

Giornale Italiano di MEDICINA SESSUALE e RIPRODUTTIVA

Italian Journal of Sexual and Reproductive Medicine

Organo Ufficiale di Educazione Continua in Medicina della Società Italiana di Andrologia

Già Giornale Italiano di Andrologia, fondato nel 1994 da G. Fabrizio Menchini Fabris

www.andrologiaitaliana.it

Direttori Scientifici / Editors in Chief

Edoardo S. Pescatori (Modena), Paolo Turchi (Prato)

Direttore Responsabile / Managing Editor

Vincenzo Gentile (Roma)

Board Editoriale / Editorial Board

Antonio Aversa (Roma)

Mauro Costa (Genova)

Giorgio Franco (Roma)

Ignacio Moncada Ibarren (Madrid)

Furio Pirozzi Farina (Sassari)

Andrea Salonia (Milano)

Collaborazione Editoriale / Editorial Assistant

Paolo Rossi (Pisa)

Consulenza Statistica / Statistical Advisor

Elena Ricci (Milano)

Copyright

SIAS S.r.l. • via Luigi Bellotti Bon 10 • 00197 Roma

Ufficio Editoriale / Editorial Office

Lucia Castelli • Pacini Editore S.p.A.
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Tel. 050 3130224 • Fax 050 3130300
lcastelli@pacinieditore.it

Editore / Publisher

Pacini Editore S.p.A.
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Tel. 050 313011 • Fax 050 3130300
Info@pacinieditore.it • www.pacinimedica.it



PACINIeditore
MEDICINA

Informazioni per gli Autori, comprese le norme per la preparazione dei manoscritti

Il Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproduttiva – *Italian Journal of Sexual and Reproductive Medicine* – è l'organo ufficiale di formazione della Società Italiana di Andrologia, che pubblica, in lingua italiana o inglese, lavori redatti in forma di editoriali, articoli originali, articoli di aggiornamento, articoli finalizzati alla formazione in tema di *evidence-based medicine*, casi clinici, lettere al Direttore. Ogni contributo in linea con le norme editoriali generali e specifiche per le singole rubriche viene sottoposto a processo di *peer-review* in doppio cieco, ed è valutato alla luce delle più recenti linee guida – *Consensus Conferences* internazionali. L'accettazione per pubblicazione è subordinata all'esecuzione di eventuali modifiche richieste dai *reviewers* ed al parere conclusivo dei Direttori.

Le seguenti indicazioni sono state redatte secondo gli *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (Br Med J 1988;296:6/2).

Invio dei manoscritti

L'invio può essere effettuato per posta elettronica all'indirizzo icastelli@pacinieditore.it (modalità preferita) o per posta al seguente indirizzo: **Lucia Castelli, redazione del Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproduttiva, Pacini Editore S.p.A., Via Gherardesca 1, 56121 Ospedaletto (PI)** (Tel. 050 3130224 - Fax 050 3130300). Nella lettera di accompagnamento dell'articolo, firmata da tutti gli Autori, deve essere specificato che i contributi sono inediti, non sottoposti contemporaneamente ad altra rivista, ed il loro contenuto conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca.

In caso di sperimentazioni su umani, gli Autori devono attestare che tali sperimentazioni sono state svolte secondo i principi riportati nella Dichiarazione di Helsinki (1983); gli Autori sono tenuti a dichiarare di aver ottenuto il consenso informato per la sperimentazione e per l'eventuale riproduzione di immagini. Per studi su cavie animali, gli Autori sono invitati a dichiarare che sono state rispettate le relative leggi nazionali e le linee guida istituzionali. Inoltre tutti i lavori devono contenere in allegato la seguente dichiarazione sottoscritta dagli Autori: "I sottoscritti autori del lavoro ... trasferiscono, nel caso della pubblicazione nel Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproduttiva, tutti i diritti d'Autore all'Editore e garantiscono l'originalità del contenuto e la non contemporanea valutazione del lavoro presso altre Riviste".

Conflitto di interessi

Gli Autori devono dichiarare se hanno ricevuto finanziamenti o se hanno in atto contratti o altre forme di finanziamento, personali o istituzionali, con Aziende i cui prodotti sono citati nel testo. *Questa dichiarazione verrà trattata dai Direttori come una informazione riservata*. I lavori accettati verranno pubblicati con l'accompagnamento di una dichiarazione ad hoc, allo scopo di rendere nota la fonte e la natura del finanziamento.

Responsabilità dei testi pubblicati

Gli Autori sono gli unici responsabili delle affermazioni contenute nell'articolo.

Esame dei manoscritti

La Redazione accoglie solo i testi conformi alle norme editoriali generali e specifiche per le singole rubriche. La loro accettazione è subordinata alla revisione critica di esperti, all'esecuzione di eventuali modifiche richieste ed al parere conclusivo dei Direttori scientifici. Gli Autori verranno informati dell'eventuale accettazione o meno dei manoscritti entro 60 giorni, salvo eventuali imprevedibili ritardi. Agli Autori è riservata la correzione ed il rinvio (entro e non oltre 72 ore dal ricevimento) delle sole prime bozze del lavoro. Le eventuali modifiche e correzioni devono essere ridotte al minimo e apportate esclusivamente sul-

le bozze di stampa. Un modulo per la richiesta ed il pagamento degli estratti verrà inviato unitamente alle bozze a cura dell'Editore.

Preparazione dei manoscritti

Il testo deve essere scritto preferibilmente con il programma Microsoft Word versione 6.0 o successive oppure salvato in formato .rtf (Rich Text Format) con interlinea 2, margine di 2,5 cm, 25 righe per pagina, carattere Times, corpo 12. Non utilizzare in nessun caso programmi di impaginazione grafica quali Publisher, Aldus Pagemaker o Quark X-press. Non formattare il testo in alcun modo (evitare stili, bordi, ombreggiature ...). Le immagini devono essere salvate in uno dei seguenti formati: JPEG-GFIF compliant (.jpg); Power Point (.ppt); Tagged Image File (.tif). I supporti devono essere etichettati con il nome del primo autore, il titolo del lavoro, il nome e la versione del programma utilizzato.

Nel caso di invio per posta, gli articoli in versione cartacea devono essere accompagnati dal relativo dischetto (3 1/2") in formato MS-DOS, Windows o Macintosh) o CD su cui è registrata l'ultima versione corretta del testo, corrispondente alla copia dattiloscritta. I dischetti devono riportare sull'apposita etichetta il nome del primo Autore, il titolo abbreviato dell'articolo, il tipo di sistema operativo (Dos o Macintosh), il programma di scrittura e la versione, il nome del/i file/s del/i documento/i. Ogni file deve obbligatoriamente essere accompagnato dalla relativa copia cartacea.

Norme generali per gli Autori

Il testo deve essere in lingua italiana o inglese. Qualora in italiano, gli Autori dovranno comunque fornire traduzione in Inglese di: titolo del lavoro, parole chiave, riassunto, didascalie delle tabelle e delle figure, delle domande di valutazione e delle relative risposte. Nel testo dell'elaborato non deve essere compreso il nome di nessuno degli Autori, né dell'Istituto di appartenenza, per permettere un processo di *peer revision* con modalità che permettono una valutazione da parte dei revisori senza conoscere l'identità degli Autori (revisione in doppio cieco).

Nella *prima pagina* devono comparire: il titolo, in italiano ed inglese; il nome per esteso e il cognome degli Autori e l'istituto o ente di appartenenza; le parole chiave, in italiano ed inglese (una lista di 3-10 parole chiave, conformi alle norme dell'*Index Medicus*) ai fini di un inserimento negli elenchi delle banche dati internazionali; la rubrica cui si intende destinare il lavoro (decisione che è comunque subordinata al giudizio della Direzione); il nome, l'indirizzo, il recapito telefonico e l'e-mail dell'Autore cui sono destinate la corrispondenza e le bozze.

Nella *seconda pagina* comparirà il riassunto (breve, non deve superare le 250 parole, ed adeguato all'estensione del testo) in Italiano ed Inglese (*summary*). Il riassunto, che, non dovrà essere semplicemente descrittivo, bensì indicare con precisione lo scopo dello studio, i principali risultati, riportando, se possibile i dati specifici, ed infine le conclusioni essenziali, secondo il seguente schema: Premessa, Scopo, Metodi, Risultati, Conclusioni. Si richiede di utilizzare solamente le abbreviazioni riconosciute a livello internazionale. Nella sezione Scopo va sintetizzato con chiarezza l'obiettivo (o gli obiettivi) del lavoro, vale a dire l'ipotesi che si è inteso verificare; nei Metodi va riportato il contesto in cui si è svolto lo studio, il numero e il tipo di soggetti analizzati, il disegno dello studio (randomizzato, in doppio cieco ...), il tipo di trattamento e il tipo di analisi statistica impiegata. Nella sezione Risultati vanno riportati i risultati dello studio e dell'analisi statistica. Nella sezione Conclusioni va riportato il significato dei risultati soprattutto in funzione delle implicazioni cliniche.

A seguire il testo che potrà essere scritto in italiano o in inglese e suddiviso nelle seguenti sezioni: Introduzione, Metodi, Risultati e Discussione. Le note esplicative, i ringraziamenti, la bibliografia, le legende e le tabelle dovranno essere riportate nelle ultime pagine su fogli separati, con i testi dattiloscritti come sopra.

La *bibliografia* va limitata alle voci essenziali identificate nel testo con numeri arabi ed elencate al termine del manoscritto nell'ordine in cui sono state citate. Devono essere riportati i primi sei Autori, eventualmente seguiti da et al. Le riviste devono essere citate secondo le abbreviazioni riportate su *Index Medicus*.

Esempi di corretta citazione bibliografica per:

Articoli e riviste:

Bisset WM, Watt JB, Rivers RPA, Milla PJ. *Postprandial motor response of the small intestine to enteral feeds in preterm infants*. Arch Dis Child 1989;64:1356-61.

Libri:

Smith DW. *Recognizable patterns of human malformation*. Third Edition. Philadelphia: WB Saunders Co. 1982.

Capitoli di libri o Atti di Congressi:

Milla PJ. *Electrogastrography in childhood: an Overview*. In: Chen JDZ, McCallum RW, eds. *Electrogastrography Principles and Applications*. New York: Raven Press Ltd 1994, p. 379-96.

- Le *unità di misura*. Tutte le misurazioni dovranno essere espresse in unità SI (*Système International*), riportando eventualmente di seguito, tra parentesi i medesimi dati in unità convenzionali.
- Le *abbreviazioni*. Ad eccezione che per le unità di misura riconosciute, le abbreviazioni sono sconsigliate. La prima comparsa di una abbreviazione deve sempre essere preceduta dal termine completo che la stessa sostituisce.
- I *nomi di farmaci*. Si deve impiegare il nome generico. Se gli autori lo desiderano il nome commerciale può essere indicato in calce.
- I *permessi*. Il materiale desunto da altre fonti dovrà sempre essere accompagnato dal permesso scritto sia dell'Autore che dell'Editore per la riproduzione sulla rivista.
- Il *Copyright*. La rivista è protetta da copyright. Una dichiarazione per il trasferimento alla rivista dei diritti d'autore, verrà apposta tramite timbro, sulle prime bozze di stampa e dovrà essere firmata dall'autore.
- I *ringraziamenti, indicazioni di grants o borse di studio*, vanno citati al termine della bibliografia.
- Le *note*, contraddistinte da asterischi o simboli equivalenti, compariranno nel testo, a piè di pagina.
- I *termini matematici*, formule, abbreviazioni, unità e misure devono conformarsi agli standards riportati in Science 1954;120:1078.
- Le *Tabelle* devono essere pienamente comprensibili e completare il testo, evitando ripetizioni dello stesso. Devono essere contenute nel numero (evitando di presentare lo stesso dato in più forme), dattiloscritte una per pagina e numerate progressivamente con numerazione romana e contraddistinte da una didascalia precisa (in italiano e in inglese) riprodotte con interlinea 2 su figli separati. Si consiglia di compilare le tabelle con un numero di colonne compreso fra 6 e 12. Nel testo della tabella e nella legenda utilizzare, nell'ordine di seguito riportato, i seguenti simboli: *, †, ‡, §, ¶, **, ††, ‡‡ ...
- Le *Figure*, per gli invii per posta, vanno riprodotte in foto. I grafici e i disegni possono essere in fotocopia purché di buona qualità. Le figure devono essere numerate e devono riportare sul retro, su un'apposita etichetta, il nome dell'Autore, il titolo dell'articolo, il verso (alto). Ogni figura dovrà essere corredata da didascalia in italiano e inglese. Gli Autori sono invitati ad inviare le illustrazioni su dischetto, secondo le seguenti norme: salvare le immagini in files separati dal testo e dalle tabelle. È possibile utilizzare dischetti da 31/2", Iomega Zip o CD. Inviare immagini esclusivamente in formato TIFF o EPS, oppure in formato JPEG. Inserire nel nome del file un'estensione che identifichi il formato del file (esempio: .tif; .eps; .jpeg; .ppt).
- Le *domande*: per il numero di domande da allegare si faccia riferimento alla sezione delle norme specifiche per le singole rubriche.

Norme specifiche per le singole rubriche

1. *Editoriali*: sono intesi come brevi considerazioni generali e pratiche su temi d'attualità o di commento ad articoli originali, in lingua italiana o inglese, sollecitati dai Direttori o dai componenti il Comitato di redazione. È omesso il riassunto.
2. *Articoli originali*: comprendono lavori che offrono un contributo

nuovo o frutto di una consistente esperienza, anche se non del tutto originale, in un determinato settore. Nell'ottica del carattere educazionale della rivista, anche gli articoli originali devono dedicare una parte significativa delle sezioni "Introduzione" e "Discussione" allo stato dell'arte dell'argomento. Devono anche essere allegate 3-5 domande a scelta multipla (ognuna con almeno 3 possibili risposte, e quella corretta evidenziata in grassetto). È prevista la seguente strutturazione: introduzione, materiale e metodi, risultati, discussione e conclusioni. Il testo non dovrebbe superare le 15 pagine dattiloscritte comprese iconografia, bibliografia e riassunto (che deve essere strutturato, max. 250 parole, v. "Norme generali per gli Autori"). Legenda di tabelle e figure a parte.

3. *Articoli di aggiornamento*: possono anche essere commissionate dai Direttori. Di regola non devono superare le 20 pagine dattiloscritte, comprese tabelle, figure e voci bibliografiche. Legenda di tabelle e figure sono a parte. Il riassunto deve essere di max 200 parole. Devono essere allegati 3 gruppi di 3-5 domande a scelta multipla (ognuna con almeno 3 possibili risposte, e quella corretta evidenziata in grassetto): il primo gruppo ad 1/3 del manoscritto, il secondo a metà, ed il terzo alla fine.
4. *Articoli finalizzati alla formazione in tema di Evidence-Based Medicine*: in genere vengono commissionati dai Direttori. Sono da allegare 3 gruppi di 3-5 domande a scelta multipla (ognuna con almeno 3 possibili risposte, e quella corretta evidenziata in grassetto): il primo gruppo ad 1/3 del manoscritto, il secondo a metà, ed il terzo alla fine.
5. *Casi clinici*: il caso clinico dovrebbe essere di interesse generale ed illustrare l'applicazione di recenti Linee Guida internazionali al caso in esame tenendo conto delle indicazioni riportate nella letteratura scientifica per quanto attiene diagnosi, prognosi e terapia. Sono desiderabili casi clinici che descrivono le principali difficoltà che si incontrano nella pratica clinica o che hanno come oggetto problemi ancora irrisolti o inusuali nei processi decisionali che riguardano le patologie più comuni. Il caso clinico dovrebbe avere una lunghezza di circa tre pagine. Devono essere allegate 3-5 domande a scelta multipla (ognuna con almeno 3 possibili risposte, e quella corretta evidenziata in grassetto).
6. *Lettere al Direttore*: possono far riferimento anche ad articoli già pubblicati. In questo caso la lettera verrà preventivamente inviata agli Autori dell'articolo e l'eventuale risposta degli stessi pubblicata in contemporanea. La loro estensione non dovrebbe superare le due pagine dattiloscritte, precedute dal titolo.

Promemoria per gli Autori

Lettera di accompagnamento dell'articolo con dichiarazione di originalità e di cessione dei diritti all'editore e, se del caso, che gli Autori sono in possesso del consenso informato dei pazienti alla sperimentazione e/o alla riproduzione delle immagini.

Titolo, parole chiave, riassunto e didascalie in italiano e in inglese.

Invio preferenziale per e-mail all'indirizzo Info@pacineditore.it

Gli **estratti** sono addebitati agli Autori a prezzo di costo. Assegni e vaglia vanno inviati a:

Giornale Italiano di Medicina Sexuale e Riproduttiva

Pacini Editore S.p.A., via Gherardesca, 56121 Ospedaletto (PI).

Abbonamenti

Il Giornale Italiano di Medicina Sexuale e Riproduttiva è trimestrale. I prezzi degli abbonamenti annuali per i non Soci sono i seguenti: Italia 61; estero 71. Questo fascicolo 21.

Le richieste di abbonamento e ogni altra corrispondenza relativa agli abbonamenti vanno indirizzate a:

Giornale Italiano di Medicina Sexuale e Riproduttiva

Pacini Editore S.p.A., via Gherardesca, 56121 Ospedaletto (PI)

Tel. 050 313011 – Fax 050 3130300

abbonamenti@pacineditore.it • <http://www.pacineditore.it>

Finito di stampare presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A. – Ottobre 2007

Information for authors including editorial standards for the preparation of manuscripts

The *Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproduttiva – Italian Journal of Sexual and Reproductive Medicine* – is the official journal of the Italian Society of Andrology in the field of Medical Education. It publishes both in Italian and English, contributions in the form of editorials, updates, original articles, Evidence-based Medicine articles, case reports, letters to the Editor.

Each contribution undergoes a double-blind peer-reviewing process and is evaluated on the basis of the most recent Guidelines and International Consensus Conferences.

The eventual acceptance of articles for publication is conditional upon the implementation of any changes requested by reviewers, and the final decision of the Editor.

Authors will be informed about acceptance of the manuscript within 60 days; they will be given 72 hours for proof-correction (only a set of proofs will be sent to Authors): corrections should be reduced to the minimum and must be made directly on the received proofs. A form for reprints order and payment will be sent together with the proofs.

Manuscripts submission

The manuscript to be submitted for publication should be sent by regular mail or E-mail (preferred way) to:

Lucia Castelli, Editorial Office – Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproduttiva, Pacini Editore S.p.A., Via Gherardesca 1, 56121 Ospedaletto (PI) (Tel. +39050 3130224 - Fax +39050 3130300) E-mail: lcastelli@pacinieditore.it

A separate covering letter, signed by every Author, must state that the material submitted has not been previously published, and is not under consideration (in whole or in part) elsewhere, and that it is conform with the regulations currently in force regarding research ethics. If an experiment on humans is described, a statement must be included that the work was performed in accordance with the principles of the 1983 Declaration of Helsinki. The Authors are solely responsible for the statements made in their paper, and must state that they have obtained the informed consent of patients for their participation in the experiments and for the reproduction of photographs. For studies performed on laboratory animals, the authors must state that the relevant national laws or institutional guidelines have been adhered to.

All papers should also include a separate covering letter undersigned by all Authors stating that, if and when the manuscript is accepted for publication, the authors hand over the transferable copyrights of the accepted manuscript to the publisher; and that the manuscript or parts thereof will thus not be published elsewhere, in any language, without the consent of the copyright holder. Copyrights include, without spatial or time limitation, the mechanical, electronic and visual reproduction and distribution; electronic storage and retrieval; and all other forms of electronic publication or any other types of publication including all subsidiary rights.

Conflict of Interests

In the letter accompanying the article, Authors must declare if they got funds, or other forms of personal or institutional financing – or even if they are under contract – from Companies whose products are mentioned in the article. *This declaration will be treated by the Editor as confidential, and will not be sent to the referees.* Accepted works will be published accompanied by a suitable declaration, stating the source and nature of the financing.

The following indications are based on the *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (Br Med J 1988;296:6/2).

Manuscript preparation

The text must be typewritten in either Italian or English. Word 6.0 or following versions are preferred (save files in DOC or .RTF format, 25 lines per page, double line spacing and 2,5 cm margins, font Times 12). Do not use desktop publishing programmes such as Aldus Pagemaker, Quark X-Press or Publisher. Retain from complex formatting.

Picture should be submitted as separate files from text files, on separate diskettes or cartridges. 3 1/2 diskettes, Iomega Zip, and CDs can be submitted. Submit only TIFF, JPEG or PPT files, with a minimum resolution of 300 dpi and 10 x 15 cm format.

Figures in the form of photographs must be provided in 3 original copies, labelled and numbered on the back, with the indication of the Author, of the title of the article and of the top of the picture.

Diskettes/CDs containing texts and/or figures should be labelled with the last name of the first author, an abbreviated title of the manuscript, computer type, word processing programme and version, and file name(s) of the document(s).

A typewritten copy must always be included.

General instructions for Authors

Text must be written in Italian or English. If the text is in Italian, Authors should provide the English translation of:

- title;
 - key words;
 - an abstract;
 - captions and legends for all tables and figures;
 - questions and answers for the education section.
- No name of Authors or Institutions should appear in the text in order to have a full double-blind peer-reviewing process.
- On the *first page* of the manuscript should appear:
- title (in Italian and English);
 - full name of Authors;
 - institute or organisation to which each author is affiliated;
 - a set of key-words (from 3 to 10, conforming to the *Index Medicus* rules);
 - the category under which the authors intend the work to be published (although the final decision here rests with the Editor);
 - the *name, mailing address, and telephone and fax numbers* of the author to whom correspondence and the galley proofs should be sent.

The *second page* should contain the abstract (concise, less than 250 words) in Italian and English: the abstract must be subdivided into the following sections: Background, Objective(s), Method(s), Results, Conclusion(s). In the Aim section, the aim (or the aims) of the work must be clearly summarised (i.e., the hypothesis the Authors want to verify); in the Method(s) section, the Authors must report the context of the study, the number and the kind of subjects under analysis, the kind of treatment and of statistical analysis used. In the Results section are reported the results of the study and of the statistical analysis. In the Conclusions section is reported the significance of the results with regard to clinical implications.

Authors are asked to use only abbreviations internationally accepted.

The following pages should contain the text written in Italian or English: the text must be subdivided into the following sections: Introduction, Method(s), Results, Discussion.

At the end of the text should appear the *bibliography*, the legends to the tables and figures.

The bibliography must be limited to the most essential and relevant references, identified in the text by Arabic numbers and listed at the end of the manuscript in the order in which they are cited. The format of the

references in the bibliography section should conform with the examples provided in N Engl J Med 1997;336:309-15. The first six Authors must be indicated, followed by et al. Journals should be cited according to the abbreviations reported on Index Medicus.

Examples of the correct format for bibliographic citations:

Journal/articles:

Bisset WM, Watt JB, Rivers RPA, Milla PJ. *Postprandial motor response of the small intestine to enteral feeds in preterm infants*. Arch Dis Child 1989;64:1356-61.

Books:

Smith DW. *Recognizable patterns of human malformation*. Third Edition. Philadelphia: WB Saunders Co. 1982.

Chapters from books or material from conference proceedings:

Milla PJ. *Electrogastrography in childhood: an Overview*. In: Chen JDZ, McCallum RW, eds. *Electrogastrography Principles and Applications*. New York: Raven Press Ltd 1994, p. 379-96.

- All units of measurement should be reported in the metric system in the terms of the International System of Units (SI), reporting in parentheses, if necessary, the same data in conventional units.
- Abbreviations should be avoided unless they are standard units of measurement. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use in the text.
- Drugs should be referred to by their chemical name; the commercial name should be used only when absolutely unavoidable (capitalizing the first letter of the product name).
- If a figure or a text has been published, acknowledge the original source and submit written permission from the copyright holder to reproduce the material. Permissions are required irrespective of authorship or publisher, except for documents in public domain.
- A statement for copyright assignment to the journal will be included in the proofs and must be signed by the Author.
- Acknowledgements and the citation of any grants or other forms of financial support should be provided after the bibliography.
- Notes to the text, indicated by asterisks or similar symbols, should appear at the bottom of the relevant page.
- Mathematical terms and formulae, abbreviations, and units of measure should conform to the standards set out in *Science* 1954;120:1078.
- Tables (in 3 copies) must be limited in number (the same data should not be presented twice, in both the text and tables), typewritten one to a page, and numbered consecutively with Roman numbers. In the text and legend of the tables, Authors must use, in the exact order, the following symbols: *, †, ‡, ¶, **, ††, ‡‡ ...
- Figures in the form of photographs must be provided in 3 original copies, labelled and numbered on the back, with the indication of the Author, of the title of the article and of the top of the picture.
- Please check the section devoted to specific instructions for the number of questions to provide.

Specific instructions for the various categories of papers

1. *Editorials* (written on the invitation of the Editor or a member of the Editorial Board) are brief discussions of the general and practical aspects of topics of current interest. They should be written in Italian or English; no abstract is necessary.
2. *Original articles* represent reports of new and original work, or descriptions of a consolidated body of experience (even if not entirely original) in a given field. Due to the educational mission of the journal, original article should devote part of the Introduction and Discussion sections to the state-of-the-art on the subject. 3 multiple-choice questions should be included (each of them with 3 different answers, the right one in bold). The text must be sub-divided into the following sections: Introduction, Materials and methods, Results, Discussion, and Conclusions. The text must not exceed 15 typewritten pages, pictures, bibliography and summary included (legend of figures and tables apart). The abstract, must be less than 250 words

and must be subdivided into the following sections: *Objective(s), Method(s), Results, Conclusion(s)* (see "General instructions for Authors").

3. *Update articles* may be submitted for consideration by authors, or may be written on the invitation of the Editor. They should not exceed 20 typewritten pages, including the bibliography, tables, and figures (but not including the legends). Abstract must be less than 200 words. 3 groups of 3-5 multiple-choice questions should be included (each of them with 3 different answers, the right one in bold). The first group after 1/3 of the article; the second at the half of the article, the last at the end of the article.
4. *Evidence-based-medicine education articles*: written on the invitation of the Editor or a member of the Editorial Board. 3 groups of 3-5 multiple-choice questions should be included (each of them with 3 different answers, the right one in bold). The first group after 1/3 of the article; the second at the half of the article, the last at the end of the article.
5. *Case reports* will be considered for publication only if they describe very rare cases or are of particular didactic interest. The presentation should include a clear exposition of the case and a discussion of the differential diagnosis. The text must be concise (less than three pages), and furnished with no more than 1 or 2 figures or tables, and with a few essential bibliographic references. 3-5 multiple-choice questions should be included (each of them with 3 different answers, the right one in bold).
7. *Letters to the Editor* may address problems of current interest in the area of andrology, or may comment on articles that have recently appeared in the journal. In the latter case, the letter will be sent to the authors of the article in question and their eventual reply will be published together with the letter. Letters to the editor should be written in Italian, must not exceed 2 typewritten pages, and must be furnished with a title.
8. *Reviews of books*. The journal reserves the right to publish reviews (either unsolicited or written on the invitation of the Editor) of books. The text should be in Italian, and should not exceed 1 to 2 typewritten pages.

Memorandum for Authors

The Authors should send a letter accompanying their article containing a declaration to the effect that the work being submitted is original and that copyright is transferred to the publisher; moreover, if necessary, the Authors should state that informed consent on the part of the patients has been obtained for their participation in the experiments and/or for publication of photographs.

Title, key-words, summary, captions in Italian and English. Preferably send article by e-mail to Info@pacineditore.it

Authors are charged cost price for **off-prints**. Cheques and money orders should be sent to:

Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproducttiva
Pacini Editore S.p.A., via Gherardesca, 56121 Ospedaletto (PI), Italy.

Subscriptions

The Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproducttiva is published every three months. Subscriptions rates for non-members are the following: Italy 61; Abroad 71; Single issue 21.

Subscriptions form should be addressed to:

Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproducttiva
Pacini Editore S.p.A., via Gherardesca, 56121 Ospedaletto (PI), Italy – Tel. +39 050 313011 – Fax +39 050 3130300

Società Italiana di Andrologia

Presidente

Vincenzo Gentile

L'andrologo e la salute maschile tra natura, ambiente e cultura

XXIV Congresso Nazionale

Ancona

Teatro delle Muse

7-10 novembre 2007

Presidente del Congresso

Giovanni Muzzonigro

Coordinatore Scientifico Locale

Massimo Polito

Segreteria Scientifica

S.I.A.

Società Italiana di Andrologia
Via L. Bellotti Bon 10 – 00197 Roma
Tel. e Fax +39 06 80691301
sia@andrologiaitaliana.it
www.andrologiaitaliana.it

Segreteria Organizzativa

CONGREDIOR

Organizzazione Congressi
Vicolo della Regina 20 – 60122 Ancona
Tel. +39 071 2071411 – Fax +39 071 2075629
info@congedior.it
www.congedior.it

Società Italiana di Andrologia

Comitato Esecutivo

Presidente

Vincenzo Gentile

Past-president

Edoardo Austoni

Segretario

Bruno Giammusso

Tesoriere

Giorgio Piubello

Consiglieri

Ciro Basile Fasolo

Alessandro Palmieri

Gianfranco Savoca

Delegato Nazionale per le Sezioni Regionali

M. Antonella Bertozzi

Commissione Scientifica

Presidente

Fulvio Colombo

Carlo Bettocchi

Giorgio Franco

Andrea Salonia

Francesco Sasso

Silvia Voliani

S.I.A.

Società Italiana di Andrologia
Via L. Bellotti Bon 10 – 00197 Roma
Tel. e Fax +39 06 80691301
sia@andrologiaitaliana.it
www.andrologiaitaliana.it

Indice sintetico

Editoriale	S1
La pratica andrologica	S2
Educazione, fattori di rischio e prevenzione in Andrologia	S4
Disfunzioni sessuali maschili	S7
Il paziente con disfunzione erettile	S8
Diagnostica	S8
Terapie orali	S9
Farmacoprotesi intracavernosa	S13
Chirurgia protesica peniena	S14
Disfunzione erettile – sottogruppo Neurogeni	S19
Disfunzione erettile – sottogruppo BPH/LUTS	S19
Disfunzione erettile – sottogruppo Neoplasia Prostatica	S21
Disfunzione erettile – sottogruppo Neoplasia Vescicale	S27
Disturbi eiaculatori/orgasmici	S28
Pene curvo (congenito ed acquisito)	S30
Terapie non chirurgiche	S30
Chirurgia non protesica	S32
Chirurgia protesica	S36
Neoplasie del pene	S39
Altra chirurgia peniena	S42
Chirurgia dell'uretra	S43
Trauma penieno e perineale	S46
Priapismo	S47
Problematiche dimensionali del pene	S48
Funzione sessuale maschile e tossicodipendenze	S50
Disfunzioni sessuali femminili	S53
Transessualismo	S56
Sessuologia	S58
Disendocrinie	S60
Infertilità maschile	S64
Fisiopatologia	S64
Diagnostica	S66
Terapia medica	S68
Tecniche chirurgiche nelle azoospermie	S71
Neoplasie e fertilità	S73

Varicocele	S76
Fisiopatologia	S76
Diagnosi	S76
Trattamento	S78
Patologia delle vie seminali	S83
Patologia testicolare	S85
Patologie prostatiche	S89
Indice degli Autori	S91

Indice

Editoriale	S1
La pratica andrologica	S2
P 55. La formazione filosofica pratica medica in Andrologia: ricerca sul miglioramento del dialogo medico/paziente P. Pasquini, A. Casarico, G. Capponi, M. Maffezzini, V. Bijelic.	S2
C 24. Impatto della <i>public-awareness</i> in epoca di inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5. Risultati preliminari presso un Centro accademico di riferimento A. Salonia, F. Pellucchi, L. Rocchini, F. Abdollah, R. Matloob, A. Briganti, F. Dehò, G. Zanni, A. Gallina, P. Rigatti, F. Montorsi.	S2
Gc 4. La sessualità nell'anziano e la dimensione socio-sanitaria S. Campo, F. Magliozzo, G. Campo, G. Pomara.	S3
Educazione, fattori di rischio e prevenzione in Andrologia	S4
C 56. Esperienza di un corso di educazione alla salute in un scuola superiore G. Benedetto, F. Nigro, E. Scremin, G. Abatangelo, A. Tasca.	S4
P 50. Fattori di rischio nell'adolescenza: ieri, oggi e ... domani I. Bianchessi.	S4
C 25. Disfunzione erettile e <i>Framingham Score</i> : una nuova proposta di prevenzione primaria nel paziente andrologico G. Sidoti, C. Crisafulli, M. Ignazio, M. Zammataro.	S5
C 26. La disfunzione erettile come <i>marker</i> precoce di danno ischemico cerebrale P.M. Michetti, E. Vicenzini, M. Zaccagnini, M. Altieri, V. Di Piero, M. Ciccariello, H. Shahabadi, C. De Dominicis. ...	S5
Disfunzioni sessuali maschili	S7
Gc 3. Il questionario di valutazione del disagio sessuale maschile (SDEQM): validazione psicometrica V. Ugolini, E. Macri, M. Capone, C. Ceruti, G. Franco, V. Gentile, B. Giammusso, G.M. Ludovico, E.S. Pescatori, F. Pirozzi Farina, G. Piubello, T. Scalvini, M. Soli, P. Turchi, L. Vaggi, M. Vetri.	S7
Il paziente con disfunzione erettile	S8
Diagnostica	S8
C 27. Ecocolordoppler penieno-dinamico e <i>audio-visual sexual stimulation</i> dopo somministrazione di vardenafil. Risultati di uno studio prospettico <i>single-blind</i> G. Campo, G. Pomara, F. Menchini Fabris, G.F. Menchini Fabris, R. Minervini, G. Morelli.	S8
Terapie orali	S9
C 23. Teoria farmacogenomica sugli effetti indesiderati e degli effetti positivi di soddisfazione sulla vita sessuale in pazienti in somministrazione controllata e a scopo non terapeutico di tadalafil C. Battiato, S. Dammino, N. Burrello, S. La Vignera, G. Di Caro, C. Romeo, S. Mangiameli, F. Nicolosi, S. Faro, F. Calzavara, S. Caramma, C. Di Mauro, E.S.D. Vicari.	S9
P 1. Dosaggio dei livelli di ossido nitrico penieno e sue variazioni dopo trattamento con inibitori delle fosfodiesterasi (sildenafil) A. Zucchi, C.A. Palmerini, L. Mearini, A. Giannantoni, M. Bitelli, G. Arienti.	S9
P 3. <i>Patterns</i> di trattamento della DE con gli inibitori della PDE5 nella pratica clinica: la severità della DE alla <i>baseline</i> influenza la "fedeltà" del paziente al farmaco. Dati italiani dello <i>Erectile Dysfunction Observational Study</i> (EDOS) F. Mangiapia, C. Vicentini, G. Spera, S. Di Lena, F. Gattuccio, F. Pirozzi Farina, S. Leoni, U. Jacobellis, A. Rossi, R. Sicuteri, F. Fusco, G. De Stefano, D. Arcaniolo, V. Mirone.	S10

P 4.	Efficacia del trattamento della DE con gli inibitori della PDE5 nel contesto della reale pratica clinica in Italia: dati longitudinali dello <i>Erectile Dysfunction Observational Study</i> (EDOS) F. Fusco, A. Pizzocaro, E. Ghigo, R. Rago, G. Vaccarella, F. Mantero, P. Scarano, F. Romanelli, R. Sicuteri, A. Rossi, V. Mirone	S11
P 5.	<i>Patterns</i> di trattamento con gli inibitori della PDE5 nel contesto della reale pratica clinica in Italia: dati longitudinali dello <i>Erectile Dysfunction Observational Study</i> (EDOS) F. Fusco, M. Boscaro, F. Montorsi, G. Di Santo, G. De Grande, C. D'Agata, A. Pagliarulo, R.M. Scarpa, A. Rossi, R. Sicuteri, V. Mirone	S11
P 7.	Sildenafil citrato vs. tadalafil nel trattamento della DE: la preferenza dei pazienti italiani e le motivazioni della loro scelta F. Fusco, A. Lembo, G.M. Ludovico, F. Pirozzi Farina, F. Montorsi, G.F. Menchini Fabris, R. Sicuteri, A. Rossi, V. Mirone	S12
P 10.	Disfunzione erettile ed ansia: studio preliminare sull'utilizzo di escitalopram G. Corretti, I. Baldi	S13
Farmacoprotesi intracavernosa		S13
C 40.	Farmacoprotesi intracavernose: follow-up mediano a 120 mesi A. Salonia, L. Barbieri, A. Gallina, A. Briganti, F. Dehò, G. Zanni, N. Suardi, E. Strada, F. Sozzi, G. Petralia, P. Rigatti, F. Montorsi	S13
Chirurgia protesica peniena		S14
C 20.	5 anni di esperienza con l'impianto gonfiabile per disfunzione erettile Titan Resist R. Virag	S14
C 21.	Complicanze della chirurgia di protesi peniena tricomponente AMS 700 CX InhibiZone®. Risultati di uno studio multicentrico su 85 pazienti G. Abatangelo, C. Dadone, E. Conti, G. Arena, G. Fasolis, A. Tasca	S15
C 44.	Studio sulla qualità di vita dei pazienti sottoposti ad impianto di protesi peniena G. Campo, G. Pomara, F. Menchini Fabris, D. Paperini, R. Pagni Riccardo, J. Kuncova, A. Mogorovich, G. Morelli ..	S15
P19.	<i>Riassembling</i> del pene con cappuccio cavernoso di <i>surgisis</i> in paziente con deviazione laterale del glande e diastasi dei corpi cavernosi L. Rolle, C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, E. Galletto, D. Fontana	S16
P 21.	Allungamento penieno mediante dilatatori intracavernosi Apollo (R) nel trattamento dell'accorciamento penieno secondario a fibrosi G. Abatangelo, C. Dadone, F. Nigro, G. Benedetto, A. Tasca, G. Arena	S16
P 25.	Protesi peniene: 10 anni di esperienza di un singolo centro G. Morelli, G. Campo, F. Menchini Fabris, G. Pomara, D. Paperini, R. Pagni, G. Giannarini, R. Minervini	S17
P 26.	Il trattamento delle complicanze nella chirurgia protesica: risultati dopo 16 anni G. Morelli, G. Campo, S. Sandri, M. Ruggieri, B. Gorgone, M. Mensi, M. Marzotto Caotorta	S18
V 10.	Esperienza preliminare con la nuova protesi tricomponente AMS 700CX con il nuovo attivatore G. Abatangelo, G. Benedetto, F. Nigro, E. Scremin, P. Ferrarese, A. Tasca	S18
Disfunzione erettile – sottogruppo Neurogeni		S19
P 6.	Tadalafil in pazienti italiani con disfunzione erettile e danno midollare G. Del Popolo, O. Risi, M. Marzotto Caotorta, R. Carone, P. Di Benedetto, A. Massone, E. Razzoli, A. Rossi	S19
Disfunzione erettile - sottogruppo BPH/LUTS		S19
C 45.	Studio osservazionale, prospettico su persistenza, peggioramento o miglioramento della funzione sessuale in pazienti affetti da IPB ed in terapia esclusiva con finasteride o dutasteride G. Campo, G. Pomara, F. Menchini Fabris, G. Morelli, G.F. Menchini Fabris, F. Francesca, R. Minervini	S19
P 13.	Ipertrofia prostatica benigna e disfunzione erettile: esperienza preliminare di trattamento combinato con tadalafil 5 mg al giorno e tamsulosina R. Giacomobono, P. Bellesi, U. Locunto, V. Lombardo, C. Lombardi, A. Zucchi, S. Stefanucci	S20

C 29.	Effetti della dutasteride sulla funzione sessuale dopo trattamento per ipertrofia prostatica benigna (IPB) G. Paulis, R. D'Ascenzo, P. Nupieri, T. Brancato, P. Valenti	S21
Disfunzione erettile – sottogruppo Neoplasia Prostatica		S21
C 30.	Le modificazioni del comportamento sessuale nei pazienti candidati a prostatectomia radicale E. Conti, D. Croce, M. Cordero, S. Lacquaniti, P.P. Fasolo, L. Puccetti, R. Mandras, D. Rosso, G. Fasolis	S21
V 5.	La prostatectomia radicale laparoscopica robotica <i>nerve-sparing</i> G. Scalese, F. Ventrua, F. Portoghese, M. Romano, V. Disanto	S22
C 22.	Valutazione dell'efficacia della riabilitazione peniena con PGE1 nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale <i>nerve sparing</i> . Risultati preliminari A. Vitarelli, G. Lorusso, S. Telari, A. Pagliarulo	S22
P 8.	Riabilitazione sessuale dopo intervento di prostatectomia radicale G. Orlando, K. Christodoulakis, B. Rovereto	S23
P 9.	Esperienza triveneta nel recupero di funzione erettile dopo prostatectomia radicale <i>nerve sparing</i> D. Vecchio, M. Pastorello, M. Poluzzi, A. Molon, A. Mahlknecht, A. Galantini, A. Tamai, V. Gallo, S. Durante, A. Scardigli, G. Malossini, L. Luciani, A. Reich, S. Bosetti, G. De Giorgi, S. Bierti	S24
P 11.	Insuccesso nella valutazione preoperatoria degli aspetti relazionali e sessuali della coppia in pazienti candidati a prostatectomia radicale A. Salonia, G. Zanni, U. Capitanio, A. Saccà, A. Gallina, A. Briganti, F. Dehò, F. Pellucchi, F. Sozzi, P. Rigatti, F. Montorsi	S24
P 12.	Riabilitazione sessuale dopo prostatectomia radicale retropubica: studio clinico su 40 pazienti trattati con tadalafil e alprostadil G. Paulis, R. D'Ascenzo, P. Nupieri, T. Brancato, P. Valenti	S25
C 42.	Prostatectomie radicali <i>nerve sparing</i> : correlazione fra indice di funzionalità peniena e qualità di vita. Follow-up a 36 mesi A. Abbona, M. Paradiso, O. Sedigh, F. Liberale, U. Ferrando	S25
V 8.	Implantologia bicomponente peniena nei soggetti sottoposti a chirurgia pelvica: protesi peniena idraulica <i>excel</i> con <i>resist</i> pre-connessa: follow-up a 1 anno O. Sedigh, M. Paradiso, M.E. Graziano, F. Liberale, A. Abbona, U. Ferrando	S26
Disfunzione erettile – sottogruppo Neoplasia Vescicale		S27
V 6.	La cistectomia radicale laparoscopica <i>nerve-sparing</i> G. Scalese, F. Ventrua, F. Portoghese, M. Romano, V. Disanto	S27
Disturbi eiaculatori/orgasmici		S28
C 33.	Anorgasmia in pazienti con ipospermia e concomitante neuropatia diabetica C. Battiato, S. Dammino, S. Di Noto, F. Nicolosi, D. Nicolosi, L. Fondacaro, B. Giammusso, F. Calzavara, S. Battiato, S.A. La Vignera, E.S.D. Vicari	S28
C 28.	Nella coppia stabile l'eiaculazione precoce primitiva del maschio correla con un aumento della prevalenza di disfunzioni sessuali nella partner A. Curreli, F. Pirozzi Farina	S28
C 32.	Efficacia di vardenafil nel trattamento di uomini affetti da eiaculazione precoce M. Pili, R. Bruzziches, E.A. Greco, D. Francomano, G. Spera, A. Aversa	S29
Pene curvo (congenito ed acquisito)		S30
Terapie non chirurgiche		S30
C 43.	Trattamento infiltrativo precoce dell'IPP mediante utilizzo di siringa con meccanismo ergonomico a pistone F. Fioretti, A. Zucchi, E. Costantini, A. Giannantoni, G. Tuffu, L. Mearini	S30
C 49.	Idroelettroforesi transdermica nel trattamento della malattia di La Peyronie: studio osservazionale A. Gavazzi, T. Cai, A. Costanzi, E. Meliani, U. Farina, F. Melone, E. Sarti, A. Somavilla, N. Mondaini, R. Bartoletti ..	S30

C 59.	Trial preliminare aperto per valutare efficacia e sicurezza di tre differenti diluizioni di verapamil nella terapia intraplacca del morbo di la Peyronie G. Cavallini, F. Modenini, G. Vitali	S31
Chirurgia non protesica		S32
C 18.	Le corporoplastiche di raddrizzamento con tecnica a doppio petto senza circoncisione: 16 anni di esperienza G. Alei, P. Letizia, F. Ricottilli, G. Stefanizzi	S32
P 15.	Originale tecnica di corporoplastica su asse elicoidale nel trattamento degli incurvamenti penieni congeniti I. Gattuccio, F. Zangara, F. Montalto, S. Lo Giudice, M. Parrinello, F. Gattuccio	S32
P 23.	Pene curvo congenito: analisi dei risultati su 100 pazienti trattati con corporoplastica sec. Nesbit G. Morelli, G. Campo, P. Giorgio, F. Menchini Fabris, V. Ales, J. Kuncova, D. Paperini, G. Giannarini, R. Minervini . .	S33
V 1.	<i>Induratio penis plastica</i> : corporoplastica con innesto di mucosa buccale M. Porena, A. Zucchi, E. Mearini, E. Costantini, F. Fioretti, G. Tuffu, L. Mearini	S33
V 2.	Correzione di curvature severe del pene mediante incisione della tunica albuginea e <i>patch</i> di mucosa buccale. Esperienza preliminare L. Cormio, P. Annese, T. Corvasce, M. De Siatì, F.P. Turri, S. Pentimone, F. Lorusso, A. Perrone, G. Carrieri	S34
V 3.	Corporoplastica sec. Paulo Egydio con innesto di matrice di collagene S. Pecoraro, M. Silvani, D. Concone, D. Minocci	S34
P 52.	Corporoplastica sec. Nesbit per curvatura peniena congenita. Valutazione del grado di soddisfazione della coppia G. Campo, G. Pomara, F. Menchini Fabris, J. Kuncova, V. Ales, F. Manassero, R. Minervini, G. Morelli	S35
P 53.	Intervento di Lue con <i>patch</i> di vena safena in pazienti con curvatura peniena acquisita. Valutazione del grado di soddisfazione della coppia G. Campo, G. Pomara, F. Menchini Fabris, V. Ales, R. Pagni, J. Kuncova, F. Manassero, R. Minervini, G. Morelli . . .	S36
Chirurgia protesica		S36
C 19.	Chirurgia della IPP: valutazione multicentrica dei risultati della corporoplastica sec. Austoni F. Colombo, A. Cazzaniga, A. Guarneri, A. Zucchi, M. Porena, L. Rolle, D. Fontana, G.M. Ludovico, M. Silvani, D. Minocci, L. Vaggi, S. Pecoraro	S36
P 24.	Impianto di protesi semirigida associato a <i>patch grafting</i> nella chirurgia dell' <i>induratio penis plastica</i> : nostra esperienza E. Spera, M. Scarfini, E. Vannozzi, A. De Carolis, B. Iorio	S37
V 7.	Incurvamento a 90° da IPP: chirurgia di placca, impianto di protesi soffici e di <i>patch</i> in Gore-tex®. Esperienza preliminare G. Alei, P. Letizia	S38
Neoplasie del pene		S39
P 28.	Raro caso di carcinoma sarcomatoide a cellule squamose del pene F. Palmiotto, F. Bonaro, M. Cavaliere, V. Umbaca, A. Zappavigna, C. Zoccali	S39
P 32.	Terapia chirurgica funzionale dei tumori del pene G. Ughi, C. Daniele, A. Romano, G.P. Daniele, G. Capparelli, L. Spisani, C. Ippolito, M. Spurio	S39
P 33.	Tumori a cellule di Leydig: nostra esperienza L. Pola, P. Bastianello, G. Artuso, E. Cossaro, F. Sercia, F. Laganà, S. Benzzone, E. Andretta, P. Seren, A. Cisternino . . .	S40
V 4.	<i>Penile disassembly. Potency sparing</i> nei carcinomi del glande: note di tecnica chirurgica S. Pecoraro, M. Silvani, S. Quaranta, D. Minocci	S40
Altra chirurgia peniena		S42
P 34.	Gangrena di Fournier: nostra esperienza e fattori predittivi di evoluzione G. Benedetto, F. Nigro, G. Abatangelo, E. Scremini, A. Tasca	S42

Chirurgia dell'uretra	S43
C 15. La ricostruzione del prepuzio nella correzione dell'ipospadia G. Marrocco, G. Fiocca, G. Mangia, S.A. Vallasciani, F. Ferro	S43
C 17. Uretroplastica con ampliamento del piatto uretrale con <i>graft</i> cutaneo o mucoso per la correzione dell'ipospadia distale primitiva e recidiva in tempo unico F. Ferro, G. Marrocco, L. Nanni, S. Vallasciani	S43
C 52. L'impiego della uretro-Tc minzionale con ricostruzione 3D “ <i>volume rendering</i> ” nello studio delle stenosi dell'uretra anteriore. Esperienza preliminare A. Moiso, P. Polledro, G. Aimè, A. Leone, G. Fontana	S44
P 16. Complicazioni dell'uretrotastica in due tempi secondo Bracka S. Vallasciani, A. Spagnoli, A. Borsellino, L. Martini, F. Ferro	S44
C 16. Disturbi dell'eiaculazione e neuro-vascolari penieni dopo chirurgia dell'uretra bulbare. Indagine retrospettiva su 60 pazienti sottoposti ad anastomosi termino-terminale per stenosi dell'uretra bulbare G. Romano, M. de Angelis, M. Lazzeri, G. Barbagli	S45
Trauma penieno e perineale	S46
C 50. Nuove acquisizioni nella frattura dei corpi cavernosi A.F. De Rose, A. Simonato, F. Toncini, G. Carmignani	S46
P 18. Rottura dei corpi cavernosi: quale accesso? A. Cavaliere, F. D'Amico, C. Leonardo, G. Del Vecchio, D. Dente, M. Telera, G. Franco	S46
Priapismo	S47
P 35. Priapismo arterioso da bicicletta: una nuova preoccupante realtà A.F. De Rose, G. De Caro, A. Simonato, G. Carmignani	S47
P 36. Priapismo recidivante, resistente alle terapie convenzionali associato ad anemia falciforme: una nuova soluzione terapeutica M. Carrino, R. Aponte, S. Costantini, P. Brigante, A. Oliva, D. Mattace Raso	S47
Problematiche dimensionali del pene.	S48
V 9. Impianto di protesi peniena idraulica tricomponente (AMS 700 CX con InhibiZone®) in paziente con disfunzione erettile secondaria a falloplastica di ampliamento G. Alei, P. Letizia	S48
P 20. Falloplastica di allungamento con l'uso del “distanziatore pubo cavernoso in silicone”: analisi dei risultati dopo 8 anni G. Alei, P. Letizia, F. Ricottilli, G. Stefanizzi	S48
P 22. Falloplastica oggi J. Salhi, M. Del Prete	S49
Funzione sessuale maschile e tossicodipendenze	S50
Gc 5. Disfunzione erettiva in consumatori abituali di cannabis: associazione tra aumento dell'indice Homa e presenza di disfunzione endoteliale in giovani normopeso A. Aversa, F. Rossi, R. Bruzziches, C. Bertone, D. Francomano, M. Pili, E.A. Greco, V. Santemma, G. Spera	S50
Gc 6. Sesso e droga: in che misura l'eroina viene usata per migliorare le prestazioni sessuali? G. La Pera, A. Carderi, Z. Marianantoni, S. Livi, M. Lentini, T. Macchia	S51
C 31. Eiaculazione precoce e disfunzione erettile come causa determinante dell'inizio di una tossicodipendenza nei giovani adolescenti maschi G. La Pera, A. Carderi, Z. Marianantoni, M. Lentini, F. Taggi	S51

Disfunzioni sessuali femminili	S53
C 51. Studio ultrastrutturale dei corpi cavernosi clitoridei: risultati preliminari S. Caruso, V. Zuccalà, G. Intelisano, L. di Mari, M.E. Gagliardi, V. Cavallari	S53
P 47. Anorgasmia femminile in pazienti con varicocele pelvico e concomitante dispareunia C. Battiato, N. Burrello, E. Vicari, S. La Vignera, A.E. Calogero, M. Greco, S. Battiato, S. Di Noto.	S53
P 48. Valutazione dell'impatto sulla sessualità in donne sottoposte ad intervento di TVT per stress <i>incontinence</i> G. Benedetto, F. Nigro, G. Abatangelo, E. Scremin, A. Tasca	S54
P 49. Gli <i>step</i> dei disturbi sessuali della donna nella terza età M. Riccio	S54
Transessualismo	S56
C 46. Riassegnazione chirurgica del sesso in transessualismo androgenoide: evoluzione della tecnica chirurgica e complicanze a medio e lungo termine M. Soli, E. Brunocilla, A. Bertaccini, F. Palmieri, M. Urbinati, B. Barbieri, G. Martorana.	S56
C 47. Riassegnazione chirurgica dei caratteri sessuali nel disturbo di identità di genere androgenoide: considerazioni sui primi 200 casi C. Trombetta, G. Liguori, S. Bucci, L.M. Salamè, A. Amodeo, G. Ocello, S. Benvenuto, E. Belgrano	S56
C 48. Riattribuzione chirurgica dei caratteri sessuali in senso androgenoide: i primi due anni del C.I.D.Ge.M. di Torino L. Rolle, C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, C. Negro, A. Cugiani, D. Fontana	S57
Sessuologia	S58
P 54. Sessoanalisi: approccio specifico alla sessualità maschile D. Trotta	S58
P 51. Il Counseling sessuologico nella gestione dei pazienti con disturbi dell'ejaculazione E. Italiano, C. Lanzarone, S. Vasto	S58
Disendocrinie	S60
C 41. <i>Ageing male</i> : effetti positivi di una terapia combinata con testosterone gel transdermico e tadalafil in pazienti con LOH (<i>late-onset hypogonadism</i>) e (DE) disfunzione erettile C. Battiato, S. Dammino, F. Nicolosi, F. Calzavara, S. La Vignera, C. Romeo, S. Mangiameli, C. Di Mauro, M. Calvo, E. Gozzo, E. Fratantonio, V. Mucia, E.S.D. Vicari.	S60
P 2. Un raro caso di ipertestosteronemia da lesione cerebrale con D.E. I. Bianchessi, D. Tiscione, L. Magrassi, A. Vailati	S60
C 53. Variazioni della concentrazione sierica di Estradiolo, correlate alla concentrazione plasmatica di Testosterone, in seguito alla somministrazione per brevi periodi di tempo di morfina cloridrato G. Passavanti, V. Pizzuti, M. Carlucci, A.M. Aloisi, A. Bragaglia, R. Nucciotti, R. Paolini	S61
C 54. La terapia sostitutiva con Testosterone transdermico migliora la risposta clinica alla terapia medica convenzionale nei pazienti con quadro di sindrome metabolica combinata a ipotestosteronemia S. La Vignera, E.S.D. Vicari.	S61
C 55. Effetto della terapia sostitutiva con testosterone gel sulla sensibilità insulinica in soggetti con diabete tipo 2 R. Rago, G. Leto, P. Salacone, P. Bonanni, R. Buzzetti	S62
Infertilità maschile	S64
Fisiopatologia	S64
P 43. Analisi quantitativa del fruttosio associata a <i>screening</i> di mutazioni del gene della fibrosi cistica in pazienti dispermici G. Peluso, D. Branca, P.P. Cozza, G. Arena, N. Gallo, G. Morrone	S64
C 14. Effetti di composti di metalli pesanti su spermatozoi di coniglio B. Sartini, C. Castellini, G. Collodel, E. Moretti, E. Sabbioni, T. Renieri	S64

P 40.	Fertilità e talassemia: studio retrospettivo su ampio campione R. Aponte, M. Carrino, D. Serino, A. Spasiano, A. Oliva, R. Ricciardi, R. Giannella	S65
P 39.	Le fasi lunari influenzano i parametri seminali? V. Tallis, B. Sartini, I. Cosci, S. Capitani, S. Trovarelli, M. Gnech, E. Paliouri, R. Ponchietti	S65
Diagnostica		S66
P 37.	Uno studio ultrastrutturale e meiotico degli spermatozoi di pazienti con diabete insulino dipendente G. Collodel, I. Cosci, S. Capitani, A. Pammolli, N.A. Pascarelli, E. Moretti	S66
P 38.	Il microscopio polarizzatore: un nuovo metodo per valutare la qualità spermatica E. Moretti, V. Giannerini, M.G. Federico, S. Capitani, A. Pammolli, N.A. Pascarelli, G. Collode	S67
P 42.	Studio della frammentazione del DNA spermatico in soggetti infertili G. Peluso, D. Branca, P.P. Cozza, G. Arena, N. Gallo, G. Morrone	S67
Terapia medica		S68
C 9.	Effetti della somministrazione di coenzima q10 sulla capacità antiossidante del plasma seminale in pazienti infertili A. Mancini, R. Festa, L. De Marinis, A. Pontecorvi, F. Principi, G.P. Littarru, A. Silvestrini, E. Meucci	S68
C 10.	Effetti del trattamento con estratto lipidico-sterolico di <i>Serenoa repens</i> sui parametri seminali in pazienti con prostatite M.A. Bertozzi, S. Voliani, L. Olivieri, P. Pietrini	S68
C 13.	Arginina aspartato nell'infertilità maschile A.F. De Rose, G. Morrone, L. Coppola	S69
C 34.	Studio pilota prospettico randomizzato dell'uso di ormone FSH ricombinante nell'oligoastenoteratozoospermia da ipogonadismo normogonadotropo funzionale. Valutazione dei parametri seminali mediante SCA System (Sperm Class Analyzer) R. Rago, P. Salacone, A. Sebastianelli, L. Caponecchia, I. Marcucci, P. Bonanni, C. Fiori, R. Poverini, M. Montanino Oliva	S69
P 45.	Efficacia del complesso <i>Lepidium meyenii</i> e <i>Pfaffia paniculata</i> nel miglioramento dei parametri del liquido seminale nei maschi infertili M. Polito, M. Leone, G. d'Anzeo, G. Muzzonigro	S70
Tecniche chirurgiche nelle azoospermie		S71
C 11.	Fattori predittivi di successo nel recupero gametico nelle azoospermie non ostruttive: efficacia di uno <i>score</i> multiparametrico M. Carrino, R. Aponte, F. Zucco, G. Dello Russo, A. Troncone, D. Masala	S71
C 36.	Ruolo della microchirurgia nel trattamento dell'azoospermia non ostruttiva A. Ortensi, V. D'Orazi, G.A. Coppola, V. Marchese, F. Fabi, F. Toni, S. Trinchi, A. Panunzi, L. Coppola, G. Presicce, I. Ortensi	S71
C 37.	Recupero microchirurgico di spermatozoi dal testicolo dopo fallimento delle tecniche di recupero tradizionali in soggetti con azoospermia non ostruttiva G. Maio, D. Fiorentin, S. Saraeb, A. Borini	S72
C 38.	Nostra esperienza nel trattamento dell'azoospermia ostruttiva G. Liguori, C. Trombetta, S. Bucci, A. Amodeo, S. Benvenuto, G. Ocello, E. Belgrano	S73
Neoplasie e fertilità		S73
C 12.	Crioconservazione dei gameti maschili prima di una terapia ad elevato rischio di compromissione della fertilità. Risultati preliminari di una indagine tra i pazienti A. Salonia, L. Rocchini, F. Abdollah, R. Matloob, A. Gallina, F. Pellucchi, A. Briganti, G. Zanni, P. Rigatti, F. Montorsi	S73
C 35.	TeSE (Testicular sperm extraction) nel testicolo tumorale in pazienti con azoospermia L. Carmignani, F. Gadda, G. Bozzini, A. Paffoni, G. Ragni, F. Rocco	S74

C 39.	Azoospermia secondaria a trattamento per neoplasia: nostri risultati delle procedure di estrazione micro-chirurgica di spermatozoi L. Rolle, A. Tamagnone, C. Ceruti, M. Timpano, C. Negro, A. Cugiani, D. Fontana	S74
P 41.	Azoospermia in tumore delle cellule di Leydig bilaterale con iperplasia surrenale T. Zenico, L. Valmorri, C. Vivacqua, P. Lilli, R. Gunelli, M. Fiori, C. Salaris, U. Salomone, E. Bercovich	S75
Varicocele		S76
Fisiopatologia		S76
P 44.	Ruolo del varicocele nel deterioramento seminale in pazienti normospermici: studio retrospettivo M. Polito, G. d'Anzeo, D. Cantoro, M. Leone, G. Muzzonigro	S76
Diagnosi		S76
C 8.	Valutazione endocrinologica del varicocele in età pediatrica e adolescenziale M. Sulpasso, F. Antoniazzi, C. Chironi, F. Teofoli, M. Vincenzi, R. Franceschi, L. Tatò	S76
C 7.	Varicocele intratesticolare: aspetti diagnostici e terapia: presentazione di un caso clinico F. Poletti, C. Marcato, P. Granelli, M. Ciuffreda, N. Azzolini, P. Bresciani	S77
Trattamento		S78
Gc 2.	Approccio microchirurgico al varicocele in età pediatrica: considerazioni tecniche e risultati F. Ferro, A. Spagnoli, S. Vallasciani, L. Martini, A. Borsellino, F. Antonini, V. Gentile	S78
C 5.	Risoluzione di azoospermia dopo intervento di varicocele. Un caso clinico A. Di Filippo	S78
C 1.	Sclerotizzazione anterograda del varicocele mediante tecnica di Tauber: risultati dopo 1.000 procedure L. Rolle, C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, E. Galletto, P. Destefanis, D. Fontana	S79
C 2.	Fertilità e trattamento mini-invasivo del varicocele: risultati a medio lungo termine su una vasta popolazione di pazienti trattati e valutati in maniera omogenea I. Gattuccio, F. Montalto, F. Zangara, M. Parrinello, C. Gagliardo, F. Gattuccio	S79
C 3.	Scleroembolizzazione secondo Tauber per varicocele: nostra esperienza D. Vecchio, M. Pastorello, M. Poluzzi, R. Ballario, G. Caleffi, G. Carluccio, A. Molon	S80
C 4.	Varicocele destro: ha valore il suo trattamento nel miglioramento della spermatogenesi? S. Minucci, G. Mazzoni, G. Antonini, V. Gentile	S80
C 6.	Scleroembolizzazione retrograda del varicocele. Risultati preliminari nella nostra esperienza A. Vitarelli, G. Lorusso, S. Telari, G. Francioso, G. Marano, E. Lavelli, A. Pagliarulo	S81
P 46.	Sclerotizzazione anterograda del plesso venoso spermatico sinistro sec. Tauber in paziente con varicocele sinistro plurirecidivo sostenuto da anastomosi tra vasi spermatici sinistri e vasi perivescicali F. Rosso, F. Gallo, C. Giberti	S82
Patologia delle vie seminali		S83
P 27.	Descrizione di raro caso di <i>angiomyofibroblastoma like tumor</i> del tratto genitale maschile M. Arancio, A. Delsignore, F. Fontana, G. Landi, C. Marchetti, M. Marcato, M. Muscarà, C. Martinengo	S83
P 29.	Un caso di leiomioma del funicolo: nostra esperienza e revisione della letteratura G. Benedetto, F. Nigro, G. Abatangelo, E. Scremin, A. Tasca	S83
Patologia testicolare		S85
P 17.	Approccio diagnostico e terapeutico razionale al criptorchidismo con testicolo non palpabile F. Ferro, A. Spagnoli, M.C. Lucchetti, L. Martini, A. Borsellino, P. Atzori, F. Antonini, S. Vallasciani	S85
P 30.	Fibrotecoma del testicolo: descrizione di un raro caso clinico G. Ranieri, M. Ranieri, G. Paradiso Galatioto, C. Vicentini	S85

P 31.	Raro caso di cisti epidermoidale del testicolo: case report e review della letteratura L. Mavilla, S. Brunori, L. Albanesi, B. Gentile, S. Nardoni, F. Pisanti, T. Shestani, G. Vincenti, R. Giulianelli	S86
Gc 1.	Cellule dendritiche e sindrome a sole cellule di Sertoli: possibili correlazioni L. Rolle, C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, C. Negro, S. Cappia, E. Bollito, P. Burlo, P. Destefanis, D. Fontana . . .	S86
C 57.	Scroto acuto post-traumatico: monitoraggio ecografico e <i>timing</i> chirurgico G. Ranieri, M. Tonelli, G. Paradiso Galatioto, P. Galassi, G. Simoncini, C. Vicentini	S87
C 58.	Rilievo di microlitiasi testicolare in due gruppi di pazienti selezionati S. Trovarelli, V. Tallis, S. Coppi, P. Piomboni, G. Morgante, E. Paliouri, M. Gnech, R. Ponchietti	S87
Patologie prostatiche	S89
P 57.	Prostatite cronica sintomatica nella pratica clinica uro-andrologica in Sicilia: profilo clinico, diagnosi e trattamento G. De Grande, S. La Vignera, G. La Pira, C. Pavone, S. Mini, F. Mastroeni, R. Allegro, E. Vicari	S89
P 56.	Una possibile nuova causa di poliglobulia secondaria rilevata nella clinica uro-andrologica ambulatoriale G. Paulis, R. D'Ascenzo, P. Nupieri, T. Brancato, P. Valenti, R. Stasi, R. Maritati, S. Bussa, M. Brunetti, F. Angelini	S89
Indice degli Autori	S91

Editoriale

I temi dell'andrologia nell'ultimo triennio

Cari Soci,

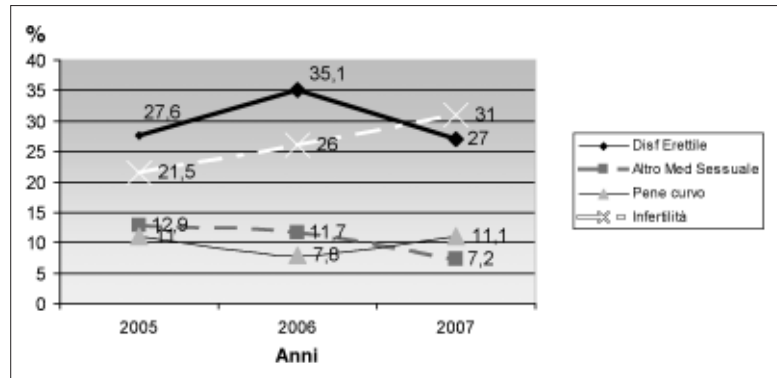
siamo arrivati alla terza edizione del "Trattato di Andrologia secondo la SIA", ovvero sia la costruzione del libro degli *abstracts* del Congresso Nazionale secondo la logica di accorpare tutti i contributi accettati per argomento, a formare capitoli e sottocapitoli.

Questa strutturazione oltre a fornire al lettore una più facile consultazione, pensata per argomento e non più per sessione di comunicazioni poster o video, ci consente di osservare l'evoluzione delle tematiche congressuali negli anni. Il "Trattato di Andrologia" può in sostanza essere considerato un osservatorio ideale delle tendenze delle varie aree di ricerca e di interesse degli andrologi italiani.

Seppur nei limiti dello spazio temporale di un triennio, ci sembra che l'analisi dei contributi presentati possa offrire degli spunti di riflessione su quali siano le tematiche più sentite dagli Andrologi SIA, e suggerisca delle linee di tendenza. A tale riguardo se si considera il grafico riassuntivo spicca come vi sia nel nostro Congresso un crescente spazio dedicato alle tematiche della Riproduzione (dove sono accorpati aspetti medici e chirurgici, varicocele compreso), che quest'anno supera percentualmente quello dedicato alla Disfunzione Erettile. Le altre principali tematiche della Medicina Sessuale (disturbi eiaculatori, DSF, ecc.) accorpate nel grafico, sono globalmente in lieve flessione, mentre rimane abbastanza costante la trattazione del Pene Curvo, quale argomento andrologico chirurgico per eccellenza.

Sarà interessante negli anni futuri analizzare l'eventuale consolidamento di questa tendenza, per poter tentare considerazioni ed interpretazioni, adesso evidentemente premature.

A tutti buona lettura e buon Congresso.



Edoardo S. Pescatori, Paolo Turchi
Direttori Scientifici

La pratica andrologica

P 55

La formazione filosofica pratica medica in Andrologia: ricerca sul miglioramento del dialogo medico/paziente

P. Pasquini, A. Casarico, G. Capponi, M. Maffezzini, V. Bijelic*

*Centro di Andrologia, S.C. Urologia, E.O. Ospedali "Galliera", Genova; *Associazione Italiana Psicofilosofi, Genova*

La formazione filosofica pratica medica monitorata, che viene attuata dall'Associazione Italiana Psicofilosofi con medici andrologi, è finalizzata ad offrire loro gli strumenti filosofici dialogici per conoscere il modo di essere malato del paziente diventato "esigente".

Lo strumento base della consulenza filosofica, il dialogo socratico, permette ai medici di affrontare il paziente in maniera non invasiva, efficace ed esaustiva, fidelizzandolo ed acquistando la sua attiva adesione alla cura.

I quattro aspetti dell'atteggiamento socratico:

- ignoranza: consapevolezza di non conoscere il modo di essere malato del paziente. Il medico pone domande inerenti le credenze e le aspettative del paziente. Il paziente comprende l'interesse del medico nei suoi confronti, si sente accolto nella sua integrità ed unicità;
- ironia: finta immedesimazione nei presupposti dell'interlocutore. Il medico non mette subito in discussione le opinioni e le aspettative del paziente, ma finge di essere d'accordo con lui facendolo sentire a proprio agio. Il paziente sente di poter parlare apertamente con il medico, di essere rispettato per quello che è;
- confutazione: messa alla prova dei presupposti e delle aspettative del paziente. Il medico pone domande, cerca esempi, confronta i dati, esamina il ragionamento del paziente: i giudizi, le abitudini, le convinzioni. Il paziente scopre le eventuali contraddizioni nel proprio ragionamento e nella propria visione della malattia e della cura, rispondendo semplicemente alle domande del medico;
- maieutica: verbalizzazione e chiarificazione dei nessi impliciti del pensiero, delle ragioni e delle conseguenze. Il medico aiuta il paziente a diventare consapevole di quello che conosce già; con le sue domande fa da guida al paziente che arriva ad una decisione con convinzione e serenità. Il paziente si sente in sintonia con il medico e con se stesso: condivide e partecipa alle decisioni del medico.

Ogni medico partecipante alla formazione filosofica compila un questionario preliminare e un secondo ad un mese dalla fine del corso.

I medici questionati hanno tutti dimostrato interesse ad approfondire le metodologie filosofiche dialogiche e si sono resi consapevoli della loro applicazione nella pratica andrologica quotidiana.

Arricchire l'arte medica di conoscenze filosofiche pratiche significa confermare l'intento interdisciplinare che caratterizza il presente e il futuro dell'Andrologia Italiana.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 24

Impatto della *public-awareness* in epoca di inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5. Risultati preliminari presso un Centro accademico di riferimento

A. Salonia, F. Pellucchi, L. Rocchini, F. Abdollah, R. Matloob, A. Briganti, F. Dehò, G. Zanni, A. Gallina, P. Rigatti, F. Montorsi

U.O. Urologia, Istituto Scientifico Universitario, H. "San Raffaele", Milano

Introduzione

Scopo dello studio è stato determinare se il tempo intercorso tra l'insorgenza della disfunzione erettile (DE) e la prima richiesta di aiuto medico da parte del paziente si sia progressivamente ridotto nell'era degli inibitori delle fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5i).

Materiali e metodi

Dal luglio 2000 all'aprile 2007 sono stati consecutivamente visitati da un singolo andrologo presso il nostro Centro di Medicina Sessuale 530 pazienti con DE come disordine principale ed alla loro prima richiesta di aiuto medico. Ogni paziente è stato sottoposto ad una accurata anamnesi sessuale, dedicata a valutare durata della DE e conoscenza da parte dei malati delle esistenze di una terapia orale per il loro disordine (PDE5i). Analisi statistica: test Kruskal-Wallis (K-W) ed ANOVA utilizzati per valutare il ritardo tra insorgenza della DE e prima richiesta di aiuto medico da parte del paziente nel corso dei 6 anni presi in considerazione; comparazione diretta di medie \pm DS mediante Student t test; analisi di correlazione univariata: *Spearman's correlation test*.

Risultati

Dati complete disponibili in 372 pazienti (70,4%) (età: 50,6 \pm 13,2 anni; *range*: 19-86). Ritardo medio tra insorgenza della DE e prima richiesta di aiuto medico: 32,8 \pm 36,9 mesi

(mediana: 12 mesi; *range*: 1-180 mesi). Nonostante il 91,2% (340/373) dei pazienti fossero a conoscenza della esistenza degli PDE5i, la analisi K-W dimostrava che il ritardo tra insorgenza della DE e la prima richiesta di aiuto medico non si è accorciato significativamente ($p = 0,448$) nel corso di questi 6 anni. Il ritardo alla richiesta di aiuto risultava significativamente correlato con la età dei pazienti ($r = 0,118$; $p = 0,018$; 95% CI: 0,021, 0,213). Una comparazione diretta dimostrava inoltre che i pazienti con DE psicogena richiedevano la loro prima visita più precocemente dei pazienti con DE su base organica ($p = 0,04$; 95% CI = -17,86, -0,21).

Conclusioni

Questi risultati dimostrano come esista ancora un significativo ritardo tra insorgenza della DE e prima richiesta di aiuto medico, nonostante le campagne di *public-awareness* che sono state condotte nel corso degli anni intercorsi dal lancio sul mercato degli PDE5i.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC 4

La sessualità nell'anziano e la dimensione socio-sanitaria

S. Campo, F. Magliozzo, G. Campo*, G. Pomara**
MMG, Società Italiana di Medicina Generale, Palermo;
*Urologia Universitaria, **Urologia Ospedaliera, Pisa

Introduzione ed obiettivi

La scheda multidimensionale per la valutazione socio-sanitaria della popolazione over 69 anni nella Regione Sicilia (art. 24 del D.A. n° 2494 del 12/01/04 pubblicato sulla GURS del 27/02/04) si è rivelata un'opportunità di conoscenza dell'anziano nella sua dimensione sociale oltre che sanitaria.

Tale intervento è stato motivo di riflessioni e di "sensazioni" sulle possibili interazioni tra la sessualità dell'anziano e le condizioni socio-sanitarie che abbiamo voluto verificare, valutando i dati derivati dalle schede somministrate da alcuni MMG.

Materiali e metodi

Sono stati intervistati 1298 over-69, maschi e femmine; per coloro che vivevano in coppia, l'intervista è stata effettuata prevalentemente alla presenza di entrambi i partner. Gli intervistati sono stati stratificati in base ad alcuni indicatori per verificare come i diversi indicatori si relazionassero fra di loro e con la presenza o meno di rapporti sessuali.

Dalle schede compilate sono stati estrapolati i dati relativi allo status (coppia, vedovo/a, single), ai rapporti sessuali (sì, no, no senza partner), all'autosufficienza (sì, no; in base ad un *cut off* per il sì > 90% all'*Activity Daily Living*) e alla depressione (sì, no; con *cut off* per il sì a partire da 6 punti alla *Geriatric Depression Scale*).

Rispetto agli studi classici sull'epidemiologia della funzione erettile maschile, la rilevazione della presenza di rapporti sessuali piuttosto che dell'erezione ha voluto spostare la focalizzazione da una dimensione meccanicistica ad una psico-relazionale.

Risultati

Nel campione esaminato, il 55% degli over 69 vive in coppia o con partner fisso; il 45% in condizione di vedovo/a o single.

La presenza dei rapporti sessuali è rilevata nel 31% del totale degli intervistati, nel 49% dei soggetti che vivono in coppia e nell'8% dei soggetti senza partner (vedovi/e e single). Il 72% risulta autosufficiente e il 28% non autosufficiente. La depressione (da lieve a grave) è rilevata nel 43% degli intervistati.

Conclusioni

Quasi la metà degli over 69 si trova nelle condizioni di vedovo/a e single, con inferenze sulla possibilità di avere rapporti sessuali (8% contro il 49% in chi vive in coppia). È possibile che intervengano, oltre all'età e allo status, fattori socio-ambientali e culturali di cui si dovrebbe tener conto negli studi epidemiologici.

Socialmente rilevante è la prevalenza dei non autosufficienti e dei depressi che presentano una correlazione inversa con lo status in coppia e con la presenza di rapporti sessuali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Educazione, fattori di rischio e prevenzione in Andrologia

C 56

Esperienza di un corso di educazione alla salute in un scuola superiore

G. Benedetto, F. Nigro, E. Scremin, G. Abatangelo, A. Tasca

U.O. Urologia, Ospedale "S. Bortolo", Vicenza

Introduzione e obiettivi

Con l'abolizione del servizio di leva obbligatorio come è noto, è venuta meno la visita di leva obbligatoria per ragazzi di 18 anni con conseguenze sulla diagnosi precoce di patologie andrologiche. Dalle scuole superiori della nostra città è nata la richiesta rivolta a specialisti andrologi di svolgere un corso di educazione alla salute. All'inizio del corso abbiamo somministrato un questionario anonimo ai ragazzi per capire quanto conoscevano della patologia andrologica prima delle nostre lezioni.

Materiali e metodi

Nel mese di maggio 2007 abbiamo tenuto, come prima esperienza che si ripeterà nel successivo anno scolastico in altre scuole superiori, un corso di educazione alla salute presso un Istituto Tecnico Industriale della nostra città rivolto ai ragazzi di III superiore con età media di 16,5 anni. Gli studenti interessati dal corso erano 100, divisi in 5 classi da 20 studenti per classe. Prima di iniziare la lezione di educazione alla salute, della durata di un'ora, abbiamo consegnato, illustrato e raccolto, un semplice questionario con domande miranti a valutare le conoscenze dei ragazzi su patologie andrologiche.

Risultati

Alla prima domanda: "chi è l'andrologo?", hanno risposto esattamente 30/100; altri 50 ragazzi non sapevano rispondere; 10 ragazzi hanno risposto il medico che cura le patologie renali e 10 ragazzi il medico che cura la prostata. Solo 15/100 ragazzi avevano sentito parlare di fimosi per gli altri era una patologia completamente sconosciuta. 50/100 sapevano descrivere una definizione di varicocele, perché ne avevano sentito parlare da amici o familiari che avevano subito l'intervento di correzione. Il 90% dei ragazzi non era a conoscenza della possibilità di essere colpiti alla loro età da un tumore del testicolo e non conosceva come poter fare diagnosi precoce tramite l'autopalpazione. Al contrario il 60% aveva sentito parlare di malattie sessualmente trasmesse e riconosceva il metodo di prevenirle tramite profilattico, ma la maggior parte (80%) non sapeva i sintomi di manifestazione delle malattie sessualmente trasmesse.

Conclusioni

La nostra piccola ed iniziale esperienza ci ha confermato la necessità di venire incontro ai ragazzi con corsi di educazione alla salute per poter far fronte alle scarse conoscenze e per poter prevenire e diagnosticare in tempo patologie trattabili. Ci proponiamo di affiancare nei prossimi corsi alle lezioni anche la visita medica gratuita.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 50

Fattori di rischio nell'adolescenza: ieri, oggi e ... domani

I. Bianchessi

IRCCS "S. Matteo", Pavia

Introduzione ed obiettivi

L'andrologo attraverso incontri con i protagonisti (alunni, docenti e genitori) della educazione scolastica può e deve diventare una delle figure di riferimento essenziale per gli adolescenti, non soltanto per la loro sessualità e fertilità ma per la loro salute in toto prevenendo il disagio della sfera psicoaffettiva e combattendo i molteplici fattori di rischio a cui la società li espone oggi.

Dopo esperienze personali nelle scuole superiori dagli anni '90 ad oggi si promuove l'informazione degli adolescenti non solo sull'anatomia, fisiologia della sessualità ma anche degli effetti reali delle sostanze stupefacenti, dell'alcool e del tabacco, come pure dei comportamenti che mettono in serio pericolo l'integrità psicofisica, la vita dei giovani.

Materiali e metodi

Si esaminano le differenze dei fattori di rischio per la salute maschile dei giovani dai mitici anni '60 ad oggi valutando le diversità socioculturali della comunicazione.

Si monitorizza l'attuale situazione su una classe campione di adolescenti con un questionario autosomministrato con le stesse modalità.

Risultati

Uso del profilattico 10 soggetti su 30.

Non preoccupazioni evidenti sulle MST.

Non E.P. 1 soggetto su 30.

Vasto uso di sostanze stupefacenti:

- droghe cosiddette leggere 20 soggetti su 30;
- cocaina 10 soggetti su 30;
- crac o altro (anfetamine ecc.) 5 soggetti su 30;
- eroina 1 soggetto su 30.

Conclusioni

Non si riesce a fare della prevenzione senza una conoscenza ed un rapporto costante con gli adolescenti. La formazione deve essere fatta sui genitori, i nonni, le maestre dei bambini delle scuole materne.

In ogni città vanno offerti dei luoghi di ascolto gratuito per adolescenti con un andro-sessuologo.

I giovani vanno coinvolti in progetti educativi come protagonisti (tutor dei più giovani ecc.).

Il mondo adolescenziale va messo in contatto con gli anziani, chiedendo loro idee, inventando dei corsi tenuti da loro per adulti (per es. sull'uso del pc, musica o altro).

Va dedicato loro PIÙ TEMPO.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 25

Disfunzione erettile e Framingham Score: una nuova proposta di prevenzione primaria nel paziente andrologico

G. Sidoti, C. Crisafulli, M. Ignazio, M. Zammataro
Centro per la Prevenzione, Diagnosi e Terapia per le Complicanze dell'Obesità, Medicina Interna per il DEA, A.O.R.N.A.S. "Garibaldi", Catania

Introduzione ed obiettivi

L'associazione tra disfunzione erettile (DE) e numerosi fattori di rischio (età, ipertensione, colesterolo totale e HDL, dislipidemie, fumo, diabete mellito, terapia antipertensiva, ecc.) è largamente documentata in letteratura. Il ruolo di tali fattori è stato oggetto di indagine in ambito cardiovascolare nel *Framingham Study*, che iniziato nel 1949 su 5.209 soggetti, attraverso altri 2 *step* nel 1971 e nel 2002 ha stratificato attraverso uno score semplice e pratico in dieci anni il rischio assoluto e relativo di sviluppare cardiopatia ischemica (CHD) in una popolazione senza pregressa malattia coronarica. Essendo dimostrato come la DE condivida con la CHD analoghi momenti eziopatogenetici e secondo alcuni studiosi ne sia un elemento costitutivo, abbiamo voluto valutare la correlazione tra la DE ed il *Framingham Score* (FS).

Materiali e metodi

Su una casistica di 84 obesi senza storia clinica ed elettrocardiografica di CHD sono stati valutati: età (compresa tra i 35 ed i 69 anni), BMI, WHR, IIEF-5 per la DE, Insulino Resistenza (HOMA IR), Assetto lipidico, Testosterone, Ipertensione, Microalbuminuria, Lp (a), OSAS ed abitudini di vita (fumo, alcol, sedentarietà). I soggetti successivamente sono stati suddivisi in 2 gruppi: "A" con DE e "B" senza DE. I dati ottenuti sono stati correlati con il T-test di Student.

Risultati

Il gruppo A risultava avere un FS maggiore rispetto al grup-

po B ($15,97 \pm 7,69$ vs. $11,45 \pm 8,81$ - $p = 0,02$) ed un rischio di mortalità raddoppiato ($3,52 \pm 3$ vs. $1,85 \pm 2,38$). Un valore di FS > al 20% è considerato altamente significativo per elevato rischio di eventi cardiovascolari maggiori. Confrontando i due gruppi circa il 70% dei soggetti ad elevato rischio si collocava nel gruppo A con un valore di FS che era significativamente più elevato ($p < 0,0005$).

Conclusioni

Esiste una significativa correlazione tra DE e FS a dimostrazione di come i vari fattori di rischio cardiovascolari intervengono su meccanismi patogenetici comuni alla DE ed alla CHD, e tra questi probabilmente un ruolo primario è svolto dalla Disfunzione Endoteliale. L'utilizzo di uno strumento semplice e pratico quale il FS ci permette di stratificare anche il rischio di sviluppare DE oltre che CHD in una popolazione generale e quindi apre le porte alla possibilità di interventi politico-sanitari di prevenzione primaria.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 26

La disfunzione erettile come marker precoce di danno ischemico cerebrale

P.M. Michetti, E. Vicenzini*, M. Zaccagnini, M. Altieri*, V. Di Piero*, M. Ciccariello, H. Shahabadi, C. De Dominicis

*Dipartimento di Urologia, *Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università di Roma "La Sapienza"*

Introduzione e obiettivi

La disfunzione erettile (DE) è una sindrome comune, sottostimata per frequenza e la cui prevalenza aumenta con l'aumentare dell'età. La DE non è solo un'evidenza di malattia aterosclerotica sistemica, ma anche segno precoce di danno endoteliale. Un'alterata funzione sistemica endoteliale è stata chiamata in causa nella DE isolata, indipendentemente da coesistenti fattori di rischio vascolari. Diversi Autori hanno dimostrato una stretta connessione tra DE e malattia coronarica, mentre pochi sono ancora i dati sulla correlazione tra DE e danno ischemico cerebrale subclinico. Lo scopo di questo studio è stabilire se, in assenza di segni evidenti di aterosclerosi diffusa, esista una differenza inerente la riserva vasomotoria cerebrale (RVMC) nei pazienti con DE isolata rispetto alla popolazione sana non affetta da DE.

Materiali e metodi

25 pazienti con DE isolata (DE+) e 25 controlli sani (DE-), stratificati per età e fattori di rischio vascolare, sono stati sottoposti a *screening* andrologico (eco-color-doppler penieno dinamico e Rigiscan Notturmo) e a valutazione neurologica mediante eco-color-doppler carotideo e transcranico, calco-

lando la RVMC sia con il *Breath Holding Test* e iperventilazione, sia con il *Breath Holding Index*.

Risultati

Nessuna differenza nello spessore intima media è stata osservata tra il gruppo DE+ e quello DE-. Una lieve diminuzione nel flusso medio carotideo è stata osservata nel gruppo DE+. Il gruppo DE+ mostrava inoltre una ridotta RVMC e una ridotta Reattività Vasomotoria (RVM).

Conclusioni

La ridotta RVM in pazienti con DE isolata può rappresentare un marker precoce di disfunzione vasomotoria cerebrale dovuta a danno endoteliale subclinico. Il ruolo predittivo della DE rispetto all'ischemia cerebrale clinicamente manifesta nei soggetti con alterazione della RVMC necessita di ulteriori indagini.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Disfunzioni sessuali maschili

GC 3

Il questionario di valutazione del disagio sessuale maschile (SDEQM): validazione psicometrica

V. Ugolini, E. Macrì, M. Capone, C. Ceruti, G. Franco, V. Gentile, B. Giammusso, G.M. Ludovico, E.S. Pescatori, F. Pirozzi Farina, G. Piubello, T. Scavini, M. Soli, P. Turchi, L. Vaggi, M. Vetri

Per il Board Nazionale e Regionale del Progetto NEED, Italia

Introduzione

Il Disagio Sessuale (DS) è una entità nosologica identificata dalla interazione tra un Board ristretto e Board Regionali, composti da 67 Andrologi, in gran parte appartenenti alla SIA, recentemente presentata alla comunità scientifica internazionale¹.

Obiettivi

Validazione psicometrica di un nuovo questionario costruito con l'obiettivo di identificare e misurare il DS.

Materiali e metodi

Sono stati individuati 30 *items* di partenza attraverso uno studio psicometrico e qualitativo, basato sulla definizione dei seguenti indicatori di DS: condizione di inadeguatezza; senso di inadeguatezza; carattere non transitorio; compromissione della salute sessuale (OMS); origine molteplici e/o composta del DS; possibile evoluzione del SD in DE classica. Il sistema di risposta adottato è "autoancorante", con modalità di risposta mediante analogo visivo. Il questionario è autocompilato.

Il questionario iniziale è stato somministrato da 13 andrologi, formati sulla condizione DS, a 268 soggetti. I questionari compilati sono stati analizzati mediante *Item analysis*, *Cluster Analysis* e Analisi Discriminante.

Risultati

258 questionari sono stati ritenuti validi ai fini dell'analisi. Questi erano relativi a 130 soggetti affetti da DS, 68 soggetti affetti da DE, 18 soggetti presentanti Richiesta Atipica, e 42 soggetti non affetti da condizioni andrologiche (gruppo controllo).

L'analisi dei dati ha consentito di selezionare 16 *items* dagli iniziali 30, in quanto idonei a discriminare fra le differenti tipologie di pazienti considerati, specie riguardo i portatori di DS.

Conclusioni

La fase di validazione psicometrica ha permesso di selezionare 16 *items* quali costituenti la versione finale del Questionario di Valutazione del Disagio Sessuale Maschile. Il Questionario così caratterizzato è in grado di valutare il profilo del paziente andrologico in relazione alla presenza di un DS non conseguente ad una DE classicamente definita (definizione N.I.H.). Le fasi conclusive di validazione della struttura del questionario sono attualmente mirate alla possibilità di definire una scala semplificata di valutazione della gravità del Disagio Sessuale. I risultati ottenuti dischiudono la possibilità sia di effettuare rilevazioni epidemiologiche oggettive sulla prevalenza del Disagio Sessuale sulla popolazione, sia di esplorare l'efficacia di diversi approcci terapeutici alla condizione in oggetto.

Bibliografia

¹ J Sex Med 2007;4:762-70.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Sì
Studio supportato da Pfizer Italia

Il paziente con disfunzione erettile

Diagnostica

C 27

Eco-color-doppler penieno-dinamico e audio-visual sexual stimulation dopo somministrazione di vardenafil risultati di uno studio prospettico *single-blind*

G. Campo, G. Pomara**, F. Menchini Fabris, G.F. Menchini Fabris*, R. Minervini, G. Morelli

*Urologia Universitaria, * Dipartimento di Andrologia, ** Urologia Ospedaliera, Pisa*

Introduzione

L'eco-color-doppler penieno dinamico (ECDD) è un test invasivo di secondo livello, utile per l'inquadramento diagnostico di una disfunzione erettile anche se talvolta poco gradito dal paziente. Alcuni evidenze scientifiche sottolineano la possibilità di sostituire la farmaco-iniezione con inibitori della PDE-5.

Scopo dello studio è stato quello di confrontare, in termini di differenze emodinamiche, complicanze e gradimento del paziente, ECDD + *Audio visual sexual stimulation* (AVSS) dopo farmaco-iniezione intra-cavernosa (FIC) ed ECDD + AVSS dopo somministrazione di vardenafil.

Materiali e metodi

Quaranta pazienti, età media 52 anni (*range* 45-58), presentatisi alla nostra osservazione per una disfunzione erettile ad eziologia non precisata, e senza controindicazioni all'utilizzo di inibitori della PDE-5, sono stati inclusi nello studio.

Ogni paziente è stato sottoposto a due studi penieno-dinamici. Il primo dopo FIC mediante PGE 10 mcg, il secondo, a 2 settimane dal primo, dopo somministrazione di vardenafil 20

mg. Uno stesso operatore, in cieco, ha effettuato tutte le valutazioni eco-color-doppler. Un questionario di gradimento è stato completato dai pazienti dopo ogni singola sessione di esame. Le differenze sono state considerate statisticamente significative per valori di $p < 0,05$.

Risultati

In 30 pazienti (75%) abbiamo registrato parametri eco-color-doppler nella norma, in 8 pazienti (20%) parametri eco-color-doppler compatibili con fuga venosa ed in 2 pazienti (5%) con insufficienza arteriosa.

Nei pazienti con parametri normali non è stata registrata alcuna differenza statisticamente significativa tra le velocità medie dei picchi sistolici dell'ECDD dopo vardenafil rispetto a quelle dell'ECDD dopo FIC: 38 cm/sec \pm 2,7 vs. 36 cm/sec \pm 3,1 a destra (p ns); 53 cm/sec \pm 3,2 vs. 52 cm/sec \pm 2,6 a sinistra (p ns). Nessuna differenza è stata registrata nei pazienti con diagnosi di fuga venosa tra la velocità diastolica e gli indici di resistenza media ottenuta con le due misurazioni.

I due pazienti con insufficienza arteriosa e in 2 pazienti con fuga venosa non è stato possibile eseguire l'ECDD dopo vardenafil per una mancata risposta erettogena.

La maggior parte dei pazienti (35/40) ha dichiarato di preferire, in caso di necessità di ripetizione della procedura, l'assunzione del vardenafil rispetto all'iniezione. I restanti 5 hanno giudicato la scelta indifferente.

Conclusioni

I risultati di questo studio dimostrerebbero che le due tecniche sono sovrapponibili in termini di risultati diagnostici. L'assunzione del vardenafil che, grazie al vantaggio della non-invasività, risulta maggiormente gradita dal paziente, può essere quindi considerata un'alternativa alla FIC prima dell'ECDD.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Terapie orali

C 23

Teoria farmacogenomica sugli effetti indesiderati e degli effetti positivi di soddisfazione sulla vita sessuale in pazienti in somministrazione controllata e a scopo non terapeutico di tadalafil

C. Battiato, S. Dammino¹, N. Burrello, S. La Vignera, G. Di Caro⁴, C. Romeo³, S. Mangiameli³, F. Nicolosi¹, S. Faro⁶, F. Calzavara, S. Caramma⁵, C. Di Mauro², E.S.D. Vicari

Sezione di Endocrinologia, Andrologia e Medicina Interna, Dipartimento di Scienze Biomediche; ¹ U.O. di Urologia, A.O.R.N.A.S. "S. Luigi Currò", ² U.O.C di Medicina, Ospedale "Paternò", ³ U.O. di Cardiologia, A.O.R.N.A.S., Ospedale "Garibaldi", Catania; ⁴ U.O. Anestesiologia e Rianimazione, Università di Udine; ⁵ U.O. Anestesiologia e Rianimazione, A.O. Policlinico, ⁶ Dipartimento di Medicina, Università di Catania

Introduzione

Dall'introduzione dei farmaci proerettivi, ci sono sempre più evidenze sugli effetti collaterali delle PDE5, quasi nulla invece sugli effetti piacevoli e gratificanti svolti dall'assunzione. L'erezione inizia con una serie di processi enzimatici, mediati dalla disponibilità di NO e la fine del processo è rappresentato dalla sua mancanza con l'attivazione delle fosfodiesterasi. La maggiore disponibilità di NO è sinonimo di valida erezione. In paz. multifattoriali con DE, gli effetti indesiderati delle PDE5 sono superati dagli effetti proerettivi e data la poca disponibilità a livello sistemico del NO, dai pochi effetti indesiderati. Ipotesi è che la risposta o no, all'assunzione di tadalafil, sia dovuta ad un inadeguatezza genetica dei sistemi enzimatici di metabolizzazione del NO/cGMP con evidente bilancio: sugli effetti tossici o sulla non adeguata risposta. Nel 2006, 115 paz. volontari età 25-65, a tutti: questionario arbitrariamente strutturato: effetti indesiderati, questionario: effetti piacevoli. Grup. indagine 65 paz.: anam. negativa per DE, 0-1 FR. Utilizzatori abituali di PDE5 non terapeutica. Grup. controllo, 50 paz. con DE, sindrome metabolica. 1-3 FR tadalafil a scopo terapeutico. Tutti suddivisi: presen. effetti collaterali, durata effetto proerettivo: metabolizzatore ultralento-lento-ultrarapido. Ci fu un'evidente correlazione fra la presenza di effetti indesiderati e la durata nel tempo degli effetti positivi delle PDE5 (erezione spontanea, diminuzione tempo di refrattarietà, TLI). $p < 0,005$: met. ultralento. 61%, "effetti positivi" x 1 sett (effet. indes. 100% paz.). Met. len. effetti: 52%. "effet. posit" x 3 die (effet. indes 58% paz.). Met. ultrarapidi 12% "effet. positivi" x 1 die (effet. indes

12% paz.).

Controllo: effetti indesiderati 18% dei paz., effetti positivi 9% dei paz. In base alla teoria farmacogenomica postulata sul possibile deficit enzimatico NO/cGMP, ipotizziamo che l'aumentata disponibilità porta maggiori effetti indesiderati, che sono alla base degli spiegazione degli effetti positivi nel tempo delle PDE5 in met. ultra-lento avrà maggiore disponibilità di NO, più effetti tossici ed risposta positiva farmacocinetica del farmaco per 1 settim., un met. ultrarapido, avrà pochissimi effetti indesiderati ed una risposta x max. 1 die, con pochi effetti positivi proerettivi. Potendo in futuro eseguire dei Test di genotipizzazione sul deficit enzimatico di No questo ci permetterebbe forse di trovare la dose ideale di farmaco corrispondente al minore rapporto costo-beneficio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 1

Dosaggio dei livelli di ossido nitrico penieno e sue variazioni dopo trattamento con inibitori delle fosfodiesterasi (sildenafil)

A. Zucchi, C.A. Palmerini*, L. Mearini, A. Giannantonio, M. Bitelli**, G. Arienti*

*Clinica Urologica ed Andrologica, * Dipartimento di Medicina Interna, Università di Perugia; ** Reparto Urologia, Ospedale di Cassino*

Introduzione

L'NO è un importante mediatore nei complessi meccanismi dell'erezione. Esso è prodotto dalla NO sintetasi che è localizzata a livello dell'endotelio ed agisce aumentando i livelli di cGMP. La sindrome metabolica (ipertensione, diabete), causa un danno endoteliale che può essere alla base di disfunzione erettile. Gli inibitori delle cGMP fosfodiesterasi sono utilizzati da tempo nella disfunzione erettile per la loro capacità di influenzare i livelli di cGMP. Tuttavia, a parte l'uso "acuto" di tali inibitori, essi potrebbero anche rappresentare, se assunti cronicamente, un sistema di riabilitazione endoteliale in grado di prevenire o curare la disfunzione erettile.

Materiali e metodi

In questo lavoro abbiamo dosato i livelli di nitrato (metabolita dello NO, in presenza di Hb) nei globuli rossi di sangue penieno e periferico in 16 pazienti. Tali soggetti sono stati arruolati in seguito a visita andrologica per disfunzione erettile associata ad ipertensione già in trattamento farmacologico. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a ecocolordoppler in far-

maco-erezione e a contemporaneo prelievo di 5 ml di sangue penieno e periferico. Gli stessi pazienti sono quindi stati trattati con sildenafil 50 mg per tre volte la settimana per un periodo di 6 settimane. Alla fine del trattamento è stato di nuovo effettuato il prelievo di sangue come sopra descritto ed eseguito ulteriore dosaggio dell'NO.

Risultati

I dati ottenuti sono espressi come differenza di nitrati, espressi in nmoli di nitrato/ μ g di Hb, tra sangue periferico e sangue penieno. In base ai risultati ottenuti prima del trattamento con sildenafil i pazienti erano suddivisibili in due categorie: alcuni presentavano valori di nitrati superiori nel sangue penieno e altri nel sangue periferico (60% e 40% rispettivamente) con valori medi oscillanti tra 0,6 e -0,6 nmoli di nitrato/ μ g di Hb. Dopo trattamento con sildenafil, le variazioni di nitrati tra sangue periferico e sangue penieno diminuivano sostanzialmente ed erano riconducibili a un solo pattern con il nitrato penieno più alto di quello periferico (0,3 nmoli di nitrato/ μ g di Hb).

Conclusioni

Dai dati ottenuti, seppur in una breve serie di pazienti, si può supporre che gli inibitori delle fosfodiesterasi possono esercitare un effetto di ripristino dell'attività endoteliale, e che quindi una somministrazione cronica possa svolgere non soltanto un'azione di ausilio occasionale ma realmente terapeutica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 3

Patterns di trattamento della DE con gli inibitori della PDE5 nella pratica clinica: la severità della DE alla baseline influenza la "fedeltà" del paziente al farmaco. Dati italiani dello *Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS)*

F. Mangiapia, C. Vicentini¹, G. Spera², S. Di Lena³, F. Gattuccio⁴, F. Pirozzi Farina⁵, S. Leoni⁶, U. Jacobellis⁷, A. Rossi⁸, R. Sicuteri⁸, **F. Fusco**, G. De Stefano, D. Arcaniolo, V. Mirone

Clinica Urologica, Università "Federico II", Napoli;
¹ U.O. di Urologia, P.O. di Teramo; ² Dipartimento di Fisiopatologia Medica, Università di Roma "La Sapienza";
³ Reparto di Urologia, Ospedale Civile Castellaneta, Taranto; ⁴ Cattedra di Urologia, Dipartimento Materno Infantile, Università di Palermo; ⁵ Dipartimento di Urologia, Università di Sassari; ⁶ Urologia, Arcispedale "S. Maria Nuova", Reggio Emilia; ⁷ A.O., Policlinico di Bari;
⁸ Eli Lilly Italia SpA

Introduzione e obiettivi

Lo *Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS)* è uno studio osservazionale prospettico multicentrico della durata di 6 mesi che ha arruolato pazienti (pz) affetti da disfunzione erettile (DE) desiderosi di ricevere un trattamento. Lo studio si è svolto nel contesto della reale pratica clinica; i medici erano liberi di prescrivere qualunque terapia per la DE, inclusi i 3 inibitori della PDE5 disponibili sul mercato, e di cambiare terapia in qualunque momento nel corso dello studio. Una significativa percentuale di pz ha preferito continuare ad assumere la terapia di partenza per tutto lo studio, e sono stati definiti *completers*. L'obiettivo di questo lavoro è di valutare se la severità della DE al BL influisce sulla scelta del paziente di continuare il trattamento prescritto inizialmente o cambiarlo nei mesi successivi (non *completers*).

Materiali e metodi

Nei centri italiani coinvolti, tra il 2003 e il 2004, sono stati arruolati 1.419 uomini (età media 55 anni; range 19-81), affetti da DE di varia etiologia. La valutazione della severità alla BL è stata eseguita con 2 metodi indipendenti: 1) mediante valutazione anamnestica, il medico era tenuto ad esprimere un giudizio di severità della malattia (lieve, moderata o severa); 2) i pz compilavano in privato il questionario autosomministrato IIEF-EF (*International Index of Erectile function – Erectile Function Domain*). Al termine dello studio, tutti i pz sono stati stratificati in base alla severità della DE alla BL.

Risultati

Le percentuali dei *completers* sono state: il 55,4% dei pz con DE severa, il 54,9% dei pz con DE moderata e il 48,1% dei pz con DE lieve. La differenza tra i 3 gruppi non è risultata statisticamente significativa. Lo IIEF-EF score medio tra i pz *completers*, è risultato significativamente migliore rispetto ai non *completers*: (14,6 vs. 13,0; p = 0.0001). Questo risultato è confermato anche considerando separatamente i sottogruppi di pz che assumono sildenafil, vardenafil o tadalafil.

Conclusioni

I pz che alla BL presentano un migliore IIEF-EF score tendono con maggiore frequenza a continuare la terapia iniziale. A differenza del soggettivo giudizio di severità che il medico può esprimere in sede di anamnesi, lo IIEF-EF score è un parametro efficace per individuare i pz a maggior rischio di abbandonare o cambiare il trattamento intrapreso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Sì

Eli Lilly Italia

P 4**Efficacia del trattamento della DE con gli inibitori della PDE5 nel contesto della reale pratica clinica in Italia: dati longitudinali dello *Erectile Dysfunction Observational Study* (EDOS)**

F. Fusco, A. Pizzocaro¹, E. Ghigo², R. Rago³, G. Vaccarella⁴, F. Mantero⁵, P. Scarano⁶, F. Romanelli⁷, R. Sicuteri⁸, A. Rossi⁸, V. Mirone

Clinica Urologica Università "Federico II", Napoli; ¹ Istituto Clinico Humanitas, U.O. Endocrinologia e Diabetologia "Rozzano" (MI); ² Endocrinologia e Malattie del Ricambio, Università di Torino; ³ U.O. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, Ospedale Civile "S. Maria Goretti" Latina; ⁴ U.O. di Urologia, A.O. "V. Cervello" Palermo; ⁵ Endocrinologia, Ospedale di Padova; ⁶ Reparto di Urologia, Servizio di Andrologia, Azienda Universitaria Sanitaria Locale di Rimini; ⁷ Dipartimento di Fisiopatologia Medica Servizio di Seminologia Università "La Sapienza", Policlinico "Umberto I"; ⁸ Direzione Medica Eli Lilly Italia

Introduzione ed obiettivi

Lo *Erectile Dysfunction Observational Study* (EDOS) è uno studio osservazionale prospettico multicentrico della durata di 6 mesi che ha arruolato soggetti (S) affetti da disfunzione erettile (DE) desiderosi di ricevere un trattamento. Lo studio si è svolto nel contesto della reale pratica clinica; i medici erano liberi di prescrivere qualunque terapia per la DE, inclusi i PDE5i disponibili sul mercato e di cambiare terapia in qualunque momento nel corso dello studio. Una significativa percentuale di S ha preferito continuare ad assumere la terapia di partenza per tutto lo studio.

Materiali e metodi

Nei 129 centri italiani coinvolti, dal 2003 al 2004, sono stati arruolati 1.419 S di età > 18 anni che avevano chiesto al loro medico di medicina generale o specialista di iniziare un trattamento per DE o cambiare quello in atto. 714 hanno completato lo studio assumendo continuativamente il farmaco prescritto alla baseline: tadalafil (T = 535 pz); sildenafil (S = 75 pz); vardenafil (V = 66 pz). L'efficacia dei diversi trattamenti è stata valutata con i seguenti parametri: IIEF-Q 6,7 e 14; domini di *time concerns*, spontaneità e *self-confidence* dello SF-PAIRS; EDITS-Q1; SIQ1 (è accaduto negli ultimi 6 mesi che la tua erezione sia stata insufficiente ad iniziare o completare il rapporto?) e SIQ2 (la terapia che hai assunto ha risolto il tuo problema?) e GAQ1 (la terapia che hai assunto nelle ultime 4 settimane ha migliorato la tua funzione erettile?) e GAQ2 (se sì, questo trattamento ha migliorato la tua capacità di intraprendere attività sessuali?). I pz hanno anche ri-

portato il massimo intervallo di tempo intercorso tra assunzione del farmaco e rapporto. Il confronto tra i gruppi di trattamento è stato eseguito con un'analisi multivariata,aggiustata per le differenze basali.

Risultati

Non sono emerse differenze statisticamente significative in termini di efficacia, soddisfazione del paziente, *self-confidence* e spontaneità tra i diversi trattamenti. Il dominio "*time-concerns*" dello SF-PAIRS è maggiormente migliorato con T vs. S e V. Il massimo intervallo di tempo trascorso tra assunzione e rapporto sessuale era di 21,4 h con T, 6,6 con S e 7,7 con V.

Conclusioni

Questo studio conferma che i 3 PDE5i non presentano sostanziali differenze in termini di efficacia. Tadalafil tuttavia si distingue per la sua maggiore durata d'azione, che determina un migliore impatto sulla preoccupazione di dover programmare il rapporto sessuale nella finestra d'efficacia del farmaco e di completarlo prima che l'effetto svanisca.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Sì

Eli Lilly Italia

P 5**Patterns di trattamento con gli inibitori della PDE5 nel contesto della reale pratica clinica in Italia: dati longitudinali dello *Erectile Dysfunction Observational Study* (EDOS)**

F. Fusco, M. Boscaro¹, F. Montorsi², G. Di Santo³, G. De Grande⁴, C. D'Agata⁵, A. Pagliarulo⁶, R.M. Scarpa⁷, A. Rossi⁸, R. Sicuteri⁸, V. Mirone

Clinica Urologica, Università "Federico II" Napoli; ¹ Dipartimento di Medicina Interna ad Orientamento Cardiovascolare e Metabolico, Università Politecnica delle Marche, Torrette (AN); ² Urologia, Ospedale "S. Raffaele", Milano; ³ Divisione di Urologia, Ospedale Miulli Acquaviva delle Fonti (BA); ⁴ Divisione Urologica, A.O. "Umberto I" di Siracusa; ⁵ Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Endocrinologia, Andrologia e Medicina Interna, Ospedale Garibaldi", Catania; ⁶ Urologia II, Università di Bari; ⁷ Reparto di Urologia sez. 9°, A.S.O. "San Luigi Orbassano", (TO); ⁸ Direzione Medica Eli Lilly Italia

Introduzione e obiettivi

Lo *Erectile Dysfunction Observational Study* (EDOS) è uno studio osservazionale prospettico multicentrico della durata di 6 mesi che ha arruolato soggetti (S) affetti da disfunzione

erettile (DE) desiderosi di ricevere un trattamento. Lo studio si è svolto nel contesto della reale pratica clinica, pertanto i medici erano liberi di prescrivere uno dei tre PDE5i, sildenafil, vardenafil e tadalafil (Si, V, T), ma di cambiare anche più volte la terapia, utilizzando anche altri presidi, nel corso dello studio.

Materiali e metodi

Nei 129 centri italiani coinvolti, dal 2003 al 2004, sono stati arruolati 1.419 S di età > 18 anni che avevano chiesto al loro medico di medicina generale o specialista di iniziare un trattamento per DE o cambiare quello in atto. Sul campione è stata valutata la possibile predittività di variabili basali (caratteristiche della DE; età, BMI, stato coniugale, educazionale, socio-economico; disturbi del desiderio e dell'eiaculazione; consumo di alcol e fumo; varie comorbidità e cosomministrazione di farmaci; terapia prescritta all'inizio dello studio) sulla scelta di continuare ad assumere la terapia iniziale o cambiarla in corso di studio. L'analisi è stata effettuata a 3 e 6 mesi di trattamento con il T-test, test esatto di Fisher e ANOVA.

Risultati

Dei 1.344 S inclusi nell'analisi a 3 mesi, 898 (67%) avevano proseguito con il farmaco prescritto al *baseline* (BL) mentre 446 (33%) avevano cambiato il trattamento iniziale. Dei 1.338 S inclusi nell'analisi a 6 mesi, solo 714 (53%) avevano proseguito con il farmaco prescritto al BL, mentre 624 (47%) erano passati ad un altro trattamento. Sia a 3 che a 6 mesi il fattore più influente sulla scelta di confermare/cambiare il trattamento iniziale è risultato il farmaco prescritto al BL: i S trattati con T avevano probabilità significativamente maggiore di confermare la stessa terapia rispetto a quelli trattati con Si o V (71% vs. 59% e 66% rispettivamente, a 3 mesi; 61% vs. 44% e 43% rispettivamente, a 6 mesi, $p < 0,0001$). Altre variabili che influivano su questa probabilità sono stati: età, severità della DE allo IIEF, storia di prostatectomia radicale, calo del desiderio ed essere *non-naive* per i PDE5i.

Conclusioni

Nel trattamento della DE, alcune variabili basali sono predictive della scelta del pz di proseguire il farmaco iniziale o cambiarlo. I soggetti cui è inizialmente prescritto T proseguono il trattamento in percentuale significativamente superiore rispetto a quelli che ricevono Si e V.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Si

Eli Lilly Italia

P 7

Sildenafil citrato vs. tadalafil nel trattamento della DE: la preferenza dei pazienti italiani e le motivazioni della loro scelta

F. Fusco, A. Lembo¹, G.M. Ludovico², F. Pirozzi Farina³, F. Montorsi⁴, G.F. Menchini Fabris⁵, R. Sicuteiri⁶, A. Rossi⁶, V. Mirone

Clinica Urologica, Università "Federico II" di Napoli;
¹ U.O. di Andrologia, Sassari; ² U.O. di Urologia, Ospedale Civile, Monopoli (BA); ³ Dipartimento di Urologia, Università di Sassari; ⁴ Reparto di Urologia, Ospedale "S. Raffaele", Milano; ⁵ Unità di Andrologia, Università di Pisa; ⁶ Eli Lilly Italia

Introduzione e obiettivi

La preferenza dei pazienti, l'efficacia e sicurezza di sildenafil e tadalafil sono state verificate in uno studio in aperto, multicentrico, randomizzato, *crossover*, condotto in Gran Bretagna e Italia; nel presente lavoro è presentata un'analisi *post-hoc* dei pazienti.

Materiali e metodi

In 13 Centri italiani e 21 in Gran Bretagna sono stati arruolati da ottobre 2003 a novembre 2004 pazienti di età superiore a 18 anni, affetti da DE, con relazioni stabili e *naïve* al trattamento della DE sia con gli inibitori della PDE5 sia con qualsiasi altra terapia. I pazienti sono stati randomizzati all'assunzione di sildenafil o tadalafil per 12 settimane, dopo le quali sono stati passati alla terapia alternativa per altre 12 settimane. Le prime otto settimane di ogni periodo di trattamento servivano al paziente per trovare la dose ottimale di terapia. Dopo ogni periodo di trattamento sono stati utilizzati i questionari SEP e IIEF-EF per un confronto di efficacia. La preferenza di trattamento e le ragioni di preferenza sono state valutate dopo aver sottoposto i pazienti a entrambi i trattamenti.

Risultati

In totale sono stati arruolati 411 pazienti, dei quali 167 in Italia. Di questi, 144 hanno completato entrambi i periodi di trattamento ed hanno quindi espresso la propria preferenza. Il 75% dei pazienti (108 pazienti) ha dichiarato di voler continuare il trattamento con tadalafil, soprattutto per la possibilità di avere un'erezione molte ore dopo la somministrazione (primo o secondo motivo di preferenza per il 64,8% dei pazienti) mentre il 25% (36 pazienti) ha preferito sildenafil ($p = 0,001$). Entrambi i trattamenti migliorano i punteggi IIEF-EF e SEP rispetto alla *baseline*, con una lieve, ma significativa, prevalenza di tadalafil per entrambi i parametri.

Conclusioni

tadalafil e sildenafil sono efficaci e ben tollerati. La maggior

parte dei pazienti ha preferito tadalafil per la possibilità di intraprendere rapporti sessuali anche molte ore dopo il rapporto sessuale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Sì
Eli Lilly Italia

P 10

Disfunzione erettile ed ansia: studio preliminare sull'utilizzo di escitalopram

G. Corretti, I. Baldi*

Ambulatorio di Sessuologia e Psichiatria, Livorno;
* *Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Università di Pisa*

Introduzione ed oggetto

Disfunzione erettile (DE) ed ansia sono due entità cliniche strettamente correlate. La comorbidità tra DE e disturbo di panico (DP) è una condizione clinica di particolare frequenza. Sintomi psicopatologici influenzano approccio, decorso ed esito nel trattamento del paziente affetto da DE. Obiettivo dello studio era valutare la risposta al trattamento con escitalopram, nuovo farmaco inibitore del *reuptake* della serotonina (SSRI), in pazienti affetti da DE e DP.

Materiale e metodo

Sono stati valutati 12 pazienti affetti da DE e DP: Nessuno di questi faceva uso di SSRI, benzodiazepine o altri farmaci psicoattivi. I pazienti sono stati valutati con IIEF15 e ASEX (*Arizona Sexual Experience Scale*) e sono stati trattati con escitalopram. Sette di questi erano stati precedentemente trattati senza successo con inibitori della Fosfodiesterasi tipo 5 (iP-DE5). Le valutazioni sono state ripetute dopo 1, 2 e 3 mesi di trattamento.

Risultati

L'intero gruppo ha completato lo studio. Tutti i pazienti, compresi i non responsivi a iPDE5, hanno mostrato un miglioramento della fenomenica sessuale fin dal primo mese dopo il trattamento, raggiungendo e mantenendo in brevi tempi il recupero di un adeguato desiderio e di una soddisfacente vita sessuale. Non si sono manifestati significativi effetti indesiderati associati al trattamento con escitalopram.

Conclusioni

Escitalopram risulta una terapia efficace nel trattamento di pazienti affetti da DE e DP, determinando un rapido e progressivo recupero della funzione e soddisfazione sessuale. La valutazione della fenomenica psicopatologica in pazienti con DE risulta pertanto fondamentale per un corretto approccio e trattamento di questa disfunzione sessuale. Studi su popolazioni più ampie sono necessari per confermare queste osservazioni.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Farmacoprotesi intracavernosa

C 40

Farmacoprotesi intracavernose: follow-up mediano a 120 mesi

A. Salonia, L. Barbieri, A. Gallina, A. Briganti, F. Dehò, G. Zanni, N. Suardi, E. Strada, F. Sozzi, G. Petralia, P. Rigatti, F. Montorsi

U.O. Urologia, Istituto Scientifico Universitario, H. "San Raffaele", Milano

Introduzione

Scopo dello studio è stato valutare il follow-up (FU) a lungo termine della terapia con farmacoprotesi intracavernose (ICI) in pazienti seguiti presso il Centro di Medicina Sessuale di un istituto accademico durante l'era degli inibitori delle fosfodiesterasi tipo 5 (PDE5i).

Materiali e metodi

Dal gennaio all'ottobre 2006 abbiamo rivalutato, nel corso di

una regolare visita di FU, 272 pazienti consecutivi con disfunzione erettile (età media \pm DS: 59,7 \pm 8,4 anni) con un precedente effettivo uso documentabile di terapia con ICI per almeno 6 mesi e con una partner eterosessuale stabile. I pazienti sono stati valutati mediante una intervista semi-strutturata dedicata a dettagliare l'uso delle ICI nel corso degli anni di trattamento (i.e. dosi, numero di iniezioni per mese, rate di efficacia, complicanze ed effetti collaterali, soddisfazione del paziente e della partner per il trattamento). Inoltre, i pazienti sono stati invitati a compilare un *real-time* IIEF ed un IIEF-ricordato, che analizzava in dettaglio la funzione sessuale relativa al periodo antecedente l'inizio del trattamento con ICI. I dati sono presentati come media \pm DS.

Risultati

Al FU mediano di 120 mesi (media: 111,5 \pm 30,8; *range*: 24-164 mesi), 264 (97%) pazienti avevano già provato ad assumere un PDEi, ma 212 (78%) ancora utilizzavano con successo la terapia con ICI poiché la terapia orale non era risultata né efficace né soddisfacente. Al contrario, 38 (14%) pazienti avevano preferito utilizzare gli PDEi. Tutti i pazienti

avevano iniziato una miscela a 4 componenti (PGE1, papaverina, fentolamina ed atropina) a basso dosaggio; 125 (59%) dei 212 pazienti erano ancora in terapia con ICI, incrementata fino al massimo dosaggio, 45 (21,2%) avevano mantenuto il medesimo dosaggio, mentre 42 (19,8%) avevano ridotto la concentrazione di farmaco. Inoltre, nessuno tra i pazienti che avevano sospeso l'utilizzo delle ICI aveva modificato la dose del farmaco prima di sospenderne la assunzione. La comparazione diretta dimostrava come nei pazienti in terapia con ICI ci fosse un significativo incremento dei valori di IIEF-EF rispetto al valore di base (e.g. $11,6 \pm 3,5$ vs. $25,9 \pm 3,2$; $p < 0,0001$) ed una significativa riduzione del numero di iniezioni per mese rispetto a quello osservato all'inizio del tratta-

mento stesso (i.e., $5,2 \pm 2,2$ vs. $6,0 \pm 1,8$; $p = 0,03$). Ad una analisi di regressione multivariate si evinceva come la attuale frequenza mensile di rapporti non fosse significativamente correlata con l'età del paziente ($p = 0,43$) né con la durata dell'utilizzo di ICI ($p = 0,26$).

Conclusioni

Ad un FU mediano di 120 mesi un significativo numero di pazienti con disfunzione erettile stava ancora utilizzando con successo le iniezioni intracavernose, con il desiderio di continuare ad utilizzarle. La frequenza media mensile di utilizzo delle farmacoprotesi risultava diminuita nel tempo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Chirurgia protesica peniena

C 20

5 anni di esperienza con l'impianto gonfiabile per disfunzione erettile Titan Resist

R. Virag

Centre d'exploration et traitement de l'impuissance Paris, France

Scopi

Valutare i risultati operativi e post-operativi dell'impianto gonfiabile Titan Resist (TRII) per disfunzioni erettile (ED) su campione di 80 pazienti operati tra febbraio 2005 e maggio 2007 per fornire a chirurghi e produttori un quadro utile a migliorare la prognosi.

Metodi

Valutato ogni caso per: indicazione eziologica, approccio tecnico, follow-up precoce o tardivo. Utilizzato il questionario semplificato IIEF-5 e scala analogica da 0 a 10 per autovalutazione della soddisfazione con domande sull'aspetto del pene. Divisi i pazienti in due gruppi: Gruppo I: primo impianto o rifacimento per ED senza fibrosi ($n = 60$) e Gruppo II: primo impianto o rifacimento in corpo fibrotico o infetto ($n = 20$).

Risultati

Età media: 60,5 anni (30-75); 44 pazienti con eziologia vascolare (32 diabetici); 16 con malattie venose occlusive (senza interessamento arteriale); 20 con ED post-priapismo (19 con malattia delle cellule falciformi (SCD) ed 1 con episodio trascurato di erezione farmacologica prolungata). Tutti i pazienti con trattamento peno-scrotale. Tempo medio dell'intervento: 76' (da 45' a 180'), con tempo doppio per il gruppo II. In 10 pazienti gravemente fibrotici era stata inse-

rita la versione base stretta dell'impianto al titanio. Percentuale totale dei rioperati: 25% (10,5% gruppo I, 49,5% gruppo II). 15% di entrambi i gruppi con ematoma scrotale. Infezioni di rilievo in gruppo I = 0, 4 in gruppo II; tutti eccetto 1 immediatamente (1) o successivamente (in 3) reimpiantati. Due pazienti hanno subito un terzo intervento. Due pazienti gruppo II rimasti senza impianto. 60 pazienti in totale disponibili per un follow-up (> 1 anno): 75% totalmente soddisfatto (IIEF > 25 e indice di soddisfazione > 7); il resto lamenta: dolore residuo ($n = 2$); difficoltà di sgonfiamento ($n = 10$); deformazione dell'SST ($n = 6$).

Conclusioni

È notevole la differenza fra chirurgia implantare per pazienti non fibrotici e fibrotici e chirurgia per pazienti infetti (specialmente dopo priapismo SCD). I pazienti impiantati per la prima volta o i rioperati per cambiamenti meccanici sono regolarmente monitorati con risultati post-operativi eccellenti. L'impianto Titan con pompa modificata riduce il problema dello sgonfiamento. Su pazienti post-priapici/infetti gli impianti presentano ancora alcuni problemi. Miglioramenti deriveranno dalle cure contro le infezioni con conseguente riduzione dei tempi dell'impianto (anticipato nelle storie di priapismo) e la semplificazione dell'approccio chirurgico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 21

Complicanze della chirurgia di protesi peniena tricomponente AMS 700 CX InhibiZone®. Risultati di uno studio multicentrico su 85 pazienti

G. Abatangelo, C. Dadone*, E. Conti**, G. Arena*, G. Fasolis**, A. Tasca

U.O. Urologia, Ospedale "S. Bortolo", Vicenza; * S.C. Urologia, Ospedale "SS. Croce e Carle", Cuneo; ** S.C. Urologia, Ospedale "S. Lazzaro", Alba

Scopi

Valutare l'incidenza di complicanze precoci e a distanza nella chirurgia protesica peniena per deficit erettile con l'utilizzo di una protesi peniena tricomponente rivestita con un'associazione di antibiotici (InhibiZone®).

Materiali e metodi

Nel periodo gennaio 2003-gennaio 2007 presso i 3 centri partecipanti allo studio 85 pazienti sono stati sottoposti a impianto protesico AMS 700 CX InhibiZone®. L'indicazione è stata esiti di chirurgia pelvica in 43 pazienti (50%), IPP in 20 (24%) e DE *end-stage* in 22 (26%). In 3 casi si è trattato di una revisione di un precedente impianto (in 1 caso per infezione) mentre in 1 caso vi erano stati 2 chirurgie precedenti. La tecnica chirurgica è stata identica e in tutti i casi è stato eseguito un accesso scrotale trasversale. La scelta riguardo ad un eventuale drenaggio in aspirazione è stata lasciata alla preferenza del chirurgo. Il follow-up è stato ottenuto mediante questionario telefonico con domande pertinenti gli *end-point* dello studio. È stato inoltre valutata la soddisfazione del paziente nei confronti del trattamento.

Risultati

Dopo un follow-up medio di 27 mesi le complicanze precoci sono state ematoma scrotale in 7 pazienti (8%) trattato conservativamente tranne in 2 in cui è stato necessario eseguire un intervento ai fini emostatici. In 3 pazienti (4%) vi è stata una deiscenza della ferita scrotale che non ha richiesto successive suture. Dolore persistente (> 4 settimane) è stato registrato in 5 pazienti (6%). Le uniche complicanze tardive sono state un difetto tecnico (1 paziente) e la rottura del rivestimento esterno di un cilindro (1 paziente) imputabile ad una lacerazione intra-operatoria passata inosservata. Non sono stati registrati casi di infezione o necessità di espianto. 4 pazienti su 85 (5%) si sono dichiarati non soddisfatti dell'esito della chirurgia.

Conclusioni

Nella nostra esperienza la chirurgia protesica con AMS 700 CX InhibiZone® rappresenta una soluzione estremamente sicura in termini di affidabilità meccanica così come è scevra

da complicanze temibili quali l'infezione. L'elevata percentuale di soddisfazione espressa è da imputare ad una rigorosa selezione pre-operatoria dei pazienti che giungono al trattamento dopo aver intrapreso un percorso terapeutico alternativo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 44

Studio sulla qualità di vita dei pazienti sottoposti ad impianto di protesi peniena

G. Campo, G. Pomara*, F. Menchini Fabris, D. Papeirini, R. Pagni Riccardo, J. Kuncova, A. Mogorovich, G. Morelli

Urologia Universitaria, Pisa; * Urologia Ospedaliera, Pisa

Introduzione e obiettivi

I risultati dell'impianto protesico penieno con protesi tricomponente in termini di funzionamento della protesi sono stati presentati in numerosi studi ma solamente in alcuni di essi si è valutata la qualità di vita (QOL) rispetto al grado di soddisfazione del paziente (pz) e della partner. La maggior parte degli Autori ha impiegato strumenti di misurazione della QoL generici o questionari creati per altre condizioni (generalmente l'IPSS e L'EDITS) data l'assenza di questionari specifici validati. Abbiamo revisionato la nostra casistica con l'obiettivo di verificare i risultati, le complicanze e soprattutto il grado di soddisfazione dei pz e delle loro partner attraverso un questionario specifico da noi costruito.

Materiali e metodi

Dall'ottobre 1996 al febbraio 2007 abbiamo trattato 100 pz di età compresa tra 36 aa e 69 aa (media: 51) affetti da D.E. Dei 96 pazienti sottoposti ad intervento, 64 hanno accettato di essere rivalutati e hanno completato un questionario di autovalutazione.

Sono state rimosse 9 protesi, 8 per infezione post-operatoria e 1 per dolore retropubico. Sono state sostituite 13 protesi, 4 per malfunzionamento dovuto a rottura dei cilindri idraulici, 5 monocomponenti con tricomponenti per volere del paziente, 3 bicomponenti con tricomponenti per volere del paziente e 1 per rottura traumatica.

Nel follow-up è stato somministrato un questionario al paziente e alla partner.

Risultati

Il follow-up varia da 3 a 132 mesi. Le complicanze sono state: 8 infezioni (8%) 4 malfunzionamenti (4%), che hanno richiesto revisione e/o sostituzione della protesi. Dal questionario è emerso che il grado di rigidità ottenuto è stato giudicato non soddisfacente in 3 casi (4,7%), soddisfacente in 30 (46,9%) e ottimo in 31 (48,4%); la lunghezza del pene è sta-

ta giudicata immodificata da 16 pz (25%), ridotta meno di 1 cm in 28 pz (43,7%), in 20 (31,2%) oltre 1 cm.

Il motivo principale dell'insoddisfazione della partner è l'insoddisfazione del compagno.

31 partner (48,4%) non hanno osservato un accorciamento penieno, 20 (31,2%) meno di 1 cm e 13 (20,3%) oltre 1 cm. L'inturgidimento del glande è stato giudicato immodificato in 30 pz (46,9%) e ridotto in 34 pz (53,1%); la frequenza dei rapporti sessuali è passata da 1-2 al mese a 1-4 a settimana. Il grado di soddisfazione misurato attraverso 5 domande a specifiche è stato oltre il 90% sia nei pazienti che nelle partner. Di tutti i pz valutati (88%) si sottoporrebbe di nuovo all'impianto e lo vorrebbe al suo migliore amico.

Conclusioni

L'alto tasso di soddisfazione riscontrato dopo l'intervento dimostra che l'impianto è una valida soluzione per migliorare la qualità di vita dei pz con DE grave e delle loro partner. Ad un follow-up medio di 64 mesi (range 3-132 mesi) l'efficacia è risultata molto elevata (> 80%) in tutti i domini esplorati del questionario. L'impianto protesico tricomponente dovrebbe essere preso in considerazione nel trattamento della DE grave non altrimenti trattabile. Il pz e possibilmente anche la partner dovrebbero essere informati che a fronte di un miglior risultato cosmetico e di una rigidità migliore esiste una possibilità di malfunzionamento e/o revisione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 19

Riassembling del pene con cappuccio cavernoso di *surgisys* in paziente con deviazione laterale del glande e diastasi dei corpi cavernosi

L. Rolle, C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, E. Galletto, D. Fontana

Divisione Universitaria di Urologia 2, A.S.O. "San Giovanni Battista, Molinette", S.S.C.V.D. per l'Andrologia, Torino

Introduzione

Intendiamo segnalare il caso di un paziente (G.V. di 68 anni) portatore, da più di 10 anni, di protesi peniena malleabile, sottoposto a riconfigurazione del glande e *riassembling* dei corpi cavernosi in seguito a diastasi degli stessi.

Materiali e metodi

Il paziente era già giunto alla nostra osservazione nel 1995, in seguito alla comparsa di modesto incurvamento del pene secondario a malattia di La Peyronie, con concomitante deficit erettile della fase di mantenimento. Per tali motivi, veniva sottoposto a posizionamento di impianti protesici semirigidi. A distanza di anni da questo intervento, il glande del pazien-

te assumeva un progressivo atteggiamento in deviazione laterale sinistra, che lasciava scoperto l'apice del corpo cavernoso di destra. Inoltre, si evidenziava una divergenza dell'estremità distale dei corpi cavernosi. Tale condizione era causa di discomfort per il paziente con difficoltà e dolore alla penetrazione.

Il paziente è stato quindi sottoposto ad un nuovo intervento chirurgico. Dopo sguantamento del pene, il corpo cavernoso di destra si presentava con una dilatazione pseudoaneurismatica a livello del terzo distale responsabile della diastasi dei cilindri protesici e della conseguente lateralizzazione del glande verso sinistra. Scollato il fascio vasculo-nervoso, si è proceduto a *disassembling* del glande dall'apice dei corpi cavernosi. Allo scopo di riavvicinare e rinforzare i corpi cavernosi è stato allestito un cappuccio di materiale biocompatibile (*surgisys*), applicato e suturato all'apice dei corpi cavernosi stessi. Una benderella dello stesso materiale è stata quindi fissata trasversalmente al III medio dei corpi cavernosi per garantire una maggior stabilità. Il glande è stato quindi riposizionato in sede ortotopica all'apice dei corpi cavernosi.

Risultati

Il paziente è stato dimesso dopo una degenza di 3 giorni. All'atto della dimissione i cilindri protesici apparivano ben posizionati ed il glande in asse rispetto ai corpi cavernosi.

Conclusioni

Il paziente ha attualmente completato un follow-up di 3 mesi. I cilindri protesici permangono allineati ed in asse con l'asse maggiore del pene; il glande è correttamente posizionato all'apice dei corpi cavernosi. La penetrazione è riferita agevole in assenza di dolore.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 21

Allungamento penieno mediante dilatatori intra-cavernosi Apollo (R) nel trattamento dell'accorciamento penieno secondario a fibrosi

G. Abatangelo, C. Dadone*, F. Nigro, G. Benedetto, A. Tasca, G. Arena*

U.O. di Urologia, Ospedale "S. Bortolo", Vicenza; *S.C. Urologia, A.S.O. "S. Croce e Carle", Cuneo

Introduzione e scopi

Apollo è un dilatatore cilindrico che inserito nei corpi cavernosi ne permette un progressivo allungamento. L'espansione dell'impianto è ottenuta tramite successive iniezioni in una apposita camera di espansione situata sotto l'estremità distale di ogni cilindro e dotata di valvola antireflusso. L'indicazione al suo utilizzo è rappresentata da tutti i casi di accorciamento penie-

no secondario a fibrosi estesa dei corpi cavernosi e per i quali si preveda un successivo impianto protesico definitivo. Scopo del lavoro è di valutare l'efficacia del sistema Apollo.

Materiali e metodi

Nel periodo febbraio 2005-luglio 2006 abbiamo sottoposto due pazienti di 43 e 64 anni rispettivamente affetti da fibrosi dei corpi cavernosi a riposizione di impianto intra-cavernoso Apollo. In un caso la fibrosi era post-ischemica, nell'altro esito di prostatectomia radicale. Le dimensioni peniene in stretching erano pari a 8 e 7 cm rispettivamente. La tecnica chirurgica è identica a quella utilizzata per la riposizione di una protesi peniena semirigida: incisione peno-scrotale; corporotomie; dilatazione dei corpi cavernosi a 12 mm; misurazione e preparazione dell'impianto della lunghezza adeguata; liberazione della guaina semi-rigida che riveste la camera di espansione; chiusura delle corporotomie; iniezione di soluzione fisiologica nella camera di espansione.

Risultati

Gli interventi sono risultati veloci (40 minuti), agevoli e in assenza di complicanze intra- e post-operatorie. I pazienti sono stati dimessi in I giornata p.o. L'espansione dell'impianto è iniziata a 3 settimane con le successive iniezioni eseguite a cadenza settimanale con 1-2 ml per cilindro. La lunghezza del pene dopo la riposizione di Apollo era di 9 cm. La valutazione a 6 mesi ha permesso di documentare un allungamento di 3 e 4 cm rispettivamente. I pazienti sono stati successivamente sottoposti a riposizione di protesi idraulica tricomponente.

Conclusioni

Nei casi di fibrosi peniena severa l'accorciamento può rappresentare un problema di difficile soluzione. La sola riposizione di una protesi peniena non rappresenta una risposta valida in quanto, pur ristabilendo la funzione erettile non ripristina una lunghezza adeguata. I presupposti teorici, unitamente alla nostra esperienza, fanno ritenere che Apollo (R) rappresenti il trattamento elettivo nei casi in cui ad un deficit erettile candidato a impianto protesico definitivo si associ un accorciamento penieno importante

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 25

Protesi peniene: 10 anni di esperienza di un singolo centro

G. Morelli, G. Campo, F. Menchini Fabris, G. Pomara*, D. Paperini, R. Pagni, G. Giannarini, R. Minervini

U.O. Urologia Universitaria, * U.O. Urologia Ospedaliera, Pisa

Introduzione ed obiettivi

L'impianto di protesi peniena rappresenta la terapia di scelta nei pazienti con disfunzione erettile (DE) stabilizzata refrat-

taria a terapia orale con inibitori delle 5-fosfodiesterasi o farmaco iniezione con prostaglandine. Il miglioramento della qualità e affidabilità dei materiali protesici rende la terapia chirurgica sicura ed affidabile. Scopo dello studio è stato quello di valutare retrospettivamente i risultati della chirurgia implantologica peniena di un singolo centro, con particolare attenzione alle indicazioni, complicanze e soddisfazione soggettiva.

Materiali e metodi

Le cartelle cliniche di 96 pazienti sottoposti a chirurgia protesica peniena presso il nostro centro nel periodo gennaio 1996-dicembre 2006, sono state retrospettivamente analizzate. Complicanze peri e post-operatorie sono state registrate ed analizzate. Dei 96 pazienti sottoposti ad intervento, 64 hanno accettato di essere rivalutati e hanno completato un questionario di autovalutazione.

Risultati

L'età media dei pazienti era 51 anni (range 36-69). La DE era secondaria a prostatectomia radicale in 24 pazienti (21%), a cistectomia radicale in 4 pazienti (4%), a diabete mellito in 20 pazienti (21%) e a trattamento emodialitico in 1 paziente (1%). Quarantasette pazienti (49%) erano non *responders* alla terapia medica. La via di accesso chirurgico è sempre stata peno-scrotale. In 20 casi è stata utilizzata una protesi bicomponente, in 4 una protesi monocomponente e nei rimanenti 72 una protesi tricomponente. In 8 pazienti, 3 con protesi bicomponenti e 5 con tricomponente è stata effettuata una sostituzione con tricomponenti per volere del paziente. Sono state rimosse 9 (9,4%) protesi (8 per infezione post-operatoria, 1 per dolore retropubico), sostituite 5 (4 per malfunzionamento, 1 per rottura traumatica). Dei 64 pazienti rivalutati, 58 si ritengono soddisfatti e "rifarebbero l'intervento".

Conclusioni

I risultati di questo "Internal Quality Assessment" confermano la chirurgia protesica come valida opzione terapeutica per la risoluzione di DE di varia eziologia. Nel 29,2% dei nostri pazienti l'indicazione chirurgica è stata posta per DE secondaria a chirurgia uro-oncologica pelvica, pertanto un attento follow-up andrologico potrebbe incrementare l'implantologia protesica garantendo al paziente una miglior qualità di vita.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 26**Il trattamento delle complicanze nella chirurgia protesica: risultati dopo 16 anni**

G. Morelli, G. Campo, S. Sandri*, M. Ruggieri**, B. Gorgone*, M. Mensi**, M. Marzotto Caotorta*

Urologia Universitaria, Ospedale “Santa Chiara”, Pisa;
* *Divisione di Urologia, Ospedale “G. Fornaroli”, Magenta;* ** *Divisione di Urologia, Ospedale Civile, Voghera*

Introduzione

Lo scopo di questo lavoro è di valutare le maggiori complicanze della chirurgia protesica e quali sono le migliori soluzioni per risolverle.

Materiali e metodi

Dal 1991 al 2007 abbiamo impiantato 365 protesi peniene e in 49 casi (13,4%) abbiamo avuto complicanze di tipo meccanico e non meccanico. Nel 1 gruppo di pazienti sono stati 19 (4 mielolesi) con rottura di protesi monocomponente (Dyna-flex o Hidroflex); in 10 casi la rottura ha interessato una sola componente di modelli idraulici tricomponenti ed in tutti i pazienti è stata riposizionata una nuova protesi idraulica. Nel 2 gruppo riportiamo 10 pazienti con decubito sottoglandulare, 6 trattati con glandulopessi e 4 con scollamento del glande con esposizione dell'apice dei corpi cavernosi e posizionamento di *patch* di dacron; 10 pazienti con infezione di cui 8 diabetici (2 mielolesi), 1 con doppio impianto protesico (protesi peniene e sfintere artificiale), 1 con *patch* di Gore-tex® associato per IPP.

In 33 casi la protesi è stata sostituita nella stessa seduta, in 5 casi è stata riposizionata dopo 6 mesi e in 7 casi è stata solo espantata. Tre pazienti hanno spiantato soltanto un cilindro o per erosione uretrale o per decubito a livello del glande ipoplasico. In un paziente è stato posizionato un solo cilindro per grave fibrosi e impossibilità alla dilatazione.

Risultati

Dopo un follow-up medio di 6,5 anni abbiamo osservato buoni risultati in 42 casi (85,7%) con protesi idrauliche, ma in 7 casi non è stato possibile reintrodurre alcun tipo di protesi per l'infezione ancora presente. In 10 casi la rottura della protesi riguardava modelli idraulici tricomponenti.

Conclusioni

Confermiamo la maggiore affidabilità delle protesi peniene idrauliche tricomponenti (21%) rispetto alle monocomponen-

ti e ricordiamo il rischio di complicanze nel paziente mieloleso e la scarsa incidenza di complicanze nel diabetico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V 10**Esperienza preliminare con la nuova protesi tricomponente AMS 700CX con il nuovo attivatore**

G. Abatangelo, G. Benedetto, F. Nigro, E. Scremin, P. Ferrarese, A. Tasca

U.O. Urologia, Ospedale “S. Bortolo”, Vicenza

Scopi

Valutare l'utilità di un nuovo modello di attivatore denominato “*momentary squeeze*” (MS) inserito nei più recenti modelli di protesi tricomponente AMS700CX. Con tale dispositivo è sufficiente una pressione di pochi secondi sulla valvola di disattivazione affinché vi sia il deflusso di liquido dai cilindri al serbatoio. Il nuovo disegno di MS permette inoltre di rendere tale manovra più facile ed intuitiva da parte dei pazienti che spesso richiedono più incontri per poter apprendere in modo soddisfacente le modalità d'uso dell'impianto.

Materiali e metodi

Il video mostra le modalità di riposizione dell'impianto secondo la tecnica abituale che noi eseguiamo con accesso scrotale trasversale. È ben evidente la forma dell'attivatore MS che rende più facile l'individuazione della valvola di disattivazione. Presso il nostro reparto abbiamo sottoposto nel 2007 2 pazienti affetti da DE *end-stage* a tale intervento e ne abbiamo valutato la capacità di apprendere le modalità di attivazione e disattivazione.

Risultati

Gli interventi stati eseguiti senza complicanze degne di nota. In entrambi i casi è stato sufficiente un solo incontro con i pazienti perché imparassero le manovre inerenti il funzionamento dell'impianto.

Conclusioni

La nostra esperienza preliminare con il nuovo attivatore MS è risultata estremamente positiva permettendoci di diminuire notevolmente i tempi necessari all'istruzione dei pazienti sottoposti a impianto di protesi tricomponente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Disfunzione erettile – sottogruppo Neurogeni

P 6

Tadalafil in pazienti italiani con disfunzione erettile e danno midollare

G. Del Popolo, O. Risi¹, M. Marzotto Caotorta², R. Carone³, P. Di Benedetto⁴, A. Massone⁵, E. Razzoli⁶, A. Rossi⁶

A.O. Careggi, Unità Spinale, Firenze Italia; ¹ Ospedale "Treviglio-Caravaggio" di Treviglio, U.O. di Urologia, Bergamo; ² Ospedale Civile "G. Farnaroli", Magenta, Milano; ³ Ospedale CTO-CRF "Colle della Maddalena", Neurologia e Unità Spinale, Torino; ⁴ Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione, Unità Spinale, Dipartimento di Medicina Riabilitativa, Udine; ⁵ Ospedale "S. Corona" Pietra Ligure, Savona; ⁶ Direzione Medica Eli Lilly Italia

Introduzione

La disfunzione erettile (DE) è un problema comune in uomini (U) con danno midollare traumatico (SCI). Lo studio è stato condotto in 4 Paesi europei (ES, F, D, I) per determinare efficacia e sicurezza di tadalafil (T) somministrato al bisogno in soggetti (S) con DE da SCI trattati in centri specializzati italiani.

Metodi

Studio multicentrico, randomizzato, doppio cieco, parallelo vs. placebo (P). Sono stati arruolati un totale di 186 U con DE secondaria a SCI comparsa almeno 6 mesi prima della Visita 1. Dopo 4 settimane (W) di *run-in*, gli U sono stati randomizzati al trattamento con 10 mg (T10) o P per 12 W. Sono state effettuate visite di controllo ogni 4W. Dopo il primo periodo di trattamento, la dose di T poteva essere aumentata a 20 mg (T20) o rimanere invariata in base alla risposta del pa-

ziente a T10. Analogamente, dopo il secondo periodo di trattamento, la dose poteva essere ridotta (T20-T10), aumentata (T10-T20) o rimanere invariata. Al *baseline* (BL) è stata valutata la funzione erettile residua (REF); la severità dello SCI è stata determinata con la scala dell'ASIA. L'efficacia è stata determinata utilizzando le scale IIEF, il SEP e il GAQ. La sicurezza è stata valutata registrando gli EA (*Treatment Emergent Adverse Events*) e monitorando i segni vitali ad ogni visita. In questo lavoro presenteremo i dati provenienti dai 51 S inclusi nello studio in Italia.

Risultati

Età media 38,9 anni (n = 38T; n = 13 P). Al BL il 33,3% dei S era affetto da DE grave, ed al 68,6% è stato diagnosticato un danno neurologico di grado A. Il 92,2% dei S riferivano DE da almeno 1 anno. T ha migliorato tutti i principali parametri di efficacia in maniera statisticamente significativa rispetto al P, tra cui il punteggio dell'IIEF-funzione erettile (BL 14,6, *endpoint* (EP) 22,8; p < 0,001). La percentuale di S con punteggio normale della IIEF FE (> 26) all'EP (68,4%; p = 0,01), SEP-penetrazione (BL 49,1%, EP 83,2%; p < 0,001), SEP-rapporto soddisfacente (BL 13,4%, EP 63,3%; p < 0,001), SEP-rigidità soddisfacente (BL 9,1%, EP 58,2%; p < 0,001), e GAQ1-miglioramento dell'erezione (88,6%; p = 0,009). Gli EA più frequenti sono stati cefalea (10,5%T; 7,7% P) e infezioni delle vie urinarie (10,5% T; 0% P), ma nessuno è risultato statisticamente più frequente in T o P.

Conclusioni

Tadalafil (10 mg e 20 mg) si è confermato trattamento efficace e ben tollerato in pazienti italiani con DE secondaria a SCI. T ha inoltre migliorato le erezioni portando ad un punteggio normale l'IIEF FE in più del 65% dei S. Questi risultati sono coerenti con quelli ottenuti nel campione europeo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Sì

Eli Lilly Italia

Disfunzione erettile – sottogruppo BPH/LUTS

C 45

Studio osservazionale, prospettico su persistenza, peggioramento o miglioramento della funzione sessuale in pazienti affetti da IPB ed in terapia esclusiva con finasteride o dutasteride

G. Campo, G. Pomara*, F. Menchini Fabris, G. Morelli,

G.F. Menchini Fabris**, F. Francesca*, R. Minervini

Urologia Universitaria, * Urologia Ospedaliera, Pisa;

** Dipartimento di Andrologia, Pisa

Obiettivi

Scopo dello studio è stato quello di valutare come la terapia esclusiva con inibitori della reduttasi 5 (5 ARI), modifichi i sintomi urinari e se questo risultato impatti in qualche modo sulla sessualità.

Metodi

Da maggio 2006 a giugno 2006, 100 pz non consecutivi, età mediana 59 anni, affetti da IPB sono stati inclusi nello studio. Trenta pazienti erano “naive” a qualunque terapia medica per l’IPB, mentre i restanti 70 risultavano già in trattamento, ma da meno di un mese, con inibitori della reduttasi 5 (5ARI), 36 con dutasteride (D) e 34 con finasteride (F). Ai trenta pazienti “naive”, è stata prescritta F in 16, D in 14, al fine di ottenere due gruppi numericamente uguali per il confronto. Tutti i pazienti presentavano dimensioni prostatiche, ecograficamente stimate (TRUS), > a 40 cc e nessuna indicazione alla biopsia prostatica.

Al momento dell’arruolamento, quindi a sei mesi ed a un anno, sono stati registrati e confrontati i dati relativi a: esame obiettivo, PSA totale, TRUS, IIEF-5, IPSS. Le differenze sono state considerate statisticamente significative per valori di $p < 0,05$.

Risultati

Dei 100 pz, 27 sono stati esclusi dallo studio (6 per loro scelta, 21 perché necessaria l’associazione dell’alfa litico).

La Tabella mostra le modificazioni dei parametri basali dopo 6 e 12 mesi dall’inizio della terapia con 5 ARI, nei restanti 73 pazienti (valori espressi in mediane).

Conclusioni

I risultati del nostro studio dimostrano che entrambi i farmaci (D, F) modificano in maniera statisticamente significativa rispetto al basale il volume prostatico, il PSA, i sintomi urinari. La dutasteride mostra una maggiore efficacia. La funzione erettile, invece non si modifica significativamente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 13

Ipertrofia prostatica benigna e disfunzione erettile: esperienza preliminare di trattamento combinato con tadalafil 5 mg al giorno e tamsulosina

R. Giacomobono, P. Bellesi, U. Locunto, V. Lombardo, C. Lombardi, A. Zucchi, S. Stefanucci

Ospedale Nuovo “S. Giovanni di Dio”, ASL Firenze, U.O. di Urologia

Introduzione

I disturbi relativi all’iperplasia prostatica benigna ed alla disfunzione erettile sono fortemente prevalenti nella popolazione maschile oltre i 50 anni. È oggetto di studio la possibilità di usare i farmaci inibitori della fosfodiesterasi-5, oltre che nella terapia della disfunzione erettile, anche nel trattamento dei sintomi da IPB, da soli o in associazione agli alfa litici.

Materiali e metodi

5 uomini di età compresa tra 50 e 56 anni (media 54), consenzienti, già in terapia con tamsulosina 0,4 da almeno 6 mesi per sintomi da IPB e con tadalafil 20 mg al bisogno, furono sottoposti per 3 mesi al trattamento con solo tadalafil 5 mg 1 cp al mattino e per i successivi 3 mesi con tadalafil 5 mg 1 cp al mattino e tamsulosina 0,4 1 cp la sera: Flussimetria. IPSS, IIEF-5 furono valutati prima del trattamento, dopo i primi tre mesi e dopo sei mesi.

Risultati

I pazienti presentavano, alla prima osservazione, un IPSS compreso tra 15 e 20 (media 17,2), un Qmax tra 10,6 e 14,2 mlsec (media 12,2 mlsec) senza residuo p.m. significativo ed un IIEF-5 tra 12 e 17 (media 15). Dopo i tre mesi di trattamento con solo tadalafil 5 mg giornaliero, i pazienti furono rivalutati. Si osservò un cambiamento non significativo dei valori di Qmax, un lieve miglioramento dell’IPSS relativo a due soli pazienti ed un miglioramento significativo dell’IIEF-5 in tutti i pazienti (tra 18 e 23 con media 20).

I pazienti furono ancora rivalutati dopo i tre mesi di trattamento combinato con tamsulosina 0,4 e tadalafil 5 mg giornaliero. In tutti i pazienti si registrò un incremento del Qmax (tra 12,4 e 16,3 mlsec con media 15,1 mlsec), un significativo miglioramento dell’IPSS (tra 11 e 17 con media 14) ed un ulteriore miglioramento dell’IIEF-5 (tra 20 e 24 con media 22). In nessun caso ci furono abbandoni per effetti collaterali.

Conclusioni

L’impressione è che l’inibitore della fosfodiesterasi-5 tadalafil alla dose di 5 mg al dì possa essere utile sia nel trattamento della disfunzione erettile che dei sintomi da IPB di grado moderato. Ciò legato alla constatazione di come tali farmaci inducano in vitro un significativo rilasciamento dei tessuti vescicali, uretrali e prostatici. L’associazione con la tamsulosina sembrerebbe priva di effetti collaterali e comporterebbe un miglioramento significativo rispetto ai due farmaci usati separatamente. L’esiguo numero di pazienti trattati non consente di trarre conclusioni definitive.

Bibliografia

Kaplan SA, Gonzalez RR, Te AE. Eur Urol 2007;51:1717-23.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 29**Effetti della dutasteride sulla funzione sessuale dopo trattamento per ipertrofia prostatica benigna (IPB)**

G. Paulis*, R. D'Ascenzo, P. Nupieri, T. Brancato, P. Valenti

*Ospedale "Regina Apostolorum", Albano Laziale (Roma); * Incarico di Andrologia, S.C. di Urologia*

Introduzione e obiettivi

È un dato ormai appurato che dopo trattamento della ipertrofia prostatica benigna con finasteride (che blocca solamente l'isoenzima II della 5-alfa-reduttasi) compaia un disfunzione erettile secondaria intorno all'8% dei casi (Linee Guida. *AUA sul trattamento dell'IPB*. J Urol 2003; Vol. 170). La dutasteride farmaco utilizzato da qualche anno per la cura dell'ipertrofia prostatica è in grado di bloccare integralmente la trasformazione del testosterone in DHT mediante l'inibizione competitiva dei due isoenzimi I e II della 5-alfa-reduttasi. Il farmaco è stato testato al fine di evidenziare eventuali fenomeni negativi sulla funzione sessuale maschile. La nostra ricerca fa seguito ad alcuni nostri precedenti lavori (congr. Naz. Sia/2005 e 2006) che comprendevano campioni di pazienti inferiori (112 nel 2006).

Materiali e metodi

I pazienti reclutati sono stati in tutto n. 212: n. 49 pazienti di

questi sono stati esclusi dallo studio perché affetti da disfunzione erettile di vario grado. Anche la contemporanea terapia con alfa-bloccanti ha costituito motivo di esclusione dallo studio in 21 pazienti per evitare l'inquinamento dei dati da parte di una eventuali disturbi eiaculatori secondari. Sono stati osservati così n. 142 pazienti affetti da IPB, con una età compresa tra i 49 e gli 83 anni (età media = 67,5). Tutti i pazienti sono stati trattati con una dose orale di Dutasteride (0,5 mg/di) e hanno compilato il questionario IIEF prima dell'inizio della terapia e quindi a 3, 6 e 12 mesi dall'inizio della stessa. Il follow-up massimo è stato per tutti a 12 mesi dall'inizio del trattamento.

Risultati

Su 142 pazienti si sono verificati 14 casi di riduzione della rigidità peniena (9,8%). 2 casi sono stati rilevati al follow-up dei 3 mesi e 10 casi a 6 mesi dall'inizio del trattamento, in 2 casi il disturbo della erezione è comparso nel secondo semestre di terapia. In 3 casi si è verificato calo della libido (2,1%). In 2 casi il farmaco è stato sospeso per la comparsa di fenomeni diseptici. Si sono verificati 2 casi di ginecomastia (1,4%). 4 pazienti hanno lamentato riduzione del volume dell'eiaculato (2,8%).

Conclusioni

Se si confrontano gli attuali risultati con quelli del precedente studio (incidenza DE secondaria = 7,2%), l'attuale campione più corposo ci ha permesso di rilevare una maggiore incidenza di disfunzione erettile secondaria (9,8%) inoltre tale prevalenza si dimostra superiore a quella dopo trattamento con Finasteride (8%).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Disfunzione erettile – sottogruppo Neoplasia Prostatica**C 30****Le modificazioni del comportamento sessuale nei pazienti candidati a prostatectomia radicale**

E. Conti, D. Croce*, M. Cordero*, S. Lacquaniti, P.P. Fasolo, L. Puccetti, R. Mandras, D. Rosso, G. Fasolis
*S.O.C. Urologia, Ospedale Alba; * Servizio Psicologia ASL 18*

Introduzione e obiettivi

Nella nostra esperienza abbiamo osservato che l'IIEF somministrato in forma tradizionale e "recalled" mostra risultati discordanti tra le due versioni in un numero consistente di pz con Ca prostata (CaP) candidati a prostatectomia radicale

(PR). Questi ultimi hanno modificato in modo sostanziale il proprio comportamento sessuale dopo la diagnosi di CaP. SCOPO dello studio è stato di indagare se tali modificazioni possono essere correlate allo stato d'ansia, rabbia o depressione.

Materiali e metodi

In 32 pz affetti da CaP, con una vita sessuale attiva, candidati a PR abbiamo somministrato: IIEF 15 tradizionale, IIEF 15 recalled (con domande riferite al mese precedente la diagnosi), STAI (state trait anxiety inventory), STAXI (state trait anger expression inventory), BDI (Beck depression inventory). I pz sono stati divisi in 2 gruppi: A) caratterizzato da una modificazione del comportamento sessuale in seguito alla diagnosi di CaP. B) nessuna modificazione del comportamento sessuale. I parametri rilevati nei due gruppi sono stati confrontati con T test di Student.

Risultati

L'età media dei 32 pz è di 66 (51-71). L'età media è di 66 in

entrambi i gruppi. Nel gruppo A (19 pz – 59%) i valori medi degli items f erettile e desiderio sono 14,6 e 4,2 nell'IIEF tradizionale e 24,9 e 8,0 nell'IIEF *recalled*. I valori medi dei reattivi psicometrici sono 47,0 (*range* 0-100) per STAI, 66,8 (*range* 39-99) per STAXI, 20,8 (*range* 0-39) per BDI.

Nel gruppo B (13 pz -41%) i valori degli items f erettile e desiderio (23,8 e 7,8) sono uguali nelle due versioni IIEF. Il valori medi dei tests psicometrici sono 44,0 per STAI, 80,6 per STAXI, 22,5 per BDI. La differenza tra i 2 gruppi è tendente alla significatività per T (gdl 29,3) = 1,8, p = 0.08. solo per quanto riguarda i valori di STAXI relativi all'espressione della rabbia di stato. Per i valori di STAXI rabbia di tratto, STAI e BDI non emergono differenze statisticamente significative.

Conclusioni

Ansia e depressione non sembrano influire sulle modificazioni del comportamento sessuale nei pz candidati a PR. Sembra invece significativa la modalità di espressione della rabbia correlata allo stile di *coping* individuale: nel gruppo B si rileva uno stile di *coping* più attivo e assertivo rispetto ai pz del gruppo A tendenzialmente con atteggiamenti improntati alla passività. È possibile che il principale fattore nella modificazione della funzione sessuale sia lo stile di *coping* individuale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V 5

La prostatectomia radicale laparoscopica robotica *nerve-sparing*

G. Scalsese, F. Ventrua, F. Portoghese, M. Romano, V. Disanto

Ente Ecclesiastico, Ospedale Generale Regionale "F. Miulli", Acquaviva delle Fonti, (BA)

Introduzione

Numerosi sono i punti controversi della prostatectomia radicale laparoscopica ma con la tecnica robotica si riesce ad eseguire una ultrassezione tale da garantire un maggior risparmio della maggior parte della ricca rete nervosa che circonda la prostata e confluisce terminalmente nella costituzione dei nervi erigendi. Considerato che la maggior parte dei nervi decorrono posterolateralmente alla prostata dalle ore 4 alle ore 8, si conviene che riveste un ruolo importante individuare e passare alla disamina i punti cardine dell'intervento tale da garantire un risparmio degli stessi. Durante l'intervento sono stati tenuti in considerazione i nuovi concetti della architettura trizonale della innervazione periprostatica: PNP (*Proximal Neurovascular Plate*) presente in corrispondenza dell'apice delle vescichette seminali, PNB (*Predominant Neurovascular Bundle*) presenti in corrispondenza dei peduncoli neurovascolari e ANP (*Accessory distal Neural Pathways*) presenti in corrispondenza dell'apice prostatico.

L'intervento inizia con la linfoadenectomia otturatoria, poi si

esegue come illustrato la incisione della fascia di Denonvillers e l'isolamento posteriore delle vescichette seminali considerato che un cospicuo fascio di nervi come indicato in giallo nella figura passa proprio in corrispondenza dell'apice delle vescichette seminali. La seconda fase consiste nell'isolamento e sezione del collo vescicale con successivo isolamento dei peduncoli neurovascolari che decorrono posterolateralmente alla prostata non utilizzando così come negli altri punti critici, correnti di alcun tipo, ma solamente clips da 5 mm dove strettamente necessarie. Altro punto importante è rappresentato dalla dissezione per via smussa di uretra che deve completamente essere messa a nudo per circa 2 cm e successivamente dell'apice prostatico. Ultima fase non meno importante è rappresentato dalla anastomosi uretro-vescicale che deve interessare unicamente l'uretra senza coinvolgere il piano muscolare del pavimento pelvico. Questa fase è utile sia per preservare la funzionalità erettile che per garantire una buona continenza.

Conclusioni

Si è ancora in una fase di valutazione dell'efficacia della tecnica robotica considerando che si è iniziato ad utilizzare la robotica a partire dal settembre 2006. I dati riportati in letteratura sono promettenti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 22

Valutazione dell'efficacia della riabilitazione peniena con PGE1 nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale *nerve sparing*. Risultati preliminari

A. Vitarelli, G. Lorusso, S. Telari, A. Pagliarulo

Dipartimento Emergenza e Trapianto Organi, U.O. di Urologia II Universitaria, Policlinico di Bari

Obiettivi

Valutare l'effetto della riabilitazione peniena con PGE1 sul deficit erettivo post-RRP *nerve-sparing* (NSRRP).

Materiale e metodi

Sono stati inclusi nello studio 60 pazienti (età media 64,6 anni; *range* 49-74) sottoposti a NSRRP dal giugno 2004 al dicembre 2005. Tutti i pazienti in fase pre-operatoria hanno ottenuto un punteggio IIEF5 compreso tra 20 e 25 ed un eco-color-doppler penieno dinamico nella norma. La riabilitazione peniena prevedeva una duplice somministrazione settimanale di PGE1 (dose tra 2,5 e 5 mcg) sufficiente ad ottenere la tumescenza peniena, per un periodo di 3 mesi e quindi al bisogno fino all'eventuale comparsa di erezioni sufficienti per ottenere rapporti soddisfacenti. Tutti i pazienti sono stati valutati con cadenza trimestrale per un anno con visita medica nel

corso della quale è stato somministrato il questionario IIEF5.

Risultati

27 dei 60 pazienti (45%) hanno ottenuto erezioni spontanee sufficienti per un rapporto soddisfacente (ESUF). 33 dei 60 pazienti (55%) si sono sottoposti a riabilitazione (gruppo RIAB); 21 di essi (63,6%) hanno ottenuto ESUF in un periodo medio (TM) di 5 mesi (IIEF5 medio 18,2; range 16-20); 12 di essi (36,4%) hanno ottenuto erezioni spontanee non sufficienti (NESUF) per un rapporto soddisfacente in un TM di 6,2 mesi (IIEF5 medio: 2). 27 dei 60 pazienti (45%) non si sono sottoposti a riabilitazione (gruppo NRIAB); 6 di essi (22,2%) hanno ottenuto ESUF in un TM di 7,5 mesi (IIEF5 medio 17,5; range 16 e 18); 12 di essi (44%) hanno ottenuto NESUF in un TM di 4,5 mesi (IIEF5 medio: 2); 9 di essi (33,3%) non hanno ottenuto alcuna erezione spontanea.

Discussione

Nel gruppo RIAB tutti i pazienti hanno ottenuto erezioni spontanee; nel 33,3% dei pazienti del gruppo NRIAB, invece, è stata registrata una completa assenza di erezioni spontanee nel corso del follow-up. La percentuale dei pazienti con ESUF è risultata superiore nel gruppo RIAB (63,6%) rispetto al gruppo NRIAB (22,2%). Il TM di comparsa di erezioni sufficienti, inoltre, nel gruppo RIAB (5 mesi) è stato inferiore rispetto a quello nel gruppo NRIAB (7,5 mesi). Solo la percentuale di pazienti con NESUF è stata lievemente maggiore nel gruppo NRIAB (44,4%) rispetto al gruppo RIAB (36,4%).

Conclusione

Tali risultati preliminari dimostrano l'efficacia della riabilitazione peniena, sia in termini di percentuali di recupero della funzione erettile (erezioni sufficienti per rapporto soddisfacente) sia in termini di precocità con cui questo viene raggiunto.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 8

Riabilitazione sessuale dopo intervento di prostatectomia radicale

G. Orlando, K. Christodoulakis, B. Rovereto

Divisione di Urologia "S. Matteo", Pavia

Introduzione e obiettivi

L'enorme interesse sociale per il deficit erettivo e l'indicazione sempre più diffusa del trattamento chirurgico radicale per il carcinoma prostatico ci hanno indotto ad elaborare una strategia accurata per il trattamento riabilitativo del problema sessuale post-chirurgico.

Per un paziente oncologico la sessualità non è una esigenza primaria ma un notevole impulso al superamento della malattia e un ritorno alla vita con meno perdite possibili.

Come in ogni evento funesto della nostra vita è necessario rielaborare un bilancio positivo e accettabile che richiede l'aiuto e la collaborazione di più figure professionali e non, che compongono il nostro *milieu* sociale.

La letteratura al riguardo è molto ricca e articolata ma ci sembra che manchi un iter terapeutico condivisibile che recuperi tutte la componenti della sessualità e porti ad una soluzione ritagliata sulle esigenze del paziente o della coppia.

Materiali e metodi

180 pazienti operati di prostatectomia radicale dal 2001 al 2007 sempre dallo stesso chirurgo con medesima tecnica.

L'esiguità del numero non permette stratificazioni essenziali per età, tipo di intervento, stadio di malattia, comorbidità che diano dati statisticamente significativi per cui abbiamo preferito individuare un iter comune che privilegiasse il recupero funzionale adatto alle esigenze del paziente:

- colloquio sessuologico pre-operatorio eseguito sempre dallo stesso terapeuta;
- spiegare il concetto di riabilitazione funzionale;
- non forzare i tempi;
- recupero delle aree sane;
- coinvolgimento della partner;
- aggiustamenti durante l'iter.

Si è rivelata produttiva la collaborazione di un team affiatato, l'individuazione di una figura di riferimento che stabilisca un transfert positivo col paziente.

L'utilizzo di tutti i presidi psicologici e medici al fine di mantenere vivo l'interesse del paziente.

Risultati

La revisione di questi sei anni di attività ha permesso di paragonare la riabilitazione selvaggia con una riabilitazione modulata.

I dati emersi rivelano una netta riduzione del *drop-out*.

Una migliore soddisfazione in termini di qualità della vita.

Un migliore affiatamento dell'équipe terapeutica.

Conclusioni

La malattia oncologica è sempre un evento devastante che coinvolge diversi aspetti della vita e ci costringe ad una rielaborazione.

In questo processo è necessario che il paziente non si senta abbandonato ma sia aiutato da un'équipe che sappia affrontare il recupero, mettendo al primo posto il paziente nella sua totalità fisica e psichica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 9**Esperienza triveneta nel recupero di funzione erettile dopo prostatectomia radicale *nerve sparing***

D. Vecchio, M. Pastorello, M. Poluzzi, A. Molon, A. Mahlknecht¹, A. Galantini², A. Tamai³, V. Gallo³, S. Durante³, A. Scardigli⁴, G. Malossini⁴, L. Luciani⁴, A. Reich⁴, S. Bosetti⁴, G. De Giorgi⁵, S. Bierti⁵

Urologia, Ospedale "Sacro Cuore - Negrar" (VR); ¹ Urologia, Ospedale "F. Tappeiner" Merano (BZ); ² Urologia, Ospedale, Bolzano; ³ Servizio di Urologia e Andrologia, Casa di Cura "Eretnia" Vicenza; ⁴ Urologia, Ospedale "Santa Chiara", Trento; ⁵ Dipartimento di Urologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Udine

Introduzione e obiettivi

La neoplasia prostatica rappresenta attualmente la seconda patologia maligna più comune nell'uomo e la sua diffusione sembra ampliarsi con un numero crescente di pazienti (pz) di giovane età (45-60 anni). La sfida che si presenta all'Urologo risiede nella preservazione di una valida erezione e di una buona continenza. Si è deciso di confrontare l'esperienza di alcuni Centri onde chiarire le seguenti questioni: valutare la funzione erettile in pz sottoposti a prostatectomia radicale retpubica *nerve sparing* bilaterale (NSRRP); identificare fattori predittivi e quanti pz siano realmente interessati al ripristino dell'attività sessuale; accettazione delle terapie proposte e la verifica delle problematiche ad esse correlate.

Materiali e metodi

È stata eseguita una valutazione nei pz afferenti a Centri partecipanti e sottoposti a NSRRP a partire dal 2003; follow-up variabile tra 6 e 18 mesi; somministrato IIEF5 pre-operatorio ed a 3, 6, 12, 18 mesi dall'intervento; accurata anamnesi pre-operatoria circa patologie cardiovascolari (CVD), diabete mellito e endocrinopatie; instaurata terapia orale con tadalafil 20 mg entro 30 gg dall'intervento con utilizzo almeno bisettimanale; terapia intracavernosa con PGE1, almeno 1 volta(v)/settimana in caso di insuccesso.

Risultati

201/524 pz (38,35%) hanno mantenuto il coito e tutti di età compresa tra 46 e 68 aa, di cui 67/201 (33,3%) spontaneamente: 61/67 (91%) in assenza di CVD e tutti di età 46-60 aa. 96/201 (47,76%) in terapia con tadalafil, 38/201 (18,9%) in terapia con PGE1. 323/524 (61,65%) lamentano DE. Fra questi 229/323 (70,9%) > 65 aa. 94/323 (29,1%) < 65 aa, 145/323 (44,89%) con cvd. Complessivamente, il coito è presente in 58 pz (28,8%) a 3 mesi dall'intervento, in 88 (43,7%) a 6 mesi, in 179 (89,05%) a 12 mesi. Il 70,14% ha assunto tadalafil 2 vv/settimana, il 26,36% 1 v/settimana, il 3,5% 3 vv/settimana. Il *drop out* si è registrato in 89 pz (27,5%) en-

tro 30 gg, in 155 (47,9%) entro 6 mesi; in 26 (8,04%) per effetti collaterali, in 193 (59,75%) per costi e inefficacia.

Conclusioni

Fattori predittivi appaiono l'età, le CVD, la precocità delle terapie. Problemi aperti: discreta curva di apprendimento delle tecniche *nerve sparing*, *timing* e schemi terapeutici non omogenei e di utilizzo prolungato; alto costo e *drop out* correlato. Nelle prime fasi i risultati migliori sembrano aversi dall'utilizzo contemporaneo di PGE1 e tadalafil. Pz sempre più giovani richiedono pressantemente un valido coito.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 11**Insuccesso nella valutazione pre-operatoria degli aspetti relazioni e sessuali della coppia in pazienti candidati a prostatectomia radicale**

A. Salonia, G. Zanni, U. Capitanio, A. Saccà, A. Gallina, A. Briganti, F. Dehò, F. Pellucchi, F. Sozzi, P. Rigatti, F. Montorsi

U.O. di Urologia, Istituto Scientifico Universitario, H. "San Raffaele", Milano

Introduzione

Valutazione pre-operatoria dei parametri psicometrici relativi agli aspetti relazioni e sessuali della coppia in pazienti con una relazione eterosessuale stabile e candidati a prostatectomia radicale (RP).

Materiali e metodi

Dal novembre 2002 all'aprile 2005 (Periodo 1), al momento del ricovero in ospedale, il giorno prima dell'intervento chirurgico di RP, 719 pazienti consecutivi con una relazione eterosessuale stabile e candidate a RP sono stati valutati con una intervista semi-strutturata ed un set di indici psicometrici validati, dedicati alla valutazione degli aspetti relazioni e sessuali della coppia. Dal maggio 2005 al luglio 2006 (Periodo 2), tanto i pazienti quanto le loro partner sono stati invitati a compilare un set di questionari similari. I dati sono presentati come medie \pm DS. La analisi statistica è stata realizzata mediante: Student's T-test e Chi-squared (χ^2) test.

Risultati

Quando abbiamo richiesto alle partner dei pazienti di compilare i questionari abbiamo osservato una significativa diminuzione della adesione da parte dei pazienti stessi al protocollo volto alla valutazione pre-operatoria degli aspetti psicometrici [Periodo 1 vs. Periodo 2: 546/719 (75,9%) vs. 79/320 (24,7%) (Chi-square: 240,01; $p < 0,0001$; 95CI%: 45,5, 56,9)]. Inoltre, 82/320 (25,6%) partner hanno accettato di ricevere il set di questionari psicometrici, ma soltanto 6/82

(7,3%) di loro li hanno completati. Durante il Periodo 2 i pazienti hanno rifiutato di compilare i questionari prevalentemente perché non volevano che venisse realizzata una valutazione della loro funzione sessuale contemporaneamente a quella delle loro partner, nonostante la partner avessero avuto in precedenza una significativa influenza nel processo di *decision-making* relativo alla scelta terapeutica da parte del malato. Un rifiuto diretto alla compilazione dei questionari da parte della donna era riscontrabile in 157/238 (66%), mentre una proibizione alla compilazione derivava dalla volontà dei pazienti nelle restanti 81/238 (34%) (Chi-square: 47,47; $p < 0,0001$; 95CI%: 23,5, 40,5).

Conclusioni

La valutazione del profilo sessuale prima della RP è mandatorio per poter definire prospetticamente l'*outcome* funzionale dei malati di carcinoma prostatico; tuttavia, questi risultati preliminari sembrerebbero dimostrare come sia infruttuoso indagare contemporaneamente entrambe i partner, con un significativo incremento della raccolta di dati incompleti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 12

Riabilitazione sessuale dopo prostatectomia radicale retropubica: studio clinico su 40 pazienti trattati con tadalafil e alprostadil

G. Paulis*, R. D'Ascenzo, P. Nupieri, T. Brancato, P. Valenti

Ospedale "Regina Apostolorum", Albano Laziale, Roma;
*Incarico di Andrologia, S.C. di Urologia

Introduzione

La prostatectomia radicale retro-pubica (RRP) è il trattamento standard del ca. prostatico organo-confinato, tuttavia si verificano alte % di DE secondaria anche con procedura *nerve-sparing* (NS). Risulta quindi necessaria una riabilitazione peniena post-RRP per una ripresa della funzione erettile. Lo studio ha valutato l'efficacia di uno schema terapeutico applicato su un gruppo di p. già operati (RRP) utilizzando tadalafil associato talora ad iniezioni i.c. (ICI) di alprostadil.

Materiali e metodi

40 p. (età media = 64,1 aa) sottoposti a riabilitazione dopo RRP [NS 27 casi; *nerve-sparing* unilaterale (UNS) 6 casi; non-NS 7 casi] altri 18 p. non hanno accettato la riabilitazione completando però i follow-up. Schema riabilitativo = inizio terapia 1 mese dopo RRP: 8 settimane di tadalafil 10 mg/OS/di/la sera. Dopo 8 settimane compilaz. questionario Indice Funz. Erettile (IIEF) (già completato pre-RRP) e: invito ai p. con erezione sufficiente a continuare la terapia; invito ai p. con insuff. rigidità a sottoporsi a FIC-test (max 20

mcg di alprostadil) fino ad ottenere propria dose con successivo programma auto-iniettivo 2 volte/settimana + tadalafil 10 mg/di. Per tutti i p. follow-up/3-6-12 mesi dall'inizio della riabilitazione con compilazione dell'IIEF. Il protocollo ha previsto che p. che non avrebbero risposto neanche a 20 mcg di PGE1 avrebbero comunque proseguito la riabilitazione per i 12 mesi, associando tadalafil 10 mg/di alle iniezioni i.c. (alpr. 20 mcg).

Risultati

Dopo 8 settimane di tadalafil/di/os hanno risposto al farmaco 11 su 40 pazienti (27,5%), 9 di questi operati NS e altri 2 UNS. A 12 mesi è stato rilevato successo della riabilitazione sessuale in 30 casi su 40 (75%) e in 10 su 30 si è ottenuto ripristino di erezioni spontanee senza farmaci: NS 29,6%(8/27); UNS 16,6% (1/6); non-NS 14,2% (1/7). 29 p. hanno fatto ricorso ad alprostadil i.c. Nel follow-up a 12 mesi 10 p. su 40 non hanno risposto ad alcuna terapia (25%) (5 NNS, 2 UNS, 3 NS). Ripresa erezione spontanea nel gruppo non-riabilitati: 2 casi su 18 (11,1%). Successo % riabil. sessuale nelle diverse classi: NS 88%; UNS 66,6%; non-NS 28,5%.

Conclusioni

Dai i risultati si deduce che il buon esito della riabilitazione sessuale post-RRP è direttamente correlato al maggiore risparmio dei fasci neurovascolari. Dai dati emergerebbe la discutibilità di una proposta riabilitativa a p. operati non-NS, vedi le % di ripresa erettiva spontanea non molto distanti da quelle dei non riabilitati (14,2% vs. 11,1%).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 42

Prostatectomie radicali *nerve-sparing*: correlazione fra indice di funzionalità peniena e qualità di vita. Follow-up a 36 mesi

A. Abbona, M. Paradiso, O. Sedigh, F. Liberale, U. Ferrando

S.C. Urologia 3, Ospedale Molinette, Torino

Introduzione ed obiettivi

Nonostante i continui miglioramenti nell'approccio chirurgico alla prostatectomia radicale (PR), la disfunzione erettile (DE) rappresenta ancora una complicanza rilevante. Ben pochi dubbi esistono sulla necessità di una riabilitazione post-prostatectomia, tuttavia vi sono ancora incertezze sul momento in cui iniziare il trattamento. Sulla base dei meccanismi fisiopatologici della D.E. secondaria a PR si è concordi nell'asserire che si impone una riabilitazione precoce allo scopo di prevenire processi di fibrosi peniena.

Parallelamente all'aspetto chirurgico, l'acquisizione della

modalità multidisciplinare all'approccio del pz permette di valutare non solo la ripresa funzionale dell'organo, ma l'aspetto sesso-comportamentale. L'importanza dell'approccio integrato è determinata dal fatto che, la ripresa funzionale peniena, non rappresenta un indicatore predittivo di buona qualità di vita (QoL) del paziente/coppia.

Materiali e metodi

390 soggetti sono stati scelti considerando le stesse indicazioni oncologiche e sesso-andrologiche: G.S. < 7, PSA < 10, IIEF-5 pre operatorio \leq 20. Sono stati sottoposti i test in fase di pre-ricovero e questo ha permesso di impostare precocemente la terapia sistemico-comportamentale e mansionale pre-intervento. Dopo l'intervento il campione è stato diviso in 2 gruppi per diversificare l'inizio della terapia farmacologica con inibitori della fosfodiesterasi (IPDE5) e prostaglandine (PGE1). Ad un gruppo la terapia orale è stata somministrata a 2 settimane dall'intervento, all'altro a 20 settimane. È stata mantenuta, in entrambe i gruppi, la somministrazione di PGE1 a 4 settimane.

I Test sono stati nuovamente somministrati a 12, 18 e 36 mesi.

Risultati

L'analisi dei risultati, conferma la necessità di seguire il pz/coppia dal p.d.v. psicorganico. Nei pz in cui, l'attore principale nel percorso riabilitativo, era rappresentato dalla partner, ed è quindi stato possibile impostare una terapia comportamentale/mansionale correlata alla farmacologica, la valutazione data dal pz della propria QoL è stata sorprendente, indipendentemente dal completo recupero della funzione erettiva.

Nei soggetti di età avanzata, con IIEF-5 pre-operatorio < 19, sia pure in presenza di un risparmio nervoso, i PDE5 risultano poco efficaci per quanto riguarda la possibilità di penetrazione, ma sicuramente efficaci in associazione ad ICI. Purtroppo, l'accettabilità del trattamento con PGE1 si è confermata un grosso limite in entrambi i gruppi mentre, la terapia sesso-comportamentale è stata accolta favorevolmente da tutti i soggetti ma il maggior numero di sedute terapeutiche sono state riservate alle coppie che presentavano relazioni destabilizzate aggravate dall'incontinenza persistente oltre al 4-5 mese dall'intervento.

Conclusioni

Lo studio triennale ha confermato la necessità di una presa in carico globale del soggetto già nella fase di pre-ricovero. La possibilità di accompagnare il soggetto/coppia durante tutto l'iter chirurgico-terapeutico garantisce il recupero di una buona QoL. Dai test somministrati a 18 e 36 mesi è emersa l'importanza di proporre alla coppia una sessualità dove, la capacità penetrativa assume un ruolo secondario rispetto alla possibilità di migliorare la funzione erotico-ludica della coppia. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V 8

Implantologia bicomponente peniena nei soggetti sottoposti a chirurgia pelvica: protesi peniena idraulica excel con resist pre-connessa: follow-up a 1 anno

O. Sedigh, M. Paradiso, M.E. Graziano, F. Liberale, A. Abbona, U. Ferrando

Ospedale "Molinette" di Torino, S.C. Urologia 3

Introduzione

La disfunzione erettile iatrogena di necessità oncologica in seguito ad interventi pelvici ha portato a notevoli cambiamenti culturali e numerici nell'implantologia protesica. Riportiamo l'esperienza di un nuovo concetto di protesi peniena gonfiabile bicomponente preconnessa, con follow-up a 1 anno.

Materiali e metodi

Abbiamo utilizzato questa protesi in 6 prostatectomizzati per neoplasia prostatica (3 RRP e 3 RPP). Il tempo medio d'impianto è stato di 24 mesi. 4 dei pazienti avevano condotto correttamente la riabilitazione uro-andro-sessuologica post-prostatectomia. L'impianto prevede il posizionamento di 2 cilindri gonfiabili, morbidi Bioflex, attraverso un accesso penoscrotale con due minime corporotomie. I cilindri sono disponibili in 6 dimensioni da 10 a 20 cm, ed i tempi chirurgici di inserimento sono di 40 min circa. La caratteristica principale dei cilindri è che sono pre-collegati ad un'unità Bioflex Resist-pump collocata nello scroto in modo che tale dispositivo funga da pompa-serbatoio.

La protesi viene fornita vuota e deve essere riempita attraverso un accesso autosigillante per iniezione, situato nell'area concava della Resist-pump. Le iniezioni con ago vanno eseguite solo al centro dell'area concava di accesso in direzione perpendicolare, con soluzione fisiologica. Il volume di riempimento risulta proporzionato alla dimensione stessa dei cilindri e la semplice compressione della Resist-pump trasferisce il liquido ai cilindri creando una rapida rigidità. Tutti i componenti dell'impianto sono ricoperti da un rivestimento idrofilico chiamato Resist che riduce l'adesione microbica e la colonizzazione dei batteri.

Risultati

A 1 anno dall'impianto i pz sono soddisfatti, con ottimi risultati di performance erotica ed estetica. Non complicanze di rilievo.

La non sufficiente rigidità dei cilindri ha reso necessario in 2 pazienti *refilling* transcutaneo a 2 mesi dall'intervento.

La curva di apprendimento dei pazienti è sovrapponibile ad impianti tricomponenti.

Si segnala che la non flaccidità totale di questi cilindri, peraltro molto morbidi, contrasta in buona misura la nota sindro-

me del pene corto segnalata nei pz sottoposti ad impianto idraulico post-chirurgia pelvica.

Conclusioni

Tale approccio chirurgico rappresenta una buona soluzione

terapeutica nei soggetti correttamente informati (sui pro/contro e tipologia di impianti protesici penieni) e sottoposti a chirurgia pelvica maggiore per la facilità d'impianto costo-beneficio, scarse complicanze dell'impianto preconnesso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Disfunzione erettile – sottogruppo Neoplasia Vescicale

V 6

La cistectomia radicale laparoscopica *nerve-sparing*

G. Scalese, F. Ventrua, F. Portoghese, M. Romano, V. Disanto

Ente Ecclesiastico, Ospedale Generale Regionale "F. Miulli", Acquaviva delle Fonti, (BA)

Introduzione

La cistectomia radicale laparoscopica con tecnica *nerve-sparing* è indicata soprattutto in pazienti giovani socialmente e sessualmente attivi con tumore vescicale infiltrante organo confinato che non interessi il trigono vescicale.

Nel video viene illustrata tale tecnica, già descritta in letteratura, in paziente di 39 aa affetto da neoplasia vescicale infiltrante G3T2 presente sia al primo intervento di TURBT che al secondo intervento di Re-TUR. La neoplasia era prevalentemente a carico della parete laterale dx per cui il *nerve-sparing* per motivi oncologici era applicabile solamente sul lato sinistro.

L'intervento inizia con una ampia resezione endoscopica di prostata. La fase laparoscopica inizia eseguendo una linfadenectomia standard iliaco-otturatoria; successivamente si passa all'isolamento dei peduncoli laterali vescicali preservati soprattutto sul lato sinistro sino a giungere all'isolamento della capsula prostatica che è lasciata integra sia per favorire il risparmio dei *bundle* neurovascolari sia per mantenere integro lo sfintere uretrale e garantire un rapido recupero della continenza. Non sono stati risparmiati i deferenti e le vescichette seminali per motivi di sicurezza oncologica. Nelle fasi successive viene ricostruita una neovescica all'esterno con mini-incisione in corrispondenza del trocar paraombelicale, riposizionata successivamente all'interno e dopo aver ricreato il pneumoperitoneo si eseguono prima le anastomosi ureteroneovescica e poi la ileocapsuloplastica.

Conclusioni

L'intervento si è dimostrato di facile esecuzione di durata accettabile (360') eseguito con salvaguardia della radicalità oncologica. Al paziente dimesso con catetere vescicale è stato programmata ad un mese un intenso programma di riabilitazione della funzionalità erettile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Disturbi eiaculatori/orgasmici

C 33

Anorgasmia in pazienti con ipospermia e concomitante neuropatia diabetica

C. Battiato, S. Dammino*, S. Di Noto, F. Nicolosi*, D. Nicolosi*, L. Fondacaro*, B. Giammusso*, F. Calzavara, S. Battiato**, S.A. La Vignera, E.S.D. Vicari
*Sezione di Endocrinologia, Andrologia e Medicina Interna, Dipartimento di Scienze Biomediche di Catania; * U.O. di Urologia, A.O.R.N.A.S. "S. Luigi Currò", Catania; ** SSB, UPS, Roma*

Introduzione ed obiettivi

L'eiaculazione è un processo dinamico che coinvolge a vari tempi le cinesi delle vescichette seminali, i dotti eiaculatori ed i muscoli del pavimento pelvico. Fino a poco tempo fa i disturbi dell'eiaculazione si ritenevano dovuti solo a problematiche psico-somatiche. Oggi più lavori trovano evidenze fra i disturbi dell'eiaculazione e le flogosi genito-urinarie ma raramente si riscontra la presenza di disturbi dell'orgasmo per cause di natura organica, discorso a parte l'eiaculazione retrograda cause comune di disfunzioni sessuali nei pazienti con neuropatia. L'ipospermia, eiaculato < 1,5 ml, presente nella maggioranza dei casi negli stati post-flogistici delle ghiandole accessorie, con coinvolgimento dello svuotamento vescico-ampullare della vescichette seminali e causa correlata all'anorgasmia.

Scopo del lavoro è quello di osservare se un alterato deficit di svuotamento vescico-ampullare in pazienti selezionati con neuropatia diabetica possa essere causa-correlata all'anorgasmia.

Materiali e metodi

35 pazienti con diabete mellito di tipo I e II da 10 anni, età 24-49 anni. Gruppo di controllo: 18 pazienti, non diabetici, con problemi di flogosi andrologiche, età 21-56 anni. Tutti: eco-transrettale con sonda endocavitaria, (pre- e post-eiaculazione), esami ematochimici, esami culturali, test per la neuropatia. Anamnesi sessuologia disturbi della eiaculazione, anorgasmia (totale e/o parziale).

Risultati

L'alterazione della cinesi vescicolo-ampullare era del 80% nei pazienti diabete di tipo I e 95% diabete di tipo II. Nei pazienti di tipo II si riscontro un maggiore deficit di svuotamento vescicolare valutato tramite la maggior frequenza dell'alterata eco-morfo-volumetria dei parametri vescicolari in termini di DAP (diametro antero-posteriore) "pre- post-eiaculazione < 1 mm". L'ipospermia era presente nel 100% paz. diabete di tipo II e 67% di tipo I; 34% nel gruppo di control-

lo. Il sintomo anorgasmia totale in entrambi i gruppi del 56% e anorgasmia parziale 76%. Nel gruppo di controllo 12%.

Discussione

Abbiamo osservato che in pazienti con neuropatia diabetica, esistono la presenza di alterazioni eco-morfo-volumetriche dinamiche significative indice di alterati meccanismi che presiedono allo svuotamento eiaculatorio del tratto ampullo vescicolo duttale. La diminuita propulsione-performance delle vescicole seminali (acinesia) e causa-concausa di ipospermia ed concomitante eiaculazione ritardata od impossibile, causa primaria del sintomo anorgasmia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 28

Nella coppia stabile l'eiaculazione precoce primitiva del maschio correla con un aumento della prevalenza di disfunzioni sessuali nella partner

A. Curreli, F. Pirozzi Farina

U.O. Urologia Andrologica, Policlinico Universitario, Sassari

Introduzione

Alcuni AA hanno documentato un aumento della prevalenza di disfunzioni sessuali (DS) nelle partners di uomini affetti da DE. È verosimile che nella coppia stabile la DS presente in uno dei due partner possa ingenerare, nel tempo, DS anche nell'altro membro della coppia. È perciò possibile che quanto già rilevato per la DE, possa verificarsi anche nelle donne in coppia stabile con partner con eiaculazione precoce (EP).

Obiettivi

Valutare se nella coppia stabile, l'EP del maschio correla con un aumento della prevalenza di DS nelle partners.

Materiali e metodi

Dal novembre 2004 al maggio 2007, abbiamo reclutato consecutivamente 187 coppie, divise in due gruppi in base alla presenza o meno di EP nel maschio. Criteri di inclusione: partner femminile pre-menopausale; disponibile a rispondere al questionario *Female Sexual Function Index* (FSFI); coppia stabile da almeno 1 anno e sessualmente attiva; maschio anamnesticamente negativo per DE. Criteri di discriminazione: giudizio soggettivo di entrambi i partner (soddisfatti/in-soddisfatti) sul tempo di latenza eiaculatoria (TLEI); giudizio oggettivo riferito ad un TLEI maggiore o minore di 2'.

Risultati

Adottando questi criteri, hanno compilato completamente il questionario FSFI solo 43/187 (23%) donne. Di queste, 23 (53%) (Gruppo A) erano in coppia con un maschio affetto da EP con TLEI < 2' associata ad insoddisfazione da parte di almeno uno dei partner; 20 donne (47%) (Gruppo B) erano in coppia con un maschio con TLEI > 5' e con entrambi i partner soddisfatti della capacità di gestione dell'orgasmo (2 incurvamenti congeniti del pene, 5 azoospermie e 9 varicoceli). Al FSFI abbiamo rilevato una prevalenza di DS femminili in 13 donne (56,5%) del Gruppo A ed in 3 donne (15,0%) del gruppo B.

Discussione

La valutazione dei singoli domini di FSFI ha rivelato una differenza statisticamente significativa ($p < 0,001$) nei due gruppi nei punteggi degli items volti a valutare l'eccitazione, l'orgasmo e la soddisfazione. Per contro, non era significativa, la differenza di punteggio per gli items del desiderio e del dolore.

Conclusione

Questi risultati suggeriscono che nelle donne partners di maschi affetti da EP, vi è una maggiore prevalenza di disfunzioni sessuali rispetto ai controlli. Si può ipotizzare che nell'approccio clinico dei soggetti con EP in coppia stabile, debbano essere considerate le eventuali DS della partner che possano giocare un ruolo importante sia nella risoluzione terapeutica del sintomo, sia nel recupero del benessere sessuale della coppia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 32

Efficacia di vardenafil nel trattamento di uomini affetti da eiaculazione precoce

M. Pili, R. Bruzziches, E.A. Greco, D. Francomano, G. Spera, A. Aversa

Cattedra di Medicina Interna, Dipartimento Fisiopatologia Medica, Università di Roma "La Sapienza"

Introduzione

L'eiaculazione precoce (EP) è il più comune disturbo della

eiaculazione. In questo studio è stata valutata l'efficacia di vardenafil nell'incrementare i tempi eiaculatori di latenza, nel migliorare il controllo dell'eiaculazione e nel ridurre i tempi refrattari post-eiaculatori in uomini affetti da EP.

Metodi

Lo studio, randomizzato, in doppio cieco controllato con placebo, della durata di 16 settimane, è stato condotto su 16 uomini di età compresa tra 18 e 35 anni con una diagnosi accertata di EP primaria. È stato misurato il tempo di latenza eiaculatoria intra-vaginale (IELT) mediante *stop-watch*, il tempo refrattario post-eiaculatorio (PERF), ed i pazienti sono stati invitati a compilare l'*Index of Premature Ejaculation* (IPE). Dopo un periodo di *run-in* della durata di 4 settimane i pazienti sono stati trattati con vardenafil 10 mg al bisogno (5-30 min ante coito) per 4 settimane. Al termine di questo periodo i soggetti sono stati divisi in maniera random in due gruppi, il primo (gruppo A, n = 8) ha continuato ad assumere vardenafil 10 mg al bisogno, il secondo (gruppo B, n = 8) ha assunto placebo per un periodo di 8 settimane.

Risultati

Dopo 4 settimane è stato riscontrato un netto incremento dei valori medi di IELT (da $0,7 \pm 0,2$ min a $2,1 \pm 1,1$ min, $p < 0,05$) ed una notevole riduzione del PERF (da $16,7 \pm 4,6$ min a $8 \pm 2,5$ min, $p < 0,01$). Al termine dello studio i soggetti trattati con vardenafil mostravano un ulteriore miglioramento dei parametri studiati, quando comparati con placebo (Gruppo A: IELT $3,3 \pm 1,4$ min, $p < 0,05$; PERF $4,3 \pm 1,5$ min, $p < 0,01$ – Gruppo B: IELT $1,3 \pm 0,7$ min, tempo refrattario $16,8 \pm 2,2$ min). Ugualmente significativa e di particolare interesse è stata la variazione dei punteggi relativi ai domini riguardanti il controllo eiaculatorio e la soddisfazione sessuale globale dell'IPE quando comparati con placebo (Gruppo A: IPE-controllo eiaculatorio da $7 \pm 1,2$ a $13,5 \pm 2,2$; IPE-soddisfazione sessuale da $7,8 \pm 1,8$ a $14,1 \pm 2,6$, $p < 0,01$ – Gruppo B: IPE-controllo eiaculatorio da $7 \pm 1,2$ a $8,5 \pm 1,9$; IPE-soddisfazione sessuale da 8 ± 2 a 9 ± 2). Non sono state riscontrate differenze tra il numero di rapporti sessuali totali nei rispettivi gruppi. Gli effetti collaterali sono stati di lieve intensità in entrambi i gruppi e sono stati riportati dal 10% dei soggetti.

Conclusioni

Vardenafil ha dimostrato una buona efficacia e sicurezza rispetto al placebo, migliorando i parametri IELT, PERF ed IPE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Pene curvo (congenito ed acquisito)

Terapie non chirurgiche

C 43

Trattamento infiltrativo precoce dell'IPP mediante utilizzo di siringa con meccanismo ergonomico a pistone

F. Fioretti, A. Zucchi, E. Costantini, A. Giannantoni, G. Tuffu, L. Mearini

Clinica Urologica ed Andrologica, Università di Perugia

Obiettivi

Abbiamo valutato retrospettivamente la nostra esperienza nel trattamento della IPP mediante terapia infiltrativa locale con ausilio di una speciale siringa con meccanismo ergonomico a pistone in grado di favorire una reale iniezione dei farmaci all'interno delle placche di fibrosi.

Materiali e metodi

Abbiamo valutato 57 pz. (età media 54 anni) trattati utilizzando il seguente schema terapeutico: 10 infiltrazioni intraplacca, alternando settimanalmente Betametasone 4 mg/2 ml e verapamil 5 mg/2 ml ed utilizzando una siringa dotata di meccanismo ergonomico a pistone con ago corto ed estremamente resistente (0,4/8 mm – 27 G).

L'87% dei pazienti riferiva, al momento della diagnosi, una sintomatologia correlata alla placca ed all'attività erettiva; una lesione palpabile è stata evidenziata in tutti i pazienti mentre un incurvamento del pene in erezione è stato osservato in 45 pazienti (79%) ed una disfunzione erettiva in 15 pazienti (26%). Sono stati trattati esclusivamente i pazienti che non presentavano placche calcifiche.

Risultati

Il follow-up medio dei pazienti è stato di 29,5 mesi (range 3-57 mesi).

La completa risoluzione della sintomatologia si è avuta nel 96% dei pazienti trattati mentre in 2 casi solo un parziale miglioramento; il numero medio di infiltrazioni dopo cui si è avuta la scomparsa dei sintomi è risultato pari a 4 (range 2-10).

Una riduzione dell'incurvamento penieno è stata riferita da 12 pazienti (26,6%) mentre non è mai stata segnalata una progressione.

Una variazione ecografica delle dimensioni della placca è stata osservata in 22 pazienti (38,8%) che presentavano un diametro maggiore medio delle placche pari a 7 mm. In 2 pazienti di età inferiore a 35 anni e diametro delle placche rispettivamente di 2 e 4 mm si è avuta la completa scomparsa delle placche.

L'attività sessuale complessiva è migliorata in 46 pazienti (92%).

Solo 6 pazienti sono stati successivamente sottoposti a coropoplastica.

Conclusioni

Il trattamento infiltrativo intraplacca è attualmente uno degli approcci più comuni in pazienti affetti da PD, soprattutto nei casi di malattia sintomatica e in fase precoce.

Nella maggior parte dei casi il trattamento con siringhe di uso comune può garantire solo un effetto perilesionale e non realmente intralesionale. L'utilizzo di questa particolare siringa garantisce un'elevata concentrazione del farmaco all'interno della placca ed un contestuale effetto idraulico sulla placca stessa, con minimi effetti collaterali per il paziente e minimo coinvolgimento dei tessuti adiacenti.

L'utilizzo del cortisone e del calcio antagonista determina sia un effetto anti-infiammatorio (precoce) che anti-fibrotico (tardivo e duraturo).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 49

Idroelettroforesi transdermica nel trattamento della malattia di La Peyronie: studio osservazionale

A. Gavazzi, T. Cai, A. Costanzi, E. Meliani, U. Farina, F. Melone, E. Sarti, A. Sommavilla, N. Mondaini, R. Bartoletti

Servizio Andrologia, U.O. di Urologia, Ospedale "S. Maria Annunziata", Università di Firenze, Firenze

Introduzione

Il trattamento farmacologico della malattia di La Peyronie è basato attualmente su politerapie empiriche somministrate sia per via sistemica che locale. L'anno scorso durante la SIA abbiamo presentato i dati preliminari riguardanti la tossicità ed efficacia del trattamento. Obiettivo di tale studio è stato valutare l'efficacia clinica su un ampio campione.

Materiali e metodi

Dal luglio 2006 al maggio 2007, sono stati arruolati 71 pazienti (età media 59), affetti da malattia di La Peyronie. 44 di essi presentavano una placca di dimensioni < 1 cm, 15 di essi una placca > 1 cm, 12 di essi più placche. 25/71 placche avevano calcificazioni caratteristiche. Tutti i pazienti sono stati studiati prima e dopo lo studio con ecografia peniena sia statica che dinamica, autofotografia sec. Devine, somministrazione di *scores* sintomatologici per il dolore (VAS) e per la sintomatologia sessuale (IIEF-5). Il trattamento prevedeva

2 sedute settimanali per 5 settimane consecutive, mediante impiego di apparecchiatura Winlipo/Winform®. Tale sistema si avvale di un meccanismo di diffusione idroelettroionoforesi dei farmaci che vengono miscelati ad un gel veicolante e depositati su pozzetti da applicare in prossimità della lesione da trattare, che sono a loro volta collegati ad elettrodi. Abbiamo usato i seguenti farmaci: EDTA, lidocaina 2%, verapamil. La corrente è stata di 15-20 mA per 20 minuti a seduta.

Risultati

38 pazienti riferivano dolore in fase erettiva prima del trattamento (VAS medio 4,5), che si è completamente risolto (100%) entro le prime 3 applicazioni. Le dimensioni ecografiche delle placche sono risultate ridotte in 25/71 pazienti (35%), mentre in 6 pazienti sono definitivamente scomparse (8%). In 40 pazienti sono risultate invariate. La risposta è risultata indipendente dalle dimensioni e dal numero delle placche. Il grado di curvatura peniena è sensibilmente migliorato in 4 casi, migliorato in 15 casi e immutato in 52 casi. I dati dello score IIEF-5 sono passati in media da 15 prima del trattamento a 21 dopo il trattamento.

Conclusioni

La somministrazione di farmaci per via idroelettroionoforesi nella malattia di La Peyronie presenta notevoli vantaggi rispetto alla terapia infiltrativa tradizionale sia in termini di efficacia che di *compliance* del paziente. Esclude peraltro il microtrauma locale che è da sempre considerato un fattore determinante nell'etiopatogenesi di malattia. A questo punto si rende necessario uno studio multicentrico-placebo controllato per avere una corretta stima dell'efficacia del trattamento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 59

Trial preliminare aperto per valutare efficacia e sicurezza di tre differenti diluizioni di verapamil nella terapia intraplacca del morbo di La Peyronie

G. Cavallini, F. Modenini, G. Vitali

U.O. di Andrologia. Società Italiana di Studi di Medicina della Riproduzione, Bologna

Obiettivo

Valutare gli effetti collaterali e l'efficacia nella riduzione dei sintomi del morbo di La Peyronie (MP) di tre diluizioni di verapamil utilizzato come iniezioni intraplacca.

Pazienti e metodi

77 pazienti (età 48 ± 9 anni) con MP cronico sono stati randomizzati in 3 gruppi. Ciascun gruppo ha eseguito 12 iniezioni intraplacca (una ogni 2 settimane) con 10 mg di verapamil in tre differenti diluizioni. Il Gruppo 1 (27 pazienti) ha usato verapamil 10 mg/4 mL, il Gruppo 2 (24 pazienti) verapamil 10 mg/10 mL, e il gruppo 3 (26 pazienti) verapamil 10 mg/20 mL. Le variabili misurate prima ed a 8 mesi dalla fine della terapia sono state: funzione erettile (colloquio semi-strutturato), area della placca, velocità di picco sistolico (PSV) e velocità telediastolica (EDV) delle arterie cavernose destra e sinistra (ecolor-doppler dinamico del pene), dolore (scala del dolore), curvatura (fotografia di una erezione piena ottenuta in ambulatorio mediante iniezione intracavernosa di alprostadil 20 g o trimix) ed effetti collaterali. Le differenze sono state valutate con analisi della varianza e χ^2 .

Risultati

Non vi sono differenze significative fra i valori basali dei 3 gruppi. Le PSV delle arterie non sono modificate dopo terapia. Dopo l'area di placca del gruppo 2 ($2,1 \pm 0,6$ cm²) è risultata significativamente inferiore all'area del gruppo 1 ($1,8 \pm 0,8$ cm²) e significativamente maggiore all'area del gruppo 3 ($1,2 \pm 0,7$ cm²). Identico andamento si è riscontrato per l'incurvamento (Gruppo 1 = $28,1 \pm 13$ gradi; Gruppo 2 = $20,0 \pm 8,9$ gradi, Gruppo 3 = $15,8 \pm 7,7$ gradi). Le EDV è risultata significativamente più bassa nel Gruppo 3 ($2,7 \pm 4,6$ cm/sec) rispetto a Gruppo 1 ($7,3 \pm 8,2$ cm/sec) e al Gruppo 2 ($6,8 \pm 8,8$ cm/sec); non vi si sono differenze significative rispetto a questo parametro fra Gruppo 1 e 2. Identico andamento si è ottenuto nel punteggio della scala del dolore (Gruppo 1 = $0,4 \pm 0,5$; Gruppo 2 = $0,4 \pm 0,5$; Gruppo 3 = $0,1 \pm 0,3$), e nella percentuale di pazienti non soddisfatti del rapporto sessuale (Gruppo 1 = 14/27 [51,9%]; Gruppo 2 = 11/24 [45,8%]; Gruppo 3 = 5/26 [19,3%]). Gli effetti collaterali sono stati ecchimosi senza differenze significative fra i gruppi (Gruppo 1 = 4/27 [14,8%]; Gruppo 2 = 4/24 [20,8%]; Gruppo 3 = 5/26 [19,3%]).

Conclusioni

La diluizione del verapamil a 20 ml per iniezione intraplacca è un sistema efficace e sicuro nel migliorare i sintomi di MP. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Chirurgia non protesica

C 18

Le corporoplastiche di raddrizzamento con tecnica a doppio petto senza circoncisione: 16 anni di esperienza

G. Alei, P. Letizia, F. Ricottilli, G. Stefanizzi

Centro di Chirurgia Urogenitale, Dipartimento di Chirurgia Plastica Ricostruttiva, I Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Roma "La Sapienza"

Introduzione

Nesbit nel 1965 ha proposto il primo intervento chirurgico per la correzione del recurvatum che consiste nell'asportazione di ellissi trasversali di albuginea e successiva sutura con fili di solito non riassorbibili. Questa tecnica di facile esecuzione prevede come accesso chirurgico la circoncisione. Le successive varianti di tecniche riportate negli anni da diversi Autori prevedono tutte un accesso con circoncisione. Questi interventi comunque possono lasciare dei noduli palpabili dovute ad esuberanze tessutali o possono causare recidive dovute a deiscenze delle suture. La tecnica che proponiamo è l'unica che non prevede la circoncisione.

Gli Autori riportano la loro esperienza mediante corporoplastica di raddrizzamento senza circoncisione con tecnica a doppio petto negli incurvamenti congeniti o acquisiti. La tecnica che proponiamo denominata a "doppio petto", come ormai dimostrato dalla nostra lunga esperienza, dà una superficie peniena abbastanza regolare ed offre maggiori garanzie di tenuta.

Materiali e metodi

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

Risultati e conclusioni

Abbiamo utilizzato questa tecnica in 574 interventi su pazienti di età compresa tra 19 e 45 anni, affetti da recurvatum

penieno congenito o acquisito di vari tipi.

Gli Autori presentano i risultati della propria casistica confrontandoli con le altre tecniche operatorie. Riteniamo comunque che questa tecnica sia molto vantaggiosa per l'ottima tenuta delle suture e per il minor numero delle incisioni da effettuare rispetto alle altre tecniche; inoltre non si apprezzano nodularità alla palpazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 15

Originale tecnica di corporoplastica su asse elicoidale nel trattamento degli incurvamenti penieni congeniti

I. Gattuccio, F. Zangara, F. Montalto, S. Lo Giudice, M. Parrinello, F. Gattuccio

Cattedra di Andrologia, Università di Palermo

Introduzione

Il presente lavoro si propone di descrivere una particolare ed originale variante del classico intervento di corporoplastica di raddrizzamento, caratterizzata dalla definizione pre-operatoria e dal completo adattamento dell'asse di correzione chirurgica al tipo di incurvamento. Sebbene infatti gli incurvamenti congeniti siano spesso simili e riconducibili a poche principali varianti, la presenza di anomalie del tutto peculiari rappresenta quasi la regola; in particolare, rispetto alla classica deviazione sull'asse penieno longitudinale si registra quasi invariabilmente una concomitante rotazione dell'asse stesso, spesso tralasciata nella programmazione e nella esecuzione dell'intervento, se non attentamente valutata.

Materiali e metodi

Tra il gennaio 2004 e il dicembre 2006, 12 pazienti (età media 23 anni) sono stati sottoposti a corporoplastica di raddrizzamento mediante un originale variante di tecnica: un asse elicoidale di correzione, esattamente contro-laterale all'incurvamento ed alla rotazione associata, è stato definito dopo un'attenta valutazione e documentazione pre-operatoria dell'anomalia congenita, caso per caso, in corso di farmaco erezione integrata ad AVSS; orientate lungo tale asse, sono state quindi eseguite le corporoplastiche sec. Yachia e/o Nesbit modificate, ovvero mediante piccole incisioni albuginee longitudinali multiple e relative suture trasversali in polidossanone 3/0, previa escissione dei vertici formatisi.

Risultati

11 pazienti sono risultati soddisfatti dell'intervento e delle successive performance sessuali; nessun paziente ha riferito come significativo il raccorciamento dell'asta; in nessun ca-

so abbiamo riscontrato ipercorrezioni. Un solo paziente, inizialmente soddisfatto a un mese dall'intervento, è rimasto insoddisfatto per incurvamento residuo, a tre mesi dall'intervento, caratterizzato da verosimile parziale cedimento della corporoplastica in fase di cicatrizzazione. Tutti i pazienti sono stati trattati in regime di day surgery o one day surgery; un solo paziente è stato trattenuto in osservazione in regime ordinario, poiché trattato con esplorazione e risolutivo lavaggio dei corpi cavernosi entro 6 ore dalla comparsa di erezione prolungata post-operatoria, resistente all'infusione di etilefrina e tendenza al priapismo veno-occlusivo.

Conclusioni

Nella nostra esperienza, la tecnica di corporoplastica descritta, orientata su asse elicoidale predefinito, presenta innegabili vantaggi di economicità nel rapporto tra correzione dell'anomalia congenita e mini-invasività, grazie alla ottimale personalizzazione del trattamento caso per caso e riduzione al minimo dei rischi di imprecisa o eccessiva correzione, rispetto ai fini terapeutici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 23

Pene curvo congenito: analisi dei risultati su 100 pazienti trattati con corporoplastica sec. Nesbit

G. Morelli, G. Campo, P. Giorgio*, F. Menchini Fabris, V. Ales, J. Kuncova, D. Paperini, G. Giannarini, R. Minervini

*Urologia Universitaria, *Urologia Ospedaliera, Pisa*

Obiettivi

Valutare i risultati della corporoplastica sec Nesbit in pazienti (pz) con curvatura peniena congenita.

Pazienti e metodi

Da Ottobre 1998 a Marzo 2007, 100 pazienti (età media 27 anni) affetti da pene curvo congenito e con indicazioni al trattamento chirurgico sono stati sottoposti a corporoplastica sec. Nesbit. Tutte le informazioni relative alla malattia ed ai risultati della chirurgia sono state prospetticamente inserite in un database dedicato. Dei 100 pz, 2 sono stati persi al follow-up, 98 hanno accettato di essere periodicamente rivalutati. Particolare attenzione è stata posta all'esame obiettivo (risultato estetico), alla funzione erettile (somministrazione questionario IIEF-5) e alla valutazione della soddisfazione personale (questionario dedicato).

Risultati

L'incurvamento medio registrato è stato di 55° (range 30-100°). La circoncisione è stata eseguita in tutti i pazienti tranne in 5 (5%) che l'avevano espressamente rifiutata. Suture di

maxon 0 o 1 con nodi introflessi sono state utilizzate per la correzione chirurgica.

42 pz (42%) presentavano curvatura ventrale, 54 (54%) curvatura laterale e 4 (4%) curvatura complessa (dorso-laterale e ventro-laterale).

Con un follow-up medio di 67 mesi (range 2-132), 98 pz rivalutati sono in grado di avere rapporti sessuali (dopo completamento dell'IIEF-5) e di questi 80 (81,6%) hanno riferito un risultato soggettivo eccellente o soddisfacente. 88 (89,8%) pz non hanno osservato curvatura residua, 7 (7,1%) hanno lamentato una curvatura tra 10 e 30° e 3 (3,1%) pz una curvatura > 30°.

88 (89,8%) pz non hanno osservato accorciamento penieno; 5(5,1%) accorciamento < 1 cm, 3 (3,1%) tra 1 e 2 cm e 2 (2%) > 2 cm. In nessun caso è stata riferita un'alterazione permanente della sensibilità peniena, 5 pz (5,1%) hanno riferito alterazione transitoria della sensibilità del glande che si è risolta spontaneamente a 3 mesi dall'intervento. Il motivo principale d'insoddisfazione (14 pazienti) è stato la presenza di curvatura residua in 6 pz, l'accorciamento penieno in 7 e motivi estetici in 1.

Conclusioni

Nonostante esista una percentuale di pazienti (14,3% nella nostra casistica) che si dichiara insoddisfatta per la presenza di curvatura residua, accorciamento penieno o per motivi estetici, l'intervento di Nesbit rappresenta ancora oggi il *gold standard* per la correzione del pene curvo congenito.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V 1

Induratio penis plastica: corporoplastica con innesto di mucosa buccale

M. Porena, A. Zucchi, E. Mearini, E. Costantini, F. Fioretti, G. Tuffu, L. Mearini

Clinica Urologica ed Andrologica, Università di Perugia

Introduzione

La corporoplastica con innesto di *patch* di materiali autologhi od eterologhi rappresenta oggi il *gold standard* chirurgico nel trattamento dell'IPP. Proponiamo una variante di tecnica utilizzando un *patch* di mucosa buccale a copertura della soluzione di continuo della tunica albuginea.

Materiali e metodi

L'intervento viene eseguito in anestesia generale e durante erezione idraulica in modo da valutare la reale entità del recurvatum. Il *degloving* penieno e la preparazione del *bundles* neuro-vascolare viene eseguito con tecnica standard. Viene identificata la placca di fibrosi e sotto erezione idraulica viene incisa sino a completo cedimento della trazione. Contemporaneamente una seconda équipe preleva dalla guancia un lembo di mucosa buccale: questo viene liberato dal tessuto

adiposo adeso, sagomato, apposto sul sito d'incisione della tunica albuginea con la sottomucosa rivolta al tessuto cavernoso e suturato con due continue in filo riassorbibile PDS 3/0. Sutura della fascia di Buck subcoronale.

Casistica: 5 pazienti, di età compresa tra 46 e 67 anni, affetti da IPP con erezioni conservate ma con recurvatum penieno tale da impedire la normale attività sessuale. I pazienti sono stati valutati pre-operatoriamente e post-operatoriamente (follow-up medio di 11 mesi) mediante IIEF-5, esame clinico, ecografia peniena, ecocolordoppler in erezione farmacologica, misurazione della lunghezza peniena e dell'angolo di curvatura in erezione.

Risultati

Per tutti i pazienti è stata ottenuta una soddisfacente correzione del recurvatum penieno; in nessun caso si è verificata una riduzione della lunghezza del pene; in 2 pazienti, che presentavano pre-operatoriamente un lieve deficit erettile, si è ottenuto un miglioramento delle *performances* sessuali dopo un periodo di riabilitazione con *vacuum device* ed inibitori delle fosfodiesterasi.

Conclusioni

La mucosa buccale ha una buona elasticità e resistenza alla tensione, così da adattarsi facilmente allo stretching fisiologico tipico della tunica albuginea. È facile da ottenere, anche in quantità tali da coprire una grossa incisione. Il suo spessore e la sua compattezza non permettono la dilatazione aneurismatica del *patch* e prevengono anche l'eventuale fuga venosa. Infine, la possibilità che un'altra équipe chirurgica prelevi la mucosa buccale riduce i tempi operatori.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V 2

Correzione di curvatura severe del pene mediante incisione della tunica albuginea e *patch* di mucosa buccale. Esperienza preliminare

L. Cormio, P. Annese, T. Corvasce, M. De Siati, F.P. Turri, S. Pentimone, F. Lorusso, A. Perrone, G. Carrieri
Clinica Urologica e Centro Trapianti di Rene, Università di Foggia

Introduzione ed obiettivi

I principali problemi associati alla correzione di curvatura del pene mediante "allungamento" del lato affetto con un *patch* (derma, pericardio cadaverico, sottomucosa ileale porcina, vena, ecc.) sono il deficit veno-occlusivo (probabilmente da incompleto attecchimento del *patch*) e la recidiva di curvatura (da retrazione cicatriziale del *patch*). Un recente studio sperimentale ha dimostrato che la mucosa buccale (MB) ha proprietà di attecchimento e di elasticità superiori a quelle degli

altri *patch*, fornendo il razionale per il suo utilizzo come sostituto della tunica albuginea del pene. Scopo di questo studio, pertanto, è stato valutare i risultati ottenuti con *patch* di mucosa buccale nella correzione di curvatura severe del pene.

Materiali e metodi

Da marzo 2006 a gennaio 2007 abbiamo utilizzato *patch* di MB per correggere incurvamenti penieni severi in 4 pazienti, 3 con curve dorsali da malattia di La Peyronie (curva media 70°, *range* 50-90) ed 1 con curva ventrale secondaria a multiple uretroplastiche (curva 80°). L'età media era 51 anni (*range* 32-64). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a IIEF-5 ed eco-color-doppler penieno dinamico con misurazione dei lati lungo e corto del pene e dell'angolo di curvatura. L'intervento è stato condotto "more solito" e l'incisione della tunica albuginea è stata coperta con *patch* di MB prelevato dalla guancia (6 x 2 cm circa) modellato sulle dimensioni del gap creato dallo stiramento del pene.

Risultati

La durata media dell'intervento è stata di 152 minuti, la degenza media post-operatoria di 48 ore. Ad un follow-up medio di medio di 7 mesi non si sono verificate complicanze, né del pene né della bocca. Tutti i pazienti hanno riportato erezioni spontanee già durante la prima settimana post-operatoria e tutti hanno ripreso l'attività sessuale 1 mese dopo l'intervento senza necessità di alcun supporto farmacologico. Tutti sono stati sottoposti a farmacotest 3 mesi dopo l'intervento che ha dimostrato allungamento medio del lato affetto di 1,3 cm e assenza di curve residue/recidive.

Conclusioni

Sebbene preliminare, dato il breve follow-up medio, l'esperienza riportata (ripresa precoce di erezioni valide e non-assistite ed assenza di curve recidive) sembra confermare le proprietà di rapido attecchimento e di elasticità della MB, proprietà che rendono la MB un eccellente sostituto della tunica albuginea.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V 3

Corporoplastica sec. Paulo Egydio con innesto di matrice di collagene

S. Pecoraro*, M. Silvani, D. Concone, D. Minocci
*S.C. Urologia, Ospedale Biella, ASL 12 Piemonte Orientale; *Reperto ad Alta Specialità Nefro-Urologico, Clinica "Malzoni", Avellino*

Introduzione

L'obiettivo della tecnica descritta è il ripristino delle dimensioni del pene tramite un'unica incisione di rilassamento della tunica albuginea con innesto di matrice di collagene di pericardio bovino. L'incisione segue la linea di massima curvatura peniena fino alla doccia parauretrale bilateralmente a forma di trian-

golo con un angolo di 120° che assicura la uniforme distribuzione delle linee di forza cui è soggetto il *pacth* in erezione.

Materiali e metodi

Il caso riguarda un pz di 51 a. con recurvatum dorso-laterale sn > di 40°. Eseguito il *degloving* e l'isolamento del FVND si individua con erezione idraulica il punto di massima curvatura utilizzando due fili di Kischner. Due fili liberi posizionati sulle parti non curve dei cc in sede prossimale e distale individuano le sezioni su cui si misurano le curvature ventrale e dorsale. Si segna con matita dermatografica la sezione di massima curvatura sede dell'incisione. La differenza tra le curvature ventrale e dorsale esprime la larghezza teorica del *pacth*. La lunghezza del *pacth* si misura lungo la sezione di massima curvatura con un filo o un sondino da un lato all'altro della doccia parauretrale. Si segnano lungo la doccia i due punti di fine *pacth*, usando il sondino della larghezza del *pacth* diviso a metà con una pinza e si riporta la metà all'altezza della sezione di massima curvatura. Il triangolo della forchetta all'altezza dell'uretra si disegna riportando a partire dalla doccia uretrale lungo la sezione di massima curvatura un punto ad 1/4 della larghezza del *pacth*. Unendo questo punto con quelli di fine *pacth* si individua un triangolo di albuginea che viene escisso. L'incisione di rilassamento della tonaca albuginea inizia da un lato della doccia parauretrale sulla linea di demarcazione precedentemente segnata fino al versante opposto con risparmio del tessuto erettile sottostante. A questo punto viene ricavato il *pacth* delle dimensioni idonee per l'innesto e suturato alla tonaca albuginea con 4 e-miccontinue ingavigliate monofilamento 3/0.

Risultati e conclusioni

Al termine dell'intervento il pene è perfettamente raddrizzato. L'innesto viene completamente rimodellato, dopo 90 giorni è perfettamente integrato nel tessuto ospite. Il *pacth* nel punto di ancoraggio si comporta come gli stralli che sostengono l'albero di una barca a vela soggetto agli sforzi del vento. I risultati ottenuti suggeriscono l'intervento descritto per tutti i recurvatum nella IPP con erezione conservata.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 52

Corporoplastica sec Nesbit per curvatura peniena congenita. Valutazione del grado di soddisfazione della coppia

G. Campo, G. Pomara*, F. Menchini Fabris, J. Kuncova, V. Ales, F. Manassero, R. Minervini, G. Morelli

*Urologia Universitaria, *Urologia Ospedaliera, Pisa*

Obiettivi

Valutare il grado di soddisfazione della coppia dopo corporoplastica sec. Nesbit per curvatura peniena congenita.

Pazienti e metodi

Da ottobre 1998 a marzo 2007, 100 pazienti (età mediana 27 aa) affetti da pene curvo congenito sono stati sottoposti a corporoplastica sec. Nesbit. Dei 100 pz, 98 sono stati rivalutati con esame obiettivo, questionario IIEF-5 e valutazione della soddisfazione personale. Follow-up medio 67 mesi (range 2-132). Un questionario, da noi redatto, è stato somministrato alle partner di questi pazienti 3 mesi dopo il trattamento, al fine di valutare il grado di soddisfazione della partner.

Risultati

Tutti i 98 pz rivalutati sono in grado di avere rapporti sessuali e di questi 80 (78,4%) hanno riferito un risultato soggettivo eccellente o soddisfacente. I motivi principali dell'insoddisfazione sono stati: presenza di curvatura residua (6 pz), accorciamento penieno (7 pz), motivi estetici (1).

85 partner (86,7%) si definiscono soddisfatte dell'intervento. Il motivo principale dell'insoddisfazione (11/13) è l'insoddisfazione del compagno; solo due partner giudicano l'intervento non riuscito per curvatura residua.

88 pz non hanno osservato curvatura residua, 7 hanno lamentato una curvatura tra 10 e 30° e 3 pz una curvatura > 30°. 85 pz non hanno osservato accorciamento penieno; 3 accorciamento < 1 cm, 5 tra 1 e 2 cm e 5 > 2 cm. Nessuna delle partner ha osservato un accorciamento penieno nei pazienti con accorciamento < 2 cm; solamente 3 partner hanno osservato un accorciamento nel gruppo dei pz con accorciamento > 2 cm. Nessun paziente ha riferito difficoltà di penetrazione per l'eccessivo accorciamento.

In nessun caso è stato riferito deficit erettile o alterazioni permanenti della sensibilità peniena (IIEF-5), 2 pz hanno riferito alterazione transitoria della sensibilità del glande.

Conclusioni

L'intervento di Nesbit rappresenta il *gold standard* per la correzione del pene curvo congenito.

Esiste un 14,3% di pz che si dichiara insoddisfatto per la presenza di curvatura residua, accorciamento penieno o per motivi estetici. Tuttavia solamente l'11,2% delle partner si definisce insoddisfatto fondamentalmente a causa dell'insoddisfazione del partner. L'accorciamento penieno costituisce un problema solamente per 3 partner (3,1%) e solamente se > 2 cm. I risultati a lungo termine della nostra esperienza sono paragonabili a quelli ottenuti da altri autori.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 53**Intervento di Lue con patch di vena safena in pazienti con curvatura peniena acquisita. Valutazione del grado di soddisfazione della coppia**

G. Campo, G. Pomara*, F. Menchini Fabris, V. Ales, R. Pagni, J. Kuncova, F. Manassero, R. Minervini, G. Morelli

*Urologia Universitaria, *Urologia Ospedaliera, Pisa*

Obiettivi

Valutare il grado di soddisfazione della coppia dopo intervento di Lue con patch di vena safena in pazienti (pz) con curvatura peniena acquisita.

Pazienti e metodi

Da febbraio 1997 a febbraio 2007, 45 pz, età media 56 aa (range 46-67), sono stati trattati per curvatura acquisita del pene. 29 pz avevano curvatura dorsale, 4 laterale, 4 ventrale e 8 curvatura complessa (dorso-laterale e ventro-laterale). Il grado medio di curvatura era di 76°. È stato eseguito un intervento di Lue con incisione (nell'80%) o escissione (nel 20%) di placca e patch di vena safena unico (nel 75%) o multiplo (nel 25%). In 12 casi (30%) sono state necessarie plica-

ture addizionali. 40 pz sono stati rivalutati con esame obiettivo, questionario IIEF-5 e valutazione della soddisfazione personale. Follow-up medio 64 mesi (range 3-120). Un questionario, da noi redatto, è stato somministrato alle partner di questi pazienti dopo il trattamento, al fine di valutare il grado di soddisfazione della coppia.

Risultati

16 (40%) dei 40 pz sottoposti a Lue e rivalutati si sono dichiarati insoddisfatti. Motivi principali d'insoddisfazione: deficit erettile, accorciamento penieno, curvatura residua e alterazione della sensibilità del glande. Complessivamente 24 pz (60%) hanno osservato una riduzione permanente della potenza sessuale (IIEF-5). Tutti i pz, eccetto 5, hanno risposto agli inibitori della PDE-5. 9 pz (22,5%) hanno riferito accorciamento penieno > 2 cm 12 pz (40%) hanno riferito una curvatura residua tra 10 e 30°, 1 pz (2,5%) una curvatura > 30°. 17 partner (42,5%) si sono definite insoddisfatte. Motivo principale dell'insoddisfazione è stata l'insoddisfazione del partner (10/17), seguito dall'accorciamento penieno > 2 cm (3/17) e dalla riduzione della potenza sessuale (4/17).

Conclusioni

La maggior parte del grado di insoddisfazione delle partner si definisce insoddisfatta a causa dell'insoddisfazione del partner. Esiste una piccola percentuale che si definisce insoddisfatta per la non riuscita dell'intervento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Chirurgia protesica**C 19****Chirurgia della IPP: valutazione multicentrica dei risultati della corporoplastica sec. Austoni**

F. Colombo, A. Cazzaniga, A. Guarneri, A. Zucchi¹, M. Porena¹, L. Rolle², D. Fontana², G.M. Ludovico³, M. Silvani⁴, D. Minocci⁴, L. Vaggi⁵, S. Pecoraro⁶

Clinica Urologica, Ospedale "San Giuseppe", Università di Milano; ¹ Clinica Urologica e Andrologica, Università di Perugia; ² Clinica Urologica, Università di Torino; ³ Dipartimento Spec. Chirurgiche, U.O. di Urologia, P.O. di Monopoli; ⁴ ASL 12 Biella, Struttura Complessa di Urologia; ⁵ U.O. di Urologia e Andrologia, Casa di Cura "Villa Letizia", L'Aquila; ⁶ Andrologia Chir., Rep. Alta Specialità, Clinica "Calzoni", Avellino

Introduzione

Uno dei problemi correlati alla terapia chirurgica della IPP è quello della correzione dell'incurvamento e accorciamento dei corpi cavernosi. Le tecniche di raddrizzamento basate sul principio di Nesbit determinano un accorciamento del pene che è proporzionale all'incurvamento, e non trovano quindi indicazione negli stadi avanzati in cui vengono proposte invece metodiche di chirurgia di placca che si propongono di distendere e allungare il pene curvo e retratto, utilizzando innesti e/o impianti protesici. Molte di queste metodiche presentano alte percentuali di recidive di retrazione, incurvamento e DE.

La tecnica di Austoni prevede il raddrizzamento-allungamento del pene attraverso un'incisione dell'albuginea cavernosa con graft venoso, regolata dall'impianto di un tutore assiale soffice che garantisce nel postoperatorio il mantenimento del pene esteso e quindi un corretto attecchimento dell'innesto. In questo modo si eliminano il rischio delle retrazioni e recidive postoperatorie e gli insuccessi per incapacità coitale.

Materiali e metodi

Sei Centri di Chirurgia Andrologica in Italia hanno applicato questa tecnica a partire dal 2004 al gennaio 2007, su un totale di 92 pz:

- Clinica Urologica e Andrologica dell'Università di Perugia: 10 pz;
- Clinica Urologica dell'Università di Torino: 12 pz;
- Dipartim. Specialità Chirurgiche, U.O. di Urologia, Presidio Ospedaliero di Monopoli: 42 pz;
- U.O. di Urologia e Andrologia, Casa di Cura "Villa Letizia", L'Aquila: 6 pz;
- Unità di Andrologia, Reparto Alta Specialità, Clinica "Calzoni", Avellino, 10 pz;
- ASL 12 Biella, Struttura Complessa di Urologia: 12 pz;
- A questi Centri si aggiunge il Centro Pilota, la Clinica Urologica dell'Università di Milano, 258 pz.

I pazienti sono stati tutti valutati pre-operatoriamente con:

- anamnesi, eco-doppler, fotodocumentazione in erezione, misurazione lunghezza max (DE medio-severa 21%, deviazione 30°-90°, lunghezza 9-17 cm).

La tecnica è stata eseguita in tutti i Centri con modalità standard:

- incisione circolare cutanea sub-coronale;
- singola incisione albuginea di rilassamento condotta con risparmio del tessuto erettile sull'area concava dei C.C., evidenziata dall'inserimento preventivo di un tutore assiale soffice di diametro ridotto (da 10 a 7 mm), con lunghezza 2 cm maggiore della lunghezza max dei c.c. (calibratura atraumatica);
- copertura della losanga erettile con singolo *graft* di vena safena prelevata in sede inguino-crurale;
- misurazione della lunghezza peniena prima della chirurgia, intra-operatoriamente, al termine della chirurgia, e al controllo ambulatoriale dopo 3 mesi;
- drenaggio e C.V. per 72 ore;
- terapia antibiotica per 7 gg. p.o. e cortisonica per 30/90 gg;
- nel controllo ambulatoriale, ai pazienti è stato richiesto un giudizio sulla morfologia del pene e sulla loro capacità sessuale (insoddisfacente, soddisfacente, buona).

Nella serie del Centro Pilota sono state registrate alcune varianti di tecnica, prima del 2002:

- una completa rimozione della placca è risultata necessaria nel 13% dei pazienti (placca calcifica e successiva copertura con *graft* venoso a "patchwork", o con *graft* dermico);
- una doppia incisione è risultata necessaria nel 12% dei pazienti con doppio *graft* venoso.

Nella serie del Dipartimento di Specialità Chirurgiche di Monopoli (Dr. Ludovico, 42 pz.) le incisioni doppie sono state 12, e sono stati utilizzati 11 *graft* di SIS e 6 *graft* di Pericardio.

Risultati

1) Centro Pilota (258 pz)

- allungamento medio del pene: 1,9 cm (controllo a tre mesi), raddrizzamento: 92%;
- capacità sessuale: soddisfacente 30% - buona 64%;
- morfologia: soddisfacente 20% - buona 65%;
- insoddisfazione per lo stato di estensione permanente:

5%;

- ipoestesie del glande: 22%;
- espianti: 3%.

2) Multicentrica (92 pz)

- allungamento medio del pene: 2,1 cm (in due Centri definito soltanto: ottimo), raddrizzamento: 89%;
- capacità sessuale: soddisfacente 12% - buona 75% (in un Centro definita complessivamente: buona);
- morfologia: per due Centri: soddisfacente 31% - buona 63% (per gli altri Centri definita: buona);
- insoddisfazione per lo stato di estensione permanente: 2%;
- ipoestesie del glande: 18%;
- espianti/estrusioni: 8%.

Conclusioni

In considerazione della alterazioni, prevalentemente detraenti, indotte nei C.C. dalla IPP, questa metodica sembra permettere migliori risultati sull'allungamento del pene rispetto alle altre tecniche, tanto da far passare in secondo piano, per il paziente, lo stato di allungamento permanente (5-2%).

La capacità sessuale risulta buona-soddisfacente nella maggior parte dei pazienti (87-94%).

I rischi di estrusione-espianto (8-3%) sono lievemente superiori a quelli della implantologia protesica semplice, ma dipendenti anche dalla esperienza progressiva nelle indicazioni.

Nel complesso la metodica appare di facile esecuzione, adatta a livelli di chirurgia andrologica medi, e si inserisce come un equilibrato compromesso tra la chirurgia di placca semplice, più funzionale ma con elevati rischi di retrazioni recidive, e la chirurgia protesica semplice (idraulica-malleabile) che anche con le manovre di frammentazione manipolatoria non garantisce un adeguato e persistente allungamento del pene.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 24

Impianto di protesi semirigida associato a *patch grafting* nella chirurgia dell'*induratio penis plastica*: nostra esperienza

E. Spera, M. Scarfini, E. Vannozzi, A. De Carolis, B. Iorio

Dipartimento di Urologia, Università "Tor Vergata" di Roma

Introduzione ed obiettivi

Scopo dello studio è riportare la nostra esperienza nella terapia chirurgica dell'*induratio penis plastica* (IPP) mediante l'utilizzo di protesi malleabili associate o meno al *grafting* con *patch* eterologo in pericardio bovino.

Materiali e metodi

In un periodo di tempo compreso tra novembre 2005 e dicembre 2006, 10 pazienti affetti da ipp e deficit erettile su base vascolare, con età compresa tra 58 e 73 anni (età media 62), sono stati sottoposti a terapia chirurgica. Tutti i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi omogenei di 5 ciascuno: nel gruppo 1 è stata impiantata una protesi malleabile, nel gruppo 2 l'impianto protesico è stato associato a incisioni multiple della placca di IPP ed apposizione di *patch* di pericardio bovino. Tutti i pazienti sono stati sottoposti pre-operatoriamente a visita urologica con misurazione della lunghezza dell'asta peniena in stato flaccido, test IIEF, ecocolordoppler penieno dinamico con documentazione del *recurvatum* (sempre superiore a 45°) e del deficit erettile. Il decorso post-operatorio in nessun caso ha presentato complicanze di rilievo. Tutti i pazienti sono stati valutati a 3 e 6 mesi dall'intervento mediante visita urologica, test IIEF e misurazione dell'asta peniena.

Risultati

In tutti i casi si è osservata una risoluzione pressoché totale della curvatura peniena. Tutti i pazienti del gruppo 1 e 4/5 pazienti del gruppo 2 hanno inoltre mostrato un alto grado di soddisfazione nella ripresa dell'attività sessuale come confermato dal test IIEF. Tutti i pazienti del gruppo 1 e 4/5 pazienti del gruppo 2 hanno anche indicato un buon livello di soddisfazione della partner. La lunghezza del pene è risultata a 6 mesi dall'intervento in quasi tutti i casi, pressoché sovrapponibile a quella pre-operatoria. In soli 2 pazienti del gruppo 2, si è avuto un allungamento del pene di circa 1,5 cm.

Conclusioni

Il posizionamento di protesi peniena malleabile si dimostra una valida scelta nei pazienti affetti da IPP associato a deficit erettile severo. L'integrazione della tecnica con incisioni della placca e posizionamento di *patch* non ha dimostrato nella nostra esperienza offrire significativi vantaggi in termini di riduzione del *recurvatum*: in tutti i pazienti di entrambi i gruppi, si è avuta infatti una soddisfacente risoluzione della curvatura peniena. Solo in alcuni casi infine, la tecnica del *graft* ha consentito un effettivo e duraturo allungamento dell'asta peniena.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V 7

Incurvamento a 90° da IPP: chirurgia di placca, impianto di protesi soffici e di *patch* in Gore-tex®. Esperienza preliminare

G. Alei, P. Letizia

Centro di Chirurgia Urogenitale, Dipartimento di Chirurgia Plastica Ricostruttiva, Università di Roma "La Sapienza"

Introduzione

Negli anni sono stati proposti molti *patch* nella chirurgia di placca da IPP. Gli Autori riportano la loro esperienza nel trattamento chirurgico del morbo di La Peyronie, mediante l'asportazione della placca indurativa, l'impianto di protesi soffici e di *patch* in Gore-tex®.

Materiali e metodi

Il video mostra l'escissione della placca indurativa infiltrante il tratto dorsale del terzo medio del penieno con successivo impianto di protesi di Subrini ed impianto di *patch* in Gore-tex®. Si effettua una incisione cutanea dorsale trasversa medio-penienna di circa un centimetro e mezzo; si incide la fascia di Colles; si procede alla preparazione della fascia di Buck; si procede quindi sullo stesso clivaggio alla preparazione del fascio nerveovascolare dorsale; la placca indurativa viene fissata con una pinza di Allis mentre con un'altra si clampo il fascio nerveovascolare facilitando così la separazione delle due formazioni anatomiche lungo un clivaggio duro e facilmente sanguinante. Si incide la placca per tutta la sua circonferenza; si isola la faccia ventrale della placca dal tessuto cavernoso sano, quindi la si asporta. Si tunnellizzano i corpi cavernosi nella loro porzione più laterale mediante dilatatori di Subrini. Si impiantano le protesi di Subrini. A questo punto si confeziona il *patch* con Gore-tex® dimensionandolo secondo i diametri maggiori della breccia corporotomica. Si procede quindi a sutura del *patch* mediante due continue incrociate in prolene cinque zeri. Si verifica il perfetto funzionamento del sistema e si ricostruiscono i piani lasciando a dimora un Redon nell'emiscroto per le prime 24 ore.

Risultati e conclusioni

Il caso clinico del paziente che presentiamo nel video è giunto alla nostra osservazione con incurvamento a 90° e notevole accorciamento penieno come si verifica in alcuni casi di IPP. Per questo motivo abbiamo deciso di effettuare la chirurgia di placca in quanto ci ha permesso di allungare il pene. Abbiamo un follow-up di sei mesi il paziente non ha avuto suppurazioni né rigetto dei materiali usati. Il Gore-tex® viene usato comunemente in cardiocirurgia così abbiamo deciso di provarlo nella chirurgia di placca e a tutt'oggi siamo molto soddisfatti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Neoplasie del pene

P 28

Raro caso di carcinoma sarcomatoide a cellule squamose del pene

F. Palmiotto, F. Bonaro, M. Cavaliere, V. Umbaca, A. Zappavigna, C. Zoccali

Servizio di Andrologia, U.O. di Urologia, A.S. 6, Lamezia Terme (CZ)

Si descrive il caso di una rarissima forma di neoplasia del pene: trattasi della variante sarcomatoide del carcinoma a cellule squamose, conosciuto anche come “*Spindle Cell*” o “*Metaplastic*” o “*Biphasic Carcinoma*” di cui sono stati riportati circa pochissimi casi nella letteratura mondiale.

Il paziente di 73 anni giunse alla nostra osservazione per un dolore trafittivo sordo comparso da 2 settimane a livello della radice del pene refrattario a terapia antalgica. La palpazione consentiva di apprezzare una tumefazione di consistenza dura a margini irregolari, fissa e modicamente dolente, la cute era assolutamente indenne.

Non erano presenti modificazioni del getto minzionale e ciò consentiva di escludere un coinvolgimento uretrale, confermato anche da uretrocistoscopia.

L'esame ecografico mostrava una lesione di 6 cm con aree fortemente irregolari ed eterogenee nel suo contesto.

La TAC e successivamente la RMN rivelavano la presenza di una neoformazione a struttura irregolare che coinvolgeva i corpi cavernosi e l'assenza di linfonodi positivi né di lesioni ripetitive a carico di altri organi.

La PET evidenziava un intenso e patologico incremento del metabolismo glucidico in corrispondenza di una voluminosa formazione che interessava estesamente la radice del pene.

Si procedeva quindi a biopsia chirurgica della lesione.

Il paziente veniva quindi sottoposto ad amputazione radicale del pene con asportazione delle crura dalle branche ischio-pubiche. L'uretra veniva sezionata a livello bulbare e il moncone uretrale abboccato a livello perineale subito sotto lo scroto con spatulamento dei suoi margini e creazione di un neomeato. Si posizionava un catetere uretrale e una cistostomia sovrapubica.

L'esame anatomopatologico finale evidenziava macroscopicamente una neoformazione ulcero-infiltrativa di consistenza duro-elastica e di colorito grigiastro e microscopicamente un inequivocabile pattern bifasico con aree carcinomatose intervallate da aree sarcomatoidi. Queste ultime presentavano cellule fusiformi (“*Spindle Cell*”) scarsamente differenziate (con numerose atipie, nuclei polimorfici e in mitosi) organizzate in fasci che raggiungevano la superficie. Era presente inoltre una crescita angio-invasiva.

È stato impostato uno strettissimo follow-up (ogni 30 giorni)

e attualmente, a distanza di 6 mesi dall'intervento, il paziente gode di buona salute fisica e psichica, grazie anche ad un indispensabile supporto psicologico, e non presenta recidive locali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 32

Terapia chirurgica funzionale dei tumori del pene

G. Ughi, C. Daniele, A. Romano, G.P. Daniele, G. Capparelli, L. Spisani, C. Ippolito, M. Spurio

U.O. di Urologia, Azienda Ospedaliera-Universitaria Arcispedale “Sant’Anna” di Ferrara

Introduzione ed obiettivi

Abbiamo valutato la nostra casistica dal 1995 di 19 casi consecutivi di tumore del pene istologicamente accertati, per determinare l'efficacia della terapia conservativa.

Materiali e metodi

Abbiamo considerato pazienti con neoplasia del pene o eritroplasia di Queyrat mentre sono stati esclusi i pazienti con lesioni metastatiche (presenti nel 15.7%). Tutti sono stati sottoposti ad una stadiazione completa. Nessuno era stato circosciso. Nel 56,25% dei casi il tipo istologico era costituito da carcinomi a cellule squamose, nel 18,7% era spinocellulare, nel 12,5% era verrucoso, nel 12,5% si trattava di eritroplasia di Queyrat.

Risultati

La laserterapia con Ny-YAG (Neodimio-Ittrio-Alluminio-Granato) è stata il trattamento di scelta nel 18,7% dei casi ed è stata quella che ha dato, in casi selezionati, i migliori risultati morfo-funzionali e buon contenimento o risoluzione della malattia. In un caso, dopo un trattamento palliativo per l'età e le condizioni del paziente, è stata necessaria una penectomia totale con uretrotomia perineale per infiltrazione dell'uretra con impossibilità alla cateterizzazione. Nel 18,75% è stata eseguita la sola circoncisione per eritroplasia di Queyrat ed è risultata sufficiente ad un follow-up medio di 18 mesi. In un solo caso abbiamo avuto, dopo 8 mesi, una recidiva che abbiamo trattato con asportazione della cute interessata: il follow-up è negativo da 24 mesi. La glandulectomia, eseguita nel 25% dei pazienti ed anche in un caso di carcinoma a cellule piatte infiltrante ma localizzato, ha dato ottimi risultati con assenza di malattia fino a 5 anni di follow-up. In 4 casi (25%) di tumore avanzato abbiamo eseguito una penectomia subtotale più linfadenectomia più chemioterapia. La sopravvivenza massima è stata di 18 mesi.

Conclusioni

Per una terapia conservativa che mantenga le funzioni del pene sono necessari una diagnosi ed un trattamento precoci. I casi avanzati con linfonodi positivi hanno una cattiva prognosi indipendentemente dal trattamento. È nostra opinione trattare i carcinomi diagnosticati precocemente con la terapia più conservativa possibile per mantenere la funzione ed una accettabile estetica. Questo è speculativamente reso possibile dai risultati della nostra casistica, che mostra i pazienti in stadio I tutti viventi e liberi da malattia ad un follow-up medio di più di 5 anni. Con tale tipo di trattamento è necessario un accurato follow-up.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 33

Tumori a cellule di Leydig: nostra esperienza

L. Pola, P. Bastianello, G. Artuso, E. Cossaro, F. Serchia, F. Laganà, S. Benzoni, E. Andretta, P. Seren, A. Cisternino

U.O. di Urologia, O.C. di Dolo, Venezia

Introduzione

I tumori a cellule di Leydig sono rare neoplasie del testicolo di natura benigna, ma il cui comportamento non è ancora conosciuto. Presentiamo la nostra esperienza retrospettiva su 10 casi.

Materiale e metodi

Dal 1995 al 2006 sono stati sottoposti ad intervento per tumore del testicolo a cellule di Leydig 10 pazienti. Prima dell'intervento i pazienti sono stati studiati clinicamente, con ecografia scrotale, dosaggio dei *markers* tumorali e radiografia del torace. L'intervento è stato eseguito con accesso inguinale e posizionamento di clamp sul funicolo. Una biopsia della massa è stata inviata per esame estemporaneo in tutti i casi. Nell'immediato post-operatorio è stata eseguita una TAC toraco-addominale di stadiazione. I pazienti sono stati valutati a 3 mesi dall'intervento, ogni 6 mesi per i primi 3 anni e quindi annualmente con ecografia scrotale, TAC o alternativamente RMN ed ecografia addominali.

Risultati

La sintomatologia d'esordio è stata: algie testicolari in 3 pazienti, massa indolente in 4, ginecomastia in 1, azoospermia in 1, riscontro occasionale durante ecografia per varicocele in 1. L'età media era di 34,5 anni. In 7 casi è stata eseguita un'orchifuniclectomia, in 3 casi è stata scelta una chirurgia conservativa con enucleoresezione della massa. Il diametro medio del tumore era di 1,37 mm. L'esame istologico estemporaneo ha evidenziato la presenza di tumore a cellule di Leydig e l'esame istologico definitivo lo ha confermato. Il

follow-up medio è stato di 64 mesi, in nessun paziente si è riscontrata ripresa di malattia.

Discussione

Le conoscenze su questa malattia sono ancora povere a causa della scarsa numerosità delle casistiche in letteratura. La bassa incidenza di comparsa di metastasi (circa il 10% in letteratura) ci ha indotto a ritenere possibile, in casi selezionati, un trattamento conservativo. L'informazione al paziente, le caratteristiche cliniche e istologiche della malattia sono gli elementi presi in considerazione per effettuare una enucleoresezione della massa con preservazione del testicolo. Il follow-up, negativo in tutti i pazienti ha consolidato la nostra convinzione di poter eseguire una chirurgia conservativa in alcuni casi

Conclusioni

Nei nostri pazienti operati per tumore a cellule di Leydig del testicolo non si è riscontrata ripresa di malattia nel follow-up a medio e lungo termine, anche nei pazienti sottoposti a chirurgia conservativa, questo ci induce a ritenere quest'ultima, possibile in casi selezionati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V 4

Penile disassembly. Potency sparing nei carcinomi del glande: note di tecnica chirurgica

S. Pecoraro*, M. Silvani, S. Quaranta, D. Minocci

*S.C. Urologia, Ospedale di Biella; * Reparto di Alta Specialità Nefro-Urologico, Clinica "Malzoni", Avellino*

Introduzione

Il carcinoma squamocellulare del pene rappresenta l'1% di tutti i tumori maligni del sesso maschile, colpita la VI, VII decade di vita. La chirurgia, conservativa negli stadi iniziali è demolitiva mutilanti negli stadi avanzati. Si propone la tecnica di Austoni-Perovic, con ricostruzione del glande con uretra distale autologa. La stadiazione deve essere accurata. La TAC spirale multistrato permette di evidenziare il grado di estensione della lesione glandulare ai corpi cavernosi, eventuali secondarismi linfonodali e/o ossei con PET e scintigrafia.

Materiali e metodi

L'accesso è duplice, sub coronale con scalpo penieno classico e trans-scrotale. Isolamento delle fasce dartoiche con esposizione del fascio vascolonervoso dorsale e dell'uretra. La preparazione della doccia uretrale avviene in modo scrupoloso con mobilizzazione della stessa fino al tratto pre-bulbare. Si procede a disassemblaggio degli apici dei corpi cavernosi dal glande, dall'uretra e dal fascio vascolonervoso.

Quest'ultimo viene clampato, isolato ed interrotto sino al pube e suturato con tecnica introflettente. Si esegue glandulectomia con escissione del FVND e completa mobilizzazione dell'uretra dalla doccia dei corpi cavernosi. Si esegue esame istologico intra-operatorio degli apici dei corpi cavernosi e dell'uretra distale con finalità di radicalità oncologica. La parte ricostruttiva dell'intervento inizia con la plastica degli apici dei corpi cavernosi con punti introflettenti 3/0. La plastica del neoglande, continua con l'uretra preparata e fissata opportunamente agli apici dei corpi cavernosi con sutura in monofilamento 4/0.

La mucosa eversa sugli apici garantirà la sensibilità al neoglande, ed il neomeato uretrale esterno viene configurato ad aspetto ipospadico. La ricostruzione termina con la cute del pene suturata al bordo del neoglande e della mucosa uretrale.

Risultati

Il decorso è stato senza complicanze, la dimissione in 4° giornata il catetere rimosso in 21°. Il controllo a due mesi ha mostrato una buona sensibilità del neoglande in assenza di recurvatum.

Conclusioni

Il penile *disassembly* per lesioni localizzate al glande richiede margini di sezione chirurgica negativi e la non evidenza di linfonodi sospetti al fine di garantire una radicalità oncologica.

La estensione ai corpi cavernosi con l'alto grado di malignità sono il fondamento della chirurgia radicale di molti cr del pene a prognosi infausta ma costituisce un intervento mutilante.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Altra chirurgia peniena

P 34

Gangrena di Fournier: nostra esperienza e fattori predittivi di evoluzione

G. Benedetto, F. Nigro, G. Abatangelo, E. Scremini, A. Tasca

U.O.C. di Urologia, Ospedale Civile "S. Bortolo", Vicenza

Introduzione e scopi

La gangrena del Fournier è una fascite necrotizzante a rapida evoluzione, interessante la cute e tessuti molli dei genitali, del perineo. La causa è un'infezione polimicrobica. Il diabete mellito, l'alcolismo sono fattori di comorbidità. Riportiamo la nostra esperienza con due *end point*: analizzare i nostri risultati e identificare indicatori di rischio per un'evoluzione rapida della malattia.

Materiali e metodi

Dal 1997 al 2006, 12 pazienti affetti da Gangrena di Fournier sono giunti alla nostra osservazione.

Risultati

L'età media dei pazienti, tutti maschi, era di 67 anni. I sintomi erano presenti circa da 8 giorni. La sindrome più spesso associata era il diabete mellito I in 6 pazienti (50%); il diabete mellito tipo II in 2 (25%); l'ipertensione arteriosa in 9 (75%); l'insufficienza renale cronica in 4 (33%), 1 epatopatia alcolica. In 6 pazienti l'anamnesi era positiva per *potus*. Le

culture eseguite erano positive per anaerobi; *Escherichia Coli* è stato identificato in 6/12 pazienti. L'esame istologico eseguito in 12/12 pazienti documentava flogosi da anaerobi. Il trattamento chirurgico è consistito in tutti i casi in un'estesa incisione, asportazione dei tessuti necrotici estendendosi fino al livello delle fosse ischio rettali in 8/12 pazienti. L'orchiectomia si è resa necessaria solo in 2/12 pazienti; la cistostomia sovrapubica è stata posizionata in 5/12. La diversione intestinale si è resa utile in 9/12. Il trattamento antibiotico è consistito nell'uso di metronidazolo, penicilline, aminoglicosidi. Il tempo medio di ospedalizzazione è stato di 20 gg. Il trattamento iperbarico si è reso necessario in 3/12 pazienti. 5/12 sono stati sottoposti successivamente a plastica ricostruttiva. Ad un follow-up medio di 25 mesi, 4 pazienti sono morti dopo 12 gg dalla diagnosi. I pazienti deceduti erano tutti affetti da IRC vasculopatica; uno di loro era affetto anche da diabete mellito I, inoltre, la durata dei sintomi prima dell'ospedalizzazione è stata più lunga (media 15 gg) e tutti ricoverati in case protette. In tutti i pazienti deceduti la gangrena si era estesa profondamente fino alle fosse ischio rettali. Tre quarti dei pazienti deceduti avevano un'anamnesi positiva per *potus* da 15 anni ed uno era affetto da epatopatia cronica su base alcolica

Conclusioni

La Gangrena del Fournier è una patologia infettiva rara, ma potenzialmente letale. Dal nostro studio abbiamo rilevato come la rapida evoluzione è correlata all'IRC, tempo di diagnosi, *potus*, estensione della malattia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Chirurgia dell'uretra

C 15

La ricostruzione del prepuzio nella correzione dell'ipospadia

G. Marrocco, G. Fiocca, G. Mangia*, S.A. Vallasciani**, F. Ferro**

*U.O.C. di Chirurgia e Urologia Pediatrica, *U.O.C. Anestesia e Rianimazione I, Ospedale "S. Camillo De Lellis", Roma; **U.O.C. di Chirurgia Andrologica e Ginecologica dell'Età Evolutiva, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", IRCCS, Roma*

Introduzione ed obiettivi

La moderna correzione chirurgica dell'ipospadia ha la finalità di ottenere un pene che abbia una adeguata funzione sessuale ed urinaria ed un aspetto estetico che non si discosti da quello di un pene normale. Questo al fine di ridurre l'impatto psicologico che tale malformazione può avere sulla vita del futuro adulto.

Quindi, anche la ricostruzione del prepuzio rappresenta un ulteriore contributo al conseguimento della "normalità" morfologica del pene ipospadico. Gli Autori hanno effettuato uno studio retrospettivo, in un arco di tempo di 17 anni, su pazienti affetti da ipospadia trattati chirurgicamente.

Materiali e metodi

Tra il primo gennaio 1989 ed il 31 dicembre 2006 un totale di 380 pazienti in età pediatrica sono stati sottoposti a correzione di ipospadia peniena e contemporanea ricostruzione conservativa del prepuzio.

L'età media all'intervento è stata di 18 mesi e le tecniche chirurgiche impiegate sono state le seguenti:

- A) TIUP: 256;
- B) Magpi: 83;
- C) Mathieu: 23;
- D) Koff: 18.

Risultati

Il follow-up medio è stato di 6,5 anni. Si sono osservate le seguenti complicanze:

- Deiscenza: 8 casi (2,1%);
- Fistola: 15 casi (3,9%);
- Stenosi: 4 casi (1,1%);
- Fimosi: 20 casi (5,2%);
- Totale: 47 casi (12,3%).

A fronte di un numero di complicanze pari al 12,3% dei pazienti operati, soltanto nel 5% di essi è stato necessario ricorrere ad un secondo intervento chirurgico.

Conclusioni

Molti chirurghi preferiscono rimuovere la cute prepuziale in eccesso conferendo al pene un'anatomia finale simile a quella di un pene circonciso, ritenendo, che la conservazione del prepuzio, possa determinare una maggiore incidenza di complicanze.

A nostro avviso, in molti pazienti affetti da ipospadia il prepuzio può essere ricostruito in maniera adeguata in modo tale che, specialmente nelle ipospadie di minore gravità, l'aspetto finale possa essere molto simile a quello di un pene normale.

Nella nostra esperienza la ricostruzione del prepuzio non ha determinato un significativo aumento di complicanze.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 17

Uretroplastica con ampliamento del piatto uretrale con graft cutaneo o mucoso per la correzione dell'ipospadia distale primitiva e recidiva in tempo unico

F. Ferro, G. Marrocco*, L. Nanni**, S. Vallasciani

*U.O. Complessa di Chirurgia Andrologica e Ginecologica dell'Età Evolutiva, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", IRCCS, Roma; *U.O. di Chirurgia Pediatrica, A.O. "S. Camillo Forlanini", Roma; **Divisione di Chirurgia Pediatrica, Policlinico "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma*

L'uretrocoplastica secondo Duplay, associata all'incisione del piatto uretrale (TIUP di Snodgrass) è la più utilizzata per la correzione delle ipospadie distali. Le complicazioni sono infrequenti e in gran parte correlabili ad una anatomia non favorevole: glande ipoplasico, piatto uretrale poco profondo, esteso difetto del corpo spongioso.

In 10 ipospadie primitive (età media 13 mesi) e 20 recidive (età media 50 mesi) la TIUP è stata modificata con l'inserimento di un graft nell'incisione del piatto uretrale (15 innesti di cute prepuziale, 2 di cute peniena ventrale e 13 di mucosa del labbro inferiore). La sutura uretrale è stata effettuata con sutura a punti staccati extramucosi introflettenti di ac. poliglicolico 7/0 e 6/0 (2 piani). Copertura dell'uretrocoplastica con lembo di sottocute trasposto "botton hole" (1), di sottocute locale (21) o di tunica vaginale (2). Glanduloplastica in due piani. Rimozione della derivazione urinaria dopo 10 giorni. Complicazioni immediate: ostruzione di una Foley vescicale

il 3° giorno p.o. Rimozione accidentale di due *stent* in 6° e 8° giorno p.o. Al follow-up minimo di 4 mesi sono state osservate 5 complicanze (16%): due microfistole (ipospadie recidive), un caso di disuria transitoria con minima stenosi del meato (non richiedente trattamento chirurgico), una deiscenza glandulare e una stenosi serrata (nel paziente con rimozione precoce del catetere).

L'uretroplastica con "grafting" cutaneo o mucoso del piatto uretrale ha dimostrato di poter ridurre l'incidenza delle complicazioni nei casi di anatomia non favorevole del glande e del pene ipospadico. La maggiore profondità della neouretra nel glande e l'uretroplastica realizzabile con doppio piano di sutura introflettente, senza il rischio di alterare la superficie destinata alla riepitelizzazione del piatto uretrale nella TIUP sono alla base dei migliori risultati rispetto alla TIUP. L'incisione del piatto può essere estesa oltre la linea di confine tra questo e il glande, con un meato in posizione ortotopica, senza il rischio di stenosi, complicazione frequente nella TIUP nei casi di prolungamento dell'incisione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 52

L'impiego della uretro-TC minzionale con ricostruzione 3D volume rendering nello studio delle stenosi dell'uretra anteriore. Esperienza preliminare

A. Moiso, P. Polledro, G. Aimè, A. Leone*, G. Fontana
U.O.A. Urologia, * U.O.A. Radiologia, P.O. "SS. Annunziata", ASL 17, Savigliano (CN)

Introduzione ed obiettivi

Descrizione della metodologia, dell'applicazione e del razionale della uretro-TC minzionale (u-TC) con ricostruzione 3D "Volume rendering" nelle stenosi dell'uretra anteriore, con particolare rilievo per le implicazioni chirurgiche che da tale metodica derivano rispetto alla classica diagnostica per immagini mediante ecografia uretrale (u-US) ed uretrografia retrograda e minzionale (u-RX).

Materiali e metodi

Dal gennaio 2007 abbiamo introdotto l'utilizzo della u-TC nello studio, sia diagnostico che pre/post-operatorio, delle stenosi dell'uretra anteriore affiancandola alla u-US ed in sostituzione della u-RX. In totale 6 pazienti sono stati sottoposti a tale iter di diagnostica per immagini; di questi, sino ad ora 3 sono stati sottoposti ad uretroplastica di ampliamento con innesto di mucosa buccale.

Risultati

Vengono illustrate le immagini e le possibili ricostruzioni 3D della u-TC minzionale con particolare rilievo alla correlazione con i dati della u-US e con i rilievi intra-operatori. Le poten-

zialità della u-TC sono risultate, in particolare per le infinite visualizzazioni 3D ottenibili, estremamente utili al fine del corretto programma chirurgico (endoscopico o a "cielo aperto") portando ad un progressivo abbandono della classica u-RX.

Conclusioni

Nella nostra esperienza, al momento preliminare ed in fase di incremento numerico, la u-TC è risultata metodica precisa, specifica, di semplice esecuzione ed estremamente utile nello studio diagnostico e nella programmazione del corretto iter chirurgico nelle stenosi dell'uretra anteriore. Il suo utilizzo, in sinergia con la u-US, può sostituire la classica u-RX il cui spazio può essere destinato ad impiego in estemporanei controlli post-operatori.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 16

Complicazioni dell'uretroplastica in due tempi secondo Bracka

S. Vallasciani, A. Spagnoli, A. Borsellino, L. Martini*, F. Ferro

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

L'uretroplastica in due tempi è un'opzione accettabile in considerazione dell'elevata percentuale di complicazioni delle tecniche ricostruttive in tempo unico, per la regolarità e la consistenza della neouretra, per l'ottimale correzione dell'incurvamento, la facilità di esecuzione e i risultati estetici.

Nel periodo 1997-2006 sono stati sottoposti a correzione secondo Bracka 61 ipospadie primitive (età media 1,9 anni) e 9 recidive (età media 9,4 anni). Il tessuto utilizzato per il 1° innesto è stato: cute prepuziale (63), mucosa orale del labbro (6), cute peniena (1). Il secondo tempo chirurgico è stato eseguito a distanza di 4 (mucosa buccale) e 6 mesi (innesti cutanei).

Complicazioni dopo il 1° tempo: una retrazione del graft.

Le complicazioni dopo il 2° tempo (follow-up minimo 7 mesi) sono state 18 (25%): 10 fistole (14%), 7 risolte con un solo intervento (10%) e 3 (4%) con due interventi; 3 deiscenze dell'uretra peniena (4,3%), due risolte con uretroplastica secondo Duplay e una in attesa di correzione; 4 retrazioni del meato (5,7%), 3 corrette con intervento di Duplay, Snodgrass e Inlay, 1 risolta con due interventi (Snodgrass, poi Mathieu); 1 diverticolo uretrale (1,4%) che ha subito un rimodellamento uretrale.

L'uretroplastica in due tempi con innesti epiteliali o mucosi sulla superficie ventrale dei corpi cavernosi dopo completa ortoplastica offre una soluzione chirurgica ottimale per le ipospadie prossimali con incurvamento severo grazie alla stabilità a lungo termine della neouretra (a differenza della tecnica di Duckett-Standoli). L'incidenza delle complicanze può

essere paragonata a quella della correzione in tempo unico. Si tratta di problemi che trovano soluzione con una singola procedura chirurgica nella maggior parte dei casi (13/18, 72%). La localizzazione prevalentemente distale delle fistole (9/10) conferma che la regione peniena distale e glandulare rappresentano le zone critiche nella ricostruzione uretrale. Nei casi di ipospadia recidiva, in assenza del prepuzio, la mucosa buccale è la sola fonte di tessuto disponibile. Anche in questo caso i risultati a lungo termine hanno dimostrato la stabilità della neouretra e la possibilità di una ricostruzione esteticamente ottimale con glande conico e meato normoconformato.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 16

Disturbi dell'eiaculazione e neuro-vascolari penieni dopo chirurgia dell'uretra bulbare. Indagine retrospettiva su 60 pazienti sottoposti ad anastomosi termino-terminale per stenosi dell'uretra bulbare

G. Romano, M. de Angelis, M. Lazzeri*, G. Barbagli*
*U.O. di Urologia, Ospedale "San Donato", * Centro di Chirurgia Ricostruttiva dell'Uretra, Arezzo*

Introduzione

Scopo del presente lavoro è valutare l'incidenza di alterazioni dell'eiaculazione e di disturbi neuro-vascolari penieni nei pazienti sottoposti ad uretroplastica per stenosi dell'uretra bulbare.

Pazienti e metodi

Nel periodo 1998-2006, 165 pazienti (pz) (età media 39 anni) sono stati sottoposti ad anastomosi termino-terminale per stenosi dell'uretra bulbare con una percentuale di successo del

90,8%. L'incidenza di alterazioni dell'eiaculazione e la presenza di disturbi neuro-vascolari penieni è stata investigata mediante l'uso di un questionario non validato, somministrato ai pz da personale non incluso nello staff ospedaliero secondo i seguenti criteri: età tra 20 e 50 anni, assenza di diabete o malattie vascolari, di precedenti interventi chirurgici sull'uretra, di ulteriori interventi o manipolazioni uretrali dopo l'anastomosi. Il questionario comprendeva 5 domande mirate ad indagare le alterazioni della eiaculazione, 7 domande mirate ad indagare la presenza di disturbi neuro-vascolari penieni e 2 domande per valutare la soddisfazione finale del paziente in relazione all'intervento chirurgico subito.

Risultati

Su 60 pz che hanno risposto al questionario, 12 pz (20%) hanno riferito una diminuzione della forza del getto eiaculatorio e 2 pz (3,3%) che l'eiaculazione era possibile solo con la compressione manuale nel perineo del bulbo uretrale. Nel campo dei disturbi neuro-vascolari penieni, 1 pz (1,6%) ha riferito che il glande era freddo in erezione, 7 pz (11,6%) hanno riferito che il glande non si gonfiava completamente in erezione e 11 pz (18,3%) di una iposensibilità nel glande o nella parte distale del pene. Su 60 pz intervistati, 58 (96,6%) si sono dichiarati completamente soddisfatti del risultato finale ottenuto con l'intervento chirurgico, anche in presenza di disturbi minori della sfera sessuale, 2 pz (3,3%) si sono dichiarati insoddisfatti del risultato finale dell'intervento, per il dolore subito nel decorso postoperatorio (1 pz) o per l'alterazione neuro-vascolare del pene (glande freddo) insorta dopo l'intervento (1 pz).

Conclusioni

L'anastomosi termino-terminale bulbare fornisce un'elevata percentuale di successo per quanto riguarda la funzione urinaria. Il paziente deve essere informato che questo intervento pur non comportando deficit erettile, può realizzare alterazioni minori della eiaculazione e/o modificazioni neuro-vascolari del glande o della parte distale del pene.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Trauma penieno e perineale

C 50

Nuove acquisizioni nella frattura dei corpi cavernosi

A.F. De Rose, A. Simonato, F. Toncini, G. Carmignani

*Clinica Urologica, *Radiologia Interventistica, Università di Genova*

Introduzione

La frattura mono o bilaterale dei corpi cavernosi nel 60% dei casi avviene in corso di rapporti sessuali, più raramente durante pratiche masturbatorie.

L'obiettivo del nostro lavoro è quello di chiarire alcuni aspetti fisiopatologici della rottura dei corpi cavernosi, attraverso uno studio anatomopatologico della tunica albuginea.

Pazienti e metodi

Negli ultimi due anni abbiamo osservato sei pazienti con rottura dei corpi cavernosi durante il coito. In un unico paziente era associata una lesione uretrale.

In tutti sono stati eseguiti prelievi multipli della tunica albuginea a distanza dalla sede della lesione. I campioni sono stati esaminati al microscopio ottico dall'anatomo-patologo e confrontati con quelli ottenuti dalla tunica albuginea di altri pazienti sottoposti ad interventi sul pene per motivi diversi dalla rottura dei corpi cavernosi

Risultati

La microscopia ottica ha permesso di identificare zone di fibrosclerosi nella tunica albuginea di 5 (83%) pazienti con rottura del pene. In 3 di questi sono state inoltre individuate aree con infiltrati flogistici linfocitari e istiocitari.

Solo in 1 paziente con frattura peniena (17%) la tunica albuginea appariva indenne da alterazioni istologiche.

In nessuno dei preparati di controllo sono state individuate alterazioni.

Discussione

Le indagini istologiche effettuate sulle albuginee dei nostri pazienti riportano la presenza di alterazioni strutturali nel 83% dei casi. Si tratta di lesioni di tipo sclerotico con possibile riscontro degli elementi cellulari tipici delle flogosi croniche. Queste anomalie strutturali potrebbero alterare le proprietà meccaniche della tunica albuginea rendendola più vulnerabile: meno elastica e minore resistenza alla stiramento e all'espansione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 18

Rottura dei corpi cavernosi: quale accesso?

A. Cavaliere, F. D'Amico, C. Leonardo, G. Del Vecchio, D. Dente, M. Telera, G. Franco

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

Introduzione ed obiettivi

La rottura o "frattura" dei corpi cavernosi è un evento relativamente poco frequente che causa la cosiddetta "deformità a melanzana" del pene e richiede un intervento chirurgico immediato. Scopo del lavoro è di riportare due recenti casi clinici che hanno richiesto due diverse vie di accesso.

Metodi

Due pazienti di 45 e 57 anni sono giunti alla nostra osservazione in urgenza per ematoma penieno successivo a trauma durante l'attività sessuale. Per l'inquadramento clinico sono stati sufficienti l'anamnesi e l'esame obiettivo. L'ecografia peniena eseguita in urgenza in entrambi i casi, non ha fornito dati aggiuntivi dirimenti. Nel primo caso, data l'entità dell'ematoma sottocutaneo che interessava anche il prepuzio distale, non era possibile uno scuoiamento penieno con accesso sottobalanico e si è preferito eseguire un'incisione peno-scrotale longitudinale. Si è poi effettuato l'isolamento e l'esteriorizzazione dei corpi cavernosi attraverso questa incisione. Era evidente una lacerazione obliqua di circa 2 cm del versante latero-ventrale del terzo medio del corpo cavernoso di sin. Nel secondo caso, con ematoma meno esteso e prepuzio distale indenne, si è effettuata una incisione sottobalanica con scuoiamento del pene fino alla base. In questo caso la lacerazione era obliqua, di 2 cm ed interessava il versante latero-ventrale del corpo cavernoso di dx. In entrambi i casi l'uretra era indenne e la riparazione è stata effettuata con sutura continua dell'albuginea e della fascia di Buck in vicryl 3/0 con erezione idraulica intra-operatoria di controllo. Nel secondo caso è stata anche eseguita la circoncisione.

Risultati

Non ci sono state complicazioni intra- e post-operatorie ed i pazienti sono stati dimessi in seconda giornata. Hanno ripreso una normale attività sessuale dopo 6-8 settimane, non riferendo disfunzione erettile o deviazioni dell'asta.

Conclusioni

La nostra iniziale esperienza dimostra la necessità di modulare la via d'accesso chirurgica alle condizioni locali secondarie all'ematoma e la scarsa utilità del controllo ecografico pre-operatorio.

Priapismo

P 35

Priapismo arterioso da bicicletta: una nuova preoccupante realtà

A.F. De Rose, G. De Caro*, A. Simonato, G. Carmignani

*Clinica Urologica, *Radiologia Interventistica, Università di Genova*

Introduzione

Il priapismo arterioso è una rara condizione di erezione prolungata e non dolorosa conseguente ad un evento traumatico del pene e quindi ad una fistola arterocavernosa. Esso non risulta doloroso in quanto, a differenza di quello a basso flusso, l'ossigenazione è continua.

Materiali e metodi

Riportiamo 3 casi di priapismo arterioso dopo trauma ciclistico. In due soggetti adulti il trauma era conseguente ad un violento trauma del pene sul tubo della bicicletta situato tra il sellino e il manubrio durante una corsa per dilettanti e una gita domenicale. Il terzo caso è stato osservato in un bambino di 12 anni per un urto violento della porzione fissa dei corpi cavernosi sul manubrio. Nel primo e terzo caso il priapismo è insorto a distanza di due giorni durante la notte. Nel secondo dopo qualche ora.

Risultati

In tutti e tre i casi la chiusura della fistola è stata ottenuta nel corso di arteriografia superselettiva mediante gelatina di spongostan. Nel primo e terzo caso la fistola era monolaterale, mentre nel secondo era bilaterale. I primi due casi giunsero alla nostra osservazione rispettivamente dopo 18 e 45 giorni mentre il 3° dopo 6 mesi. Solo nel secondo caso si è resa necessaria una embolizzazione iterativa con microsferi a distanza di due settimane. Dei tre casi, l'ecocolordoppler aveva evidenziato la fistola arterovenosa solo nei primi due.

Discussione

L'osservazione di questi tre casi di priapismo, ad alto flusso ha sollecitato gli Autori a una revisione della letteratura e a riconsiderare il problema della sicurezza della bicicletta. Già da tempo infatti sono noti disturbi come uretriti, prostatiti, ematuria, torsione testicolare e insensibilità al pene da parte dei ciclisti, mentre più recentemente la bicicletta viene considerata addirittura come fattore di rischio per il deficit erettivo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 36

Priapismo recidivante, resistente alle terapie convenzionali associato ad anemia falciforme: una nuova soluzione terapeutica

M. Carrino, R. Aponte, S. Costantini, P. Brigante, A. Oliva, D. Mattace Raso

Dipartimento Nefrourologico e U.O.S.C. Urologia, A.O.R.N. "A. Cardarelli", Napoli

Introduzione

Il priapismo è senz'altro una delle più dannose complicanze dell'anemia falciforme.

Il protocollo terapeutico da noi adottato prevede una "fase medica" (emazie concentrate + idratazione + Fans), una "mini invasiva" (aspirazione - irrigazione + vasocostrittori) ed una "fase chirurgica" (*shunt*).

L'associazione di trasfusione + idrossiurea sembra ridurre il numero di recidive.

Riportiamo i risultati ottenuti in 7 pazienti ad alto indice di recidiva.

Materiali e metodi

Nel periodo aprile 2003-gennaio 2005, sette pazienti di età compresa tra i 15 ed i 23 anni, affetti da priapismo recidivante resistente al protocollo terapeutico abituale sono stati trattati con Triptorelina 3,75 Hg ogni mese, con riduzione progressiva della dose (50% ogni due mesi) nell'arco di un anno. Quarantotto ore prima della terapia con analoghi è stata somministrata una singola dose di 100 Mg di Ciproterone Acetato. Il follow-up è stato di 24 mesi.

Risultati

Cinque dei sette pazienti non hanno mai avuto a tutt'oggi necessità di terapia "mini invasiva o chirurgica" per episodi di priapismo. In due casi si è verificata recidiva a distanza di 35 e 46 giorni dall'ultima fiala programmata e sono stati rimessi in terapia mensile.

Due pazienti hanno riferito vampate di calore e riduzione della libido, ma nessuna alterazione della capacità erettiva.

Conclusioni

Il trattamento con analoghi del GNRH rappresenta una efficace soluzione nei pazienti falcemici con priapismo recidivante; realizza infatti la duplice finalità di migliorarne la qualità di vita e prevenirne la fibrosi cavernosa. Va tuttavia discussa con il paziente l'attuale assenza di dati clinici sugli effetti a lungo termine della terapia in pazienti in giovane età.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Problematiche dimensionali del pene

V 9

Impianto di protesi peniena idraulica tricomponente (AMS 700 cx con Inhibi-Zone®) in paziente con disfunzione erettile secondaria a falloplastica di ampliamento

G. Alei, P. Letizia

Centro di Chirurgia Urogenitale, Dipartimento di Chirurgia Plastica Ricostruttiva, I Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Roma “La Sapienza”

Introduzione

Riportiamo il caso clinico di un paziente sottoposto a falloplastica di ampliamento con safena e successivamente affetto da disfunzione erettile non *responder* alle comuni terapie.

Abbiamo sottoposto il paziente ad esame Rigiscan ed eco-color-doppler penieno dinamico entrambi deponevano per una disfunzione erettile veno-occlusiva. Dopo aver provato tutti i farmaci orali, abbiamo fatto test farmaco-infusivi fino ad arrivare al dosaggio massimo del trimix senza aver nessun risultato. A questo punto abbiamo deciso di impiantare una protesi idraulica vista la giovane età del paziente.

Materiali e metodi

Si effettua un'incisione peno-scrotale alta di tre centimetri, si preparano le fasce di Colles e di Buck, si effettua corporotomia del corpo cavernoso destro, si dilata con dilatatori di Subrini, si effettua la misurazione della lunghezza del corpo cavernoso, si impianta il cilindro protesico della protesi idraulica AMS 700 CX con InhibiZone® con l'ausilio dell'inseritore di Furlow, si effettua corpororrafia. Gli stessi tempi operatori vengono eseguiti per il corpo cavernoso di sinistra.

Si posiziona il *reservoir*, attraverso l'anello inguinale esterno, nello spazio prevescicale, si posiziona la pompa del sistema nell'emiscroto di destra e si effettua il collegamento con il *reservoir*. Si verifica il perfetto funzionamento del sistema e si ricostruiscono i piani lasciando a dimora un Redon nell'emiscroto per le prime 24 ore.

Risultati e conclusioni

Abbiamo un follow-up ormai di un anno ed il paziente ha una normale attività sessuale. Non ci sono state complicanze nel post-operatorio né a distanza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 20

Falloplastica di allungamento con l'uso del distanziatore pubo-cavernoso in silicone: analisi dei risultati dopo 8 anni

G. Alei, P. Letizia, F. Ricottilli, G. Stefanizzi

Centro di Chirurgia Urogenitale, Dipartimento di Chirurgia Plastica Ricostruttiva, I Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Roma “La Sapienza”

Introduzione

La sezione del legamento sospensore è ormai il procedimento chirurgico per il trattamento delle brevità peniene assolute. Una delle possibili complicanze è il riaccorciamento penieno da risaldata dei margini di sezione del legamento. Da ormai 8 anni usiamo un dispositivo siliconico, di nostra ideazione, detto appunto “distanziatore pubo-cavernoso” che garantisce un ottimo risultato.

Materiali e metodi

Riassumiamo brevemente la tecnica di sezione del legamento sospensore.

Con il paziente in clinostatismo si effettua, a scelta, anestesia generale o locale senza ricorrere al cateterismo vescicale. L'incisione cutanea viene effettuata con tecnica V-Y o Z (da noi preferita) onde consentire il concomitante allungamento cutaneo al momento della sutura. Essa viene effettuata longitudinale di circa 2-3 centimetri nel punto medio dell'arco pubo-penieno. Preparati gli strati superficiali, si raggiunge il legamento sospensore e lo si seziona strettamente a ridosso del versante pubico, avascolare. Riteniamo dettaglio tecnico importante il fatto di non allargare eccessivamente la sezione sui versanti laterali del legamento per la presenza dei prolungamenti dorsali dei muscoli ischio-cavernosi, la cui sezione completa potrebbe comportare problemi di tipo veno-occlusivo. Abbiamo modellato il “distanziatore pubo-cavernoso” utilizzato un parallelepipedo di silicone polimerizzato di consistenza duro-media conferendogli forma tronco-conica con due facce laterali concave. Una volta sezionato il legamento, le due concavità si adattano l'una al margine del versante pubico (fissata con punti in prolene 3-0), l'altra, a quello del versante cavernoso, occupando completamente lo spazio virtuale creatosi. Si posizionano due Redon prefasciali e si effettua la sutura intradermica in nylon 3-0. Abbiamo inserito il dispositivo in undici pazienti con risultati eccellenti.

Risultati e conclusioni

Gli Autori riportano i risultati di 64 pazienti sottoposti a tale intervento in otto anni di esperienza.

La necessità di permettere il maggiore distanziamento tra la faccia anteriore della sinfisi pubica ed i corpi cavernosi è a nostro avviso perfettamente ottenibile con l'uso di questo dispositivo. Esso, infatti presenta innumerevoli vantaggi: è di semplice modellamento; può essere adattato per questa sua estrema versatilità, a qualsiasi condizione anatomica si incontra; è agevole da fissare; è stabile nel tempo. Riteniamo pertanto, sulla scorta di quanto elencato, che l'uso di questa nuova tecnica possa finalmente garantire una seria ed affidabile prevenzione della recidiva locale con ottimi risultati estetici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 22

Falloplastica oggi

J. Salhi, M. Del Prete

Androclinic, Roma

Introduzione ed obiettivi

La chirurgia aumentativa del pene non ha tuttora risolto il problema del tipo di materiale e della tecnica ideale da utilizzare per l'aumento della circonferenza peniena.

Materiali e metodi

I materiali attualmente più usati sono:

- tessuto adiposo autologo;
- rotazione di lembi muscolari e innesti dermici liberi o pedunculizzati;
- silicone e altre sostanze da riempimento (silicone gel, polimeri ad acqua, Formacril e similari);
- altri materiali sintetici come protesi semirigide, proposte da Subrini (VOLUMIS);
- altri materiali biologici: come il derma liofilizzato e dura madre.

Le possibili complicanze sono:

- riassorbimento;

- necrosi dei lembi;
- infezione e formazione di ascessi con conseguenti aderenze, retrazioni e difficoltà dello scorrimento cutaneo ed eventuali incurvamenti con dolore durante il coito;
- protesi di diversa consistenza da quella propria del pene percepibile al tatto (gradino); protrusione o estrusione dell'impianto;
- disproporzione nel volume del glande.

L'impianto da noi utilizzato, di consistenza parenchimatosa, è costituito da due porzioni, laterali speculari una destra ed una sinistra dette "pericavernose" costituite ognuna da un emicilindro a sezione semilunare con estremità distale appiattita.

Si prepara, bilateralmente, un tunnel sottomuscolare distalmente fin sotto il glande e prossimalmente fino alla radice del pene, si procede all'impianto della protesi pericavernosa che viene fissata solo distalmente.

Risultati

Dal gennaio 2002 fino al dicembre 2006, sono giunti alla nostra osservazione 22 pazienti affetti da complicanze dovute a interventi chirurgici di falloplastica additiva. L'evenienza più frequente è stata l'insoddisfazione per risultati (riassorbimento impianto) 12 su 22, 6 su 22 per infezione del materiale impiantato con suppurazione, 3 su 22 per deformazione del profilo penieno, 1 per perforazione cutanea ed estrusione dell'impianto semirigido.

Questi pazienti sono stati sottoposti ad un primo intervento di toilette chirurgica e drenaggio per poi essere sottoposti ad un nuovo intervento di falloplastica additiva con la nostra tecnica mediamente dopo 6 mesi.

Conclusioni

Le complicanze della chirurgia aumentativa del pene possono essere ridotte standardizzando la metodica ed individuando il materiale più appropriato.

Questo impianto pericavernoso risponde a queste necessità, con risultati estetici buoni e duraturi nel tempo, senza compromettere la funzionalità.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Funzione sessuale maschile e tossicodipendenze

GC 5

Disfunzione erettiva in consumatori abituali di cannabis: associazione tra aumento dell'indice HOMA e presenza di disfunzione endoteliale in giovani normopeso

A. Aversa, F. Rossi, R. Bruzziches, C. Bertone, D. Francomano, M. Pili, E.A. Greco, V. Santiemma, G. Spera

Cattedra di Medicina Interna, Dipartimento Fisiopatologia Medica, Università di Roma "La Sapienza"

Introduzione

Il sistema degli endocannabinoidi (EC) è coinvolto nella regolazione del bilancio energetico, del comportamento alimentare, della lipogenesi epatica e della omeostasi glicidica, ma non vi sono dati che riportino un suo coinvolgimento nella fisiopatologia della disfunzione erettiva (DE). Scopo dello studio è stato quello di valutare la relazione esistente tra danno vascolare e parametri ormonali e metabolici in giovani uomini affetti da DE in assenza di fattori di rischio cardiovascolari.

Metodi

In uno studio retrospettivo, abbiamo selezionato 64 uomini con DE da un database contenente 300 esami penieni. I criteri di inclusione sono stati: età < 40, *body-mass-index* (BMI) < 27, rischio cardiovascolare < 20%, assenza di trattamenti farmacologici concomitanti. Tutti i pazienti erano stati sottoposti in precedenza ad una anamnesi medico-sessuologica dettagliata, nonché ad una domanda riguardante le abitudini voluttuarie: "Assume abitualmente marijuana/hashish per uso voluttuario?". Inoltre, tutti i pazienti erano stati sottoposti ad un eco-color-doppler peniena (ECDP) dopo stimolo farmacologico standard con alprostadil 10 mcg. In base ai risultati della velocità di picco sistolico (PSV) ottenuti all'ECDP, abbiamo diviso i pazienti in due gruppi: DE-Organica (O-DE; n = 30) e DE-Non-Organica (NO-DE; n = 34). 18 soggetti in ciascun gruppo, sono stati richiamati in maniera casuale e sottoposti a pletismografia veno-occlusiva per valutare il flusso della arteria brachiale (FBF). 7 soggetti sani di età ed abitudini comparabili hanno costituito il gruppo di controllo alla pletismografia veno-occlusiva. Abbiamo inoltre valutato retrospettivamente i valori di pressione arteriosa, testosterone totale e libero, prolattina, estradiolo, LDL e HDL-colesterolo, glicemia ed insulinemia dopo 12 ore di digiuno (indice HOMA = glicemia mmol/L x insulinemia mU/L/22,5; $v_n < 2,5$).

Risultati

Non abbiamo riscontrato differenze tra i due gruppi nella età media ($30 \pm 5,8$ ys), nel BMI ($18 \pm 2,2$), nella pressione arteriosa sistolica media (119 ± 7 mm/Hg) e nella incidenza di fumo di sigaretta (50%). L'uso continuativo di cannabinoidi era più frequente nel gruppo O-DE vs. NO-DE (72% vs. 6%, $p < 0,0001$). Il PSV medio riscontrato sulle arterie cavernose risultava più elevato nei NO-DE vs. O-DE (48 ± 1 cm/s vs. 25 ± 1 , $p < 0,0001$), mentre la funzione veno-occlusiva del pene risultava efficiente in entrambi i gruppi studiati. Gli studi pletismografici mostravano un FBF significativamente ridotto nel gruppo O-DE quando paragonato col gruppo NO-DE e con i controlli sani (12 ± 6 vs. 32 ± 4 e 34 ± 5 ml/min⁻¹, rispettivamente; $p = 0,003$). L'indice HOMA risultava inaspettatamente più elevato nel gruppo O-DE vs. NO-DE e nei controlli ($2,6 \pm 0,15$ vs. $2,0 \pm 0,2$ e $1,8 \pm 0,1$, rispettivamente; $p = 0,02$) con differenze significative nei livelli basali di insulinemia a digiuno ($12 \pm 0,67$ vs. $8,7 \pm 0,81$, $p = 0,006$). Non abbiamo riscontrato altre differenze nei parametri ormonali e biochimici tra i due gruppi.

Conclusioni

Il danno vascolare evidenziato dalla pletismografia veno-occlusiva e dall'ECDP è di frequente riscontro in giovani uomini con DE e storia di uso continuativo di cannabinoidi. Tale condizione si associa ad un incremento dell'indice HOMA in assenza di obesità e può suggerire come una aumentata attivazione del sistema EC possa essere coinvolto in una alterata omeostasi glicidica che concorre a determinare il deficit erettivo da disfunzione endoteliale. A nostro parere sono necessari ulteriori e più ampi studi per stabilire l'esatta correlazione nei giovani tra abuso di cannabinoidi per via inalatoria, l'insorgenza di insulino-resistenza e lo sviluppo della disfunzione erettiva su base vascolare.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC 6

Sesso e droga: in che misura l'eroina viene usata per migliorare le prestazioni sessuali?

G. La Pera, A. Carderi, Z. Marianantoni, S. Livi*, M. Lentini, T. Macchia**

U.O.C. di Urologia, A.O. "San Camillo Forlanini", Roma;
* Facoltà di Psicologia II, Università di Roma "La Sapienza"; ** Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

I disturbi sessuali sono una delle ragioni di inizio della tossicodipendenza ed in una fase iniziale del consumo, l'eroina viene usata come auto-medicazione nei soggetti affetti da disfunzioni sessuali.

Obiettivi

Valutare se l'eroina viene usata per migliorare le prestazioni sessuali e in che misura le migliora.

Materiali e metodi

Sono stati intervistati 185 ex-tossicodipendenti in trattamento presso 14 comunità terapeutiche in 10 regioni italiane con età media di 29,9. Con un questionario validato abbiamo indagato la storia tossicologica, le sue cause e la presenza di disturbi sessuali prima dell'inizio dell'uso di sostanze. Inoltre abbiamo chiesto se l'eroina fosse stata usata per migliorare le prestazioni sessuali, in che misura funzionava e quali effetti provocava sulla funzione sessuale.

Risultati

Nel periodo che ha preceduto la prima assunzione di eroina la percentuale di disfunzione erettile (IIEF 5) nel nostro campione è del 47,6%, mentre i soggetti affetti da l'eiaculazione precoce (definizione DMS IV), è del 42,3%. Dal confronto tra patologie sessuali e il successivo utilizzo dell'eroina si evidenzia che il 44,9% l'ha usata per migliorare il controllo dell'eiaculazione. Alla domanda quanto ti ha aiutato il 14,5% ha risposto poco, il 26,5% abbastanza, il 57,9% ha risposto molto/moltissimo. Altresì, il 30,8% dichiara di aver usato l'eroina per ottenere un'erezione sufficiente a permettere la penetrazione e/o a mantenere l'erezione fino alla fine del rapporto. Di questi il 49,1% dichiara di avere ricevuto molto/moltissimo aiuto, abbastanza il 26,3% e poco il 24,6% dei casi.

Conclusioni

L'eroina è usata al fine di migliorare le prestazioni sessuali ed in particolare come "auto-cura" dell'eiaculazione precoce e determina un significativo miglioramento sia in termini di rigidità che di allungamento del tempo di eiaculazione. In una percentuale rilevante il disturbo sessuale induce i giovani a drogarsi perché spesso vengono lasciati da soli ad

affrontare la frustrazione dell'inadeguatezza sessuale, senza informazioni e senza un precoce trattamento dei disturbi sessuali. Diventa inoltre estremamente difficile liberarsi dalla droga quando una patologia sessuale ed in particolare l'eiaculazione precoce non viene riconosciuta e sostiene il bisogno di continuare a drogarsi. Appare quindi fondamentale il ruolo dell'andrologo, dei genitori e della scuola per prevenire, informare e curare tempestivamente i disturbi sessuali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Sì
Grant dell'Istituto Superiore di Sanità

C 31

Eiaculazione precoce ed disfunzione erettile come causa determinante dell'inizio di una tossicodipendenza nei giovani adolescenti maschi

G. La Pera, A. Carderi, Z. Marianantoni, M. Lentini, F. Taggi*

U.O.C. di Urologia, A.O. "San Camillo Forlanini", * Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

Numerose sono le cause che spingono i giovani a drogarsi tra queste è stato recentemente messo in evidenza il disagio sessuale che spingerebbe i giovani ad usare le droghe nel disperato tentativo di auto curarsi.

Obiettivi

Scopo della ricerca è valutare se i giovani ex-tossicodipendenti riportino che il disturbo sessuale li abbia spinti ad usare la droga e se le droghe siano state usate per migliorare le prestazioni sessuali

Metodi

Sono stati intervistati con un questionario validato 86 ex-tossicodipendenti in 5 comunità terapeutiche da almeno 3 mesi erano *drug free* ed abbiamo investigato come era l'attività sessuale prima del primo inizio di droga (FDU – *First Drug Use*) e se il disturbo sessuale fosse stato determinante nella loro scelta di iniziare a drogarsi.

Risultati

Nel periodo che ha preceduto il FDU il 71% degli 86 ragazzi intervistati presentava una o più disfunzioni sessuali: eiaculazione precoce DMS IV (EP), disfunzione erettile IIEF5 (DE) o *Low sexual desire* IIEF 15 (LSD) e solo il 29% era normale. Tra i soggetti normali solo il 3% ha affermato che il disturbo sessuale ha influenzato la decisione di iniziare a drogarsi mentre questa percentuale sale al 31,4% nel gruppo che aveva disturbi sessuali. (p = 0,003).

Inoltre c'è un progressivo aumento di coloro che affermano

che il disturbo sessuali ha influenzato la decisione di iniziare a drogarsi con l'aumentare del numero dei sintomi sessuali 1, 2 o 3 sintomi sessuali (EP, DE o LSD) (*trend for proportion* $p < 0,025$). Circa il 50% dei ragazzi ha usato la droga per migliorare le prestazioni sessuali.

Conclusioni

I disturbi sessuali sono particolarmente frequenti nei giovani che successivamente diventano tossicodipendenti, una larga maggioranza di loro dichiara che è stato proprio il disturbo sessuale a spingerli ad iniziare a drogarsi. Questi dati sosten-

go l'ipotesi di un nuovo ruolo dell'andrologo, della famiglia e della scuola perché un trattamento precoce dei disturbi sessuali, l'informazione sessuale corretta non disgiunta dall'educazione all'affettività ed un adeguato sostegno in caso di insuccesso possono costituire un semplice ma efficace strumento di prevenzione dell'abuso di sostanze e della tossicodipendenza, Non va infine dimenticato che a tutt'oggi sui foglietti illustrativi dei farmaci per la cura delle disfunzioni erettile è ancora scritto che tale farmaci non sono indicati nei soggetti al di sotto dei 18 anni.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Disfunzioni sessuali femminili

C 51

Studio ultrastrutturale dei corpi cavernosi clitoridei: risultati preliminari

S. Caruso, V. Zuccalà*, G. Intelisano, L. di Mari, M.E. Gagliardi*, V. Cavallari*

Gruppo Ricerca Sessuologia, Dipartimento di Scienze Microbiologiche e Ginecologiche, Università di Catania;
* *Sezione di Patologia e Diagnostica Ultrastrutturale, Dipartimento di Patologia Umana, Università di Messina*

Introduzione ed obiettivi

Ad oggi esistono diverse zone d'ombra nel campo della fisiopatologia sessuale femminile, tra le quali i disturbi della fase di eccitazione, con particolare attenzione alla emodinamica dei corpi cavernosi clitoridei. L'obiettivo del nostro studio è stato di investigare sulla ultrastruttura dei corpi cavernosi clitoridei, partendo dall'ipotesi che esista una sostanziale analogia strutturale con i corpi cavernosi del pene.

Materiali e metodi

24 donne, che hanno espresso esplicito consenso all'esecuzione della procedura, sono state sottoposte a microbiopsia dei corpi cavernosi clitoridei mediante ago sottile in anestesia totale durante intervento ginecologico. 18 soggetti erano in età feconda, 6 in post-menopausa.

Il tessuto prelevato è stato fissato immediatamente in liquido di Karnowski e avviato all'indagine ultrastrutturale con procedure standard.

Risultati

L'architettura generale dei corpi cavernosi clitoridei è analoga a quella dei corpi cavernosi del pene. Anche nel clitoride si osserva una stretta correlazione fra vasi di grande calibro a parete sottile e fibrocellule muscolari lisce (FML), che rappresentano la maggioranza degli elementi cellulari riconoscibili nell'interstizio. Le FML, in tutti i soggetti in pre-menopausa, risultano isometriche e mostrano contorni regolari, mostrano una distribuzione omogenea dei microfilamenti e dei corpi densi, presentano ispessimenti sub-plasmalemmali e giunzioni serrate regolarmente spaziate. Le membrane basali sono regolari e di spessore costante, raramente reduplicate. I vasi venosi mostrano pareti sottili, costituite dallo strato endoteliale appiattito e da uno strato incompleto di periciti; si osserva costantemente una stretta associazione con le FML interstiziali, che con i periciti contraggono giunzioni serrate. Nei soggetti in post-menopausa l'architettura generale è conservata, e solo raramente si osserva un discreto assottigliamento delle FML, che possono a tratti mostrare contorni fe-

stonati. L'interstizio, composto di fibre collagene isometriche scarsamente coese e abbondante sostanza fondamentale a media densità elettronica, è moderatamente ispessito nei soggetti in post-menopausa.

Conclusioni

Questi studi preliminari dimostrano la sostanziale identità strutturale dei corpi cavernosi del clitoride e del pene, caratterizzati da elementi specializzati (le FML) che condizionano lo stato di turgidezza di detti organi in base al grado di contrazione, mediata da stimoli chimici e influenzabile con la terapia. In post-menopausa e in assenza di patologie sistemiche l'ultrastruttura dei corpi cavernosi clitoridei risulta sostanzialmente conservata, in analogia con quanto avviene nell'uomo di mezza età. È ipotizzabile che lo studio dei corpi cavernosi clitoridei possa rappresentare un prezioso strumento diagnostico nelle disfunzioni della sessualità, indicando, in presenza di alterazioni strutturali, opportuni trattamenti farmacologici.

P 47

Anorgasmia femminile in pazienti con varicocele pelvico e concomitante dispareunia

C. Battiato, N. Burrello*, E. Vicari, S. La Vignera, A.E. Calogero, M. Greco**, S. Battiato***, S. Di Noto
*Sezione di Endocrinologia, Andrologia e Medicina Interna (A.O.R.N.A.S. Garibaldi-Centro), Dipartimento di Scienze Biomediche, *Dottorato di Ricerca in Scienze Andrologiche e della Riproduzione Umana, Università di Catania; ** U.O.C. Diagnostica per Immagini, (A.O.R.N.A.S. "Garibaldi"-Centro), 4SSB, UPS, Roma*

Introduzione

Basson (Urology, 2000), divide i disturbi sessuali femminili in quattro domini principali: disturbo del desiderio; ipolubrificazione, orgasmo e dolore pelvico (disconforto). Ci sono però in letteratura opinioni discordanti sulle cause dei disturbi dell'orgasmo, alcuni Autori lo evidenziano collegato agli altri domini, altri considerano l'anorgasmia come una disfunzione prettamente di natura psicologica in cui la terapia di conseguenza prevede sempre un *counseling* psico-sessuologico. La dispareunia, sembra essere causa, concausa dei disturbi dell'orgasmo femminile, anche se nella diagnosi differenziale molte volte non esiste una vera distinzione fra l'orgasmo, l'anorgasmia e la dispareunia. Poche evidenze riportano il ruolo giocato dal varicocele pelvico sui disturbi sull'orgasmo.

Scopo

Osservare se una terapia mirata con vasoprotettori possa giocare un ruolo primario sulla terapia dell'anorgasmia, dispareunia collegata.

Materiali e metodi

Nel 2007, 35 paz. con dispareunia coitale-post-coitale. Tutti anamnesi positiva: Var. pel; Varici Art. Inf.

Gruppo 1°: 20 paz. Terapia: Escina 5 mg fiale 1 x 2 per 3 die. Dopo: Escina 40 mg cps 1 x 3 x 90 die. *Counseling* sessuologico.

Gruppo 2°: 15 paz. Terapia: Fans al bisogno. *Counseling* sessuologico.

Risultati

Gruppo 1°: dispareunia 20 (100%) paz. vs. 9 (45%) paz post-tratt.; Anorg. 100% paz. vs. 20% paz. post-tratt.; Gruppo 2°: dispareunia: 15 paz. (100%) vs. 10,5 (70%) post-tratt.; Anorg. 100% paz. vs. invariato (post-tratt.).

Conclusioni

Kinsey nel 1953 ed Masters e Johnsons nel 1954 furono i pionieri della teoria fisiologica dell'orgasmo che comprendeva a pieno titolo i fenomeni di tensione e congestione vascolare "pelvica", di cui l'eccitazione, il *plateau*, l'orgasmo e infine la risoluzione sono alla base della ciclica risposta sessuale dell'uomo. Nel maschio la fine del coito è segnata dall'inizio del tempo di refrattarietà, periodo in cui non si può ottenere una nuova erezione. La donna invece è multiorgasmica, non avendo un vero e proprio periodo di refrattarietà l'assenza di questo periodo e seguito in mancanza di orgasmo all'allungamento della fase di *plateau* con un tempo maggiore per poter riproporsi fisiologicamente il ciclo. Una terapia mirata con vasoprotettori, ha evidenziato una risoluzione dell'anorgasmia nel 60% dei paz. ad un mese ed 80% paz. a tre mesi. 1 Grup., rispetto al Gruppo 2°. Il varicocele pelvico è causata-concausa dei disturbi dell'orgasmo femminile, in cui data la rarità della diagnosi la terapia è quasi esclusivamente di natura psico-sessuologica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 48

Valutazione dell'impatto sulla sessualità in donne sottoposte ad intervento di TVT per stress *incontinence*

G. Benedetto, F. Nigro, G. Abatangelo, E. Scremin, A. Tasca

U.O.C. Urologia, Ospedale Civile "S. Bortolo", Vicenza

Introduzione e obiettivi

Lo scopo del nostro studio è stato valutare l'eventuale influenza della *tension vaginal tape* (TVT), sulla funzione ses-

suale tramite questionario *Index of Female Sexual Function* (IFSF), in donne affette da stress *incontinence*.

Materiali e metodi

Dal giugno 2002 al dicembre 2005 abbiamo sottoposto presso il nostro reparto 25 pazienti affette da stress *incontinence* a TVT. L'età media delle pazienti era di 62,11 (*range* 48-78). 15 pazienti in buone condizioni di salute con età sovrapponibile alle pazienti sottoposte a TVT, e sessualmente attive, hanno rappresentato il nostro gruppo di controllo

La funzione sessuale è stata valutata con IFSF nel post-operatorio (6 mesi) ed in confronto con il gruppo di controllo. Il test statistico utilizzato è stato il T-student.

È stata inoltre, valutata la presenza di fughe di urina durante i rapporti sessuali nel pre- e post-operatorio a 6 mesi.

Risultati

5 pazienti riferiscono di non avere più attività sessuale già prima dell'intervento; nelle rimanenti 20 pazienti lo score medio della funzione sessuale come desiderio, eccitazione, lubrificazione, orgasmo, dolore e soddisfazione sessuale nel post-operatorio a 6 mesi è stato rispettivamente di: 3,32, 3,71, 3,06, 2,75, 2,88, 3,10. Lo score medio nel gruppo di controllo è stato rispettivamente di 3,64, 3,96, 4,12, 3,96, 3,68, 3,15; confrontando i risultati con quelli delle pazienti nel post-operatorio non si evidenziano differenze statisticamente significative, ad eccezione dell'orgasmo che risulta alterato nelle pazienti sottoposte a TVT rispetto al gruppo di controllo.

5/20 (25%) pazienti riferivano, inoltre, la persistenza di episodi di incontinenza urinaria durante il rapporto sessuale anche dopo intervento chirurgico.

Conclusioni

questo studio, seppur con numero esiguo di pazienti, ci ha evidenziato come la TVT non agisca negativamente sulla funzione sessuale delle donne.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 49

Gli step dei disturbi sessuali della donna nella terza età

M. Riccio

Clinica "S. Vito Hospital", S. Vito sullo Jonio, (CZ)

L'amore ed una sana sessualità sono tra le espressioni più potenti dell'esistenza umana. L'intimità sessuale con la persona amata porta alla consolidazione di un'energia spirituale positiva nelle nostre vite, equilibrandole fisicamente ed emozionalmente. Neppure il fisiologico invecchiamento dà adito ad una diminuzione della sessualità. La maturità introduce l'esperienza ed il rilassamento. Dopo la menopausa, la maggior parte delle donne si sente più spontanea e più unita al partner. I fattori psicologici possono alterare il nostro tasso di attività sessuale ma la libido della donna risponde sempre. Una buo-

na attività sessuale dipende anche da una buona condizione di salute. Le maggiori difficoltà ad avere una buona condizione sessuale in una donna sono fisiche e sono causate da uno stile di vita non sano come da una cattiva nutrizione, da *burnout* o da effetti collaterali all'assunzione di medicinali. Le donne possiedono una sessualità molto elevata e fondamentalmente diversa dall'uomo. Un uomo, generalmente, viene eccitato da qualche cosa che lo ecciti visivamente, mentre una donna mette in primo piano la mente e le emozioni. In una ricerca

condotta nell'ASL di Siena nel 2004 è risultato che per gli uomini oltre i 50 anni la seduzione rimane un dato importante, per le donne, l'intero processo sessuale, invece, inizia nel cervello, descritto spesso, come "l'organo sessuale" più importante. La terza età per una coppia è sempre più spesso la riscoperta di una nuova emozionante vita sessuale, la si può vivere in maniera più serena, si è più incoscienti e più liberi senza doversi preoccupare delle conseguenze.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Transessualismo

C 46

Riassegnazione chirurgica del sesso in transessualismo androginoide: evoluzione della tecnica chirurgica e complicanze a medio e lungo termine

M. Soli, E. Brunocilla*, A. Bertaccini*, F. Palmieri*, M. Urbinati*, B. Barbieri*, G. Martorana*

*Struttura Semplice Dipartimentale di Andrologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico "Sant'Orsola Malpighi"; * U.O. di Urologia a Direzione Universitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico "Sant'Orsola Malpighi"*

Introduzione ed obiettivi

Nell'intervento di conversione androginoide sono fondamentali i risultati estetici (grandi e piccole labbra, neoclitoride (N), mons veneris (MV), neovagina (NV) di lunghezza adeguata e compliant) e funzionali (sensibilità del N).

Materiali e metodi

Dal Luglio 2003 ad oggi sono stati operati 24 pazienti (pz). La parete inferiore della NV viene preparata con lembo di cute perineo scrotale ottenuto mediante forme metalliche di varie dimensioni. Si esegue l'orchietomia bilaterale, l'asportazione dei corpi cavernosi con le crura, parte del corpo spongioso dell'uretra con preparazione del moncone uretrale. Il N viene ricavato da un gettone di glande con preservazione del fascio vascolonervoso (FVN). Si crea lo spazio per l'allocatione della NV tra la parete rettale anteriore, l'uretra bulbare e la prostata. La NV viene fissata con 4 punti in biosyn 3/0 alla fascia endopelvica. La parete anteriore viene ricavata dalla cute peniena incisa sul rafe. Si confeziona la NV con i lembi descritti, l'uretrostomia ed il N. Negli ultimi 13 pz il FVN viene preservato insieme all'albuginea sottostante. Il FVN ripiegato su sé stesso è fissato al periostio della branca ischio-pubica riproducendo il MV. Negli stessi pz si sono configurate le piccole labbra mediante 2 punti staccati in biosyn 3/0 trasfiggenti il periostio sottostante la sinfisi pubica e la cute del lembo penieno lateralmente al neoclitoride.

Risultati

Complicanze sono state riscontrate in 3 pz, 2 ematomi ed un N esuberante. In due pz si è avuto un parziale distacco dei lembi cutanei. Ad un follow-up medio di 25 mesi (range 48-3) il risultato estetico è stato soddisfacente in tutti i pz, in particolare il MV ha reso più femminile l'aspetto dei genitali esterni. La sensibilità del N è stata conservata in tutti i pz, 12

dei quali riferiscono sensazioni di orgasmo durante il rapporto sessuale.

Conclusioni

La preservazione del FVN con la striscia di albuginea contribuisce ad accorciare i tempi operatori e a creare un MV di aspetto femminile. Preservare il FVN è fondamentale per mantenere la sensibilità necessaria al raggiungimento dell'orgasmo. Il fine dell'intervento è quello di risolvere il disagio fisico del Pz di possedere un corpo, in particolare dei genitali, non appartenenti alla propria identità di genere. L'intervento quindi ha carattere curativo e non meramente estetico anche se quest'ultimo aspetto deve essere conseguito nel migliore dei modi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 47

Riassegnazione chirurgica dei caratteri sessuali nel disturbo di identità di genere androginoide: considerazioni sui primi 200 casi

C. Trombetta, G. Liguori, S. Bucci, L.M. Salamè, A. Amodeo, G. Ocello, S. Benvenuto, E. Belgrano

Clinica Urologica, Università di Trieste

Introduzione e obiettivi

I tempi chirurgici della riassegnazione dei caratteri sessuali in senso androginoide sono definiti e ben noti a chi si occupa della problematica: creazione di un perineo esteticamente simile a quello femminile, creazione di una neovagina adeguata per rapporti sessuali soddisfacenti e confezionamento di un neoclitoride che consenta un orgasmo clitorideo. Sebbene la tecnica sia ben standardizzata presso i centri che eseguono questi interventi, alcuni "trucchi del mestiere" possono essere di particolare interesse. Descriviamo la nostra esperienza, riportando le possibili e follow-up a lungo termine.

Materiali e metodi

Tra il dicembre 1994 ed il maggio, 201 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 confe-

zionato 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 intra-operatoria. Complicanze precoci si sono verificate in 34 delle 201 pazienti: 11 necrosi parziale dei lembi scrotali, 4 casi di emorragia di notevole entità, 16 infezioni della ferita chirurgica, 1 fistola rettovaginale e 2 trombosi venose profonde. Complicanze tardive in 23 pazienti: 11 stenosi della neovagina, 5 stenosi cicatriziali del neomeato uretrale, 4 prolassi completi della neovagina, 3 prolasso del lembo perineoscrotale della neovagina. In altre 6 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

Sebbene la tecnica chirurgica sia parzialmente standardizzata, sono sempre possibili diverse complicanze chirurgiche precoci e a distanza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 48

Riattribuzione chirurgica dei caratteri sessuali in senso androginoide: i primi due anni del C.I.D.Ge.M. di Torino

L. Rolle, C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, C. Negro, A. Cugiani, D. Fontana

Divisione Universitaria di Urologia 2, A.O. "S. Giovanni Battista", "Molinetto", Torino

Introduzione

Da marzo 2005, ha preso inizio l'attività del Centro Interdipartimentale per i Disturbi dell'Identità di Genere presso l'Ospedale "Molinetto" di Torino (C.I.D.I.Ge.M.), coordinato

dal prof. Dario Fontana. Il centro si occupa della diagnosi di transessualismo nei suoi aspetti psichiatrici, psicologici ed endocrinologici e della cura mediante l'intervento chirurgico. Dopo aver completato un periodo di circa due anni di *real life test* e ottenuta l'autorizzazione del Giudice, i pazienti vengono sottoposti all'intervento di riconversione dei caratteri sessuali.

Materiali e metodi

Da marzo 2005 ad aprile 2007 sono stati sottoposti a transessualizzazione in senso M to F 16 pazienti. L'età media è di 32 anni (*range* 22-52). L'intervento è stato condotto in narcosi, in doppia équipe, utilizzando 2 lembi di cute penoscrotale per il confezionamento della neovagina, cute scrotale per grandi e piccole labbra e una porzione di glande per la ricostruzione del neoclitoride. Il tempo operatorio medio è stato di 5,20 ore (*range* 3,5-6). La degenza media è stata di 13,5 giorni (*range* 9-26). Le complicanze immediate sono state perlopiù di modesta entità: 2 infezioni delle ferite, 1 sanguinamento uretrale. A distanza dall'intervento: in 4 casi stenosi del neo-meato uretrale, (corretti con meatotomia); in 3, stenosi dell'ostio neo-vaginale, (corretti mediante 2 incisioni di scarico laterali); in 1 caso, ipertrofia del grande labbro (risolto con labioplastica); 1 caso di residuo del bulbo uretrale (risolto mediante riduzione dello stesso). Tutti gli interventi correttivi sono stati eseguiti in regime di day surgery. In 1 caso, si è verificata la coartazione della neovagina, che ha richiesto il riconfezionamento della stessa, utilizzando un'ansa ileale.

Risultati

Tutte le pazienti si sono dichiarate soddisfatte dei risultati ottenuti, sia dal punto di vista funzionale che dal punto di vista estetico. La minzione avviene a mitto valido; 10 delle 16 pazienti riferiscono un'attività sessuale coitale soddisfacente, con sensazioni orgasmiche presenti in 8 di queste.

Conclusioni

Anche la nostra casistica evidenzia come gli interventi di riassegnazione dei caratteri sessuali in soggetti con D.I.G. sono spesso seguiti da complicanze o imperfezioni estetico-funzionali di modesta entità e gestibili in regime di day surgery. Solo le complicanze maggiori, più rare, come la coartazione della neovagina, richiedono un reintervento in narcosi e in regime di ricovero ordinario.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Sessuologia

P 54

Sessoanalisi: approccio specifico alla sessualità maschile

D. Trotta

Istituto Italiano Sessoanalisi, Salerno

Sessualità clinica tra corpo e mente

L'andrologia, branca del sapere dedicata alla conoscenza dell'uomo e delle sue specificità sessuali, ha compiuto negli ultimi decenni enormi passi in avanti sul piano biologico e scientifico ed in particolare nella comprensione della anatomia e fisiologia della funzione erettile. La scoperta di farmaci efficaci nel trattamento della disfunzione erettile ha creato una assai forte richiesta di consulenza sessuale. Non tutto può però essere risolto solo con l'uso di farmaci vasoattivi od ormonali e non tutte le problematiche sessuali possono essere ridotte al solo substrato biologico. Da qui la necessità per l'andrologo di un confronto con gli aspetti anche clinici e psicologici della sessualità.

Sessoanalisi e sessualità maschile

La sessoanalisi risponde a molti dei quesiti con cui l'andrologo clinico si confronta quotidianamente nell'ambulatorio sessuologico e rappresentare un valido modello di riferimento sia teorico e pratico. Punti di forza della sessoanalisi sono il suo approccio, specificamente dedicato alla comprensione della sessualità umana e delle sue problematiche, il suo campo di azione, diretto ad aree poco esplorate, la sua capacità di essere capace di portarsi anche oltre il sintomo, la sua capacità di esplorazione ed analisi dell'immaginario erotico.

Approccio sessoanalitico: cardini, strumenti di indagine, terapia

Cardini dell'approccio sessoanalitico sono i concetti di identità sessuale, di rapporto con l'altro ed in particolare con l'altro sesso, lo sviluppo ed i percorsi della dinamica erotica. La mascolinità, in accordo ai principi biologici di profemminilità, viene considerata costruzione secondaria e quindi più labile rispetto alla femminilità, l'interesse per l'altro sesso è confrontato alle ansie e le paure legate all'altro ed alla relazione, il desiderio all'antidesiderio. Fondamentali sono inoltre i concetti di aggressività fallica e di fusionalità affettiva (e i sentimenti ad essi correlati quali erotizzazione, dipendenza, paura). L'aggressività fallica è considerata una sorta di principio additivo mascolinizante, che in quantità sufficiente permette l'affermazione della potenza maschile. Per la sessoanalisi radici e motivazioni del comportamento sessuale sono rintracciabili nel nostro immaginario: da qui l'importanza dello studio e dell'analisi del desiderio, delle fantasie

erotiche e dei sogni a sfondo sessuale. Il trattamento sessoanalitico mira all'acquisizione di una migliore salute sessuale e alla risoluzione dei disturbi sessuali, in un'ottica di interscambio e di collaborazione con tutte le altre discipline che si occupano della sessualità umana.

P 51

Il counseling sessuologico nella gestione dei pazienti con disturbi dell'eiaculazione

E. Italiano, C. Lanzarone*, S. Vasto**

*A.O. "Villa Sofia", C.T.O. Palermo; *Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo; **Dipartimento di Biopatologia e Metodologie Biomediche, Università di Palermo*

Introduzione ed obiettivi

Negli ultimi anni nell'ambito dei disturbi sessuali, i disturbi della eiaculazione incidono in una percentuale sempre maggiore. La punta dell'iceberg dei disturbi della erezione, scoprendosi maggiormente, ha portato con se la possibilità di far emergere la problematica dei disturbi dell'eiaculazione.

La frequenza di questa patologia è in aumento esponenziale e i consulti del paziente, o della coppia, sono sempre più frequenti raggiungendo nella casistica personale il 30% dei pazienti afferenti l'U.O. di andrologia. Non infrequentemente accade di visitare pazienti che riferiscono una eiaculazione ritardata o impossibile con conseguente anorgasmia.

L'inquadramento dei pazienti con disturbi dell'eiaculazione non può prescindere da una attenta anamnesi sessuologica, farmacologica, patologica e dall'esame obiettivo che, integrata con i dati forniti dal paziente, e dalla coppia, permette di formulare nel *counseling* la migliore gestione per la risoluzione della problematica.

Materiali e metodi

Dal 2000 ad oggi abbiamo gestito una casistica di 460 pazienti con disturbi della eiaculazione. Di questi il 70% presentavano una eiaculazione precoce con tempi variabili da *ante-portam* a pochi minuti, il 25% una eiaculazione ritardata o impossibile, il rimanente 5% presentavano disturbi vari.

Risultati

Dei pazienti con eiaculazione precoce il 40% presentavano una prostatite e la terapia antibiotica ha riportato un miglioramento della gestione dei tempi eiaculatori in un periodo di circa 2 mesi. Il 30% presentava una flogosi prostatica o cutanea genitale ma la terapia antibiotica non ha modificato la tempistica ed è sta-

to necessario integrare un ciclo di terapia comportamentale di rieducazione del riflesso eiaculatorio. Il 30% dei pazienti che non presentavano cause organiche hanno richiesto l'ausilio di terapia comportamentale. Dei pazienti con eiaculazione ritardata il 50% era da ricollegare a terapia farmacologica concomitante, mentre i restanti casi presentavano problematiche psicologiche e sono stati avviati a terapia analitica.

Conclusioni

L'integrazione nel nostro gruppo di lavoro di andrologi, urologi e psicoterapeuti ha permesso una risoluzione della problematica in una percentuale dell'80% sulla globalità dei pazienti pervenuti alla U.O di andrologia, con una migliore risposta nei casi eiaculazione precoce.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Disendocrinie

C 41

Ageing male: effetti positivi di una terapia combinata con testosterone gel transdermico e tadalafil in pazienti con LOH (late-onset hypogonadism) e (DE) disfunzione erettile

C. Battiato, S. Dammino*, F. Nicolosi*, F. Calzavara, S. La Vignera, C. Romeo***, S. Mangiameli***, C. Di Mauro**, M. Calvo, E. Gozzo, E. Fratantonio, V. Mucia, E.S.D. Vicari

*Sezione di Endocrinologia, Andrologia e Medicina Interna, Dipartimento Biomediche; * U.O. di Urologia, A.O.R.N.A.S. "S. Luigi Currò", ** U.O.C. di Medicina, Ospedale Paternò, *** U.O. di Cardiologia, A.O.R.N.A.S. Ospedale "Garibaldi", Catania; **** U.O. Medicina Ospedale Cannizzaro, Università di Catania*

Introduzione e obiettivi

In letteratura si definisce LOH, una sindrome clinica e biochimica associata alla vecchiaia caratterizzata da un quadro multifattoriale che include, i disturbi del sistema cardiocircolatorio l'osteoporosi, la maggiore fatica muscolare, l'ansia, la depressione e non ultima la DE. La diminuzione del testosterone ruolo primario nella patogenesi della LOH catalizza, una serie di eventi a cascata sulla fisiologia dei corpi cavernosi con diminuzione della disponibilità del (NO) e sulla non risposta alla terapia con inibitori delle fosfodiesterasi.

Scopo

In pazienti con DE organ. vascolare arteriosa osservare se una terapia combinata con tadalafil e testosterone gel possa migliorare il grado di disfunzione erettile (IIEF5) ed il PSV (Picco sistolico velocità) in pazienti LOH non *responder* rispetto ad una terapia solo con PDE5.

Materiali e metodi

Gruppo indagine: 40 paz. (età 52-69), diabete 6 anni, glicemia a digiuno > 110 mg/ml. BMI 42 ± 5 ; circonferen. vita 102 ± 7 cm; vol. didimo 9 ± 3 bil; testost: < 2.3 ng/ml $\pm 0,4$ ng/ml. terap: testosterone gel 50 mg 1 applic. x 16 sett; tadalafil 20 mg 1 x 2 cps alla settimana x 16 sett. Gruppo controllo: 36 paz. (età 49-72) stessi parametri biochimici, terapia: tadalafil 20 mg 1 x 3 cps alla sett. A tutti questionario IIEF5; questionario arbitrario soddisfazione sessuale. FIC (doppler penieno dinamico) con PGE1-20 mg.

Risultati

Grup. indagine media test. 1.9 ng/ml, pre-tratt. vs. 3.1 ng/ml,

post-tratt. IIEF5 14 (10-15) pre-tratt. VS 26 (17-28) post-tratt. PSV 19 cmsec ± 4 pre-tratt. Vs. 28 cmsec ± 3 . post-tratt. BMI 42 ± 5 pre-tratt. vs. 37 ± 5 post-tratt. Glicemia < 110 mg/dl. Grup. controllo: test. 2.1 ng/ml ± 0.3 ng/ml "invariato"; IIEF5 16 (11-15) pre-tratt. vs. 19 (17-21) post-tratt. PSV 15 cmsec ± 5 pre-tratt. vs. 20 cmsec ± 3 post-tratt. BMI 39 ± 6 "invariato". No diabete.

Discussione

Esiste una relazione evidente fra LOH e DE. Il miglioramento dei valori di testosterone portano ad un miglioramento della grado di disfunzione erettile IIEF5 $p < 0,005$ "causa-correlato all'aumentata disponibilità di NO ed ossigenazione dei corpi cavernosi" e delle disfunzioni sessuali intese come disagio sessuale: aumento della libido diminuzione ansia da prestazione miglioramento del tempo di refrattarietà, del IELT e non ultimo della risposta agli inibitori delle fosfodiesterasi. La somministrazione contemporanea di tadalafil e Testosterone gel ha evidenziato un miglioramento predittivo dei parametri glicometabolici con un persistente miglioramento nei due gruppi del PSV nel 79% (32) paz., rispetto alla sola monosomministrazione 30% (11) paz.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 2

Un raro caso di ipertestosteronemia da lesione cerebrale con DE

I. Bianchessi, D. Tiscione*, L. Magrassi**, A. Vailati***

*Già Dirigente Medico IRCCS "S. Matteo", Pavia, Libero Professionista, Pavia; * Specializzando di Urologia, Università di Verona; ** Clinica Neurochirurgica, *** U.O. di Endocrinologia, IRCCS "S. Matteo" Pavia*

Introduzione ed obiettivi

Si descrive il caso clinico di un giovane maschio di 32 anni, presentatosi alla nostra attenzione per DE, apparentemente iatrogeno, e che nel corso delle indagini, è risultato essere affetto da ipertestosteronemia da lesione cerebrale misconosciuta.

Materiali e metodi

Il paziente giunge alla nostra attenzione, inviatoci dal collega dermatologo, per la comparsa, da circa 6 mesi, di DE di mantenimento da probabile causa iatrogena, in seguito all'assunzione di finasteride, per circa 4 anni.

Il paziente viene sottoposto a visita ed a colloquio sessuolo-

gico individuale e di coppia e solo al terzo colloquio, si scopre un pregresso stato ansioso-depressivo trattato sino ad un anno prima con aloperidolo. La valutazione ormonale rileva un quadro di ipertestosteronemia. Viene quindi eseguita un'ecografia scrotale, un consulto endocrinologico, una TC addome e una TC e una RM cerebrale con rilievo di una lesione frontale (esiti di lesione traumatica o anomalia vascolare) e di una voluminosa cisti del setto pellucido, che il neurochirurgo, ha indicato come possibile causa, per compressione, di squilibri ipotalamici e disordini ormonali. Nel frattempo il paziente veniva trattato con inibitori della 5-fosfodiesterasi a basso dosaggio e con una breve terapia di coppia come supporto, con risoluzione del DE.

Risultati

I valori sierici di Testosterone hanno presentato ampie oscillazioni, passando da un valore iniziale di 27,78 ng/ml, a 14,14 ng/ml dopo 4 mesi, per poi risalire a 27,04 ng/ml dopo 8 mesi e per poi assumere valori "normali" di 7,9 ng/ml dopo 12 mesi. Ormoni tiroidei, FSH, LH e Prolattina risultavano nella norma, mentre l'Androstenedione risultava lievemente aumentato (2,7). Attualmente il paziente sta bene, ha rifiutato l'intervento di asportazione chirurgica della cisti, ma è disposto al monitoraggio della patologia; continua con l'assunzione di una bassa dose di tadalafil "a domanda" (effetto di tipo placebo?). Ha una stabilità affettiva.

Conclusioni

Vanno sempre indagati i molteplici aspetti che coinvolgono un disturbo della sfera sessuale, con particolare riguardo all'anamnesi, che in questo caso, solo in un secondo momento ha rivelato la fragilità psichica del paziente e ha permesso di concludere per un DE psicogena. È degna di nota l'asintomaticità dell'ipertestosteronemia, come pure le sue oscillazioni; mentre i disturbi dell'umore, secondo il neurochirurgo, potrebbero essere imputabili alla lesione frontale misconosciuta.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 53

Variazioni della concentrazione sierica di Estradiolo, correlate alla concentrazione plasmatica di Testosterone, in seguito alla somministrazione per brevi periodi di tempo di morfina cloridrato

G. Passavanti, V. Pizzuti, M. Carlucci*, A.M. Aloisi*, A. Bragaglia, R. Nucciotti, R. Paolini

U.O. di Urologia, Ospedale Misericordia Grosseto; * Dipartimento di Fisiologia, Università di Siena

È già stato dimostrato in passato che la somministrazione, anche per brevi periodi di tempo e per dosi modeste, di morfina cloridrato (MC) nel maschio, determini una significativa ri-

duzione della concentrazione sierica del Testosterone Totale (TT). Abbiamo cercato di verificare il comportamento in analoghe condizioni anche dell'estradiolo (E).

10 pazienti, di età compresa tra 23 e 79 anni (m. 63,5), sono stati sottoposti ad interventi di chirurgia urologica (8 adenomectomie TV, una plastica del giunto pieloureterale, un laparocoele). La mattina dell'intervento sono stati dosati il TT e l'E plasmatici. Alla fine dell'intervento è stato applicato un elastomero che rilasciava 20 mg di MC in 24 ore. Dopo 24-36 ore abbiamo ripetuto il dosaggio di TT ed E.

La concentrazione plasmatica del TT pre-operatoria era compresa tra 4,38 e 7,87 ng/ml (m. 5,51 ng/ml), quella postoperatoria era compresa tra 0,57 e 3,25 ng/ml (m. 1,75) con una differenza significativa (z. 2,75). L'E pre-operatorio era compreso tra 11 e 58 pg/ml (m. 32,4) e quello postoperatorio era compreso tra 8 e 49 pg/ml (m. 20,5) con una differenza significativa (z. 2,24).

La concentrazione plasmatica dell'E dipende per l'80% dalla aromatizzazione del testosterone ed in condizioni di grave stress organico è stata rilevata una cospicua riduzione della Testosteronemia a vantaggio dell'E per aumentata attività aromatasica, analogamente a quanto avviene nei soggetti obesi. Dai dati in esame si rileva che la somministrazione di oppiacei sembra ridurre sia la concentrazione di TT che di E, e ciò indurrebbe a ritenere che gli oppiacei non modificano l'attività del citocromo P450.

Si può cioè ipotizzare, che essi riducano la secrezione del TT e quindi, per lo stretto legame metabolico, riducano anche la sintesi di E. Si avvalorerebbe l'ipotesi che la MC interferisca sia con l'asse ipotalamo-ipofisi-gonade, ma anche direttamente con la secrezione leydigiana del T.

Rimane infine da valutare se la somministrazione in questi casi di T esogeno possa favorire sia la percezione del dolore che i processi di riparazione tissutale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 54

La terapia sostitutiva con Testosterone transdermico migliora la risposta clinica alla terapia medica convenzionale nei pazienti con quadro di sindrome metabolica combinata a ipotestosteronemia

S. La Vignera, E.S.D. Vicari

Dipartimento di Scienze Biomediche; Sezione di Endocrinologia, Andrologia e Medicina Interna, Ospedale "Gariibaldi", Università di Catania

Introduzione ed obiettivi

Già in precedenza abbiamo sottolineato il ruolo peggiorativo esercitato da una condizione di ipotestosteronemia sulla ri-

sposta clinica alla terapia farmacologica praticata nei pazienti affetti da sindrome metabolica (Minerva Medica Anno 2007;98:101-7).

Materiali e metodi

Braccio osservazionale continuativo del precedente lavoro, con valutazione dei seguenti parametri: Testosterone (T) totale, SHBG, T libero, T Biodisponibile, indice HOMA, concentrazioni sieriche di HDL colesterolo e trigliceridi, indice di massa corporea (BMI), circonferenza vita, numero di picchi pressori diurni e descrizione del profilo notturno delle variazioni pressorie documentate attraverso Holter P delle 24 ore; dopo terapia combinata insulinosensibilizzante e antipertensiva (Metformina 500 mg: 3 volte al giorno e Olmesartan 20 mg: 1 volta al giorno), trattando continuativamente per un periodo di 1 anno, 28 pazienti di sesso maschile di età compresa tra 54 e 60 anni selezionati con diagnosi di SM (criteri ATP III).

Sulla base dei livelli sierici di T totale individuabili 3 gruppi (Gruppo A: n. 9 normogonadici, T > 346 ng/dl); (Gruppo B: n. 8 borderline, T compreso tra 231-346 ng/dl); (Gruppo C: n. 11 pazienti con T < 231 ng/dl). Nell'ambito del gruppo C trattamento sostitutivo farmacologico con T per via transdermica (50 mg/die) in 5/11 casi; terapia non praticata nei rimanenti 6 casi per la presenza di controindicazioni assolute e/o relative.

Analisi statistica dei risultati attraverso test non parametrico di Wilcoxon e parametrico di t di Student per il confronto intra- e inter-gruppo degli stessi parametri sopramenzionati osservati a T0 e T1 (dopo 1 anno). Significatività statistica per $p < 0,01$ (alta significatività) e tra 0,01 e 0,05 (significatività). Risultati: il gruppo dei pazienti con bassa testosteronemia a T0 trattato farmacologicamente mostra modifiche significative in miglioramento ($0,01 < p < 0,05$) relative ai seguenti parametri: HOMA, HDL, BMI; e altamente significative ($p < 0,01$) riguardo a: trigliceridemia e circonferenza vita. Il gruppo di pazienti non trattato farmacologicamente non fece registrare modifiche dopo 1 anno; statisticamente significative e/o altamente significative.

Conclusioni

Il trattamento sostitutivo con T transdermico migliora la risposta farmacologica alla terapia medica convenzionale nei pazienti con PADAM (*Partial Androgen Deficiency of Aging Male*) combinato a sindrome metabolica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 55

Effetto della terapia sostitutiva con testosterone gel sulla sensibilità insulinica in soggetti con diabete tipo 2

R. Rago, G. Leto*, P. Salacone, P. Bonanni, R. Buzzetti*

*U.O.D. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, Ospedale "S. Maria Goretti", Latina; * U.O.C. di Diabetologia, Università di Roma "La Sapienza", Polo Pontino, Latina*

Introduzione e obiettivi

L'insulino-resistenza è una condizione eziopatogenetica fondamentale della sindrome metabolica e del diabete di tipo 2. Studi osservazionali fanno osservare come il deficit di testosterone, maggiormente correlato alla presenza di sindrome metabolica, rivesta un ruolo nella patogenesi e nel mantenimento dell'insulino-resistenza, e come la terapia sostitutiva con androgeni possa influire positivamente sui parametri della sindrome metabolica. Scopo di questo studio è valutare la prevalenza di ipotestosteronemia in soggetti con disfunzione erettile affetti da sindrome metabolica e diabete tipo 2 rispetto ad una popolazione di controllo; dimostrare una eventuale correlazione tra livelli ematici di testosterone e la condizione di insulino-resistenza e di comprendere il ruolo della terapia sostitutiva a base di testosterone somministrato per via cutanea (gel) ad una dose di 50 mg/die per tre mesi, nel trattamento dei soggetti con sindrome metabolica e diabete tipo 2.

Materiali e metodi

In un gruppo di 44 soggetti maschi (di età tra 41 e 67 anni) con diabete di tipo 2 in trattamento con ipoglicemizzanti orali, e in un gruppo di controllo di 88 soggetti, comparabili per età e sesso e con normale tolleranza al glucosio, sono stati misurati i livelli plasmatici di testosterone totale; testosterone legato alla SHBG (strettamente legato a tale proteina di trasporto e quindi ritenuto inattivo); testosterone biodisponibile (la frazione legata all'albumina e la frazione libera e quindi più facilmente disponibili per i tessuti). Nei due gruppi studiati, inoltre, sono stati valutati altri parametri determinanti della sindrome metabolica.

Risultati

Nel gruppo di soggetti con sindrome metabolica e diabete tipo 2 è stata osservata una prevalenza di ipotestosteronemia del 33% sulla base della determinazione del testosterone libero plasmatico. I soggetti maschi affetti da diabete mellito presentavano livelli significativamente più bassi sia di testosterone totale sia di quello biodisponibile rispetto ai soggetti appartenenti al gruppo di controllo (totale $3,07 \pm 1,2$ vs. $6,43 \pm 2,5$), e tale significatività permaneva anche quando tali associazioni venivano aggiustate per grado di obesità e distribuzione del grasso corporeo. I livelli di testosterone plasma-

tico risultavano, nei due gruppi, inversamente correlati ai valori di glicemia. Inoltre, i soggetti affetti da diabete manifestavano una maggior problematica erettile, valutata mediante questionario IIEF. Il trattamento cutaneo con testosterone ha fatto osservare un significativo miglioramento dei parametri metabolici nel gruppo di soggetti diabetici, con riduzione del BMI, glicemia ed emoglobina glicata (-1,8%). Non sono state osservate variazioni dei livelli di Psa.

Conclusioni

Da questo studio si evince che, l'ipotestosteronemia, potrebbe contribuire allo sviluppo dell'insulino-resistenza e del diabete di tipo 2 in soggetti maschi predisposti geneticamente; che la parziale carenza di testosterone, nei soggetti diabetici, contribuisce al peggioramento dei parametri metabolici studiati, i quali migliorano attuando una terapia sostitutiva a base di testosterone somministrato per via cutanea.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Infertilità maschile

Fisiopatologia

P 43

Analisi quantitativa del fruttosio associata a *screening* di mutazioni del gene della fibrosi cistica in pazienti dispermici

G. Peluso, D. Branca, P.P. Cozza, G. Arena, N. Gallo, G. Morrone

U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, A.O. di Cosenza

Introduzione e obiettivi

È stato ipotizzato in letteratura un ruolo del gene CFTR nella maturazione e trasporto spermatico ed una correlazione tra varianti patologiche del gene e scarsa qualità del liquido seminale.

Obiettivo di questo lavoro è stato quello di indagare sulla frequenza di mutazioni del gene FC in soggetti con dispermia severa.

Materiali e metodi

Sono stati inclusi nello studio 165 soggetti afferiti al nostro Servizio per problemi di infertilità. Nessuno di essi presentava manifestazioni cliniche o storia familiare per fibrosi cistica.

Dopo valutazione del liquido seminale secondo i criteri del WHO 2001, i pazienti sono stati analizzati per la ricerca delle mutazioni del gene della Fibrosi Cistica e polimorfismo Poly-T mediante analisi molecolare con Pcr multiplex ed Ibridazione inversa. In tutti i soggetti è stata inoltre valutata la quantità di fruttosio secreta nell'eiaculato.

Parallelamente è stato esaminato un gruppo di controllo di 100 maschi sani e normozoospermici per quanto riguarda i parametri seminali.

Risultati

L'analisi molecolare ha evidenziato una frequenza di mutazioni CFTR in eterozigoti pari al 5% associate all'allele 5T. Il fruttosio presentava valori più bassi rispetto ai valori normali nell'eiaculato dei pazienti dispermici e con mutazioni del gene FC ($8,9 \pm 1,7$ micromol. e $17,9 \pm 2,7$ micromol. $p < 0,001$).

Conclusioni

Il dato più rilevante in questo lavoro riguarda i valori significativamente più bassi di fruttosio nell'eiaculato di pazienti dispermici positivi per mutazioni del gene FC rispetto a quelli senza mutazioni ma comunque con dispermia severa.

Questo dato avvalorava l'ipotesi dell'effetto ad ampio spettro della proteina CFTR nel processo spermatogenetico.

Inoltre il nostro studio sottolinea l'importanza dello *screening* per mutazioni del gene della fibrosi cistica nell'iter diagnostico della coppia infertile che deve accedere alla PMA.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 14

Effetti di composti di metalli pesanti su spermatozoi di coniglio

B. Sartini*, C. Castellini**, G. Collodel***, E. Moretti***, E. Sabbioni****, T. Renieri***

* *Dipartimento di Chirurgia, sezione Biologia, Università di Siena;* ** *Dipartimento di Scienze Zootecniche, Università di Perugia;* *** *Centro Interdipartimentale per la Ricerca e la Terapia dell'Infertilità Maschile, Università di Siena;* **** *European Centre for Validation of Alternative Methods (ECVAM), Ispra, (VA)*

Introduzione ed obiettivi

La tossicità di molti composti metallici e l'aumento della loro dispersione ambientale hanno fatto crescere la preoccupazione per i rischi sulla salute e sulla sicurezza professionale, sollevando interrogativi sulle possibili conseguenze sulla fertilità. I dati della letteratura riguardanti l'impatto degli ioni di metalli sulla riproduzione si riferiscono principalmente ad osservazioni condotte in vivo su organismi esposti sperimentalmente (animali) o professionalmente (uomo); è dunque difficile una correlazione diretta tra attività della molecola e alterazioni morfo-fisiologiche della cellula bersaglio.

Lo scopo di questo lavoro è la messa a punto di un modello per la valutazione in vitro della tossicità di alcuni metalli pesanti utilizzando come cellula bersaglio lo spermatozoo di coniglio.

Materiali e metodi

Eiaculati di coniglio New Zealand White sono stati incubati con sali di Cromo, Arsenico, Cadmio, Mercurio, Platino e Vanadio rispettivamente, per 6 e 4 ore a diverse concentrazioni. Gli esperimenti sono stati condotti in parallelo in diluizione con Plasma Seminale (SP) e con tampone di Tyrode modificato per gli spermatozoi (TALP).

I parametri cinetici, motilità e velocità curvilinea, sono stati valutati con analisi computerizzata; la vitalità spermatica è stata esaminata attraverso colorazione con Propidio Ioduro. Le caratteristiche ultrastrutturali della testa dello spermatozoo sono state osservate al microscopio elettronico a trasmissione ed a scansione.

Risultati

I parametri analizzati hanno subito una drastica riduzione dopo 6 ore di incubazione, rendendo impossibile una valutazione della relazione dose-effetto.

Dopo incubazione di 4 ore i parametri hanno mostrato una diminuzione con andamento dose-dipendente accentuata in diluizione TALP piuttosto che in SP.

I danni ultrastrutturali a carico delle membrane della testa possono essere riassunti in tre tipologie:

- 1) rottura della membrana plasmatica con presenza di microvescicole;
- 2) formazione di un vacuolo rotondeggiante sulla membrana acrosomiale;
- 3) presenza di increspature di membrana nella zona acrosomiale.

Conclusioni

Per le sue caratteristiche morfo-fisiologiche, lo spermatozoo di coniglio della linea genetica utilizzata si è rivelato una cellula sensibile a xenobiotici, nell'ottica della messa a punto di un modello di cito-tossicità in vitro.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Sì

Finanziamento della Comunità Europea

P 40

Fertilità e talassemia: studio retrospettivo su ampio campione

R. Aponte, M. Carrino, D. Serino*, A. Spasiano*, A. Oliva, R. Ricciardi, R. Giannella

Dipartimento Nefrourologico e U.O.S.C. Urologia, A.O.R.N. "A. Cardarelli", Napoli

Introduzione

Le talassemie sono un gruppo eterogeneo di anemie a carattere ereditario autosomico recessivo causate da diverse mutazioni a carico dei geni delle catene proteiche (le globine) dell'emoglobina.

Sono riconoscibili tre quadri clinici che comprendono la maggioranza dei casi:

1. Talassemia Minor o Microcitemia: indica la condizione asintomatica del portatore eterozigote dell'anomalia genetica;
2. Talassemia Intermedia: indica il quadro clinico meno grave di quello classico;
3. Talassemia Major o Anemia Mediterranea o Morbo di Cooley: indica un quadro clinico molto grave e rapidamente mortale in assenza di cure.

La presenza nei dipartimenti di ematologia di unità operative dedicate, in grado di offrire l'indispensabile terapia emotrasfusionale e di gestire brillantemente le complicanze (sovraccarico marziale ed infezioni virali) ha radicalmente modificato l'aspettativa e la qualità di vita di questi pazienti. L'andro-

logo e l'endocrinologo sono di necessità inseriti nel team assistenziale per l'induzione della pubertà e la valutazione dell'eventuale infertilità da ipogonadismo.

Riportiamo i risultati di un interessante studio retrospettivo effettuato in collaborazione con la U.O.C. di Endocrinologia relativo alla fertilità nel talassemico.

Materiali e metodi

Sono state esaminate 279 cartelle di pazienti talassemici giunti a consulenza andrologica. Sono stati estrapolati 159 pazienti con forma Maior in cui è stata considerata la disponibilità al protocollo diagnostico, terapeutico, l'assetto endocrino ed i risultati della terapia.

Risultati

Solo il 50% dei pazienti ha accettato l'ingresso in protocollo. In 43 pazienti è stato riscontrato un ipogonadismo ipogonadotropo e proposta induzione della spermatogenesi (RFSH + HCG).

Solo 26 pazienti, tutti azoospermici, hanno accettato la terapia. In 12 pazienti sono stati ottenuti spermatozoi maturi e tutti i pazienti hanno accettato la crioconservazione dei gameti.

Conclusioni

Nonostante i buoni risultati della terapia pochi pazienti talassemia maior si affidano all'andrologo per infertilità. Essi appaiono più impegnati a sopravvivere che a riprodursi. È auspicabile in futuro una più dettagliata informazione sugli aspetti endocrini della talassemia e sulle potenzialità della terapia, allo scopo di accrescere la motivazione del paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 39

Le fasi lunari influenzano i parametri seminali?

V. Tallis, B. Sartini*, I. Cosci*, S. Capitani**, S. Trovarelli, M. Gnech, E. Paliouri, R. Ponchietti

*Dipartimento di Pediatria, Ostetricia e Medicina della Riproduzione, *Dipartimento di Chirurgia, Sezione di Biologia Applicata, **Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Salute Pubblica, Università di Siena*

Introduzione

È ancora argomento di discussione se le fasi lunari possano condizionare la fertilità e le nascite, in relazione al loro effetto sulle variazioni ormonali nella filogenesi precoce. Nei pesci, l'orologio lunare influenza la riproduzione e coinvolge l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi. Diversi studi sulla fertilità nella donna hanno rilevato un possibile ruolo della fasi lunari sui cicli mestruali. Scopo del presente lavoro è stato quello di valutare le variazioni dei parametri seminali, in un gruppo

selezionato di pazienti infertili, durante un ciclo lunare.

Materiali e metodi

Abbiamo analizzato al microscopio ottico, in accordo con le linee guida WHO, i parametri seminali di un gruppo di 386 soggetti infertili, di età compresa tra 21 e 43 anni e sottoposto i valori ad analisi statistica comparativa.

Risultati

Lo studio non ha rilevato differenze significative nei parametri seminali durante le quattro fasi lunari.

Conclusioni

Il ciclo lunare non sembra condizionare i parametri seminali, anche se la mediana dei valori di volume del liquido seminale durante la fase di luna piena era più basso se comparato ai valori osservati durante le altre fasi lunari, senza raggiungere una significatività statistica. Inoltre, la frequenza di alterata viscosità era notevolmente ridotta durante la fase di luna nuova.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Diagnostica

P 37

Uno studio ultrastrutturale e meiotico degli spermatozoi di pazienti con diabete insulino dipendente

G. Collodel^{**}, I. Cosci^{*}, S. Capitani^{** ***}, A. Pam-molli^{*}, N.A. Pascarelli^{*}, E. Moretti^{**}

^{*} Dipartimento di Chirurgia, Sezione Biologia; ^{**} Centro Interdipartimentale per la Ricerca e la Terapia dell'Infertilità Maschile; ^{***} Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Salute Pubblica, Università di Siena

Introduzione ed obiettivi

Il diabete mellito è un disordine metabolico caratterizzato da uno stato di iperglicemia dovuto a difetti della secrezione dell'insulina o addirittura alla resistenza alla sua azione. Conosciamo due tipi di diabete mellito: il diabete di tipo 1 e di tipo 2. Il diabete di tipo 1 è dovuto ad un processo autoimmune che porta alla distruzione delle cellule beta del pancreas, responsabili della secrezione di insulina. Il tipo 2 è caratterizzato prevalentemente da disordini dell'azione e della secrezione dell'insulina. È stato dimostrato che il diabete ha effetti negativi sulla fertilità maschile probabilmente in conseguenza al verificarsi di uno stato di stress ossidativo. Lo scopo di questo studio è valutare la qualità spermatica di uomini con diabete insulino dipendente e con problemi di fertilità.

Materiali e metodi

Sono stati selezionati 14 pazienti diabetici di età compresa tra 27 e 44 anni. I loro liquidi seminali sono stati esaminati seguendo le linee guida del WHO (1999) e la morfologia spermatica è stata valutata con il microscopio elettronico a trasmissione (TEM). I dati del TEM sono stati elaborati applicando la formula matematica di Baccetti et al. (1995) che calcola il numero di spermatozoi privi di difetti strutturali e la

percentuale delle tre principali patologie spermatiche: immaturità, necrosi ed apoptosi. Negli stessi campioni è stata analizzata la segregazione meiotica mediante *fluorescence in situ hybridization* (FISH) eseguita direttamente sui nuclei spermatici, utilizzando sonde centromeriche per i cromosomi 18, X, Y.

Risultati

L'analisi condotta sui liquidi seminali dei 14 pazienti diabetici ha rivelato che la media della concentrazione spermatica è normale mentre quella dei valori relativi alla motilità progressiva è ridotta rispetto ai parametri di riferimento del WHO (1999). Inoltre la media del numero di spermatozoi privi di difetti strutturali è risultata inferiore a 2×10^6 (valore minimo di spermatozoi normoconformati richiesto per assicurare una fertilità naturale); le medie delle percentuali delle tre patologie spermatiche sono state più elevate rispetto ai controlli. L'analisi FISH ha evidenziato un valore medio delle diploidie superiore alla norma.

Conclusioni

I risultati ottenuti nel gruppo dei pazienti diabetici indicano la presenza di un processo spermatogenetico compromesso evidenziato da una ridotta motilità, da un'alterata morfologia spermatica, e dalla presenza di aneuploidie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 38**Il microscopio polarizzatore: un nuovo metodo per valutare la qualità spermatica**

E. Moretti^{***}, V. Giannerini^{*}, M.G. Federico^{*}, S. Capitani^{***}, A. Pammolli^{*}, N.A. Pascarelli^{*}, G. Collodel^{***}

^{*} Dipartimento di Chirurgia, Sezione Biologia; ^{**} Centro Interdipartimentale per la Ricerca e la Terapia dell'Infertilità Maschile; ^{***} Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Salute Pubblica, Università di Siena

Introduzione ed obiettivi

L'analisi del liquido seminale è generalmente effettuata seguendo le Linee Guida del *World Health Organization* (WHO, 1999). Proponiamo un nuovo metodo per esaminare il liquido seminale basato sul microscopio a luce polarizzata, che offre la possibilità di valutare in un singolo passaggio la concentrazione, la motilità, la morfologia e la vitalità spermatica, grazie al fenomeno della birifrangenza che permette di identificare i vari organelli in base alla loro differente risposta alla luce polarizzata.

Materiali e metodi

Campioni spermatici di 15 uomini fertili e di 66 pazienti afferenti al nostro centro sono stati valutati con metodo suggerito dal WHO (1999) che prevede l'uso della colorazione di Papanicolaou (PAP) modificata per gli spermatozoi e con il microscopio polarizzatore (PM). Le curve "Receiver Operating Characteristics" (ROC) sono state utilizzate per evidenziare l'accuratezza del metodo proposto e per determinare un *cut off* per la procedura PM, da utilizzare per discriminare un liquido seminale normale da uno alterato.

Risultati

La valutazione al PM permette di ottenere un valore che esprime la percentuale di spermatozoi normoconformati e allo stesso tempo che esibiscono una motilità progressiva. Le curve ROC hanno dimostrato che la procedura PM è più accurata (0,82 intervallo di confidenza 0,63-0,93) rispetto al metodo PAP (0,76; intervallo di confidenza 0,57-0,89). Inoltre è stato stabilito un *cut off* per la procedura PM pari al 20%, valore minimo osservato anche in individui di provata fertilità.

Conclusioni

Il metodo proposto permette quindi di ottenere un valore che indica la percentuale di spermatozoi mobili con una normale morfologia: il reale pool di spermatozoi potenzialmente in grado di raggiungere e fecondare l'ovocita.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 42**Studio della frammentazione del DNA spermatico in soggetti infertili**

G. Peluso, D. Branca, P.P. Cozza, G. Arena, N. Gallo, G. Morrone

U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, A.O. di Cosenza

Introduzione e obiettivi

La frammentazione del DNA spermatico è una delle cause d'infertilità maschile di recente scoperta. È stato documentato in letteratura un aumento di DNA spermatico danneggiato in pazienti con varicocele. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare i livelli di frammentazione del DNA spermatico in un gruppo di soggetti infertili clinicamente diagnosticati con varicocele rispetto ad un gruppo di infertili con normali genitali.

Materiali e metodi

Sono stati inclusi nello studio 120 soggetti afferenti al nostro Servizio per problemi di infertilità da almeno un anno. Dopo un accurato esame andrologico comprensivo di ecografia testicolare, Eco-color-dopler scrotale e 2 spermogrammi in accordo alle linee guida del WHO 2001 è stato possibile suddividere i pazienti in due sottogruppi di infertili: 40 soggetti con presenza di varicocele di vario grado (33% dei pazienti infertili); 80 soggetti con normali genitali ed infertilità di diversa natura.

È stata valutata in ciascuno dei pazienti la percentuale di frammentazione del DNA nella popolazione spermatozoaria espressa in DFI e con la metodica contenuta nel kit Halo-Sperm.

È stata inoltre analizzata la percentuale dei nuclei spermatici normali mediante osservazione delle caratteristiche morfologiche degli stessi al microscopio rovesciato e con obiettivo planare Apo 100X/1,40 ad immersione.

Risultati

Il 30% dei pazienti con varicocele presentava un DFI significativamente più elevato rispetto agli altri infertili (25%) senza varicocele in cui la stessa alterazione era attestata intorno al 20%.

Il dato più rilevante nello studio è stato l'aumento del danno al DNA spermatico che è risultato essere inversamente proporzionale ad una più bassa percentuale di nuclei spermatici normali nell'eiaculato dei pazienti analizzati.

Conclusioni

Complessivamente i nostri dati si accordano bene con quanto riportato in letteratura sui pazienti con varicocele.

Inoltre, si evidenzia nello studio come le caratteristiche morfologiche dei nuclei spermatici possano avere un valore predittivo sull'integrità nucleare dello spermatozoo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Terapia medica

C 9

Effetti della somministrazione di coenzima q10 sulla capacità antiossidante del plasma seminale in pazienti infertili

A. Mancini, R. Festa, L. De Marinis, A. Pontecorvi, F. Principi*, G.P. Littarru*, A. Silvestrini**, E. Meucci**

*Cattedra di Endocrinologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; * Istituto di Biochimica, Università Politecnica delle Marche, Ancona; ** Istituto di Biochimica e Biochimica Clinica, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma*

Introduzione e obiettivi

Il ruolo dello stress ossidativo nell'infertilità maschile è ben conosciuto, tuttavia non è noto il ruolo dei singoli antiossidanti nella protezione degli spermatozoi da questo tipo di danno. Il Coenzima Q10 (CoQ10), componente della catena respiratoria mitocondriale e antiossidante lipidico, rappresenta uno dei principali meccanismi di difesa; in precedenti studi abbiamo osservato anomalie della sua distribuzione e funzione nell'infertilità associata a varicocele. Inoltre uno studio pilota sulla somministrazione esogena di questa molecola in pazienti con astenozoospermia ha mostrato un miglioramento dei parametri cinetici (VCL e VSL). Allo scopo di studiarne le interazioni con altri sistemi antiossidanti, abbiamo valutato la risposta della capacità antiossidante totale (CAT), che misura principalmente l'attività di piccole molecole non enzimatiche e non proteiche (ascorbati, urati, tioli, ecc.) alla somministrazione esogena di CoQ10.

Materiali e metodi

10 pazienti con infertilità e quadro seminologico di astenozoospermia, di età compresa tra 25 e 39 anni, sono stati arruolati nello studio e trattati con CoQ10 (100 mg/die per 3 mesi). Prima e dopo trattamento, insieme con lo spermio-gramma standard, è stata valutata la CAT con un metodo colorimetrico basato sulla reazione tra il sistema H₂O₂-metamioglobina, quale fonte di radicali, e un appropriato cromogeno (ABTS), rilevato alla spettroscopia nella sua forma radicalica. Il tempo di latenza (LAG phase) che intercorre prima della comparsa della specie radicalica risulta direttamente proporzionale alla capacità antiossidante del campione e viene pertanto assunta come misura della CAT.

Risultati

Abbiamo ottenuto i seguenti risultati (media ± ES).
Pre-terapia: concentrazione = 61 ± 13 Mil/ml; motilità pro-

gressiva = 9,6 ± 2,9%; Forme normali = 39,3 ± 6,5%; LAG = 78 ± 8 sec.

Post-terapia: concentrazione = 70 ± 18 Mil/ml; motilità progressiva = 13 ± 4,2%; forme normali = 36,6 ± 10,5%; LAG = 109 ± 14* sec.

Una variazione statisticamente significativa (*p < 0,05) è stata evidenziata col T-test di Student per dati appaiati per la LAG prima e dopo il trattamento.

Conclusioni

Questi dati mostrano che una delle prime modifiche biochimiche del plasma seminale dopo trattamento con CoQ10 è l'aumento della CAT e sottolineano la stretta interazione fra i vari sistemi antiossidanti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 10

Effetti del trattamento con estratto lipidico-sterolico di *Serenoa repens* sui parametri seminali in pazienti con prostatite

M.A. Bertozzi, S. Voliani*, L. Olivieri**, P. Pietrini*

*U.O. Andrologia, * U.O. Analisi Chimico Cliniche Specializzate Universitaria, ** U.O. Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche 1, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa*

Le flogosi sono spesso responsabili di infertilità. L'azione sulla spermatogenesi può attribuirsi al germe per effetto diretto, ma può essere sostenuta dalla flogosi per liberazione di ROS, citochine, leucociti. Questo studio è stato condotto su pazienti affetti da prostatite e prostatovesiculite per valutare l'efficacia del trattamento con estratto lipidico-sterolico di *Serenoa repens* dopo trattamento antibiotico.

Lo studio è stato condotto su 90 soggetti (età 25-45) diagnosticati esclusivamente da prostatite o prostatovesiculite e quindi sottoposti a terapia antibiotica per 21 giorni, ove possibile suggerita dall'antibiogramma. Tutti i pazienti, all'arruolamento, sono stati sottoposti a: visita andrologica, eco-color-doppler prostatico transrettale e scrotale, dosaggi ormonali (FSH, LH, testosterone totale e libero, estradiolo, cortisolo, TSH, FT3 e FT4), dosaggio di PSA totale e libero, spermio-coltura con antibiogramma, tampone uretrale, spermio-gramma, MAR test, dosaggio IL-6, IL-8 e IL-10. Dopo il trattamento antibiotico, i pazienti sono stati suddivisi in modo random in tre gruppi omogenei, di 30 pazienti ciascuno: gruppo A senza terapia aggiuntiva, gruppo B con trattamento con *Serenoa repens*. per un mese ed infine il gruppo C con terapia per 3 mesi. Il controllo, ad un mese per i gruppi A e B e

a 3 mesi per il gruppo C, consisteva in: visita andrologica, eco-color-doppler prostatico transrettale e scrotale, spermio-coltura.

Nel gruppo A la spermio-coltura a 1 mese dal termine della terapia antibiotica rimaneva positiva in 3 su 17 pazienti positivi al basale. Il tampone uretrale rimaneva positivo in 4 su 24 inizialmente positivi. Non si sono osservati variazioni significative per i principali parametri seminali. Nel gruppo B: la spermio-coltura dopo trattamento terapeutico persisteva positiva in 1 su 18 inizialmente positivi. Il tampone uretrale rimaneva positivo in 3 su 22 pazienti. Tra i parametri seminali si è osservato un miglioramento della morfologia ($p < 0,05$). Nel gruppo C la spermio-coltura positiva al basale in 17 pazienti, dopo trattamento terapeutico risultava negativa in tutti. Il tampone uretrale rimaneva positivo in 1 su 25. Tra i parametri seminali si è osservato un miglioramento altamente significativo ($p < 0,0001$) della motilità rettilinea veloce e della morfologia, e una diminuzione significativa degli spermatozoi immobili.

Il trattamento con *Serenoa repens*, pertanto, sembra essere un valido ausilio nel trattamento delle prostatiti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 13

Arginina aspartato nell'infertilità maschile

A.F. De Rose, G. Morrone*, L. Coppola**

*Clinica Urologica, Genova; * Centro di Andrologia, Ospedale Civile Cosenza, Centro Tecnomed Nardò (LE)*

Introduzione

Nella terapia dell'infertilità maschile particolare attenzione merita l'arginina, aminoacido essenziale, la cui importanza nella normale motilità degli spermatozoi è oggi ampiamente documentata da osservazioni epidemiologiche sperimentali e cliniche.

L'arginina si è dimostrata utile nel correggere situazioni in cui un'infertilità o un'ipofertilità maschile era sostenuta da una discenesia o da un difetto maturativo degli spermatozoi.

Materiale e metodi

45 pazienti con infertilità sono stati randomizzati in tre gruppi: A-B-C. Nel primo sono stati somministrati 2,140 g di L-arginina Aspartato, 3 flaconcini al giorno per 120 giorni. Nel secondo 2 flaconcini al di' per 120 e nel terzo il placebo.

In tutti i pazienti al momento del trattamento sono state escluse patologie concomitanti come varicocele e infezioni delle vie seminali o urinarie. L'età media dei soggetti era di 32 anni (26-48 anni). L'esame del liquido seminale è stato effettuato prima dell'inizio del trattamento, alla fine e quindi al 4°, 6°, 8° e 10° mese.

Risultati

La valutazione del liquido seminale a distanza di 4 mesi ha evidenziato differenze significative all'interno dei tre gruppi con un miglioramento significativo della motilità rettilinea progressiva e della riduzione delle forme atipiche nel gruppo trattato con Arginina 6 ml ($p < 0,04$). Tali miglioramenti sono stati osservati fino al 6° mese mentre all'8° mese erano ritornati ai parametri iniziali. Miglioramenti non statisticamente significativi sono stati osservati nel gruppo trattato con 4 mg flaconcini rispetto al placebo.

Conclusioni

Dall'analisi dei nostri risultati si evince un aumento della motilità ed una diminuzione della percentuale di forme anomale spermatozoarie nel gruppo trattato con arginina 6,5 g aumentando conseguentemente la capacità fecondante del liquido seminale di circa il 30%. Tali miglioramenti si ottengono solo con 6 g di arginina e sono solo temporanei.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 34

Studio pilota prospettico randomizzato dell'uso di ormone FSH ricombinante nell'oligoastenoteratozoospermia da ipogonadismo normogonadotropo funzionale. Valutazione dei parametri seminali mediante SCA SYSTEM (Sperm Class Analyzer)

R. Rago, P. Salacone, A. Sebastianelli, L. Caponecchia, I. Marcucci, P. Bonanni, C. Fiori, R. Poverini*, M. Montanino Oliva*

*U.O. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, Centro Sterilità di Coppia e Crioconservazione dei Gameti, Ospedale "S. Maria Goretti" Latina; * Istituto Romano di Infertilità e Sessuologia, IRI, Casa di Cura "Villa Mafalda", Roma*

Introduzione e obiettivi

È noto nell'uomo il ruolo dell'FSH e del testosterone nel mantenimento di una normale spermatogenesi.

Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare l'effetto della terapia sostitutiva con FSH ricombinante in pazienti oligoastenoteratozoospermici (OAT) normogonadotropi, dopo tre mesi di terapia e nei successivi tre mesi di follow-up.

Materiali e metodi

Abbiamo arruolato 122 coppie, età media 20-40 anni, con infertilità da fattore maschile > 2 . Tutti gli uomini presentavano OAT idiopatica. I soggetti maschi sono stati randomizzati

in due gruppi. Gruppo A: 77 soggetti, 100 UI/die di Follitropina ricombinante s.c. per 3 mesi. Gruppo B: 45 soggetti non trattati. Abbiamo eseguito: spermioγραμμα, dosaggi ormonali ed ecografia testicolare due mesi prima (T-2), all'inizio (T0), alla fine (T3) ed a tre mesi dal termine della terapia (T6). Lo spermioγραμμα è stato eseguito al Microscopio Ottico (M.O.) e mediante analisi computerizzata (SCA SY-STEM 2005, Microptis SL). Per entrambi i gruppi abbiamo calcolato media e DS dei parametri seminali.

Risultati

Sia alla lettura al M.O. che Computerizzata, su 77 soggetti del gruppo A, 54 (*responder*) hanno ottenuto un incremento ($p < 0,001$) della concentrazione nemaspermica e della motilità totale (40%) e rettilinea (75%) a T3 vs. T0 e vs. il gruppo di controllo. La motilità rettilinea ha mantenuto il significativo miglioramento anche al follow-up. L'analisi computerizzata ha evidenziato, in particolare, un incremento ($p < 0,001$) della Velocità Curvilinea (VCL) e della la Rettilineità della Traiettoria (STR) a T3 e T6 vs. T0 e vs. gruppo di controllo. Non vi sono stati variazioni significative dei parametri ormonali. Al termine della terapia abbiamo ottenuto 4 gravidanze spontanee nei *responder* del gruppo A (7,4%). Dei restanti 50, 2 hanno rinunciato, 5 su 31 (16,1%) hanno ottenuto una gravidanza mediante IUI, 2 su 9 (22,%) mediante FIVET e 4 su 8 (50%) mediante ICSI. Delle 29 coppie sottoposte a IUI, 3 hanno rinunciato e 6 delle 23 hanno ottenuto una gravidanza mediante ICSI nei 2 mesi successivi al termine del follow-up. Delle 19 coppie con partner *no-responders* 4 hanno avuto una gravidanza con ICSI (21%). Nel gruppo B 3 coppie hanno rinunciato a procedere, nelle restanti 42 abbiamo avuto 8 gravidanze (16,6%) mediante ICSI.

Conclusioni

Il nostro studio conferma il ruolo della terapia con r-FSH nel trattamento del maschio infertile normogonadotropo con OAT idiopatica e dimostra, in particolare, l'efficacia soprattutto sulla motilità nemaspermica. Il corretto uso della terapia con gonadotropine ricombinanti ha permesso di ridurre il ricorso a tecniche complesse ed aumentare la percentuale di gravidanze (30% gruppo A vs. 16,6% del gruppo B). È possibile ipotizzare, alla luce dei dati, che i *responders* presentassero una alterazione funzionale dell'FSH endogeno quale causa dell'OAT. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 45

Efficacia del complesso *Lepidium meyenii* e *Pfaffia paniculata* nel miglioramento dei parametri del liquido seminale nei maschi infertili

M. Polito, M. Leone, G. d'Anzeo, G. Muzzonigro

Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Umberto I", Ancona

Introduzione e obiettivo

Il *Lepidium meyenii*, denominata anche Maca, è una pianta sudamericana che nasce con climi freddi e ad elevate altitudini (3800-4500 m), mentre la *Pfaffia Panicolata*, denominata anche Suma, è un arbusto che cresce nella zona tropicale del bacino amazzonico. Questo complesso ha attività immunostimolante, anti-tumorale, anti-invecchiamento, anabolizzante. L'indicazione all'assunzione sono il trattamento delle disfunzioni sessuali maschili e femminili, trattamento della sterilità maschile e femminile. Abbiamo valutato l'efficacia a breve termine del complesso *Lepidium meyenii* e *Pfaffia Panicolata* in soggetti affetti da oligoastenoteratozoospermie.

Materiali e metodi

Abbiamo somministrato secondo principio *ex adjuvantibus* a 18 uomini di età media 36 aa, affetti da oligo-asteno-teratozoospermie il complesso *Lepidium meyenii* e *Pfaffia Panicolata* nella formulazione unica di 1 compressa al dì per 60 gg. I pazienti sono stati stratificati per noxa patogena: 12 pazienti affetti da infezioni delle vie seminali gruppo 1; 5 pazienti affetti da varicocele di grado severo (III grado clinico), gruppo 2; 1 paziente con k testicolo gruppo 3. Tutti i pazienti hanno seguito l'iter diagnostico e terapeutico adeguato per la rimozione di ogni specifica noxa patogena e sono stati considerati guariti.

Abbiamo eseguito spermioγραμμα tramite camera di Makler prima della prescrizione e successivamente rivalutato il liquido seminale tramite spermioγραμμα dopo 60 gg di trattamento.

Risultati

Gli spermiogrammi eseguiti prima della terapia hanno mostrato: nel gruppo 1 la concentrazione media è stata di 18 mln/ml; la normocinesi 0%, la discinesia media del 10%, l'immobilità media del 90%; le forme immature hanno una media del 75%. Nel gruppo 2 la concentrazione media è stata di 2 mln/ml; la normocinesi 0%, la discinesia media del 0%, l'immobilità media del 100%; le forme immature hanno una media del 80%. nel gruppo 3 il paziente con k testicolo è risultato azoospermico.

I risultati degli spermiogrammi successivi alla terapia hanno mostrato: nel gruppo 1 la concentrazione media è stata di 25 mln/ml; la normocinesi 2%, la discinesia media del 70%, l'immobilità media del 28%; le forme immature hanno una media del 52%. nel gruppo 2 la concentrazione media è stata di 2.5 mln/ml; la normocinesi 20%, la discinesia media del 20%, l'immobilità media del 60%; le forme immature hanno una media del 75%. Il paziente azoospermico non ha mostrato differenze.

Conclusioni

Nonostante il limitato numero di pazienti reclutati e il breve periodo di terapia, il complesso *Lepidium meyenii* e *Pfaffia Panicolata* ha mostrato avere discreta efficacia nel breve termine nel miglioramento dei parametri seminali nella maggior parte dei soggetti (89%) sottoposti a terapia, in accordo con i dati presenti in letteratura.

Bibliografia

- ¹ Cicero AF, et al. *Lepidium meyenii improves sexual behaviour in male rats independently from its action on spontaneous locomotor activity*. J Ethnopharmacol 2001;75:225-9.
- ² Gonzales GF, et al. *Effect of Lepidium meyenii (maca) roots*

on spermatogenesis of male rats. Asian J Androl 2001;3:231-3.

- ³ Gonzales GF, et al. *Lepidium meyenii (Maca) improved semen parameters in adult men*.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Tecniche chirurgiche nelle azoospermie

C 11

Fattori predittivi di successo nel recupero gametico nelle azoospermie non ostruttive: efficacia di uno score multiparametrico

M. Carrino, R. Aponte, F. Zucco, G. Dello Russo, A. Troncone, D. Masala

Dipartimento Nefrourologico e UOSC Urologia, A.O.R.N. "A. Cardarelli" Napoli

Introduzione ed obiettivi

Le tecniche di recupero gametico associate ad I.C.S.I. hanno radicalmente modificato le prospettive di paternità di pazienti con infertilità primaria ed azoospermia. Tuttavia, la percentuale di successo di una qualsiasi tecnica di recupero in presenza di azoospermia non ostruttiva (NOA), risulta tuttora controversa.

Di fatto i classici parametri endocrini (FSH ed Inibina B) e strutturali (volume testicolare ed ecostruttura), non risultano correlabili alla percentuale di recupero, che al contrario è ben collegabile all'istologia testicolare. Ma come è noto la biopsia testicolare è una metodica invasiva e gravata da costi e complicanze paragonabili ad una TESE negativa.

Riportiamo i risultati di una valutazione retrospettiva effettuata nell'arco di tre anni su 143 pazienti affetti da NOA e sottoposti a Tese, utilizzando uno "score" di successo basato su criteri endocrini, strutturali e citologici.

Metodi

143 pazienti affetti da NOA di età compresa tra i 27 ed 51 anni sono stati sottoposti a valutazione andrologica completa, studio endocrino (FSH, Lh, Testosterone, Prolattina, ed Inibina B), ecografia testicolare con volumetria ed agoaspirato testicolare secondo la tecnica descritta da Foresta et al.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a microtese; l'agoaspirato e la microtese sono stati eseguiti da un singolo operatore. Sono stati considerati parametri predittivi il valore dell'FSH il volume testicolare e l'agoaspirato. A ciascuno di essi è stato attribuito un punteggio da 0 a 3 in rapporto ai parametri indicati secondo il seguente schema:

FSH – valori da 2-5 (0) – valori 5-10 (1) – valori 15-20 (2) – Valori > 20 (3)

Vol/T - > 14 ml (0) – 14-11 ml (1) – 10-6 ml (2) - < 6 ml (3)
Citologia – normale (0) – ipospermia lieve (1) – ipospermia severa/arresto maturativo "basso" (2) – arresto maturativo "alto"/S. Sertoli only (3).

Il valore dello score è stato correlato con il successo della microtese.

Conclusioni

In nessun paziente con score ≥ 7 sono stati recuperati gameti utilizzabili per la ICSI. In pazienti con score compreso tra 4 e 7 la percentuale di recupero è stata del 53%. In tutti i pazienti con score compreso da 0 e 3 è stato possibile il recupero di gameti maturi.

Lo "score" rappresenta, a nostro avviso, un potente strumento di previsione multiparametrica e se confermato e validato potrà consentire al clinico di discutere obiettivamente con il paziente l'opportunità del recupero gametico ed al tempo di evitare inutili procedure.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 36

Ruolo della microchirurgia nel trattamento dell'azoospermia non ostruttiva

A. Ortensi*, V. D'Orazi*, G.A. Coppola**, V. Marchese*, F. Fabi*, F. Toni*, S. Trinchi*, A. Panunzi*, L. Coppola**, G. Presicce**, I. Ortensi**

* U.O. Complessa di Microchirurgia Generale, Sezione di Microchirurgia Andrologica, Casa di Cura "Fabia Mater", Roma, Università di Roma "La Sapienza"; ** Servizio di Criobiologia della Riproduzione Umana "Tecnomed", presso la Casa di Cura "Fabia Mater", Roma

Introduzione ed obiettivi

La Microchirurgia Andrologica riveste un ruolo importante nella gestione del paziente azoospermico, specie nella patologia non ostruttiva (NOA) dove la MicroTESE rappresenta un valido supporto alle tecniche PMA. Scopo del lavoro è evidenziare come l'approccio microchirurgico (MK) alla

NOA aumenti il tasso di recupero di gameti intraparenchimali.

Materiali e metodi

Studio basato sull'analisi comparativa di 1 gruppo di 8 pazienti (pz) affetti da NOA sottoposti a TESE presso altri centri e successivamente giunti a noi con indicazione di recupero MK di gameti. Età media: 28 aa. Vol. testicolare ecografico tra 10 e 14 ml; FSH tra 10 e 15 mUI/ml in 6 pz e tra 21 e 24 in 2 pz. Etiologia riferibile a testicolopatia primaria (6 pz), e criptorchidismo bilat. spontaneamente risolto in periodo puberale (2 pz). In precedenti biopsie, 3 bilat. e 5 mono, il recupero di gameti fu positivo in 1 pz (12,5%). Istologia: arresto maturativo incompleto (3 pz) e SCOS incompleta (5 pz). Gli 8 pz sono stati sottoposti a MicroTESE, compreso il pz con recupero chirurgico positivo che aveva esaurito i gameti crioconservati a causa di ICSI fallite. Tecnica: incisione equatoriale dell'albuginea e microdissezione Doppler-guidata della polpa testicolare. L'ausilio del Microscopio Operatore 4-40x (MO) permette, al chirurgo esperto, di riconoscere foci parenchimali con tubuli qualitativamente migliori; l'uso del Doppler intra-operatorio facilita l'identificazione di tessuto riccamente irrorato. Tutti sottoposti a MicroTESE bilat. ai fini di crioconservazione.

Risultati

Degli 8 pz già sottoposti a TESE semplice, il recupero di gameti è avvenuto in 6 pz (75%), specie dal didimo dx. In 4, i biologi hanno rilevato rari spermatozoi ma ben conformati e qualitativamente idonei per ICSI; in 2 pz veniva segnalata scarsa qualità dei gameti. Confermata la precedente diagnosi in 2 pz: 1 recupero positivo (12,5%) ed 1 negativo (12,5%).

Conclusioni

Pur basandosi su una casistica limitata, questo studio comparativo dimostra che l'ausilio del MO, la giusta esecuzione della microdissezione tubulare e l'esperienza dell'operatore nella valutazione del testicolo, aumentano sensibilmente il tasso di successo in soggetti affetti da NOA. Visto che il fine ultimo di questo intervento è la paternità, segnaliamo l'importanza delle corrette indicazioni al trattamento da parte dell'andrologo, il cui coordinamento clinico-biologico è essenziale per il buon esito delle procedure tecniche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 37

Recupero microchirurgico di spermatozoi dal testicolo dopo fallimento delle tecniche di recupero tradizionali in soggetti con azoospermia non ostruttiva

G. Maio, D. Fiorentin*, S. Saraeb, A. Borini*

*U.O. di Urologia e Andrologia Casa di Cura Abano Terme, Abano Terme; *Tecnobios Procreazione, Bologna*

Introduzione

L'estrazione di spermatozoi dal testicolo nell'azoospermia non ostruttiva (NOA) viene eseguita comunemente mediante l'agoaspirazione dal testicolo (TESA) e l'estrazione chirurgica tradizionale (TESE). Il limite di dette tecniche è che sono pressoché cieche non permettendo di ricercare aree di spermatogenesi focale eventualmente presenti. L'alternativa è rappresentata dalla estrazione microchirurgica (microTESE) che permette di ispezionare il parenchima testicolare alla ricerca di aree di spermatogenesi residua. L'efficacia della microTESE è ben documentata in letteratura, esistono però pochissimi lavori sui risultati della microTESE dopo fallimento delle metodiche convenzionali. In questo studio presentiamo i risultati della microTESE in fallimenti delle tecniche convenzionali.

Materiali e metodi

Dal settembre 2005 al gennaio 2007 20 pazienti affetti da azoospermia non ostruttiva (NOA) e precedentemente sottoposti a ripetuti tentativi infruttuosi di recupero di spermatozoi dal testicolo con tecniche convenzionali: (TESA) e/o (TESE) sono stati sottoposti a microTESE. In dettaglio: tutti i pazienti avevano fatto da 2 a 4 TESA e 15/20 avevano fatto da 1 a 3 TESE. Tutti i pazienti avevano una mappa cromosomica regolare e l'assenza di microdelezioni sul cromosoma Y. Il confronto tra le medie è stato fatto mediante l'analisi T di student per *independent samples*.

Risultati

Sono stati recuperati spermatozoi in 5 casi su 20 (25%) (gruppo A): il recupero medio è stato pari a 50 spermatozoi mobili *range* (10-200). I valori di FSH erano pari a 13,8 (\pm 9,6 – gruppo A); 24,5 (\pm 10,9 – gruppo B), $p = 0,066$. L'istologia e/o la citologia testicolare era disponibile in 15/20 pazienti e documentavano: 1) Gruppo A: scos parziale in 1 (20%), arresto maturativo in 2 (40%), ipospermatogenesi in 2 (40%); 2) Gruppo B: scos parziale in 4 (40%), arresto maturativo allo stadio spermatocitico in 4 pazienti (40%) ipospermatogenesi in 2 (20%).

Conclusioni

Il recupero di spermatozoi dal testicolo con tecnica microchirurgica (microTESE) permette di esplorare ampiamente il parenchima testicolare e di individuare tubuli con spermatoge-

nesi residua. Tale tecnica nella nostra esperienza ha permesso di recuperare spermatozoi anche in soggetti in cui le tecniche convenzionali (TESA e TESE) avevano ripetutamente fallito.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 38

Nostra esperienza nel trattamento dell'azoospermia ostruttiva

G. Liguori, C. Trombetta, S. Bucci, A. Amodeo, S. Benvenuto, G. Ocello, E. Belgrano

U.C.O. di Clinica Urologia, Trieste

Introduzione ed obiettivi

L'infertilità di coppia rappresenta un problema emergente negli ultimi anni. Si stima che circa il 15% dei casi di infertilità maschile siano causati da un'ostruzione delle vie seminali. Diversi Autori hanno dimostrato come la ricostruzione microchirurgica della via seminale rappresenti una opzione terapeutica valida ed efficace dal punto di vista del rapporto costo-beneficio rispetto alle più emergenti tecniche di procreazione medicalmente assistita.

In questo studio riportiamo la nostra esperienza nel trattamento microchirurgico dei pazienti affetti da azoospermia ostruttiva.

Materiali e metodi

Dal 1995 al 2006 abbiamo sottoposto a trattamento microchirurgico per azoospermia ostruttiva 49 pazienti. Di questi sono disponibili al follow-up 32 pazienti. L'età media era 41,5 anni con un range da 24 a 56 anni. Tutti i pazienti han-

no eseguito una valutazione andrologica pre-operatoria completa. Criteri di inclusione erano: azoospermia confermata in almeno 2 rilevazioni a distanza di 6 settimane; normali valori di testosterone ed FSH; presenza di spermatogenesi (precedente paternità o biopsia testicolare normale). 18 pazienti sono stati sottoposti a vasostomia, 6 pz. ad epididimo-vasostomia (di cui 2 monolaterali), 3 pz. a tubulo-vasostomia (di cui 2 monolaterali) e 5 pz. a epididimo-vasostomia da un lato e tubulo-vasostomia dall'altro. Dopo l'intervento i pazienti hanno eseguito uno spermogramma a 1 e 3 mesi. La pervietà è stata definita come la presenza di almeno 10 milioni spermatozoi/ml.

Risultati

In totale 32 pazienti sono stati sottoposti ad anastomosi microchirurgica bilaterale (n = 28) e monolaterale (n = 4). Una pervietà della via seminale è stata evidenziata in un totale di 12 pazienti (37,5%) così suddivisi: 9 pazienti sottoposti a vasostomia (50%) e 3 pz sottoposti a epididimo-vasostomia (21,4%) di cui 1 pz sottoposto ad epididimo-vasostomia (16,7%); 1 pz. sottoposto a tubulo-vasostomia (33,3%) ed 1 pz. sottoposto ad tubulo + epididimo vasostomia (20%). Si sono avute un totale di 6 gravidanze (18,7%) e solo nei pazienti che erano stati sottoposti a vaso-vasostomia (33,3%).

Discussione

In considerazione della gravità del fattore maschile nei nostri pazienti riteniamo che il tasso di gravidanza che abbiamo ottenuto, seppur basso, sia soddisfacente: infatti nelle varie casistiche il tasso di gravidanza dopo ICSI non supera mai il 15-35%.

Conclusioni

In conclusione riteniamo che le tecniche microchirurgiche di ricanalizzazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Neoplasie e fertilità

C 12

Crioconservazione dei gameti maschili prima di una terapia ad elevato rischio di compromissione della fertilità. Risultati preliminari di una indagine tra i pazienti

A. Salonia, L. Rocchini, F. Abdollah, R. Matloob, A. Gallina, F. Pellucchi, A. Briganti, G. Zanni, P. Rigatti, F. Montorsi

U.O. di Urologia, Istituto Scientifico Universitario, H. "San Raffaele", Milano

Introduzione

Le raccomandazioni della *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) in tema di preservazione della fertilità nei pazienti neoplastici considerano "standard practice" largamente diffusa la crioconservazione dei gameti maschili prima di un trattamento oncologico. Scopo dello studio è stato valutare se esista una diffusa volontà di preservazione del proprio potenziale di fertilità in pazienti con elevata probabilità di compromissione iatrogena della qualità del plasma seminale.

Materiali e metodi

Nei mesi di aprile e maggio 2007, 235 uomini consecutivamente valutati presso gli ambulatori di urologia sono stati invitati a compilare una breve intervista semi-strutturata dedi-

cata ad indagare un'eventuale volontà del singolo di crioconservazione dei propri gameti in caso di terapie specifiche per neoplasia – o altra patologia benigna (es. IPB) – potenzialmente ad elevato rischio di compromissione iatrogena del loro potenziale di fertilità. Analisi statistica comparazione diretta di medie \pm DS mediante Student T-test; comparazione di proporzioni Chi-square test.

Risultati

Demografia. Età media: $65 \pm 13,2$ anni; mediana: 67 anni; range: 18-86 anni. Stato relazionale: pazienti coniugati 193/235 (82,1%); separati/vedovi: 21/235 (8,9%); stato libero: 21/235 (8,9%). Anamnesi oncologica (motivo della valutazione ambulatoriale): neoplasia vescicale: 95/235 (40,4%); neoplasia renale: 10/235 (4,3%); neoplasia testicolo: 3/235 (1,3%); neoplasia pene: 1/235 (0,4%); neoplasia prostata: 29/235 (12,3%); IPB + altro: 97/235 (41,3%). Dati completi questionario crioconservazione: 213/235 (90,7%). Solamente il 40,4% (86/213) dei pazienti (Gruppo 1) esprimeva una volontà positiva nei confronti di una eventuale crioconservazione dei gameti maschili al fine di un eventuale successivo percorso di Procreazione Medicalmente Assistita. I pazienti del Gruppo 1 erano significativamente più giovani rispetto a quelli che, al contrario, espressero parere negativo (Gruppo 2) rispetto alla crioconservazione dei gameti maschili ($62,8 \pm 13,9$ vs. 68 ± 10 anni; $p = 0,001$). Pazienti coniugati (Gruppo 1 vs. Gruppo 2): 68/86 (79,1%) vs. 107/127 (84,3%) (Chi-square = 0,63; $p = 0,43$). Nei pazienti di età ≤ 50 anni ($n = 28$), 16 uomini (57,2%) esprimevano desiderio di crioconservazione, 6 (21,4%) non manifestavano interesse e 6 (21,4%) non rispondevano alla domanda specifica.

Conclusioni

Questi risultati preliminari sembrano dimostrare come una eventuale crioconservazione dei gameti maschili non rappresenti una necessità in più della metà degli uomini con potenziale danneggiamento iatrogeno della fertilità. L'età del paziente rappresenta il principale fattore di calo dell'interesse alla crioconservazione dei gameti maschili.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 35

TeSE (*Testicular Sperm Extraction*) nel testicolo tumorale in pazienti con azoospermia

L. Carmignani, F. Gadda*, G. Bozzini*, A. Paffoni***, G. Ragni***, F. Rocco**

U.O. di Urologia, I.R.C.C.S. Policlinico "San Donato";

** Clinica Urologica, Università di Milano, *** U.O. Sterilità di Coppia, Fondazione I.R.C.C.S. Ospedale Maggiore Policlinico, "Mangiagalli e Regina Elena"

Obiettivi

Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare la possibilità di eseguire una TeSE (*Testicular Sperm Extraction*) nel testicolo tumorale in pazienti (pz) azoospermici in corso di orchifunicolectomia.

Materiali e metodi

Questa valutazione retrospettiva include sei pz azoospermici con diagnosi incidentale di neoplasia del testicolo. Nessuno dei pz aveva figli prima dell'intervento e tutti erano fortemente motivati nella ricerca di prole.

È stato eseguito un accesso inguinale con lussazione del testicolo dalla borsa scrotale previo clampaggio del funicolo spermatico. Successivamente al tempo chirurgico della biopsia escissionale del nodulo parenchimale sospetto per neoplasia, è stata eseguita una TeSE sulla porzione di parenchima sano attraverso la medesima incisione sulla tonaca albuginea. L'esame istologico estemporaneo non è stato effettuato per noduli aventi diametro maggiore ai 3 cm.

Risultati

Quattro pz hanno evidenziato un esame istologico positivo per tumore germinale (orchietomia: 4 pz). I restanti due pz hanno evidenziato un tumore a cellule di Leydig (chirurgia conservativa: 1 paziente).

Due pz sono stati sottoposti a orchietomia senza esame estemporaneo per nodulo di dimensioni > 3 cm (tumore germinale: 1 pz; tumore a cellule di Leydig: 1 pz).

In un pz in cui la neoplasia sostituiva interamente il parenchima testicolare non si è proceduto a TeSE per l'impossibilità di estrarre materiale adeguato. Nei restanti 5 pz è stata eseguita una TeSE. In 4 pz è stato possibile isolare e crioconservare gli spermatozoi. In un pz è stata osservata assenza di spermatozoi (tumore a cellule di Leydig + Sertoly *cell only syndrome* – SCOS). Ad oggi è stato eseguito un ciclo di I.C.S.I. con successivo fallimento della gravidanza.

Conclusioni

Nei pz azoospermici con nodulo testicolare la TeSE è una tecnica fattibile, priva di rischi oncologici. Con essa è possibile evitare ulteriori interventi sul testicolo controlaterale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 39

Azoospermia secondaria a trattamento per neoplasia: nostri risultati delle procedure di estrazione micro-chirurgica di spermatozoi

L. Rolle, A. Tamagnone, C. Ceruti, M. Timpano, C. Negro, A. Cugiani, D. Fontana

Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale "S. Giovanni Battista", S.S.C.V.D. per l'Andrologia, "Molinette", Torino

Introduzione

Grazie ai miglioramenti della diagnostica ed ai progressi della chemio-/radio-terapia, molti soggetti giovani affetti da neoplasia hanno oggi ottime possibilità di guarigione. Purtroppo a causa della cura per la malattia neoplastica, molti di questi soggetti risulteranno azoospermici. Dall'introduzione della ICSI con spermatozoi recuperati dal testicolo, è oggi possibile fornire ad alcuni di questi soggetti la possibilità di procreare.

Abbiamo considerato retrospettivamente, la nostra casistica di recupero chirurgico di spermatozoi dal parenchima testicolare (microTeSE) in soggetti azoospermici sottoposti a terapie oncologiche ed abbiamo valutato criticamente i risultati in termini di *sperm retrieval rate*.

Materiali e metodi

Sono stati considerati 12 pazienti con azoospermia, secondaria a terapia per neoplasia, che si sono presentati presso la nostra unità di Andrologia dal gennaio 2002 al maggio 2007. Sei pazienti erano stati trattati per Linfoma di Hodgkin; 2 per seminoma testicolare e 1 per coriocarcinoma testicolare; 1 per tumore di Wilms; 1 per astrocitoma cerebrale; 1 per adenocarcinoma del colon. A questi pazienti è stato proposto il tentativo di recupero di spermatozoi testicolari mediante microTeSE in previsione di ICSI. Contestualmente, è stata eseguita la biopsia testicolare, per la valutazione del quadro istologico. Gli spermatozoi eventualmente recuperati sono stati crioconservati.

Risultati

Dal punto di vista istologico, le biopsie testicolari mostrano: spermatogenesi conservata in 4 casi; ipospermatogenesi in 1 caso; sindrome a sole cellule di Sertoli in 7 casi (di cui 2 associati a focale spermatogenesi).

Lo *sperm retrieval rate* complessivo in questo gruppo di pazienti è stato del 58%.

Conclusioni

Il recupero di spermatozoi mediante microTeSE può essere proposto agli azoospermici già trattati per neoplasia in quanto rappresenta una tecnica sicura ed efficace.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 41

Azoospermia in tumore delle cellule di Leydig bilaterale con iperplasia surrenale

T. Zenico, L. Valmorri, C. Vivacqua, P. Lilli, R. Gunnelli, M. Fiori, C. Salaris, U. Salomone, E. Bercovich

Dipartimento di Urologia, Ospedale "G.B. Morgagni - L. Pierantoni" di Forlì

Introduzione

I tumori delle cellule di Leydig sono estremamente rari: rappresentano l'1-3% di tutti i tumori testicolari, che costituiscono soltanto l'1% delle neoplasie dell'uomo (circa 2 casi su 100.000 uomini). Il 3% di tali tumori è bilaterale.

Case report

Un uomo di 39 anni è giunto al nostro centro per infertilità: era azoospermico, con assenza di microdelezioni del cromosoma Y e cariotipo normale. All'esame obiettivo i suoi testicoli erano di volume aumentato e con molteplici irregolarità. Presentava un'ipersecrezione di estradiolo, bassi livelli di FSH ed LH, ma soprattutto un elevato dosaggio di ACTH.

Si sono eseguite una RMN della sella turcica che ha escluso la presenza di un adenoma dell'ipofisi ed una TAC encefalo-toraco-addominale che ha evidenziato un aumento del volume surrenalico con calcificazione del contesto. La biopsia TAC guidata del surrene ha portato alla diagnosi di una iperplasia del corticosurrene. L'eco-color-doppler testicolare ha messo in evidenza molteplici neoformazioni anecogene con aree di ipervascolarizzazione ed un aumento di pigmentazione nelle zone periferiche e centrali. Si è eseguita un'orchietomia bilaterale con accesso inguinale e dall'esame anatomopatologico del tessuto testicolare si è diagnosticato un tumore a cellule di Leydig bilaterale benigno (assenza di metastasi ai linfonodi). Il follow-up a tre mesi ha evidenziato un andamento di normalizzazione dell'assetto ormonale del paziente.

Conclusioni

Il tumore delle cellule di Leydig, particolarmente nel caso di bilateralità, è una patologia estremamente rara la cui diagnosi differenziale prevede una valutazione surrenale ed una biopsia testicolare. La presenza dell'iperplasia surrenale associata al tumore delle cellule di Leydig bilaterale rende il quadro clinico presentato ancora più raro ed articolato, ma ben definito nei suoi aspetti clinici, diagnostici e terapeutici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Varicocele Fisiopatologia

P 44

Ruolo del varicocele nel deterioramento seminale in pazienti normospermici: studio retrospettivo

M. Polito, G. d'Anzeo, D. Cantoro, M. Leone, G. Muzzonigro

Clinica Urologica, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Introduzione e obiettivi

Il ruolo del varicocele nella patogenesi dell'infertilità maschile è tuttora molto dibattuto. Poco conosciuto è inoltre il ruolo del varicocele su soggetti normospermici e non suscettibili di trattamento al momento della diagnosi. Scopo del nostro studio è stato appunto di valutare l'impatto del varicocele sul liquido seminale di soggetti normospermici.

Materiali e metodi

Abbiamo considerato tutti i pazienti sottoposti a Doppler del plesso pampiniforme presso l'ambulatorio andrologico della nostra Clinica dal 2000 al 2006. Criteri di inclusione dei pazienti erano: diagnosi di varicocele incidentale (non associato a infertilità), disponibilità di almeno due spermioigrammi di follow-up, assenza di dispermia alla diagnosi. Sono dunque stati considerati l'età alla diagnosi, il grado del varicocele sinistro, la presenza di varicocele destro, le caratteristiche seminali al momento della diagnosi e, per ciascun paziente,

quelle del peggior liquido seminale, valutando il numero di soggetti con deterioramento dei parametri seminali. I dati sono stati successivamente analizzati tramite T-test di Student e test del Chi-quadro. La significatività statistica è stata considerata per $p < 0,05$.

Risultati

Sono stati complessivamente considerati i dati di 47 pazienti di età media 26 anni (17-40) per un follow-up mediano di 26 mesi (7-71 mesi). I parametri seminali basali medi erano numero di spermatozoi: 85,2 x 106/ml, motilità rapida progressiva 37%, morfologia normale 36%. I parametri seminali medi relativi al peggior liquido di ciascun paziente sono risultati: numero 73,8 x 106/ml, motilità rapida progressiva 39%, morfologia normale 35%. Le differenze non sono risultate statisticamente significative (rispettivamente $p = 0,109$, $p = 0,622$, $p = 0,541$). Un totale di 8 pazienti (17%) ha subito un deterioramento del liquido seminale; in particolare, 2 pazienti (4%) presentavano oligo-astenospermia, 6 pazienti (12,7%) astenospermia isolata. La presenza di alterazioni del liquido seminale non appare essere in correlazione con la entità clinica del varicocele ($p = 0,92$). Nei pazienti in cui si è verificato il peggioramento, questo è avvenuto nei primi 30 mesi di follow-up.

Conclusioni

Pur con tutte le limitazioni di uno studio retrospettivo, i nostri dati sembrano indicare la possibilità di un concreto deterioramento del liquido seminale in pazienti affetti da varicocele e non dispermici alla diagnosi. Tale probabilità è risultata maggiore nei primi trenta mesi dopo la diagnosi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Diagnosi

C 8

Valutazione endocrinologica del varicocele in età pediatrica e adolescenziale

M. Sulpasso, F. Antoniazzi*, C. Chironi, F. Teofoli*, M. Vincenzi*, R. Franceschi*, L. Tatò*

*Chirurgia Pediatrica, Casa di Cura "Pederzoli", Peschiera del Garda, (VR); *Dipartimento Materno Infantile e di Biologia-Genetica, Sezione di Clinica Pediatrica, Università di Verona*

Introduzione e obiettivi

L'incidenza del varicocele in età pediatrica è bassa, aumenta progressivamente fino ai 16 anni, età in cui raggiunge già quella tipica dell'adulto. L'età evolutiva è quindi, sec. gli Autori, molto importante per lo studio di questa patologia.

In età pediatrico-adolescenziale, non essendo possibile eseguire la valutazione del liquido seminale, è essenziale, sec. gli Autori, ricercare altri parametri che siano predittivi della funzionalità testicolare. Questi hanno studiato le alterazioni endocrine precoci determinate dal varicocele e la risposta al trattamento al fine di individuare indici di sofferenza testicolare che possano essere di aiuto nella decisione terapeutica e nel follow-up.

Materiali e metodi

gli Autori presentano uno studio prospettico su 59 pazienti con varicocele di 3° grado (sec. Dubin e Amelar) di età compresa tra 8 e 17 anni (media +/- DS: 12,9 +/- 1,8; mediana: 13,2 anni), trattati con intervento chirurgico di legatura sec. Palomo per via soprainguinale-retroperitoneale. Tutti i pazienti sono stati sottoposti, prima e dopo trattamento chirurgico a: valutazione clinica (peso, altezza, BMI, stadio puberale, volume testicolare, stadiazione varicocele); valutazione eco-color-doppler; valutazione endocrina (LH, FSH, Testosterone, Inibina-B (DSL-10-84100 active ELISA). I risultati ottenuti sono stati confrontati con quelli di un gruppo-controllo omogeneo per età e stadio puberale.

Risultati

i livelli di Inibina-B pre-operatori sono risultati inferiori nei pazienti affetti da varicocele rispetto ai controlli (109,6 +/- 35,1 vs. 137,9 +/- 39,8 pg/ml; $p < 0,05$).

I dati preliminari sulla rivalutazione post-operatoria a distanza evidenziano un trend di risalita dei valori di Inibina-B.

Conclusioni

Il dosaggio dell'Inibina-B può rappresentare, sec. gli Autori, un criterio aggiuntivo per la selezione dei pazienti da sottoporre a trattamento ed un buon indice prognostico nel follow-up post-operatorio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 7

Varicocele intratesticolare: aspetti diagnostici e terapia – presentazione di un caso clinico

F. Poletti, C. Marcato*, P. Granelli, M. Ciuffreda, N. Azzolini, P. Bresciani*

*U.O. di Urologia, * Struttura Complessa di Radiologia, A.O. e Università di Parma*

Introduzione e obiettivi

Descriviamo la valutazione diagnostico-strumentale e la possibilità di trattamento mediante scleroembolizzazione del varicocele intratesticolare, rara affezione la cui conoscenza è fondamentale per una corretta diagnosi differenziale della lesione anecogena intratesticolare determinata dalla ectasia venosa.

Materiali e metodi

Si riporta il caso di un paziente giunto alla nostra osservazione per infertilità di coppia e affetto da varicocele sinistro di 2° grado. L'ecografia convenzionale ha mostrato una ectasia del plesso pampiniforme e una lesione anecogena estesa dal mediastino testicolare all'interno del didimo sinistro.

Il successivo esame eco-color-doppler ha rivelato trattarsi di una estensione intratesticolare della ectasia del plesso pampiniforme con aumento del reflusso venoso durante la manovra di Valsalva.

Il paziente è stato poi sottoposto a flebografia spermatica che ha consentito la ulteriore conferma della diagnosi.

La correzione del varicocele è stata effettuata mediante scleroembolizzazione.

Il follow-up a 6 mesi ha mostrato la completa scomparsa del reflusso spermatico.

Discussione

il varicocele intratesticolare è un' affezione molto rara e la sua conoscenza è importante in quanto una semplice valutazione eco-color-doppler consente la diagnosi corretta e permette di escludere altre patologie soprattutto di carattere neoplastico. La correzione della affezione può essere effettuata mediante scleroembolizzazione utilizzando accorgimenti tecnici che impediscano la discesa della sostanza sclerosante nel plesso intratesticolare.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Trattamento

GC 2

Approccio microchirurgico al varicocele in età pediatrica: considerazioni tecniche e risultati

F. Ferro, A. Spagnoli, S. Vallasciani, L. Martini*, A. Borsellino, F. Antonini**, V. Gentile**

*U.O. di Chirurgia Andrologica e Ginecologica dell'Età Evolutiva e * Servizio di Anestesia, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", IRCCS; ** Dipartimento di Urologia "U. Bracci", Università di Roma "La Sapienza"*

Le lesioni morfologiche e funzionali del testicolo con varicocele iniziano nell'adolescenza. L'adulto ipofertile non sembra migliorare significativamente con la scomparsa della lesione. La sola obiettività, l'esame ecografico/Doppler e le indagini endocrinologiche non identificano l'adolescente avviato alla disfunzione riproduttiva e non è possibile praticare l'esame del seme. Vi è accordo generale nel trattare i gradi maggiori associati a ipotrofia gonadica. Si discute ancora quale sia la tecnica più idonea per facilità di esecuzione, assenza di rischi anestesiológicos e chirurgici e costi ridotti.

Nel periodo 2002-2006, 474 pazienti (età media 14 anni, min 6, max 20) sono stati sottoposti a correzione di 363 varicoceles di grado 3° (363), e 96 di grado 2° associato a ipotrofia testicolare. In 18 casi il grado non è riportato. Ricovero in regime di day surgery. Anestesia generale senza intubazione con blocco anestetico locale. Approccio inguinale a monte dell'anello interno con accesso al retroperitoneo alla biforcazione tra deferente e vasi spermatici interni. Questi sono sollevati e sospesi per la legatura microchirurgica (25X).

Numero medio di vene legate: 3. L'arteria spermatica è stata identificata e rispettata nei casi di pregresso intervento inguinale (5 orchidopessie, 9 erniotomie). La durata media dell'intervento è stata di 29 minuti (min 15- max 60). Complicazioni: 7 casi di ipoestesia della coscia sinistra (effetto del blocco anestetico). Un caso di soffiatura emorragica inguinoscrotale superficiale non ha richiesto interventi. Con follow-up minimo di 4 mesi sono state registrate 6 recidive (1.2%) e 2 (0.4%) modesti idroceli post-operatori. Le gonadi hanno conservato, al controllo clinico, volume e pattern ecografici precedenti l'intervento.

Il vantaggio della correzione microchirurgica del varicocele risiede nell'identificazione dei vasi linfatici e dell'arteria spermatica (nei casi richiesti). L'approccio a monte dell'anello interno consente di identificare ogni vena implicata nel reflusso. Il rispetto dei vasi linfatici ha dimostrato che il cosiddetto "catch-up growth" è stato a torto considerato il risultato del recupero del testicolo mentre è la conseguenza della so-

la stasi linfatica. La ferita chirurgica modesta, l'anestesia non impegnativa, il trattamento in day surgery, l'assenza di complicazioni e la bassa incidenza di recidive sono elementi favorevoli alla correzione preventiva del varicocele.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 5

Risoluzione di azoospermia dopo intervento di varicocele. Un caso clinico

A. Di Filippo

Amb. Andrologia, Urologia, Ospedale Galatina, Lecce

Il perenne dibattito sull'utilità di praticare intervento correttivo per varicocele in pazienti azoospermici ci ha indotto a portare in evidenza un caso che a noi è sembrato eclatante.

Un giovane, di anni 20 alla nostra prima osservazione, veniva per senso di fastidio al testicolo destro e, più in generale, per un controllo poiché sottoposto ad intervento per varicocele sinistro un anno prima, eseguito sec. Ivanissevich. Nell'occasione aveva eseguito due spermogrammi che evidenziavano azoospermia. Nel secondo esame era stata eseguita centrifugazione con assenza spermatozoi nel *pellet*. Come completamento d'indagine era stata eseguita biopsia del solo testicolo destro poiché il sinistro era evidentemente più piccolo. L'esame istologico riportava "assenza della serie maturativa spermatocitica a livello degli spermatogoni di I ordine". FSH: 11,2.

Dopo l'intervento il giovane non era stato sottoposto ad alcuna terapia se non la normale copertura antibiotica post-operatoria per 5 giorni.

Al nostro controllo, a circa 1 anno dall'intervento, è stato eseguito esame del liquido seminale con i seguenti parametri principali: quantità 2 ml, pH 7,9 spermatozoi: 54 mil/ml, spermatozoi normali: 59% (criteri ristretti di Kruger), motilità lineare a 1 H: 25%. Il dato veniva confermato da un secondo esame a 7 giorni di distanza.

Nella letteratura da noi consultata vengono riportati casi di comparsa di spermatozoi in azoospermici ma senza certezza che lo fosse veramente per la mancanza di esame con centrifugato del seme o di biopsia confermatrice.

Nel caso in esame è difficile poter sospettare che non si trattasse di vera azoospermia per aver eseguito due esami del liquido seminale di cui il secondo con ricerca su centrifugato, la biopsia del testicolo migliore negativa per linea germine completa, non era presente alcuna patologia che potesse essere causa di danno grave della spermatogenesi.

Dato l'importante risvolto per la fertilità delle coppie a causa dell'azoospermia, ci sembra doveroso sottolineare, alla luce del caso descritto, come sia assolutamente necessario, in pre-

senza di FSH non molto alto e volume regolare di almeno un testicolo, sottoporre il paziente portatore di varicocele ad intervento correttivo.

Non pensiamo che la biopsia sia necessaria anche se nel caso presentato è stata ulteriore conferma della azoospermia secreta.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 1

Sclerotizzazione anterograda del varicocele mediante tecnica di Tauber: risultati dopo 1.000 procedure

L. Rolle, C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, E. Galletto, P. Destefanis, D. Fontana

Divisione Universitaria di Urologia 2, A.S.O. "San Giovanni Battista" "Molinette", S.S.C.V.D. per l'Andrologia, Torino

Introduzione

Scopo del lavoro è stato verificare, al raggiungimento del millesimo paziente trattato nel nostro Centro mediante sclerotizzazione anterograda delle vene spermatiche secondo Tauber, gli aspetti positivi e negativi, le complicanze, i risultati della metodica.

Materiali e metodi

Tra il dicembre 1996 e il gennaio 2007 abbiamo sottoposto a sclerotizzazione anterograda 1.000 pazienti affetti da varicocele. Lo studio pre-operatorio si è avvalso dell'esame obiettivo, del doppler dei vasi spermatici e dell'analisi del liquido seminale.

Il follow-up è stato condotto mediante visita, doppler e spermogramma a sei mesi dalla procedura; 100 pazienti sono poi stati riconvocati a distanza di almeno due anni dall'intervento per un nuovo controllo.

Risultati

In 993 casi non si sono registrate difficoltà tecniche particolari nell'esecuzione dell'intervento; in 14 casi non è stato possibile isolare una vena di dimensioni tali da poter essere incannulata e si è proceduto, nella stessa seduta, a prolungamento dell'incisione e a legatura e sezione della vena spermatica e delle collaterali a livello dell'anello inguinale esterno.

Non si sono verificate complicanze gravi; segnaliamo 7 casi di modesta funicolite, risoltisi in 2-3 giorni, e 2 casi di ematoma scrotale. In un caso è stata riscontrata ecograficamente una piccola area riferibile a sofferenza testicolare.

878 pazienti hanno completato il follow-up a 6 mesi. L'obiettività scrotale è risultata in tutti i casi normale, all'esame Doppler si sono registrati casi di recidiva nel 4,3% dei casi; se si considerano i diversi stadi flussimetrici le recidive sono

state del 2,9% nello stadio II e del 9% nello stadio III.

Nessuno dei soggetti sottoposti al controllo a 2 anni hanno sviluppato una recidiva del varicocele che non fosse già stata evidenziata al controllo a sei mesi.

Discussione

La sclerotizzazione anterograda delle vene spermatiche è procedura veloce e relativamente facile da eseguire, ma va segnalata una particolare difficoltà di incannulamento nei varicoceli di grado infraclinico e in alcuni varicoceli a spiccata morfologia plessiforme.

La revisione ha confermato che la metodica è sicura ed efficace; la percentuale di persistenza, confrontata con i dati di letteratura, risulta paragonabile a quella delle altre procedure descritte. I controlli a lunga distanza dimostrano che i risultati acquisiti si mantengono nel tempo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 2

Fertilità e trattamento mini-invasivo del varicocele: risultati a medio lungo termine su una vasta popolazione di pazienti trattati e valutati in maniera omogenea

I. Gattuccio, F. Montalto, F. Zangara, M. Parrinello, C. Gagliardo, F. Gattuccio

Università di Palermo

Introduzione

Si riportano gli ulteriori risultati del trattamento mini-invasivo del varicocele, alla luce di un lungo follow-up su una vasta popolazione di pazienti, omogeneamente valutati e studiati dal punto di vista ecografico, emodinamico, seminologico e flebografico.

Materiali e metodi

155 pz. affetti da varicocele, di età media 29,1 anni, sottoposti ad uno studio flebografico dell'asse venoso spermatico interno, dal gennaio 2004 al dicembre 2006.

Alla valutazione strumentale pre-operatoria con eco-color doppler (ECD), il 51,7% dei pz. presentava un reflusso venoso ortostatico basale (IV grado emodinamico della Stad. I-V ECD), mentre nel 8,9% si riscontravano fenomeni emodinamici di ipertensione venosa (V grado).

123 pz. erano dispermici: 59 pz. oligozoospermici (47,9%), 103 pz. astenozoospermici (83,7%), 105 pz. presentavano teratozoospermia (85,3%).

26 pz. (16,7%) non dispermici sono stati trattati solo a scopo preventivo, 4 pz. per sintomaticità dell'affezione ed infine 2 pz. per infertilità di coppia inspiegata.

Nel 78,9% dei pz. sottoposti a flebografia trans-femorale è

stato effettuato un incannulamento superselettivo della vena spermatica interna, fino in prossimità dell'anello inguinale interno. In 27 casi (21,1%), è stata eseguita una sclerosi in sede lombare, per impossibile cateterismo più distale. In tutti i casi è stato impiegato il tetra-decil-solfato-sodico al 3% come agente sclerosante.

In 14 casi (9,7%), sono state riscontrate varianti anatomiche della vena renale sinistra (6 casi) o dell'emergenza spermatica (8 casi), non compatibili con incannulamento selettivo della vena spermatica omolaterale; in 8 di questi casi si è proceduto a flebografia anterograda e sclerotizzazione sec. Tauber.

Risultati

L'ECD di controllo è stato effettuato in 100 pz. (68%); in 92 pz. (92%) l'indagine ECD ha escluso la presenza di reflussi venosi emodinamicamente significativi. Degli 8 casi di recidiva registrati, 3 sono risultati solo parziali, mentre 5 compatibili con completa persistenza del reflusso, immodificato nelle caratteristiche.

Il controllo seminologico è stato effettuato da 73 dei pazienti dispermici prima del trattamento e controllati dal punto di vista emodinamico nei confronti del successo della manovra; tra questi, la concentrazione nemaspermica è migliorata in 26 dei 40 pazienti oligozoospermici prima del trattamento (65%); la motilità nemaspermica è aumentata in 38 dei 64 pazienti astenozoospermici (59,3%), mentre la morfologia è migliorata in 35 dei 63 pazienti teratozoospermici (55,5%). 28 dei 65 pazienti infertili contattati telefonicamente a un follow-up medio di 18 mesi hanno ottenuto una gravidanza (43%).

Conclusioni

Nella nostra esperienza il trattamento mini-invasivo del varicocele si conferma sicuro, efficace e caratterizzato da un significativo miglioramento dei parametri seminali e della fertilità ad un lungo follow-up.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 3

Scleroembolizzazione secondo Tauber per varicocele: nostra esperienza

D. Vecchio, M. Pastorello, M. Poluzzi, R. Ballario, G. Caleffi, G. Carluccio, A. Molon

Divisione di Urologia, Ospedale "Sacro Cuore di Negrar", Verona

Introduzione e obiettivi

Descrivere la nostra esperienza nel trattamento del varicocele con sclerotizzazione anterograda secondo Tauber valutandone efficacia e profilo di sicurezza.

Materiali e metodi

Da febbraio 2002 a marzo 2007 sono stati sottoposti a sclero-

tizzazione anterograda secondo Tauber 165 pazienti (pz.) affetti da varicocele sinistro. Fra essi 37 (22,42%) presentavano varicocele sinistro III, 45 (27,27%) varicocele sinistro II, 47 (28,48%) varicocele sinistro I, 36 (21,81%) persistenza di varicocele dopo altre tecniche. A tutti è stata praticata usuale anestesia locale perifunicolare con Carbocaina 2%; utilizzato Polidocanolo 3% in quantità variabili tra 2 e 4 ml.

Risultati

La procedura ha richiesto da 15 a 75' nei primi 41 pz. e da 15 a 30' nei successivi; in 3 pz (1,7%) l'intervento non è stato portato a termine con successo per vene apparentemente trombizzate: si è quindi proceduto a legatura selettiva delle vene dal medesimo accesso alla radice dell'emiscroto sinistro. Nei primi 51 pz. si lamenta una atrofia testicolare (pz. numero 24, 0,59%), 6 lievi funiculiti (3,6%); fugaci e rapidamente regredite con breve terapia antiflogistica e antibiotica; 150 pz. non hanno presentato persistenza di varicocele (90,9%) a sei mesi previa verifica con ecodoppler; l'esposizione radiologica è stata minima; dimissione a due ore dalla procedura.

Conclusioni

La tecnica di Tauber rappresenta una valida opzione per il trattamento di varicoceci di qualsiasi grado, i tempi operatori si abbassano significativamente dopo usuale curva di apprendimento; in mani esperte risulta efficace e sicura a fronte di una minima invasività e veloci tempi di recupero (per questo sempre più gradita al pz.); estremamente economica rispetto alle altre tecniche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 4

Varicocele destro: ha valore il suo trattamento nel miglioramento della spermatogenesi?

S. Minucci, G. Mazzoni, G. Antonini*, V. Gentile*

*Radiologia Vascolare, A.O. "S. Camillo-Forlanini"; * Dipartimento Urologia, Università di Roma "La Sapienza" di Roma*

Introduzione e obiettivi

L'incidenza del varicocele bilaterale un tempo stimata intorno al 15% viene recentemente riportata del 77,5% in pazienti con varicocele e infertilità¹. In questi casi sono stati dimostrati effetti dannosi sul testicolo destro conseguenti all'ipossia². Altri AA riportano che il trattamento bilaterale del varicocele migliora i risultati del liquido seminale rispetto a quello solo a sinistra³⁻⁵. Abbiamo quindi voluto verificare nella nostra casistica l'incidenza e i risultati del varicocele bilaterale nel paziente infertile.

Materiali e metodi

Su un totale di 435 pazienti infertili trattati con sclerosi Antero/retrograda (A/R) dal 2000 al 2006, 144 (33%) avevano un varicocele bilaterale. In particolare 22 sono stati sottoposti a sclerosi A/R sin + A dx, 56 a sclerosi A/R sin + R dx, 7 a sclerosi A sin + A/R dx, 38 a sclerosi A/R bilat. 21 sono stati trattati solo a dx (A/R) per infertilità persistente dopo precedente trattamento a sin.

Risultati

Tutti i pazienti sono risultati guariti al controllo clinico e eco-color-doppler a 6 e 12 mesi. C'è stato un miglioramento dei parametri seminali secondo gli indici standard OMS nel 44% dei casi.

Conclusioni

Nel paziente infertile è sempre indispensabile una attenta valutazione per la possibile presenza di un varicocele destro oltre che sinistro. In caso di varicocele bilaterale, l'approccio sclerosante Antero/retrogrado ci sembra offrire la migliore proposta terapeutica per risultati, costi e mininvasività potendo personalizzare il trattamento a seconda dei casi.

Bibliografia

- 1 Trussell JC, et al. *High prevalence of bilateral varicoceles confirmed with ultrasonography*. Int Urol Nephrol 2003;35:115-8.
- 2 Gat Y, et al. *Right varicocele and hypoxia, crucial factors in male infertility: fluid mechanics analysis of the impaired testicular drainage system*. Reprod Biomed Online 2006;13:510-5.
- 3 Fujisawa M, et al. *The efficacy of bilateral varicocelectomy in patients with palpable bilateral varicoceles: comparative study with unilateral varicocele*. Urol Res 2003;31:407-9.
- 4 Libman J, et al. *Beneficial effect of microsurgical varicocelectomy is superior for men with bilateral vs. unilateral repair*. J Urol 2006;176:2602-5.
- 5 Pasqualotto FF, et al. *Is it worthwhile to operate on subclinical right varicocele in patients with grade II-III varicocele in the left testicle?* J Assist Reprod Genet 2005;22:227-31.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 6

Scleroembolizzazione retrograda del varicocele. Risultati preliminari nella nostra esperienza

A. Vitarelli, G. Lorusso, S. Telari, G. Francioso*, G. Marano*, E. Lavelli, A. Pagliarulo

*Dipartimento Emergenza e Trapianto Organi, U.O. Urologia II, Universitaria Policlinico di Bari; * U.O. Radiodiagnostica I, Ospedaliera Policlinico di Bari*

Introduzione

La scleroembolizzazione retrograda delle vene spermatiche rappresenta una tecnica mininvasiva sicura ed affidabile. Abbiamo introdotto tale tecnica nella nostra esperienza per valutarne efficacia e tollerabilità.

Materiali e metodi

Dal 2-2005 al 1-2007, 74 pazienti con varicocele sinistro primitivo-età media 25,2 (range 16-33), sono stati sottoposti, mediante approccio percutaneo femorale dx, a studio angiografico e successivo posizionamento di spirali metalliche nel tratto pelvico della v. spermatica, previo cateterismo superselettivo della stessa, con verifica della completa occlusione del vaso. Prima della procedura e con un follow-up a partire dai 6 mesi, tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione clinica, eco-color-doppler (ECD) e spermioγραμμα.

Il 28% dei pazienti presentava varicocele di III grado. È stato valutato il tempo di esposizione ai raggi, la durata della procedura, le eventuali complicanze e recidive.

Risultati

La durata media della procedura è stata di 25 minuti (range 22-40 min). Il tempo medio di esposizione ai raggi è stato di 15 minuti (range 12-21 min). In 5 pazienti (6%) non è stato possibile completare la procedura per difficoltà tecniche intercorse (spasmo del vaso, stravasamento di m.d.c., particolari condizioni anatomiche). In 58 dei 69 pazienti (84%) in cui la procedura è stata portata a termine, l'ECD a 6 mesi ha evidenziato assenza di reflusso venoso spermatico; in 11 pazienti (16%) è stata evidenziata una recidiva di varicocele di II o III grado al follow-up. 55 pazienti (79%) presentavano nel post-operatorio lievi algie inguinoscrotali regredite entro i primi tre mesi con l'utilizzo di FANS.

Conclusioni

Nella nostra iniziale esperienza, la Scleroembolizzazione retrograda del varicocele sinistro si è dimostrata, una tecnica sicura e scevra da complicanze, sebbene non si possa sottovalutare il tasso di recidiva e la possibilità, in un numero limitato di casi, di non poter ricorrere a tale metodica per difficoltà tecniche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 46**Sclerotizzazione anterograda del plesso venoso spermatico sinistro sec. Tauber in paziente con varicocele sinistro plurirecidivo sostenuto da anastomosi tra vasi spermatici sinistri e vasi perivescicali**

F. Rosso, F. Gallo, C. Giberti

Divisione di Urologia, Ospedale "San Paolo", Savona

Introduzione

Il varicocele recidivo rappresenta una problematica con cui tutti gli andrologi devono confrontarsi. La recidiva può essere legata alla presenza di shunt venosi viscerospermatici che, se non studiati pre-operatoriamente, possono vanificare i risultati chirurgici. Presentiamo un caso di varicocele sinistro plurirecidivo sostenuto da anastomosi tra il vene spermatiche e vasi venosi perivescicali, trattato con successo con sclerotizzazione anterograda del plesso spermatico sinistro sec. Tauber.

Materiali e metodi

Un paziente di 34 anni, già sottoposto a tre diversi trattamenti per varicocele sinistro (il primo percutaneo transfemorale con cateterizzazione selettiva della vena spermatica interna e posizionamento di spirale di Granturco, il secondo di legatura subinguinale e, in terza battuta, un tentativo di sclerotizza-

zione retrograda infruttuoso per arresto del mezzo di contrasto a livello della precedente embolizzazione con spirale), si presentava alla nostra attenzione per severa oligoteratospermia persistente. L'esame obiettivo e l'ecocolordoppler del funicolo evidenziavano un quadro di varicocele sinistro recidivo di III. Il paziente veniva quindi sottoposto, previa anestesia locale intrafunicolare e isolamento del funicolo a livello della radice del pene, a flebografia anterograda dei vasi spermatici sinistri che evidenziava la presenza di un circolo anastomotico tra il plesso venoso spermatico sinistro e alcuni vasi perivescicali. Tramite lo stesso accesso venoso veniva eseguita sclerotizzazione anterograda dei collaterali ectasici con schiuma di Tetradecilsolfato (2 ml) previa *air block* con 1 ml di aria, secondo la tecnica di Tauber.

Risultati

L'esame obiettivo e l'ecocolordoppler del funicolo spermatico eseguiti alcuni giorni dopo evidenziavano una scomparsa del varicocele sinistro. Lo spermioγραμμα eseguito 4 mesi dopo dimostrava un deciso miglioramento dei parametri seminali precedentemente alterati.

Conclusioni

Il varicocele recidivo può essere legato alla presenza di circoli anastomotici viscerospermatici. In questi pazienti un'accurata valutazione flebografica dovrebbe sempre precedere il trattamento chirurgico al fine di evidenziare l'eventuale esistenza di tali circoli collaterali. La tecnica di Tauber, permettendo di sclerotizzare anche i collaterali venosi più piccoli e spesso difficilmente individuabili può fornire, soprattutto nei pazienti recidivi, maggiori probabilità di successo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Patologie delle vie seminali

P 27

Descrizione di raro caso di angiofibroblastoma *like tumor* del tratto genitale maschile

M. Arancio, A. Delsignore, F. Fontana, G. Landi, C. Marchetti, M. Marcato, M. Muscarà, C. Martinengo
Clinica Urologica, Università del Piemonte Orientale, Novara

Introduzione ed obiettivi

L'angiofibroblastoma è un tumore mesenchimale raro, a lenta crescita, che si manifesta principalmente come lesione a livello vulvovaginale in donne fertili. Nel nostro lavoro viene descritto un raro caso di angiofibroblastoma *like tumor* in sesso maschile, insorto a livello scrotale destro.

Materiali e metodi

B.R., 52 anni, si reca presso il nostro ambulatorio per la presenza di una tumefazione indolente a livello scrotale di circa 5 cm di lunghezza, comparsa circa 3 anni prima. Ecograficamente si evidenziava in sede paratesticolare una neoformazione nodulare disecogena, vascolarizzata di verosimile pertinenza epididimaria. Il paziente è stato sottoposto ad intervento esplorativo. La formazione, ovalare di 5,5 x 5,3 x 2,8 cm, di colore bianco grigiastro e bene separabile dai tessuti circostanti, è stata asportata completamente, previa esecuzione di esame istologico estemporaneo.

Risultati

L'esame istologico definitivo ha dimostrato un tumore ben delimitato, a bassa cellularità e a stroma fibro-mixoide, costituito prevalentemente da cellule mesenchimali fusate disposte attorno a vasi di piccolo medio calibro, dilatati e con parete ialinizzata. Gli elementi proliferanti, citologicamente blandi, presentano nuclei ovali o allungati e citoplasma a margini poco definiti oppure eosinofilo, nastriforme. Non sono evidenti mitosi o necrosi.

A 6 mesi dall'intervento il paziente è in ottime condizioni generali e la TC addome di controllo è risultata completamente negativa.

Conclusioni

L'angiofibroblastoma *like tumor* del tratto genitale maschile è una lesione estremamente rara. In letteratura sono stati complessivamente riportati 16 casi. Di questi 9 sono stati descritti a livello scrotale, gli altri 7 a livello inguinale. È stato riportato un solo caso localmente invasivo a livello dello scroto. Tutti gli altri casi sono descritti come tumori a bas-

sa cellularità con completa assenza di mitosi e necrosi e a comportamento biologico benigno.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 29

Un caso di leiomioma del funicolo: nostra esperienza e revisione della letteratura

G. Benedetto, F. Nigro, G. Abatangelo, E. Scremin, A. Tasca

U.O.C. Urologia, Ospedale Civile "S. Bortolo", Vicenza

Introduzione

Il leiomioma del funicolo testicolare è tra i tumori benigni degli annessi il secondo più comune. In una casistica recente giapponese sono riportati 25 casi di leiomiomi scrotali negli ultimi 20 anni. Soltanto l'esame istologico può dimostrare la presenza di un leiomioma.

Caso clinico

Riportiamo il caso di un paziente di 71 anni giunto alla nostra attenzione nel luglio 2005, lamentando un riscontro di una tumefazione non dolorabile a livello inguino-scrotale sinistro. Nell'anamnesi il paziente presentava ipertensione arteriosa. All'esame obiettivo si evidenziava la presenza di una tumefazione non dolente della grandezza di una noce, di consistenza teso-elastica a livello inguino-scrotale sinistro e non in rapporto al didimo o epididimo. L'ecografia documentava didimi ed epididimi regolari ed una lesione linfonodale solida del diametro di 5 x 2,7 x 4,5 cm in sede inguino-scrotale sinistro, al livello del funicolo.

I marcatori tumorali risultavano nella norma. Veniva sottoposto ad inguinotomia esplorativa: all'apertura della fascia spermatica si evidenziava 3 cm prossimamente al testicolo, una neoformazione delle dimensioni di una piccola albicocca biancastra dura e bernoccoluta che riceveva apporto ematico da una collaterale dei vasi funicolari. Tale neoformazione veniva asportata legando il peduncolo. L'esame istologico estemporaneo documentava leiomioma al 99% vs. leiomiosarcoma a bassa malignità. Il testicolo appariva di dimensioni inferiori alla norma, ma di aspetto e colorito regolari, pertanto si decideva di conservare il testicolo, alla luce della benignità della lesione. All'esame istologico definitivo la massa di 5 x 4 x 3 cm appariva all'aspetto macroscopico come capsulata ed al taglio di aspetto fascicolato; istopatologicamente si documentava leiomioma; i fasci muscolari erano positivi in immunohistochimica ad actina, desmina e vimentina. Il paziente veniva sottoposto a TAC toraco-addominale che risultava negativa per lesioni ripetitive. Il follow-up a 20 mesi non documenta recidive.

Conclusioni

In letteratura sono riportati solo casi clinici riguardo il leiomioma del funicolo; la casistica più ampia risale al 2005 con 25 casi riportati: tutti concludono che le neoformazioni di origine connettivale-muscolare testicolare hanno decorso beni-

gno. Attualmente non ci sono metodiche che ci permettano di porre diagnosi precoce e di evitare l'inguinotomia esplorativa che rappresenta l'unica modalità di diagnosi e trattamento per una lesione benigna.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Patologia testicolare

P 17

Approccio diagnostico e terapeutico razionale al criptorchidismo con testicolo non palpabile

F. Ferro, A. Spagnoli, M.C. Lucchetti, L. Martini*, A. Borsellino, P. Atzori, F. Antonini**, S. Vallasciani
*U.O.C. di Chirurgia Andrologica e Ginecologica dell'Età Evolutiva, * Servizio di Anestesia e Rianimazione, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", IRCCS, Roma; ** Dipartimento di Urologia "U. Bracchi", Università di Roma "La Sapienza"*

Il testicolo non palpabile (TNP) rappresenta "classicamente" il 20% dei casi di criptorchidismo. Questa incidenza deve essere considerata reale solo se per TNP si intende una gonade che non sia apprezzabile in sede di ritenzione o di ectopia con le caratteristiche fisiche abituali. Se si escludono pertanto i casi di atrofia gonadica (*vanished testis*) esito di una torsione prenatale, identificabili per la palpazione del residuo gonadico scrotale (RS) questa incidenza deve essere notevolmente ridotta e con essa il dubbio diagnostico.

In due anni 63 pazienti con uno e 9 con entrambi TNP (età media 16 mesi; min 7-max 52 mesi) hanno subito tre modalità di approccio chirurgico diretto alla definizione diagnostica e al relativo trattamento di 83 gonadi non apprezzabili con le manovre semeiologiche e con lo studio ecografico:

- 1) esplorazione scrotale lungo il rafe in caso di palpabilità del RS, in assenza di sospetta pervietà del dotto peritoneale (16; 19,3%). La gonade opposta presentava dimensioni superiori alla norma nella totalità dei casi. In tutti i casi si è avuta la conferma del sospetto (orchidopessia della gonade opposta);
- 2) con chiari segni di pervietà del dotto peritoneale e normalità del testicolo opposto, l'esplorazione è avvenuta per via inguinale (59; 71%). In questo caso la diagnosi è stata di atrofia in 15 casi (18%). Due testicoli in uno stesso paziente erano in ectopia interstiziale (2,4%). I 44 testicoli addominali (53%) hanno praticato orchidopessia standard (39; 47%), a stadi con tecnica di Corkery (2; 2,4%), con sezione dei vasi spermatici sec. Fowler e Stephens (2; 2,4%) e gonadectomia per ipoplasia e dismorfismo gonadico (1; 1,2%);
- 3) tre esplorazioni laparoscopiche (6 gonadi; 7,2%) sono state motivate dalla non palpabilità bilaterale associati a ipospadia perineale (1 caso) o all'assenza di segni di pervietà del dotto peritoneale (2 casi di cui 1 con *vanishing testis* bilaterale).

La strategia clinica descritta ha consentito di affrontare il TNP in regime di day surgery ad eccezione dei casi di in-

compatibilità e di approccio laparoscopico), con assenza di complicazioni chirurgiche e anestesiolgiche e costi ridotti. L'esplorazione laparoscopica generalizzata al TNP non è giustificata. L'approccio esclusivamente scrotale, come preconizzato e confermato ad altri autori, seguito da quello inguinale e, in ultimo, dal ricorso alla laparoscopia, è una strategia clinica che meglio rispecchia la realtà del TNP.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 30

Fibrotecoma del testicolo: descrizione di un raro caso clinico

G. Ranieri, M. Ranieri*, G. Paradiso Galatioto, C. Vicentini

*Clinica Urologica, Università di L'Aquila, U.O. di Urologia, P.O. di Teramo; * U.O. di Urologia, P.O. "Santa Scolastica" di Cassino*

Introduzione

Il nostro caso clinico è rappresentato da un paziente di 30 anni che giunge alla nostra osservazione per una tumefazione non dolente al testicolo sinistro rilevata successivamente a trauma sportivo. In anamnesi pregressa varicocelectomia sinistra all'età di 18 anni, appendicectomia e tonsillectomia. L'esame obiettivo evidenziava una massa estrinseca a carico del testicolo sinistro di circa 1,5 cm di diametro, con consistenza duro-ligneo. Tale massa non era né dolorabile né associata a ginecomastia.

Materiali e metodi

I *markers* tumorali risultavano nella norma (betahCG: 0 mUI/ml; alfafetoproteina: 1,4 ng/ml), mentre l'ecotomografia scrotale evidenziava una massa ipoecogena di circa 2 cm a carico del testicolo di sinistra. La tomografia assiale computerizzata *total body* (TC) e la radiografia (Rx) del torace, con tutte le limitazioni, dimostravano l'assenza di malattia metastatica radiologicamente evidente. Il paziente è stato sottoposto ad orchifunicolectomia sinistra e l'esame istologico successivo ha evidenziato: fibrotecoma del testicolo. Gli studi immunoistochimici con anticorpi monoclonali condotti successivamente, hanno rilevato una forte immunoreattività per la vimentina e debole immunoreattività per le citochine a basso peso molecolare (AE3) e per l'ormone luteinizzante (LH); nessuna reazione per le citochine ad alto peso molecolare (AE1) e per l'ormone follicolostimolante (FSH) e desmina.

Risultati

Nel nostro caso poiché le caratteristiche istologiche suggerivano per un basso grado di malignità si è optato per uno stretto follow-up che includeva visita urologica di controllo ed esami ematochimici ogni 3 mesi e TC ogni 6 mesi per i primi 2 anni e successivamente ogni anno per 10 anni.

Conclusioni

Secondo le più recenti classificazioni, per “*sex cord stromal tumors*” si intende un gruppo di neoplasie non germinali con origine dall’epitelio celomatico. Essi includono i tumori del Sertoli, del Leydig, della granulosa e teca da soli o espressi in varie combinazioni. Vista la particolarità del quadro istologico, il nostro paziente costituisce un rarissimo caso di fibrotecoma puro del testicolo. Quindi il nostro caso clinico risulta tanto eclatante quanto raro, come emerge dalla scarsità dei dati presenti dalla revisione della letteratura degli ultimi 30 anni.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 31

Raro caso di cisti epidermoidale del testicolo: case report e review della letteratura

L. Mavilla, S. Brunori, L. Albanesi, B. Gentile, S. Nardoni, F. Pisanti, T. Shestani, G. Vincenti, R. Giulianelli
U.O. di Urologia, Casa di Cura “Villa Tiberia”, Roma

Introduzione ed obiettivi

Paziente di 16 anni giunge alla nostra osservazione per algia testicolo sinistro e riferita tumefazione dello stesso. L’esame obiettivo conferma l’aumento volumetrico del didimo con palpazione di formazione ovoidale solida.

Materiali e metodi

Viene sottoposto ad ecocolordoppler scrotale che documenta la presenza di formazione solida del didimo sinistro del diametro massimo di circa 2 cm, ovoidale, a contorni irregolari con aree anecogene e calcificazioni parietali stratificate apparentemente non vascolarizzata. Eseguiti i *markers* tumorali che risultano nella norma.

Si procede ad esplorazione chirurgica per via inguinale.

Isolamento del didimo e clampaggio funicolare per un tempo totale di 20 minuti. Enucleazione della massa che appare biancastra a contenuto poltaceo. Si esegue esame istologico estemporaneo che documenta neoformazione cistica a capsula fortemente ispessita.

Si decide pertanto di preservare il testicolo.

Risultati e conclusioni

L’esame istologico definitivo conferma la diagnosi di neoformazione cistica rivestita da epitelio malpighiano, riconducibile a cisti epidermoidale. La chirurgia tradizione delle neo-

plasia del testicolo è l’orchietomia per via inguinale. A partire dagli anni ’90 la predominanza di lesioni a comportamento benigno come le neoplasie cistiche nel bambino, i teratomi in età pre-puberale e l’assenza di neoplasie alle biopsie peri-tumorali hanno evidenziato come il trattamento di tipo conservativo della gonade, con l’enucleazione della lesione per via inguinale previo clampaggio del funicolo, sia il *gold-standard* nel trattamento di tali lesioni. Le cisti epidermoidali appartengono ai teratomi; in letteratura sono descritti circa 300 casi di cisti dermoidi del testicolo di più frequente riscontro nei giovani adulti¹. Metcalfe ha criticato questi risultati presentando una incidenza del 10% di cisti dermoidi in giovani di età superiore ai sedici anni².

Bibliografia

- 1 Neumann DP, Abrams GS, Hight DW. *Testicular epidermoid cysts in pre-puberal children: case report and review of the world literature*. J Pediatr Surg 1997;32:1786-9.
- 2 Metcalfe PD, Farivar-Mohseni H, Farhat W, McLorie G, Khoury A, Bagli DJ. *Pediatric testicular tumors: contemporary incidence and efficacy of testicular preserving surgery*. J Urol 2003;170:2412-5.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

GC 1

Cellule dendritiche e sindrome a sole cellule di Sertoli: possibili correlazioni

L. Rolle*, C. Ceruti*, A. Tamagnone*, M. Timpano*, C. Negro*, S. Cappia**, E. Bollito**, P. Burlo**, P. Destefanis*, D. Fontana*

* *Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale “S. Giovanni Battista” “Molinette”, Torino, S.S.C.V.D. per l’Andrologia;* * *Divisione di Anatomia Patologica I, A.O. “San Giovanni Battista” di Torino;* ** *Divisione di Anatomia Patologica, A.O. “San Luigi Gonzaga” di Orbassano*

Introduzione

Attualmente solo raramente è possibile riconoscere la causa eziopatogenetica delle azoospermie secretorie e molto si è speculato sul ruolo dell’immunità come possibile agente eziologico senza ottenere risultati definitivi.

L’obiettivo dello studio è valutare, con uno studio di immunostochimica su biopsie testicolari eseguite in corso di TeSE in pazienti con azoospermia, la possibile correlazione tra la presenza di un infiltrato dendritico-macrofagico e la sindrome a sole cellule di Sertoli.

Materiali e Metodi

Sono stati considerati per lo studio i pazienti che sono stati sottoposti, dal 2003 all’inizio del 2006, a prelievo chirurgico di spermatozoi mediante biopsia testicolare. Sono stati inclusi nello studio solo i casi che presentavano una dia-

gnosi istopatologica di spermatogenesi conservata e di sindrome a Sole Cellule di Sertoli (47 casi in totale). Sui frammenti di biopsia testicolare, è stata effettuata un'analisi istopatologica con calcolo del Johnsen score e colorazioni immunostochimiche con anticorpi anti-CD1a (per le cellule dendritiche immature); anticorpi anti-fascina (per le cellule dendritiche mature); anticorpi anti-CD83 (per le cellule dendritiche mature ed attivate); anticorpi anti-CD68 (per i macrofagi). I vetrini sono stati osservati al microscopio ottico da due distinti operatori che hanno effettuato una valutazione semiquantitativa in doppio cieco dell'infiltrato dendritico-macrofagico.

Risultati

In base all'analisi istologica sono stati creati due gruppi: casi con spermatogenesi conservata (23 casi – gruppo A) e casi con sindrome a sole cellule di Sertoli (24 casi – gruppo B). La colorazione con anticorpo anti-CD1a è risultata sempre negativa in tutti i campioni. Nel gruppo A tutti i pazienti sono risultati positivi sia al p55, sia al CD68, mentre 11 sono risultati positivi al CD83. Nel gruppo B 5 sono risultati positivi al p55, 3 al CD83 e 13 al CD68. È stata evidenziata una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi per tutte le colorazioni ($p < 0,001$).

Conclusioni

Con il nostro lavoro abbiamo evidenziato come esista una correlazione tra l'infiltrato di macrofagi e di cellule dendritiche nel parenchima testicolare e le alterazioni della spermatogenesi. In particolare i nostri risultati, per la prima volta, hanno evidenziato, un aumento statisticamente significativo ($p < 0,001$) dell'infiltrato di cellule dendritiche, in pazienti con Sertoli *Cell Only Syndrome*.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 57

Scroto acuto post-traumatico: monitoraggio ecografico e timing chirurgico

G. Ranieri, M. Tonelli, G. Paradiso Galatioto, P. Galassi, G. Simoncini, C. Vicentini

Clinica Urologica, Università di L'Aquila, U.O. di Urologia, P.O. di Teramo

Introduzione

Il trattamento dei traumi testicolari appare abbastanza decodificato; piccoli ematomi intratesticolari e/o della parete scrotale: follow-up, mentre la rottura testicolare o ematoceli importanti: esplorazione chirurgica e/o terapia chirurgica demolitiva con orchietomia.

Vi possono essere molti quadri intermedi che lasciano interdetti urologi anche esperti, per la mancanza di Linee Guida ben decodificate.

Materiali e metodi

La sensibilità dell'ecografia (US) nella diagnosi di rottura testicolare varia da 83-92%, ma non sempre l'*imaging* è d'aiuto (un voluminoso ematocele può nascondere una rottura del testicolo). Molto spesso, inoltre, anche per problematiche medico-legali, vengono sottoposti a terapia demolitiva traumi non necessariamente chirurgici. Il ruolo dell'eco-color-doppler (ECDP) ancora oggi non è ben definito: nel nostro studio, in accordo con la recente letteratura, tutti i pz sono stati sottoposti ad US e ECDP con risposte estremamente discordanti e quadri di iper- e ipoperfusione ematica.

Risultati

Abbiamo esaminato 12 casi di traumi scrotali, età media di 23,5 (16-28) anni. Tutti i pz sono stati sottoposti a esame obiettivo, esami ematochimici seriati, US ed ECDP scrotale. Un pz non si è sottoposto ai controlli richiesti, uno è stato operato in urgenza per contestuale rottura vescicale intraperitoneale; 2 pz sono stati sottoposti ad orchietomia in urgenza differita. Dei restanti 8, in 6 casi si è proceduto a riparazione della tunica albuginea con revisione del parenchima testicolare e in 2 è stata eseguita una orchietomia parziale con rimozione di tessuto necrotico. Nei 2 casi rimanenti si è effettuato follow-up ravvicinato con US e terapia medica. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a US e ECDP sia pre che postoperatori. Nei 12 pz il pattern US/ECDP si presentava estremamente eterogeneo con diversi quadri di vascolarizzazione.

Conclusioni

Il trauma del testicolo e la torsione sono le più importanti urgenze urologiche che richiedono un intervento rapido ed una decisione immediata. Oggi l'approccio diagnostico si basa sullo studio US del parenchima testicolare contestualmente all'ECDP. Il quadro, però, mostra spesso caratteristiche evolutive che richiedono un monitoraggio ravvicinato se non continuo che necessariamente, a nostro avviso, non può che essere effettuato dallo stesso specialista Urologo, a cui spetta la decisione per l'indicazione chirurgica o per un atteggiamento terapeutico conservativo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 58

Rilievo di microlitiasi testicolare in due gruppi di pazienti selezionati

S. Trovarelli, V. Tallis, S. Coppi, P. Piomboni*, G. Morgante*, E. Paliouri, M. Gnech, R. Ponchietti
*Cattedra di Urologia, * Dipartimento di Pediatria, Ostetricia e Medicina della Riproduzione*

Introduzione

Il rilievo nel testicolo, in corso di esame ecografico, di piccole calcificazioni intraparenchimali, solitamente indicate come

microlitiasi testicolare (MT), è una evenienza infrequente e di riscontro occasionale. Si ritiene secondaria alla deposizione intratubulare di microliti, verosimilmente conseguenza della degenerazione delle cellule dei tubuli seminiferi. La diagnosi ecografica è caratterizzata dall'evidenza di piccoli (1-2 mm) e multipli foci ecogenici, a distribuzione periferica, segmentale, unilaterale e asimmetrica. Tale rilievo merita una particolare attenzione per la sua associazione con neoplasie testicolari benigne e maligne e con varie condizioni cliniche quali infertilità, criptorchidismo, sindrome di Down e microlitiasi alveolare polmonare. Scopo del presente lavoro è la descrizione di quattro casi di MT rilevati in due gruppi distinti di soggetti selezionati.

Materiali e metodi

Il primo gruppo selezionato presso il Centro per l'infertilità di coppia, era costituito da 384 partners maschili di coppie infertili. Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad anamnesi ed esame obiettivo uroandrologico, ecografia testicolare con ecometria e studio Doppler-sonografico, bilancio ormonale (FSH, LH, 17 beta estradiolo, prolattina, testosterone), cariotipo, ricerca di microdelezioni del cromosoma Y e del gene per la fibrosi cistica. Il secondo gruppo era costituito da 105 pazienti reclutati nell'ambito della Settimana di Prevenzione Andrologica 2007, sottoposti a visita andrologica e a *screening* ecografico testicolare. Attenendoci alla classificazione di Backus, abbiamo riscontrato tre casi di MT bilaterale nel primo gruppo e uno nel secondo.

Risultati

I tre pazienti infertili con MT, appartenenti al primo gruppo, risultavano tutti azoospermici, ed uno presentava grave oligoastenoteratospermia con concomitante varicocele sinistro. Il bilancio ormonale e la valutazione genetica erano normali. Il paziente appartenente al secondo gruppo non risultava infertile e presentava obiettivamente testicoli mobili.

Conclusioni

Nei due gruppi di pazienti da noi valutati, il primo per infertilità ed il secondo per prevenzione andrologica, abbiamo riscontrato una frequenza di MT rispettivamente dell'0,8% e 0,95%. Questi valori sono in linea con i dati della letteratura sebbene vi siano casistiche, sempre relative a uomini infertili, che riportano incidenze maggiori (1,5-2,8%). Il riscontro di MT nella nostra esperienza si associa a marcate alterazioni dei parametri seminali.

È stata ipotizzata una relazione tra MT e alterazioni della funzione spermatica e il grado della MT potrebbe rappresentare una spia dell'entità del danno tubulare.

La teoria patogenetica che riscuote il maggior numero di consensi è quella postulata da Vegni-Talluri et al., che vede nella degenerazione delle cellule all'interno dei tubuli seminiferi e nella la calcificazione secondaria delle glicoproteine secrete nei tubuli la causa dell'insorgenza della MT.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Patologie prostatiche

P 57

Prostatite cronica sintomatica nella pratica clinica uro-andrologica in Sicilia: profilo clinico, diagnosi e trattamento

G. De Grande*, S. La Vignera**, G. La Pira*, C. Pavone***, S. Mini***, F. Mastroeni****, R. Allegro***, E.S.D. Vicari**

* (SR), ** (CT), *** (PA), **** (ME), Gruppo di Studio Sezione Regionale Sicilia, SIA

Introduzione ed obiettivi

Lo studio indaga la corrente pratica clinica del paziente con P cronica sintomatica in Sicilia.

Materiale e metodi

7 soci SIA, su iniziativa del Consiglio della SRS-SIA, inviarono (luglio 2006-maggio 2007) ad un centro raccolta dati (A.R.), 82 schede cliniche riportanti le risposte a un questionario (29 items) sulla P, che includeva caratteristiche demografiche, approccio a diagnosi e terapia.

Risultati

Lo studio di tipo prospettico (questionario-orientato) su pazienti affetti da P cronica sintomatica evidenziò le seguenti caratteristiche: età media 41 anni (range 19-68), coniugati/conviventi (45%), celibi (35,4%), eterosessuali (93,9%), in prevalenza (81,7%) operai, impiegati o professionisti, con 1 (65%) o 2 partners (25,0%) stabili (63,4%) da > 1 anno. Anamnesi della partner: negativa per UTI (88,2%), UTI + recente terapia (11,8%); ultima valutazione ginecologica: 8 mesi (range 0,5-48). Anamnesi patologica remota (P): negativa (52,4%); positiva per 1 o più condizioni tra: alvo irregolare (30,7%); patologia intestinale (20%), diabete (6,1%); altra patologia uro-andrologica (P esclusa) (11,3%). La tipologia di P era riferita come: batterica (46,7%), infiammatoria (21,7%), da Clamidia (10%), non caratterizzata (21,6%); trattata con antibiotici (90%) quasi sempre associati con > 1 classi di farmaci (FANS, fitoterapia, antidepressivi, alfalitici). La sintomatologia, presente da 5 mesi (range 3-7), giustificò un numero variabile di precedenti visite da 0 (45%) a 1-7 (55%). Nel 47,6% erano co-presenti disturbi sessuali: DE (14,6%), eiaculazione precoce (32,9%), libido ridotta (12,2%); sebbene il 54,9% (45/82) lamentasse una riduzione dell'attività sessuale, solo 11 usavano iPDE5. Per la valutazione diagnostica, si è fatto ricorso ad 1 o più tra: spermocoltura (85,3%), tampone uretrale (52,4%), massaggio

prostatico (29,3%), spermogramma (29,3%), TRUS (13,4%), PSA (37,8%); RPM (20,7%); UF (18,3%); invece nessun esame fu richiesto nel 7,3%. Le indagini microbiologiche erano limitate a patogeni comuni (15,9%) o estese (84,1%) a Clamidia (64,3%) o Ureaplasma (52,4%). In attesa dei risultati diagnostici i pazienti con P erano avviati a: monoterapia con antibiotici (7,3%), FANS (20,7%), fitofarmaci (9,8%); terapia combinata (57,3%); nessuna terapia (4,9%).

Conclusioni

La fase terapeutica del paziente con P in Sicilia non sembra seguire algoritmi lineari. Esiste invece alto riscontro di disturbi sessuali in tale categoria di pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 56

Una possibile nuova causa di poliglobulia secondaria rilevata nella clinica uro-andrologica ambulatoriale

G. Paulis*, R. D'Ascenzo, P. Nupieri, T. Brancato, P. Valenti, R. Stasi**, R. Maritati**, S. Busa**, M. Brunetti**, F. Angelini**

*Ospedale "Regina Apostolorum", Albano Laziale, Roma; *Incarico di Andrologia, S.C. di Urologia; **S.C. di Oncologia ed Ematologia*

Introduzione

L'idea su una nuova causa di poliglobulia secondaria è emersa dopo che circa 1 anno fa un paziente affetto da voluminosa IPB e da poliglobulia, costretto a periodici salassi, dopo l'adenomectomia presentò ai controlli un emocromo normale e non ebbe più necessità di salassi. Noi specialisti siamo a conoscenza che la cellula prostatica è in grado di trasformare il Testosterone libero in di-idro-Testosterone (DHT) ormone più attivo biologicamente. È inoltre noto come in corso di IPB aumentino nel tessuto prostatico le concentrazioni di DHT. La storia clinica citata ci ha spinti a considerare l'ipotesi che voluminose prostate ipertrofiche, producendo maggiormente DHT (in grado di stimolare l'eritropoiesi) si comportano come dei veri adenomi o iperplasie funzionanti alla stessa stregua di altre patologie endocrine come Cushing, adenomi ipofisari, ipertiroidismi da adenoma tiroideo ecc.

Materiali e metodi

Lo studio ha compreso 15 pazienti con età compresa tra 58 e 75 anni (media = 68) affetti da IPB (volumi prostatici da 48,1 a 145 ml) e sottoposti ai seguenti esami: eco-prostatica tran-

srettale, DHT e Testosterone plasmatici, Emocromo (Gr, Hb, Ht). Tutti i pazienti sono stati poi sottoposti a terapia medica con 1 cp/die di Dutasteride (che blocca la trasformazione del Testosterone in DHT, androgeno più potente). La cura ha avuto una durata di 12 mesi ed i follow-up sono stati a 6 e 12 mesi con gli stessi esami eseguiti prima dello start terapeutico.

Risultati

La risposta clinica alla Dutasteride è stata osservata in 12 casi su 15. Rispetto ai valori di base, dopo 12 mesi dall'inizio della Dutasteride sono state osservate nei *responders* riduzioni molto significative ($p < 0,001$) dei livelli circolanti di DHT (media: -44,15%), dei GR (media: -0,73 mil/mm³), Hb (media: -1,61 g/dL), Ht (media: -5,34%) del vol. prostatico (me-

dia: -32,77%). Nei restanti 3 casi i p. sono risultati non-*responder* alla Dutasteride con relativo aumento del DHT, incremento del vol. prostatico (solo in 2 p) ma anche di GR, Hb ed Ht. Al contrario del DHT il Testosterone plasmatico è aumentato nella maggior parte dei casi (media: +19,7%).

Conclusioni

Lo studio anche se ha compreso un limitato numero di casi dimostra chiaramente che ad un calo del DHT circolante corrisponde una riduzione di globuli rossi e viceversa. I risultati sono interessanti e una collaborazione con i colleghi ematologi potrebbe portare ulteriori ricerche ad interessanti conclusioni terapeutiche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Indice degli Autori

- Abatangelo G., S15, S16, S18, S4, S42, S54, S83
 Abbona A., S25, S26
 Abdollah F., S2, S73
 Aimè G., S44
 Albanesi L., S86
 Alei G., S32, S38, S33, S35, S36
 Allegro R., S89
 Aloisi A.M., S61
 Altieri M., S5
 Amodeo A., S56, S73
 Andretta E., S40
 Angelini F., S89
 Annese P., S34
 Antoniazzi F., S76
 Antonini F., S78, S85
 Antonini G., S80
 Aponte R., S47, S65, S71
 Arancio M., S83
 Arcaniolo D., S10
 Arena G., S15, S16, S64, S67
 Arienti G., S9
 Artuso G., S40
 Atzori P., S85
 Aversa A., S29, S50
 Azzolini N., S77
- Baldi I., S13
 Ballario R., S80
 Barbagli G., S45
 Barbieri B., S56
 Barbieri L., S13
 Bartoletti R., S30
 Bastianello P., S40
 Battiato C., S28, S53, S60, S9
 Battiato S., S28, S53
 Belgrano E., S56, S73
 Bellesi P., S20
 Benedetto G., S16, S18, S4, S42, S54, S83
 Benvenuto S., S56, S73
 Benzone S., S40
 Bercovich E., S75
 Bertaccini A., S56
 Bertone C., S50
 Bertozzi M.A., S68
 Bianchessi I., S4, S60
 Bierti S., S24
 Bijelic V., S2
 Bitelli M., S9
 Bollito E., S86
 Bonanni P., S62, S69
 Bonaro F., S39
 Borini A., S72
- Borsellino A., S44, S78, S85
 Boscaro M., S11
 Bosetti S., S24
 Bozzini G., S74
 Bragaglia A., S61
 Branca D., S64, S67
 Brancato T., S21, S24, S89
 Bresciani P., S77, S47
 Briganti A., S13, S2, S24, S73
 Brunetti M., S89
 Brunocilla E., S56
 Brunori S., S86
 Bruzziches R., S29, S50
 Bucci S., S56, S73
 Burlo P., S86
 Burrello N., S53, S9
 Bussa S., S89
 Buzzetti R., S62
- Cai T., S30
 Caleffi G., S80
 Calogero A.E., S53
 Calvo M., S60
 Calzavara F., S9, S28, S60
 Campo G., S3, S8, S15, S17, S18, S19, S33, S35, S36
 Campo S., S3
 Cantoro D., S76
 Capitani S., S65, S66, S67
 Capitano U., S24
 Capone M., S7
 Caponecchia L., S69
 Capparelli G., S39
 Cappia S., S86
 Capponi G., S2
 Caramma S., S9
 Carderi A., S51
 Carlucci M., S61
 Carluccio G., S80
 Carmignani G., S46, S47
 Carmignani L., S74
 Carone R., S19
 Carrieri G., S34
 Carrino M., S47, S65, S71
 Caruso S., S53
 Casarico A., S2
 Castellini C., S64
 Cavaliere A., S46
 Cavaliere M., S39
 Cavallari V., S53
 Cavallini G., S31
 Cazzaniga A., S36
 Ceruti C., S16, S57, S7, S74, S79, S86
- Chironi C., S76
 Christodoulakis K., S23
 Ciccariello M., S5
 Cisternino A., S40
 Ciuffreda M., S77
 Collode G., S67, S64, S66
 Colombo F., S36
 Concone D., S34
 Conti E., S15, S21
 Coppi S., S87
 Coppola G.A., S71
 Coppola L., S69, S71
 Cordero M., S21
 Cormio L., S34
 Corretti G., S13
 Corvasce T., S34
 Cosci I., S65, S66
 Cossaro E., S40
 Costantini E., S30, S33
 Costantini S., S47
 Costanzi A., S30
 Cozza P.P., S64, S67
 Crisafulli C., S5
 Croce D., S21
 Cugiani A., S57, S74
 Curreli A., S28
- Dadone C., S15, S16
 D'Agata C., S11
 D'Amico F., S46
 Dammino S., S28, S60, S9
 Daniele C., S39
 Daniele G.P., S39
 d'Anzeo G., S70, S76
 D'Ascenzo R., S21, S24, S89
 de Angelis M., S45
 De Caro G., S47
 De Carolis A., S37
 De Dominicis C., S5
 De Giorgi G., S24
 De Grande G., S11, S89
 De Marinis L., S68
 De Rose A.F., S46, S47, S69
 De Siati M., S34
 De Stefano G., S10
 Dehò F., S13, S2, S24
 Del Popolo G., S19
 Del Prete M., S49
 Del Vecchio G., S46
 Dello Russo G., S71
 Delsignore A., S83
 Dente D., S46
 Destefanis P., S79, S86

- Di Benedetto P., S19
 Di Caro G., S9
 Di Filippo A., S78
 Di Lena S., S10
 di Mari L., S53
 Di Mauro C., S60, S9
 Di Noto S., S28, S53
 Di Piero V., S5
 Di Santo G., S11
 Disanto V., S22, S26
 D'Orazi V., S71
 Durante S., S24
- Fabi F., S71
 Farina U., S30
 Faro S., S9
 Fasolis G., S15, S21
 Fasolo P.P., S21
 Federico M.G., S67
 Ferrando U., S25, S26
 Ferrarese P., S18
 Ferro F., S43, S44, S78, S85
 Festa R., S68
 Fiocca G., S43
 Fiorentin D., S72
 Fioretti F., S30, S33
 Fiori C., S69
 Fiori M., S75
 Fondacaro L., S28
 Fontana D., S16, S36, S57, S74, S79, S86
 Fontana F., S83
 Fontana G., S44
 Francesca F., S19
 Franceschi R., S76
 Francioso G., S81
 Franco G., S7, S46
 Francomano D., S29, S50
 Fratantonio E., S60
 Fusco F., S10, S11, S11, S12
- Gadda F., S74
 Gagliardi M.E., S53
 Gagliardo C., S79
 Galantini A., S24
 Galassi P., S87
 Galletto E., S16, S79
 Gallina A., S13, S2, S24, S73
 Gallo F., S82
 Gallo N., S64, S67
 Gallo V., S24
 Gattuccio F., S10, S32, S79
 Gattuccio I., S32, S79
 Gavazzi A., S30
 Gentile B., S86
 Gentile V., S7, S78, S80
 Ghigo E., S11
 Giacomobono R., S20
- Giammusso B., S28, S7
 Giannantoni A., S30, S9
 Giannarini G., S17, S33
 Giannella R., S65
 Giannerini V., S67
 Giberti C., S82
 Giorgio P., S33
 Giulianelli R., S86
 Gnech M., S65, S87
 Gorgone B., S18
 Gozzo E., S60
 Granelli P., S77
 Graziano M.E., S26
 Greco E.A., S29, S50
 Greco M., S53
 Guarneri A., S36
 Gunelli R., S75
- Ignazio M., S5
 Intelisano G., S53
 Iorio B., S37
 Ippolito C., S39
 Italiano E., S58
- Jacobellis U., S10
- Kuncova J., S15
 Kuncova J., S33, S35, S36
- La Pera G., S51
 La Pira G., S89
 La Vignera S., S53, S60, S61, S89, S9
 La Vignera S.A., S28
 Lacquaniti S., S21
 Laganà F., S40
 Landi G., S83
 Lanzarone C., S58
 Lavelli E., S81
 Lazzeri M., S45
 Lembo A., S12
 Lentini M., S51, S51
 Leonardo C., S46
 Leone A., S44
 Leone M., S70, S76
 Leoni S., S10
 Letizia P., S32, S38, S48, S48
 Leto G., S62
 Liberale F., S25, S26
 Liguori G., S56, S73
 Lilli P., S75
 Littarru G.P., S68
 Livi S., S51
 Lo Giudice S., S32
 Locunto U., S20
 Lombardi C., S20
- Lombardo V., S20
 Lorusso F., S34
 Lorusso G., S22, S81
 Lucchetti M.C., S85
 Luciani L., S24
 Ludovico G.M., S12, S36, S7
- Macchia T., S51
 Macrì E., S7
 Maffezzini M., S2
 Magliozzo F., S3
 Magrassi L., S60
 Mahlknecht A., S24
 Maio G., S72
 Malossini G., S24
 Manassero F., S35, S36
 Mancini A., S68
 Mandras R., S21
 Mangia G., S43
 Mangiameli S., S60, S9
 Mangiapia F., S10
 Mantero F., S11
 Marano G., S81
 Marcato C., S77
 Marcato M., S83
 Marchese V., S71
 Marchetti C., S83
 Marcucci I., S69
 Marianantoni Z., S51, S51
 Maritati R., S89
 Marrocco G., S43, S43
 Martinengo C., S83
 Martini L., S44, S78, S85
 Martorana G., S56
 Marzotto Caotorta M., S18, S19
 Masala D., S71
 Massone A., S19
 Mastroeni F., S89
 Matloob R., S2, S73
 Mattace Raso D., S47
 Mavilla L., S86
 Mazzoni G., S80
 Mearini L., S9, S30, S33
 Mearini E., S33
 Meliani E., S30
 Melone F., S30
 Menchini Fabris F., S15, S17, S19, S33, S35, S36, S8
 Menchini Fabris G.F., S12, S19, S8
 Mensi M., S18
 Meucci E., S68
 Michetti P.M., S5
 Minervini R., S17, S19, S33, S35, S36, S8
 Mini S., S89
 Minocci D., S34, S36, S40
 Minucci S., S80
 Mirone V., S10, S11, S12
 Modenini F., S31

- Mogorovich A., S15
 Moiso A., S44
 Molon A., S24, S80
 Mondaini N., S30
 Montalto F., S32, S79
 Montanino Oliva M., S69
 Montorsi F., S2, S11, S12, S13, S24, S73
 Morelli G., S15, S17, S18, S19, S33, S35, S36, S8
 Moretti E., S64, S66, S67
 Morgante G., S87
 Morrone G., S64, S67, S69
 Mucia V., S60
 Muscarà M., S83
 Muzzonigro G., S70, S76
- Nanni L., S43
 Nardoni S., S86
 Negro C., S57, S74, S86
 Nicolosi D., S28
 Nicolosi F., S9, S28, S60
 Nigro F., S4, S16, S18, S42, S54, S83
 Nucciotti R., S61
 Nupieri P., S21, S24, S89
- Ocello G., S56, S73
 Oliva A., S47, S65
 Olivieri L., S68
 Orlando G., S23
 Ortensi A., S71
 Ortensi I., S71
- Paffoni A., S74
 Pagliarulo A., S11, S22, S81
 Pagni R., S17, S36
 Pagni Riccardo R., S15
 Paliouri E., S65, S87
 Palmerini C.A., S9
 Palmieri F., S56
 Palmiotto F., S39
 Pammolli A., S66, S67
 Panunzi A., S71
 Paolini R., S61
 Paperini D., S15, S17, S33
 Paradiso Galatioto G., S85, S87
 Paradiso M., S25, S26
 Parrinello M., S32, S79
 Pascarelli N.A., S66, S67
 Pasquini P., S2
 Passavanti G., S61
 Pastorello M., S24, S80
 Paulis G., S21, S24, S89
 Pavone C., S89
 Pecoraro S., S34, S36 S40
 Pellucchi F., S2, S24, S73
 Peluso G., S64, S67
- Pentimone S., S34
 Perrone A., S34
 Pescatori E.S., S7
 Petralia G., S13
 Pietrini P., S68
 Pili M., S29, S50
 Piomboni P., S87
 Pirozzi Farina F., S10, S12, S28, S7
 Pisanti F., S86
 Piubello G., S7
 Pizzocaro A., S11
 Pizzuti V., S61
 Pola L., S40
 Poletti F., S77
 Polito M., S70, S76
 Polledro P., S44
 Poluzzi M., S24, S80
 Pomara G., S15, S17, S19, S3, S35, S36, S8
 Ponchietti R., S65, S87
 Pontecorvi A., S68
 Porena M., S33, S36
 Portoghese F., S22, S26
 Poverini R., S69
 Presicce G., S71
 Principi F., S68
 Puccetti L., S21
- Quaranta S., S40
- Ragni G., S74
 Rago R., S11, S62, S69
 Ranieri G., S85, S87
 Ranieri M., S85
 Razzoli E., S19
 Reich A., S24
 Renieri T., S64
 Ricciardi R., S65
 Riccio M., S54
 Riccottilli F., S32, S48
 Rigatti P., S2, S13, S24, S73
 Risi O., S19
 Rocchini L., S2, S73
 Rocco F., S74
 Rolle L., S16, S36, S57, S74, S79, S86
 Romanelli F., S11
 Romano A., S39
 Romano G., S45
 Romano M., S22, S26
 Romeo C., S9, S60
 Rossi A., S10, S11, S12, S19
 Rossi F., S50
 Rosso D., S21
 Rosso F., S82
 Rovereto B., S23
 Ruggieri M., S18
- Sabbioni E., S64
 Saccà A., S24
 Salacone P., S62, S69
 Salamè L.M., S56
 Salaris C., S75
 Salhi J., S49
 Salomone U., S75
 Salonia A., S13, S2, S24, S73
 Sandri S., S18
 Santiemma V., S50
 Saraeb S., S72
 Sarti E., S30
 Sartini B., S64, S65
 Scalese G., S22, S26
 Scalvini T., S7
 Scarano P., S11
 Scardigli A., S24
 Scarfini M., S37
 Scarpa R.M., S11
 Scremin E., S4, S18, S54, S83
 Scremini E., S42
 Sebastianelli A., S69
 Sedigh O., S25, S26
 Sercia F., S40
 Seren P., S40
 Serino D., S65
 Shahabadi H., S5
 Shestani T., S86
 Sicuteri R., S10, S11, S12
 Sidoti G., S5
 Silvani M., S34, S36, S40
 Silvestrini A., S68
 Simonato A., S46, S47
 Simoncini G., S87
 Soli M., S56, S7
 Sommovilla A., S30
 Sozzi F., S13, S24
 Spagnoli A., S44, S78, S85
 Spasiano A., S65
 Spera E., S37
 Spera G., S10, S29, S50
 Spisani L., S39
 Spurio M., S39
 Stasi R., S89
 Stefanizzi G., S32, S48
 Stefanucci S., S20
 Strada E., S13
 Suardi N., S13
 Sulpasso M., S76
- Taggi F., S51
 Tallis V., S65, S87
 Tamagnone A., S16, S57, S74, S79, S86
 Tamai A., S24
 Tasca A., S4, S15, S16, S18, S42, S54, S83
 Tatò L., S76
 Telari S., S22, S81
 Telera M., S46

Teofoli F., S76
Timpano M., S16, S57, S74, S79, S86
Tiscione D., S60
Toncini F., S46
Tonelli M., S87
Toni F., S71
Trinchi S., S71
Trombetta C., S56, S73
Troncone A., S71
Trotta D., S58
Trovarelli S., S65, S87
Tuffu G., S30, S33
Turchi P., S7
Turri F.P., S34

Ughi G., S39
Ugolini V., S7
Umbaca V., S39

Urbinati M., S56

Vaccarella G., S11
Vaggi L., S7, S36
Vailati A., S60
Valenti P., S21, S24, S89
Vallasciani S., S43, S44, S78, S85
Vallasciani S.A., S43
Valmorri L., S75
Vannozzi E., S37
Vasto S., S58
Vecchio D., S24, S80
Ventrua F., S22, S26
Vetri M., S7
Vicari E., S53, S89
Vicari E.S.D., S28, S60, S61, S9
Vicentini C., S10, S85, S87
Vicenzini E., S5

Vincenti G., S86
Vincenzi M., S76
Virag R., S14
Vitali G., S31
Vitarelli A., S22, S81
Vivacqua C., S75
Voliani S., S68

Zaccagnini M., S5
Zammataro M., S5
Zangara F., S32, S79
Zanni G., S2, S13, S24, S73
Zappavigna A., S39
Zenico T., S75
Zoccali C., S39
Zuccalà V., S53
Zucchi A., S20, S30, S33, S36, S9
Zucco F., S71