapporti sessuali (.000); area 13, erotismo immaginativo (.001); area 14, comunicazione sessuale (.000); area 15, ruoli nella coppia (.000); area 16, sessualità extrarelazionale (.011); area 17, sessualità e gravidanza (.000); area 18, contraccezione (.000).

In quello maschile 7 aree, ossia: area 7, esperienze sessuali (.001); area 8, anamnesi medica e sessuale (.000); area 10, interazioni di coppia (.007); area 11, rapporti sessuali (.000); area 12, masturbazione attuale (.001); area 14, comunicazione sessuale (.000); area 16, sessualità extrarelazionale (.000).

Conclusioni: la verifica dell'ipotesi di partenza evidenzia l'importanza della reazione della coppia in presenza di tale patologia e può essere un utile suggerimento per medici e psicologi che vogliono mettere a punto un lavoro integrato sull'intervento per l'incontinenza urinaria femminile.

C 32

Vissuti e valutazioni delle donne sulle dimensioni del pene: ricerca su campione

F. Avenia, A. Pistuddi¹, M. Titta, G. Beretta², G. Alei³

Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia, Roma; ¹ Sezione di sessuologia della Società Italiana di Andrologia, Roma; ² Università di Brescia; ³ Dipartimento di Urologia "U. Bracci", Università di Roma "La Sapienza"

Introduzione ed obiettivi: nel 2002, l'Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia ha condotto una ricerca sui Vissuti e le Valutazioni degli Uomini rispetto alle Dimensioni del Pene. La ricerca era stata avviata per mettere a fuoco le motivazioni della crescente insoddisfazione degli uomini circa le dimensioni del proprio pene e del conseguente incremento di richieste per interventi chirurgici volti all'allungamento ed all'ampliamento del pene. Lo studio dei dati di tale ricerca ha dimostrato, tra l'altro, che negli uomini italiani la preoccupazione per le dimensioni del pene è molto radicata (il 33% si vergogna per le dimensioni del pene in stato di flaccidità davanti ad altri uomini - "sindrome del capo branco" - ed il 20% al cospetto della propria partner); e che il 19% si sottoporrebbe ad un intervento chirurgico per ampliamento del pene.

Nel 2003, si è pertanto attivata una ricerca parallela, in collaborazione con il Prof. O. Todarello e la Dott.ssa M. Costantino (Dipartimento Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari), volta a far emergere gli analoghi vissuti e le analoghe valutazioni sulle dimensioni del pene, ma dal versante femminile.

Materiali e metodi: la ricerca è stata strutturata in inchiesta su campione casuale, a domanda chiusa e risposta scritta, con deposito personale della risposta in urna sigillata. Il campione è stato raccolto in 6 capoluoghi di provincia distribuiti equamente in tutta Italia, con un totale di 1.212 donne intervistate.

Risultati: nelle donne l'eccitazione è influenzata nel 64,4% dalle dimensioni del pene in erezione e nel 28,2 in stato di flaccidità; il 59,4% ritiene che durante la penetrazione la circonferenza del pene influenzi il raggiungimento del proprio orgasmo ed il 36% che sia la lunghezza a determinare la soddisfazione sessuale ed l'orgasmo. Quasi un quarto delle donne intervistate (23,2%) "ha lasciato o lascerebbe il proprio partner per scarse misure del pene". Per quanto riguarda il consigliare gli uomini, in relazione ad un intervento chirurgico di allungamento o ampliamento del pene, l'orientamento femminile è per il Sì nel 14,5% (distribuito nei diversi interventi, confermando il maggior interesse per la circonferenza) ed il 28,3% si dichiara indecisa.

Conclusioni: dai dati raccolti emerge che la crescente preoccupazione degli uomini per le dimensioni del pene trova riscontro nei vissuti e nelle valutazioni delle donne, rinforzando la problematica e spostandola dal personale al sociale.

C 33**Caratteristiche di personalità nei pazienti dializzati con disfunzione erettile**

C. Simonelli, R. Rossi, C. Silvaggi¹, M.C. Bivona¹, C. Accattatis¹

Università di Roma "La Sapienza"; ¹Istituto di Sessuologia Clinica, Roma

Introduzione ed obiettivi: partendo dal presupposto che la DE è una difficoltà in grado di modificare l'assetto psicologico dell'individuo che ne soffre, lo scopo della nostra ricerca è stato quello di osservare come variano alcune caratteristiche di personalità nei soggetti dializzati con e senza DE.

Materiali e metodi: il campione è costituito da un gruppo sperimentale, composto da 47 soggetti dializzati suddiviso in due sottogruppi: uno costituito da 23 soggetti dializzati con DE e l'altro da 24 soggetti dializzati senza DE. Il gruppo di controllo, composto da 41 soggetti con nessuna patologia cronica, è stato suddiviso in due sottogruppi: uno costituito da 20 soggetti con DE e l'altro da 21 soggetti senza DE. Alla totalità del campione sono stati somministrati due questionari: Il Big Five Questionnaire (BFQ), per indagare la caratteristiche di personalità, e l'International Index of Erectile Function, forma ridotta, (IIEF-5), per valutare la presenza o meno della DE.

Risultati: attraverso l'analisi della varianza sono emerse alcune differenze statisticamente significative tra i quattro sottogruppi in alcune scale del BFQ. Le dimensioni principali del questionario risultate significative sono state l'Energia ($F(3,87) = 3,597 p < ,05$) e l'Apertura Mentale ($F(3,87) = 3,243 p < ,05$). Tra le sottodimensioni sono risultate statisticamente significative il Dinamismo ($F(3,87) = 5,915 p < ,01$), la Perseveranza ($F(3,87) = 3,149 p < ,05$), l'Apertura alla cultura ($F(3,87) = 3,236 p < ,05$) e l'Apertura all'esperienza ($F(3,87) = 3,656 p < ,05$).

Conclusioni: tali dati evidenziano come il dializzato con DE abbia delle caratteristiche di personalità peculiari che lo differenziano dal dializzato senza DE. I dializzati con DE rispetto a quelli senza DE sono risultati meno energici, attivi, vivaci e dinamici; meno informati circa ciò che accade nel mondo, meno interessati ad acquisire nuove conoscenze e quindi meno aperti verso novità, idee e valori differenti dai propri; ed infine meno perseveranti e tenaci. È emersa, inoltre, una differenza significativa tra la struttura di personalità di un soggetto senza alcuna patologia cronica con la DE rispetto ad un dializzato senza DE. Questi soggetti risultano meno dinamici ed entusiasti; meno informati circa ciò che accade nel mondo, meno interessati ad acquisire nuove conoscenze e meno aperti verso novità, idee e valori differenti dai propri; ed infine meno perseveranti e tenaci e meno abili a controllare gli stati di tensione connessi con l'esperienza emotiva.

C 34**Fobia sociale e eiaculazione precoce: comorbidità o fattore di rischio? Studio in una popolazione di 242 pazienti sessuologici**

G. Corretti, M. De Scisciolo, C. Basile Fasolo

Gruppo di Sessuologia, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione ed oggetto: alcuni studi hanno già evidenziato una elevata comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi sessuali, in particolare tra disturbi d'ansia e dell'umore e le disfunzioni sessuali. L'attuale studio era finalizzato a rilevare il tasso di comorbidità tra eiaculazione precoce e disturbi psichiatrici di asse I, cercando di chiarire la relazione intercorrente.

Materiali e metodo: su 242 pazienti di sesso maschile afferiti al nostro ambulatorio di sessuologia tra il novembre 2000 ed il luglio 2003 furono selezionati quelli affetti da eiaculazione precoce (EP). Il campione venne valutato con SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) per la rilevazione dei disturbi psichiatrici di Asse I, una SCID modificata per la rilevazione dei Disturbi Sessuali. Venne posta particolare attenzione all'età d'esordio dei disturbi stessi.

Risultati: il 21,5% della nostra popolazione è risultata essere affetta da EP. Il 67% dei pazienti con EP aveva almeno un disturbo psichiatrico di Asse I ed in particolare è emersa una correlazione significativa ($p = 0,015$) con la Fobia Sociale (FS), mostrando un rischio relativo (OR) di 2,55. L'età di esordio della FS è risultata precedere in ogni caso la EP.

Conclusioni: la Fobia Sociale sembrerebbe costituire un possibile fattore di rischio o meglio una condizione predisponente per lo svilupparsi di una disfunzione sessuale quale l'eiaculazione precoce; in particolare l'ipertono adrenergico sostenuto dalla condizione ansiosa potrebbe rappresentare il fattore limitante il controllo del riflesso eiaculatorio stesso.

C 35**La sessualità nell'obeso**

F. Leonardi, G.M. Calvo, S. Testaj, F. Tornatore, G. Portelli

Per il Gruppo di Studio Nazionale ADI-SO
Servizio di Dietologia Azienda Ospedaliera "Cannizzaro", Catania

L'analisi dei dati della letteratura esistente sulla sessualità nell'obeso (OB) rileva che più che nei normopeso la vita sessuale degli OB sembra risentire di una molteplice serie di fattori (sociali, cognitivo-comportamentali, endocrino-metabolici ecc.). Nel presente lavoro sono stati studiati soggetti OB, d'ambo i sessi, afferenti a 37 centri dislocati su tutto il territorio nazionale.

Obiettivi del protocollo: valutare la prevalenza dei disturbi della sfera sessuale; studiare la presenza di eventuali correlazioni tra comportamento alimentare e sessualità. L'indagine, di tipo osservazionale di prevalenza, è stata condotta

con l'utilizzo di un questionario anonimo, aperto, su griglia di 13 items. I soggetti studiati (n° 439) erano OB di entrambi i sessi di età compresa tra i 25 e i 65 anni, con BMI tra 30 e 39,9: 42,6% maschi e 57,4% di femmine; età media di 42,3 anni, con BMI medio di 34,2. Il 3,9% ha dichiarato di avere disturbi sessuali già prima di ingrassare, mentre il 33,4% ha manifestato un peggioramento della propria sessualità dopo l'insorgenza del sovrappeso. Dopo un periodo di dimagrimento, il 48% degli OB ha dichiarato un miglioramento nella propria vita sessuale. Causa del peggioramento della vita sessuale negli OB, per il 30,2% è stata la difficoltà nei movimenti, mentre per il 17,7% è stata una scarsa resistenza fisica. Imbarazzo, vergogna a mostrare il proprio corpo e scarsa autostima è stato il sentimento più diffuso tra le donne obese. Il 17,9% dei maschi OB ha dichiarato di soffrire di turbe erettili. Un ultimo aspetto riguarda il riscontro di correlazioni tra sessualità e comportamento alimentare. Il 18,6% degli exNP (30,3% delle donne vs 5,1% dei maschi) e il 20,4% degli OB (26,7% di donne OB vs 12,4% dei maschi OB) riconosce che "problemi legati alla sfera sessuale l'abbiano portata a sfogarsi sul cibo". Un'analisi dei comportamenti e delle scelte alimentari, mostra un accentuato bisogno di "spizzicare" fuori dai pasti principali nonché la necessità di incrementare il consumo del "salato" e/o il bisogno di annegare il proprio inappagamento nel "piacere del gusto dolce". Trattasi di pulsioni ingestive che, con un azzardo nosologico, potremmo definire "excitement-nibbling" e "orgasm-craving", da ascrivere al capitolo dei "disturbi misti da alimentazione incontrollata". I dati scaturiti dalla nostra osservazione dimostrano quanto siano diffuse le problematiche relative alla sfera sessuale tra gli OB e quanto poco emerga questo aspetto: solo il 15,9% degli OB ha affermato di aver affrontato tali problematiche con il proprio medico.

C 36

Approccio clinico al "pene piccolo congenito"

F. Ferro, M.C. Lucchetti, M.L. Capitanucci, M. Villa, A. Spagnoli

U.O. di Chirurgia Andrologica, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", IRCCS, Roma

La condizione congenita o acquisita del "pene piccolo" deve essere riconosciuta nella sua eziopatogenesi e corretta prima che insorgano disordini funzionali e psicosessuali con le inevitabili gravi conseguenze nella sfera sociale.

Nel periodo da gennaio 2002 ad aprile 2003, 94 pazienti pediatrici con pene apparentemente ridotto rispetto ai valori medi sono stati inquadrati secondo la classificazione proposta da Maizels (1988). I casi di Micropene (2), di Microfallo associato a ipospadia (3) e di Buried Penis Acquisito (BPA) per adiposità (27) sono stati esclusi perché non chirurgici. La tecnica utilizzata per la correzione del Buried Penis Congenito (BPC) prevede il "degloving" per il rafe scrotale, la sezione del legamento sospensore, la creazione degli angoli pubo-peniene e peno-scrotale con quattro punti di sutura (ore 1, 5, 7 e 11) e se necessario, la riflessione del prepuzio per compensare l'acquisita brevità cutanea. Nel Trapped Penis (TP) si è fatto ricorso 2 volte all'intasamento scrotale (tecnica in due tempi). Nella correzione del Webbed Penis (WP) è stata associata la plastica della palmatura ventrale alla solidarizzazione delle fasce peniene ai corpi cavernosi. Follow-up minimo 2 mesi.

Nessuna complicazione immediata per tutta la serie. BPC: 40 casi (età mediana $7,06 \pm 4,2$) il cui trattamento è stato seguito da 2 recidive e da 1 TP. Il risultato estetico è stato giudicato buono in 36 casi (90%). TP (età mediana $6,85 \pm 4,6$): 12 casi con 1 recidiva. L'estetica è stata ritenuta buona in 9 casi (75%) e discreta in 2 (25%). WP (età mediana $5,5 \pm 0,8$): 7 casi con risultato giudicato buono in 6 (86%) e discreto in 1 (14%). MP: 3 casi (età mediana $1,12 \pm 1,0$) con buon risultato estetico.

Il BPC ed il TP, esito di inadeguate procedure chirurgiche su BPC (di solito circoncisione), sono corretti di preferenza tra 10 e 18 mesi o dopo il 5° anno, per evitare i rischi psicologici del periodo "fallico". Il rarissimo MP congenito, dilatazione della cavità prepuziale conseguenza di una fimosi fetale serrata, determina importante disuria evidenziata dalla distensione della regione pubo-peno-prepuziale nella minzione. La sua correzione deve essere precoce. Non si tratta di un gesto chirurgico semplice, per la necessità di ricorrere a lembi di rotazione del prepuzio interno/esterno con il rischio di necrosi dei lembi trasposti, e di risultato estetico non ottimale, per conicità del pene e cicatrici eccessive.

DOMENICA 26 OTTOBRE - 17.20-18.20 - SALA PAGANO
 SESSIONE VIDEO - MODERATORI: G. LA PERA, L. VAGGI

Video

V 7

Il varicocele: scleroterapia e microchirurgia a confronto

G. Franco, A. Ortensi¹, S. Minucci², G. Mazzoni³, C. De Nunzio, A. Guerani⁴

Dipartimento di Urologia "U. Bracci", ¹Unità di Microchirurgia, III Clinica Chirurgica, Università di Roma "La Sapienza"; ²Reparto di Radiologia, ³Reparto di Chirurgia Pediatrica, Azienda Ospedaliera "San Camillo-Forlanini", Roma; ⁴Servizio di Andrologia, Ospedale "Fatebenefratelli" Isola Tiberina, Roma

In caso di varicocele le tecniche che più recentemente hanno ricevuto consensi sono la scleroterapia, retrograda percutanea ed anterograda sec. Tauber, e le tecniche microchirurgiche di legature multiple a livello dell'anello inguinale esterno.

Nel video illustriamo tre casi di varicocele sin (2 primitivi di 3° grado ed 1 recidivo di 3° grado) sottoposti nella stessa mattinata e nella stessa sede da équipes chirurgiche diverse rispettivamente a legatura microchirurgica subinguinale, a sclerosi della vena spermatica interna per via retrograda transbrachiale e a sclerosi della vena spermatica interna per via combinata antero-retrograda. Scopo del lavoro è confrontare le 3 tecniche evidenziandone vantaggi e svantaggi. I tre pazienti mostravano tutti un quadro di oligo-asteno-teratospermia. L'intervento microchirurgico subinguinale è consistito nella legatura e sezione di tutti i rami venosi del funicolo all'anello ing. est. con risparmio dell'arteria spermatica e dei collettori linfatici. La scleroterapia transbrachiale è stata effettuata con puntura della vena cefalica alla piega del gomito e cateterismo selettivo della vena spermatica interna sin utilizzando come mezzo sclerosante la schiuma di polydocanolo (5 ml) iniettata nella VSI previa visualizzazione contrastografica della stessa. La scleroterapia combinata antero-retrograda è consistita nell'esteriorizzazione del funicolo spermatico a livello della radice dello scroto, incannulamento di una grossa vena al suo interno, iniezione di mdc per visualizzare il ramo venoso responsabile della recidiva e per facilitare la guida del catetere Cobra nella porzione prossimale di questo tramite un accesso transbrachiale. L'iniezione di sclerosante è stata effettuata contemporaneamente dai due accessi al fine di aumentare la pressione all'interno del sistema venoso. Il controllo ad un mese dall'intervento ha mostrato assenza di recidive palpabili e di complicanze in tutti e tre i casi.

Conclusioni: tutte e tre le tecniche sembrano fornire buoni risultati a breve distanza di tempo. I vantaggi delle tecniche scleroterapiche sono la rapidità, la minore invasività e la salvaguardia delle arterie e dei linfatici. Tuttavia esse più facilmente provocano una flebite chimica del plesso pampiniforme e sono gravate da una maggiore percentuale di insuccesso per difficoltà o impossibilità di cateterizzazione

della VSI. La tecnica di legatura microchirurgica subinguinale è sicuramente più complessa ed espone al rischio di lesioni del sistema arterioso.

V 8

Corporoplastica di raddrizzamento con escissione della placca e patch autologo prelevato con tecnica mini-invasiva

S. Tazzioli, A. Delle Rose, C. Salaris, M. Marzocco, V. Li Marzi, G. Nicita, M. Rizzo

Clinica Urologica Università di Firenze

Introduzione ed obiettivi: descriviamo la nostra esperienza nella correzione chirurgica della curvatura peniena, associata a malattia di La Peyronie, mediante escissione della placca e posizionamento di patch autologo di vena safena, prelevato con tecnica mini-invasiva.

L'indicazione all'intervento chirurgico viene posta solo in presenza di malattia stabilizzata da almeno 6-9 mesi, di curvatura del pene in erezione tale da non permettere la penetrazione e di erezione conservata.

L'impiego di patch di vena safena è preferibile per la ricostruzione di ampie superfici.

La buona elasticità, il rapido attecchimento al tessuto erettile e il prelievo con tecnica mini-invasiva fanno di questo graft la scelta più utilizzata.

Materiali e metodi: si esegue una incisione sub coronale con deglooving della cute del pene.

Attraverso due incisioni laterali della fascia di Buck si isola il fascio neuro-vascolare dorsale. Si verifica l'entità della curvatura tramite erezione idraulica. Si procede ad asportazione della placca. Una incisione inguinale di circa 3 cm ed una ulteriore di un cm vengono effettuate lungo il decorso della vena safena per il prelievo della stessa. Si prepara la vena per configurare un patch a forma di H. Si effettua la sutura del graft all'albuginea. Un'ulteriore erezione idraulica dimostra la scomparsa del recurvatum. Sul pene viene applicata una fasciatura compressiva.

Risultati: non abbiamo osservato nessuna complicanza precoce o tardiva. A 12 mesi di follow-up il pene in erezione non dimostra curvatura con erezione spontanea conservata. Nel trattamento post operatorio è necessaria l'assunzione di cortisonici a basso dosaggio per 3-4 mesi e di ginnastica erettile con vacuum da iniziare dopo 3 settimane per 3 mesi.

Conclusioni: riteniamo che il patch di vena safena sia il più adatto per grandi superfici di sostituzioni e la tecnica del prelievo utilizzando lo stripping distalke, attraverso due incisioni di 3 e 1 cm, sia la più idonea per rapidità, semplicità e mini-invasività, potendo permettere di prelevare anche più di 20 cm senza compromissione della circolazione dell'arto inferiore.

V 9

Grande obesità ed “hidden penis”: un problema emergente

L. Rolle, G. Datta¹, C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, G. Bocchiotti¹, D. Fontana

Divisione Universitaria di Urologia 2, ¹Divisione Universitaria di Chirurgia Plastica, Università di Torino, Ospedale Maggiore “S. Giovanni Battista”, Molinette, Torino

Con “hidden penis” (o pene nascosto) si intende una condizione in cui il pene si trova sepolto dall’adipe perigenitale iperrappresentato; l’hidden penis fa parte del gruppo delle false brevità del pene, caratterizzate da una lunghezza inferiore alla norma della porzione libera del pene in presenza di una normale lunghezza totale dell’organo.

L’obesità è una patologia attualmente in incremento nel mondo occidentale, come dimostra il fatto che la prevalenza dell’obesità negli USA è raddoppiata negli ultimi 20 anni, e le proiezioni prevedono che questo trend perdurerà ancora per almeno 50 anni. In Italia la prevalenza dell’obesità si aggira sull’8% della popolazione generale, mentre l’obesità grave, cioè con valori di Body Mass Index superiori a 40, è pari a circa l’1%.

Questi dati epidemiologici rendono ragione dell’aumento di richiesta di prestazione per hidden penis in soggetti obesi che si è registrato negli ultimi anni e lasciano presagire un ulteriore aumento di richiesta negli anni a venire.

Non esiste “l’intervento” per hidden penis: esiste tutta una serie di manovre che possono essere combinate tra loro, in modo variabile da caso a caso, per ottenere la liberazione del pene dal grasso circostante nella maggior misura possibile.

Nel lavoro presentato vengono illustrati i principali tempi degli interventi chirurgici per hidden penis nei soggetti obesi, tra i quali la sezione del legamento sospensore, le plastiche cutanee in allungamento, la lipoaspirazione perigenitale, le lipectomie e le addominoplastiche.

Viene altresì illustrata e discussa la strategia chirurgica adottata in un caso di grande obesità, caratterizzato da un totale ed inveterato incarcerationamento del pene nell’adipe con risalita dell’angolo peno-addominale fino a livello prepuziale. L’intensa sclerosi dei tegumenti non permetteva l’esposizione del glande al di fuori del cercine prepuziale, stenotico e ormai ridotto a livello del piano cutaneo; il caso rappresenta quindi un esempio di situazione “estrema” in cui l’indicazione chirurgica non scaturisce solo da istanze estetiche e/o sessuologiche ma anche da considerazioni di natura funzionale, e che richiede la stretta collaborazione tra équipe andrologica e chirurgo plastico.

V 10

Cistectomia radicale seminal-prostate sparing

E. Mearini, A. Zucchi, E. Costantini, C. Vivacqua, L. Mearini

Clinica Urologica, Università di Perugia

Introduzione: la cistoprostatovesciclectomia radicale nell’uomo si associa, in un’alta percentuale di casi, a perdita della potenza sessuale; tale rischio è correlato a fattori generali (età, performance status) ma soprattutto a fattori locali legati alla preservazione o meno dei bundles neurovascolari.

Negli ultimi anni sono state proposte diverse modifiche di tecnica allo scopo di preservare la potenza sessuale. Tra queste desta particolare interesse quella in cui vengono preservate in blocco prostata e vescicole seminali: tale procedura, da eseguire solo in pazienti ben selezionati, prevede l’asportazione per via endoscopica dell’adenoma prostatico, prima di eseguire la cistectomia.

Materiali e metodi: tecnica chirurgica – eseguita la resezione endoscopica dell’adenoma ed effettuata una accuratissima emostasi della loggia prostatica, si procede a cistectomia radicale. Si seziona quindi il collo vescicale lasciando in sede la ghiandola prostatica e le vescicole seminali.

Si confeziona quindi neovescica ileale secondo tecnica personale isolando circa 50 cm di ileo a partire da 20 cm di distanza dalla valvola ileociecale

Si posiziona l’ansa isolata ad “U” e si procede a riconfigurazione in forma di neo-serbatoio mediante l’uso di apposite suturatrici meccaniche.

Si esegue anastomosi uretero-neovescicale con tecnica antireflusso preparando un piano tra mucosa e muscolare ed eseguendo anastomosi uretero-mucosa con due suture semicontinue da ambo i lati dell’uretere. L’anastomosi viene quindi affondata nel piano preparato con punti di sutura sulla muscolare e sulla sierosa creando così un tratto sottomucoso di circa 2 cm. Si confeziona infine l’anastomosi tra neovescica e prostata: tale manovra risulta più semplice, rispetto a quella eseguita con l’uretra, poiché le strutture da anastomizzare sono più superficiali e l’anastomosi è più ampia.

Discussione e conclusioni: il trattamento di scelta delle neoplasie vescicali in stadio avanzato è rappresentato dalla cistoprostatovesciclectomia radicale associata a derivazione urinaria. Tale intervento si associa sempre a perdita della potenza sessuale tranne nel 40% dei casi in cui viene eseguito un intervento nerve-sparing.

In pazienti giovani, con buon performance status e con peculiari caratteristiche neoplastiche, quali assenza del coinvolgimento del collo vescicale e dell’uretra prostatica e malattia monofocale, è possibile eseguire la cistectomia preservando la ghiandola prostatica e le vescicole seminali e garantendo, in oltre il 90%, dei casi il mantenimento della funzione erettile.

V 11

Il trattamento chirurgico del disturbo di identità di genere androginoide: note di tecnica

G. Liguori, C. Trombetta, S. Bucci, G. Garaffa, E. Belgrano

U.C.O. di Clinica Urologica, Università di Trieste

Introduzione: il trattamento chirurgico dei pazienti affetti da disturbo di identità di genere androginoide dovrebbe tendere a costruire una neovagina adeguata per rapporti sessuali soddisfacenti ed ottenere un risultato estetico tale da rendere il perineo esteticamente e funzionalmente simile a quello femminile.

Materiali e metodi: tra il dicembre 1994 ed il giugno 2003, 93 pazienti affetti da disturbo dell'identità di genere (DIG) androginoide sono stati sottoposti ad RCS. L'età media al momento dell'intervento era di 31 anni (range 23-56). La tecnica descritta prevede i seguenti tempi operatori: orchietomia, asportazione dei corpi cavernosi e dell'uretra spongiosa, preparazione del moncone uretrale, creazione della neovagina, formazioni delle grandi labbra e del cappuccio clitorideo, confezionamento dello pseudoclitoride. Il cappuccio neoclitorideo viene confezionato eseguendo una incisione semicircolare, di diametro non superiore a 2 cm, nella cute che corrisponde alla base del pene a circa 5 mm dal neoclitoride.

Risultati: non vi è stata nessuna complicanza intraoperatoria. Complicanze precoci si sono verificate in 8 delle 93 pazienti: 1 necrosi parziale dei lembi scrotali, 4 casi di emorragia di notevole entità, 1 infezione della ferita chirurgica, 1 fistola rettovaginale e 2 trombosi venose profonde. Complicanze tardive in 8 pazienti: 1 stenosi della neovagina, 5 stenosi cicatriziali del neomeato uretrale, 1 prolasso completo della neovagina, 1 prolasso del lembo perineoscrotale della neovagina. In altre 4 pazienti si sono verificati degli inestetismi che hanno richiesto una piccola correzione chirurgica: 1 paziente in cui le grandi labbra risultavano avere un aspetto simil scrotaliforme, 1 caso di eccessivo volume del neoclitoride, 1 persistenza di un moncone esuberante di un corpo cavernoso, 1 caso di mantenimento dell'uretra bulbare comportava una fastidiosa deviazione verso l'alto del getto urinario oltre che una sintomatologia dolorosa durante il rapporto.

Conclusioni: è nostra opinione che l'utilizzo della cute peniena introflessa associata al lembo scrotale presenti risultati migliori rispetto alla semplice introflessione della cute del pene sia per quanto riguarda la profondità della neovagina sia per quanto concerne la valutazione soggettiva. Inoltre questa tecnica presenta un tasso di complicanze inferiore soprattutto per quanto riguarda la stenosi della neovagina.

V 12

Riassegnazione chirurgica dei caratteri sessuali (RCS) in transessuale sottoposti ad emasculazione: tecnica originale

E. Belgrano, G. Liguori, C. Trombetta, F. Scieri, L. Salamè, G. Savoca, S. Bucci

U.C.O. di Clinica Urologica, Università di Trieste

Introduzione: l'emasculazione è un'evenienza rara nei pazienti affetti da disturbi dell'identità di genere (DIG). Il trattamento chirurgico di questi pazienti pone diversi problemi di tecnica chirurgica, in quanto viene a mancare la possibilità di utilizzare il lembo cutaneo del cilindro penieno per riempiere la cavità neovaginale.

In questo video descriviamo una tecnica originale in cui la vaginoplastica è stata eseguita utilizzando un lembo di cute perineo-scrotale associato a due lembi pedunculati di tonaca vaginale.

Case report: A.P., DIG di 36 aa, autoamputatosi un anno prima, giunge alla nostra osservazione con regolare sentenza del tribunale per sottoporsi ad intervento di RCS.

L'intervento di RCS andro-ginoide comprende i seguenti tempi operatori: orchietomia bilaterale, asportazione dei corpi cavernosi e dell'uretra spongiosa, preparazione del moncone uretrale, creazione della cavità neovaginale, formazione delle grandi labbra e vaginoplastica.

In questo caso l'incisione è stata eseguita a doppia U. Superiormente, a concavità verso l'alto comprendente l'anastomosi uretrocutanea ed inferiormente a concavità verso il basso comprendente la regione scroto perineale. La vaginoplastica è stata eseguita con ribaltamento del lembo cutaneo perineo-scrotale e di quello residuo del pene. Fissazione del lembo alla neocavità mediante quattro punti e completamento delle pareti laterali della neovagina con i lembi pedunculati della tonaca vaginale accuratamente risparmiata in corso dell'orchietomia bilaterale che è stata eseguita esclusivamente a livello sopraepididimario.

Discussione: oltre a presentarsi come un'urgenza urologica, la gestione di questi pazienti richiede competenze specialistiche molto particolari. Le principali tecniche chirurgiche per la vaginoplastica prevedono l'utilizzo del solo lembo cutaneo penieno, dei lembi cutanei penieno e perineo-scrotale e l'impiego di un tratto d'intestino ileale. L'utilizzo dell'intestino può comportare maggiori probabilità di complicanze intra-operatorie in quanto intervento di chirurgia maggiore e post-operatorie per la produzione di secrezioni che, oltre a divenire maleodoranti, possono predisporre ad infezioni anche di severa entità.

Si è pertanto preferito adottare una tecnica originale sfruttando i lembi di tonaca vaginale che, sebbene offrono una superficie di modesta estensione ed estremamente delicata, con particolari accorgimenti tecnici possono rappresentare una valida alternativa con risultati estetici e funzionali soddisfacenti.

LUNEDÌ 27 OTTOBRE - 14.50-15.50 - SALA TEATRO
 SESSIONE COMUNICAZIONI - MODERATORI: G. ALEI, D. D'AGOSTINO

Disfunzione Erettile: Terapia 2

C 37

Localizzazione immunoistochimica, regolazione androgenica e valutazione quantitativa della espressione della PDE5 nel corpo cavernoso umano e in un ampio pannello di altri tessuti

A. Morelli, L. Vignozzi, S. Filippi², M. Luconi, G.B. Vannelli¹, M. Marini¹, E. Tannini³, A. Aversa⁴, G. Forti, M. Maggi

Unità di Andrologia, Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, ¹ Dipartimento di Anatomia e ² Dipartimento di Farmacologia, Università di Firenze; ³ Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila, L'Aquila; ⁴ Clinica Medica III, Università di Roma "La Sapienza"

Obiettivi: gli inibitori della PDE5 hanno effetti positivi sull'attività erettile e scarsi effetti collaterali. Per capire il motivo di tale selettività di azione abbiamo per la prima volta studiato l'esatta distribuzione genica dell'espressione della PDE5.

Materiali e metodi: per la prima volta abbiamo allestito un metodo di dosaggio quantitativo assoluto dell'espressione genica della PDE5 tramite real-time RT-PCR (Taqman) e lo abbiamo impiegato, insieme a tecniche più tradizionali (western e immunoistochimica) per valutare l'espressione di PDE5 nel corpo cavernoso (CC) di soggetti ormonali o deprivati di androgeni (estrogeni + ciproterone acetato) e in altri tessuti riproduttivi e non riproduttivi.

Risultati: abbiamo trovato che nell'uomo il corpo cavernoso esprime le più alte concentrazioni di PDE5 (10 milioni di molecole per µg di RNA totale). Elevate concentrazioni sono presenti anche nel tratto genitale maschile, nello stomaco, nel muscolo scheletrico e nei polmoni. Concentrazioni 100 volte più basse rispetto al CC sono presenti nell'apparato genitale femminile e mammella. Concentrazioni significativamente più basse rispetto a soggetti normali (n = 5) sono state osservate anche nel CC di soggetti transessuali (n = 5) trattati cronicamente con anti-androgeni ed estrogeni. Nel CC umano la PDE5 è presente nel muscolo liscio ma anche nell'epitelio dell'uretra e nell'endotelio. In accordo cellule endoteliali umane peniene esprimono un'elevata quantità di PDE5. Risultati western confermano che anche la PDE5 proteina è espressa in accordo con la distribuzione genica.

Conclusioni: abbiamo misurato per la prima volta esattamente l'espressione genica della PDE5 nell'uomo e abbiamo osservato che è precipuamente espressa dal CC, in concentrazioni da 10 a 1000 volte maggiori che in altri tessuti. Le elevatissime concentrazioni nel CC rendono conto della selettività dell'azione degli inibitori PDE5 nella disfunzione erettile. Le alte concentrazioni osservate nello stomaco e muscolo scheletrico giustificano alcuni degli effetti collate-

rali più frequentemente osservati con gli inibitori PDE5. L'osservazione che nel pene dei transessuali la PDE5 è meno rappresentata è in accordo con l'osservazione clinica di una minore efficacia di inibitori PDE5 in soggetti ipogonadici. Infine, l'espressione endoteliale della PDE5 indica che gli inibitori della PDE5 possono avere un effetto diretto sull'endotelio e giustificare la loro minore efficacia in condizioni cliniche in cui questo sia danneggiato.

C 38

Esiste una correlazione tra il background culturale ed il tempo intercorso prima di richiedere una valutazione specialistica in pazienti affetti da disfunzione erettile?

A. Salonia, K. Rokkas, A. Briganti, F. Dehò, G. Zanni, V. Scattoni, P. Rigatti, F. Montorsi

U.O. e Cattedra di Urologia, Università Vita-Salute "San Raffaele", Milano

Introduzione ed obiettivi: lo scopo di questo studio è stato quello di correlare il background culturale e lo stato maritale dei pazienti con il tempo intercorso tra l'insorgenza della disfunzione erettile (DE) e la prima richiesta di valutazione specialistica in una popolazione ambulatoriale maschile.

Materiali e metodi: dall'Ottobre 2002 al Marzo 2003, 176 pazienti consecutivi (età media ± ES: 52,79 ± 0,96 anni) con DE sono stati valutati in un unico ambulatorio privato specialistico. Tutti i pazienti hanno completato una intervista semi-strutturata che ha incluso dati riguardo lo stato maritale ed il background culturale ed hanno compilato: International Index of Erectile Function (IIEF) ed Beck's Inventory for Depression (BDI). L'analisi statistica è stata effettuata mediante l'utilizzo del test T di Student per dati appaiati, del Pearson Chi-Quadrato per misure ripetute e dell'analisi di correlazione Spearman.

Risultati: settantasei (43,7%) dei 174 pazienti (età media ± ES: 52,84 ± 1,42 anni) risultavano essere alla loro prima valutazione specialistica (Gruppo 1); al contrario, 98/174 (56,3%) (52,76 ± 1,32 anni; p = 0,97) avevano già avuto un inquadramento diagnostico e 87/98 (88,8%) avevano già utilizzato almeno un tipo di terapia (Gruppo 2). La comparazione diretta ha mostrato una differenza significativa nella durata della malattia dall'esordio tra questi due gruppi di pazienti (Gruppo 1 vs Gruppo 2: 34,25 ± 6,35 vs 51,39 ± 5,03 mesi, p = 0,035). L'analisi mediante il Pearson Chi-Quadrato, tuttavia, non ha mostrato una differenza statisticamente significativa tra i sottogruppi con differente background culturale (scuole elementari, scuole medie inferiori e superiori ed università) riguardo al ritardo nel ricercare un aiuto medico dall'esordio della DE tanto nel Gruppo 1 (valore 0,0014; D.F.1; p = 0,97; O.R. -0,04) quanto nel Gruppo

2 (valore 0,045; D.F.1; $p = 0,83$; O.R. 0,21). Analisi comparativa diretta mediante test T di Student: IIEF-punteggio totale: $37,27 \pm 2,38$ vs $39,55 \pm 2,00$; $p = 0,46$. Punteggio del dominio delle funzionalità erettile dell'IIEF (IIEF-EF): $13,42 \pm 1,12$ vs $14,52 \pm 1,00$; $p = 0,47$. BDI: $4,77 \pm 0,68$ vs $7,63 \pm 0,72$; $p = 0,005$. Le seguenti correlazioni sono risultate essere statisticamente significative nel Gruppo 2: BDI vs IIEF-totale: $p = 0,01$ ($r = -0,27$); BDI vs IIEF-EF: $p = 0,03$ ($r = -0,23$).

Conclusioni: sebbene questi risultati debbano essere confermati in una coorte più ampia di pazienti, sembrano mostrare che il background culturale non gioca un ruolo significativo nel timing della richiesta di una valutazione specialistica rispetto all'esordio della malattia.

C 39

Effetto del Sildenafil sull'emodinamica cerebrale

E. Spera, M. Scarfini, A. De Carolis, B. Rizzato¹, M. Diomedì¹, G. Bernardi¹

Cattedra di Urologia, ¹Cattedra di Neurologia, Università "Tor Vergata" di Roma

Introduzione ed obiettivi: il Sildenafil è un inibitore selettivo dell'enzima fosfodiesterasi 5 con azione prevalente, ma non esclusiva a livello del microcircolo penieno. Scopo di questo studio è stato valutare l'effetto di una singola dose di farmaco, sul flusso cerebrale e sulla reattività cerebrovascolare.

Materiali e metodi: dieci soggetti con diagnosi di deficit erettile ed età compresa tra 38 e 67 anni, sono stati arruolati nello studio. I pazienti sono stati sottoposti a Doppler transcranico allo scopo di monitorizzare la velocità di flusso dell'arteria cerebrale media sia in condizioni di normale ventilazione, sia in fase di ipercapnia. Tali rilevazioni sono state effettuate in condizioni basali (T0) e dopo un'ora dalla somministrazione di Sildenafil 50 mg (T1). Sono stati anche valutati la frequenza cardiaca (FC), la pressione arteriosa (PA) e i valori ematici di CO₂.

Risultati: in fase di normo ventilazione, non sono state osservate variazioni significative della PA, della FC e del flusso cerebrale in condizioni basali (T0) e dopo somministrazione di Sildenafil (T1). Al contrario, in condizioni di ipercapnia, si è osservato un significativo incremento dell'indice di reattività cerebro vascolare dopo il trattamento farmacologico (T0 = 1,25; T1 = 1,67; $p = 0,6$).

Conclusioni: la somministrazione di Sildenafil sembra comportare un incremento nella capacità di dilatazione dei vasi cerebrali nel momento in cui è richiesto un adattamento a variazioni funzionali. Ulteriori studi su un più vasto numero di pazienti sono necessari per valutare tali effetti della terapia con Sildenafil specialmente in soggetti affetti da vasculopatia cerebrale di vario grado.

C 40

Associazione Alprostadil + Tadalafil in pazienti PGE-1 e Sildenafil non-responders

G. Paulis

Ambulatorio di Andrologia, Struttura Complessa di Urologia, Ospedale "Regina Apostolorum", Albano Laziale (RM)

Introduzione: è noto che una certa percentuale di pazienti sottoposti a terapia intracavernosa con PGE-1 risulta non-responder (Buvat: 19%, Linet e Neff: 20-30%, Porst: 27,4%), d'altro canto sappiamo che una simile quota di pazienti dimostra essere non-responder alla terapia con Sildenafil orale (22% - Goldstein, Lue etc.). Oltre a proporre in questo tipo di pazienti l'uso del Tadalafil, abbiamo valutato la possibilità di un trattamento combinato Alprostadil i.c. + Tadalafil nei casi più impegnativi.

Materiale e metodi: sono stati inclusi in tale studio 19 pazienti tutti affetti da disfunzione erettile di grado elevato, resistenti al Sildenafil (100 mg) e che in precedenza erano stati sottoposti con insufficiente risultato a terapia intracavernosa con Alprostadil. La causa della DE risultava essere: vascolare nell'84,2% circa (16/19) e mista (ipertensione, diabete, IPP etc.) nei 3 rimanenti casi (15,7%). La dose di Alprostadil precedentemente impiegata era stata in tutti i casi 20 mcg e la risposta erettile relativa alla FIC risultava in tutti i casi insufficiente per il coito.

Tutti i pazienti sono stati invitati ad intraprendere rapporto sessuale con la partner dopo avere assunto Tadalafil orale in dose 20 mg (per almeno tre diverse somministrazioni).

Per i pazienti potenzialmente non-responders al solo Tadalafil fu previsto il seguente schema terapeutico: FIC con Alprostadil 20 mcg associato ad assunzione orale di Tadalafil 20 mg (4-5 ore prima del rapporto sessuale) con invito ad intrattenere 2 rapporti settimanali per un periodo di 8 settimane. Tutti sono stati valutati con questionario IIEF prima e dopo la terapia.

Risultati: su 19 pazienti nessun paziente ha risposto al trattamento con solo Tadalafil-os; n. 7 pazienti (36,8%) hanno risposto positivamente alla associazione Alprostadil i.c. 20 mcg + Tadalafil orale 20 mg.

Conclusioni: questo studio ci suggerisce risultati molto interessanti infatti dei 19 pazienti analizzati, tutti non responders alle terapie correnti (in epoca pre-Tadalafil) e di fatto candidati alla terapia chirurgica protesica-peniene, grazie alla nostro ulteriore approccio terapeutico, oltre 1/3 di essi può evitare l'intervento chirurgico assumendo il piano terapeutico da noi proposto.

C 41

Riabilitazione della disfunzione erettile dopo chirurgia pelvica radicale non nerve sparing con approccio integrato andro-sessuologico. Nostra esperienza

M. Titta, I.M. Tavolini, F. Dal Moro, A. Cisternino, P.F. Bassi

Dipartimento di Scienze Oncologiche e Chirurgiche, Clinica Urologica, Università di Padova

Introduzione ed obiettivi: la disfunzione erettile (DE) dopo chirurgia pelvica non “nerve sparing” richiede una terapia con PGE1 intracavernosa (FIC) la cui efficacia dipende dalla gestione della compliance del paziente. Scopo del lavoro è verificare l'utilità del counselling andro-sessuologico associato alla FIC rispetto alla sola farmacologia in termini di efficacia terapeutica, soddisfazione e compliance della coppia, drop out.

Materiali e metodi: abbiamo realizzato uno studio prospettico randomizzato con 57 pazienti con DE post cisto-prostatectomia radicale non “nerve sparing” e non responsivi a Sildenafil, divisi prima di essere trattati con PGE1 intracavernosa, in un braccio A (29 paz.) sottoposti anche a “counselling FIC-mirato” e nel braccio B di controllo (28). Tutti sono stati sottoposti all'IEEF (15) e al FIC test, quindi trattati con PGE1. Il follow-up (3, 6, 9, 12, 18 mesi) è consistito per tutti nella somministrazione di Sildenafil 100 mg domiciliare e dell'IEEF ambulatoriale unito, nel solo braccio A, al “counselling”. L'analisi statistica dei dati è stata realizzata col Wilcoxon's test.

Risultati: allo “start” il punteggio medio IIEF nei due bracci è stato 8,4 (DE severa) contro 26,5 (A) e 24,3 (B) ($p < 0,05$) al termine del follow-up quando si è avuta assenza di DE in 22 casi (75,8%, A) e 14 (50%, B); 8 pazienti (27,5%, A) hanno risposto al Sildenafil domiciliare contro 5 (17,8%, B) ($p < 0,05$); nessun caso di “drop out” nel braccio A contro 8 (28,5%, B) ($p < 0,05$). Circa l'impatto FIC sulla sessualità i punteggi medi IIEF sulla soddisfazione nel rapporto sessuale sono stati 9,7 (A) e 6,8 (B) ($p < 0,05$), sul desiderio 9 (A) e 6,2 (B) ($p < 0,05$), sull'orgasmo 9,2 (A) e 7,8 (B) (p : n.s.), sulla soddisfazione in generale 9 (A) e 7,3 (B) (p : n.s.). La dose media di PGE1 a 18 mesi è stata 9,1 (A) e 13,8 (B) mcg ($p < 0,05$). Tutti i pazienti del braccio A hanno correttamente usato la FIC contro 16 casi (B, 57,1%) che l'hanno utilizzata con discontinuità solo per il rapporto sessuale; la posologia è stata corretta nell'84,2% dei casi (A) contro 61,3% (B); la partner è stata presente in 25 casi (A) contro 9 (B). Il “counselling” è stato utilizzato per motivare i pazienti e le partner, per una miglior fruizione del rapporto sessuale, correzione di errori. Il giudizio sulla riabilitazione è stato positivo in 21 casi (A) contro 12 (B).

Conclusioni: l'associazione del counselling andro-sessuologico con la FIC ha ottenuto maggior efficacia terapeutica, migliorato la compliance e sessualità di coppia, evitato “drop out” e aumentato i “responders” al Sildenafil.

C 42

Associazione tra disordini minzionali e deficit erettile in pazienti candidati alla neuromodulazione sacrale ed efficacia terapeutica della neuromodulazione sacrale sul deficit erettile

G. Lombardi, R. Caramelli, N. Mondaini¹, A. Natali¹, M. Rizzo¹, V. Li Marzi, G. Del Popolo

Dipartimento di Neuro-urologia e Neuro-andrologia, Unità Spinale di Firenze; ¹ Clinica Urologica I, Università di Firenze

Scopo dello studio: valutare associazione tra disordini minzionali (LUTS) e DE neurogeno in pazienti sottoposti a neuromodulazione sacrale (SNM) e l'eventuale effetto terapeutico della SNM sul deficit erettile neurogeno.

Materiali e metodo: dal luglio 1998 al novembre 2002, 94 pazienti, età media 47,3 anni, sono stati divisi in 2 gruppi: Gruppo A – 61 pazienti con LUTS da causa neurogena accertata suddivisi per il quadro disfunzionale prevalente in 38 ritenzionisti e 23 incontinenti; Gruppo B – 33 pazienti non neurogeni di cui 20 ritenzionisti e 13 incontinenti. Fase A: pazienti sottoposti ad esame clinico, ematico, questionario IIEF-5. Durante il P.N.E durata media di 14,3 giorni, è stato quantificato miglioramento sulla LUTS con diario minzionale, esame urodinamico. Alla fine del P.N.E i pazienti con miglioramento sulla disfunzione vescicale maggiore del 60% e che hanno risposto SI alla GAQ sono entrati nella Fase B dello studio: rimozione dell'elettrodo temporaneo, seguito da un periodo di wash-out di 14 giorni, i pazienti in 4 settimane hanno tentato di avere almeno 4 rapporti sessuali, senza utilizzare farmaci per la DE e compilato Diario Andrologico (DA). IIEF (5) prima di sottoporsi all'impianto definitivo sulla radice sacrale S3. Dopo l'impianto è stato consegnato ai pazienti un nuovo DA. Alla fine 4 settimane, abbiamo somministrato la GAQ e l'IEEF (5) considerando significativo miglioramento percentuale di almeno 25%. I pazienti “Responder” alla neuromodulazione per la funzione erettile, sono stati monitorizzati ogni 6 mesi con l'IEEF (5).

Risultati: nel gruppo A 28/38 ritenzionisti e 12/23 incontinenti presentavano DE. 8/27 hanno risposto SI alla GAQ alla fine del P.N.E. 3/11 degli incontinenti hanno risposto SI alla GAQ alla fine del test di neuromodulazione. Nel gruppo B 9/20 ritenzionisti e 3/13 incontinenti presentavano DE. 3/9 ritenzionisti hanno risposto SI alla GAQ. I 14 pazienti che hanno risposto SI alla GAQ dopo P.N.E sono stati sottoposti ad impianto sacrale definitivo perché documentato un miglioramento significativo riguardo la LUTS. Dopo impianto definitivo tutti i 14 pazienti hanno ottenuto miglioramento significativo sulla funzione erettile. Al follow-up (tempo medio 26,5 mesi) hanno mantenuto effetti benefici sulla funzione sessuale.

Conclusioni: esiste una significativa associazione tra LUTS e DE, 52/94 (55,3%). Una possibile spiegazione del miglioramento sulla funzione sessuale legato alla SNM è che agisca non selettivamente sui centri di controllo della minzione ma anche su quelli della funzione sessuale.

LUNEDÌ 27 OTTOBRE - 14.50-15.50 - SALA AUDITORIUM
 SESSIONE COMUNICAZIONI - MODERATORI: A. GUERANI, A. MAFFUCCI

Miscellanea

C 43

Osteoporosi maschile: proposta di protocollo diagnostico

M.A. Bertozzi, P. Rossi, A. Porzano, P.F. Palego, G. Todeschini, S. Voliani, G.F. Menchini Fabris

Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Ricambio, Indirizzo Andrologia, Policlinico "S. Chiara", Pisa

Obiettivo: valutazione comparativa delle procedure diagnostiche da attuare in corso di osteoporosi, osteopatia, caratterizzata dalla diminuzione quantitativa della massa ossea per unità di volume.

Materiali e metodi: per la diagnosi e il monitoraggio di questa osteopatia abbiamo concentrato gli studi solo sull'utilizzo di alcune apparecchiature e marcatori biochimici.

Assorbimetria o densitometria a raggi X a doppia energia M.O.C.: questa procedura si basa sull'impiego di un fascio di raggi X a doppia energia emessi da un tubo catodico.

Si analizza, l'attenuazione della radiazione da parte del tessuto osseo rispetto a quello molle.

Le sedi elettive sono: rachide, femore, radio.

Ultrasonografia quantitativa (QUS) DEXA: Si considerano le caratteristiche di dispersione e le variazioni di velocità ultrasonografiche a livello del calcagno, delle falangi e della tibia. I parametri QUS sono influenzati, oltre che dalla densità, dalla struttura ossea e quindi è ipotizzabile la diagnosi dell'osteoporosi, con possibilità di discriminare tra i difetti dell'architettura ed i deficit della densità ossea.

Fosfatasi alcalina ossea (v.n. 2-5 microgrammi): utilizzata come marker della formazione ossea. È prodotta dagli osteoblasti ed è un indice della loro attività di neoformazione ossea.

N-telopeptide (NTX) (v.n. 5,4-24,2 nM/L): oligopeptide coinvolto nella formazione delle catene primarie del collagene di tipo I. Indice sierico di attività osteoclastica.

Risultati: popolazione studio: 48 uomini di età media 59,8 anni.

37,5% osteoporotici, 20,8% osteopenici indagine M.O.C.

31,2% osteoporotici, 25% osteopenici indagine DEXA.

33% pazienti con N-telopeptide a dosaggi superiori alla norma.

35,4% pazienti con fosfatasi alcalina ai limiti inferiori della norma.

Viene proposta una valutazione comparativa di tali metodiche diagnostiche nel tentativo di definire il "gold standard" diagnostico e il monitoraggio terapeutico per l'osteoporosi maschile.

Conclusioni: questi parametri permettono: il monitoraggio fisiopatologico del malato osteoporotico ed osteopenico, la valutazione dei/delle determinanti essenziali della patologia (Studio della Patogenesi). Tale metodica può essere consi-

derata un primo step analitico per diagnosticare un meccanismo ad alto o basso turnover e monitorare il successo o meno delle iniziative terapeutiche.

C 44

Valutazione neurofisiologica in pazienti affetti da eiaculazione precoce primitiva (EPP): nostra esperienza

A. Palmieri, N. Longo, S. Di Meo, A.M. Granata, P. Verze, C. Barba, L. Chiappetta¹, V. Mirone

Università "Federico II" di Napoli; ¹ Centro Crea, Taranto

Introduzione: in letteratura esistono dati contrastanti riguardo l'esistenza di possibili alterazioni di circuiti somatosensitivi in pazienti affetti da eiaculazione precoce primitiva (EPP), ed in particolare una ipereccitabilità del riflesso bulbocavernoso, una maggiore ampiezza dei potenziali evocati somatosensitivi del nervo pudendo (NP-PESs), del nervo dorsale e del glande (ND-GP-PESs) e una latenza media più breve del GP-PES.

Obiettivo: valutare i potenziali evocati somatosensitivi del nervo pudendo (NP-PESs), il riflesso bulbo-cavernoso (riflesso BC) e i potenziali evocati motori del perineo (BC PEMs) tramite stimolazione magnetica corticale transcranica, in pazienti affetti da EPP.

Materiali e metodi: 19 pazienti affetti da EPP sono stati sottoposti a counselling psicologico, esame obiettivo urologico ed ecografia prostatica trasrettale, esami di laboratorio e test di Stamey. In tutti i pazienti sono stati registrati i NP-PESs spinali e corticali mediante la stimolazione del nervo dorsale a livello del corpo del pene (ND-PESs), e in 3 casi e in 3 controlli anche a livello del glande (GP-PESs). Il riflesso BC è stato valutato mediante una stimolazione alla base del pene.

Risultati: i ND-PESs corticali sono risultati normali in tutti i pazienti. Il tempo di conduzione sensitiva centrale (TC-SC), calcolato in 6 pazienti, è risultato nella norma. L'ampiezza media dei ND-PESs corticali è risultata significativamente inferiore nei pazienti che nei controlli normali ($p < 0,05$). Nei pazienti sottoposti sia ai ND-PESs che ai GP-PESs, la funzionalità sensitiva del glande è risultata inferiore a quella del nervo dorsale, mentre la latenza corticale del GP-SEP più lunga di quella del ND-PES. Il riflesso BC è risultato nella norma in 16/19 pazienti e assente nei restanti 3 pazienti. I BC PEMs sono risultati normali in tutti i pazienti, tranne uno.

Conclusioni: le nostre valutazioni neurofisiologiche non hanno dimostrato nè una conduzione più rapida attraverso il circuito sensitivo pudendo, nè una maggiore rappresentazione corticale degli stimoli sensitivi provenienti dall'area genitale. Inoltre, non abbiamo riscontrato nei nostri pazien-

ti un'ipereccitabilità del riflesso BC. I nostri risultati suggeriscono che il semplice approccio elettrofisiologico non è in grado da solo di chiarire l'eziologia della EPP ma è necessaria una valutazione integrata per ampliare le conoscenze su tale patologia.

C 45

Tadalafil o Sildenafil: il punto di vista del paziente

Z. Marianantoni, E.S. Pescatori¹, F. Pirozzi Farina², C. Maretti³, A. Papini⁴, C. Bellerofonte⁵, M. Marzotto Caotorta⁶, G. Ludovico⁷, L. Vaggi⁸, T. Enria⁹, G. Piubello¹⁰, C. Giacchetto¹¹, G.F. Menchini Fabris¹², G. D'Ottavio¹³, G. La Pera¹³

MPR marketing e ricerche di mercato, Roma; ¹ Modena; ² Sassari; ³ Piacenza; ⁴ Arezzo; ⁵ Milano; ⁶ Magenta; ⁷ Bari; ⁸ Aquila; ⁹ Aosta; ¹⁰ Verona; ¹¹ Caltanissetta; ¹² Pisa; ¹³ Roma

Introduzione ed obiettivi: in questo lavoro abbiamo studiato, con alcune tecniche di Marketing e ricerche qualitative, le preferenze e le impressioni dei pazienti che hanno avuto la possibilità di provare sia il Sildenafil che il Tadalafil per valutare il loro gradimento e le loro preferenze: un parametro questo spesso sottovalutato ma che incide profondamente nella compliance e nell'uso regolare del farmaco.

Materiali e metodi: 27 pazienti di età compresa tra i 36 ed i 71 aa (media 51) hanno utilizzato entrambi i farmaci. I soggetti sono stati intervistati con un questionario semi-strutturato.

La D.E. era presente in media da 3 anni e la gravità della D.E. è stata valutata con la domanda q3 e q4 dell'IIEF. Nel questionario sono state anche valutate le comorbilità

Il questionario e l'intervista era tesa a capire quali fossero le preferenze e quale caratteristica del farmaco era per il paziente la più interessante

Risultati: i soggetti che continuano a prendere il Sildenafil sono 7 (25,9%) 17 paz. (62,9%) continuano la terapia con Tadalafil. Esiste poi un piccolo gruppo, 3 pazienti (11,1%) che a seconda delle situazioni utilizza sia il Sildenafil che il Cialis. Le caratteristiche più apprezzate dai consumatori di Sildenafil sono: una loro asserita maggior efficacia sulla rigidità 4/7, la rapidità di azione 5/7 e il fatto di "liberarsi" rapidamente del farmaco 1/7. Un paziente inoltre preferisce il Sildenafil perché intollerante al lattosio contenuto come eccipiente nel Tadalafil.

La ragione più ricorrente (14/17) per la scelta del Tadalafil è il sentirsi ritornare ad essere "normali" e il poter avere delle erezioni "più spontanee" senza dover programmare. Il 37% dei consumatori di Tadalafil lo preferisce perché con il Sildenafil ha avuto degli effetti collaterali come rossore o cefalea.

Conclusioni: questi risultati ovviamente vanno confermati con una casistica più ampia e con un follow-up più lungo, ciononostante le ragioni della scelta del farmaco e soprattutto le parole usate dai pazienti per descrivere le loro preferenze, possono costituire un dato molto utile per impostare una strategia che consenta di far emergere il cosiddetto "sommerso". Non dobbiamo infatti dimenticare che a fronte di circa 1,5/2 milioni di soggetti con la D.E. in Italia solo 300.000 persone circa sono in trattamento.

C 46

Colonvaginoplastica versus ileovaginoplastica nel transessualismo andro-ginoide: studio di confronto

C. Imbimbo, F. Fusco, P. Verze, R. Ranavolo, A. Cicalese, L. Larocca¹, V. Mirone

Università "Federico II" di Napoli; ¹ Centro Crea, Taranto

Introduzione: la tecnica di inversione di cute peniena è attualmente il gold standard nella creazione della neovagina nel trattamento chirurgico dei disturbi di identità di genere. Il fallimento di questa tecnica impone alternative chirurgiche, quale quella di utilizzare un segmento intestinale per ricostruire la neovagina.

Scopo dello studio è quello di valutare i vantaggi e le complicanze nell'utilizzo di un tratto di sigma o di un segmento di ileo nella ricostruzione della neovagina dopo fallimento della tecnica di inversione di cute peniena.

Materiali e metodi: dal 1997 al 2002 presso la nostra clinica urologica 13 pazienti di età compresa tra i 24 ed i 56 anni, precedentemente sottoposti senza successo ad intervento di inversione di cute peniena, sono stati sottoposti ad intervento di ricostruzione di neovagina con segmento intestinale. In 9 pazienti l'insuccesso chirurgico dell'inversione di cute peniena era dovuto ad insufficienti dimensioni vaginali, mentre in 4 pazienti si era verificata necrosi della neovagina.

I pazienti sono stati randomizzati per subire una ileoneovaginoplastica con ansa detubularizzata (6 pz) o una sigmoidovaginoplastica (7 pz).

Il follow-up è di 32 ± 28 mesi. A tutti i pazienti è stato somministrato un questionario per valutare la funzione sessuale ed il grado di soddisfazione.

Risultati: non si sono verificate complicanze importanti nell'immediato periodo post-operatorio. Durante il follow-up le due tecniche sono risultate equivalenti in termini di: stenosi uretrale, prolasso della neovagina, necrosi dell'uretra, fistola retto-vaginale, infezione della ferita. La secrezione di muco è risultata superiore nel gruppo della sigmoidovaginoplastica rispetto a quello della ileovaginoplastica (5/7 versus 2/6). La stenosi della neovagina si è presentata esclusivamente in seguito ad ileovaginoplastica (4/6 pz). L'orgasmo era abitualmente raggiunto da 5/7 pazienti con sigmoidovaginoplastica e 1/6 pazienti con ileovaginoplastica. Le pazienti sottoposte a sigmoidovaginoplastica hanno riportato una buona soddisfazione sessuale nello 86% dei casi (6/7 pz) contro il 17% dei casi di ileovaginoplastica (1/6 pz).

Conclusioni: in seguito a fallimento di inversione di cute peniena, l'utilizzo di un tratto di sigma per la ricostruzione della neovagina è preferibile all'ileo in quanto garantisce un minor tasso di stenosi post-operatoria della neovagina, una migliore funzionalità sessuale ed una maggiore soddisfazione complessiva della paziente.

C 47**Uretroplastica mediante graft autologo di fascia lata: studio sperimentale**

F. Campodonico, E. Ognio¹, G. Capponi, A. Casarico, M. Maffezzini

SC Urologia Ospedali "Galliera", Genova; ¹Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova

Introduzione ed obiettivi: la ricostruzione uretrale nei casi di stenosi complesse o recidivanti rappresenta ancora oggi una sfida per l'urologo. Lo sviluppo e la diffusione delle tecniche basate sull'utilizzo dei lembi assiali di cute peniena e la mucosa buccale permettono di ottenere risultati soddisfacenti in mani esperte. Tuttavia quando si verificano fallimenti con le tecniche convenzionali sarebbe auspicabile il poter disporre di nuovi tessuti di adeguata qualità ed in quantità congrua. Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare un nuovo tipo di graft autologo su modello animale.

Materiali e metodi: un gruppo di 10 conigli New Zealand White del peso medio di 2,5 kg sono stati preparati mediante digiuno e profilassi antibiotica. In anestesia generale attraverso una piccola incisione sulla coscia è stato prelevato un graft di fascia lata di circa 10 x 7 mm e posto in soluzione salina. L'uretra del coniglio è stata isolata ed aperta a sportello ventralmente. Il graft è stato suturato su un difetto uretrale complementare mediante sutura continua 6/0 con l'ausilio di loupes 2,5 x. Le fasce peniene superficiali esposte durante il degloving sono state sovrapposte a protezione del patch. Un catetere vescicale di 8 Fr è stato lasciato a dimora per circa 24 ore e la terapia antibiotica prolungata per 5 giorni. Dopo circa 12 giorni è stato eseguito il controllo radiologico mediante uretrografia retrograda e minzionale e al momento del sacrificio mediante iniezione endouretrale di blu di metilene. Gli esami istologici sono stati eseguiti a 2, 4 e 8 settimane.

Risultati: la riparazione uretrale ha avuto successo in 8 casi, in cui macroscopicamente non sono state evidenziate fistole o stenosi nell'intervallo di osservazione. In due animali si è verificata una precoce fistolizzazione dopo il primo controllo radiologico. In un caso si è manifestata ritenzione urinaria da coaguli risolta mediante cateterismo. Gli esami istologici hanno dimostrato la precoce comparsa di neovascolarizzazione del graft fasciale e lo sviluppo di un strato epiteliale normale ed omogeneamente distribuito. Nei controlli istologici a 8 settimane il graft ha mantenuto la propria conformazione laminare originale senza evidenziare aree di tessuto fibrotico.

Conclusioni: il graft di fascia lata, pur valutato a breve termine, ha dimostrato di possedere le caratteristiche di un idoneo tessuto di sostituzione uretrale in grado di permettere una adeguata riparazione e di comportarsi come uno scaffold in grado di favorire la rapida epitelizzazione dell'uretra.

Lo studio ha avuto finanziamenti da fondi istituzionali per la ricerca.

C 48**Ruolo dell'apomorfina sub-linguale nel trattamento dell'anorgasmia e dell'erezione ritardata psicogene**

A. Curreli, F. Pirozzi Farina, A. Pischredda, M. Madonia, G. Morgia

Clinica Urologica, Policlinico Universitario dell'Università di Sassari

Introduzione: nel maschio, l'anorgasmia (A) e l'eiaculazione ritardata (ER) sono rari disordini sessuali a patogenesi psicogena o, più raramente, neurogena. L'orgasmo, evento psichico, si traduce biologicamente in una "tempesta" catecolaminergica centrale ove assume un ruolo critico l'attivazione in senso eccitatorio del NPV e dell'AMPO dell'ipotalamo, neuromodulata dalla dopamina. Escludendo fattori causali biologici, il trattamento dell'A e dell'ER è tradizionalmente sessuologico.

Obiettivi: verificare se l'azione favorente dell'apomorfina sulla fase eccitatoria ipotalamica dopamino-correlata, ha un ruolo anche nell'innesco della fase orgasmica in pz con A o ER a patogenesi tipicamente psicogena.

Materiali e metodi: sono stati selezionati retrospettivamente 9 pz osservati dal Dicembre 2001 al Gennaio 2003 (età media: 39 ± 7 aa) con A o ER persistente solo in corso di attività sessuale penetrativa. Criteri di selezione adottati: assenza di patologie uro-andrologiche, neurologiche, dismetaboliche, disordini psichici e di identità sessuale, conflittualità cosciente verso la partner, controindicazioni all'uso di apomorfina sub-linguale. Questi pazienti furono sottoposti a terapia sessuologica per 3 mesi senza che si modificasse il sintomo. La terapia sessuologica fu quindi integrata con apomorfina (Ap) sub-linguale on-demande 3 mg alternata a placebo (P), in cieco e con sequenza standardizzata: Ap - P - P - Ap - Ap - P - Ap - P. Fu consegnato un diario per registrare la qualità degli eventi sessuali.

Risultati: follow-up: a 3 mesi in 8 pz, a 6 mesi in 4 pz, a 12 mesi in 2 pz. Drop-out: 1 pz. Questi 8 pz hanno presentato un ripristino dell'orgasmo in fase penetrativa già dalla prima assunzione di apomorfina e, tutt'oggi, tutti mantengono questo risultato. Nessun vantaggio sul sintomo è stato ottenuto con il placebo e con la terapia sessuologica.

Discussione e conclusioni: da quest'esperienza emergerebbe che nell'A e nell'ER situazionali, e quindi a patogenesi psicogena, il livello di eccitazione centrale dopamina-correlata ha un ruolo nel determinismo della fase dell'orgasmo. In questo senso, l'evento orgasmico rappresenterebbe la manifestazione apicale e parossistica dell'elaborazione della fase eccitatoria centrale. In tale ottica interpretativa, l'A e l'ER a patogenesi psicogena possono trarre vantaggio dall'assunzione.

LUNEDÌ 27 OTTOBRE - 14.50-15.50 - SALA AZZURRA
 SESSIONE POSTER DISCUSSI - MODERATORI: F. FERRO, V. SIDARI

Miscellanea

P 13

Voluminosa cisti sebacea intraglandulare

O. Varriale, S. Domizio, G. Testa

U.O.C. di Urologia, A.O. "V. Monaldi", Napoli

Introduzione: in letteratura non abbiamo riscontrato nessun caso di voluminosa cisti sebacea localizzata per intero all'interno del tessuto spongioso del glande.

Materiali e metodi: un paziente (R.M.) di anni 36, riferiva che da oltre 10 anni aveva percepito al tatto una massa all'interno del glande. Non gli procurava nessun fastidio e solo a pene in detumescenza alterava leggermente il profilo del glande.

Nell'ultimo anno la massa si era accresciuta rapidamente rispetto ai nove anni precedenti alterando vistosamente il profilo del glande. Erano comparsi disturbi di sensibilità con pene a riposo e dolore in erezione, specie durante i rapporti sessuali.

Giunse alla nostra osservazione per una valutazione specifica e per l'eventuale asportazione della lesione. Fu eseguito un EcocolorDoppler penino che esclude un angioma (caso capitatosi nello stesso periodo) ed evidenziava una massa di ecogenicità diversa dal tessuto spongioso glandulare, a limiti netti ma localizzati. La diagnostica escludeva pertanto una lesione neoplastica maligna, ma non chiariva la natura della neoformazione.

È stata praticata una Incisione con tagliente del glande sul bordo della massa, per favorire una migliore ricostruzione estetica del glande. È stata asportata una cisti sebacea capsulata. La capsula cistica era molto sottile e multiloculata, rendendo difficile la enucleazione completa con integrità della stessa. La capsula era a diretto contatto con l'albuginea dell'estremità dei corpi cavernosi, mentre la superficie di contatto tra tessuto spongioso glandulare e capsula cistica era liscia ma emorragica. La ricostruzione del glande fu agevole. Sulla superficie di incisione, a scopo emostatico è stato posizionato del tabotamp come in caso di enucleoresezione di piccolo tumore renale.

Risultati: il volume del glande si ridusse del 35% assumendo un aspetto fisiologico, e si ottenne una completa remissione del dolore riferito dal paziente. Prima dell'intervento il pene era di aspetto anomalo per discrepanza tra dimensioni del glande e del restante fallo.

Conclusioni: a distanza di 1 mese il paziente ha ripreso una normale attività sessuale senza inconvenienti.

P 14

Ipospadi prossimale. Evoluzione del trattamento chirurgico

F. Ferro, A. Spagnoli, A. Zaccara, M. Villa

U.O. di Chirurgia Andrologica, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", IRCCS, Roma

La chirurgia dell'ipospadia distale utilizza attualmente non più di 3 tecniche standardizzate, mentre per le varianti prossimali è ancora discusso l'approccio ottimale (riduzione delle complicazioni e delle recidive, accettabile risultato estetico).

Nel periodo gennaio 1997-dicembre 2002, 57 pazienti (età mediana 1 a. e 5 m., min 7 m., max 17 aa.) sono stati operati per ipospadia prossimale (10 reinterventi) con meato a livello penieno prossimale in 18 casi, scrotale in 30 e perineale in 9 (2 ermafroditismi, 2 disgenesi gonadiche miste). In 1 plurirecidiva è stata utilizzata la tecnica di Mustardé (M), in 5 casi la tubulizzazione del piatto uretrale inciso (TIP), in 2 la On. Lay (O-L), in 3 la Duckett-Standoli (D-S), in 1 caso il graft di mucosa buccale tubulizzato (MB) e in 45 la tecnica in due tempi di Bracka (B). Follow-up minimo 6 mesi.

La deiscenza totale è stata osservata in 2 casi dopo B (4,4%); quella del glande in 1 caso di TIP (20%), in 1 caso di D-S (33%) e in 6 di B (13%). La fistola ha complicato 3 B (6,6%). La retrazione del meato uretrale è avvenuta in 2 B (4,4%). La dilatazione uretrale (ballooning) in 2 D-S (66,6%) e in 2 B (4,4%). La stenosi del meato uretrale ha seguito 1 TIP (20%) e 2 B (8,8%).

La chirurgia dell'ipospadia prossimale è gravata da complicazioni frequenti: deiscenza completa o parziale dell'uretroplastica e della glanduloplastica, retrazione meatale, fistole, stenosi, diverticolo uretrale (ballooning), recurvatum persistente, estetica non ottimale. La correzione dell'ipospadia prossimale non può essere standardizzata perché condizionata dal livello del meato uretrale (spesso più prossimale che all'apparenza per displasia del corpo spongioso), dal grado recurvatum, dal volume del pene e del glande che, se ipoplasico anche dopo la terapia medica (HCG e/o testosterone) predispone alla deiscenza della glanduloplastica e alla retrazione del meato. La tecnica D-S è attualmente poco utilizzata per la frequente complicazione del "ballooning", non necessariamente legato all'inadeguato calibro dell'uretra ricostruita ma piuttosto la conseguenza della resistenza al flusso urinario nell'uretra glandulare, maggiore rispetto alla peniena non sostenuta dalla spongiosa. Considerando che la B è stata utilizzata nelle condizioni anatomiche più gravi, i risultati confermano la sua competitività in termini di percentuale di complicazioni, ottimale correzione del recurvatum e risultati estetici superiori a quelli ottenuti con altre tecniche.

P 15**Disfunzioni sessuali: è possibile portare a galla l'iceberg?**

L. Cormio, R. Piccinni, V. Zizzi, A. Callea, B. Berardi, D. Sblendorio, A. Traficante

U.O. Clinica di Urologia, Ospedale "Di Venere", Carbonara (BA)

Obiettivi: tentare di identificare quella popolazione di pazienti che, pur recandosi dalla specialista urologo, non affronta il problema della propria disfunzione sessuale, le motivazioni che inducono tali pazienti a non parlarne con lo specialista, l'approccio da attuare per aiutare il paziente a comunicare al medico i propri deficit sessuali.

Materiali e Metodi: da Gennaio a Dicembre 2002 è stato somministrato a tutti i pazienti di sesso maschile, di età compresa tra 18 e 80 anni, afferenti ai nostri ambulatori di urologia generale, un questionario anonimo costituito da una sezione di domande disegnate per valutare i punti identificati negli obiettivi e da una sezione disegnata per valutare il grado di disfunzione dei vari domini sessuali mediante questionario IIEF15.

Risultati: sono stati valutati 874 pazienti (età media 56,6 anni). 413 (47,3%) non lamentavano disfunzioni sessuali mentre 323 (37%) avevano problemi di deficit erettile (DE), 95 (10,8%) di DE ed eiaculazione, 26 (3%) di DE, eiaculazione e desiderio sessuale, e 17 (2%) di DE e desiderio sessuale. Nei 461 pazienti con disfunzioni sessuali, le motivazioni per cui il problema non era stato affrontato erano l'imbarazzo (70%), lo scarso interesse della partner (9,1%), lo scarso interesse personale (4,3%), il timore di eventuali effetti del sesso sulla salute (2,4%); 13,6% non ha risposto.

Alla domanda su come si potesse aiutare il paziente a comunicare al medico i propri deficit sessuali, il 74,9% ha risposto che la organizzazione periodica di visite gratuite, rappresentava il metodo più efficace per sensibilizzare i pazienti, seguito dalla creazione di una casella postale o un sito internet con il 20%.

Conclusioni: più di metà dei pazienti urologici presenta disfunzioni sessuali di cui non parla con lo specialista urologo, se non interrogato a proposito, generalmente per imbarazzo. L'organizzazione periodica di visite finalizzate gratuite rappresenta, per quasi il 75% di questi pazienti, la miglior modalità di approccio al problema. Questi dati confermano che le disfunzioni sessuali restano spesso sconosciute se il medico non affronta il problema con il paziente e che le campagne di prevenzione mediante visite specialistiche gratuite sembrano costituire la modalità di approccio più gradita ai pazienti per "portare a galla" l'iceberg.

P 16**Estesa melanosi dei genitali**

O. Varriale, S. Domizio, G. Testa

U.O.C. di Urologia, A.O. "V. Monaldi", Napoli

Introduzione: si riscontrano in letteratura diversi casi, ma sempre associati a melanoma dei genitali.

Materiali e metodi: sono giunti alla nostra osservazione nel giro di pochi mesi due casi di melanosi importante dei genitali.

I caso: A.P. di anni 57 operato in passato di TUR per Carcinoma vescicale. Presentava melanosi a chiazze di forma e grandezza variabile e di colore nero intenso, che interessavano per intero glande, pene e cute scrotale, mentre la cute della restante superficie corporea si presentava di aspetto normale. Non vi erano aree sospette per melanoma, ma il paziente desiderava asportare buona parte di quelle chiazze per un'anamnesi positiva familiare di melanoma ad esito infausto e per motivi estetici.

Abbiamo pertanto asportato parte della cute pigmentata, favoriti dall'esuberanza di cute prepuziale, e della circonferenza peniena. L'esame istologico rilevò un quadro istologico di melanosi semplice.

Il risultato estetico, nonostante l'asportazione di parte della cute del prepuzio e del pene, fu accettabile.

II caso: M.V. di anni 67. Giunse alla nostra osservazione per stenosi uretrali multiple. Presentava numerose chiazze di melanosi solo a glande e prepuzio. In corso di uretrotomia endoscopica fu prelevato tessuto prepuziale. La diagnosi istologica fu di melanosi.

Risultati: il risultato estetico è stato accettabile nel primo caso e sottoponendo i campioni di tessuto, di entrambi i pazienti, all'esame istologico per escludere la presenza di un melanoma, abbiamo contribuito alla risoluzione dello stato ansioso dei pazienti.

Conclusioni: per noi è sempre necessario in questi casi procedere a prelievo per esame istologico al fine di escludere la presenza del melanoma.

P 17**Sarcomi paratesticolari: dati studio multicentrico**

N. Mondaini, R. Ponchietti¹, G. Nesi², A. Franchi², D. Palli³, E. Meliani⁴, M. Carini⁴, V. Marino⁵, S. Trovarelli¹, G. Pomara⁶, G. Lombardi⁷, G. Del Popolo⁷, F. Di Loro, M. Rizzo

Clinica Urologica I, Università di Firenze; ¹ Clinica Urologica, Università di Siena; ² Dipartimento Patologia Umana ed Oncologia, Università di Firenze; ³ Unità Operativa Epidemiologia Molecolare e Nutrizionale, Firenze; ⁴ Unità Operativa Urologia, Ospedale "S.M. Annunziata", Firenze; ⁵ Unità Operativa Urologia, Livorno; ⁶ Clinica Urologica, Università di Pisa; ⁷ Dipartimento di Neuro-urologia e Neuro-andrologia, Unità Spinale di Firenze

Introduzione: i sarcomi rappresentano circa l'1% di tutti i tumori maligni. Meno del 5% di essi si riscontrano a livello dell'apparato genitourinario. A causa della loro rarità la prognosi per i sarcomi dell'adulto è spesso indefinibile anche per il limitato numero di casistiche presenti in letteratura (P. Russo nel 1992, 43 casi; Berkmen nel 1997, 17 casi; Froehner nel 2000, 20 casi) Obiettivo del nostro studio è stato raccogliere tramite uno studio multicentrico toscano una casistica numerosa con end point la valutazione della sopravvivenza. Riportiamo i dati riferiti a 11 casi a sede paratesticolare.

Materiali e metodi: a tutti i centri urologici della Toscana è stato richiesto di rivedere le proprie casistiche sui sarcomi dell'apparato genitourinario. È stato composto un team di anatomo patologi col compito di rivedere insieme tutti i vetrini che sono stati riclassificati con la "FRENCH FEDERATION OF CANCER CENTER SYSTEM". Si sono escluse le forme retroperitoneali e della pelvi. Per ogni pz si è proceduto alla rivalutazione dei dati pre e post chirurgici e al follow-up.

Risultati: a giugno 2003 abbiamo un totale di 25 casi in 6 centri: 11 paratesticolari: (6 liposarcomi, 2 rhabdomyosarcomi, 2 leiomyosarcomi 1 istiocitoma fibroso maligno). Età media 54,4 anni (range 15-85), con diametro massimo media 5,6 cm (range 2,5-18,5) ed una sopravvivenza a 5 anni del 54,6%. Nella nostra casistica il fattore prognostico più importante risulta la dimensione del tumore. Comparato con i sarcomi delle altre sedi risulta quello a prognosi migliore.

Conclusioni: tali dati, che al momento attuale costituiscono una delle casistiche più ampie in letteratura, evidenziano l'aggressività di tali patologie confermando come la sede paratesticolare sia quella a prognosi migliore. Al lato opposto si colloca il rhabdomyosarcoma della prostata che nell'adulto rimane ad oggi una neoplasia con una prognosi infausta.

P 18

Eiaculazione dolorosa una causa rara di discomfort sessuale. Nostra esperienza e revisione della letteratura

M. Silvani, P.C. Bossola, P. Iannicelli, A. Rosa, D. Minocci

Struttura Complessa di Urologia, ASL 14, Verbania Cusio Ossola, Ospedale "San Biagio", Domodossola (VB)

Introduzione ed obiettivi: l'eiaculazione dolorosa è una rara causa di discomfort sessuale e costituisce il 4,5% dei disturbi andrologici. Poco indagata e studiata in Letteratura rappresenta un sintomo rilevante in grado di generare disagio sessuale e anche deficit erettile secondario. Le cause originano più spesso a livello del trigono urogenitale e sono: malfornative, flogistiche, legate ad ipertrofia prostatica, iatrogene, raramente psicogene. In questo lavoro riportiamo la nostra esperienza, confrontandola con quella della Letteratura Internazionale.

Materiali e metodi: negli ultimi 3 anni abbiamo valutato 15 pz con eiaculazione dolorosa, 4,2% delle 630 visite andrologiche effettuate. I pz sono stati valutati con: anamnesi, esame obiettivo, I.I.E.F, test Mears e Stamey, spermiocoltura, ecografia trans rettale, uretroscopia in 6 casi.

Risultati: due pz erano affetti da cisti dell'utricolo trattati con: resezione endoscopica ed agoaspirazione percutanea in anestesia locale. Tre pz erano affetti da uretroprostatite con positività dei test per la Clamydia, dopo terapia antibiotica mirata la sintomatologia dolorosa regrediva completamente. 4 pz presentavano negatività di tutti gli esami diagnostici, sottoposti a uretroscopia fu evidenziata una flogosi del carrefour seminale, venivano comunque trattati con terapia antiflogistica e antibiotica con successo sui sintomi. Tre pz erano affetti da IPB con LUTS severi, tale associazione in Letteratura è riportata tra il 5-10%, sottoposti a terapia con alfa litici la sintomatologia è regredita. Due pz 10 e 5 anni

prima erano stati sottoposti ad adenomectomia trans vescicale e presentavano eiaculazione anterograda oltre che dolorosa con sclerosi della loggia e flusso urinario ipovalido. Questi pz sono stati trattati con revisione della loggia prostatica e vasectomia con pieno successo sintomatologico. In un pz in terapia con imipramina, si procedeva a sostituzione del farmaco. In tutti i pz veniva instaurata idonea terapia medica con risoluzione del sintomo. L'I.I.E.F presentava valori tra 5 e 10 prima della terapia, punteggio tra 20 e 25 dopo terapia idonea.

Conclusioni: la revisione della nostra casistica ha messo in evidenza come un sintomo poco studiato e valutato: l'eiaculazione dolorosa possa influenzare negativamente l'attività sessuale dei pz affetti. Tuttavia diversamente da sintomi più studiati e considerati in questo caso si è giunti sempre alla diagnosi etiologica ed alla risoluzione con idonea terapia. I dati ottenuti sono risultati sovrapponibile percentualmente a quelli della Letteratura.

P 19

"Buried penis" dell'adulto: trattamento mediante doppio approccio scrotale e prepubico

L. Cormio, R. Piccinni, V. Zizzi, A. Callea, B. Berardi, D. Sblendorio, A. Traficante

U.O. Clinicizzata di Urologia, Ospedale "Di Venere", Carbonara (BA)

Obiettivo: ottimizzazione del trattamento chirurgico del "buried penis" dell'adulto mediante doppio approccio chirurgico, scrotale e prepubico.

Materiali e metodi: CT, anni 32, lamentava pene piccolo con difficoltà alla penetrazione. Il paziente, fumatore, affetto da diabete mellito in terapia da 1 anno con Metformina, era stato sottoposto a postectomia a 6 anni e circoncisione a 31 anni. All'esame obiettivo, il paziente era obeso (altezza 187 cm, peso 117 kg); lo scroto era normale per dimensioni e contenuto, mentre la porzione pendula del pene era pressoché assente. Solo dopo compressione manuale della radice del pene, si evidenziava una breve asta; il prepuzio era fimotico. Un eco-color-doppler penieno dopo farmacostimolazione con PGE1 evidenziava un sistema arterioso e veno-occlusivo nella norma con corpi cavernosi espansi e rigidi ma "sotterrati" nella cute peno-scrotale. Il paziente veniva sottoposto ad intervento chirurgico mediante doppio approccio, scrotale e prepubico. Dopo re-circoncisione, il glande veniva liberato e si eseguiva un "degloving" dell'asta. Posizionato un catetere vescicale, si procedeva ad incisione orizzontale alla radice dello scroto, liberazione dell'asta dalle aderenze con le tuniche dartoiche, successiva chiusura longitudinale per creare la porzione ventrale del pene. Quindi, si procedeva ad incisione prepubica a U ampia rovesciata, lipectomia prepubica e liberazione delle aderenze dell'asta con le tuniche dartoiche, chiusura ad Y invertita e con bracci piccoli per creare la porzione dorsale del pene. Veniva posizionato un drenaggio in aspirazione nello spazio prepubico ed un bendaggio lievemente compressivo.

Risultati: il decorso postoperatorio risultava nella norma. Il catetere veniva rimosso in prima giornata, il drenaggio in seconda. Il paziente veniva dimesso in quinta giornata.

Sei settimane dopo l'intervento le ferite risultavano guarite e ben consolidate. Il paziente era estremamente soddisfatto dell'aspetto del suo pene sia in condizione basale che in erezione. La lunghezza del pene (dalla punta alla sinfisi pubica) era di 6,8 cm in condizioni basali e di 12,2 cm dopo farmacostimolazione con iniezione intracavernosa di PGE1.

Conclusioni: il "buried penis" è raro nel bambino ed ancor più nell'adulto. Nell'adulto il trattamento può essere problematico sia per la rarità, sia per la frequente associazione di questa condizione con obesità marcata o pregresse circoscizioni per misconoscimento della situazione. La tecnica descritta, basata sul doppio approccio scrotale e prepubico, è risultata di semplice esecuzione.

P 20

Efficacia della terapia con Tadalafil in pazienti con deficit erettile "non responder" al Sildenafil

G. Lombardi, N. Mondaini¹, A. Natali¹, M. Rizzo¹, G. Del Popolo

Dipartimento di Neuro-Urologia Neuro-Andrologia C.T.O., Firenze; ¹ Clinica Urologica I, Firenze

Scopo dello studio: valutare l'efficacia del Tadalafil da 20 mg in pazienti con DE non responder a terapia con Sildenafil da 100 mg.

Materiali e metodo: visita 1: 3 gruppi di pazienti. 12 con lesione midollare da trauma, età media 34,6 anni, sotto D10. 15 pazienti diabetici da almeno 3 anni, con valori di Hb glicosilata compresi fra 7,0 e 9,5, età media 56,3 anni. 16 prostatectomizzati, età media 66,4 anni che erano stati sottoposti a prostatectomia radicale retropubica 9-16 mesi prima dell'inclusione nello studio. Precedentemente tutti i pazienti avevano utilizzato il Sildenafil 50 mg e 100 mg senza ottenere beneficio clinico. I pazienti inclusi erano responders alla terapia con PGE1 (dosaggio 5-20 µg). Durante un periodo di 4 settimane i pazienti hanno provato ad avere almeno 4 rapporti sessuali, in assenza di terapie rispondendo al Sexual Encounter Profile. Visita 2 abbiamo analizzato le risposte SEP 2 e 3 ed i pazienti hanno compilato l'IIEF (5). I pazienti hanno riprovato il dosaggio del Sildenafil 100 mg per 4 tentativi in 4 settimane. Visita 3 abbiamo valutato le risposte della SEP2 e SEP3. Il trattamento è stato considerato positivo per miglioramento percentuale delle risposte SI superiori al 25%. Ai pazienti, alla fine del training con il Sildenafil, è stato chiesto se il trattamento impiegato aveva migliorato la funzione erettile: (GAQ). Dopo un wash-out di 2 settimane, visita 4 ai pazienti sono state assegnate 4 compresse di Tadalafil da 20 mg da provare in 4 settimane. Visita 5 sono stati valutati i Diari e confrontate le risposte positive ottenute con il Tadalafil rispetto al Sildenafil e GAQ. Considerato efficace il trattamento con il Tadalafil nei pazienti in cui le risposte positive superiori del 25% rispetto al Sildenafil.

Risultati: 35/43 pazienti hanno completato lo studio di cui 1 solo ha abbandonato per effetti collaterali: mialgia. Nessuna paziente ha ottenuto un miglioramento della funzione

sessuale con il Sildenafil da 100 mg. 5 pazienti di cui 2 con lesione midollare 1 completo ed 1 incompleto, 2 diabetici non-insulino dipendenti ed infine 1 paziente prostatectomizzato nervesparing bilaterale hanno ottenuto un miglioramento significativo sulla funzione sessuale. 4/5 pazienti hanno sempre avuto rapporti sessuali soddisfacenti rispondendo sempre SI alle domande 3 e 4. Tutti e 5 i pazienti hanno risposto SI alla GAQ terminato il trattamento con il Tadalafil.

Conclusioni: i nostri risultati mostrano la possibilità dell'impiego del Tadalafil in caso di pazienti "Non Responder" al Sildenafil.

P 21

Come è cambiata la conoscenza della figura dell'andrologo nella popolazione giovanile negli ultimi 5 anni

N. Mondaini, V. Orlando¹, G. Lombardi², R. Ponchietti³, G. Del Popolo², F. Di Loro, S. Biscioni, M. Rizzo

Clinica Urologica, ¹ Clinica Ostetrica e Ginecologica, Università di Firenze; ² Dipartimento di Neuro-Urologia Neuro-Andrologia C.T.O., Firenze; ³ Clinica Urologica, Università di Siena

Introduzione: la patologia andrologica riveste grande importanza clinica soprattutto per le alterazioni che può determinare a carico delle funzioni riproduttive e sessuali. In un nostro precedente studio (Minerva Urol Nefrol 2000;52:63-6) condotto presso il Distretto Militare di Firenze su un campione di 11649 giovani di 18 anni avevamo individuato nel 33,4% una patologia andrologica. Per l'89,2% si trattava di prima diagnosi. Indagando la conoscenza della figura dell'andrologo emergeva un dato estremamente allarmante, solo il 3,8% era a conoscenza di questo tipo di specialista. Obiettivo di tale studio è stato valutare come tale dato sia cambiato negli ultimi 5 anni.

Materiali e metodi: presso il Centro Selezione Reclutamento Nazionale dell'Esercito a Foligno nel mese di giugno 2003 sono stati visitati 405 giovani dell'età compresa tra i 19 e i 23 anni. 303 uomini (74,8%) e 102 femmine (25,2%). Le visite sono state eseguite tutte dallo stesso specialista V.O. (urologo e ginecologo) per uniformità di giudizio. A tutti è stato chiesto se conoscevano la figura specialistica dell'andrologo e del ginecologo.

Risultati: per quanto riguarda la figura dell'andrologo 197 (65%) maschi hanno risposto correttamente contro 83 (81,3%) delle femmine. Per quanto riguarda la figura del ginecologo 287 (94,7%) maschi e 102 (100%) femmine hanno risposto correttamente. Pur essendo tali visite un 2 screening dei genitali sono stati individuati 4 varicoceci e 2 ipospadie balaniche non rilevate durante la precedente visita di leva effettuata a 18 anni.

Conclusioni: negli ultimi 5 anni grazie sicuramente all'interesse dei mass media per questa branca specialistica e ad iniziative quali la settimana di prevenzione andrologica la figura dell'andrologo è emersa tra la popolazione giovanile, più tra le ragazze che tra i ragazzi. Per un numero ancora rilevante di maschi (35%) tale figura rimane sconosciuta.

P 22

Effetti dell'esposizione occupazionale a livelli elevati di cromo sulla fertilità umana

M. Bartelloni, S. Santillo¹, B. Bianchi², P. Turchi³, B. Grotti, D. Bertini⁴

UO Ginecologia e Ostetricia, Azienda ASL 12, Versilia; ¹ Lab. Analisi Biochimiche Biolabor, Livorno; ² Azienda USL 1, Massa Carrara; ⁴ Dipartimento Scienze Farmaceutiche, Università di Pisa; ³ Servizio di Andrologia, Azienda ASL 4, Prato

Introduzione e obiettivi: il Cromo (Cr) è un elemento che può esistere in differenti stati di ossidazione e che ha suscitato l'interesse dei nutrizionisti per i suoi effetti sulla regolazione del metabolismo glucidico. Elevati livelli di esposizione al Cr possono risultare dannosi per la sua tossicità. Per valutare gli effetti sulla fertilità maschile di una anomala esposizione al Cr si è correlato il grado di fertilità (spermiogramma) con il livello di esposizione a questa sostanza.

Materiali e metodi: è stato studiato il Cr urinario di 100 uomini (età media \pm ES 43,8 \pm 8) addetti alla cromatura in un'azienda metallurgica. In questo gruppo di uomini (gruppo A) 85 lavoratori erano meno esposti in termini di tempi lavorativi (gruppo A) mentre 15 risultavano fortemente esposti. È stato eseguito uno spermiogramma secondo i parametri del WHO in 15 soggetti del gruppo A che hanno accettato di fare l'esame e in tutti i soggetti del gruppo B. Le determinazioni del Cr urinario sono state effettuate per spettroscopia ad assorbimento atomico nelle urine di fine turno.

Risultati: i valori di Cr sono risultati: 1,88 \pm 0,15 ppb (vm \pm ES) nei 15 soggetti del gruppo A (controllo) e 7,98 \pm 0,76 ppb (vm \pm ES) nel gruppo B, con una significatività statistica pari a $p < 0,05$. Significativa anche la correlazione inversa tra i livelli di Cr e la concentrazione di spermatozoi ($p < 0,05$).

Conclusioni: è evidente la correlazione tra le ore di esposizione e i livelli di Cr urinario. Su questa base, e sulla base dei risultati ottenuti, possiamo ipotizzare un'azione tossica, verosimilmente a livello gonadico, del Cr, che potrebbe giustificare una ridotta fertilità in questa popolazione di lavoratori.

P 23

Reflusso venoso intratesticolare in alcuni pazienti con varicocele idiopatico

E. Conti, P.P. Fasolo, G. Sebastiani, S. Lacquaniti, R. Mandras, L. Puccetti, D. Croce¹, G. Fasolis

UOA Urologia, Ospedale "San Lazzaro", Alba (CN); ¹ Servizio Psicologia ASL 18, Alba (CN)

Introduzione e obiettivi: l'impiego dell'Eco Color Doppler (ECD) nella diagnostica del varicocele ha consentito il riscontro episodico di ectasie venose all'interno della gonade, associate a reflusso venoso intratesticolare (RVI).

Nel presente studio abbiamo voluto presentare la nostra esperienza nel riscontro di RVI in corso di ECD dello scroto per varicocele idiopatico.

Materiali e metodi: dal 1997 al 30/06/03 abbiamo osservato 438 pazienti con varicocele idiopatico, stadati clinicamente secondo Dubin e Amelar.

In 298/438 (68%) abbiamo effettuato una ECD scrotale, con apparecchio Kretz Combison 420, sonda lineare 10 mHz, settaggio colore di default per la vascolarizzazione dei genitali maschili.

Lo stadio Doppler è stato valutato secondo Dubin.

La presenza di ectasia venosa con RVI è stata definita come riscontro di vasi venosi ectasici intragonadici refluenti per $T > 2$ sec durante Valsalva.

Risultati: da 01/01/1998 al 30/06/2003, abbiamo effettuato 298 ECD scrotali in pazienti con varicocele idiopatico. In 238/298 (79,8%) pazienti in cui è stato ricercato sistematicamente il RVI; la distribuzione del grado clinico era: I grado 51 (22,5%), II grado 88 (37%), III grado 99 (41,5%).

In 3/238 (1,3%) pazienti è stata dimostrata la presenza di una ectasia venosa intratesticolare, con RVI presente durante l'intera durata della manovra di Valsalva.

Caso 1: Varicocele di III grado, III stadio Doppler.

Caso 2: Varicocele di II grado, II stadio Doppler.

Caso 3: Varicocele di III grado, III stadio Doppler.

In quest'ultimo paziente è stata eseguita una flebografia intraoperatoria, che ha confermato la presenza di reflusso venoso intragonadico.

Conclusioni: il riscontro di ectasia venosa con associato RVI in pazienti con varicocele idiopatico è stato segnalato, grazie all'impiego degli apparecchi ECD (Sarteschi 1993). Non è ancora noto se ciò possa condizionare la scelta della terapia chirurgica, tuttavia, in epoca di scleroembolizzazione del varicocele, andrebbe chiarito se le rare necrosi testicolari segnalate dopo Tauber sono o meno associate al RVI. 2 dei 3 pazienti con RVI da noi osservati sono stati operati presso il nostro centro. In entrambi i casi abbiamo preferito non eseguire una Tauber per evitare un possibile danno testicolare da flebite chimica nel comparto vascolare intragonadico: si è utilizzato un approccio chirurgico tradizionale (Bernardi). L'ECD post-operatorio non mostrava persistenza di RVI.

P 24

15 anni di esperienza di crioconservazione del seme pre chemio- e/o radio-terapia: correlazione tra parametri seminali e tipo di tumore

D. Diaferia, L. Restelli, A. Paffoni, E. Somigliana, M. Arnoldi, G. Ragni

Istituto Ostetrico Ginecologico "L. Mangiagalli", Università di Milano

Obiettivo: valutazione dei parametri seminali pre chemio- e/o radio-terapia in relazione a diverse tipologie di tumore.

Materiali e metodi: dal 1987 al 2002 sono stati indagati 776 uomini con tumori maligni (tumori testicolari, linfoma di Hodgkin, linfoma non Hodgkin, leucemie e tumori di diversa origine), che hanno praticato crioconservazione del seme prima di eseguire chemio- e/o radio-terapia. Sono stati analizzati i dati riguardanti la diagnosi di tumore e la correlazione con la qualità del liquido seminale (concentrazione, numero totale di spermatozoi, motilità e test di vitalità

all'eosina). Le variabili quantitative sono espresse in media (25°-75° percentile)

Risultati: il congelamento del seme non è stato eseguito in 90 (11,6%) dei 776 pazienti per azoospermia. Dei pazienti azoospermici, 56 (15,3%) erano affetti da un tumore testicolare, mentre i rimanenti 34 (8,3%) presentavano un tumore non testicolare ($P = 0,003$). Tra i pazienti che avevano congelato il seme, la concentrazione e il numero totale di spermatozoi erano ridotti significativamente negli uomini con diagnosi di tumore testicolare [30 (16-55) x 106/ml e 84 (34-151) x 106] rispetto agli altri tumori [54 (25-92) x 106/ml e 118 (50-275) x 106 nei linfomi di Hodgkin $P < 0,001$; 58 (20-97) x 106/ml e 120 (53-244) x 106 nei linfo-

mi di Hodgkin $P < 0,001$; 56 (35-79) x 106/ml e 120 (70-210) x 106 nelle leucemie $P < 0,005$; 50 (24-80) x 106/ml e 120 (56-238) x 106 negli altri tumori $P < 0,005$]. La mobilità e la vitalità degli spermatozoi congelati non presentano differenze significative nei vari gruppi di tumori. Nei pazienti con tumore non testicolare non sono emerse differenze significative in tutti i parametri seminali.

Conclusioni: la diagnosi di tumore testicolare è associata ad una più alta percentuale di azoospermia e ad una concentrazione e quantità totale di spermatozoi significativamente più basse rispetto agli altri tipi di tumori maligni (quali linfoma di Hodgkin, linfoma non Hodgkin, leucemie e tumori di diversa origine).

DOMENICA 26 OTTOBRE - 8,45-9,00 - SALA TEATRO
GOLDEN COMMUNICATION - MODERATORE: F. IACONO

Variabili seminali ed esito della inseminazione intrauterina omologa

M. Costa, S. Ferrero¹, P. Anserini¹, R. Sarli¹, V. Remorgida¹, C. Bottazzi, N. Conte¹, S. Reina²

Centro Medicina della Procreazione, Ente Ospedale Galliera, Genova; ¹ Centro Infertilità, U.O. Ginecologia ed Ostetricia, Azienda Ospedale "San Martino" e Cliniche Universitarie convenzionate, Genova; ² free consultant

Introduzione ed obiettivi: scopo dello studio è stato definire l'impatto delle variabili seminali, basali o post-preparazione e di una combinazione tra di esse (TMSC – Total Motile Sperm Count), sull'esito del trattamento dell'infertilità mediante inseminazione intrauterina (IUI).

Materiali e metodi: analisi retrospettiva sui files di 250 coppie sottoposte ad un numero variabile da 1 ad 8 inseminazioni tra il 2000 ed il 2002. Età media della donna 34,6 anni, durata media infertilità 4,1 anni. Indicazioni: fattore maschile di lieve o media gravità, fattore femminile, sterilità inspiegata, sterilità tubarica lieve dopo correzione chirurgica. Di tutte le coppie sono stati raccolti i dati clinici ed i parametri seminali prima e dopo preparazione del seme per ogni singola IUI. Sono stati calcolati il numero totale di spermatozoi mobili utilizzati per la IUI (processed TMSC), corretto per la percentuale di forme normali (pTMNSC = pTMSC x% normal morphology). I dati dei cicli esitati in gravidanza sono stati confrontati con quelli falliti per mezzo del test Chi quadro per le contingenze e del test u di mann-whitney per le variabili continue. La regressione logistica è stata utilizzata per verificare la predittività della pTMNSC.

Risultati: in 785 cicli di IUI sono state ottenute 76 gravidanze. La Pregnancy rate (Pr) risulta del 10,32% per ciclo e del 30,4% per coppia. La TMNSC non correla significativamente con l'esito positivo della IUI. La Pr è analoga per i fattori maschile, femminile o combinato, mentre è significativamente peggiore nel fattore inspiegato e migliore nel fattore tubarico operato. L'età della donna peggiora significativamente l'esito dei risultati solo nel gruppo di oltre 40 anni. Le caratteristiche cliniche dei pazienti (BMI, durata della infertilità) e quelle seminologiche (pTMSC e pTMNSC) non sono significativamente diverse tra i cicli in cui si è ottenuta la gravidanza e quelli in cui non si è ottenuta. Stratificando la pTMSC, si dimostra un calo della percentuale di successo solo nel gruppo con pTMSC < 1 milione. La stratificazione del pTMNSC non è in grado di discriminare una soglia al di sotto della quale vi sia una diminuzione dei successi. Gli stessi risultati sono stati ottenuti utilizzando i dati dei primi 250 cicli.

Conclusioni: la IUI offre un tasso di successo soddisfacente in una popolazione selezionata di coppie infertili, con la eccezione della sterilità inspiegata di lunga durata e dei casi in cui l'età della donna è > 40 anni. La gravidanza non è predetta dal pTMNSC. La Pr è diminuita se la pTMSC è < 1 milione.

LUNEDÌ 27 OTTOBRE - 8,20-8,35 - SALA TEATRO
GOLDEN COMMUNICATION - MODERATORE: G. MORGIA

Valutazione a breve termine dei livelli di ossido nitrico e delle alterazioni istologiche nel tessuto testicolare del ratto affetto da varicocele indotto

V. Silingardi, S. De Stefani, A. Mofferdi, G. Bianchi, S. Giulini¹, A. Volpe¹, F. Giusti², A. Maiorana²

Cattedra di Urologia, Policlinico di Modena; ¹ Cattedra di Ginecologia ed Ostetricia, Policlinico di Modena; ² Istituto di Anatomia Patologica, Policlinico di Modena

Introduzione ed obiettivi: il meccanismo fisiopatologico con cui il varicocele induce un'alterazione della spermatogenesi non è stato ancora chiarito completamente. Gli ultimi studi hanno documentato come l'alterazione degli enzimi antiossidanti (MDA, GSH-Px, SOD) e dell'ossido nitrico (NO) nel liquido seminale e nel testicolo di soggetti con alterato spermogramma, sia espressione dei danni precoci indotti dal varicocele.

Lo scopo di questo studio è valutare la concentrazione di NO e le alterazioni istologiche testicolari nel ratto in accrescimento, a distanza di 3 mesi dall'induzione microchirurgica del varicocele sinistro.

Materiali e metodi: venti ratti wistar puberi del peso di circa 200 g sono stati sottoposti ad anestesia generale con tribromoetano intraperitoneale. Successivamente, mediante Microscopio Operatore a 20 X, si è eseguita una legatura parziale della vena spermatica sinistra ponendo un laccio di nylon 8/0 a livello del sbocco della stessa all'interno della vena iliaca. Tale manovra determinava una ostruzione dell'80% circa del lume ed induceva una evidente stasi venosa con cospicua dilatazione della vena spermatica. Entrambi i testicoli sono stati prelevati dopo 3 mesi e ciascuna gonade è stata sezionata in due parti uguali, una per la valutazione del livello di NO, l'altra per l'esame istologico. Sono stati eseguiti due gruppi di controllo di 5 ratti; un gruppo sottoposto a "sham" operation ed un altro non trattato in alcun modo.

Risultati: l'analisi statistica mediante il Mann-Whitney U Test ha evidenziato un aumento statisticamente significativo della concentrazione di NO nelle porzioni testicolari affette da varicocele indotto ($p < 0,001$).

D'altra parte l'analisi istopatologica non ha documentato significative alterazioni, eccetto la presenza di due minuti focolai a carico di un testicolo di sinistra in cui i tubuli sono rivestiti esclusivamente da cellule di Sertoli.

Conclusioni: questo studio ha confermato che le alterazioni biochimiche indotte dal varicocele sono precoci e significative. Infatti la concentrazione di NO nei testicoli affetti da varicocele è di molto superiore a quella riscontrata nei testicoli controlaterali, apparentemente normali.

Non sono state invece evidenziate delle chiare alterazioni istopatologiche. In conclusione sembrerebbe che le alterazioni dei valori di ossido nitrico nel testicolo, affetto da varicocele, siano indice di sofferenza precoce della gonade. A questa fase seguirebbe il danno tissutale vero e proprio, dimostrabile anche istologicamente.

MARTEDÌ 28 OTTOBRE - 8,45-9,00 - SALA TEATRO

GOLDEN COMMUNICATION - MODERATORE: F. SASSO

Il trapianto renale sull'arteria iliaca esterna influenza l'emodinamica delle arterie cavernose?

P. Gontero, E. Turello¹, G. Pretti, F. Fontana, M. Panel-la², F. Sogni, G. Maso, G. Monesi, E. Kocjancic, B. Frea
Clinica Urologica, Università del Piemonte Orientale, Novara; ¹*Centro Trapianti Renali, Ospedale Maggiore della Carità, Novara;* ²*Dipartimento di Igiene, Università del Piemonte Orientale, Novara*

Obiettivi: la funzione erettile sembra essere l'unico parametro clinico che non migliora dopo trapianto renale. È stata documentata un'elevata prevalenza di disfunzione erettile in pazienti portatori di trapianto renale. Un ridotto flusso arterioso è stato ipotizzato come causa di disfunzione erettile nei rari casi in cui si utilizzi l'arteria iliaca interna, mentre non vi sono dati di confronto sull'emodinamica peniena prima e dopo il trapianto effettuato su arteria iliaca esterna. L'obiettivo del nostro studio è stato quello di correlare i parametri dell'ecocolordoppler penieno (CDUS) dinamico prima e dopo il trapianto renale.

Metodi: dal 2/2001 al 3/2003, 24 pazienti sono stati arruolati nello studio poche ore prima di essere sottoposti a trapianto renale. I pazienti sono stati sottoposti a CDUS dinamico con 20 mcg di PGE e ad IIEF poco prima dell'intervento. Il CDUS è stato ripetuto al momento della dimissione (20° giornata circa), mentre l'IIEF è stato nuovamente somministrato a 3 mesi dall'intervento.

Risultati: l'IIEF (dominio della funzione erettile) medio postoperatorio (19,4) è risultato ridotto ma in modo non significativo rispetto a quello preoperatorio (23,2) ($p = 0,1$). 10/24 pazienti erano affetti da deficit erettile (IIEF < 21), mentre i rimanenti avevano un IIEF > 21. 14 pazienti sono risultati valutabili relativamente ai parametri CDUS. La pressione di picco sistolico (PSV) relativa all'arteria cavernosa omolaterale al trapianto è risultata ridotta in modo statisticamente significativo nel postoperatorio (39 cm/s) rispetto ai valori preoperatori (60,0 cm/s) ($p = 0,005$). L'aumento della velocità telediastolica (EDV) nel postoperatorio non è risultata invece statisticamente significativa ($p = 0,09$).

Conclusioni: i dati ottenuti dimostrano una marcata riduzione del flusso arterioso nell'arteria cavernosa omolaterale al lato del trapianto. Resta da dimostrare quanto questo dato possa influenzare negativamente la funzione erettile nel paziente sottoposto a trapianto renale.

Indice degli Autori

- Accattatis C. 93
 Alei G. 92
 Almasio P. 69
 Aloisi P. 87
 Ambruosi C. 80
 Amenta M. 76
 Anello G. 69
 Anserini P. 110
 Arangino D. 92
 Arnoldi M. 108
 Austoni E. 89
 Avenia F. 92
 Aversa A. 90, 98
- Balercia G. 81
 Balò S. 87
 Barba C. 101
 Barbagli G. 87
 Barbara M.R. 79
 Barone N. 74
 Barrese F. 69, 90
 Bartelloni M. 108
 Basile Fasolo C. 78, 93
 Bassi P.F. 99
 Belgrano E. 91, 97
 Bellerofonte C. 102
 Benelli R. 79, 83
 Berardi A. 69, 90
 Berardi B. 105, 106
 Beretta G. 86, 92
 Bernardi G. 99
 Bertaccini A. 88
 Bertini D. 108
 Bertolotto F. 70, 80
 Bertolotto M. 91
 Bertozzi M.A. 72, 101
 Bianchi A. 81
 Bianchi B. 108
 Bianchi G. 110
 Bini V. 85
 Biscioni S. 79, 107
 Bivona M.C. 93
 Blanco S. 86
 Bocchiotti G. 96
 Bongini A. 79
 Bono P. 78
 Bossola P.C. 106
 Bottanelli A. 81
 Bottazzi C. 110
 Branchina A. 75, 90
 Briganti A. 79, 82, 98
 Brogгинi P. 78
 Bucci S. 97
 Burlo P. 73
- Burrello M. 75, 90
 Burrello N. 74
- Callea A. 105, 106
 Calvo G.M. 93
 Campodonico F. 75, 83, 103
 Capitanucci M.L. 94
 Capponi G. 75, 103
 Caramelli R. 100
 Carini M. 105
 Carlucci M. 79
 Carmignani G. 70, 80
 Casarico A. 75, 103
 Castiglione R. 74
 Cavallini G. 90
 Cazzaniga A. 89
 Ceresoli A. 89
 Ceruti C. 73, 96
 Chiappetta L. 101
 Cicalese A. 102
 Cirillo P. 74
 Cisternino A. 99
 Claudio L. 84
 Clerici S. 82
 Colistro F. 87, 91
 Colombo F. 89
 Conte N. 110
 Conti E. 80, 108
 Cormio L. 105, 106
 Corretti G. 93
 Costa M. 110
 Costantini E. 96
 Croce D. 80, 108
 Crovella U. 76
 Curreli A. 103
 Curto F. 69
- D'Amico F. 77
 D'Ottavio G. 102
 Dal Moro F. 99
 Datta G. 96
 De Carolis M. 99
 De Lisa A. 74
 De Marinis L. 81
 De Nunzio C. 95
 De Rose A.F. 70, 80
 De Scisciolo M. 93
 De Stefani S. 110
 DEHÒ F. 79, 98
 Del Noce G. 76
 Del Popolo G. 82, 84, 88, 100, 105, 107
 Dell'aglio F. 89
 Delle Rose A. 95
- Di Benedetto D. 74
 Di Cicco G. 69
 Di Loro F. 79, 88, 105, 107
 Di Meo S. 101
 Diaferia D. 108
 Diciuo M. 70
 Dinelli N. 70
 Diomedi B. 99
 Domizio S. 104, 105
 Donati M. 74
 Drei B. 71, 78
- Enria T. 102
- Fabbri F. 79, 82
 Failla F. 75
 Fasolis G. 80, 108
 Fasolo P.P. 80, 108
 Ferrero M. 110
 Ferro F. 89, 94, 104
 Filimberti E. 82
 Filippi S. 71, 98
 Fino E. 86
 Fioretti F. 85
 Fondacaro L. 90
 Fontana D. 73, 96
 Fontana F. 77, 111
 Forti G. 71, 98
 Fortuna F. 86
 Franchi A. 105
 Franco G. 77, 95
 Franzoso F. 86
 Frea B. 77, 111
 Fusco F. 102
- Gallo A. 84
 Gallo F. 70, 80
 Gallo L. 84
 Garaffa G. 97
 Gattuccio I. 91
 Gemma Fantini A. 82
 Gentile M. 84
 Gentile V. 87, 91
 Ghiadoni L. 70
 Giacchetto C. 102
 Giammusso B. 75, 90
 Giovannini C. 88
 Giulini S. 110
 Giusti F. 110
 Gontero P. 77, 111
 Granata A.M. 101
 Grasso M. 86
 Grasso Macola G. 89
 Grisotto M. 89

- Grosso G. 76
 Grotti B. 108
 Guarneri A. 89
 Guerani A. 95
- Iannicelli P. 106
 Imbimbo C. 102
 Inglese E. 77
- Kartalas-Goumas I. 89
 Kocjancic E. 77, 111
- La Pera G. 102
 La Vignera S. 74
 Lacquaniti S. 80, 108
 Lania C. 86
 Larocca L. 102
 Laudi M. 76
 Laurenti C. 77
 Lauria Pantano A. 81
 Ledda A. 72, 73
 Ledda F. 71
 Leonardi F. 93
 Leonardo C. 77
 Li Marzi V. 82, 84, 95, 100
 Liberti M. 87, 91
 Liguori G. 97
 Littarru G.P. 81
 Livi L. 88
 Lombardi G. 82, 84, 88, 100, 105, 107
 Longo N. 101
 Lucchetti M.C. 94
 Luconi M. 71, 98
 Ludovico G. 102
- Madonia M. 103
 Maffezzini M. 75, 83, 103
 Maggi M. 71, 98
 Maiorana A. 110
 Mancina R. 71
 Mancini A. 81
 Mandras R. 80, 108
 Marchese F. 90
 Marchiori D. 88
 Marchioro G. 77
 MARETTI C. 102
 Marianantoni Z. 102
 Marin M. 98
 Marini M. 71
 Marino V. 105
 Marra L. 84
 Martis G. 87
 Martorana G. 88
 Marzocco M. 95
 Marzoli E. 76
 Marzotto Caotorta M. 102
 Maso G. 77, 111
 Massacesi A. 72
- Mazzone L. 72, 73
 Mazzoni G. 95
 Mearini E. 85, 96
 Mearini L. 85, 96
 Meliani E. 105
 Menchini Fabris G.F. 72, 101, 102
 Merla A. 72, 73
 Meucci E. 81
 Milardi D. 81
 Minocci D. 106
 Minucci S. 95
 Mirone V. 101, 102
 Moffa F. 73
 Mofferdi A. 110
 Mondaini A. 88
 Mondaini N. 70, 82, 84, 88, 100, 105, 107
 Mondani N. 79
 Monesi G. 77, 111
 Montorsi F. 79, 82, 98
 Morelli A. 71, 98
 Morelli G. 70
 Morgia G. 103
 Motta M. 75, 81, 90
- Natali A. 82, 84, 100, 107
 Nesi G. 105
 Nicita G. 95
 Nicolosi F. 75
- Ognio E. 103
 Olivo G. 76
 Orlando V. 107
 Ortensi A. 95
- Paffoni A. 108
 Pagano S. 81
 Palego P.F. 72, 101
 Palli D. 105
 Palmieri A. 101
 Palminteri E. 87
 Panella M. 111
 Pansadoro A. 77
 Papini A. 79, 102
 Parisini B. 70, 80
 Pasquini P. 75
 Passarino G. 73
 Paulis G. 99
 Pavone C. 69
 Pavone-Macaluso M. 69
 Pecoraro G. 76
 Pellegrini S. 82
 Perdonà S. 84
 Peris F. 77
 Perugia G. 87, 91
 Pescatori E.S. 71, 78, 102
 Piccinni R. 105, 106
 Picinotti A. 87
- Pietropaolo F. 91
 Pirozzi Farina F. 102, 103
 Pischedda A. 103
 Pistuddi A. 92
 Piubello G. 102
 Pomara G. 70, 105
 Pomara S. 70
 Ponchietti R. 79, 88, 105, 107
 Pontecorvi A. 81
 Portelli G. 93
 Porzano A. 72, 101
 Pozza C. 69, 90
 Pozza D. 69, 90
 Prato C. 82
 Pretti G. 77, 111
 Puccetti L. 80, 108
- Quaia E. 91
- Raber M. 79
 Raffaelli L. 79
 Ragni G. 108
 Ranavolo R. 102
 Raso M. 76
 Reina S. 110
 Remorgida V. 110
 Restelli L. 108
 Revelli A. 73
 Rigatti P. 79, 82, 98
 Rizzato B. 99
 Rizzo M. 79, 84, 88, 95, 100, 105, 107
 Rokkas K. 79, 98
 ROLLE L. 73, 96
 Romani G. 72, 73
 Romanò A.L. 89
 Rosa A. 106
 Rossi P. 72, 101
 Rossi R. 92, 93
 Rovellini P. 81
 Rudoni M. 77
 Ruggeri P. 81
- Sacchetti G.L. 77
 Saita A. 75
 Salamè L. 97
 Salaris C. 95
 Salemi M. 74
 Salfi N. 88
 Salonia A. 79, 82, 98
 Salvestrini F. 79
 Santillo S. 108
 Sarli R. 110
 Savoca G. 91, 97
 Sblendorio D. 105, 106
 Scarfini M. 99
 Scattoni V. 98
 Scieri F. 91, 97
 Sebastiani G. 80, 108

- Selli C. 70
 Serretta V. 69
 Sibilio L. 86
 Signorelli E. 78
 Silingardi V. 71, 78, 110
 Silvaggi C. 93
 Silvani M. 106
 Simonelli C. 93
 Sogni F. 77, 111
 Soli M. 88
 Somigliana E. 108
 Spagnoli A. 89, 94, 104
 Spera E. 99
- Taddei S. 70
 Tamagnone A. 73, 96
 Tannini E. 98
 Tavolini I.M. 99
 Tazzioli S. 95
 Testa G. 104, 105
- Testaj S. 93
 Timossi L. 70, 80
 Timpano M. 73, 96
 Titta M. 92, 100
 Todeschini G. 101
 Toncini C. 83
 Tornatore F. 93
 Tosca E. 78
 Tracia A. 74
 Traficante A. 105, 106
 Travaglini F. 70
 Trombetta C. 97
 Trovarelli S. 105
 Turchi P. 83, 108
 Turello E. 111
- Usai P. 74
- Vaggi L. 102
 Vallasciani S. 87
- Vannelli G.B. 71, 98
 Vargiu R. 74
 Varriale O. 104, 105
 Verze P. 101, 102
 Vicari E. 74
 Vicini P. 87, 91
 Vignolini G. 88
 Vignozzi L. 71, 98
 Villa M. 89, 94, 104
 Vimercati G. 78
 Vitullo G. 88
 Vivacqua C. 85, 96
 Voliani S. 72, 101
 Volpe A. 110
- Zaccara A. 104
 Zanni G. 82, 98
 Zizzi V. 105, 106
 Zucchi A. 85, 96