

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)

Ignacio Moncada Ibarren (Madrid)

Furio Pirozzi Farina (Sassari)

Andrea Salonia (Milano)

Collaborazione Editoriale / *Editorial Assistant*

Paolo Rossi (Pisa)

Consulenza in Medical Writing / *Medical Writing Advisor*

Giuse Cavallotti (Milano)

Consulenza Statistica / *Statistical Advisor*

Elena Ricci (Milano)

Copyright

SIAS S.r.l. • via L. 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

Pacini.Editore@pacinieditore.it • www.pacinieditore.it



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 sulle 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 Xpress. 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 (31/2" 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 tutti gli Autori. 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, 1994:379-96.

- **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 educativo 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 (max. 200 parole). 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. È omesso il riassunto. 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 Pacini.Editore@pacineditore.it

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

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

Abbonamenti

Il Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproduttiva è trimestrale. I prezzi degli abbonamenti annuali per i non Soci sono i seguenti: Italia € 60; estero € 70. Questo fascicolo € 20.

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

Giornale Italiano di Medicina Sessuale 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>

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. 050 3130224 - Fax 050 3130300)

E-mail: lcastelli@pacineditore.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, 1994:379-96.

- 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 an 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 200 words

and must be subdivided into the following sections: *Objective(s), Method(s), Results, Conclusion(s)*.

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). No abstract is necessary. 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 pacini.editore@pacineditore.it

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

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

Subscriptions

The Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproductiva is published every three months. Subscriptions rates for non-members are the following: Italy 60; Abroad 70; Single issue 20
Subscriptions form should be addressed to:

**Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproductiva
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

LA CHIRURGIA DEL PENE: TRADIZIONE, RICERCA, EVOLUZIONE

XXIII Congresso Nazionale delle Sezioni Regionali

Ca' Granda

Università degli Studi di Milano

26-29 settembre 2006

Presidente del Congresso

Edoardo Austoni

Presidente Onorario

Enrico Pisani

**Sezione Regionale S.I.A.
Lombardia - Piemonte - Val d'Aosta**

Consiglio di Coordinazione

Coordinatore

Luigi Rolle

Segretario

Matteo Marzotto Caotorta

Consiglieri

Enrico Conti

Beatrice Lillaz

Rolando Nosedà

Gruppo di Coordinamento Locale a Milano

Alberto Cazzaniga

Andrea Ceresoli

Gaetano Grasso Macola

Andrea Guarneri

Ai Ling Romanò

Mauro Seveso

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 + 39.06.806.91.301
E-mail: sia@andrologiaitaliana.it
www.andrologiaitaliana.it

Indice sintetico

Editoriale	S1
L' Andrologia sul territorio	S2
Disfunzioni sessuali maschili	S4
Il paziente con DE	S4
Disfunzione erettile – Fisiopatologia	S5
Disfunzione erettile – Diagnostica	S7
Disfunzione erettile – Terapie orali	S8
Chirurgia protesica peniena	S15
Disfunzione erettile – sottogruppo Neurogeni	S20
Disfunzione erettile – sottogruppo Sclerodermia	S21
Disfunzione erettile – sottogruppo Diabetici	S22
Disfunzione erettile – sottogruppo Insufficienza Renale Cronica	S23
Disfunzione erettile – sottogruppo Trapiantati	S24
Disfunzione erettile e BPH/LUTS	S25
Disfunzione erettile – sottogruppo Neoplasia Prostatica	S27
Disfunzione erettile – sottogruppo Neoplasia Vescicale	S34
Disfunzione erettile – sottogruppo Neoplasia del Retto	S35
Eiaculazione precoce	S36
Pene curvo (congenito ed acquisito)	S41
Ricerca di base	S41
Qualità di vita	S41
Terapie non chirurgiche	S42
Chirurgia non protesica	S43
Chirurgia protesica	S47
Neoplasie del pene	S48
Altra chirurgia peniena	S52
Trauma penieno e perineale	S55
Priapismo	S58
Problematiche dimensionali del pene	S60
Prostatite	S63
Disfunzioni sessuali femminili	S65
Diagnostica	S65
Terapia	S65
Transessualismo	S68
Conversione androginoide	S68
Conversione ginoandroide	S69
Sessuologia	S71
Ipogonadismo	S76
Epidemiologia	S76
Fisiopatologia	S77
Terapia	S78
Infertilità maschile	S80
Seminologia	S80
Diagnostica citogenetica	S80
Terapia farmacologica	S84
Terapia chirurgica	S86
Terapia e PMA	S87

Varicocele .....	.S90
Varicocele nell'adolescente .....	.S90
Diagnosi .....	.S90
Varicocele e fertilità .....	.S91
Correzione mediante scleroterapia .....	.S93
Correzione chirurgica .....	.S96
Correzione laparoscopica .....	.S97
Patologia delle vie seminali .....	.S98
Patologia testicolare .....	.S100
Indice degli Autori .....	.S104

Indice

Editoriale	
V. Gentile	.S1
L'andrologia sul territorio	.S2
C 36. Progetto di collaborazione della Sezione Marche-Emilia Romagna e RSM, con i servizi amministrativi scolastici e Regione Emilia Romagna: risultati preliminari T. Zenico, G. Basunti, F. Modenini, M. Soli, V. Tellarini, G. Ughi, P.L. Macini, A. Finarelli	.S2
P 25. Questionario della Sezione Regionale Siciliana S.I.A. su tecniche terapeutiche di attuale interesse e comune dibattito: risultati e considerazioni I. Gattuccio, F. Montalto, F. Zangara, M. Parrinello, F. Gattuccio	.S2
Disfunzioni sessuali maschili	.S4
Il paziente con DE	.S4
C 10. Il profilo del paziente con DE in Italia: i dati dell'Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS) V. Mirone, F. Fusco, G. Dalena, R. Sicuteri, A. Rossi, D. Valle, S. Kontodimas, per il Gruppo EDOS italiano	.S4
C 42. Cosa si aspetta il paziente con DE P. Rossi, M. Linardon, F. Menchini Fabris	.S4
Disfunzione erettile – Fisiopatologia	.S5
C 37. Sospensione del fumo e miglioramento della perfusione cavernosa dei parametri emodinamici ed emogasanalitici R. Aponte, M. Carrino, R. Giannella, B. Fontana, D. Mattace Raso, A. Oliva	.S5
C 38. Ciclismo e DE: ricerca epidemiologica tipo caso-controllo R. Aponte, M. Carrino, P. Brigante, A. Troncone, R. Ricciardi, D. Mattace Raso	.S6
P 11. L'ipogonadismo acquisito dell'età adulta condiziona negativamente la risposta farmacologica nei pazienti con sindrome metabolica e il recupero di normali parametri vascolari all'eco-color-doppler penieno dinamico dopo terapia con Sildenafil S. La Vignera, G. Sidoti, E. Vicari	.S6
Disfunzione erettile – Diagnostica	.S7
Gc 5. Valutazione della gravità della DE: differenza tra quanto percepito dal clinico e quanto rilevato con la scala IIEF-EF. Dati italiani dello Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS) F. Fusco, A. Rossi, D. Valle, S. Kontodimas, R. Sicuteri, G. Dalena, V. Mirone, per il Gruppo EDOS italiano	.S7
Disfunzione erettile – Terapie orali	.S8
C 9. Confronto tra pazienti al primo trattamento (naive) per la DE e pazienti non-naive: dati dello Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS) F. Fusco, R. Sicuteri, A. Rossi, D. Valle, S. Kontodimas, G. Dalena, V. Mirone, per il Gruppo EDOS italiano	.S8
P 10. Differenze nei parametri emodinamici penieni dopo terapie a breve termine per la disfunzione erettile organica R. Bruzziches, E. Greco, M. Pili, G. Spera, A. Aversa	.S8
P 19. Miglioramento della funzione erettile spontanea in pazienti con moderata disfunzione erettile trattati con Sildenafil a dose fissa G. De Giorgi, B. Grossetti, G. Maso, S. Crivellaro, U. Moro, S. Bierti, E. Kocjancic, B. Frea	.S9
P 48. Risultati di uno studio sulla modificazione dei livelli di ansia, depressione e qualità di vita in pazienti con disfunzione erettile in trattamento con Sildenafil A. Vitarelli, V. Affatati, G. Lorusso, O. Todarello, A. Pagliarulo	.S9
P 9. La disfunzione erettile e l'impiego del Sildenafil in una popolazione di pazienti con recente intervento cardiocirurgico A. Di Patria	.S10

C 11.	Completa affidabilità di Vardenafil 20 mg nella penetrazione e nel completamento del rapporto: studio della efficacia di Vardenafil per la disfunzione erettile II (RELY II) F. Montorsi, A. Salonia, L. Valiquette, G. Zanni, F. Dehò, L. Barbieri, A. Briganti, E. Rubio-Aurioles, per il Vardenafil Study Group	.S11
P 1.	Valutazione di un regime alternativo con l'uso di Tadalafil 3 volte a settimana, in uomini con disfunzione erettile: lo studio SURE in Italia V. Mirone, F. Fusco, A. Palmieri, P. Verze, G. Dalena, R. Sicuteri, A. Rossi	.S11
P 2.	Somministrazione al bisogno o assunzione a giorni alterni di Tadalafil nel trattamento della disfunzione erettile: quale risulta più efficace e meglio tollerabile? Nostra esperienza S. Tazzioli, A. Delle Rose, V. Li Marzi, M. Marzocco, G. Nicita	.S12
P 4.	Valutazione della terapia a lungo termine con Tadalafil in pazienti con disfunzione erettile: update dopo 6 mesi C. Giacchetto, G. De Grande, E. Vicari, S. La Vignera, G. Cutrale, C. Pavone, S. Minì, S. Dammino, P. Panella, F. Mastroeni, G. Turiano, Q. Paola, D. Di Trapani, F. Lanzafame, G. Cirotta, R. Allegro	.S13
P 20.	Efficacia a distanza della terapia con Sildenafil nel deficit erettivo N. Dinelli, F. Menchini Fabris, P. Rossi, G.F. Menchini Fabris	.S13
P 14.	Valutazione psico-fisica del maschio con Maca (Lepidium Meyenii) T. Zenico, M. Mercuriali, P. Lilli, C. Vivacqua, H. Hanitzsch, C. Saltutti, E. Bercovich	.S14
Chirurgia protesica peniena		.S15
C 51.	Dieci anni di chirurgia protesica: nostra esperienza S. Ciampalini, K. Periklis, S. Bucci, G. Liguori, C. Trombetta, E. Belgrano	.S15
P 23.	Implantologia protesica nella DE: l'esperienza di un centro urologico pubblico E. Conti, S. Lacquaniti, D. Croce, P.P. Fasolo, G. Sebastiani, R. Mandras, L. Puccetti, G. Fasolis	.S15
C 52.	Tasso di infezione e tasso di complicanze dopo impianto di protesi peniene a 3 componenti con un nuovo protocollo di preparazione cutanea pre e post operatorio: follow-up a breve termine F. Dehò, G. Henry, A. Salonia, A. Briganti, V. Di Girolamo, G. Savoca, F. Abdollah, R. Matloob, P. Rigatti, F. Montorsi	.S16
C 53.	Procedura di revisione delle protesi idrauliche tricomponenti: incidenza e prevenzione E. Caraceni, A. Branchi, G. Leone, A. Marronaro, A. Marconi	.S16
V 8.	AMS 700 CX Inibizione con pompa tattile. Procedura chirurgica E. Caraceni, A. Branchi, G. Leone, A. Marronaro, A. Marconi	.S17
V 10.	Recupero anatomico-funzionale dopo amputazione peniena mediante lipectomia ed impianto di protesi soffici G. Alei, P. Letizia	.S17
V 6.	Contemporaneo impianto di protesi peniena e sfinterica uretrale dopo chirurgia pelvica radicale. Approccio con incisione trasversale. Nostra esperienza preliminare O. Sedigh, M. Paradiso, M.E. Graziano, R. Rossi, F. Liberale, U. Ferrando	.S18
V 7.	Riabilitazione sessuale e ripristino della continenza urinaria mediante posizionamento di protesi idraulica tricomponente e dispositivo invance: singolo intervento, singola incisione L. Rolle, I. Morra, C. Ceruti, F. Ragni, A. Tamagnone, M. Timpano, P. Destefanis, C. Negro, D. Fontana	.S18
P 58.	Il trattamento delle complicanze nella chirurgia protesica: risultati dopo 24 anni M. Marzotto Caotorta, M. Ruggieri, B. Gorgone, M. Mensi, S. Sandri	.S19
P 57.	Necrosi della mucosa del glande dopo impianto protesico del pene: una complicanza drammatica ma a prognosi favorevole L. Rolle, C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, A. Cugiani, D. Fontana	.S19
Disfunzione erettile – sottogruppo Neurogeni		.S20
P 13.	Studio osservazionale sulla prevalenza di disfunzione erettile in una popolazione di soggetti affetti da sclerosi multipla G. Palleschi, A. Pastore, A. Tubaro, G. Bova, A.S. Mariani, A. Carbone	.S20

C 12.	Tadalafil in pazienti con disfunzione erettile e danno midollare F. Giuliano, A. Sanchez Ramos, D. Loechner Ernst, G. Del Popolo, Y. Zhao, M. Marzotto Caotorta, J. Casariego . . .	S21
Disfunzione erettile – sottogruppo Sclerodermia		S21
C 13.	L'inibizione prolungata della fosfodiesterasi tipo 5 migliora la funzione endoteliale in soggetti affetti da sclerosi sistemica e disfunzione erettile A. Aversa, M. Proietti, R. Bruzziches, C. Rossi, E.A. Greco, C. Letizia, F. Salsano, G. Spera	S21
Disfunzione erettile – sottogruppo Diabetici		S22
P 22.	Utilizzo di testosterone in gel associato a Tadalafil nella terapia di pazienti diabetici affetti da deficit erettile M. Scarfini, A. De Carolis, E. Vannozzi, E. Spera	S22
P 21.	Risultati della riabilitazione sessuale con PGE1 intracavernosa ed orale sistematica, nei pazienti diabetici, non responder alla terapia orale G. Passavanti, V. Pizzuti, M. Carlucci, A.M. Aloisi, F.M. Costantini, A. Bragaglia, R. Paolini	S22
Disfunzione erettile – sottogruppo Insufficienza Renale Cronica		S23
C 39.	Dialisi cronica e DE: alta incidenza, scarsa motivazione terapeutica M. Carrino, P. Branno, R. Aponte, A. Oliva, R. Giannella, F. Zucco	S23
Disfunzione erettile - sottogruppo Trapiantati		S24
C 16.	Disfunzione erettile dopo trapianto di fegato: il Sildenafil è una terapia sicura ed efficace? L. Carmignani, P. Acquati, M.F. Donato, F. Agnelli, G. Rossi, S. Paparella, L.R. Fassati, F. Rocco	S24
V 9.	Impianto di protesi peniena con modellamento dell'albuginea in un paziente portatore di trapianto di rene e pancreas O. Sedigh, M. Paradiso, F. Lasaponara, R. Rossi, M.E. Graziano, U. Ferrando	S24
Disfunzione erettile e BPH/LUTS		S25
C 29.	Anorgasmia e/o disfunzione erettile in pazienti con prostatite-vescicolite e/o con LUTS (Lower Urethral Tract Symptoms) C. Battiato, S. La Vignera, F. Calzavara, F. Garrone, E. Vicari	S25
C 40.	Effetti della dutasteride sulla funzione sessuale maschile di 194 pazienti trattati per ipertrofia prostatica benigna (IPB) G. Paulis, S. Voliani, M.A. Bertozzi, G.F. Menchini Fabris	S25
C 30.	Testosterone gel nei maschi affetti da LUTS: una possibilità terapeutica F. Colombo, A. Guarneri, A.L. Romanò, E. Inneo, E. Austoni	S26
P 3.	Tamsulosina e Tadalafil in pazienti con ipertrofia prostatica benigna e disfunzione erettile: nostra esperienza con la terapia combinata a lungo termine P. Ronchi, G. Paradiso Galatioto, G.L. Gravina, A.M. Costa, G. Pace, C. Vicentini	S27
Disfunzione erettile – sottogruppo Neoplasia Prostatica		S27
C 64.	Mancanza di affidabilità dell'International Index of Erectile Function "ricordato" nei candidati a prostatectomia radicale A. Salonia, G. Zanni, A. Gallina, A. Saccà, A. Briganti, L. Bua, M. Raber, E. Farina, R. Colombo, P. Rigatti, F. Montorsi	S27
C 71.	Miglior conservazione dello sfintere uretrale e dei fasci neurovascolari durante la prostatectomia radicale retropubica F. Montorsi, A. Salonia, N. Suardi, A. Gallina, G. Zanni, A. Briganti, F. Dehò, R. Naspro, E. Farina, P. Rigatti	S28
P 8.	Elettrostimolazione intraoperatoria dei nervi cavernosi con elettrodi impiantabili A. Briganti, A. Salonia, F. Dehò, N. Suardi, G. Zanni, E. Strada, F. Pelucchi, D. Angiolilli, P. Rigatti, F. Montorsi	S28
C 14.	Fattori predittivi dell'efficacia di Sildenafil 100 mg al bisogno nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica nerve-sparing bilaterale F. Montorsi, A. Salonia, G. Zanni, A. Gallina, A. Briganti, L. Barbieri, F. Dehò, N. Suardi, F. Fabbri, F. Sozzi, E. Farina, P. Rigatti	S29

C 72.	Funzione erettile in relazione alla continenza urinaria dopo prostatectomia radicale nerve-sparing V. Li Marzi, S. Tazzioli, M.T. Filocamo, A. Delle Rose, M. Marzocco, G. Del Popolo, M. Mencarini, D. Villari, G. Nicita	.S30
P 7.	Recupero della funzione erettile dopo prostatectomia radicale nerve sparing: prospettive e problemi aperti D. Vecchio, M. Pastorello, M. Poluzzi, G. Carluccio, G. Caleffi, R. Ballario, A. Molon	.S30
P 16.	La terapia riabilitativa della disfunzione erettile nel paziente post prostatectomia radicale nerve sparing bilaterale G. Ranieri, G. Simoncini, G. Paradiso Galatioto, G. Pace, C. Vicentini	.S31
P 17.	La riabilitazione peniena nel paziente affetto da disfunzione erettile (DE) secondaria a prostatectomia radicale (RRP). Studio clinico su 40 pazienti G. Paulis, P. Valenti, F. Menchini Fabris, G. Todeschini, G. F. Menchini Fabris	.S31
P 18.	Riabilitazione farmacologica per il recupero della funzione sessuale dopo prostatectomia radicale retropubica retrograda nerve sparing G. Santelli, F. Repetti, S. Torcigliani, F. Tori, M. Aquilini, N. Fontana, M. Paoluzzi	.S32
C 15.	Non esiste differenza significativa tra terapia con PDE5-I on demand e PDE5-I in regime riabilitativo nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale con tecnica nerve-sparing bilaterale F. Montorsi, A. Salonia, A. Gallina, G. Zanni, A. Saccà, F. Dehò, A. Briganti, M. Ghezzi, L. Barbieri, U. Capitanio, E. Farina, S.J. Schuit, P. Rigatti	.S32
Gc 6.	Sospensione della terapia riabilitativa per la disfunzione erettile nei pazienti non informati sottoposti a prostatectomia radicale retropubica nerve sparing bilaterale A. Salonia, A. Gallina, G. Zanni, A. Saccà, S.J. Schuit, L. Barbieri, M. Raber, A. Briganti, E. Farina, P. Rigatti, F. Montorsi	.S33
Disfunzione erettile - sottogruppo Neoplasia Vescicale		.S34
C 62.	Trattamento intravesicale con BCG e sessualità maschile: esiste una correlazione? M.C. Sighinolfi, S. Micali, S. De Stefani, A. Mofferdin, N. Ferrari, M. Giacometti, M. Rivalta, G. Bianchi	.S34
P 47.	Quality of life nei pazienti sottoposti a trattamento oncopreventivo endovesicale A. Abbona, F. Morabito, M. Billia, R. Rossi, U. Ferrando	.S34
Disfunzione erettile - sottogruppo Neoplasia del Retto		.S35
C 41.	Ruolo predittivo della manometria rettale nella diagnostica del DE (deficit erettile) post chirurgia del retto G. Dachille, G.M. Ludovico, C. Caliendo, A. Rucci, E. Ruggieri, V. Sciscio, E. Maselli, G. Porcelli, S. Montemurro	.S35
P 5.	Ruolo della riabilitazione farmacologica post-operatoria nel DE iatrogeno (deficit erettile) nei pazienti sottoposti a prostatectomia per CR del retto nerve sparing G. Dachille, G.M. Ludovico, C. Caliendo, A. Rucci, E. Ruggieri, V. Sciscio, E. Maselli, G. Porcelli, S. Montemurro	.S36
Eiaculazione precoce		.S36
C 22.	Eiaculazione precoce: risultati di uno studio osservazionale europeo G. La Pera, F. Giuliano, D.L. Patrick, H. Porst, M. Rothman, R. Hasmonay, S. Marchand	.S36
C 23.	Eiaculazione precoce: la prospettiva femminile G. La Pera, D.L. Patrick, F. Giuliano, J. Dean, A. Kokoszka, P. McNulty, R. Hasmonay, M. Rothman	.S37
C 24.	Eiaculazione precoce, eroina ed adolescenti: un fenomeno allarmante G. La Pera, F. Peris, Z. Marianantoni, A. Carderi, S. Livi, M. Lentini	.S38
C 20.	Nostra esperienza con l'uso di gabapentin nel trattamento "on demand" dell'eiaculazione precoce primitiva in uno studio a breve termine in cieco, crossover vs. placebo F. Pirozzi Farina, A. Curreli, G. Morgia	.S38
C 21.	Paroxetina mesilato vs. paroxetina mesilato e Sildenafil nel trattamento dell'eiaculazione precoce: nostra esperienza S. Tazzioli, A. Delle Rose, M. Mencarini, V. Li Marzi, M. Marzocco, G. Nicita	.S39

P 42.	Sertralina on demand nel trattamento della ejaculazione precoce: due diverse metodiche di assunzione F. Palmiotto, M. Cavaliere, G. Nucci, A. Zappavigna, C. Zoccali	.S39
Pene curvo (congenito ed acquisito)		.S41
Ricerca di base		.S41
P 24.	Il Tight Skin Mouse (TSK) come modello genetico animale di induratio penis plastica V. Mirone, C. Imbimbo, A. Palmieri, N. Longo, R. d'Emmanuele di Villabianca, F. Mangiapia, G. Cirino, G. Lungarella	.S41
Qualità di vita		.S41
P 50.	Qualità della vita sessuale delle partner di soggetti affetti da induratio penis plastica M.C. Sighinolfi, A. Mofferdin, S. Micali, S. De Stefani, N. Ferrari, M. Giacometti, G. Bianchi	.S41
Terapie non chirurgiche		.S42
C 65.	Idroeletrioionoforesi transdermica nel trattamento della malattia di La Peyronie A. Gavazzi, T. Cai, N. Mondaini, E. Meliani, E. Sarti, U. Farina, A. Costanzi, F. Melone, R. Bartoletti	.S42
C 66.	Il trattamento della malattia di La Peyronie con ipnosi. Case report e prospettive terapeutiche R. Castellani	.S42
Chirurgia non protesica		.S43
C 28.	Vita di relazione, estetica, facilità di introduzione vaginale, e deficit erettivo psicogenico prima e dopo correzione chirurgica di pene curvo congenito G. Cavallini, R. Castellani	.S43
C 54.	Valutazione della soddisfazione sessuale di pazienti sottoposti a chirurgia dell'induratio penis plastica: analisi di 10 anni di esperienza M. Capone, G. Mazza	.S44
P 53.	Corporoplastica con patch nella malattia di Peyronie:10 anni di esperienza M. Marzotto Caotorta, M. Ruggieri, B. Gorgone, M. Mensi, S. Sandri	.S44
P 54.	10 anni di esperienza nel confezionamento di corporoplastica M. Paradiso, O. Sedigh, G.L. Milan, M.E. Graziano, F. Varvello, U. Ferrando	.S45
V 2.	Corporoplastica di raddrizzamento con derma negli incurvamenti congeniti del pene: indicazioni, tecnica e risultati A. Simonato, P. Traverso, C. Ambruosi, C. Gastaldi, G. Ruggiero, F. Venzano, A. Romagnoli, G. Carmignani	.S45
V 3.	Corporoplastica di raddrizzamento per allungamento penieno con graft libero di tunica albuginea crurale in paziente con malattia di La Peyronie A. Vitarelli, G. Lorusso, I. Intermite, A. Pagliarulo	.S46
P 55.	Il patch sostitutivo nella chirurgia di placca può indurre reazioni cicatriziali non prevedibili L. Rolle, A. Tamagnone, M. Timpano, C. Negro, C. Ceruti, E. Bollito, A. Marsico, D. Fontana	.S46
Chirurgia protesica		.S47
V 1.	Induratio penis plastica: corporoplastica con tecnica mininvasiva. Impianto di tutore assiale soffice di piccolo calibro e grafting di vena safena M. Silvani, S. Quaranta, E. Cianini, D. Concone, I. Dato, P. Ghiron, A. Giammarinaro, D. Minocci, C. Porta	.S47
Neoplasie del pene		.S48
C 68.	Il carcinoma squamoso del pene: rivalutazione critica degli aspetti macroscopici condizionanti la terapia iniziale della neoplasia primitiva G. De Giorgi, B. Grossetti, G. Maso, S. Crivellaro, U. Moro, S. Bierti, E. Kocjancic, B. Frea	.S48
C 67.	Il trattamento conservativo del carcinoma del pene mediante l'utilizzo di innesti cutanei G. Garaffa, C. Trombetta, G. Liguori, E. Belgrano, S. Minhas, D.J. Ralph	.S48

P 60.	Risultati funzionali della glandulectomia con ricostruzione mediante lembo cutaneo G. Morelli, G. Campo, F. Menchini Fabris, G. Pomara, G. Giannarini, D. Paperini, M. De Maria, R. Minervini . . . .	.S49
V 12.	Amputazione parziale del pene per carcinoma squamocellulare con ricostruzione mediante lembo ventrale fenestrato G. Alei, P. Letizia . . . . .	.S49
P 61.	Storia naturale del carcinoma a cellule squamose del pene: raro caso di tumore localmente avanzato con erosione completa dei genitali esterni e del tessuto osseo pubico A. Gavazzi, N. Mondaini, T. Cai, E. Meliani, E. Sarti, U. Farina, A. Costanzi, F. Melone, R. Bartoletti . . . . .	.S50
C 69.	Neurofibroma del pene associato a deficit erettile da ipoafflusso arterioso in paziente affetto da morbo di Von Recklinghausen G. Garaffa, C. Trombetta, E. Belgrano, S. Minhas, D. Ralph . . . . .	.S50
P 62.	Raro caso di metastasi peniena da adenocarcinoma prostatico in paziente in blocco androgenico totale e PSA indosabile: ruolo prognostico dell'associazione tra adenocarcinoma invasivo ed intraduttale T. Cai, N. Mondaini, A. Gavazzi, E. Meliani, R. Bartoletti . . . . .	.S51
Altra chirurgia peniena . . . . .		.S52
C 56.	Il trattamento del linfedema dei genitali maschili G. Garaffa, C. Trombetta, E. Belgrano, A. Freeman, S. Minhas, J.D. Ralph . . . . .	.S52
V 11.	Necrosi della cute del pene e ricostruzione con intasamento scrotale in due tempi: case report G. La Pera, F. Peris, P. Greca, R. Urso, G. Maggiulli, A. Felici, M. Lentini . . . . .	.S52
C 73.	Modifica della tecnica MAGPI di Duckett per la soluzione chirurgica delle ipospadie glandulari e coronali S. Vallasciani, A. Borsellino, L. Martini, F. Ferro . . . . .	.S53
C 74.	Correzione delle ipospadie prossimali G. Marrocco, S. Vallasciani, A. Spagnoli, A. Borsellino, P. Atzori, F. Ferro . . . . .	.S53
Trauma penieno e perineale . . . . .		.S55
C 63.	Ruolo dell'imaging nella diagnostica dei traumi penieni P. Panella, A. Garufi, G.D. Priolo, L. D'Arrigo, P. Pepe, A. Cacciola, F. Savoca, M. Aquilino . . . . .	.S55
P 15.	Il ruolo della radiologia interventistica nella disfunzione erettile A. Mahlknecht, M. Fallaha, V. Pecorari, A. Wieser, M. Zerbini, K. Psenner . . . . .	.S55
C 55.	Chirurgia ricostruttiva genitale nelle fratture peniene: nostra esperienza e rivisitazione in 38 pazienti M. Paradiso, O. Sedigh, G.L. Milan, M.E. Graziano, F. Varvello, U. Ferrando . . . . .	.S56
P 59.	Frattura traumatica di uretra e corpo cavernoso S. Blanco, F. Fortuna, A. Bianchi, M. Grasso . . . . .	.S56
P 46.	Trauma penieno da autoerotismo. Subrogaziofilia? G. Campo, F. Menchini Fabris, G. Giannarini, G. Pomara, G. Morelli, D. Paperini, G. Cuttano, M. De Maria . . . . .	.S57
Priapismo . . . . .		.S58
P 29.	Priapismo indotto da olanzapina. Descrizione di un caso clinico e revisione della letteratura G. Abatangelo, F. Nigro, G. Benedetto, A. Tasca . . . . .	.S58
P 30.	Embolizzazione percutanea nel priapismo ad alto flusso: descrizione di un caso clinico e revisione della letteratura A. Mofferdin, S. De Stefani, M.C. Sighinolfi, S. Micali, F. Annino, M. De Santis, G. Bianchi . . . . .	.S58
Problematiche dimensionali del pene . . . . .		.S60
P 44.	Dismorfofopenofobia: osservazioni cliniche D. Bonanno, P.M. Michetti, M. Zaccagnini, E.E. De Mayo, C. De Dominicis . . . . .	.S60
P 45.	Compliance del paziente e capacità di allungamento dell'estensore penieno nel pene corto funzionale ed acquisito. Risultati preliminari di uno studio di fase II P. Gontero, M. Di Marco, N. Mondaini, M. Galzerano, G. Giubilei, F. Fontana, B. Frea, A. Tizzani . . . . .	.S60

V 4.	Impianto penieno apicale e pericavernoso. Note di tecnica J. Salhi, M. Del Prete	S61
V 5.	Falloplastica di ingrandimento con tecnica personale mediante intexen G. Alei, P. Letizia	S61
Prostatite		S63
P 26.	Il ruolo del microtrauma perineale e della pratica del ciclismo nell'etiopatogenesi e nell'evoluzione clinica della prostatite T. Cai, N. Mondaini, A. Gavazzi, G. Giubilei, E. Meliani, S. Mazzoli, R. Bartoletti	S63
P 27.	Esercizio fisico e dolore cronico pelvico: effetti dell'attività fisica costante in maschi affetti da prostatite cronica NIH tipo III G. Giubilei, N. Mondaini, A. Minervini, P. Iazzetta, C. Saieva, A. Lapini, S. Serni, R. Bartoletti, M. Carini	S63
P 28.	Alfuzosina 10 mg può essere utilizzata in maniera sicura nei giovani pazienti con prostatite N. Mondaini, G. Giubilei, A. Ungar, P. Gontero, T. Cai, A. Gavazzi, P. Geppetti, R. Bartoletti	S64
Disfunzioni sessuali femminili		S65
Diagnostica		S65
Gc 1.	Valutazione della funzione sessuale femminile in pazienti sottoposte ad intervento chirurgico per prolasso urogenitale A. Zucchi, E. Costantini, F. Fioretti, G. Cochetti, C. Bruscia, L. Mearini	S65
C 18.	Valutazione mediante questionario della qualità della vita sociale e sessuale delle donne affette da incontinenza urinaria A. Ceresoli, F. Colombo, A.L. Romanò, L. Rivolta, E. Austoni	S65
Terapia		S66
C 19.	Vulvar vestibulitis syndrome: potenziale ruolo terapeutico degli androgeni G. Fantini, R. Munarriz, A. Salonia, I. Goldstein, P. Rigatti, F. Montorsi	S66
C 17.	Soluzioni tecniche nel trattamento dell'atresia vaginale o delle stenosi gravi della vagina nella donna: nostra esperienza G. Liguori, C. Trombetta, A. Amodeo, S. Bucci, L. Salamè, G. Garaffa, S. Guaschino, E. Belgrano	S66
Transessualismo		S68
Conversione androginoide		S68
C 58.	Trattamento chirurgico del disturbo di identità di genere androginoide: la nostra tecnica C. Trombetta, G. Liguori, L. Salamè, S. Bucci, A. Amodeo, G. Garaffa, E. Belgrano	S68
Gc 3.	La riattribuzione chirurgica di sesso (RCS) nei transessualismi andro-ginoidi: confronto fra due tecniche P. Verze, C. Imbimbo, A. Palmieri, D. Arcaniolo, G. Dalena, V. Mirone	S68
Conversione ginoandroide		S69
V 13.	Riconfigurazione dei caratteri sessuali nel disturbo di identità di genere in senso ginoandroide C. Trombetta, L. Salamè, A. Lissiani, G. Liguori, E. Belgrano	S69
C 57.	Confezionamento della neouretra in corso di riconversione dei caratteri sessuali in senso ginoandroide: tempo unico o tempi differiti? C. Trombetta, G. Garaffa, G. Liguori, A. Amodeo, S. Bucci, L. Salamè, D. Ralph, E. Belgrano	S69
Sessuologia		S71
C 26.	Transessualismo e crimini di tipo omicidiario al cinematografo G. Corretti, I. Baldi, C. Nisita	S71

C 25.	Autori di reati sessuali, struttura di personalità e dipendenza da sostanze A. Pistuddi .....	.S71
C 27.	Disfunzioni sessuali maschili e disregolazione affettiva P.M. Michetti, D. Bonanno, F. Iori, C. De Dominicis, R. Rossi, C. Simonelli .....	.S72
P 6.	Prostatectomia radicale laparoscopica nerve sparing e riabilitazione sessuologica: farmacoterapia e la risposta sessuale della partner E. Longhi, V. Pansadoro, F. Montorsi, A. Pansadoro .....	.S72
P 52.	Discinesia del pavimento pelvico: sessualità e psicopatologia G. Corretti, C. Nisita, F. Mungai, S. Cortopassi, F. Lemmi, C. Stasi, M. Bellini .....	.S73
P 43.	Ruolo dei disturbi sessuali nell'indurre i giovani all'uso di sostanze: risultati preliminari G. La Pera, F. Peris, Z. Marianantoni, A. Carderi, S. Livi, M. Lentini, T. Macchia .....	.S73
P 49.	Disfunzione erettile psicogena e refrattarietà al Sildenafil E. Longhi, A. Pycha, A. Salonia, P. Rigatti, F. Montorsi, M. Lodde .....	.S74
P 51.	Disturbo da avversione sessuale: caso clinico B.C. Gargiullo, R. Damiani .....	.S74
Ipogonadismo .....		.S76
Epidemiologia .....		.S76
C 59.	La frequenza dei sintomi della sindrome dell'aging male nella popolazione di età superiore a 55 anni in cinque aree italiane: i risultati dello studio AMIES G. Forti, a nome del Gruppo di Studio AMIES .....	.S76
P 12.	Ipogonadismo maschile: realtà di laboratorio o realtà clinica? M. Grasso, F. Fortuna, B. Salvatore, C. Lania, E. Acmet, M. Bertona .....	.S76
Fisiopatologia .....		.S77
P 33.	Sindrome di Wolfram e ipogonadismo maschile in un gruppo familiare: nuovo complesso sindromico? M. Vetri, F. Mangiola, D. Minnella .....	.S77
C 60.	Variazioni della concentrazione sierica del testosterone totale (TT) in seguito a ossigeno terapia iperbarica (OTI) G. Passavanti, V. Pizzuti, M. Brauzzi, P. Tanasi, R. Pagni, E. Norgini, F. Longo, C. Cenderelli, M. Carlucci, A.M. Aloisi, R. Paolini .....	.S77
Terapia .....		.S78
C 61.	Terapia testosterone in uomini con sindrome da deficienza androgenica indotta da oppioidi (Opiad Syndrome) M. Carlucci, I. Ceccarelli, G. Pari, G. Sindaco, A. Suman, G. Passavanti, P. Fiorenzani, M.G. Coppola, E. Aceto, A.M. Aloisi .....	.S78
Gc 4.	Effetti del testosterone sui sistemi antiossidanti plasmatici nell'ipogonadismo secondario A. Mancini, E. Leone, R. Festa, G. Grande, A. Silvestrini, A. Pontecorvi, L. De Marinis, E. Meucci .....	.S78
Infertilità maschile .....		.S80
Seminologia .....		.S80
C 34.	Relazione fra concentrazione, motilità e morfologia spermatica G. Cavallini, M. Nadalini, M.C. Magli, N. Cavallini, A.P. Ferraretti, L. Gianaroli .....	.S80
Diagnostica citogenetica .....		.S80
C 31.	Risultati di uno studio citogenetico e molecolare su pazienti infertili G. Peluso, S. Vaccarella, G. Arena, P. Cozza, N. Gallo, G. Morrone .....	.S80

C 32.	Incidenza delle mutazioni del gene CFTR in pazienti infertili: uno studio italiano G. Peluso, P. Cozza, N. Gallo, G. Arena, G. Morrone .....	.S81
C 33.	Infertilità, ipogonadismo e macro-orchidismo possono essere manifestazioni dell'amiloidosi familiare ereditaria da mutazione leucina-75-prolina dell'apolipoproteina AI P.R. Martini, T. Scalvini, R. Tardanico, G. Gregorini, F. Scolari, L. Biasi, A. Gambera, L. Obici, G. Merlini .....	.S82
P 31.	Sindrome del maschio XX. Studio clinico e genetico di un caso G. Peluso, S. Vaccarella, G. Arena, P. Cozza, N. Gallo, G. Morrone .....	.S82
P 32.	Pseudoermafroditismo maschile e deficit di 5-alfa-reduttasi: nuova mutazione in omozigosi del gene SRD5A2 M. Vetri, G. Piticchio, F. Mangiola, S. Bertelloni, F. Baldinotti .....	.S83
Terapia farmacologica .....		.S84
C 43.	Ruolo della terapia antiossidante nell'infertilità maschile G. Ranieri, G. Paradiso Galatioto, G. Simoncini, G. Pace, G. Angelozzi, A. Sacchetti, C. Vicentini .....	.S84
C 44.	Effetti sulla produzione di alcune citochine e sul quadro spermatico della terapia con L-arginina, L-carnitina, vitamina E, coenzima Q10, in alcuni modelli clinici di infertilità maschile E. Vicari, R. Castiglione, F. Garrone, C. Battiato, G. Sidoti, S. La Vignera .....	.S84
P 34.	Testosterone gel nel trattamento della asteno-teratozoospermia: revisione di 25 pazienti G. Todeschini, P. Rossi, M. Scibona, E. Greco, M.A. Bertozzi, N. Dinelli, F. Menchini Fabris .....	.S85
C 45.	Il trattamento maschile migliora i risultati dell'inseminazione artificiale I. Natali, S. Simi, P. Turchi .....	.S85
Terapia chirurgica .....		.S86
C 46.	Soggetti affetti da infertilità da ejaculatory duct obstruction (EDO) dovuta a cisti della vescicola seminale associata ad agenesia renale omolaterale: risultati dopo resezione transuretrale del dotto eiaculatore (TURED) G. Pace, G. Galatioto Paradiso, G. Ranieri, P. Ronchi, C. Vicentini .....	.S86
C 47.	Correzione del varicocele nell'azoospermia non ostruttiva G. Maio, S. Saraeb, S. Raineri .....	.S87
Terapia e PMA .....		.S87
V 15.	Tese microchirurgica nell'azoospermia secretoria P. Parma, G. Guatelli, B. Dall'Oglio, L. Luciano, V. Galletta, C. Bondavalli .....	.S87
C 48.	Ruolo del prelievo chirurgico di spermatozoi nell'anejaculazione da mielolesione F.I. Scropo, M. Spinelli, M. Citeri, G. Tesoriere, D. Giacchetta, T. Redaelli, G.M. Colpi .....	.S88
C 49.	Recupero chirurgico degli spermatozoi con processing ed estrazione a distanza: una procedura possibile L. Rolle, A. Tamagnone, M. Timpano, C. Negro, C. Ceruti, A. Cugiani, D. Fontana .....	.S88
P 37.	Tese e FIVET/ICSI: la nostra esperienza A. Natali, G. Vignolini, M. Rossetti, L. Manoni, F. Nelli, G. Giubilei, A. Minervini, B. Fuzzi, L. Criscuoli, I. Noci, M. Carini .....	.S89
C 50.	TESE + ICSI nella grave insufficienza spermatogenetica primitiva: nostra esperienza P. Parma, S.Guatelli, B. Dall'Oglio, L. Schiavon, M. Luciano, V. Galletta, E. De Luise, C. Bondavalli .....	.S89
Varicocele .....		.S90
Varicocele dell'adolescente .....		.S90
C 8.	Report: consensus conference varicocele dell'adolescente. Roma 4-5 novembre 2005 G. Mazzoni, A. Guerani .....	.S90
Diagnosi .....		.S90
C 1.	Valutazione ecografica del varicocele intratesticolare S. Bucci, G. Liguori, A. Amodeo, L. Salame, C. Trombetta, E. Belgrano .....	.S90

Varicocele e fertilità .....	.S91
C 3. Il trattamento chirurgico del varicocele migliora la qualità del liquido seminale: studio preliminare E. Acmet, M. Solaro, S. Blanco, E. La Valle, G. Limonta, M. Grasso, P. Mocarrelli .....	.S91
C 4. Trattamento sclerotizzante retrogrado percutaneo del varicocele e risultati sui parametri seminali e sulla fertilità I. Gattuccio, F. Montalto, F. Zangara, M. Parrinello, C. Gagliardo, F. Gattuccio .....	.S91
C 35. Valore predittivo dell'agoaspirato testicolare nel risultato della terapia chirurgica del varicocele M. Carrino, R. Aponte, P. Brigante, B. Fontana, G. Dello Russo, D. Masala .....	.S92
Correzione mediante scleroterapia .....	.S93
C 5. Scleroterapia anterograda (SA) del varicocele sec. Tauber. Nostra esperienza su 250 casi G. Abatangelo, G. Benedetto, E. Scremin, E. Ioverno, F. Nigro, P. Ferrarese, A. Tasca .....	.S93
C 6. Confronto tra scleroterapia anterograda sec. Tauber (SA) e legatura subinguinale sec. Marmar (LS) nel trattamento del varicocele idiopatico G. Abatangelo, N. Piazza, G. Benedetto, F. Nigro, C. Mazzariol, F. Di Tonno, P. Ferrarese, C. Pianon, A. Tasca ...	.S93
C 7. La sclerosi antero/retrograda: logica evoluzione del trattamento sclerosante del varicocele S. Minucci, G. Mazzoni, G. Antonini, V. Gentile .....	.S94
P 38. Scleroembolizzazione anterograda sec. Tauber: 4 anni di esperienza D. Vecchio, M. Pastorello, M. Poluzzi, G. Carluccio, G. Caleffi, R. Ballario, A. Molon .....	.S94
P 39. Estesa necrosi scrotale dopo scleroembolizzazione secondo Tauber. Descrizione di un caso clinico E. Conti, S. Lacquaniti, P.P. Fasolo, G. Sebastiani, R. Mandras, L. Puccetti, G. Fasolis .....	.S95
P 41. Varicocele destro in situs viscerum inversus F. Rosso, F. Gallo, M. Schenone, C. Giberti .....	.S95
Correzione chirurgica .....	.S96
C 2. Valutazione dell'efficacia di procedure chirurgiche nella terapia del varicocele G. Ughi, A. Romano, G. Capparelli, C. Ippolito, G.P. Daniele, M. Spurio, L. Spisani, C. Daniele .....	.S96
P 40. Trattamento chirurgico simultaneo di varicocele e ipermotilità del testicolo T. Zenico, C. Vivacqua, H. Hanitzsch, P. Lilli, C. Saltutti, R. Gunelli, M. Fiori, E. Bercovich .....	.S96
Correzione laparoscopica .....	.S97
V 14. Ultradissezione laparoscopica del funicolo spermatico in corso di varicocelectomia G.A. Scalese, M. Romano, V. Disanto .....	.S97
Patologia delle vie seminali .....	.S98
P 35. Agenesia renale ed ectopia dello sbocco ureterale destro all'interno di una voluminosa cisti della vescicola seminale omolaterale: un caso clinico P. Leone, R. Migliari, S. Rosadi, S. Trovarelli .....	.S98
P 36. Le cisti mülleriane della prostata: presentazione di tre casi trattati mediante approccio transperineale su guida ecografica S. Bierti, G. De Giorgi, B. Frea .....	.S98
Patologia testicolare .....	.S100
P 67. Torsione del testicolo: nostra esperienza negli ultimi 3 anni A. Delle Rose, M. Mencarini, S. Tazzioli, V. Li Marzi, M. Marzocco, G. Nicita .....	.S100
Gc 2. Vantaggi e limiti della tumorectomia testicolare microchirurgica G. Franco, F. D'Amico, M. Telera, D. Dini, G. Del Vecchio, A. Cavaliere, C. Laurenti .....	.S100
P 63. Tumorectomia testicolare microchirurgica in paziente affetto da sindrome di Goldenhar M. Telera, D. Granata, G. Del Vecchio, M. Ciccariello, D. Mini, G. Franco .....	.S101

P 64.	Leiomioma dell'epididimo: a proposito di un caso R. Ponchietti, S. Trovarelli, V. Tallis, E. Paliouri, C. Miracco, S. Tripodi	S101
P 65.	Lipo-sarcoma multifocale del funicolo spermatico: indicazioni al trattamento chirurgico e descrizione di un caso con follow-up a lungo termine I. Gattuccio, S. Bianco, F. Montalto, F. Zangara, M. Parrinello, C. Gagliardo, F. Gattuccio	S102
P 66.	Il mesotelioma maligno della tunica vaginale del testicolo; importanza della diagnosi precoce e della radicalità chirurgica G. Liguori, G. Garaffa, C. Trombetta, S. Bucci, A. Amodeo, L. Salamè, R. Bussani, A. Boltar, E. Belgrano	S102
C 70.	Neoplasie testicolari a cellule di Leydig – caratteristiche cliniche e istologiche e follow up a lungo termine L. Carmignani, R. Salvioni, F. Gadda, M. Colecchia, G. Gazzano, T. Torelli, F. Rocco, G.M. Colpi, G. Pizzocaro . .	S103
	Indice degli Autori	S104

Editoriale

Cari Amici,

il nuovo corso editoriale della rivista societaria è stato uno degli eventi caratterizzanti l'attuale gestione SIA.

È nato così il **Giornale Italiano di Medicina Sessuale e Riproduttiva (GIMSeR)**, che ha introdotto diverse novità; tra le principali ricordo: il taglio educativo dei contenuti nello spirito della formazione continua in medicina; la revisione dei contributi in doppio cieco, mirante sia al miglioramento della qualità dei contributi inviati, sia alla tutela degli Autori dei manoscritti; una rubrica fissa di note di statistica medica; alcune monografie ed il Volume degli Abstract nella sua nuova veste: una sorta di "Trattato" di Andrologia.

Il "Trattato", edito in occasione del Congresso, presenta pertanto "capitoli" ed eventuali "sottocapitoli" che sono frutto dei contributi scientifici, riordinati in base allo specifico argomento, a prescindere dalla loro forma di presentazione congressuale (comunicazione, poster e video).

Gli abstract, vero e proprio up-to-date scientifico in materia di Andrologia, sono accorpati in maniera da rendere più age-

vole l'aggiornamento a chiunque si interessi a vario titolo alle diverse branche della Medicina Sessuale e Riproduttiva e diventano quindi uno strumento prezioso se si tiene conto della multidisciplinarietà dell'Andrologia e del programma scientifico del XIII Congresso Nazionale delle Sezioni Regionali.

Con l'augurio che questo Volume, ovvero l'Andrologia 2006 secondo la SIA, sia ben accolto da tutti Voi, Vi invito a seguire numerosi i lavori scientifici congressuali anche con l'ausilio di questo "Trattato"!

Un sincero ringraziamento va ai Direttori della Rivista, Edoardo Pescatori e Paolo Turchi, che hanno determinato il successo del nuovo corso editoriale grazie alla loro dedizione, al loro impegno costante e alle loro capacità professionali e creative.

Arrivederci a Milano,

Vincenzo Gentile

L'andrologia sul territorio

C 36

Progetto di collaborazione della sezione Marche-Emilia Romagna e RSM, con i servizi amministrativi scolastici e Regione Emilia Romagna: risultati preliminari

T. Zenico*, G. Basunti*, F. Modenini*, M. Soli*, V. Tellarini**, G. Ughi***, P.L. Macini****, A. Finarelli*****

* U.O. Andrologia, AUSL Bologna; ** U.O. Urologia, Ravenna; *** U.O. Urologia, Ferrara; **** Assessorato Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia Romagna

Introduzione

Durante l'anno scolastico 2005-06 in collaborazione con l'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna, le AUSL di Bologna, Forlì, Ravenna, Ferrara e con il Centro Amministrativo Scolastico regionale è stato effettuato un percorso conoscitivo inerente le problematiche della salute sessuale e visite andrologiche di I livello a giovani studenti che frequentavano il secondo anno delle scuole medie superiori a prevalenza maschile.

Risultati

Abbiamo incontrato 1580 giovani (80 classi in 12 istituti, 240 ragazze, 1340 ragazzi).

Dapprima sono state illustrate le finalità del progetto ed affrontate le diverse problematiche sessuali e di prevenzione andrologica.

Successivamente, previa informazione alle famiglie e firma del consenso alla visita, sono state eseguite le visite andrologiche di I livello.

Il 34% (460 giovani) ha accettato di sottoporsi alla visita.

È stata evidenziata la presenza di varicocele di vario grado in 73 (16%) giovani, testicoli mobili in 27 (6%), fimosi in 61 (15%), idrocele in 5 (1,1%).

Conclusioni

I dati delle patologie evidenziate corrispondono a quelli riscontrati da altri autori, in precedenti studi epidemiologici.

In questo progetto, per la prima volta è coinvolta la Regione Emilia Romagna ed i soci iscritti alla nostra società e dipendenti delle AUSL delle città coinvolte (Bologna, Ferrara, Forlì e Ravenna) ed il Centro amministrativo scolastico regionale.

L'adesione delle famiglie e dei ragazzi e dei docenti al progetto e l'indice di gradimento espresso dai ragazzi al termine dell'incontro ci fanno ben sperare sulla prosecuzione e ad un maggior coinvolgimento da parte di tutti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 25

Questionario della Sezione Regionale Siciliana S.I.A. su tecniche terapeutiche di attuale interesse e comune dibattito: risultati e considerazioni

I. Gattuccio, F. Montalto, F. Zangara, M. Parrinello, F. Gattuccio

Cattedra di Andrologia, Università di Palermo

Introduzione

Durante l'ultima riunione SRS-SIA, dedicata quest'anno allo sviluppo e alla divulgazione delle attività dei gruppi di studio nazionali, abbiamo presentato un particolare questionario mirato al confronto su tecniche di attuale grande interesse e diffusione.

Materiali e metodi

41 andrologi della S.R.S. hanno complessivamente risposto alle 5 domande del questionario, dedicate alle loro esperienze o alle loro semplici opinioni scientifiche su diverse tecniche terapeutiche.

Risultati

Domanda (D) 1: il 49% ha risposto di optare per dispositivi non invasivi di aumento delle dimensioni peniene solo in casi selezionati, il 32% li ritiene invece inutili e dannosi mentre il 19% li sconsiglia apertamente a favore di un ausilio psicologico.

D 2: il 49% ha riconosciuto l'ESWL utile sui sintomi dell'IPP, ma inutile sul grado di incurvamento, il 32% la ritiene potenzialmente dannosa, mentre il 17% la giudica eccessivamente costosa rispetto ai benefici.

D 3: nella chirurgia estetico-funzionale di aumento delle dimensioni peniene, il 62% ritiene sempre necessaria una valutazione psicologica pre-operatoria per escludere dismorfofobie o altri disturbi, il 19% si astiene o sconsiglia questo tipo di chirurgia in ogni caso per le frequenti distanze tra le aspettative dei pazienti ed i risultati ottenibili, mentre il restante 19% si limita ad interventi di semplice allungamento con o senza plastica del tessuto pre-pubico.

D 4: il 64% ritiene la correzione degli incurvamenti penieni mediante incisione unica su principi geometrici e grafting sec. Egidio incompatibile con le comuni indicazioni per eccessiva estensione del graft, se non supportata da un concomitante impianto protesico, il 27% la considera una buona tecnica in base ai principi geometrici ed ai risultati pubblicati, mentre solo il 2% la utilizza personalmente.

D 5: nel trattamento chirurgico dei pazienti con IPP grave, border-line o ad alto rischio per DE post-operatoria, il 54%

preferisce proporre direttamente un contestuale impianto protesico idraulico, il 22% ritiene comunque opportuno un semplice innesto di graft mentre il 17% ritiene utile il concomitante impianto di protesi soffici di Subrini.

Conclusioni

Gli andrologi della SRS si dimostrano attualmente aperti all'utilizzo di dispositivi non invasivi di aumento delle dimensioni peniene, anche se in casi selezionati e al trattamento sintomatico dell'IPP con onde d'urto, mentre una non trascura-

bile percentuale ne ammette o denuncia i possibili effetti collaterali iatrogeni.

Una significativa percentuale dei colleghi conferma l'importanza dell'approfondimento psicologico e sessuologico pre-interventistico nel caso di chirurgia estetico-funzionale.

La proposta di un diretto impianto di dispositivi protesici idraulici nei casi di grave incurvamento o IPP ad alto rischio di DE post-operatoria, sembra diffondersi nonostante i noti limiti rappresentati dai costi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Disfunzioni sessuali maschili

Il paziente con DE

C 10

Il profilo del paziente con DE in Italia: i dati dell'Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS)

V. Mirone*, F. Fusco*, G. Dalena*, R. Sicuteri**, A. Rossi**, D. Valle**, S. Kontodimas***, per il Gruppo EDOS Italiano

* *Clinica Urologica, Università di Napoli Federico II;*

** *Eli Lilly Italia S.p.A.;* *** *Eli Lilly and Company, Windlesham, Surrey, UK*

Introduzione

Lo Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS) è uno studio osservazionale prospettico multicentrico della durata di 6 mesi che ha arruolato, in 9 paesi europei, più di 8000 pazienti rivoltisi al medico per ricevere un trattamento per la DE o cambiare un trattamento già intrapreso. Lo scopo dello studio era descrivere le caratteristiche generali di questa popolazione e i pattern di trattamento, nonché di valutare, nella pratica clinica, l'efficacia dei vari trattamenti, le motivazioni che ne potevano causare la prosecuzione o la sospensione ed il grado di soddisfazione dei pazienti. Le caratteristiche baseline dei pazienti arruolati in Italia consentono di tracciare un profilo del paziente italiano che richiede un trattamento per DE.

Materiali e metodi

Nei centri italiani coinvolti, dall'aprile 2003 all'aprile 2004 sono stati arruolati 1419 uomini di età < 18 anni che avevano chiesto al loro medico di medicina generale o al loro specialista di iniziare un trattamento per DE o di cambiare un trattamento già in atto. La valutazione baseline oltre ai dati demografici prevedeva la raccolta di informazioni su: grado di istruzione, stato socioeconomico, storia clinica, comorbidità, trattamenti per DE già in atto, l'uso di trattamenti farmacologici concomitanti (antidepressivi, antipertensivi ed altri farmaci cardiovascolari, ipolipidemizzanti, antipsicotici e chemioterapici). Tutti i pazienti hanno compilato i questionari IIEF-EF e SF-PAIRS, ed hanno risposto alla single item question 1 (SIQ1: negli ultimi 6 mesi la tua erezione è stata insufficiente ad iniziare o completare il rapporto sessuale?).

Risultati

Dei 1419 uomini arruolati, 1357 sono risultati eleggibili per lo studio. L'età media è stata 55 anni (range 19-81), con BMI = 26,8 Kg/m². I pazienti avevano un grado di istruzione superiore alla scuola primaria nell'83% dei casi, ed un lavoro a tempo pieno nel 52% dei casi, mentre nel 37% dei casi erano

pensionati. L'88,5% riferiva di essere impegnato in una relazione affettiva stabile, che nel 71,5% dei pazienti durava da più di 10 anni. Il 70,4% dei pazienti era fumatore o ex fumatore, mentre la storia di potus era poco frequente. La DE era moderata o severa nel 61,6% dei casi, di etiologia psicogena, organica o mista rispettivamente nel 24%, 33% e 43%, e durava da oltre un anno nel 59% dei casi. Una percentuale notevole (43%) di pazienti assumeva farmaci per patologie concomitanti, soprattutto antipertensivi (71%).

Conclusioni

I dati italiani dello studio EDOS consentono di tracciare un'identikit del paziente medio che, nel contesto della reale pratica clinica del nostro Paese, richiede un trattamento per DE. Lo studio ha avuto finanziamenti: SI Studio multicentrico Lilly Icos

C 42

Cosa si aspetta il paziente con DE

P. Rossi, M. Linardon, F. Menchini Fabris

Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, U.O. di Andrologia Policlinico S. Chiara

Introduzione

Nel 1998 Eardley descrisse le caratteristiche ideali per la terapia della DE definendo i criteri di aspettativa dei pazienti:

- sicura;
- ad azione rapida;
- di azione duratura nel tempo;
- ad alta tolleranza;
- discreta;
- non condizionata da cibo e alcool.

Scopo del lavoro è verificare se tali aspettative siano rimaste valide a quasi 10 anni di distanza dalla loro formulazione, mediante questionario strutturato.

Durante le visite andrologiche infatti si è evidenziato come l'utilizzo di un linguaggio più empatico, possa favorire il dialogo e le aspettative dei pazienti nei confronti della cura stessa.

Materiali e metodi

È stato realizzato un breve questionario contenente domande orientate secondo i risultati di una nostra precedente indagine. Il farmaco infatti, può essere rivestito di aspettative eccessive.

Sembra infatti molto importante per trattare la DE, fornire una informazione chiara, scientifica ma con una terminologia accessibile.

Il questionario è stato somministrato ad un campione di 50 pazienti del reparto di Andrologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa.

La somministrazione è avvenuta attraverso intervista diretta da parte di un unico intervistatore per minimizzare le interpretazioni del test.

La modalità di risposta del questionario è stata di tipo dicotomico (Sì/No), scelta attuata per facilitare la comprensione e lo svolgimento nella somministrazione.

Risultati

Analizzando i risultati si evince l'importanza per i pazienti, la cui media di età era di 65 anni, di conoscere la propria malattia e i benefici che una cura può portare (domande 1-2), infatti i pazienti hanno risposto in percentuale elevata affermativamente, addirittura 100% di sì per la domanda numero due. È abbastanza curioso vedere invece che alla domanda numero 3 (pensa che la cura a lei somministrata possa essere realmente utile?) le risposte affermative e quelle negative non siano poi così distanti numericamente ovvero 60% di sì e 40% no.

Stesso discorso di quasi equità numerica per la domanda numero 5, ovvero sulla conoscenza del farmaco, fattore che va a incidere sulla "sfiducia" nella sola farmacoterapia; difatti il 40% dei pazienti ha espresso un certo disagio nel non conoscere tutti i dettagli del farmaco a loro prescritto.

Con la domanda numero 4 possiamo invece vedere come esista una paura per gli effetti collaterali della farmacoterapia, difatti il 90% dei pazienti ha risposto di credere che gli effetti collaterali siano molti, fattore correlato con la non conoscenza del farmaco stesso.

Per quanto riguarda la sesta domanda, suddivisa in 5 sotto categorie di risposta, emerge che i fattori tollerabilità, sicurezza, ecc. risultano tutti importanti nella visione del paziente rispetto al farmaco (parliamo di una percentuale di pazienti dell'87%). Tra questi solo il fattore relativo al costo è stato valutato come un fattore "secondario" nella scelta di un farmaco per la disfunzione erettile.

Conclusioni

L'analisi quantitativa del questionario, unita ai commenti annotati durante la somministrazione dello stesso permettono di dire che esiste una volontà forte da parte dei pazienti di capire in maniera più approfondita la loro condizione medica, la malattia e soprattutto i farmaci loro prescritti, e che la mancanza di informazioni può generare molto spesso una insicurezza nel paziente stesso potenzialmente limitando la compliance alla terapia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Disfunzione erettile – Fisiopatologia

C 37

Sospensione del fumo e miglioramento della perfusione cavernosa dei parametri emodinamici ed emogasanalitici

R. Aponte, M. Carrino, R. Giannella, B. Fontana, D. Mattace Raso, A. Oliva

A.O.R.N. "A. Cardarelli", Dipartimento di Nefrourologia, Napoli

Introduzione

La correlazione di rischio tra fumo e DE è ben dimostrata in letteratura. Più controversa appare la cronologia tra sospensione del fumo e miglioramento dei parametri emodinamici. Scopo del nostro studio è stato quello di evidenziare la relazione cronologica fra astinenza dal fumo e miglioramento della perfusione cavernosa utilizzando l'ecocolordoppler e l'emogas del distretto cavernoso.

Materiali e metodi

Nell'arco di 10 mesi sono stati arruolati 36 pazienti, tutti fumatori, da almeno 10 anni, (40/60 sigarette/die) ed affetti da DE (IIEF5 score < 20), con età media di 54,4 anni.

I pazienti sono stati sottoposti ad ecocolordoppler basale e dinamico, esami di routine ed ormonali, emogas dal corpo cavernoso in stato di flaccidità.

Dopo 60 giorni di completa astensione dal fumo, sono stati ripetuti l'ecocolordoppler ed il prelievo di sangue cavernoso per lo studio emogasanalitico.

Risultati

All'esame ecocolordoppler iniziale la PSV era nella norma in 17 pazienti (17/36), mentre la EDV era nella norma solo in 6 pazienti (6/36), la determinazione dell'emogas ha rilevato la presenza di valori di pressione parziale di O₂, di pressione parziale di CO₂ e della saturazione dell'O₂, quasi comparabili a quelli di un distretto venoso.

Dopo la sospensione del fumo per 60 giorni, la situazione all'ecocolordoppler è totalmente mutata, con la PSV normale o significativamente migliorata in tutti i pazienti controllati (36/36 = 100%), ed in 34 pazienti anche la EDV è rientrata nel range di normalità (34/36).

Anche i parametri dell'emogas sono risultati significativamente migliorati in tutti i pazienti (PO₂ aumentata, PCO₂ diminuita, PO₂ Sat aumentata).

Conclusioni

L'assunzione di elevate quantità di fumo di sigaretta e soprattutto dei suoi metabolici per lungo tempo compromette la

capacità erettile e incide sulla componente veno-occlusiva, portando ad accumulo di metabolici che compromettono anche la ossigenazione del sangue endocavernoso, portando i valori emogasanalitici quasi a livello di sangue venoso.

La sospensione del fumo induce rapidamente miglioramento dell'emodinamica peniena con significativo incremento dei valori flussimetrici e parimenti miglioramento del trofismo del tessuto erettile testimoniato dalla migliore ossigenazione dello stesso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 38

Ciclismo e DE: ricerca epidemiologica tipo caso-controllo

R. Aponte, M. Carrino, P. Brigante, A. Troncone, R. Ricciardi, D. Mattace Raso

A.O.R.N. "A. Cardarelli", Dipartimento di Nefrourologia, Napoli

Introduzione e obiettivi

La correlazione tra DE e ciclismo è stata ampiamente documentata con buon livello di evidenza dalla più recente letteratura. Riportiamo i risultati di una interessante indagine epidemiologica, tipo caso-controllo, effettuata sull'ampio campione di atleti di un noto circolo ricreativo aziendale cittadino (Cral - Vesuviana).

Materiali e metodi

Nel periodo 2002-2005 a tutti gli associati tra i 20 e 50 anni è stato consegnato un questionario strutturato per la identificazione di disturbi del basso apparato urinario e DE. Dei 1000 questionari consegnati ne sono stati ricevuti 616 di cui 190 riferiti a soggetti dediti al ciclismo (Gruppo A) e 126 dediti ad altre attività sportive (gruppo B). I due gruppi apparivano abbastanza omogenei per età media – (41,8 gruppo A) – (42,5 gruppo B). Il questionario, oltre ai dati demografici comprendeva IPSS - IIEF5 ed alcuni quesiti relativi a sintomi da trauma perineale cronico.

Risultati

La prevalenza di DE (lieve - moderata - o completa) e L.U.T.S. è stata dell'15,3% nei ciclisti (4% solo DE, 4,3% LUTS, 7% LUTS + DE) e del 2,12% negli altri atleti. In un'analisi multivariata la DE nei ciclisti appariva come fattore indipendente dall'età e da fattori di rischio cardiovascolare.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 11

L'ipogonadismo acquisito dell'età adulta condiziona negativamente la risposta farmacologica nei pazienti con sindrome metabolica e il recupero di normali parametri vascolari all'eco-color-doppler penieno dinamico dopo terapia con Sildenafil

S. La Vignera, G. Sidoti, E. Vicari

Sezione di Endocrinologia, Andrologia e Medicina Interna, Dipartimento di Scienze Biomediche. Università di Catania, Ospedale Garibaldi, Catania

Introduzione e obiettivi

Monitoraggio dei principali parametri metabolici dopo terapia farmacologica in pazienti con piena espressione clinica di Sindrome Metabolica (SM) e confronto tra gruppi con differente quadro ormonale di testosterone (T). Valutazione parametri dinamici ricavati dopo eco-color-doppler penieno.

Materiali e metodi

20 pazienti (range età 52-59 anni) con piena espressione di SM e comprovata condizione di deficit erettile (DE) di natura arteriosa, in base ai livelli plasmatici di T individuabili 3 gruppi: gruppo A (n = 6, 30%) con T > 400 ng/dl; gruppo B (n = 9, 45%) con valori di T 200-400 ng/dl; gruppo C, (n = 5, 25%) con valori < 200 ng/dl di T. Fase terapeutica di 6 mesi, articolata su 3 livelli di intervento: 1) dietoterapia (apporto nutrizionale pari al -20% rispetto al fabbisogno calorico ideale calcolato); 2) attività fisica (intensità 40-60% VO2 max); 3) terapia farmacologica mirata di primo livello: insulino-sensibilizzante (Metformina 1500 mg/die) e anti-ipertensiva (Olmesartan 20 mg/die); 4) assunzione di Sildenafil 50 mg mezz'ora prima del rapporto sessuale. Rivalutazione a 6 mesi dei principali parametri metabolici, e nuova valutazione eco-color-doppler penieno dinamico, relativa ai seguenti parametri: peak systolic velocity (PSV), end diastolic velocity (EDV), resistance index (IR). Nessuna correzione farmacologica nei casi di ipotestosteronemia (mancata aderenza alla terapia proposta).

Risultati

Gruppo A: BMI -2,1; Circ. vita -4,1; HDL + 7,3; Tg. di -113,6; PAS -23,3; PAD -17,5; Glicemia -18,5; PSV (T0) 22,3; PSV (T1) 34; IR (T0) 0,66; IR (T1) 0,72.

Gruppo B: BMI -2,0; Circ. vita -3,0; HDL + 4,6; Tg. di -80,1; PAS -17,2; PAD -6,6; Glicemia -15,4; PSV (T0) 23,3; PSV (T1) 26,3; IR (T0) 0,67; IR (T1) 0,69.

Gruppo C: BMI 0,6; Circ. vita -0,8; HDL + 0,2; Tg. di -21,0; PAS -4,0; PAD -3,0; Glicemia -0,8; PSV (T0) 22,8; PSV (T1) 23,4; IR (T0) 0,702; IR (T1) 0,708.

Valori espressi in media.

Conclusioni

L'ipoandrogenismo acquisito, late-onset, dell'adulto (PADAM = Partial Androgen Deficiency of Aging Male) funge da potenziale amplificatore di una già nota e comprovata condizione di dismetabolismo del paziente.

La non correzione dello status ormonale diviene responsabile di parziale refrattarietà alle comuni terapie farmacologiche e della mancata normalizzazione dei principali parametri vascolari.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Disfunzione erettile – Diagnostica

Gc 5

Valutazione della gravità della DE: differenza tra quanto percepito dal clinico e quanto rilevato con la scala IIEF-EF. Dati italiani dello Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS)

F. Fusco*, A. Rossi**, D. Valle**, S. Kontodimas***, R. Sicuteri**, G. Dalena*, V. Mirone*, per il Gruppo EDOS Italiano

* *Clinica Urologica, Università di Napoli Federico II;*

** *Eli Lilly Italia S.p.A.;* *** *Eli Lilly and Company, Windlesham, Surrey, UK*

Introduzione

Nella pratica clinica il medico giudica spesso il grado di severità della DE senza avvalersi di questionari validati come lo IIEF (International Index of Erectile function). Lo Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS) è uno studio osservazionale prospettico multicentrico rivolto ai pazienti con DE che cominciavano per la prima volta un trattamento per disfunzione erettile o cambiavano un trattamento precedentemente intrapreso. I dati ottenuti consentono di confrontare, sul subset di pazienti italiani, il grado di severità della DE percepito dal medico intervistatore con quello risultante dalla compilazione del questionario autosomministrato.

Materiali e metodi

Nei centri italiani coinvolti, dall'aprile 2003 all'aprile 2004

sono stati arruolati 1419 uomini, di età media 55 anni (19-81). Alla baseline i pazienti sono stati sottoposti ad una accurata valutazione anamnestica ed il medico esprimeva un giudizio di severità della malattia (lieve, moderata o severa). I pazienti inoltre compilavano in privato il questionario autosomministrato IIEF-EF (International Index of Erectile function - Erectile Function Domain). Il grado di severità assegnato dal medico è stato quindi confrontato con lo score dello IIEF-EF.

Risultati

Dei 1419 uomini arruolati 1355 (età media 55 anni, range 19-81) sono risultati eleggibili per il confronto. La DE è stata giudicata dal medico intervistatore di grado lieve, moderato e severo rispettivamente nel 21%, 55% e 24% dei casi. Lo IIEF-EF score medio (DS) è stato 13,85 (7,02), corrispondente ad una DE di grado moderato. Il confronto tra il grading eseguito dal medico e quello risultante dall'IIEF-EF ha mostrato che il medico tende ad allocare nella categoria di DE moderata un numero di pazienti erroneamente elevato, affetti in realtà da DE lieve o severa.

Dai risultati emerge che ad una gravità percepita dal medico rispettivamente come lieve moderata o severa nel 21,1%, 54,8% e 24,05% dei pazienti, fa riscontro un 38,4% di pazienti che valutano, tramite la scala IIEF, la propria DE come normale o lieve, il 24,1% moderata ed il 37,5% severa.

Conclusioni

La valutazione della severità della DE eseguita senza l'ausilio di strumenti validati come lo IIEF-EF tende a sovrastimare la DE lieve e sottostimare la DE severa.

Lo studio ha avuto finanziamenti: SI

Studio multicentrico Lilly Icos

Disfunzione erettile – Terapie orali

C 9

Confronto tra pazienti al primo trattamento (naive) per la DE e pazienti non-naive: dati dello Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS)

F. Fusco*, R. Sicuteri**, A. Rossi**, D. Valle**, S. Kontodimas***, G. Dalena*, V. Mirone*, per il Gruppo EDOS Italiano

* Clinica Urologica, Università di Napoli Federico II;

** Eli Lilly Italia S.p.A.; *** Eli Lilly and Company, Windlesham, Surrey, UK

Introduzione e obiettivi

Lo Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS) è uno studio osservazionale prospettico multicentrico della durata di 6 mesi che ha arruolato, in tutt'Europa, più di 8000 pazienti rivoltisi ad ambulatori specialistici o di medicina generale per ricevere un trattamento per la DE (pazienti naive) o cambiare un trattamento già in atto (pazienti non naive). L'obiettivo di questo lavoro è il confronto tra questi gruppi di pazienti su un campione altamente rappresentativo della popolazione italiana con DE.

Materiali e metodi

Nei centri italiani coinvolti, dall'aprile 2003 all'aprile 2004 sono stati arruolati 1419 pazienti naive o non naive. Per ciascun paziente sono stati raccolti i dati anagrafici e la storia clinica. A tutti i pazienti è stato chiesto di compilare i questionari IIEF-EF.

Risultati

Dei 1419 uomini arruolati 1356 sono risultati eleggibili per lo studio; 912 (67,3%) erano naive mentre 444 (32,7%) erano già in trattamento. I due sottogruppi non differivano significativamente per età, body mass index, grado di istruzione, stato socioeconomico o coniugale, fumo di sigaretta o consumo di alcol. Rispetto ai pazienti non-naive, la DE dei pazienti naive era di più breve durata e più spesso intermittente/situazionale; inoltre era più probabile che il medico le attribuisse una eziologia esclusivamente psicogena e la giudicasse di grado lieve. In contrasto con quest'ultimo dato, la severità della malattia in base allo IIEF-EF risultava sovrapponibile tra i due gruppi.

Conclusioni

I pazienti naive che richiedono per la prima volta un trattamento per DE presentano lievi differenze rispetto a coloro che decidono di cambiare un trattamento già in corso. Lo status di paziente naive o la richiesta di cambiare un trattamento già intrapreso sembrano influenzare la percezione che il medico ha della severità della malattia, che tuttavia non differisce significativamente tra i due gruppi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: SI
Studio multicentrico Lilly Icos

P 10

Differenze nei parametri emodinamici penieni dopo terapie a breve termine per la disfunzione erettile organica

R. Bruziches, E. Greco, M. Pili, G. Spera, A. Aversa
Cattedra di Medicina Interna, Dipartimento di Fisiopatologia Medica, Università di Roma "La Sapienza"

Introduzione e obiettivi

Non è ancora chiarito se i farmaci pro-ereettili utilizzati nel trattamento della disfunzione erettile (DE) possono esercitare effetti riabilitativi sull'albero vascolare penieno. Abbiamo studiato l'efficacia a breve termine di terapie differenti per la DE (alprostadil vs. Sildenafil) sui parametri emodinamici penieni dopo color-doppler penieno dinamico (CPD) ed i rispettivi miglioramenti della funzione erettile.

Materiali e metodi

80 pazienti (paz.) con DE sono stati sottoposti a CPD diagnostico per la loro DE. Sono stati selezionati 30 paz. con DE organica, i quali sono stati assegnati a ricevere alprostadil per iniezione intracavernosa (ICT, N = 10) o Sildenafil (SIL, N = 10) o placebo (PLB, N = 10) per due volte la settimana come trattamento domiciliare, indipendentemente dalla loro eziologia. Le misure di efficacia primaria sono state le modificazioni dal basale dei parametri emodinamici al CPD effettuate ad almeno 72 ore di distanza dall'ultima assunzione di farmaco. Le misure di efficacia secondaria hanno riguardato le variazioni dal basale delle risposte Q3 e Q4 dell'IIEF e la 'global assessment question' (GAQ).

Risultati

I paz. che hanno praticato ICT hanno mostrato al CPD un significativo miglioramento rispetto al basale dei parametri emodinamici penieni sia in termini di picco sistolico (PSV) che velocità telediastolica (EDV) ($39,9 \pm 7,5$ vs. $33,9 \pm 6,2$ cm/sec, $p < 0,005$ e $5,4 \pm 2,4$ vs. $8,8 \pm 3,7$, $p < 0,005$, rispettivamente). Al contrario, i paz. che hanno assunto SIL e PLB non hanno mostrato variazioni significative. Tuttavia, sia ICT che SIL hanno determinato un incremento dei punteggi alle Q3 e Q4 rispetto al PLB ($p < 0,05$) e della percentuale di risposte 'si' alla GAQ ($p < 0,01$).

Conclusioni

Questi risultati suggeriscono che sia ICT che SIL sono terapie domiciliari efficaci nel ripristinare la funzione erettiva quando paragonate con PLB. Tuttavia, solo l'uso continuati-

vo di ICT è in grado di determinare un miglioramento significativo della emodinamica peniena e può quindi esercitare un effetto di tipo riabilitativo a livello dei corpi cavernosi di soggetti affetti da DE organica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 19

Miglioramento della funzione erettile spontanea in pazienti con moderata disfunzione erettile trattati con Sildenafil a dose fissa

G. De Giorgi, B. Grossetti, G. Maso, S. Crivellaro, U. Moro, S. Bierti, E. Kocjancic, B. Frea

Dipartimento e Cattedra di Urologia, Università di Udine

Introduzione

La terapia con Sildenafil rappresenta un presidio sicuro ed efficace nel trattamento della disfunzione erettile (DE) di origine organica o psicogena. È stato dimostrato come l'efficacia a lungo termine del Sildenafil sia condizionata dalla sua assunzione continuativa in pazienti con DE conclamata. Gli Autori riportano l'esperienza osservazionale prospettica, non controllata, su una piccola coorte di pazienti con modesta DE di recente insorgenza, relativa al miglioramento della funzione erettile spontanea dopo trattamento con Sildenafil a dose fissa.

Materiali e metodi

Dal novembre 2005 al maggio 2006 20 pazienti non consecutivi (età media 49,6 anni, range 23-67) giunti all'osservazione ambulatoriale per riferita disfunzione erettile di recente insorgenza (4-6 mesi), in assenza di fattori di rischio per DE (fumo, ipertensione arteriosa, diabete, dislipidemia), sono stati osservati prospetticamente. Alla prima visita è stata eseguita una valutazione clinica andrologica di base ed è stata eseguita la valutazione del punteggio IIEF-5. Tutti i pazienti sono stati avviati a terapia fissa con Sildenafil 50 mg 2 volte a settimana per le prime due settimane successive alla prima visita. Tutti i pazienti sono stati rivalutati a quattro settimane, mediante valutazione clinico-andrologica di base e nuova valutazione del punteggio IIEF-5 relativo alla funzione erettile spontanea nelle due settimane successive alle settimane di terapia.

Risultati

Il punteggio IIEF-5 alla prima visita risultava compreso tra 11 e 17. Alla visita di controllo tutti i pazienti riferivano un miglioramento della funzione erettile spontanea nelle due settimane successive alle settimane di terapia con dose fissa di Sildenafil, definendo come miglioramento un punteggio

IIEF-5 che consentisse un cambio di classe (punteggio IIEF-5 compreso fra 15-21).

Discussione e conclusioni

L'assunzione di Sildenafil alla demand rappresenta un presidio efficace nel trattamento della disfunzione erettile, non essendo stata dimostrata una sua efficacia a lungo termine con dose fissa. L'esperienza riportata, pur con i limiti relativi alla esigua numerosità del campione ed alla mancanza di un gruppo controllo, è relativo ad un gruppo di pazienti omogeneo per storia clinica ed entità del deficit erettile, e per mancanza di fattori di rischio per DE organica, nella maggior parte dei casi, pertanto, di natura psicogena. È noto come il trattamento della disfunzione erettile produca un significativo miglioramento della qualità della vita dei pazienti, dell'autostima e della qualità dei rapporti interpersonali. Il miglioramento della funzione erettile spontanea dopo terapia a dose fissa con Sildenafil potrebbe essere determinato da tale miglioramento globale della qualità dei rapporti interpersonali determinato da erezioni valide per una serie di rapporti soddisfacenti, ferma restando la possibilità che una dose fissa di Sildenafil determini l'interruzione di un meccanismo di eventi a cascata che da uno stress ossidativo da ipoperfusione conduca ad una definitiva disfunzione endoteliale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 48

Risultati di uno studio sulla modificazione dei livelli di ansia, depressione e qualità di vita in pazienti con disfunzione erettile in trattamento con Sildenafil

A. Vitarelli*, V. Affatati**, G. Lorusso*, O. Todarello**, A. Pagliarulo*

* *Dipartimento Emergenza e Trapianto Organi, Sezione di Urologia, Università di Bari;* ** *Clinica Psichiatrica II, Università di Bari*

Introduzione

Scopo dello studio era valutare l'efficacia di Sildenafil in relazione alla eziologia della disfunzione erettile (DE), ed i cambiamenti dei livelli di ansia (A), depressione (D) e qualità di vita (QoL) dopo trattamento.

Materiali e metodi

Dall'ottobre 2002 abbiamo condotto uno studio su 69 pz con DE a differente eziologia -33 Organica (Org) e 36 Psicogena (Psi)- diagnosticata tramite anamnesi, EO, dosaggio del Testosterone tot. e free, DHEAS, LH, PRL, ECDoppler penieno dinamico, Rigiscan, cavernosometria. A tutti i pz. (età media 56 anni), sono stati somministrati l'IIEF e una batteria di test

psicometrici (Zung SAS e SDS, GHQ, PSQ generale e mensile), prima e dopo terapia per 6 mesi con Sildenafil 50-100 mg al bisogno (trattati 52 pz. - 26 Org., 26 Psi). Al baseline il campione totale era omogeneo, indipendentemente dall'eziologia del D.E. e dalla compliance al trattamento.

Risultati

Dei 52 pz trattati con Sildenafil, 32 (62%) hanno ottenuto un netto miglioramento del punteggio IIEF e della funzione erettile con erezioni sufficienti per rapporto ad ogni tentativo (13 Psi, 19 Org). Negli altri 20 pz (38%) non sono stati riscontrati miglioramenti significativi della D.E. (13 Psi, 7 Org). I pz per i quali non era stato rilevato un miglioramento della DE, indipendentemente dall'eziologia, non presentavano un miglioramento nelle variabili psicologiche (VP), così come per i pz non sottoposti al trattamento. I pz migliorati invece, presentavano un miglioramento significativo della QoL (GHQ $p = 0,02$) e della D (SDS $p = 0,04$). All'interno del gruppo Org, a differenza di quello Psi, sono emersi miglioramenti significativi posttrattamento di A, D e QoL (GHQ $p = 0,01$; SAS $p = 0,05$; SDS $p = 0,05$). Negli Psi le VP non sono migliorate neanche in presenza di un miglioramento della DE.

Conclusioni

Il trattamento con Sildenafil è maggiormente efficace per la DE ad eziologia organica il cui miglioramento è strettamente associato a quello di A, D e QoL. I pz Psi, invece, non hanno presentato miglioramenti delle VP neanche in seguito al miglioramento della DE. Sembra, quindi, plausibile che tale disturbo, essendo di origine psicosomatica, rappresenti solo l'evidenza fenomenologica di un disagio psicologico e che pertanto, pur eliminando il sintomo tramite l'assunzione del farmaco, non ne venga risolta la causa. Tali risultati sembrano quindi supportare la necessità di un intervento psicoterapeutico per i casi di DE ad eziologia psicogena.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 9

La disfunzione erettile e l'impiego del Sildenafil in una popolazione di pazienti con recente intervento cardiocirurgico

A. Di Patria

Responsabile dell'Unità Funzionale di Cardiologia Riabilitativa della Clinica Villa delle Magnolie di Castel Morone accreditata ASL CE1 Caserta

Introduzione

La funzione sessuale è fondamentale per il benessere psicofisico dell'uomo a prescindere dalla razza, dall'estrazione sociale dal grado culturale ecc.

La disfunzione erettile è definita come "l'incapacità di raggiungere o mantenere un'erezione sufficiente per un rapporto

sessuale soddisfacente" e può essere facilmente valutata mediante idonei e specifici test valutativi.

Materiali e metodi

Scopo dello studio era quello di valutare la presenza di disfunzione erettile in una popolazione di pazienti ricoverati presso la nostra Divisione di Cardiologia Riabilitativa negli anni 2003-2004 (circa 580) per un ciclo di riabilitazione cardiopolmonare dopo un intervento di chirurgia cardiaca per rivascularizzazione miocardica mediante by-pass aortocoronarico o sostituzione valvolare e quindi verificare l'eventualità di prescrivere il Sildenafil a domicilio per poi valutarne efficacia e eventuali effetti avversi e/o collaterali.

I pazienti giungevano alla nostra osservazione in 5^a-6^a giornata dopo un intervento di rivascularizzazione miocardica mediante by-pass aortocoronarico (70%) o di sostituzione valvolare mitralica o aortica (30%).

L'età era compresa tra i 40 e i 65 anni. Il 75% era fumatore, il 54% diabetico, il 24% dislipidemico, il 54% iperteso. Tutti i pazienti selezionati si sottoponevano ad un programma di rivalutazione clinico-funzionale comprendente un elettrocardiogramma, ecocardiogramma con color doppler, color doppler vascolare dei TSA/Aorta addominale/AV arti inferiori, spirometria, saturazione di ossigeno, emogas arterioso, Rx torace in AP ed LL, esami ematici, ecg dinamico sec. Holter 24 ore.

I pazienti tra l'altro eseguivano un colloquio psicologico d'ingresso con la somministrazione di test diagnostici come il MMP I e MMP II, e sedute periodiche educazionali di gruppo. Ai pazienti veniva somministrato all'ingresso un test valutativo della funzione erettile (assolutamente anonimo) del tipo IIEF-5. Questo è un breve questionario che consta di sole 5 domande che analizzano la funzione erettile ed il grado di soddisfazione sessuale con un buon grado di sensibilità.

Ai pazienti con disfunzione erettile accertata, che non presentassero controindicazioni cliniche ed interazioni farmacologiche pericolose, veniva prescritto alla dimissione il Sildenafil da assumere non più di 2 volte a settimana e ad un dosaggio massimo di 100 mg.

Successivamente, al fine di conoscere eventuali effetti avversi e di definire i risultati, i pazienti arruolati nello studio venivano raggiunti da intervista telefonica durante la quale si riproponevano le domande del test sulla disfunzione erettile IIEF-5 e si ottenevano quindi informazioni sulla performance sessuale.

Risultati

In una popolazione di pazienti con età compresa tra i 40 ed i 65 anni, la disfunzione erettile è stata dichiarata dal 40% dei ricoverati nella nostra Divisione di Cardiologia Riabilitativa dopo un intervento cardiocirurgico mediante sia la valutazione del Test IIEF-5 e sia l'intervento mirato dello psicologo.

Circa il 70% dei pazienti selezionati non presentava controindicazioni all'assunzione del Sildenafil che veniva quindi regolarmente prescritto alla dimissione ad un dosaggio massimo di 100 mg non più di 2 volte a settimana.

La valutazione del disturbo sessuale eseguita quindi successivamente mediante rivalutazione del test IIEF-5 dopo la pre-

scrizione del Sildenafil, mostrava un basso profilo di rischio per la pressochè assenza di eventi avversi ai dosaggi convenzionali e una buona risposta per quanto concerne la performance sessuale con un elevato grado di soddisfazione della coppia (L'obiettivo veniva infatti raggiunto nell'80% circa dei pazienti. Il restante 20% presentava tuttavia problematiche non sempre risolvibili con l'impiego del Sildenafil). Tra gli effetti collaterali più rappresentati la cefalea 15%, Alterazioni visive 3%, rash cutanei 8%.

Conclusioni

Lo studio dimostra la presenza di un frequente disturbo della funzione sessuale in questo sottogruppo di pazienti (sottoposti ad un recente intervento di cardiocirurgia), spesso trascurato e poco indagato che certamente è strettamente correlato con i principali fattori di rischio cardiovascolare. Mostra, inoltre, una buona compatibilità e sicurezza del Sildenafil ai dosaggi convenzionali con una altissima percentuale di risultati positivi (l'80% dei pazienti trattati migliorava la funzione sessuale con un buon grado di soddisfazione).

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 11

Completa affidabilità di Vardenafil 20 mg nella penetrazione e nel completamento del rapporto: studio della efficacia di Vardenafil per la disfunzione erettile II (RELY II)

F. Montorsi*, A. Salonia*, L. Valiquette**, G. Zanni*, F. Dehò*, L. Barbieri*, A. Briganti*, E. Rubio-Aurioles***, per il Vardenafil Study Group

* U.O. e Cattedra di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; ** Hospital St-Luc du CHUM, Montreal, Quebec, Canada; *** Asociacion Mexicana Para la Salud Sexual, Tlalpan, Mexico

Introduzione e obiettivi

Valutazione di efficacia di Vardenafil 20 mg in una coorte di pazienti affetti da disfunzione erettile (DE).

Metodi

In questo studio multicentrico in doppio-cieco, è stata somministrata una singola compressa di Vardenafil 20 a 573 pazienti con DE da più di 6 mesi. Di questo primo gruppo, i pazienti che hanno riportato una penetrazione soddisfacente sono stati successivamente randomizzati per assumere Vardenafil 20 mg vs. placebo per 12 settimane. L'obiettivo primario, efficacia della penetrazione (SEP2), è stato calcolato come percentuale di dosi consecutive con esito positivo a 12 ore rispetto al totale delle dosi correttamente assunte (ovvero con

inizio del tentativo del rapporto sessuale da 0 a 12 ore dall'assunzione del farmaco). È stato inoltre considerato come obiettivo secondario il completamento del rapporto sessuale (SEP3), calcolato come percentuale dei rapporti completati rispetto alle dosi assunte, per il gruppo dei pazienti che avevano riportato sia una penetrazione soddisfacente che il completamento del rapporto sessuale.

Risultati

Di 573 pazienti, l'81% ha riferito una penetrazione soddisfacente con la prima assunzione; questi pazienti sono stati quindi randomizzati per assumere Vardenafil (n = 230) o placebo (n = 233). La maggior parte era affetta da grave (34%) o moderata (35%) DE. Alcuni erano affetti da comorbidità come ipertensione (41%), dislipidemia (28%) e diabete (24%). Dopo il successo iniziale, la percentuale dei pazienti con penetrazione efficace è stata dell'85% per il Vardenafil e del 45% per il placebo (p < 0,001). Il 70% dei pazienti ha riferito il completamento del rapporto sessuale con la prima assunzione. Dopo l'iniziale successo del primo rapporto, la percentuale di pazienti che ha riferito il successivo buon completamento del rapporto sessuale ammontava al 78% per il Vardenafil ed al 29% per il placebo (p < 0,001). L'assunzione di Vardenafil è stata complessivamente ben tollerata; gli eventi avversi maggiormente lamentati (nel 5% dei pz) sono stati cefalea (12,2% vs. 2,1%), flushing (8,7% vs. 0,4%), e congestione nasale (6,5% vs. 0,4%) rispettivamente nel gruppo in terapia con il farmaco vs. il placebo.

Conclusioni

Vardenafil è efficace sia alla prima assunzione che alle assunzioni successive. Alla prima assunzione, l'81% dei pazienti riferisce una erezione efficace ed il 70% il completamento del rapporto sessuale intrapreso, con successivi buoni risultati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: SI

Bayer

P 1

Valutazione di un regime alternativo con l'uso di Tadalafil 3 volte a settimana, in uomini con disfunzione erettile: lo studio SURE in Italia

V. Mirone*, F. Fusco*, A. Palmieri*, P. Verze*, G. Dalena*, R. Sicuteri**, A. Rossi**

* Clinica Urologica, Università di Napoli Federico II;

** Eli Lilly Italia S.p.A.

Obiettivo

Valutare la preferenza del paziente tra due diversi regimi di Tadalafil, al bisogno o tre volte a settimana, in un'ampia popolazione di uomini italiani affetti da disfunzione erettile

(DE). Come endpoint secondario è stata valutata l'efficacia e la tollerabilità di Tadalafil nei due diversi regimi.

Metodi

Lo studio SURE è uno studio multicentrico, crossover, in aperto che si è svolto in 14 paesi europei. In Italia 1058 uomini con DE, di varia gravità ed etiologia, sono stati randomizzati ad assumere 20 mg di Tadalafil al bisogno (al massimo una dose al giorno prima dell'attività sessuale) o 3 volte a settimana (lunedì, mercoledì e venerdì, oppure martedì, giovedì e sabato), per un periodo di 5-6 settimane. Dopo un washout di una settimana, i pazienti sono passati all'altro regime per altre 5-6 settimane. Al termine della fase di trattamento i pazienti indicavano la preferenza per l'uno e l'altro regime rispondendo ad una singola domanda (Treatment Preference Question, TPQ). Alla baseline ed al termine di ciascun regime di trattamento, ogni paziente compilava i questionari IIEF e SEP, utilizzati come parametri di efficacia.

Risultati

L'età media dei pazienti randomizzati era di 54,4 anni ed il 74,1% di essi aveva una storia clinica di DE di almeno un anno. In totale, le risposte dei 1058 uomini al TPQ hanno mostrato che il 59,1% di essi preferiva il regime al bisogno ed il 41,9 preferiva quello 3 volte a settimana. Non è stata riscontrata alcuna differenza tra i due regimi in termini di efficacia e tollerabilità.

Conclusioni

Tadalafil presenta la più lunga durata d'azione tra gli inibitori della PDE5 oggi disponibili. Questa caratteristica consente di ipotizzare protocolli di assunzione del farmaco alternativi al classico "on demand". In questo studio, benché una maggioranza di pazienti abbia preferito il tradizionale regime "al bisogno", un numero considerevole (41,9%) ha giudicato preferibile il regime "3 volte a settimana". Tadalafil consente un'eccellente flessibilità di dosaggio ed una maggiore possibilità di scelta per il singolo paziente, contribuendo ad ottimizzare il trattamento della DE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: SI

Studio Multicentrico Lilly

P 2

Somministrazione al bisogno o assunzione a giorni alterni di Tadalafil nel trattamento della disfunzione erettile: quale risulta più efficace e meglio tollerabile? Nostra esperienza

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

SOD, Clinica Urologica II, Università di Firenze

Introduzione e obiettivi

Il Tadalafil è una molecola ampiamente utilizzata per il trattamento dei deficit erettivi di varia eziologia. In questo studio paragoniamo l'efficacia tra la somministrazione al bisogno e l'assunzione a schema fisso a giorni alterni di Tadalafil nel trattamento della disfunzione erettile.

Materiali e metodi

Abbiamo arruolato 72 uomini (età media 57,3 aa. range 19-82 aa.) con DE di varia eziologia (9 pz. psicogena (12,4%), 43 pz. organica (59,3%) e 20 pz. mista (28,3%) con una stabile relazione eterosessuale e con una storia di DE da almeno 6 mesi valutata con questionario IIEF. Li abbiamo suddivisi in due gruppi random con metodo computerizzato: i primi 31 pz. hanno ricevuto Tadalafil 20 mg al bisogno (1-2 ore prima del rapporto), mentre gli altri 31 hanno ricevuto Tadalafil 20 mg a giorni alterni per 3 mesi. Dopo 12 settimane li abbiamo rivalutati tramite questionario IIEF e GAQ. Dopo due settimane di wash out i due gruppi sono stati sottoposti a somministrazione crociata con Tadalafil per altri 3 mesi e a successiva nuova rivalutazione tramite questionario IIEF GAQ e domanda sulla preferenza sul tipo di trattamento.

Risultati

All'arruolamento sul numero totale dei pazienti la media del punteggio del questionario IIEF era 14,6. Dopo 3 mesi di trattamento con 20 mg di Tadalafil al bisogno e 20 mg di Tadalafil a giorni alterni la media del punteggio del questionario IIEF è stata rispettivamente 23,3 e 26,4 (entrambi $p < 0,001$ vs. arruolamento) ($p < 0,05$ per il trattamento a schema fisso vs. assunzione al bisogno). La media percentuale di miglioramento della qualità delle erezioni (GAQ) è stata del 73% per il trattamento al bisogno e dell'88% per quello a schema fisso ($p < 0,05$). Al completamento dello studio 52 pazienti (72%) hanno preferito l'assunzione a giorni alterni di Tadalafil contro 20 (28%) che hanno preferito quella al bisogno. Entrambi i trattamenti sono stati ben tollerati. Gli eventi avversi più frequentemente osservati sono stati: cefalea (1), dolori muscolari (1) e rash cutaneo (3) nel gruppo di assunzione del farmaco al bisogno e cefalea (2), dispepsia (2) in quello a giorni alterni; nessuno è stato di entità tale da dover sospendere il trattamento.

Conclusioni

Il Tadalafil ha confermato l'alta efficacia e tollerabilità nel trattamento della DE. La sua somministrazione a giorni alterni si è dimostrata più efficace nel completamento dei rapporti sessuali e nella qualità dell'erezione in confronto a quella al bisogno.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 4

Valutazione della terapia a lungo termine con Tadalafil in pazienti con disfunzione erettile: update dopo 6 mesi

C. Giacchetto, G. De Grande, E. Vicari, S. La Vignera, G. Cutrale, C. Pavone, S. Minì, S. Dammino, P. Panella, F. Mastroeni, G. Turiano, Q. Paola, D. Di Trapani, F. Lanzafame, G. Cirotta, R. Allegro
Gruppo di Studio Sezione Regione Sicilia – SIA

Introduzione e obiettivi

Caratterizzare, in uno studio prospettico longitudinale su pazienti (pz) con disfunzione erettile (DE) trattati per 6 mesi con Tadalafil (Tad), efficacia, sicurezza, e grado di soddisfazione per il trattamento del pz e della partner.

Materiali e metodi

Furono arruolati 155 pz (età media 67 anni, range 26-75) con DE, mai trattati (naïve) nel 74% dei casi. La DE, presente da < 1 anno (37%) o da 1-5 anni (63%), era organica (59%), mista (26%), psicogena (11%), idiopatica (4%). Il numero dei FR (fumo, diabete, ipertensione, dislipidemia), presenti nel 71% dei pz, era: 1 (37%), 2 (26%), 3 (8%); le comorbidità erano: 0 (28%), 1 (39%), 2 (23%), > 2 (10%). Del piano terapeutico previsto (totale 9 m) (posologia Tad: iniziale, costante, 20 mg x 2/sett. x 6 m.; proseguimento: 20 mg x 1-2/sett. x altri 3 m. in base a risposta dei primi 6 m. e/o opzione motivata dal pz) riportiamo i dati su efficacia (IIEF5) e soddisfazione (EDITS-paziente; EDITS partner) al 3° (T3) e del 6° mese (T6).

Risultati

Efficacia: A T0, l'IIEF5 score (mediana 11, range 1-20): era 0-10 (DE severa) (46%), 11-16 (DE moderata) (43%), 17-20 (DE lieve) (11%). L'IIEF5 score aumentò (mediana 19, range 1-25) a T3 ed a T6 (mediana 21, range 7-24), in virtù di una risposta > 5 punti nel 50% (a T3) e nel 58% (a T6) dei pz. Soddisfazione: l'EDITS-paziente score registrò una risposta piena (score < 11) (nel 50% a T3; nel 67% a T6) con valori di mediana 10 (range 1-33) a T3 e 8 (range 3-19) a T6; risposta assente (score > 22) nel 6% (a T3) e nello 0% (a T6) dei pzt. L'EDITS-partner fece riscontrare una risposta piena (score < 5) (nel 25% a T3; nel 42% a T6) con valori di mediana 6 (ran-

ge 0-18) a T3 e 5 (range 1-9) a T6; risposta assente (score > 22) nel 9% (a T3) e nello 0% (a T6) delle partner. Compliance-Sicurezza: a T3 una bassa percentuale di pzt modificò la posologia (9,7%), interruppe (10,3%) o descrisse effetti indesiderati (3%) dopo Tad; a T6, nessun pzt modificò la posologia, e solo 1 pzt interruppe Tad per effetti collaterali.

Conclusioni

La terapia long-term con Tad per DE ha fatto registrare efficacia di risposta (IIEF5 > 5 punti) del 50% e 58% a T3 e T6, influenzata dall'etiopatogenesi organica e dalla durata della DE, e buona compliance-sicurezza. I punteggi EDITS-pazienti e -partner sottolineano un alto grado di soddisfazione (che continua a crescere anche dopo il 3° mese, raggiungendo punteggi più alti a T6) per la terapia eseguita.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 20

Efficacia a distanza della terapia con Sildenafil nel deficit erettivo

N. Dinelli, F. Menchini Fabris, P. Rossi, G.F. Menchini Fabris

U.O. di Andrologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana Policlinico, Pisa

Obiettivo

Valutare l'efficacia a distanza di tempo del Sildenafil nel recupero della funzione erettile.

Metodi

Lo studio ha riguardato 843 pz affetti da DE che si sono presentati presso gli ambulatori della Andrologia di Pisa tra il 1 gennaio 2004 e il 31 dicembre 2004.

Tutti i pz riferivano un IIEF5 inferiore a 21 e il 51% riferiva una diminuzione o scomparsa delle erezioni notturne e mattutine.

I pz avevano un'età compresa tra 30 e 75 anni (età media 61,5 anni).

152 pz (18%) avevano un diabete conclamato (terapia orale o insulina).

A tutti i pz è stato somministrato il questionario IIEF5 al tempo 0, a 3 mesi dall'assunzione, a 6 e a 10 mesi. A tutti sono stati prescritti gli esami ormonali standard (T libero e totale, prolattina, FSH, LH, TSH, T3, T4, E2,) il PSA, la glicemia basale e l'emoglobina glicosilata.

Tutti i pz sono stati sottoposti a ecocolor doppler penieno dinamico per escludere una patologia vascolare del DE.

Nei pz oltre 65 anni è stata richiesta visita cardiologica ed ECG prima della prescrizione.

Sono stati somministrati 50 mg di sildenafil citrato per 3 volte la settimana per 2 mesi, incrementato a 100 se il pz non verificava benefici. Dopo 2 mesi di terapia il pz eseguiva una ri-

duzione scalare di 25 mg del dosaggio ogni 2 settimane fino alla cessazione della terapia.

Risultati

A 3 mesi oltre il 87% dei pz aveva incrementato il proprio IIEF5 oltre 21 (incremento medio 8); nella rivalutazione a 6 mesi il 74% dei pz riferiva un IIEF5 oltre 21 e a 10 mesi il 67% dei pz aveva ancora un IIEF5 superiore a 21.

Il 6% dei pz ha rinunciato per effetti collaterali (rossore del volto, emicrania).

Conclusioni

Il benefico effetto del farmaco, l'aumento delle erezioni notturne e spontanee, il miglioramento dell'attività dell'endotelio e l'avvenuto ritorno alla normale frequenza dei rapporti determina un effetto a distanza percepibile anche a distanza di 8 mesi dal periodo di trattamento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 14

Valutazione psico-fisica del maschio con Maca (*Lepidium Meyenii*)

T. Zenico, M. Mercuriali, P. Lilli, C. Vivacqua, H. Hanitzsch, C. Saltutti, E. Bercovich

U.O. Urologia, Ospedale Pierantoni, Forlì

Introduzione e obiettivi

Il Maca o *lepidium meyenii*, appartiene alla famiglia delle *brassicaceae*; viene coltivata nelle Ande.

Contiene carboidrati, vitamine e soprattutto zinco.

Il lavoro presuppone di evidenziare come il Maca possa interagire con i dosaggi delle gonadotropine, testosterone e quanto la valutazione personale del benessere soggettivo migliori in seguito a tale assunzione.

Materiali e metodi

Sono stati considerati due gruppi di 15 pazienti che riferivano saltuari deficit erettivi, calo del desiderio.

Tutti sono stati sottoposti al dosaggio delle gonadotropine,

testosterone totale, eco-color-doppler penieno dinamico.

Il gruppo A trattato con Maca estratto secco 1200 mg per tre mesi consecutivi dal settembre 2005 al aprile 2006; il gruppo B trattato con placebo.

L'età media è di 36 anni (range 19-52 anni).

Prima dell'inizio del trattamento con il Maca e dalla fine dello stesso è stato somministrato il test Satisfacion Profile (SAT-P) di G. Mayani ed S. Callegari che ha valutato la qualità di vita soggettiva connessa alla salute, considerando 5 indicatori: funzionalità fisica, psicologica, cognitiva, sociale e professionale.

La relazione tra qualità di vita soggettiva connessa alla salute e gli indicatori è stata effettuata con la metodica dello scoring per fattori (5 punteggi per ogni soggetto) e con la confrontazione tra il pretattamento e dopo un mese di follow up.

Risultati

L'eco-color-doppler dinamico e i dosaggi ormonali sono risultati nella norma.

Il dosaggio delle gonadotropine e del testosterone confrontato prima e durante il trattamento non è variato significativamente.

I profili SAT-P appaiono sostanzialmente cambiati per 80% dei pazienti (12) trattati con Maca gruppo A, due pazienti di tale gruppo hanno abbandonato la terapia.

Del gruppo trattato con placebo (gruppo B), solo il 20% (3) ha registrato un miglioramento.

Tutti gli indicatori dopo il trattamento con Maca, specialmente la funzionalità fisica psicologica, intesa come tono dell'umore e autonomia psicologica, anche se nella funzionalità psicologica, il fattore capacità di Problem Solving rimane invariato.

Nella funzionalità sociale appare più alto il fattore rapporto di coppia (con il partner) nell'insieme, i profili SAT-P evidenziano una percezione soggettiva di un recupero psicofisico.

Conclusione

I risultati ottenuti sostengono che la terapia con Maca rappresenta una valida opzione terapeutica perché aumenta il tono dell'umore e il senso di auto efficacia, fattori notevolmente importanti nel trattamento di pazienti che presentano problematiche erettive.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Chirurgia protesica peniena

C 51

Dieci anni di chirurgia protesica: nostra esperienza

S. Ciampalini, K. Periklis, S. Bucci, G. Liguori, C. Trombetta, E. Belgrano

Clinica Urologica, Università di Trieste

Introduzione e obiettivi

La terapia della disfunzione erettile è stata rivoluzionata dall'introduzione dei farmaci orali inibitori delle 5 fosfodiesterasi. In questi ultimi anni, si è assistito ad una progressiva riduzione degli impianti protesici. Questa terapia mantiene la sua validità sia per il progressivo miglioramento dei materiali sia per la maggiore affidabilità dei componenti delle protesi. L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di valutare nel tempo l'effettiva efficacia della terapia protesica mediante l'utilizzo del questionario EDITS che quantifica i livelli di soddisfazione e di piena accettazione dell'intervento.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio retrospettivo su 23 pazienti sottoposti a chirurgia protesica presso il nostro centro dal 1997 al 2006.

16 pazienti erano affetti da DE vascolare, 2 da lesione midollare post traumatica, 1 paziente affetto da lesione vascolare post traumatica del bacino. In 2 casi si è proceduto a sostituzione di protesi semirigide e 2 casi a sostituzione di protesi tricomponente malfunzionante. Tutti i pazienti erano totalmente non responders alla terapia orale con inibitori delle fosfodiesterasi e/o non soddisfatti della terapia iniettiva intracavernosa. In 2 casi è stata utilizzata una protesi bicomponente (Mentor GFS March II), in 21 casi una protesi tricomponente (20 pazienti Mentor Alpha 1 e un paziente AMS 700 cx). La via di accesso chirurgico è stata sempre peno-scrotale con serbatoio in sede paravescicale tranne un posizionamento nel peritoneo.

Risultati

L'analisi retrospettiva dei dati ha dimostrato che sono state rimosse 2 protesi per infezione postoperatoria (8,6%), 2 protesi (8,6%) sostituite per malfunzionamento dovuto a rottura dei cilindri idraulici e 2 protesi semirigide sostituite con tricomponenti gonfiabili per scelta del paziente. Tutti i pazienti hanno effettuato lo stesso protocollo di profilassi antibiotica. Dalla valutazione sono stati esclusi 5 pazienti (2 protesi rimosse, 1 p. deceduto, 2 non rintracciabili). Le risposte al questionario dimostrano che, anche a distanza di anni dall'intervento, il grado di soddisfazione del paziente risulta molto elevato (> 80%) sia per quanto riguarda il livello di rigidità del pene, la facilità d'uso della protesi, la soddisfazione della partner.

Conclusioni

La chirurgia protesica non presenta particolari difficoltà tecniche ma soprattutto merita molta attenzione nella profilassi antibiotica, nella preparazione intraoperatoria delle componenti protesiche, nella ricerca della massima possibile asepsi e pertanto deve essere condotta da equipe chirurgica dedicata. I nostri risultati a lungo termine confermano che se è presente una forte motivazione del paziente e un corretto counselling la protesi rappresenta un'ottima soluzione per mantenere una soddisfacente attività sessuale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 23

Implantologia protesica nella DE: l'esperienza di un centro urologico pubblico

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

* SOC Urologia, Ospedale San Lazzaro, Alba; ** Servizio di Psicologia, ASL 18 Piemonte

Introduzione e obiettivi

L'implantologia protesica rappresenta la terapia di scelta nei pazienti non responders o non complianti alla terapia medica per la DE. In Italia la terapia protesica ha ancora una diffusione limitata in rapporto alla prevalenza della DE. Con questo studio abbiamo voluto presentare la nostra casistica implantologica cercando di evidenziare quali elementi hanno contribuito alla diffusione della implantologia nel nostro territorio.

Materiali e metodi

Presentiamo la nostra casistica di pz con impianto di protesi peniena, selezionati presso l'ambulatorio integrato di andrologia e psicossessuologia, tra gennaio 2001 e dicembre 2005. Tramite accesso peno-scrotale sono state posizionate inizialmente protesi malleabili; successivamente, nei pz complianti, si è preferito l'impianto di protesi idrauliche tricomponenti.

Risultati

Abbiamo eseguito 25 impianti di protesi peniene: 1 nel 2001, 4 nel 2002, 5 nel 2003, 8 nel 2004, 7 nel 2005. La DE era in 20 pz (80%) secondaria a PRR, in 2 pz (8%) a cistectomia radicale, in 2 pz (8%) a diabete mellito, in 1 pz (4%) a IR end-stage. In 10 pz è stata inserita una protesi malleabile, in 15 idraulica tricomponente. 1 solo pz era al II impianto (il precedente, fallito per infezione peripotesica, era stato effettuato in altra sede). Non si sono verificate complicanze maggio-

ri. 24 pz hanno regolari e soddisfacenti rapporti sessuali; 1 pz dichiara di non avere rapporti sessuali. 1 pz ha richiesto la sostituzione della protesi (da malleabile a idraulica).

Conclusioni

Dalla nostra casistica emerge un incremento della attività implantologica nel tempo.

Nell'88% dei pz l'indicazione è stata posta per DE secondaria a chirurgia uro-oncologica radicale pelvica.

Questi dati indicano che un attento e prolungato follow up andrologico, in concomitanza con quello uro-oncologico, permette di far emergere aspettative di una migliore qualità di vita, conducendo percentuali crescenti di pz a richiedere spontaneamente la terapia protesica.

Nel corso della nostra esperienza abbiamo incrementato progressivamente l'impiego di protesi idrauliche (13/15 negli ultimi 2 anni) grazie alla sensibilità dell'amministrazione.

In conclusione riteniamo che uno scrupoloso follow up andrologico dei pz sottoposti a chirurgia radicale oncologica pelvica, possa condurre ad un incremento degli interventi di implantologia protesica peniena.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 52

Tasso di infezione e tasso di complicanze dopo impianto di protesi peniene a 3 componenti con un nuovo protocollo di preparazione cutanea pre e post operatorio: follow-up a breve termine

F. Dehò*, G. Henry**, A. Salonia*, A. Briganti*, V. Di Girolamo*, G. Savoca***, F. Abdollah*, R. Matloob*, P. Rigatti*, F. Montorsi*

* *Università Vita Salute, San Raffaele, Milano*; ** *Regional Urology, Shreveport, Louisiana, USA*; *** *Ospedale San Raffaele Giglio, Cefalù (PA)*

Introduzione

Scopo dello studio è stato valutare il tasso di infezione, le complicanze e l'efficacia di un nuovo protocollo di detersione cutanea e gestione intra e perioperatoria del paziente sottoposto ad impianto di protesi peniena a 3 componenti per disfunzione erettile (DE)

Materiali e metodi

Dal 1988 al mese di marzo 2006 sono state impiantate 112 protesi peniene a tre componenti nelle medesime condizioni (sala operatoria, materiali ed accesso peno-scrotale) in pazienti affetti da DE di varia eziologia. Dal mese di settembre 2005 è stato introdotto un nuovo protocollo comprendente: 1) scrub con clorexidina al 4% ed alcool per 10 minuti; 2) ridu-

zione dei tempi intraoperatori di preparazione dell'impianto; 3) utilizzo di colla cutanea per la chiusura della breccia scrotale; 4) medicazione compressiva scrotale ed assenza di drenaggio percutaneo. 14 pazienti sono stati impiantati con questo nuovo protocollo e utilizzando protesi con rivestimento antibatterico (AMS 700 CX Inhibizione).

Risultati

Dei 112 pazienti, 10 sono stati rioperati: 6 per infezione e 4 per malfunzionamento dell'impianto protesico. Tasso di infezione 5,3%. L'infezione si è verificata dopo un periodo di 21 ± 12 giorni. Dei 6 pazienti con infezione dell'impianto 2 erano diabetici (33,3%) con emoglobina glicosilata nella norma alla baseline. Dei 6 reinterventi 3 sono stati eseguiti con reimpianto immediato della protesi utilizzando la procedura Mulchay. In un reintervento si è verificata l'estrusione del cilindro sinistro dopo 42 giorni dal reintervento.

Delle 112 protesi 28 avevano il rivestimento antibatterico e nessuna di queste ha sviluppato una infezione.

Ad un follow-up di 41 ± 21 giorni nessuna delle 14 protesi impiantate con il nuovo protocollo ha sviluppato una infezione. Tutte le protesi avevano il rivestimento antibatterico.

Conclusioni

L'utilizzo di questo protocollo di preparazione pre e post operatoria e l'introduzione di protesi con rivestimento antibatterico rendono l'impianto di protesi peniene a tre componenti un intervento sicuro ed hanno significativamente ridotto il tasso di infezione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 53

Procedura di revisione delle protesi idrauliche tricomponenti: incidenza e prevenzione

E. Caraceni, A. Branchi, G. Leone, A. Marronaro, A. Marconi

Unità Operativa di Urologia, Zona Territoriale 8, Civitanova Marche

Introduzione e obiettivi

Dalla loro introduzione nel 1983 con la Mentor e nel 1987 con la AMS le protesi idrauliche tricomponenti hanno subito con gli anni diversi cambiamenti nella struttura e nei materiali che ha fatto sì che alla fine i risultati fossero una migliore durata, minore difficoltà tecnica nell'impianto, minori complicanze e maggiore grado di soddisfazione del paziente e della partner.

Materiali e metodi

Abbiamo revisionato la casistica del nostro centro di 69 im-

pianti di protesi peniena tricomponente dall'ottobre 1997 al dicembre 2005. 40 pazienti (pz) sono stati sottoposti ad impianto di protesi del tipo AMS CX 700 e 29 del tipo AMS Inhibizione.

Abbiamo suddiviso i pz in due gruppi distinti: 50 sottoposti a primo impianto e 19 sottoposti a sostituzione di precedente impianto malfunzionante. Dal 2003 abbiamo impiegato le soluzioni di Brant nelle procedure di revisione e prima delle procedure di nuovo impianto.

Risultati

Il follow-up varia da 6 a 105 mesi. L'età è compresa tra 39 aa e 76 aa (media: 56).

Dei 50 pz sottoposti a impianto in prima istanza 41 (82%) sono a tutt'oggi funzionanti mentre 9 hanno avuto la necessità di procedure di revisione-sostituzione o espianto (6 revisioni, 2 espianti e reimpianti, 1 espianto per ematoma). Dei 19 pz sottoposti a espianto o impianto 14 (73,68%) sono a tutt'oggi funzionanti mentre 5 sono stati sottoposti a procedure di revisione-sostituzione o espianto (1 revisione, 2 espianti e impianto, 2 espianti per infezione). Di questo gruppo 9 (47,36%) avevano una protesi peniena non funzionante impiantata in altra sede.

Conclusioni

A fronte dell'alto tasso di soddisfazione dei pz, dovuto alla migliore rigidità, miglior risultato cosmetico e miglioramento della qualità di vita, riscontrato dopo l'intervento di impianto protesico idraulico esiste comunque una maggior possibilità di malfunzionamento e revisione rispetto alle protesi non idrauliche.

Dai nostri dati emerge che la percentuale di impianti protesici funzionanti nei due gruppi in studio non risulta essere differente in modo significativo e che i malfunzionamenti sono generalmente dovuti a perdita di liquido del sistema per rottura punti di ingresso dei tubi su i cilindri e serbatoio), alla migrazione della pompa nello scroto e alla migrazione del serbatoio. Sembra di poter rilevare che gli eventi infettivi siano cessati dal momento in cui abbiamo iniziato (3 anni fa) la procedura di Wash – Out intraoperatoria (di Brant).

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

V 8

AMS 700 CX Inhibizione con pompa tattile. Procedura chirurgica

E. Caraceni, A. Branchi, G. Leone, A. Marronaro, A. Marconi

Unità Operativa di Urologia, Zona Territoriale 8, Civitanova Marche

Introduzione

Le protesi idrauliche tricomponenti hanno subito con gli an-

ni diversi cambiamenti nella struttura e nei materiali con risultati migliori in termini di durata, minori complicanze e maggiore grado di soddisfazione del paziente e della partner. Nonostante ciò i tentativi di miglioramento tecnico dei materiali e componenti subisce costantemente delle evoluzioni in base soprattutto alle valutazioni soggettive e oggettive riscontrate nei pazienti sottoposti all'impianto.

Recentemente l'AMS ha introdotto una nuova pompa chiamata "Tactile" che presenta caratteristiche di migliore maneggevolezza (migliore reperibilità del sistema di gonfiaggio e soprattutto maggiore prensilità del sistema di gonfiaggio).

Materiali e metodi

Abbiamo realizzato un video sull'impianto di una protesi peniena tricomponente AMS Inhibizione con pompa Tactile attraverso una singola incisione penoscrotale sec. Wilson.

Strutturalmente la protesi si differenzia dalla precedente per i rilievi in silicone nel bulbo di attivazione e per la presa sagomata nel blocco di deattivazione che la rendono di dimensioni leggermente maggiori.

Risultati

La procedura chirurgica classicamente utilizzata per l'impianto di protesi peniena idraulica tricomponente non subisce sostanziali modificazioni con l'utilizzo di questa nuova pompa. Durante l'esecuzione dell'intervento l'unico particolare riscontrato di differenza dall'impianto classico del set AMS Inhibizione è risultato essere la dimensione lievemente maggiore della pompa Tactile.

Conclusioni

Considerando che l'impianto protesico permette la ripresa di una attività sessuale normale e migliora fundamentalmente la qualità di vita del paziente e della partner ogni possibile modifica strutturale o funzionale dell'impianto stesso ha delle ripercussioni sul grado di soddisfazione del paziente.

La pompa Tactile utilizzata si è rivelata essere molto maneggevole sia nella manovra di attivazione che in quella di deattivazione perché facilitata per le sue caratteristiche strutturali l'immobilizzazione tra le dita.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

V 10

Recupero anatomo-funzionale dopo amputazione peniena mediante lipectomia ed impianto di protesi soffici

G. Alei, P. Letizia

Centro di Chirurgia Uro-Genitale, Dipartimento di Dermatologia e Chirurgia Plastica Ricostruttiva, Università di Roma "La Sapienza"

Introduzione

Il video illustra il caso clinico di un paziente giunto alla nostra osservazione dopo aver effettuato una penectomia parziale per carcinoma del glande con linfadenectomia inguinale. Dall'intervento sono residuati una brevità peniena ed un'irregolarità pubica con cicatrici inguinali detraenti.

Materiali e metodi

Si effettua una lipectomia pubica con prolungamento dell'incisione a "v" a livello dell'arco pubo-peniene. Dopo aver posizionato un catetere si effettua corporo-evaginazione e si prepara la fascia di colles, si clampo il fascio nervo vascolare dorsale, e clampando l'albuginea con due pinze di Allis si effettua corporotomia con il bisturi elettrico. Si procede alla dilatazione progressiva dei corpi cavernosi con dilatatori di Subrini. Si seziona e modella il tipo prossimale della protesi soffice e la si impianta con l'ausilio dell'inseritore protesico di nostra ideazione. L'intervento termina con la sutura del sottocute in vycril due zeri a "y" per consentire un congruo allungamento cutaneo.

Si posizionano due drenaggi di redon e si sutura la cute a punti staccati in seta due zeri.

Risultati

Il paziente ha ripreso l'attività sessuale con ottimi risultati anche dal punto di vista estetico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

V 6

Contemporaneo impianto di protesi peniena e sfinterica uretrale dopo chirurgia pelvica radicale. Approccio con incisione trasversale. Nostra esperienza preliminare

O. Sedigh, M. Paradiso, M.E. Graziano, R. Rossi, F. Liberale, U. Ferrando

S.C. Urologia 3 D.O., A.S.O. San Giovanni Battista, Molinette, Torino

Introduzione

La disfunzione erettile (ED) e l'incontinenza urinaria, successive a chirurgia pelvica radicale e non rispondenti alla terapia medica, possono essere corrette con 2 interventi chirurgici separati e/o almeno 2 incisioni. Questo espone il paziente a lunghi tempi operatori, anestesi multiple, rischi di danno e infezione.

Il malfunzionamento intrinseco dello sfintere urinario può essere corretto con l'impianto di uno sfintere artificiale, benché l'uso di sling stia diventando sempre più diffuso.

Materiali e metodi

4 pazienti con ED severa e incontinenza urinaria, successive

a chirurgia pelvica radicale eseguita 2 anni prima e non responsivi a terapia medica, sono stati studiati con cistoscopia, videourodinamica ed ecografia doppler dinamica (Trimix). Tutti i pazienti sono stati sottoposti alla stessa tecnica chirurgica: posizione litotomica dorsale, unica incisione trasversale peno-scrotale di 3 cm di lunghezza, utilizzo del divaricatore di Wilson con eccellente esposizione dei corpi cavernosi e dell'uretra bulbare, posizionamento contemporaneo di protesi peniena gonfiabile AMS-CXR e protesi urinaria AMS 800.

Risultati

Il tempo chirurgico è stato in media di 100 minuti. I pazienti sono stati dimessi dopo 24 ore con una terapia antibiotica orale (chinolonici) per 10 giorni. Non abbiamo osservato nessuna infezione, tutti i pazienti riferiscono una eccellente funzione erettile, buona continenza urinaria e miglioramento della qualità di vita.

Conclusioni

Questi risultati preliminari suggeriscono che in pazienti selezionati, in cui coesistono una ED organica e una incontinenza urinaria severa, non responsivi alla terapia medica, il doppio impianto protesico (penieno gonfiabile e dispositivo urinario) può essere posizionato facilmente, velocemente e in tutta sicurezza in un unico intervento chirurgico con un approccio peno-scrotale, eliminando la necessità di multiple procedure chirurgiche e/o incisioni.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

V 7

Riabilitazione sessuale e ripristino della continenza urinaria mediante posizionamento di protesi idraulica tricomponente e dispositivo invance: singolo intervento, singola incisione

L. Rolle*, I. Morra**, C. Ceruti*, F. Ragni**, A. Tamagnone*, M. Timpano*, P. Destefanis*, C. Negro*, D. Fontana*

* *Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale Maggiore S. Giovanni Battista, Torino;* ** *Divisione Universitaria di Urologia, Ospedale S. Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)*

Il video illustra i tempi chirurgici per il posizionamento contemporaneo di due dispositivi per la correzione dell'incontinenza urinaria (AMS Invance™ Male Sling) e per il ripristino della potenza sessuale (impianto protesico AMS 700 CX Inhibizione con Tactile Pump) in un soggetto (L.R. di anni 61) precedentemente sottoposto ad intervento di prostatectomia radicale per adenocarcinoma della prostata.

Con paziente in posizione litotomica viene eseguita un'unica incisione penoscrotale a V rovesciata previo posizionamento

di catetere vescicale.

Si isolano bilateralmente le branche ischio-pubiche e si posizionano tre viti in titanio in ciascuna branca a circa 1 cm l'una dall'altra con dispositivo INVANCETM.

Si isolano i corpi cavernosi alla radice del pene e si posizionano punti di sospensione sull'albuginea che viene successivamente incisa.

Dopo adeguata dilatazione dei corpi cavernosi, utilizzando l'introduttore di Furlow, si posizionano i due cilindri dell'impianto protesico che si alloggiavano correttamente nei corpi cavernosi.

Dopo reperimento dell'anello inguinale dx, e rottura con forbici della fascia trasversalis si posiziona il serbatoio mentre l'impianto di attivazione viene alloggiato nella borsa scrotale.

Si verifica il corretto funzionamento dell'impianto gonfiando e sgonfiando i cilindri.

Si solidarizza quindi alle viti precedentemente posizionate sulla branca ischiopubica la rete in polipropilene INTEMESH utilizzando sei punti in prolene.

La sutura dell'incisione penoscrotale con plastica V-> Y, la rimozione del catetere vescicale ed il posizionamento di un cisto cath sovrapubico concludono l'intervento.

Le minzioni spontanee (con completa continenza) si sono ottenute dopo nove giorni di ritenzione urinaria (minzione attraverso il cisto cath); la protesi del pene risulta correttamente funzionante, il paziente è soddisfatto.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 58

Il trattamento delle complicanze nella chirurgia protesica: risultati dopo 24 anni

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

* *Divisione di Urologia, Ospedale G. Fornaroli, Magenta (MI)*; ** *Divisione di Urologia, Ospedale Civile, Voghera (PV)*

Introduzione

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

Materiali e metodi

Dal 1982 al 2005 abbiamo impiantato 230 protesi peniene e in 29 casi (12,6%) abbiamo avuto complicanze di tipo meccanico e non-meccanico. Nel 1° gruppo i pazienti sono stati 10 (3 mielolesi) con rottura di protesi monocomponenti (Dynaflax o Hydroflex); in 5 casi la rottura ha interessato una sola componente di modelli idraulici tricomponenti ed in tutti i pz. è stata riposizionata una nuova protesi idraulica. Nel 2°

gruppo riportiamo 3 pazienti. con decubito sottoglandulare trattati con glandulopessi; 7 pazienti. con infezione di cui 3 diabetici (1 mieloleso), 1 con doppio impianto protesico (pene e sfintere artificiale), 1 con patch di Goretex associato per IPP. In 2 casi la protesi è stata sostituita nella stessa seduta, in 2 casi è stata riposizionata dopo 6 mesi e in 3 casi è stata solo espantata. 3 pazienti. hanno espantato soltanto un cilindro o per erosione uretrale o per decubito a livello di glande ippoplastico. In 1 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 26 casi (89,6%) con protesi idrauliche, ma in 3 casi non è stato possibile reintrodurre alcun tipo di protesi per l'infezione ancora presente. In 5 (17 %) casi la rottura della protesi riguardava modelli idraulici tricomponenti.

Conclusioni

Confermiamo la maggiore affidabilità delle protesi peniene idrauliche tricomponenti rispetto alle monocomponenti e ricordiamo l'elevato rischio di complicanze nel paziente. mieloleso (6 casi 21%) e la scarsa incidenza di complicanze nel paziente. diabetico (3 pz. 10%).

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 57

Necrosi della mucosa del glande dopo impianto protesico del pene: una complicanza drammatica ma a prognosi favorevole

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

Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale Maggiore San Giovanni Battista, Torino

Intendiamo segnalare una complicanza rara, decisamente allarmante, ma a decorso favorevole, dall'eziopatogenesi non ben definita, verificatasi a breve distanza dal posizionamento di impianto protesico idraulico tricomponente in due pazienti affetti da malattia di La Peyronie e disfunzione erettile.

I pazienti, L.D. di 68 anni, e D.A., di 69 anni, in buona salute generale, sono giunti alla nostra attenzione per malattia di La Peyronie, con presenza di una grossa placca mediopeniena, dorsale, responsabile di un incurvamento dorsale del pene di oltre 60°; in entrambi i casi, era presente una disfunzione erettile, con scarsa risposta agli inibitori della PDE-5.

I pazienti sono stati sottoposti (nel 2003 e nel 2006, rispettivamente) ad impianto protesico tricomponente del pene e a contestuale chirurgia di placca. I due interventi non hanno presentato particolari difficoltà e non si sono registrate complicanze precoci.

Tuttavia, dopo alcuni giorni, compariva un'importante iperemia del glande, seguita dalla formazione di una preoccupante escara nerastra che nell'arco di pochi giorni lo ricopriva completamente. L'impianto protesico era integro e ben funzionante, la minzione conservata, non vi erano elementi clinici o laboratoristici tipici di infezione in atto e non vi era dolore. L'esame doppler del pene non evidenziava in entrambi i casi alterazione della vascolarizzazione delle arterie dorsali del pene. In tutti e due i casi, è stata prolungata la terapia antibiotica ad ampio spettro ed associata l'assunzione di antiaggreganti. Localmente, sono stati applicati preparati topici specifici per la cura delle escare. Inoltre, il primo paziente è stato sottoposto ad un ciclo di terapia iperbarica. L'escara sul glande si è man-

tenuta costante per circa 10 giorni; si è quindi assistito alla sua progressiva, completa caduta con successiva restituito ad integrum della mucosa.

Attualmente, in entrambi i casi, si è ottenuta la completa guarigione, la protesi è ben funzionante e i rapporti sono possibili e soddisfacenti.

L'eziopatogenesi di questa drammatica complicanza non è mai stata definita. Risulta estremamente rara nella nostra casistica (inferiore allo 0,6%). Sottolineiamo che, nonostante il quadro clinico eclatante e allarmante possa mimare una necrosi della parte distale del pene, l'esito favorevole non deve condurre il clinico ad atteggiamenti particolarmente aggressivi dal punto di vista terapeutico.

Disfunzione erettile – sottogruppo Neurogeni

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 13

Studio osservazionale sulla prevalenza di disfunzione erettile in una popolazione di soggetti affetti da sclerosi multipla

G. Palleschi, A. Pastore*, A. Tubaro, G. Bova*, A.S. Mariani, A. Carbone*

Università di Roma "La Sapienza"; Polo Pontino, Unità Operativa di Neuro-Urologia, Latina e Unità Operativa Complessa di Urologia, Ospedale S. Andrea, Roma

Introduzione e obiettivi

La reale prevalenza di disfunzione erettile (DE) nei soggetti affetti da Sclerosi Multipla (SM) è verosimilmente sottostimata in relazione a fattori di natura epidemiologica e socio-culturale. Tra questi ultimi, va considerato l'aspetto secondario che sia i pazienti (pz), che i medici attribuiscono a tale condizione, a causa della primaria attenzione clinico-terapeutica volta al trattamento delle disabilità maggiori. Considerato il significativo impatto sulla qualità di vita della DE, la valutazione anamnesticamente dovrebbe essere sempre condotta. Al fine di stimare la prevalenza di DE in soggetti con SM abbiamo condotto uno studio osservazionale.

Materiali e metodi

Dal febbraio 2004 al febbraio 2005 sono stati sottoposti a valutazione clinico-anamnesticamente, mediante questionario IIEF-V, un totale di 147 pz affetti da SM (età: 21-43 anni).

Risultati

Tutti i pz riportavano disturbi urinari, mentre 40 (27,2%) hanno riferito all'anamnesi disturbi della sfera sessuale, rappresentati da riduzione del grado di rigidità peniena (26/40 = 65%), incapacità a mantenere l'erezione fino al completamento del rapporto (7/40 = 17,5%) e combinazione di entrambi (6/40 = 15%). 19/40 (47,5%) pz hanno riportato, inoltre, riduzione della libido. Tutti i pz che riferivano DE, hanno presentato un punteggio al questionario IIEF-V compreso tra 6 e 16, indicativo di un DE di grado medio-severo. Nessun pz ha presentato valori alterati ai dosaggi ormonali (testosterone totale, libero, PRL, LH, FSH). 11 pz sono stati sottoposti ad eco-color doppler penieno dinamico, senza riscontro di patologia organica. Solo 13/40 pz (32,5%) hanno riferito spontaneamente la DE, gli altri hanno riportato il disturbo o al diretto quesito anamnesticamente o attraverso il questionario auto-somministrato.

Conclusioni

La maggior parte dei pz affetti da SM afferisce all'urologo per disturbi minzionali. Tuttavia è possibile che siano presenti disturbi della attività sessuale, tra cui la DE, la cui manifestazione è meritevole di approfondimenti diagnostici. Un adeguato approccio terapeutico, inoltre, può modificare positivamente la qualità di vita di tali pz. Il gruppo campione di questo studio suggerisce che la prevalenza di DE in pz con SM non è trascurabile, inoltre che tali soggetti afferenti all'osservazione urologica, esclusivamente, per disturbi minzionali possono, se non correttamente interrogati e valutati, non riferire la DE. Tale dato può concorrere a dilazionare il momento diagnostico e, conseguentemente, l'intervento terapeutico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 12**Tadalafil in pazienti con disfunzione erettile e danno midollare**

F. Giuliano¹, A. Sanchez Ramos², D. Loechner Ernst³, G. Del Popolo⁴, Y. Zhao⁵, M. Marzotto Caotorta⁶, J. Casariego⁷

¹Academic Hospital of Bicetre, Urology, Le Kremlin Bicetre Cedex, France; ²Hospital Nacional de Paraplejicos, Sexuality and Reproduction, Toledo, Spain; ³Berufsgenossenschaftliche Unfall Klinik, Urologische Abteilung, Murnau, Germany; ⁴Azienda Ospedaliera Careggi, Urology, Florence, Italy; ⁵Eli Lilly, Lilly Research Laboratories, Indianapolis, United States; ⁶Ospedale Civile "G. Fornaroli" Magenta (MI) Italy; ⁷Eli Lilly, Clinical Research, Madrid, Spain

Introduzione e obiettivi

La Disfunzione Erettile (DE) è un problema comune in uomini con danno midollare traumatico (SCI). Questo studio è stato condotto per determinare efficacia e sicurezza di Tadalafil somministrato al bisogno in soggetti con DE da danno midollare traumatico (SCI).

Materiali e metodi

Questo studio multicentrico, randomizzato, doppio cieco, placebo-controllo, dose flessibile, in parallelo è stato condotto in quattro paesi dell'Europa occidentale. Sono stati arruolati pazienti con DE secondaria a lesione midollare traumatica (SCI) a qualsiasi livello spinale comparsa almeno 6 mesi prima della Visita 1. Dopo un periodo di 4 settimane di run-in, i pazienti sono stati assegnati in maniera random a trattamento con 10 mg (T10) o placebo per un periodo di 12 settimane. Visite di controllo sono state effettuate ogni 4 settime-

ne. Dopo il primo periodo di trattamento, la dose di Tadalafil è stata aumentata a 20 mg (T20) o invariata in base alla risposta del paziente ai 10 mg. Allo stesso modo dopo il secondo periodo di trattamento la dose è stata ridotta (T20-T10), aumentata (T10-T20) o mantenuta invariata. Al baseline (BL) è stata valutata la funzione erettile residua (REF) e la severità della SCI è stata determinata attraverso la scala dell'ASIA (American Spinal Injury Association). L'efficacia è stata valutata attraverso l'IIEF (International Index of Erectile Function), il SEP (Sexual Encounter Profile) e il GAQ (Global Assessment Question). La sicurezza è stata misurata registrando i TEAE (Treatment Emergent Adverse Events) e monitorando i segni vitali ad ogni controllo.

Risultati

Sono stati arruolati 186 pazienti con età media di 38 anni (n = 142 Tadalafil; n = 44 placebo). Al BL, 38% di pazienti erano affetti da DE grave e 25% non avevano rigidità (REF grado 0 o 1). Tadalafil ha significativamente migliorato tutti i parametri più importanti dell'efficacia se comparati al placebo (p < 0,001), ivi inclusi cambiamenti del punteggio dell'IIEF FE dominio (BL 13,5, endpoint 22,6), pazienti con normale punteggio all'IIEF FE (> 26) all'endpoint (54%), SEP 2 (penetrazione- BL 43,6%, endpoint 75,4%), SEP3 (Rapporto Soddisfatto - BL 10,8%, endpoint 47,6%), e GAQ1 (miglioramento dell'erezione - 85%) Tadalafil ha inoltre migliorato la frequenza dell'eiaculazione (p = 0,028). I più comuni TEAS (incidenza > 5%) sono stati cefalea (8,5% Tadalafil 4,5% placebo) e infezioni delle vie urinarie (7,7% Tadalafil 6,8% placebo).

Conclusioni

In questo studio Tadalafil (10 mg e 20 mg) è risultato un trattamento efficace e ben tollerato da pazienti con DE secondaria a SCI traumatica. Il trattamento con Tadalafil ha inoltre migliorato le erezioni portando ad un punteggio normale l'IIEF FE dominio in più del 50% dei pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: SI

Azienda farmaceutica: Eli Lilly

Disfunzione erettile – sottogruppo Sclerodermia**C 13****L'inibizione prolungata della fosfodiesterasi tipo 5 migliora la funzione endoteliale in soggetti affetti da sclerosi sistemica e disfunzione erettile**

A. Aversa, M. Proietti*, R. Bruzziches, C. Rossi*, E. Greco, C. Letizia**, F. Salsano*, G. Spera

Dipartimento Fisiopatologia Medica; * Dipartimento di Medicina Clinica; ** Dipartimento di Scienze Cliniche, Università di Roma "La Sapienza"

Introduzione e obiettivi

Quasi la totalità dei pazienti maschi affetti da sclerosi sistemica (SSc) presenta una disfunzione erettile (DE) su base vascolare, determinata dalla alterazione del rilasciamento arteriolare da danno endoteliale. Abbiamo valutato gli effetti della terapia prolungata con inibitori delle fosfodiesterasi di tipo 5 (Tadalafil) sulla funzione endoteliale ed erettile di soggetti maschi affetti da SSc.

Materiali e metodi

45 pazienti affetti da SSc di entrambi i sessi in trattamento con la terapia mirata tradizionale, sono stati selezionati a ricevere tre differenti schemi terapeutici: gruppo A (n = 15; F

= 13 M = 2) terapia tradizionale più N-Acetilcisteina ad alte dosi (5 gr/15 gg e.v.) in presenza di fibrosi polmonare: gruppo B (n = 15 M) terapia tradizionale più Tadalafil (TAD) 10 mg/die (n = 15; M) in presenza di DE; gruppo C (n = 15 F = 11 M = 4) terapia tradizionale più Bosentan (BOS) 250 mg/die, in presenza di ipertensione polmonare. Al tempo 0 e dopo tre mesi di trattamento sono stati dosati i marcatori endoteliali (Endotelina-ET1 ed Adrenomedullina-AM) per verificare gli effetti differenti sulla disfunzione endoteliale. I pazienti affetti da DE sono stati inoltre sottoposti alla valutazione clinica e strumentale della DE tramite IIEF5 ed eco-color-doppler penieno dinamico (CPD).

Risultati

I trattamenti sono stati ben tollerati e nessun paziente ha interrotto lo studio. I valori di ET1 e AM sono risultati elevati in tutti e tre i gruppi di pazienti, rispetto ai valori della popolazione normale (v.n. ET1 = 10,1 ± 2,3 pg/ml AM: 14,2 ± 3,5 pg/ml) rispettivamente; gruppo A: ET1 = 19,6 ± 6,2

pg/ml AM = 20,3 ± 4,2 pg/ml ; gruppo B: ET-1 = 24,2 ± 15,7 pg/ml AM = 18 ± 12,1 pg/ml; gruppo C: ET1 = 21,2 ± 4,6 pg/ml; AM = 25,8 ± 7 pg/ml. Nel gruppo di pazienti in trattamento con TAD (gruppo B), ma non negli altri due gruppi, abbiamo riscontrato una netta riduzione dei valori di ET1 (24,2 ± 15,7 pg/ml vs. 9,9 ± 7,5 pg/ml p < 0,05) e di AM (18 ± 12,1 pg/ml vs. 9,6 ± 6,1 pg/ml p < 0,05). La misurazione dei flussi cavernosi al CPD dopo tre mesi ha evidenziato un netto incremento rispetto al basale dei picchi di velocità sistolica (20,2 ± 5,5 cm/s vs. 30,5 ± 4,1, p < 0,05) con corrispettivo miglioramento del punteggio IIEF5 (12,0 ± 2,7 vs. 20,0 ± 1,1, p < 0,05).

Conclusioni

La somministrazione giornaliera di Tadalafil ha determinato una netta riduzione di alcuni marcatori di funzione endoteliale, contestualmente al marcato miglioramento degli indici di funzione erettile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Disfunzione erettile – sottogruppo Diabetici

P 22

Utilizzo di testosterone in gel associato a Tadalafil nella terapia di pazienti diabetici affetti da deficit erettile

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

Urologia Tor Vergata, Roma

Obiettivi

Valutare l'efficacia dell'associazione di testosterone in gel e Tadalafil nella terapia del DE in pazienti diabetici.

Materiali e metodi

16 pazienti affetti da diabete mellito tipo II ed età compresa tra 42 e 65 anni, sono stati arruolati nello studio. In tutti è stato praticato a tempo 0: visita urologica, test IIEF, emocromo e dosaggio di PSA, testosterone, PRL, gonadotropine. Tutti i soggetti selezionati mostravano deficit erettile severo e testosterone sierico inferiore a 3 mcg/l. Nella norma gli altri parametri ematici. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: nel gruppo 1 è stato somministrato Tadalafil 1 cp ogni 3 giorni per 2 mesi. Nel gruppo 2, oltre al Tadalafil è stato prescritto testosterone gel 50 mg da applicare tutti i giorni per 2 mesi. A tempo un mese e 2 mesi tutti i pazienti sono stati rivalutati mediante visita, test IIEF, esami ematici.

Risultati

Un miglioramento del deficit erettile (valutato con l'IIEF) è stato riscontrato in 5/8 pazienti del gruppo 1 ed in 8/8 pazienti DE gruppo 2.

Gli unici effetti indesiderati riscontrati sono stati dolori muscolari in un paziente del gruppo 1 ed un lieve aumento dell'ematokrito in due pazienti del gruppo 2.

Conclusioni

Sebbene lo studio sia stato condotto su un ristretto numero di pazienti, i dati suggeriscono un vantaggio nell'associazione di testosterone ed inibitori delle fosfodiesterasi in pazienti diabetici affetti da DE severo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 21

Risultati della riabilitazione sessuale con PGE1 intracavernosa ed orale sistematica, nei pazienti diabetici, non responder alla terapia orale

G. Passavanti*, V. Pizzuti*, M. Carlucci**, A.M. Aloisi**, F.M. Costantini*, A. Bragaglia*, R. Paolini*

* U.O. Urologia, Ospedale Misericordia, Grosseto; ** Dipartimento Fisiologia, Università di Siena

Il diabete rappresenta un importante fattore di rischio della DE ed espleta tale azione attraverso numerosi meccanismi. Noi abbiamo cercato di verificare l'efficacia della riabilitazione con FIC seguita da terapia orale sistematica, in pazienti diabetici e non rispondenti alla terapia orale "on demand". 16 pazienti diabetici con DE erano stati trattati con farmaci

vaso-attivi per os al bisogno, senza risultati soddisfacenti. I pz sono quindi stati sottoposti ad una riabilitazione con FIC di PGE1 20 mcg 2 volte alla settimana per 5 settimane, seguita da somministrazioni bisettimanali di farmaci orali per 4 settimane. Prima di iniziare la riabilitazione e dopo averla completata, i pz sono stati sottoposti ad anamnesi accurata per indagare la libido, sempre presente, ed ai quesiti Q3 e Q4 dell'IIEF. Durante la FIC veniva effettuata anche una valutazione con ECCD.

Tutti i pz presentavano diabete di tipo 2; 10 erano in trattamento con antidiabetici orali, 4 venivano trattati con insulina ed in altri 2 casi, sempre trattati con insulina, era stata diagnosticata una neuropatia sensitiva degli arti inferiori. 14 pz erano in trattamento con farmaci antiipertensivi.

Al quesito 3 dell'IIEF prima della riabilitazione, la risposta media era di punti 1,6 ed al quesito 4 di 1,5; dopo la riabilitazione la risposta media al quesito 3 era di 2,68 punti ed al 4 di 2,5.

L'ECCD documentava una componente arteriosa in 4 casi ed in 14 rilevava una EDV elevata.

4 pz (25%) (2 con neuropatia e 2 in età più avanzata) non rispondevano né alle PGE1 né alla terapia orale, 4 pz (25%) (2 in terapia insulinica e 2 orale) rispondevano alla FIC ma non

alla terapia per os ed 8 pz (50%) presentavano una risposta adeguata sia alla terapia iniettiva che a quella orale, con punteggio Q3 e Q4 soddisfacente.

Una buona funzionalità endoteliale sembra essere un elemento fondamentale nel mantenere una funzione erettiva soddisfacente. Il diabete interferisce negativamente su tale funzione così come l'ipossia e la scarsa perfusione. Fondandoci sul principio già documentato che una adeguata erezione consente anche un miglioramento della funzione endoteliale, abbiamo cercato di verificare se una riabilitazione sistematica intracavernosa ed orale, potesse consentire un miglioramento della risposta erettiva nei pazienti diabetici. Dai nostri risultati, seppur empirici, si può desumere che il diabete interferisce negativamente sulla funzione erettiva compromettendo anche le possibilità di risposta ai farmaci vasoattivi; inoltre si può ragionevolmente desumere che la riabilitazione sistematica integrata, ha buone probabilità di permettere, in un buon numero di casi, una risposta erettiva soddisfacente sia alla terapia intracavernosa ma anche alla terapia orale. Su tali basi riteniamo proponibile un protocollo riabilitativo di questo tipo nel trattamento della DE dei pazienti diabetici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Disfunzione erettile - sottogruppo Insufficienza Renale Cronica

C 39

Dialisi cronica e DE: alta incidenza, scarsa motivazione terapeutica

M. Carrino, P. Branno, R. Aponte, A. Oliva, R. Giannela, F. Zucco

A.O.R.N. "A. Cardarelli", Dipartimento di Nefrourologia, Napoli

Introduzione

La DE in pazienti in dialisi cronica è sicuramente correlata ad alterazioni vascolari, endocrine, iatrogene e psicologiche tipiche degli stadi finali dell'insufficienza renale cronica. Tuttavia il miglioramento delle tecniche e della strumentazione ha nettamente migliorato la qualità di vita di questi pazienti. Ci siamo chiesti se a ciò corrisponde anche un maggiore interesse a soluzioni terapeutiche per la DE.

Materiali e metodi

Nel periodo gennaio 2004 - giugno 2005, abbiamo consegnato a 10 importanti centri di emodialisi un semplice questionario da consegnare a pazienti di età compresa tra i 20 ed i 65 anni in dialisi da almeno 12 mesi, interessati ad una valutazione della problematica sessuale.

Abbiamo preferito il B.M.S.F.I. per il grado elevato di coerenza interna e di affidabilità test-ritest, buona discriminazione nei tre campi (funzione-disfunzione-soddisfazione) e per facilità d'uso. Al questionario è stato aggiunto un quesito sulla motivazione ad ottenere informazioni utili alla risoluzione del problema.

Risultati

Riportiamo i risultati di 674 questionari relativi a pazienti di età compresa tra 23 e 64 anni; la prevalenza media di DE è stata del 64,3% ed appare fortemente correlata con l'età e con la durata della dialisi. Sorprendentemente solo il 50% dei pazienti risultava interessato a soluzioni terapeutiche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Disfunzione erettile – sottogruppo Trapiantati

C 16

Disfunzione erettile dopo trapianto di fegato: il Sildenafil è una terapia sicura ed efficace?

L. Carmignani^{*}, P. Acquati^{*}, M.F. Donato^{**}, F. Agnelli^{**}, G. Rossi^{***}, S. Paparella^{*}, L.R. Fassati^{***}, F. Rocco^{*}

^{*} Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Università di Milano, I Clinica Urologica; ^{**} Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Università di Milano, Dipartimento di Gastroenterologia; ^{***} Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Università di Milano, Istituto di Chirurgia Sperimentale dei Trapianti e Cardiovascolare

Introduzione e obiettivi

Allo stato attuale non esistono studi epidemiologici sui disturbi uro-andrologici nel paziente (pz) sottoposto a trapianto di fegato. L'epatopatia con le sue alterazioni ormonali e le successive terapie immunosoppressive può causare impotenza. Obiettivo dello studio è stato quello di verificare l'incidenza dei disturbi sessuali in pz trapiantati e la loro eventuale terapia.

Materiali e metodi

Da luglio 2005 a ottobre 2005 sono stati valutati 50 pz sottoposti a trapianto di fegato. I pz hanno eseguito visita urologica, questionario IIEF, esami ematici tra cui PSA, testosterone, funzionalità epatica e renale. L'età media dei pazienti alla visita era di 59,6 anni (range 41-71). Ventuno pz erano in terapia con Ciclosporina, 19 con Tacrolimus e 10 con immunosoppressori in associazione. Venti pz soffrivano di diabete mellito II; 36 pz erano affetti da ipertensione arteriosa. Nei pazienti che lo richiedevano, con valori di funzionalità epatica normale e dopo valutazione del punteggio IIEF per il campo disfunzione erettile, si procedeva alla somministrazione di 50 mg di Sildenafil on demand alla dose massima di 1 compressa settimanale per 2 mesi consecutivi.

Risultati

Un totale di 12/50 pzi (24%) erano impotenti pre-trapianto, di cui 3 hanno recuperato una normale funzionalità erettiva dopo l'intervento. Ventiquattro pz (48%) nel periodo post-trapianto erano affetti da deficit erettile (punteggio medio IIEF categoria disfunzione erettile 14; range 1-23). In questa sottopopolazione 7/24 pz hanno rifiutato il trattamento proposto con inibitori delle fosfodiesterasi-5. Un totale di 6 pz aveva assunto autonomamente e senza controllo medico specialistico inibitori delle fosfodiesterasi 5 con effetto riferito positivo; si è proceduto a regolamentazione dell'assunzione. Nei restanti

11 pz è stata prescritto Sildenafil 50 mg. Si è avuta una risposta positiva in un totale di 15/17 pz; il punteggio medio IIEF dopo i due mesi di terapia ha mostrato valore medio di 26 (range 23-29). Non si sono verificati eventi avversi importanti. Gli esami di funzionalità epatica sono risultati sovrapponibili ai valori pre-trattamento.

Conclusioni

L'impotenza affligge una percentuale elevata di pz trapiantati. Il problema viene spesso vissuto isolatamente e senza un confronto multidisciplinare fra i vari specialisti. Il Sildenafil sembra essere un farmaco efficace e sicuro anche nel trattamento di queste forme d'impotenza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

V 9

Impianto di protesi peniena con modellamento dell'albuginea in un paziente portatore di trapianto di rene e pancreas

O. Sedigh, M. Paradiso, F. Lasaponara, R. Rossi, M.E. Graziano, U. Ferrando.

S.C. Urologia 3, D.O., A.S.O. San Giovanni Battista, Molinette, Torino

Introduzione

La nostra esperienza in posizionamento di protesi peniene, sfortunatamente, è complicata da un'alta percentuale di End Organ Disease come la Malattia di Peyronie, il pene fibrotico retratto da pregressa chirurgia pelvica radicale, e le disfunzioni erettile (ED) non trattate per lungo tempo.

A causa delle condizioni locali avverse (LAC) e/o della deformazione dell'organo, spesso la protesi peniena non è sufficiente da sola a garantire un risultato soddisfacente.

Materiali e metodi

Presentiamo la tecnica chirurgica usata nel nostro Centro per il posizionamento di protesi peniena: in un primo tempo liberiamo e isoliamo i bundles dorsali o l'uretra, quindi impiantiamo una protesi peniena gonfiabile con cilindri più lunghi dei corpi cavernosi di 2 cm, infine eseguiamo una corporoplastica raddrizzante con multiple incisioni trasversali dell'albuginea.

In rari casi di calcificazione o presenza di tessuto osseo nella Malattia di Peyronie, asportiamo la malattia, quindi impiantiamo la protesi peniena in associazione all'utilizzo di un innesto (SIS, Intexen).

Negli ultimi 5 anni, abbiamo posizionato 80 protesi peniene (10 CRX AMS). Il 44% dei casi erano peni allo stadio termi-

nale (end stage), fibrotici e corti. In più del 60% dei casi abbiamo utilizzato cilindri lunghi 12 e 15 cm per LAC.

Conclusioni

La tecnica di posizionamento protesi peniena + corporoplastica raddrizzante, eseguita nel nostro Centro, è indicata nei pazienti con una curvatura peniena severa, rigidità peniena di sempre più breve durata e non ben distribuita a causa della fibrosi del pene. Questa alternativa chirurgica si è dimostrata efficace e sicura nella valutazione a lungo termine.

Riportiamo il caso di un paziente di 48 anni con Malattia di

Peyronie e diabete, precedentemente sottoposto a trapianto di rene e pancreas nel nostro Istituto. In questo paziente abbiamo prima isolato l'uretra, poi raddrizzato il pene con incisioni trasversali del piano ventrale quindi impiantato una protesi (AMS-AMBICOR) con un approccio peno-scrotale. Non si sono registrate né infezioni né complicanze grazie al controllo ottimale del diabete e alla terapia antibiotica. La soddisfazione del paziente e della partner è stata molto buona e a distanza di 1 anno questa coppia ha avuto un altro figlio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Disfunzione erettile e BPH/LUTS

C 29

Anorgasmia e/o disfunzione erettile in pazienti con prostatite-vesciculite e/o con LUTS (Lower Urethral Tract Symptoms)

C. Battiato, S. La Vignera, F. Calzavara, F. Garrone, E. Vicari

Sezione di Andrologia, Endocrinologia e Medicina Interna, Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Catania

Lo studio analizza la frequenza di anorgasmia totale (At) o parziale (Ap = intesa come normale/ridotta forza eiaculatoria "eiaculazione astenica"), e/o disfunzione erettile (DE) in pazienti con prostatite-vesciculite (PV) e/o LUTS, con ipospermia severa (< 1,5 ml) da patologia subostruttiva e/o disfunzionale vescicolo-duttale post-infiammatoria. A tal fine, nel 2004-2005, furono studiati 40 pazienti (pz) (età 50-65 aa.), in base ai seguenti criteri: 1-2 fattori di rischio (FR) (fumo, ipertensione, diabete, dislipidemia); ipospermia severa (vol. pl. seminale < 1,5 ml); TRUS dinamica (fasi: pre e post-eiaculatoria), con diametro antero-posteriore (DAP) delle vescicole seminali > 14 mm poco modificato nel post-eiaculatorio e differenza (DAPpre - DAPpost) < 3 mm, vs. differenza DAP > 3 mm in 10 pz di controllo (con sola prostatite). La casistica era composta da 3 gruppi sulla base delle seguenti caratteristiche: PV (n = 10, età 53-59 anni): anamnestica/documentata PV; prostatite sintomatica (NIH score 9-15). LUTS (n = 10, età 52-63 anni): IPB (vol. prostata 20-30 ml) con ipertrofia del lobo medio (n = 7) e/o dei lobi laterali della prostata (n = 3) (alla TRUS); IPSS score = 15-23; PSA nella norma; anamnesi neg. per trattamento specifico per IPB. PV + LUTS (n = 20, età 58-65): NIH-CPSI score = 21-31, PSS score = 16-30; pz in cui coesistevano le condizioni cliniche rubricate in ciascun gruppo individuale. Tutti i pz furono sottoposti ad anamnesi sessuale (IIEF5) + quesiti su eiaculazione (forza-volume), orgasmo (At, Ap). Si osservarono differenze di frequenza dei disturbi sessuali tra i gruppi: DE era 0%, 50%,

25% nei gruppi PV, LUTS, PV + LUTS; At era assente nel gruppo LUTS, bassa (10%) in PV e PV + LUTS. Ap con normale forza eiaculatoria era del 40%, 100%, 20% nei gruppi PV, LUTS e PV + LUTS; quando invece Ap era riferita come eiaculazione astenica la frequenza fu del 50%, 0% e 70% nei gruppi PV, LUTS e PV + LUTS. Pertanto, nei 3 gruppi di pazienti, con pochi FR e differente patologia prostatite-correlata, l'ipospermia da deficit di svuotamento ampullo-vescicoloduttale, associata con la severità dei sintomi urinari irritativi e di svuotamento (IPSS score), e di flogosi prostatica (NIH score), determinò una presentazione clinica di disturbi sessuali differente. Una DE classica + anorgasmia era presente solo nei pazienti con LUTS e LUTS + PV sia pure con differente frequenza. Solo anorgasmia (intesa come At o Ap) senza DE, motivo di disagio sessuale, era presente nei pazienti con PV.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 40

Effetti della dutasteride sulla funzione sessuale maschile di 194 pazienti trattati per ipertrofia prostatica benigna (IPB)

G. Paulis*, S. Voliani, M.A. Bertozzi, G.F. Menchini Fabris

*Unità Operativa di Andrologia, Policlinico S. Chiara, Pisa; * Ospedale Regina Apostolorum, Struttura Complessa di Urologia, Incarico di Andrologia, Albano L. (Roma)*

Introduzione e obiettivi

La Dutasteride farmaco utilizzato ormai correntemente per la cura dell'IPB è in grado di bloccare completamente la conversione del Testosterone in DHT attraverso l'inibizione competitiva di ambedue gli isoenzimi I e II della 5-alfa-reductasi. Il farmaco è stato testato al fine di evidenziare eventuali fenomeni negativi sulla funzione sessuale dato che dopo trattamento con Finasteride (che blocca solo l'isoenzima II

della 5-alfa-reduttasi) si verificano % di DE secondaria intorno all'8% (Linee guida-AUA sul trattamento dell'IPB-J. Urol. 2003 Vol. 170). Questa ricerca fa seguito ad un precedente lavoro (Congr. Naz. SIA/2005) che comprendeva un campione di p. sensibilmente inferiore (n. 98).

Materiali e metodi

I pazienti reclutati sono stati 296: 49 pazienti di questi sono stati esclusi dallo studio perché affetti da DE di vario grado (in 22 casi di lieve grado), 32 sono stati invece esclusi perché già in cura con Finasteride (in quel momento o comunque entro i 12 mesi precedenti). Anche la contemporanea terapia con alfa-bloccanti ha costituito motivo di esclusione dallo studio in 21 p. (per evitare contaminazione di dati da parte di una eventuale comparsa di disturbi eiaculatori). Sono stati così osservati n.194 p. affetti da IPB, con una età compresa tra i 54 e gli 83 anni (età media = 68,1). Tutti i p. sono stati sottoposti a dose orale di Dutasteride (0,5 mg al dì) e hanno compilato il questionario IIEF prima dell'inizio della terapia e poi a 3, 6 e 12 mesi dall'inizio della terapia. Il follow up minimo è stato di 6 mesi e ha interessato 82 pazienti, 12 mesi di terapia sono stati raggiunti dai restanti 112 pazienti.

Risultati

Su 194 pazienti si sono verificati 14 casi di riduzione della potenza erettile (7,2%). 2 casi sono stati rilevati al follow up dei 3 mesi e in 10 casi a 6 mesi dall'inizio della terapia, in 2 casi la DE è comparsa nel secondo semestre di terapia. In 4 casi la DE si associava a riduzione della libido (2%). In due casi il farmaco è stato sospeso per la comparsa di fenomeni dispeptici. Si è verificato un caso di ginecomastia (0,51%). Tre p. hanno lamentato riduzione del volume dell'eiaculato (1,5%).

Conclusioni

Se si confrontano gli attuali risultati con quelli del precedente studio su 98 p. (incidenza DE secondaria = 3,06%), il campione attuale più numeroso ci permette di rilevare una maggiore incidenza di DE secondaria (7,2%) e che risulta di poco inferiore alle percentuali di DE che si verificano dopo Finasteride. Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 30

Testosterone gel nei maschi affetti da LUTS: una possibilità terapeutica

F. Colombo, A. Guarneri, A.L. Romanò, E. Inneo, E. Austoni

Clinica Urologica II, Università di Milano, Ospedale San Giuseppe

Introduzione

La riduzione dei valori di testosterone nel maschio anziano può correlarsi ad una serie di sintomi noti come deficit an-

drogenico parziale (PADAM): disturbi dell'umore, del metabolismo osseo e lipidico, calo della libido e disfunzione erettile (D.E). È altresì noto che i disturbi minzionali (LUTS) legati all'ipertrofia prostatica benigna (IPB) sono considerati causa favorente una diminuita performance sessuale. Scopo dello studio è stato valutare il ruolo della terapia di supplementazione androgenica nei pazienti over 60 che manifestavano LUTS e DE, con valori ormonali border-line.

Materiali e metodi

Da febbraio a ottobre 2005 sono stati arruolati 18 pazienti (età media 66 anni) afferiti all'ambulatorio di urologia per LUTS da IPB in terapia con soli alfa-litici e affetti da sintomatologia correlabile a PADAM. A tutti i pazienti è stato somministrato questionario AMS (Aging Male Symptom Score), IIEF e IPSS. Tutti sono stati sottoposti a dosaggio ormonale (testosterone, albumina, SHBG, LH, FSH, prolattina) e PSA. La terapia prescritta consisteva nella somministrazione giornaliera di testosterone 50 mg, in formulazione gel per 3 mesi. Sono stati ripetuti il dosaggio ormonale ed i questionari al termine della terapia (entro 10 giorni dall'ultima somministrazione). Il PSA è stato dosato anche durante il trattamento, a 1 mese. Il valore medio di testosterone plasmatico è risultato di 9,86 nmol/L (range 8,0-11,3). 10 pazienti avevano un valore di testosterone biodisponibile (calcolato elettronicamente su www.issam.ch) inferiore alla norma, mentre in 8 pazienti il valore calcolato era normale.

Risultati

Il valore medio di testosterone plasmatico al termine di trattamento è risultato di 13,8 nmol/L. Il PSA non ha subito sostanziali variazioni. Il punteggio al questionario AMS è migliorato di circa 10 punti (passando da un valore medio di 30 a 20), mentre quello del questionario IIEF di 1 solo punto (passando da un valore medio di 17 a 18,16). Il punteggio IPSS è rimasto sostanzialmente invariato. Non sono state riscontrate importanti differenze tra il gruppo di pazienti che all'ingresso presentavano testosterone biodisponibile inferiore alla norma e quello con valore normale.

Conclusioni

I risultati di questo studio iniziale sembrano giustificare un utilizzo della terapia suppletiva con testosterone gel anche nei pazienti in cui la sintomatologia PADAM non è correlata a valori di testosterone inferiori alla norma.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 3**Tamsulosina e Tadalafil in pazienti con ipertrofia prostatica benigna e disfunzione erettile: nostra esperienza con la terapia combinata a lungo termine**

P. Ronchi, G. Paradiso Galatioto, G.L. Gravina, A.M. Costa, G. Pace, C. Vicentini

Università de L'Aquila, U.O. Urologia, Ospedale G. Mazzini, Teramo

Introduzione e obiettivi

È stata valutata l'efficacia di una terapia combinata a lungo termine con un antagonista dei recettori alpha-1 adrenergici (tamsulosina) e un inibitore delle fosfodiesterasi di tipo 5 (Tadalafil) ed i suoi effetti emodinamici in pazienti affetti da disfunzione erettile (DE) ed ipertrofia prostatica benigna (IPB).

Materiali e metodi

In uno studio prospettico, randomizzato, controllato, sono stati arruolati 46 soggetti (età 52-67 anni) normotesi, affetti da LUTS da IPB e DE di grado medio/basso. La severità dei LUTS è stata determinata utilizzando come scala sintomatologica l'IPSS e le funzioni sessuali sono state valutate per mezzo di due questionari indipendenti, l'IIEF e il DAN-PSS-Sex.

A tutti è stata somministrata tamsulosina alla dose di 0,4 mg/die, per un periodo di tempo pari a 30 giorni. Successivamente i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi di 19 sog-

getti. Il gruppo 1 è stato trattato con tamsulosina per un ulteriore periodo di 3 mesi. Il gruppo 2 ha ricevuto tamsulosina più Tadalafil alla dose di 20 mg/die in due somministrazioni a settimana per lo stesso periodo.

La misurazione dei valori pressori, per tutti i soggetti, è avvenuta al tempo 0, 30, 45, 60 e 90 e 120 giorni. Ai pazienti è stato fornito un diario su cui annotare informazioni circa l'efficacia della terapia e la presenza di eventuali effetti collaterali.

Le differenze nei valori pressori dei gruppi sono stati analizzati mediante il Wilcoxon test. Una $p < 0,05$ indicava significatività.

Risultati

Non si sono osservate differenze significative tra i valori pressori sistolici e/o diastolici valutati al tempo 0 e nelle misurazioni successive. In particolare, la mediana dei valori pressori diastolici registrati nei due gruppi era di 3,2 mm Hg (1,5 mmHg-8 mmHg). Per i valori sistolici, la mediana osservata tra i due gruppi era di 6,1mmHg (2,7 mmHg-8,2 mmHg). In nessun paziente il valore sistolico minimo era inferiore a 95 mmHg e quello diastolico inferiore a 75 mmHg. Il 20% dei pazienti riportavano un miglioramento sia dei LUTS che della DE con il solo utilizzo dell'alfa litico.

Conclusioni

I nostri dati suggeriscono che il trattamento con tamsulosina e Tadalafil in pazienti normotesi è una terapia efficace e ben tollerata, i valori pressori non risentono in modo significativo degli effetti di questa terapia combinata. Il presente studio sembra inoltre suggerire che in alcuni pazienti il miglioramento dei LUTS migliora anche la DE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Disfunzione erettile – sottogruppo Neoplasia Prostatica**C 64****Mancanza di affidabilità dell'International Index of Erectile Function "ricordato" nei candidati a prostatectomia radicale**

A. Salonia, G. Zanni, A. Gallina, A. Saccà, A. Briganti, L. Bua, M. Raber, E. Farina, R. Colombo, P. Rigatti, F. Montorsi

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

Introduzione e obiettivi

Verificare l'affidabilità dell'International Index of Erectile Function "ricordato" 6 mesi prima e il giorno prima dell'intervento di prostatectomia radicale (PR).

Metodi

Da maggio a settembre 2005, 145 pazienti consecutivi candidate alla RP (età \pm SD: 64,6 \pm 7,2 anni) sono stati valutati il giorno prima dell'intervento (al baseline) con una breve intervista semistrutturata sulla relazione sia di coppia che sessuale (GAQs), e con diversi questionari psicometrici validati (i.e. IIEF, CES-D, ZUNG-Anxiety, SF36, DAS). Inoltre è stato somministrato un IIEF "Ricordato" riguardo i dati relativi a 6 mesi prima dell'intervento. La rilevanza dell'IIEF "Ricordato" a 6 mesi e al momento dell'intervento sono state valutate con Test t di Student, Coefficiente di Correlazione di Pearson, e l'Inter-Rater Agreement (Kappa).

Risultati

I dati completi sono stati ottenuti per 139/145 (95,9%) pz. Abbiamo analizzato i dati su 132/139 (95%) pz con una relazione eterosessuale stabile (media \pm SD della durata della relazione: 34,7 \pm 9,7 anni). GAQs: 103/132 (78%) pz hanno riferito di avere una relazione di coppia soddisfacente,

ma solo 91/132 (68,9%) avevano una relazione sessuale soddisfacente con la partner. Cinquantatre (58,2%) di questi 91 pz hanno risposto all'IIEF al baseline e quello riferito a 6 mesi prima sulla loro funzione erettile preoperatoria. Comparazione diretta: IIEF-EF: $p = 0,07$; IIEF-IS: $p = 0,01$ (95% CI: -4,2 to -0,53, DF = 1); IIEF-SD: $p = 0,21$; IIEF-OF: $p = 0,29$; IIEF-SS: $p = 0,13$. Il coefficiente di correlazione non è risultato essere significativo per ogni dominio dell'IIEF (i.e. IIEF-EF: $r = -0,064$, $p = 0,65$; IIEF-IS: $r = -0,16$, $p = 0,25$; IIEF-SD: $r = -0,003$, $p = 0,98$; IIEF-OF: $r = -0,18$, $p = 0,20$; IIEF-SS: $r = -0,20$, $p = 0,27$). Inoltre, il Kapap test ha dimostrato che la concordanza è risultata peggiore per quanto riguarda IIEF-EF [K = -0,014 (SE = 0,035; 95% CI = -0,082 to 0,054)], IIEF-SD [K = -0,026 (SE = 0,056; 95% CI = -0,136 to 0,084)] e IIEF-OF [K = -0,048 (SE = 0,075; 95% CI = -0,195 to 0,100)]. Inoltre non c'era migliore concordanza per IIEF-IS [K = 0,076 (SE = 0,059; 95% CI = -0,039 to 0,191)] e IIEF-SS [K = 0,002 (SE = 0,063; 95% CI = -0,122 to 0,126)].

Conclusioni

L'IIEF-EF "Ricordato" (6 mesi prima dell'intervento - al baseline) non è affidabile nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 71

Miglior conservazione dello sfintere uretrale e dei fasci neurovascolari durante la prostatectomia radicale retro-pubica

F. Montorsi, A. Salonia, N. Suardi, A. Gallina, G. Zanni, A. Briganti, F. Dehò, R. Naspro, E. Farina, P. Rigatti

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

Introduzione e obiettivi

Descrizione di una tecnica di esecuzione della prostatectomia radicale retro-pubica nerve-sparing (NSRRP).

Metodi

La tecnica prevede la incisione anteriore alta (alle ore 1 e 11) della fascia dell'elevatore dell'ano sopra la prostata, sviluppando il piano tra la capsula prostatica e la sua fascia di rivestimento, lateralizzando i fasci neurovascolari che si trovano compresi tra le 2 fasce. Questa manovra permette una dissezione di minima dello sfintere uretrale esterno e uno scollamento ottimale dei fasci neurovascolari a livello dell'uretra membranosa e dell'apice prostatico.

Risultati

Con questa tecnica 42 pazienti (pz) sono stati sottoposti a BN-SRRP e seguiti per un follow-up di 6 mesi. Sei pz (14,3%) avevano un margine chirurgico positivo; di questi, 4 pz avevano un adenocarcinoma prostatico (CaP) pT2 (in tutti, i margini chirurgici erano monofocali) e 2 pz avevano un CaP pT3 (in entrambi i margini chirurgici erano multifocali). La continenza (definita come rimanere asciutti o mantenere un pannolino asciutto per 24 ore) è stata osservata nel 44% dei pz alla rimozione del catetere vescicale, e nel 60%, 72% e 90% dei pz durante le visite di controllo del follow-up a 1,3 e 6 mesi. La potenza (definita come punteggio 26 secondo il dominio funzionalità erettile dell'IIEF) è stata osservata nel 15%, 40% e 52% dei pz durante le visite di controllo del follow-up a 1,3 e 6 mesi. Tutti i pz hanno fatto uso di PDE5-I durante i 6 mesi di follow-up.

Conclusioni

Questi risultati preliminari suggeriscono come l'incisione alta della fascia dell'elevatore dell'ano e della fascia prostatica possa facilitare una buona conservazione dello sfintere uretrale esterno e dei fasci neurovascolari che riforniscono i corpi cavernosi e lo sfintere stesso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 8

Elettrostimolazione intraoperatoria dei nervi cavernosi con elettrodi impiantabili

A. Briganti, A. Salonia, F. Dehò, N. Suardi, G. Zanni, E. Strada, F. Pelucchi, D. Angiolilli, P. Rigatti, F. Montorsi

Università Vita-Salute, San Raffaele, Milano

Introduzione e obiettivi

La disfunzione erettile (DE) conseguente a prostatectomia radicale (PR) deriva da una lesione parziale o completa dell'inervazione autonoma peniena. È stato in precedenza dimostrato che l'elettrostimolazione del nervo cavernoso (CNS) è in grado di produrre una tumescenza misurabile intraoperatoriamente e teoricamente la DE conseguente a PR potrebbe beneficiare dell'impianto cronico di un sistema di CNS. La CNS potrebbe infatti svolgere un'azione neurotrofica e quindi promuovere il recupero spontaneo della funzione erettile post PR. Come primo step per lo sviluppo di un sistema CNS impiantabile, dimostriamo la fattibilità dell'elettrostimolazione intraoperatoria mediante un elettrodo specificatamente creato per questo scopo.

Metodi

Lo studio ha coinvolto 9 uomini (50-72 anni) potenti preoperatoriamente, sottoposti a PR in anestesia regionale. Dopo la

rimozione della prostata, un elettrodo impiantabile appositamente ideato (Advanced Bionics Corp., Valencia, CA) è stato posizionato al di sopra di ogni fascio neurovascolare bilateralmente, tranne in un paziente in cui è stato possibile il risparmio di un solo bundle. Il posizionamento dell'elettrodo ha richiesto in media meno di 4 minuti per ogni fascio neurovascolare. L'elettrostimolazione è stata continua, con durata media di 15 minuti alla frequenza di 20 Hz, con una pulsazione di 260 μ s; sec ed un'ampiezza incrementata gradualmente da 5 a 20 mA. La circonferenza peniena (CP) è stata misurata prima, durante e dopo la CNS con un anello di gomma appositamente ideato, Stretchistor™ Penis Gauge (DM Davis, Inc., Teaneck, NJ).

Risultati

In 4 dei 9 pazienti (44%) si è evidenziato un aumento significativo della CP entro 10 minuti dall'inizio della elettrostimolazione ed entro 5 minuti dalla stimolazione massima. L'incremento medio è stato di 5,7 mm (range 3,7-7,0 mm) ed in 2 pazienti si è assistito ad un incremento della tumescenza visibile. Nel paziente sottoposto a tecnica nerve sparing monolaterale si è misurato un incremento di 3,7 mm della CP. Dopo la cessazione dello stimolo elettrico, la CP è diminuita di 1-2 mm in 2-5 minuti. Non ci sono state complicanze. Questi risultati suggeriscono che l'impianto di un sistema CNS può essere un'opzione terapeutica valida nel diminuire l'incidenza di DE dopo PR nerve sparing mono o bilaterale. È noto che i farmaci anestetici inibiscono la tumescenza, pertanto l'assenza di risposta alla CNS in alcuni soggetti può essere espressione di una differente risposta all'anestesia. Ulteriori studi sono necessari per comprendere le differenti risposte individuali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 14

Fattori predittivi dell'efficacia di Sildenafil 100 mg al bisogno nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica nerve-sparing bilaterale

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

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

Introduzione e obiettivi

Identificare i fattori predittivi dell'efficacia del Sildenafil 100 mg "on demand" nei pazienti (pz) con carcinoma prostatico organo-conf (CaP) sottoposti a prostatectomia radicale retropubica con tecnica nerve-sparing bilaterale (BNSRRP).

Metodi

Abbiamo selezionato 51 pz (Gruppo 1) con età minore di 65 anni (media \pm DS: 57,2 \pm 0,9), dominio dell'IIEF-EF $> / = 26$, CaP organo-conf ($< / = pT2$), sottoposti a BNSRRP consecutivamente dallo stesso chirurgo mai stati in tp con PDE5-I preoperatoriamente (preop). Ai pz sono state fornite 8 cp di Sildenafil 100 mg da assumere "on demand" a 3, 6 e 12 mesi dopo l'intervento chirurgico, unitamente alle giuste indicazioni sull'assunzione del farmaco e sulla ripresa dell'attività sessuale dopo intervento. Questi pz sono stati confrontati con 55 pz (Gruppo 2) randomizzati come sottoposti allo stesso tipo di int dallo stesso chirurgo riguardo ad età (media \pm DS 63 \pm 0,9), IIEF preop (i pz si sono dichiarati potenti), assenza di tp con di PDE5-I preop, ai quali era stata proposta la stessa tp. Questi pz sono stati seguiti con visite di routine nel post-op. Sono stati esclusi pz che avevano ricevuto terapia adiuvante. Entrambi i gruppi di pz hanno compilato questionari validati come GAQs, IIEF, CESD e IPSS prima dell'intervento e nel follow-up a 3, 6 e 12 mesi. I risultati sono stati analizzati da una data-manager esterna.

Risultati

Il dosaggio ematico preop di PSA, lo stadio istopatologico, il BMI e le comorbidità cardiovascolari erano simili nei 2 gruppi. Nel Gruppo 2, 27 pz (49,1%) avevano IIEF preop alterato e 15 (27,3%) avevano sporadicamente usato nel preop PDE5-I. Quarantanove (96,1%) e 45 (81,8%) pz nel Gruppo 1 e 2 hanno iniziato la terapia con Sildenafil (95% CI = 3,1 a 26,3; Chi-square = 4,26; p = 0,04). La terapia con Sildenafil è stata quindi proseguita fino a 12 mesi di follow-up da 44 pz (89,8%) e 35 (77,8%) nei Gruppi 1 e 2 rispettivamente (95% CI = -2,8 a 26,8; Chi-square = 1,71; p = 0,19). Il numero di tentativi rapporti sessuali e il punteggio dell'IIEF-EF è risultato essere significativamente maggiore (p < 0,01) nel Gruppo 1 rispetto al Gruppo 2 in ogni periodo del follow-up. Non è stata trovata alcuna correlazione tra i punteggi dell'IIEF-EF e CESD o IPSS.

Conclusioni

Il chirurgo, l'età del pz, la funzionalità erettile preop e l'uso di PDE5-I, il counseling nel post-op hanno un impatto significativo sull'uso e sulla efficacia del Sildenafil 100 dopo BNSRRP.

Lo studio ha avuto finanziamenti: SI

Pfizer Italia

C 72**Funzione erettile in relazione alla continenza urinaria dopo prostatectomia radicale nerve-sparing**

V. Li Marzi*, S. Tazzioli*, M.T. Filocamo*, A. Delle Rose*, M. Marzocco*, G. Del Popolo**, M. Mencarini*, D. Villari*, G. Nicita*

* Clinica Urologica II, Università di Firenze; ** Neuro Urologia, Unità Spinale, AOU Careggi, Firenze

Introduzioni e obiettivi

Scopo di questo studio è di valutare lo stato della funzione erettile e della continenza dopo prostatectomia radicale retro-pubica nerve-sparing (nsRRP) individuando le possibili relazioni tra continenza e funzione erettile.

Materiali e metodi

183 pazienti sottoposti a nsRRP mono o bilaterale. Tutti i pazienti hanno compilato il questionario breve dell'International Index of Erectile Function [IIEF(5)] prima dell'intervento, tutti sono stati sottoposti a trattamento/profilassi della disfunzione erettile con PD5-I per almeno 2 mesi. 78 pazienti hanno preso parte ad un programma di riabilitazione del pavimento pelvico, mentre 73 non hanno ottenuto istruzioni formali. La valutazione post-operatoria è stata effettuata ad 1, 3, 6, e 12 mesi nel primo anno e successivamente ogni 6 mesi. L'incontinenza è stata valutata oggettivamente con il 1 hour e il 24 hour pad test, soggettivamente con l'ICS-male questionnaire, mentre la funzione erettile con l'IIEF(5). Abbiamo analizzato il follow-up oncologico e funzionale dei 183 pazienti includendone nello studio 151 i quali non presentavano progressione biochimica e/o clinica di malattia neoplastica.

Risultati

Il follow-up medio è di 39,7 mesi (mediana $37 \pm 11,9$; range 19-66). L'80,9% della popolazione in studio ha raggiunto la continenza (no pad) a 24 mesi dall'intervento, con una maggiore velocità di recupero (6 mesi) nel gruppo trattato con riabilitazione (Fisher's exact test $p < 0,000001$). Il recupero dell'erezione è maggiore per la nerve-sparing bilaterale rispetto alla monolaterale in tutto il periodo di follow-up (Fisher's exact test $p = 0,0009$). La giovane età è correlata ad un maggior recupero della potenza (Spearman's coefficient $p < 0,0001$), così come un miglior stato della continenza è correlato ad una migliore funzione erettile (chi-square test for trend $p < 0,0005$). Infatti, i pazienti che non necessitano di pads presentano una migliore funzione erettile rispetto a quelli che impiegano anche un solo pannolino. Ad un'analisi multivariata età e continenza influiscono positivamente sul recupero della funzione erettile ($p < 0,0001$), la continenza risulta associata significativamente all'età ed alla nerve-sparing bilaterale ($p = 0,0003$).

Conclusioni

L'età e il risparmio bilaterale dei bundles neurovascolari sono associati ad una migliore continenza e funzione erettile dopo RRP. L'impiego anche di un solo pad di precauzione sembra compromettere la funzione erettile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 7**Recupero della funzione erettile dopo prostatectomia radicale nerve sparing: prospettive e problemi aperti**

D. Vecchio, M. Pastorello, M. Poluzzi, G. Carluccio, G. Caleffi, R. Ballario, A. Molon

Divisione di Urologia, Ospedale Sacrocuore, Negrar (VR)

Introduzione e obiettivi

Valutare la funzione erettile in pazienti (pz) sottoposti a prostatectomia radicale nerve sparing (NSRRP); identificare fattori predittivi e quanti pz siano realmente interessati al recupero della funzione erettile; ottimizzazione ed accettazione delle terapie proposte; problematiche correlate.

Materiali e metodi

Nel 2002-2005 sono state eseguite 501 prostatectomie radicali, range 46-74 anni (aa):333 (66,5%) NSRRP. 269 pz (80,8%) dichiaratamente interessati al ripristino della funzione erettile e valutati con follow up di 6-24 mesi (mm) mediante IIEF 5 a 6, 9, 12, 18, 24 mm; proposto assunzione di PDE5 3 volte (vv)/settimana a partire dal 30 giorno post operatorio; ricorso a PGE1 in caso di mancata risposta a terapia orale dopo 3 mm.

Risultati

137/333 (41,1%) hanno mantenuto il coito e tutti di età 46-64 aa, di cui 44 (32,1%) spontaneamente: 40 (90,9%) in assenza di malattie cardiovascolari (CVD), 4 (9,1%) ipertesi in terapia; da rilevare come questo sottogruppo di pz avesse una età compresa tra 46 e 57 aa. 76/137 (55,5%) in terapia orale. 17/137 (12,4%) in terapia intracavernosa. 196/333 pz (58,8%) lamentano disfunzione erettile (DE). Fra questi, 60 (30,6%) < 65 aa, 136 (69,4%) > 65 aa; 87 (44,4%) con CVD; 25 (12,75%) in ormonoterapia. Complessivamente, l'attività sessuale è presente in 41 pz (29,9%) a 3 mesi dall'intervento, in 54 (39,4%) a 6 mesi, in 81 (59,1%) a 12 mesi. Circa il 70% ha assunto PDE5 2 volte/settimana, il 25% 2 vv/settimana ed il 5% 1v/settimana. Il drop out dalle terapie proposte si è registrato in 61 pz (31,1%) entro 30 gg, in 92 (46,9%) entro 90 gg; in 14 (7,1%) per effetti collaterali dei PDE5 (7 cefalea, 4 pirosi gastrica, 3 mialgia).

Conclusioni

Fattori predittivi appaiono l'età, le CVD, la precocità delle te-

rapie. Problemi aperti: discreta curva di apprendimento delle tecniche nerve sparing; timing e schemi terapeutici attualmente non omogenei e di utilizzo prolungato; alto costo; drop out correlato. La dimensione del problema si evince considerando l'alto impatto epidemiologico di tale patologia e la diagnosi precoce in una popolazione giovane sempre più ampia interessata non solo alla risoluzione del problema oncologico ma anche di quello andrologico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 16

La terapia riabilitativa della disfunzione erettile nel paziente post prostatectomia radicale nerve sparing bilaterale

G. Ranieri, G. Simoncini, G. Paradiso Galatioto, G. Pace, C. Vicentini

Università de L'Aquila, Scuola di Specializzazione in Urologia

Introduzione

La riabilitazione sessuale nella disfunzione erettile (DE) può essere definita come un guadagno parziale o completo di funzione erettile che si protrae nel tempo, dovuto ad una terapia specifica o a cicli di terapia successivi non necessariamente on demand. Lo scopo di questo studio è stato di valutare la possibilità di un effetto riabilitativo del Tadalafil 20 mg e alprostadil 3 mcg, associato a un incremento delle erezioni spontanee in pazienti (pz) affetti da DE e sottoposti a prostatectomia radicale nerve sparing bilaterale (BNSRRP).

Materiali e metodi

Pz con tumore prostatico T1 o T2, candidati a BNSRRP, sono stati indagati con forma ridotta dell'IIEF-5 e con ecocolordoppler penieno. Fatti salvi i criteri oncologici abbiamo arruolato solo pz di età inferiore a 75 anni, sani e con buona potenza sessuale preoperatoria e essenti da malattie organiche concomitanti. La riabilitazione sessuale è iniziata a 1 mese dall'intervento ed è stata effettuata con PGE1 intracavernosa (3 volte/settimana) e PDE5 (Tadalafil) (2 volte/settimana). Successivamente i pz sono stati rivalutati con ecocolordoppler penieno (ECDP) in condizione sia basale che in fase dinamica dopo iniezione di 3 mcg di alprostadil mensile e IIEF a 6 mesi.

Risultati

Di 49 prostatectomie radicali (T1-T2) effettuate sempre dallo stesso operatore solo 30 pz si sono dichiarati fortemente motivati ad intraprendere una terapia riabilitativa sessuale di tipo farmacologico. 26/30 pz lamentano DE postoperatoria di cui 11 di età inferiore a 65 aa e 15 di età superiore. Complessivamente, l'attività sessuale risultava essere presente in 8 pz dopo 1 mese, in 12 dopo 3 mesi e in 18 a 6 mesi. Tutti hanno

assunto PDE5 20 mg 2 volte/settimana per un periodo di 6 mesi e sono stati sottoposti a iniezioni intracavernosa con PGE1 3 volte/settimana. 2 pz sono usciti dallo studio per cefalea, gastralgia e mialgia di entità variabile e 1 pz per priapismo successivo a iniezioni con PGE1. La valutazione con ECDP da noi effettuata mensilmente a tutti i pz ha evidenziato in misura variabile un aumento della velocità basale (BPFV) e massimale (MPFV) di picco sistolico nonché dell'IIEF-5 score.

Conclusioni

L'obiettivo finale è quello di riportare il pz nelle condizioni iniziali prima dell'intervento, favorendo anche le erezioni notturne. Tale obiettivo dipende da diversi fattori quali: trattamenti precoci di PGE1 e PDE5 che abbia un tempo di efficacia più lungo, dal desiderio di recupero sessuale, età del pz. Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 17

La riabilitazione peniena nel paziente affetto da disfunzione erettile (DE) secondaria a prostatectomia radicale (RRP). Studio clinico su 40 pazienti

G. Paulis*, P. Valenti*, F. Menchini Fabris, G. Todeschini**, G.F. Menchini Fabris**

* *Ospedale Regina Apostolorum, Struttura Complessa di Urologia, Incarico di Andrologia Albano L. (Roma);*

** *Unità Operativa di Andrologia, Policlinico S. Chiara, Pisa, Università di Pisa*

Introduzione e obiettivi

L'RRP è il trattamento standard del ca. prostatico organo-confinato, tuttavia le percentuali di DE secondaria risultano alte anche in caso di procedura nerve-sparing (NS). Dopo RRP si dovrà quindi prevedere una riabilitazione sessuale per facilitare la ripresa della funzione erettile. Lo studio ha valutato l'efficacia di uno schema terapeutico applicato su un gruppo di p. sottoposti a RRP con impiego di iniezioni i.c. (ICI) con PGE1 + dosi orali di Sildenafil o Tadalafil.

Materiali e metodi

40 p. (età media = 64,6 aa) sono stati sottoposti a riabil. sessuale dopo RRP (NS 28 p.-Non NS 2 p.) sec. lo schema > inizio trattamento circa 1 mese dopo RRP: 8 settimane di Tadalafil/OS (10 mg/di - Gruppo A1 = 20 p.) oppure Sildenafil/OS (50 mg/di - Gruppo B1 = 20 p.). Dopo 8 settimane controllo e compil. questionario IIEF (già compilato pre-RRP). Dopo tale periodo i p. con una erezione sufficiente alla penetrazione vaginale venivano invitati ad assumere le stesse dosi/OS con follow up a 3-6-12 mesi dall'inizio della riabilitazione. Ai p. che invece non avevano sufficiente rigidità peniena veniva praticato FIC-test

alla dose iniziale 2,5-5 fino a max 20 mcg alprostadil. Raggiunta la dose per una valida erezione i p. venivano invitati a praticarsi Alpr. I.C. 2 volte/settimana + Tadalafil 10 mg/di (Gr. A2) o Sildenafil 50 mg/di (Gr. B2) follow up a 3, 6, 12 mesi dall'inizio della riabilitazione. I p. non-responders neanche con 20 mcg di Alpr. proseguivano in ogni caso associando ad ICI (20 mcg-Alpr) il Tadalafil o Sildenafil (rispettivi gruppi A2 e B2).

Risultati

Dopo 8 settimane di terapia/OS > Gr. A1 = 5 p responders (25%), Gr. B1 = 4 p responders (20%). A 12 mesi tutti i p. tranne 1 del Gr. A1 riacquistarono erezione spontanea. A 12 mesi: 8 su 15 p. del Gr. A2 avevano buone erezioni, 6 dei quali senza ICI (e solo con Tadalafil 10-20 mg on demand) e 2 con erezioni spontanee-totali. Spontanee-gruppi Tadalafil = 6/20 (30%) 7 su 20 non responders ad alcuna terapia. Successo riabilitaz. - Gruppi Tadalafil = 13/20 (65%). A 12 mesi: 9 su 16 p. del Gr. B2 avevano buone erezioni, 7 dei quali senza ICI (e solo con Sildenafil 50-100 mg on dem.) e 2 con erezioni spontanee-totali. Spontanee Gruppi Sildenafil = 6/20 (30%) 7/20 non responders ad alcuna terapia. Successo riabilitaz. - Gruppi Sildenafil = 13/20 (65%).

Conclusioni

Globalmente non esistono differenze statistiche significative tra risultati dopo Sildenafil o Tadalafil, viceversa se si differenzia tra casi NS e NNS il Tadalafil si dimostra più efficace nei casi NNS.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 18

Riabilitazione farmacologica per il recupero della funzione sessuale dopo prostatectomia radicale retropubica retrograda nerve sparing

G. Santelli, F. Repetti, S. Torcigliani, F. Tori, M. Aquilini, N. Fontana, M. Paoluzzi

U.O. Urologia, Lucca

Introduzione e obiettivi

I pazienti sottoposti a prostatectomia radicale nerve sparing (PRR-NS), mono o bilaterale per cancro della prostata non sono in grado dopo l'intervento di avere erezioni rappresentando una delle complicanze più frequenti e costituendo un cofattore di morbilità molto importante. L'obiettivo del risparmio della potenza sessuale, dove il razionale è nel preservare il più possibile i fasci neurovascolari periprostatici, trova la sua espressione più rappresentativa nella tecnica nerve sparing (NS) che può essere applicata con qualsiasi tecnica. Scopo del nostro lavoro è valutare l'efficacia di un trattamento riabilitativo utilizzando PgE1 a dosi decrescenti fino alla sostituzione con Sildenafil.

Materiali e metodi

Da maggio 2003 ad aprile 2005 sono stati sottoposti a prostatectomia radicale retropubica retrograda nerve sparing 234 pazienti. A 68 pazienti viene proposto un programma di riabilitazione farmacologica consistente in iniezioni intracavernose di alprostadil bisettimanali con dose iniziale di 20 ng per poi scalare dose/persona, iniziando 15 giorni dopo l'intervento e continuando per 4 mesi; successivamente si associa il Sildenafil 100 una compressa ogni tre giorni; si inizia il settimo mese di terapia solo con il Sildenafil, cessando l'alprostadil. Il Sildenafil viene assunto a dose variabile al bisogno. Tutti i pazienti presentavano in fase preoperatoria un test IIFS5 normale, come normale era la potenza sessuale e tutti non presentavano patologie interferenti sulla DE, come diabete o ipertensione. L'età dei pazienti è compresa fra 51 e 72 anni.

Risultati

Nell'immediata valutazione postoperatoria, l'81% dei pazienti mostrava un IIFS francamente patologico rispetto al controllo preoperatorio. Dopo 4 mesi di terapia con Alprostadil in tutti i pazienti si è verificata erezione indotta e si è passati alla fase successiva con associato il Sildenafil per altri due mesi di terapia. Alla fine del ciclo terapeutico hanno riferito attività sessuale spontanea soddisfacente 37 pz (54,4%), hanno continuato oltre 4 settimane di Sildenafil a dosi di 50-100 riferendo alla fine una ripresa spontanea dell'erezione 8/31 (25,8%). I restanti pz continuano ad avere attività sessuale a comando utilizzando un qualsiasi farmaco.

Conclusioni

La riabilitazione mediante questo protocollo si è dimostrata superiore per quanto riguarda la ripresa dell'attività sessuale spontanea ed ha confermato la validità nell'iniziare la terapia precocemente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 15

Non esiste differenza significativa tra terapia con PDE5-I on demand e PDE5-I in regime riabilitativo nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale con tecnica nerve-sparing bilaterale

F. Montorsi, A. Salonia, A. Gallina, G. Zanni, A. Saccà, F. Dehò, A. Briganti, M. Ghezzi, L. Barbieri, U. Capitano, E. Farina, S.J. Schuit*, P. Rigatti
*Cattedra di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; * Erasmus MC University Medical Center, Rotterdam, The Netherlands*

Introduzione e obiettivi

Valutazione prospettica della efficacia della terapia con

PDE5-I assunta al bisogno oppure con regime riabilitativo sulla funzione erettile post-operatoria nei pazienti (pz) sottoposti a prostatectomia radicale retropubica con tecnica nerve-sparing bilaterale (BNSRRP).

Metodi

Tra il novembre 2002 ed il settembre 2005, 1032 pazienti consecutive affetti da carcinoma prostatico organo-confinato sono stati sottoposti a prostatectomia radicale retropubica presso il nostro Istituto. In 500 (48,4%) pz l'intervento è stato eseguita una BNSRRP. Abbiamo analizzato i dati riguardanti 233 pazienti consecutivi sottoposti a BNSRRP con i chirurghi con maggior volume operatorio. Tutti i pazienti sono stati scrupolosamente valutati dal punto di vista della sintomatologia urinaria e generale mediante l'utilizzo di questionari validati (e.g. IIEF, IPSS, CESD, ICIQ-UISF). Abbiamo inoltre considerato i parametri psicometrici postoperatori insieme ai risultati dell'indice di soddisfazione per la terapia EDITS in termini di terapia con PDE5-I al bisogno o con posologia riabilitativa. I dati vengono presentati come media \pm DS. L'analisi statistica è stata condotta con test t di Student a due code.

Risultati

Al followup medio di 12 mesi erano disponibili dati completi per 80 pz (età media: $60,5 \pm 6,3$ anni). Comparazione diretta: pazienti in terapia medica postoperatoria (Gruppo A) vs. pazienti senza terapia medica (Gruppo B): IIEF-EF: $20,4 \pm 8,9$ vs. $8,5 \pm 2,2$ ($p = 0,08$). IIEF-EF stratificato in funzione del tipo di terapia: nessuna terapia ($8,5 \pm 2,2$) vs. IC PGE1 on-demand ($24,5 \pm 2,4$) vs. PDE5-I on-demand ($19,5 \pm 9,4$) vs. PDE5-I con regime riabilitativo ($18,3 \pm 4,0$). Comparazione diretta IIEF-EF nel gruppo con PDE5-I al bisogno vs. PDE5-I in regime riabilitativo: $p = 0,31$ (95% CI: -17,8 to 6,06); IIEF-EF nei gruppi con PDE5-I on-demand vs. IC PGE1 on-demand: $p = 0,31$ (95% CI: -5,20 to 15,20).

Conclusioni

Questi dati sembrerebbero suggerire che non esista differenza in termini di efficacia tra terapia con PDE5-I assunti al bisogno rispetto alla terapia in regime riabilitativo per i pazienti sottoposti a BNSRRP.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Gc 6

Sospensione della terapia riabilitativa per la disfunzione erettile nei pazienti non informati sottoposti a prostatectomia radicale retropubica nerve sparing bilaterale

A. Salonia, A. Gallina, G. Zanni, A. Saccà, S.J. Schuit*, L. Barbieri, M. Raber, A. Briganti, E. Farina, P. Rigatti, F. Montorsi

U.O. di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; * Erasmus MC University Medical Center, Rotterdam, Olanda

Introduzione e obiettivi

Stabilire il tasso di sospensione della terapia per la disfunzione erettile durante un follow-up medio di 18 mesi dopo prostatectomia radicale retropubica nerve sparing bilaterale (BNSRRP).

Metodi

Da novembre 2002 a settembre 2005, sono state eseguite presso il nostro 1032 RRP per Ca Prostatico, 500 (48,4%) con metodica nerve-sparing bilaterale. Abbiamo analizzato i dati di 100 pz potenti nel pre-op sottoposti a BNSRRP eventualmente candidabili ad una terapia per la funzionalità erettile alla dimissione. In via sperimentale, ai pz non era stata spiegata esaustivamente la modalità della terapia nel periodo post-op. I pz hanno compilato il questionario IIEF durante lo stesso periodo di tempo. I dati sono espressi come media \pm SD. Analisi statistica: chi-square.

Risultati

Raccolta di dati completi al follow-up medio di $22 \pm 8,2$ mesi: 78/100 (78%) pz (età media all'intervento: $61,7 \pm 5,8$ anni).

Terapia	Baseline	6 mesi	12 mesi	18 mesi
Grup 1	38/78 (49%)	68/78 (87%)	65/78 (83%)	67/78 (86%) ^a
IIEF	$22,2 \pm 9,3$	$8,6 \pm 5$	$16,1 \pm 11,3$	$19,4 \pm 10,5$
Grup 2	28/78 (36%)	6/78 (8%)	10/78 (13%)	8/78 (10%) ^b
IIEF	$23,2 \pm 8,5$	$14,3 \pm 10$	$21,3 \pm 9,2$	$23,5 \pm 8,2$
Grup 3	12/78 (15%)	4/78 (5%)	3/78 (4%)	3/78 (4%) ^c
IIEF	$19,2 \pm 12,2$	$16,8 \pm 8,1$	$20,6 \pm 12,2$	$16,0 \pm 12,4$

^a [Chi-square (trend) = 4,00; DF = 1; $p = 0,045$]

^b [Chi-square (trend) = 12,52; DF = 1; $p = 0,0004$]

^c [Chi-square (trend) = 7,42; DF = 1; $p = 0,007$]

ni). Terapia indicata alla dimissione: nessuna terapia: 38/78 pz (Gruppo 1); PDE5-I on demand: 28/78 (Gruppo 2); PDE5-I come terapia riabilitativa: 12/78 (Gruppo 3). La prevalenza (%) dell'assunzione della terapia e il dominio EF dell'IIEF durante il follow-up sono indicati in Tabella.

Conclusioni

I dati dimostrano un significativo tasso di abbandono durante il periodo di follow-up in pazienti non adeguatamente informati sottoposti a BNSRRP. Per questi pazienti, una adeguata informazione sulla terapia sembra essere necessaria per ottenere migliori risultati nel recupero della funzionalità erettile.
Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Disfunzione erettile – sottogruppo Neoplasia Vescicale

C 62

Tattamento intravesicale con BCG e sessualità maschile: esiste una correlazione?

M.C. Sighinolfi, S. Micali, S. De Stefani, A. Mofferdin, N. Ferrari, M. Giacometti, M. Rivalta, G. Bianchi
Dipartimento di Urologia, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione e obiettivi

La profilassi con Bacillo di Calmette-Guerin (BCG) rappresenta uno strumento efficace per il trattamento dei tumori vescicali superficiali recidivanti. Tuttavia risulta essere gravato da effetti collaterali quali disuria, ematuria e talora iperpiressia. Queste complicanze insorgono tipicamente nelle prime 48 ore dal trattamento e possono influire negativamente sulla qualità di vita del paziente.

Scopo del presente lavoro è quello di valutare l'effetto della terapia con BCG sulla sessualità maschile, individuando le variabili che possono condurre a disfunzione erettile (DE).

Metodi

Abbiamo considerato 30 uomini sottoposti a trattamento con BCG per tumore vescicale. L'età media era di 55 anni (range: 49-69). Lo stadio della malattia era T1G3 in 16, CIS in 4 e TaG2 altamente recidivante nei restanti 10 casi. Nessun soggetto era affetto da fattori di rischio per la DE (diabete, ipertensione, obesità, cardiopatia ischemica, alterazioni ormonali). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a ciclo d'attacco con BCG (1 instillazione/settimana per sei settimane consecutive); alla 4^a o 5^a instillazione e dopo un mese dal termine del trattamento sono stati somministrati ed auto-compilati i seguenti questionari, International Index of Erectile Function (IIEF-5) e International Prostate Symptom Score (IPSS). La valutazione statistica è stata condotta mediante test T di student per campioni appaiati e regressione logistica.

Risultati

Durante trattamento con BCG, lo score IIEF-5 è risultato di $17,6 \pm 6,7$ e lo score I-PSS $17,0 \pm 7,2$; 20/30 pazienti hanno

riferito comparsa di DE (IIEF-5 < 21). A distanza di 1 mese dall'ultima instillazione, IIEF-5 score è risultato di $21,7 \pm 2,92$ (nella norma in 26/30 pazienti) con I-PSS score pari a $11,7 \pm 7,3$ ($p = 0,008$ e $0,000$ rispettivamente). Da un'analisi multivariata di tutte le variabili (età, IIEF-5 e IPSS score durante e dopo BCG, presenza di iperpiressia), è emerso che la DE preesistente ed i LUTS (lower urinary tract symptoms) condizionati dal BCG sono le variabili che più influenzano la DE durante il trattamento ($p = 0,016$ e $p = 0,000$ rispettivamente). Non si sono registrati effetti collaterali, maggiori correlati al trattamento con BCG.

Conclusioni

L'utilizzo del BCG rappresenta una terapia efficace nel trattamento dei tumori superficiali della vescica; tuttavia la reazione infiammatoria che tale terapia induce può determinare LUTS e peggioramento della funzione erettile. La DE durante trattamento con BCG è principalmente descritta durante le prime 36-48 ore dopo l'instillazione; sebbene questi effetti sulla sfera sessuale siano transitori ed assolutamente reversibili, tale DE può gravare sulla psicologia del paziente già oncologico e peggiorarne la qualità della vita.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 47

Quality of life nei pazienti sottoposti a trattamento oncopreventivo endovesicale

A. Abbona, F. Morabito, M. Billia, R. Rossi, U. Ferrando

S.C. Urologia 3, D.O., Ospedale Molinette, Torino

Introduzione e obiettivi

Il carcinoma superficiale della vescica è una delle neoplasie di più frequente riscontro in ambito urologico, caratterizzato da progressione e frequente comparsa di recidive. Il paziente deve essere sottoposto a ripetute resezioni endoscopiche con

attento follow-up. In particolare assumono importanza i protocolli di instillazioni endovesicali oncopreventive, la cui durata impone al paziente uno stretto rapporto di dipendenza dalla struttura sanitaria. Sulla base di queste osservazioni abbiamo condotto uno studio sulla qualità di vita nei pazienti sottoposti a tali terapie.

Materiali e metodi

Nel febbraio 2004 sono stati valutati 53 pazienti presso il nostro ambulatorio dedicato al follow-up dei tumori superficiali della vescica. Tutti erano stati sottoposti ad almeno un ciclo di instillazioni, completato da non meno di 12 mesi. Abbiamo adottato un approccio multidisciplinare uro-oncologico e psico-sessuologico utilizzando un questionario di 52 domande. Sono state valutate il tempo libero, l'attività lavorativa, la vita sesso-relazionale e l'autostima.

Risultati

Dall'analisi dei dati è emerso che la qualità di vita sembra essere lievemente destabilizzata dalla terapia in esame. I dati più rilevanti riguardano l'attività lavorativa (46,1%), l'attività sessuale e la vita di coppia (37,5%) e l'autostima (33%). Si è quindi tentato un approccio integrato uro-onco-sessuolo-

gico per trattare questi pazienti: 29 (54,7%) sono stati trattati con terapia familiare; 13 (24,6%) con terapia sessuale e 11 (20,7%) con terapia sistemico-relazionale.

Risultati

Il questionario è stato riproposto agli stessi pazienti dopo 15 mesi di terapia psico-sessuologica. In 44 i test si sono rivelati utili strumenti di riflessione, dialogo e cambiamento. Hanno permesso di valutare obiettivamente la dimensione del problema oncologico riducendo la paura di affrontarlo. In particolare, in 22, il trattamento integrato ha portato a un miglioramento della performance sessuale con un miglioramento dell'autostima. In 9 si è osservato un peggioramento progressivo della Quality of Life.

Conclusioni

Dall'analisi dei risultati è emersa l'importanza di un approccio multidisciplinare al paziente con neoplasia maligna. Ci proponiamo di proseguire c/o il nostro ambulatorio il follow-up di tali pazienti con approccio integrato per analizzare i fattori organici e seguire il paziente e la coppia sotto l'aspetto sistemico-relazionale, psico-comportamentale e socio-culturale. Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Disfunzione erettile – sottogruppo Neoplasia del Retto

C 41

Ruolo predittivo della manometria rettale nella diagnostica del DE (deficit erettile) post chirurgia del retto

G. Dachille*, G.M. Ludovico*, C. Caliendo**, A. Rucci**, E. Ruggieri**, V. Sciscio**, E. Maselli**, G. Porcelli**, S. Montemurro**

* Divisione di Urologia, Monopoli (Bari); ** Chirurgia Apparato Digerente, Ospedale Oncologico Giovanni Paolo II, Bari

Introduzione e obiettivi

Il presente studio vuole evidenziare e sottolineare il ruolo della manometria rettale nella diagnostica del DE (deficit erettile) post proctectomia parziale e totale per carcinoma del retto.

Materiali e metodi

Dal gennaio 2005 al gennaio 2006 abbiamo considerato 40 pazienti età media 68 anni (range 54-76) sottoposti a proctectomia per cr del retto nerve sparing. Tutti questi pazienti sono stati valutati nel pre-operatorio con una corretta valutazione uroandrogica, manometria rettale, IIEF test, questionario Beck sulla depressione e il LiSat (Life satisfaction). I dati riportati nel pre-operatorio non hanno evidenziato DE in nessun

paziente, così come normali sono risultati i valori monometrici dello sfintere anale a riposo e in contrazione, il RAIR (riflesso retto-ale inibitore). Tutti questi pazienti sono stati rivalutati a tre mesi dall'intervento. La valutazione statistica è stata eseguita con il test di Student e con il Paired t-test, quando appropriato. Sono state considerate significative le differenze con livello di probabilità inferiore a 0,05 ($p < 0,05$).

Risultati

Al follow-up a tre mesi 10 pz hanno presentato incontinenza fecale con ridotti valori di tono sfinterico a riposo 66 cm di H₂O (range 84-100 cm di H₂O) e in contrazione 150 cm di H₂O (range 200-240 cm di H₂O) e RAIR assente. L'IIEF ha evidenziato un DE di tipo grave in 4 e moderato in 6. Nei restanti 30 pazienti invece abbiamo riscontrato normali valori di tono sfinterico a riposo e in contrazione e RAIR presente. L'IIEF è risultato in tutti nella norma. Il Beck test invece nei 10 pz incontinenti ha evidenziato una depressione moderata in 6 (range 18-23) e grave in 4 (range > 24), assenza di depressione nei restanti 30 pz.

Conclusioni

Dai dati a nostra disposizione emerge come vi sia una diretta correlazione tra l'incontinenza fecale e il DE nei pazienti che sono avviati a chirurgia del retto. La manometria rettale può quindi predire con estrema affidabilità la risposta all'IIEF e al Beck test.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 5**Ruolo della riabilitazione farmacologica post-operatoria nel DE iatrogeno (deficit erettile) nei pazienti sottoposti a proctectomia per CR del retto nerve sparing**

G. Dachille*, G.M. Ludovico*, C. Caliendo**, A. Rucci**, E. Ruggieri**, V. Sciscio**, E. Maselli**, G. Porcelli**, S. Montemurro**

* *Divisione di Urologia, Monopoli (Bari)*; ** *Chirurgia Apparato Digerente, Ospedale Oncologico Giovanni Paolo II, Bari.*

Introduzione e obiettivi

Il presente lavoro vuole evidenziare il ruolo della riabilitazione farmacologica post-operatoria nel DE (deficit erettile) in pazienti operati di proctectomia totale o sub-totale nerve sparing per carcinoma del retto.

Materiali e metodi

Dal gennaio 2004 al gennaio 2006 abbiamo considerato 64 pazienti età media 68 anni (range 54-76) di cui 44 sottoposti a proctectomia totale nerve sparing e 24 sottoposti a proctectomia subtotale nerve sparing. L'intero campione è stato valutato nel pre operatorio con IIEF (International Index Erec-

tile Dysfunction), Beck test, Lisat (life satisfaction) e valutazione uroandologica, non evidenziando alcun DE. Nel post operatorio 34 pz sono stati avviati a riabilitazione con Tadalafil 20 mg bed time 3 volte alla settimana a giorni alterni per 2 mesi, 30 pz non hanno ricevuto alcuna riabilitazione post-operatoria. L'intero gruppo è stato rivalutato al follow-up a 3-6-12 mesi, con le medesime metodiche.

Risultati

Al follow-up a 3 mesi nel gruppo dei pz avviati a riabilitazione 20 (58%) non presentavano DE all'IIEF, 10 (29%) invece presentavano una DE di tipo lieve (IIEF 17-25) e 4 (11%) di tipo moderato (11-16). A 6 mesi invece si osservavano solo i 4 pz con DE di tipo moderato, che si riducevano a 2 (5%) a 12 mesi. Nel gruppo di pazienti non avviati a riabilitazione farmacologica a 3 mesi 5 (16%) non presentavano DE, 10 (33%) presentavano una DE grave (IIEF 1-10), 8 (26%) una DE moderata, 7 (23%) lieve. A 6 mesi si dimezzava a 5 il gruppo con DE grave e si riduceva a 3 il gruppo con DE moderata e si azzerava il gruppo con DE lieve. A 12 mesi di follow-up la situazione risultava inalterata.

Conclusioni

La riabilitazione farmacologica post operatoria nei pazienti operati di proctectomia per CR del retto svolge un ruolo importante e fondamentale in termini di ripresa precoce della funzione erettile e della qualità di vita. Infatti solo il 5% dei pz avviati a riabilitazione post operatoria presentano a 12 mesi un DE, di contro il 23% dei pz non avviati a riabilitazione presentano DE al follow-up a 12 mesi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Eiaculazione precoce**C 22****Eiaculazione precoce: risultati di uno studio osservazionale europeo**

G. La Pera, F. Giuliano*, D.L. Patrick**, H. Porst***, M. Rothman****, R. Hasmonay****, S. Marchand****

U.O. di Andrologia, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini; * *Dept. of Physical Medicine and Rehabilitation, Neuro-Urology Raymond Poincare, Garches, France*; ** *Dept. of Health Services and Epidemiology, University of Washington, Seattle, Washington USA*; *** *Dept. of Urology, Medical University of Bonn, Bonn Germany*; **** *Johnson & Johnson Raritan, New Jersey USA*

Introduzione e obiettivi

Nell'ambito di una valutazione dell'eiaculazione precoce (EP) sono necessari strumenti di misura semplici e validati per valutare i risultati delle terapie per il trattamento dell'EP.

Scopo di questo studio è:

1. valutare e caratterizzare lo IELT (intravaginal ejaculatory latency time);
2. valutare l'affidabilità e la validità di un nuovo strumento di misura il questionario PEP (Premature Ejaculation Profile) negli uomini Europei con e senza Eiaculazione Precoce.

Materiali e metodi

Lo studio multicentrico durato 8 settimane è stato condotto in 5 nazioni europee: Francia, Gran Bretagna, Germania, Italia e Polonia. Lo studio includeva gli uomini con e senza EP e le loro partners e si articolava in 3 visite effettuate all'arruolamento, dopo 4 e dopo 8 settimane. Al momento dell'arruolamento la diagnosi di EP è stata fatta seguendo i criteri del DMS IV. I soggetti sono stati quindi invitati a registrare a casa su un diario lo IELT durante i rapporti sessuali per mezzo di un cronometro che veniva attivato e gestito dalla partner nel corso di un periodo di 8 settimane. I soggetti hanno completato un questionario sul Self Reported Health Outcome a ciascuna visita nel quale erano anche incluse 4 domande sul controllo dell'eiaculazione, la soddisfazione del rapporto ses-

suale, il disagio personale e le difficoltà interpersonali dovute alla EP. Queste domande costituivano la versione maschile del questionario PEP. Ciascuna variabile aveva uno score da 0 a 4. È stata quindi valutata l'affidabilità e la validità del questionario PEP. L'affidabilità con il test-retest del PEP è stata valutata utilizzando il coefficiente intraclass di correlazione (ICCs). La validità è stata misurata comparando le risposte degli uomini con e senza EP.

Risultati

Allo studio hanno partecipato 1115 uomini e le loro partners femminili. L'età media per gli uomini con o senza EP è stata rispettivamente di 36,0 e di 34,5 anni. Il valore medio e mediano dello IELT per gli uomini con EP è stato rispettivamente di 3,3 e di 2 minuti mentre per gli uomini senza EP è stato di 10 ed 8,8 minuti. Il valore del ICCS per la versione maschile del PEP è stato compreso fra 0,74 a 0,75. Gli uomini senza EP hanno riportato un controllo sul riflesso eiaculatorio ed una maggiore soddisfazione nei rapporti sessuali significativamente più alta rispetto ai soggetti con EP. Il disagio personale e le difficoltà interpersonali sono state significativamente più basse nei soggetti senza EP rispetto a quelli con EP. Questi dati supportano la validità del questionario PEP.

Conclusioni

Questi dati mostrano una diversa distribuzione dello IELT tra gli uomini con e senza EP. I risultati inoltre dimostrano una affidabilità e validità del questionario PEP. Questi dati inoltre enfatizzano l'importanza dello IELT e del questionario PEP nella valutazione dei pazienti con eiaculazione precoce.

Lo studio ha avuto finanziamenti: SI

Johnson & Johnson

C 23

Eiaculazione precoce: la prospettiva femminile

G. La Pera, D.L. Patrick*, F. Giuliano**, J. Dean***, A. Kokoszka****, P. McNulty*****, R. Hasmonay*****, M. Rothman*****

*U.O. di Andrologia, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, * Dept of Health Services and Epidemiology, University of Washington Seattle, Washington USA; ** Dept of Physical Medicine and Rehabilitation, Neuro-Urology Raymond Poincare, Garches, France; *** Derriford Hospital Devon, United Kingdom; **** Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland; ***** Johnson & Johnson Raritan, New Jersey, USA*

Introduzione e obiettivi

Poche informazioni sono riportate in letteratura sull'impatto che l'eiaculazione precoce (EP) determina sugli uomini con

EP e sulle loro partners. Scopo di questa ricerca è valutare l'impatto dell'EP sulle donne. Tale impatto sulle donne è stato valutato comparando i risultati di un nuovo questionario PEP (Premature Ejaculation Profile) somministrato alle donne con partner affetti da EP e alle donne con partner senza EP. Per valutare ulteriormente l'impatto dell'EP sulle donne sono stati confrontati i risultati della versione femminile del PEP con i risultati dei loro partners che hanno completato la versione maschile del questionario PEP.

Materiali e metodi

Lo studio multicentrico durato 8 settimane è stato condotto in 5 nazioni europee: Francia, Gran Bretagna, Germania, Italia e Polonia. Lo studio includeva gli uomini con e senza EP e le loro partners e si articolava in 3 visite effettuate all'arruolamento, dopo 4 e dopo 8 settimane. Al momento dell'arruolamento la diagnosi di EP è stata fatta seguendo i criteri del DMS IV. A tutti i soggetti veniva chiesto a ciascuna visita di completare il questionario. Il questionario PEP ha una versione femminile ed una maschile e si compone di 4 variabili che riguardavano il controllo sull'eiaculazione, la soddisfazione del rapporto sessuale, il disagio personale e le difficoltà interpersonali dovute alla EP. Ciascuna variabile aveva uno score da 0 a 4. Sono stati quindi valutati con il t test i risultati dei questionari delle donne con partner affetto da EP rispetto a quelle con partner non affetto da EP.

Risultati

Allo studio hanno partecipato 1115 donne e i loro partners maschili. Le donne con i partner affetti da EP percepivano che i loro uomini avevano un minor controllo sull'eiaculazione ed erano meno soddisfatte del rapporto sessuale rispetto alle donne con partner senza EP. I punteggi relativi al disagio personale e alle difficoltà interpersonali erano significativamente più grandi nelle donne con partner affetto da EP. Nell'ambito della singola coppia i risultati delle 4 variabili misurate con il PEP erano sostanzialmente simili tra i due partner indipendentemente dalla condizione di EP o non EP. Tuttavia gli uomini con EP presentavano un disagio personale maggiore rispetto alle proprie partners.

Conclusioni

Questi risultati indicano che le donne con partner affetto da EP hanno meno soddisfazione sessuale, un più grande disagio personale e una maggiore difficoltà interpersonali rispetto alle donne con partner senza EP. La percezione del livello di controllo sull'eiaculazione, soddisfazione, disagio personale e difficoltà interpersonali erano simili all'interno della singola coppia indipendentemente dalla condizione di EP o non EP

Lo studio ha avuto finanziamenti: SI

Johnson & Johnson Pharmaceutical Research

C 24

Eiaculazione precoce, eroina ed adolescenti: un fenomeno allarmante

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

*U.O. di Andrologia e di ** Urologia, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma; * Facoltà di Psicologia 2, Università di Roma "La Sapienza"*

Introduzione e obiettivi

Scopo del lavoro è valutare la prevalenza dell'eiaculazione precoce (EP) nei soggetti residenti nelle comunità terapeutiche e l'uso dell'eroina al fine di migliorare la durata del rapporto sessuale ed alleviare il disagio derivante dall'EP.

Materiali e metodi

Abbiamo studiato 86 pazienti maschi di età compresa fra 18 e 35 anni (media 30,24) in terapia presso 5 diverse comunità di recupero per tossicodipendenti. I pazienti sono stati valutati attraverso un questionario retrospettivo che ha indagato il "background" familiare, le prime esperienze sessuali e l'uso di droghe, con una particolare attenzione al ruolo delle disfunzioni sessuali nell'indurre l'inizio dell'abuso di droga. Sono stati effettuati 6 focus groups per la identificazione dei domini e degli items e per la comprensibilità del questionario. Gli incontri sono stati audio o video registrati attraverso uno specchio unidirezionale.

Risultati

Il 53,4% (46 pz) era affetto da EP secondo la definizione di H.S. Kaplan. Di questi il 26% pari a 12 pz hanno dichiarato che l'eiaculazione avveniva entro 15 secondi dalla penetrazione e il 74% entro pochi minuti. Tra coloro che erano affetti da EP, il 43% ha esplicitamente dichiarato che l'EP è stata la causa determinante dell'inizio dell'uso di sostanze. Il 54% ha usato le droghe per allungare i tempi della durata del rapporto sessuale e l'eroina è stata la droga prevalentemente usata a tal fine (52%). Percentuale che sale al 91% nel gruppo di pz nei quali l'eiaculazione avveniva entro 15 secondi dalla penetrazione. L'efficacia dell'eroina sul sintomo EP è testimoniata dal fatto che il 30,7% è stato aiutato un po' dall'uso dell'eroina nel controllo o nel ritardo del riflesso eiaculatorio, il 38,5% è stato molto aiutato, mentre il 15,4% dei soggetti ha ricevuto un aiuto determinante. Solo il 15% dei soggetti non ha avuto alcun beneficio in termini di miglioramento della durata del rapporto sessuale.

Conclusioni

- 1) l'EP è particolarmente frequente nei soggetti che usano droghe;
- 2) l'eroina rallenta il riflesso eiaculatorio;
- 3) l'EP è un fattore di rischio dell'inizio dell'abuso di sostanze;

4) l'eroina viene utilizzata per migliorare le prestazioni sessuali e rallentare il riflesso eiaculatorio;

5) nell'anamnesi andrologica la domanda sull'uso di sostanze psicotrope deve essere sempre fatta nei soggetti affetti da EP.

Questi dati supportano l'ipotesi La Pera che i disturbi sessuali possono indurre i giovani all'uso delle droghe e che una corretta informazione ed un precoce trattamento in età adolescenziale dei disturbi sessuali possono costituire un importante strumento di prevenzione dell'uso delle droghe tra i giovani. I risultati di questa ricerca inoltre valorizzano la figura dello specialista Andrologo all'interno delle scuole per una capillare diffusione delle informazioni e del trattamento precoce dei disturbi sessuali negli adolescenti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 20

Nostra esperienza con l'uso di gabapentin nel trattamento "on demand" dell'eiaculazione precoce primitiva in uno studio a breve termine in cieco, crossover vs. placebo

F. Pirozzi Farina*, A. Curreli*, G. Morgia**

** Clinica Urologica, U.O. di Urologia Andrologica, Università di Sassari; ** Clinica Urologica, Università di Sassari*

Introduzione

In questo studio abbiamo voluto valutare l'efficacia e la sicurezza di gabapentin, un analogo dell'ac. gamma-amminobutirrico (GABA) ad elevato effetto inibitorio sul SNC, nel trattamento di pazienti con eiaculazione precoce primitiva (EPP).

Materiali e metodi

Dal novembre 2004 al maggio 2006, abbiamo reclutato 47 pazienti con EPP e con tempo di latenza eiaculatoria intravaginale (TLEI) < 2 min. Tutti questi pz hanno accettato di assumere, in cieco, 3 settimane di placebo e tre settimane di gabapentin 600 mg. L'attività sessuale poteva concretizzarsi da 3 a 6 ore dall'assunzione. L'intervallo di washout tra placebo e farmaco è stato di 2 settimane. L'efficacia è stata valutata mediante stopwatch e questionario di autovalutazione del trattamento.

Risultati

Hanno completato lo studio 41 su 47 pz. Dopo tre settimane di trattamento il TLEI > 2 min era 7/41 pz (17%) con placebo e 16/41 pz (39%) con gabapentin. In particolare il TLEI era significativamente aumentata da 73,2 ± 29,1 a 246,3 ± 87,5 sec. con il placebo e 73,2 ± 29,1 a 423,1 ± 121,8 sec con

il gabapentin. Le differenze tra i due gruppi erano statisticamente significative ($p < 0,001$).

Discussione e conclusione

Il GABA è un neuromodulatore inibitorio del SNC. Agisce a livello degli interneuroni spinali ed è molto rappresentato nella sostanza reticolare. Inoltre, inibisce il rilascio di dopamina dall'area tegmentale ventrale e di norepinefrina dal locus ceruleus. La dimostrazione dell'efficacia di gabapentin in una percentuale di pazienti con EPP, è un ulteriore passaggio nella comprensione dei meccanismi psiconeuroendocrini attraverso i quali si ingenera l'orgasmo e focalizza l'attenzione su una molecola maneggevole che può essere impiegata anche in multiterapia farmacologica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 21

Paroxetina mesilato vs. paroxetina mesilato e Sildenafil nel trattamento dell'eiaculazione precoce: nostra esperienza

S. Tazzioli, A. Delle Rose, M. Mencarini, V. Li Marzi, M. Marzocco, G. Nicita

SOD, Clinica Urologica II, Università di Firenze

Introduzione e obiettivi

In uno studio del 2004 abbiamo valutato su 85 pazienti l'efficacia dell'uso della paroxetina on demand nel trattamento dell'eiaculazione precoce. Nel presente lavoro mettiamo a confronto l'efficacia della paroxetina con l'efficacia dell'associazione paroxetina + Sildenafil, in un gruppo di pazienti responders al trattamento del precedente studio.

Metodi

Nel gennaio 2005 abbiamo arruolato 45 pazienti responders alla terapia con paroxetina 20 mg/die on demand (4-5 ore prima del rapporto) affetti da eiaculazione precoce. I pazienti sono stati successivamente suddivisi random in 3 gruppi di 15 pazienti ciascuno. Un gruppo è stato trattato con sola paroxetina 20 mg on demand, un gruppo con paroxetina 20 mg + Sildenafil 50 mg (entrambi da assumere al bisogno 4-5 ore prima del rapporto), ed un gruppo controllo è stato trattato con placebo. Prima dello studio i pazienti sono stati sottoposti ad un periodo di wash-out di 30 giorni. Dopo 3 mesi di trattamento abbiamo valutato il tempo di latenza eiaculatorio di ciascun gruppo di pazienti.

Risultati

Nel lavoro del 2004 gli 85 pazienti trattati con la sola paroxetina (20 mg/die on demand per 3 mesi) avevano migliorato il tempo di latenza eiaculatorio da $0,4 \pm 0,1$ min a $3,9 \pm 0,6$ min. Dopo il periodo di wash-out il tempo di latenza era

diminuito ritornando ai valori iniziali pre-terapia. Dopo 3 mesi di trattamento i 15 pazienti che assumevano paroxetina + Sildenafil avevano un tempo di latenza eiaculatorio di $5,7 \pm 0,4$ min, i pazienti trattati con sola Paroxetina di $3,7 \pm 0,8$ min, mentre i pazienti trattati con placebo riferivano un tempo di latenza di $0,6 \pm 0,2$ min.

Conclusioni

Il confronto tra paroxetina da sola e in associazione con Sildenafil, nel trattamento dell'eiaculazione precoce, ha evidenziato miglioramenti nel tempo di latenza eiaculatorio. È da segnalare inoltre che i pazienti in trattamento con l'associazione dei 2 farmaci hanno riferito un incremento dell'attività sessuale e una maggiore soddisfazione del benessere psico-fisico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 42

Sertralina on demand nel trattamento della eiaculazione precoce: due diverse metodiche di assunzione

F. Palmiotto, M. Cavaliere, G. Nucci*, A. Zappavigna, C. Zoccali

*Servizio di Andrologia; U.O. Urologia, A.S. 6, Lamezia T. (CZ); * U.S.I., Roma*

Introduzione

Presso il Servizio di Andrologia dell'U.O. di Urologia di Lamezia Terme, sono stati reclutati 75 pazienti (pz) che presentavano, da almeno 6 mesi, e.p. durante i preliminari o meno di 90 secondi dall'inizio della penetrazione.

Materiali e metodi

È stato ideato un questionario di autovalutazione per i pz e per le partner, che consente di quantificare il tempo di resistenza del rapporto fino all'eiaculazione e il livello di soddisfazione del paziente e della partner con scale da 0 a 4. I pz sono stati suddivisi in due coorti: il primo gruppo di 31 pz ha assunto 50 mg di sertralina ogni giorno per 3 mesi e nei 3 mesi successivi 1 cpr al bisogno, il secondo (44 pz) 25 mg di sertralina quotidianamente, che venivano portati a 50 il giorno in cui avevano il rapporto.

Risultati

Gli effetti collaterali provocati dal farmaco sono stati di lieve entità nel primo gruppo e limitati al giorno di assunzione al bisogno del farmaco (vertigini e cefalea) e il giorno seguente (calo dell'umore e astenia) e totalmente assenti nel secondo. La latenza media \pm la deviazione standard era di $23,5 \pm 13$ e 22 ± 12 secondi rispettivamente nei due gruppi prima del trattamento. Dopo 6 mesi di terapia $14,4 \pm 4,3$ e $15 \pm 4,2$ minuti. Il punteggio medio pretrattamento di soddisfazione perso-

nale era di 0,6 e 0,8 nei maschi del primo e del secondo gruppo e 0,4 e 0,5 nelle partner. A distanza di 6 mesi di terapia era di 3,6 e 3,9 nei maschi e 3,3 e 3,6 nelle femmine. Le recidive si attestano intorno al 14,1%.

In un nostro precedente studio, allo scopo di evitare l'assunzione di antidepressivi per tutta la vita per trattare l'e.p. avevamo messo a punto una terapia o.d. Per impedire, però, la comparsa di effetti collaterali tipici in chi assume saltuariamente il farmaco, lo abbiamo fatto precedere da un periodo di terapia continuativa di 3 mesi o ne abbiamo dimezzato la dose di farmaco/die da raddoppiare in caso di rapporto sessuale.

Conclusioni

I risultati ottenuti hanno dimostrato che l'efficacia del farmaco in entrambi i gruppi si è mantenuta inalterata per quanto concerne la risoluzione del problema e.p. e soprattutto abbiamo ottenuto la totale scomparsa di eventi avversi nei pz con dosaggio ridotto e la completa assenza di effetti sull'umore e sulla psiche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Pene curvo (congenito ed acquisito) Ricerca di base

P 24

Il Tight Skin Mouse (TSK) come modello genetico animale di induratio penis plastica

V. Mirone, C. Imbimbo, A. Palmieri, N. Longo, R. d'Emmanuele di Villabianca, F. Mangiapia, G. Cirino, G. Lungarella*

*Centro Interdipartimentale di Ricerca preclinica e clinica in Medicina Sessuale (CIRMS), Università di Napoli Federico II; * Dipartimento di Fisiopatologia Sperimentale, Università di Siena*

La malattia di Peyronie è una deformità acquisita del pene conosciuta anche come Induratio Penis Plastica che può provocare curvatura, accorciamento o strozzatura dei corpi cavernosi. L'eziologia della malattia di Peyronie è ancora sconosciuta e negli anni sono stati proposti vari modelli animali.

In particolare nel 1997 è stato proposto un modello che si basava sulla iniezione nella tunica del pene del ratto di citomodulina, un'eptapeptide sintetico con attività di tipo TGFβ1538. Questo modello, giudicato attualmente il più attendibile, presentava comunque vari problemi tecnici quale ad esempio la difficoltà di riproducibilità della lesione. In uno screening casuale abbiamo precedentemente determinato che un ceppo di topi Tight Skin, che presenta una duplicazione genomica all'interno del gene della fibrillina 1, sviluppava con l'età caratteristiche morfologiche Peyronie simili. Facendo seguito a questo studio abbiamo effettuato uno studio sistematico in topi maschi di diverse età ed abbiamo verificato i livelli di TGFβ ed iNOS per via immunostochimica o RT-PCR. Inoltre abbiamo determinato il tipo di collagene presente nel tessuto penieno e il collagene totale determinato come idrossiprolina. In conclusione i topi tight skin possono rappresentare un modello genetico spontaneo di malattia di Peyronie-like, che presenta vantaggiose caratteristiche rispetto ai modelli animali fino ad ora proposti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Qualità di vita

P 50

Qualità della vita sessuale delle partner di soggetti affetti da induratio penis plastica

M.C. Sighinolfi, A. Mofferdin, S. Micali, S. De Stefani, N. Ferrari, M. Giacometti, G. Bianchi

Dipartimento di Urologia, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione

L'Induratio penis plastica (IPP) rappresenta una patologia che affligge negativamente la qualità della vita sessuale maschile. Il trattamento chirurgico è attualmente indicato solo in quei pazienti in cui la deformità del pene impedisce la penetrazione vaginale ed una regolare e completa attività sessuale. Tuttavia, anche nel paziente affetto da una lieve curvatura peniena spesso si riscontra un coinvolgimento psicologico abnorme riguardo la patologia, con ansia e peggioramento globale della qualità della vita. Lo scopo del presente studio è quello di indagare come le partner dei pazienti affetti da IPP percepiscano il problema,

con particolare attenzione alla loro qualità della vita sessuale indagata mediante Female Sexual Function Index (FSFI).

Materiali e metodi

Abbiamo valutato prospetticamente 15 uomini affetti da induratio penis plastica (età media: 43 anni; range: 38-48). Tutti i soggetti riferivano attività sessuale con partner eterosessuale stabile (età media delle partner: 39 anni, range: 32-41). I fattori di rischio per disfunzione erettile (vascolari, ormonali e metabolici) e la pregressa chirurgia genitale sono stati considerati criteri di esclusione. Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad un'ecografia peniena e ad un EcoColorDoppler penieno basale e dinamico preliminare. La curvatura era dorsale in 8, dorso-laterale in 5 e ventrale in 2 pazienti; l'entità della curvatura era in media di $30 \pm 10^\circ$, con dimensioni della placca variabili da 8 a 15 mm. Tutte le partner di questi pazienti sono state sottoposte ad un'accurata anamnesi ed esame obiettivo generale e ginecologico; hanno infine compilato la versione italiana del questionario Female Sexual Function Index (FSFI) prima dell'inizio del trattamento dell'IPP.

Risultati

Tutte le partner dei soggetti affetti da IPP hanno correttamente compilato il questionario. Lo score medio globale è risul-

tato di 33 (range: 27-36); non sono emersi particolari problemi nella compilazione del dominio dolore/discomfort alla penetrazione vaginale.

8 dei 15 pazienti sono stati sottoposti a terapia con iniezioni intra-placca di Verapamil; 2 pazienti sono stati inviati a correzione chirurgica della curvatura ed i restanti soggetti non hanno ritenuto necessario alcun tipo di trattamento.

Conclusioni

La malattia di La Peyronie e l'eventuale curvatura peniena rap-

presentano un serio problema per molti uomini; la mancanza di definite linee guida terapeutiche provoca ansietà anche per deformazioni di lieve entità. Malgrado l'esagerata percezione del problema da parte di alcuni soggetti, la sessualità femminile non sembra risentire della patologia malformativa maschile per curvatura di lieve entità e questo non dovrebbe essere trascurato nella scelta dell'opzione terapeutica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Terapie non chirurgiche

C 65

Idroelettroionoforesi transdermica nel trattamento della malattia di La Peyronie

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

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

Introduzione

Il trattamento farmacologico della malattia di La Peyronie è basato attualmente su politerapie empiriche somministrate sia per via sistemica che locale. Queste ultime in particolare utilizzano un sistema di veicolazione mediante infiltrazione diretta della placca che comporta un inevitabile trauma locale, limitando l'eventuale efficacia dei farmaci. La somministrazione atraumatica mediante ionoforesi è stata sperimentata su questa patologia in modo limitato. Nel nostro studio abbiamo sperimentato la idroelettroionoforesi, un nuovo sistema di veicolazione farmacologica nel trattamento della malattia di La Peyronie, allo scopo di valutarne tossicità ed efficacia.

Materiali e Metodi

Dal luglio al dicembre 2005, sono stati arruolati 16 pazienti (età media 58), affetti da malattia di La Peyronie. 10 di essi presentavano una placca di dimensioni < 1 cm, 2 di essi una placca > 1 cm, 4 di essi più placche. 7/16 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 elet-

trodi. Abbiamo usato i seguenti farmaci: EDTA, lidocaina 2%, verapamil e desametasone. La corrente è stata di 15-20 mA per 20 minuti a seduta.

Risultati

14 pazienti riferivano dolore in fase erettiva prima del trattamento (VAS medio 4,5), che si è completamente risolto (100%) entro le prime 2 applicazioni. Le dimensioni ecografiche delle placche sono risultate ridotte in 6/16 pazienti (37,5%), mentre in 4 pazienti sono definitivamente scomparse (25,0%). In 6 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 1 caso, migliorato in 8 casi e immutato in 7 casi. I dati dello score IIEF-5 sono passati in media da 17 prima del trattamento a 22 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 complicità del paziente. Esclude peraltro il microtrauma locale che è da sempre considerato un fattore determinante nell'etiopatogenesi di malattia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 66

Il trattamento della malattia di La Peyronie con ipnosi. Case report e prospettive terapeutiche

R. Castellani

Modulo di Andrologia, Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

Introduzione e obiettivi

L'etiopatogenesi della malattia di La Peyronie rimane tuttora incerta nonostante la miriade di teorie e trattamenti. La sua somiglianza con la malattia di Dupuytren ne fa supporre l'origi-

ne autoimmune o comunque la fa rientrare in quelle patologie dermatologiche con caratteristiche iperplastiche-degenerative. La manifestazione clinica consiste in una contrattura dell'albuginea che altera l'architettura strutturale determinando alterazioni vascolari indirette sulla funzionalità del tessuto erettile, sulla forma del pene e sulle strutture nervose sensitive determinando dolore e disagio sessuale. L'impiego di trattamenti terapeutici non invasivi preliminari alla terapia chirurgica ed in fase di stabilizzazione della malattia lascia quindi ampio spazio alla cultura ed alla creatività individuale. L'impiego dell'ipnosi non ha finora trovato ufficialmente impiego in questa patologia e l'assenza d'invasività ne qualifica l'utilizzo come CAM (Complementary and Alternative Medicine).

Materiali e metodi

Il soggetto ha 46 anni e presenta IPP da circa 8 mesi, insorto con dolore, incurvamento progressivo dei corpi cavernosi e deformazione a clessidra distale. Ha già seguito terapia con vitamina E ad alte dosi senza ottenere significativi risultati. Viene posto in terapia associando paraminobenzoato di potassio a dosaggio terapeutico. Dopo 3 mesi di terapia la malattia sembra stabilizzata per ciò che concerne l'incurvamento ma persiste la deformazione a clessidra ed il fastidio alla penetrazione. La partner si è confrontata con la malattia con atteggiamento positivo e non ansiogeno ed il soggetto, cultu-

ralmente preparato e integrato in un rapport favorevole, accetta con interesse il trattamento sperimentale con ipnosi proposto dal terapeuta. Viene indotta con facilità una trance media che permette, attraverso una metafora strutturata sul simbolismo di una torre saracena da restaurare, di impartire un comando postipnotico finalizzato al modeling dell'albuginea.

Risultati

Al controllo a 1 mese il pene si è ulteriormente rettilineizzato e la sensazione di "gradino" migliora notevolmente "raccordandosi dolcemente". Viene riferita la comparsa di intensa attività onirica a soggetto erotico focalizzato sul pene ed associata a sensazione di piacevole calma. Viene indotta una seconda trance nel corso della quale viene rinforzato il comando postipnotico ed indirizzato al rimodellamento della deformazione a clessidra. Al controllo successivo

Al controllo successivo a 2 mesi è appena percepibile il "gradino" della fibrosi circolare e l'incurvamento è di modesta entità.

Conclusioni

Limitatamente al caso esposto e prospetticamente, l'ipnosi rappresenta un valido strumento terapeutico al trattamento della malattia di La Peyronie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Chirurgia non protesica

C 28

Vita di relazione, estetica, facilità di introduzione vaginale, e deficit erettivo psicogenico prima e dopo correzione chirurgica di pene curvo congenito

G. Cavallini*, R. Castellani**

* *Unità Operativa di Andrologia, Società Italiana di Medicina della Riproduzione (SISMER), Bologna;* ** *Cattedra di Psicologia Clinica, Università di Ferrara*

Introduzione

Mentre da un lato si sostiene che l'aspetto dei genitali influenzi l'autostima, dall'altro in letteratura si sostiene che la correzione chirurgica del pene curvo congenito non è correlata a un miglioramento della qualità di vita. Obiettivo di questo lavoro è determinare se la chirurgia del pene curvo congenito è in grado di migliorare ad un tempo: l'introduzione vaginale, l'aspetto del pene, la vita di relazione ed il deficit erettile psicogenico (DEp).

Pazienti e metodi

54 pazienti (età media 24 ± 4 anni; 17 con DEp) affetti da pene curvo congenito maggiore di 25° e difficoltà di introdu-

zione vaginale sono stati sottoposti a corporoplastica sec. Nesbitt. Prima e dopo intervento (12 mesi) sono state eseguite le seguenti valutazioni: percezione soggettiva dell'aspetto del pene e della facilità di introduzione vaginale, induzione farmacologica di erezione, (auto)fotografia del pene eretto, misurazione della lunghezza del pene, registrazione della durata delle erezioni notturne, colloquio psicologico per valutare la vita di relazione. Questa veniva valutata soggettivamente dall'intervistatore sulla base dei parametri di Hinde (contenuto, numero, profondità, frequenza, mutualità, percezione soggettiva dell'altra persona, e affidabilità). I dati pre- e post-operatori sono stati comparati con il chi2 e con l'analisi della varianza.

Risultati

La percentuale di pazienti soddisfatti dell'aspetto del pene è passato dal 3,7% pre- al 83,3% post-, l'introduzione vaginale è risultata disagevole nel 100% pre-, e nello 0% post-. Tali differenze sono altamente significative. La percentuale di DEp non si è modificata con chirurgia (25,9%), e nemmeno la durata delle erezioni notturne (199 ± 20 minuti pre-; 195 ± 22 minuti post). La relazionalità è migliorata in 4/54 pazienti (7,4%) (p non significativo).

Conclusioni

Il miglioramento estetico e funzionale del pene curvo dopo chirurgia non è correlato ad un significativo miglioramento

della vita di relazione o della DEp. Una approfondimento dei nostri dati ha indicato che i pazienti non contenti dell'estetica post-operatoria avevano la vita di relazione peggiore, mentre i pazienti cui la chirurgia migliorava la relazionalità avevano le minori timidezze.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 54

Valutazione della soddisfazione sessuale di pazienti sottoposti a chirurgia dell'induratio penis plastica: analisi di 10 anni di esperienza

M. Capone, G. Mazza

U.O. Urologia, Azienda Servizi Sanitari 2, Gorizia

Introduzione

Il trattamento chirurgico dell'Induratio Penis Plastica (IPP) rappresenta tuttora argomento controverso soprattutto in relazione alle differenti tecniche utilizzate.

Materiali e metodi

Nel periodo 1996-2005 sono stati eseguiti presso la nostra U.O. 203 interventi per incurvamenti penieni secondari a IPP. L'età dei pazienti (P) era compresa tra 34 e 71 anni, (media 56,7 anni) con durata media della malattia di 21,6 mesi (10-46). Tutti i P sono stati sottoposti preliminarmente a valutazione della funzione erettile, a documentazione fotografica del grado di incurvamento, a misurazione del pene in corso di stretching e in erezione. In 47 casi è stato eseguito un impianto protesico (IP) idraulico, in 26 un IP a volume costante; in 54 P è stata eseguita una corporoplastica (CPPL) complementare con l'impiego di materiale autologo (derma o vena safena); in 19 casi il raddrizzamento del pene è stato ottenuto a seguito del semplice IP. 106 P sono stati sottoposti a chirurgia di placca, in 24 P è stata eseguita una CPPL semplice sec. Nesbit/Yachia.

Risultati

La soddisfazione sessuale di 173 P è stata valutata con un questionario articolato su più domini; 146 hanno fornito risposte valutabili. Il principale motivo di insoddisfazione riportato dai pazienti è la riduzione della lunghezza del pene, lamentata da 48 (32,8%) P; l'insoddisfazione è minore nel gruppo dei pazienti sottoposti a IP (#8-5,5%) rispetto a quelli sottoposti a CPPL semplice (#11-7,5%) e CPPL con innesto di patch autologo (#29-19,8%). Tale dato può essere spiegato ipotizzando una precoce fibrosi dell'innesto, che renderebbe inferiore al previsto il recupero di dimensioni ottenuto con l'incisione della placca. La comparsa o l'aggravamento di Disfunzione Erettile (DE) nel periodo successivo all'intervento è stata lamentata da 36 P (24,6%), la cui età media era di 58,4 anni (53-66); in 21 di essi la DE era nota o erano presenti dei

fattori di rischio vascolare e neurologico per deficit erettile e tutti avevano volontariamente optato per una tecnica chirurgica conservativa; 5 P sono stati successivamente sottoposti a IP. Il grado di soddisfazione sessuale complessiva appare più elevato (56/61, 91%) nei soggetti sottoposti a IP.

Conclusioni

La scelta del tipo di trattamento dell'IPP deve tenere conto di numerose variabili, tra cui il livello di training chirurgico dell'operatore. Particolare attenzione deve essere rivolta rivolta alle aspettative del P, in termini di rigidità e lunghezza del pene. Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 53

Corporoplastica con patch nella malattia di Peyronie: 10 anni di esperienza

M. Marzotta Caotorta*, M. Ruggieri**, B. Gorgone*, M. Mensi**, S. Sandri*

** Divisione di Urologia, Ospedale G. Fornaroli, Magenta (MI); ** Divisione di Urologia, Ospedale Civile, Voghera (PV)*

Introduzione

Lo scopo del lavoro è valutare l'efficacia a distanza di una terapia chirurgica conservativa con differenti materiali, che consenta al paziente di recuperare una attività sessuale.

Materiali e metodi

Tra il 1996 e il gennaio 2006 abbiamo operato 40 pazienti che non avevano più rapporti sessuali per l'incurvamento acquisito del pene; età media 59 anni (range 26-73 aa). I materiali utilizzati erano vena safena in 16 casi (40%), sottomucosa di intestino di maiale (SIS) in 15 casi (37,5%), 1 caso (2,5%) con Goretex, 6 casi (15%) pericardio bovino e 2 pazienti (5%) Pelvicoid. In 38 casi (95%) abbiamo inciso la placca e in 1 paziente. (%%) abbiamo asportato la placca.

Risultati

Dopo un follow-up medio di 30 mesi su 32 pazienti (80%) operati, abbiamo osservato una completa conservazione della sensibilità e della erezione in 29 casi (90%), con curvatura residua di 10-20° in 4 casi (12,5%); 2 pazienti (6%) riferiscono un accorciamento di circa 1 cm e 2 pazienti sono stati rioperati con impianto di protesi peniena idraulica tricomponente.

Conclusioni

29 pazienti (90%) hanno recuperato la possibilità di un rapporto sessuale, in alcuni casi nonostante la curvatura residua e soltanto 2 pazienti. (6%) sono da considerare insuccessi terapeutici. La nostra esperienza conferma la indicazione a questa chirurgia conservativa, senza particolare differenza nei risultati in relazione al materiale utilizzato.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 54**10 anni di esperienza nel confezionamento di corporoplastica**

M. Paradiso, O. Sedigh, G.L. Milan, M.E. Graziano, F. Varvello, U. Ferrando

S.C. Urologia 3 D.O., A.S.O. San Giovanni Battista, Molinette, Torino

Introduzione

La gestione terapeutica della Induratio Penis Plastica risulta ancora oggi per molti versi incerta ed aleatoria. Anche la terapia chirurgica ha pochi punti saldi.

Lo scopo di questo lavoro è di sottolineare come questa malattia possa oggi raggiungere soluzioni chirurgiche, secondo un algoritmo di comportamento e scelte strategiche che permettono di raggiungere ottimi risultati.

Materiali e metodi

Negli ultimi 10 anni abbiamo eseguito 150 interventi di falloplastica con patchwork, eseguiti con tecniche e biomateriali diversi.

50 pazienti, età media 49 anni, sono stati seguiti per più di 2 anni dalla incisione/escissione della placca e posizionamento di graft. Questi pazienti sono stati valutati prima e dopo il trattamento con questionari IIEF, Ecocolor doppler dinamico, e Valutazione Andro-Sessuologica.

Risultati

Il tipo di graft penieno utilizzato non è associato ad un tasso statisticamente significativo di insoddisfazione del paziente né a morbilità orgasmica.

I risultati e l'esperienza acquisiti ci hanno permesso di elaborare un algoritmo terapeutico articolato secondo 5 importanti e principali fattori strategici di seguito riportati:

1. La presenza di D.E. grave, o prevedibile tale, in qualunque modo rilevata o documentata (parere del paziente o riscontro strumentale) è una formale indicazione all'impianto protesico.
2. La I.P.P. è una malattia retraente per definizione. Nell'ambito della chirurgia correttiva è improbabile che un paziente correttamente informato possa dare il suo consenso a un intervento di riduzione come la tecnica sec. Nesbit.
3. La cosiddetta chirurgia di placca persegue un intento correttivo e talora di allungamento sull'organo retratto. Il chirurgo che pratica la cosiddetta chirurgia radicale persegue la bonifica della malattia ed un processo di sostituzione tissutale indotto da un biomateriale secondo il principio della chirurgia induttiva (medicina rigenerativa-bioingegneria tissutale).
4. La qualità del patch non è, entro certi limiti, il fattore più importante per l'esito chirurgico come si tenta di far credere. Tutti i biomateriali si comportano come una impalcatura (scaffold) che viene colonizzata dal tessuto ospite e progressivamente coinvolta in un processo di sostituzione tissutale. I migliori risultati si ottengono con la vena safena e il S.I.S.
5. I fattori di qualità più importanti sono la tecnica chirurgica

e la riabilitazione postoperatoria precoce (stretching quotidiano con vacuum device).

Conclusioni

La selezione dei pazienti, il trattamento chirurgico standardizzato, evitando l'utilizzo di materiali sintetici, e la riabilitazione precoce sono i principali dettagli da rispettare.

Gli incoraggianti risultati derivati dall'utilizzo di un biomateriale subito disponibile come il SIS ha cambiato il nostro comportamento: negli interventi di corporoplastica eseguiti ultimi 5 anni non abbiamo utilizzato la vena safena.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V 2**Corporoplastica di raddrizzamento con derma negli incurvamenti congeniti del pene: indicazioni, tecnica e risultati**

A. Simonato, P. Traverso, C. Ambruosi, C. Gastaldi, G. Ruggiero, F. Venzano, A. Romagnoli, G. Carmignani

Clinica Urologica "L. Giuliani", Università di Genova

Introduzione e obiettivi

L'intervento di Nesbit e le procedure di plicatura della tunica albuginea portano ad un sensibile accorciamento del pene. Anche se i pazienti con incurvamento congenito presentano quasi sempre un pene di buone dimensioni questo accorciamento è comunque accettato malvolentieri. In un particolare gruppo di pazienti con incurvamento congenito abbiamo eseguito una corporoplastica di raddrizzamento utilizzando il derma per evitare l'accorciamento del pene. Il video illustra la tecnica chirurgica.

Materiale e metodi

Da gennaio 1995 a gennaio 2004 sono stati operati complessivamente 15 pazienti con età media 27 anni (range 19-36) e con incurvamento congenito. (11 pz con pene relativamente corto: 8-12 cm; 4 pz con pene di normali dimensioni: 15-18 cm). La tunica albuginea del corpo cavernoso più corto è stata incisa trasversalmente in almeno due punti per permettere un buon raddrizzamento. Il il graft di derma da innestare viene prelevato a mano libera con il bisturi dalla regione inguinale. Se con gli innesti il raddrizzamento non risulta soddisfacente viene eseguita una plicatura del corpo cavernoso controlaterale tipo Nesbit.

Risultati

Il tempo chirurgico medio 130 min (range 110-150). Non si sono verificate complicanze intraoperatorie. A 3 mesi dall'intervento tutti i pazienti presentavano una curvatura residua. A 12 mesi 13 pazienti hanno ottenuto un perfetto raddrizzamento mentre solo due pazienti hanno presentato una curva-

tura residua. Le dimensioni del pene sono rimaste invariate per 4 pazienti. In 11 pazienti le dimensioni sono aumentate mediamente di 1,9 cm (range 1-3 cm). Non ci sono state complicanze nel sito donatore. Non sono stati soddisfatti 1 pz per le dimensioni, 2 pz per il risultato estetico. Tutti i pazienti hanno riferito di aver mantenuto la potenza sessuale.

Conclusioni

La corporoplastica con innesto di derma autologo nel trattamento degli incurvamenti congeniti non è molto considerata, tuttavia è una tecnica che può garantire un buon raddrizzamento del pene senza causarne l'accorciamento e nella nostra esperienza sembra non interferire con i meccanismi erettili. È una tecnica da riservare a pazienti con peni curvi di piccole dimensioni o a pazienti che non accettano un accorciamento del pene. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V 3

Corporoplastica di raddrizzamento per allungamento penieno con graft libero di tunica albuginea crurale in paziente con malattia di La Peyronie

A. Vitarelli, G. Lorusso, I. Intermite, A. Pagliarulo

Dipartimento Emergenza e Trapianto Organi, Sezione di Urologia, Università di Bari

Introduzione e obiettivi

Ancora oggi, dopo incisione o rimozione di placca, è controverso quale sia il migliore materiale autologo o sintetico da utilizzare come sostituto dell'albuginea. Teoricamente il materiale migliore dovrebbe essere il materiale autologo, in particolare modo la stessa albuginea, in quanto presenta le stesse caratteristiche istologiche e di elasticità; inoltre la porzione prossimale, la più idonea per il prelievo in quanto non è quasi mai sede di placca, e non comporta deviazione peniena se prelevata. Scopo del nostro video è quello di rendere nota a tutti tale tecnica, mostrandone la semplicità e rapidità di esecuzione delle varie fasi.

Materiale e metodi

Trattasi di un paziente di 58 aa con funzione erettile conservata preoperatoriamente, ma con incurvamento dorsale penieno di circa 70 gradi che impediva il coito da più di 2 aa. La placca dorsale apprezzabile palpatariamente, non risultava calcifica alla etg peniena, ma la deviazione si presentava stabile da circa 1 aa. Le fasi dell'intervento possono essere così riassunte:

1. incisione circolare balano-prepuziale
2. accesso alla fascia di Buck
3. isolamento del fascio vasculonervoso dorsale
4. verifica dell'incurvamento penieno mediante farmacosti-

molazione con papaverina e fisiologica con accesso transglandulare.

5. incisione della placca dorsale nel punto di massima curvatura per tutta l'estensione della placca
6. misurazione del difetto dell'albuginea
7. incisione perineale a Y rovesciata
8. isolamento della crura
9. misurazione del tessuto albugineo crurale da prelevare
10. rimozione del tessuto dopo separazione del tessuto erettile dall'albuginea stessa
11. chiusura del difetto in sutura continua
12. sutura in continua del graft
13. chiusura a strati
14. bendaggio contenitivo semicompressivo.

Conclusioni

Il paziente tornato al controllo dopo due mesi ha riferito lieve dolenzia perineale gestibile con terapia antalgica, erezioni valide mattutine e durature, pene dritto in erezione. Il risultato dell'intervento, anche se con breve follow up, sembra incoraggiante. Il follow up a lungo termine con una casistica ampia di pazienti, potrà fornirci dati importanti in termini di retrazione del graft recidiva di incurvamento e di preservazione della funzione erettile, tali da permetterci di considerare tale tecnica una valida alternativa ai patch sintetici o autologhi prelevati da altre sedi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 55

Il patch sostitutivo nella chirurgia di placca può indurre reazioni cicatriziali non prevedibili

L. Rolle*, A. Tamagnone*, M. Timpano*, C. Negro*, C. Ceruti*, E. Bollito**, A. Marsico***, D. Fontana*

* *Divisione Universitaria di Urologia II, Ospedale S. Giovanni Battista, Molinette (TO)*; ** *Servizio di Anatomia Patologica, Ospedale S. Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)*; *** *Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università di Torino*

Introduzione e obiettivi

Nei pazienti affetti da Induratio Penis Plastica la chirurgia di placca con grafting è criticata da molti Autori per le non rare complicanze a distanza, come la retrazione del pene e la recidiva dell'incurvamento. Se tali complicanze siano dovute ad una ripresa di malattia o ad una reazione cicatriziale indipendente dall'IPP e se vi possa essere un'induzione da parte del patch utilizzato non è noto.

Materiali e metodi

Nel febbraio 2003 abbiamo sottoposto a raddrizzamento del

pene mediante asportazione di placca con grafting (Stratassä) un soggetto di 50 anni con grave incurvamento dorsale dell'asta (90°) in erezione secondario a placca di IPP medio-peniene. Già sottoposto a terapie infiltrative con verapamil, la patologia risultava clinicamente stabile e non vi era disfunzione erettile. Dato il progressivo accorciamento dell'asta, con nuovo incurvamento dorsale e comparsa di disfunzione erettile, si decideva di sottoporre il paziente (giugno 2003) ad un nuovo intervento, asportando la placca recidiva con innesto di patch venoso e posizionamento di protesi soffici del pene allo scopo di limitare l'accorciamento.

Nel corso del primo intervento sono stati prelevati ed analizzati campioni della placca (P) e del tessuto peri-placca (PP); nel corso del secondo intervento sono stati prelevati ed analizzati campioni della cicatrice mediopeniense sviluppatasi nella sede del patch (G) e del tessuto circostante peri-cicatrizziale (PG).

Dai campioni sono stati allestiti dei vetrini per l'analisi istologica da materiale fissato in formalina ed incluso in paraffina e sono stati esaminati dopo colorazione di sezioni usuali con ematossilina-eosina e tricromica.

Risultati

Il confronto tra i campioni tissutali prelevati nel corso dei due interventi ha evidenziato:

1. differenze nella risposta flogistica tissutale tra i tessuti peri placca (PP) e il tessuto circostante il patch (PG) nelle rispettive reazioni alla placca di IPP (P) e al patch posizionato (G);
2. differenze nella risposta fibro-cicatrizziale tissutale tra i tessuti peri placca (PP) e il tessuto circostante il patch (PG) nelle rispettive reazioni alla placca di IPP (P) e al patch posizionato (G).

Conclusioni

I risultati delle analisi istologiche sui campioni di tessuto prelevati nel corso dei due interventi sono compatibili con quanto suggerito dalla storia clinica, ovvero sembra essere confermato il dubbio che in alcuni casi la chirurgia di escissione di placca con posizionamento di patch possa indurre reazioni cicatrizziali esuberanti, non apparentemente in correlazione diretta con la malattia di La Peyronie, determinanti retrazione cicatrizziale e recidiva di incurvamento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Chirurgia protesica

V 1

Induratio penis plastica: corporoplastica con tecnica mininvasiva. Impianto di tutore assiale soffice di piccolo calibro e grafting di vena safena

M. Silvani, S. Quaranta, E. Cianini, D. Concone*, I. Dato, P. Ghiron, A. Giammarinaro, D. Minocci, C. Porta**

* S.C di Urologia, Ospedale, Biella, Scuola di Specializzazione in Urologia, Università Amedeo Avogadro del Piemonte Orientale, Novara; ** S.C. Chirurgia Vascolare, Ospedale, Biella

Paziente di 63 anni affetto da induratio penis plastica con clessidra stenotomica del terzo medio distale dell'asta. Diagnosi di IPP da sette anni. Nell'ultimo anno retrazione penie-

na ed accorciamento significativo. L'intervento è stato realizzato con posizionamento di tutore assiale soffice Virilis I 7 Fr a spinta assiale. L'intervento prevede un'incisione sub coronale con degloving classico, corporotomia calibrata dei cc e posizionamento di tutore assiale di due cm più lungo dei cc bilateralmente. Si isola il fascio vnd con due incisioni parauretrali e l'ausilio di un sistema di magnificazione ottica. Si incide la tonaca albuginea nel punto di massima curvatura e si posiziona a copertura del tessuto cavernoso grafting di vena safena prelevato alla cross di due cm di lunghezza. La safena ben si adatta al difetto di riempimento da ricoprire vista la sua elasticità. La sutura è eseguita con vicryl tre seri in due emicontinue. La fascia di buck è ricostruita con meticolosità anche a scopo emostatico. È posizionato drenaggio in aspirazione di 3,2Fr. L'intervento è completato con circoncisione regolata. La medicazione è contenitiva non compressiva. Il pene è ben esteso. Il tutore così impiantato offre unitamente alla safena ottime garanzie anche a distanza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Neoplasie del pene

C 68

Il carcinoma squamoso del pene: rivalutazione critica degli aspetti macroscopici condizionanti la terapia iniziale della neoplasia primitiva

G. De Giorgi, B. Grossetti, G. Maso, S. Crivellaro, U. Moro, S. Bierti, E. Kocjancic, B. Frea

Dipartimento e Cattedra di Urologia, Università di Udine

Introduzione

Il carcinoma del pene rappresenta in Europa una rara patologia neoplastica. La scelta terapeutica iniziale è condizionata dalla dimensioni, dalla sede e dall'estensione della neoplasia. Gli Autori riportano una valutazione retrospettiva dei pazienti trattati presso la propria Istituzione per carcinoma squamoso del pene con lo scopo di caratterizzare gli aspetti macroscopici che hanno condizionato la scelta terapeutica iniziale.

Materiali e metodi

Sono stati rivalutati retrospettivamente 28 pazienti sottoposti a trattamento chirurgico per carcinoma squamoso del pene, dal 1988 al 5/2006. Sono state considerate le caratteristiche macroscopiche che hanno orientato la scelta terapeutica, ed in particolare la localizzazione, le dimensioni e la morfologia e rivalutate sulla scorta del follow up disponibile

Risultati

11 pazienti con neoplasia di dimensioni inferiori a tre cm localizzata al glande (5 casi) ed al solco balano-prepuziale (6 casi) sono stati sottoposti a escissione locale tranne un caso trattato con penectomia parziale, per neoplasia a morfologia sessile-ulcerata (pT3 R0) al glande; al follow-up medio di 35 mesi, 5 pazienti hanno presentato una recidiva locale ed un paziente metastasi linfonodali. 15 pazienti presentavano neoplasia del pene di dimensioni comprese fra 3 e 5 cm; in 8 casi è stata eseguita escissione locale di malattia sessile-verrucoide localizzata al glande (4 casi), al solco (3 casi), al prepuzio (1 caso) (pT1-2); in 3 casi è stata eseguita amputazione parziale localizzata al glande per malattia ulcerata (pT2); in 2 casi amputazione parziale di pene per malattia ulcerata del prepuzio (2 casi) (pT2); in 2 casi amputazione totale per malattia ulcerata al prepuzio (pT3). Al follow-up medio di 20 mesi due pazienti (1 escissione locale, 1 amputazione parziale) hanno presentato una recidiva locale, un paziente ha presentato metastasi a distanza, un paziente una recidiva linfonodale. Due pazienti con neoplasia sessile-verrucoide di 5 e 6.5 cm prepuziale sono stati sottoposti a penectomia totale. Al follow-up medio di 10 mesi non si rilevano recidive locoregionali, linfonodali o a distanza.

Discussione e conclusioni

Nella esperienza riportata, relativa a diversi periodi storici, una

quota elevata di pazienti sottoposti a biopsia escissionale presentata, al follow-up disponibile, una recidiva di malattia. Sebbene la preservazione dei corpi cavernosi e dell'uretra abbia grande rilevanza nell'ottica del mantenimento di una soddisfacente qualità di vita, dalla revisione retrospettiva della propria esperienza gli Autori concordano sulla necessità di un ampio margine di resezione libero, considerando pertanto la penectomia parparziale come unica opzione chirurgica per neoplasie fino a 5 cm.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 67

Il trattamento conservativo del carcinoma del pene mediante l'utilizzo di innesti cutanei

G. Garaffa^{* **}, C. Trombetta^{**}, G. Liguori^{**}, E. Belgrano^{**}, S. Minhas^{*}, D.J. Ralph^{*}

** S. Peter Department of Andrology, London; ** Clinica Urologica, Trieste*

Introduzione e obiettivi

La penectomia parziale o totale determinano la perdita sia della funzione sessuale che urinaria nella maggior parte dei pazienti. Riportiamo la nostra esperienza per quanto concerne il trattamento conservativo del carcinoma del pene atto a preservare la funzionalità peniena pur consentendo una completa clearance della neoplasia.

Materiali e metodi

Abbiamo rivisto la nostra casistica dal 1998 ad oggi riguardante il trattamento conservativo del carcinoma del pene mediante l'utilizzo di innesti cutanei valutando il risultato estetico e funzionale, le complicazioni, l'attecchimento dell'innesto, la funzione sessuale postoperatoria e la soddisfazione dei pazienti. La stadiazione preoperatoria è stata effettuata mediante risonanza magnetica. Intraoperatoriamente ci siamo avvalsi dell'esame istopatologico estemporaneo per confermare una completa clearance neoplastica. Gli innesti cutanei utilizzati erano a spessore parziale (STSG) o a pieno spessore (FTSG).

Risultati

48 pazienti sono stati sottoposti a glandulectomia con confezionamento di pseudo glande mediante apposizione di STSG sull'apice dei corpi cavernosi. All'esame istopatologico definitivo il carcinoma è risultato essere T1 in 37 casi e T2 nei restanti 11. 2 pazienti presentavano carcinoma in situ diffuso al glande e pertanto sono stati sottoposti ad asportazione completa della mucosa del glande con apposizione di STSG. In 13 casi il carcinoma infiltrava l'apice dei corpi cavernosi e pertanto si è proceduto all'esecuzione di penectomia parziale limitata. Tale procedura consiste nella rimozione della sola porzione distale dei corpi cavernosi con successivo confezio-

namo di pseudoglande. In 5 pazienti la cute dell'asta è stata rimossa in quanto infiltrata da carcinoma. FTSG sono stati utilizzati in questi casi per coprire la perdita di sostanza.

5 pazienti sottoposti a glandulectomia sono poi stati sottoposti a penectomia parziale: in 3 per infiltrazione nei margini chirurgici mentre nei restanti a causa della comparsa di recidiva locale. L'attecchimento degli innesti è stato completo in 48 pazienti. Abbiamo registrato 1 caso di necrosi completa dell'innesto in un paziente precedentemente sottoposto a radioterapia: è stato pertanto necessario effettuare un ulteriore STSG. Il risultato estetico è risultato eccellente in 62 pazienti, mentre un miglioramento della funzione sessuale è stata riferita dall'89% dei pazienti.

Conclusioni

I nostri dati dimostrano che il trattamento conservativo del carcinoma del pene consente di ottenere un adeguato controllo della neoplasia preservando l'anatomia e la funzione del pene. Solo un modesto numero di reinterventi si rende necessario per la radicalità oncologica. Sia i FTSG che i STSG possono essere utilizzati per la copertura di perdite di sostanza a livello penieno garantendo un'elevata percentuale di attecchimento ed ottimi risultati estetici e funzionali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 60

Risultati funzionali della glandulectomia con ricostruzione mediante lembo cutaneo

G. Morelli, G. Campo, F. Menchini Fabris, G. Pomara*, G. Giannarini, D. Paperini, M. De Maria, R. Minervini

*Urologia Universitaria, Pisa; * Urologia Ospedaliera, Pisa*

Premessa e contesto

Obiettivi terapeutici primari, nei tumori maligni sono l'eradicazione della malattia o la sua neutralizzazione tendente ad azzerarne il rischio per la vita e il benessere del paziente.

La terapia tradizionale del carcinoma squamoso del pene prevede una chirurgia demolitiva con severe menomazioni funzionali e psicologiche. Al fine di migliorare la qualità di vita del paziente è stata valutata, nelle lesioni superficiali e confinate, la possibilità di praticare una chirurgia conservativa con ricostruzione di neoglande.

L'azione terapeutica, da valutare assieme al paziente ben informato, è mossa da obiettivi prioritari, spesso embricati:

1. radicalità;
2. conservazione della funzione minzionale;
3. conservazione della funzione copulatoria;
4. rispetto dell'auto ed etero-percezione del proprio schema corporeo.

Metodi

Dal 2002 al 2004 sono giunti alla nostra osservazione 3 pa-

zienti: 2 con carcinoma squamoso del glande (G3T1N0M0) e 1 con carcinoma squamoso associato a lichen.

Una lesione si presentava in forma vegetante, le rimanenti 2 in forma ulcerata.

L'età media dei pazienti era di 41,7 anni (range 34-60) e la media del punteggio dell'IEF-5, al ricovero, era 22,6.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti, previo esame istologico estemporaneo con valutazione estesa allo stato dei margini chirurgici, a glandulectomia con ricostruzione mediante lembo cutaneo libero "split thickness", in un caso è stata successivamente eseguita anche una linfadenectomia inguinale bilaterale.

Risultati

Tutti i pazienti hanno accettato di partecipare al follow-up che è stato eseguito a 3,6 e a 12 mesi (media: 35 mesi; range 20-47). A 12 mesi dall'intervento il flusso minzionale era buono in 3/3 pazienti. Tutti i pazienti hanno dichiarato di essere soddisfatti del risultato estetico e funzionale e presentavano un punteggio medio dell'IEF-5 di 20,25 (range 15-23). È stata, inoltre, eseguita la verifica della sensibilità tattile del neoglande che è risultata presente in tutti i pazienti operati.

Conclusioni

La chirurgia con ricostruzione del glande rappresenta un'ottima opportunità per il paziente per preservare l'estetica e la funzionalità dell'organo. La glandulectomia con ricostruzione nei tumori localizzati del pene non rischiando il controllo oncologico può garantire al paziente un'ottima aspettativa di vita associata a buoni risultati estetici e funzionali, con la prospettiva di superare parte delle complicanze e sequele dei procedimenti chirurgici fino ad ora proposti in letteratura.

Tale metodica presenta però complessità tecniche che richiedono esperienza di chirurgia ricostruttiva dei genitali esterni.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

V 12

Amputazione parziale del pene per carcinoma squamocellulare con ricostruzione mediante lembo ventrale fenestrato

G. Alei, P. Letizia

Centro di Chirurgia Uro-Genitale, Dipartimento di Dermatologia e Chirurgia Plastica Ricostruttiva, Università di Roma "La Sapienza"

Si riporta il caso clinico di un paziente di anni 61 giunto alla nostra osservazione per una balanite di natura da determinare, trasformata rapidamente in una lesione ulcerativa di circa due centimetri che l'esame istologico estemporaneo ha dimostrato trattarsi di un carcinoma squamocellulare del pene. Data la malignità della lesione ed il suo confinamento al glande si è deciso di effettuare una penectomia parziale cercando così di perseguire la massima radicalità oncologica con il migliore risultato estetico possibile. Viene riportata la sequenza didascalica relativa ai vari tempi operatori, ponendo

do particolare attenzione alla descrizione della tecnica ricostruttiva effettuata come tempo immediatamente seguente l'amputazione del glande e dei corpi cavernosi mediante il confezionamento di un lembo cutaneo ventrale che, fenestrato, viene ribattuto sui corpi cavernosi; successivamente si descrive il confezionamento del neomeato uretrale eseguito accostando e suturando con cura il lembo alla mucosa uretrale e lasciando per alcuni giorni un catetere a permanenza Ch. 14. Si mostra infine il risultato estetico ottenuto.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 61

Storia naturale del carcinoma a cellule squamose del pene: raro caso di tumore localmente avanzato con erosione completa dei genitali esterni e del tessuto osseo pubico

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

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

Introduzione

Il tumore a cellule squamose del pene è una patologia rara, a bassa incidenza, con una prevalenza di circa l'1% nella popolazione mondiale. La più alta incidenza è riscontrata nei paesi in via di sviluppo dove tale patologia può costituire fino al 17% di tutte le neoplasie maschili. Il carcinoma del pene si presenta comunemente come una lesione nodulare od ulcerata del glande, del prepuzio o del corpo del pene. Data la sua lenta progressione e la sua bassa aggressività biologica, questa lesione rimane spesso non diagnosticata per lunghi periodi. La mancanza di diagnosi e di trattamento di tale neoplasia, comporta una progressiva crescita locale con conseguente invasione delle strutture circostanti fino a quadri drammatici di amputazione dei genitali esterni. Le strategie terapeutiche oggi a disposizione comprendono la chirurgia e l'impiego di chemioterapia sistemica nelle forme avanzate. Lo stadio anatomopatologico di presentazione della malattia rappresenta, comunque, il fattore prognostico più importante. Presentiamo un raro caso di carcinoma a cellule squamose del pene localmente avanzato con amputazione completa dei genitali esterni, invasione del tessuto osseo pubico, della prostata, della vescica e con ripetizioni secondarie a livello osseo.

Caso clinico

Nell'aprile 2005, un uomo di 75 anni, giunge al Pronto Soccorso del nostro Ospedale per un trauma cranico in seguito a caduta accidentale. Durante l'esame obiettivo viene riscontrata una massa a livello del pube, in parte necrotica ed in parte in preda a fenomeni flogistici, con una profonda ulcerazione centrale e totale erosione dei genitali esterni. Non si riscontrano franche adenopatie inguinali. Il paziente riferisce da circa 1 an-

no la comparsa di forti dolori al dorso, resistenti ai comuni FANS. Il posizionamento di catetere vescicale risulta impossibile per la difficoltà nell'identificazione del meato uretrale esterno; per tale motivo viene posizionata una cistostomia sovrapubica. Viene eseguita una biopsia della lesione che dimostra la presenza di un carcinoma a cellule squamose. La Tc addome con mdc risulta negativa per ripetizioni secondarie linfonodali o parenchimali. La scintigrafia ossea total body mostra, invece, lesioni secondarie diffuse in vari distretti ossei. Vista l'estensione locale e sistemica della malattia, si propone al paziente un trattamento radioterapico e chemioterapico a scopo antalgico. Il paziente rifiuta ogni tipo di trattamento e viene perciò avviato all'unità di cure continue a domicilio.

Conclusioni

Il carcinoma a cellule squamose del pene è raro ma ancor più rara è la sua presentazione in uno stadio localmente avanzato nei paesi occidentali, visto l'enorme impiego di risorse nell'educazione della prevenzione oncologica. Il caso descritto è peculiare, dunque, per la devastante diffusione locale della malattia ed è emblematico e descrittivo per caratterizzazione della storia naturale di una patologia a progressione molto lenta, come è quella del carcinoma a cellule squamose del pene.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 69

Neurofibroma del pene associato a deficit erettile da ipoafflusso arterioso in paziente affetto da morbo di Von Recklinghausen

G. Garaffa* **, C. Trombetta**, E. Belgrano**, S. Minhas*, D. Ralph*

* *St Peter Department of Andrology, London;* ** *Clinica Urologica, Trieste*

Introduzione e obiettivi

La neurofibromatosi, patologia autosomica dominante a penetranza incompleta, ha un'incidenza di 1 caso su 3000 nati. La forma classica, o morbo di Von Recklinghausen (VRD), è caratterizzato dalla presenza di neoplasie benigne derivanti dalla cresta neurale, che pertanto possono originare da qualunque distretto nervoso, da un grado variabile di compromissione del sistema nervoso centrale, e da caratteristiche macchie cutanee color caffelatte.

Materiali e metodi

Riportiamo il caso di un paziente con neurofibroma del pene e deficit erettile associato che è stato trattato mediante escissione completa della lesione presso il nostro Istituto. Abbiamo inoltre rivisto la letteratura a riguardo.

Risultati

JB, 30 anni, affetto da VRD, è giunto alla nostra attenzione in

seguito alla comparsa di tumefazione non dolente né dolorabile a carico dell'asta associata a progressiva perdita dell'erezione. All'esame obiettivo del paziente, era evidente una neurofibromatosi sottocutanea diffusa, e la massa peniena, di consistenza soffice, presentava un diametro di circa 6 cm; era mobile rispetto ai piani superficiali ma fissa rispetto ai corpi cavernosi. L'ecocolordoppler penieno dinamico (ECDUS) eseguito dopo somministrazione di 20 mcg di Prostaglandina E, ha dimostrato un deficit erettile da ipoafflusso arterioso (velocità di picco sistolico di 6,2 cm/sec) mentre l'arteriografia pudenda selettiva ha dimostrato un'ipervascolarizzazione della massa con ipoafflusso arterioso distale. Questo reperto suggeriva un deficit erettile da furto arterioso da parte della neoplasia. La risonanza magnetica (RMN) dell'addome ha escluso la presenza di neurofibromi a livello del tratto urinario. Il paziente è stato sottoposto ad escissione completa della massa, che originava dal fascio neurovascolare. Tale struttura è stata comunque preservata. L'esame istologico estemporaneo e definitivo hanno confermato il sospetto preoperatorio di neurofibroma plessiforme. Ad un anno dall'intervento il paziente non presenta recidive locali ed è in grado di raggiungere l'erezione dopo somministrazione di inibitori delle fosfodiesterasi di tipo V.

Conclusioni

L'interessamento del tratto urinario da parte del VRD è molto raro, fino ad ora sono stati descritti meno di 30 casi, ed in genere è associato a diffuso coinvolgimento del tratto urinario. Nel maschio si manifesta con la comparsa di tumefazioni a carico del pene o dello scroto mentre nella femmina come iperplasia del clitoride che può mimare stati intersessuali. L'escissione completa di queste lesioni si rende necessaria, oltre che per motivi estetici e funzionali, anche per prevenire la degenerazione maligna, che si verifica in circa il 10-30% dei casi. Il nostro paziente costituisce un caso peculiare in quanto presentava deficit erettile da furto arterioso da parte della neoplasia, fenomeno non descritto precedentemente in letteratura, risolto con l'intervento chirurgico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 62

Raro caso di metastasi peniena da adenocarcinoma prostatico in paziente in blocco androgenico totale e PSA indosabile: ruolo prognostico dell'associazione tra adenocarcinoma invasivo ed intraduttale

T. Cai, N. Mondaini, A. Gavazzi, E. Meliani, R. Bartoletti

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

Introduzione

Il pene, pur presentando una struttura anatomica caratterizzata da una vascolarizzazione molto sviluppata, è molto raramente

sede di lesioni metastatiche da neoplasie primitive di altri organi. L'incidenza di lesioni secondarie riportate in letteratura è stimabile intorno all'1-2%; i casi descritti con maggior frequenza riguardano il retto, la vescica, il rene, i testicoli e la prostata. Invariabilmente dall'organo di partenza del tumore primitivo, la lesione secondaria al pene rappresenta un marker di diffusione sistemica della malattia e di prognosi infausta. L'aspettativa di vita di un paziente con metastasi peniena da adenocarcinoma prostatico è, infatti, variabile da 10 giorni a 84 mesi, con una sopravvivenza media di 6 mesi dalla presentazione della lesione. I trattamenti oggi a disposizione influiscono in maniera sostanziale soltanto sul miglioramento della qualità della vita e non hanno nessuna impatto sulla sopravvivenza. Presentiamo un raro caso di una metastasi peniena da adenocarcinoma prostatico, sviluppatasi in un paziente in blocco androgenico totale e con PSA indosabile, che all'esame anatomopatologico ha dimostrato la presenza di una forma intraduttale associata alla forma invasiva.

Caso clinico

Maschio, 72 anni. Nel 1998 si sottopone ad adenomectomia transvescicale (ATV) per sintomatologia ostruttiva da adenoma prostatico. Il PSA preoperatorio era 3,6 ng/ml. L'esame anatomopatologico dimostra la presenza di un pT1b. Il PSA a 3 mesi dall'intervento era 2,8 ng/ml. Il paziente viene sottoposto a trattamento radioterapico. A sei mesi dal trattamento il PSA era di 0,7 ng/ml. Nel 2002 il PSA risulta 5,6 ng/ml. Il paziente viene sottoposto, dopo ristadiazione clinica, a trattamento con LHRH analoghi, con trattamento intermittente. Nel 2003 il PSA aumenta nuovamente ed il paziente viene sottoposto a blocco androgenico totale. Il PSA da allora rimane indosabile. Nel febbraio 2004 il paziente giunge alla nostra attenzione con una lesione nodulare a livello del glande. Si sottopone ad una biopsia che dimostra la presenza di tessuto prostatico positivo all'immunoistochimica per il PSA. Viene fatta, per questo, diagnosi di lesione secondaria al pene da carcinoma della prostata ed il paziente viene sottoposto ad amputazione parziale del pene. L'analisi anatomopatologica sul pezzo operatorio dimostra la presenza di un adenocarcinoma prostatico (4 + 5), associato ad un carcinoma prostatico intraduttale. I preparati anatomopatologici del primo intervento di ATV dimostrano la presenza anche in quel caso di questa associazione tra queste due forme istologiche. Il paziente a 6 mesi dall'intervento è ancora vivente e mostra segni di progressione di malattia a livello osseo, con un PSA ancora indosabile.

Discussione

Le lesioni secondarie al pene da adenocarcinoma della prostata sono estremamente rare e rappresentano il 25% di tutte le lesioni a partenza da tumori urologici. Il nostro caso sottolinea come la localizzazione secondaria al pene costituisce, nel tumore della prostata, un fattore prognostico altamente sfavorevole per la progressione di malattia, indipendentemente da tutti gli altri fattori. Inoltre, come è recentemente sottolineato in letteratura, la presenza di una particolare forma anatomopatologica, identificata come carcinoma intraduttale della prostata, rappresenta un fattore prognostico da tenere in considerazione nella terapia e nel monitoraggio di questa malattia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Altra chirurgia peniena

C 56

Il trattamento del linfedema dei genitali maschili

G. Garaffa^{***}, C. Trombetta^{**}, E. Belgrano^{**}, A. Freeman^{***}, S. Minhas^{*}, J.D. Ralph^{*}

^{*} St Peter Department of Andrology, London; ^{**} Clinica Urologica, Trieste; ^{***} Department of Histopathology, Rockefeller Building, UCLH

Introduzione e obiettivi

Il linfedema dei genitali è dovuto ad un inadeguato drenaggio linfatico. Può essere idiopatico o secondario a infezioni, patologie granulomatosi croniche, squilibri elettrolitici, neoplasie, radioterapia o ad interventi chirurgici. Riportiamo la nostra esperienza riguardante il trattamento del linfedema dei genitali finalizzato al ripristino di un adeguato aspetto estetico e funzionale.

Materiali e metodi

Abbiamo rivisto la nostra casistica di linfedema dei genitali dal 1998 ad oggi in base all'eziologia ed al trattamento effettuato. In caso di trattamento chirurgico sono stati valutati il risultato estetico e funzionale, le complicazioni, il recupero funzionale e la soddisfazione dei pazienti.

Risultati

78 pazienti sono stati trattati per edema dei genitali dal 1998 ad oggi. L'eziologia era una linfadenectomia inguinale in 35 casi, un'irradiazione inguinale o retroperitoneale in 16, un intervento correttivo di deformità peniene in 7, un'infezione venerea o parassitica in 4, una patologia granulomatosa cronica in 4. Nei restanti casi non è stato identificato un fattore eziologico preciso.

Un trattamento conservativo che consisteva in compressione ed elevazione dei genitali e nella somministrazione di antibiotici ad ampio spettro ha portato ad una regressione del linfedema in 52 casi.

Nei restanti 26, a causa del persistere del linfedema si è reso necessario un trattamento chirurgico. Il tessuto edematoso è stato rimosso mediante circonscisione in 5 pazienti, mediante scrotoectomia in 7 e mediante ampia escissione della cute peniena nei restanti 13. In 5 casi si è resa necessaria l'apposizione di innesti cutanei a tutto spessore per coprire le perdite di sostanza a livello penieno.

I pazienti sottoposti a circonscisione hanno sviluppato cicatrici ipertrofiche che sono state asportate. Nei 5 pazienti sottoposti a scrotoectomia parziale il risultato estetico è stato eccellente e non si sono verificate recidive contrariamente ai pazienti sottoposti a scrotoectomia parziale. L'escissione estesa di cute peniena ha dato ottimi risultati estetici e funzionali.

Gli innesti cutanei hanno avuto un ottimo attecchimento in tutti i casi. In tutti i casi l'intervento chirurgico ha apportato un notevole miglioramento dal punto di vista estetico e funzionale. Tutti i pazienti erano pienamente soddisfatti.

Conclusioni

I nostri dati dimostrano che il trattamento chirurgico del linfedema dei genitali si rende necessario solo quando il quadro clinico non regredisce dopo terapia conservativa. In trattamento chirurgico consiste nella rimozione di tutto il tessuto edematoso seguito da riparazione mediante scorrimento dei lembi cutanei di vicinanza o mediante apposizione di innesti cutanei a tutto spessore e conferisce ottimi risultati estetici e funzionali. In caso di edema scortale l'intervento di scelta è la scrotoectomia totale poichè quella parziale è gravata da un'elevato rischio di recidiva del linfedema.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V 11

Necrosi della cute del pene e ricostruzione con intasamento scrotale in due tempi: case report

G. La Pera, F. Peris, P. Greca^{*}, R. Urso^{**}, G. Maggilli^{***}, A. Felici^{***}, M. Lentini^{*}

U.O. di Andrologia, ^{*} Urologia, ^{***} Chirurgia Plastica, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma; ^{**} INMI L. Spallanzani IRCCS

Presentiamo il caso clinico di un paziente di anni 53, affetto da Induratio Penis Plastica. Il paziente era stato sottoposto a scuoiamento cutaneo per effettuare una plastica di raddrizzamento secondo Nesbit. Nel corso di questo primo intervento non si era ottenuto un adeguato raddrizzamento dell'asse del pene. Giunto alla nostra osservazione il paziente è stato sottoposto ad un nuovo intervento con accesso cutaneo sotto coronale per impianto di protesi soffici di Soubrini e ad incisione della placca con impianto di un patch di Pelvicoll previo scollamento del fascio neurovascolare dorsale del pene.

Nonostante un buon allungamento e raddrizzamento del pene nel corso dei primi giorni post-operatori il paziente ha evidenziato una necrosi anulare di tutta la cute del pene con una netta demarcazione del processo necrotico alla base e subito al di sotto del glande.

Il paziente quindi è stato sottoposto a toilette chirurgica per l'asportazione della cute necrotica che ha lasciato completamente scoperti i corpi cavernosi.

Nel corso dell'intervento ci siamo posti due tipi di problemi: se lasciare la protesi e il patch di Pelvicoll vista la presenza della necrosi e della conseguente abbondante infezione del-

l'area e che tipo di copertura cutanea si poteva realizzare. Per quanto riguarda la conservazione della protesi l'espianto avrebbe comportato la quasi certezza di non poter più riapplicare una protesi a distanza con una perdita funzionale totale. Nell'ipotesi poi che potesse essere possibile reimpiantare una protesi il pene nel frattempo avrebbe avuto un accorciamento significativo per la fibrosi.

Verificato, nel corso dell'intervento, che le corporotomie erano intatte dopo i prelievi culturali ed un'abbondante disinfezione, si è deciso di non eseguire l'espianto ma di avvolgere tutto il pene con il gel di Gentafish, una spugna intrisa con gentamicina ad una concentrazione 500 volte la MIC. Il secondo problema era relativo alla copertura della cute mancante sopra i corpi cavernosi. Questo problema è stato risolto operando con l'intasamento del pene nello scroto. A distanza di 4 mesi, superati il problema delle infezioni, è stato eseguito il secondo tempo con creazione di un lembo cutaneo con la cute dello scroto che ha consentito di liberare il pene e farlo emergere dallo scroto per consentirgli una ripresa funzionale. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 73

Modifica della tecnica MAGPI di Duckett per la soluzione chirurgica delle ipospadie glandulari e coronali

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

U.O. di Chirurgia Andrologica e Ginecologica dell'Età Evolutiva e Servizio di Anestesia e Rianimazione, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, I.R.C.C.S., Roma*

Introduzione

L'avanzamento meatale con glanduloplastica associata (MAGPI) descritta da Duckett nel 1981 può essere con successo diretta alla maggior parte delle ipospadie con meato uretrale glandulare e coronale. La bassa incidenza di fistole e la regressione del meato può essere ulteriormente ridotta da un'appropriata selezione dei pazienti e dagli accorgimenti tecnici che lo stesso Duckett ha raccomandato dieci anni dopo la prima descrizione della tecnica.

Materiali e metodi

Nel periodo 2001-2005, 84 pazienti (5 recidive) con ipospadia glandulare (43) e coronale (41) sono stati operati ad età media di 39 mesi (9 mesi -14 anni) con la tecnica appresso descritta. Sono esclusi dalla serie i casi di megameato e quelli con uretra velamentosa per oltre 3 mm. Dopo il completo "degloving" della cute peniena il piatto uretrale è profondamente inciso in senso longitudinale dall'apice del glande fino a 4-5 mm prossimamente al meato. L'introduzione di uno stent o di una sonda Foley è seguita dalla glanduloplastica mediante rotazione delle ali del glande. La derivazione urinaria e la medicazione sono

rimosse dopo 3-5 giorni dall'intervento. Il tempo operatorio medio è stato di 59 minuti. Due pazienti hanno presentato modesto sanguinamento risolto spontaneamente in 24 ore.

Risultati

Con follow-up minimo di 3 mesi non è stata osservata alcuna fistola. Tre pazienti (3.5 %) hanno presentato una modesta regressione meatale.

Discussione

Nonostante il buon risultato funzionale e un'incidenza di complicazioni significativamente minore rispetto alle altre tecniche previste per la correzione degli stessi difetti anatomici (Van der Meulen, Mathieu, Beck, Mustardè, "limited" Snodgrass), il risultato estetico del meato uretrale dopo MAGPI non è sempre ottimale. Invece della naturale configurazione longitudinale il meato presenta un aspetto rotondo e irregolare.

La tecnica descritta, che associa al principio della glanduloplastica quello dell'incisione del piatto uretrale, ha dimostrato di essere una soluzione valida sia sotto il profilo funzionale che estetico. La profonda incisione del piatto sembra essere la chiave di volta del successo, dato che consente una migliore rotazione del glande rispetto alla MAGPI originale, con il risultato di una glanduloplastica più efficace.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 74

Correzione delle ipospadie prossimali

G. Marrocco¹, S. Vallasciani², A. Spagnoli², A. Borsellino², P. Atzori², F. Ferro²

¹ U.O. di Chirurgia Pediatrica, Az Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma; ² U.O. di Chirurgia Andrologica e Ginecologica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Introduzione

L'ipospadia prossimale rappresenta una grande sfida per il chirurgo, soprattutto per i casi in cui si associa la ridotta dimensioni del pene. La complessità della malformazione è legata a diversi aspetti: dimensione dell'asta, volume del glande, posizione del meato, incurvamento, qualità del piatto uretrale, malformazione e/o brevità della copertura cutanea.

Materiali e metodi

Nel periodo 2001-2005, sono stati trattati 654 pazienti con ipospadia; 78 (11,92%) di loro erano affetti da ipospadia prossimale con ipoplasia del pene e del glande e del piatto uretrale. Tutti i casi sono stati trattati con la tecnica in due tempi sec Bracka, con graft prepuziale (70; 89%) o buccale (8; 11%).

Risultati

Sono stati osservati 6 casi di fistola uretrale (7,7%). Dopo un follow up minimo di 5 mesi e massimo di 48, non è stata

osservata alcuna stenosi meatale ma tre casi (3,8%) di parziale deiscenza glandulare. Un caso di uretrocele con epididimite recidivante è in attesa di correzione.

Discussione

La chirurgia dell'ipospadia ha avuto una continua evoluzione nel tempo. Tecniche proposte come “soluzione finale” sono state poi abbandonate per l'insorgere di complicazioni a breve o lungo termine. Gli obiettivi principali nella chirurgia ricostruttiva del pene iposviluppato sono quelli di ottenere una neouretra adeguata in un fallo senza incurvamento. Il piatto uretrale è frequentemente ipoplasico per consentire una

tubulizzazione in un tempo unico e può concorrere all'incurvamento ventrale. L'ostacolo maggiore è spesso la ricostruzione dell'uretra glandulare essendo il glande appare di piccole dimensioni con piatto uretrale troppo superficiale per essere inglobato senza rischio di stenosi. Anche se le tecniche in tempo unico, con flaps prepuziali tubulizzati o “on lay”, sono ancora utilizzate, riteniamo che la sostituzione uretrale con cute prepuziale o con mucosa buccale con procedura in due tempi sia quello più sicuro per la correzione delle ipospadie severe. Il follow up a lungo termine, esteso alla vita sessualmente attiva, ha dimostrato i vantaggi di questo approccio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Trauma penieno e perineale

C 63

Ruolo dell'imaging nella diagnostica dei traumi penieni

P. Panella, A. Garufi*, G.D. Priolo*, L. D'Arrigo, P. Pepe, A. Cacciola, F. Savoca, M. Aquilino

U.O. di Urologia, Azienda Ospedaliera Cannizzaro di Catania * *Dipartimento Diagnostica per Immagini, Unità Operativa Diagnostica per Immagini, Azienda Ospedaliera Cannizzaro, Catania*

Introduzione e obiettivi

Obiettivo del nostro lavoro è dimostrare l'importanza dell'imaging, in particolare con la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), nella valutazione clinica dei traumi penieni al fine di proporre tempestivamente il trattamento terapeutico più adeguato.

Materiali e metodi

In un periodo di tempo compreso tra luglio 2000 e dicembre 2005 sono giunti alla nostra osservazione 9 pazienti con sospetto clinico di frattura dei corpi cavernosi. L'età era compresa tra 18 e 61 anni, con media di 30,5 anni e mediana di 29 anni. In tutti i casi è stata eseguita una valutazione diagnostica mediante ecocolor-doppler. In 6 casi è stata utilizzata anche la RMN utilizzando bobine Phased Array e sequenza Turbo Spin Echo T1, T2 e T2 SPIR, secondo piani ortogonali al decorso penieno, in 4 casi ripetute dopo contrasto paramagnetico.

Risultati

In 5 casi, sia nelle immagini pesate in T1 che in T2 è stata agevolmente dimostrata la presenza, la localizzazione e l'estensione della lesione della tunica albuginea e dei corpi cavernosi (diametro medio di circa 1 cm), l'entità dell'ematoma perialbugineo ed i rapporti della lesione con l'uretra ed il corpo spongioso. In seguito al trattamento chirurgico si è riscontrato come le dimensioni della lacerazione dell'albuginea siano più estese di quelle evidenziate con la RMN. In 2 pazienti la RM ha dimostrato l'integrità dei corpi cavernosi con presenza di un ematoma al di sotto della tunica albuginea. L'ecotomografia ha dimostrato una minore attendibilità diagnostica rispetto alla RMN. In 4 su 9 pazienti, pari al 44%, non è stata in grado di evidenziare la lesione del pene ma ha consentito in tutti i casi di identificare la presenza e l'entità dell'ematoma.

Conclusioni

Riteniamo che la RMN sia in grado di evidenziare, meglio di altre metodiche diagnostiche, la presenza di lesioni peniene anche di piccole dimensioni consentendo quindi di attuare la terapia più idonea.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 15

Il ruolo della radiologia interventistica nella disfunzione erettile

A. Mahlkecht*, M. Fallaha*, V. Pecorari*, A. Wieser**, M. Zerbini**, K. Psenner**

* *Reparto di Urologia, OC Franz Tappeiner, Merano (BZ);*

** *Reparto di Radiologia, OC Franz Tappeiner, Merano (BZ)*

Introduzione

Le vasculopatie rappresentano la più frequente e importante causa della disfunzione erettile (DE). Per visualizzare l'albero arterioso penieno l'angiografia digitale arteriosa (A.D.A.) rappresenta ancora oggi l'esame di elezione, anche se le indicazioni al suo utilizzo sono più selettive. L'A.D.A. viene effettuata dopo iniezione intracavernosa di vasodilatatori, con tecniche di sottrazione superselettiva dei vasi pelvici, in modo da visualizzare le arterie pudende interne ed accessorie e le epigastriche inferiori.

Negli ultimi anni lo sviluppo delle tecniche di radiologia ne ha permesso l'utilizzo in senso interventistico anche nella dilatazione (e incisione) di segmenti vascolari stenotici

Caso clinico e tecnica

F.Z., 22 anni, aveva subito nel 1989 un trauma chiuso perineale con conseguente DE completa da stenosi delle arterie profonde del pene. Nel 1990 è stato eseguito intervento di rivascularizzazione sec. la tecnica di Virag I. (A. epigastrica inf. sulla vena dorsale). A causa di una ristenoizzazione del bypass è stata necessaria una revisione chirurgica. Da tre anni il paziente accusa nuovamente DE ingravescente e l'ecocolorodoppler e l'arteriografia mettono in evidenza una stenosi marcata "a clessidra" distalmente all'origine dell'arteria. Abbiamo praticato un'incisione e dilatazione del lume filiforme mediante palloncino "Peripheral Cutting Balloon", dispositivo di taglio periferico composto da un palloncino non compliant dotato da quattro aterotomi (lamine microchirurgiche), che incidono la stenosi al gonfiaggio del palloncino stesso. Il dispositivo viene introdotto per via percutanea, mediante la tecnica crossover, introducendo il filo guida e il catetere dal lato opposto del tratto vasale stenotico.

Otto mesi dopo l'intervento il paziente riferisce erezioni valide. I valori flussometrici sistolici all'ecocolorodoppler sono ottimi.

Conclusioni

La radiologia interventzionale può trovare applicazione nella terapia della disfunzione erettile di origine vascolare, sia a livello arterioso che venoso. I pazienti da sottoporre all'angioplastica percutanea transluminale (P.T.A.) devono essere accuratamente selezionati. La lunghezza della stenosi non deve

superare 1-2 cm e la guida, sulla quale verrà montato il catetere con il palloncino deve superare il tratto stenotico occludente. A tutt'ora le casistiche sulle angioplastiche a livello delle afferenze arteriose peniene sono ancora scarse.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 55

Chirurgia ricostruttiva genitale nelle fratture peniene: nostra esperienza e rivisitazione in 38 pazienti

M. Paradiso, O. Sedigh, G.L. Milan, M.E. Graziano, F. Varvello, U. Ferrando

S.C. Urologia 3 D.O., A.S.O. San Giovanni Battista, Molinette, Torino

Introduzione

La frattura peniena è definita come la rottura traumatica del corpo cavernoso durante l'erezione. Il trattamento chirurgico raccomandabile per questo trauma è la chirurgia immediata in modo da prevenire le possibili complicazioni associate a un trattamento tardivo. Lo scopo di questo studio è di valutare presentazioni cliniche, metodi diagnostici, risultati di trattamento e di funzionalità sessuale in questi pazienti.

Materiali e metodi

Presentiamo i risultati di 38 pazienti con frattura peniena giunti al nostro istituto negli ultimi 10 anni. La causa del trauma era in 18 casi il rapporto sessuale (43,9%), in 14 la masturbazione (31,7%), in 5 il sonno (?) (21,9%) e in 1 caso un incidente domestico (il pene era stato risucchiato accidentalmente dall'aspirapolvere).

Risultati

Tutti i pazienti presentavano dolore, detumescenza ed ematoma.

Il trattamento è stato in 3 pazienti di età superiore ai 60 anni solo conservativo, in quanto i pazienti hanno rifiutato la chirurgia; 2 di questi presentavano un incurvamento penieno dopo 1 anno di follow-up. 34 pazienti sono stati trattati con chirurgia immediata: con circoncisione classica o con accesso scrotale, quando necessario. Noi riteniamo che l'accesso scrotale debba essere preso in considerazione in emergenza per i casi di grande ematoma, in quanto permette un accesso completo alla superficie dell'albuginea fratturata.

Il trauma coinvolgeva solo 1 corpo cavernoso in tutti i casi eccetto in uno in cui erano coinvolti entrambi i corpi cavernosi.

Nel caso dell'aspirapolvere c'era un totale disassemblaggio del glande, fortunatamente senza la dissezione dei bundles.

In 2 casi c'era anche un trauma uretrale.

Nel 70% dei pazienti, dopo aver evacuato l'ematoma, la tunica è stata riparata con sutura in filo riassorbibile Vicky 4/0.

La tecnica sec. Nesbit è stata adottata per un corretto asse penino finale, nella maggior parte dei pazienti.

In 4 pazienti giunti tardivamente alla nostra osservazione, dopo circa 1 settimana dal trauma, la mancanza di albuginea era così ampia, per la necrosi e la retrazione dei bordi, che abbiamo coperto tale mancanza con applicazione di SIS.

Valutando la funzionalità erettile, 83% dei pazienti riferiscono assenza di problemi di erezione/detumescenza e riferiscono erezioni adeguate, mentre 3 pazienti riferiscono un incurvamento mediocre.

Conclusioni

La diagnosi e il trattamento chirurgico precoce danno buoni risultati, bassa incidenza di complicanze e buona funzionalità erettile. La frattura peniena presenta segni clinici tipici, la diagnosi è semplice (ispezione, monografia, cavernosografia e MRI). L'accesso scrotale e il graft con Intexen, SIS sono utili in alcuni casi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 59

Frattura traumatica di uretra e corpo cavernoso

S. Blanco, F. Fortuna, A. Bianchi, M. Grasso

Divisione di Urologia, Ospedale di Desio, Milano

Introduzione e obiettivi

La rottura completa o parziale di uno o di entrambi i corpi cavernosi durante rapporto sessuale è evento relativamente raro, la consensuale rottura completa dell'uretra è invece evento rarissimo, descritto in letteratura in non più di 10 casi. Riportiamo un caso di rottura completa del corpo cavernoso di destra e dell'uretra peniena al terzo prossimale.

Materiali e metodi

Nel novembre 2005 un maschio di 34 anni si è presentato al nostro pronto soccorso immediatamente dopo aver subito un trauma penieno in erezione durante rapporto sessuale (posizione coitale con il partner sottostante). Il paziente si presentava con un ampio ematoma in sede peniena ventrale che si estendeva dal terzo medio al terzo distale con imbibimento di tutto il prepuzio ed ecchimosi sino all'angolo peno-scrotale in assenza di uretrorragia. In Pronto Soccorso alla comparsa di stimolo minzionale il paziente non riusciva a mingere spontaneamente e lamentava dolore urente alla punta del pene ed al perineo.

Risultati

Il paziente è stato sottoposto immediatamente a posizionamento di cistocentesi (evacuati 600 cc), successivamente è stato sottoposto ad intervento chirurgico a scopo esplorativo e ricostruttivo. Incisa la fascia di Buck veniva evacuato un imponente ematoma e si repertava la rottura completa del corpo ca-

vernosso di destra che presentava sanguinamento in atto e la rottura completa dell'uretra alla base del pene con arretramento dei monconi lacerati. Si è quindi proceduto a ricostruzione del corpo cavernoso e a confezionamento di neo meato uretrale alla base del pene. A causa della mancanza di continuità uretrale è stata eseguita una ricostruzione parziale del piatto uretrale con un lembo di mucosa uretrale e parte della fascia di Buck e un confezionamento di neomeato uretrale distale. Decorso post operatorio favorevole e dimissione in 7^a giornata. Dopo tre mesi è stata eseguita uretroplastica secondo tempo. Attualmente il paziente non ha deficit dell'erezione né deviazioni dell'asta peniena. Uroflussimetria nella norma.

Conclusione

Sottolineando che la comparsa di un cospicuo ematoma penieno in seguito a flessione violenta del pene in stato di erezione deve far sospettare la rottura di corpo cavernoso, è importante considerare anche la possibilità della contemporanea rottura di uretra.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 46

Trauma penieno da autoerotismo. Subrogaziofilia?

G. Campo, F. Menchini Fabris, G. Giannarini, G. Pomara*, G. Morelli, D. Paperini, G. Cuttano, M. De Maria

*Urologia Universitaria, Pisa; * Urologia Ospedaliera, Pisa*

Introduzione

L'autoerotismo, nel corso dei secoli, ha subito valutazioni psico-sociologiche ed etiche diverse.

Un'interpretazione odierna ne vede un'espressività normale della sessualità ed anzi un completamento armonico della sessualità funzionale al piacere.

Nell'autoerotismo, il supporto fantastico può richiedere l'aiuto di comportamenti od oggetti che agevolano l'eccitazione e l'orgasmo.

In letteratura sono riportate lesioni peniene, gravi fino alla perdita del glande, per autostimolazione erotica tramite l'uti-

lizzo d'aspirapolvere e scope elettriche.

L'inserimento del pene nell'estremità distale del tubo dell'aspirapolvere in funzione determina lesioni dovute al trauma diretto e ai tentativi di estrarre il pene.

La ricerca su internet di "trauma penieno e aspirapolvere e scope elettriche" ha dato 225 risultati su "Medline" e 1780 su "Yahoo-salute".

Riportiamo il caso di un paziente trattato presso la nostra U.O. per trauma penieno da masturbazione con aspirapolvere.

Case report

F.P., di 25 anni, è giunto alla nostra osservazione per copiosa emorragia peniena per due lesioni riportate sulla superficie dorsale del glande e sulla superficie ventrale del solco balanopreuziale per stimolazione erotica con aspirapolvere.

L'ecografia mostrava assenza di lesioni dei corpi cavernosi e normali parametri flussometrici delle arterie cavernose. Il paziente presentava un IIEF-5 di 25 ed è stato sottoposto ad intervento chirurgico, riparando le lesioni con punti di poliglicaprone 3-0.

Il decorso post-operatorio è stato regolare; il paziente dopo circa un mese riferiva regolare funzione erettile ed attività sessuale.

Discussione

L'autostimolazione erotica è occasionalmente attuata in maniera potenzialmente dannosa.

Oltre all'aspetto sanitario, considerazioni psico-relazionali portano a costatare come alcune forme d'autostimolazione potenzialmente pericolose traggono le loro dinamiche effettive da una presupposta sostituzione dell'organo copulatorio con strumenti o surrogati potenzialmente pericolosi.

Si tratta di forme d'autoerotismo che, soddisfacendo alcuni requisiti DSM-IV dell'American Association of Psychiatry, potrebbero rientrare tra i comportamenti sessuali con focalizzazione parafilica.

Tali condotte potrebbero far parte della "Parafilìa non altrimenti specificata" (cod. 302.9 del DSM-IV) oppure, comportando la sostituzione patologica ed estrema dell'oggetto del desiderio, possono essere in tal senso definite come il termine "subrogaziofilia" (dal latino "sub rogatio", "far eleggere in sostituzione").

In taluni casi è possibile che un programma d'educazione sessuale, sin dall'età adolescenziale, possa essere utile alla prevenzione primaria.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Priapismo

P 29

Priapismo indotto da olanzapina. Descrizione di un caso clinico e revisione della letteratura

G. Abatangelo, F. Nigro, G. Benedetto, A. Tasca
U.O. Urologia, Ospedale S. Bortolo, Vicenza

Introduzione

Il priapismo rappresenta un effetto collaterale rilevante di diverse classi di farmaci. Sebbene sia noto il rischio potenziale di priapismo associato all'uso di trazodone e di altri neurolettici di uso comune (a causa dell'antagonismo adrenergico), pochi sono i casi riportati in letteratura di insorgenza di priapismo secondario ad antipsicotici atipici. Segnaliamo un caso di priapismo ascrivibile all'assunzione di olanzapina.

Materiali e metodi

Nel novembre 2005 giungeva presso il nostro reparto C.C., maschio di 43 aa, per priapismo ischemico insorto da 48 ore, paziente con lunga storia di schizofrenia, già in terapia antiepilettica con sodio valproato (500 mg x 2/die). L'anamnesi, negativa per traumi perineali o altre patologie significative, nonché per pregressi episodi di priapismo, evidenziava l'assunzione in terapia di olanzapina, 10 mg/die iniziata 20 giorni prima. Gli esami ematochimici di routine, l'emocromo con formula e l'esame urine eseguiti al ricovero risultavano nella norma.

Risultati

All'ingresso abbiamo provveduto al drenaggio ematico e lavaggio intracavernoso con soluzione salina ed etilefrina senza beneficio. È stato quindi eseguito prima uno shunt glandulo-cavernoso sec. Winter con effetto temporaneo e successivamente uno shunt spongio-cavernoso perineale con risoluzione completa del quadro.

Il follow-up a 6 mesi ha documentato l'efficacia della tecnica a distanza in assenza di recidive e un deficit erettile stabile come esito.

Discussione

Il priapismo indotto da olanzapina è un evento raro ma possibile: la revisione della letteratura tramite PubMed ci ha permesso di identificare altri 11 casi descritti fino ad oggi. Nella maggior parte di essi la risoluzione è stata chirurgica. Tale evento va considerato tra i possibili effetti collaterali quando si decida di iniziare tale terapia farmacologica e i pazienti dovrebbero essere informati del possibile effetto collaterale. La dose e la durata del trattamento sembrano essere poco influenti, dato che nel caso descritto come in alcuni di quelli precedentemente riportati, l'evento si è manifestato anche con l'utilizzo di bassi dosaggi e pochi giorni dopo l'inizio della terapia. Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 30

Embolizzazione percutanea nel priapismo ad alto flusso: descrizione di un caso clinico e revisione della letteratura

A. Mofferdin, S. De Stefani, M.C. Sighinolfi, S. Micali, F. Annino, M. De Santis, G. Bianchi

Dipartimento di Urologia, Università di Modena e Reggio Emilia; Servizio di Radiologia I, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione e obiettivi

Il priapismo ad alto flusso è un raro disturbo dell'erezione secondario ad un trauma del pene o del perineo; è dovuto ad una lacerazione dell'arteria cavernosa con realizzazione di una fistola arterocavernosa.

Descriviamo un caso di priapismo ad alto flusso in un paziente con minimo trauma perineale sottoposto ad embolizzazione percutanea.

Materiali e metodi

Riportiamo il caso di un uomo di 46 anni, ricoverato presso il reparto di ortopedia per un trauma dell'arto superiore sin con frattura del capitello radiale e diafisaria dell'ulna. Durante la degenza, il paziente ha riferito la comparsa di inturgidimento penieno asintomatico, portato all'attenzione dell'urologo solo dopo riduzione chirurgica delle fratture. All'esame obiettivo, si riscontravano solo tenui soffiusioni emorragiche perineali; l'emogasanalisi del sangue cavernoso ha rivelato trattarsi di un sospetto priapismo ad alto flusso. Mediante cateterismo femorale arterioso bilaterale, è stato eseguito uno studio selettivo dell'arteria ipogastrica destra che ha evidenziato la presenza in corrispondenza della base dei corpi cavernosi in sede paramediana destra di un grossolano spandimento di mezzo di contrasto in relazione a fistola postraumatica. È stato quindi eseguito un cateterismo superselettivo dell'arteria pudenda interna dx mediante accesso controlaterale; tuttavia l'ipertrofia e la relativa sclerosità dei vasi iliaci interni ed esterni hanno reso infruttuosa la procedura. È stato quindi effettuato il cateterismo dell'arteria pudenda dx mediante approccio omolaterale. I fenomeni di vasocostrizione riflessa indotti presumibilmente dal cateterismo superselettivo ed il successivo trattamento di embolizzazione mediante particelle riassorbibili hanno determinato la chiusura della fistola artero-venosa.

Risultati

L'arteriografia selettiva dell'arteria ipogastrica sn eseguita dopo la manovra non ha evidenziato rifornimento della fistola dai vasi controlaterali ed il controllo finale tardivo superselettivo dell'arteria pudenda dx ha confermato la persistenza del quadro di embolizzazione.

Anche l'obiettività clinica ha dimostrato la completa risoluzione del quadro di priapismo. A 60 giorni dalla procedura il paziente riferisce erezioni conservate seppur con un grado lieve di DE (IIEF-5: 19).

Conclusioni

Alla luce della nostra esperienza e da un'accurata revisione della Letteratura, l'embolizzazione percutanea rappresenta un

metodica efficace e sicura nel trattamento del priapismo ad alto flusso. Occorre inoltre sottolineare come tale patologia debba essere sospettata anche in caso di traumatismo penieno o perineale lieve accompagnato da una blanda manifestazione clinica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Problematiche dimensionali del pene

P 44

Dismorfofobia: osservazioni cliniche

D. Bonanno*, P.M. Michetti**, M. Zaccagnini**, E.E. De Mayo**, C. De Dominicis**

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

Introduzione e obiettivi

La dismorfofobia peniena (DP) rientra nella più generale categoria del Disturbo da Dimorfismo Corporeo e si caratterizza per un vissuto di inadeguatezza per le dimensioni e l'aspetto del proprio pene, nonostante caratteristiche anatomiche nella norma. La condizione comporta un disagio clinicamente significativo o un'alterazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre importanti aree. Vengono presentati i dati di un'osservazione preliminare con finalità esplorative su alcuni casi di pazienti giovani, individuando alcuni aspetti ricorrenti.

Materiali e metodi

Sono stati valutati 10 pazienti (18 e i 25 anni), tutti risultati anatomicamente nella norma. L'indagine psicodiagnostica ha escluso la presenza di altri disturbi mentali in base al DSM-IV TR. Attraverso l'anamnesi medica e tre colloqui di consulenza sessuologia sono state indagate le diverse aree di funzionamento, la storia sessuale e affettiva, l'immaginario legato alle dimensioni del pene.

Risultati

Tutti i pazienti hanno riportato come il vissuto di inadeguatezza del proprio pene influisse negativamente sulle principali aree della vita. 4 pazienti richiedevano un intervento di falloplastica additiva motivato da aspettative non realistiche mentre 2 avevano effettuato l'intervento senza miglioramenti significativi nella DP. 2 pazienti presentavano una concomitante disfunzione erettile e 3 un'ejaculazione precoce. 6 si sono detti preoccupati per la sola lunghezza del pene, 4 sia per la lunghezza che per la circonferenza. 8 evitavano l'esposizione della propria nudità in pubblico (spogliatoio ecc.). In 5 casi è emersa la fantasia esibizionistica di mostrare in pubblico un pene di grandi dimensioni. 7 pazienti attribuivano alle dimensioni del pene un legame diretto con la rispettabilità sociale di cui si sentivano privi.

Conclusioni

Una lettura psicodinamica del quadro storico-clinico dei pazienti evidenzia una generale conflittualità sul tema dell'intimità che potrebbe far ipotizzare come questa, più che l'oggettività delle dimensioni genitali, possa essere all'origine della sintomatologia.

Una maggiore comprensione dei fattori che concorrono all'origine e mantenimento della DP potrà condurre ad un modello di intervento specifico in un'area della salute sessuale in cui la soluzione chirurgica è da considerarsi scarsamente risolutiva.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 45

Compliance del paziente e capacità di allungamento dell'estensore penieno nel pene corto funzionale ed acquisito. Risultati preliminari di uno studio di fase II

P. Gontero¹, M. Di Marco², N. Mondaini³, M. Galzerano⁴, G. Giubilei⁵, F. Fontana¹, B. Frea¹, A. Tizzani⁶

¹ Clinica Urologica, Università del Piemonte Orientale, Novara; ² Urologia Casa di Cura Silicato, Civitavecchia;

³ U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze;

⁴ Dipartimento di Igiene, Novara; ⁵ Clinica Urologia, Ospedale Careggi, Firenze; ⁶ Clinica Urologia I, Università di Torino

Introduzione

Esperienze pilota precedenti riportano significativi incrementi nelle dimensioni peniene dopo l'utilizzo dei cosiddetti "estensori penieni", dispositivi propagandati da anni, ma di cui esistono solo scarsi dati di efficacia e tollerabilità. Obiettivo del presente studio è stato quello di valutare la capacità di allungamento e la compliance del paziente al trattamento utilizzando uno dei dispositivi già da anni disponibile sul mercato europeo.

Pazienti e metodi

Stimando un "effect size" minimo di 0,8 cm, il protocollo di studio (approvato dal comitato etico del centro coordinatore) prevedeva l'arruolamento minimo di 15 pazienti affetti da pene corto di varia natura (congenito, dismorfofobico, post-chirurgico). Diciotto pazienti (età media 40,3 anni, 8 con accorciamento post chirurgico, 8 con dismorfofobia peniena) sono stati arruolati in 4 centri dal 12/2004 all'11/2005 ed istruiti all'utilizzo dell'estensore penieno (Andropenis®#61650;) per un minimo di 5-6 ore/die per 6 mesi. Al basale, ad 1, 3, 6 e 12 mesi sono state registrate le dimensioni peniene, l'IIEF, gli effetti collaterali, il tempo di utilizzo mentre a 12 mesi è stato anche somministrato un questionario a 5 domande di valutazione soggettiva dei risultati ottenuti (punteggi da 1 [nessun effetto] a 4 [ottimo risultato] per ogni domanda).

Risultati

L'andropenis è risultato in genere ben tollerato (2 casi di iperemia al glande e sospensione del trattamento in 1 caso per riferita inefficacia). Il tempo di utilizzo medio giornaliero è stato di 4,5 ore. L'incremento dimensionale medio del pene dopo 6 mesi di trattamento è risultato essere di 1,7 cm (DS 1,15; $p = 0,014$) rispetto al basale in stato di flaccidità e di 2,2 cm (SD 1.60; $p = 0,018$) del pene in "stretching". L'incremento dimensionale medio da 3 a 6 mesi (0,6 cm) nei pochi pazienti sinora valutabili (N = 8) non è risultato significativo ($p = 0,67$), né si sono osservate significative variazioni nella misure di circonferenza peniena in tutto il periodo dello studio rispetto ai valori basali. Nei 5 pazienti valutabili ad 1 anno si è osservato un mantenimento delle misure acquisite all'ultimo controllo come pure elevati punteggi alle singole domande del questionario di soddisfazione soggettiva (punteggio medio = 3.5, DS = 1,2).

Conclusioni

L'utilizzo di estensore penieno secondo lo schema adottato nel presente studio è risultato ben tollerato e dotato di buona compliance da parte dei pazienti. L'"effect size" ottenuto a 3 mesi è risultato altamente competitivo nei confronti dei risultati riportati in letteratura per la chirurgia di allungamento. Resta da dimostrare se vi sia un beneficio addizionale di un suo utilizzo sino a 6 mesi. Dall'analisi dei pochi pazienti valutabili a 12 mesi si evincerebbe un mantenimento dell'effetto ed un elevato grado di soddisfazione soggettiva.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

V 4

Impianto penieno apicale e pericavernoso. Note di tecnica

J. Salhi*, M. Del Prete**

* *Androclinic, Roma*; ** *Ospedale "San Giacomo", Roma*

Introduzione ed obiettivi

La chirurgia aumentativa del pene è un argomento di grande attualità e negli ultimi anni si è avuto un incremento della domanda che obbliga i cultori della materia a trovare delle soluzioni sempre più efficaci ed innovative per aver migliori risultati e minori rischi per il paziente.

Materiali e metodi

L'impianto è costituito da tre porzioni di cui la prima viene collocata all'apice dei corpi cavernosi sotto il glande e per questo viene nominata "apicale", e due parti laterali speculari una destra ed una sinistra dette "pericavernose" costituite ognuna da un emicilindro a sezione semilunare con estremità distale appiattita.

La porzione apicale dell'impianto viene inserita tra la superficie distale dei corpi cavernosi ed il glande facendo sì che

quest'ultimo si proietti in avanti e lateralmente aumentando la propria impronta e aggiungendo anche un certo aumento alla lunghezza del pene. L'intervento viene effettuato in regime di day-hospital in anestesia loco-regionale, con due piccole incisioni trasversali sulla base del glande bilateralmente. Si prepara una tasca di alloggiamento sottoglandulare all'apice dei corpi cavernosi procedendo dai lati, per non ledere il fascio neurovascolare dorsale e l'uretra.

Dopo l'inserimento dell'impianto apicale, si chiude a punti staccati. Per gli impianti pericavernosi si prepara, ai lati di entrambi i corpi cavernosi in sede sottofasciale, un tunnel che si estende distalmente fin sotto il glande e prossimalmente fino alla radice del pene, si procede all'impianto della protesi pericavernosa che viene fissata solo all'apice del corpo cavernoso. Viene applicata una medicazione elasto-compressiva per circa 7 gg. In alcuni casi viene applicato un estensore penieno esterno per alcune settimane a cicli giornalieri. La ripresa dell'attività sessuale avviene dopo 8-12 settimane.

Risultati

Dal gennaio 2002 fino al dicembre 2005, 52 pazienti di età compresa tra 21 e 54 anni, sono stati sottoposti a falloplastica additiva con questo nuovo impianto pericavernoso.

In 7 casi l'intervento si è limitato all'impianto apicale per risolvere il problema della disproporzione tra il glande ed il volume dell'asta. In 2 casi è stato necessario l'espanto-reimpianto a distanza per infezione monolaterale.

Conclusioni

Questo è un intervento relativamente semplice e rapido con risultati estetici buoni e duraturi nel tempo. L'impianto può essere confezionato anche con il derma porcino.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

V 5

Falloplastica di ingrandimento con tecnica personale mediante Intexen

G. Alei, P. Letizia

Centro di Chirurgia Uro-Genitale, Dipartimento di Dermatologia e Chirurgia Plastica Ricostruttiva, Università di Roma "La Sapienza"

Il video illustra una tecnica di ingrandimento originale mediante Intexen effettuata su un paziente a cui è stato effettuato anche allungamento penieno con inserimento del distanziatore pubo-cavernoso di Alei. Si effettuano le misurazioni a riposo. Si effettua l'incisione a "v" con apice all'arco pubo-penieno. Si prepara il sottocute si effettua la sezione del legamento fundiforme e successivamente del legamento sospensore del pene detto anche pubo-cavernoso.

dopo aver misurato lo spazio pubo-cavernoso neofornato si confeziona un cuneo di silicone morbido modellandolo con forbici per ottenere due superfici, una concava, congruente

con l'osso pubico, l'altra, convessa congruente alla superficie dorsale dei corpi cavernosi che viene suturato al perostio della sinfisi pubica; si passa ora al tempo dell'ingrandimento per via smussa si scolla la cute sotto la fascia di Colles e si prepara con cura un ampio clivaggio fino al solco balanico; si effettua corporoevaginazione e si prepara la fascia di Buck in corrispondenza del solco balanico a questo punto si sutura il foglio di Intexen in corrispondenza del solco balanico del lato corto del rettangolo di Alloderm e successivamente si effettua sutura anche degli altri tre lati, il prossimale ed i laterali con la fascia di Buck in punti staccati facendo attenzione che durante tali manovre il pene sia

sempre nella massima estensione si fissa l'angolo posteriore sinistro. si fissa l'angolo posteriore destro. l'originalità della nostra tecnica personale è data dall'accesso baso-peniene con corporoevaginazione senza nessun'altra incisione cutanea si ricollocano facilmente le strutture peniene nelle guaine e si verifica il risultato finale. il guadagno al termine dell'intervento è risultato essere di circa il venti per cento rispetto alla circonferenza iniziale si applica un redon in profondità lateralmente e al distanziatore pubo-cavernoso si suturano il sottocute e la cute ad ipsilon ottenendo un buon allungamento cutaneo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Prostatite

P 26

Il ruolo del microtrauma perineale e della pratica del ciclismo nell'etiopatogenesi e nell'evoluzione clinica della prostatite

T. Cai*, N. Mondaini*, A. Gavazzi*, G. Giubilei**, E. Meliani*, S. Mazzoli***, R. Bartoletti*

* Servizio Andrologia, U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università di Firenze; ** Clinica Urologica I, Azienda Ospedaliera Careggi, Università di Firenze; *** Centro STD, Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze

Introduzione

Il trauma perineale, in particolare quello legato ad attività sportive quali equitazione e ciclismo, è considerato da sempre fattore determinante nella genesi e nell'aggravamento della patologia infiammatoria della prostata. Una recente revisione della letteratura ha confermato questa ipotesi, senza tuttavia documentare riscontri clinici effettivi. Il presente studio si propone di rilevare l'incidenza della prostatite nella popolazione sportiva, in particolare nei ciclisti allo scopo di determinarne il ruolo più o meno significativo.

Materiali e metodi

Quattrocento soggetti sono stati arruolati per questo studio osservazionale: 350 atleti (245 ciclisti, 46 calciatori, 52 podisti, 7 sport diversi) e 50 non atleti (dei quali 30 affetti da prostatite e 20 sani). L'età media dei soggetti era di 38,21 anni. È stata valutata la sintomatologia soggettiva urinaria e dolorosa da riferire alla patologia prostatica e sono stati somministrati score sintomatologici per la valutazione complessiva dei sintomi da prostatite (NIH-CPSI), della sintomatologia urinaria (IPSS), e del dolore specifico (VAS).

Risultati

La sintomatologia soggettiva era presente nel 28% dei ciclisti, nel 29% dei calciatori, nel 23% dei podisti e in nessun praticante altri sport. La media degli scores sintomatologici poteva essere riassunta secondo la seguente tabella:

	NIH-CPSI	IPSS	VAS
ciclisti	2,64	3,3	0,34
calciatori	2,02	2,73	0,26
podisti	3,21	3,80	0,23
altri sport	2,0	1,00	0
Sign, Stat	p = 0,615;	p = 0,465;	p = 0,048

Nessuna differenza significativa è emersa dalla valutazione soggettiva del gruppo degli atleti rispetto ai non atleti ($p = 0,943$) o nella comparazione degli scores sintomatologici (rispettivamente 0,887, 0,678, 0,497). Al contrario abbiamo riscontrato una diretta proporzionalità fra il numero degli anni di pratica ciclistica e la sintomatologia soggettiva nei pazienti che presentavano disturbi riferibili a prostatite ($p = 0,001$).

Conclusioni

Dal nostro studio osservazionale emergono dati di enorme rilievo clinico:

1. i ciclisti non presentano incidenza di malattia o sintomatologia specifica relativa alla prostatite maggiore rispetto ad altre pratiche sportive o rispetto alla popolazione normale;
2. i ciclisti che presentano sintomatologia riferibile a prostatite hanno disturbi più consistenti proporzionalmente all'ammontare dell'attività ciclistica pregressa. Il microtrauma perineale può di fatto peggiorare il quadro clinico di un paziente affetto da prostatite ma sembra non implicato nella genesi e nel determinismo di malattia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 27

Esercizio fisico e dolore cronico pelvico: effetti dell'attività fisica costante in maschi affetti da prostatite cronica NIH tipo III

G. Giubilei, N. Mondaini*, A. Minervini, P. Iazzetta**, C. Saieva***, A. Lapini, S. Serni, R. Bartoletti*, M. Carini

Dipartimento di Urologia, Careggi, Università di Firenze; * Servizio Andrologia, U.O. Urologia, Ospedale Santa Maria Annunziata, Università di Firenze; ** Dipartimento di Urologia, Ospedali Riuniti Santa Chiara, Pisa; *** Istituto di Epidemiologia molecolare e nutrizionale, CSPO, Istituto Scientifico Toscano

Introduzione

La prostatite cronica abatterica è una sindrome clinica caratterizzata principalmente da dolore cronico a localizzazione pelvica associato a disturbi minzionali, sessuali e psicologici. Le attuali terapie per tale disturbo, risultano ancora oggi deludenti. In letteratura sono stati ampiamente descritti gli effetti positivi di una regolare attività fisica sulla qualità di vita, sia negli individui sani che nei pazienti affetti da sindromi caratterizzate da dolore cronico come la fibromialgia. Riportiamo la nostra esperienza clinica sugli effetti di una regolare attività fisica condotta con esercizio aerobico (AEG) o con

esercizi di mobilizzazione e stretching (PFlexG) in pazienti affetti da prostatite abatterica.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio prospettico di 18 settimane in individui sedentari tra 20 e 50 anni, affetti da prostatite abatterica (NIH tipo III). I soggetti sono stati informati solo della natura fisica del trattamento, quindi randomizzati in doppio cieco in un gruppo di trattamento, AEG e in un gruppo con finalità di controllo/placebo, PFlexG, poichè caratterizzato da sforzo fisico/cardiovascolare minimo. I pazienti sono stati valutati a 6 e 18 settimane da uno staff medico, con l'utilizzo di questionari specifici (Versione italiana del NIH CPSI, The Beck Depression Inventory, State Anxiety Inventory-Y, Pain Intensity Vas scale).

Risultati

Dei 231 pazienti eleggibili, 52 sono stati randomizzati in AEG e 51 in PFlexG. A 18 settimane il 75% dei pazienti appartenenti all'AEG e l'82% nel PFlexG hanno completato il programma terapeutico. In entrambi i gruppi a 18 settimane sono stati evidenziati miglioramenti statisticamente significativi con riduzione degli score per la valutazione del dolore, qualità di vita, ansia e depressione. Tali miglioramenti sono risultati statisticamente superiori nel AEG rispetto al PFlexG nello score totale del NIH-CPSI, nei sotto domini del dolore, della qualità di vita e nella scala visiva per il dolore (ANCOVA test: $p_3 = 0,006$, $p_3 = 0,0009$, $p_3 = 0,02$ and $p_3 = 0,003$).

Conclusione

L'esercizio aerobico ha dimostrato in monoterapia di poter rappresentare un efficace trattamento adiuvante della prostatite abatterica. Nella pratica clinica tale trattamento può rappresentare una componente aggiuntiva in schemi terapeutici multimodali per migliorare la qualità di vita di tali pazienti
Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 28

Alfuzosina 10 mg può essere utilizzata in maniera sicura nei giovani pazienti con prostatite

N. Mondaini*, G. Giubilei*, A. Ungar**, P. Gontero***, T. Cai*, A. Gavazzi*, P. Geppetti**, R. Bartoletti*

* Servizio Andrologia, U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università di Firenze; ** Dipartimenti di Geriatria, Università di Firenze; *** Clinica Urologica, Università di Novara

Introduzione

Alfuzosina 10 mg è un alfa litico uroselettivo indicato nella gestione dei LUTS. Numerosi trial ne hanno dimostrato l'ef-

ficacia e la tollerabilità in uomini di età maggiore di 50 anni. Obiettivo di questo studio è stato confermare questi dati su una popolazione di giovani volontari normotesi in virtù della sua utilizzazione nella prostatite, patologia estremamente frequente in pazienti sotto i 50 anni.

Materiali e metodi

14 volontari sani età 24-30 anni sono stati arruolati. Nessuno aveva assunto medicazioni nei 6 mesi precedenti. Nessun fattore di rischio riscontrabile per assunzione alfuzosina. Nessuno con storia di malattie cardiovascolari o polmonari. Tutti non fumatori e normotesi (sfingomanometro Riva-Ricci < 135/85). Tutti hanno firmato un consenso informato.

Lo studio della durata di 3 settimane è stato eseguito in maniera "randomized, double blind, placebo controlled" (alfuzosina 10 mg vs. placebo). Ogni volontario ha assunto per una settimana alfuzosina, una settimana wash out, una settimana placebo. Le misurazioni pressorie sono state eseguite tramite bracciale "Nais Diagnostec" ogni ora per 12 ore il primo e l'ultimo giorno per entrambi i trattamenti.

Risultati

14 volontari sani con età media 28 (DS ± 2); peso medio 77,3 (DS $\pm 10,3$); altezza media 177,6 (DS ± 6) e BMI medio 24,4 (DS $\pm 2,7$). La pressione all'arruolamento è risultata essere: pressione arteriosa sistolica basale (Pas) media 121 (DS $\pm 7,8$), pressione arteriosa diastolica basale (Pad) media 71 (DS $\pm 4,8$), ritmo basale (r) medio 69 (DS ± 10).

Non si sono verificate variazioni pressorie statisticamente significative paragonando i dati alle ore 8,14 e 20 primo giorno placebo (Pas 121 ± 7 ; 122 ± 10 122 ± 11) (Pad 72 ± 5 74 ± 9 74 ± 10) vs. ultimo giorno placebo (Pas 123 ± 9 ; 124 ± 8 126 ± 12) (Pad 72 ± 10 73 ± 10 76 ± 6) lo stesso per quanto riguarda primo giorno farmaco (Pas 118 ± 10 122 ± 12 123 ± 11) (Pad 70 ± 9 70 ± 8 71 ± 10) vs. ultimo giorno farmaco (Pas 123 ± 11 ; 119 ± 10 122 ± 13) (Pad 71 ± 8 69 ± 10 70 ± 9) e tra settimana placebo vs. settimana farmaco. Nessuna modificazione statisticamente significativa per quanto riguarda il ritmo.

Conclusioni

Alfuzosina con la tecnica a rilascio controllato non modifica i valori pressori nell'arco di tutta la giornata. Tale molecola risulta sicura nell'utilizzo in giovani pazienti normotesi. Queste caratteristiche ne fanno sicuramente un farmaco sicuro nella terapia delle prostatiti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Disfunzioni sessuali femminili

Diagnostica

Gc 1

Valutazione della funzione sessuale femminile in pazienti sottoposte ad intervento chirurgico per prolasso urogenitale

A. Zucchi, E. Costantini, F. Fioretti, G. Cochetti, C. Bruscia, L. Mearini

Clinica Urologia ed Andrologica, Università di Perugia

Introduzione

L'intervento di sacropessia (SCP), con o senza isterectomia, si dimostra valido per la risoluzione del prolasso urogenitale grave. Per molti anni il prolasso uterino ha rappresentato una delle indicazioni alla isterectomia indipendentemente dalla presenza o meno di patologia uterina. Tuttavia è necessario considerare la possibilità di preservare l'utero, poiché oggi le donne considerano sempre più importante non solo avere una normale vita sessuale ma anche preservare una integrità fisica. Scopo del lavoro è stato quindi quello di valutare la funzione sessuale in un gruppo di pazienti sottoposte a SCP od isterocolposacropessia (ISCP).

Materiali e metodi

Abbiamo arruolato 37 pz. sottoposte ad intervento chirurgico per prolasso urogenitale (15 ISCP - 22 SCP). L'età media delle pz. sottoposte a ISCP era di 53 aa. (r. 27-71) mentre in quelle sottoposte a SCP era di 56 aa. (r. 47-65 aa). Tutte le pz. erano sessualmente attive prima dell'intervento, come evidenziato ad una preliminare anamnesi sessuale. Ad un follow-up medio di 39 mesi (r. 9-132 mesi) abbiamo rivalutato le pz. e somministrato loro un questionario per lo studio della funzione sessuale femminile (FSFI - Female Sexual Function Index). Abbiamo considerato una attività sessuale buona con punteggio 30, intermedia tra 23 e 29, e scarsa < 23.

Risultati

Nelle pazienti sottoposte ad SCP ed ISCP l'attività sessuale è risultata buona rispettivamente nel 13 e nel 26%, intermedia nel 33 e 21% e scarsa nel 54 e 53%, considerando anche 5 pz. (22%) e 1 pz. (6%) che non hanno più attività sessuale dopo l'intervento. L'analisi statistica effettuata sulla base dei dati ottenuti dal questionario FSFI dimostra come non ci siano differenze sia nel punteggio complessivo ottenuto nei due gruppi di pz. - SCP 21,1 (1,2-33,5) vs. ISCP 22,8 (3,6-34,5) - sia nei singoli aspetti considerati (desiderio, eccitazione, lubrificazione, orgasmo, soddisfazione e dolore) (p = N.S.).

Conclusioni

Il problema della sessualità nelle pz. sottoposte a chirurgia pelvica per prolasso urogenitale è stato, in passato, poco considerato o addirittura tralasciato: solo recentemente sono stati introdotti nella comune pratica clinica alcuni questionari che valutano la sfera sessuale di queste pz. Dall'analisi dei dati riportati in letteratura risulta che la funzione sessuale migliora dopo chirurgia per prolasso urogenitale e che l'isterectomia non solo non influenza l'attività sessuale delle pz. ma ne migliora alcuni aspetti. Al contrario l'analisi statistica dei nostri dati sottolinea come non esistano sostanziali differenze per quanto riguarda l'attività sessuale nelle pz. con utero preservato o in quelle in cui tale organo venga asportato. Inoltre lo stesso intervento chirurgico riduce, seppur in una ridotta percentuale di casi (16%), la regolare attività sessuale di queste pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 18

Valutazione mediante questionario della qualità della vita sociale e sessuale delle donne affette da incontinenza urinaria

A. Ceresoli, F. Colombo, A.L. Romanò, L. Rivolta, E. Austoni

Clinica Urologica II, Università di Milano, Ospedale San Giuseppe

Introduzione

L'incontinenza urinaria femminile (IU) è una condizione clinico-sociale ben conosciuta, che impatta negativamente la sfera sociale e quella sessuale delle pazienti. Scopo di questo studio è stato valutare l'impatto dell'incontinenza urinaria sulla qualità della vita, sociale e sessuale, indagare le ragioni di un'attesa nella richiesta di trattamento sanitario nonché il grado di soddisfazione post-operatoria dopo intervento mininvasivo chirurgico di correzione.

Metodi

Dal gennaio 2002 a dicembre 2005 abbiamo valutato 176 pazienti ambulatoriali giunte all'osservazione o per disturbi correlati alla incontinenza urinaria (104 pz) o visitate per follow up post-chirurgico (48 pz, operate da almeno 4 anni) o per cause diverse. Abbiamo suddiviso il gruppo di donne incontinenti dopo somministrazione di questionario ICIQ-LF integrato. Incontinenza urinaria da sforzo (IUS): 46 pz, iperattività detrusoriale (ID): 36, Urgenza-Frequenza sensoriale

(UF): 22. Il gruppo delle pazienti già operate per IUS (OP) era composto da 48 casi, mentre 24 pz sane hanno rappresentato il gruppo controllo (GC).

Risultati

Comparato al GC, la qualità complessiva di vita è risultata peggiore nelle pz dei gruppi ID o con UF. Anche per quanto riguarda il dominio della vita sessuale questi 2 gruppi sono risultati maggiormente penalizzati. La percentuale delle pz affette da IUS che ha richiesto almeno una consulenza specialistica è stata del 10%. Nel 70% dei casi la perdita di urina non veniva considerata una condizione sufficiente per richiedere un trattamento specialistico. Il 95% delle donne operate

con tecniche mininvasive hanno riferito un completo ritorno alle attività sociali e sessuali. Il 90% di queste pz ha dichiarato di avere sovrastimato l'impatto emotivo legato all'intervento chirurgico che, a posteriori, è risultato mini-invasivo.

Conclusioni

L'incontinenza urinaria e la frequenza minzionale alterano la qualità della vita e la sessualità della donna. È importante fornire una completa e dettagliata informazione circa le possibilità terapeutiche, farmacologiche e chirurgiche minvasive, per garantire il miglioramento della qualità della vita sociale e sessuale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Terapia

C 19

Vulvar vestibulitis syndrome: potenziamento del ruolo terapeutico degli androgeni

G. Fantini*, R. Munarriz**, A. Salonia*, I. Goldstein**, P. Rigatti*, F. Montorsi*

* *Cattedra di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano;* ** *Center for Sexual Medicine, Boston University*

Introduzione e obiettivi

La Vulvar Vestibulitis Sindrome (VVS) è stata riconosciuta come una delle maggiori cause di dolore genitale nelle donne. Mentre esistono molte controversie sulla eziopatogenesi infiammatoria/infettiva/immunologica della VVS abbiamo ancora pochi dati riguardo l'influenza degli androgeni sulla risposta delle ghiandole vestibolari vulvari.

Scopo di questo studio è di investigare il potenziale ruolo degli androgeni nel management della VVS in pazienti affette da Disfunzione Sessuale e Insufficienza Androgenica.

Metodi

33 donne (mean age $38,3 \pm 12,6$) con Disfunzione sessuale, VVS e insufficienza androgenica sono state sottoposte ad androgen replacement therapy (ART). I soggetti sono stati sottoposti ad una valutazione multidisciplinare e hanno compilato questionari validati prima e durante ART, (McGill Pain questionnaire, Female Sexual Function Index, Beck's Depression Inventory, Perceived Stress Scale, Sexual Distress Scale, Golombok Rust Inventory of Marital State). I livelli di androgeni (total testosterone, calculated free testosterone and bioavailable testosterone, Free Androgen Index (FAI), SHBG, DHEA-S) sono stati misurati alla base line e ad ogni follow up.

Risultati

I risultati pre e post ART dei questionari sono: FSFI Total score $12,4 \pm 5,6$ e $21,3 \pm 5,9$ ($p 0,00039$), Sexual desire domaine

$1,7 \pm 0,5$ e $3,5 \pm 1,1$ ($p 0,00098$), Satisfaction domaine $2,9 \pm 1,8$ e $5,4 \pm 2$ ($p 0,00029$), Pain domain $2,07 \pm 1,7$ e $4,1 \pm 2,2$ ($p 0,03033$). I risultati pre e post del McGill Pain Questionnaire sono: Visual Analog Scale $66,8 \pm 32,4$ e $11,4 \pm 11,2$ ($0,000121$, Present Pain Intensity $3,2 \pm 1$ e $0,6 \pm 0,6$ ($0,00004$), Overall pain experience $11,2 \pm 6,6$ e $2,9 \pm 3,5$ ($p 0,00053$). I risultati dei valori di laboratorio pre trattamento e a 6 mesi di follow up sono: Total Testosterone(ng/dL) $25,8 \pm 5,7$ e $113,5 \pm 60,7$, Calculated free Testosterone (pg/mL) $2,8 \pm 1,3$ e $15,3 \pm 9,5$, Bioavailable T $66,2 \pm 32$ e $357 \pm 224,9$, FAI $1,38 \pm 0,8$ e $7,56 \pm 4,9$, DHEA-S (mcg/dL) $108,6 \pm 84,3$ e 319 ± 110 , SHBG ($mmol/L$) $89,5 \pm 52,1$ e $58,8 \pm 25,7$.

Conclusioni

I risultati di questo studio suggeriscono che la terapia androgenica potrebbe avere un ruolo nel management del dolore nelle donne con VVS, FSD e insufficienza androgenica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 17

Soluzioni tecniche nel trattamento dell'atresia vaginale o delle stenosi gravi della vagina nella donna: nostra esperienza

G. Liguori, C. Trombetta, A. Amodeo, S. Bucci, L. Salamè, G. Garaffa, S. Guaschino*, E. Belgrano

Clinica Urologia, Università di Trieste; * *Clinica Ostetrico-Ginecologica, Università di Trieste*

Introduzione

In caso di stenosi od atresia vaginale nella donna sono state descritte numerose tecniche chirurgiche ricostruttive. Discutiamo 2 differenti soluzioni tecniche.

Materiali e metodi

Negli ultimi 5 anni sono giunte alla nostra osservazione 5 pazienti affette da stenosi vaginale severa o atresia vaginale: 1 paziente era affetta da completa stenosi estesa a tutta la profondità della vagina secondaria a Lichen scleroatrofico, in 2 casi si era verificata una stenosi della neovagina su base iatrogena (1 dopo isteroannessiectomia per endometriosi, 1 dopo complicanze in esiti di intervento per incontinenza urinaria), mentre 2 pazienti erano affette dalla sindrome di Mayer-Rokitansky-Kuster (MRK).

Per le 2 pazienti con la sindrome di MRK abbiamo optato per la tecnica della trasposizione del peritoneo pelvico. L'intervento viene eseguito per via transvaginale. Dopo avere eseguito una incisione a livello del fondo cieco dell'abbozzo vaginale, tra retto ed uretra, è stata ricavata una neocavità per via smussa. Viene preparato abbastanza agevolmente uno spazio tra vescica e retto, fino al peritoneo che ricopre lo sfondato del Douglas. A questo punto il peritoneo viene inciso e vengono posizionati 4 punti di reperi sui margini della breccia peritoneale che vengono poi ancorati all'introito della vagina. La cupola della neovagina così confezionata viene quindi chiusa con una borsa di tabacco. Al termine viene po-

sizionato un tutore malleabile siliconato da mantenere in sede per 7 gg.

Nelle pazienti che invece presentavano una grave stenosi della vagina abbiamo utilizzato una vaginoplastica di ampliamento con anse ileali detubularizzate e riconfigurate. Viene inizialmente eseguita una liberazione completa della volta vaginale. Un segmento ileale di circa 12 cm viene isolato, detubularizzato e riconfigurato ad "anello". A questo punto la neovagina così formata viene anastomizzata all'introito vaginale.

Risultati

Non vi sono state complicanze in tutte le pazienti. La canalizzazione e la mobilizzazione è avvenuta in media rispettivamente in seconda e terza giornata.

Il risultato estetico e funzionale a distanza di 3 mesi è ottimo.

Conclusioni

L'utilizzo di segmenti ileali riconfigurati consente di creare una neovagina ben configurata e facilmente mobilizzabile, utilizzando tratti intestinali di dimensioni contenute. D'altro canto l'utilizzo del peritoneo presenta, in pazienti selezionate, chiari vantaggi di minore invasività e facilità di esecuzione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Transessualismo

Conversione androgenoide

C 58

Trattamento chirurgico del disturbo di identità di genere androgenoide: la nostra tecnica

C. Trombetta, G. Liguori, L. Salamè, S. Bucci, A. Amodeo, G. Garaffa, E. Belgrano

Clinica Urologica, Università di Trieste

Introduzione

I tempi chirurgici della riassegnazione dei caratteri sessuali in senso androgenoide 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.

Materiali e metodi

Tra il dicembre 1994 ed il marzo 2006, 157 pazienti affetti da disturbo dell'identità di genere (DIG) androgenoide sono stati sottoposti ad RCS. L'età media al momento dell'intervento era di 31 anni (range 23-56). La tecnica descritta prevede i seguenti tempi operatori: orchietomia, asportazione dei corpi cavernosi e dell'uretra spongiosa, preparazione del moncone uretrale, creazione della neovagina, formazioni delle grandi labbra e del cappuccio clitorideo, confezionamento dello pseudoclitoride. Il cappuccio neoclitorideo viene confezionato eseguendo una incisione semicircolare, di diametro non superiore a 2 cm, nella cute che corrisponde alla base del pene a circa 5 mm dal neoclitoride. La formazione del solco tra grandi e piccole labbra si ottiene ancorando il cilindro cutaneo introflesso al residuo dei corpi cavernosi adesi alla superficie ossea.

Risultati

Il follow-up varia da 3 a 120 mesi. Non vi è stata nessuna complicanza intraoperatoria. Complicanze precoci si sono verificate in 29 delle 157 pazienti: 11 necrosi parziale dei lembi scrotali, 4 casi di emorragia di notevole entità, 11 infezioni della ferita chirurgica, 1 fistola rettovaginale e 2 trombosi venose profonde. Complicanze tardive in 14 pazienti: 5 stenosi della neovagina, 5 stenosi cicatriziali del neomeato uretrale, 3 prolapsi completi della neovagina, 1 prolapsi del lembo perineoscrotale della neovagina. In altre 4 pazienti si sono verificati degli inestetismi che hanno richiesto una piccola correzione chirurgica: 1 paziente in cui le grandi labbra risultavano avere un aspetto simil scrotaliforme, 1 caso di eccessivo volume del neoclitoride, 1 persistenza di un moncone di un corpo cavernoso, 1 caso di mantenimento dell'uretra

bulbare comportava una deviazione verso l'alto del getto urinario oltre che una sintomatologia dolorosa durante il rapporto.

Conclusioni

Si ritiene che la chirurgia in tempo unico eseguita da 2 équipe sia il gold standard. Sebbene la tecnica chirurgica sia ormai standardizzata, riteniamo opportuno puntualizzare alcuni dettagli di tecnica che hanno ottimizzato il nostro trattamento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Gc 3

La riattribuzione chirurgica di sesso (RCS) nei transessualismi andro-ginoidi: confronto fra due tecniche

P. Verze, C. Imbimbo, A. Palmieri, D. Arcaniolo, G. Dalena e V. Mirone

Cattedra di Urologia, Università di Napoli Federico II

Obiettivo dello studio

Follow-up di RCS eseguita su 36 transessuali M-t-F con tecnica di inversione di cute semplice e flap penoscrotale.

Pazienti e metodi

Abbiamo somministrato un questionario a 36 transessuali androgenoide operati presso la nostra Clinica dal gennaio 2003 al dicembre 2004. Le tecniche chirurgiche impiegate sono state l'invaginazione semplice di cute peniena in 20 casi (gruppo 1) e un flap peno-scrotale nei restanti 16 casi (gruppo 2).

Il questionario proposto esplorava le seguenti aree: vissuto pre-intervento, vissuto post-intervento, vita sessuale, soddisfazione globale.

Risultati

L'età media dei soggetti è risultata di 28 anni (range 21-43). Nessuno dei soggetti intervistati ha riferito ripensamenti per l'intervento chirurgico e tutti hanno eseguito una preparazione psicologica. Il 94% degli intervistati afferma di avere rapporti sessuali con pratiche diverse dopo l'intervento. Il 78% dei soggetti del gruppo 1 ha riferito di essere soddisfatta dell'aspetto dei propri genitali contro il 59% dei soggetti del gruppo 2; solo il 40% dei pazienti del gruppo 1 è risultato soddisfatto delle dimensioni della neovagina, contro il 62% del gruppo 2. Tutti i pazienti hanno dichiarato che consiglierebbero l'intervento ad altre persone.

Conclusioni

Tutti i pazienti hanno mostrato soddisfazione per aver effettuato l'intervento ed aver realizzato la fusione tra identità e ruolo di genere. I soggetti sottoposti ad intervento di inver-

sione semplice di cute peniena sono più soddisfatti dell'aspetto esterno dei genitali ma meno della profondità rispetto a quelli in cui è stato impiegato un flap penoscrotale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Conversione ginoandroide

V 13

Riconfigurazione dei caratteri sessuali nel disturbo di identità di genere in senso ginoandroide

C. Trombetta, L. Salamè, A. Lissiani, G. Liguori, E. Belgrano

Clinica Urologica, Università di Trieste

Introduzione e obiettivi

Riportiamo la nostra esperienza in 3 tecniche differenti di falloplastica che abbiamo utilizzato in pazienti affetti da disturbo di identità di genere gino-androide

Metodi

Tra il 1996 ed il 2004, 24 DIG ginoandroidi sono stati sottoposti a RCS. L'età media al momento dell'intervento era di 33 anni. La procedura prevede una fase demolitiva in cui vengono eseguite l'isteroannessetomia e la mastectomia ed una fase ricostruttiva in cui viene eseguita la falloplastica. Nella nostra casistica sono state effettuate 12 falloplastiche con lembo sovrappubico, 2 falloplastiche con lembo libero antibrachiale e 2 clitoridoplastiche. In 8 casi è stata eseguita la sola fase demolitiva. Inoltre 9 dei 12 pazienti sottoposti a falloplastica con lembo sovrappubico hanno svolto nella stessa seduta operatoria sia la fase demolitiva che la fase ricostruttiva.

Risultati

In una delle 2 clitoridoplastiche realizzate si è provveduto anche al confezionamento della neouretra. Questo paziente ha presentato nel postoperatorio una necrosi cutanea e una fistola uretrale a livello dell'anastomosi uretrale. Dei 2 pazienti sottoposti a falloplastica con lembo libero antibrachiale in un caso si è confezionata la neouretra. Questo paziente a circa 4 mesi dall'intervento ha sviluppato una stenosi severa uretrale che è stata trattata inizialmente con dilatazioni uretrali progressive e successivamente con una uretroplastica con lembo libero di mucosa buccale che inizialmente ha dato buoni risultati. Successivamente però la stenosi ha recidivato nuovamente ed il paziente è stato sottoposto ad una uretrotomia perineale. Dei 12 interventi di falloplastica con lembo peduncolato sottombelicale: 1 paziente ha presentato nel postoperatorio un'infezione della ferita chirurgica trattata con successo, 4 pazienti hanno avuto una necrosi cutanea superficia-

le a livello del neopene, ma in nessuno di tali casi si è dovuto ricorrere a reinterventi, 2 pazienti hanno presentato una deiscenza dei margini cutanei a livello dell'addominoplastica che è guarita per seconda intenzione in circa due mesi.

Conclusioni

La realizzazione di un neofallo è gravata da diversi problemi chirurgici. Secondo noi la falloplastica con lembo infraombelicale è una procedura facile e relativamente veloce, con poche complicanze e minimi inestetismi e ben accettata dai pazienti. A causa dell'elevato numero di complicanze a carico della neouretra noi preferiamo eseguire l'uretroplastica solamente in un secondo tempo e solo nei pazienti fortemente motivati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 57

Confezionamento della neouretra in corso di riconversione dei caratteri sessuali in senso ginoandroide: tempo unico o tempi differiti?

C. Trombetta, G. Garaffa*, G. Liguori, A. Amodeo, S. Bucci, L. Salamè, D. Ralph*, E. Belgrano

*Clinica Urologia, Università di Trieste; * S. Peter Department of Andrology, Londra*

Introduzione

Il confezionamento di una neouretra che consenta la minzione in posizione verticale rappresenta una delle maggiori sfide nella chirurgia di riconversione dei caratteri sessuali (RCS) in senso gino androide. Riportiamo la nostra esperienza in 4 tecniche differenti di uretroplastica in questi pazienti.

Materiali e metodi

Dal 96 ad oggi 7 pazienti sono stati sottoposti ad uretroplastica in corso di RCS. In 1 caso l'uretroplastica è stata realizzata con lembi labiali in corso di clitoridoplastica ed in 1 altro la falloplastica e l'uretroplastica sono state realizzate in 1 tempo unico tramite tubularizzazione di lembo antibrachiale. In 3 casi è stata realizzata in corso di falloplastica pubica mediante innesto tubularizzato di mucosa vescicale. In 2 pazien-

ti sottoposti a falloplastica pubica l'uretroplastica è stata realizzata mediante lembi labiali

Risultati

In caso di falloplastica pubica, sia l'uretroplastica mediante innesti di mucosa vescicale che quella mediante lembi labiali hanno garantito un successo del 100% in termini di vitalità del tessuto uretrale, di assenza di tramiti fistolosi o stenotici. Tali pazienti sono stati sottoposti in seguito con successo ad anastomosi uretro-neouretrale mediante lembi labiali. L'uretroplastica effettuata in corso di clitoridoplastica è stata complicata da necrosi parziale della neouretra con formazione di una fistola a tale livello. L'uretroplastica mediante lembo antibrachiale è stata complicata dalla comparsa di stenosi serrata poi corretta mediante apposizione di innesto di mucosa buccale. Solamente i pazienti sottoposti ad uretroplastica in

corso di falloplastica pubica con successiva anastomosi uretro-neouretrale si sono dichiarati pienamente soddisfatti del risultato funzionale ed estetico della procedura.

Conclusioni

L'uretroplastica differita con lembi labiali e quella immediata con innesti di mucosa vescicale in corso di falloplastica pubica presentano maggiore percentuale di riuscita e minor rischio di complicanze: necrosi, fistole o stenosi. Queste due tecniche conferiscono risultati estetici e funzionali soddisfacenti consentendo allo stesso tempo di minimizzare gli esiti cicatriziali in sede di prelievo del lembo, problema invece assai marcato in caso di utilizzo di lembo antibrachiale. L'uretroplastica effettuata in corso di falloplastica brachiale o di clitoridoplastica sono invece gravate da un'elevata percentuale di complicazioni. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Sessuologia

C 26

Transessualismo e crimini di tipo omicidiario al cinematografo

G. Corretti, I. Baldi, C. Nisita

Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Introduzione e obiettivi

Il travestirsi con indumenti tipici dell'altro sesso (crossdressing) costituisce una condotta che si riscontra frequentemente sia in pazienti affetti da feticismo di travestimento, sia in quelli affetti da Disturbo dell'Identità di Genere (transessualismo). Sebbene queste siano entità nosografiche chiaramente diverse, esiste tuttavia un continuum rappresentato dalla condizione di disforia di genere. Molti disturbi di natura sessuale vengono rappresentati sul grande schermo con varia adesione alla realtà clinica. Sicuramente il cinema costituisce un canale di comunicazione diretto ad un pubblico estremamente vasto. Il nostro lavoro si basa sulla revisione di alcuni film in cui condotte di crossdressing risultano associate a crimini di tipo omicidiario.

Materiali e metodo

Sono stati presi in considerazione alcuni film in cui, dietro crimini di natura violenta, si nasconde un assassino che mostra condotte di tipo crossdressing.

Risultati

I comportamenti sessuali abnormi vengono indicati, nelle ultime edizioni del DSM, come Parafilie, termine che ha sostituito quello di Perversioni Sessuali, che implicava una esplicita connotazione morale. Nonostante questa modifica, le attitudini sessuali di tipo parafilico, mantengono spesso l'accezione del "vizio" e vengono giudicate non esclusivamente secondo una prospettiva psicopatologica, ma anche da un punto di vista etico e morale. Tutto ciò, getta sul soggetto parafilico un'ombra di sospetto che va oltre le sue abitudini sessuali, rendendolo agli occhi degli altri un individuo "perverso". Questa visione del problema emerge anche sul grande schermo, dove una condotta parafilica non si circoscrive alla sfera sessuale, ma si estende all'intero ambito esistenziale, associandosi, addirittura, a crimini omicidiari.

Conclusioni

Sebbene in letteratura scientifica non si riscontrino alcuna correlazione tra feticismo di travestimento e/o transessualismo e crimini omicidiari, uno strumento di comunicazione di massa, quale il cinema, sembra suggerire questo tipo di legame. Nell'immaginario generale, un comportamento sessuale sui generis (quale il crossdressing) rappresenta un fattore costituente la persona, che si associa ad un basso livello morale fino a stili di vita delittuosi, compreso l'omicidio.

Una rappresentazione più aderente alla realtà clinica dei disturbi di questo tipo, potrebbe contribuire a ridurre il pregiudizio che spesso circonda con diffidenza e omertà i disturbi sessuali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 25

Autori di reati sessuali, struttura di personalità e dipendenza da sostanze

A. Pistuddi

Ospedale San Giuseppe, Milano

Introduzione e obiettivi

Le problematiche dei reati sessuali rappresentano temi di rilevanza sociale sempre più diffusi, per i quali è indispensabile mettere in gioco conoscenze appropriate per fornire risposte adeguate. L'obiettivo della ricerca in questa fase è conoscere la struttura di personalità delle persone che presentano la duplice problematica della dipendenza da sostanze e del configurarsi come sex offender.

Materiali e metodi

Tutti i casi sono stati trattati col metodo psicodinamico e sono stati sottoposti i seguenti reattivi psicodiagnostici: Rorschach, Object Relations Technique, Blacky. Sono state prese in carico 19 persone, detenute presso la Casa di Reclusione di Milano Opera, con le caratteristiche di comorbilità reato-sostanze. Ci si è soffermati sul ruolo della sostanza nella commissione del reato. L'età dei soggetti va dai 25 ai 54 anni, il 74% dei quali di età inferiore ai 40 anni. La frequenza scolastica riguarda in prevalenza la scuola dell'obbligo, 74% dei casi. Tutti i pazienti presentano la caratteristica di polia-busatori, la sostanza più comune è la cocaina, nel 68%, più che altro per via inalatoria e fumo e viene prevalentemente associata ad alcol. Rispetto alla commissione del reato il 57% dei soggetti ha dichiarato di essersi trovato, in quel momento, sotto l'effetto della sostanza.

Risultati

Relativamente alla diagnosi di personalità effettuata attraverso l'esame dei reattivi proiettivi e dei colloqui psicodiagnostici e classificata secondo il Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali, DSM IV TR, in 7 casi, il 37%, si rileva un Disturbo Borderline di Personalità: due di essi presentano marcati aspetti antisociali. In 2 soggetti si rileva un Disturbo Schizoide di Personalità a cui si associano chiari tratti depressivi. 3 pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità, 3 con Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato e 4 soggetti con diagnosi di Psicosi.

Conclusioni

Si ritiene importante evidenziare che l'uso di sostanze psicoattive, in particolare di cocaina, in soggetti con disturbi di personalità conclamati e patologie psichiariche rilevanti, può caratterizzarne la vita anche se si tratta di un uso non protratto nel tempo. È possibile che si slatentizzino pulsioni, anche legate alla sessualità e che si arrivi a comportamenti sociali e pericolosi per sé e per gli altri.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 27

Disfunzioni sessuali maschili e disregolazione affettiva

P.M. Michetti*, D. Bonanno**, F. Iori*, C. De Dominicis*, R. Rossi***, C. Simonelli***

* *Università di Roma "La Sapienza"*; ** *Istituto di Sessuologia Clinica, Roma*; *** *Università di Roma "La Sapienza", Facoltà di Psicologia*

Introduzione e obiettivi

L'alessitimia è un disturbo della regolazione affettiva che si configura nella deficitaria capacità di elaborare le emozioni da un punto di vista cognitivo. Il soggetto alessitimico dimostra una difficoltà nel riconoscere e nel descrivere le proprie emozioni, una limitata attività immaginativa e un pensiero orientato all'esterno. È stato valutato il grado di alessitimia in pazienti con disfunzioni sessuali su base psicogena comparati ad un gruppo di controllo, verificando la correlazione tra il livello di alessitimia e la severità dei sintomi e l'esistenza di differenze nei livelli di alessitimia tra i diversi disturbi.

Materiali e metodi

Sono stati valutati 100 pazienti con Disfunzione Erettile (DE) e 100 pazienti con eiaculazione precoce (EP) (età 20-50 anni). Per il gruppo di controllo sono stati selezionati 100 volontari sani, confrontabili con il gruppo clinico. A tutti è stata somministrata la Toronto Alexithymia Scale (TAS20) per una valutazione del livello di alessitimia, l'International Index of Erectile Function (IIEF) per una stima della severità della DE e il Premature Ejaculation Severity Index (PESI) per la severità dell'EP.

Risultati

Nell'intero gruppo disfunzionale il 33% dei pazienti è risultato alessitimico (TAS20 > / = 61) e il 31% si è collocato nella "zona grigia" intermedia (51 < TAS20 < 61) in cui si evidenzia una situazione di interesse clinico ma non ancora alessitimica. Nell'intero gruppo il livello medio di alessitimia è risultato pari a 55,9 mentre nel sottogruppo con DE pari a 58,6, e in quello con EP pari a 54,9. L'alessitimia è risultata significativamente più elevata nel gruppo clinico rispetto ai controlli ($p < 0,001$) e il livello di alessitimia si è rivelato correlato sia alla severità della DE ($p < 0,001$) che a quella del-

l'EP ($p < 0,001$). Il confronto tra i due sottogruppi clinici suggerisce un livello di alessitimia maggiore nella DE ($p < 0,01$).

Conclusioni

Lo studio evidenzia livelli significativi di alessitimia nei pazienti con disfunzioni sessuali con punteggi maggiori nella DE rispetto all'EP. A livelli più elevati di alessitimia appare correlata una più severa manifestazione dei sintomi sessuali. L'alessitimia assume particolare rilevanza clinica per la difficoltà di introspezione e di contatto emotivo che la caratterizza. Tenere conto dell'alessitimia del paziente può rappresentare un importante contributo al processo diagnostico e all'approccio terapeutico in un'ottica integrata e olistica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 6

Prostatectomia radicale laparoscopica nerve sparing e riabilitazione sessuologica: farmacoterapia e la risposta sessuale della partner

E. Longhi*, V. Pansadoro**, F. Montorsi*, A. Pansadoro**

* *Centro di Sessuologia Medica, U.O. Urologia, Università Vita e Salute San Raffaele, Milano*; ** *Fondazione Vito Pansadoro, Roma*

Introduzione

Lo studio ha valutato 360 prostatectomie radicali laparoscopiche nerve sparing, seguite con riabilitazione neurouroessuologica e farmacoterapia tradizionale.

Materiali e metodi

I pazienti, reclutati in tre anni, sono stati sottoposti mensilmente per circa un anno a questionari validati: SF-36, EDITS, IIEF, IPSS, SSLR, EES, CES-D, MAT-R. Sono seguiti, nella fase riabilitativa sex postchirurgica, due colloqui individuali con il paziente, 1 individuale con la partner sex, 2-3 colloqui di coppia. La farmacoterapia per il DE è stata coadiuvata dalla riabilitazione neuro-uro-sessuologica dalla seconda settimana post intervento. 20 mg di Tadalafil a giorni alterni per 30-40 giorni sono stati prescritti come terapia adiuvante alla ripresa erettile, a cui sono seguite prescrizioni diversamente incisive per la risposta sex maschile. Sia nella prima sia nella seconda fase sono stati prescritti esercizi sex propedeutici ai preliminari e alle manovre di ottimizzazione dell'erezione maschile. Follow up: nel primo anno a cadenza mensile, nel secondo anno a cadenza trimestrale. Il terzo anno a cadenza semestrale.

Risultati

L'attività sessuale, nei pazienti con nerve sparing monolaterale è ripresa spontaneamente solo nel 4%; con la farmacote-

rapia la ripresa erettile si è verificata nel 56% dei pazienti. Nei pazienti con nerve sparing bilaterale si è accertata una ripresa spontanea dell'attività erettile nel 27% dei casi che vanno sommati alla ripresa nel 28 % con la farmacoterapia.

Il 77% delle partner ha collaborato nella riabilitazione sex, scandendo un iter sex in tre fasi: affettività/ripresa erettile meccanica, revisione relazione coppia/ricerca di una nuova sex, ripresa irreversibile della sessualità. A queste, si aggiungono un 18% di partner occasionali.

Importante la risposta della partner alla somministrazione del Tadalafil a carattere preventivo della necrosi dei corpi cavernosi. La valutazione medica della prescrizione del talalafil ha ingaggiato il 65% delle partner, stimolando il paziente ad un'accurata somministrazione.

Conclusioni

La riabilitazione sessuologica (con terapia farmacologia) si è confermata un approccio multidisciplinare essenziale nella ripresa dell'attività sessuale anche con partner refrattarie all'assunzione di molecole per DE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 52

Discinesia del pavimento pelvico: sessualità e psicopatologia

G. Corretti, C. Nisita*, F. Mungai*, S. Cortopassi*, F. Lemmi*, C. Stasi**, M. Bellini**

* Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia, Biotecnologie, Università di Pisa; ** Dipartimento di Gastroenterologia, Università di Pisa

Introduzione e oggetto

Il pavimento pelvico è una struttura muscolare comune agli apparati urogenitale e intestinale, che costituisce un'unità funzionale a sé stante. La dissinergia del pavimento pelvico è comunemente associata a stipsi funzionale, disfunzioni sessuali e alterazioni psicopatologiche. Quest'ultime sono scarsamente caratterizzate ed in letteratura, circa i disturbi funzionali del sistema gastroenterico, vengono frequentemente utilizzati termini aspecifici come "disturbi nevrotici" e "stress psicosociale". D'altro canto un trattamento dei disturbi da dolore sessuale, come pure dei disturbi dell'orgasmo, si basa sulla rieducazione del pavimento pelvico.

Obiettivo del nostro studio era quello di valutare le caratteristiche psicopatologiche e sessuali in pazienti con dissinergia del pavimento pelvico.

Materiali e metodo

La nostra osservazione preliminare si basa su di un campione di otto donne affette da dissinergia del pavimento pelvico. Queste sono state valutate con ASEX (Arizona Sexual Experience Scale) per la rilevazione della componente sessuale.

La sintomatologia psicopatologica di Asse I è stata rilevata con SCID-IV, quella sottosoglia con questionari di spettro (umore, panico, fobia sociale, ossessivo-compulsivo).

Risultati

L'intero campione presentava alti tassi di prevalenza di disturbi di Asse I, come pure di psicopatologia in generale. Tutte le pazienti presentavano una vita sessuale attiva: 4 presentavano scarsa soddisfazione relativa all'orgasmo. Sono emersi inoltre tre casi di molestie sessuali ed una paziente era stata vittima di un abuso sessuale.

Conclusioni

Una disfunzione del pavimento pelvico può rappresentare un indicatore di un sottostante disturbo della sfera psichica. A questo di associa sovente una alterazione nella sfera sessuale con turbe del desiderio o dell'orgasmo. In un'alta percentuale di casi si riscontrano pregresse molestie di natura sessuale. Una corretta valutazione psicopatologica e sessuologica può essere particolarmente utile in caso di dissinergia del pavimento pelvico, per un completo approccio e trattamento.

L'impiego di questi strumenti su campioni maggiormente estesi, potrebbe essere utile per meglio inquadrare dimensioni e sottodimensioni affettive in questo tipo di pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 43

Ruolo dei disturbi sessuali nell'indurre i giovani all'uso di sostanze: risultati preliminari

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

U.O. di Andrologia e di ** Urologia, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma; * Facoltà di Psicologia 2, Università di Roma "La Sapienza"; *** Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione e scopi

In questo lavoro presentiamo i risultati preliminari di una ricerca volta a dimostrare che il disturbo sessuale nei giovani può indurre all'uso della droga.

Materiali e metodi

Abbiamo intervistato con un questionario validato 46 soggetti maschi di età compresa fra 18 e 35 anni (età media 30,2) in trattamento presso 6 diverse comunità di recupero per tossicodipendenti. Per la validazione del questionario tra l'altro sono stati effettuati 6 focus groups per la identificazione delle variabili degli items e la comprensibilità dalle domande. Il questionario così ottenuto comprendeva domande sugli aspetti personali e familiari sulla storia tossicologica e sulla

qualità delle prestazioni sessuali nel periodo che ha preceduto l'inizio dell'uso di sostanze psicotrope.

Risultati

Il 69,6% dei soggetti ha affermato che l'handicap sessuale non ha influito sull'inizio del loro uso di sostanze, mentre il 30,4% ha affermato che l'handicap sessuale ha influito sull'inizio del loro uso di sostanze. In questi l'influenza esercitata dal problema sessuale ha influito un po' nel 57,1%, mediamente nel 28,7%, mentre ha influito molto ed è stato determinante rispettivamente nel 1,7% dei soggetti. Altresì dal questionario si è evidenziato che dei 69,6%, soggetti che hanno iniziato ad usare sostanze per una serie di motivi che prescindono dal disturbo sessuale il 59,6% le ha comunque usate per migliorare le sue prestazioni sessuali.

Conclusioni

Dai dati preliminari della ricerca, in accordo con la "Teoria La Pera" nella quale il disagio sessuale viene descritto come un importante fattore di rischio della tossicodipendenza, si può affermare che esiste una forte associazione tra i disturbi sessuali ed l'inizio dell'abuso di sostanze e che una percentuale rilevante di giovani (30,4%) afferma di aver iniziato a drogarsi proprio per superare il disagio derivante dalla inadeguatezza sessuale. Questi dati allarmanti ripropongono l'importanza di instaurare una educazione sessuale nelle scuole ed un precoce trattamento dei disturbi sessuali come strumento di prevenzione a basso costo dell'abuso di sostanze tra i giovani basata sui seguenti principi:

1. una corretta informazione sessuale
2. una educazione all'affettività
3. un precoce trattamento dei disturbi sessuali
4. non lasciare gli adolescenti a risolvere questi problemi da soli.

Al fine di promuovere una capillare diffusione delle informazioni e del trattamento precoce dei disturbi sessuali negli adolescenti risulta indispensabile la figura dello specialista Andrologo all'interno delle scuole.

Lo studio ha avuto finanziamenti: SI
Istituto Superiore di Sanità

P 49

Disfunzione erettile psicogena e refrattarietà al Sildenafil

E. Longhi, A. Pycha*, A. Salonia, P. Rigatti, F. Montorsi, M. Lodde*

*Dept. of Urology, Sexual Medical Center, University Vita Salute San Raffaele, Milan; * Dept. of Urology, Central Hospital, Bolzano/Bozen*

Introduzione e obiettivi

Il presente studio ha indagato le cause psicologiche, relazio-

nali e sessuologiche della refrattarietà al Sildenafil in 120 pazienti affetti da DE psicogeno da almeno un anno.

Materiali e metodi

Sono stati esclusi dallo studio pazienti con DE organico e/o chirurgico. Reclutati: 120 pazienti andrologici (età media 41 anni) con partner fissa da almeno un anno, quadro clinico negativo e con DE psicogena da almeno 6 mesi (fino ad un massimo di un anno), che avessero assunto correttamente, da almeno tre mesi, Sildenafil (con un dosaggio da 25 mg a max 100 mg prima dei rapporti sex) senza soluzione del sintomo.

Risultati

Il 25% dei pazienti ha mostrato depressione e calo del desiderio per separazione o recente divorzio; il 31% ansia per relazioni "competitive" con partner più giovani; 8% relazione conflittuale con la partner; 12% dipendenza farmacologia e iperdosaggio (Sildenafil e prostaglandine); 14% compresenza di disfunzione sessuale da parte della partner (vaginismo e/o anorgasmia); 10% dipendenza da pornografia e/o incontri sessuali a pagamento.

Conclusioni

Lo studio ha validato l'importanza della doppia diagnosi andro-sessuologia nel paziente con ED psicogeno e la refrattarietà al Sildenafil in soggetti emotivamente dipendenti. Passivi nella relazione affettiva e sessuale, con una immagine corporea inadeguata e passiva nella compliance relazionale e farmacologica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 51

Disturbo da avversione sessuale: caso clinico

B.C. Gargiullo*, R. Damiani**

** Psicoterapeuta, coordinatore, Roma; ** Psicoterapeuta, Roma; Members of SIA, WAS, ISSIR, ESSM and APA*

Introduzione

L'avversione sessuale è un disturbo caratterizzato da disgusto, paura, repulsione e conseguente "crollo" del desiderio che porta una persona ad evitare attivamente una relazione sessuale consensuale che "include" contatti genitali. Questo tipo di avversione può comprendere la vista dei genitali, la secrezione vaginale, la sudorazione corporea, sino ad includere baci e tocamenti.

L'intento del nostro lavoro è di riportare un caso clinico completo di una ragazza ventenne, studentessa, con seri problemi sessuali e relazionali. Quando decise di intraprendere il percorso terapeutico era ancora vergine. Causa: licenziosità genitoriale in ambito sessuale.

Materiali e metodi

Il profilo clinico presentato comprenderà elementi anamnestici, ricavati dai vari colloqui clinici (assessment), psicodiagnostici (MMPI-R) e di trattamento psicoterapico cognitivo-comportamentale (decolpevolizzazione, controllo dell'impulso, ristrutturazione cognitiva, educazione sessuale, desensibilizzazione sistematica).

Risultati

Quadro clinico complesso.

Disturbo ossessivo-compulsivo; ansia generalizzata con agitazione psicomotoria ed irritabilità; attacchi di panico; soma-

tizzazioni gastrointestinali; umore depresso; avversione sessuale, nausea, disgusto e conati di vomito nei confronti di qualsiasi stimolo di natura sessuale; personalità borderline con marcati tratti istrionici e paranoidei.

Conclusioni

I risultati, ottenuti in sei anni di trattamento (3 con cadenza settimanale e 3 con cadenza intermittente), furono monitorati in sedute di controllo per altri tre anni con sedute trimestrali (follow-up).

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Ipogonadismo Epidemiologia

C 59

La frequenza dei sintomi della sindrome dell'aging male nella popolazione di età superiore a 55 anni in cinque aree italiane: i risultati dello studio AMIES

G. Forti a nome del Gruppo di Studio AMIES (Aging Male Italian Epidemiological Study)

Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, Università di Firenze

Introduzione e obiettivi

Nel corso degli ultimi anni è andata crescendo l'attenzione verso i sintomi e i disturbi che, indipendentemente da malattie specifiche, caratterizzano l'invecchiamento dell'uomo. In particolare si è andato definendo un quadro sintomatologico che viene indicato come "sindrome dell'aging male" (SAM). Per valutare in un campione di soggetti identificati presso le liste dei medici di medicina generale (MMG) la frequenza dei sintomi che sono considerati parte della SAM è stato condotto uno studio osservazionale prospettico.

Materiali e metodi

Un campione di soggetti di età 55-85 anni è stato identificato in modo casuale tra gli iscritti alle liste degli assistiti di 56 MMG esercenti a: Napoli, Desio, Palmanova/Gorizia, Parma, Firenze. Per la valutazione dei sintomi di SAM è stato utilizzato il questionario proposto da Heinemann et al, 1999 (Questionario Aging Male Symptoms-AMS) e validato nella versione italiana (Saccò et al, 2004). Tale questionario indaga la presenza di 17 sintomi/condizioni in tre sfere: somatica, psicologica e sessuale. Ogni soggetto identificato è stato intervistato dal proprio MMG.

Risultati

Complessivamente sono entrati nello studio 1806 soggetti (età media 67 anni \pm 7,2). La percentuale di soggetti che riportava una sintomatologia moderata/severa per i sintomi indagati è stata pari a: calo della sensazione di benessere: 18,1; presenza di dolori articolari e muscolari: 36,7; sudorazione eccessiva: 9,4; alterazioni del sonno: 20,8; maggiore necessità di dormire: 15,2; irritabilità: 23,2; nervosismo: 22,2; ansia: 13,4; esaurimento fisico: 16,3; riduzione della forza muscolare: 18,3; umore depresso: 13,6; sensazione di aver passato lo zenith della vita: 24,3; sentirsi spenti: 7,3; calo della crescita della barba: 3,2; calo delle prestazioni sessuali: 44,7; riduzioni del numero di erezioni mattutine: 40,8; calo del desiderio sessuale: 30,9%. Le percentuali corrispondenti di sog-

getti con uno score AMS che indicava un impatto moderato e severo di tali sintomi per i tre domini considerati e per il totale dello score erano: sfera somatica: 37,8; sfera psicologica: 35,1; sfera sessuale: 69,2; score totale: 21,3%.

Conclusioni

Questo ampio studio epidemiologico documenta come i sintomi della SAM sono una condizione comune e sono considerati moderati/severi da circa il 20% degli intervistati in accordo al questionario AMS. Tale dato ben si compara con i risultati di studi condotti con il medesimo questionario in altre nazioni quali la Germania e la Francia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: SI Schering Italia

P 12

Ipogonadismo maschile: realtà di laboratorio o realtà clinica?

M. Grasso, F. Fortuna, B. Salvatore, C. Lania*, E. Acmet**, M. Bertona**

*Divisione di Urologia, Ospedale di Desio, Milano; ** Servizio Universitario di Medicina di Laboratorio, Ospedale di Desio, Milano; * Divisione di Urologia, Ospedale San Raffaele, Milano*

Introduzione e obiettivi

La particolare attenzione posta oggi nei confronti di maschi con segni e sintomi di insufficienza androgenica (disfunzioni sessuali, in particolare calo della libido, così come le alterazioni dell'umore, astenia, incremento del grasso viscerale) ha determinato una modificazione del "cut-off" biochimico del testosterone totale, innalzando la soglia minima ed incrementando così la quota di popolazione maschile definita ipogonadica. Scopo del presente lavoro è valutare la necessità di trattare con terapia ormonale sostitutiva maschi affetti da deficit erettile con riscontro di bassi livelli di testosterone.

Materiali e metodi

Dal febbraio 2000 al settembre 2005 sono stati valutati presso il nostro centro di Andrologia 222 pazienti (range età 19-71) per deficit erettile. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a screening diagnostico completo (anamnesi andrologica e sessuale, dosaggio ormonale, eco-color doppler penieno dinamico, penimetria notturna).

Risultati

96 pazienti (43,2%) sono risultati "ipogonadici" (range testosteronemia: 0,70-2,7 mg/ml; parametri di normalità del no-

stro laboratorio: 2,8-9 mg/ml). In questo gruppo 62 pazienti, che presentavano una testosteronemia tra 1,7 e 2,7 mg/ml e assoluta normalità nella diagnostica strumentale (compresa la penimetria notturna), in assenza di manifestazioni cliniche di ipogonadismo, sono stati avviati a terapia orale con PDE5-inibitori per 3 mesi. In 42 casi il follow up a 6 mesi ha dimostrato un ripristino della funzione erettile anche spontanea; in 16 casi è stato necessario proseguire l'utilizzo dei farmaci "à la demande"; 4 pazienti sono stati inviati a consulenza psico-sessuologica. In 23 pazienti (con testosterone < 1,7 mg/ml) è stata intrapresa (dopo approfondimento diagnostico) una terapia sostitutiva, efficace in 19 casi. 11 pazienti sono stati per sé dal follow-up.

Conclusioni

L'utilizzo favorevole di farmaci PDE5-inibitori nel trattamento di maschi affetti da deficit erettile, etichettati come ipogonadici in base al valore della testosteronemia, suggerisce la necessità di una attenta valutazione della correlazione tra dati di laboratorio (in particolare del cut off del testosterone) ed insufficienza androgenica clinica, evitando il rischio di incorrere in over-treatment dei pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Fisiopatologia

P 33

Sindrome di Wolfram e ipogonadismo maschile in un gruppo familiare: nuovo complesso sindromico?

M. Vetri, F. Mangiola, D. Minnella

Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Specialistica, Unità Operativa di Endocrinologia, Azienda Ospedaliera "Garibaldi-Nesima", Università di Catania

Introduzione

La sindrome di Wolfram (WS) è una rara malattia ereditaria, a trasmissione autosomica recessiva, caratterizzata da diabete insipido, diabete mellito insulino-dipendente, atrofia ottica e sordità (Diabetes Insipidus Diabetes Mellitus Optic Atrophy Deafness DIDMOAD) spesso associata a mutazioni di WSF1, gene codificante per la wolframina, proteina di 890 aminoacidi con funzione ignota.

Materiali e metodi

Descriviamo 3 fratelli, rispettivamente di 32, 21 e 19 anni con DIDMOAD ed ipogonadismo primitivo (normale un quarto fratello) i cui genitori sono cugini di 1° grado. Tutti presentavano le caratteristiche cliniche tipiche della WS con normale cariotipo maschile 46, XY.

Risultati

Per tutti pubertà spontanea fra i 12-13 anni e comparsa di ginecomastia bilaterale, motivo principale per il quale erano giunti alla nostra osservazione. All'esame clinico: regolare sviluppo dei CSS, pubarca stadio 3-5 di Tanner, testicoli piccoli di consistenza aumentata (stadio 2-3 di Prader) e ginecomastia bilaterale (stadio 3-4, 3 e 2-3 di Tanner, rispettivamente). I valori di LH ed FSH sierici erano elevati (LH = 16, 14 e 14 mU/ml, vn 1-10; FSH = 55, 50 e 30 mU/ml, vn 1-10), bassi quelli di testosterone (1,8, 2,2 and 2,8 ng/ml, vn 3-9), quelli di 17-β-estra-

diolo erano nel range di normalità. Due dei 3 fratelli (di 32 e 21 anni) sono stati successivamente trattati con testosterone enantato i.m. (250 mg/4 sett.).

Conclusioni

In tutti e 3 i fratelli con DIDMOD descritti è comparso un difetto gonadico primitivo dopo la pubertà. L'ipogonadismo maschile di tipo primitivo (IP) potrebbe essere spesso associato alle manifestazioni cliniche già conosciute della DIDMOAD, componendo una variante della sindrome (DIDMOAD-IP). Sugeriamo quindi che, al momento della diagnosi di sindrome di Wolfram (DIDMOAD), i soggetti di sesso maschile debbano essere sottoposti a test diagnostici della funzione gonadica per poter precocemente identificare la presenza di possibile ipogonadismo primitivo ed avviare una adeguata terapia androgenica sostitutiva.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 60

Variazioni della concentrazione sierica del testosterone totale (TT) in seguito ad ossigeno terapia iperbarica (OTI)

G. Passavanti*, V. Pizzuti*, M. Brauzzi**, P. Tanasi**, R. Pagni**, E. Norgini**, F. Longo**, C. Cenderelli**, M. Carlucci***, A.M. Aloisi***, R. Paolini*

* U.O. Urologia; ** UO-OTI, Ospedale Misericordia, Grosseto; *** Dipartimento di Fisiologia, Università di Siena

Introduzione e obiettivi

Il testosterone ha una azione modulatrice dei meccanismi della flogosi e dei processi riparativi, per questo abbiamo cercato di verificare se la OTI modificava la concentrazione plasmatica del TT dei pazienti trattati per varie patologie.

Materiali e metodi

14 pazienti di età compresa tra 23 e 72 aa (m. 46,62 aa) sono stati trattati con OTI con sedute della durata di 1 ora per un numero compreso tra 4 e 23 sessioni. Si trattava in 4 casi di frattura dell'arto inferiore, 2 traumi esposti dell'arto inferiore, 2 osteonecrosi, 3 lesioni da piede diabetico, 1 lesione da arma da fuoco, 1 artroprotesi complicata, 1 embolia da subacquei. 12 paziente erano stati trattati con FANS, 4 con Morfina e 2 non avevano avuto terapia antalgica. Il TT veniva dosato la mattina in cui veniva iniziata la terapia e quindi il giorno dopo averla terminata.

Risultati

Il TT pre-OTI era compreso tra 1,65 e 8,44 ng/ml ($3,54 \pm 1,68$) e quello post-OTI era compreso tra 3,3 e 9,98 ng/ml ($5,15 \pm 1,93$), con una differenza tra TT pre e post terapia significativa ($z: 3,2$).

12 pazienti sono guariti e 2 (i pazienti con piede diabetico) hanno avuto un significativo miglioramento clinico.

Discussione e conclusioni

I dati esposti indurrebbero a pensare che la OTI determini un incremento della concentrazione plasmatica del TT. Questo fatto apre numerosi interrogativi, che necessitano di ulteriori studi, sia in relazione ai meccanismi responsabili di questo incremento, sia riguardo al suo significato terapeutico. E ben noto, infatti, che il TT esercita una modulazione dei mediatori della flogosi e dei processi riparativi, pertanto non si può escludere che l'aumento della sua concentrazione sia uno dei meccanismi attraverso i quali si possa spiegare l'azione terapeutica della OTI.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Terapia

C 61

Terapia testosterone in uomini con sindrome da deficienza androgenica indotta da oppioidi (Opiad Syndrome)

M. Carlucci, I. Ceccarelli, G. Pari*, G. Sindaco*, A. Suman, G. Passavanti**, P. Fiorenzani, M.G. Coppola, E. Aceto, A.M. Aloisi

*Dipartimento di Fisiologia, Sezione di Neuroscienze e Fisiologia Applicata, Univeristà di Siena; ** U.O. Urologia, Grosseto; * Medicina del Dolore, Rimini*

Introduzione e obiettivi

La morfina rimane uno dei farmaci più indicati nel dolore cronico non neoplastico. La somministrazione di oppioidi nei maschi induce un ipogonadismo severo (Opiad Syndrome). Lo scopo del nostro studio è di effettuare una terapia sostitutiva, valutandone gli effetti terapeutici sia sulla sensibilità nocicettiva che su parametri psicoemotivi e la relazione con l'impregnazione ormonale.

Materiali e metodi

La prima parte dello studio prevedeva il reclutamento di pazienti in terapia con oppioidi da più di sei mesi (morfina intratecale ad infusione continua). I pazienti reclutati sono stati sottoposti a valutazione clinica generale e ad esami ematochimici di routine per funzionalità epatica, renale, prostatica ed assetto ormonale basale, a 3 e a 6 mesi. La valutazione andrologica, nocicettiva e psicoemotiva è stata effettuata tramite la somministrazione di questionari. La terapia sostitutiva consisteva in testosterone gel 50 mg/die.

Risultati

La Opiad Syndrome era presente nel 100% dei soggetti esa-

minati. Nei 10 pazienti reclutati per lo studio, i valori basali medi erano: testosterone totale 1,14 ng/ml, testosterone libero 3,28 pg/ml. Nel follow up a sei mesi i valori medi si erano modificati: testosterone totale 3,8 ng/ml, testosterone libero medio 9,4 pg/ml. Due pazienti sono usciti dallo studio: uno per incremento del PSA, l'altro per mialgie diffuse e cefalea. Negli stessi pazienti si è dimostrato che mentre l'intensità e l'area del dolore non cambiavano, si registrava una diminuzione delle caratteristiche sensoriali e affettive negative. I parametri psicoemotivi rimanevano invariati o miglioravano a seconda dell'aumento di testosterone raggiunto dai pazienti.

Conclusioni

La terapia con oppiacei induce ipogonadismo da inibizione centrale e/o periferica della asse ipotalamo-ipofisi-gonadici, è necessario quindi prevedere una terapia sostitutiva con testosterone al fine di ripristinare la fisiologica impregnazione ormonale e di migliorare la qualità della vita in questi pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Gc 4

Effetti del testosterone sui sistemi antiossidanti plasmatici nell'ipogonadismo secondario

A. Mancini*, E. Leone*, R. Festa*, G. Grande*, A. Silvestrini**, A. Pontecorvi*, L. De Marinis**, E. Meucci**

** Unità Operativa di Endocrinologia; ** Istituto di Biochimica e Biochimica Clinica, Università Cattolica del S. Cuore, Roma*

Introduzione e obiettivi

La regolazione ormonale dei sistemi antiossidanti plasmatici,

che svolgono un ruolo protettivo nei confronti del danno da stress ossidativo in varie condizioni patologiche, non è del tutto nota. In studi precedenti abbiamo osservato che la capacità antiossidante totale (CAT) e il Coenzima Q10 (antiossidante lipidico) nel plasma ematico sono ridotti nei pazienti con ipogonadismo secondario, potendone risultare una implicazione nelle complicanze cardiovascolari di tale condizione. Allo scopo di stabilire il ruolo del testosterone (T) in questo fenomeno, abbiamo studiato la CAT in soggetti ipogonadici dopo trattamento con T enantato.

Materiali e metodi

20 pazienti, di età compresa fra 26 e 77 anni, affetti da ipogonadismo secondario postchirurgico sono stati arruolati nello studio, in un periodo di 6-12 mesi dall'intervento di rimozione transfenoidale di lesioni espansive (9 adenomi non secernenti, 6 prolattinomi, 3 morbo di Cushing, 2 acromegalia); deficit ormonali associati dell'asse ipofisi-tiroide e ipofisi-surrene sono stati corretti con terapia sostitutiva. Abbiamo distinto due gruppi di pazienti: gruppo A (n = 10), con bassi valori di T (media \pm ES: $1,55 \pm 0,28$ ng/ml) e gruppo B (n = 10), con normali valori di T (media \pm ES: $6,1 \pm 0,87$ ng/ml). I pazienti del gruppo A sono stati sottoposti a trattamento con T enantato (250 mg i.m./3 settimane) per 6 mesi e nuovamente testati.

In un prelievo alle ore 8 del mattino sono stati eseguiti prelievi basali per dosaggi ormonali (T, estradiolo, LH, FSH, PRL, FT3, FT4, TSH, cortisolemia, IgF-1, con metodo RIA) e il dosaggio della CAT; questa è stata misurata usando il sistema mioglobina-H2O2 dalla cui interazione con ABTS si genera un radicale rivelabile spettroscopicamente; il tempo di latenza (LAG) nella comparsa delle specie radicaliche è proporzionale al contenuto di antiossidanti (proteici non enzimatici).

Risultati

La LAG è risultata significativamente diminuita nei soggetti ipogonadici vs. i normogonadici ($59,4 \pm 3,57$ vs. $72,86 \pm 5,69$ sec, rispettivamente); il trattamento con testosterone ha riportato i valori nella norma ($78,33 \pm 10,15$).

Conclusioni

Questi dati consentono di confermare che i livelli di sistemi antiossidanti misurati dalla LAG sono dipendenti dalle concentrazioni di T e risultano influenzati positivamente dal trattamento con T esogeno. Queste osservazioni vanno considerate nel contesto dei danni biochimici dell'ipogonadismo, che può essere inserito fra le condizioni associate a sindrome metabolica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Infertilità maschile

Seminologia

C 34

Relazione fra concentrazione, motilità e morfologia spermatica

G. Cavallini*, M. Nadalini**, M.C. Magli**, N. Cavallini***, A.P. Ferraretti****, L. Gianaroli*****

* *Unità Operativa di Andrologia, Società Italiana di Medicina della Riproduzione (SISMER), Bologna;* ** *Laboratorio di riproduzione assistita, SISMER, Bologna;* *** *Dipartimento di Ingegneria Civile, Università di Ferrara;* **** *Unità Operativa di riproduzione assistita, SISMER, Bologna*

Introduzione

La morfologia spermatica è usata quale parametro predittivo “a sé” dei risultati della fecondazione in vivo ed in vitro. Non sono noti lavori che indagano sulle relazioni fra motilità, morfologia e concentrazione spermatica; questo studio analizza tali relazioni. Come controllo si sono studiate le relazioni fra i parametri spermatici e la percentuale di spermatozoi aneuploidi nell’ eiaculato.

Materiali e metodi

Sono stati studiati prospettivamente 196 maschi (età media 35,7 anni \pm 4,2 anni) di coppie infertili: 54 erano normospermici, 138 erano affetti da oligoastenoteratospermia idiopatica (iOAT) e 4 da azoospermia non ostruttiva. Costoro sono stati sottoposti a spermogramma (WHO 1999), con morfologia

valutata secondo Kruger. La percentuale di spermatozoi aneuploidi è stata valutata mediante ibridazione “in situ” con sonde fluorescenti per i cromosomi XY, 13, 15, 16, 17, 18, 21 e 22. Le relazioni fra concentrazione, motilità e morfologia e fra tutte queste e la aneuploidia spermatica sono state studiate con regressione multivariata.

Risultati

Le relazioni fra morfologia (Y1), concentrazione (X1) e motilità (X2) risultano così definite: $Y1 = 4.200 + 0,075X1 + 0,228 X2$; non è emersa alcuna significatività. Le relazioni fra concentrazione spermatica (X3), motilità (X4), morfologia (X5) e aneuploidia (Y2) viene così definita $Y2 = 3.477 - 0,005x3 - 0,005x4 - 0,015x5$. Esiste significatività solo nel caso della morfologia.

Conclusioni

Pertanto la morfologia di Kruger non risulta avere relazioni significative con motilità e concentrazione. A conferma si evidenziano relazioni significative fra aneuploidia e morfologia ma non fra concentrazione/motilità e aneuploidia. Indagini parallele hanno individuato relazioni dirette, positive e significative fra motilità e concentrazione. Precedenti lavori individuano correlazioni dirette e significative fra i risultati della fecondazione in vitro e morfologia e indicano che tale correlazione è indipendente da motilità e concentrazione. Sono noti tossici testicolari che modificano selettivamente la morfologia. Una eccessiva attività spontanea della apoptosi è stata messa in relazione con iOAT caratterizzata prevalentemente da alterata morfologia. Tutti questi dati legittimano la morfologia quale fattore predittivo a sé di fertilità.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Diagnostica citogenetica

C 31

Risultati di uno studio citogenetico e molecolare su pazienti infertili

G. Peluso*, S. Vaccarella**, G. Arena*, P. Cozza*, N. Gallo*, G. Morrone*

* *Unità Operativa Semplice di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, A.O. di Cosenza;* ** *Servizio di Virologia e Microbiologia, S.S. Immunologia e Genetica, A.O. di Cosenza*

Introduzione e obiettivi

Recentemente in letteratura è stata dimostrata una stretta cor-

relazione tra anomalie cromosomiche ed infertilità maschile; la frequenza delle alterazioni riscontrate oscilla tra 3,2 e 15,7% (variabile in base ai criteri di selezione clinica).

Studi molecolari condotti nella regione Yq11 dove mappano i geni coinvolti nel controllo della fertilità (AZF), sono correlabili con alterazione della spermatogenesi che causa il 7,5% di infertilità nei maschi.

Sulla base di tali evidenze, abbiamo effettuato indagini citogenetiche e molecolari su un campione di pazienti giunto alla nostra osservazione, per problemi inquadrabili nel capitolo dell’infertilità maschile.

Materiali e metodi

Negli anni 2004-2006 sono stati studiati 132 pazienti afferenti al nostro Servizio per problemi d’infertilità.

Dopo esame clinico-ormonale ed analisi del liquido semina-

le secondo WHO 2001, i pazienti rientravano nel seguente contesto clinico: ipogonadismo/ipogonitalismo, azoo/oligozoospermia di vario grado e sterilità maschile non altrimenti specificata.

Gli stessi sono stati sottoposti inizialmente ad analisi citogenetica su linfociti di sangue periferico secondo le procedure standard. Preventivamente è stata offerta loro una consulenza genetica al fine di fornire informazioni sul significato, l'efficacia, i limiti dei test ed eventuali rischi genetici familiari.

L'analisi delle microdelezioni è stata realizzata con l'amplificazione, mediante PCR multiplex, del DNA genomico estratto da linfociti periferici su un pannello di specifiche STS-Y per gli intervalli 5-6 dell'Yq11.

Risultati

Dall'analisi citogenetica, è emerso che: tra gli ipogonadici, 4 pazienti presentavano assetto cromosomico 47 XXY, 2 pazienti presentavano 46 XX, uno 47 XYY con blocco maturativo della spermatogenesi ed un azoospermico grave presentava un isocromosoma monocentrico per le braccia corte del cromosoma Y con cariotipo 45,X/46,Xder(Y)Y.

L'analisi del DNA ha permesso l'individuazione di microdelezioni della regione Yq11 in 4 pazienti su 60 azoospermici ed oligo-severi con conta spermatica al di sotto dei $5 \times 10^6/\text{ml}$. Nello specifico, 2 azoospermici ed un oligo-asteno-teratozoospermico presentavano una ampia delezione di AZFc, mentre in un oligosevero è stata riscontrata una delezione nella regione AZFb.

Conclusioni

I risultati del nostro lavoro hanno confermato l'importanza degli studi citogenetici e molecolari per individuare le possibili cause dell'infertilità.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 32

Incidenza delle mutazioni del gene CFTR in pazienti infertili: uno studio italiano

G. Peluso*, P. Cozza*, N. Gallo*, G. Arena*, G. Morrone*

* *Unità Operativa Semplice di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, A.O. di Cosenza*

Introduzione e obiettivi

Mutazioni del gene della fibrosi cistica incorrono più frequentemente in uomini affetti da sterilità maschile secondaria con assenza congenita mono-bilaterale dei dotti deferenti (CBAVD-CUAVD) che, nel 90% dei casi, hanno una normale spermatogenesi. Tuttavia, sono state descritte mutazioni

del gene CF associate a forme di sterilità maschile da alterata spermatogenesi.

Obiettivo di questo lavoro è stato valutare, in un gruppo di pazienti calabresi con severa dispermia e azoospermia non-CBAVD e con causa clinica di sterilità non accertata, la frequenza delle mutazioni del gene CFTR e delle varianti alleliche associate al locus (T)n.

Materiali e metodi

Sono stati esaminati nello studio 165 pazienti di età compresa tra 18-50 anni afferenti al nostro Servizio per problemi di infertilità, che non presentavano manifestazioni cliniche o storia familiare suggestiva di FC.

Dopo accertamenti clinici ed ormonali per infertilità, seguiti da analisi del seme in accordo con criteri del WHO 2001, i pazienti sono stati suddivisi in 3 sottogruppi infertili composti da: 49 oligo-severi, 52 azoospermici non-CBAVD e 64 oligo-asteno-teratozoospermici (OAT).

Successivamente sono stati scrinati mediante dot-blot reverse per le più comuni 29 mutazioni di Fc in Italia e il polimorfismo poly-T (kit commerciale).

Parallelamente è stato esaminato un gruppo di controllo di 100 uomini sani della stessa provenienza geografica.

Risultati

L'analisi molecolare ha evidenziato complessivamente i seguenti riscontri: 2/49 (4% degli oligo-severi) sono risultati eterozigoti per una mutazione del gene CF; 6/52 (11,5% degli azoospermici non-CBAVD) hanno presentato una mutazione CFTR associata alla variante 5T; 3/64 (4,7 degli OAT) erano caratterizzati dalla sola presenza dell'allele 5T come unica alterazione.

Nessuna mutazione del gene CF veniva riscontrata nel gruppo di controllo.

Conclusioni

Da questo studio è emerso che le frequenze osservate sono piuttosto basse (4,8%-11,5%) rispetto a quelle calcolate nelle casistiche selezionate di pazienti CBAVD (> 21%) e che, la frequenza degli individui eterozigoti e della variante 5T, risulta in lieve aumento nei soggetti con danno da spermatogenesi.

Da questo dato si può ipotizzare un coinvolgimento del gene CFTR in uno degli step fondamentali del processo di maturazione spermatica, influenzato altresì da fattori epigenetici che contribuiscono al fallimento della spermatogenesi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 33

Infertilità, ipogonadismo e macro-orchidismo possono essere manifestazioni dell'amiloidosi familiare ereditaria da mutazione leucina-75-prolina dell'apolipoproteina AI

P.R. Martini¹, T. Scalvini¹, R. Tardanico², G. Gregorini³, F. Scolari³, L. Biasi⁴, A. Gambera⁵, L. Obici⁶, G. Merlini⁶

¹ Dipartimento di Endocrinologia e Andrologia, Spedali Civili, Brescia; ² Dipartimento di Anatomia Patologica, Spedali Civili, Brescia; ³ Cattedra e Divisione di Nefrologia, Spedali Civili, Brescia; ⁴ Divisione di Malattie Infettive, Spedali Civili, Brescia; ⁵ Dipartimento di Ginecologia Endocrinologica; ⁶ Centro dell'Amiloidosi, Laboratorio di Ricerca Biotecnologico, IRCCS San Matteo, Pavia

Introduzione e obiettivi

Diverse forme di amiloidosi sistemica possono dare luogo a tardivo coinvolgimento testicolare. Tra queste, poche sono causate da mutazioni genetiche ereditarie.

Sporadicamente sono stati identificati casi di amiloidosi sistemica ad esordio testicolare.

Questo studio valuta casi di infertilità ed ipogonadismo dovuti all'esordio testicolare dell'amiloidosi ereditaria causata dalla mutazione leucina-75-prolina (Leu75Pro) dell'apolipoproteina AI (ApoAI).

Materiali e metodi

Dieci pazienti (età media 36 anni) giunti all'osservazione per infertilità, ginecomastia, ridotta libido, disfunzione erettile o familiarità per amiloidosi, sono stati sottoposti ad anamnesi, esame obiettivo, dosaggi ormonali per la funzione gonadica, assetto lipidico, ricerca di varianti dell'ApoAI (analisi DNA), ecografia testicolare, spermogramma e biopsia testicolare. Sono state eseguite colorazioni istochimiche (Rosso Congo, cristalvioletto) ed immunoistochimiche per la ricerca della sostanza amiloide.

Risultati

I pazienti erano azoospermici, con volume testicolare normale (19-24 ml) o elevato (27-44 ml) e basse HDL (34,1 ± 5,0 mg/dl), tutti portatori della variante Leu75Pro dell'ApoAI. Le biopsie mostravano depositi di amiloide nella parete dei vasi testicolari e dei tubuli seminiferi, talvolta associati a depositi interstiziali con danno delle cellule di Leydig e proporzionale ipogonadismo. Infatti, 5 (50%) pazienti presentavano ipogonadismo ipergonadotropo (testosterone 1,6 ± 1,1 ng/ml; LH 33,8 ± 8,7 mUI/ml; FSH 59,7 ± 22,4 mUI/ml). Negli altri 5 soggetti, gli alti livelli di gonadotropine (LH 13,7 ± 3,9

mUI/ml; FSH 25,6 ± 6,5 mUI/ml) mantenevano normali valori di testosterone (4,1 ± 0,2 ng/ml).

Conclusioni

Una severa dispermia, in pazienti con o senza ipogonadismo e volume testicolare normale o aumentato, può essere causata da amiloidosi ereditaria dovuta alla variante Leu75Pro dell'ApoAI. Il coinvolgimento testicolare può essere la prima o unica manifestazione di questa malattia che altera la funzione spermatica e poi, progressivamente, quella endocrina.

Nei familiari giovani positivi per la mutazione, anche se asintomatici, sono indicati: spermogramma e dosaggi ormonali periodici, consulenza genetica ed eventuale conservazione del seme. I portatori, debitamente monitorati, possono intraprendere la terapia ormonale sostitutiva prima dell'insorgere di ipogonadismo franco.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 31

Sindrome del maschio XX. Studio clinico e genetico di un caso

G. Peluso*, S. Vaccarella**, G. Arena*, P. Cozza*, N. Gallo*, G. Morrone*

* *Unità Operativa Semplice di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, A.O. di Cosenza;* ** *Servizio di Virologia e Microbiologia, S.S. Immunologia e Genetica, A.O. di Cosenza*

Introduzione e obiettivi

La sindrome del maschio XX è una rara condizione clinica (1/20'000 nati maschi) caratterizzata dalla presenza di fenotipo maschile in soggetti con assetto cromosomico femminile (46,XX).

I pazienti affetti presentano in genere ipogonadismo ipergonadotropo, sviluppo puberale alterato, testicoli di dimensioni ridotte ed azoospermia.

In questo lavoro sono state descritte le caratteristiche cliniche e genetiche di un soggetto giunto alla nostra osservazione per problemi di infertilità ed al quale è stata diagnosticata, la sindrome del maschio XX.

Materiali e metodi

Un paziente di anni 34 affetto al nostro Servizio, da un attento esame clinico presentava le seguenti caratteristiche: dimensioni del pene normali, volume testicolare notevolmente ridotto (2 ml test. DX, 1 ml test. SX), dimensioni normali della ghiandola prostatica, assenza di ginecomastia, densità e distribuzione normale della peluria facciale, ascellare e pubica. La concentrazione dei livelli sierici di FSH ed LH è stata stimata rispettivamente 49 e 20 mIU/ml (range v.n. a 1,3-12,0 e 1,2-8,6 mIU/ml), mentre la concentrazione totale di testosterone nel siero risultava 2,5 ngr/ml (range v.n. 2,8-7,8 ngr/ml).

L'analisi del seme eseguita anche su citocentrifugato secondo criteri del WHO 2001, ha evidenziato azoospermia. Il paziente inoltre presentava anamnesi familiare senza note di rilievo.

Previo consenso per l'inclusione nello studio, è stata effettuata analisi del cariotipo su linfociti di sangue periferico secondo le procedure standard, ed analisi molecolare mediante amplificazione del DNA genomico estratto da buffy-coats per l'individuazione della presenza della regione SRY e le microdelezioni dei geni dell'AZF sull-Yq11 mediante l'uso di 25 STS (intervalli 5-6)

Risultati

Il cariotipo presentava assetto modale 46XX permettendo la diagnosi di sindrome del maschio XX.

Lo studio molecolare rilevava l'assenza della regione codificante del gene SRY, mentre la presenza delle microdelezioni del cromosoma Y confermava la mancanza del braccio lungo di questo cromosoma, il che giustificava il fenotipo infertile azoospermico del nostro caso.

Conclusioni

Le caratteristiche eterogenee della suddetta sindrome, insieme alla sua rarità, rendono difficile l'individuazione della stessa nella diagnosi differenziale dei fenotipi maschili con azoospermia congenita.

Pertanto l'indagine citogenetica, rappresenta una tappa fondamentale in queste categorie di soggetti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 32

Pseudo-ermafroditismo maschile e deficit di 5-alfa-reduttasi: nuova mutazione in omozigosi del gene SRD5A2

M. Vetri, G. Picicchio, F. Mangiola, S. Bertelloni*, F. Baldinotti**

*Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Specialistica, Unità Operativa di Endocrinologia, Azienda Ospedaliera "Garibaldi-Nesima", Università di Catania; * U.O. Clinica Pediatrica II, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Pisa; ** U.O. Citogenetica e Genetica Molecolare, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Pisa*

Introduzione

Lo pseudoermafroditismo maschile causato dal deficit di 5-alfa-reduttasi è un disordine autosomico recessivo. L'enzima

5-alfa-reduttasi di tipo 2 (codificato dal gene SRD5A2) catalizza la conversione di testosterone a diidrotestosterone (DHT), indispensabile per la mascolinizzazione completa dei genitali esterni, per la formazione delle vescichette seminali, dell'uretra e della prostata. Il fenotipo degli individui affetti è variabile: da una forma di femminilizzazione completa, ad ambiguità dei genitali di vario grado, sino ad un aspetto maschile normale ed infertilità, a seconda del tipo di mutazione e del suo effetto sull'attività enzimatica.

Materiali e metodi

Descriviamo un soggetto di sesso maschile di 9 anni: alla nascita micropene, criptorchidismo bilaterale ed ipospadia perineoscrotale; dopo frenulectomia di sbrigliamento, è stato effettuato test provocativo con hCG deponente per presenza di tessuto leydigiano ed analisi del cariotipo (46, XY). Successivamente orchipessi bilaterale ed intervento di raddrizzamento del pene con ureteroplastica. A 3 anni terapia con testosterone a basse dosi e quindi con DHT transdermico.

Risultati

Alla nostra prima osservazione il paziente presentava volume testicolare Prader 3 bilaterale, microfallo (cm 3,0 di lunghezza) e persistenza di ipospadia perineoscrotale, secondaria a fistolizzazione postchirurgica. È stata allora eseguita l'analisi del DNA genomico: le anomalie di sequenza dei codici del gene del SRD5A2 sono state studiate mediante PCR con sequenziamento automatico degli esoni 1-5 del gene. Lo stesso studio è stato eseguito sul gene del recettore androgenico (AR). È stata individuata una nuova mutazione puntiforme del gene SRD5A2 in omozigosi, finora non descritta, che induce modificazione della tripletta TAC in TTC e determina la sostituzione dell'aminoacido tirosina con fenilalanina e, verosimilmente, un difetto funzionale dell'enzima, parziale o totale. Nessuna mutazione è stata individuata a livello del gene AR.

Conclusioni

Riportiamo una nuova mutazione gene SRD5A2, sinora mai descritta, che conferma l'importanza dell'analisi mutazionale di questo gene in tutti i casi di pseudoermafroditismo maschile, anche in quelli con difetti minori della mascolinizzazione quali ipospadia e micropene. Nei casi di ambiguità genitale l'analisi del gene SRD5A2 può consentire una diagnosi precoce e, quindi, un trattamento tempestivo fin dai primi mesi di vita.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Terapia farmacologica

C 43

Ruolo della terapia antiossidante nell'infertilità maschile

G. Ranieri*, G. Paradiso Galatioto*, G. Simoncini*, G. Pace*, G. Angelozzi*, A. Sacchetti**, C. Vicentini*

* Università de L'Aquila, Scuola di Specializzazione in Urologia; ** Università di Chieti

Introduzione

Dalla revisione della letteratura più recente si osserva una alterazione del liquido seminale comune a diverse patologie. Normalmente i ROS (specie reattive dell'ossigeno) in piccole quantità sono necessari per completare alcune funzioni della fase terminale della maturazione dei gameti. È ormai noto che infiammazioni genito-urinarie e infezioni possono indurre la formazione di notevoli quantità di ROS i quali hanno la potenzialità di danneggiare sia i tessuti del tratto genitale che la qualità del liquido seminale che più frequentemente risulta alterato nella motilità, nella morfologia e nella densità. Il plasma seminale contiene potenti antiossidanti, come la superossidodismutasi (SOD) che proteggono gli spermatozoi nell'ejacolato dal danno indotto dai ROS.

Materiali e metodi

Abbiamo arruolato nel nostro studio 30 pazienti (pz) con alterazioni del liquido seminale. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a spermioγραμμα a tempo zero, a tre mesi e a sei mesi e inoltre sono stati valutati dal punto di vista ormonale e strumentale con ecotesticoli. A 15/30 pazienti è stata somministrata terapia antiossidante di supporto al tempo zero. A 5 su 30 pazienti è stata prescritta terapia antiossidante e contestualmente antibiotica avendo essi spermio-colture positive. I restanti 10 pazienti costituivano gruppo di controllo. È stata proposta come terapia antiossidante omocisteina 600 mg 1 cp/die, L-carnitina 1 g 2 volte/die, beta carotene e terapia vitaminica con vitamine E + C di supporto, per un ciclo di 6 mesi.

Risultati

Gli spermio-grammi eseguiti già dopo i 3 mesi di terapia dimostravano un miglioramento variabile dello spermio-gramma. Dopo 6 mesi si è evidenziato un miglioramento significativo della conta spermatica nei soggetti trattati (da 14 ± 5 a 23 ± 11 milioni/ml), ed un lieve miglioramento della motilità a 1 h (sia validamente progressiva che lentamente progressiva da 25% a 45%) e della morfologia (forme normali da 15 a 22% nei trattati), rispetto al gruppo di controllo che invece non ha dimostrato miglioramenti. Inoltre abbiamo evidenziato che la sospensione della terapia antiossidante produce una regressione della conta spermatica a valori iniziali.

Conclusioni

Ottimizzare il microambiente testicolare con una terapia antiossidante permette di ottenere migliori risultati sulla qualità del liquido seminale, in termini di conta spermatica, morfologia e motilità.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 44

Effetti sulla produzione di alcune citochine e sul quadro spermatico della terapia con L-arginina, L-carnitina, vitamina E, coenzima Q10, in alcuni modelli clinici di infertilità maschile

E. Vicari, R. Castiglione, F. Garrone, C. Battiato, G. Sidoti, S. La Vignera

Sezione di Andrologia, Endocrinologia e Medicina Interna, Dipartimento di Scienze Biomediche, Ospedale Garibaldi-Centro, Università di Catania

Introduzione e obiettivi

Valutare l'effetto di un trattamento a base di L-arginina, L-carnitina, vitamina E, e coenzima Q10 (C.F.) su quadro spermatico e/o citochine pro-infiammatorie; concentrazioni nel plasma seminale (PS) di TNF- α e IL-6: met. sandwich ELISA high sensitivity < 0,039 pg/ml, R&D System Europe Ltd, UK, in 2 modelli clinici di infertilità, di OAT: (1) infiammazione-dipendente (OAT-id), dove (C.F.) rappresentava la IV tappa di un protocollo terapeutico sequenziale: antibiotici-FANS-complesso antiossidante: vitamina C, Licopene, Glutazione, Vitamina E (C.A.); (2) infiammazione-indipendente (OAT-ii), (C.F.) unica tappa terapeutica. Fasi di valutazione: pretrattamento (T0), alla fine del terzo mese di trattamento (T3) e dopo 3 mesi di wash-out (T6).

Materiali e metodi

a) OAT-id: 31 pazienti (età 28-42 aa) infertili, non fumatori, clinicamente (dopo ecografia, spermio-coltura + t. uretrale) caratterizzati, dopo recente protocollo terapeutico sequenziale (antibiotici-FANS-antiossidanti), per prostatove-sciculite (PV, n = 18) o prostatove-sciculo-epididimite (PVE, n = 13) microbica; b) OAT-ii: 18 pazienti (età 29-40 anni) infertili, non fumatori, senza segni seminologici ed ecostrutturali di PV o PVE. Gruppo di controllo 11 soggetti (età 32-40 anni) di recente (1-3 mesi) fertilità, non fumatori, senza provata flogosi uro-genitale accettarono di sottoporsi ad 1 spermio-gramma con determinazione nel PS di TNF- α e di IL-6.

Risultati

a) nei pazienti con OAT-id, con PVE si registrarono (T3 vs. T0): aumento significativo della motilità progressiva (MP) e riduzione significativa di TNF- α nel (PS); b) nei pazienti con OAT-ii, la (MP) fece registrare un aumento significativo, mentre la motilità totale (MT) mostrò un trend ($p = 0,07$) di miglioramento. Gli altri parametri spermatici (densità, numero totale spermatozoi, MT, morfologia) (in pazienti OAT-id da PV o PVE; OAT-ii) non hanno fatto registrare significative modifiche.

Conclusioni

In presenza di OAT-id, i risultati del quadro spermatico (aumento della MT e MP) nei casi di PVE risentono della riduzione di TNF- α e della integrazione terapeutica di (C.F.), formulato su principi del microambiente epididimale. Nel gruppo con OAT-ii, eterogeneo per patogenesi, i risultati sono più difficili da interpretare e sembrano essere influenzati dal tasso di pazienti responders, unici a trarre vantaggio terapeutico da una terapia basata sul potenziamento energetico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 34

Testosterone gel nel trattamento della asteno-teratospermia: revisione di 25 pazienti

G. Todeschini, P. Rossi, M. Scibona, E. Greco*, M.A. Bertozzi, N. Dinelli, F. Menchini Fabris

*U.O. di Andrologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Policlinico Pisa; * European Hospital Roma*

L'infertilità interessa una fascia di popolazione maschile che va dal 5 al 12%, si può considerare quindi come una vera e propria malattia sociale la cui frequenza va costantemente aumentando nel tempo, dai dati presenti in letteratura relativi agli anni settanta infatti, si è verificata una costante diminuzione del numero di spermatozoi (espresso come milioni/millilitro di liquido seminale). Negli ultimi anni specificità e correttezza diagnostica hanno acquisito una sempre maggior rilevanza, di pari passo ad un notevole progresso terapeutico relativamente ad alcuni aspetti della pratica andrologica specificatamente il trattamento del deficit erettivo. Tuttavia la disponibilità di terapie mediche per il trattamento dell'infertilità maschile risulta limitata. Per tale motivo è stata indagata la possibilità di impiego del testosterone gel transdermico. Sono stati selezionati 30 pazienti consecutivi giunti alla osservazione presso il Centro di Andrologia nel periodo ottobre-dicembre 2005, sono stati suddivisi in due gruppi omogenei di 15 pazienti: gruppo V (pregresso intervento di varicocele da almeno 12 mesi) e gruppo I (asteno-teratospermia idiopatica).

Gruppo V età media 35,6 anni; 34,3 Mil/ ml; motilità a + b 28% forme anomale 75,9%.

Gruppo I età media 35,6 anni; 42,4 Mil/ ml; motilità a + b 23,3%, forme anomale 74%

Ad entrambi gruppi è stato fornito (TestogelTM e AndrogeTM) 1/die per 180 giorni ore 8:00 come trattamento.

I risultati a 180 giorni per il Gruppo V (10 pazienti al follow-up) 39,8 Mil/ ml motilità a + b 32,5%; forme anomale 71,1% mentre per il Gruppo I (15 pazienti al follow-up) 52,5 Mil/ml, motilità a + b 26,3%, forme anomale 70%.

I risultati dello studio, per quanto preliminari, sembrano essere incoraggianti nel suggerire un ruolo del Tgel nel trattamento della asteno-teratospermia sia idiopatica che secondaria a varicocele evidenziando come risulti deontologicamente corretto effettuare un controllo andrologico prima di inviare una coppia verso tecniche di procreazione medicalmente assistita, che possono risultare talvolta molto impegnative sia in termini dell'investimento economico ed affettivo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 45

Il trattamento maschile migliora i risultati dell'inseminazione artificiale

I. Natali*, S. Simi**, P. Turchi**

* U.O. Ginecologia e Ostetricia, Ospedale di Pescia, Azienda USL 3, Pistoia; ** Servizio di Andrologia, Azienda USL 4, Prato

Introduzione e obiettivi

Scopo dello studio è valutare se il trattamento del maschio, in coppie che si sottopongono ad inseminazione artificiale, aumenti la qualità del seme e incrementi la possibilità di gravidanza.

Materiali e metodi

Sono stati studiati 2 gruppi di maschi di coppie infertili. Il primo (gruppo I), comprendeva 26 uomini con sola valutazione seminale, visti tra il '96 ed il '02. Il secondo (gruppo II), 22 uomini visti tra il '02 ed il '06, periodo nel quale la collaborazione con il Servizio di Andrologia ha permesso la valutazione clinica sistematica di tutti i partner maschili, secondo un protocollo di indagine andrologica uniforme (visita, spermogramma, test di capacitazione, eco scrotale e prostatica, test endocrini e microbiologici, analisi genetica nelle azoospermie e nelle dispermie gravi). Le terapie effettuate comprendevano uFSH o rFSH, antiossidanti (carnitine), antibiotici (chinolonici) per infezioni e per profilassi sistematica preinseminazione, correzione di varicocele di grado > II. Nel caso delle inseminazioni, il seme veniva centrifugato subito dopo la liquefazione su un gradiente di densità, lavato e sospeso in 4 ml di terreno per la perfusione tubarica di spermatozoi (PTS).

Nel capacitato dei due gruppi sono stati considerati: concentrazione, motilità di tipo a + b e di tipo a che sono state con-

frontate nei gruppi I e II e nel gruppo II prima e dopo terapia. Infine la percentuale di gravidanze, spontanee o indotte, nel gruppo I e nel gruppo II.

Risultati

Dal confronto sono emerse differenze statisticamente significative per la motilità di tipo a + b nel gruppo II prima e dopo il trattamento ($\alpha = 0,05$, $p < 0,05$), la motilità di tipo a nel gruppo I e nel gruppo II ($\alpha = 0,05$, $p < 0,05$), la motilità di tipo a nel gruppo II prima e dopo il trattamento ($\alpha = 0,05$, $p < 0,05$), il tasso di gravidanze indotte nel gruppo I e nel gruppo II ($\alpha = 0,05$, $p < 0,05$).

Conclusioni

Pur nella limitatezza del campione lo studio dimostra come il trattamento del maschio migliori la motilità di tipo a + b, quello di tipo progressivo rapido ed incrementi il tasso di gravidanze indotte. Si ribadisce perciò l'opportunità dell'intervento andrologico in tutte le coppie che accedono a una valutazione per infertilità.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Terapia chirurgica

C 46

Soggetti affetti da infertilità da ejaculatory duct obstruction (EDO) dovuta a cisti della vescicola seminale associata ad agenesia renale omolaterale: risultati dopo resezione transuretrale del dotto eiaculatore (TURED)

G. Pace, G. Galatioto Paradiso, G. Ranieri, P. Ronchi, C. Vicentini

Università de L'Aquila, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Urologia, Ospedale G. Mazzini, U.O. di Urologia, Teramo

Introduzione e obiettivi

Cisti delle vescicole seminali associate ad una malformazione del tratto urinario alto omolaterale, rappresentano una rara anomalia urologica che si manifesta più di frequente a destra e la diagnosi viene fatta principalmente nella terza decade di vita quando il desiderio di procreazione diventa più intenso. I soggetti colpiti sono affetti da infertilità su base ostruttiva con azoo o oligozoospermia.

Materiali e metodi

Riportiamo 3 casi venuti alla nostra osservazione nel periodo tra maggio e dicembre 2005, con cisti della vescicola seminale di destra, agenesia del rene omolaterale ed affetti d infertilità. Sono stati sottoposti ad esplorazione rettale, dosaggio ormonale, esame del liquido seminale, ecografia transrettale (TRUS) ed a TRUS-guided seminal vesicle aspiration (SVA), cistoscopia e risonanza magnetica nucleare (RMN) delle vie seminali e trattati con TURED.

Risultati

L'età media dei 3 pazienti è 30 anni, riferivano solo una esi-

gua quantità di eiaculato. L'esame fisico ha permesso di apprezzare la presenza di una massa alla base della ghiandola prostatica confermata dalla TRUS essere una cisti facente parte della vescicola seminale di destra aumentata di dimensioni ed una RMN delle vie seminali ha evidenziato un'ostruzione del dotto eiaculatore di destra e dilatazione della vescicola seminale omolaterale associata all'agenesia del rene dello stesso lato. Ciascuno presentava anomalie del liquido seminale valutato per almeno tre volte per ciascun paziente, riassumibili in una riduzione del volume, del numero e della motilità degli spermatozoi con una ridotta concentrazione di fruttosio, confermata anche dall'esame del liquido prelevato direttamente dalle vescicole. Dopo il trattamento con la TURED tutti i pazienti hanno riferito un aumento del volume del liquido seminale, confermata con la successiva ripetizione a 2 mesi dall'intervento, dell'esame dello stesso e netto aumento del volume, del numero e della motilità degli spermatozoi. Ad una recente visita di controllo due hanno già coronato il loro desiderio di paternità senza dover ricorrere a tecniche di procreazione assistita.

Conclusioni

Cisti congenite della linea media della ghiandola prostatica possono causare ostruzione del dotto eiaculatore con dilatazione della vescicola seminale, infertilità dei soggetti che ne sono affetti. L'esame del liquido seminale e la TRUS permettono una semplice diagnosi e la TURED dà ottimi risultati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 47**Correzione del varicocele nell'azoospermia non ostruttiva**

G. Maio, S. Saraeb, S. Raineri

*Unità Operativa di Urologia e Andrologia, Casa di Cura, Abano Terme (PD)***Introduzione e obiettivi**

La correzione del varicocele in soggetti con azoospermia non ostruttiva è argomento controverso in quanto un recupero della fertilità spontanea è molto difficile. L'utilizzo sempre più ampio di tecniche di fecondazione assistita ed in particolare della ICSI secondo alcuni autori può rendere utile l'intervento. A tale scopo abbiamo rivalutato la nostra esperienza.

Materiali e metodi

Dal gennaio 2000 al giugno 2005, 20 pazienti membri di coppie infertili che presentavano azoospermia non ostruttiva e varicocele come unica causa evidente di azoospermia, sono stati sottoposti ad intervento di correzione chirurgica del varicocele. L'età media dei soggetti era pari a 36,5 anni (29-42 aa); il varicocele era di grado II in 8 pazienti, di grado III in 12 pazienti. La tecnica di correzione è stata quella di scleroembolizzazione anterograda in tutti i casi associata a lega-

tura delle vene funicolari ectasiche in 7 casi. Le dimensioni dei testicoli valutate mediante orchidometro erano pari a 12 cc (DS = 2,5 cc).

Risultati

2 pazienti su 20 (10%) hanno avuto gravidanze spontanee a termine dopo l'intervento (dopo 8 e 11 mesi) in entrambi i soggetti i parametri seminali erano prossimi alla norma; 5 pazienti (25%) hanno presentato spermatozoi nel liquido seminale dopo l'intervento (1,5-3 milioni di spermatozoi mobili per ejaculato); le partner di questi soggetti si sono sottoposte successivamente ad ICSI a seguito della quale si sono avute 3 gravidanze (2 a termine); 13 pazienti (65%) sono rimasti azoospermici.

Conclusioni

La correzione del varicocele azoospermico nelle coppie infertili è ancora controversa; nella nostra esperienza abbiamo avuto ricomparsa di spermatozoi nel 35% dei casi e nel 10% la quasi normalizzazione dei parametri seminali seguita da gravidanza spontanea. Vista la mini-invasività della correzione del varicocele e la severità prognostica dell'azoospermia riteniamo che l'intervento di correzione del varicocele nelle azoospermie non ostruttive che non presentino altre cause di danno testicolare debba essere preso in considerazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Terapia e PMA**V 15****Tese microchirurgica nell'azoospermia secretoria**

P. Parma, G. Guatelli, B. Dall'Oglio, L. Luciano, V. Galletta, C. Bondavalli

*Divisione di Urologia e Centro di Medicina della Riproduzione, Azienda Ospedaliera "C. Poma", Mantova***Introduzione**

Viene presentata la nostra tecnica di microtese che eseguiamo nei casi di azoospermia non ostruttiva (NOA) con FSH > 12 UI/L.

Materiali e metodi

Incisione cutanea emisacroto dx, aperto il dartos e la vaginale si esteriorizza il testicolo. Col l'ausilio del microscopio operatore si visualizzano i vasi sottotunicali e si procede alla incisione della albuginea con microbisturi. La incisione della albuginea in senso trasversale deve essere ampia ed eseguita in una regione avascolare. L'ingrandimento a 18 X ad alta risoluzione permette al chirurgo di evitare i vasi intratesticola-

ri. Dopo aver separato sulla linea equatoriale i 2 lobi testicolari si esaminano direttamente i tubuli seminiferi per isolare quelli a struttura più ampia ed opaca dove si presume vi possano essere spermatozoi. Quindi si procede alla asportazione di piccoli volumi di tessuto testicolare per via smussa. Si eseguono in media 30 prelievi. Si procede quindi alla chiusura della albuginea in continua con monocryl 6-0. Chiusura della vaginale, dartos e cute.

Conclusioni

La microdissezione dei tubuli seminiferi con conseguente identificazione delle rare regioni testicolari che contengono spermatozoi negli uomoni con NOA permette di limitare la quantità di tessto testicolare escisso incrementando nel contempo la percentuale di pazienti con effettivo recupero di spermatozoi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 48**Ruolo del prelievo chirurgico di spermatozoi nell'anejaculazione da mielolesione**

F.I. Scropo*, M. Spinelli*, M. Citeri*, G. Tesoriere**, D. Giacchetta**, T. Redaelli*, G.M. Colpi**

* *Neuro-Urologia; Neuro-Andrologia, Unità Spinale Unipolare, Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano;* ** *U.O. Urologia II, Andrologia, Ospedale San Paolo, Milano*

Introduzione e obiettivi

La fertilità nel paziente mieloleso è usualmente ridotta in conseguenza di alterazioni del quadro seminale e della anejaculazione. L'impiego del vibromassaggio (PVS) e, se necessario, dell'elettroejaculazione (EEJ) a seguire, consente di ottenere ejaculazione nella quasi totalità dei casi. L'EEJ è da considerarsi tuttavia procedura invasiva ed i parametri seminali da sperma elettroejaculato risultano sub-ottimali, tali da richiedere spesso il ricorso a tecniche di procreazione medico-assistita di II° livello. Nostro obiettivo è la verifica dei risultati ottenibili relativi a tassi di recupero e gravidanze, ricorrendo, in alternativa, al prelievo di spermatozoi dal testicolo o mediante seminal tract washout (STW).

Materiali e metodi

Nel periodo gennaio 2003 - aprile 2005 13 pazienti non responsivi a PVS con lesione midollare post traumatica sono stati sottoposti a prelievo chirurgico di spermatozoi per iniezione intracitoplasmatica (ICSI). In 7 pazienti si è ricorso a "testicular sperm extraction" (TESE), in 1 a "testicular fine needle aspiration" (TEFNA), in 2 a STW, in 1 a TEFNA + STW, in 2 a TESE + STW. Fatta eccezione per i recuperi ottenuti da TEFNA sono stati utilizzati spermatozoi crioconservati.

Risultati

Spermatozoi sono stati recuperati in 12 pazienti (92,3%) mentre in 1 caso in cui pre-esistevano fattori prognostici negativi (i.e. FSH > 2 v.n. e ridotto volume testicolare) la TESE è risultata infruttuosa. Sono stati effettuati 13 cicli ICSI in 7 coppie ottenendo 4 gravidanze di cui una trigemina ed una gemellare (PR per ciclo 30,7%, PR per coppia 57,1%).

Una gravidanza è stata ottenuta da STW, una da TESE, una da TEFNA mentre per un paziente sottoposto a TEFNA + STW la gravidanza è stata ottenuta preferendo l'impiego di spermatozoi prelevati a fresco mediante TEFNA. Nei restanti 5 casi con recupero positivo gli spermatozoi sono stati crioconservati.

Conclusioni

Al momento la pregnancy rate per coppia e per ciclo ottenibile mediante ICSI da recupero chirurgico di spermatozoi nel paziente mieloleso anejaculante non responsivo a vibromassaggio risulta essere superiore a quella riferibile alla presenza di un fattore maschile severo. Tecniche chirurgiche mini-invasive costituiscono una potenziale alternativa all'EEJ.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 49**Recupero chirurgico degli spermatozoi con processing ed estrazione a distanza: una procedura possibile**

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

Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale S. Giovanni Battista, Torino

Introduzione e obiettivi

Il recupero chirurgico (TeSE) degli spermatozoi dal parenchima testicolare di soggetti azoospermici consta di due fasi: il prelievo bioptico (fase 1) e il processing del materiale estratto, con l'estrazione degli spermatozoi (fase 2). Per la fase 2, la soluzione ottimale è quella di avere un laboratorio confinante con la sala operatoria; in caso ciò non sia possibile si allestisce nella sala stessa un banco con il microscopio ed il materiale necessario per il processing. Dopo avere uniformato tutte le procedure e valutato i risultati ottenuti nella modalità esecutiva con il Biologo in sala operatoria, abbiamo provato ad eseguire il prelievo di una quantità prefissata di parenchima testicolare senza il riscontro diretto del Biologo in sala ma dilazionando la fase 2 nel laboratorio del Centro di Medicina della Riproduzione.

Materiali e metodi

Dal gennaio 2000 al dicembre 2002 sono state eseguite 28 TeSE con riscontro diretto del Biologo in sala operatoria; dal gennaio 2003 al marzo 2006 abbiamo eseguito 106 TeSE "alla cieca" inviando non meno di 500 mg di parenchima testicolare diviso in due provette graduate tipo Falcon da 15 mL (Sarstedt) contenenti 3 ml di Sperm Washing Medium (Irvine Scientific). Le provette sono state sigillate in una apposita busta contenente una scheda con i dati e con i risultati degli esami sierologici per HBV, HCV, HIV. Il trasporto è sempre avvenuto a temperatura prossima a quella cutanea idonea a non danneggiare il materiale biologico.

Risultati

1. Il rate di recupero degli spermatozoi da TeSE con Biologo in sala è stato del 56%; il tempo medio impiegato per ogni intervento è stato di 40 min. 2. Il rate di recupero degli spermatozoi da TeSE "alla cieca" è stato del 56,7% il tempo medio impiegato per ogni intervento è stato di 15 min. 3. Non sono emerse differenze statisticamente significative nei risultati delle procedure ICSI con spermatozoi freschi o crioconservati rispetto alle due differenti procedure utilizzate né con i risultati della letteratura.

Conclusioni

La possibilità di avere il laboratorio di medicina della riproduzione contiguo alla sala operatoria rimane la soluzione ottimale per l'estrazione degli spermatozoi dal parenchima testicolare ottenuto con prelievo chirurgico in soggetti azoospermici. La procedura da noi utilizzata permette di ridurre le problematiche logistiche ed organizzative, con conseguente

contenimento dei costi; inoltre, a fronte di una maggiore rapidità esecutiva, permette l'esecuzione di processing, estrazione ed eventuale congelamento direttamente in laboratorio. Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 37

Tese e FIVET/ICSI: la nostra esperienza

A. Natali, G. Vignolini, M. Rossetti, L. Manoni, F. Nelli, G. Giubilei, A. Minervini, B. Fuzzi*, L. Criscuoli*, I. Noci*, M. Carini

*Clinica Urologica I, Università di Firenze; *Clinica Ostetrica e Ginecologica, Università di Firenze*

Introduzione e obiettivi

L'estrazione testicolare degli spermatozoi (TESE) in associazione alla iniezione intracitoplasmatica degli spermatozoi (ICSI) trova indicazione nei casi di azoospermia non altrimenti risolvibile. In questo studio riportiamo la nostra esperienza relativa a 27 pazienti azoospermici trattati con ciclo TESE/ICSI/FIVET.

Materiali e metodi

Nel periodo giugno 2002-dicembre 2005 abbiamo eseguito 27 TESE diagnostiche, combinate a criopreservazione degli spermatozoi recuperati, relative a pazienti con azoospermia di tipo ostruttivo in 11 casi (40%) e secretivo in 16 (60%). Ogni paziente apparteneva a coppie candidate a ciclo di TESE/ICSI/FIVET. I pazienti sono stati sottoposti, in regime di DH ad anestesia del funicolo spermatico, gli spermatozoi sono stati recuperati tramite incisione cutanea scrotale ed accesso al parenchima testicolare con incisioni multiple dell'albuginea testicolare. Il recupero degli spermatozoi, la loro eventuale crioconservazione, la ICSI, la verifica dell'avvenuta fertilizzazione e il trasferimento degli embrioni in utero sono stati eseguiti secondo la procedura standard.

Risultati

Spermatozoi sono stati recuperati in 21 delle 27 (78%) TESE eseguite. Di queste, 7 (33%) sono risultate relative a pazienti con azoospermia secretiva e 14 (67%) ostruttiva. Sono stati eseguiti 18 cicli ICSI, di cui 12 relativi a 10 pazienti con azoospermia ostruttiva e 6 relativi a 4 pazienti con azoospermia secretiva. La fertilizzazione è stata ottenuta in 12 delle 21 TESE eseguite (58%); in particolare la percentuale di fertilizzazione divisa per gruppo risulta del 42,8% per le forme secretive e del 64,2% per le forme ostruttive, percentuali che si allineano con i dati della letteratura internazionale. Le gravidanze cliniche sono risultate 3/21 (14,2%).

Conclusioni

I nostri dati confermano che la procedura TESE/ICSI/FIVET risulta una efficace e sicura terapia per il trattamento delle azoospermie sia di tipo ostruttivo che secretivo. Il nostro studio infatti ha evidenziato alte percentuali di fertilizzazione sia nei pazienti con azoospermia secretiva che ostruttiva.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 50

TESE + ICSI nella grave insufficienza spermatogenetica primitiva: nostra esperienza

P. Parma, S. Guatelli, B. Dall'Oglio, L. Schiavon, M. Luciano, V. Galletta, E. De Luise, C. Bondavalli

Divisione di Urologia e Centro di Medicina della Riproduzione, Azienda Ospedaliera "C. Poma" di Mantova

Introduzione

La biopsia testicolare con estrazione di spermatozoi (TESE) e successiva loro iniezione intracitoplasmatica (ICSI), introdotta nel 1993 per la terapia dell'azoospermia non ostruttiva (NOA) è ora indicata anche per i pazienti con azoospermia ostruttiva (OA). La crioconservazione degli spermatozoi estratti dal testicolo rende poi possibile la fertilizzazione e la gravidanza. Le percentuali di successo di gravidanza nelle NOA sono funzione del reperto istologico e non dei valori di FSH o del volume testicolare.

Materiali e metodi

Da maggio 1998 a dicembre 2005 abbiamo eseguito 134 TESE in 110 pazienti con azoospermia o grave oligoastenospermia. L'anestesia è stata locale in 100 casi e generale in 9. Se in un testicolo non venivano reperiti spermatozoi si biopsiava anche l'altro. L'età media dei pazienti era 34 anni. In 6 casi selezionati abbiamo eseguito la TESE con tecnica microchirurgica.

Risultati

L'esame istologico è stato eseguito in 106 casi ed ha mostrato: Nelle NOA si è ottenuta la assenza di spermatozoi in 39 casi (sindrome a sole cellule del Sertoli 21, atrofia spermatogenetica 5 casi, arresto maturativo completo 11 casi, ipospermatogenesi severa 4 casi). In 25 casi invece si è ottenuta la presenza di spermatozoi nel campione istologico (ipospermatogenesi 14 casi, arresto maturativo incompleto 7 casi, sindrome a sole cellule del Sertoli 4 casi). Nei 40 casi di OA abbiamo ottenuto una spermatogenesi regolare in tutti i pazienti. Nelle NOA vi è stata una percentuale complessiva di recupero degli spermatozoi pari al 38%. La microTESE ha permesso di incrementare la percentuale di recupero degli spermatozoi dal 38% al 50%.

Le percentuali di transfert positivi in funzione del tipo di azoospermia sono state: 20,5% nelle OA e 18% nelle NOA.

Conclusioni

La grave insufficienza spermatogenetica primaria è oggi spesso curabile con la TESE-ICSI. Questa è consigliabile come prima opzione terapeutica nei pazienti senza segni clinici di azoospermia ostruttiva e con regolare cariotipo. La TESE-ICSI ha un ruolo anche nei pazienti ostruiti quando l'età avanzata della coppia o difficili situazioni locali rendono aleatorio il successo di una ricanalizzazione microchirurgica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Varicocele

Varicocele dell'adolescente

C 8

Report: consensus conference varicocele dell'adolescente. Roma 4-5 novembre 2005

G Mazzoni*, A. Guerani**

* Uoc Chirurgia Pediatrica, Ospedale S. Camillo, Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini, Roma; ** Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina, Roma

Introduzione e obiettivi

Contrastanti opinioni sono sostenute ancora oggi dai vari specialisti sul "se, quando e come" trattare il varicocele nel giovane, poiché, non potendo effettuare uno spermogramma, non è possibile sapere con certezza se è presente o se ci sarà un danno testicolare. Per questo motivo è stata organizzata a Roma il 4-5 novembre 2005, con l'egida congiunta della Società Italiana di Andrologia e quella di Urologia Pediatrica, una "Consensus conference sul varicocele dell'adolescente".

Materiali e metodi

Nell'anno 2005 un questionario sul varicocele dell'adolescente è stato inviato a tutti i soci SIA e SIUP e a diverse associazioni di pediatri, endocrinologi, andrologi medici e radiologi. Nel corso della Consensus è stata effettuata una nuova raccolta dei dati sia con televoto diretto in sala congressuale sia con questionari compilati dai congressisti non presenti al televoto. Le 100 risposte della Consensus sono state

confrontate con le 155 pervenute prima dell'evento.

Risultati

Nel presente studio sono stati presi in considerazione i dati più significativi che sono emersi da tale evento. Per l'indicazione al trattamento è necessario effettuare una valutazione del reflusso con un doppler o, meglio, con un ecocolordoppler che darà informazioni più complete fornendo dati anche sul volume di entrambi i testicoli, sul diametro delle vene, sulla possibile presenza di patologie associate. Non c'è un consenso univoco sull'importanza degli esami di laboratorio: occorrono studi controllati su larga scala per valutare l'efficacia dell'FSH e dell'Inibina B. Per quanto riguarda il trattamento, le preferenze chirurgiche sono la legatura retroperitoneale in blocco con risparmio di linfatici e la legatura subinguinale con tecnica microchirurgica e risparmio di arteria e linfatici. Le tecniche sclerosanti hanno avuto un rilevante consenso rispetto a precedenti simili eventi, essendo ritenute di prima scelta dal 44% dei votanti alla Consensus: tra queste, la Sclerosi Retrograda trova minor sostenitori nonostante la bassa invasività, probabilmente per l'alta incidenza di impossibilità a completare il trattamento, soprattutto nel paziente giovane, cosa che non avviene con la Sclerosi Anterograda, sempre possibile.

Conclusioni

L'associazione delle 2 metodiche (Sclerosi Antero/Retrograda), per la prima volta considerata un'entità a se stante, ha avuto il più alto grado di gradimento perché è evidente l'azione sinergica delle 2 singole procedure senza aumento d'invasività.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Diagnosi

C 1

Valutazione ecografica del varicocele intratesticolare

S. Bucci, G. Liguori, A. Amodeo, L. Salame, C. Trombetta, E. Belgrano

Clinica Urologica, Università di Trieste

Introduzione e obiettivi

Il varicocele intratesticolare (VIT) è una rara entità la cui incidenza e significatività clinica non sono del tutto stabilite. In questo studio descriviamo le caratteristiche ultrasonografiche in scala di grigi e color doppler di 7 casi di VIT.

Metodi

È stato condotto uno studio retrospettivo su 342 pazienti giunti presso la sezione di ecografia andrologica del nostro diparti-

mento dal novembre 2003 al novembre 2005. In 7 casi è stata documentata la presenza di una vena intratesticolare in scala di grigi con reflusso retrogrado basale o durante le manovre funzionali al color doppler. 5 pazienti giungevano con diagnosi di infertilità maschile. Lo studio eseguito con il paziente in clino ed ortostatismo considerava: diametri testicolari, lato del VIT, grado di interessamento testicolare, diametro vasale in fase basale, tipo di reflusso, presenza concomitante di varicocele extra testicolare secondo la classificazione di Sarteschi.

Risultati

In tutti i 7 casi il VIT era a carico del didimo di sinistra che presentava diametro inferiore rispetto al controlaterale con differenza > di 2 ml. In 5 su 7 era presente un varicocele extra testicolare. 2 casi di IV, 2 casi di III ed 1 caso di II. L'interessamento testicolare era completo o parzialmente completo in 4/7 mentre nei restanti casi era subcapsulare. In tutti i pazienti il diametro vasale era < ai 3 mm. In 2 casi era presente reflusso basale e nei rimanenti casi il reflusso era evi-

denziabile durante la manovra di Valsalva. Non è stato evidenziato varicocele destro.

Conclusioni

Il VIT è una rara condizione di notevole variabilità clinica ed ecografia. Di certo la presente concomitanza di una ipotrofia didimaria rispetto al controlaterale è testimonianza di un danno diretto intrinseco a carico della gonade. Si tratta di casi da considerare di massimo grado, con probabile rilevanza clini-

ca, indipendentemente dalla presenza di varicocele extratesticolare associato, dalle caratteristiche del reflusso o dalla presenza di bilateralità.

È sempre auspicabile segnalare la sua presenza e il grado di interessamento testicolare al fine di permettere al clinico di attuare misure precauzionali durante i trattamenti scleroterapici come il clampaggio del funicolo e per permette un corretto confronto ecografico post correzione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Varicocele e fertilità

C 3

Il trattamento chirurgico del varicocele migliora la qualità del liquido seminale: studio preliminare

E. Acmet, M. Solaro, S. Blanco*, E. La Valle, G. Limonta, M. Grasso*, P. Mocarrelli

*Servizio Universitario di Medicina di Laboratorio, Ospedale di Desio, Milano; * Divisione di Urologia, Ospedale di Desio, Milano*

Introduzione e obiettivi

Il 15% circa della popolazione maschile in età fertile è affetta da varicocele, tale percentuale raggiunge il 40% nei soggetti con problemi di infertilità. Questo studio preliminare intende analizzare possibili relazioni tra intervento chirurgico di correzione del varicocele e qualità del liquido seminale in un campione di maschi adulti.

Materiali e metodi

Da gennaio 2004 ad aprile 2006 si sono presentati presso il nostro laboratorio 178 soggetti con richiesta di esecuzione di spermioγραμμα di follow-up dopo correzione chirurgica del varicocele per via subinguinale. Sono stati selezionati consecutivamente 82 soggetti tra i 18 e 45 anni aventi almeno uno spermioγραμμα precedente e uno successivo all'intervento chirurgico.

Risultati

Dopo chirurgia si è osservato un aumento significativo della concentrazione spermatica (da $19,2 \times 10^6/\text{mL}$ a $30,8$; $P = 0,004$), della conta totale (da $62,1 \times 10^6$ a 108 ; $P = 0,001$), mentre non si sono osservate variazioni significative della motilità e del volume. Considerando i 25 soggetti con concentrazione prima dell'intervento sotto la soglia di normalità indicata dalla letteratura ($< 20 \times 10^6/\text{mL}$), si osserva un aumento ancor più significativo della concentrazione (da $1,7 \times 10^6/\text{mL}$ a 10 ; $P = 0,0004$) e della conta totale (da $5,9 \times 10^6$ a $35,2$; $P = 0,0007$). Considerando invece i 61 soggetti con concentrazione dello sperma prima del-

l'intervento sopra la soglia di normalità non si osserva alcuna variazione significativa dei parametri seminali.

Conclusioni

I dati raccolti sostengono l'efficacia del trattamento del varicocele nel soggetto infertile. Dopo legatura della vena spermatica si assiste oltre che ad un miglioramento della pregnancy rate, ampiamente riportata in letteratura, anche ad un oggettivo aumento della concentrazione spermatica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 4

Trattamento sclerotizzante retrogrado percutaneo del varicocele e risultati sui parametri seminali e sulla fertilità

I. Gattuccio, F. Montalto, F. Zangara, M. Parrinello, C. Gagliardo, F. Gattuccio

Cattedra di Andrologia, Università di Palermo

Introduzione

Si riportano i risultati del trattamento mini-invasivo del varicocele, alla luce di un'analisi pre e post-operatoria emodinamica e semnologica omogenea e di una descrizione critica dei riscontri flebografici.

Materiali e metodi

103 pz affetti da varicocele sottoposti ad uno studio flebografico percutaneo dell'asse venoso spermatico interno, dal gennaio 2004 al dicembre 2005.

Età media, 28,1 anni.

Tutti i pz sono stati sottoposti a valutazione strumentale pre-operatoria; il 78,6% a ecocolordoppler (ECD); il 60,5% dei pz presentava un reflusso venoso ortostatico basale, mentre nel 9,9% si riscontravano fenomeni emodinamici di ipertensione venosa. 37 pz erano oligozoospermici (44,6%), 70 pz erano astenozoospermici (84,3%), 68 pz presentavano teratozoospermia (82%).

18 pz (17,8%) non sono risultati dispermici e trattati solo a scopo preventivo, in considerazione dell'età e dell'entità della condizione emodinamica riscontrata.

Tutti i pz sono stati sottoposti a flebografia renale con accesso femorale. Nel 73,8% è stato effettuato un incannulamento superselettivo della vena spermatica interna, fino in prossimità dell'anello inguinale interno. In 17 casi (16,5%), è stata eseguita una sclerosi in sede lombare, per impossibile cateterismo più distale. In tutti i casi è stato impiegato il tetra-decilsolfato-sodico al 3% come agente sclerosante.

In 8 casi (7,8%), sono state riscontrate varianti anatomiche della vena renale sinistra (3 casi) o dell'emergenza spermatica (5 casi), non compatibili con incannulamento selettivo della vena spermatica omolaterale; in 4 di questi casi si è proceduto ad accesso chirurgico sub-inguinale, flebografia anterograda e sclerotizzazione sec. Tauber.

Risultati

L'ECD di controllo è stato effettuato in 62 pz (62,6%); in 52 pz (91,9%) l'indagine ECD ha escluso la presenza di reflussi venosi emodinamicamente significativi. Dei 5 casi di recidiva registrati, uno è risultato solo parziale, con abolizione del reflusso venoso basale, mentre 4 compatibili con completa persistenza del reflusso, immutato nelle caratteristiche. In questi casi è stata proposta una sclerotizzazione anterograda sec. Tauber.

Il controllo seminologico è stato effettuato da 33 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 9 dei 17 pazienti oligozoospermici prima del trattamento (52,9%); la motilità nemaspermica è aumentata in 19 dei 27 pazienti astenozoospermici (70,4%), mentre la morfologia è migliorata in 16 dei 28 pazienti teratozoospermici (57,1%). Undici pazienti hanno complessivamente ottenuto una gravidanza.

Conclusioni

Nella nostra esperienza il trattamento mini-invasivo del varicocele si conferma sicuro ed efficace in termini di risoluzione dell'insufficienza venosa e di fertilità.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 35

Valore predittivo dell'agoaspirato testicolare nel risultato della terapia chirurgica del varicocele

M. Carrino, R. Aponte, P. Brigante, B. Fontana, G. Dello Russo, D. Masala

A.O.R.N. "A. Cardarelli", Dipartimento di Nefrourologia, Napoli

Introduzione e obiettivi

Le recenti controversie sulla terapia chirurgica del varicocele

non hanno modificato i nostri protocolli terapeutici. Tuttavia, siamo sempre alla ricerca di parametri predittivi di successo (miglioramento parametri seminali, indice di gravidanza), allo scopo di fornire l'informazione più corretta al paziente candidato alla terapia chirurgica. Riportiamo il valore predittivo dell'agoaspirato testicolare in un ampio e significativo campione chirurgico.

Materiali e metodi

Dal marzo 2002 al febbraio 2005 i pazienti candidati ad intervento chirurgico per varicocele sin. sono stati sottoposti ad agoaspirato testicolare perioperatorio. Tutti i pazienti sono stati preoperatoriamente sottoposti ad es. obiettivo, ecodoppler, valutazione ormonale ed almeno due esami del liquido seminale. Dopo sei mesi è stato ripetuto l'esame seminale il cui miglioramento significativo è stato considerato indice di successo. I pazienti con parametri seminali non migliorati sono stati sottoposti a terapia con gonadotropine per sei mesi.

Risultati

Sono stati esaminati i risultati relativi a 665 pazienti. L'indice codificato di miglioramento spontaneo dei parametri seminali è stato del 62,8%. Tutti questi pazienti esibivano una citologia normale o ipospermatogenesi lieve o media. Dopo la terapia con gonadotropine risultavano migliorati il 15,3%. In tutti la citologia esibiva ipospermatogenesi lieve, media o severa. I pazienti non migliorati o peggiorati (21,9%) presentavano una citologia da arresto maturativo o Sertoly Only (3%). In questi i parametri basali di FSH risultavano più elevati rispetto ai pazienti migliorati.

Conclusioni

Il nostro studio conferma il valore predittivo dell'agoaspirato nella valutazione prognostica di successo della terapia chirurgica del varicocele ed indica l'opportunità in termini di costo beneficio della terapia adiuvante con gonadotropine.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Correzione mediante scleroterapia

C 5

Scleroterapia anterograda (SA) del varicocele sec. Tauber. Nostra esperienza su 250 casi

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

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

Introduzione

La SA delle vene spermatiche proposta da Tauber è una procedura riconosciuta rapida, sicura e affidabile. Abbiamo rivisto la nostra esperienza con questa tecnica mininvasiva.

Materiali e metodi

Dal 2-2003 al 12-2005, 250 pazienti con varicocele primario, età media 27,4 aa (range 15-43), sono stati sottoposti a SA: 225 casi (90%) a sinistra, 9 (3,6%) a destra e 16 (6,4%) bilateralmente. Prima dell'intervento tutti i pazienti hanno eseguito valutazione clinica, ECD scrotale e spermogramma. In 83 casi (42,3%) il riscontro è stato incidentale, in 32 (16,3%) per infertilità di coppia mentre in 81 (41,3%) il varicocele era sintomatico. Il 68% dei pazienti presentava un varicocele di III grado. In 80 pazienti la procedura chirurgica è stata eseguita sotto controllo radioscopico sec. la tecnica descritta da Tauber, negli altri (gruppo controllo) senza radioscopia. Abbiamo valutato le complicanze e l'eventuale recidiva con un follow up a partire dai 6 mesi attraverso una valutazione clinica, ECD scrotale e spermogramma. È stata valutata l'utilità del controllo radiologico in corso di intervento.

Risultati

Il tempo medio della procedura è stato di 21 min. (15-35) senza radiologia associata e di 32 min. (range 20-40) con controllo radiologico. Tutti i pazienti sono stati dimessi in giornata e in nessun caso si è ricorso ad anestesia aggiuntiva. L'unica complicanza intraoperatoria è stata una sindrome vaso-vagale transitoria in 3 pti (1,2%). Nel post operatorio si sono avute complicanze in 17 pz (8%): ematoma scrotale (2%), dolore in sede di ferita (2,4%), necrosi dei margini cutanei (2,4%), nausea transitoria (0,4%) e orchialgia persistente (0,8%) tutte risolte con terapia conservativa. Il controllo radiologico non ha mai portato a cambiare la vena da sclerosare confermando la scelta dell'operatore. Dopo un follow up medio di 14 mesi si è documentata la persistenza di reflusso in 13 casi (5,2%). In questo gruppo tutti i pazienti presentavano un varicocele di III grado e 6 di loro avevano eseguito l'intervento sotto controllo radiologico.

Conclusioni

La SA sec. Tauber è una tecnica ben accettata dai pazienti con poche complicanze e basso tasso di recidive. Nella nostra

esperienza la flebografia in corso d'intervento non è risultata utile per la scelta della vena da trattare, comportando inoltre un significativo aumento dei tempi operatori senza, peraltro, incidere nei risultati a distanza

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 6

Confronto tra scleroterapia anterograda sec. Tauber (SA) e legatura subinguinale sec. Marmar (LS) nel trattamento del varicocele idiopatico

G. Abatangelo*, N. Piazza**, G. Benedetto*, F. Nigro*, C. Mazzariol**, F. Di Tonno**, P. Ferrarese*, C. Pianon**, A. Tasca*

* *U.O. Urologia, Ospedale S. Bortolo, Vicenza*; ** *U.O. Urologia, Ospedale Umberto I, Mestre (VE)*

Introduzione e obiettivi

Scopo del lavoro è di confrontare i risultati e le complicanze di due tecniche mininvasive eseguite in centri diversi nel trattamento chirurgico del varicocele idiopatico.

Materiali e metodi

Nel periodo 1.02 - 12.04 abbiamo sottoposto 145 pazienti a SA e 102 a LS per varicocele primario. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione clinica pre-operatoria, ecodoppler scrotale e spermogramma (se > 18 aa). Di tutti i pazienti sono stati valutate caratteristiche cliniche, tempi operatori, complicanze intra e post-operatorie oltre alla recidiva mediante ECD ad almeno 6 mesi dall'intervento. Il follow-up medio è stato di 15 e 17 mesi per i paziente trattati con SA e LS rispettivamente. L'analisi statistica è stata eseguita con il chi-square test.

Risultati

Non sono emerse differenze per lateralità, età media, riscontro di infertilità di coppia e tempi operatori ($p > ,05$). Differenze statisticamente significative sono risultate per varicocele sintomatico (41,3% e 15,5% del gruppo trattato con SA e LS rispettivamente; $p < ,001$) varicocele incidentale (42,7% e 63,7%; $p < ,005$) e grado del varicocele (86,2% e 59,8%; $p < ,001$). In tutti i casi è stata sufficiente l'anestesia locale senza ricorrere ad anestesia o sedazione aggiuntive. Abbiamo osservato una sindrome vaso-vagale transitoria nel gruppo sottoposto a SA. Non sono emerse differenze statisticamente significative nelle complicanze post-operatorie (7,5% e 8,8% per pazienti trattati con SA e LS rispettivamente; $p > ,05$). In particolare non abbiamo osservato complicanze sicuramente

correlabili all'agente sclerosante nei pazienti sottoposti a SA. La recidiva è stata osservata nel 6,2% e nel 3,9% dei pazienti sottoposti a SA e LS, rispettivamente ($p > ,05$). 1 caso (0,9%) dei pazienti trattati con LS è stato sottoposto a procedura chirurgica aggiuntiva per recidiva.

Conclusioni

Nella nostra esperienza entrambe le tecniche si sono dimostrate affidabili e sicure nel trattamento del varicocele idiopatico con percentuali di successo sovrapponibili e scarse complicanze. Inoltre la possibilità di eseguirle in anestesia locale le rende estremamente attraenti soprattutto se confrontate con tecniche maggiormente invasive

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 7

La sclerosi antero/retrograda: logica evoluzione del trattamento sclerosante del varicocele

S. Minucci*, G. Mazzoni**, G. Antonini***, V. Gentile***

* U.O. Radiologia Vascolare Interventistica; ** U.O.C. Chirurgia Pediatrica, A.O. Forlanini-S. Camillo; *** Dipartimento di Urologia, Università di Roma "La Sapienza"

Le tecniche sclerosanti per la cura del varicocele sono rappresentate dalla Sclerosi Retrograda, in cui sia il mdc che il farmaco sclerosante sono iniettati nel plesso spermatico interno in senso inverso alla corrente ematica, cioè dall'alto verso il basso e la Sclerosi Antero-grada, in cui le vene del plesso spermatico vengono incannulate dal plesso pampiniforme con direzione ortograda dal basso verso l'alto. La maggior parte degli insuccessi con entrambe le tecniche è la conseguenza di una mancata visualizzazione flebografica delle vene collaterali. Il sistema venoso spermatico ha molte varianti con circoli collaterali collegati tra loro a vario livello ed angolazioni diverse. L'iniezione di mezzo di contrasto eseguita separatamente sia in senso antero-grado che retrogrado opacizza preferibilmente le vene a minor resistenza, con possibile mancata opacizzazione dei collaterali a più alta resistenza meno favorevoli a ricevere il mdc.

Il doppio accesso contemporaneo antero/retrogrado consente di sfruttare la minore resistenza al flusso del mdc sia nei vasi principali che collaterali del plesso. L'iniezione sclerosante contemporanea e contrapposta determinerà un aumento di pressione nelle vene del plesso spermatico con conseguente riempimento "forzato" dei possibili collaterali presenti ed una momentanea stasi del farmaco con conseguente contatto più prolungato del farmaco sull'endotelio da sclerotizzare.

I risultati di questa tecnica che attualmente raggiungono il 99% di guarigione dal reflusso reno-spermatico in 395 pazienti trattati dal giugno del 2000 ad oggi con follow up mi-

nimo di 6 mesi, sono ottenuti mantenendo inalterato il criterio della minivasività ed in assenza di complicanze importanti.

Riteniamo il doppio accesso contemporaneo il metodo più efficace per la scleroterapia del varicocele senza significativo aumento di invasività. Il solo trattamento transbrachiale retrogrado rimane attualmente la tecnica meno invasiva ma non è scevra da possibili insuccessi dovuti alla impossibilità di superare alcune possibili varianti anatomiche che con l'accesso antero-grado possono invece essere trattate.

In conclusione la sinergia del doppio accesso antero/retrogrado consente oggi di poter trattare con successo tutte le possibili varianti anatomiche del plesso spermatico interno.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 38

Scleroembolizzazione antero-grada sec. Tauber: 4 anni di esperienza

D. Vecchio, M. Pastorello, M. Poluzzi, G. Carluccio, G. Caleffi, R. Ballario, A. Molon

Divisione di Urologia, Ospedale Sacrocuore di Negrar (VR)

Introduzione e obiettivi

Descrivere la nostra esperienza nel trattamento del Varicocele con la scleroembolizzazione secondo Tauber, valutandone efficacia e profilo di sicurezza.

Materiali e metodi

Da febbraio 2002 a marzo 2006 sono stati sottoposti a scleroembolizzazione secondo Tauber 105 pazienti (pz) affetti da varicocele sinistro. Fra essi 26 (24,7%) presentavano varicocele III grado, 12 (11,4%) di II e 45 (42,8%) di I; 22 (20,9%) varicocele persistente dopo tecnica di Ivanissevich. A tutti praticata anestesia periferica con carbocaina 2%.

Risultati

La procedura ha richiesto da 15 a 75 minuti nei primi 41 pz e da 15 a 30 minuti nei successivi. In 2 pz l'intervento non è stato portato a termine con successo per la presenza di vene trombizzate: si è quindi proceduto a legatura selettiva delle vene dal medesimo accesso alla radice dell'emiscroto. Nei primi 41 pz si lamenta una orchite chimica con atrofia testicolare (pz numero 24); 5 lievi funiculiti (4,7%): fugaci e rapidamente regredite con terapia antiflogistica e antibiotica. 95 pz (90,4%) non hanno presentato una persistenza di varicocele a 6 mesi, previa verifica con ecocolordoppler. L'esposizione radiologica è stata minima; dimissione due ore dopo la procedura.

Conclusioni

La tecnica di Tauber rappresenta una valida opzione per il trattamento del Varicocele di qualsivoglia grado. I tempi ope-

ratori si abbattano significativamente dopo usuale curva di apprendimento (da tener bene in conto): in mani esperte risulta efficace e sicura, a fronte di una minima invasività e veloci tempi di recupero per il paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 39

Estesa necrosi scrotale dopo scleroembolizzazione secondo Tauber. Descrizione di un caso clinico

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

SOC Urologia, Ospedale San Lazzaro, Alba

Introduzione e obiettivi

La scleroembolizzazione secondo Tauber è una metodica di comune impiego per il trattamento del varicocele, che deve la sua popolarità alla mini-invasività, alla scarsa morbilità ed alla buona efficacia della procedura. Riportiamo il caso di una grave complicanza dopo Tauber, a nostra conoscenza mai precedentemente riportata, costituita da estesa necrosi della cute dello scroto e del dartos.

Materiali e metodi

FR di anni 49, in ottime condizioni generali di salute, veniva ammesso presso la nostra divisione urologica il 20 settembre 2005 con diagnosi di IPB ostruente non responder alla terapia medica e voluminoso varicocele sx di III grado sintomatico. Si è proceduto a rachianestesia, TURP + TUIP e infine Tauber con 3 ml di atossisclerol 3 ml e tecnica "air block" senza flebografia contestuale.

Risultati

Subito dopo il termine della procedura, si è osservato pallore della intera regione scrotale. Dopo 1 ora comparsa di intensa iperemia seguita nelle ore successive da edema dell'intero scroto e importante sintomatologia dolorosa di tipo urente che ha richiesto l'impiego di analgesici maggiori.

Nei giorni successivi si è demarcata un'area necrotica di cute e dartos, con negatività alle indagini colturali e batteriologiche, estesa quasi all'intero scroto, che ha richiesto un'escalectomia in 30^a giornata.

Guarigione per seconda intenzione in 3 mesi con retrazione cicatriziale dello scroto.

Una eco color doppler dello scroto effettuato dopo 6 mesi ha mostrato un reperto normale.

Conclusioni

Sinora le gravi complicanze dopo Tauber segnalate in letteratura sono episodiche (necrosi testicolare, gravi orchio-funicoliti). La complicanza da noi osservata fa sospettare un reflusso di atossisclerol verso la cute scrotale e presuppone l'esistenza

di un ampio circolo anastomotico preferenziale tra le vene intrafunicolari ed il circolo cremasterico, che avrebbe potuto essere riscontrato solo con flebografia.

D'altra parte la bassa morbilità della Tauber ha indotto a semplificare la procedura riducendo l'esecuzione della flebografia solo a casi selezionati.

A nostro avviso, sulla scorta del caso clinico riportato, il riscontro di un varicocele voluminoso potrebbe rappresentare un'indicazione a eseguire la flebografia peroperatoria, per ridurre il rischio di reflusso di agente sclerosante in circoli venosi anomali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 41

Varicocele destro in situs viscerum inversus

F. Rosso, F. Gallo, M. Schenone, C. Giberti

Dipartimento di Nefrourologia, Ospedale S. Paolo, Savona

Introduzione e obiettivi

Si definisce situs viscerum inversus la condizione in cui gli organi del torace e dell'addome sono disposti specularmente rispetto alla posizione normale (situs solitus); se ne reperta mediamente 1 caso ogni 10000 nascite; gli individui affetti presentano una maggiore frequenza di disturbi cardiaci funzionali (3-5% contro 1% nel situs solitus) e nel 25% dei casi la S. di Kartagener caratterizzata dalla triade: destrocardia, discinesia ciliare, sinusiti e/o bronchiectasie. Il varicocele idiopatico si presenta sino al 20% negli individui adulti ed è a destra in circa l'1,5% dei casi.

Materiali e metodi

Paziente di anni 30, con diagnosi di situs inversus effettuata a 16 anni, non riferiti problemi respiratori o discinesia ciliare associati. Il Paziente giunse alla nostra osservazione per azoospermia; l'esame obiettivo evidenziò varicocele destro di II grado; l'ecografia dell'apparato urogenitale non dimostrò anomalie, il quadro ormonale ed il cariotipo risultarono nella norma ma il colturale sul liquido seminale fu positivo per stafilococco per cui il pz venne trattato con terapia mirata su antibiogramma e sottoposto ad ecocolor doppler che confermò il reflusso solamente a destra. Dopo il primo ciclo di antibioticoterapia con chinolonici comparvero rari spermatozoi immobili ma il colturale rivelò ancora presenza di stafilococchi per cui fu iniziato un secondo ciclo che esitò nel reperto di 140.000 spermatozoi/ml in parte vitali; a questo punto il pz fu sottoposto a sclerotizzazione anterograda sec. Tauber del varicocele destro: la flebografia spermatica intraoperatoria dimostrò sbocco della v. gonadica nella renale di destra, in accordo con l'inversione viscerale già diagnosticata.

Risultati

Dopo l'intervento seguito da un nuovo ciclo di terapia con

cotrimossazolo resosi necessario per la ricomparsa della flogosi, l'esame seminale migliorò sino a raggiungere i 500.000 spermatozoi/ml ed il pz fu inserito in un programma di fecondazione assistita.

Conclusioni

Il limitato numero di osservazioni di varicocele destro as-

sociato a situs inversus riportate in letteratura, (meno di 10 dal 1971 ad oggi, MEDLINE) fa pensare che lo studio di tale associazione sia spesso trascurato con frequente mancato riconoscimento della condizione di inversione viscerale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Correzione chirurgica

C 2

Valutazione dell'efficacia di procedure chirurgiche nella terapia del varicocele

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

Unità Operativa di Urologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Arcispedale S. Anna", Ferrara

Introduzione e obiettivi

Gli obiettivi dello studio consistono nel valutare l'efficacia di diverse modalità di trattamento del varicocele in termini di recidiva, complicanze, miglioramenti dello spermogramma, gravidanze a termine, in pazienti con un follow-up minimo di due anni.

Materiali e metodi

Dal 1983 abbiamo sottoposto ad intervento 800 pazienti con varicocele primitivo. Tutti sono stati sottoposti ad esame obiettivo, valutazione (Eco-)Doppler dei funicoli, spermogramma (questi due esami sono stati eseguiti preoperatoriamente, a 3, a 6, 12 e 24 mesi) ed ecografia scrotale. Di tali pazienti, 195 sono stati sottoposti ad un intervento chirurgico "standard", 280 a sclerotizzazione percutanea e 325 sono stati trattati microchirurgicamente.

Risultati

Inizialmente abbiamo trattato il varicocele con la tecnica chirurgica proposta da Ivanissevich o con legatura inguinale ma abbiamo osservato un'alta percentuale di recidive (18% e 11% rispettivamente). Tali procedure sono state eseguite in anestesia generale o subaracnoidea, con una permanenza media in ospedale di 2 giorni. La sclerotizzazione percutanea è una metodica "radiologica" e necessita, a nostro avviso, del posizionamento di una o più spirali di Gianturco per minimizzare le recidive. Questa procedura richiede un'anestesia locale e poche ore di ospedalizzazione. Abbiamo osservato recidive nel 3,5% dei casi. Usando tale metodica, si sono avuti insuccessi tecnici nel 3,22% dei casi ed i pazienti sono stati operati. Dal 1990 usiamo la tecnica microchirurgica in anestesia locale, con un periodo di ospedalizzazione di circa 8 ore e la più bassa incidenza di insuccessi terapeutici e di complicanze. Abbiamo utilizzato la legatura e sezione delle vene

spermatiche al di sotto dell'anello inguinale esterno in via microchirurgica. Attraverso un'incisione cutanea di circa 2 cm. a livello inguinale il cordone spermatico viene isolato senza aprire il canale inguinale. Tutte le vene varicose sono legate e sezionate preservando le altre strutture (arterie, nervi, vaso deferente ed i vasi linfatici). Dopo gli iniziali 90 casi abbiamo iniziato ad eseguire anche una sclerotizzazione anterograda con polidocanolo al 3%. Ad oggi, le recidive nei casi trattati con la sola microchirurgia sono del 6,61%, mentre sono il 3,83% nei pazienti sottoposti a microchirurgia più sclerotizzazione anterograda. La percentuale di gravidanze a termine è del 31%.

Conclusioni

La chirurgia tradizionale ha avuto la più alta incidenza di recidive. La sclerotizzazione è un metodo prettamente radiologico. È invasivo e/o indaginoso per il varicocele destro ed è a nostro avviso veramente efficace solo quando prevede anche un metodo di embolizzazione. Dopo l'acquisizione di 800 pazienti trattati e seguiti per un follow-up minimo due anni, noi consideriamo la legatura microchirurgica più sclerotizzazione anterograda in anestesia locale, il trattamento di prima scelta per tale patologia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 40

Trattamento chirurgico simultaneo di varicocele ed ipermobilità del testicolo

T. Zenico, C. Vivacqua, H. Hanitsch, P. Lilli, C. Saltutti, R. Gunelli, M. Fiori, E. Bercovich

U.O. Urologia, Ospedale Pierantoni, Forlì

L'approccio chirurgico standard in caso di ipermobilità del testicolo è l'orchidopessi tramite una incisione scrotale. In caso di varicocele, con indicazione chirurgica, l'approccio terapeutico di scelta rimane la legatura delle vene spermatiche, attraverso un accesso variabile secondo l'operatore.

Materiali e metodi

Dal gennaio 2004 al novembre 2005 sono stati trattati chirurgicamente, in un unico tempo, attraverso un'unica incisione a

livello scrotale, al di sotto dell'anello inguinale esterno, 12 pazienti affetti da varicocele e ipermobilità testicolare omolaterale.

8 pz presentavano oligo-astenospermia; 4 pz con spermio-gramma normale ma sintomatici per varicocele; 3 pazienti con precedenti episodi di sub-torsioni del testicolo.

L'età media dei pz era di 25 aa (range 18-32), tutti affetti da varicocele sx (7 pz con varicocele di II e 5 pz con varicocele di III), tutti con ipermobilità del testicolo sx, studiati con: ecografia color-doppler scrotale; spermio-gramma; dosaggio di FSH; LH, Testosterone, PRL.

Dopo anestesia loco-regionale, è stata eseguita una incisione a livello scrotale, al di sotto dell'anello inguinale esterno e successiva legatura di 4/6 vene intrafunicolari e di tutte le eventuali vene extrafunicolari ectasiche. Attraverso lo stesso accesso chirurgico si è quindi proceduto a orchidopessi con filo riassorbibile 2-0.

Risultati

Tutti i pz sono stati dimessi entro 12 ore dall'intervento, e hanno avuto un decorso post-operatorio regolare; il controllo con ecografia color-doppler scrotale a 6 mesi ha evidenziato assenza di recidiva per varicocele nel 100% dei casi, con normalizzazione dello spermio-gramma dopo un anno in 9 pz (in attesa di completare il follow-up per i restanti 3 pazienti). In tutti vi è stata risoluzione della ipermobilità testicolare.

Conclusioni

Il varicocele, così come l'ipermobilità del testicolo sono patologie che, quando contemporanee e omolaterali, possono essere trattate chirurgicamente in modo simultaneo, in anestesia loco-regionale, attraverso un unico accesso chirurgico, garantendo comunque la risoluzione di entrambe le patologie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Correzione laparoscopica

V 14

Ultradissezione laparoscopica del funicolo spermatico in corso di varicocelectomia

G.A. Scalese, M. Romano, V. Disanto

Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli", U.O.C. di Urologia, Centro di Chirurgia Miniinvasiva

Materiali e metodi

La varicocelelectomia è eseguita con accesso transombelicale, dopodiché si posizionano altri due trocar da 5 mm lungo la linea spino-ombelicale. Il primo step è quello di riconoscere per trasparenza le vene da legare e quindi incidere il peritoneo parietale per poi isolare e legare le vene con clip tipo hem-o-lock individuate in precedenza senza che poi vengano sezionate. Si fa passare attraverso la parete addominale un ago per poter instillare qualche goccia di papaverina e facilitare il riconoscimento dell'arteria testicolare che non viene dissecata dai linfatici e da piccole vene circostanti; l'intervento è condotto limitando l'utilizzo di correnti mono e bipolari per risparmiare quanti più linfatici possibili.

Per eseguire questa ultrassezione funicolare è necessario l'utilizzo di una telecamera 0° da 10 mm per poter sfruttare al massimo la magnificazione dell'immagine e l'ingrandimento che ci permette di riconoscere le strutture nel dettaglio. Il tempo operatorio medio è stato di 38' (20-55'); ogni intervento è stato eseguito in regime di day surgery.

Risultati

Dal gennaio 2003 all'aprile 2006 sono stati trattati con questa tecnica n. 30 pazienti la cui età media è 26 aa, n. 5 erano bilaterali e n. 35 monolaterali sinistro; in nessun caso si è verificata la persistenza o la recidiva del varicocele o la comparsa di idrocele o di atrofia testicolare.

Conclusioni

La ultrassezione del funicolo spermatico con risparmio della arteria testicolare e dei linfatici si è dimostrata di sicura efficacia, facilmente riproducibile, con tempi e degenze sovrapponibili alle altre tecniche e più facilmente applicabile in centri dove si esegue routinariamente la laparoscopia. Sicuramente è una tecnica che rispetto alle altre è maggiormente invasiva e richiede la necessità di una anestesia generale, ma al contrario sembra offrire il vantaggio di un minore dolore post-operatorio se si confronta con la open e migliori risultati a distanza in termini di complicitanze tardive e di miglioramento dei parametri seminali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Patologia delle vie seminali

P 35

Agenesia renale ed ectopia dello sbocco ureterale destro all'interno di una voluminosa cisti della vescicola seminale omolaterale: caso clinico

P. Leone*, R. Migliari*, S. Rosadi*, S. Trovarelli**

* Ospedale S. Maria alla Gruccia, Montevarchi, Arezzo;

** Università di Siena

Introduzione e obiettivi

L'associazione di cisti delle vescicole seminali ed agenesia renale omolaterale, descritta per la prima volta da Zinner nel 1914, è una rara malformazione congenita, ma ancor più rara è l'associazione di tale anomalia con lo sbocco ectopico dell'uretere all'interno della cisti della vescicola seminale stessa. Il trattamento di tale malformazione dovrebbe essere limitato ai pazienti sintomatici e consiste generalmente nella vesciculectomia con o senza asportazione del rene displastico.

Materiali e metodi

Riportiamo il caso clinico di un uomo di 31 anni giunto alla nostra osservazione con storia di dolore pelvico cronico, dolore testicolare destro post coitale ed epididimite destra recidivante. L'esplorazione rettale permetteva di apprezzare, in corrispondenza del margine superiore destro della prostata, la presenza di una formazione teso elastica non dolorabile, a margini sfumati. L'ecografia trans rettale evidenziava una formazione retrovescicale destra, strettamente adesa alla ghiandola prostatica, di dubbia interpretazione. L'approfondimento diagnostico con esame TAC e Risonanza magnetica confermava la presenza di una formazione tondeggianti strettamente adesa al margine posteriore destro della prostata, interpretata come voluminosa cisti della vescicola seminale destra, ed una ipoplasia renale di grado estremo. Il paziente è stato sottoposto ad asportazione chirurgica della vescicola seminale destra e del segmento renoureterale omolaterale displastico, con evidenza dello sbocco anomalo dell'uretere all'interno della cisti vescicolare.

Risultati

L'esame istologico definitivo confermava la presenza della cisti vescicolare, dell'agenesia renale omolaterale e della ectopia dello sbocco ureterale destro all'interno della cisti vescicolare. A due mesi dall'intervento chirurgico il paziente era in buone condizioni di salute e riferiva la totale scomparsa della sintomatologia dolorosa pelvica e testicolare.

Conclusioni

Sebbene tale anomalia congenita sia asintomatica nella maggior parte dei casi, talvolta può manifestarsi con una sintomatologia più o meno importante, caratterizzata da epididi-

miti recidivanti, prostatiti, alterazioni dello spermioγραμμα, emospermia, disuria. L'asportazione chirurgica, a cielo aperto o per via laparoscopica, rappresenta il trattamento di scelta nei casi sintomatici e in quei casi in cui le metodiche diagnostiche non consentano una diagnosi certa

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 36

Le cisti mülleriane della prostata: presentazione di tre casi trattati mediante approccio transperineale su guida ecografica

S. Bierti, G. De Giorgi, B. Frea

Dipartimento Interaziendale di Urologia, Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia e Policlinico Universitario, Udine

Introduzione e obiettivi

I termini "cisti mülleriana" e "cisti otricolare" vengono solitamente utilizzati come sinonimi per indicare cisti prostatiche mediane, che erano relativamente poco note sino all'avvento e all'uso generalizzato dell'ecografia prostatica transrettale. La materia è stata sistematizzata da Kato et al. (2002), che hanno differenziato le lesioni cistiche in lesioni malformative, generalmente associate a ipospadia o altre patologie congenite, ricoperte da epitelio squamoso (tipo 2 sec. Ritchey 1988), e cisti otricolari vere e proprie, ricoperte da epitelio transizionale (tipo 1 sec. Ritchey), esito verosimile di ostruzione tardiva del tramite tra otricolo e uretra prostatica, caratteristiche di età più avanzate. La terapia di scelta delle cisti prostatiche mediane sino a pochi anni fa era rappresentata dalla marsupializzazione per via endoscopica con resettore. Una ricerca su MedLine ha dato esito a 2 soli report di vuotoamento ecoguidato, entrambi italiani (Migliari 1988, Nicolai 1996), anche se sono note comunicazioni congressuali in questo senso (EAU 2004).

Materiali e metodi

Vengono presentati 3 casi di cisti otricolari vere riscontrati accidentalmente durante l'esecuzione di biopsia prostatica transperineale eseguita per il riscontro di PSA elevato. In tutte le occasioni i pazienti erano fertili, anche se uno dei tre aveva presentato problemi di paternità ritardata, ed erano oligosintomatici dal punto di vista minzionale.

Risultati

Viene sottolineata l'utilità dell'approccio ecoguidato transperineale, che può essere eseguito ambulatorialmente, è virtualmente indolore perché eseguito in anestesia locale con l'uso

di associazione farmacologica già utilizzata per l'ernioplastica, e dà risultati immediati e duraturi, senza complicanze degne di nota.

Conclusioni

Gli AA. ritengono che la tecnica vada utilizzata di scelta, essendo molto meno invasiva dell'approccio transuretrale e non richiedendo alcuna curva di apprendimento in mano a chi esegue di routine la biopsia prostatica. Si discute brevemente anche della superiorità dell'approccio perineale in confronto a quello transrettale.

Bibliografia

- Kato H, Komiyama I, Maejima T, Nishizawa O. *Histopathological study of the mullerian duct remnant: clarification of disease categories and terminology.* J Urol 2002;167:133-6.
- Ritchey ML, Benson RC, Kramer SA, et al. *Management of müllerian duct remnants in the male patient.* J Urol 1988;140:795
- Patil UB. Surgical treatment.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Patologia testicolare

P 67

Torsione del testicolo: nostra esperienza negli ultimi 3 anni

A. Delle Rose, M. Mencarini, S. Tazzioli, V. Li Marzi, M. Marzocco, G. Nicita

SOD Clinica Urologica II, Università di Firenze

Introduzione e obiettivi

La torsione del testicolo è un'emergenza chirurgica relativamente infrequente che si può manifestare ad ogni età e può esitare in un'atrofia testicolare. La rotazione del testicolo attorno al funicolo provoca ischemia seguita da edema ed emorragia che si realizzano nell'arco di 4-6 ore e possono portare, se non si interviene prontamente, a gangrena del testicolo stesso e dell'epididimo. Si manifesta con maggiore frequenza in età adolescenziale. La sede della torsione è differente a seconda dell'età del paziente: è sopravaginale in età pediatrica e intravaginale in età puberale e adulta. Fattori predisponenti per la torsione testicolare sono il criptorchidismo e il testicolo mobile.

La sintomatologia si caratterizza per dolore testicolare irradiato al funicolo e talvolta nausea e vomito. All'esame obiettivo si evidenzia iperemia della cute scrotale e il testicolo appare tumefatto e risalito.

Metodi

Dal gennaio 2003 al gennaio 2006 abbiamo sottoposto ad intervento chirurgico per torsione testicolare 27 pazienti di età compresa tra 12 e 37 anni. Tra questi 16 avevano una torsione del testicolo sx e 11 del dx. Tutti i pazienti si erano presentati al Pronto Soccorso per dolore testicolare irradiato al funicolo e successivamente sottoposti ad ecocolordoppler dei vasi testicolari che in tutti i casi segnalava forte diminuzione o assenza di flusso ematico nei vasi testicolari. Come di routine abbiamo sottoposto i pazienti ad intervento chirurgico di emergenza utilizzando un approccio scrotale con incisione mediana di 3-4 cm lungo il rafe, apertura della tonaca vaginale, derotazione del testicolo e sua ancoraggio al dartos con filo in polene 4-0. In sede di intervento eseguiamo sempre l'ancoraggio sul testicolo controlaterale. 22 pazienti sono stati dimessi in 1^a giornata, 4 in 2^a e 1 in 3^a per presenza di febbre. 15 pazienti sono stati operati entro 6 ore dall'insorgenza della sintomatologia, 9 dopo 8 ore e 3 dopo 12 ore.

Risultati

Nel periodo post-operatorio abbiamo osservato in tutti i casi la scomparsa del dolore. Al controllo dei 3 mesi i pazienti sono stati sottoposti ad esame ecografico e ecocolordoppler te-

sticolare che non ha mai evidenziato alterazioni strutturali del testicolo e della sua vascolarizzazione.

Conclusioni

Nel trattamento della torsione testicolare risulta evidente l'importanza della tempestività dell'intervento chirurgico di derotazione ed ancoraggio per evitare danni permanenti al testicolo. Con la nostra esperienza intendiamo sostenere l'importanza della chirurgia anche nei casi in cui il paziente si sottoponga all'attenzione medica dopo molte ore dall'insorgenza dei sintomi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

Gc 2

Vantaggi e limiti della tumorectomia testicolare microchirurgica

G. Franco, F. D'Amico, M. Telera, D. Dini, G. Del Vecchio, A. Cavaliere, C. Laurenti

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

Introduzione e obiettivi

Scopo del lavoro è riportare la nostra esperienza nella tumorectomia testicolare microchirurgica per noduli sospetti, illustrando i vantaggi della tecnica ma anche i possibili rischi e complicanze.

Metodi

6 pazienti (età 9-35 aa, media: 25 aa) con noduli testicolari evidenziati all'ecografia e palpabili in 5 pz sono stati sottoposti ad intervento di enucleazione microchirurgica (microscopio operatore Zeiss OPMI 6H) delle neoformazioni per via inguinale previa clampaggio del funicolo ed apertura bivalve del testicolo come per approccio di Micro-TESE. I noduli avevano dimensioni tra 7 mm e 15 mm e struttura ecografica ipoecogena in 4 casi e disomogenea iperecogena in 2. Un paziente era già stato sottoposto ad orchifunicolectomia controlaterale per seminoma puro 4 aa prima. I markers tumorali (alfafetoproteina, betaHCG e PLAP) erano negativi in tutti e 6 i pazienti. È stato sempre eseguito l'esame istologico estemporaneo sul nodulo asportato. Quando risparmiato, il testicolo veniva ricostruito con sutura continua dell'albuginea in vicryl 5-0.

Risultati

Sulla scorta dei risultati dell'esame istologico estemporaneo, è stato conservato il testicolo in 4 casi (2 cisti dermoidi, 1 sclerosi ialina e 1 carcinoma embrionario in monorchide),

mentre in 2 casi (1 seminoma ed 1 carcinoma embrionario) si è proceduto all'orchifunicolectomia immediata. Particolare rilevanza clinica ha avuto il caso del ca embrionario in monorchide, nel quale l'esame istologico ha evidenziato la presenza di margini di resezione positivi e di tumore intratubulare (IGCNU) diffuso anche a distanza dal nodulo asportato. Nel postoperatorio in questo paziente si è inoltre osservato un repentino rialzo dei markers tumorali. Tutto ciò ha indotto ad effettuare a breve distanza di tempo l'orchifunicolectomia con posizionamento di protesi e terapia sostitutiva con testosterone.

Conclusioni

La nostra esperienza, se pur limitata, sembra dimostrare che la tumorectomia testicolare microchirurgica sia l'approccio più idoneo e conservativo in caso di lesioni nodulari dubbie del testicolo. Tuttavia, in caso di conservazione dell'organo in presenza di neoplasia (monorchidi o altro) la tecnica espone al rischio di margini positivi e di rialzo dei markers tumorali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 63

Tumorectomia testicolare microchirurgica in paziente affetto da Sindrome di Goldenhar

M. Telera, D. Granata, G. Del Vecchio, M. Ciccariello, D. Mini, G. Franco

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

Introduzione e obiettivi

Viene riportato un caso di Sindrome di Goldenhar (displasia oculo-auricolare-vertebrale) con presenza di neoformazioni solide multiple del testicolo. Scopo del lavoro è di evidenziare i vantaggi dell'intervento conservativo di enucleazione microchirurgica delle neoformazioni testicolari in questa situazione clinica.

Metodi

Un ragazzo di 10 aa, affetto da S. di Goldenhar è giunto alla nostra osservazione per algia testicolare dx. All'esame clinico si è osservato un testicolo retrattile dx ed una nodularità testicolare di consistenza dura a sin. L'ecografia scrotale dimostrava normalità del parenchima testicolare dx e presenza di 3 noduli testicolari disomogenei a sin. Il paziente, a causa della sindrome, era portatore di microtia unilaterale dx, ipoplasia mandibolare dx, microsomia emifacciale dx e cisti dermoidi oculari dx. Data la particolare associazione clinica si è optato per un intervento conservativo di enucleazione microchirurgica (microscopio operatore Zeiss OPMI 6H) delle neoformazioni per via inguinale previa clampaggio del funicolo ed apertura bi-

valve del testicolo come per approccio di Micro-TESE.

Risultati

L'approccio microchirurgico ha consentito una enucleazione per via smussa di 3 noduli a grappolo delle dimensioni complessive di circa 15 mm che al taglio ed all'esame istologico estemporaneo sono risultate cisti dermoidi del testicolo. La ricostruzione è stata effettuata, previa emostasi con bipolare, con sutura continua dell'albuginea in vicryl 5/0. Contestualmente è stata effettuata pessia del testicolo controlaterale.

Conclusioni

La S. di Goldenhar è una rara sindrome polimalformativa spesso associata a presenza di cisti dermoidi. Per tale motivo è a parer nostro importante considerare in prima istanza un trattamento conservativo delle eventuali lesioni nodulari testicolari. A questo scopo la tecnica microchirurgica appare la più indicata per l'accuratezza e la completezza della rimozione dei noduli e per il massimo rispetto delle strutture dell'organo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 64

Leiomioma dell'epididimo: a proposito di un caso

R. Ponchietti*, S. Trovarelli*, V. Tallis*, E. Paliouri*, C. Miracco**, S. Tripodi**

** Cattedra di Urologia, Università di Siena; ** Dipartimento di Anatomia Patologica, Università di Siena*

Introduzione

Presentiamo il caso di un leiomioma della coda dell'epididimo sinistro, associato a varicocele omolaterale. Questo tipo di neoplasia benigna è infrequente in questa sede, la sua diagnosi definitiva è anatomopatologica, ma talvolta le sue caratteristiche istopatologiche non sono sufficienti a dare certezze prognostiche.

Materiali e metodi

Un giovane di 32 anni giunge alla nostra osservazione per la presenza di un nodulo a livello della coda dell'epididimo sinistro. L'ecografia scrotale ne definiva meglio le caratteristiche, la grandezza e i margini che apparivano ben delimitati e separati dall'epididimo. Si procedeva ad exeresi chirurgica della piccola massa, che appariva macroscopicamente della grandezza di un cece ed unita per mezzo di un esile peduncolo alla coda dell'epididimo.

Risultati

L'esame istologico consentiva di giungere alla diagnosi di leiomioma con caratteri immunoistochimici di potenziale aggressività.

Conclusioni

I tumori paratesticolari, inclusi quelli che originano dall'epididimo, costituiscono il 7-10% delle masse intrascrotali. Il 70% dei tumori dell'epididimo sono di natura benigna, più frequenti sono il tumore adenomatoide e il leiomioma. Il 30% sono maligni, principalmente costituiti da sarcomi. L'ecografia costituisce un importante strumento per la diagnosi differenziale delle masse intrascrotali, tuttavia la certezza diagnostica si ha con l'asportazione chirurgica e l'esame istologico. Nel nostro caso ci troviamo di fronte a caratteristiche istopatologiche di potenziale aggressività, che ci pongono dubbi ed incertezze sulla prognosi e sulla necessità di una maggior radicalità chirurgica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

P 65

Lipo-sarcoma multifocale del funicolo spermatico: indicazioni al trattamento chirurgico e descrizione di un caso con follow-up a lungo termine

I. Gattuccio, S. Bianco, F. Montalto, F. Zangara, M. Parrinello, C. Gagliardo, F. Gattuccio

Cattedra di Andrologia, Università di Palermo

Introduzione

Le neoplasie del funicolo spermatico sono molto rare ed originano da elementi tissutali di natura mesodermica; il comportamento clinico deriva dal tipo di natura istologica, benigna nel 70% dei casi; nei casi restanti questi tumori sono caratterizzati da natura e/o evoluzione maligna. Sfortunatamente non esistono ancora oggi aspetti morfologici ecografici o tomografici in grado di distinguere le lesioni maligne da quelle benigne. Attualmente le valutazioni diagnostiche per immagini non invasive possono solo evidenziare i rapporti spaziali tra la/e neoplasia/e e le adiacenti strutture e meglio definire le caratteristiche della vascolarizzazione e l'evoluzione nel tempo delle lesioni.

Caso clinico

Un uomo di 67 anni è giunto alla nostra osservazione per il riscontro di formazioni espansive palpabili in regione inguinale destra. L'esame obiettivo e la valutazione ecografica hanno deposto per la presenza di multiple formazioni nodulari, pertinenti al funicolo spermatico, diffusamente iperecogene, ben capsulate e scarsamente vascolarizzate. Abbiamo eseguito delle agobiopsie ecoguidate per definire la natura istologica delle lesioni, deponenti per l'assenza di cellule maligne e prevalenza di elementi cellulari lipomatosi. In considerazione della successiva progressione clinica delle lesioni (la maggiore di 9 cm di massimo diametro all'ultimo controllo ecografico), caratterizzata da aumento delle dimensioni e cambiamento dell'aspetto palpatorio, abbiamo deciso per

un'approccio chirurgico ed orchio-funicolectomia. L'esame istologico definitivo ha deposto per la presenza diffusa di cellule sarcomatose in tutte le formazioni lipomatose rimosse e per loro infiltrazione delle strutture vascolari funicolari (lipo-sarcoma mixoide, grado 2).

Risultati

Ad un attuale follow-up di 5 anni, il paziente è libero da recidive neoplastiche locali o a distanza, secondo gli ultimi controlli clinici, ecografici e tomografici, sia sotto- che sopra-diaphragmatici, nonostante la pessima natura istologica della neoplasia.

Conclusioni

Le neoplasie del funicolo spermatico rappresentano un'indicazione al trattamento chirurgico in considerazione della possibile natura o componente istologica maligna, che caratterizza il 30% dei casi; nella nostra esperienza l'evidenza di una natura benigna alle agobiopsie percutanee ecoguidate non esclude l'esigenza di un approccio chirurgico e radicale, specialmente quando è chiaramente evidente un'evoluzione clinica, come nel caso presentato; il nostro paziente risulta comunque libero da neoplasia ad un relativamente lungo follow-up, nonostante il pericoloso interessamento delle strutture vascolari da parte degli elementi sarcomatosi e la nota pessima prognosi di questo stadio patologico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 66

Il mesotelioma maligno della tunica vaginale del testicolo; importanza della diagnosi precoce e della radicalità chirurgica

G. Liguori, G. Garaffa, C. Trombetta, S. Bucci, A. Amodeo, L. Salamè, R. Bussani*, A. Boltar, E. Belgrano

*Clinica Urologia, Università di Trieste; * Istituto di Anatomia Patologica, Università di Trieste*

Introduzione e obiettivi

Il mesotelioma maligno della tunica vaginale del testicolo è una neoplasia aggressiva caratterizzata dalla spiccata tendenza alla ricorrenza locale ed alle metastasi a distanza. Solitamente compare dopo la quarta decade di vita e presenta una forte correlazione con l'esposizione all'asbesto. Il trattamento è chirurgico ed è costituito in prima battuta dall'orchiofunicolectomia radicale; radio e chemioterapia si sono invece dimostrate inefficaci. Purtroppo in più del 97% dei casi la diagnosi è però intra o postoperatoria dopo asportazione di cisti epididimarie o idrocelectomia; ciò promuove il "seeding" del

tumore. È questo il caso del paziente giunto alla nostra attenzione.

Metodi

Nel 2000 P.A., 63 aa, è stato sottoposto presso altro reparto urologico all'asportazione chirurgica di tumefazione epididimaria sx di circa 1,5 cm di diametro riscontrata palpatoriamente e confusa per cisti dell'epididimo. Nonostante l'esame istologico ha deposto per mesotelioma non sono state effettuate ulteriori indagini e trattamenti. Nel 2002, in seguito alla comparsa di idrocele consensuale, presso lo stesso reparto è stata eseguita orchifuniculectomia radicale sinistra; l'esame istopatologico ha dimostrato una diffusa infiltrazione dello specimen da parte di mesotelioma maligno. Anche in questa circostanza non sono stati intrapresi ulteriori provvedimenti terapeutici.

Il paziente è giunto alla nostra attenzione nel novembre 2005 lamentando la comparsa di una tumefazione sottocutanea duro lignea a livello della cicatrice di pregressa orchifuniculectomia. Abbiamo effettuato pertanto una resezione completa della lesione e della cute soprastante.

Risultati

L'esame istologico ha deposto per recidiva di mesotelioma. Pertanto il paziente è stato inviato al reparto di oncologia dove è stato appena sottoposto a TC dell'addome con mezzo di contrasto ed ad Rx del torace che non hanno evidenziato secondarismi.

Conclusioni

Questo caso sottolinea l'importanza, ai fini prognostici, di una corretta diagnosi preoperatoria di questa neoplasia, che

solitamente presenta un esordio subdolo e perciò viene spesso confusa per patologie benigne. L'unico trattamento efficace è infatti l'orchifuniculectomia che deve essere effettuata tempestivamente e non dopo una precedente violazione dello scroto.

Lo studio ha avuto finanziamenti: NO

C 70

Neoplasie testicolari a cellule di Leydig - caratteristiche cliniche e istologiche e follow up a lungo termine

L. Carmignani, R. Salvioni*, F. Gadda, M. Colechia*, G. Gazzano***, T. Torelli*, F. Rocco, G.M. Colpi****, G. Pizzocaro*

*Clinica Urologica Università di Milano, Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano; * Divisione di Urologia, Istituto Nazionale per la Ricerca e la Cura dei Tumori, Milano; ** Servizio di Anatomia Patologica, Ospedale di Lodi; *** Servizio di Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliera San Paolo, Milano; **** Servizio di Andrologia, Azienda Ospedaliera San Paolo, Milano*

Non viene riportato il testo dell'abstract in quanto gli Autori non hanno concesso il trasferimento del copyright alla SIA.

Indice degli Autori

- Abatangelo G., S57, S92, S93
 Abbona A., S34
 Abdollah F., S15
 Aceto E., S77
 Acmet E., S76, S90
 Acquati P., S23
 Affatati V., S9
 Agnelli F., S23
 Alei G., S17, S49, S61
 Allegro R., S13
 Aloisi A.M., S22, S77, S78
 Ambruosi C., S45
 Amodeo A., S66, S69, S90, S102
 Angelozzi G., S83
 Angiolilli D., S28
 Annino F., S58
 Antonini G., S93
 Aponte R., S4, S5, S22, S91
 Aquilini M., S31
 Aquilino M., S55
 Arcaniolo D., S68
 Arena G., S80, S82
 Atzori P., S53
 Austoni E., S26, S65
 Aversa A., S8, S21
- Baldi I., S69
 Baldinotti F., S83
 Ballario R., S30, S94
 Barbieri L., S10, S28, S32
 Bartoletti R., S42, S50, S51, S63, S64
 Basunti G., S1
 Battiato C., S24, S84
 Belgrano E., S15, S48, S50, S51, S66, S68, S69, S90, S102
 Bellini M., S73
 Benedetto G., S57, S92, S93
 Bercovich E., S14, S96
 Bertelloni S., S82
 Bertona M., S76
 Bertozzi M.A., S25, S84
 Bianchi A., S56
 Bianchi G., S34, S41, S58
 Bianco S., S101, S102
 Biasi L., S81
 Bierti S., S8, S47, S98
 Billia M., S34
 Blanco S., S56, S90
 Bollito E., S46
 Boltar A., S102
 Bonanno D., S58, S71
 Bondavalli C., S87
 Borsellino A., S52, S53
 Bova G., S19
 Braglia A., S22
 Branchi A., S16
 Branno P., S22
 Brauzzi M., S77
 Brigante P., S5, S91
 Briganti A., S10, S15, S26, S27, S28, S32
 Bruscia C., S64
 Bruzziches R., S8, S21
 Bua L., S26
 Bucci S., S14, S66, S69, S90, S102
 Bussani R., S102
- Cacciola A., S53
 Cai T., S41, S49, S50, S61, S63
 Caleffi G., S30, S94
 Caliendo C., S34, S35
 Calzavara F., S24
 Campo G., S48, S56
 Capitanio U., S32
 Capone M., S43
 Capparelli G., S95
 Caraceni E., S16
 Carbone A., S20
 Carderi A., S37, S73
 Carini M., S63, S89
 Carlucci M., S22, S77
 Carluccio G., S30, S94
 Carmignani G., S45
 Carmignani L., S23, S103
 Carrino M., S4, S5, S22, S91
 Casariego J., S21
 Castellani R., S42, S43
 Castiglione R., S84
 Cavaliere A., S100
 Cavaliere M., S39
 Cavallini G., S42, S78
 Cavallini N., S78
 Ceccarelli I., S77
 Cenderelli C., S77
 Ceresoli A., S65
 Ceruti C., S18, S19, S46, S88
 Ciampalini S., S14
 Cianini E., S46
 CiccarIELLO M., S100
 Cirino G., S39
 Cirotta G., S12
 Citeri M., S87
 Cochetti G., S64
 Colecchia M., S103
 Colombo F., S25, S65
 Colombo R., S26
 Colpi G.M., S88, S103
 Concone D., S46
 Conti E., S15, S94
 Coppola M.G., S77
 Corretti G., S69, S72
 Cortopassi S., S72
 Costa A.M., S26
 Costantini E., S64
 Costantini F.M., S22
 Costanzi A., S41, S49
 Cozza P., S80, S82
 Criscuoli L., S88
 Crivellaro S., S8, S47
 Croce D., S15
 Cugiani A., S19, S88
 Curreli A., S38
 Cutrale G., S12
 Cuttano G., S56
- D'Amico F., S100
 D'Arrigo L., S53
 d'Emmanuele di Villabianca R., S39
 Dachille G., S34, S35
 Dalena G., S2, S6, S7, S11, S68
 Dall'Oglio B., S87

- Damiani R., S74
Dammino S., S12
Daniele C., S96
Daniele G.P., S95
Dato I., S46
De Carolis A., S21
De Dominicis C., S60, S71
De Giorgi G., S8, S47, S98
De Grande G., S12
De Maria M., S48, S57
De Marinis L., S78
De Mayo E.E., S58
De Santis M., S58
De Stefani S., S33, S41, S58
Dean J., S36
Dehò F., S10, S15, S27, S28, S32
Del Popolo G., S20, S29
Del Prete M., S61
Del Vecchio G., S100
Delle Rose A., S11, S29, S38, S98
Dello Russo G., S91
Destefanis P., S18
Di Girolamo V., S15
Di Marco M., S60
Di Patria A., S10
Di Tonno F., S93
Di Trapani D., S12
Dinelli N., S13, S84
Dini D., S100
Disanto V., S97
Donato M.F., S23
- Fabbri F., S28
Fallaha M., S55
Fantini G., S65
Farina E., S26, S27, S28, S32
Farina U., S41, S49
Fasolis G., S15, S95
Fasolo P.P., S15, S94
Fassati L.R., S23
Felici A., S52
Ferrando U., S18, S24, S34, S45, S56
Ferrarese P., S92, S93
Ferraretti A.P., S78
Ferrari N., S33, S41
Ferro F., S53
Festa R., S78
Filocamo M.T., S29
Finarelli A., S2
Fiorenzani P., S77
Fioretti F., S64
Fiori M., S96
Fontana B., S4, S91
Fontana D., S18, S19, S46, S88
Fontana F., S60
Fontana N., S31
Forti G., S76
Fortuna F., S56, S76
Franco G., S100, S101
Frea B., S9, S48, S60, S98
Freeman A., S51
Fusco F., S2, S6, S7, S11
Fuzzi B., S88
- Gadda F., S103
Gagliardo C., S91, S101
Gagliardo C.F., S102
- Galatioto Paradiso G., S85
Galletta V., S87
Gallina A., S26, S27, S28, S32
Gallo F., S95
Gallo N., S80, S82
Galzerano M., S60
Gambera A., S81
Garaffa G., S48, S50, S51, S66, S69, S102
Gargiullo B.C., S74
Garrone F., S24, S84
Garufi A., S53
Gastaldi C., S45
Gattuccio F., S2, S91, S102
Gattuccio I., S2, S91, S101, S102
Gavazzi A., S41, S49, S50, S61, S63
Gazzano G., S103
Gentile V., S1, S94
Geppetti P., S63
Ghezzi M., S32
Ghiron P., S46
Giacchetta D., S87
Giacchetto C., S12
Giacometti M., S33, S41
Giammarinaro A., S46
Gianaroli L., S80
Giannarini G., S48, S56
Giannella R., S4, S22
Giberti C., S95
Giubilei G., S60, S61, S63, S88
Giuliano F., S20, S36
Goldstein I., S65
Gontero P., S60, S63
Gorgone B., S18, S44
Granata D., S100
Grande G., S78
Grasso M., S56, S76, S90
Gravina G.L., S26
Graziano M.E., S17, S24, S44, S55
Greca P., S52
Greco E., S8, S84
Greco E.A., S21
Gregorini G., S81
Grossetti B., S8, S47
Guarneri A., S25
Guaschino S., S66
Guatelli G., S87
Guerani A., S90
Gunelli R., S96
- Hanitzsch H., S96
Hanitzsch H., S13
Hasmonay R., S36
Henry G., S15
- Iazzetta P., S63
Imbimbo C., S39, S68
Inneo E., S25
Intermite I., S45
Iori F., S71
Ioverno E., S92
Ippolito C., S95
- Kocjancic E., S8, S47
Kokoszka A., S36
Kontodimas S., S4, S6, S7

- La Pera G., S36, S37, S52, S73
 La Valle E., S90
 La Vignera S., S6, S12, S24, S84
 Lacquaniti S., S15, S94
 Lania C., S76
 Lanzafame F., S12
 Lapini A., S63
 Lasaponara F., S24
 Laurenti C., S100
 Lemmi F., S72
 Lentini M., S38, S52, S73
 Leone E., S78
 Leone G., S16
 Leone P., S97
 Letizia C., S21
 Letizia P., S17, S49, S61
 Li Marzi V., S11, S29, S38, S98
 Liberale F., S17
 Liguori G., S14, S48, S66, S68, S69, S90
 Lilli P., S13, S96
 Limonta G., S90
 Linardon M., S4
 Liguori G., S102
 Lissiani A., S68
 Livi S., S37, S73
 Lodde M., S74
 Loechner Ernst D., S20
 Longhi E., S72, S73
 Longo F., S77
 Longo N., S39
 Lorusso G., S9, S45
 Luciano L., S87
 Ludovico G.M., S34, S35
 Lungarella G., S41
- Macchia T., S73
 Macini P.L., S1
 Maggiulli G., S52
 Magli M.C., S78
 Mahlkecht A., S55
 Maio G., S86
 Mancini A., S78
 Mandras R., S15, S94
 Mangiapia F., S39
 Mangiola F., S76, S82
 Manoni L., S88
 Marchand S., S36
 Marconi A., S16, S17
 Marianantoni Z., S37, S73
 Mariani A.S., S19
 Marrocco G., S53
 Marronaro A., S16
 Marsico A., S46
 Martini L., S52
 Martini P.R., S81
 Marzocco M., S11, S29, S38, S98
 Marzotto Caotorta M., S18, S20, S44
 Masala D., S92
 Maselli E., S34, S35
 Maso G., S8, S47
 Mastroeni F., S12
 Matloob R., S15
 Mattace Raso D., S4, S6
 Mazza G., S44
 Mazzariol C., S93
 Mazzoli S., S61
 Mazzoni G., S89, S93
- McNulty P., S36
 Mearini L., S65
 Meliani E., S41, S49, S50, S61
 Melone F., S41, S49
 Mencarini M., S29, S38, S98
 Menchini Fabris F., S4, S13, S31, S48, S56, S85
 Menchini Fabris G.F., S13, S25, S31
 Mensi M., S18, S44
 Mercuriali M., S13
 Merlini G., S82
 Meucci E., S78
 Micali S., S33, S41, S58
 Michetti P.M., S58, S71
 Migliari R., S97
 Milan G.L., S44, S55
 Minervini A., S63, S88
 Minervini R., S49
 Minhas S., S48, S50, S51
 Mini D., S100
 Mini S., S12
 Minnella D., S77
 Minocci D., S46
 Minucci S., S93
 Miracco C., S101
 Mirone V., S2, S7, S8, S11, S39, S68
 Mocarelli P., S91
 Modenini F., S1
 Mofferdin A., S33, S41, S58
 Molon A., S30, S94
 Mondaini N., S41, S49, S50, S60, S61, S63
 Montalto F., S2, S91, S101, S102
 Montemurro S., S35, S36
 Montorsi F., S10, S16, S27, S28, S32, S33, S66, S72, S73
 Morabito F., S34
 Morelli G., S48, S56
 Morgia G., S38
 Moro U., S8, S47
 Morra I., S18
 Morrone G., S80, S81, S82
 Munarriz R., S65
 Mungai F., S72
- Nadalini M., S78
 Naspro R., S27
 Natali A., S88
 Natali I., S85
 Negro C., S18, S46, S88
 Nelli F., S88
 Nicita G., S12, S30, S39, S100
 Nigro F., S57, S92, S93
 Nisita C., S71, S72
 Noci I., S88
 Norgini E., S77
 Nucci G., S39
- Obici L., S81
 Oliva A., S5, S22
- Pace G., S26, S30, S83, S85
 Pagliarulo A., S9, S46
 Pagni R., S77
 Paliouri E., S101
 Palleschi G., S19
 Palmieri A., S11, S39, S68
 Palmiotto F., S39

- Panella P., S12, S53
Pansadoro A., S72
Pansadoro V., S72
Paola Q., S12
Paolini R., S22, S77
Paoluzzi M., S32
Paparella S., S23
Paperini D., S48, S56
Paradiso Galatioto G., S26, S30, S83
Paradiso M., S17, S24, S44, S55
Pari G., S77
Parma P., S87
Parrinello M., S2, S91, S101, S102
Passavanti G., S22, S77
Pastore A., S19
Pastorello M., S30, S94
Patrick D.L., S36
Paulis G., S25, S31
Pavone C., S12
Pecorari V., S55
Pelucchi F., S28
Peluso G., S80, S82
Pepe P., S53
Periklis K., S14
Peris F., S37, S52, S73
Pianon C., S93
Piazza N., S93
Pili M., S8
Pirozzi Farina F., S38
Pistuddi A., S71
Piticchio G., S82
Pizzocaro G., S103
Pizzuti V., S22, S77
Poluzzi M., S30, S94
Pomara G., S48, S56
Ponchietti R., S101
Pontecorvi A., S78
Porcelli G., S34
Porcelli, G., S35
Porst H., S36
Porta C., S47
Priolo G.D., S53
Proietti M., S21
Psenner K., S55
Puccetti L., S15, S94
Pycha A., S73
- Quaranta S., S46
- Raber M., S26, S32
Ragni F., S18
Raineri S., S87
Ralph D., S50, S69
Ralph D.J., S48
Ralph J.D., S52
Ranieri G., S30, S83, S85
Redaelli T., S87
Repetti F., S31
Ricciardi R., S5
Rigatti P., S15, S26, S28, S29, S32, S65, S73
Rivalta M., S33
Rivolta L., S65
Rocco F., S24, S103
Rolle L., S18, S19, S46, S88
Romagnoli A., S45
Romano A., S95
- Romanò A.L., S25, S65
Romano M., S96
Ronchi P., S26, S85
Rosadi S., S97
Rossetti M., S88
Rossi A., S2, S6, S7, S11
Rossi C., S21
Rossi G., S23
Rossi P., S4, S13, S84
Rossi R., S17, S24, S34, S71
Rosso F., S95
Rothman M., S36, S37
Rubio-Aurioles E., S11
Rucci A., S34, S35
Ruggieri E., S34, S35
Ruggieri M., S18, S44
Ruggiero G., S45
- Saccà A., S26, S32
Sacchetti A., S83
Saieva C., S63
Salame L., S90
Salamè L., S66, S68, S69, S102
Salhi J., S60
Salonia A., S10, S15, S26, S27, S28, S32, S65, S73
Salsano F., S21
Saltutti C., S13, S96
Salvatore B., S76
Salvioni R., S103
Sanchez Ramos A., S20
Sandri S., S19, S44
Santelli G., S31
Saraeb S., S86
Sarti E., S41, S49
Savoca F., S53
Savoca G., S15
Scalèse G.A., S96
Scalvini T., S81
Scarfini M., S21
Schenone M., S95
Schuit S.J., S32
Scibona M., S84
Sciscio V., S34, S35
Scolari F., S81
Scremin E., S92
Scroppo F.I., S87
Sebastiani G., S15, S94
Sedigh O., S17, S24, S44, S55
Serni S., S63
Sicuteri R., S2, S6, S7, S11
Sidoti G., S6, S84
Sighinolfi M.C., S33, S41, S58
Silvani M., S46
Silvestrini A., S78
Simi S., S85
Simonato A., S45
Simoncini G., S30, S83
Simonelli C., S72
Sindaco G., S77
Solaro M., S90
Soli M., S1
Sozzi F., S28
Spagnoli A., S53
Spera E., S22
Spera G., S8, S21
Spinelli M., S87
Spisani L., S95

Spurio M., S95
Stasi C., S72
Strada E., S28
Suardi N., S27, S28
Suman A., S77

Tallis V., S101
Tamagnone A., S18, S19, S46, S88
Tanasi P., S77
Tardanico R., S81
Tasca A., S58, S93
Tazzioli S., S11, S29, S38, S98
Telera M., S100
Tellarini V., S1
Tesoriere G., S87
Timpano M., S18, S19, S46, S88
Tizzani A., S60
Todarello O., S9
Todeschini G., S31, S84
Torcigliani S., S31
Torelli T., S103
Tori F., S31
Traverso P., S45
Tripodi S., S101
Trombetta C., S14, S48, S50, S51, S66, S68, S69, S90, S102
Troncone A., S5
Trovarelli S., S98, S101
Tubaro A., S19
Turchi P., S85
Turiano G., S12

Ughi G., S1, S95
Ungar A., S63
Urso R., S52

Vaccarella S., S80, S82
Valenti P., S31
Valiquette L., S10
Vallasciani S., S52, S53
Valle D., S2, S6, S7
Vannozi E., S21
Varvello F., S44, S55
Vecchio D., S30, S94
Venzano F., S45
Verze P., S11, S68
Vetri M., S76, S82
Vicari E., S6, S12, S25, S84
Vicentini C., S26, S31, S84, S86
Vignolini G., S88
Villari D., S29
Vitarelli A., S9, S45
Vivacqua C., S13, S96
Voliani S., S25

Wieser A., S55

Zaccagnini M., S58
Zangara F., S2, S91, S101, S102
Zanni G., S10, S26, S27, S28, S32
Zappavigna A., S39
Zenico T., S1, S13, S96
Zerbini M., S55
Zhao Y., S20
Zoccali C., S39
Zucchi A., S64
Zucco F., S23