

# Journal of ANDROLOGICAL SCIENCES

Official Journal of the Italian Society of Andrology

**Cited in**  
**SCOPUS Elsevier Database**

**Past Editors**

Fabrizio Menchini Fabris (Pisa)  
1994-2004

Edoardo Pescatori (Modena)  
Paolo Turchi (Pisa)  
2005-2008

**Editors-in-Chief**

Vincenzo Ficarra (Padova)  
Andrea Salonia (Milano)

**Editor Assistant**

Ferdinando Fusco (Napoli)

**Managing Editor**

Vincenzo Gentile (Roma)

**Delegate of Executive Committee  
of SIA**

Giuseppe La Pera (Roma)

**Section Editor – Psychology**

Annamaria Abbona (Torino)

**Statistical Consultant**

Elena Ricci (Milano)

**Editorial Board**

Antonio Aversa (Roma)  
Ciro Basile Fasolo (Pisa)  
Carlo Bettocchi (Bari)  
Guglielmo Bonanni (Padova)  
Massimo Capone (Gorizia)  
Tommaso Cai (Trento)  
Luca Carmignani (Milano)  
Antonio Casarico (Genova)  
Carlo Ceruti (Torino)  
Fulvio Colombo (Milano)  
Luigi Cormio (Foggia)  
Federico Dehò (Milano)  
Giorgio Franco (Roma)  
Andrea Galosi (Ancona)  
Giulio Garaffa (London)  
Andrea Garolla (Padova)  
Paolo Gontero (Torino)  
Vincenzo Gulino (Roma)  
Massimo Iafrate (Padova)  
Sandro La Vignera (Catania)  
Francesco Lanzafame (Catania)  
Giovanni Liguori (Trieste)  
Mario Mancini (Milano)  
Alessandro Mofferdin (Modena)  
Nicola Mondaini (Firenze)  
Giacomo Novara (Padova)  
Enzo Palminteri (Arezzo)  
Furio Pirozzi Farina (Sassari)  
Giorgio Pomara (Pisa)  
Marco Rossato (Padova)  
Paolo Rossi (Pisa)  
Antonino Saccà (Milano)  
Gianfranco Savoca (Palermo)  
Omidreza Sedigh (Torino)  
Marcello Soli (Bologna)  
Paolo Verze (Napoli)  
Alessandro Zucchi (Perugia)

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

**Editorial Office**

Lucia Castelli (Editorial Assistant)  
Tel. 050 3130224 • Fax 050 3130300  
lcastelli@pacinieditore.it

Pacini Editore S.p.A. • Via A. Gherardesca 1  
56121 Ospedaletto (Pisa), Italy

**Publisher**

Pacini Editore S.p.A.  
Via A. Gherardesca 1,  
56121 Ospedaletto (Pisa), Italy  
Tel. 050 313011 • Fax 050 3130300  
Info@pacinieditore.it  
www.pacinimedicina.it

PACINI  
EDITORE  
MEDICINA



---

# **Società Italiana di Andrologia**

**Presidente**  
Vincenzo Gentile

**La Salute Sessuale nel Terzo Millennio:  
un Diritto dell'Uomo e della Coppia,  
un Dovero dell'Andrologo**

## **XXVI Congresso Nazionale**

**Roma, Palazzo Colonna  
25-27 novembre 2010**

### **Segreteria Scientifica e Organizzativa**

SIAS Congress Team  
Via Bellotti Bon, 10 – 00197 Roma  
Tel. +39.06.80691301  
Fax. +39.06.80660226  
[roma2010@andrologiaitaliana.it](mailto:roma2010@andrologiaitaliana.it)  
[www.andrologiaitaliana.it](http://www.andrologiaitaliana.it)

---

# **Società Italiana di Andrologia**

## **Comitato Esecutivo**

*Presidente*  
Vincenzo Gentile

*Segretario*  
Giorgio Piubello

*Tesoriere*  
Alessandro Palmieri

*Consiglieri*  
Giuseppe La Pera  
Matteo Marzotto Caotorta  
Massimo Polito

## **Delegato Nazionale per le Sezioni Regionali**

Daniele Vecchio

## **Commissione Scientifica**

*Presidente*  
Carlo Ceruti

*Membri*  
Antonio Aversa  
Luigi Cormio  
Mario Mancini  
Alessandro Natali  
Alessandro Zucchi

## **S.I.A.**

Società Italiana Andrologia  
Via Bellotti Bon, 10 – 00197 Roma  
Tel. +39.06.80691301  
Fax. +39.06.80660226  
[sia@andrologiaitaliana.it](mailto:sia@andrologiaitaliana.it)  
[www.andrologiaitaliana.it](http://www.andrologiaitaliana.it)

## **Indice sintetico**

Presentazione.....	<b>1</b>
Disfunzione erettile: ricerca di base e terapia medica.....	<b>2</b>
Flogosi genitali, malattie sessualmente trasmissibili e dolore pelvico .....	<b>6</b>
Chirurgia dell'uretra.....	<b>10</b>
Chirurgia genitale .....	<b>14</b>
Disturbi di identità di genere .....	<b>24</b>
Eiaculazione precoce .....	<b>29</b>
Infertilità.....	<b>31</b>
Malattia di La Peyronie.....	<b>45</b>
Patologia prostatica e andrologia .....	<b>49</b>
Sessuologia .....	<b>53</b>
Urgenze andrologiche .....	<b>62</b>
Video .....	<b>65</b>
Elenco abstract non pubblicati .....	<b>71</b>

# Indice

Presentazione.....	1
<b>Disfunzione erettile: ricerca di base e terapia medica.....</b>	<b>2</b>
C 25. Possibile origine extramidollare delle cellule progenitrici endoteliali: il modello della disfunzione erettile di origine vascolare arteriosa isolata <i>S. La Vignera, R. Condorelli, R. Castiglione, A.E. Calogero, E. Vicari.....</i>	<b>2</b>
C 26. Correlazione tra profilo pressorio “non dipper” e disfunzione erettile: risultati preliminari <i>G. Sidoti, G. Beneventano, A. Di Guardo, C. Di Gregorio, G. Profeta, C. Crisafulli.....</i>	<b>2</b>
C 27. Studio pilota randomizzato caso controllo sugli effetti del vardenafil in pazienti con “disfunzione erettile” e “fenomeno di Raynaud primario e secondario” <i>A. Marcoccia, P. Salacone, R. Rago.....</i>	<b>3</b>
P 79. Dipendenza dagli inibitori delle fosfodiesterasi 5 (Cialis, Levitra, Viagra) <i>A.F. De Rose, V. Randone .....</i>	<b>3</b>
P 74. Efficacia e sicurezza del tadalafil nel trattamento della disfunzione erettile (DE) da sclerosi multipla <i>F. Nelli, G. Lombardi, M. Mencarini, M. Finita Celso, G. Del Popolo .....</i>	<b>3</b>
P 75. Dieci anni di utilizzo di sildenafil in pazienti con disfunzione erettile da lesione midollare <i>F. Nelli, G. Lombardi, M. Mencarini, M. Finita Celso, G. Del Popolo .....</i>	<b>4</b>
P 78. Isosorbide dinitrato per la disfunzione erettile <i>M. Polito, G. d’Anzeo, G. Milanese, G. Muzzonigro .....</i>	<b>4</b>
P 70. Efficacia e sicurezza di un nuovo composto a base di <i>Tribulus terrestris</i> , Biovis ed Alga ecklonia cava per il trattamento della disfunzione erettile <i>F. Iacono, D. Prezioso, D. Tagliatela, G. Iapicca, G. Di Lauro, A. Ruffo .....</i>	<b>5</b>
<b>Flogosi genitali, malattie sessualmente trasmissibili e dolore pelvico .....</b>	<b>6</b>
P 86. Flogosi acuta della ghiandola periuretrale del litte <i>L. Dell’Atti, G. Ughi, G. Capparelli, C. Ippolito, G. Daniele, G.R. Russo .....</i>	<b>6</b>
C 29. <i>Chlamydia trachomatis</i> ed eiaculazione precoce: manifestazione di una prostatite cronica batterica da germi atipici <i>T. Cai, D. Tiscione, A. Scardigli, L. Luciani, V. Vattovani, S. Cicuto, F. Coccarelli, S. Mazzoli, G. Malossini.....</i>	<b>6</b>
P 88. Malattie sessualmente trasmesse: 2 anni di forum <i>I. Bianchessi.....</i>	<b>7</b>
P 92. Malattie sessualmente trasmesse e infertilità maschile <i>P. Salacone, A. Sebastianelli, F. Forte, R. Rago.....</i>	<b>7</b>
C 53. Comportamenti a rischio e conoscenze HIV/AIDS negli adolescenti romani: analisi longitudinale <i>G. Torre, C. Silvaggi, R. Rossi, C. Simonelli.....</i>	<b>8</b>
C 30. <i>Chlamydia trachomatis</i> e prostatiti: il punto sul dolore pelvico cronico <i>D. Tiscione, T. Cai, A. Scardigli, L. Luciani, V. Vattovani, S. Cicuto, F. Coccarelli, S. Mazzoli, G. Malossini.....</i>	<b>8</b>

C 28. Prostatite cronica/dolore cronico pelvico (CP/CPPS) nella sindrome del colon irritabile in pazienti infertili: studio di prevalenza e caratterizzazione della CP/CPPS <i>E. Vicari, M. Malaguarnera, D. Arcoria, F. Catalano, R. Castiglione, R. Condorelli, S. La Vignera</i> .....	8
P 91. La sindrome del dolore testicolare secondaria ad ipertono della muscolatura del pavimento pelvico: nostra esperienza <i>F. Pirozzi Farina, A. Pischredda, A. Curreli</i> .....	9
<b>Chirurgia dell'uretra</b> .....	<b>10</b>
TF 6. Complicanze e grado di soddisfazione in 350 pazienti sottoposti a prelievo di graft di mucosa orale da unica guancia per uretroplastica <i>G. Barbagli, S. Vallasciani, G. Romano, F. Fabbri, G. Guazzoni, M. Lazzeri</i> .....	10
TF 8. Il ruolo della Mesh Graft nelle uretroplastiche complesse: presentazione dei risultati preliminari <i>G. Tuffu, M. Santi Aragona, F. Benedusi, S. Maruccia, C. Bischoff, A. Zucchi, R. Olianas</i> .....	10
PP. Impiego delle colture cellulari di mucosa buccale nella ricostruzione uretrale <i>E. Palminteri, C. Marchese, E. Berdondini, S. Ceccarelli, L. Iannotta, G. Franco, V. Gentile</i> .....	11
C 13. Eziologia delle stenosi uretrali nell'era moderna <i>E. Palminteri, E. Berdondini, L. Iannotta, V. Gentile</i> .....	11
C 14. La versatilità dell'approccio uretrotomico ventrale nelle uretroplastiche bulbari di ampliamento con innesto dorsale o ventrale o dorsale più ventrale di mucosa buccale <i>E. Palminteri, A. Shokeir, E. Berdondini, C. De Nunzio, L. Iannotta, V. Gentile</i> .....	11
C 19. Inserzione di protesi peniena in pazienti operati di uretroplastica complessa <i>D. Dente, G. Garaffa, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccia, A.N. Christopher, D. Ralph</i> .....	12
C 10. Il trattamento della riparazione fallita di ipospadia in 177 pazienti <i>E. Palminteri, E. Berdondini, G. Barbanti, A. Molon, F. Mastroeni, L. Iannotta, V. Gentile</i> .....	12
C 12. Fistola uretrale dopo correzione di ipospadia primitiva: analisi descrittiva retrospettiva dell'intervallo di comparsa <i>A. Spagnoli, S. Vallasciani, P. Atzori, A. Borsellino, M.C. Lucchetti, F. Ferro</i> .....	13
<b>Chirurgia genitale</b> .....	<b>14</b>
C 47. Le corporoplastiche di raddrizzamento con tecnica a doppio petto senza circoncisione: 16 anni di esperienza <i>G. Alei, P. Letizia, L. Alei, F. Ricottilli, D. Pavoncello</i> .....	14
P 7. Corporoplastica iterativa con tecnica a doppio petto modificata dopo fallimento chirurgico <i>G. Liguori, S. Benvenuto, S. Bucci, B. De Concilio, G. Ollandini, G. Mazzon, R. Napoli, C. Trombetta, E. Belgrano</i> .....	14
P 14. La circoncisione non è obbligatoria nella chirurgia del pene <i>D. Dente, G. Garaffa, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccia, A.N. Christopher, D. Ralph</i> .....	15
P 17. Ricostruzione peniena dopo intervento chirurgico per lesioni non cancerose usando la tecnica dello <i>Split Skin Graft</i> (SSG) e del <i>Full Thickness Skingraft</i> (FTS) <i>D. Dente, G. Garaffa, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccia, A.N. Christopher, D. Ralph</i> .....	15
C 21. Protesi peniena tricomponente: fattori predittivi del grado di soddisfazione nel miglioramento della qualità di vita generale e sessuale del paziente e della partner <i>E. Caraceni, G. Angelozzi, A. Marconi, L. Utizi</i> .....	15

P 15.	Impianto di protesi peniena in casi di severa fibrosi peniena: nostra esperienza <i>D. Dente, G. Garaffa, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccchia, A.N. Christopher, D. Ralph</i> .....	<b>16</b>
P 6.	Apicoplastica mediante innesto di rete in prolene e glandulopessi in pazienti portatori di protesi peniena a rischio di estrusione per erosione dell'apice cavernoso <i>L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, C.L. Augusto Negro, E. Galletto, D. Fontana</i> .....	<b>16</b>
P 8.	Protesi tricomponente con perforazione di patch di SIS associata a deformazione SST: correzione mediante graft autologo di fascia dei retti e incisione apicale con uretrotomo <i>E.S. Pescatori, B. Drei, P. Pisi</i> .....	<b>17</b>
P 52.	Impianto protesico penieno ed innesto albugineo di matrice acellulare di derma porcino: trattamento efficace per un caso di fibrosi cavernosa massiva post-infettiva <i>F. Colombo, A. Franceschelli, P. Orciari, C.N. Bizzarri, F. Modenini</i> .....	<b>17</b>
C 20.	Impianto protesico difficile dopo fibrosi massiva dei corpi cavernosi post-priapica: uso delle corporotomie multiple con graft di ampliamento <i>E. Austoni, G. Pini, G. Galizia, G. Nanni</i> .....	<b>18</b>
P 2.	Falloplastica di allungamento con l'uso del "distanziatore pubo-cavernoso in silicone": analisi dei risultati dopo 10 anni <i>G. Alej, P. Letizia, L. Alej, F. Ricottilli</i> .....	<b>18</b>
P 12.	Falloplastica con derma porcino (Intexen) <i>A.F. De Rose, A. Ortensi, A. Simonato, L. Coppola, V. D'Orazio, A. Coppola, M. Ennas, G. Carmignani</i> .....	<b>18</b>
P 3.	Lipogranuloma sclerosante dei tessuti cutanei e sottocutanei del pene da auto iniezione di sostanze volumizzanti <i>M. Ghini, G. Vagliani, F. Costa, A. Di Silverio, G. Misuriello, E. Emili</i> .....	<b>19</b>
P 18.	Graft epidermico medium thickness per esiti di iniezione di filler bioalcamid <i>E. Austoni, G. Pini, G. Galizia, N. Ghidini, G. Nanni</i> .....	<b>19</b>
C 48.	Vasectomia: revisione della nostra casistica dal 1995 al 2009 <i>C. Trombetta, G. Mazzon, R. Napoli, G. Ollandini, G. Liguori, S. Bucci, S. Benvenuto, E. Belgrano</i> .....	<b>20</b>
C 15.	La stadiazione clinica Jackson nella neoplasia peniena è superiore al TNM nella selezione dei candidati ad una chirurgia cavernous sparing <i>E. Austoni, G. Pini</i> .....	<b>20</b>
P 56.	La chirurgia conservativa per neoformazione testicolare <i>R. Leonardi, A. Nicolosi, P. Jelo, S. Palmeri, S. Pecoraro</i> .....	<b>21</b>
P 57.	Leiomiomasarcoma primitivo del testicolo: case report di una rara neoplasia <i>D. Tiscione, T. Cai, A. Scardigli, L. Luciani, V. Vattovani, S. Cicuto, F. Coccarelli, G. Malossini</i> .....	<b>21</b>
P 59.	Linfoma non-Hodgkin primitivo del testicolo in età pediatrica <i>A. Spagnoli, A. Borsellino, P. Atzori, S. Vallasciani, F. Callea</i> .....	<b>21</b>
P 60.	Rara anomalia del dotto di Wolff: discussione di un caso clinico <i>E. Conti, S. Lacquaniti, P.P. Fasolo, L. Puccetti, R. Mandras, M. Camilli, G. Fasolis</i> .....	<b>22</b>
P 62.	Inversione testicolare: sintomatologia e terapia chirurgica di 6 casi <i>A. Spagnoli, P. Atzori, A. Borsellino, C. Orazi, S. Vallasciani</i> .....	<b>22</b>
P 55.	Angiofibroma cellulato dello scroto <i>G. Donatelli, R. Claudini, A. Et-Tamimi, G. Tucci, R. Montironi, M. Cordari</i> .....	<b>23</b>

<b>Disturbi di identità di genere.....</b>	<b>24</b>
TF 9. Variazioni neurofisiologiche pre- e post-intervento chirurgico di riassegnazione dei caratteri sessuali in soggetti MtoF: indagine pilota <i>L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, C.L.A. Negro, E. Galletto, S. Vighetti, L. Castelli, P. Perizzo, M. Molo, D. Fontana .....</i>	<b>24</b>
TF 10. Impianto di protesi peniena falloplastica: nostra esperienza <i>D. Dente, G. Garaffa, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccia, A.N. Christopher, D. Ralph .....</i>	<b>24</b>
C 6. Il Genito Sensory Analyzer nella valutazione della sensibilità del neofallo per cambiamento di sesso gino-androide <i>G. Alei, P. Letizia, L. Alei, F. Ricottilli.....</i>	<b>25</b>
C 5. Conservazione della sensibilità neoclitoridea nella chirurgia del transessualismo andro-ginoide: nostra esperienza <i>F. Colombo, A. Franceschelli, C.N. Bizzarri, C.V. Pultrone, M. Soli, E. Brunocilla, G. Martorana.....</i>	<b>25</b>
P 64. Complicanze dopo intervento di conversione andro-ginoide e loro prevenzione <i>G. Liguori, S. Bucci, G. Ollandini, B. De Concilio, R. Napoli, G. Mazzon, M. Petrovic, E. Belgrano, C. Trombetta .....</i>	<b>25</b>
C 1. Utilizzo di patch di SIS nella ricostruzione della neovagina di pazienti affetti da disturbo dell'identità di genere in senso <i>male to female</i> <i>L. Rolle, M. Timpano, C. Ceruti, O. Sedigh, C.L.A. Negro, E. Galletto, D. Fontana.....</i>	<b>26</b>
C 2. Utilizzo di patch di SIS per la risoluzione di stenosi dell'introito neovaginale in pazienti già sottoposte a riconversione dei caratteri sessuali in senso <i>male to female</i> <i>L. Rolle, M. Timpano, C. Ceruti, O. Sedigh, C.L.A. Negro, E. Galletto, D. Fontana.....</i>	<b>26</b>
P 67. Conversione androginoica: inversione di scalpo o flap bipeduncolato? Tecniche a confronto e trattamento di alcune complicanze morfofunzionali <i>E. Austoni, G. Pini, G. Galizia, G. Ghedini, G. Nanni .....</i>	<b>27</b>
C 3. Falloplastica con lembo libero radiale: nostra esperienza <i>D. Dente, G. Garaffa, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccia, A.N. Christopher, D. Ralph .....</i>	<b>27</b>
C 4. Ricostruzione uretrale con lembo libero radiale: nostra esperienza <i>D. Dente, G. Garaffa, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccia, A.N. Christopher, D. Ralph .....</i>	<b>27</b>
<b>Eiaculazione precoce.....</b>	<b>29</b>
P 41. Sensibilità peniena termica e vibratoria nei pazienti affetti da eiaculazione precoce <i>G. Alei, P. Letizia, L. Alei, F. Ricottilli.....</i>	<b>29</b>
P 42. Risultati del test di vibrostimolazione peniena eseguito in soggetti con EP primitiva sotto effetto di dapoxetina 60 mg <i>A. Curreli, A. Pischedda, F. Pirozzi Farina .....</i>	<b>29</b>
P 44. Eiaculazione precoce: il sintomo sessuale della depressione <i>A.F. De Rose, R. Longo, G.M. Badano, M. Ennas.....</i>	<b>29</b>
P 46. Il ruolo del frenulo breve e gli effetti della frenulotomia sulla eiaculazione precoce <i>L. Gallo, A. Gallo, S. Perdonà, S. Pecoraro .....</i>	<b>30</b>

<b>Infertilità</b> .....	<b>31</b>
TF 4. Posticipazione di ricerca di paternità: studio osservazionale in coppie europee caucasiche infertili per fattore maschile <i>A. Salonia, A. Saccà, R. Matloob, L. Rocchini, A. Gallina, M. Ferrari, F. Castiglione, G. Gandaglia, A. Russo, P. Rigatti, F. Montorsi</i> .....	<b>31</b>
C 38. Azoospermia secretoria: possibile ruolo delle varianti del recettore degli androgeni <i>L. Rolle, C. Arduino, M. Timpano, C. Ceruti, O. Sedigh, C.L.A. Negro, E. Galletto, D. Fontana G. Scaravelli</i> .....	<b>31</b>
P 27. Variabilità nella prevalenza di microdelezioni del cromosoma Y nelle azoospermie non ostruttive: revisione dei dati della letteratura e confronto con la nostra casistica <i>S. Tabano, M. Castiglioni, L. Vaccalluzzo, P. Sulpizio, M. Miozzo, G.M. Colpi</i> .....	<b>32</b>
P 25. L'espressione del gene ESX1 è un marcatore di spermatogenesi residua in pazienti azoospermici <i>S. Tabano, M. Castiglioni, G. Gazzano, P. Colapietro, E. Bonaparte, M. Miozzo, S. Sirchia, A. Gallina, G. Contalbi, F. Nerva, G.M. Colpi, G. Scaravelli</i> .....	<b>32</b>
C 44. Ruolo dell'attività antiossidante non enzimatica nella protezione del genoma nemaspermico <i>L. Coppola, D.D. Montagna, S. Pinto Provenzano, G.A. Coppola, I. Ortensi, V. Caroli Casavola, A.F. De Rose</i> .....	<b>33</b>
P 24. Coenzima Q10 del plasma seminale: correlazioni dello stato ossidoriduttivo con i parametri spermio grafici <i>R. Festa, F. Principi, S. Raimondo, G.P. Littarru, A. Pontecorvi, A. Mancini</i> .....	<b>33</b>
C 40. Correlazione tra conta seminale e stato di salute generale in uomini infertili <i>A. Salonia, A. Saccà, R. Matloob, L. Rocchini, M. Ferrari, A. Gallina, F. Castiglione, G. Gandaglia, A. Russo, F. Pellucchi, P. Rigatti, F. Montorsi</i> .....	<b>34</b>
P 29. Ipoandrogenismo in uomini caucasici europei affetti da infertilità di coppia <i>A. Salonia, A. Saccà, R. Matloob, L. Rocchini, M. Ferrari, F. Castiglione, G. Gandaglia, A. Gallina, P. Rigatti, F. Montorsi</i> .....	<b>34</b>
P 28. I parametri ormonali come predittori della concentrazione degli spermatozoi nel liquido seminale di uomini caucasici europei infertili <i>A. Salonia, A. Saccà, L. Rocchini, R. Matloob, M. Ferrari, F. Castiglione, G. Gandaglia, A. Russo, A. Gallina, P. Rigatti, F. Montorsi</i> .....	<b>35</b>
P 26. Qualità seminale e folati. Serve dosarli? <i>M. Bartelloni, M. Cambi, I. Natali, S. Simi, P. Turchi</i> .....	<b>35</b>
C 42. Efficacia del vardenafil sui parametri seminali di soggetti maschi infertili con disfunzione erettile. Studio pilota prospettico randomizzato <i>R. Rago, A. Sebastianelli, L. Caponecchia, C. Fiori, R. Sacchetto, I. Marcucci, L. Tulli, P. Salacone</i> .....	<b>36</b>
C 43. Efficacia della terapia ormonale con ormone follicolo-stimolante umano ricombinante (rhFSH) nel trattamento delle dispermie: studio preliminare <i>M. Vetri, A. Stancampiano, S. Crimi</i> .....	<b>36</b>
P 36. Implementazione farmacologica della spermatogenesi in due casi di azoospermia non ostruttiva <i>G. Cavallini, G. Beretta, G. Biagiotti</i> .....	<b>37</b>
C 45. Può l'eziologia dell'azoospermia avere effetti sul risultato della ICSI? <i>D. Dente, J. Kalsy, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccia, S. Minhas, G. Scaravelli</i> .....	<b>37</b>
C 37. Valutazione della degradazione del DNA degli spermatozoi in diverse tecniche di preparazione del liquido seminale per cicli di fecondazione <i>in vitro</i> <i>J. Guida, T. Gentile, S. Raimondo</i> .....	<b>37</b>

P 30. Rilevanza delle proprietà reologiche sul processo di crioconservazione di spermatozoi umani: un'analisi sperimentale <i>G. Peluso, P.P. Cozza, G. Morrone</i> .....	<b>38</b>
P 32. Confronto tra due diversi metodi di colorazione degli spermatozoi <i>I. Natali, S. Cipriani, V. Sarli, S. Simi, L. Niccoli, P. Turchi</i> .....	<b>38</b>
P 33. Qualità seminale in pazienti oncologici che devono crioconservare prima del trattamento anti-neoplastico: nostra esperienza <i>G. Peluso, P.P. Cozza, G. Arena, N. Gallo, G. Morrone</i> .....	<b>39</b>
P 34. Azoospermia non ostruttiva e probabilità di recupero chirurgico positivo: quali elementi predittivi? <i>M. Castiglioni, P. Sulpizio, D. Giacchetta, C. Pasquale, G. Tesoriere, G. Gazzano, E.M. Colpi, G.M. Colpi</i> .....	<b>39</b>
P 35. Nell'era della TESE, esistono fattori istopatologici/biochimici predittivi per il recupero di spermatozoi in uomini con sindrome a sole cellule del Sertoli (SCO)? <i>D. Dente, J. Kalsy, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccia, S. Minhas</i> .....	<b>40</b>
P 37. Analisi multivariata dei fattori influenzanti i risultati di iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi recuperati da pazienti con azoospermia non ostruttiva <i>G. Cavallini, M.C. Magli, A. Guerra, G. Vitali, A.P. Ferraretti, L. Gianaroli</i> .....	<b>40</b>
C 16. Scleroembolizzazione secondo Tauber per varicocele: nostra esperienza <i>D. Vecchio, G. Campo, M. Poluzzi, M. Pastorello, G. Carluccio</i> .....	<b>41</b>
C 18. La varicolectomia subinguinale microchirurgica "Lymphatic Sparing" associata a scleroembolizzazione anterograda: 20 anni d'esperienza <i>G. Ughi, L. Dell'Atti, G. Daniele, G. Carparelli, C. Ippolito, G.R. Russo</i> .....	<b>41</b>
P 39. La schiuma sclerosante nel trattamento del varicocele: 10 anni di esperienza <i>S. Minucci, G. Mazzoni, G. Gentile, G. Antonini, E. De Berardinis, V. Gentile</i> .....	<b>41</b>
P 40. La sclerosi anterograda secondo Tauber in età pediatrico-adolescenziale <i>G. Fiocca, N. Guarino, R. Coletta, C. Olivieri, A. Calisti</i> .....	<b>42</b>
P 85. Trattamento del varicocele in età pediatrica con sclero-embolizzazione retrograda trans-femorale: risultati preliminari <i>M. Sulpasso, C. Chironi, C. Sacchi, F. Antoniazzi, G. Mansueto</i> .....	<b>42</b>
P 38. L'importanza dello screening nelle scuole per la prevenzione del varicocele: l'esperienza in una scuola laziale <i>G. Fiocca, S. Scommegna, G. Scaravelli, A. Calisti, A. Bellocchi</i> .....	<b>43</b>
C 52. Legge 40/2004 e infertilità di coppia da grave fattore maschile: aspettativa delle coppie sui risultati delle tecniche di PMA a 6 anni dall'approvazione <i>D. Viola, F. Martino, A. Hind, R. Rossi Cesolari, L. Manoni, A. Magnanini, S. Spatafora, M. Spagni, E. Casolari, A. Mora, S. Leoni, G.B. La Sala</i> .....	<b>43</b>
P 31. Indagine sulla infertilità secondaria in Sicilia: fattori di rischio, profilo clinico, comorbidità e dati spermatici. Risultati preliminari <i>E. Vicari, F. Montalto, F. Mastroeni, S. La Vignera</i> .....	<b>44</b>
P 66. Maschio infertile con cariotipo 46 xx: analisi di due casi <i>A. Scardigli, D. Tiscione, L. Luciani, V. Vattovani, G. Malossini</i> .....	<b>44</b>

<b>Malattia di La Peyronie</b> .....	<b>45</b>
TF 2. Studio comparativo ultramicroscopico tra le placche di IPP e quelle postraumatiche <i>A.F. De Rose, A. Simonato, M. Ennas, B. Bocca, G. Carmignani</i> .....	<b>45</b>
TF 1. Terapia medica della induratio penis plastica: esperienza su 125 casi <i>G. Paulis, R. D'Ascenzo, P. Nupieri, G. Orsolini, T. Brancato</i> .....	<b>45</b>
P 51. <i>Extracorporeal shock wave therapy</i> nel trattamento della malattia di La Peyronie: risultati a lungo termine <i>E. De Berardinis, G.M. Busetto, G. Antonini, V. Gentile</i> .....	<b>46</b>
P 50. Associazione di Andropenis® con terapia orale (Peironimev®) vs. verapamil intraplacca nel trattamento della malattia di Peyronie: risultati preliminari di uno studio randomizzato di fase II <i>P. Gontero, M. Di Marco, G. Giubilei, F. Pisano, A. Bonazzi, F. Soria, C. Fiorito, A. Zitella, R. Bartoletti, A. Tizzani, N. Mondaini</i> .....	<b>46</b>
P 49. Intervento chirurgico per fuga venosa con raddrizzamento nel morbo di La Peyronie <i>G. Alei, P. Letizia, L. Alei, F. Ricottilli</i> .....	<b>46</b>
P 53. Posizionamento di protesi peniena in pazienti con malattia di La Peyronie <i>D. Dente, G. Garaffa, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccia, A.N. Christopher, D. Ralph</i> .....	<b>47</b>
P 54. Utilizzo della colla di fibrina (Thacosil) nell'induratio penis plastica <i>T. Zenico, M. Saccomanni, U. Salomone</i> .....	<b>47</b>
C 22. Utilizzo del "pelvicol" nelle corporoplastiche complesse per il trattamento della IPP: risultati preliminari <i>F. Colombo, A. Franceschelli, P. Orciari, C.N. Bizzarri, F. Modenini</i> .....	<b>48</b>
<b>Patologia prostatica e andrologia</b> .....	<b>49</b>
TF 7. Studio comparativo sul recupero della funzione erettile in pazienti sottoposti a RRP nerve-sparing vs. RALP <i>G.M. Ludovico, G. Pagliarulo, G. Cardo, G. Dachille, M. Romano, F. Portoghese, F. Maselli, S. Cotrufo</i> .....	<b>49</b>
C 9. Cause di rifiuto e <i>drop-out</i> nella riabilitazione della funzione erettile dopo prostatectomia radicale open <i>G. d'Anzeo, M. Polito, G. Paradiso Galatioto, L.P. Canclini, M. Silvani, M. Ruggieri, G. Malvestiti, A. Dellerose, G. Muzzonigro</i> .....	<b>49</b>
C 8. Fattori predittivi di desiderio sessuale nel periodo post-operatorio in pazienti sottoposti a prostatectomia radicale nerve-sparing bilaterale <i>A. Salonia, U. Capitanio, M. Cava, A. Briganti, G. Zanni, A. Saccà, F. Abdollah, M. Ferrari, L. Rocchini, P. Rigatti, F. Montorsi</i> .....	<b>50</b>
P 69. Riabilitazione alla funzionalità erettile dopo prostatectomia radicale: la nostra esperienza <i>G. Ollandini, G. Mazzon, G. Ocello, B. de Concilio, S. Benvenuto, R. Napoli, A. Zordani, S. Bucci, E. Federico, G. Liguori, C. Trombetta</i> .....	<b>50</b>
P 13. Condizioni di possibile ipogonadismo e cancro prostatico <i>S. Campo, G. D'Ambrosio, G. Mazzaglia, G. Sini, G. Campo</i> .....	<b>51</b>
P 65. Studio retrospettivo in 187 pazienti di età giovanile sulla correlazione fra LUTS, sindrome prostatica cronica e aspetti morfofunzionali della regione cervico-uretrale: risultati clinici <i>R. Giulianelli, G. Vincenti, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Albanesi, L. Mavilla, F. Pisanti, F. Attisani</i> .....	<b>51</b>

P 87. Biopsie prostatiche con blocco anestetico peri-prostatico: miglioramento dell'efficacia e della tollerabilità <i>V. Tripodi, G. Lotrecchiano, A. Delle Cave, E. De Fortuna, A. Quaranta, L. Salzano</i> .....	52
<b>Sessuologia</b> .....	<b>53</b>
TF 3. Fattori predittivi di desiderio sessuale ipoattivo in uomini omosessuali <i>A. Salonia, L. Rocchini, A. Saccà, M. Ferrari, U. Capitano, F. Castiglione, A. Russo, G. Gandaglia, R. Matloob, P. Rigatti, F. Montorsi</i> .....	53
TF 5. Internet & sessualità: le nuove frontiere dell'eros <i>S. Eleuteri, M. Giuliani, R. Rossi, C. Simonelli</i> .....	53
C 36. La prevalenza delle disfunzioni sessuali nelle coppie infertili: studio osservazionale prospettico <i>P. Salacone, A. Sebastianelli, C. Fiori, R. Sacchetto, I. Marcucci, A. Marcucci, N. Pacini, L. Tulli, S. Bauco, M. Arduini, F. Forte, R. Rago, G. Scaravelli</i> .....	54
C 54. Prevenzione andrologica in una scuola media superiore <i>G. Benedetto, E. Bratti, G. Abatangelo, F. Nigro, E. Scremin, A. Tasca</i> .....	54
C 34. Approccio alla visita medica all'apparato genitale negli adolescenti: differenza tra i ragazzi e le ragazze <i>G. La Pera, P. Di Palma, L. Vaggi, R. Rago, P. Salacone, Z. Marianantoni, R. Longo, G. Paulis, S. Lauretti</i> .....	55
P 89. Tre anni di servizio di consulenza telefonica: cosa chiedono gli uomini sulla sessualità? <i>F. Tripodi, R. Rossi, A. Fabrizi, C. Silvaggi, P.M. Michetti, C. Simonelli</i> .....	55
C 35. Le nuove richieste degli ultracinquantenni per migliorare la propria sessualità <i>A.F. De Rose, V. Gentile, G. Alei, A. Ortensi, L. Coppola, A. Vita, P. Letizia, V. D'Orazio, A. Coppola, M. Ennas, G. Carmignani</i> .....	56
C 31. Il counselling sessuologico nelle disfunzioni sessuali (DS) maschili: confronto tra pubblico, privato e help-line telefonica <i>C. Silvaggi, F. Tripodi, V. Cosmi, L. Pierleoni, G. Gambino, P.M. Michetti, C. Leonardo, C. Simonelli, V. Gentile</i> .....	56
P 81. Approccio diagnostico integrato alle disfunzioni sessuali maschili in un centro pubblico <i>V. Cosmi, L. Pierleoni, G. Gambino, C. Silvaggi, C. Simonelli, G. Franco, P.M. Michetti, C. De Dominicis, V. Gentile</i> .....	57
P 71. Le disfunzioni sessuali maschili sono croniche? Il lavoro in team migliora i risultati nel lungo termine <i>P. Turchi, A. Bonari, S. Simi</i> .....	57
C 32. Ruolo e funzioni dello psico-sessuologo nella collaborazione <i>D. Carnaccini, S. Cassoli, A. Franceschelli, F. Modenini, C.N. Bizzarri, P. Orciari, F. Colombo</i> .....	58
P 61. Valutazione comorbidità e valutazione psicosociale in 20 soggetti sottoposti a chirurgia correttiva <i>M. Polito, G. d'Anzeo, G. Milanese, M. Tiroli, L. Gasparri, G. Muzzonigro</i> .....	59
P 80. Ancora castrazione chimica. La terapia integrata del comportamento parafilico. Un caso clinico <i>P. Turchi, R. Rossi</i> .....	59
P 82. Effetto della dipendenza alcolica sulla funzione sessuale del maschio adulto. La nostra esperienza <i>P. Chierigo, S. Dedola, L. Rossetto, N. Franzolin</i> .....	59
C 33. Desiderio di paternità in maschi omosessuali <i>A. Salonia, A. Saccà, L. Rocchini, M. Ferrari, A. Gallina, F. Castiglione, G. Gandaglia, A. Russo, P. Rigatti, F. Montorsi</i> .....	60

P 84. Disfunzione sessuale femminile e assetto ormonale in donne affette da sclerosi multipla <i>F. Nelli, G. Lombardi, M. Mencarini, M. Finita Celso, G. Del Popolo</i> .....	61
<b>Urgenze andrologiche</b> .....	<b>62</b>
P 1. Trauma coitale con rottura sincrona dei corpi cavernosi e dell'uretra. Gestione chirurgica e revisione della letteratura <i>P. Polledro, R. Borsa, G. Fontana, A. Moiso</i> .....	62
P 11. Frattura traumatica di corpi cavernosi ed uretra: nostra esperienza di riparazione chirurgica in tempo unico <i>G. Naccarato, M. Bitelli, A. Berardi, F. Carbonaro, C. De Santis, S. Guglielmino, G. Voria</i> .....	62
P 20. I traumi del pene e dei corpi cavernosi: la nostra esperienza <i>G. Passavanti, A. Bragaglia, A. Bartalucci, R. Nucciotti, V. Pizzuti</i> .....	62
C 50. Ruolo della risonanza magnetica nucleare peniena vs. ecografia nella diagnosi e nel follow-up delle fratture dei corpi cavernosi <i>G. Perugia, E. Casciani, G. Franco, E. Polettini, G. Masselli, F. De Luca, G. Borgoni, V. Olivieri, F. Antonini, M. Liberti, G. Gualdi</i> .....	63
P 63. Posizionamento di protesi peniena in acuto nel priapismo a basso flusso: nostra esperienza <i>L. Rolle, O. Sedigh, C. Ceruti, M. Timpano, C.L.A. Negro, E. Galletto, D. Fontana</i> .....	63
P 16. Posizionamento di protesi peniena in episodi di priapismo ischemico acuto: follow-up a lungo termine <i>D. Dente, G. Garaffa, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa, T. Paniccia, A.N. Christopher, D. Ralph</i> .....	64
P 90. L'ecocolordoppler nello scroto acuto <i>S. Bucci, G. Liguori, S. Benvenuto, G. Ocello, G. Ollandini, G. Mazzon, A. Zordani, M. Bertolotto, C. Trombetta, E. Belgrano</i> .....	64
<b>Video</b> .....	<b>65</b>
V 1. Impianto di protesi idraulica tricomponente con accesso peno-scrotale "Septum sparing" <i>E. Conti, S. Lacquaniti, P.P. Fasolo, L. Puccetti, R. Mandras, M. Camilli, G. Fasolis</i> .....	65
V 2. Impianto protesi tricomponente AMS 700 CX momentary squeeze con accesso infrapubico in paziente con disfunzione erettile secondaria a chirurgia del retto <i>G. Alei, P. Letizia, L. Alei, F. Ricottilli</i> .....	65
V 3. Impianto di protesi idraulica bicomponente e di protesi testicolare in conversione gino-androide <i>G. Alei, P. Letizia, L. Alei, F. Ricottilli</i> .....	66
V 4. Descrizione della tecnica di uretroplastica stadiata con Mesh Graft <i>G. Tuffu, S. Maruccia, F. Benedusi, C. Bischoff, M. Santi Aragona, A. Zucchi, R. Olianias</i> .....	66
V 5. Uretroplastica di ampliamento con mucosa buccale dell'uretra peniena con accesso perineale <i>D. Vigna, G. Berta, E. Cattaneo, C. Fiorito, A. Gillo, F. Marson, A. Tizzani, P. Gontero</i> .....	66
V 6. <i>Penile disassembly</i> secondo Perovic nella chirurgia estetico funzionale nei carcinomi del glande: note di tecnica con follow-up a 36 mesi <i>S. Pecoraro, R. Giannella, A. Fienga, M. Silvani, S. Sansalone</i> .....	67
V 7. Falloplastica additiva: tecnica originale <i>J. Salhi, M. Del Prete</i> .....	67

V 8.	Trattamento microchirurgico dell'azoospermia ostruttiva. Perfezionamento delle tecniche e risultati <i>G. Liguori, A. Lissiani, S. Benvenuto, C. Trombetta, E. Belgrano</i> .....	67
V 9.	La corporoplastica secondo Egydio per i recurvatum ventrali complessi nella malattia di La Peyronie <i>S. Pecoraro, R. Giannella, A. Fienga, M. Silvani, S. Sansalone</i> .....	68
V 12.	Ricostruzione vaginale con ansa ileale ed anastomosi utero neovaginale in paziente con variante di sindrome di Rokitansky <i>D. Fontana, L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, E. Galletto, L. Galletto</i> .....	68
V 13.	Le ricostruzioni del pene dopo chirurgia del cancro avanzato <i>E. Austoni, G. Pini, G. Galizia, N. Ghedini</i> .....	69
V 14.	Chirurgia ricostruttiva morfo-funzionale del pene dopo amputazione parziale per carcinoma squamoso <i>R. Leonardi, P. Jelo, M. Debole, A. Nicolosi, S. Palmeri</i> .....	69
<b>Elenco abstract non pubblicati</b> .....		<b>71</b>
P 4.	Ricostruzione del glande con lembo muscolare pedunculato in paziente con carcinoma del glande <i>Danilo Di Trapani, F Polizzi, Dario Di Trapani, L. Patania, E. Di Trapani, E. Pirillo</i> .....	71
P 5.	Recurvatum congenito del pene di due fratelli: case report e descrizione della tecnica chirurgica <i>E. Di Trapani, Dario Di Trapani, Danilo Di Trapani</i> .....	71
P 9.	Soddisfazione ad un anno di correzione di recurvatum penieno con tecnica di Nesbit <i>M. Casilio, M. Florio, D.M. Mendoza, M. Scarfini, E. Spera</i> .....	71
P 10.	Analisi retrospettiva e descrittiva di 1176 pazienti sottoposti ad intervento riparativo dopo chirurgia fallita per la correzione di ipospadia <i>G. Barbagli, S. Perovic, R. DjinoVIC, S. Sansalone, M. Lazzeri</i> .....	71
P 19.	Erezione segmentaria e diaframma fibroso cavernoso dopo trauma penieno: la corporoplastica combinata con rivascolarizzazione microchirurgica <i>E. Austoni, G. Pini, G. Galizia, N. Ghidini, G. Nanni</i> .....	71
P 21.	Nuovo marker del carcinoma prostatico in pazienti con familiarità positiva <i>E. Di Trapani, M. Barbera, Dario Di Trapani, M. Rinella, Danilo Di Trapani</i> .....	71
P 22.	Affinamento della diagnostica della neoplasia prostatica primaria e recidiva con risonanza magnetica nucleare con mezzo di contrasto con bobina endorettale ed ecografia prostatica transrettale con mezzo di contrasto <i>Dario Di Trapani, Danilo Di Trapani, G. Selvaggio, F. Cannizzaro, M. Midiri, E. Di Trapani</i> .....	71
P 23.	Ritenzione acuta delle urine per polipo fibroepiteliale della uretra prostatica <i>Dario Di Trapani, G. Carollo, E. Di Trapani, M. Rinella, Danilo Di Trapani</i> .....	71
P 43.	Eiaculazione precoce: il ruolo della dapoxetina <i>Danilo Di Trapani, Dario Di Trapani, E. Di Trapani</i> .....	71
P 45.	Valutazione della sicurezza e dell'efficacia della terapia con dapoxetina nel trattamento dell'eiaculazione precoce <i>S. Caroassai Grisanti, S. Tazzioli, A. Delle Rose, G. Nicita</i> .....	71
P 47.	Malattia di La Peyronie: sicurezza e tollerabilità del trattamento locale con ilprost. Studio pilota di fase 1 e proposta di nuovo questionario per la valutazione sintomatologica <i>C. Pavone, C. Melloni, I. Oxenius, D. Abbadessa, G. Caruana, F. D'Amato</i> .....	72

- P 48. Dati preliminari di una nuova strategia terapeutica farmaco-fisica nella terapia dell'induratio penis plastica  
*A. Palmieri, A. Caruso, P.P. Cozza, G. De Luca, G. Mastroberardino, G. Morrone, G. Rende, V. Sidari, F. Ventrici, A. Verbena, V. Mirone* ..... **72**
- P 58. Case report: un raro caso di carcinoma penieno con fistolizzazione cutanea di linfadenopatia inguinale bilaterale  
*S. Caroassai Grisanti, A. Delle Rose, A. Ringressi, S. Tazzioli, D. Villari, G. Nicita* ..... **72**
- P 68. Attività aerobica e funzione sessuale nei giovani maschi sani  
*G. Maselli, L. Bergamasco, S. Masciovecchio, E.D. Di Pierro, G. Pace, G. Paradiso, C. Vicentini*..... **72**
- P 72. Le PGE1 endouretrali nella terapia della disfunzione erettile dopo prostatectomia radicale non nerve sparing. Nostra esperienza  
*M. Titta, M. Pizzarella, P. Ligato, G. Ferro, G. Villi, C. Bigotto, M. Gholam Alipour, D. Schiavone* ..... **72**
- P 73. Le PGE1 endouretrali nella terapia della disfunzione erettile. Nostra esperienza  
*M. Titta, M. Pizzarella, P. Ligato, G. Ferro, G. Villi, C. Bigotto, M. Gholam Alipour, D. Schiavone* ..... **72**
- P 76. Frequenza dell'attività sessuale e riabilitazione della funzione erettile. Nostra esperienza  
*M. Titta, M. Pizzarella, P. Ligato, G. Ferro, G. Villi, C. Bigotto, M. Gholam Alipour, D. Schiavone* ..... **72**
- P 77. Strategie di riabilitazione della D.E. post prostatectomia radicale  
*M. Casilio, M. Florio, D.M. Mendoza, S. Sansalone, E. Spera, G. Vespasiani*..... **72**
- P 83. Antipsicotici, benzodiazepine e disfunzione erettile  
*J. Elia, N. Imbrogno, M. Delfino, R. Mazzilli, N. Argese, F. Mazzilli* ..... **72**
- V 10. Peyronie-escissione endocavernosa di placca senza innesto sostitutivo, esperienza critica di 5 anni  
*F. Mantovani, R. Anceschi, S. Maruccia, M.G. Spinelli, G. Cozzi, E. Tondelli, F. Rocco*..... **72**
- V 11. Tecnica di raddrizzamento plicante-serrante negli incurvamenti congeniti e acquisiti: 10 anni di verifica di una semplificazione  
*F. Mantovani, R. Anceschi, S. Maruccia, M.G. Spinelli, G. Cozzi, E. Tondelli, F. Rocco*..... **72**
- C 7. Correlazione tra resezione trans-uretrale della prostata e funzionalità erettile: oltre 2000 casi  
*R. Giulianelli, G. Vincenti, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Albanesi, L. Mavilla, F. Pisanti, F. Attisani*..... **72**
- C 11. Ipospadias fallita nell'adulto: una sfida per la chirurgia ricostruttiva  
*S. Sansalone, S.V. Perovic, G. Barbagli, R. Djinovic, S. Vallasciani, G. Romano, M. Lazzeri* ..... **72**
- C 17. Criptorchidismo in età pediatrica: come, quando e perché operare  
*M. Sulpasso, C. Sacchi, C. Pederzoli, F. Antoniazzi*..... **73**
- C 23. Valutazione dei risultati clinici e della soddisfazione dei pazienti nell'esperienza preliminare di correzione di incurvamento penieno congenito con utilizzo di tecnica modificata di plicatura della tunica albuginea con suture non-riassorbibili  
*R. Giulianelli, G. Vincenti, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Albanesi, L. Mavilla, F. Pisanti, F. Attisani*..... **73**
- C 24. La tecnica di Egydio per il trattamento chirurgico della malattia di La Peyronie: l'esperienza di uno studio multicentrico europeo  
*S. Sansalone, S. Pecoraro, A. Zucchi, M. Silvani, R. Djinovic, B. Giammusso, S. Perovic, M. Casilio, G. Vespasiani* ..... **73**
- C 39. HPV e infertilità: nostra esperienza  
*E.D. Di Pierro, G. Maselli, G.G. Paradiso, G. Pace, S. Masciovecchio, A. Del Rosso, L. Bergamasco, M. Verzilli, G. Paganico, C. Vicentini* ..... **73**

- C 41. Influenza del BMI sui parametri seminali normali: nostra esperienza  
*S. Masciovecchio, G.G. Paradiso, P. Saldutto, E.D. Di Pierro, G. Maselli, A. Del Rosso,  
A. Attanasio, G. Pace, C. Vicentini* ..... **73**
- C 46. Studio clinico e biomorfologico su scaffold biodegradabile  
*S. Sansalone, S.V. Perovic, R. Djinovic, M. Casilio, A. Ferlosio, G. Vespasiani, A. Orlandi*..... **73**
- C 49. Il tumore della prostata: lo screening salva la vita? Ne migliora la qualità?  
*E. Di Trapani, R. Filippone, Dario Di Trapani, M. Barbera, Danilo Di Trapani*..... **73**
- C 51. Sling suburetrale regolabile (*male remeex system*) nel trattamento dell'incontinenza urinaria maschile iatrogena: esperienza preliminare  
*Danilo Di Trapani, G. Carollo, Dario Di Trapani, E. Di Trapani*..... **73**

# Presentazione

È un grande piacere poter presentare a nome della Commissione Scientifica agli Andrologi italiani il volume degli abstract, quest'anno in versione cartacea, del XXVI Congresso Nazionale della SIA.

La pubblicazione del volume degli abstract giunge a conclusione dell'intenso lavoro di costruzione del programma scientifico, una "avventura" che la Commissione Scientifica ha condiviso giorno per giorno con il Presidente, il Comitato Esecutivo e l'efficientissimo SIAS Congress Team.

Due sono le sfide che ci siamo proposti nel delineare il programma di questa edizione del Congresso: estendere la fruibilità del convegno al maggior numero possibile di Colleghi anche in periodo di crisi economica, compattando i tempi e quindi riducendo i costi di partecipazione, ed evitare sovrapposizioni temporali tra sessioni di argomento omogeneo. Ne è risultato un programma particolarmente intenso, che in un arco temporale di due giorni prevede due percorsi paralleli per le due "anime" dell'andrologia, quella chirurgica e quella medico-sessuologica, senza sovrapposizioni all'interno di ciascuna area di interesse.

Il "corpus" degli abstract costituisce il naturale completamento del programma del Congresso, ed è testimonianza di una SIA quanto mai viva sotto l'aspetto scientifico.

Sono pervenuti in totale 180 abstract tra comunicazioni, poster e video; di questi, la quasi totalità è stata ammessa per la presentazione, a conferma dell'elevato valore della produzione scientifica degli andrologi italiani.

Gli abstract sono stati valutati, come ormai d'uso, da più membri della Commissione su materiale che il SIAS Congress Team aveva reso assolutamente anonimo e assegnato ai diversi revisori in modo da evitare possibili conflitti di interesse; ad ogni contributo è stato così attribuito un punteggio medio che è stato utilizzato sia per il giudizio di idoneità alla presentazione, sia per la scelta delle "top five communication" mediche e chirurgiche. È stata convinzione condivisa che le sessioni comunicazioni e video dovessero avere la stessa dignità delle sessioni ad invito, quindi si è deciso di allocare queste sessioni interamente nelle timeline dei due percorsi principali, evitando anche per queste la sovrapposizione tra argomenti omogenei.

I ridotti tempi a disposizione, la volontà di evitare sovrapposizioni e il desiderio di creare un programma di alto profilo scientifico ha imposto una rigida selezione dei contributi ammessi alla presentazione dal podio, e in molti casi abstract originariamente inviati per comunicazioni sono stati assegnati (sempre in base al punteggio assegnato "in cieco" dai reviewers) a sessioni poster; anche queste sessioni risultano quindi ricche di contributi di alto livello e, sempre nell'ottica di permettere un proficuo momento di confronto senza pressanti limiti temporali, per la loro discussione è stata scelta la formula "a tu per tu" con l'Autore, già sperimentata in congressi internazionali. Nel presente volume gli abstract sono stati organizzati per aree tematiche per quanto possibile omogenee, indipendentemente dal fatto che siano stati proposti o presentati in forma di comunicazione o di poster (ad ulteriore riprova della massima dignità scientifica riconosciuta anche a questi ultimi).

Gli argomenti spaziano a 360° nel panorama del sapere andrologico; dalla ricerca di base alla tecnica chirurgica, dalla sessuologia all'infertilità ogni settore dell'andrologia è stato fatto oggetto di ricerca. Particolarmente numerosi sono stati anche quest'anno i lavori scientifici su tematiche chirurgiche; il dato riflette un panorama italiano in cui sempre più centri andrologici sono in grado di offrire anche soluzioni chirurgiche avanzate, immagine di una Società non più caratterizzata da pochi centri trainanti, ma da tanti professionisti di alto livello distribuiti su tutto il territorio nazionale. Ben rappresentati sono anche i temi di interesse sessuologico, la ricerca di base e, fatto interessante, i lavori sugli aspetti sociali delle tematiche andrologiche, segno di una SIA che sempre più forte sente il proprio ruolo nella società.

La qualità dei lavori raccolti in questo volume contribuirà in maniera determinante a rendere vivo il Congresso. Un doveroso ringraziamento va quindi agli Autori di tutti questi lavori scientifici, con l'augurio da parte di tutta la Commissione Scientifica di vivere una proficua e piacevole esperienza congressuale.

*Carlo Ceruti*  
Presidente della Commissione Scientifica

# Disfunzione erettile: ricerca di base e terapia medica

## C 25

### Possibile origine extramidollare delle cellule progenitrici endoteliali: il modello della disfunzione erettile di origine vascolare arteriosa isolata

S. La Vignera, R. Condorelli, R. Castiglione, A.E. Calogero, E. Vicari  
UOC Andrologia ed Endocrinologia, Azienda Policlinico "G. Rodolico", Università di Catania

#### Introduzione e obiettivi

Scopo di questo studio è stato identificare un nuovo fenotipo di EPC (*endothelial progenitor cells*) isolato dal sangue periferico esprimenti almeno un marcatore di staminalità (CD34+), la coespressione di un antigene di maturità endoteliale (VE-Chaderin+) e negatività per espressione dell'antigene panleucocitario (CD45-), criteri minimi proposti da ISHAGE per l'identificazione in circolo di tali cellule. La disfunzione erettile (DE) organica vascolare arteriosa, scelta come modello clinico di riferimento per analizzare il significato di possibili variazioni.

#### Materiali e metodi

50 uomini 50-70 anni (età media 62 anni) affetti da DE. Criteri di inclusione: IIEF < 21, assenza di FDR cardiovascolare (ipertensione arteriosa, diabete, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta), o farmaci per il trattamento dei suddetti FDR, assenza di ateromasia su tronchi epiaortici e assi femorali, normale frazione di eiezione cardiaca, normali concentrazioni di testosterone totale. Mediante ecocolordoppler penieno dinamico, classificazione in: a) DE vascolare arteriosa di grado severo (PSV < 25 cm/sec), b) DE vascolare arteriosa di grado medio (PSV compreso tra 25 e 29 cm/sec), c) DE vascolare arteriosa di grado lieve (PSV compreso tra 30 e 34 cm/sec), d) DE di natura non vascolare (PSV > 35 cm/sec). Esclusi EDV > 5 cm/sec. Determinazione delle EPC: analisi citofluorimetrica su 100 microlitri di sangue intero, con strategia di gating finalizzata alla esclusione di elementi della serie bianca positivi per CD45, con simultanea coespressione antigenica di CD34 e VE Chaderin.

#### Risultati

I pazienti con normali parametri vascolari (PSV > 35 cm/sec, tempo di accelerazione < 80 mm/sec) rilevati mediante doppler penieno (n. 22 = 44%) mostrarono concentrazioni circolanti significativamente più basse rispetto i pazienti con PSV < 35 cm/sec ( $1,4 \pm 0,3$  vs.  $9 \pm 0,8$ ;  $p < 0,001$  Test T di Student). I pazienti con ipoafflusso arterioso (n. 28 = 56%) mostrarono le seguenti concentrazioni di EPC: a) n. 8 = 29%; con PSV < 25 cm/sec, EPC =  $13 \pm 1,3\%$ ; b) n.8=29%; con PSV 25-29 cm/sec, EPC =  $10 \pm 0,6\%$ ; c) n. 12 = 42%; con PSV 30-34 cm/sec, EPC =  $4 \pm 0,4\%$ .

#### Discussione

Le EPC circolanti potrebbero essere espressione circolante di transdifferenziazione monocitaria. La differente origine rispetto il pool midollare spiegherebbe la diversa cinetica di risposta. L'impiego di marcatore diagnostico di danno endoteliale nella DE di natura vascolare arteriosa appare di interesse nella futura pratica clinica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C 26

### Correlazione tra profilo pressorio "non dipper" e disfunzione erettile: risultati preliminari

G. Sidoti, G. Beneventano, A. Di Guardo, C. Di Gregorio, G. Profeta, C. Crisafulli  
Centro per la Prevenzione, Diagnosi e Complicanze delle Malattie Dismetaboliche. Medicina Interna, AORNAS "Garibaldi", Catania; Area Cardiovascolare e Metabolica SIMG Catania

L'ipertensione è uno dei maggiori fattori di rischio per patologie cardiovascolari ed è fortemente correlato con il danno vascolare e la disfunzione endoteliale. Anche la disfunzione erettile è ormai universalmente riconosciuta sintomo correlato alla disfunzione endoteliale. I valori pressori ma ancora di più la variabilità pressoria da cui originano due profili pressori delle 24 ore, "dipper" con riduzione notturna pressoria superiore o uguale al 10% dei livelli pressori medi diurni e "non dipper" con riduzione inferiore al 10%, viene considerata un fattore di rischio per le patologie cardiovascolari. Scopo dello studio: correlare la disfunzione erettile (DE) e il profilo pressorio negli ipertesi. La collaborazione tra 5 medici di medicina generale ed un centro ospedaliero di riferimento ha consentito di studiare 500 pazienti ipertesi con il monitoraggio pressorio delle 24 ore. Solo 88 pazienti maschi di età tra i 28 ed i 54 anni rispettavano i criteri di inclusione dello studio (l'assenza di Diabete mellito, Malattia Cardiovascolare, Insufficienza renale cronica e disfunzione erettile da causa psicogena, endocrina, anatomica, neoplastica). Il profilo Dipper e Non-dipper è stato studiato mediante la metodica ABPM (*Ambulatory Blood Pressure Monitor* - Holter pressorio delle 24 ore) mentre la funzione sessuale è stata valutata somministrando il questionario "International Index of Erectile Function V (IIEF-V)". Tutti i dati sono stati valutati statisticamente utilizzando il t-test per confronto fra gruppi, il chi quadro per i dati categorici ed il confronto tra gruppi multipli con l'analisi della varianza. L'età media, il BMI, il profilo lipidico e l'abitudine al fumo erano simili nei due gruppi. IIEF V score era significativamente più alto nei non-dippers che nei dippers ( $p = 0,009$ ). Il profilo Non-dipper era un fattore indipendente di rischio di DE ( $p = 0,0002$  OR 3,750 IC 95% 4,66-17,370).

#### Conclusioni

Al pari di retinopatia, microalbuminuria e ispessimento medio intimale, sicuramente la DE può essere ormai considerata sintomo di danno d'organo e quindi fattore a se stante di rischio cardiovascolare. I nostri risultati pur meritevoli di approfondimento su una più ampia popolazione, suggeriscono che il profilo non-dipper, facilmente valutabile nella pratica ambulatoriale, può essere considerato un indicatore precoce di disfunzione endoteliale e di alterazione della funzione erettile negli ipertesi con in atto o ad alto rischio di malattia cardiovascolare.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 27****Studio pilota randomizzato caso controllo sugli effetti del vardenafil in pazienti con “disfunzione erettile” e “fenomeno di Raynaud primario e secondario”**

A. Marcocchia, P. Salacone\*, R. Rago\*

Unità di Angiologia, Servizio di Videocapillaroscopia e Diagnosi Precoce della Sclerodermia, Ospedale “S. Pertini”, Roma; \*Unità di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, Centro per la Sterilità di Coppia, la Salute Sessuale e la Crioconservazione dei Gameti Umani, Ospedale “S. Maria Goretti”, Latina

**Introduzione e obiettivi**

La disfunzione erettile (DE) e il fenomeno di Raynaud (FR) sono secondari a disfunzione endoteliale e possono essere la spia di malattia organiche tra cui la sclerosi sistemica. Il FR, “dito bianco e freddo come fosse morto”, è il sintomo più comune e precoce della vasculopatia sclerodermica. Hong, ha evidenziato che la DE è presente nell’80% dei pazienti sclerodermici. Il FR può essere primario (5%) e non associato a patologie sistemiche o secondario a patologie autoimmuni, in particolare connettivopatie. La diagnosi differenziale tra FR primario (I) e secondario (II) viene fatta con la capillaroscopia della plica ungueale. Ci siamo chiesti quale potesse essere l’effetto degli inibitori delle PDE5, in particolare il vardenafil, sul FR in pazienti con DE e pertanto abbiamo condotto uno studio pilota su questi pazienti.

**Materiali e metodi**

Da gennaio a settembre 2008 abbiamo osservato 263 pazienti con DE e selezionato 22 pazienti (25-50 anni) con FR, non in terapia, non fumatori, negativi per patologie cardiovascolari, urologiche, endocrino-metaboliche. Tutti sono stati sottoposti a videocapillaroscopia della plica ungueale, ricerca anticorpi ENA e ANA e questionario IIEF5 prima e dopo il trattamento. 18 pazienti (gruppo A) sono risultati affetti da Raynaud I e 4 (gruppo B) da Raynaud II (Early Sclerosi Sistemica – VEDOSS 2009). Lo studio è durato 14 settimane: osservazione (T-4); terapia con vardenafil 10 mg/die (T0-T4); wash-out (T6); trattamento randomizzato caso controllo (T10). I pazienti hanno monitorato, giornalmente, frequenza, durata e gravità del FR in una scala di gravità da 0 a 10 per definire un punteggio medio: il *Raynaud Condition Score* (RCS).

**Risultati**

Il RCS è diminuito a T4 vs. T0 ( $p < 0,001$ ) nei trattati. Solo nei Pazienti con FR II il RCS si è mantenuto basso anche in corso di wash-out. In corso di terapia, i pazienti hanno riferito cefalea (19%) e flushing (28%) e scomparsa del sintomo DE (IIEF 20-25). Nel periodo T6-T10 i pazienti sono stati randomizzati per la data della prima visita in 4 sottogruppi, 2 per il Gruppo A e 2 per il gruppo B: i Gruppi 1A e 1B sono ritrattati con vardenafil 10 mg 2/die. I Gruppi 2A e 2B non sono stati trattati. Il RCS si conferma ridotto ( $p < 0,001$ ) in 1A e 1B a T10 vs. T0 e vs. i non trattati. Non presenta differenze rispetto al basale (T0) in 2A° e 2B.

**Conclusioni**

Il vardenafil risulta efficace nel trattamento della DE e migliora i sintomi clinici del FR I e II, aumentando la biodisponibilità di cGMP e quindi l’attività endoteliale. Nei pazienti affetti da FR II, tale miglioramento persiste, in assenza di terapia, fino a 6 settimane dal termine del trattamento. L’efficacia del vardenafil in pazienti affetti da una malattia non funzionale bensì organica dell’endotelio come la sclerosi sistemica, implica una azione di ricondizionamento della funzione endoteliale che è più complessa della sola inibizione della PDE5.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 79****Dipendenza dagli inibitori delle fosfodiesterasi 5 (Cialis, Levitra, Viagra)**

A.F. De Rose, V. Randone\*

Clinica Urologica Genova; \*FISS (Federazione Italiana Sessuologia Scientifica), Catania

La commercializzazione del Viagra prima e del Cialis e Levitra poi hanno rappresentato un elemento importante per la sessualità: la sicurezza. Obiettivo del lavoro è stato quello di valutare se, dopo 1 anno di terapia, si sono registrati rapporti spontanei

**Materiali e metodi**

Dal marzo 2009 32 soggetti, di età compresa tra i 35 e i 62 anni, sono stati studiati per deficit erettivo. I criteri per l’inclusione nello studio erano l’assenza di patologie cardiovascolari, anomalie congenite o acquisite dei genitali, l’assunzione di farmaci che potessero interferire con l’ottenimento dell’erezione. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a registrazione con Rigiscan, Ecodoppler dinamico, esami ormonali. Il colloquio con lo psicosessuologo era facoltativo e hanno accettato solo in 11. Visite di controllo erano previste a 3-6-9-11-12-13-5 mesi. A tutti è stato chiesto di compilare le 5 domande IIEF dell’erezione all’arruolamento al 6°; 11° e 15° mese. A 11 soggetti è stato consigliato Viagra 100 mg, a 8 20 mg di Levitra e a 13 20 mg di Cialis. Al 9° mese, e solo per due mesi, lo studio prevedeva la sospensione del farmaco. In mancanza di ripresa spontanea, al 12° mese era prevista la riassunzione del farmaco.

**Risultati**

Tutte le indagini andrologiche hanno escluso patologie organiche.

Controllo a tre mesi: 3 soggetti (1 levitra e 2 Cialis) hanno abbandonato lo studio per effetti collaterali (dolori muscolari, cefalea e rinite). IIEF compreso tra 26-30, frequenza dei rapporti in media 18 in un mese. Al 6° solo la frequenza era scesa in media a 12 rapporti. Dal 9° mese nessuno è stato in grado di ottenere rapporti spontanei senza l’aiuto del farmaco. AL 12 mese a tutti è stato consigliato di assumere nuovamente il farmaco con le modalità iniziali. Al 15° mese, 7 soggetti (2 Viagra - 2 Levitra e 3 Cialis) presentavano deficit erettile medio e hanno richiesto di modificare la terapia)

**Discussione**

Dopo nove mesi di terapia nessuno è stato in grado di avere rapporti spontanei. Alla ripresa della terapia è stata invece osservata una diminuita risposta globale di efficacia. Il farmaco sembra quindi che rappresenti una “stampella emotiva”, su cui far affidamento, interrompe il circolo vizioso tra ansia da prestazione, DE e deflessione del tono dell’umore.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 74****Efficacia e sicurezza del tadalafil nel trattamento della disfunzione erettile (DE) da sclerosi multipla**

E. Nelli, G. Lombardi, M. Mencarini, M. Finita Celso, G. Del Popolo

Sod Neuro-Urologia Careggi, Firenze

**Introduzione e obiettivi**

Riportiamo i risultati sul primo trial di studio sul tadalafil nel trattamento della DE da sclerosi multipla. Scopo dello studio: valutare l’efficacia e la sicurezza del tadalafil nei pazienti affetti disfunzione erettile (DE) secondaria a sclerosi multipla (SM).

**Materiali e metodi**

Sono stati arruolati novantasei pazienti affetti da SM con DE valutati mediante l'*International Index of Erectile Function* (IIEF-15), le domande 2 e 3 del *Sexual Encounter Profile* (SEP2-3) ed il *Life Satisfaction Checklist* (LSC) al tempo 0 e successivamente monitorati (Fase 1): dopo un periodo di 4 settimane dalla visita di arruolamento in cui tutti i pazienti sono stati trattati con tadalafil 10 mg per 4 settimane. Nella Fase 2: dopo 4 settimane di trattamento i pazienti con uno score minore di 26 all'IIEF-15 e con meno del 75% di tentativi a buon fine alle domande SEP2-3 hanno avuto il dosaggio di tadalafil incrementato a 20 mg, mentre gli altri hanno mantenuto il dosaggio di 10 mg. Nella Fase 3: tutti i pazienti sono stati rivalutati dopo ulteriori 4 settimane di terapia utilizzando gli stessi questionari della visita di arruolamento.

**Risultati**

92 pazienti hanno completato lo studio, 2 hanno abbandonato la terapia per effetti collaterali moderati: uno per cefalea e l'altro per tachicardia. Dei 92 pazienti che hanno completato lo studio, 72 pari al 78,2% hanno risposto al farmaco; di questi 30 al dosaggio di 10 mg e 42 al dosaggio di 20 mg. I pazienti che hanno risposto al farmaco hanno ottenuto un miglioramento statisticamente significativo ( $p < 0,01$  al Wilcoxon test) alla visita finale di follow-up comparata con la visita di arruolamento per quanto riguarda i domini dell'erezione e della soddisfazione sessuale dell'IIEF-15; inoltre hanno dimostrato un incremento statisticamente significativo degli score inerenti vita familiare, vita sessuale e relazioni col partner all'LCS ( $p < 0,01$  al Wilcoxon test).

**Conclusioni**

Il tadalafil è un farmaco efficace e sicuro per il trattamento della DE nei maschi affetti da sclerosi multipla. Sono necessari ulteriori studi per valutare viste le caratteristiche del farmaco l'utilizzo continuativo o on demand in questa particolare categoria di pazienti, inoltre l'efficacia e la sicurezza ad un follow-up long term.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 75****Dieci anni di utilizzo di sildenafil in pazienti con disfunzione erettile da lesione midollare**

F. Nelli, G. Lombardi, M. Mencarini, M. Finita Celso, G. Del Popolo  
*SOD Neuro-Urologia Careggi, Firenze*

**Introduzione e obiettivi**

I dati inerenti all'utilizzo a lungo termine degli inibitori della 5 fosfodiesterasi (PDE5-i) nei pazienti con lesione midollare sono scarsi in letteratura. Scopo dello studio è valutare efficacia e sicurezza del trattamento a lungo termine con sildenafil nei pazienti affetti da disfunzione erettile (DE) causata da danno midollare (SCI).

**Materiali e metodi**

Da ottobre 1998 a gennaio 1999, sono stati arruolati 113 pazienti con DE da SCI. Alla visita di arruolamento sono stati loro somministrati il questionario *International Index of Erectile Function* (IIEF-15) e le domande 2 e 3 del *Sexual Encounter Profile* (SEP2-3). Fase (1): dopo un periodo di 4 settimane dalla prima visita, i pazienti hanno cominciato il trattamento con sildenafil 50 mg. Fase (2): dopo 4 settimane dall'inizio della terapia, i pazienti sono stati nuovamente valutati e quelli con uno score minore di 26 all'IIEF-15 e con meno del 75% di tentativi a buon fine alle domande SEP2-3 hanno avuto il dosaggio di sildenafil incrementato a 100 mg. Fase (3): solo i pazienti responder a sildenafil sono entrati nella fase (3) in cui

sono stati valutati ogni 6 mesi utilizzando l'IIEF-15. La visita finale si è conclusa a gennaio 2009.

**Risultati**

75 pazienti (66,4%) sono entrati nella fase (3); 38 pazienti (33,6%) sono usciti dallo studio; 35 di questi perché non responder al farmaco (31%). I fattori predittivi per il successo della terapia sono stati: lesione più alta di T12, incompletezza della lesione, presenza di erezione residua ( $p < 0,05$ ). Fase (3): 34 pazienti (30%) hanno continuato la terapia con sildenafil fino al termine del follow-up; di questi 28 assumevano sildenafil 50 mg. La ragione più frequente (68,3%) per abbandonare il trattamento è stata il desiderio di provare nuove terapie orali specialmente nei pazienti che assumevano sildenafil 100 mg.

**Conclusioni**

Il sildenafil rappresenta un'opzione terapeutica efficace e sicura per il trattamento a lungo termine dei pazienti affetti da DE a causa di SCI. Emerge un elemento comune agli studi effettuati nei pazienti non neurologici che tendono a testare tutti i farmaci in commercio per una scelta consapevole della terapia idonea.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 78****Isosorbide dinitrato per la disfunzione erettile**

M. Polito, G. d'Anzeo, G. Milanese, G. Muzzonigro  
*Clinica Urologica, UOS Andrologia, AAORR Università Politecnica delle Marche, Ancona*

**Obiettivo**

Pochi studi, prevalentemente in era pre-PDE5i hanno valutato il ruolo di isosorbide dinitrato nell'induzione dell'erezione. In tali lavori, che prendevano in considerazione prevalentemente mix di prodotti vasoattivi somministrati in crema, vengono riportati risultati contrastanti. Presentiamo, per la prima volta a nostra conoscenza, i dati preliminari di uno studio pilota monocentrico sugli effetti di isosorbide dinitrato sublinguale (Carvasin®) in termini di erezione peniena.

**Materiali e metodi**

Abbiamo provato isosorbide dinitrato sublinguale su 8 soggetti volontari con normale funzione erettile e 2 soggetti con DE post-prostatectomia radicale nerve sparing bilaterale. In tutti i pazienti sono stati eseguiti una misurazione della pressione arteriosa in clinostatismo e un ECG pre- e post-assunzione del farmaco. La compressa è stata somministrata dopo averla sciolta con poca acqua in 5 casi distribuendo l'emulsione sul solco balano-prepuziale, negli altri 5 inserendola nel meato uretrale. Non è stata applicata alcuna stimolazione, né tattile né visiva.

**Risultati**

In tutti i pazienti si è verificata una tumescenza peniena di vario grado e, in particolare, in 3 soggetti sani una erezione grado 3 EHS. In 4 casi abbiamo registrato una lieve parestesia della regione glandulare, risoltasi al termine dell'effetto. L'insorgenza dell'effetto si è osservata in un tempo medio di circa 8 minuti. I valori pressori sono rimasti stabili tranne in un soggetto sano, in cui peraltro si è verificato lieve capogiro senza ulteriori sequele. Non abbiamo registrato alcuna variazione elettrocardiografica di rilievo.

**Conclusioni**

Isosorbide dinitrato sublinguale ha mostrato una attività vasodilatatrice a livello penieno, sia nei volontari sani che nei due soggetti con DE organica. Riteniamo che tale attività possa essere correlata alla cessione dei gruppi nitrato, in grado di determinare formazione di ossido nitrico. Data la

sua sicurezza cardiovascolare e la scarsità degli effetti collaterali registrati nei pochi casi trattati, nonché il costo irrisorio della singola dose, riteniamo che tale formulazione meriti maggiore attenzione e studio, in particolare nell'ambito della riabilitazione della funzione erettile dopo prostatectomia radicale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 70

### **Efficacia e sicurezza di un nuovo composto a base di *Tribulus terrestris*, Biovis ed Alga ecklonia cava per il trattamento della disfunzione erettile**

F. Iacono, D. Prezioso, D. Tagliatalata, G. Iapicca, G. Di Lauro\*, A. Ruffo

Cattedra di Urologia, Università "Federico II" di Napoli; \* UO Urologia, ASL NA 2

#### **Introduzione e obiettivi**

Oggi la terapia orale della disfunzione erettile (DE) è basata su inibitori di 5 fosfodiesterasi (iPDE5) farmaci con un'indiscutibile efficacia ma che agiscono sul sintomo con scarsi effetti terapeutici. Inoltre, effetti indesiderati e controindicazioni limitano e condizionano fortemente l'uso degli iPDE5. Da ciò nasce l'esigenza di cercare alternative valide in efficacia quanto gli iPDE5 e che garantiscano un effetto terapeutico con un minimo costo per il paziente (pz) in termini di effetti indesiderati e controindicazioni.

Obiettivo dello studio è valutare efficacia e sicurezza di un nuovo composto naturale a base di *Tribulus terrestris* (TT), Biovis (Bi) ed Alga ecklonia cava (Aec) nel trattamento della DE.

#### **Materiali e metodi**

82 pz, età media 53 anni, con DE da almeno 1 anno sono stati arruolati tra settembre 2009 e gennaio 2010. La popolazione è stata stratificata in 3 sottogruppi in base allo score dell'*International Index Erectile Dysfunction* (IIEF-15): DE lieve (32 pz), DE moderata (31 pz) DE severa (19 pz). A tutti i pz sono state somministrate due compresse (cpr) al giorno contenenti: Aec 150 mg, TT 396 mg, Bi 144 mg per 60 giorni.

L'efficacia del composto è stata valutata con la risomministrazione del questionario IIEF al termine della terapia, l'esame Rigiscan ed il dosaggio di testosterone pre- e post-terapia. La sicurezza è stata valutata con esame clinico e prelievi ematochimici praticati pre- e post-terapia.

#### **Risultati**

L'IIEF-15 migliora in modo significativo (da  $22,1 \pm 1,6$  a  $39,3 \pm 5,1$ ,  $p < 0,01$ ) nella popolazione di studio (con un incremento del 79%) e nelle 3 sottopopolazioni. La testosteroneemia incrementa in modo significativo in tutte le sottopopolazioni mentre il PSA non ha avuto variazioni significative. Numero di erezioni e percentuale media di rigidità al Rigiscan aumentano nelle sottopopolazioni, la durata delle erezioni notturne non aumenta in modo significativo. Non sono stati evidenziati fenomeni di tossicità farmaco-indotti; reazioni avverse sono state riportate da 3 pz: 2 disturbi gastrointestinali, 1 insonnia.

#### **Conclusioni**

La combinazione di TT, Aec e Bi sembra essere sicura, efficace e strategica perché potenzia il sistema nitrgergico (con un effetto sintomatico pressoché immediato) e contemporaneamente agisce sugli step del fenomeno di degenerazione del tessuto erettile (stress ossidativo, flogosi e fibrosi) e sul calo androgenico dell'età avanzata con un effetto terapeutico oltre che sintomatico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

# Flogosi genitali, malattie sessualmente trasmissibili e dolore pelvico

P 86

## Flogosi acuta della ghiandola periuretrale del litte

L. Dell'Atti, G. Ughi, G. Capparelli, C. Ippolito, G. Daniele, G.R. Russo  
 UO Urologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Arcispedale "S. Anna", Ferrara

### Scopo del lavoro

Nei maschi adulti le ghiandole del Littre (gL) sono localizzate nel pene, lungo l'uretra spongiosa, dalla sua base all'orifizio esterno. Sono ghiandole intraepiteliali formate da cellule cubiche muco secernenti organizzate in diramazioni duttali con alveoli terminali. Le gL non sono ben conosciute e sono spesso ignorate nella pratica clinica, sebbene possano essere sede di processi patologici, tra cui cisti, infiammazioni, litiasi e neoplasie.

### Materiali e metodi

Giunge alla nostra osservazione un uomo di 46 anni, apiretico, in assenza di disturbi minzionali. Accusava da circa 2 mesi dolore ricorrente a livello della base del glande, esacerbandosi in maniera più intensa anche tutto il decorso dell'uretra peniena durante la stimolazione sessuale e rendendo difficoltoso il coito. Gli esami laboratoristici, l'urinocoltura, spermocoltura e tamponi uretrali risultavano essere negativi. All'esame obiettivo si repertava in corrispondenza della porzione ventrale del pene, lungo il margine inferiore del glande ed in prossimità del frenulo, una tumefazione delle dimensioni di un cece di colore rossastro, dolente alla digitopressione. Viene eseguito uno studio ecografico del pene con sonda lineare superficiale 11 Mhz.

### Risultati

L'ecografia documentava a livello ventrale del glande un'area rotondeggiante a contenuto transonico con fini echi iperecogeni nel suo interno di circa 6 mm e che si estendeva con un'estroflessione in senso prossimale verso il lume uretrale, ma senza venirne a contatto.

La diagnosi ecografica è stata di probabile dilatazione della porzione distale della gL, associata ad ectasia del dotto ghiandolare a seguito di fenomeni infiammatori. Somministrata opportuna terapia antibiotica e cortisonica locale per circa 10 giorni con comparsa di graduale regressione della sintomatologia dolorosa e della tumefazione già dopo 72 ore; all'esame ecografico si evidenziava riduzione della dilatazione ghiandolare e comparsa di un'immagine iperecogena nel suo interno di circa 2 mm da riferire a esito calcifico post-flogistico.

### Conclusioni

I sintomi aspecifici lamentati dal paziente sarebbero stati ascritti ad una normale reazione infiammatoria uretrale, anche se non confermata dalle indagini laboratoristiche eseguite, grazie ad un attento studio ecografico si è riusciti a diagnosticare la sede del processo flogistico, eseguendo una diagnosi differenziale (tra diverticolosi uretrale o neoplasia), monitorando il processo evolutivo nel tempo

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 29

## *Chlamydia trachomatis* ed eiaculazione precoce: manifestazione di una prostatite cronica batterica da germi atipici

T. Cai, D. Tiscione, A. Scardigli, L. Luciani, V. Vattovani, S. Cicuto, F. Coccarelli, S. Mazzoli\*, G. Malossini

Ospedale "S. Chiara", UO Urologia, Trento; \* Ospedale Santa Maria Annunziata, Centro MST, Azienda Sanitaria Firenze

### Introduzione

Le prostatiti croniche rappresentano un importante banco di prova sia per l'urologo in termini di trattamento, che per il microbiologo in termini di diagnosi. La frequenza di tale patologia sembra ad oggi in costante aumento sia per quanto riguarda l'incidenza che per la prevalenza. Tali patologie inoltre, come già ben descritto in letteratura, hanno un considerevole impatto sulla Qualità di Vita del giovane maschio, intesa come qualità di vita sessuale.

Scopo del presente lavoro è la valutazione epidemiologica della prevalenza dell'Eiaculazione Precoce (EP) in un gruppo di pazienti affetti da prostatite cronica batterica da germi atipici, come *Chlamydia trachomatis* (CT).

### Materiali e metodi

Dal maggio 2006 al maggio 2008, 454 pazienti afferenti allo stesso Centro MST sono stati arruolati in questo studio. La diagnosi di infezione da CT è stata effettuata attraverso l'analisi delle IgA secretorie anti-CT (analisi in WesternBlot) e del DNA-CT (amplificazione in PCR). L'analisi è stata effettuata su urine (test di Meares) e su sperma. Tutti i pazienti sono stati sottoposti al normale inquadramento clinico, al questionario NIH-CPSI ed alla valutazione della presenza di EP. I dati ottenuti dal gruppo di pazienti affetti da prostatite cronica da CT (Gruppo 1) sono stati confrontati con i dati ottenuti da un gruppo di controllo di 707 pazienti affetti da prostatite cronica da germi comuni (Gruppo 2).

### Risultati

Tutti i pazienti del Gruppo 1 erano positivi ad almeno un marker di infezione per CT, mentre nessun paziente del Gruppo 2 presentava positività ai marker. Il gruppo di pazienti affetti da prostatite cronica da CT (Gruppo 1) non differiva in modo statisticamente significativo dal gruppo di controllo (Gruppo 2) in termini di: NIH-CPSI score 13,73 (11-26) vs. 13,37 (11-26), IPSS 8,99 (2-24) vs. 8,70 (2-24) e tempo dall'inizio dei sintomi 2,7 anni (1-6) vs. 2,2 anni (1-6). I due gruppi, invece, differivano in modo statisticamente significativo in termini di prevalenza dell'EP: 125/454 (27,5%) Gruppo 1 e 89/707 (12,5%) Gruppo 2.

### Conclusioni

Il presente studio dimostra come l'EP sia un sintomo importante in grado di contribuire al peggioramento della qualità di vita nei pazienti affetti da prostatite cronica, in particolare, quando sostenuta da CT. La fisiopatologia che sta alla base della maggiore prevalenza di EP nel gruppo con infezione da CT non è ancor oggi ben dimostrata o chiarita.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 88****Malattie sessualmente trasmesse: 2 anni di forum****I. Bianchessi***Divisione di Urologia, IRCCS S. Matteo, Pavia***Introduzione e obiettivi**

Viene colta l'opportunità di rivedere 2 anni, dal giugno 2008 al giugno 2010, di attività sul web di una testata di giornale nazionale, in forma di forum, per fare alcune considerazioni sull'utenza. Eventuale monitoraggio biennale nei prossimi anni per verificare i cambiamenti della società italiana sul tema del forum.

**Materiali e metodi**

Si prendono in esame nei messaggi inviati: il numero, il sesso, l'età, se dichiarata, il grado di cultura degli utenti, il tipo di richiesta: di informazione, di diagnosi, di terapia e/o di prognosi, di aiuto psicologico; altresì si è cercato di individuare il tipo di patologia ed il vissuto del paziente a riguardo (ansia, paura, senso di colpa, ecc.).

**Risultati**

I messaggi sono stati 229 mentre le risposte, sia sotto forma di lettere del giorno (22) che di risposte normali, sono state 209 in quanto alcune domande erano sullo stesso argomento con un'unica risposta. 27 utenti hanno dichiarato l'età anagrafica (30 anni di media). 35 dei 229 scriventi erano di sesso femminile. 6 individui si sono dichiarati vergini, 9 hanno dichiarato rapporti con prostitute, 23 hanno riferito rapporti omosessuali, 5 scriventi erano stranieri, in 6 casi ci si riferisce a rapporti promiscui con più persone contemporaneamente, definiti anche transessuali. Dal tono e lo stile del messaggio abbiamo rilevato 29 ansiosi, 37 colti, 36 ignoranti, 42 intelligenti, 36 stupidi, 9 con sensi di colpa, 29 responsabili, 5 maschilisti. Circa le patologie: HIV 40, HPV 26, Herpes genitale 14, *Candida* 18, sifilide 14, *Chlamydia* 6, uretrite 8, epatite 5, prostatite 5, afta 4, micoplasma 2, molluschi contagiosi 3, vaginite aspecifica 2, cistite 2, emospermia 1, gonorrea 2; ipertrofia della papille del glande 6, prurito sul glande 9.

**Conclusioni**

32 messaggi erano richieste di informazioni; 4 sono state solo uno sfogo. Non vi è mai stato turpiloquio. Non è possibile capire da quale parte d'Italia venissero. Si è avuto l'impressione che il forum sia stato preso seriamente ed usato non tanto in sostituzione di una visita medica quanto, se mai, per un secondo parere; dal punto di vista dell'andrologo ho rilevato che vi è un coinvolgimento etico, medico-legale ed un impegno di aggiornamento maggiore di quanto supponessi inizialmente. Un aspetto positivo e gratificante è il poter sfruttare la risposta ad un quesito come tema di primo piano o di lettera del giorno trattando argomenti importanti in modo più ampio, facendo non solo informazione ma anche educazione. Il mettersi in gioco è sicuramente rischioso ma stimolante. Ancora una volta si conferma che è indispensabile mettersi al lavoro, anche online, rilassati e sereni per non dare risposte affrettate e insoddisfacenti. Il transfert è anche nel web.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 92****Malattie sessualmente trasmesse e infertilità maschile****P. Salacone, A. Sebastianelli, F. Forte, R. Rago***UO Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, Centro per la Sterilità di Coppia, la Salute Sessuale e la Crioconservazione dei Gameti, Ospedale "S. Maria Goretti", Latina***Introduzione e obiettivi**

La maggior parte delle infezioni del tratto riproduttivo sono

asintomatiche e si stima che circa il 10-20% dei soggetti infertili abbia un'infezione delle vie genitali. Nel 1992 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito che esiste una relazione tra infezioni del tratto riproduttivo maschile e alterazione dei parametri seminali. Pertanto, nella valutazione della coppia infertile, la diagnosi e l'eventuale trattamento medico delle infezioni riveste un ruolo di primaria importanza.

L'aumentata presenza di globuli bianchi (GB) nell'eiaculato è riconosciuta come indice di flogosi ma non esiste nessuna correlazione certa tra i GB presenti nel liquido seminale e le infezioni del tratto riproduttivo maschile. Gli studi a riguardo ipotizzano che le infezioni subcliniche potrebbero manifestarsi nel tratto riproduttivo maschile con la comparsa di Ab anti spermatozoo, linfocine, alterazioni morfologiche e funzionali dello spermatozoo e della funzione secretoria delle ghiandole accessorie e dell'epididimo. L'impatto delle malattie sessualmente trasmesse (MST) sulla fertilità maschile è fortemente condizionato dalla prevalenza locale di infezioni riguardanti l'apparato riproduttivo: ad esempio, nei paesi occidentali, le MST rivestono una minore importanza. In altre regioni, vale a dire Africa o Sud-est asiatico, la situazione sembra essere diversa e maggiormente impattante sulla fertilità maschile. Nello specifico, una infezione cronica come la gonorrea, può causare stenosi uretrali e orchiepididimiti mentre, la *Chlamydia trachomatis* e la *Neisseria gonorrhoeae* possono determinare una malattia infiammatoria pelvica con ostruzione delle tube. In particolare, l'*Ureaplasma urealyticum* può compromettere la funzionalità degli spermatozoi agendo sulla motilità e condensazione del DNA. Non è chiaro la rilevanza delle infezioni virali (HPV, HSV) nell'infertilità maschile. Certamente, qualsiasi MST aumenta le probabilità di trasmissione del virus dell'immunodeficienza umana (HIV) che, oltre ad essere veicolato dal liquido seminale, determina un deterioramento del seme in relazione al progressivo peggioramento della malattia.

**Materiali e metodi**

Partendo dalla nostra casistica, abbiamo effettuato un'analisi retrospettiva su 275 coppie con un periodo medio di infertilità di 2 anni, le quali erano state avviate o erano già state sottoposte a tecniche Fivet/Icsi. Dopo una attenta valutazione anamnestica e l'individuazione dei fattori causa di infertilità, si è provveduto a selezionare 226 coppie (81%), che potevano giovare di una terapia medica o chirurgica in relazione alla patologia di base.

**Risultati**

È stata evidenziata una prevalenza di fattori maschili quale causa di sterilità (questo in funzione delle peculiarità del centro) e in particolare del varicocele e delle prostatovesicocoloepididimiti (PVE). Tra le coppie che hanno ottenuto una gravidanza dopo una terapia specifica, le PVE avevano una incidenza del 25%. Dal solo spermioγραμμα, è inoltre emerso un netto miglioramento delle caratteristiche seminali dopo il trattamento, in particolare per quanto concerne la motilità rettilinea.

**Conclusioni**

Le MST sono una condizione clinica che spesso si riconosce quale unica causa di infertilità. Le infezioni del tratto riproduttivo, spesso sintomatiche, devono essere sempre ricercate prima di intraprendere percorsi terapeutici più complessi come le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 53****Comportamenti a rischio e conoscenze HIV/AIDS negli adolescenti romani: analisi longitudinale**

G. Torre, C. Silvaggi, R. Rossi\*, C. Simonelli\*

Istituto Sessuologia Clinica di Roma; \*Sapienza Università di Roma

**Introduzione e obiettivi**

In uno studio svolto negli ultimi otto anni gli Autori hanno stimato le conoscenze sull'infezione e sulla sindrome dell'AIDS in relazione alla messa in atto di comportamenti a rischio da parte degli adolescenti.

**Materiali e metodi**

La ricerca ha coinvolto 4249 adolescenti (M = 2122 e F = 2127) di otto Scuole Medie Superiori di Roma, di età compresa tra i 14 ed i 21 anni (media = 16,60; DS = 1,39) negli anni 2000-2008. È stato somministrato un questionario costruito ad hoc dal gruppo di ricerca dell'Istituto di Sessuologia Clinica (ISC) di Roma, che rileva: dati socio-anagrafici, comportamenti sessuali, percezione del rischio, credenze e stereotipi sull'AIDS/HIV. È stata condotta un'analisi descrittiva dei dati attraverso l'utilizzo del programma SPSS for Windows (versione 17,0).

**Risultati**

I dati evidenziano un trend negativo nell'evolversi delle conoscenze sull'*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e sui comportamenti sessuali a rischio. Complessivamente si evidenzia disinformazione sulle modalità di trasmissione e di contagio del virus: il 30% degli adolescenti considera le trasfusioni di sangue una pratica sanitaria a rischio; donare il sangue viene considerato rischioso dal 30% dei ragazzi nel 2000 vs. il 52% del 2008. Il 38% della popolazione ritiene che non si possa contrarre l'HIV durante il primo rapporto sessuale e il 64% che estrarre il pene dalla vagina prima dell'eiaculazione protegga dal virus. Rispetto alla popolazione sessualmente attiva (il 54,9% nel 2000 vs. il 41,4% del 2008 età media 15 anni) solo il 32,5% nel 2000 utilizzava sempre il preservativo a fronte del 26,1% del 2008, di questi il 10,4% nei rapporti orali e il 20,3% nei rapporti anali. Per quanto concerne la percezione del rischio di contrarre il virus i giovani si attestano nel 2000 al 46% nel 2008 il trend rimane invariato e la percentuale di coloro che affermano di aver mai pensato di aver contratto il virus si conferma al 94,7%.

**Conclusioni**

I risultati dell'indagine sottolineano l'esigenza di programmi di prevenzione e di promozione della salute sessuali rivolti all'acquisizione e al miglioramento delle conoscenze sul fenomeno dell'AIDS/HIV e, la necessità di interventi mirati, in grado di ridurre l'assunzione di comportamenti rischiosi nella fascia d'età adolescenziale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 30****Chlamydia trachomatis e prostatiti: il punto sul dolore pelvico cronico**

D. Tiscione, T. Cai, A. Scardigli, L. Luciani, V. Vattovani, S. Cicuto, F. Coccarelli, S. Mazzoli\*, G. Malossini Ospedale "S. Chiara", UO Urologia, Trento; \*Ospedale "Santa Maria Annunziata", Centro MST, Azienda Sanitaria Firenze

**Introduzione**

Le prostatiti croniche rappresentano ancora oggi un'entità clinica enigmatica e difficilmente compresa. Anche se il termine "prostatite" suggerisce una patologia di natura infiammatoria, probabilmente causata da un agente infettivo, le prostatiti bat-

teriche rappresentano solo il 5-10% di tutti i casi riportati. Negli ultimi tempi è notevolmente cresciuto l'interesse per l'eziopatogenesi della prostatite da germi atipici, come *Chlamydia trachomatis* (CT). L'impatto sulla qualità di vita delle prostatiti croniche da CT è stato ben descritto. Scopo del presente lavoro è la valutazione del dolore pelvico cronico in un gruppo di pazienti affetti da prostatite cronica batterica da CT.

**Materiali e metodi**

Dal maggio 2006 al maggio 2008, 454 pazienti afferenti allo stesso Centro MST sono stati arruolati in questo studio. La diagnosi di infezione da CT è stata effettuata attraverso l'analisi delle IgA secretorie anti-CT (analisi in WesternBlot) e del DNA-CT (amplificazione in PCR). L'analisi è stata effettuata su urine (test di Meares) e su sperma. Tutti i pazienti sono stati sottoposti al normale inquadramento clinico, ai questionari IPSS, NIH-CPSI e VAS. I dati ottenuti dal gruppo di pazienti affetti da prostatite cronica da CT (Gruppo 1) sono stati confrontati con i dati ottenuti da un gruppo di controllo di 707 pazienti affetti da prostatite cronica da germi comuni (Gruppo 2).

**Risultati**

Tutti i pazienti del Gruppo 1 erano positivi ad almeno un marker di infezione per CT, mentre nessun paziente del Gruppo 2 presentava positività ai marker. Il gruppo di pazienti affetti da prostatite cronica da CT (Gruppo 1) non differiva in modo statisticamente significativo dal gruppo di controllo (Gruppo 2) in termini di: NIH-CPSI score 13,73 (11-26) vs. 13,37 (11-26), IPSS 8,99 (2-24) vs. 8,70 (2-24) e tempo dall'inizio dei sintomi 2,7 anni (1-6) vs. 2,2 anni (1-6).

I due gruppi, invece, differivano in modo statisticamente significativo in termini di VAS 4,2 (1-5) (Gruppo 1) vs. 2,2 (0-3) (Gruppo 2) ( $p < 0,003$ ), e in termini di NIH-CPSI dominio "pain" 8,32 (3-9) (Gruppo 1) vs. 2,1 (0-3) (Gruppo 2) ( $p = 0,01$ ).

**Conclusioni**

Il presente studio dimostra come il dolore pelvico cronico sia un sintomo importante in grado di contribuire al peggioramento della qualità di vita nei pazienti affetti da prostatite cronica, in particolare, quando sostenuta da CT. Tale sintomatologia dovrà essere ben presente nella strategia terapeutica successiva.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 28****Prostatite cronica/dolore cronico pelvico (CP/ CPPS) nella sindrome del colon irritabile in pazienti infertili: studio di prevalenza e caratterizzazione della CP/ CPPS**

E. Vicari, M. Malaguarnera\*, D. Arcoria\*\*, F. Catalano\*\*, R. Castiglione, R. Condorelli, S. La Vignera

UOC Andrologia ed Endocrinologia, Azienda Ospedaliera Universitaria, Policlinico "Vittorio Emanuele", Università di Catania; \*Dipartimento di Senescenza, Scienze Urologiche e Neurologiche, Università di Catania; \*\*Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, ARNAS Garibaldi (PO "S. Luigi"), Università di Catania

**Introduzione e obiettivo**

Sebbene la sindrome del colon irritabile (IBS) e la prostatite cronica /dolore cronico pelvico (CP/ CPPS) siano piuttosto frequenti, poche informazioni si hanno su prevalenza della IBS in pazienti maschi infertili con CP/ CPPS. Scopi dello studio furono di valutare la associazione IBS-CP/ CPPS, e l'influenza di tale doppia morbilità sulla caratterizzazione della CP/ CPPS (*NIH prostatitis classification*).

**Materiali e metodi**

In uno studio congiunto tra staff di andrologi e di gastroenterologi, un totale di 356 pazienti (età media 34 anni, range 28-45 anni) infertili (media 2,6 anni, range 2-5 anni) consecutivi (gennaio 2007-aprile 2009) (comprendente 204 pazienti con IBS diagnosticata da gastroenterologi sulla base dei criteri diagnostici Roma III; 152 pazienti con CP/CPSS diagnosticata da andrologi in base a *NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index* (NIH-CPSI) score (con NIH-CPSI score > 10) furono rispettivamente sottoposti a questionario NIH-CPSI per CP/CPSS e valutazione per criteri diagnostici Rome III per IBS. Quindi, un gruppo di pazienti infertili trovato con doppia morbidità (IBS e CP/CPSS) fu caratterizzato (test Stamey) per CP/CPSS e tali risultati furono confrontati con un gruppo di pazienti infertili con sola CP/CPSS.

**Risultati**

Si osservò un overlap CP/CPSS-IBS nel 31,8 e nel 30,2% dei pazienti rispettivamente screenati da gastroenterologi ed andrologi. Un gruppo di 111 pazienti con doppia morbidità (IBS + CP/CPSS) ed un gruppo di controllo di 106 pazienti con sola CP/CPSS, dopo test di Stamey, ricadevano in 3 gruppi di prostatite, così confrontabili: tipo II (CBP) (27,7% con IBS-CP/CPSS vs. 14,1% con sola CP/CPSS,  $p < 0,01$ ), tipo IIIA (prostatite infiammatoria) (49,5 vs. 53,8%, ns) o tipo IIIB (prostatite non infiammatoria/dolore cronico pelvico) (22,8% con IBS-CP/CPSS vs. 32,1% con sola CP/CPSS,  $p < 0,01$ ).

**Conclusioni**

IBS e CP/CPSS hanno la stessa frequenza di coesistere, indipendentemente dal setting (gastroenterologico o andrologico) iniziale di screening e sono comuni. In confronto a pazienti con sola CP/CPSS, la presenza della doppia morbidità segnala una più alta frequenza di prostatite cronica batterica e di dolore cronico pelvico. I risultati incoraggiano e prospettano una serie di modelli clinici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 91****La sindrome del dolore testicolare secondaria ad ipertono della muscolatura del pavimento pelvico: nostra esperienza**

F. Pirozzi Farina, A. Pischedda, A. Curreli

*UO Urologia Andrologica, Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari*

**Introduzione e obiettivi**

L'ipertono della muscolatura del pavimento pelvico (MPP) può essere la causa della sindrome del dolore testicolare.

Secondo la definizione delle linee guida EAU (2008), tale sindrome è caratterizzata dalla presenza di dolore persistente o ricorrente, unilaterale o bilaterale, localizzato al testicolo e associato a sintomi suggestivi di disturbi della minzione e/o disfunzione sessuale, in assenza di orchiepididimiti o di altre patologie ovvie. La sindrome del dolore testicolare altera la QoL del paziente per il forte impatto psicologico secondario alle limitazioni che determina sulle attività lavorative, sociali e sessuali. Sono stati proposti trattamenti con analgesici e/o antibiotici, pur in assenza di evidenti indicazioni al loro impiego. Tali trattamenti risultano più spesso inadeguati. Il nostro obiettivo è stato quello di ricercare l'eventuale presenza di ipertono del pavimento pelvico, in pazienti rispondenti alla definizione EAU di sindrome da dolore testicolare (EAU 2008).

**Materiali e metodi**

Tra giugno 2008 e gennaio 2010 abbiamo reclutato consecutivamente 15 pazienti (età media 41 anni, range 30-68) con dolore testicolare persistente o ricorrente, mono- o bilaterale, presente da più di 3 mesi, in assenza di una causa ovvia che potesse determinarlo, associato a disfunzioni sessuali o disturbi della minzione. Criteri di esclusione: evidenza clinica, microbiologica e laboratoristica di malattie funicolo-testicolari, inguinali e genito-urinarie in grado di sostenere la sintomatologia riferita. I pazienti sono stati sottoposti a biofeedback elettromiografico al fine di evidenziare un'eventuale iperattività della MPP.

**Risultati**

7 pazienti (47%) presentavano sintomi caratterizzati da dolore e disfunzione sessuale, 8 pazienti (53%) presentavano sintomi caratterizzati da dolore, disfunzioni minzionali e sessuali. L'elettromiografia della muscolatura pelvica faceva rilevare 12 pazienti in ipertono, 2 in ipotono e 1 in normotono.

Discussione e conclusioni

Il dolore testicolare cronico ha una patogenesi multifattoriale: flogosi, varicocele, tumori, traumi, idrocele, pregressa chirurgia, dolore neurogeno, ecc. Tuttavia, la letteratura riporta percentuali variabili di pazienti in cui non è rilevabile alcuna di queste cause e nei quali il dolore si associa, caratteristicamente, a disfunzioni sessuali e/o minzionali configurando la sindrome del dolore testicolare. Noi, pur se ancora in un'esigua casistica, abbiamo riscontrato pazienti affetti da questa sindrome nella maggior parte dei quali era suggestiva l'iperattività del pavimento pelvico come fattore patogenetico. Ciò si può riscontrare più facilmente nel maschio giovane con miglior trofismo muscolare. In questi casi può essere valutata la terapia fisica per migliorare la sintomatologia dolorosa tramite l'ottimizzazione della funzionalità della MPP.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

# Chirurgia dell'uretra



## TOP COMMUNICATION

### TF 6

#### Complicanze e grado di soddisfazione in 350 pazienti sottoposti a prelievo di graft di mucosa orale da unica guancia per uretroplastica

G. Barbagli, S. Vallasciani, G. Romano<sup>1</sup>, F. Fabbri<sup>2</sup>, G. Guazzoni<sup>3</sup>, M. Lazzeri<sup>4</sup>

Centro di Chirurgia Ricostruttiva dell'Uretra, Arezzo, <sup>1</sup>UO Urologia, Ospedale San Donato, Arezzo, <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia, HS "San Raffaele", Milano; <sup>3</sup>Dipartimento di Urologia, "Santa Chiara", Firenze

#### Obiettivi

Lo scopo dello studio è di investigare la morbilità e la soddisfazione in un gruppo omogeneo di pazienti (pz) sottoposti a prelievo di mucosa orale per intervento di uretroplastica.

#### Materiali e metodi

Lo studio è un'analisi su 350 pazienti (pz) che sono andati incontro a prelievo di mucosa orale (MO) da un'unica guancia. Il graft prelevato aveva sempre forma ellissoidale con misura standard di 2,5 cm in larghezza e 4 cm in lunghezza. Dopo il prelievo il sito di prelievo stesso veniva sempre suturato.

Venivano successivamente somministrati ai pz dei questionari non validati semi-quantitativi (0 = assenza di sintomi; 3 = la massima complicanza o maggior sintomo): 6 domande per esaminare le complicanze precoci e 13 domande per esaminare le complicanze tardive e il grado di soddisfazione del paziente stesso.

#### Risultati

**Complicanze precoci:** un sanguinamento si è verificato in 15 pz (4,3%); due hanno avuto necessità immediata di una revisione chirurgica del sito di prelievo. La maggior parte dei pz (85,2%) non ha manifestato dolore e solo il 3,7% ha avuto necessità di assumere farmaci antinfiammatori. La maggior parte dei pz (65,8%) ha manifestato lieve o moderato gonfiore.

**Complicanze tardive:** la maggior parte dei pz (73,4%) ha riportato intorpidimento orale per una settimana, 22,9% per un mese e 3,77% per tre mesi. L'intorpidimento dovuto alla cicatrice è sempre stato assente o insignificante per la maggior parte dei pz. Modifiche della sensibilità orale si sono verificati nel 2,3% dei pz. Nessuna difficoltà ad aprire la bocca e a sorridere si è evidenziata nel 98,3 e 99,7% rispettivamente. Lieve o moderata sensazione di bocca asciutta si è avuta nel 97,1% dei pz. In rapporto alla risposta alla domanda "Ti faresti nuovamente operare sottoponendoti a questa tecnica di prelievo di mucosa orale?" 343 pz (98%) hanno risposto sì e 7 pz (2%) hanno risposto no.

#### Conclusioni

Il prelievo ellissoidale di mucosa orale da singola guancia con successiva sutura del sito di prelievo è una procedura sicura e con un alto grado di soddisfazione del paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



## TOP COMMUNICATION

### TF 8

#### Il ruolo della Mesh Graft nelle uretroplastiche complesse: presentazione dei risultati preliminari

G. Tuffu, M. Santi Aragona<sup>1</sup>, F. Benedusi<sup>2</sup>, S. Maruccia<sup>3</sup>, C. Bischoff<sup>4</sup>, A. Zucchi, R. Olianasi<sup>5</sup>

Clinica Urologica ed Andrologica, Università di Perugia; <sup>1</sup>Dipartimento di Urologia, Städtische Klinikum Lüneburg; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia, Università di Brescia; <sup>3</sup>Dipartimento di Urologia, IRCCS Università di Milano

#### Obiettivi

Indicazioni e risultati preliminari della tecnica.

#### Materiali e metodi

Negli ultimi 3 anni sono state effettuate 26 uretroplastiche con tecnica Mesh Graft per stenosi uretrali complesse. Retrospectivamente sono state valutate variabili demografiche, pre-operatorie (eziologia e localizzazione della stenosi, trattamenti precedenti), intraoperatorie (lunghezza della stenosi, complicanze) e post-operatorie (durata cateterizzazione e degenza, complicanze precoci e tardive, recidive, trattamento delle stesse).

#### Risultati

Tutti i pazienti (età media 51 anni) erano stati sottoposti a precedenti trattamenti chirurgici. L'eziologia della stenosi era così distribuita: traumatica (42,3%), iatrogena (19,3%), idiopatica (15,4%), esiti di ipospadia (11,5%), lichen sclerosus (11,5%). La tecnica Mesh Graft è stata riservata alle stenosi complesse con lunghezza maggiore di 4 cm o ai casi in cui l'utilizzo della mucosa buccale o di altri flap non era più possibile. Delle 26 Mesh Graft 15 sono state effettuate per stenosi dell'uretra peno-bulbare (57,7%), 7 per stenosi dell'uretra bulbo-membranosa (26,9%), 4 per stenosi dell'uretra bulbare (15,4%). In 8 casi la tecnica è stata utilizzata in combinazione con altri tipi di uretroplastica (4 flap onlay, 3 mucosa buccale inlay, 1 plastica a YV). 16 pazienti sono stati sottoposti ad entrambi i tempi della tecnica. Di questi, 14 sono attualmente ancora liberi da recidiva. 10 pazienti sono stati sottoposti solo al I tempo (casi complessi, scelta del paziente o in attesa del II tempo); in questo secondo gruppo si è osservata una sola recidiva. Nelle 3 recidive, il tratto stenotico non era localizzato in nessun caso a livello dell'innesto. I pazienti sono stati così trattati:

- lembo di mucosa buccale inlay e successivamente ulteriore Mesh Graft;
- flap di tunica vaginale;
- flap prepuziale.

Sono state osservate alcune complicanze minori come infezione delle vie urinarie, chorda penis ed ematoma scrotale; non si sono verificate complicanze maggiori. In un caso di stenosi dell'uretra membranosa, per l'insorgenza di incontinenza grave, si è reso necessario l'impianto di uno sfintere artificiale.

#### Conclusioni

La tecnica Mesh Graft consente, nel caso di stenosi dell'uretra posteriore in esiti di multipli interventi chirurgici o di stenosi plurirecidue, una ricostruzione uretrale anche di lunghi segmenti, rappresentando di fatto l'unica e l'ultima alternativa ad una derivazione urinaria.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



## PREMIO PEROVIC

### PP

#### Impiego delle colture cellulari di mucosa buccale nella ricostruzione uretrale

E. Palminteri\*, C. Marchese\*\*, E. Berdondini\*, S. Ceccarelli\*\*, L. Iannotta\*\*\*, G. Franco\*\*\*, V. Gentile\*\*\*  
\* Centro di Chirurgia Uretrale e Genitale, Arezzo; \*\* Dipartimento di Medicina Sperimentale, \*\*\* Dipartimento di Urologia "U. Bracci", Sapienza Università di Roma

#### Introduzione

La mucosa buccale (MB) rappresenta attualmente il tessuto omologo più utilizzato nella chirurgia uretrale. L'ingegneria tissutale mira a fornire un tessuto ideale per la sostituzione uretrale. Presentiamo la nostra esperienza preliminare con l'impiego di colture cellulari di MB autologa nella riparazione uretrale.

#### Materiali e metodi

Dal novembre 2009 abbiamo selezionato 5 pazienti con stenosi uretrale secondaria a Lichen Sclerosus in 2 casi, riparazione fallita di ipospadia in 1, ischemica in 2. Tutti i pazienti erano già stati sottoposti senza successo a pregressa uretroplastica.

Abbiamo ottenuto da ogni pazienti delle biopsie di MB (6 mmØ) da cui sono stati isolati i cheratinociti. Dopo dissociazione enzimatica la sospensione cellulare è stata inoculata in piastre di Petri pretrattate con collagene IV per fare aderire le cellule. Le colture sono state mantenute in terreno chimicamente definito specifico per le colture di cheratinociti. Raggiunta un'estensione adeguata alla ricostruzione uretrale (tempo medio 15 giorni), le colture sono state trapiantate sui pazienti per ricostruire un piatto uretrale idoneo ai fini di una ricostruzione stadiata. Il Video mostra il 1° tempo della ricostruzione uretrale in cui, dopo la rimozione dei tessuti cicatriziali, l'innesto di coltura di MB ha ricreato un neo-piatto uretrale.

L'impiego di un materiale già pronto ha ridotto i tempi chirurgici, ma la sottigliezza del neo-tessuto (split-thickness) ha reso tecnicamente più difficile l'innesto.

#### Risultati

I risultati preliminari (follow-up medio 4 mesi) hanno evidenziato un soddisfacente attecchimento dell'innesto in 4 casi: questi pazienti sono in attesa del 2° tempo chirurgico di tubularizzazione del neo-piatto uretrale. In un caso si è verificata una retrazione cicatriziale del neo-piatto uretrale probabilmente dovuta alla sottigliezza (split-thickness) dell'innesto impiegato in una ampia ricostruzione.

#### Conclusioni

Il nostro lavoro descrive la procedura per ottenere e impiegare una coltura cellulare autologa di MB, confermando da una parte il vantaggio di avere un tessuto autologo già pronto al momento della ricostruzione uretrale, ma dall'altra parte lo svantaggio di non avere un tessuto full-thickness.

I nostri risultati preliminari confermano come la bioingegneria applicata alla chirurgia uretrale sia ancora distante dall'ottenere un tessuto adeguato per quanto riguarda l'estensione, lo spessore e le caratteristiche biologiche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: no

### C 13

#### Eziologia delle stenosi uretrali nell'era moderna

E. Palminteri, E. Berdondini, L. Iannotta\*, V. Gentile\*  
Centro di Chirurgia Uretrale e Genitale, Arezzo; \*Dipartimento di Urologia "U. Bracci", Sapienza Università di Roma

#### Introduzione

Negli ultimi anni abbiamo assistito all'incremento di nuove malattie e condizioni causa di stenosi uretrali. Presso il nostro Centro tutti i pazienti (pz) sono stati valutati per definire l'eziologia moderna delle stenosi.

#### Materiali e metodi

Tra il 1997 e il 2009, 1234 pz maschi con stenosi uretrale sono stati studiati ed operati dello stesso urologo (EP). La storia clinica dei pz (età media 43 anni) è stata valutata retrospettivamente per definire l'eziologia delle stenosi. Lo studio uretrografico e endoscopico effettuato in ogni pz è stato riesaminato per stabilire la sede della stenosi: peniena, bulbare, peno-bulbare, posteriore. L'eziologia delle stenosi è stata classificata in accordo alle correnti cause di stenosi riportate in letteratura.

#### Risultati

Su 1234 stenosi uretrali, 1154 (93,5%) sono risultate anteriori e 80 (6,5%) posteriori. Su 1154 stenosi anteriori, 470 (40,7%) sono risultate peniene, 565 (48,9%) bulbari, 119 (10,4%) peno-bulbari. L'eziologia delle stenosi peniene è risultata: riparazione fallita di ipospadia in 176 (37,5%); Lichen Sclerosus (LS) in 146 (31%); catetere in 56 (11,9%); sconosciuta in 39 (8,3%); iatrogena in 38 (8,1%); trauma in 10 (2,2%); infezione in 3 (0,6%); congenita in 2 (0,4%). L'eziologia delle stenosi bulbari è risultata: sconosciuta in 335 casi (59,3%); catetere in 126 (22,3%); iatrogena in 50 (8,8%); trauma in 50 (8,8%); infezioni in 3 (0,6%); radioterapia in 1 (0,2%). L'eziologia delle stenosi peno-bulbari è risultata: LS in 60 casi (50,4%); sconosciuta in 27 (22,7%); catetere in 21 (17,6%); iatrogena in 10 (8,5%); Etp pene in 1 (0,8%). L'eziologia delle stenosi posteriori è risultata: trauma pelvico in 71 casi (88,8%); catetere in 4 (5%); TURP in 2 (2,5%), sconosciuta in 2 (2,5%); prostatectomia radicale in 1 (1,2%).

#### Conclusioni

Il trauma pelvico è la maggior causa di stenosi uretrale posteriore. L'eziologia delle stenosi anteriori è cambiata: riparazioni fallite di ipospadia e LS sono le nuove incrementanti cause di stenosi anteriori. I pz devono essere accuratamente studiati per meglio definire in futuro la reale eziologia delle stenosi oggi classificate come sconosciute (32,6%). Il 24,9% dei pz sviluppa una stenosi da catetere o manovre endoscopiche: ogni sforzo dovrebbe essere fatto per ridurre il rischio di stenosi in pz che vengono sottoposti a qualsiasi manipolazione uretrale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C 14

#### La versatilità dell'approccio uretrotonomico ventrale nelle uretroplastiche bulbari di ampliamento con innesto dorsale o ventrale o dorsale più ventrale di mucosa buccale

E. Palminteri, A. Shokeir\*, E. Berdondini, C. De Nunzio\*\*, L. Iannotta\*\*\*, V. Gentile\*\*\*  
Centro di Chirurgia Uretrale, Arezzo; \*Centro Di Urologia, Mansoura, Egitto; \*\*Dipartimento di Urologia, Ospedale "Sant'Andrea", Sapienza Università di Roma; \*\*\*Dipartimento di Scienze Urologiche "U. Bracci", Sapienza Università di Roma

#### Introduzione

Presentiamo i risultati delle uretroplastiche bulbari di ampliamento con innesto dorsale o ventrale o dorsale più ventrale

di mucosa buccale (MB) ed impiegando un approccio uretro-tomico ventrale.

#### **Materiale e metodi**

Su 216 pazienti (pz) con stenosi uretrale bulbare sottoposti a uretroplastica di ampliamento con MB tramite approccio uretro-tomico ventrale, in 32 (14,8%) è stato impiegato un innesto dorsale (D), in 121 (56%) in innesto ventrale (V) ed in 63 (29,2%) un innesto dorsale più ventrale (D-V). I risultati clinici sono stati considerati fallimentari in caso di necessità di qualsiasi ulteriore manovra post-operatoria, inclusa la dilatazione. Per l'analisi statistica è stato impiegato il test non parametrico Chi-square.

#### **Risultati**

Con un follow-up minimo di 1 anno (media 38 mesi, range 12-113), su 216 casi, 200 (92,6%) furono successi e 16 (7,4%) fallimenti. In particolare le percentuali di successo sono state 90,6% (29/32 pz) per le uretroplastiche con innesto Dorsale, 95,8% (116/121 pz) per le uretroplastiche con innesto Ventrale, 87,3% (55/63 pz) per le uretroplastiche con innesto Dorsale più Ventrale. Etiologia della stenosi, età del pz e precedenti uretrotomie o uretroplastiche non hanno dimostrato avere alcun impatto statisticamente significativo sui risultati, mentre le percentuali di successo sono diminuite significativamente con le stenosi lunghe > 4 cm. Pz sottoposti ad innesti ventrali e quelli con una storia di dilatazioni uretrali hanno dimostrato risultato migliori, anche se statisticamente non significativi.

#### **Conclusioni**

Le uretroplastiche bulbari di ampliamento con MB hanno dimostrato una percentuale di successo totale del 92,6%. Gli innesti di MB possono essere posizionati sulla superficie uretrale dorsale o ventrale o dorsale più ventrale in relazione alla sede della stenosi ed alle sue caratteristiche.

L'approccio uretro-tomico ventrale nelle uretroplastiche bulbari è facile da eseguire e consente di optare intraoperatoriamente per uno qualsiasi dei 3 differenti posizionamenti di innesto (dorsale o ventrale o dorsale più ventrale) che hanno dimostrato una similare percentuale di successo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## **C 19**

### **Inserzione di protesi peniena in pazienti operati di uretroplastica complessa**

D. Dente, G. Garaffa<sup>1</sup>, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa<sup>2</sup>, T. Paniccia<sup>3</sup>, A.N. Christopher<sup>4</sup>, D. Ralph<sup>4</sup>

*Dipartimento di Urologia, Policlinico Umberto I, Roma;* <sup>1</sup> *Andrology Department, University College Hospital, London;* <sup>2</sup> *Dipartimento di Urologia, Ospedale "SS. Annunziata", Chieti;* <sup>3</sup> *Dipartimento Di Urologia, Università "G. D'Annunzio", Chieti;* <sup>4</sup> *Andrology Department, University College Hospital, London*

#### **Introduzione**

Lo scopo del lavoro è di presentare i risultati del follow-up a lungo termine del posizionamento di protesi peniena in seguito ad intervento di uretroplastica complessa.

#### **Materiali e metodi**

Tra il 1985 e il 2009 23 pazienti (pz), già operati di uretroplastica complessa, sono stati sottoposti a posizionamento di protesi peniena. Venti pz con storia di trauma pelvico, sono stati sottoposti a anastomosi bulboprostatica, mentre i rimanenti 3 (1 con severa BXO, 1 con ipospadia penoscrotale e 1 con trauma penieno) sono stati sottoposti a 2 stage grafting usando mucosa buccale.

Sebbene in 15 pz era presente una severa fibrosi, la dilatazione dei corpi cavernosi la dilatazione dei corpi cavernosi è sempre risultata essere senza particolari difficoltà, e le protesi sono state inserite facilmente (manleabili n = 15, tricomponente n = 8).

#### **Risultati**

In 3 pz (13%) è stato necessario inserire cilindri di minori dimensioni a causa della fibrosi dei corpi cavernosi. Dopo un follow-up medio di 34 mesi (1-120), tutti i pz erano in grado di avere rapporti sessuali completi. Nessun pz ha presentato complicazioni uretrali sebbene 1 (4,4%) abbia riportato una severa infezione risolta con il washout della protesi e 2 pz hanno avuto bisogno della sostituzione della protesi per non sufficiente rigidità.

In totale è stata necessaria una revisione chirurgica in 4 pz (17,6%) incluso la sostituzione in elezione di protesi manleabile con protesi tricomponente.

#### **Conclusioni**

I pregressi interventi sull'uretra non sono una controindicazione per il posizionamento di una protesi peniena. Comunque i pz devono essere informati diffusamente sulla possibilità di complicanze o di ulteriori interventi di revisione a causa della combinazione della fibrosi dovuta al trauma e all'intervento a carico dell'uretra.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## **C 10**

### **Il trattamento della riparazione fallita di ipospadia in 177 pazienti**

E. Palminteri, E. Berdondini, G. Barbanti<sup>1</sup>, A. Molon<sup>2</sup>, F. Mastroeni<sup>3</sup>, L. Iannotta<sup>4</sup>, V. Gentile<sup>4</sup>

*Centro di Chirurgia Uretrale e Genitale, Arezzo;* <sup>1</sup> *Dipartimento di Urologia, Ospedale "Le Scotte", Siena;* <sup>2</sup> *Dipartimento di Urologia, Ospedale "Sacro Cuore", Negrar;* <sup>3</sup> *Dipartimento di Urologia, Ospedale "Papardo", Messina;* <sup>4</sup> *Dipartimento di Urologia "U. Bracci", Sapienza Università di Roma*

#### **Introduzione**

Presentiamo la nostra esperienza nel difficile trattamento delle complicazioni a distanza delle riparazioni fallite di ipospadia.

#### **Materiali e metodi**

Tra il 2000 ed il 2009 sono giunti alla nostra osservazione 177 pazienti (pz) adulti, di età media 30,3 anni, con complicanze dopo riparazione fallita di ipospadia. I pz erano stati sottoposti ad una media di 3,7 (range 1-20) interventi di riparazione di ipospadia. In 175 pz (99%) erano state rilevate complicanze della funzione urinaria, singole o multiple; in particolare, stenosi uretrale in 123 (69%), fistole in 55 (31%), infezioni urinarie recidivanti in 43 (24%). Le complicanze della funzione sessuale dovute ad una curvatura peniena erano presenti in 16 casi (9%). Le complicanze relative all'aspetto estetico (meato ipospadico residuo, cicatrici, ecc.) erano presenti in 135 casi (76%). 67 (37,8%) pz avevano 1 solo tipo di complicanza, 110 (62,2%) pz 2 o più complicanze. In 27 pz (15%) la riparazione fallita di ipospadia era associata a Lichen Sclerosus.

119 pz (67,2%) sono stati sottoposti a riparazione multi-stadiata senza o con innesti di MB o cute peniena o materiale eterologo. 58 pz (32,8%) sono stati sottoposti a riparazione in tempo unico senza o con innesti di MB o cute peniena. Sono stati considerati successi i pz con un'uretra funzionale senza fistole, stenosi, corda residua e con un accettabile aspetto estetico del meato. Sono stati considerati fallimenti i pz con complicanze o con uno scarso risultato estetico, richiedenti una revisione chirurgica.

**Risultati**

Con un follow-up medio di 42 mesi, abbiamo riportato 73 successi su 177 (41,2%) pz: 34 su 58 (58,6%) pz nelle ricostruzioni in tempo unico, 39 su 119 (32,7%) nelle ricostruzioni stadiate. Su 119 pz sottoposti a chirurgia stadiata, 63 (52,9%) sono in attesa di terminare l'iter chirurgico, 17 (14,4%) hanno deciso di rimanere con una stomia urinaria definitiva.

**Conclusioni**

Le sequele fisiche e psicologiche dei pz adulti con esiti dopo riparazione fallita di ipospadia rappresentano una delle sfide più difficili nell'ambito della chirurgia ricostruttiva peniena e uretrale. Questi pz, psicologicamente molto fragili, chiedono una risposta alla risoluzione dei disturbi urinari, dei disturbi dell'attività sessuale e degli inestetismi genitali.

Nella nostra esperienza il trattamento delle complicanze dopo riparazione fallita d'ipospadia ha avuto un successo completo solo nel 41,2% dei casi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 12****Fistola uretrale dopo correzione di ipospadia primitiva: analisi descrittiva retrospettiva dell'intervallo di comparsa**

A. Spagnoli, S. Vallasciani, P. Atzori, A. Borsellino, M.C. Lucchetti, F. Ferro

*UOD di Chirurgia Andrologica e Ginecologica dell'Età Evolutiva; Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma*

**Introduzione**

L'importanza della fistola dopo correzione di ipospadia è ben evidenziata dalla presenza di 753 lavori in Pubmed® (metà dei quali negli ultimi 10 anni) come risulta dalla ricerca con le parole chiave "hypospadias surgery" e "fistulas". Un aspetto poco indagato da questi lavori, ma utile per il follow-up di questi pazienti, è il tempo intercorso tra la comparsa della correzione e l'insorgenza della fistola uretrale.

**Obiettivo**

Sono state valutate le schede cliniche di tutti i pazienti sottoposti a uretroplastica per la correzione di ipospadia primaria presso la nostra U.O. a prescindere del tipo di difetto iniziale e tecnica chirurgica utilizzata. I casi di ipospadia sine ipospadia sono stati esclusi dallo studio. Sono stati presi in considerazione i seguenti parametri: presenza/assenza di fistola, tempo di comparsa della fistola, età media all'intervento.

**Risultati**

Nel periodo 1995-2009, 1140 pazienti (età media: 31,5 mesi; mediana 17,12; min: 4,77; max: 436,50; DS: 35,92) sono stati sottoposti a uretroplastica per la correzione di ipospadia primitiva. Di questi 138 (12,1%) hanno avuto come complicanza la fistola che è comparsa nel 1° anno in 52 casi (38,1%), nel 2° anno in 44 (31,3%), nel 3° anno in 21 (14,4%), nel 4° in 11 (7,6%), nel 5° in 8 (6%) e in 4 (2,6%) oltre il 10° anno. L'età media all'intervento non è significativamente diversa tra i gruppi dei pazienti con o senza fistola (28,67 vs. 31,33 mesi). Del totale dei pazienti, 212 (18,6%) hanno superato la pubertà; in questo sottogruppo l'incidenza di fistola uretrale è stata del 12,3%.

**Discussione**

Negli ultimi anni, il problema della fistola uretrale nella chirurgia dell'ipospadia è stato spesso affrontato così come la ricerca della tecnica chirurgica che presenti la minor incidenza di questa complicanza. Il rischio di fistola dopo correzione di ipospadia è, comunque, presente. Il follow-up post-operatorio di questi pazienti permette di evidenziare la loro comparsa. D'altro canto, nei pazienti pediatrici è anche importante ridurre al minimo la necessità di controlli clinici per evitare l'impatto psicologico. La presente casistica ha mostrato che dopo il 2° anno l'incidenza di comparsa di fistole si dimezza di anno in anno.

**Conclusione**

Un controllo ogni 6 mesi nei primi due anni, seguito da un controllo ogni 2 o 3 anni sembrerebbe essere un programma utile ad individuare tempestivamente eventuali fistole uretrali diminuendo il numero di controlli ambulatoriali non necessari.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

# Chirurgia genitale

## C 47

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

G. Alei, P. Letizia, L. Alei, F. Ricottilli, D. Pavoncello  
Dipartimento di Chirurgia Plastica, Sapienza Università di Roma

#### Introduzione e obiettivi

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

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

#### Materiali e metodi

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

#### Risultati

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

Gli Autori presentano i risultati della propria casistica confrontandoli con le altre tecniche operatorie.

#### Conclusioni

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

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 7

### Corporoplastica iterativa con tecnica a doppio petto modificata dopo fallimento chirurgico

G. Liguori, S. Benvenuto, S. Bucci, B. De Concilio, G. Ollandini, G. Mazzon, R. Napoli, C. Trombetta, E. Belgrano

Struttura Complessa di Clinica Urologica; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste

#### Introduzione

La chirurgia iterativa dopo fallimento di corporoplastica di raddrizzamento negli incurvamenti congeniti può essere tecnicamente complessa ed esporre ad ulteriori recidive. Infatti la causa del fallimento deve essere ricercata in una debolezza intrinseca su base disgenetica dei fasci fibrosi a livello della tunica albuginea che è quindi predisposta al cedimento strutturale.

#### Materiali e metodi

Riportiamo i casi di due giovani uomini sottoposti in precedenza a corporoplastica di raddrizzamento che giungono alla nostra attenzione per la presenza di recidiva di incurvamento e deformazione aneurismatica a livello dell'albuginea. Il primo è un paziente di 24 anni che presenta una deformazione aneurismatica del corpo cavernoso sinistro. Non riferisce né disfunzione erettile né dolore durante l'erezione tuttavia la malformazione estetica gli causa un'importante disagio psicologico. Il secondo paziente di 23 anni, presenta deformazioni a gobba della parte dorsale destra del pene e incurvamento penieno sinistro, già sottoposto a tentativo infruttuoso di correzione dei medesimi inestetismi. Entrambi i pazienti vengono sottoposti ad intervento di corporoplastica con tecnica a "doppio petto" dell'albuginea a punti staccati e con posizionamento al disopra delle suture di patch di Stratisis.

#### Risultati

L'erezione idraulica di controllo intraoperatoria ha confermato il corretto raddrizzamento penieno e ottima correzione delle deformazioni. È stata applicata una medicazione lievemente compressiva a scopo emostatico, che è stata rimossa il giorno successivo e sono stati dimessi in seconda e in quarta giornata rispettivamente con lieve edema penieno ed ematoma locale. Al controllo a distanza riferiscono soddisfazione sia dal punto di vista estetico che funzionale. Non riferiscono iper-correzione né lamentano la presenza di noduli palpabili nella sede del patch.

#### Conclusioni

Le complicanze dopo intervento di corporoplastica di raddrizzamento non sono molto frequenti, nella maggior parte dei casi i pazienti lamentano eccessivo accorciamento penieno, iper-correzione e diminuzione della sensibilità; raramente si verificano malformazioni aneurismatiche e gibbosità come nei casi sopra descritti. La chirurgia iterativa di correzione è alquanto complessa e non priva di ulteriori complicanze.

La tecnica di corporoplastica a doppio petto con patch di rinforzo consente una buona correzione sia della deformità peniena che dell'incurvamento senza accorciamento penieno.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 14****La circoncisione non è obbligatoria nella chirurgia del pene**

D. Dente, G. Garaffa<sup>1</sup>, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa<sup>2</sup>, T. Paniccia<sup>3</sup>, A.N. Christopher<sup>4</sup>, D. Ralph<sup>4</sup>  
 Dipartimento di Urologia, Policlinico Umberto I, Roma; <sup>1</sup> Andrology Department, University College Hospital, London; <sup>2</sup> Dipartimento di Urologia, Ospedale "SS. Annunziata", Chieti; <sup>3</sup> Dipartimento Di Urologia, Università "G. D'Annunzio", Chieti; <sup>4</sup> Andrology Department, University College Hospital, London

**Introduzione**

È ormai standardizzata la pratica della circoncisione in caso di correzione chirurgica di incurvamento penieno sia congenito che acquisito. Recentemente questo concetto è stato rivisto. Lo scopo di questo lavoro è quello di riportare i risultati post-intervento chirurgico avendo dato ai pazienti la possibilità di scegliere se avere o meno la circoncisione.

**Materiali e metodi**

Tra il 2000 e il 2007, 191 pazienti (pz) consecutivi di età media di 46 anni (range 17-74) sono stati sottoposti ad intervento di raddrizzamento penieno (Lue procedure 68, Nesbit 132). In tutti i pz è stata praticata una incisione subcoronale. 48 pz erano stati già circoncisi precedentemente. 22 pz si presentavano con prepuzio ristretto 6 di questi rifiutavano di essere circoncisi. 116 pz presentavano un normale prepuzio, 78 di questi hanno optato per non essere circoncisi. 5 pz già sottoposti in precedenza a chirurgia del pene presentavano un normale prepuzio 2 decidevano di optare per la circoncisione.

**Risultati**

Il follow-up medio è stato di 5,5 mesi (range 1-50). Un secondario intervento di circoncisione è stato necessario in 3 dei 6 pz con prepuzio ristretto (50%), in 1 pz dei 78 (1,2%) con normale prepuzio, e in 1 pz dei 2 con normale prepuzio e che avevano già avuto precedenti interventi al pene.

Nel follow-up post-operatorio la soddisfazione dei pz era del 90% per quelli che avevano mantenuto il prepuzio e del 96% per quelli che erano stati circoncisi, mentre rispettivamente per i due gruppi il 9 e il 14% riferivano perdita di lunghezza.

**Conclusioni**

La circoncisione non dovrebbe essere eseguita di routine in ogni intervento chirurgico al pene a meno di casi di fimosi severa o di possibile revisione chirurgica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 17****Ricostruzione peniena dopo intervento chirurgico per lesioni non cancerose usando la tecnica dello Split Skin Graft (SSG) e del Full Thickness Skingraft (FTS)**

D. Dente, G. Garaffa<sup>1</sup>, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa<sup>2</sup>, T. Paniccia<sup>3</sup>, A.N. Christopher<sup>4</sup>, D. Ralph<sup>4</sup>  
 Dipartimento di Urologia, Policlinico Umberto I, Roma; <sup>1</sup> Andrology Department, University College Hospital, London; <sup>2</sup> Dipartimento di Urologia, Ospedale "SS. Annunziata", Chieti; <sup>3</sup> Dipartimento Di Urologia, Università "G. D'Annunzio", Chieti; <sup>4</sup> Andrology Department, University College Hospital, London

**Introduzione**

Lo scopo di questo lavoro è quello di riportare i risultati a lungo dopo ricostruzione peniena con SSG.

**Materiali e metodi**

L'eziologia delle lesioni includeva *Balanitis Xerotica Obliterans* (BXO; n = 25), amputazione traumatica (n = 7), eccessiva circoncisione (n = 16), pregresso intervento per ipospadia (n = 5), pene incarcerato nel grasso sovrapubico (n = 17) e gangrena di Fournier (n = 1).

Tutti i pz che presentavano BXO sono stati sottoposti escissione e contestuale grafting dell'area.

I rimanenti pz hanno avuto solo il grafting.

Gli SSG sono stati prelevati dalla parte interna della coscia, in 48 pz sono stati usati per il grafting del glande e della corona, mentre i FTS in 43 pz sono stati utilizzati per l'asta per evitare la possibile disfunzione erettile dovuta alla contrazione del graft.

**Risultati**

Il follow-up medio è stato di 21,5 mesi (1-68), tutti i pazienti (pz) erano soddisfatti per il risultato. In 7 pz si è verificata la perdita del graft con successiva contrattura, questi sono stati successivamente rioperati posizionando un nuovo graft. In 83 pz c'è stato un effettivo miglioramento della cosmesi e della funzione sessuale con una soddisfazione totale del 96%.

**Conclusioni**

La perdita di cute del pene può essere facilmente gestita usando lo skingraft, in quanto garantisce ottimi risultati in termini sia dal lato estetico che funzionale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 21****Protesi peniena tricomponente: fattori predittivi del grado di soddisfazione nel miglioramento della qualità di vita generale e sessuale del paziente e della partner**

E. Caraceni, G. Angelozzi, A. Marconi, L. Utizi\*

UO Urologia, Civitanova Marche; \*Sessuologa clinica, Ancona

**Introduzione e obiettivi**

L'impianto di protesi peniena tricomponente è indicato nei pazienti con disfunzione erettiva grave resistente alla terapia farmacologica per via orale o endocavernosa o in coloro che preferiscono una soluzione definitiva. Abbiamo cercato di verificare il grado di soddisfazione dei pazienti sottoposti ad impianto con protesi peniena tricomponente idraulica, e delle loro partner, focalizzando l'attenzione su quali sono i fattori determinanti del grado di soddisfazione nel miglioramento della qualità di vita (QoL) generale e sessuale del paziente e della partner.

**Materiali e metodi**

Sono state esaminate 102 cartelle cliniche di pazienti impiantati con protesi idraulica tricomponente dal 1992 al 2009 da un singolo chirurgo. È stato costruito un questionario patologia-specifico composto di 16 domande sulla QoL generale e sessuale suddiviso in 4 aree concettuali di indagine: Area relazionale, area socio-relazionale, area intrarelazionale, area somatofunzionale. Sono 70 i soggetti che hanno aderito, con range di età da 32 a 82 anni, di questi 32 sono stati persi al follow-up e 47 hanno partecipato a re-test dello strumento.

**Risultati**

L'84,6% dei 70 pazienti che hanno risposto al questionario hanno mostrato soddisfazione per l'impianto protesico tricomponente specificatamente alla loro vita sessuale e relazionale. Il 61,8% dei soggetti percepisce la partner molto soddisfatta. Tuttavia alcune criticità sono emerse, tra queste l'obesità, le dimensioni del pene, il modello protesico, l'età

più giovanile, l'alto livello di istruzione, intervallo protesi-pregressa chirurgia pelvica, sembrano determinare un grado di soddisfazione minore.

#### Conclusioni

La protesi idraulica tricomponente per le sue caratteristiche di scarsa invasività dell'impianto, affidabilità, risultato cosmetico, grado di erezione e per l'effetto di consentire al paziente di superare l'handicap della perdita della funzione erettiva è associato ad un alto tasso di soddisfazione generale sia del paziente che della partner. Tuttavia un counselling psicologico perioperatorio potrebbe contribuire a migliorare ulteriormente il risultato in termini di accettazione dell'impianto e la QoL sessuale e generale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 15

#### Impianto di protesi peniena in casi di severa fibrosi peniena: nostra esperienza

D. Dente, G. Garaffa<sup>1</sup>, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa<sup>2</sup>, T. Paniccia<sup>3</sup>, A.N. Christopher<sup>4</sup>, D. Ralph<sup>4</sup>  
 Dipartimento di Urologia, Policlinico Umberto I, Roma; <sup>1</sup> Andrology Department, University College Hospital, London; <sup>2</sup> Dipartimento di Urologia, Ospedale "SS. Annunziata", Chieti; <sup>3</sup> Dipartimento Di Urologia, Università "G. D'Annunzio", Chieti; <sup>4</sup> Andrology Department, University College Hospital, London

#### Introduzione

L'obiettivo di questo lavoro è quello di presentare i risultati a lungo termine dell'impianto di protesi peniena in pazienti (pz) con severa fibrosi del pene.

#### Materiali e metodi

50 pz di età media di 43,4 anni (range 22-70), con estesa fibrosi dei corpi cavernosi sono stati sottoposti ad intervento di posizionamento di protesi peniena. Le cause della fibrosi erano: priapismo (n = 27), espianto di protesi peniena infetta (n = 14), trauma perineale o penieno (n = 6), estesa ricostruzione uretrale (n = 1), ascesso dei corpi cavernosi (n = 1), scleroderma (n = 1). In 28 pz è stata posizionata una protesi tricomponente, mentre in 22 un protesi manleabile. La dilatazione dei corpi cavernosi è stata spesso difficoltosa a causa della tenace fibrosi. Si è fatto fronte al problema usando in 26 pz il cavernotomia di Rossello, mentre in 22 è stata necessaria la doppia incisione subcoronale. In un pz, la parte distale dei corpi cavernosi era distrutta a causa dell'infezione, è stato quindi necessario l'uso di un cap di dacron come copertura del cilindro.

#### Risultati

Nella maggioranza dei pz sono stati inseriti dei cilindri più piccoli (80%) a causa dei corpi cavernosi fibrotici. Le complicanze intraoperatorie sono state: perforazione uretrale (n = 3), riparata poi con secondo intervento, crossover dei cilindri (n = 4), 3 dei quali sono stati immediatamente corretti. Nonostante le difficoltà intraoperatorie tutti i pz al momento hanno due cilindri inseriti, con un rate di soddisfazione del 90% dopo un follow-up medio di 17 mesi (range 1-81).

Il motivo di non soddisfazione per 4 pz È dovuto al espianto della protesi, 2 per infezione, 2 per erosione.

10 pz Sono stati successivamente sottoposti a sostituzione della protesi da manleabile a tricomponente, con l'uso di cilindri più lunghi di 1,5 cm (range 3-0). La protesi è stata rimossa in 4 pz ed è stata necessaria revisione chirurgica in 4 pz (1 non sufficiente rigidità del glande, 3 danno meccanico della protesi. 6 pz presentavano floppy glands, 1 è stato sottoposto a glandolo pessi per riportare il glande in posizione corretta, mentre 5 sono stati trattati con inibitori PDE5.

#### Conclusioni

La presenza di una tenace fibrosi dei corpi cavernosi non è una controindicazione al posizionamento di protesi peniena, i pz però vanno messi al corrente che il rischio di complicazioni è molto più alto (28%) rispetto in pz vergini (16%).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 6

#### Apicoplastica mediante innesto di rete in prolene e glandulopessi in pazienti portatori di protesi peniena a rischio di estrusione per erosione dell'apice cavernoso

L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, C.L. Augusto Negro, E. Galletto, D. Fontana  
 Divisione Universitaria di Urologia 2, S.S.C.V.D. per l'Andrologia, C.I.D.I.Ge.M. (Centro Interdipartimentale per il Disturbo dell'Identità di Genere Molinette); Ospedale Maggiore "San Giovanni Battista", Molinette, Torino

#### Introduzione

Tra le complicanze della chirurgia protesica, l'infezione della protesi è sicuramente la più temibile, ma non meno importante va considerato il rischio di estrusione protesica, legato al decubito che in alcuni casi i cilindri protesici esercitano sull'apice dei corpi cavernosi, causandone l'erosione.

#### Materiali e metodi

Negli ultimi 2 anni, sono giunti alla nostra osservazione 8 casi di decubito distale di un cilindro protesico, con grave atteggiamento SST del glande. Sei pazienti sono portatori di impianto protesico semirigido del pene; 2 pazienti sono portatori di impianto protesico gonfiabile del pene (uno bi-componente, l'altro tri-componente). In 2 casi, la caduta dorsale del glande ha lasciato esposti entrambi i corpi cavernosi ed in 1 di questi due era evidente una diastasi dei corpi cavernosi. I pazienti sono stati sottoposti tra novembre 2009 e maggio 2010 ad apicoplastica dei corpi cavernosi utilizzando una rete in prolene (Herniamesh in 6 casi, Gynemesh in 2 casi), dopo disassembly del glande dagli apici. Nel paziente con diastasi dei corpi cavernosi, è stata inoltre posizionata a livello del III medio del pene una benderella di SIS, al di sotto dell'uretra e del fascio vascolo-nervoso. È stata quindi eseguita la glandulopessi.

#### Risultati

Il tempo operatorio medio è stato di 2,5 ore. Il follow-up medio dei pazienti è di 3,5 mesi (tra i 7 mesi ed 1 mese al momento della stesura dell'abstract). Tra le complicanze post-operatorie, segnaliamo: la comparsa di un'escara che ha coinvolto dalla seconda giornata post-operatoria la mucosa del glande in 2 pazienti; a risoluzione spontanea nel giro di 20 giorni. In tutti e 8 i pazienti è stato particolarmente evidente l'edema cutaneo che ha coinvolto il III distale del pene, cui è in fine residuo un incremento della circonferenza del pene. Non si sono ad ora segnalati casi di infezione protesica, né di ematomi peno-scrotali. Sei pazienti hanno ripreso l'attività sessuale e il glande è in asse.

#### Conclusioni

L'apicoplastica con rete in prolene è un intervento lungo, complesso, da eseguire con pazienza per il rischio di lesione uretrale, laddove i piani si confondono particolarmente. Le complicanze possono essere gestite in modo conservativo ed è indispensabile un adeguato periodo di astinenza dall'attività sessuale. Non irrilevante è l'allargamento circonferenziale che si ottiene con questo intervento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 8****Protesi tricomponente con perforazione di patch di SIS associata a deformazione SST: correzione mediante graft autologo di fascia dei retti e incisione apicale con uretrotomo**E.S. Pescatori<sup>\*\*\*</sup>, B. Drei<sup>\*</sup>, P. Pisi<sup>\*\*\*</sup><sup>\*</sup> Servizio di Andrologia, Hesperia Hospital, Modena; <sup>\*\*</sup> UO Andrologia, SISMER, Bologna; <sup>\*\*\*</sup> Diagnostica per Immagini, Hesperia Hospital, Modena**Introduzione e obiettivi**

La deformazione SST può risultare da impiego di protesi sottodimensionata o da insufficiente dilatazione distale; l'impiego di SIS porcino è stato proposto a sostituire difetti albuginea. Descriviamo la gestione chirurgica di un caso clinico in cui a deformazione SST da insufficiente dilatazione distale si associava cedimento di graft di SIS.

**Materiali e metodi**

Caso clinico. Paziente di 39 anni con esiti fibrotici di correzione di curvatura congenita, trattati altrove con impianto tricomponente AMS 700CX MS pump e patch di SIS a coprire difetto di albuginea. Il paziente lamentava in erezione: bulging laterale destro al III medio, che regrediva in corso di rapporto, e glande non supportato.

Una valutazione RNM e cavernosografica pre-operatoria suggeriva presenza di liquido extracavernoso in sede di bulging, e incompleta dilatazione apicale.

Il paziente veniva quindi sottoposto a revisione chirurgica.

**Risultati**

*Intervento chirurgico.* Doppio accesso: scrotale longitudinale mediano e circumferenziale sottocoronale con degloving. Guadagno di parete del corpo cavernoso dx sede di bulging, ove si riscontrava perforazione di patch di SIS con fuoriuscita di fluido biancastro (microbiologicamente negativo). Si procedeva a rimozione di tutti gli elementi del precedente impianto, ad asportazione di patch di SIS, a guadagno apicale distale mediante uretrotomia con OTIS (a dx mediante difetto di albuginea derivante da asportazione di SIS, a sin mediante corporotomia al III medio), a lavaggi seriati di tutte le cavità secondo Henry et al. (J Urol 2005;173:89-92). Il difetto di albuginea veniva coperto con graft autologo di fascia anteriore dei retti prelevata tramite breve incisione longitudinale mediana sovrapubica. Veniva quindi inserito nuovo impianto AMS 700 CX preconnesso per accesso penoscrotale con pompa MS e con 2 rear tips, sovrapponibili, per ogni cilindro.

A follow-up clinico/radiologico (RNM) a 3 mesi si segnala soddisfazione del paziente, buona correzione del bulging laterale e della deformazione SST, ma quest'ultima subottimale per iniziale retrazione dell'apice di un cilindro nel post-operatorio (sviluppo di fibrosi apicale?).

**Conclusioni**

La valutazione pre-operatoria mediante imaging consente di definire i dettagli del malposizionamento penieno. L'uretrotomo di OTIS è efficace nel guadagno apicale distale, la fascia dei retti si conferma un valido sostituto dell'albuginea.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 52****Impianto protesico penieno ed innesto albugineo di matrice acellulare di derma porcino: trattamento efficace per un caso di fibrosi cavernosa massiva post-infettiva**F. Colombo, A. Franceschelli, P. Orciari, C.N. Bizzarri<sup>\*</sup>, F. ModeniniSSD Andrologia, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola Malpighi; <sup>\*</sup>Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola Malpighi

Le infezioni rappresentano la più temibile complicanza della chirurgia protesica e l'espanto è spesso l'unica soluzione. conseguenza inevitabile dell'espanto è la fibrosi massiva del tessuto erettile con retrazione e perdita di elasticità dei corpi cavernosi (CC). Tale evoluzione rende indaginoso un successivo re-impianto protesico per la difficoltà di alloggiamento intracavernoso. In questi casi è indispensabile risparmiare le residue fonti di irrorazione dei tegumenti, evitando ogni rischio di compressione ischemica. Indispensabile quindi ricorrere ad ampliamenti albuginea tramite innesti sui CC.

Riportiamo un caso di fibrosi massiva post-infettiva trattata con re-impianto protesico idraulico e ampliamento albugineo con materiale acellulare di derma porcino.

AP, 55 anni, affetto da IPP retraente sottoposto, a ottobre 2008, a corporoplastica complessa con protesi soffici a spinta assiale, incisione albuginea di rilasciamento/allungamento e graft safenico. Decorso post-operatorio complicato da persistente dolenzia al pene e lenta cicatrizzazione coronale. Si sospetta infezione o intolleranza al materiale protesico, che viene espantato (gennaio 2009). Evidenza intraoperatoria di infezione massiva purulenta con necrosi del III medio-distale dell'albuginea. Intenso protocollo fisioterapico per oltre 1 anno con apparecchio Vacuum, PDE5i su base cronica e uso di estensore penieno esterno. Controlli rnm, a 9 e 13 mesi, mostravano estesa fibrosi dei CC al III medio e distale dell'asta CON conservazione della componente cavernosa al III prossimale e alle crura. Marzo 2010: impianto protesico tricomponente e ampliamento cavernoso con materiale acellulare di derma porcino (InteXen-AMS)

Abbiamo utilizzato un approccio peno-scrotale per ridurre il rischio di sofferenza ischemica in sede balanica; dopo aver isolato l'albuginea residua fino a mezzo cm dagli apici cavernosi, si è proceduto a incisione albuginea longitudinale parauretrale e a innesto di ampliamento con 2 strisce di Intexen. Ottenuto così uno spazio adatto, si è proceduto al posizionamento di protesi AMS 700 CX. Il paziente è stato dimesso con la protesi attivata al 60% per evitare la retrazione degli innesti.

A 2 mesi dall'intervento, il paziente ha ripreso l'attività sessuale penetrativa e risulta asintomatico. Risultato estetico soddisfacente.

**Conclusioni**

L'ampliamento cavernoso con matrice acellulare associata a impianto protesico può rappresentare una soluzione efficace nei casi di fibrosi post-infettiva dei CC.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 20****Impianto protesico difficile dopo fibrosi massiva dei corpi cavernosi post-priapica: uso delle corporotomie multiple con graft di ampliamento**E. Austoni, G. Pini<sup>\*</sup>, G. Galizia<sup>\*\*</sup>, G. Nanni<sup>\*\*\*</sup>*Chair of Urology, University of Milan, GVM Mangioni Hospital Lecco; \*School of Urology, University of Modena and Reggio Emilia, Italy; \*\*GVM Salus Hospital Reggio Emilia; \*\*\*GVM Villa Hospital Bologna***Introduzione e obiettivi**

Gli esiti di priapismo da stasi quasi sempre correlati a stadio di fibrosi del tessuto erettile con deficit erettile (> distale cavernosa). La gravità è proporzionale alla durata del priapismo. Nei casi di fibrosi massiva il trattamento protesico idraulico si rende obbligatorio e l'impianto richiede il più delle volte una corporoplastica di ampliamento, regolata su segmenti cavernosi retratti e sclerotici con calibratura ardua per la presenza di lacine fibrose e coalescenze albuginee segmentarie. In luogo all'uso dei classici cavernotomi suggeriamo una soluzione alternativa efficace e sicura.

**Materiali e metodi**

Nel 2008-2009 abbiamo sottoposto 6 pazienti affetti da deficit erettivo post-priapico a basso flusso. Dopo 12 mesi di terapia conservativa (pompa vacuum e cortisonici) abbiamo posizionato protesi tricomponente idraulica. La calibratura cavernosa è risultata difficile e abbiamo provveduto a corporotomie multiple in sede di ostacolo alla calibratura procedendo dalla sede prossimale a quella distale. Dopo inserzione delle protesi e attivazione dei cilindri, le aree di corporotomia e la restante albuginea fibrotica sono state aperte e modellate in simmetria con i corpi cavernosi prossimali indenni. Corporoplastica di ampliamento albugineo con matrice acellulare dermica (InteXen). Cilindri delle protesi mantenuti in attivazione all'80% per 40 giorni, tempo necessario per la ripopolazione cellulare della matrice dermica. Serbatoio delle protesi in sede intraperitoneale. Terapia antibiotica (40 giorni). Approccio sub coronale transrotale.

**Risultati**

In tutti i pazienti esito morfologico e funzionale soddisfacente. Non abbiamo osservato complicanze, sepsi, infezioni o necrosi. L'attivazione/disattivazione protesica è risultata sempre agevole.

**Conclusioni**

Le corporotomie multiple permettono una calibratura completa degli apici, evita lesioni traumatiche ischemiche di un'albuginea già sclerotica ed i temibili rischi di necrosi-infezione, false strade ed estrusioni post-operatorie legati ad una calibratura alla cieca (Cavernotomi Rossello Barbara e similari). L'InteXen offre le migliori garanzie di attecchimento (elasticità e attività fibroblastica) ed è superiore al graft dermico autologo, correlato ad elevato rischio di infezione (Stafilococchi) ed al graft safenico, insufficiente in quantità. Il serbatoio della protesi in sede intraperitoneale evita la formazione della pseudocapsula periprotetica e successiva difficoltà di disattivazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 2****Falloplastica di allungamento con l'uso del "distanziatore pubo-cavernoso in silicone": analisi dei risultati dopo 10 anni**

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

*Dipartimento di Chirurgia Plastica, Sapienza Università di Roma***Introduzione**

La sezione del legamento sospensore è ormai il procedimento chirurgico per il trattamento delle brevità peniene assolute. Una delle possibili complicanze è il riaccorciamento penieno da risaldata dei margini di sezione del legamento. Da ormai 10 anni usiamo un dispositivo siliconico, di nostra ideazione, detto appunto distanziatore pubo-cavernoso che garantisce un ottimo risultato.

**Materiali e metodi**

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

**Risultati**

Gli autori riportano i risultati di 73 pazienti sottoposti a tale intervento in dieci anni di esperienza.

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

**Conclusioni**

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

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 12****Falloplastica con derma porcino (Intexen)**A.F. De Rose, A. Ortensi<sup>\*</sup>, A. Simonato, L. Coppola<sup>\*\*</sup>, V. D'Orazio<sup>†</sup>, A. Coppola<sup>‡</sup>, M. Ennas, G. Carmignani  
*Clinica Urologica Genova, \*Clinica Fabia Mater Roma, \*\*Centro Tecnomed Brindisi*

Le dimensioni del pene sembrano essere un problema che affligge anche 40 e 50enni con numero sempre crescente di richieste. Scopo del lavoro è stato quello di valutare l'efficacia del derma porcino (intexen) nell'aumentare le dimensioni del pene.

**Materiali e metodi**

Nel corso dell'ultimo anno 6 pazienti sono stati sottoposti ad intervento di "falloplastica incrementale" con derma porcino (Intexen). L'età dei pazienti variava dai 38 ai 52 anni. Quattro pazienti hanno richiesto l'intervento in compagnia della propria partner. Due pazienti avevano partner occasionali. La circonferenza peniena era di 7 cm più o meno 2. La lunghezza 9 cm più

o meno tre. L'allungamento è stato rifiutato da 3 pazienti. Per tutti è stato utilizzato un accesso infrapubico di circa 3 cm. Il derma porcino, dopo esteriorizzazione del pene, è stato fissato sulla fascia di Colles con punti riassorbibili, mentre l'allungamento del pene è stato realizzato con la sezione del legamento sospensore del pene, fino alla porzione inferiore della sinfisi pubica, senza staccarlo. A fine intervento, per distanziare il pene dal pube, almeno nelle prime ore, è stato utilizzato dello spongostan. Dal giorno successivo è stato consigliato lo stretching per almeno 5 minuti, tre volte al dì per 2 settimane. La visita di controllo è stata effettuata a uno e tre mesi, quando è stato somministrato anche un questionario sulla soddisfazione dei risultati con cinque risposte: Molto soddisfatto, Soddisfatto, Poco Soddisfatto, Per Niente Soddisfatto, Insoddisfatto.

#### Risultati

L'aumento di circonferenza peniena ottenuta nell'immediato post-operatorio è stato di 2,5-3 cm mentre la lunghezza di 2-2,5 cm. Un solo paziente ha lamentato dolore a livello del pube ben controllato con analgesici. Non è stato osservato alcun ematoma e il catetere vescicale rimosso dopo due ore dall'intervento.

Dopo un mese, rispetto al controllo post-operatorio, è stato osservato un incremento della circonferenza di 0,5 cm, mentre la lunghezza è rimasta immutata rispetto al controllo post-operatorio. Analogo risultato è stato mantenuto al terzo mese. I rapporti sono ripresi tra 32 e 55 giorni. In un solo caso il paziente si è dichiarato "poco soddisfatto".

#### Conclusioni

Il principio di utilizzare Intexen è quello di aumentare la circonferenza mediante l'utilizzo di un materiale sotto forma di lamina (il derma porcino), che viene impiantata tra la cute e i corpi cavernosi, da aumentare lo spessore.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 3

#### Lipogranuloma sclerosante dei tessuti cutanei e sottocutanei del pene da auto iniezione di sostanze volumizzanti

M. Ghini, G. Vagliani, F. Costa, A. Di Silverio, G. Misuriello, E. Emili

Azienda USL di Imola, UO Urologia, Ospedale "S. Maria della Scaletta", Imola

Le balano postiti sono frequenti in tutte le età e spesso vengono trattate empiricamente senza aver eseguito un corretto inquadramento eziopatogenetico. Per "balanite" si intende un'infiammazione acuta, subacuta o cronica del glande; il coinvolgimento prepuziale prende invece il nome di "postite". Tuttavia nella pratica clinica si assiste a quadri misti di "balano postite".

Talora l'inquadramento diagnostico risulta facile grazie alla positività di indagini biomorali e di sintomi, talora risulta invece difficoltoso ed a volte impossibile eseguire un chiaro inquadramento eziopatogenetico.

Riportiamo un caso di severa ed estesa balano postite con ispessimento di tutti i tessuti cutanei e sottocutanei del pene fino alla radice.

Paziente di 25 anni di origine rumena normotipo, coniugato. Il paziente non avvertiva algia locale ma riferiva disuria a carattere irritativo/ostruttivo. La marcata postite rendeva impossibile l'esplorazione del glande. Paziente attento all'estetica ed alla cura del corpo, frequentatore di palestre, già sottoposti a lifting-silicone alle labbra.

All'intervento chirurgico si osservava pachidermite della cute

dell'asta e del prepuzio. Fu necessario, prima della circonscisione, eseguire un'incisione della cute del prepuzio e della pseudo-mucosa sotto il glande spessa oltre 1 cm. Venne quindi asportata in corso di circonscisione la maggior quantità possibile di tessuto di aspetto lardaceo e giallastro a scopo biotico ed estetico, oltre che per permettere la successiva sutura dei lembi chirurgici. (Sutura coronale a punti staccati con Vicril 3 zeri con ago traumatico).

L'esame istologico ha evidenziato un raro caso di lipogranuloma sclerosante del pene. Riteniamo sia stato provocato dall'iniezione volontaria di sostanze a scopo volumizzante. L'intervento di circonscisione finalizzato a ripristinare funzione ed estetica è stato oltremodo impegnativo a causa dell'anomalo spessore di oltre 1 cm e consistenza dei tessuti di aspetto diffusamente lardaceo. A nostro giudizio il risultato estetico e funzionale è stato soddisfacente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 18

#### Graft epidermico medium thickness per esiti di iniezione di filler bioalcamid

E. Austoni, G. Pini\*, G. Galizia\*\*, N. Ghidini\*\*, G. Nanni\*\*\*  
Chair of Urology, University of Milan, GVM Mangioni Hospital Lecco; \* School of Urology, University of Modena and Reggio Emilia, Italy; \*\* GVM Salus Hospital Reggio Emilia; \*\*\* GVM Vilalba Hospital Bologna

#### Introduzione e obiettivi

È noto che il Bioalcamid utilizzato come filler per le falloplastiche di ingrandimento penieno pericavernose è correlato ad elevato rischio di infezione, ascessualizzazione e fistolizzazione. Le sequele possono essere importanti. Riportiamo la condotta chirurgica scelta presso il nostro centro.

#### Materiali e metodi

Nel 2008-2009 abbiamo trattato 12 pazienti affetti da infezione pericavernosa cronica successiva ad iniezioni di filler di Bioalcamid. Due pazienti erano già stati trattati in divisione di chirurgia plastica con scrotalizzazione peniena dopo necrosi massiva cutanea. Un paziente era portatore di fistola purulenta ventrale peniena. Dopo rimozione delle aree di ascessualizzazione e bonifica dartoica, tutti i pazienti sono stati trattati con innesti dermoepidermici polifenestrati a medio spessore. Il decorso post-operatorio ha richiesto medicazioni per 4 settimane con garze grasse e amuchina per detersione.

#### Risultati

Tutti i pazienti trattati a 2 mesi dall'intervento hanno mostrato un perfetto attecchimento del graft autologo con ottimi risultati estetici.

#### Conclusioni

La caratteristica dell'infezione da Bioalcamid è quella di interessare anche la lamina propria del derma e quindi di rendere impossibile il clivaggio tra sottocute e cute, con necessità di ampie demolizioni cutanee. Molti autori (Perovich) oggi preferiscono l'uso di matrici sintetiche per coltura cellulare omologa, che vengono utilizzate come sciarpe pericavernose sottocutanee e sovrabuckiane. Queste presentano rischi sicuramente ridotti e comunque in caso di infezione non richiedono le ampie demolizioni cutanee descritte nei nostri casi. Gli autori vogliono segnalare da un lato la gravità delle complicanze post-operatorie indotte dall'uso dei filler Bioalcamid nel sottocute penieno nelle falloplastiche di ingrandimento pericavernose e dall'altro la necessità in caso di complicanza post-operatoria di rimozione della cute peniena in contatto con le aree infette, per evitare necrosi post-operatorie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 48****Vasectomia: revisione della nostra casistica dal 1995 al 2009**

C. Trombetta, G. Mazzon, R. Napoli, G. Ollandini, G. Liguori, S. Bucci, S. Benvenuto, E. Belgrano  
*Clinica Urologica, Università di Trieste*

**Introduzione e obiettivi**

La vasectomia è giudicata il metodo contraccettivo a lungo termine più efficace e sicuro.

Abbiamo compiuto uno studio retrospettivo su pazienti sottoposti a vasectomia tra il 1995 e il 2009. Lo scopo è stato quello di valutare l'importanza di una adeguata informazione pre-operatoria dei pazienti, la comparsa di ripercussioni sulla loro sessualità e di complicanze inerenti la procedura.

**Materiali e metodi**

Sono stati arruolati 79 uomini sottoposti a vasectomia con la stessa tecnica chirurgica: legatura semplice con asportazione di tratto di deferente. Tali pazienti sono stati sottoposti ad un colloquio pre-operatorio per provare le motivazioni del ricorso a vasectomia, ad una visita post-operatoria per verificare la comparsa di complicanze e ad uno spermogramma di controllo (a 3-4 mesi dall'intervento) per accertare l'efficacia della procedura. Tutti i pazienti sono stati contattati telefonicamente e sottoposti ad un questionario costruito ad hoc.

**Risultati**

I pazienti avevano al momento dell'intervento un'età compresa tra i 27 e i 52 anni (età media 40,7 anni) con una media di 2,07 figli per coppia. Le principali motivazioni addotte per il ricorso alla vasectomia sono state la famiglia numerosa e l'attività professionale svolta.

L'8,9% (8 casi) dei pazienti non è risultato azoospermico allo spermogramma post-operatorio. Di questi nessuno ha avuto gravidanze inattese successive senza ricorrere ad altri metodi contraccettivi.

Il 12,2% dei pazienti è andato incontro a lievi complicanze post-operatorie. Un paziente ha riferito una ricanalizzazione spontanea a 8 mesi dell'intervento (presenza di spermatozoi vitali allo spermogramma) risoltasi con nuova vasectomia.

Nessun paziente ha vissuto l'intervento negativamente dal punto di vista della sessualità e il 43% dei pazienti riferisce un miglioramento della vita sessuale. Un paziente ha eseguito un reversal di vasectomia per mutata situazione familiare.

**Conclusioni**

Nella nostra casistica la vasectomia garantisce la sterilità nella totalità dei casi e poche complicanze. L'approccio e la preparazione all'intervento chirurgico sono elementi fondamentali alla buona riuscita dello stesso; a nostro avviso discriminante è la selezione dei pazienti mediante un approfondito colloquio pre-operatorio. I dati a nostra disposizione sull'effetto della vasectomia sulla vita sessuale di coppia dei pazienti sono confortanti in quanto nessun paziente riferisce un peggioramento della stessa dopo tale procedura.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 15****La stadiazione clinica Jackson nella neoplasia peniena è superiore al TNM nella selezione dei candidati ad una chirurgia cavernous sparing**

E. Austoni<sup>1,2</sup>, G. Pini<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Chair of Urology, University of Milan, Italy; <sup>2</sup> GVM Mangioni Hospital Lecco, GVM Salus Hospital Reggio Emilia, GVM Villalba Hospital Bologna; <sup>3</sup> School of Urology, University of Modena and Reggio Emilia, Italy

**Introduzione e obiettivi**

La stadiazione TNM per la neoplasia peniena classifica T2 malattie con diversi gradi di invasività senza distinguere l'infiltrazione del corpo spongioso (CS) da quello cavernoso (CC). Queste imprecisioni incidono negativamente sulla radicalità delle procedure chirurgiche, tipicamente basata sul concetto di risparmio dei tessuti cavernosi.

La classificazione di Jackson distingue lo stadio I (S1) infiltrazione di glande e prepuzio e risparmio dei CC; stadio II (S2) invasione di CC senza metastasi linfonodali; stadio III (S3) coinvolgimento linfonodale inguinale/iliaco.

L'obiettivo della chirurgia combina la radicalità oncologica con la preservazione della funzione sessuale ed estetica. Grazie alle recenti scoperte in ambito funzionale anatomico ed ad una corretta stadiazione clinica è possibile portare a termine una chirurgia di risparmio dei tessuti erettili. Riportiamo la nostra esperienza ed i risultati chirurgici nello stadio clinico di Jackson S1 con un follow-up medio di 9,5 anni.

**Materiali e metodi**

Eseguiamo terapia laser conservativa per neoplasie superficiali S1 (Ta-T1). Le classiche raccomandazioni di amputazione per S1 tumours (T2 del CS), sarebbe troppo invasiva. Una chirurgia conservativa può essere eseguita mediante dissezione delle 2 unità morfologico-funzionali distinte (*Spongious-cavernous disassembly*, Austoni '87). L'apice dei CC sono coperti con innesto dermico-epidermico a medio spessore (coscia). Nel 1990-2009 abbiamo sottoposto 68 pazienti (pz), 65,5 anni (55-83) a glandulectomia e cavernous sparing surgery per S1 Jackson. Analizziamo follow-up oncologico, capacità erettile e orgasmica (PTS-QOL evaluation) e complicanze chirurgiche.

**Risultati**

Follow-up medio 9,5 anni. Nessuna recidiva locale, 6 (9,6%) metastasi linfonodi inguinali. 54 (87,1%) pz hanno mantenuto indistinta capacità erettile, rigidità e capacità coitale. Recupero orgasmo in 51 pz (82,2%). Non si riportano complicanze chirurgiche maggiori; 6 pz (9,6%) hanno richiesto multiple medicazioni per parziale perdita del innesto dermo-epidermico. Un pz ha richiesto meatotomia.

**Conclusioni**

La glandulectomia con risparmio dei tessuti cavernosi nelle neoplasie S1 (TNM: T2 di CS) offre la stessa radicalità oncologica dell'amputazione con vantaggi significativi sulla QoL (PTS-QOL evaluation).

La stadiazione TNM rischia di soprastadiare la malattia e solo la classificazione di Jackson permette di superare questo bias offrendo al pz l'opportunità di una chirurgia cavernous sparing.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 56****La chirurgia conservativa per neoformazione testicolare**

R. Leonardi, A. Nicolosi\*, P. Jelo\*, S. Palmeri\*, S. Pecoraro\*\*

Casa di Cura Musumeci GECAS, Gravina-Catania; \* Casa di Cura Clinica Basile, Catania \*\* Clinica Malzoni, Avellino

**Introduzione e obiettivi**

La chirurgia conservativa del testicolo è riservata alle neoformazioni di sicura natura benigna. Non vi sono, ad oggi, indagini strumentali dirimenti nel 100% dei casi. La richiesta da parte dei pazienti, di conservare l'organo, pone il chirurgo sempre in grossa difficoltà decisionale.

Ci proponiamo di illustrare un caso di cisti epidermoide del testicolo da noi trattata con terapia conservativa illustrando il percorso diagnostico e terapeutico da noi adottato.

**Materiali e metodi**

Un paziente di 25 anni giunto alla nostra osservazione per la comparsa da circa 20 giorni di algie testicolari Dx che ha portato alla diagnosi, in altra sede, di lesione solida nodulare al didimo di Dx con proposta di orchietomia radicale.

Non vi era aumento del beta HCG e dell'alfafetoproteina. L'eco-color Doppler testicolare, da noi eseguito, ha evidenziato una lesione solida, a profilo circolare, avente un'ecostruttura disomogenea alternando strie iperecogene ad aree ipoecogene. Non vi era segnale di flusso ematico nel contesto della lesione. Nel sospetto della benignità della lesione abbiamo deciso di procedere con una asportazione della sola lesione risparmiando l'organo.

L'intervento ha previsto un'incisione inguinale destra, apertura della parete anteriore del canale inguinale, isolamento del funicolo spermatico con tutti i suoi elementi con blocco temporaneo, mediante un emuloop, del flusso ematico prima di manipolare il testicolo. Esteriorizzato il testicolo si incide longitudinalmente sulla lesione che si percepisce in sede dorsale. Si asporta in blocco la lesione con un margine di tessuto sano perilesionale e si invia per esame istopatologico estemporaneo. Avuta comunicazione della benignità della lesione si interrompe l'ischemia fredda (durata venti minuti), si verifica la ripresa del flusso ematico e del normale colorito del didimo destro. Si pratica un'attenta emostasi con pinza bipolare, si ricostruisce l'integrità del didimo; quindi si procede ad eversione della vaginale comune, con orchidopessi.

**Risultati**

Il controllo a due mesi dall'intervento mostra un testicolo di normali dimensioni normoirrorato.

**Conclusioni**

La chirurgia conservativa del testicolo può essere proposta qualora vi siano dubbi significativi di lesione benigna. L'esame istopatologico estemporaneo deve essere inequivocabile per benignità della lesione. La chirurgia conservativa deve essere attuata in casi altamente selezionati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 57****Leiomiomasarcoma primitivo del testicolo: case report di una rara neoplasia**

D. Tiscione, T. Cai, A. Scardigli, L. Luciani, V. Vattovani, S. Cicuto, F. Coccarelli, G. Malossini  
UO Urologia, Ospedale S. Chiara, Trento

**Introduzione**

Il leiomiomasarcoma primitivo del testicolo rappresenta una rara neoplasia e solo 10 casi sono stati descritti in letteratura. Si

tratta di tumori maligni che originano da cellule muscolari lisce indifferenziate di origine mesenchimale e per tale motivo possono originare in qualsiasi parte dell'organismo contenente tali cellule. Fattori di rischio riconosciuti per il leiomiomasarcoma del testicolo sono rappresentati da elevate dosi di corticosteroidi, dall'infiammazione cronica, dalla radioterapia o in associazione ad un tumore a cellule germinali del testicolo.

**Case report**

Maschio, di 65 anni, giungeva alla nostra attenzione per la comparsa da alcuni mesi di dolore ed aumento volumetrico del testicolo sinistro. In anamnesi si rilevava un trauma scrotale occorso alcuni anni prima. Obiettivamente si apprezzava una tumefazione a carico del testicolo sinistro di consistenza duro-ligneo, dolente e dolorabile alla palpazione. Ecograficamente rilievo a carico della metà inferiore del testicolo sinistro di una formazione ovoidale di 3,8 x 2,3 x 4 cm, a profili sinuosi, con ecostruttura disomogenea, prevalentemente solida ma con multiple aree fluide. La Tomografia Computerizzata (TC) stadiante ed i marcatori tumorali sono risultati negativi. Il paziente veniva quindi sottoposto ad intervento di orchifuniculectomia sinistra. L'esame istologico ha evidenziato una lesione ben delimitata, ma non capsulata, altamente vascolarizzata e cellulata; costituita da cellule disposte in fasci paralleli o incrociati, con nuclei ovali, cromatina grossolanamente granulata e citoplasma fusato. Lo stroma di supporto risultava in parte fibrotico e in parte necrotico con interposte aree mixoidi. Il quadro istologico risultava compatibile con leiomiomasarcoma del testicolo, medio differenziato (G2), non interessante le strutture adiacenti. Ad un follow-up di 6 mesi il paziente risulta libero da recidiva di malattia.

**Conclusioni**

Il trattamento standard di tale rara neoplasia è dato dall'orchifuniculectomia. Trattamenti adiuvanti quali la chemioterapia, la radioterapia o la linfadenectomia retroperitoneale non sembrerebbero in grado di migliorare la prognosi; prognosi che comunque rimane buona nei casi di tumore localizzato. In letteratura 1 solo caso su 10 di leiomiomasarcoma del testicolo (follow-up 12-79 mesi) ha sviluppato metastasi polmonari dopo 14 mesi dal trattamento chirurgico. Un ragionevole follow-up prevede un controllo clinico semestrale con TC stadiante.  
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 59****Linfoma non-Hodgkin primitivo del testicolo in età pediatrica**

A. Spagnoli, A. Borsellino, P. Atzori, S. Vallasciani, F. Callea\*

UO Chirurgia Andrologica e Ginecologica dell'età evolutiva, Ospedale Bambino Gesù, Roma; \* Anatomia Patologica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Introduzione**

In età pediatrica il linfoma non-Hodgkin (NHL) del testicolo viene prevalentemente riscontrato in corso di malattia neoplastica sistemica. Ad oggi, solo 11 casi di NHL follicolare primitivo del testicolo sono stati descritti in Letteratura. Gli Autori descrivono un caso di NHL del testicolo ad ulteriore incremento della casistica internazionale.

**Materiali e metodi**

S.M., età 9 anni, viene inviato alla nostra attenzione dal pediatra curante per sospetto idrocele destro. Dato l'aumento di volume e consistenza della gonade destra all'esame obiettivo, veniva effettuato esame eco-Doppler con riscontro di aree di ecogenicità ridotta diffuse ed, in sede intermedia, di area di focalità parenchimale a struttura disomogenea con ipoeco-

genicità periferica, assenza di idrocele. All'ecocolordoppler, diffusa vivace vascolarizzazione del parenchima, anche delle lesioni stesse.

Veniva quindi eseguito dosaggio di CEA, alfa-fetoproteina e BetaHCG, risultati nella norma, ed RMN testicolare che evidenziava immagine nodulare intraparenchimale che assumeva disomogeneamente il mezzo di contrasto. Veniva quindi eseguita biopsia testicolare per via transinguinale, con esame istologico estemporaneo caratterizzato da intensa infiltrazione linfocitaria, come da carattere infiammatorio, senza indizi di malignità. L'esame immunomorfologico ed immunoistochimico poneva però diagnosi di linfoma di derivazione dai B linfociti periferici, di tipo centrofollicolare ad insorgenza in età infantile. Venivano quindi effettuate orchifunicolectomia destra, orchidopessia controlaterale e biopsia ossea, risultata negativa. Il bambino veniva quindi sottoposto a chemioterapia.

#### Risultati

A distanza di 30 mesi dall'esordio, il bambino è off-therapy, senza recidiva di malattia.

#### Conclusioni

Come per gli 11 casi precedentemente descritti in Letteratura, il decorso della malattia è stato favorevole. IL NHL follicolare dell'infanzia, localizzato a livello testicolare come anche in altre sedi, sembrerebbe avere una patogenesi diversa rispetto a quello dell'adulto, a prognosi sfavorevole.

L'eventualità del trattamento chirurgico isolato (orchifunicolectomia) senza l'ausilio della chemioterapia, già riportato come efficace in un caso, dovrà essere avallata in futuro sulla base di una casistica più numerosa.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 60

### Rara anomalia del dotto di Wolff: discussione di un caso clinico

E. Conti, S. Lacquaniti, P.P. Fasolo, L. Puccetti, R. Mandras, M. Camilli, G. Fasolis

*Divisione di Urologia, Ospedale San Lazzaro, Alba*

#### Scopo del Lavoro

Le anomalie genitourinarie da difetti di sviluppo del dotto mesonefridico di Wolff sono usualmente diagnosticate durante l'infanzia, tuttavia anomalie minori possono essere riscontrate occasionalmente in età adulta. Presentiamo un caso clinico di una rara anomalia wolffiana riscontrata in un giovane adulto.

#### Materiali e metodi

A dicembre 2007 giunge alla nostra osservazione DG, maschio di 33 anni, di professione allevatore, con disturbi minzionali della fase di riempimento. Esame obiettivo uro-andrologico nella norma. Spermiocoltura, urocoltura, tampone uretrale, ricerca B K nel sedimento urinario, citologia urinaria, uroflussometria: nella norma. Eco addome nella norma, con reni bilateralmente presenti, vescicola seminale sx dilatata: dato confermato alla TRUS. Una RMN addomino-pelvica dimostra la presenza di una struttura tubuliforme dello scavo pelvico, di alcuni cm di lunghezza, che si inserisce nella vescicola seminale. Una DVG sx mostra normale decorso del dotto deferente e dimostra il transito di MdC sia nella vescicola seminale dilatata che nella struttura tubuliforme. Uretrocistoscopia: ndr. Si pone diagnosi presuntiva di gemma ureterale soprannumeraria ectopica afferente alla vescicola seminale. Si effettua l'exeresi della struttura per via laparoscopica transperitoneale in ottobre 2008.

#### Risultati

Il paziente viene dimesso dopo 48 ore dall'intervento. Non si sono avute complicanze di alcun tipo. La sintomatologia minzionale di tipo irritativo di è risolta parzialmente. L'esame

istologico ha evidenziato che la struttura è un dotto deferente soprannumerario. Il paziente è diventato padre nella primavera del 2009.

#### Conclusioni

Le anomalie maggiori del dotto mesonefridico di Wolff sono ben note e raramente sfuggono alla diagnosi in età infantile, mentre altre, minori, non associate ad alterazioni importanti delle vie escretrici e seminali, sono state descritte solo aneddoticamente. In tali casi la diagnosi è di solito incidentale ed in età adulta. Tale evenienza è oggi facilitata dalla diffusione delle moderne tecniche di imaging, tuttavia l'esatto inquadramento diagnostico può essere difficoltoso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 62

### Inversione testicolare: sintomatologia e terapia chirurgica di 6 casi

A. Spagnoli, P. Atzori, A. Borsellino, C. Orazi \*, S. Vallasciani

*UOD Chirurgia Andrologica e Ginecologica dell'Età Evolutiva, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma \* Radiologia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*

#### Introduzione

L'inversione verticale del testicolo è una rara malposizione della gonade. Più delle volte si riscontra occasionalmente nel corso di una esplorazione chirurgica ed è riconoscibile per la posizione caudale della testa dell'epididimo. Non è di solito associata a cambiamenti né del volume della gonade né dell'ecostruttura.

#### Obiettivo dello studio

Valutare modalità di presentazione ed effetto della terapia chirurgica di 6 casi.

#### Materiali e metodi

Sei casi di inversione testicolare sono stati osservati dagli Autori. Le cartelle cliniche sono state valutate retrospettivamente, in particolare, la forma di presentazione, eventuali accertamenti ecografici pre-operatori e la terapia chirurgica eseguita.

#### Risultati

In tutti i casi i pazienti giungevano alla nostra osservazione per episodi di orchialgia ricorrente. All'esame obiettivo i testicoli erano palpabili a livello scrotale, di normali dimensioni e consistenza; la mobilità delle gonadi era spiccatamente aumentata. In tre dei casi è stata possibile una diagnosi pre-operatoria di inversione testicolare grazie all'evidenza ecografica della posizione della testa dell'epididimo in posizione scrotale bassa. All'intervento, eseguito mediante accesso scrotale, oltre l'inversione testicolare, erano presenti dilatazione delle vene spermatiche e minima quota di idrocele in 4/6 casi. In tutti i casi è stata eseguita orchidopessia. Nella metà dei casi è stato possibile, la fissazione della gonade in posizione normale. Dopo un follow-up minimo di 6 mesi non è stata osservata recidiva della sintomatologia dolorosa in nessuno dei pazienti.

#### Discussione

L'inversione testicolare può essere imputabile all'assenza del legamento testicolare secondario ad un'anomalia congenita di sviluppo del *gubernaculum testis*, il quale è responsabile della fissazione della gonade alla radice della borsa scrotale. Inoltre, un'eccessiva elasticità del mesorchio potrebbe essere responsabile di un'aumentata mobilità testicolare e quindi, di inginocchiamento dei vasi senza arrivare ad un arresto completo del supporto vascolare. Questa condizione anatomica potrebbe predisporre ad episodi di orchialgia, dilatazione

venosa ed minima quota di idrocele come riscontrabili nei casi di subtorsioni testicolari.

#### **Conclusione**

Nella presente serie di pazienti l'inversione testicolare si è associata a orchialgia. La fissazione testicolare attraverso accesso scrotale è stata risolutiva a prescindere della posizione in cui è stata fissata la gonade.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### **P 55**

#### **Angiofibroma cellulato dello scroto**

G. Donatelli, R. Claudini, A. Et-Tamimi, G. Tucci, R. Montironi\*, M. Cordari

UOC Urologia Ospedale "A. Murri" Fermo; \*Istituto di Anatomia ed Istologia Patologica Università Politecnica delle Marche, Ancona

#### **Introduzione**

L'angiomiobroma cellulato è un raro tumore mesenchimale che coinvolge prevalentemente la regione pelvica, il perineo e la vulva nella donna e lo scroto e la regione perineale nell'uomo. Rientra nella classe dei tumori simil-angiomioblastoma

(*angiomyofibroblastoma-like tumors*) ed ha origine dal cordone spermatico. La lesione è considerata benigna.

#### **Caso clinico**

Paziente di sesso maschile di 60 anni con ipertrofia prostatica benigna e sintomatologia disurica irritativo-obstruttiva candidato ad intervento di resezione endoscopica di adenoma prostatico. All'esame clinico dei genitali si apprezza in posizione mediana inferiore dello scroto lesione nodulare circoscritta, di consistenza teso-elastica e non dolente alla palpazione. L'indagine ecografica evidenzia una ecostruttura disomogenea simile a quella didimaria pertanto si pone la diagnosi differenziale tra testicolo soprannumerario e neoformazione dello scroto. Il paziente viene sottoposto ad intervento chirurgico di exeresi della suddetta neoformazione. L'esame istologico definitivo ha deposto per un angiofibroma cellulato dello scroto delimitato da una pseudo-capsula fibrosa. Tale neoplasia mesenchimale risulta costituita da cellule fusate monomorfe separate da matrice mixoide e ricca di vasi. Alla periferia sono presenti gruppi di adipociti e mastociti. Non si osserva necrosi né polimorfismo nucleare. L'immunoistochimica ha dato positività per CD34 e negatività per recettori per gli estrogeni e progesterone, desmina e per actina muscolo liscio. Al follow-up il paziente è risultato asintomatico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

# Disturbi di identità di genere



## TOP COMMUNICATION

### TF 9

#### Variazioni neurofisiologiche pre- e post-intervento chirurgico di riassegnazione dei caratteri sessuali in soggetti MtoF: indagine pilota

L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, C.L.A. Negro, E. Galletto, S. Vighetti\*, L. Castelli\*, P. Perizzo\*\*, M. Molo\*\*, D. Fontana

Divisione Universitaria di Urologia 2, S.S.C.V.D. per l'Andrologia, Ospedale Maggiore "San Giovanni Battista - Molinette", Torino; \*Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, \*\*Centro Ricerche in Neuroscienza (Ce.R.Ne.), Fondazione "Carlo Molo", Torino

#### Introduzione

Il modo in cui soggetti di sesso maschile reagiscono agli stimoli emozionali dal punto di vista neurofisiologico è sostanzialmente diverso rispetto a soggetti di sesso femminile; ciò configura una "differenza di genere". A livello neurofisiologico, l'emozione può essere scomposta in parametri che la definiscono e la caratterizzano, quali la valenza affettiva (positiva o negativa) e il livello di arousal, (o reattività allo stimolo, bassa-alta). Il parametro più sensibile nei maschi, e quindi con maggiori variazioni di fronte a stimoli emotigeni, sembrerebbe l'arousal, mentre nelle femmine l'aspetto più significativo è la valenza.

#### Materiali e metodi

Sono state somministrate a 6 soggetti affetti da disturbo dell'Identità di Genere in senso *male to female* 32 diapositive (16 a contenuto emozionale positivo e 16 negativo), prese dallo IAPS (*International Affective Picture System*), prima e dopo l'intervento chirurgico di riassegnazione dei caratteri sessuali in senso andro-ginoide. Durante la presentazione random delle diapositive è stata registrata l'attività cerebrale evocata cognitiva (P300) di ciascun soggetto, secondo il Sistema Internazionale 10-20 e mediante la metodica Back-averaging. I confronti sono stati effettuati attraverso il test non parametrico di Wilcoxon.

#### Risultati

I dati evidenziano una variazione della P300 in fase post-operatoria in particolare alla presentazione delle diapositive a valenza negativa. È stato osservato un aumento dell'area rettificata della P300 registrata sotto gli elettrodi Fz, Cz e Pz in tutti i soggetti. Nessuna variazione significativa è emersa per quanto concerne la latenza e l'ampiezza dell'onda medesima (caratteristiche dipendenti dall'arousal). Per le diapositive neutre non è emersa alcuna differenza significativa tra il pre- e il post-.

#### Conclusioni

I dati preliminari evidenziano un incremento della potenza nelle variazioni neurofisiologiche cerebrali, suggerendo una maggior suscettibilità della latenza a contenuti emozionali forti, sia per quanto riguarda le diapositive a contenuto positivo che negativo nella fase post-chirurgica (Fz, Cz, Pz aumento significativo della P300,  $p < 0,03$ ). Ciò potrebbe essere correlato ad un possibile effetto neurofisiologico femminilizzante, conseguente all'intervento di riassegnazione dei caratteri sessuali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



## TOP COMMUNICATION

### TF 10

#### Impianto di protesi peniena falloplastica: nostra esperienza

D. Dente, G. Garaffa<sup>1</sup>, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa<sup>2</sup>, T. Paniccia<sup>3</sup>, A.N. Christopher<sup>4</sup>, D. Ralph<sup>4</sup>  
 Dipartimento di Urologia, Policlinico Umberto I, Roma; <sup>1</sup> Andrology Department, University College Hospital, London; <sup>2</sup> Dipartimento di Urologia, Ospedale "SS. Annunziata", Chieti; <sup>3</sup> Dipartimento Di Urologia, Università "G. D'Annunzio", Chieti; <sup>4</sup> Andrology Department, University College Hospital, London

#### Introduzione

L'obiettivo del nostro studio è quello di riportare i risultati dell'impianto di protesi peniena in pazienti con gender disphoria precedentemente sottoposti a falloplastica.

#### Materiali e metodi

Tra il 2000 e il 2010, 136 pazienti (pz). Di età compresa tra i 22 e i 59 anni (età media 38,5 anni) affetti da gender disphoria, con precedente falloplastica, sono stati sottoposti a posizionamento di protesi peniena. I tipi di falloplastiche (F.) eseguiti sono stati: F. con lembo radiale o lembo di Chang ( $n = 84$ ), F. addominale ( $n = 44$ ), combinazione delle due tecniche ( $n = 8$ ). Le protesi utilizzate sono state: AMS 700CX IMZ (55%), AMS 700CX IMZ preconnect (10%), AMS 70CX (29%), AMS ambicor (6%). Il reservoir e una protesi testicolare per creare lo spazio della pompa sono stati inseriti 3 mesi prima dell'intervento. In 106 pz è stato inserito un singolo cilindro mentre in 30 ne sono stati inseriti 2 a causa della maggiore circonferenza del fallo. Un graft vascolare impregnato di argento, posizionato alle due estremità dei singoli cilindri è stato utilizzato per diminuire il rischio di infezioni. La parte di graft posizionata all'estremità prossimale del cilindro è stata poi ancorata con dei punti all'osso pubico per immobilizzare il cilindro e ridurre così i rischi di erosione distale. Un questionario di soddisfazione è stato compilato da 60 pz.

#### Risultati

Non sono state rilevate delle complicanze intraoperatorie. Dopo un follow-up medio di 20 mesi (range 7-123), veniva riscontrato un positivo risultato chirurgico con le protesi posizionate correttamente e con i pz in grado di gestirle facilmente. Il rate di infezione è stato del 4,5%. In questi pz. È stato necessario rimuovere la protesi e reinserirne una nuova successivamente. 44 pz hanno avuto necessitato di revisione chirurgica: 22 per danno meccanico, 14 per malposizionamento dei componenti, 6 per infezione, 2 per erosione. In 2 casi è stata richiesta la rimozione della protesi da parte del pz.

I risultati del questionario hanno mostrato che 46 pz (77%), hanno un partner stabile e sono in grado di avere un rapporto sessuale completo. Tutti i pz sono in grado di usare facilmente la protesi senza nessun problema.

#### Conclusioni

L'inserzione di protesi peniena in falloplastica consente di dare sufficiente rigidità per avere un rapporto sessuale completo. Va però precisato che il pz deve essere messo a conoscenza della breve vita della protesi e quindi dell'alto rate di revisione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 6****Il Genito Sensory Analyzer nella valutazione della sensibilità del neofallo per cambiamento di sesso gino-androide**

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

*Dipartimento di Chirurgia Plastica, Sapienza Università di Roma***Introduzione**

Una delle problematiche nella chirurgia dei transessualismi è la sensibilità del neo fallo.

Noi, nel caso che descriveremo, abbiamo effettuato una anastomosi tra il nervo del flap usato per il neo fallo prelevato dalla porzione antero-laterale della coscia ed il nervo dorsale del clitoride.

**Materiali e metodi**

La tecnica usata per la creazione di un neo fallo è stata quella denominata ALT ovvero il prelievo di un flap nella porzione antero-laterale della coscia. Il flap viene tubularizzato e dopo aver impiantato delle protesi peniene soffici fissato a livello della sinfisi pubica. La particolarità di questo intervento è stata quella di effettuare un'anastomosi tra il nervo del flap ed il nervo dorsale del clitoride.

**Risultati**

I risultati sono stati ottimi dal punto di vista sia estetico che funzionale con il paziente che riferisce una buona sensibilità del neofallo. Abbiamo effettuato il *Quantitative Sensory Testing* (QST) test per valutare la sensibilità termica (caldo-freddo) e vibratoria.

**Conclusioni**

I risultati ottenuti che sono molto incoraggianti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 5****Conservazione della sensibilità neoclitorea nella chirurgia del transessualismo andro-ginoide: nostra esperienza**

F. Colombo, A. Franceschelli<sup>\*</sup>, C.N. Bizzarri<sup>\*</sup>, C.V. Pultrone<sup>\*</sup>, M. Soli<sup>\*\*\*</sup>, E. Brunocilla<sup>\*</sup>, G. Martorana<sup>\*</sup>  
*SSD Andrologia, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Policlinico "S. Orsola Malpighi";<sup>\*</sup> Clinica Urologica, "Alma Mater Studiorum", Università di Bologna; <sup>\*\*\*</sup>Casa di Cura "Toniole", Bologna*

**Scopo del lavoro**

La chirurgia di conversione andro-ginoide si propone obiettivi sia estetici sia funzionali: grandi e piccole labbra, mons veneris, profondità e larghezza della neovagina, sensibilità del neo-clitoride. Dal 2004, utilizziamo una modifica tecnica che prevede la preservazione della porzione dorsale di albuginea cavernosa adesa al fascio vascolo-nervoso (FVN). La modifica comporta un duplice vantaggio: garantisce una più efficace conservazione delle strutture neuro-vascolari (con maggiore e persistente sensibilità del neoclitorea) ed offre un miglior risultato estetico a livello del mons veneris. Presentiamo i risultati in termini di sensibilità neoclitorea, nelle prime 24 pazienti (pz) operate con la nuova metodica.

**Materiali e metodi**

Dal luglio 2003 ad oggi abbiamo operato 36 pz. Nei primi 12 casi abbiamo utilizzato la tecnica standard (FVN isolato completamente dall'albuginea). Nei successivi 24 casi il FVN è stato preservato solidale con lo strato di albuginea sottostante. prima valutazione nel corso di visita ambulatoriale a 3

mesi dall'intervento. Un successivo colloquio telefonico, a 12 mesi, ha indagato il grado di soddisfazione delle pz in termini di conservazione della sensibilità neoclitorea.

**Risultati**

Nel primo gruppo di pz, il trofismo del neoclitorea è stato sempre conservato: nel 50% dei casi, ad un anno dall'intervento, è stata riferita una sensibile riduzione di sensibilità del neoclitorea rispetto all'iniziale periodo post-operatorio. Tra le 24 pz operate con la nuova tecnica, dopo un periodo transitorio di iperestesia (osservato in tutti i casi) dopo 3 mesi il grado di sensibilità veniva definito ottimo in 22 pz (92%), mentre in 2 casi abbiamo verificato una sensibilità insufficiente. Nel corso dell'intervista al 12° mese, abbiamo potuto registrare la completa e stabilizzata conservazione della sensibilità del neoclitorea in 20 pz (83%). Tra le restanti 4, 2 avevano già lamentato una insufficiente sensibilità al 3° mese, mentre 2 hanno riferito un sensibile calo rispetto al precedente controllo.

**Conclusioni**

La preservazione del FVN è fondamentale per mantenere la sensibilità ed il trofismo del neoclitorea. L'utilizzo di una tecnica che preveda la conservazione della porzione di albuginea adesa al FVN consente, nella nostra esperienza, una più corretta conservazione delle delicate strutture neuro-vascolari e conseguentemente di migliorare la sensibilità neoclitorea.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 64****Complicanze dopo intervento di conversione andro-ginoide e loro prevenzione**

G. Liguori, S. Bucci, G. Olandini, B. De Concilio, R. Napoli, G. Mazzon, M. Petrovic, E. Belgrano, C. Trombetta

*Struttura Complessa di Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste*

**Introduzione**

Le complicanze della chirurgia dei transessualismi sono state descritte a più riprese. Riteniamo sia utile, ai fini di una migliore comprensione dell'argomento, dividerle in: a) complicanze intraoperatorie; b) complicanze dell'immediato periodo post-operatorio; c) complicanze a distanza. Altre ancora non possono essere considerate complicanze vere e proprie; abbiamo pertanto pensato di riunirle come "inestetismi".

**Materiali e metodi**

Le complicanze intraoperatorie più importanti sono la perforazione del retto nel corso dello scollamento prostato-rettale e la lesione del fascio nerveo-vascolare del neo-clitoride. Le complicanze nell'immediato decorso post-operatorio sono invece rare e sono rappresentate dal sanguinamento perimetale dell'uretra, l'estroffessione della cute peniena, la necrosi del cilindro cutaneo penieno o del lembo scrotale, la necrosi del neoclitorea, l'insorgere di un ascesso vaginale o di un'infezione della ferita. La complicanza tardiva più frequente è la stenosi della neovagina.

**Risultati**

È possibile prevenire questo problema consigliando a tutti i pazienti di utilizzare i tutori vaginali per un periodo di almeno 6 mesi dopo l'intervento. Al fine di evitare le stenosi introitali un altro accorgimento è quello di ampliare il cilindro cutaneo introflesso utilizzando un lembo di cute scrotale. Altre possibili complicanze a distanza sono la fistola retto-vaginale, la stenosi del neo-meato uretrale, l'incontinenza urinaria da stress di III tipo ed il prolasso di neovagina sigmoidea. Per quanto

riguarda gli inestetismi evenienze possibili sono l'aspetto scrotaliforme delle grandi labbra, la mancata chiusura della commessura labiale superiore, l'ipertrofia del neo-clitoride, la protrusione del moncone dei corpi cavernosi, la crescita di peli all'interno delle piccole labbra e della neovagina, l'eccessiva saldatura della commessura labiale inferiore, la crescita di peli all'interno del cappuccio clitorideo.

#### Conclusioni

Riportiamo le complicanze da noi riscontrate in 257 interventi di riconfigurazione dei caratteri sessuali (RCS) che vengono confrontate con quelle emerse dalla revisione della letteratura. Sulla base della nostra esperienza riteniamo che una gestione specialistica multidisciplinare e l'utilizzo di alcuni accorgimenti tecnici consentono di ridurre al minimo il rischio di complicanze post-operatorie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C 1

#### Utilizzo di patch di SIS nella ricostruzione della neovagina di pazienti affetti da disturbo dell'identità di genere in senso *male to female*

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

*Divisione Universitaria di Urologia 2, S.S.C.V.D. per l'Andrologia, C.I.D.I.Ge.M. (Centro Interdipartimentale per il Disturbo dell'Identità di Genere Molinette), Ospedale Maggiore "San Giovanni Battista - Molinette", Torino*

#### Introduzione

Una delle tecniche per la riconversione dei caratteri sessuali in pazienti con disturbo dell'identità di genere in senso *male to female* prevede la creazione della neovagina, le cui pareti vengono ricoperte con un lembo di cute scrotale ed un lembo di cute peniena (tecnica di Jones). Laddove le dimensioni del pene e dello scroto risultino ridotte può nascere un problema di ridotta lunghezza della neovagina, causa di insoddisfazione per la paziente.

#### Materiali e metodi

In 3 dei 40 casi di rassegnazione chirurgica del sesso in pazienti con DIG *male to female*, è stata evidenziata intraoperatoriamente una insufficiente lunghezza del lembo penieno per ricoprire la cavità neovaginale. Tale lembo non superava i 6 cm di lunghezza, a fronte della necessità di circa 12 cm. Si è pertanto deciso di sopperire alla mancanza di tessuto, allungando il lembo penieno con un innesto di sottomucosa di intestino di maiale (SIS). Il patch di SIS utilizzato aveva le dimensioni di 7 x 9,5 cm in 2 casi e di 7 x 7 cm nell'altro caso. Il cosiddetto "dito di guanto" così ottenuto è stato normalmente introflesso nella neovagina ed ancorato alla capsula della prostata.

#### Risultati

Dal punto di vista operatorio, tale procedura non ha implicato particolari problemi, salvo allungare il tempo operatorio complessivo di 10 minuti circa. In tutti e 3 i casi è stato posizionato il tutore endovaginale di 12 cm di lunghezza. La gestione post-operatoria non è stata differente dal solito (tutore endovaginale rimosso in V giornata post-operatoria e mantenuto in sede nelle ore notturne per 1 mese; quindi, dilatazioni quotidiane con tutori rigidi). Il follow-up attuale è di 8, 5 e 2 mesi rispettivamente. Al momento della stesura dell'abstract, 2 pazienti su 3 hanno mantenuto la lunghezza ottenuta con l'intervento, l'altra ha subito una piccola riduzione di 2 cm circa, che sta tentando di correggere con dilatazioni forzate.

#### Conclusioni

L'utilizzo della sottomucosa di intestino di maiale come surrogato cutaneo per ricoprire la neovagina di pazienti DIG MtoF è un'opzione da considerare laddove la cute sia insufficiente a garantire un'adeguata profondità. È indispensabile che le pazienti prestino ancora più attenzione al programma di dilatazione che viene loro insegnato, in modo da prevenire la retrazione del patch di SIS durante il periodo di riepitellizzazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C 2

#### Utilizzo di patch di SIS per la risoluzione di stenosi dell'introito neovaginale in pazienti già sottoposte a riconversione dei caratteri sessuali in senso *male to female*

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

*Divisione Universitaria di Urologia 2, S.S.C.V.D. per l'Andrologia, C.I.D.I.Ge.M. (Centro Interdipartimentale per il Disturbo dell'Identità di Genere Molinette), Ospedale Maggiore "San Giovanni Battista - Molinette", Torino*

#### Introduzione

La stenosi della neovagina, specialmente dell'introito neovaginale, è una delle più comuni complicanze della chirurgia di riattribuzione chirurgica dei caratteri sessuali in pazienti con disturbo dell'identità di genere (DIG) in senso *male to female* (MtoF). Ciò è causa di notevole insoddisfazione da parte delle pazienti, in quanto inficia la possibilità di un'attività sessuale di tipo penetrativo.

#### Materiali e metodi

In 4 dei 40 casi da noi sottoposti a rassegnazione chirurgica del sesso in pazienti con DIG MtoF, è comparsa a distanza dall'intervento una stenosi dell'introito vaginale, che ne riduce il calibro e rende quindi difficile la penetrazione da parte del partner. Anziché incidere semplicemente la stenosi con bisturi ed attendere la guarigione per seconda intenzione, si è deciso di incidere la stenosi per una lunghezza di 5 cm circa e di ricoprire la perdita di sostanza con un patch di SIS adeguatamente conformato e fissato alla cute con fili di Vycril 3/0.

#### Risultati

L'intervento è stato condotto in anestesia spinale. Il tempo operatorio medio è stato di 20 minuti. Il follow-up medio è di 4 mesi. Con questa procedura è stato possibile ottenere un aumento circonferenziale di circa 2 cm dell'introito vaginale. Al termine dell'intervento è stato posizionato un tutore endovaginale, per permettere al patch un migliore attecchimento. Il tutore è stato poi rimosso in V giornata post-operatoria. La neovagina è stata quindi medicata con lavaggi con betadine e perossido di idrogeno. Non segnaliamo complicanze nella procedura.

Le pazienti sono state istruite a riprendere le dilatazioni con i dilatatori rigidi, prestando attenzione alla lubrificazione della neovagina.

#### Conclusioni

L'utilizzo della sottomucosa di intestino di maiale è un'opzione da considerare nei casi di stenosi dell'introito neovaginale, laddove la semplice incisione potrebbe rideterminare una cicatrizzazione ipertrofica o retraente, tale da riconfigurare la stenosi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 67****Conversione androginoica: inversione di scalpo o flap bipeduncolato? Tecniche a confronto e trattamento di alcune complicanze morfofunzionali**

E. Austoni<sup>1</sup>, G. Pini<sup>2</sup>, G. Galizia<sup>3</sup>, G. Ghedini<sup>4</sup>, G. Nanni<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Chair of Urology, University of Milan, Italy; <sup>2</sup>GVM Mangioni Hospital Lecco, GVM Salus Hospital Reggio Emilia, GVM Villalba Hospital Bologna, <sup>3</sup>School of Urology, University of Modena and Reggio Emilia, Italy

**Introduzione e obiettivi**

Riportiamo vantaggi/svantaggi delle vulvovaginoplastiche con inversione di scalpo e quelle con lembo bipeduncolato penoscrotale nella trasformazione di genere androginoica, descrivendo correzioni plastiche adottate in caso di risultato estetico morfo-funzionale non soddisfacente.

**Materiali e metodi**

Nel 2008-2009, 23 pazienti (pz) sottoposte a tecnica di lembo bipeduncolato penoscrotale hanno lamentato effetto dimorfico della neovulva (assenza di V pubico e perineale) associata a dispareunia per ostruzione ostiale bulbare. Le correzioni effettuate sono state: 1) spongiosectomia dell'uretra bulbare, 2) resezione infrapubica cutanea con creazione di lembi di avvicinamento ad "ali di farfalla" con restringimento l'ostio vulvare superiore. Nello stesso periodo temporale sono state trattate con episiotomia inferiore 12 pz con tecnica di inversione di scalpo. Vari gradi di stenosi del meato uretrale sono state riscontrate in 13 pz trattate con meatotomia ambulatoriale.

**Risultati**

In tutte le 23 pz operate con tecnica combinata (spongiosectomia + resezione a lembi infrapubici) i risultati sono stati soddisfacenti sia estetici che funzionali. La ripresa di attività coitale è risultata agevole. Nessuna complicanza uretrale. Una pz ha richiesto maggiore correzione della "V" perineale.

La episiotomia inferiore praticata nelle 12 pz sottoposte è risultata agevole e praticabile in anestesia locale (regime di DH) con ottimo risultato morfofunzionale. Le meatotomie non hanno dato complicanze.

**Conclusioni**

Le trasformazioni di genere androginoico mirano ad un duplice risultato finale: estetico e funzionale coitale. La tecnica del lembo bipeduncolato penoscrotale presenta il vantaggio dell'abbondanza del tessuto apportato nella neovagina rispetto alla tecnica più semplice della inversione cutanea peniena che richiede la presenza di un pene normotrofico, non circonciso. Tuttavia la prima presenta maggior rischi di inestetismi che non devono essere sottovalutate e che le pz enfatizzano. In alcuni casi inoltre si riscontra anche dispareunia severa per ostruzione vaginale da parte del bulbo spongioso uretrale, che se lasciato integro, in fase di eccitazione impedisce l'introito. Vogliamo sottolineare da un lato l'importanza della riduzione spongiosa bulbare in fase ricostruttiva preservando tuttavia la vascolarizzazione uretrale distale per evitare le stenosi meatali e dall'altra la semplicità delle tecniche adottata negli esiti di disformismo vulvare.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 3****Falloplastica con lembo libero radiale: nostra esperienza**

D. Dente, G. Garaffa<sup>1</sup>, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa<sup>2</sup>, T. Paniccia<sup>3</sup>, A.N. Christopher<sup>4</sup>, D. Ralph<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia, Policlinico Umberto I, Roma; <sup>2</sup>Andrology Department, University College Hospital, London; <sup>3</sup>Dipartimento di Urologia, Ospedale "SS. Annunziata", Chieti; <sup>4</sup>Dipartimento Di Urologia, Università "G. D'Annunzio", Chieti; <sup>4</sup>Andrology Department, University College Hospital, London

**Introduzione**

L'obiettivo del lavoro è quello di portare la nostra esperienza chirurgica di 108 pazienti (pz) sottoposti a falloplastica con lembo libero radiale.

**Materiali e metodi**

L'età media era di 35 anni (22-54). Le indicazioni all'intervento sono state: micropene (n = 8), gender dysphoria donna-uomo (n = 88), amputazione del pene (trauma n = 5, tumore n = 7). La procedura consisteva nella costruzione di un neofallo e neouretra con un lembo libero preso dall'avambraccio non dominante. Sono stati valutati complicazioni, risultato estetico, e soddisfazione del paziente,

**Risultati**

Dopo un follow-up medio di 23 mesi (1-69), il 98% dei pz erano soddisfatti della misura del neofallo e del risultato estetico. Il 73% riferivano di avere sensibilità del fallo. 79 degli 82 pz che hanno avuto l'anastomosi chirurgica tra l'uretra nativa e la neouretra sono capaci urinare in piedi. Fistole e stenosi della neouretra sono state corrette rispettivamente nel 23 e nel 21%. In 2 casi si è avuta trombosi arteriosa, corretta chirurgicamente con successo. In 2 casi si è dovuto procedere a rimozione del neofallo per necrosi dovuta a trombosi venosa. Nei casi in cui piccole aree del fallo avevano perso l'afflusso sanguigno sono state trattate in maniera conservativa sebbene in 5 casi è stato necessario ricorrere al successivo posizionamento di skingraft a causa della cute retratta.

Un paziente ha sviluppato la contrattura di Volkman alla mano. Rispettivamente 3 e 4 pz presentavano persistente gonfiore e mancanza di sensazione.

**Conclusioni**

La falloplastica con lembo libero radiale produce eccellenti risultati sotto il profilo estetico e funzionale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 4****Ricostruzione uretrale con lembo libero radiale: nostra esperienza**

D. Dente, G. Garaffa<sup>1</sup>, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa<sup>2</sup>, T. Paniccia<sup>3</sup>, A.N. Christopher<sup>4</sup>, D. Ralph<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia, Policlinico Umberto I, Roma; <sup>2</sup>Andrology Department, University College Hospital, London; <sup>3</sup>Dipartimento di Urologia, Ospedale "SS. Annunziata", Chieti; <sup>4</sup>Dipartimento Di Urologia, Università "G. D'Annunzio", Chieti; <sup>4</sup>Andrology Department, University College Hospital, London

**Introduzione**

Lo scopo del lavoro è quello di presentare i risultati a lungo termine dell'intervento di ricostruzione uretrale usando il lembo libero radiale (RAFFF-uretroplastica).

**Materiali e metodi**

Tra il 2004 e il 2009, 24 pazienti (pz) affetti da uomo-donna gender dysphoria e 1 con micropene sono stati sottoposti a ricostruzione uretrale con lembo libero radiale. Tutti i pz erano

stati in precedenza sottoposti a pubic phalloplasty, 2 avevano avuto infruttuosi precedenti tentativi di ricostruzione uretrale con un flap labiale.

La neouretra è stata ottenuta prendendo un lembo libero dall'avambraccio non dominante e tubularizzato attorno ad un catetere da 16 ch. Le anastomosi arteriose e venose sono state eseguite rispettivamente tra arteria radiale ed epigastrica, tra vena cefalica e safena, e tra il nervo antibrachiale e il nervo ilroinguinale. L'avambraccio è stata poi ricoperto con un graft cutaneo preso dalle natiche. In tutti i pz l'anastomosi tra l'uretra nativa e la neouretra è stata eseguita poi in secondo tempo, in un solo caso è stata eseguita contestualmente all'intervento ricostruttivo primario.

#### **Risultati**

Dopo un follow-up medio di 12,4 mesi (2-32), 2 pz (8%) hanno perso la neouretra per trombosi arteriosa (n = 1) e per trombosi venosa (n = 1).

Fistole e stenosi sono riportate rispettivamente in 2 e 1 pz e hanno necessitato di correzione chirurgica.

Nessuna complicazione a carico dell'avambraccio.

Tutti i pz hanno già avuto l'anastomosi della neouretra con l'uretra nativa e sono capaci di urinare in piedi e sono soddisfatti del risultato funzionale e cosmetico.

#### **Conclusioni**

La RAFFF-uretroplastica è una tecnica affidabile, che garantisce eccellenti risultati in termini funzionali e di estetici, nonché una ottima soddisfazione del pz.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

# Eiaculazione precoce

## P 41

### Sensibilità peniena termica e vibratoria nei pazienti affetti da eiaculazione precoce

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

Dipartimento di Chirurgia Plastica, Sapienza Università di Roma

#### Introduzione

Una delle principali cause di eiaculazione precoce è la ipersensibilità peniena. Abbiamo analizzato la sensibilità peniena vibratoria e termica in pazienti con eiaculazione precoce, per determinare i valori e relative deviazioni standard.

#### Materiali e metodi

Abbiamo effettuato il Genito Sensory Analyzer a 110 pazienti affetti da eiaculazione precoce, valutando la sensibilità vibratoria e termica del glande, della zona frenulare e delle parti laterali dell'asta peniena.

#### Risultati

La media della sensibilità al caldo del frenulo è risultata 41°C per il freddo 35,8°C, a livello del glande 23,23°C per il caldo e 23,17°C per il freddo.

#### Conclusioni

I pazienti affetti da eiaculazione precoce hanno un ipersensibilità peniena. I valori soglia della sensibilità termica e vibratoria peniena sono facilmente ottenibili e ripetibili con il Genito Sensory Analyzer e possono essere utilizzati come valido strumento diagnostico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 42

### Risultati del test di vibrostimolazione peniena eseguito in soggetti con EP primitiva sotto effetto di dapoxetina 60 mg

A. Curreli, A. Pischedda, F. Pirozzi Farina

UO Urologia Andrologica Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari

#### Introduzione

In Letteratura Vanden Broucke (2007) riporta che nei soggetti non eiaculatori precoci è presente una correlazione tra tempo di latenza eiaculatoria intravaginale (TLEI) e il tempo di latenza eiaculatoria con ferticare (TLEF) determinato in laboratorio. Nei pazienti con EP la risposta al trattamento farmacologico si basa sull'incremento del TLEI e della capacità di gestione dell'eiaculazione, oltre che sul livello di soddisfazione del paziente. A tutt'oggi nella valutazione del trattamento dell'EP non esiste uno strumento predittivo del miglioramento del TLEI che ci si potrebbe attendere dalla terapia farmacologica e, in questo, potrebbe essere utile la valutazione del TLEF.

#### Obiettivi

Valutare il TLEF nei pazienti con eiaculazione precoce primitiva in baseline e dopo 120 minuti dalla somministrazione di dapoxetina 60 mg.

#### Materiali e metodi

Da settembre 2009 al aprile 2010 abbiamo reclutato, consecutivamente, 15 soggetti (età 26,1 ± 5,3) con EP primitiva (BRJ Int 2008). Criteri di inclusione: pazienti con EP primitiva, sessualmente attivi, non affetti da DE. Tutti i pazienti hanno firmato il consenso informato. Il TLEF è stato determinato

mediante ferticare (frequenza 80 Hz, ampiezza 1,5 mm) in basale ed in cross-over tra dapoxetina e placebo. I tre test erano distanziati di una settimana. TX0 in basale, TX1 dopo due ore dall'assunzione di placebo, TX2 dopo due ore dall'assunzione di dapoxetina 60 mg. I 15 pazienti sono stati distribuiti in due gruppi: Gruppo A (8 pazienti) hanno eseguito il test secondo la sequenza TX0-TX1-TX2; il Gruppo B (7 pazienti) hanno eseguito il test secondo la sequenza TX0-TX2-TX1. L'analisi statistica è stata condotta mediante SPSS.

#### Risultati

Hanno completato lo studio tutti i 15 pazienti. Vengono riportati i tempi medi ± DS. Gruppo A TX0 1,21 ± 4; TX1 1,83 ± 4; TX2 3,16 ± 4 Gruppo B TX0 1,09 ± 5; TX1 1,78 ± 7; TX2 2,95 ± 9.

#### Discussione

Considerando i tempi medi di TX0 con TX1 vs. TX2 dei due gruppi si riscontra che nel gruppo trattato con dapoxetina l'incremento medio di TLEF era di 1:52 vs. 62 sec del placebo ( $p < 0,01$ ).

#### Conclusioni

Questi risultati suggeriscono che, con la somministrazione di un'unica dose di dapoxetina l'incremento del TLEF si colloca tra 1:43 min e 2:07 min e offrono uno spunto di riflessione sulle potenzialità dell'uso del vibromassaggio penieno nell'ambito della ricerca clinica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 44

### Eiaculazione precoce: il sintomo sessuale della depressione

A.F. De Rose, R. Longo, G.M. Badano, M. Ennas

Clinica Urologica, Genova

#### Scopo del lavoro

Sebbene alcuni autori attribuiscono un ruolo importante alla neurotrasmissione alfa-adrenergica nel mediare la funzione eiaculatoria, altri hanno evidenziato che l'aumentata attivazione serotoninergica possa essere associata all'inibizione dell'orgasmo. Scopo del lavoro è stato quello di valutare l'efficacia della paroxetina, considerando che spesso questi soggetti presentano note di depressione.

#### Materiali e metodi

Nel corso del 2009 sono giunti alla nostra osservazione 53 soggetti, per eiaculazione precoce primaria. L'età dei pazienti era compresa tra 38 e 56 anni, 32 avevano una relazione stabile e tutti erano esenti da patologie infiammatorie dei genitali interni ed esterni. I pazienti sono stati sottoposti a Scala di Autovalutazione (S.C.L.90) prima dell'arruolamento e successivamente randomizzati in 4 gruppi di 11. Il primo gruppo è stato trattato con placebo, il secondo con 10 gocce di paroxetina una volta al dì, il terzo con paroxetina 10 gocce due volte al dì e il quarto 20 gocce di paroxetina due ore prima del rapporto. Il trattamento è durato otto settimane.

#### Risultati

I risultati della Scala di Autovalutazione ha evidenziato in 44 pazienti S.C.L. 16 e 13 e quindi con depressione e ansia, altri 9 pazienti con S.C.L. 3 presentavano disturbi del sonno e quindi esclusi dallo studio.

Nel gruppo trattato con paroxetina 10 gocce due volte al giorno, è stato osservato il più alto numero di successi: 8 sog-

getti (72,7%) hanno riferito piena soddisfazione, con aumento significativo del tempo di latenza eiaculatorio ed acquisizione di una soddisfacente capacità di controllo del riflesso orgasmico. Altri successi sono stati riscontati in 3 soggetti (27,2%) trattati con XX gocce di paroxetina al bisogno e 3 con paroxetina 10 gocce (27,2%). Analogo risultato è stato osservato in 1 paziente del gruppo placebo.

#### **Effetti collaterali**

3 pazienti trattati con paroxetina XX gocce hanno lamentato nausea e irrequietezza, 2 paziente del primo gruppo e due del secondo gruppo modesta epigastralgia. Due soggetti di questo ultimo gruppo hanno abbandonato lo studio.

#### **Discussione**

La paroxetina, somministrata due volte al dì, alla dose di 10 gocce, ha assicurato un risultato positivo nel 72,7% dei casi. Per questo pensiamo che possa avere un ruolo importante nel combattere l'eiaculazione precoce. Questi soggetti, nella nostra esperienza, presentavano depressione e il disturbo sessuale potrebbe rappresentare un sintomo minore della depressione stessa.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## **P 46**

### **Il ruolo del frenulo breve e gli effetti della frenulotomia sulla eiaculazione precoce**

L. Gallo, A. Gallo\*, S. Perdonà\*, S. Pecoraro\*\*

*Divisione di Andrologia "Studio Urologico Gallo" Napoli; \*Divisione di Urologia "Fondazione Pascale" Napoli; \*\*Alta specialità Nefro-Uro-Andrologica "Clinica Malzoni" Avellino*

#### **Obiettivi**

Scopi del presente studio sono: 1) valutare la prevalenza del frenulo breve in una popolazione di pazienti affetti da eiaculazione precoce (EP) primitiva; 2) studiare, in questo tipo di pazienti, il ruolo della frenulotomia come trattamento di prima linea per la EP.

#### **Metodi**

Abbiamo eseguito una frenulotomia nei pazienti sofferenti di EP in cui abbiamo riscontrato all'esame clinico la presenza di un frenulo breve. Abbiamo posto la diagnosi di frenulo breve in ogni caso in cui, applicando una pressione gentile, la lunghezza del frenulo impediva lo scorrimento del prepuzio

causando alla sua completa retrazione una curvatura ventrale di almeno 20°. La frenulotomia è stata eseguita secondo una variante tecnica consistente nella diatermocoagulazione del nervo frenulare. Abbiamo valutato il tempo di latenza di eiaculazione intravaginale (TLEI) e il punteggio di un ben noto questionario di cinque domande, validato, specifico per la EP, prima e dopo la frenulotomia.

#### **Risultati**

Da gennaio a dicembre 2008 abbiamo riscontrato la presenza di un frenulo breve in 59 su 137 (43%) soggetti afferenti al nostro centro per un problema di EP primitiva. L'età media della nostra casistica di pazienti è stata di 38,2 anni ( $\pm 5,3$  SD). Alla valutazione iniziale la media dei TLEI era di 1,65 minuti ( $\pm 1,15$  SD) e la media dei punteggi risultanti dal questionario per la EP era di 9,85 ( $\pm 3,2$  SD). Dopo l'esecuzione della frenulotomia abbiamo assistito ad un allungamento del valore medio del TLEI di 2,46 minuti ( $p < 0,0001$ ) e ad una riduzione della media dei punteggi del questionario per la EP di 5,95 punti ( $p < 0,0001$ ).

#### **Discussione**

L'ipersensibilità del glande è oggi riconosciuta come uno dei fattori organici principali nel determinismo della EP. Un soggetto affetto da frenulo breve presenta EP sostanzialmente per due motivi. Prima di tutto perché questa anomalia del glande causa un fastidioso senso di trazione durante il rapporto che induce il paziente ad eiaculare prima. Secondo, perché, insieme alla corona, è l'area più sensibile del pene: la zona del frenulo è riccamente provvista di terminazioni nervose direttamente esposte alla stimolazione meccanica durante il coito. Nel nostro studio, dopo un intervento di frenulotomia, consistente nella completa rimozione del frenulo a cui abbiamo aggiunto una dia termocoagulazione selettiva del nervo frenulare, abbiamo assistito ad un miglioramento della sintomatologia sia in termini di allungamento del TLEI che di riduzione del punteggio derivante dal questionario per la EP.

#### **Conclusioni**

Nella nostra casistica, abbiamo riscontrato la presenza di un frenulo breve nel 43% degli individui affetti da EP primitiva. In base ai nostri risultati suggeriamo sempre di escludere la presenza di un frenulo breve in tutti i pazienti sofferenti di EP e di proporre in questi casi la frenulotomia come trattamento di prima istanza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

# Infertilità



## TOP COMMUNICATION

### TF 4

#### Posticipazione di ricerca di paternità: studio osservazionale in coppie europee caucasiche infertili per fattore maschile

A. Salonia, A. Saccà, R. Matloob, L. Rocchini, A. Gallina, M. Ferrari, F. Castiglione, G. Gandaglia, A. Russo, P. Rigatti, F. Montorsi

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

#### Obiettivi

Nel corso degli ultimi decenni nei paesi occidentali si è osservato un progressivo ritardato/posticipato desiderio di paternità. Scopo di questa analisi retrospettiva è stato oggettivare il ritardo di ricerca di paternità in una popolazione di coppie europee caucasiche infertili per puro fattore maschile (MFI) nel corso di una breve finestra temporale.

#### metodi

Abbiamo valutato una coorte di 1283 pazienti con MFI consecutivi giunti per visita andrologica presso un unico centro in un periodo di 7 anni (2003-2009). Tutti i pazienti sono stati valutati tramite una dettagliata anamnesi medica e demografica: età alla diagnosi, livello educativo [elementari e medie inferiori = basso livello educativo (LL); medie superiori ed università = alto livello educativo (HL)] e numero di mesi di infertilità. Abbiamo inoltre raccolto dati relativi all'età della partner. Le comorbidità di ciascun paziente sono state valutate utilizzando il *Charlson Comorbidity Index* (CCI), categorizzato in 0, 1,  $\geq 2$ . Abbiamo quindi verificato la posticipazione di richiesta di paternità durante una finestra temporale di 7 anni mediante l'analisi delle varianze ANOVA. Una analisi multivariata di regressione lineare ha permesso di valutare l'associazione tra fattori predittivi (età del partner, durata della infertilità alla prima visita, livello educativo e CCI) ed età del paziente alla prima visita.

#### Risultati

Dati demografici complessivi: mediana delle età dei pazienti: 36 anni (range: 18-73); mediana delle età delle partner: 34 anni (range: 17-48). La mediana della durata della infertilità alla prima visita ambulatoriale era di 24 mesi (range: 12-244). La categorizzazione del CCI ha dimostrato uno score 0 in 1183 (92,2%), 1 in 69 (5,4%), e  $\geq 2$  in 31 (2,4%). Livello educativo: LL in 310 (24,2%); HL in 973 (75,8%) pazienti. Ad un'analisi univariata, l'età dei pazienti alla prima visita (F-ratio: 2,43;  $p = 0,024$ ) e il loro livello educativo ( $\chi^2$  trend: 142,38;  $p < 0,001$ ) risultavano significativamente aumentati nel lasso di tempo analizzato. Al contrario, i valori di durata della infertilità alla prima visita (F-ratio: 1,287;  $p = 0,26$ ), CCI ( $\chi^2$  trend: 13,624;  $p = 0,33$ ), ed età della partner (F-ratio: 0,833;  $p = 0,54$ ) non sono cambiati in modo significativo durante il periodo di osservazione. L'analisi di regressione lineare ha dimostrato che sebbene il CCI (Beta = 0,04;  $p = 0,35$ ), il livello educativo (Beta = -0,020;  $p = 0,64$ ), e l'anno della prima visita (Beta = 0,017;  $p = 0,68$ ) non fossero significativamente correlati con l'età dei pazienti alla prima visita, l'età della partner (Beta = 0,170;  $p < 0,001$ ) e la durata della infertilità (Beta = 0,123;  $p = 0,004$ ) fossero fattori predittivi indipendenti di paternità ritardata.

#### Conclusioni

Questi risultati dimostrano come nell'arco dei soli ultimi 7 anni consecutivi esista una significativa posticipazione della ricerca di paternità in coppie caucasiche europee infertili per MFI, con potenziali evidenti ripercussioni demografiche e di salute generale dell'individuo e della progenie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C 38

#### Azoospermia secretoria: possibile ruolo delle varianti del recettore degli androgeni

L. Rolle, C. Arduino, M. Timpano, C. Ceruti, O. Sedigh, C.L.A. Negro, E. Galletto, D. Fontana, G. Scaravelli

Divisione Universitaria di Urologia 2, SSCVD per l'Andrologia, Ospedale Maggiore "San Giovanni Battista Molinette", Torino; Divisione Universitaria di Genetica Medica, Ospedale Maggiore "San Giovanni Battista Molinette", Torino; Istituto Superiore di Sanità, Roma

#### Introduzione

Il recettore degli androgeni (AR) è fondamentale per lo sviluppo del fenotipo maschile, per il suo mantenimento e per la spermatogenesi. Le alterazioni nel gene dell'AR causano la sindrome da insensibilità agli androgeni: in funzione del tipo e dell'entità di tali alterazioni il quadro clinico potrà essere più o meno compromesso. In particolare, la minima insensibilità agli androgeni causa infertilità come primo o addirittura unico sintomo.

Scopo del lavoro è di valutare il possibile ruolo delle varianti del gene del AR nell'azoospermia secretoria.

#### Materiali e metodi

Sono stati considerati 27 pazienti affetti da azoospermia secretoria. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a prelievo di spermatozoi direttamente dal parenchima testicolare (TeSE), a un prelievo di sangue periferico per l'analisi genetica e alle indagini di routine dell'infertilità (esami ormonali, istologia e processing della biopsia testicolare). Ai fini dell'analisi statistica i pazienti, in base all'esame istologico, sono stati suddivisi in due gruppi: un gruppo A con un quadro istologico di sindrome a sole cellule sertoli (SCOS) ed arresto maturativo precoce ed un gruppo B con un quadro istologico di focale spermatogenesi conservata. Sono state quindi analizzate le seguenti correlazioni: le varianti del AR in rapporto al quadro istologico e all'assetto ormonale; le varianti del AR in rapporto alla probabilità di recupero di spermatozoi dopo TeSE.

#### Risultati

La correlazione dei dati genetici con i dati istologici e ormonali, ha mostrato che i pazienti con quadro istologico di SCOS e arresto maturativo (gruppo A), se presentavano il polimorfismo 995A, avevano una significativa diminuzione di iniezione di testosterone e un significativo aumento di iniezione di LH; il confronto dei dati genetici e il retrieval rate, non ha evidenziato correlazione.

#### Discussione

In base ai nostri risultati possiamo affermare che esiste una correlazione statisticamente significativa tra il polimorfismo 995A e la presenza di un quadro endocrino maggiormente alterato nei pazienti con istologia più grave (SCOS e arresto maturativo). I nostri dati non evidenziano una correlazione tra i polimorfismi 995A e 995G del gene AR e il retrieval rate di

spermatozoi dopo biopsia testicolare, e non è quindi ipotizzabile utilizzare tali polimorfismi come "marker" di probabilità di recupero di spermatozoi dopo TeSE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 27

### **Variabilità nella prevalenza di microdelezioni del cromosoma Y nelle azoospermie non ostruttive: revisione dei dati della letteratura e confronto con la nostra casistica**

S. Tabano, M. Castiglioni \*, L. Vaccalluzzo \*, P. Sulpizio \*\*, M. Miozzo, G.M. Colpi \*

*Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Laboratorio di Genetica medica, Università di Milano; \* UOC Urologia II, Andrologia e Riproduzione Assistita, \*\* US Ginecologia riproduttiva, AO San Paolo, Polo Universitario, Milano*

#### **Introduzione**

Le microdelezioni del braccio lungo del cromosoma Y (Yq) si riscontrano in soggetti azoospermici o con oligospermia severa e sono responsabili di difetti della spermatogenesi. Dimensione e posizione della microdelezione influenzano le caratteristiche cliniche, l'istologia testicolare e la possibilità di recupero degli spermatozoi alla biopsia testicolare. Il 60% delle microdelezioni coinvolge la regione AZFc ed è associata a oligospermia severa (1/3 dei casi) e recupero degli spermatozoi attraverso TESE in più della metà dei casi. Delezioni più estese e che coinvolgono le regioni AZFa e/o AZFb, oppure AFZb+c, sono associate ad una ridotta possibilità di recupero chirurgico di spermatozoi.

#### **Scopo**

Le frequenze di microdelezione Yq riscontrate nella nostra casistica sono state confrontate con quelle della letteratura, allo scopo di ridefinire la prevalenza delle microdelezioni Yq e di interpretare le discrepanze nei risultati di studi diversi.

#### **Materiali e metodi**

La nostra casistica comprende 166 soggetti con azoospermia non ostruttiva (NOA) idiopatica, cariotipo normale e testosterone nella norma. Per la ricerca delle microdelezioni dell'Y è stato impiegato un Kit diagnostico commerciale conforme alla direttiva EU 98/79/EC.

#### **Risultati**

In letteratura, il range di frequenza di microdelezioni nei casi NOA è alquanto variabile, compreso tra il 2,8% e il 15%, con una media del 9,2%. Nella nostra casistica 5/166 DNA analizzati sono risultati deleti: i nostri dati si collocano nella parte inferiore del range di frequenza delle microdelezioni Yq (3,01%). L'eterogeneità tra i dati riportati in letteratura e rispetto al nostro valore di prevalenza possono essere attribuite a: 1) differenze nella composizione etnica, 2) numerosità variabile, 3) criteri di inclusione non omogenei delle popolazioni analizzate, 4) utilizzo di test genetici diversi, 5) diverso numero delle regioni cromosomiche indagate.

#### **Conclusioni**

Le microdelezioni del cromosoma Y sono un evento poco frequente: altri fattori genetici o ambientali possono avere un ruolo nell'eziologia della NOA.

È necessaria una riflessione per comprendere se l'utilizzo attuale dei test di screening delle microdelezioni del cromosoma Y, che viene proposto a tutti i pazienti infertili con meno di 5.000.000 di spermatozoi/ml, sia appropriato, non solo in considerazione dell'aspetto economico, ma anche dell'impatto psicologico sull'individuo affetto.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 25

### **L'espressione del gene ESX1 è un marcatore di spermatogenesi residua in pazienti azoospermici**

S. Tabano, M. Castiglioni \*, G. Gazzano \*\*, P. Colapietro, E. Bonaparte, M. Miozzo, S. Sirchia, A. Gallina \*\*\*, G. Contalbi \*, F. Nerva \*, G.M. Colpi \*\*, G. Scaravelli \*\*\*\*

*Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria Università di Milano, Genetica Medica, Polo Universitario S. Paolo; \* UOC di Urologia II, Andrologia e Riproduzione Assistita, \*\* UO di Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliera San Paolo, Polo Universitario Milano, \*\*\* Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Università di Milano, Biologia applicata, Polo Universitario S. Paolo; \*\*\*\* Istituto Superiore di Sanità, Roma*

#### **Introduzione**

L'individuazione di marcatori molecolari di spermatogenesi residua in individui con azoospermia non-ostruttiva (NOA) costituisce un valore aggiunto per una più precisa definizione della probabilità "a priori" di recupero di spermatozoi in seguito a TESE o MicroTESE sul singolo paziente. Lo scopo della ricerca è verificare se il gene ESX1 rappresenti un marcatore di spermatogenesi. ESX1 è localizzato sul cromosoma X, espresso nel testicolo solo nelle cellule germinali. Dati nel topo indicano espressione nelle cellule in pre-leptotene e negli spermatozoi.

#### **Popolazione e metodi**

Sono state studiate biopsie testicolari di 48 pazienti NOA e 33 con azoospermia ostruttiva (OA) sottoposti a TESE o MicroTESE. Dalle biopsie testicolari è stata eseguita l'analisi molecolare del gene ESX1 al fine di: 1) valutare i livelli di espressione dell'RNA messaggero ESX1 (estrazione di mRNA e RT-PCR); 2) escludere la presenza di mutazioni del gene (sequenziamento automatico); 3) valutare lo stato epigenetico del promotore di ESX1 (Pyrosequencing). I risultati delle indagini molecolari sono stati confrontati con quelli dell'analisi istologica di un frammento adiacente eseguita in concomitanza all'intervento e con il recupero di spermatozoi in sede operatoria.

#### **Risultati**

L'mRNA di ESX1 era presente in: 33/33 OA, 18/18 NOA con istologia di ipospermatogenesi, 2/2 di NOA con arresto maturativo incompleto, 4/6 NOA con arresto maturativo completo, 5/6 NOA con Sindrome a sole cellule di Sertoli (SCOS) incompleta e 3/16 NOA con SCOS completa. Nessun caso mostrava mutazioni del gene; i livelli di metilazione del promotore correlano con espressione genica presente. L'espressione del gene e il recupero degli spermatozoi mostravano dati concordanti nel 74% dei soggetti sottoposti a TESE e solo nel 27% di quelli sottoposti a microTESE: la MicroTESE infatti recupera microcampioni di polpa testicolare da aree diverse, rispetto al frammento usato per le indagini su ESX1, adiacente al frammento bioptico usato per l'esame istologico.

#### **Conclusioni**

ESX1 è un marcatore attendibile di spermatogenesi residua, con valore predittivo favorevole di recupero di spermatozoi in pazienti NOA. Studi ulteriori sono in corso per la sua determinazione preventiva con metodica non-invasiva (da liquido seminale "in toto") o mini-invasiva (ago aspirato multiplo) al fine di pre-selezionare i soggetti NOA con maggior probabilità di recupero positivo da sottoporre a TESE

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 44****Ruolo dell'attività antiossidante non enzimatica nella protezione del genoma nemaspermico**

L. Coppola<sup>1,2,3</sup>, D.D. Montagna<sup>1</sup>, S. Pinto Provenzano<sup>1</sup>, G.A. Coppola<sup>1,2</sup>, I. Ortensi<sup>2</sup>, V. Caroli Casavola<sup>3</sup>, A.F. De Rose<sup>4</sup>

<sup>1</sup> *TECNOMED Centro Medico Biologico, Università del Salento, Nardò (LE);* <sup>2</sup> *Servizio di Criobiologia della Riproduzione Umana TECNOMED, Casa di Cura "Fabia Mater", Roma;* <sup>3</sup> *Sezione di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, Casa di Cura "Salus", Brindisi;* <sup>4</sup> *Clinica Urologica, Università di Genova*

**Introduzione e obiettivi**

Non tutti i casi d'infertilità maschile possono essere inquadrati etiologicamente con l'analisi standard del liquido seminale. Lo studio del DNA spermatico e il dosaggio dell'attività antiossidante (AAO) permettono di approfondire l'inquadramento dell'infertilità, specialmente nei casi subclinici. L'organismo dispone di un efficiente sistema di difesa endogeno che lo protegge dai danni derivanti dallo stress ossidativo. In particolare, il plasma seminale tutela lo spermatozoo, cellula priva di protezione intrinseca, tramite un elaborato sistema antiossidante costituito da agenti enzimatici e da sistemi scavenger non enzimatici. Sebbene in letteratura vi siano dati contrastanti, gran parte degli autori sottolinea l'importanza protettiva della barriera antiossidante, sia essa endogena o ricreata mediante terapie con antiossidanti esogeni. Con questo lavoro abbiamo valutato il livello d'integrità del DNA spermatico in relazione ai valori di AAO non enzimatica.

**Materiali e metodi**

Sono stati valutati 130 pazienti afferiti al Centro TECNOMED di Nardò per problemi d'infertilità di coppia da fattore maschile tra gennaio 2009 e maggio 2010. La valutazione dell'AAO non enzimatica è stata eseguita con kit TOTAL ANTIOXIDANT STATUS (Randox Ltd), basato su metodo colorimetrico, il cui esito è evidenziabile spettrofotometricamente. Sono stati considerati nella norma valori di AAO compresi tra 1,42 e 2,30 mmol/l. La determinazione del grado di frammentazione del DNA spermatico è stata rilevata tramite SCD test (Sperm Chromatine Dispersion), che valuta le alterazioni dei nuclei nemaspermici al trattamento con acido denaturante. L'analisi, infine, è stata condotta con supporto informatico SCA (Sperm Class Analyzer).

**Risultati**

L'analisi statistica dei risultati ottenuti ha evidenziato un aumento del grado di frammentazione del DNA per valori di AAO inferiori a 1,42 mmol/l, così come attestato dall'indice di correlazione Pearson che è risultato pari a -0,21.

**Conclusioni**

Nell'ambito della popolazione studiata è stata riscontrata una correlazione inversa statisticamente significativa tra le due variabili considerate. Questo dato sottolinea il ruolo protettivo degli antiossidanti non enzimatici nei confronti del DNA spermatico. Riteniamo comunque utile approfondire l'efficacia terapeutica degli antiossidanti non enzimatici esogeni in un gruppo di pazienti con valori iniziali patologici di frammentazione del DNA.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 24****Coenzima Q10 del plasma seminale: correlazioni dello stato ossidoriduttivo con i parametri spermio grafici**

R. Festa, F. Principi<sup>\*</sup>, S. Raimondo<sup>\*\*</sup>, G.P. Littarru<sup>\*</sup>, A. Pontecorvi<sup>\*\*</sup>, A. Mancini<sup>\*\*</sup>

*Centro di Ricerca su Metabolismo e Nutrizione, INRCA, Ancona;* <sup>\*</sup> *Dipartimento di Biochimica Biologia e Genetica, Università delle Marche, Ancona;* <sup>\*\*</sup> *Dipartimento di Medicina Interna, Università Cattolica di Roma*

**Introduzione e scopo**

Il coenzima Q10 (CoQ) è una molecola essenziale nell'organismo sia per la potente azione antiossidante, sia per il ruolo nella produzione di energia a livello mitocondriale. Nel liquido seminale il CoQ svolge entrambe queste funzioni essendo presente negli spermatozoi e in soluzione nel plasma seminale. Ne è stata dimostrata anche l'efficacia terapeutica nel migliorare la motilità nemaspermica. Tuttavia il CoQ esiste sotto due forme distinte dal punto di vista ossidoriduttivo: ubiquinolo (CoQ-red) e ubiquinone (CoQ-ox), i cui livelli relativi possono pesare in maniera diversa sulle caratteristiche seminali. Scopo di questo lavoro è stato correlare lo stato redox del CoQ con i dati spermio grafici di un campione di pazienti infertili.

**Materiali e metodi**

Abbiamo selezionato 20 soggetti di età compresa tra 25 e 40 anni, affetti da infertilità (a fattore maschile) e con asteno-zoospermia idiopatica (PR < 32% – OMS 2010), nei quali è stato eseguito uno spermio gramma standard (lettura a 1 ora con misurazione anche del pH) ed il dosaggio del CoQ nel plasma seminale, ottenuto per separazione centrifugativa. Il CoQ è stato misurato tramite metodica HPLC-EC (detection elettrochimica) che consente la rilevazione del CoQ-red, del CoQ totale e, per differenza, del CoQ-ox. I dati sono stati quindi elaborati statisticamente tramite regressioni bivariate, con  $p < 0,05$  quale livello di significatività.

**Risultati**

I valori spermio grafici e del CoQ sono mostrati in Tabella (event. in allegato; non essenziale per le conclus.). Per quanto riguarda le correlazioni statisticamente significative, la concentrazione degli spermatozoi correlava positivamente sia col CoQ totale che col CoQ-ox ( $r_2 = 0,26$  e  $0,30$  risp.), mentre la concentrazione di gameti mobili progressivi ( $r_2 = 0,18$ ) e il pH seminale ( $r_2 = 0,26$ ) correlavano con la forma ridotta di CoQ, rispettivamente in modo diretto e inverso.

**Conclusioni**

La correlazione positiva tra CoQ e densità spermatica conferma un dato già riportato, ma da questo campione iniziale si direbbe che è la quota di ubiquinolo, la forma a maggior potenziale antiossidante, che contribuisce maggiormente a "migliorare" la motilità degli spermatozoi. D'altra parte, l'aumentare del CoQ-red al diminuire del pH, pur potendosi interpretare come un semplice effetto della concentrazione idrogenionica, consente di ipotizzare secrezioni delle diverse ghiandole genitali accessorie nel determinare il reale potenziale antiossidante del liquido seminale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 40****Correlazione tra conta seminale e stato di salute generale in uomini infertili**

A. Salonia, A. Saccà, R. Matloob, L. Rocchini, M. Ferrari, A. Gallina, F. Castiglione, G. Gandaglia, A. Russo, F. Pellucchi, P. Rigatti, F. Montorsi  
 Dipartimento di Urologia, Università "Vita-Salute San Raffaele", Milano

**Obiettivi**

Studi precedenti hanno dimostrato come l'infertilità maschile possa essere indicativa di uno stato di salute complessivamente meno buono. Questo studio analizza l'associazione tra conta seminale e stato di salute generale – misurato tramite il *Charlson Comorbidity Index* (CCI) – in una coorte di uomini caucasici europei infertili.

**metodi**

Abbiamo valutato una coorte di 470 pazienti consecutivi giunti alla nostra attenzione per infertilità di coppia tra il gennaio 2007 e l'ottobre 2009. I pazienti sono stati suddivisi in 4 gruppi: uomini con azoospermia non ostruttiva (NOA), con azoospermia ostruttiva (OA), con oligospermia (oligo) definita da una concentrazione nemaspermica < 20 milioni/ml, e uomini con una concentrazione di spermatozoi nella norma (NL) ( $\geq 20$  milioni/ml). I 4 gruppi sono stati comparati per età, storia medica numericamente quantificata mediante CCI, e indice di massa corporea (BMI: peso in kg/altezza in m<sup>2</sup>). Le comorbidità dei pazienti sono state categorizzate come CCI = 0, 1, e  $\geq 2$ . Utilizzando la statistica descrittiva è stata quindi valutata l'associazione tra lo score del CCI e la conta seminale.

**Risultati**

Valutando la conta seminale, NOA, OA, oligo, e NL sono state riscontrate rispettivamente in 126 [(26,8%); media (SD) età: 36,0 (6,5) anni], 36 [(7,7%); 39,4 (7,8) anni], 178 [(37,9%); 36,8 (5,0) anni], e 130 [(27,7%); 37,5; 5,3) anni] pazienti (F = 3,91; p = 0,009 per età). Il BMI risultava rispettivamente pari a 26,2 (4,0) in NOA, 26,7 (4,9) in OA, 26,1 (3,7) in oligo, e 25,1 (3,3) in NL (F = 2,62; p = 0,05). Il CCI categorizzato era 0, 1 e  $\geq 2$  in 103 (81,7%), 10 (7,9%), e 13 (10,3%) dei 126 pazienti NOA, rispettivamente. Al pari, CCI era 0, 1 e  $\geq 2$  in 26 (72,2%), 4 (11,1%), e 6 (16,7%) dei 36 pazienti OA. CCI era 0, 1 e  $\geq 2$  in 165 (92,7%), 10 (5,6%), e 3 (1,7%) dei 178 pazienti oligo. CCI era 0, 1 e  $\geq 2$  in 114 (87,7%), 12 (9,2%), e 4 (3,1%) dei 130 pazienti NL, rispettivamente. Una significativa prevalenza di pazienti NOA e OA presentavano un valore di CCI > 0 (Pearson  $\chi^2 = 23,39$ ; p = 0,001), sia rispetto ai pazienti NL che oligo.

**Conclusioni**

Questi risultati preliminari dimostrano come gli uomini affetti da azoospermia presentino un rischio significativamente maggiore di avere uno score CCI più elevato, potenziale indice di un peggiore stato di salute generale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 29****Ipoandrogenismo in uomini caucasici europei affetti da infertilità di coppia**

A. Salonia, A. Saccà, R. Matloob, L. Rocchini, M. Ferrari, F. Castiglione, G. Gandaglia, A. Gallina, P. Rigatti, F. Montorsi  
 Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

**Obiettivi**

L'obiettivo di questo studio è stato quello di verificare la prevalenza di ipoandrogenismo in una coorte di uomini Europei caucasici affetti da infertilità di coppia e di evidenziare eventuali correlazioni tra l'ipoandrogenismo e il loro stato di salute generale.

**Metodi**

È stata analizzata retrospettivamente una coorte di 480 pazienti consecutivamente valutati per infertilità di coppia tra il gennaio 2007 e l'ottobre 2009. I pazienti sono stati suddivisi in 4 gruppi in funzione della concentrazione nemaspermica: uomini con azoospermia non ostruttiva (NOA), azoospermia ostruttiva (OA), oligospermia (oligo) definita come concentrazione di spermatozoi < 20 milioni/ml] e soggetti con normale (NL) concentrazione di spermatozoi (> 20 milioni/ml). Per le finalità della nostro studio sono state comparate le caratteristiche dei pazienti appartenenti ad ognuno dei 4 gruppi, tra cui l'età, la storia medica – numericamente quantificata mediante il *Charlson Comorbidity Index* (CCI) – ed il *body mass index* [BMI (peso in kg/altezza in m<sup>2</sup>)]. Il testosterone libero è stato calcolato utilizzando l'algoritmo di Vermeulen in 339 dei 480 pazienti, nei quali erano disponibili sia i valori di testosterone totale (tT), di albumina e di SHBG. Si è definito ipoandrogenismo un valore di tT < 3 ng/ml e di testosterone libero < 2 ng/ml. La statistica descrittiva ed i test di regressione lineare e logistica sono stati utilizzati per individuare la prevalenza di ipoandrogenismo e la presenza di eventuali suoi fattori predittivi negli uomini infertili.

**Risultati**

In accordo con i valori delle concentrazioni degli spermatozoi nel liquido seminale, NOA, OA, oligo e NL sono stati trovati rispettivamente in 126 [(26,3%); media (SD) età: 36,0 (6,5) anni], 38 [(7,9%); 39,4 (7,8) anni], 181 [(37,8%); 36,8 (5,0) anni] e 135 [(28,1%); 37,5; 5,3) anni] (F = 3,91; p = 0,009 per l'età) pazienti. I valori medi (SD) di tT sono stati rispettivamente 4,93 ng/ml (2,55) nei pazienti NOA, 6,57 (4,77) negli OA, 5,79 (3,10) negli oligo e 5,66 (4,04) negli NL (F = 2,77; p = 0,041). I valori medi calcolati (SD) di testosterone libero sono stati rispettivamente 2,59 ng/ml (1,57) nei pazienti NOA (N = 81 uomini), 4,63 (3,67) negli OA (N = 24), 2,93 (1,67) negli oligo (N = 115) e 2,88 (1,69) ng/ml negli NL (N = 88), (F = 7,49; p < 0,001). Ipoandrogenismo è stato riscontrato in base al valore di tT e del testosterone libero calcolato in 51/480 (10,6%) e 88/339 (26%) pazienti, rispettivamente. La prevalenza di ipoandrogenismo è stata di 24/126 (19,0%) pazienti negli NOA, 1/38 (2,6%) negli OA, 11/181 (6,1%) negli oligo e 15/135 (11,1%) negli NL ( $\chi^2 = 14,63$ ; p = 0,002 per tT). I pazienti ipoandrogenici sono risultati avere un CCI ed un BMI significativamente maggiori ( $\chi^2 = 12,36$ , p = 0,002;  $\chi^2 = 10,13$ , p = 0,002, rispettivamente) rispetto ai pazienti eugonadici.

**Conclusioni**

La prevalenza di ipoandrogenismo negli uomini infertili risulta sostanziale, rappresentando un significativo rischio nei pazienti NOA. Il calcolo del testosterone libero conferma ed aumenta la prevalenza dell'ipoandrogenismo in questa coorte di pazienti. Gli uomini ipoandrogenici hanno un più elevato CCI medio, che può essere considerato un reale indice di peggiore stato di salute generale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 28****I parametri ormonali come predittori della concentrazione degli spermatozoi nel liquido seminale di uomini caucasici europei infertili**

A. Salonia, A. Saccà, L. Rocchini, R. Matloob, M. Ferrari, F. Castiglione, G. Gandaglia, A. Russo, A. Gallina, P. Rigatti, F. Montorsi  
 Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

**Obiettivi**

Obiettivo di questo studio è stato identificare eventuali fattori ormonali predittivi della concentrazione degli spermatozoi nel liquido seminale di uomini caucasici europei affetti da infertilità di coppia.

**Metodi**

È stata analizzata retrospettivamente una coorte di 480 pazienti consecutivamente valutati per infertilità di coppia tra il gennaio 2007 e l'ottobre 2009. I pazienti sono stati suddivisi in 4 gruppi in funzione della concentrazione spermatica: uomini con azoospermia non ostruttiva (NOA), azoospermia ostruttiva (OA), oligospermia (oligo) definita come concentrazione di spermatozoi < 20 milioni/ml] e soggetti con normale (NL) concentrazione di spermatozoi (> 20 milioni/ml). Per le finalità della nostro studio sono state comparate le caratteristiche dei pazienti appartenenti ad ognuno dei 4 gruppi, tra cui l'età, la storia medica – numericamente quantificata mediante il *Charlson Comorbidity Index* (CCI) – ed il *body mass index* [BMI (peso in kg/altezza in m<sup>2</sup>)]. Le comorbidità sono state categorizzate in CCI = 0, 1, and ≥ 2. Allo stesso modo i pazienti sono stati comparati in funzione dei livelli di FSH, testosterone totale (tT), estradiolo (E2) e del rapporto E2/tT. Una ulteriore analisi è stata condotta utilizzando una stratificazione in quartili delle concentrazioni degli spermatozoi nei pazienti NL ed i livelli di inibina B. La statistica descrittiva ed i test di regressione lineare e logistica sono stati utilizzati per individuare il tasso e la presenza di predittori della concentrazione di spermatozoi nel liquido seminale della coorte di uomini infertili considerata nello studio.

**Risultati**

In accordo con i valori delle concentrazioni degli spermatozoi nel liquido seminale, NOA, OA, oligo e NL sono stati trovati rispettivamente in 126 [(26,3%); media (SD) età: 36,0 (6,5) anni], 38 [(7,9%); 39,4 (7,8) anni], 181 [(37,8%); 36,8 (5,0) anni] e 135 [(28,1%); 37,5; 5,3) anni] (F = 3,91; p = 0,009 per l'età) pazienti. Il BMI non è risultato significativamente differente tra i gruppi (F = 2,63; p = 0,05); al contrario, un CCI maggiore è risultato prevalente negli uomini azoospermici ( $\chi^2 = 23,39$ ; p = 0,001). I valori medi (SD) di FSH sono stati rispettivamente 22,7 (26,0) nei pazienti NOA, 7,7 (6,7) negli OA, 7,75 (7,1) negli oligo, e 4,05 (2,7) mIU/mm negli NL (F = 39,90; p < 0,001). Il rapporto E2/tT è risultato rispettivamente 8,3 (5,5) nei pazienti NOA, 6,9 (3,4) negli OA, 6,6 (3,6) negli oligo, e 7,2 (3,8) negli NL (F = 3,05; p = 0,029). Correggendo i risultati per età, BMI, categoria di CCI, tT, E2 e rapporto E2/tT, l'FSH è risultato essere l'unico fattore predittivo indipendente della concentrazione degli spermatozoi nel liquido seminale negli uomini infertili (Beta: -0,233; p < 0,001). Considerando solo i pazienti NL e suddividendoli in quartili in funzione della loro concentrazione di spermatozoi, questi sono risultati essere comparabili per ogni variabile; si è tuttavia riscontrato che maggiore è il valore dell'inibina B, maggiore è la concentrazione degli spermatozoi (F = 4,214; p = 0,018).

**Conclusioni**

Questi risultati dimostrano come l'FSH sia l'unico fattore pre-

dittivo indipendente della concentrazione degli spermatozoi nel liquido seminale nella nostra coorte di uomini infertili. AL pari, l'inibina B può essere considerata un valido indice di elevata concentrazione di spermatozoi in pazienti con concentrazioni > 20 milioni/ml.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 26****Qualità seminale e folati. Serve dosarli?**

M. Bartelloni, M. Cambi, I. Natali\*, S. Simi\*\*, P. Turchi\*\*  
 Centro Ricerche Cliniche, Pisa; \*Azienda USL 3 Pistoia, Centro Sterilità; \*\* Servizio di Andrologia, Azienda USL 4, Prato

**Introduzione**

Un deficit di folati, da ridotto apporto alimentare o da polimorfismi di singoli nucleotidi, porta a una ridotta sintesi e capacità di riparazione del DNA. Questa condizione è associata a diverse patologie note. Meno studiate sono le implicazioni sugli eventi iniziali della gametogenesi maschile benché sia noto come basse concentrazioni di folati nel plasma seminale possano ridurre la stabilità del DNA spermatico ed essere quindi causa di ridotta fertilità. Inoltre è evidenziato che il trattamento con antagonisti dei folati riduce la spermatogenesi mentre l'integrazione con folati ne migliora la qualità. Nessuno studio ha stabilito correlazioni certe tra livelli di folati seminali e parametri dello spermogramma mentre esisterebbe una correlazione inversa tra concentrazioni di folati e indice di frammentazione del DNA.

**Scopo dello studio**

Abbiamo correlato i livelli di folati nel liquido seminale con i parametri dello spermogramma per valutare l'utilità dell'acido folico come parametro diagnostico.

**Materiali e metodi**

Abbiamo dosato l'acido folico seminale con metodo ELISA in chemiluminescenza (AxSYM Abbott) in 54 uomini infertili e ne abbiamo correlato i valori con i parametri dello spermogramma valutati secondo manuale WHO. L'analisi statistica è stata effettuata mediante test t di Student.

**Risultati**

I campioni seminali sono stati suddivisi in base ai parametri seminali in 4 gruppi: normozoospermici (Nz) oligozoospermici (Oz) astenozoospermici (Az) e oligoasteno-zoospermici (OA). Valori medi ( $\pm$  ES) di acido folico seminale: Nz 18,1  $\pm$  1,5; Az 27,04  $\pm$  2,4; Oz 15,6  $\pm$  2,1; OA 12,75  $\pm$  0,6. Sebbene sia stata riscontrata una correlazione inversa tra livelli di folati e la concentrazione degli spermatozoi il test t di Student non evidenzia differenze significative nei valori di ac. folico tra i 4 gruppi.

**Conclusioni**

Il nostro studio, pur nei limiti di un basso campione studiato, non evidenzia correlazioni significative tra livelli di folati e parametri seminali. Questo riscontro non contrasta con la correlazione tra bassi livelli di acido folico e instabilità del DNA seminale evidenziato da recenti studi. Livelli bassi di folati in uomini infertili normozoospermici o con lievi alterazioni seminali porrebbero l'indicazione al trattamento con folati. Questo studio è preliminare a un successivo studio prospettico, attualmente in corso, di correlazione tra livelli di folati e pregnancy rate in uomini normozoospermici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 42****Efficacia del vardenafil sui parametri seminali di soggetti maschi infertili con disfunzione erettile. Studio pilota prospettico randomizzato**

R. Rago, A. Sebastianelli, L. Caponecchia, C. Fiori, R. Sacchetto, I. Marcucci, L. Tulli, P. Salacone  
*Unità di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, Centro per la Sterilità di Coppia, la Salute Sessuale e la Crioconservazione dei Gameti Umani, Ospedale "S. Maria Goretti", Latina*

**Introduzione e obiettivi**

Il vardenafil è un inibitore selettivo delle PDE5 utilizzato nella terapia della disfunzione erettile (DE). La PDE5 nel testicolo di ratto è espressa nelle cellule peritubulari e del Leydig. Nell'uomo sono presenti gli Isoenzimi PDE3, 4, 7, 8, 10 e 11; in particolare le PDE4A e 4C, PDE1C, PDE7B e PDE8A sono presenti nelle cellule germinali maschili e nello spermatozoo. La PDE5 sembra essere presente, a livello di testicolo, prostata, vescica e uretra, nelle isoforme PDE5A1, A2 e A3. Alcuni studi dimostrano l'efficacia sulla spermatogenesi della terapia a medio-lungo termine PDE5i ma i dati sono ancora discordanti. Abbiamo studiato l'efficacia di vardenafil in soggetti oligoastenoteratozoospermici con DE mediante un protocollo "short therapy" (max 2 settimane).

**Materiali e metodi**

87 uomini, sani, età  $38,3 \pm 4,0$ , con DE psicogena (IIEF5 12-16) conseguente a infertilità > 2 anni randomizzati in tre gruppi: 20 (gruppo A di controllo) non trattati, 30 (gruppo B) trattati con vardenafil 10 mg 1h prima della raccolta seminale e 37 (gruppo C) con vardenafil 10 mg a giorni alterni per 2 settimane. Tutti i pazienti arruolati hanno effettuato uno spermogramma (WHO '00) e un questionario IIEF 5 a T0 e dopo terapia (T1). Per l'analisi statistica abbiamo utilizzato il test di Student per i parametri seminali e il Test di Friedman per l'analisi dei questionari.

**Risultati**

L'IIEF-5 score evidenzia un miglioramento dell'erezione in B e C a T1 (IIEF5 22-25) vs. T0 ( $p < 0,001$ ) e vs. A. I parametri seminali evidenziano, in B e C, un incremento della motilità rettilinea a T1 vs. T0 ( $21,8 \pm 6,88$  vs.  $12,5 \pm 6,91$  e  $23,2 \pm 11,4$  vs.  $13,5 \pm 11,1$  rispettivamente) ( $p < 0,001$ ) e vs. A. Solo nel gruppo C si osserva un aumento del volume ( $3,53 \pm 1,39$  vs.  $3,02 \pm 1,06$ ) ( $p < 0,05$ ) e della concentrazione totale nemaspermica ( $83,2 \pm 71,34$  vs.  $36,4 \pm 30,6$ ) ( $p < 0,001$ ) a T1 vs. T0 e vs. A. Nessuna modificazione coinvolge la morfologia. Nel gruppo A, non si sono registrate modificazioni a T1 vs. T0 sia per i parametri seminali che per l'IIEF5. Nonostante la presenza degli effetti collaterali noti non si sono registrati drop out.

**Conclusioni**

Il nostro studio conferma l'efficacia del vardenafil nel trattamento della DE ed apre nuove strade al trattamento dell'infertilità maschile. Infatti, i protocolli "dose singola" e in particolare a "posologia ripetuta a giorni alterni per 15 giorni", sono efficaci e riducono il rischio di drop out da effetti collaterali e costo della terapia rispetto ai trattamenti a lungo termine. Un'ipotesi di efficacia potrebbe essere legata ad un aumento di fattori di crescita peritubulari con effetto sulle cellule del Sertoli e sull'apoptosi a livello epididimario, e/o all'attività enzimatica delle PDE presenti sulle cellule del Leydig secretorie e sulle cellule peritubulari. Un'aumentata funzione secretoria di prostata e vescicole seminali potrebbe essere responsabile dell'aumento degli spermatozoi mobili e del volume dell'eiaculato.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 43****Efficacia della terapia ormonale con ormone follicolo-stimolante umano ricombinante (rhFSH) nel trattamento delle dispermie: studio preliminare**

M. Vetri, A. Stancampiano, S. Crimi\*

*Divisione Clinicizzata di Endocrinologia, Scuola di Specializzazione in Endocrinologia dell'Università di Catania; Azienda Ospedaliera "Garibaldi-Nesima", Catania*

**Scopo**

Studiare l'efficacia del rhFSH su volume testicolare e parametri seminali e ormonali di maschi infertili normogonadotropi.

**Casistica**

Abbiamo valutato la risposta alla terapia con rhFSH in 79 pazienti (pz) che afferivano al nostro centro per infertilità di coppia dopo un periodo di 12-18 mesi di rapporti non protetti finalizzati senza concepimento.

**Metodi**

Il trattamento prevedeva la somministrazione di 150 UI di rhFSH die/alterni per 12 mesi circa ( $15 < U > + < U > 3$  mesi). Tutti gli uomini di età compresa fra i 23 e i 56 anni ( $34 < U > + < U > 8$  anni) sono stati divisi in 3 sottogruppi: a) ipogonadismo ipogonadotropo in ipopituitarismo ( $n = 24$ ), b) ipogonadismo ipogonadotropo funzionale ( $n = 40$ ), c) ipogonadismo associato ad altre condizioni patologiche ( $n = 16$ : beta-talassemia, disgenesia gonadica, sindrome adrenogenitale). I livelli sierici di testosterone, LH ed FSH e il volume testicolare sono stati confrontati prima e dopo il trattamento in tutti i gruppi. In tutti è stato valutato allo spermogramma (eseguito secondo standard WHO) il numero totale di spermatozoi (NTS), la morfologia e la motilità.

**Risultati**

In tutti e tre i gruppi: non c'è stata una modifica significativa dei valori di testosterone, LH ed FSH (rispettivamente  $4,3 < U > + < U > 1,2$  ng/ml,  $3,5 < U > + < U > 1,8$  mU/ml e  $5,9 < U > + < U > 5$ ); né si è avuto effetto sulla morfologia seminale, mentre c'è stato un miglioramento significativo sulla motilità spermatozoaria ( $35 < U > + < U > 23\%$  vs.  $46 < U > + < U > 18\%$ ,  $p > 0,03$  rispettivamente prima e dopo il trattamento).

I maschi del gruppo a che erano totalmente azoospermici prima del trattamento, hanno avuto una debole risposta di NTS (sino a  $4,2 < U > + < U > 2$  milioni, in 6 dei 24 pz pari al 25%) dopo il trattamento. Nel gruppo b) in tutti si è ottenuto un miglioramento significativo di NTS ( $4,1 < U > + < U > 3$  milioni vs.  $15,0 < U > + < U > 12,0$  milioni,  $p < 0,002$ ) dopo il trattamento; nel gruppo c non si sono avuti risultati significativi.

**Conclusioni**

Il trattamento con rhFSH ha indotto nei soggetti del gruppo b un marcato aumento nel numero di spermatozoi, un lieve aumento della motilità spermatica, ma nessuna variazione nella morfologia degli spermatozoi, dimostrando che un trattamento prolungato con rhFSH può determinare un miglioramento evidente soprattutto nei soggetti con forme di ipogonadismo ipogonadotropo funzionale, mentre tale effetto non si ottiene nei soggetti con particolari condizioni morbose associate.  $< I >$  (tutti i valori espressi come media  $< U > + < U >$  deviazione standard).  $< I >$

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 36****Implementazione farmacologica della spermatogenesi in due casi di azoospermia non ostruttiva**G. Cavallini, G. Beretta<sup>\*</sup>, G. Biagiotti<sup>\*\*</sup>*Andros Italia, Ferrara; <sup>\*</sup>Centro Italiano Fertilità e Sessualità, Firenze; <sup>\*\*</sup>Andros Italia, Perugia***Obiettivo**

Scopo di questo lavoro è verificare la possibilità di implementare farmacologicamente la spermatogenesi in soggetti azoospermici non ostruttivi (NOA) come nell'unico caso della letteratura<sup>1</sup>.

**Pazienti e metodi**

Il trattamento è stato limitato a NOA esenti da alterazioni genetiche e da varicocele, con FSH nei limiti<sup>1</sup>. Sono stati studiati due NOA accertati sec. WHO 2010. Entrambi sono stati sottoposti ad anamnesi, esame obiettivo, cariotipo, dosaggio ematico di testosterone totale, FSH, LH, ricerca di microdelezione cromosoma Y e screening della fibrosi cistica. La diagnosi differenziale fra azoospermia ostruttiva e non ostruttiva è stata fatta con ecodoppler scrotale e valutazione della velocità di picco sistolico della arteria testicolare all'ilo<sup>2</sup>. 1 paziente era stato sottoposto in altra sede ad agoaspirato testicolare con diagnosi citologica di ipospermatogenesi, e senza recupero di spermatozoi. È stato somministrato letrozolo 2,5 mg/die orale (Femara<sup>®</sup>, Novartis) per tre mesi. Prima e dopo terapia sono stati misurati i livelli ematici di testosterone totale, FSH, LH, prolattina, e sono stati eseguiti due spermogrammi. Sono stati inoltre valutati gli effetti collaterali.

**Risultati**

La concentrazione spermatica/ml nell'eiaculato è passata da 0 a  $8 \times 10^4$  nel I caso e a  $5 \times 10^4$  nel II, la motilità classe A dal 0 al 25% e 30%, la morfologia sec Kruger da 0 a 8% e 13%. FSH, LH e testosterone sono aumentati. FSH da 3,2 mIU/ml e 4,6 mIU/ml a 21,2 mIU/ml e 17,4 mIU/ml. LH da 3,2 mIU/ml e 4,1 mIU/ml a 12,6 mIU/ml e 16,1 mIU/ml. Testosterone da 9,3 nmol/l e 14,2 nmol/l a 38,4 nmol/l e 45,0 nmol/l. Gli spermatozoi sono stati congelati e verranno usati per iniezione intracitoplasmatica in ovociti della partner (ICSI). Gli effetti collaterali: dispepsia e perdita libido.

**Conclusioni**

Tali risultati ci incoraggiano a continuare la ricerca e potrebbero indicare un miglioramento della spermatogenesi. È verosimile una stimolazione indotta da letrozolo sul testicolo, che si estrinseca attraverso aumento di gonadotropine. La possibilità di evitare la chirurgia di recupero di spermatozoi nei NOA appare come obiettivo secondario rispetto alla possibilità di implementare la percentuale di recupero di spermatozoi con o senza chirurgia e di migliorare i risultati della ICSI, questi ultimi dipendenti anche dalla qualità della spermatogenesi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**Bibliografia**

- 1 Patry G, Jarvi K, Grober ED, et al. *Use of the aromatase inhibitor letrozole to treat male infertility* Fertil Steril 2009;92:829.
- 2 Biagiotti G, Cavallini G, Modenini F, et al. *Spermatogenesis and spectral echo-colour Doppler traces from the main testicular artery.* BJU Int 2002;90:903-8.

**C 45****Può l'eziologia dell'azoospermia avere effetti sul risultato della ICSI?**D. Dente, J. Kalsy<sup>\*</sup>, G. Franco, C. De Dominicis,P. Pompa<sup>\*\*</sup>, T. Paniccia<sup>\*\*\*</sup>, S. Minhas<sup>\*</sup>, G. Scaravelli<sup>\*\*\*\*</sup>*Dipartimento di Urologia, Policlinico Umberto I, Roma; <sup>\*</sup>Andrology Department, University College Hospital, London;**\*\*Dipartimento di Urologia, Ospedale SS. Annunziata, Chieti;**\*\*\*Dipartimento di Urologia, Università G. D'Annunzio, Chieti;**\*\*\*\*Istituto Superiore di Sanità, Roma***Introduzione e obiettivi**

La tecnica dell'iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI) è sempre più utilizzata nel management dell'infertilità per fattori maschili. Usando questa tecnica pazienti azoospermici hanno la possibilità di avere figli dopo il recupero di spermatozoi sia testicolare che epididimale.

Comunque i risultati della ICSI usando campioni freschi o congelati, rimangono controversi.

L'obiettivo del nostro lavoro è quello di capire se l'eziologia dell'azoospermia influisce sui risultati della ICSI.

**Materiali e metodi**

493 pazienti sottoposti al primo tentativo di ICSI tra il 1993 e 2008 sono stati rivalutati. Spermatozoi freschi (FTS) è stato usato in 112 cicli, sperma testicolare congelato (FTTS) in 43, sperma epididimale fresco (FES) in 279, sperma epididimale congelato in 59. Per ogni gruppo l'eziologia dell'azoospermia è stata documentata in base alla storia clinica, all'esame obiettivo e all'analisi istologica. (n = 316). La fecondazione, la gravidanza clinica, e il tasso di parto, sono stati calcolati per ogni gruppo in base al tipo di tecnica di recupero utilizzato.

**Risultati**

L'analisi dei dati ha dimostrato che non ci sono significative differenze tra i vari gruppi in termini di fecondazione, gravidanza clinica, o tasso di parto (p > 0,05). Comparando l'eziologia (azoospermia ostruttiva OA e non ostruttiva NOA), non abbiamo riscontrato significative differenze in termini di gravidanza clinica, e tasso di parto. Comunque una sub-set analysis ha dimostrato più alto tasso di gravidanza e nascita nel gruppo FTTS sia nei pazienti con OA che in quelli con NOA.

**Conclusioni**

L'eziologia dell'azoospermia non influisce in modo significativo nei risultati del primo tentativo di ICSI. Il più alto tasso di gravidanza e di nascita riscontrato nel gruppo FTTS suggerisce che probabilmente questi pazienti avevano migliori parametri seminali al momento del prelievo e congelamento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 37****Valutazione della degradazione del DNA degli spermatozoi in diverse tecniche di preparazione del liquido seminale per cicli di fecondazione *in vitro***J. Guida, T. Gentile<sup>\*</sup>, S. Raimondo<sup>\*\*</sup>*Servizio di Patologia della Riproduzione, Medica Futura, Pompei (NA); <sup>\*</sup>Laboratorio Analisi Cliniche "Gentile", Settore di Biologia Molecolare, Gragnano (NA); <sup>\*\*</sup>Il Servizio di Andrologia. S.Me.I. Istituto di Ricerca per la Riproduzione Umana, Gragnano (NA)***Introduzione**

La modalità di preparazione del liquido seminale (LS) è influenzata, genericamente, da: numero, motilità e morfologia.

La resa ottimale, del LS, alle tecniche di preparazione ci fa dimenticare che gli spermatozoi per essere fertili non devono solo essere in numero adeguato, normalmente mobili e morfologicamente normali ma ci sono, probabilmente, anche valutazioni ultrastrutturali da prendere in considerazione.

#### Obiettivo

Obiettivo di questo lavoro è valutare se la degradazione del DNA degli spermatozoi possa essere influenzata dallo stress da preparazione con varie tecniche.

#### Materiali e metodi

Per rilevare l'integrità del DNA degli spermatozoi si è utilizzato l'arancio di acridina specifico colorante del DNA, la lettura non è stata effettuata con tecnica classica, per evitare centrifugazione, ma con citometria a flusso.

I campioni testati sono stati complessivamente 92, separati in 4 aliquote e suddivisi in 4 gruppi:

Gruppo A: liquido seminale non trattato (controllo).

Gruppo B: stratificazione sull'ejaculato di 1 ml di Earle's medium in una provetta da 15 ml, successivamente inclinata di 45° ed incubata per 1 ora a 37°C.

Gruppo C: Swim-up: 0,6 ml di Earle's medium supplementato va stratificato su 0,5 ml di LS in una provetta da 15 ml sterile, la provetta va inclinata di 45° ed incubata per 1 ora a 37°C, dopo di che la provetta viene riportata delicatamente in posizione diritta e va rimosso 0,5 ml del surnatante. Questa aliquota con cellule mobili va diluita con 4 ml di Earle's suppl. e centrifugato per 5 min. a 500 g ed infine scartato il surnatante, il pellet va risospeso in 0,3 ml di Earle's medium per l'utilizzo finale.

Gruppo D: gradiente di Percoll: 3 ml di 80% Percoll viene pipettato in una provetta da 15 ml, 3 ml di 40% Percoll viene stratificato sopra a questo punto viene pipettato delicatamente sopra l'aliquota di ejaculato, il tutto viene centrifugato a 500 g per 20 min. Il pellet alla base del Percoll 80% viene risospeso in 5-10 ml di Earle's medium e centrifugato per 5 minuti a 500 g, scartato il surnatante viene risospeso il pellet in 1 ml di Earle's medium per l'utilizzo finale.

Per questo lavoro si siamo avvalsi di studi retrospettivi, del nostro Centro, di procedure effettuate tra il 1998 e il 2000.

#### Risultati

In base alla variazione di degradazione del DNA sono emersi i seguenti risultati: tra gruppo A e gruppo B nessuna variazione significativa; tra gruppo A e gruppo C moderata variazione significativa ( $p < 0,001$ ); tra gruppo A e gruppo D è emersa una variazione significativa più marcata ( $p < 0,0001$ ).

#### Conclusioni

In virtù dei dati ottenuti possiamo concludere che, ogni tecnica deve sempre essere scelta in base alle caratteristiche del liquido seminale (numero, motilità e morfologia), ma una maggiore attenzione deve essere rivolta alla laboriosità delle tecniche, considerando che un'alta degradazione del DNA degli spermatozoi si associa a basso tasso di gravidanza e ad alto tasso di abortività.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 30

#### Rilevanza delle proprietà reologiche sul processo di crioconservazione di spermatozoi umani: un'analisi sperimentale

G. Peluso, P.P. Cozza, G. Morrone

*UOS Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, AO Cosenza*

#### Introduzione e obiettivi

I processi di crioconservazione sono basati su teorie che coinvolgono lo scambio termico e di materiale. Affinché abbiano

un buon esito, è necessario, oltre che eseguire correttamente la metodologia di congelamento/scongelo, valutare parametri come: viscosità, conducibilità idraulica, pressione osmotica, la cui variazione potrebbe influenzare significativamente l'intero processo.

Scopo di questo lavoro è stato indagare le proprietà reologiche di campioni seminali normozoospermici e stabilire una eventuale correlazione con il processo di congelamento degli stessi in diverse condizioni operative.

#### Materiali e metodi

Sono state effettuate, in collaborazione con il Dipartimento di Ingegneria Chimica e dei Materiali dell'Università della Calabria, prove sperimentali reologiche su 20 campioni seminali di soggetti normozoospermici (WHO, 2001) che hanno permesso un'analisi strutturale dei campioni seminali.

Il comportamento reologico di ciascun campione è stato valutato a diverse condizioni di temperatura e concentrazione di crioprotettore mediante analisi basata su stima della relazione sforzo-velocità di deformazione dello stesso. Mediante le prove con il reometro sono stati determinati i valori di viscosità di ciascun campione di sperma: le soluzioni preparate erano di tre tipi: il bianco, il terreno senza sperma e la soluzione a rapporto liquido/terreno = 1:3.

#### Risultati e conclusioni

Dai dati elaborati si evince che la viscosità della soluzione crioprotettiva è pari a 0,002 Pa\*s, dello stesso ordine di grandezza dell'acqua, con andamento quasi rettilineo. Ciò porta alla considerazione che il fluido crioprotettivo sia di tipo newtoniano. Inoltre il valore di shear rate di partenza non è lo stesso per tutti i campioni: per valori più bassi si è avuto un andamento irregolare della viscosità con valore minimo pari a  $5 \cdot 10^{-7} \text{ N} \cdot \text{m}$ .

Il liquido seminale presenta invece viscosità variabile con velocità di deformazione secondo la legge di potenza. Tale comportamento influenza la miscela liquido seminale + crioprotettore al variare del profilo di temperatura imposta.

Le proprietà reologiche come proprietà di trasporto sono quindi rilevanti nel processo di crioconservazione suggerendo in futuro la definizione di un modello di trasporto calore-materia per ridurre i danni criogenici sulla cellula nemaspermica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 32

#### Confronto tra due diversi metodi di colorazione degli spermatozoi

I. Natali, S. Cipriani\*, V. Sarli, S. Simi\*\*, L. Niccoli, P. Turchi\*\*

*Centro di Sterilità, UO Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Pescia (PT); \*Epi2@4, Gruppo per la Ricerca in Epidemiologia, Milano; \*\*Servizio di Andrologia, Ospedale di Prato*

#### Introduzione e obiettivi

Lo studio della morfologia degli spermatozoi con i vetrini precolorati Testsimplerts® (TS) è metodica diffusa sebbene non consigliata né nel Manuale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), edizione 1999, né in quello del 2010.

Il presente lavoro si prefigge di confrontare questa metodica con la tecnica di colorazione Diff-Quik® (DQ), tra quelle suggerite nel Manuale dell'OMS, sia nell'edizione 1999 che in quella del 2010, e di paragonare i valori delle percentuali di spermatozoi normali ottenuti con le due tecniche.

#### Materiali e metodi

104 pazienti, di età compresa tra 19 e 57 anni, sono afferiti al nostro laboratorio da aprile ad ottobre 2009.

Dopo liquefazione del campione, l'operatore esaminava la morfologia con la tecnica TS e con quella DQ secondo i criteri stabiliti dall'OMS nel Manuale del 1999 ed in quello del 2010. Si contavano 200 spermatozoi per ciascuna tecnica, riportando la percentuale di spermatozoi normali e di quelli anomali.

#### Risultati

Si osserva una differenza nei valori delle percentuali delle forme normali di spermatozoi: la tecnica TS tendenzialmente fornisce valori di percentuali di anomali maggiore rispetto alla tecnica DQ e questa differenza tende ad aumentare all'aumentare del valore. Per questi motivi, applicare ai valori TS il cut-off che OMS consiglia per i valori DQ potrebbe non essere appropriato.

Facendo variare, di volta in volta, il valore soglia da applicare ai valori TS, abbiamo effettuato un'analisi mediante la statistica kappa per valutare quale dei valori considerati massimizza la concordanza. Tale valore usato come soglia, dovrebbe migliorare la comparabilità dei due metodi.

Per il cut-off del 15% del DQ il valore del cut-off per il TS che massimizza il valore della statistica kappa è 8% con i seguenti risultati: k statistic value = 0,62 (95% CI = 0,47-0,78).

Per il cut-off del 4% del DQ il valore del cut-off per il TS che massimizza il valore della statistica kappa è 1% con i seguenti risultati: k statistic value = 0,59 (95% CI = 0,26-0,92).

#### Conclusioni

Questo studio dimostra che i due metodi considerati per la colorazione degli spermatozoi non sono equivalenti, e che esistono due valori soglia per la percentuale di spermatozoi normali diversi, uno per il TS ed uno per DQ.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 33

#### Qualità seminale in pazienti oncologici che devono crioconservare prima del trattamento antineoplastico: nostra esperienza

G. Peluso, P.P. Cozza, G. Arena, N. Gallo, G. Morrone  
*UOS Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, AO Cosenza*

#### Introduzione

Diversi studi in letteratura forniscono indicazioni sugli effetti negativi di diverse forme di neoplasia sulla spermatogenesi poiché agiscono direttamente sui compartimenti testicolari o indirettamente sull'asse ipotalamo-ipofisi-gonade.

In questo lavoro sono stati valutati attentamente i parametri seminali pre-crioconservazione di pazienti oncologici prima di trattamenti antineoplastici.

#### Materiali e metodi

La nostra casistica include 21 pazienti di età compresa tra 18-45 anni, con anamnesi positiva per neoplasia, afferiti alla Banca del Seme dell'UOS di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione dell'AO di Cosenza, attiva dal settembre 2009.

Dei pazienti in esame, 12 erano affetti da tumori del testicolo, 7 da linfoma di Hodgkin, 1 presentava neoplasia mesenchimale, 1 carcinoma squamo-cellulare della guancia.

Su di essi è stato eseguito un accurato esame del liquido seminale con valutazione dei tre parametri: concentrazione, motilità e morfologia, in conformità alle Linee Guida del WHO 2001, prima di effettuare le procedure di crioconservazione. I risultati dello spermogramma sono stati riportati su apposita scheda biologica pre-trattamento crio.

#### Risultati

Tutti i pazienti analizzati hanno riportato una alterazione dei parametri seminali; in particolare è stato evidenziato in quelli

con tumore del testicolo inclusi i post-orchietomia, un'alterazione di tutti i parametri (oligoastenoteratozoospermia) con valori attestati tra 1-10 milioni per quanto riguarda il numero, 10-30% per la motilità (a + b da 5-20%), 10-25% per la morfologia.

Per quanto concerne i linfomi di Hodgkin, l'alterazione più frequente è stata riportata per il parametro motilità (15-45% totale, di cui 10-25% a + b).

#### Conclusioni

I risultati preliminari della nostra Banca del Seme sembrano suggerire che una significativa alterazione della spermatogenesi è presente in questi pazienti prima della terapia antineoplastica.

Pertanto i dati concordano con quanto sostenuto dai diversi autori sull'impatto negativo che le neoplasie di per sé hanno sui parametri seminali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 34

#### Azoospermia non ostruttiva e probabilità di recupero chirurgico positivo: quali elementi predittivi?

M. Castiglioni, P. Sulpizio, D. Giacchetta, C. Pasquale, G. Tesoriere, G. Gazzano, E.M. Colpi, G.M. Colpi  
*UOC Urologia II, Andrologia e Riproduzione Assistita, US Ginecologia Riproduttiva, UO Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliera San Paolo, Polo Universitario, Milano*

#### Introduzione e obiettivi

La TESE costituisce la procedura più utilizzata per il recupero di gameti nei pazienti azoospermici non ostruttivi (NOA), fornendo spermatozoi utilizzabili per ICSI nel 40-50% dei casi.

Tuttavia per il clinico è fondamentale dare ad ogni paziente una corretta informazione circa le sue reali probabilità di recupero positivo. Attraverso la revisione della nostra casistica il presente studio si prefigge di fornire criteri probabilistici di recupero positivo.

#### Materiali e metodi

Dal novembre 2003 al settembre 2009 sono stati sottoposti a TESE per recupero di gameti 356 pazienti con diagnosi accertata di NOA, privi di anomalie del cariotipo o del cromosoma Y. L'età media dei pazienti era di 36,8 anni (range: 18-63). In tutti i casi è stato dosato il valore di FSH, ed è stato determinato oggettivamente il volume testicolare mediante ecografia ricorrendo alla formula dell'ellissoide. Il valore di FSH è risultato superiore alla norma nel 71,1% dei casi. Il volume testicolare medio è risultato di 7,8 ml (range: 1,9-21,3). Durante ciascuna TESE è stato prelevato un frammento di parenchima subalbugineo per esame istologico, che ha confermato la diagnosi di NOA, individuando 4 pattern: SCOS completa, SCOS incompleta, ipospermatogenesi severa e arresto maturativo.

#### Risultati

Abbiamo individuato 3 classi di FSH e 3 classi di volume testicolare. Abbiamo recuperato spermatozoi in 158 casi su 356 (44,4%).

In base al valore di FSH, i recuperi sono stati: quando FSH = normale (N) il 56% (66/117), quando  $N < FSH < 2N$ , il 48% (66/125) quando  $FSH \geq 2N$ , il 28% (32/114). In base al volume testicolare, i recuperi sono stati il 55% (34/61) se  $\geq 12$  ml, il 50% (50/99) se  $8 \text{ ml} \leq \text{volume} < 12$  ml, il 36% (72/196) se  $< 8$  ml. Abbiamo considerato infine i soggetti a prognosi "peggiore" vale a dire con  $FSH \geq 2N$  e volume testi-

colare < 8 ml (88 casi): in questo gruppo abbiamo avuto un recupero positivo del 27% (24/88).

#### Conclusioni

Nella pratica clinica, questi dati ci permettono oggi di formalizzare pre-operatoriamente ai nostri pazienti NOA la probabilità di recupero positivo basandoci sull'orchidometria e sul valore recente di FSH.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 35

### Nell'era della TESE, esistono fattori istopatologici/biochimici predittivi per il recupero di spermatozoi in uomini con sindrome a sole cellule del Sertoli (SCO)?

D. Dente<sup>\*</sup>, J. Kalsy<sup>\*</sup>, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa<sup>\*\*</sup>, T. Paniccia<sup>\*\*\*</sup>, S. Minhas<sup>\*</sup>

*Dipartimento di Urologia, Policlinico Umberto I, Roma; <sup>\*</sup> Andrology Department, University College Hospital, London; <sup>\*\*</sup> Dipartimento di Urologia, Ospedale SS. Annunziata, Chieti; <sup>\*\*\*</sup> Dipartimento di Urologia, Università G. D'Annunzio, Chieti*

#### Introduzione

Molti clinici utilizzano la singola biopsia testicolare nell'iter diagnostico per pazienti azoospermici senza il contestuale recupero di spermatozoi. Il razionale per questo è che una biopsia potrebbe essere predittiva per il recupero di spermatozoi in pazienti con azoospermia non ostruttiva (NOA).

#### Materiali e metodi

Tra il 2005 e il 2009 92 pazienti, di età media di 37,4 anni, sono stati sottoposti a Micro-TESE per azoospermia. I pazienti sono stati sottoposti anche a screening genetico: cariotipo, delezione Y, valutazione dei livelli ormonali (FSH, LH) e misurazione dei testicoli. Gli interventi sono stati eseguiti in anestesia generale. Si è eseguita incisione scrotale mediana. Usando il microscopio operatore (magnificazione X25) i testicoli sono stati aperti con incisione equatoriale. I tubuli dilatati sono stati dissecati ed esaminati in situ da un biologo. Gli spermatozoi recuperati, sono stati congelati o usati per un ciclo di ICSI.

#### Risultati

51 pazienti Presentavano all'istologia diagnosi di sindrome a sole cellule del Sertoli (SCO), l'età media era di 36,9 anni e la media del livello di FSH era di  $21,02 \pm 0,97$ . La percentuale di recupero di spermatozoi era di 41,2% in pazienti con SCO. Nessuna significativa correlazione è stata riscontrata tra la percentuale di recupero e FSH, LH grandezza testicolare e età dei pazienti.

#### Conclusioni

I risultati dell'uso della TESE mostrano percentuali relativamente alte di recupero in pazienti con SCO. Nessun fattore (LH, FSH, età del paziente, e grandezza dei testicoli) è risultato predittivo. Inoltre il singolo prelievo bioptico testicolare non è predittivo per il recupero degli spermatozoi in pazienti con SCO, quindi secondo la nostra esperienza la Micro-TESE dovrebbe essere eseguita in tutti i pazienti con NOA.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 37

### Analisi multivariata dei fattori influenzanti i risultati di iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi recuperati da pazienti con azoospermia non ostruttiva

G. Cavallini, M.C. Magli<sup>\*</sup>, A. Guerra, G. Vitali<sup>\*\*</sup>, A.P. Ferraretti<sup>\*\*\*</sup>, L. Gianaroli<sup>\*\*\*</sup>

*Andros-Italia, Ferrara; <sup>\*</sup> UO Laboratorio di Riproduzione Assistita, Società Italiana di Medicina della Riproduzione (S.I.S.M.E.R.), Bologna; <sup>\*\*</sup> UO Andrologia, Società Italiana di Medicina della Riproduzione (S.I.S.M.E.R.), Bologna; <sup>\*\*\*</sup> UO Riproduzione Assistita, Società Italiana di Medicina della Riproduzione (S.I.S.M.E.R.), Bologna*

#### Introduzione

Scopo di questo lavoro è cercare relazioni fra gli indicatori della spermatogenesi ed i risultati della iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI) con spermatozoi di pazienti azoospermici non ostruttivi (NOA) sottoposti a estrazione chirurgica (TESE).

#### Materiali e metodi

I dati sono stati valutati retrospettivamente. Dal 1/4/2004 al 31/12/2008 sono stati sottoposti a TESE 149 pazienti affetti da NOA. In 79 (53%) (età media  $43,6 \pm 5,2$  anni) è stato possibile reperire una media di  $9,7 \times 10^4 \pm 0,304$  spermatozoi/paziente. Le partner dei pazienti (età media  $35,8 \pm 5,1$  anni) sono state sottoposte ad un totale di 184 cicli ICSI. Nel corso di questi cicli sono stati raccolti 632 ovociti, ne sono stati iniettati 221, se ne sono fertilizzati 141, si sono ottenuti 121 embrioni, di cui 110 sono stati trasferiti. Si sono ottenute 14 gravidanze cliniche con parti a termine ed 1 gravidanza clinica con aborto alla IV settimana. Questi dati sono stati sottoposti ad analisi multivariata della regressione per indagare la presenza di relazioni significative fra la percentuale di ovociti fertilizzati, di embrioni trasferiti, e di gravidanze cliniche/parti a termine e le seguenti variabili: età femminile, numero di spermatozoi raccolti al TESE, volume testicolare, ormone follicolostimolante (FSH) ematico maschile, numero di ovociti raccolti/iniettati, e numero di cicli ICSI.

#### Risultati

Dalla analisi è emersa una relazione inversa e significativa fra età femminile e FSH maschile con gravidanze/parti a termine. Al contrario si è rilevata una relazione diretta e positiva fra il numero dei cicli ICSI con la percentuale degli ovociti fertilizzati, degli embrioni trasferiti, il numero degli spermatozoi raccolti TESE e delle gravidanze/parti a termine. L'ulteriore analisi di questi ultime relazioni mediante lo studio del contributo marginale delle variabili dipendenti indica che il numero di spermatozoi raccolti durante TESE è significativamente e direttamente correlate al numero alla percentuale di gravidanze/parti a termine, indipendentemente dal numero di cicli ICSI e dal numero di ovociti raccolti od iniettati.

#### Conclusioni

Il numero di spermatozoi raccolti, il livello ematico di FSH ed il volume testicolare sono indicatori di qualità della spermatogenesi legati alle gravidanze ICSI. Finora il numero di spermatozoi raccolti mediante TESE non figurava in questo elenco, e questo articolo, a quanto consta agli autori, è la prima descrizione eseguita.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 16****Scleroembolizzazione secondo Tauber per varicocele: nostra esperienza**

D. Vecchio, G. Campo, M. Poluzzi, M. Pastorello, G. Carluccio  
 UO Urologia, "Ospedale Sacro Cuore Don Calabria", Negrar (VR)

**Introduzione e obiettivi**

Descrivere la nostra esperienza nel trattamento del varicocele con la sclerotizzazione secondo Tauber, valutandone efficacia e profilo di sicurezza.

**Materiali e metodi**

Da febbraio 2002 a ottobre 2010 sono stati sottoposti a tale metodica 256 pazienti affetti da varicocele sin. Fra essi, 52 (20,3%) con varicocele sin III, 69 (26,9%) con varicocele sinistro II, 77 (30,1%) con varicocele sin I, 58 (2%) con persistenza di varicocele sin dopo altre tecniche. A tutti è stata praticata anestesia locale perifunicolare con carbocaina 2% e utilizzato polidocanolo 3%: da 2 a 4 ml.

**Risultati**

La procedura ha richiesto da 15 a 71' nei primi 41 pazienti e da 15 a 32' nei successivi; nel 19% dei casi l'intervento non è stato portato a termine con successo per presenza di vene apparentemente trombizzate: si è quindi proceduto a legatura selettiva delle vene dal medesimo accesso alla radice dell'emiscroto. In un paziente (0,41%) la procedura è stata convertita in quanto alla flebografia della vena spermatica sinistra si è avuta visualizzazione della vena spermatica controlaterale e di un fitto circolo vascolare intestinale. Nei primi 51 pazienti si lamenta una atrofia testicolare (paziente n° 24, 0,41%), 6 lievi funicoliti (2,5%): fugaci e rapidamente regredite con breve terapia antiflogistica e antibiotica. Nei pazienti successivi, due lievi funicoliti. 245 (95,7%) non presentano persistenza di varicocele a 6 mesi (verifica ecodoppler); esposizione radiologica minima; dimissione a 1-2 ore dalla procedura.

**Conclusioni**

La tecnica di Tauber rappresenta una valida opzione per il trattamento di varicoceci di qualsiasi grado, i tempi operatori si abbattano significativamente dopo usuale curva di apprendimento, in mani esperte risulta efficace e sicura a fronte di una minima invasività e brevi tempi di recupero; consigliabile sempre la flebografia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 18****La varicolectomia subinguinale microchirurgica "Lymphatic Sparing" associata a scleroembolizzazione anterograda: 20 anni d'esperienza**

G. Ughi, L. Dell'Atti, G. Daniele, G. Carparelli, C. Ippolito, G.R. Russo  
 UO Urologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Arcispedale "S. Anna", Ferrara

**Scopo del lavoro**

L'indicazione delle linee guida (EAU, AUA) al trattamento del varicocele rimane un tema controverso, in questo lavoro si vuole analizzare l'esperienza di circa 20 anni sulla tecnica di varicolectomia subinguinale microchirurgica (Vs.M) eseguita nella nostra UO Urologia.

**Materiali e metodi**

Dal gennaio 1987 al luglio 2007, 800 pazienti (pz) affetti da varicocele idiopatico (età media 24 anni, range 16-33), 678

varicocele sinistro, 6 destro, 116 bilaterale, son stati sottoposti a VSM "lymphatic sparing" più iniezione anterograda di polidocanolo al 3%. Gli interventi sono stati eseguiti con microscopio operatore (Zeiss) tra i 16 e 20 ingrandimenti, sempre dallo stesso operatore. L'indicazione al trattamento è stata l'alterazione dei parametri seminali (695 pz, 87%) o la sintomatologia algica (105 pz, 13%). Il varicocele era nel 20% I grado (G), nel 42% IIG, 38% IIIG. Prima del trattamento, ed a 6, 12, 24 mesi dopo la procedura, tutti i pz hanno effettuato visita medica, ecodoppler scrotale e spermogramma.

**Risultati**

In tutti i pz è stato possibile portare a termine l'intervento. A distanza di 6 mesi dalla procedura l'ecodoppler ha evidenziato la presenza di 21 recidive (3,9%) tutte con varicocele di II e III G. In 72 dei 105 pz (67%) sottoposti ad intervento per algie scrotali, la sintomatologia è regredita ad un anno dalla procedura. Non si è mai verificata la comparsa d'idrocele in tutti i pz. Ad un anno in 652 dei 695 pz (94%) con parametri seminali alterati si è registrato un miglioramento di numero, motilità e forma degli spermatozoi. Inoltre in 100 pz (età media 29,12) motivati ad avere un figlio, sono state valutate le gravidanze a termine (Gr) entro 2 anni. Si è visto che l'età non influenza il numero di Gr che invece è fortemente influenzato dal G. Nel 7% si è avuta una seconda Gr, dopo l'intervento.

**Conclusioni**

La nostra tecnica di VSM "lymphatic sparing" rappresenta una ottima opzione chirurgica al trattamento del varicocele in quanto permette l'eliminazione della complicità d'idrocele post-operatorio senza aumentare il rischio di recidiva, esprimendo un efficace recupero della fertilità come espresso dalla pregnancy rate.

La tecnica rappresenta una soluzione vantaggiosa in quanto può essere effettuata in anestesia loco-regionale, non espone al rischio d'esposizione a radiazioni rispetto alla scleroembolizzazione percutanea anche se con un minimo aumento dei tempi operatori.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 39****La schiuma sclerosante nel trattamento del varicocele: 10 anni di esperienza**

S. Minucci, G. Mazzoni\*, G. Gentile\*\*, G. Antonini\*\*\*, E. De Berardinis\*\*\*, V. Gentile\*\*\*

U.O.C. Radiologia Vascolare ed Interventistica. Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini; \*Casa di cura "Salvator Mundi"; \*\*UOC Urologia, CIC Università Cattolica "Sacro Cuore"; \*\*\*Dipartimento Urologia "U. Bracci", Sapienza Università di Roma

**Premessa**

Negli ultimi 20 anni, per il trattamento del varicocele, si sono sviluppate le tecniche sclerosanti. Esistono tradizionalmente 2 tecniche di sclerosi del varicocele, la Retrograda e l'Anterograda, che noi ormai da 10 anni abbiamo associato nella sclerosi antero/retrograda.

**Materiale e metodi**

Vengono prese in considerazione le casistiche personali dal giugno 2000 al giugno 2009 con follow-up minimo di 9 mesi: SR 854 casi, SA 743 casi e SA/R 587 casi.

**Risultati**

Nella tabella vengono riportati i risultati ottenuti con le 3 metodiche con l'utilizzo della schiuma sclerosante con sodio-tetra-decilsolfato 3% mescolato ad aria con rapporto 1:4.

Con la SR, c'è una differenza significativa a seconda che si tratti di pazienti al primo intervento o recidivi post chirurgici e, soprattutto, post SR, sia per quanto riguarda la impossibilità

	SR	SA	SA/R
Totali	854	743	587
Bilaterali	286	143	135
Rec. post chir. e/o sclerosi	216	214	192
Pazienti < 18 anni	239 (28%)	460 (62%)	117 (20%)
Impossibilità	68 (8%)	2 (0,2%)	/
Insuccessi	36 (4,3%)	30 (4%)	1 (0,1%)

SR: sclerosi retrograda; SA: sclerosi anterograda; SA/R: sclerosi antero/retrograda.

ad eseguire la sclerosi, sia per quanto riguarda la percentuale di insuccesso dopo sclerosi. Con la SA, invece, il tipo di varicocele, se recidivo o no, non incide sulla percentuale di successo. La SA/R è la metodica che da maggiori garanzie di successo.

#### Conclusioni

L'aver a disposizione 3 possibilità permette di scegliere caso per caso la tecnica più opportuna, sempre al fine di raggiungere il migliore risultato con l'invasività minore. A nostro giudizio, pur non avendo riscontrato controindicazioni assolute in tutte e tre le tecniche sclerosanti riguardo al tipo di paziente, preferiamo la SR nei giovani adulti (dopo i 16 anni) per la sua peculiare mininvasività, se pur gravata dalla percentuale di insuccesso maggiore; la SA nei pazienti pediatrici che possono presentare maggiore difficoltà al cateterismo retrogrado; la SA/R, in virtù della più alta possibilità di successo, la indichiamo nel paziente adulto con infertilità di coppia, nel bilaterale e soprattutto nel recidivo dopo qualsiasi altra tecnica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 40

### La sclerosi anterograda secondo Tauber in età pediatrico-adolescenziale

G. Fiocca, N. Guarino, R. Coletta, C. Olivieri, A. Calisti  
Azienda Ospedaliera "San Camillo - Forlanini" Roma

#### Introduzione e obiettivi

Dal 1991 nella Chirurgia Pediatrica dell'Ospedale San Camillo di Roma è iniziato un approccio specifico al varicocele (V) in età pediatrico-adolescenziale. Inizialmente veniva consigliata la classica terapia chirurgica secondo la tecnica di Palomo successivamente la tecnica percutanea, preferibilmente dal braccio, o sclerosi retrograda. Dal 1998 infine è stata introdotta la tecnica di Tauber (sclerosi anterograda): metodica semplice, che si può effettuare in anestesia locale e che sempre più ha preso il sopravvento nel nostro uso quotidiano.

#### Scopi

Scopo del presente studio è valutare l'evoluzione della metodica secondo Tauber e studiare i suoi risultati: metodica, complicanze e recidive.

#### Materiali e metodi

Dal 1991 al 2009 sono stati visitati nel nostro Ambulatorio 3318 soggetti affetti da V di vario grado, età media di 14 anni (range 4,5-45 anni): seguendo le Linee Guida della Società Italiana di Andrologia in collaborazione della Società Italiana di Chirurgia Pediatrica è stato consigliato il trattamento nei soggetti con V di 3° grado o nei soggetti con V di grado inferiore ma con sintomatologia associata (dolore-riduzione del volume testicolare); inoltre quei soggetti che all'esame Doppler presentavano un reflusso veno-spermatico di tipo continuo e non solo provocato dalla manovra di Valsalva. Seguendo questi

criteri sono stati sottoposti a un trattamento 2093 soggetti: 414 interventi chirurgici, 737 sclerosi retrograde (a fronte di 857 flebografie retrograde) e 942 sclerosi anterograda.

#### Risultati

Nelle 942 sclerosi anterograda l'età media è stata di 13 anni (range 9-27 anni), la metodica è stata eseguita in Anestesia locale nel 96,3% dei casi, le complicanze sono state rarissime: 3 casi di passaggio a trattamento open, 1 emorragia importante, 2 idrocele e 35 soggetti sottoposti a trattamento ma in anestesia generale. Le recidive sono state il 3,6% (34) e di queste il 91% è stato sottoposto a un nuovo trattamento con successo.

#### Conclusioni

La tecnica consigliata da Tauber per il trattamento del V anche in età pediatrico-adolescenziale si è dimostrata estremamente semplice e affidabile con risultati praticamente simili, se non superiori, alla tecnica chirurgica e comunque fattibile anche a questa età in Anestesia locale, senza particolari complicanze.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 85

### Trattamento del varicocele in età pediatrica con sclero-embolizzazione retrograda trans-femorale: risultati preliminari

M. Sulpasso, C. Chironi, C. Sacchi\*, F. Antoniazzi\*\*, G. Mansueto\*\*\*

Chirurgia Pediatrica, \* Direzione Sanitaria, Clinica Pederzoli, Peschiera del Garda (VR); \*\* Clinica Pediatrica, Università di Verona; \*\*\* Istituto di Radiologia, Università di Verona

#### Introduzione

La sclero-embolizzazione retrograda trans-femorale è una tecnica alternativa a quella chirurgica che si è resa indispensabile nei casi in cui l'intervento chirurgico risulti rischioso o controindicato o qualora si voglia evitare un re-intervento.

Questa tecnica può essere utilizzata con successo nei casi di reflusso spermatico alto (tipo I, 93%) nella vena spermatica interna; con insuccesso nel reflusso spermatico basso, tipo II (3%) nella vena ipogastrica e spermatica esterna. In alcuni casi (tipo III, 4%) di reflusso misto si possono ottenere dei risultati parzialmente positivi.

L'anatomia anti-radiologica è rappresentata dal reflusso spermatico alto con integrità del sistema valvolare.

#### Materiali e metodi

Negli ultimi 3 anni sono stati trattati, utilizzando questa tecnica radiologica, 38 pazienti di età compresa tra gli 11 e 14 anni. Le indicazioni sono state: a) obesità, b) progressi interventi in sede inguinale, c) recidive di varicocele sx, d) controindicazioni all'anestesia generale. Si è sempre utilizzato un accesso femorale dx con anestesia locale. Si sono utilizzati un introduttore da 6f, Cobra da 5f, 1-2 spirali in titanio RM compatibile, un pallone occlusore e Athoxysclerol 3% per la sclerotizzazione.

#### Risultati

Dei 38 casi 26 sono stati trattati con successo. In 5 casi si è trovata una valvola continente per cui non si è potuto procedere con la tecnica, in 1 caso vi era spasmo del tratto prossimale della vena spermatica interna, in 6 casi c'è stata una recidiva. Ci sono stati 2 casi di spandimento del mezzo di contrasto per cui si è potuto procedere solo ad embolizzazione. La giovane età dei pazienti non ha rappresentato un ostacolo alla riuscita della tecnica, i pazienti non hanno mai lamentato dolore e hanno collaborato.

**Conclusioni**

La tecnica si è dimostrata affidabile, è una tecnica mininvasiva eseguibile sempre in anestesia locale. Il miglioramento dei materiali angiografici riduce drasticamente gli insuccessi. Il paziente partecipa all'intervento, non vi possono essere lesioni dell'arteria, e non vi sono complicanze quali l'idrocele. L'intervento è sempre eseguibile in Hospital Day con dimissione dopo 2 ore dall'intervento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 38****L'importanza dello screening nelle scuole per la prevenzione del varicocele: l'esperienza in una scuola laziale**

G. Fiocca, S. Scommegna, G. Scaravelli \*, A. Calisti, A. Bellocchi \*\*

Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini; \* Istituto Superiore di Sanità, Roma; \*\* ASL RM F, Roma

**Introduzione**

Con l'abolizione della leva militare obbligatoria, è venuta meno la visita medica di idoneità, che comunque assicurava uno screening agli adolescenti maschi, soprattutto per le patologie dei genitali e il varicocele (V).

**Metodi**

Su richiesta delle autorità scolastiche e del Pediatra di Zona, dal 1999 stiamo effettuando uno screening a tutti i ragazzi che frequentano la Scuola Media di Fiano Romano.

**Risultati**

In 11 anni sono stati visitati 1122 ragazzi. È stata posta la diagnosi clinica di V in 212. Tutti i soggetti positivi sono stati invitati ad eseguire un controllo presso l'Ambulatorio di Chirurgia Pediatrica, dove veniva ripetuta la visita ed effettuato un Doppler dei vasi spermatici per la conferma della diagnosi e l'eventuale indicazione al trattamento. Tra i 212 soggetti individuati, in 193 la diagnosi è stata confermata, in 9 no e 10 ragazzi sono stati persi. Tra i 193 casi, l'indicazione al trattamento è stata posta in 112 soggetti (58%). Le indicazioni sono date dalle Linee Guida della Società Italiana di Andrologia, in collaborazione con la Società Italiana Chirurgia Pediatrica: 1) V di 3° grado, 2) V sintomatico, 3) presenza al Doppler di reflusso veno-spermatico di tipo continuo. Preferiamo comunque un approccio il meno possibile invasivo: le tecniche sclerosanti (retrograda o anterograde) in anestesia locale. Sono state effettuate 40 sclerosi retrograde (guariti 37), 61 sclerosi anterograde (guarite 60) e 11 interventi (tutti guariti). Nell'ambito del follow-up, a tutti i ragazzi, al compimento dei 18 anni è stata chiesta l'esecuzione di uno studio del liquido seminale: ne abbiamo raccolti 20, 12 soggetti trattati e 8 no. I valori di Laboratorio sono risultati nel range di normalità in tutti i pazienti trattati ed in 7 dei non trattati.

**Conclusioni**

1) il V. è una patologia che compare alla pubertà e a questa età va diagnosticato; 2) è auspicabile uno screening universale; 3) il trattamento deve essere effettuato se sono presenti alcune caratteristiche obiettive e emodinamiche; 4) il trattamento deve essere poco invasivo: le metodiche sclerosanti sono ben accette anche dai pazienti più giovani, con risultati altrettanto buoni; 5) in assenza di dati sul tasso di paternità, l'outcome più rilevante è dato dall'esame del seme: non possiamo trarre conclusioni dai nostri dati, ma altri lavori su numeri più rilevanti suggeriscono l'efficacia di un trattamento precoce nel preservare il potenziale di fertilità di questi pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 52****Legge 40/2004 e infertilità di coppia da grave fattore maschile: aspettativa delle coppie sui risultati delle tecniche di PMA a 6 anni dall'approvazione**

D. Viola, F. Martino, A. Hind, R. Rossi Cesolari, L. Manoni, A. Magnanini, S. Spatafora, M. Spagni, E. Casolari, A. Mora, S. Leoni, G.B. La Sala \*  
SC Urologia, \* SC Ostetricia e Ginecologia, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

**Introduzione e obiettivi**

Valutare gli effetti della legge 40/2004 sui risultati delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) in un centro di riferimento di terzo livello, nei casi di infertilità da grave fattore maschile (azoospermia, secretiva (NOA) e ostruttiva (OA), grave oligozoospermia e criptoospermia).

**Materiali e metodi**

I risultati di 1066 cicli di *intracytoplasmic sperm injection* (ICSI) eseguiti su 778 coppie nei 4 anni (aa) precedenti l'entrata in vigore della legge sono stati confrontati con 804 cicli di ICSI eseguiti su 587 coppie nei 4 aa successivi. Tutte le coppie erano affette da grave fattore maschile di infertilità: grave oligozoospermia (concentrazione di spermatozoi al momento del pickup  $\leq 5$  milioni/ml), criptoospermia ( $< 1$  milione/ml) e azoospermia ed il prelievo degli spermatozoi è avvenuto mediante TESA (*testicular sperm aspiration*).

**Risultati**

Globalmente, l'analisi dei risultati nel periodo successivo all'applicazione della legge, ha mostrato una significativa riduzione sia dei tassi di gravidanze che di parti ottenuti, tanto per cicli di ICSI (17,8 vs. 10,9% e 14,2 vs. 8,5% rispettivamente), che per embryo transfer (18,8 vs. 13,8% e 15,0 vs. 10,7% rispettivamente), con un significativo crollo dei parti plurigemellari (35,1 vs. 17,6%). In particolare, nelle coppie con grave oligozoospermia, la riduzione dei parti per ciclo non è risultata statisticamente significativa (14,5 vs. 10,9%), come invece in quelle con criptoospermia (14,4 vs. 7,8%). Tuttavia, i risultati più eclatanti si sono manifestati nelle coppie con azoospermia (13,0 vs. 3,9%), con particolare impatto sulle NOA (15,5 vs. 2,7%).

**Conclusioni**

La legge 40/2004 ha determinato delle importanti restrizioni per le coppie infertili sottoposte a PMA: limitazione del numero di ovociti fertilizzati per ciclo di PMA a 3, trasferimento di tutti i conseguenti embrioni contemporaneamente, proibizione del congelamento degli embrioni sovrannummerari e della diagnosi preimpianto. Ciò ha determinato, nella nostra esperienza, decise riduzioni nell'efficacia delle tecniche di riproduzione assistita, in particolare per le coppie con criptoospermia ed azoospermia.

La legge 40/2004 se da un lato ha effettivamente ridotto il numero dei parti plurigemellari (uno dei suoi obiettivi dichiarati) dall'altro ha creato difficoltà maggiori al concepimento proprio per le coppie più "difficili", quelle con grave fattore maschile di infertilità, che vanno adeguatamente informate.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 31****Indagine sulla infertilità secondaria in Sicilia: fattori di rischio, profilo clinico, comorbidità e dati spermatici. Risultati preliminari**

E. Vicari, F. Montalto, F. Mastroeni, S. La Vignera  
*Gruppo di Studio Sezione Regione Sicilia – SIA (Coordinatore: E. Vicari, Segretario F. Mastroeni; Consiglieri: F. Montalto, G. Lapira, D. Di Trapani; Consulente statistico: R. Allegro)*

**Introduzione e obiettivi**

L'infertilità secondaria (INFSEC) intesa come incapacità a concepire > 1 anno di tentativi con la stessa partner e nonostante un primo concepimento (G1), è meno attenzionata in letteratura. Eppure, data l'ampia prevalenza (7-35,6%; fino a 60-78,3% in alcune comunità africane, con una frequenza pari al doppio della infertilità primaria) si prospetta per INFSEC un ampio spettro di pratiche diagnostico-terapeutiche uro-andrologiche in vari Paesi e/o Continenti. Fattori di rischio (FR) /noxae (preesistenti in G1, ex novo o agenti in combinazione), l'obiettività uro-genitale e i parametri spermatici durante un work-up per INFSEC possono assegnare /confermare un ruolo di rischio per INFSEC, migliorare le conoscenze e rafforzare il counsellg andrologico in chiave di prevenzione ed intervento.

**Materiali e metodi**

4 soci SIA aderirono allo studio, inviando (gennaio '09-aprile '10) ad un centro raccolta dati ed analisi statistica (AR), 49 schede (risposte a un questionario di 24 item) sulla INFSEC, che includeva informazioni demografiche; time to first pregnancy (TTP1) e FR in G1; tempo trascorso per affrontare il problema di INFSEC; attuali FR, quadro obiettivo e spermio-gramma; confronto dati in INFSEC vs. G1.

**Risultati**

I pz con INFSEC (età mediana 37, range 27-50) (il 41% aveva 35-39 anni) svolgevano occupazione identificata come FR nel 22,4% dei casi, il TTP1 medio era stato di 15 mesi (e nel 71% > 12 mesi). Dati in G1: 22 (44,9%) non riferirono malattie andrologiche, 10 (20,4%) appresero di avere varicocele, 10 (20,4%) infezione uro-genitale, 7 (14,3%) altre condizioni meritevoli di controllo; il 63,3% aveva concepito senza ricorso a cure. Il tempo medio trascorso per affrontare la INFSEC (G2) era di 32 mesi. Dati attuali (INFSEC- associati): erano presenti gli stessi FR (2-3 FR, di cui 1 era il fumo) in 28 pazienti (57,1%),

varicocele da solo (18,4%); varicocele + altre comorbidità uro-genitali (10,2%), infezioni uro-genitali (26,5%), altre morbidità (30,6.%), nessuna morbidità (14,3%). Nel 57% erano presenti da almeno 4,8 anni una o più delle seguenti morbidità /fattori: epatite HCV-correlata, s. metabolica, dislipidemia mista, steatoepatite, diabete, assunzione di 1 o più classi di farmaci (in G1 il 39,3% dei pazienti era già al corrente di tale morbidità). Su 21 pazienti con spermio-gramma in G1 e INFSEC, i parametri spermatici in INFSEC erano tutti peggiorati.

**Conclusioni**

In pazienti con INFSEC, chi ha TTP1 più lungo tende a rivolgersi all'andrologo più tardi; sono presenti condizioni di interesse andrologico nell'85,7% dei casi, il 57% rivela comorbidità. Lo spermio-gramma subisce un deterioramento temporale. I risultati offrono lo spunto su una campagna di informazione su FR, malattie andrologiche e sistemiche che si associano ad INFSEC e sul concetto di salute riproduttiva da tenere sotto controllo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 66****Maschio infertile con cariotipo 46 xx: analisi di due casi**

A. Scardigli, D. Tiscione, L. Luciani, V. Vattovani, G. Malossini

*Divisione Multizonale di Urologia, Ospedale Santa Chiara, Trento; Ospedale Santa Maria del Carmine, Rovereto*

Il cariotipo 46 xx è un raro reperto genetico, associato a una variante della Sindrome di Klinefelter. Correla con fenotipo maschile con marcata ipotrofia dei genitali e azoospermia. I riscontri ormonali sono simili alla sindrome di Klinefelter con valori di LH e FSH elevati e testosterone totale al di sotto del range.

Generalmente questi soggetti non presentano anomalie nel comportamento sessuale o disturbi della sfera libidica o erettiva e la diagnosi avviene nel corso di accertamenti per infertilità di coppia.

Presso il nostro Ambulatorio di Andrologia abbiamo studiato due casi di maschi con questo tipo di cariotipo, con analisi genetica approfondita.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

# Malattia di La Peyronie



TOP COMMUNICATION



TOP COMMUNICATION

## TF 2

### Studio comparativo ultramicroscopico tra le placche di IPP e quelle postraumatiche

A.F. De Rose, A. Simonato, M. Ennas, B. Bocca, G. Carmignani

*Clinica Urologica, \* Istituto Anatomia Patologica, Genova*

Scopo del nostro studio è stato quello di verificare se esistono caratteristiche istologiche simili tra le placche da traumatismo e dell'IPP.

#### Materiali e metodi

Nel corso degli ultimi due anni sono giunti alla nostra osservazione 97 pazienti per IPP e 7 per trauma del pene: 3 di questi giunsero a distanza di 3-8 mesi con incurvamento che ostacolava la penetrazione in vagina. 15 placche asportate del gruppo 1 e 3 del gruppo 2 sono state studiate al microscopio elettronico (Zeiss EM 900).

#### Risultati

Nelle placche del gruppo 1 (IPP) sono state riscontrate aree di densa fibrosi tissutale. Abbondanti fibrille si estendevano all'interno dell'apparato di Golgi e del reticolo endoplasmatico rugoso le cui cisterne apparivano dilatate e ripiene di materiale granulare elettrondenso. Tali fibre sembravano intatte o disgregate all'interno di vacuoli simili a fagosomi o a fagolisosomi.

Le cellule di Schwann mostravano un accumulo di inclusioni elettrondensesimile a quello riscontrate all'interno dei fibroblasti.

Anche nei 5 preparati relativi ai pazienti del gruppo 2 abbiamo ritrovato una reazione infiammatoria della tunica albuginea con una produzione disorganizzata di matrice extracellulare (prevalentemente collagene), anche se di minor grado rispetto a quella ritrovata nei preparati del gruppo 1. Le fibre collagene erano ben rappresentate quantitativamente e strettamente ammassate in piccoli blocchi. Le fibrille collagene superavano la membrana cellulare, addentrandosi all'interno delle strutture del citoplasma. Numerosi erano i vacuoli intracellulari contenenti fibrille collagene e sostanza amorfa o detriti cellulari. Anche in questo caso, la normale struttura della fibre elastiche era alterata per fenomeni di frammentazione e deformazione.

#### Conclusioni

La patogenesi più accreditata della malattia di La Peyronie riconduce agli effetti di un trauma (nella maggior parte dei casi microtrauma) dei corpi cavernosi del pene durante i rapporti sessuali.

Nella nostra esperienza le caratteristiche ultrastrutturali dei due tipi di preparati sono risultate molto simili. In una parte di campioni abbiamo evidenziato una reazione flogistica della struttura della tonaca albuginea, una produzione della matrice extracellulare disorganizzata, una proliferazione regolare delle cellule.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## TF 1

### Terapia medica della induratio penis plastica: esperienza su 125 casi

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

*Servizio di Andrologia, Reparto Urologia, Ospedale "Regina Apostolorum", Albano Laziale, ASL RM H, Roma*

#### Introduzione

L'IPP è una malattia del tessuto connettivo che interessa l'albuginea dei corpi cavernosi e provoca spesso un incurvamento del pene. Non è una malattia rara come riportato da alcuni siti web ed ha una incidenza intorno all'1%. L'esperienza descritta si riferisce ad un folto gruppo di pazienti trattati con terapia "integrata" (terapie tra loro complementari e associate in maniera da sommare le singole percentuali di risposta e raggiungere così il maggiore successo terapeutico).

#### Materiale e metodi

181 pazienti affetti da IPP non stabilizzata e sintomatica. Tutti i pazienti sono stati sottoposti prima del trattamento e dopo 6 mesi a: anamnesi, es. obiettivo, eco-pene dinamica, Rx-pene (se placca ipercogena). 56 pazienti sono stati esclusi per non aver completato follow-up o perché non omogenei per lo studio diagnostico o per il piano terapeutico. Età = 24-73 anni (media = 55 anni). Incurvatio penis = 92,8% dei casi. Calcificazione accertata con Rx-peniene = 30,4% dei casi. Dimensioni placca = 1-40 mm. Gruppi terapeutici: *Gruppo A*: 33 pazienti – infiltrazione periplacca con verapamil 10 mg/2 volte al mese + vit. E 600 mg/di + Tegens (estratto mirtillo) 160 mg/di + diclofenac gel + ionofresi giornaliera (verapamil) per 6 mesi; *Gruppo B*: 65 pazienti – schema come A + propoli 600 mg/di (alternativo al Tegens); *Gruppo C*: 13 pazienti – solo infiltrazione verapamil 10 mg/2 volte al mese + vit. E 600 mg/di + diclofenac gel/6 mesi; *Gruppo D*: 14 pazienti – solo ionofresi giornaliera con verapamil + vit. E 600 mg/di + diclofenac gel/6 mesi.

#### Risultati

Scomparsa dolore: Gruppo A: 100%; Gruppo B: 90%; Gruppo C: 83,3%; Gruppo D: 88,8% – Incidenza della riduzione del volume della placca dopo trattamento: Gruppo A: 93,9%; Gruppo B: 80%; Gruppo C: 92,3%; Gruppo D: 92,8% – Riduzione percentuale effettiva del volume della placca: Gruppo A: 61,7%; Gruppo B: 46,9%; Gruppo C: 41,3%; Gruppo D: 32,5% – Incidenza della scomparsa della placca: Gruppo A: 27,2%; Gruppo B: 7,69%; Gruppo C: 0%; Gruppo D: 0% – Incidenza della riduzione della curvatura: Gruppo A: 74,1%; Gruppo B: 80,3%; Gruppo C: 90,9%; Gruppo D: 69,2% – Effettiva riduzione dell'incurvamento in gradi (media): Gruppo A: 8,75 gradi; Gruppo B: 14 gradi; Gruppo C: 2,9 gradi; Gruppo D: 4,6 gradi – Percentuale scomparsa curvatura: Gruppo A: 3,2; Gruppo B: 24,5; Gruppo C: 9; Gruppo D: 7,7.

#### Conclusioni

Ottima risposta in termini di riduzione della placca nel Gruppo A; ottima risposta in termini di riduzione e scomparsa della curvatura nel Gruppo B; scarsa risposta nei Gruppi C e D.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 51****Extracorporeal shock wave therapy nel trattamento della malattia di La Peyronie: risultati a lungo termine**

E. De Berardinis, G.M. Busetto, G. Antonini, V. Gentile  
Dipartimento di Urologia "U. Bracci", Sapienza Università di Roma

**Scopo**

I dati attualmente disponibili sull'ESWT (*Extracorporeal Shock Wave Therapy*) per il trattamento della malattia di La Peyronie sono controversi. Questo studio è stato effettuato per saggiare l'efficacia, la fattibilità e gli effetti collaterali dell'ESWT.

**Materiali e metodi**

Dal 2000 al 2004, 157 pazienti con un'età media di 58 anni ed affetti da malattia di La Peyronie sono stati arruolati per effettuare un trattamento conservativo con onde d'urto. Tutti i 150 pazienti eligibili sono stati trattati con ESWT utilizzando il litotritore Dornier Compact Delta II UIMS®.

Il numero medio di trattamenti per paziente è stato 3,5 con l'impiego di 2000 onde d'urto per ogni applicazione. Non è stata praticata alcuna anestesia né analgesia. Uno studio ecografico della placca di induratio penis plastica è stato effettuato prima del trattamento. I parametri che sono stati considerati sono: dimensione della placca, curvature del pene, dolore, rigidità e tumescenza del pene, capacità di intrattenere rapporti sessuali ed effetti collaterali. Il follow-up medio è stato di 36,9 mesi.

**Risultati**

La durata media del trattamento è stata di 20 minuti senza particolari effetti collaterali. Riguardo la curvatura abbiamo ottenuto una riduzione statisticamente significativa del 33,3% mentre le dimensioni della placca non si sono ridotte in maniera significativa. Il dolore si è ridotto in più del 90% dei pazienti e una scomparsa totale nel 6% di essi. La qualità dei rapporti sessuali ha fatto registrare un modico miglioramento mentre non è stata osservata alcuna differenza nella tumescenza e rigidità del pene.

**Conclusioni**

L'ESWT è un trattamento non invasivo per la malattia di La Peyronie. Il nostro studio conferma che i migliori risultati sono ottenuti nei confronti del dolore ma anche della curvatura. Per le dimensioni della placca e la qualità della vita sessuale i risultati non sono stati soddisfacenti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 50****Associazione di Andropenis® con terapia orale (Peironimev®) vs. verapamil intraplacca nel trattamento della malattia di Peyronie: risultati preliminari di uno studio randomizzato di fase II**

P. Gontero, M. Di Marco\*, G. Giubilei\*\*, F. Pisano, A. Bonazzi, F. Soria, C. Fiorito, A. Zitella, R. Bartoletti\*\*\*, A. Tizzani, N. Mondaini\*\*\*\*

Urologia 1, Università di Torino; \* Casa di Cura Nuova Villa Claudia, Roma; \*\* Urologia, Ospedale di Ponte Anniccheri, Università di Firenze; \*\*\* Divisione di Urologia, Ospedale Careggi, Università di Firenze

**Introduzione e obiettivi**

Le infiltrazioni intraplacca di verapamil, una delle terapie più diffuse per la malattia di La Peyronie, sono gravate da una certa invasività e scarsa compliance da parte dei pazienti. Espe-

rienze preliminari hanno evidenziato una riduzione variabile della curvatura peniena dopo utilizzo di estensore penieno. Il PeironiMEV® (vit. E + ac. paraminobenzoico + Persea grassissima + Liriosma ovata E.S. + Tumeraphrodisiaca) è un integratore contenente alcune sostanze testate individualmente nella malattia di La Peyronie. L'obiettivo dello studio è stato quello di confrontare l'efficacia e la tollerabilità dell'associazione di un composto a base di PeironiMEV® + l'estensore penieno Andropenis® con le iniezioni intraplacca di verapamil in uno studio randomizzato di fase II.

**Metodi**

Pazienti con diagnosi di malattia di La Peyronie associata a recurvatum penieno sono risultati eleggibili. Le valutazioni basali comprendevano la misurazione della placca mediante ecografia o con un calibro, la determinazione delle dimensioni peniene in flaccidità ed in estensione massimale, la gradazione della curvatura sulla base di una autofotografia o di una erezione farmaco-indotta ambulatoriale, il punteggio di VAS, l'IIEF ed il questionario SEP. I pazienti sono stati randomizzati per ricevere l'Andropenis® per 8 ore/die + PeironiMEV® 2 cp/die per 6 mesi (braccio 1) oppure verapamil intraplacca 5 mg/2 cc ogni 2 settimane per 6 mesi (braccio 2). Le valutazioni basali sono state ripetute ad 1, 3, 6 e 12 mesi.

**Risultati**

Sono stati arruolati 29 pazienti (17 nel braccio 1 e 12 nel braccio 2), di età media 55 anni (38-77) e durata media della malattia 8,6 mesi. Due pazienti sono usciti dallo studio (1 nel braccio 1 per inefficacia ed 1 nel braccio 2 per dolore). Dei 27 pazienti valutabili a 6 mesi, il punteggio VAS medio si è ridotto significativamente nel braccio 1 ( $p < 0,0001$ ; media basale 3,9, media a 6 mesi 1,2) ma non nel braccio 2 ( $p = 0,14$ ; media basale 1,67, media a 6 mesi 0,8). Le dimensioni della placca non hanno subito variazioni significative nei 2 gruppi. Il grado di recurvatum si è ridotto significativamente nel braccio 1 ( $p = 0,004$ ; media basale 45,9°, media a 6 mesi di 32,8°) ma non nel braccio 2 ( $p = 0,07$ ; media basale 46,7°, media a 6 mesi 37,8°). Le dimensioni peniene sono risultate invariate in entrambi i gruppi (braccio 1: media basale 11,5 cm, media a 6 mesi 11,7; braccio 2: media basale: 10,2, media a 6 mesi: 10,5). L'IIEF [valore basale braccio 1: 19 (DS 5,9); braccio 2: 19,7 (DS: 4,4)] e le percentuali di risposte positive al SEP non hanno subito variazioni significative a 6 mesi).

**Conclusioni**

L'associazione di PeironiMEV® con l'estensore penieno sembra essere una strategia terapeutica più attiva rispetto alle iniezioni intraplacca nella riduzione del recurvatum e nel miglioramento del dolore della malattia di La Peyronie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 49****Intervento chirurgico per fuga venosa con raddrizzamento nel morbo di La Peyronie**

G. Alei, P. Letizia, L. Alei, F. Ricottilli  
Dipartimento di Chirurgia Plastica, Sapienza Università di Roma

**Introduzione e obiettivi**

Gli incurvamenti acquisiti del pene a seguito di induratio penis plastica o di traumi, infatti, necessitano di terapia chirurgica per il raddrizzamento dell'asta, ma sovente la patologia stessa produce un accorciamento del pene. In più l'induratio penis plastica si associa frequentemente a disfunzione erettile o significativo indebolimento dell'erezione per fuga venosa". In questo lavoro verranno presentati i risultati ottenuti con un nuovo approccio chirurgico.

**Materiali e metodi**

Si effettua una corporoplastica di raddrizzamento, che prevede nuovi accessi chirurgici che non obbligano ad effettuare la circoncisione e nell'utilizzare un tipo di sutura che riduce l'accorciamento post-operatorio del pene, si provvede alla sezione del legamento sospensore del pene che ne produce un allungamento relativo ed a inserire un cuneo di silicone (distanziatore pubo-cavernoso di Alei) che mantiene il pene distanziato dal pube in modo definitivo. Tale distanziatore, però, non solo produce l'allungamento del pene e consente il permanere del risultato acquisito nel tempo, ma – andando a comprimere le vene dorsali profonde del pene – migliora nettamente l'erezione, rendendola più rapida nell'acquisizione e solida nel mantenimento.

**Risultati**

Abbiamo operato con questa tecnica 13 pazienti, di età media di 54 anni, il follow-up è di 26 mesi. La qualità delle erezioni è stata valutata pre- e post-operatoriamente mediante esame Rigiscan. In 8 pazienti vi è stato un incremento degli episodi erettili in 4 pazienti si sono modificate leggermente in 1 paziente nessun cambiamento.

**Conclusioni**

Le complicanze dell'induratio penis plastica possono essere incurvamento e accorciamento penieno. L'innovativo intervento consiste nell'ovviare alla perdita di lunghezza del pene a seguito del raddrizzamento ed a migliorare l'erezione. L'uso del distanziatore pubo-cavernoso può rappresentare una soluzione terapeutica per la disfunzione rettile da venous leakage.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 53****Posizionamento di protesi peniena in pazienti con malattia di La Peyronie**

D. Dente, G. Garaffa<sup>1</sup>, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa<sup>2</sup>, T. Paniccia<sup>3</sup>, A.N. Christopher<sup>4</sup>, D. Ralph<sup>4</sup>  
*Dipartimento di Urologia, Policlinico Umberto I, Roma;* <sup>1</sup>*Andrology Department, University College Hospital, London;* <sup>2</sup>*Dipartimento di Urologia, Ospedale "SS. Annunziata", Chieti;* <sup>3</sup>*Dipartimento di Urologia, Università "G. D'Annunzio", Chieti;* <sup>4</sup>*Andrology Department, University College Hospital, London*

**Introduzione**

Riportare i risultati dell'impianto di protesi peniena in pazienti affetti da malattia di Peyronie (PD).

**Materiali e metodi**

Dal gennaio 1985 al giugno 2009 209 pazienti (pz) con PD sono stati sottoposti a posizionamento di protesi peniena. È stata fatta una comparazione tra protesi tricomponente, Gruppo A (n = 129) e protesi malleabile, Gruppo B (n = 80). L'esito positivo dell'intervento è stato classificato come il raddrizzamento del pene e la corretta posizione e funzionamento della protesi. Il follow-up medio è stato di 18,3 mesi (1-199).

**Risultati**

Rispettivamente nel gruppo A e B 21 e 15 pz erano diabetici, 19 e 12 pz erano già stati sottoposti a intervento chirurgico. In 77 (A) e 70 (B) pz non è stato necessario il raddrizzamento dell'asta, in 14 (A) e 6 (B) pz si è usato il dilatatore/cavernotomo di Rossello per la dilatazione dei corpi cavernosi. In 51 (A) e 10 (B) pz è bastato il solo modellamento, in 3 (A) e 3 (B) pz anche un'incisione della tunica e/o plicatura, in 1 (A) e 3 (B) pz è stato necessario l'uso del graft, mentre in 2 (A) e 2 (A) l'escissione della placca.

I casi di infezione della protesi sono stati 3 (A) e 4 (B), invece

quelli di danno meccanico sono stati 6 (A). In totale 26 pz hanno avuto successiva revisione chirurgica 18 (A) e 8 (B).

In totale la percentuale di soddisfazione è stata dell'86% (A) e 72% (B).

**Conclusioni**

In caso di significativa disfunzione erettile, deformità peniena complessa, o accorciamento dell'asta, si può ricorrere direttamente al posizionamento della protesi che permette la correzione della deformità, fornisce una sufficiente rigidità per avere un rapporto sessuale completo, e preserva la lunghezza del pene. Comparando i 2 tipi di protesi, quella tricomponente risulta essere quella che soddisfa maggiormente i pz.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 54****Utilizzo della colla di fibrina (Thacosil) nell'induratio penis plastica**

T. Zenico, M. Saccomanni, U. Salomone  
*UO Urologia, Ospedale Morgagni Pierantoni di Forlì*

**Introduzione e obiettivi**

Dal gennaio 2008 sono stati arruolati 20 pazienti (pz) di età media di 62 anni (range da 50 a 68 anni) affetti da induratio penis plastica con placche dorsali della dimensione media di 2,1 cm (1,5 a 3 cm), stabilizzate almeno da 6 mesi. Sono stati valutati mediante esami di laboratorio, ecocolordoppler penieno dinamico, autofoto, misurazione in lunghezza e circonferenza dell'asta.

Scopo dello studio è stato quello di valutare i risultati sia in termini di correzione dell'incurvamento, che in termini funzionali.

**Materiali e metodi**

L'ecocolordoppler ha confermato le dimensioni della placca, l'assenza di lesioni arteriose e veno occlusive. Per documentare l'angolazione, nonché la lunghezza del pene, è stata indotta un'erezione artificiale/idraulica in corso di intervento; in seguito, dopo aver isolato il fascio vascolo-nervoso, è stata asportata completamente la placca in 16 pz od incisa negli altri 4.

Quindi è stato applicato nella sede della lesione un patch di collagene rivestito da fibrinogeno e trombina opportunamente sagomato. Dopo aver esercitato una lieve pressione per pochi minuti si è ottenuto una completa emostasi. Il decorso post-operatorio è stato regolare in tutti i casi e i pz sono stati dimessi in 11 giornata.

**Risultati**

Il follow-up eseguito a 3,6,12 mesi ha evidenziato in tutti i pz valide erezioni in assenza di incurvamenti penieni significativi. La presenza della colla di fibrina è scomparsa completamente dal dorso del pene dopo 3-4 mesi dall'intervento. 5 (25%) pz hanno presentato per circa 40 giorni parestesie lungo l'asta. Nessuna complicanza a lungo termine.

**Conclusioni**

La rimozione o l'incisione della placca di induratio penis plastica ed il successivo posizionamento di colla di fibrina (Thacosil), è una procedura che va tenuta in considerazione nel trattamento dell'induratio penis plastica, in quanto non determina accorciamento dell'asta, mantiene una valida erezione, è sicura.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C 22

### Utilizzo del "pelvicol" nelle corporoplastiche complesse per il trattamento della IPP: risultati preliminari

F. Colombo, A. Franceschelli, P. Orciari, C.N. Bizzarri\*, F. Modenini

SSD Andrologia, \*Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Policlinico "S. Orsola Malpighi", Bologna

#### Introduzione e obiettivi

La induratio penis plastica (IPP) è caratterizzata dalla degenerazione fibro-jalina dell'albuginea, che condiziona la progressiva deformazione/retrazione dei corpi cavernosi, con possibile compromissione dell'attività sessuale penetrativa. Le tecniche di corporoplastica di allungamento prevedono l'incisione/escissione della placca indurativa ed innesti liberi di sostituzione. Il principale limite di queste tecniche consiste nel lungo processo di adattamento dell'innesto e nell'imprevedibile entità della retrazione cicatriziale. L'associazione con impianto protesico di tipo soffice a spinta assiale (tecnica di Austoni) consente di ovviare a questo limite. Presentiamo i risultati a medio termine ottenuti modificando la tecnica originale con un innesto di matrice acellulare di derma porcino.

#### Materiali e metodi

Da aprile 2009 a gennaio 2010, 7 pazienti (pz) (età media 56,8 anni) affetti da IPP stabile, con difficoltà penetrative di origine meccanica, sono stati sottoposti a intervento. La valutazione pre-operatoria è consistita in: questionario IIEF-5, eco-Doppler dinamico, auto-fotografia del pene eretto. Abbiamo osservato: IIEF: 20,6 (range 18-23); ecodoppler: normalità della fase arteriosa (VPS > 35 cm/sec) in tutti i pz,

mancato azzeramento della VTD (8 e 10 cm/sec) in 2 pz ; curvatura dorso-laterale (tra 30° e 80°) in 5 pz, dorsale (40°) con retrazione e accorciamento del pene in 1 caso, ventrale (90°) in 1 pz. Tutti i pz sono stati operati associando la tecnica di Austoni ad un innesto di matrice acellulare di derma porcino (Pelvicol Bard). In 6/7 pz si è proceduto a semplice incisione trasversale della placca, in 1 a sua completa escissione. Tutti i pz sono stati sottoposti a protocollo riabilitativo post-operatorio con PDE5i su base cronica e fisioterapia con Vacuum. Follow-up a 3 e 6 mesi (i 2 ultimi pz hanno effettuato solo la prima visita). È stata indagata la funzione erettiva residua (presenza di erezione complementare), la capacità penetrativa ed il grado di soddisfazione globale circa la qualità dei rapporti (insoddisfacente, sufficiente, discreta, ottima). Si è proceduto a misurazione della lunghezza dell'asta e verificato la correzione della deformazione.

#### Risultati

La valutazione della performance sessuale ha dato i seguenti risultati: erezione complementare in 6/7 pz, capacità penetrativa in tutti i pz. Qualità del rapporto: ottima in 1 caso, discreta in 4, sufficiente in 1 e insoddisfacente in 1. Aumento della lunghezza del pene compresa tra 1,6 e 3 cm (medio 1,9 cm). Completa correzione della curvatura in tutti i pz. Complicanze acute: necrosi superficiale della cute ventrale distale dell'asta in 1 caso. Complicanze tardive: 1 caso di ptosi ventrale del glande corretta con glandulopessia.

#### Conclusioni

La tecnica di Austoni consente il raggiungimento degli obiettivi prefissati: raddrizzamento e allungamento del pene, restituzione della capacità coitale. L'uso di Pelvicol presenta il vantaggio di ridurre la morbidità legata al prelievo di materiale autologo senza inficiare il risultato dell'intervento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

# Patologia prostatica e andrologia



## TOP COMMUNICATION

### TF 7

#### Studio comparativo sul recupero della funzione erettile in pazienti sottoposti a RRP nerve-sparing vs. RALP

G.M. Ludovico, G. Pagliarulo, G. Cardo, G. Dachille, M. Romano, F. Portoghese, F. Maselli, S. Cotrufo  
*Ente Ecclesiastico, Ospedale Generale Regionale "F. Miulli", UOC Urologia, Centro di Chirurgia Robotica-Laparoscopica Mininvasiva, Acquaviva delle Fonti (BA)*

#### Introduzione

La disfunzione erettile e rappresenta ancora oggi una complicanza importante dopo intervento di chirurgia radicale della prostata. Questo studio comparativo intende valutare la ripresa della funzione erettile nei pazienti sottoposti a chirurgia radicale della prostata.

#### Materiali e metodi

Sono stati valutati prospetticamente 100 pazienti con adenocarcinoma della prostata localizzato sottoposti a prostatectomia radicale video laparoscopica robot Da Vinci assistita (RALP), nerve sparing bilaterale (bns) da gennaio 2008 a settembre 2009. Abbiamo, quindi comparato i risultati, in modo retrospettivo, con 100 pazienti con adenocarcinoma della prostata localizzato sottoposti a prostatectomia radicale retropubica (RRP), bns, da gennaio 2006 a dicembre 2008.

100 pazienti sottoposti a bnsRRP sono stati inseriti nel gruppo A, mentre 100 pazienti sottoposti a RALP nel gruppo B. Tutti i pazienti sono stati operati dallo stesso *high volume surgeon*. I criteri di selezione nei due gruppi riguardavano: PSA < 10 ng/ml; Gleason score biptico inferiore a 7; IIEF score pre-operatorio > 25. Tutti i pazienti hanno iniziato precocemente terapia riabilitativa con PDE5-i per via orale.

Il follow-up è stato eseguito a 1, 3 e 6 mesi con IIEF, stress test e pad test. Sono anche stati valutati i parametri intraoperatori e le complicanze peri e post-operatorie.

#### Risultati

Nel gruppo A (bnsRRP) a 3 e 6 mesi si è documentata una ripresa dell'erezione nel 52,5% e nel 57,5% rispettivamente. Ad un anno riferisce ripresa dell'erezione il 68,3% dei pazienti. Nel gruppo B (RALP) abbiamo riscontrato a 3 e 6 mesi una ripresa dell'erezione rispettivamente nel 77,3% e nel 79,5% dei casi. Nei due gruppi non si sono osservate differenze significative nella percentuale di margini positivi.

#### Conclusioni

I nostri dati confermano come l'intervento di RALP, in *surgical high volume center*, consente sicuramente un più precoce recupero dell'erezione rispetto all'intervento open.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### Bibliografia

- Liss MA, Osann K, Canvasser N, et al. *Continence definition after radical prostatectomy using urinary quality of life: evaluation of patient reported validated questionnaires* J Urol 2010;183:1464-8.
- Menon M, Muhletaler F, Campos M, et al. *Assessment of early continence after reconstruction of the periprostatic tissues in patients undergoing computer assisted (robotic) prostatectomy: results of a 2 group parallel randomized controlled trial.* J Urol 2008;180:1019-23.

### C 9

#### Cause di rifiuto e drop-out nella riabilitazione della funzione erettile dopo prostatectomia radicale open

G. d'Anzeo, M. Polito \*, G. Paradiso Galatioto \*, L.P. Canclini \*, M. Silvani \*, M. Ruggieri \*, G. Malvestiti \*, A. Dellerose \*, G. Muzzonigro  
*Clinica Urologica, Università Politecnica Delle Marche, Ancona; \*Gruppo di Studio SIA, Riabilitazione dei Corpi Cavernosi*

#### Introduzione

Lo scopo del presente studio prospettico è quello di valutare, nell'ambito della nostra casistica, il grado di accettazione e di compliance da parte del paziente di tali protocolli riabilitativi.

#### Materiali e metodi

Tutti i pazienti sottoposti a prostatectomia radicale vengono valutati, prima dell'intervento chirurgico, con l'ausilio dell'IIEF-5 e di una intervista semi-strutturata sulle abitudini sessuali. Ai fini del presente studio, sono stati considerati tutti pazienti sottoposti a intervento di prostatectomia radicale open in un gruppo condiviso.

A circa 30 giorni dalla dimissione, o comunque dalla rimozione del catetere vescicale, a tutti i pazienti è stato offerto un counselling andrologico. Inoltre, viene condotta una anamnesi mirata alla valutazione delle abitudini sessuali della coppia e alle aspettative riguardo alla ripresa dell'attività sessuale, e si forniscono indicazioni per la riabilitazione della funzione erettile, che viene inizialmente eseguita con iniezioni intracavernose di alprostadil (Caverject®, Pfizer Inc) a cadenza settimanale. Nel caso in cui il paziente accetti la partecipazione al protocollo, questi viene tutorato per 4 settimane al fine di individuare il minimo dosaggio efficace del farmaco (al fine di limitarne gli effetti collaterali) e di apprendere la tecnica di auto-iniezione. Vengono successivamente effettuati dei controlli a 3 mesi e poi ogni 6 mesi, in occasione dei quali vengono valutati i punteggi IIEF e valutate le istanze del paziente e della coppia. L'obiettivo finale di tale counselling risiede nel tentativo di realizzare una "alleanza terapeutica" con la coppia, che possa massimizzare i risultati della riabilitazione stessa.

Sono stati valutati: l'età, l'IIEF5 pre-operatorio, la eventuale terapia adiuvante, le motivazioni che hanno indotto a non intraprendere o a sospendere la terapia riabilitativa. Endpoint primario è stato considerato il tasso di accettazione e di sospensione della terapia, endpoint secondario le motivazioni di rifiuto e di drop-out della terapia stessa.

#### Risultati

Sono risultati valutabili 348 pazienti di età media 64,56 anni. L'IIEF-5 mediano pre-operatorio era 21.

Il 35,5% dei pazienti ha rifiutato di intraprendere il programma riabilitativo. In questo subset di pazienti le motivazioni erano: perdita di interesse nell'attività sessuale (51,8%), perdita di interesse per l'attività sessuale da parte della partner (30,2%). Questi pazienti presentavano un'età media maggiore e un IIEF5 pre-operatorio inferiore rispetto a coloro i quali avevano scelto di intraprendere la riabilitazione. Inoltre, nel 18% dei casi, la necessità di trattamento adiuvante ha motivato i pazienti a soprassedere alla riabilitazione.

Il 64,5% dei pazienti ha invece deciso di partecipare al programma riabilitativo, abbandonandolo nell'11,1% dei casi. Le motivazioni che hanno indotto a questa scelta sono risultate: dolore post-iniettivo nel 42,3% dei casi, inefficacia nel 50%,

nel 7,7% dei casi entrambe le motivazioni. La percentuale di pazienti che erano sottoposti a terapia adiuvante non risultava essere statisticamente differente tra i due gruppi (25,8 vs 34%,  $p = 0,1$ ). In nessun caso l'abbandono è stato determinato da eccessivo costo della terapia.

#### Conclusioni

Nonostante un programma assiduo di counselling, una significativa percentuale di pazienti non intraprende o termina anticipatamente il programma di riabilitazione. L'età, la perdita di interesse all'attività sessuale, il dolore e la mancanza di efficacia costituiscono le cause più comuni di insoddisfazione da parte dei pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C 8

### Fattori predittivi di desiderio sessuale nel periodo post-operatorio in pazienti sottoposti a prostatectomia radicale nerve-sparing bilaterale

A. Salonia, U. Capitanio, M. Cava, A. Briganti, G. Zanni, A. Saccà, F. Abdollah, M. Ferrari, L. Rocchini, P. Rigatti, F. Montorsi

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

#### Obiettivi

Descrizione psicometrica del livello di desiderio sessuale (DS) nel corso del tempo e dei fattori predittivi associati nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica nerve-sparing bilaterale (BNSRRP) per tumori della prostata organo-confinati (PCa).

#### Metodi

Abbiamo considerato una coorte di 138 pazienti PCa sessualmente attivi prima dell'intervento, con una relazione eterosessuale stabile e monogama, consecutivamente sottoposti a RRP in un singolo centro. I pazienti sono stati valutati all'ingresso tramite un'accurata anamnesi medica e sessuale, il punteggio IIEF ed il ICQ-SF [per definire entità e frequenza della incontinenza urinaria (UI)]. Ogni strumento psicometrico è stato rivalutato ogni 6 mesi nel post-operatorio, fino a 18 mesi di follow-up (FU). I pazienti hanno anche completato una *Visual Analogue Scale* (VAS score: min 0-max 10) real-time, che dava un punteggio della intensità del DS nelle 4 settimane prima dell'intervento, ed una remembered-VAS finalizzata a definire retrospettivamente il livello di DS relativamente ad un periodo precedente 6 mesi la BNSRRP. Tramite la statistica descrittiva e modelli di regressione logistica o lineare abbiamo valutato la frequenza e i fattori predittivi di DS.

#### Risultati

La media pre-operatoria (deviazione standard) dell'IIEF-DS era 6,3 (2,2). L'analisi ANOVA ha mostrato un aumento non significativo dei valori di IIEF-DS ( $p = 0,222$ ;  $F = 1,469$ ) nel corso del FU post-operatorio [più precisamente, IIEF-DS a 6 mesi: 5,9 (2,2); a 12 mesi: 6,4 (1,9); ed a 18 mesi: 6,5 (2,2)]. Dei 138 pazienti, 74 (53,6%) riferivano un DS diminuito dopo la BNSRRP. In questo contesto, la media del VAS score real-time post-operatorio era significativamente ridotta rispetto al pre-operatorio [6,1 (2,3) vs. 8,1 (1,1);  $p < 0,0001$ ; 95% CI -2,42, -1,57, real-time vs. remembered, rispettivamente]. Ad un'analisi univariata, IIEF-DS è risultato essere positivamente correlato con VAS-DS ( $p < 0,001$ ;  $B 0,46$ ). L'analisi di regressione lineare ha dimostrato come l'età dei pazienti e la presenza di climacturia non influenzassero il DS post-operatorio; inoltre il DS aumentava linearmente con l'aumentare dell'IIEF-erectile function (EF) ad ogni rivalutazione

nel FU [(Beta = 0,072;  $p = 0,04$ ); (Beta = 0,091;  $p < 0,001$ ); e (Beta = 0,137;  $p < 0,001$ ), al 6°, 12° e 18° mese di FU rispettivamente]. Il VAS score per l'intensità della sensazione orgasmica è risultato essere un fattore predittivo positivo per il DS (Beta 0,334;  $p = 0,001$ ). La presenza di UI – come valutato con l'ICQ-SF – risultava essere negativamente correlata con il DS solo a partire dal 18° mese di FU (Beta = -0,095;  $p = 0,029$ ).

#### Conclusioni

Il DS post-operatorio è positivamente correlato con l'EF e l'intensità della sensazione orgasmica; al contrario, la consapevolezza di una persistente UI impatta negativamente sul DS dopo i primi 18 mesi dall'intervento chirurgico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 69

### Riabilitazione alla funzionalità erettile dopo prostatectomia radicale: la nostra esperienza

G. Ollandini, G. Mazzon, G. Ocello, B. de Concilio, S. Benvenuto, R. Napoli, A. Zordani, S. Bucci, E. Federico, G. Liguori, C. Trombetta

Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste, UCO Clinica Urologica

#### Introduzione

La prostatectomia Radicale, anche nerve sparing, è responsabile di danni ai corpi cavernosi dovuti al periodo di neuro-aprassia. L'utilizzo di alprostadi e di inibitori delle 5 fosfodiesterasi hanno un ruolo riconosciuto nella riabilitazione alla funzionalità erettile dopo intervento di PR. Non esistono tuttavia dei protocolli universalmente accettati come "Gold standard", e la gestione ambulatoriale dei pazienti è spesso gravata da una bassissima compliance. Ciò è dovuto sia allo scarso comfort della terapia iniettiva intracavernosa, specie se eseguita in ambulatorio, sia ai tempi necessariamente lunghi richiesti da tale riabilitazione.

#### Materiali e metodi

Da dicembre 2009 presso la nostra Clinica Urologica, durante la preparazione pre-operatoria dei pazienti per intervento di Prostatectomia Radicale (PR) nerve sparing, ciascun paziente è stato informato sugli effetti dell'intervento, ed è stato somministrato questionario IIEF-15. Ai pazienti che non presentassero già gravi disfunzioni della funzione erettile è stato consegnato un apposito libretto personale costituito da una prima parte pre-operatoria, con valutazione di IIEF iniziale, data e descrizione dell'intervento chirurgico, e comorbidità principali; una seconda parte di terapia riabilitativa, con score specifici di funzionalità delle erezioni farmaco indotte (sia iniettive che mediante dispositivo intrauretrale) da compilarsi a cura del paziente, ed indicazioni su dosaggi ed effetti indesiderati da compilarsi a cura del medico, ed una terza parte riguardante il follow-up, con IIEF al termine del ciclo, terapia orale impostata e le date delle visite di controllo.

#### Risultati

Durante i 5 mesi in cui è stato adottato questo metodo 41 pazienti sono stati sottoposti a PR. Tra essi 34 rispondevano ai requisiti per accedere all'ambulatorio di riabilitazione. 6 pazienti hanno rifiutato la proposta per i costi eccessivi o per disinteresse, o hanno abbandonato il ciclo in itinere. 4 pazienti hanno concluso il percorso riabilitativo e 24 stanno proseguendo correttamente la riabilitazione.

#### Conclusioni

La gestione mediante libretto personale, con riferimento al risultato sul singolo mediante score autovalutativo incrementa la compliance terapeutica rispetto alla proposta di sola som-

ministrazione della terapia, fornisce un quadro globale della progressione, permette una personalizzazione del protocollo in base ai risultati, e in futuro sarà fonte di numerosi dati per analisi statistiche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 13

### Condizioni di possibile ipogonadismo e cancro prostatico

S. Campo, G. D'Ambrosio\*, G. Mazzaglia\*\*, G. Sini\*\*, G. Campo\*\*\*

MMG, Simg (Società Italiana di Medicina Generale), SIU; \*MMG, Simg; \*\*Ricerca Health Search Simg; \*\*\*Dirigente medico, Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar (VR), SIU

#### Introduzione e obiettivi

Il carcinoma prostatico (PCa) è una neoplasia ormono dipendente ed è influenzata dalla testosterone. È possibile che alcune terapie mediche o condizioni cliniche determinino una ipoandrogenizzazione o modifichino l'esposizione oncogena del tessuto prostatico. Obiettivo della ricerca è di verificare se l'esposizione ad alcune condizioni (dosaggio del PSA, obesità), patologie (IPB, diabete mellito II, ipertensione arteriosa) o farmaci (inibitori dell'HMG CoA reductasi, inibitori della 5 alfa reductasi, antidiabetici e FANS) possono modificare la prevalenza del PCa nei soggetti esposti.

#### Materiali e metodi

I dati sono stati ottenuti dal data base Health Search della Medicina Generale (MG) italiana in cui confluiscono i dati delle cartelle cliniche di circa 900 medici di MG. Per ogni caso di PCa sono stati ricercati, con metodo random, due controlli non PCa e in entrambi i gruppi sono state ricercate le esposizioni a: DM II, ipertensione arteriosa, obesità, IPB, richiesta del PSA, Finasteride, Dutasteride, antidiabetici e statine.

#### Risultati

Sono stati selezionati 2.544 casi e 5.088 controlli. L'analisi univariata ha mostrato una diminuzione di rischio per PCa per: DM II, ipertensione arteriosa, IPB, finasteride e dutasteride, antidiabetici e statine. Dopo aggiustamento per i potenziali fattori confondenti, una diminuzione significativa del rischio per PCa è stata evidente per DM II, IPB, finasteride e dutasteride e statine.

#### Conclusioni

I nostri dati mostrano che la condizione di DM II è significativamente associata ad una diminuzione di rischio per PCa. La terapia con antidiabetici è associata ad una significativa riduzione del rischio per PCa nell'analisi univariata, ma non in quella multivariata.

Nel nostro studio, le terapie con finasteride e dutasteride sono associate ad una riduzione del rischio per PCa solo dopo tre anni di terapia ed una dose definita giornaliera (DDD) superiore all'80%.

L'uso corrente di statine è significativamente associato ad una riduzione del rischio per PCa ed in funzione della percentuale di DDD; questi risultati potrebbero essere spiegati per un'attività d'inibizione delle statine sulla steroidogenesi o per le loro proprietà pleiotropiche.

Il dosaggio del PSA è più frequente nei soggetti con PCa e questo è un risultato atteso.

L'IPB è significativamente associata ad una diminuzione di rischio per PCa; è un dato di difficile interpretazione e la letteratura presenta dati controversi.

Questo studio riporta dati dal setting della MG in cui concorrono diversi fattori, protettivi e di rischio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 65

### Studio retrospettivo in 187 pazienti di età giovanile sulla correlazione fra LUTS, sindrome prostatica cronica e aspetti morfofunzionali della regione cervico-uretrale: risultati clinici

R. Giulianelli, G. Vincenti, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Albanesi, L. Mavilla, F. Pisanti, F. Attisani  
Villa Tiberia, Roma

#### Introduzione

La sintomatologia disurica (LUTS) costituisce un quadro clinico di più precoce riscontro se si associa a condizioni anatomiche predisponenti. Lo scopo di questo studio è valutare retrospettivamente la correlazione fra LUTS, sindrome prostatica cronica (CPS), aspetti morfofunzionali della regione cervico-uretrale ed età giovanile.

#### Materiali e metodi

Durante il periodo gennaio 2008-giugno 2009, 187 pazienti, di età compresa fra 25 e 45 anni, sono stati valutati per LUTS. Per ognuno è stato effettuato un iter diagnostico che prevedeva la compilazione di un questionario IPSS, QOL ed IEF-5, una esplorazione rettale, una uroflussimetria con valutazione del RPM, una ecografia transrettale, un esame urine con urinocoltura ed un tampone uretrale, dopo massaggio prostatico, con ricerca *Chlamydia*, *Candida* e germi comuni. La tecnica per l'isolamento della C. è stata la metodica Vidas in Elfa, individuando come cut-off, quale limite minimo per considerare significativa un'infezione, > 90.

A tutti i pazienti (pz) fu prescritta una terapia giornaliera con alfuzosina a 10 mg/die.

Il follow-up prevedeva controlli trimestrali.

#### Risultati

Dei 187 pz, 139 (74,3%) hanno completato l'iter diagnostico e terapeutico con un follow-up di almeno 6 mesi. Di questi al momento dell'arruolamento il 28,8% presentava un IPSS < 8, un IEF-5 > 21 nel 33,6% ed un Qol < 3 nel 67,9% che dopo un anno risultavano rispettivamente 82,7, 98,5 e 88,4% (p < 0,001). L'uroflussimetria, invece, mostrava una percentuale del 37,3% di pz con un flusso > 12 ml/sec che ad un anno raggiungevano il valore di 88,4%.

Nei 139 pz, si osservò, alla valutazione ecografica transrettale iniziale, un 59,8% che presentava un collo vescicale rigido ed un 61,4% con dilatazione del plesso venoso periprostatico che dopo un anno rispettivamente risultarono del 66,1 e del 10,7%.

Nel 18,7% si osservò un'urinocoltura positiva che, dopo due cicli di antibiotico terapia si negativizzò. Nel 54,5% si osservò, invece, al tampone uretrale una positività per *Chlamydia*, con una percentuale di eradicazione del 19,2% al primo ciclo di terapia, dell'11,7% al secondo, dell'8,02% al terzo e del 5,8% al quarto. In 16 pz (8,5%) continuò ad essere positivo.

#### Conclusioni

Il nostro studio chiaramente dimostra come nella popolazione giovanile (25-45 anni) esiste una diretta correlazione fra LUTS, sindrome prostatica cronica (IIIA) ed aspetti morfofunzionali della regione cervico-uretrale, ben dimostrabile alla valutazione ecografica transrettale. Buona risposta clinica si è ottenuta utilizzando una terapia combinata con un antagonista dell' $\alpha$ 1adrenorecettore (alfuzosina) e di un antibiotico (claritromicina).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 87**

**Biopsie prostatiche con blocco anestetico periprostatico: miglioramento dell'efficacia e della tollerabilità**

V. Tripodi, G. Lotrecchiano, A. Delle Cave, E. De Fortuna, A. Quaranta, L. Salzano  
*Dipartimento di Scienze Chirurgiche, UOC Urologia, AORN "Rummo" Benevento*

L'elevata incidenza del carcinoma prostatico ha portato ad un crescente ricorso alle biopsie prostatiche.

Nonostante siano una pratica ben tollerata dal paziente le biopsie prostatiche sono spesso associate a disturbi, prevalentemente il dolore. Questo è spesso correlato al numero di prelievi eseguiti.

In questo studio è stata valutata l'utilizzo del blocco anestetico periprostatico. Senza far perdere peculiarità alla procedura quali il regime ambulatoriale, rapidità di esecuzione e bassa morbilità.

Negli ultimi 3 anni (2007/2009) tutti i pazienti sottoposti a biopsie prostatiche trans-rettali nella nostra Divisione hanno ricevuto preliminarmente il blocco anestetico periprostatico. Sono state effettuate circa 800 biopsie. È stato utilizzato l'ago tru-cut

18 G sia per la biopsia sia per l'infiltrazione preliminare di 10 ml di lidocaina (5 ml per lobo) nell'angolo vescico-prostatico.

Sono stati effettuati di routine 12 prelievi (6 per lobo). Nelle re-biopsie il numero di prelievi è stato aumentato a seconda del peso prostatico. L'infiltrazione anestetica è stata eseguita solo pochi minuti (1-2) prima di praticare i prelievi. La valutazione del dolore è stata effettuata utilizzando la *Visual Analogue Pain Scale* (VAPS, punteggio 0-10) all'iniezione dell'anestetico, durante le biopsie e alla fine della procedura. Nel gruppo dei pazienti sottoposti a re-biopsie è stato attribuito anche un punteggio anamnestico alla procedura senza anestesia.

Non si è avuta nessuna reazione avversa né precoce né tardiva all'anestesia, né un allungamento del tempo di esame.

Il punteggio medio VAPS è stato 2 al termine dell'anestesia e 1,5 al termine delle biopsie. Il punteggio medio VAPS anamnestico è stato 5,1.

Abbiamo avuto un aumento del numero medio di prelievi effettuati (essendo aumentata la tollerabilità) e un miglioramento della percentuale di detection rate del 13% rispetto alla procedura senza anestesia, attestatasi intorno al 44%.

Nella nostra esperienza il blocco anestetico periprostatico risulta una procedura semplice sicura e rapida, senza aggiungere morbilità all'esame, consentendo un incremento del numero di prelievi e un miglioramento della detection rate.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

# Sessuologia



## TOP COMMUNICATION

### TF 3

#### Fattori predittivi di desiderio sessuale ipoattivo in uomini omosessuali

A. Salonia, L. Rocchini, A. Saccà, M. Ferrari, U. Capitanio, F. Castiglione, A. Russo, G. Gandaglia, R. Matloob, P. Rigatti, F. Montorsi  
 Department of Urology, University "Vita-Salute San Raffaele", Milan

#### Obiettivi

Valutazione della prevalenza e dei fattori predittivi di desiderio sessuale ipoattivo (HSD) in uomini caucasici europei omosessuali.

#### Metodi

Tra il settembre 2008 ed il settembre 2009 abbiamo raccolto i dati di 82 uomini caucasici europei omosessuali [età media (SD): 43,7 (14,5) anni; range: 23-73], invitati a compilare un questionario anonimo semi-strutturato, comprensivo di dati demografici, una dettagliata anamnesi medica e sessuale. Inoltre, i soggetti arruolati hanno compilato l'indice psicometrico "Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ)" ed "Beck's Inventory for Depression (BDI)". La statistica descrittiva e le analisi di regressione logistica o lineare hanno permesso di definire la prevalenza di HSD ed i fattori predittivi di HSD nella nostra coorte di uomini omosessuali.

#### Risultati

Degli 82 uomini arruolati, 14 (17,1%) lamentavano HSD [durata media (SD): 5,3 (5,8) anni; range: 2-17], con un dominio MSHQ-desiderio sessuale [rispettivamente, 20,1 (10,4) vs. 25,2 (7,1);  $p = 0,04$ ] ed un dominio MSHQ-erezione [9,9 (4,5) vs. 12,9 (3,6);  $p = 0,04$ ] significativamente ridotti rispetto ai soggetti che non avessero riferito disordini del desiderio sessuale. Gli uomini con HSD erano più anziani rispetto agli altri [rispettivamente, 53,2 (13,8) vs. 41,7 (14,2) anni;  $p = 0,011$ ], ma presentavano un BDI score simile ( $p = 0,25$ ) e una simile prevalenza di depressione clinicamente significativa [(cioè,  $BDI \geq 11$ ): 4/14 (28,6%) vs. 15/68 (22,1%),  $p = 0,86$ ;  $\chi^2 = 0,03$ ]. Quando comparati ai soggetti senza HSD, gli uomini con disordini del desiderio sessuale presentavano simili rate di relazioni stabili [rispettivamente, 9/14 (64,3%) vs. 58/68 (85,3%);  $p = 0,14$ ;  $\chi^2 = 2,17$ ], riportavano che il proprio autoriconoscersi omosessuali fosse stato un trauma in una percentuale di casi sovrapponibile [rispettivamente, 3/14 (21,4%) vs. 14/68 (20,6%);  $p = 0,77$ ;  $\chi^2 = 0,087$ ] e di aver avuto un pubblico coming-out con medesima prevalenza [cioè, 8/14 (57,2%) vs. 45/68 (66,2%);  $p = 0,74$ ;  $\chi^2 = 0,112$ ]. All'analisi multivariata, il livello educativo, il guadagno mensile, il coming-out pubblico, il fatto di avere una relazione stabile ed il punteggio BDI non risultavano fattori predittivi di desiderio sessuale ipoattivo. Al contrario, l'età ( $p = 0,012$ ; Beta -0,157) e l'aver subito un abuso sessuale in epoca pediatrica/adolescenziale ( $p = 0,021$ ; Beta -10,497) risultavano significativamente correlati con la presenza di HSD.

#### Conclusioni

Questi dati preliminari mostrano come un gran numero di uomini omosessuali caucasici europei lamenti desiderio sessuale ipoattivo. In questo contesto, l'abuso sessuale nell'infanzia è un fattore predittivo significativo di HSD.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## TOP COMMUNICATION



### TF 5

#### Internet & sessualità: le nuove frontiere dell'eros

S. Eleuteri, M. Giuliani, R. Rossi\*, C. Simonelli\*  
 Istituto di Sessuologia Clinica, Roma; \*Sapienza Università di Roma

#### Introduzione e obiettivi

L'utilizzo di Internet ha avuto un forte impatto sulla sessualità umana. L'obiettivo di questo studio è stato quello di esplorare l'utilizzo di Internet per fini sessuali in due gruppi europei, valutandone le differenze nell'utilizzo rispetto al genere, alla nazionalità ed alla situazione relazionale.

#### Materiali e metodi

I dati sono stati raccolti in Italia e Svezia nel 2009 mediante un protocollo contenente l'*Internet Sex Screening Test* (ISST), la forma abbreviata del *Sexual Addiction Screening Test* (SAST-A) e due questionari auto-somministrati rispettivamente mirati ad indagare le caratteristiche socio-demografiche e le preferenze sessuali online. Il campione comprendeva 847 giovani tra i 20 e i 30 anni svedesi e italiani.

#### Risultati

In accordo con la letteratura internazionale, una significativa percentuale del campione ha riportato un frequente utilizzo di Internet a scopi sessuali dimostrando tuttavia una forte differenza sessuale a favore degli uomini ( $\chi^2 = 343,12$ ,  $gdl = 27$ ,  $p = 0,000$ ). Rispetto alla nazionalità dei soggetti ed alla loro situazione relazionale è invece emersa una sostanziale omogeneità nell'uso di attività sessuali online (ASO). In particolare rispetto all'uso della pornografia online il genere maschile è risultato positivamente associato ad una maggior visione di tutte le preferenze sessuali atipiche, seppur dimostrando notevoli analogie nella distribuzione delle scene viste. Una bassissima percentuale dei soggetti (poco più del 17% degli uomini e quasi il 3% delle donne) è risultato a rischio di *Cybersexual Addiction*, confermando il basso tasso di problematiche sessuali online esperite dalle persone che utilizzano tale strumento con fini sessuali.

#### Conclusioni

Una forte differenza ad appannaggio prevalentemente maschile è stata riscontrata per la maggior parte delle attività sessuali online. Nonostante i soggetti analizzati siano molto giovani, questo mostra come l'utilizzo della sessualità via Internet sia a tutt'oggi un'arena molto ancorata all'identità di genere maschile. Sembra invece che fattori quali la nazionalità o la situazione relazionale siano poco influenti nel differenziare l'utilizzo di Internet a scopo sessuale. I nostri risultati sembrano rinforzare l'ipotesi di studi precedenti, secondo i quali l'utilizzo di ASO possa facilitare l'esplorazione sessuale e la normalizzazione di pratiche poco diffuse, mentre solo ad un livello minimo condurre a problematiche quali la *Cybersexual Addiction*.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 36****La prevalenza delle disfunzioni sessuali nelle coppie infertili: studio osservazionale prospettico**

P. Salacone, A. Sebastianelli, C. Fiori, R. Sacchetto, I. Marcucci, A. Marcucci, N. Pacini, L. Tulli, S. Bauco, M. Arduini, F. Forte, R. Rago, G. Scaravelli \*

*Unità di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, Centro per la Sterilità di Coppia, la Salute Sessuale e la Crioconservazione dei Gameti Umani, Ospedale "S. Maria Goretti", Latina; \*Istituto Superiore di Sanità, Roma*

**Introduzione**

La diagnosi di sterilità rappresenta un momento molto critico che mette in discussione tutto il vissuto della coppia. L'infertilità ha origini multifattoriali, e qualunque sia la sua eziologia, ha un risvolto nella vita psichica conscia e inconscia della persona. Pertanto occorre, sin dall'inizio, ricercare i disturbi organici della funzione riproduttiva e contemporaneamente, porre attenzione al clima psico-affettivo nel quale si inserisce il sintomo.

**Materiali e metodi**

Tra gennaio 2008 a maggio 2010, a 310 coppie che hanno accettato di partecipare allo studio, abbiamo somministrato un questionario, elaborato sulla base della letteratura internazionale e della nostra esperienza. Il questionario è suddiviso in 10 categorie a loro volta suddivisi in item: 121 per gli uomini e 102 per le donne. Metà del questionario valuta la relazione tra l'infertilità e la sessualità della coppia. Gli item sono composti da domande predeterminate strutturate in maniera affermativa che presuppongono una risposta vero o falso. Il questionario viene consegnato ai pazienti, previo consenso informato e ciascuno di essi viene invitato a compilarlo in forma anonima e separatamente. Il questionario viene poi valutato secondo una scala di valori predeterminata.

**Risultati**

Dall'analisi dei questionari somministrati, è emerso che l'infertilità risulta strettamente collegata alla sessualità anche se vissuta in maniera diversa dalle due componenti. I dati raccolti mostrano un calo della sessualità spontanea e della frequenza dei rapporti sessuali rispettivamente del 23 e 13% nei maschi e del 42 e 24% nelle femmine. Vi è un calo del desiderio nel 9% dei maschi e nel 25% delle femmine, e una difficoltà a raggiungere l'orgasmo nel 13% dei maschi rispetto al 23% delle femmine. Nel partner maschile prevalgono in particolare disfunzione erettile e disturbi dell'eiaculazione (11 e 21% rispettivamente). Complessivamente, il 15% dei maschi manifesta insoddisfazione e sfiducia nel raggiungere e mantenere un'erezione durante un rapporto mirato. Infine, il 3% dichiara di avere un'eiaculazione precoce mentre il 31% riferisce una migliore eiaculazione in corso di trattamento per l'infertilità.

**Conclusioni**

È evidente l'associazione tra infertilità di coppia e disturbi sessuali e quindi la inevitabile ripercussione in ambito sociale e relazionale. È necessario soffermarsi sulle problematiche psicologiche indotte dalla infertilità e sui percorsi diagnostico-terapeutici ad essa collegate. Lo studio, ancora in corso si prefigge di elaborare un questionario breve e di facile applicazione da poter somministrare alle coppie infertili durante il counselling. Tale strumento, a nostro avviso, renderà più semplice inserire la coppia in programmi di sostegno psicologico nonché indirizzare il partner maschile verso una terapia sintomatica per la disfunzione erettile o l'eiaculazione precoce.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 54****Prevenzione andrologica in una scuola media superiore**

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

*UOC Urologia, Ospedale "San Bortolo", Vicenza*

**Scopo del lavoro**

La maggior parte delle problematiche riguardanti la sfera sessuale, riproduttiva dell'uomo adulto nascono nell'età adolescenziale: se non identificate precocemente esse possono tradursi in disfunzioni dell'apparato genitale maschile.

**Materiali e metodi**

Abbiamo sottoposto a visita medica andrologica nel biennio 2008-2010, 296 studenti, divisi in 6 classi, di un istituto tecnico della nostra città. Gli studenti con un'età media pari a 16,5 anni, frequentavano la III superiore. Il programma avviato in collaborazione con la dirigenza scolastica e dei docenti di discipline scientifiche, si è articolato previa autorizzazione scritta da parte dei genitori, per la visita del figlio, in due fasi: una prima relazione informativa agli studenti sulle principali patologie maschili dell'età adolescenziale e poi in una visita medica andrologica individuale, con relazione scritta riservata a i genitori, in caso di riscontro di patologie andrologiche e la disponibilità ad eseguire ulteriori indagini diagnostiche gratuite nel nostro reparto in caso di necessità di approfondimento.

**Risultati**

Tra tutti i 296 studenti, 198 (67%) sono risultati nei limiti di norma, e 98 (33%) hanno presentato diverse patologie così divise: varicocele, confermato dal successivo esame ecodoppler, in 68 studenti (70%), fimosi in 13 pazienti (13,1%) e di questi sono stati sottoposti a circoncisione 9/12, cisti dell'epididimo asintomatiche e non trattate, in 3 (3%) pazienti, 7 (6,9%) balanopostiti in atto trattate con beneficio, 1 (1%) neoplasia testicolare in uno studente di 17 anni, trattata con orchifuniculectomia ed in attesa del futuro iter, 3 (3%) esiti di pregressa chirurgia per criptorchidismo con testicolo in sede inguino-scrotale, 3 (3%) esiti di circoncisione eseguita in età pediatrica.

**Discussione**

La prevalenza di patologie andrologiche da questo studio è risultata elevata e variegata.

Con l'abolizione della visita di leva obbligatoria, tali patologie spesso, specie se non fortemente sintomatiche, passano inosservate creando successivi disturbi successivi sia sulla salute sessuale che riproduttiva.

**Conclusioni**

Sarebbe auspicabile introdurre l'obbligatorietà della visita andrologica scolastica nelle scuole superiori come primario strumento di prevenzione andrologica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 34****Approccio alla visita medica all'apparato genitale negli adolescenti: differenza tra i ragazzi e le ragazze**

G. La Pera, P. Di Palma<sup>1</sup>, L. Vaggi<sup>2</sup>, R. Rago<sup>3</sup>, P. Salacone<sup>3</sup>, Z. Marianantoni, R. Longo, G. Paulis<sup>4</sup>, S. Lauretti<sup>5</sup>

AO "San Camillo Forlanini", Roma; <sup>1</sup> Ospedale Civile Anagni, Frosinone; <sup>2</sup> Università "Tor Vergata" di Roma; <sup>3</sup> Ospedale "S.M. Goretti", Latina; <sup>4</sup> Ospedale "Regina Apostolorum", ASL RM-H, Albano laziale; <sup>5</sup> Ospedale CTO "Alesini", Roma

**Introduzione**

Numerosi studi epidemiologici hanno messo in evidenza una elevata frequenza di patologie all'apparato genitale negli adolescenti maschi (A. Rizzotto, Giornale Italiano di Andrologia 2000) mettendo in luce la necessità di effettuare una visita preventiva a tutti gli adolescenti maschi tra i 14 ed i 18 anni. A distanza di oltre 13 anni da quegli studi quanti ragazzi a 18 anni effettuano una visita andrologica e quanti di questi ragazzi saprebbero a chi rivolgersi nel caso in cui avessero un problema? Infine esiste per i ragazzi un diverso approccio alla visita all'apparato genitale rispetto alle ragazze?

**Metodi**

Abbiamo somministrato ad un campione di 1057 studenti (529 maschi e 478 femmine) del 5° anno di 20 Istituti delle scuole superiori del Lazio un questionario anonimo, volontario, di 11 domande. In particolare, il nostro interesse è ricaduto su 3 domande, nelle quali abbiamo chiesto agli studenti se tra i 14 e 18 anni fossero stati visitati all'apparato genitale, se sapessero a quale specialista rivolgersi e, con chi parlerebbero se avessero un problema.

**Risultati**

I dati emersi sono i seguenti: il 28% dei maschi ed il 54% delle femmine ha effettuato una visita all'apparato genitale tra i 14 e i 18 anni. Il 29% dei maschi e l'85% delle femmine in caso di problema all'apparato genitale saprebbe a quale specialista rivolgersi. Sia i ragazzi che le ragazze se avessero un problema all'apparato genitale vorrebbero parlarne preferibilmente con un genitore e con il medico di famiglia.

**Conclusioni**

La maggior parte degli adolescenti maschi non viene visitato durante lo sviluppo puberale e qualora avesse un problema all'apparato genitale non saprebbe da chi andare, mentre le femmine, oltre ad essere state visitate di più, sanno a quale specialista rivolgersi. È necessario monitorare gli adolescenti maschi, coinvolgendo i Medici di Medicina Generale, per effettuare un primo screening sui ragazzi e per poi indirizzarli al Centro Andrologico, nei casi in cui ciò è necessario; Al fine di conseguire questo obiettivo è necessario che siano previste delle visite preventive gratuite per tutti gli adolescenti maschi e siano creati dei Centri Andrologici con autonomia di budget in tutti gli ospedali e in tutte le ASL.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 89****Tre anni di servizio di consulenza telefonica: cosa chiedono gli uomini sulla sessualità?**

F. Tripodi, R. Rossi<sup>\*</sup>, A. Fabrizi<sup>\*\*</sup>, C. Silvaggi, P.M. Michetti<sup>\*\*</sup>, C. Simonelli<sup>\*</sup>

Istituto di Sessuologia Clinica di Roma; <sup>\*</sup>Psicologia, <sup>\*\*</sup>Urologia, Sapienza Università di Roma

**Introduzione e obiettivi**

Il counselling telefonico sulla sessualità è uno strumento efficace per far emergere richieste che altrimenti potrebbero restare nascoste, essendo utilizzato da fasce di popolazione che tipicamente non si avvalgono dei servizi di cura tradizionali. Scopo dello studio è indagare sui problemi sessuali riportati dagli utenti e sull'eventuale sovrapposizione tra queste difficoltà e le caratteristiche degli utenti stessi.

**Materiali e metodi**

Sono state analizzate le telefonate di 1038 utenti M/F raccolte nel periodo 2006-2008; l'analisi statistica è stata effettuata con il programma SPSS.

**Risultati**

Gli utenti erano in maggioranza maschi (64%), di età 26-35 (45%), impegnati in una relazione (68%), e non avevano mai consultato prima (57%). Le disfunzioni sessuali (DS) riportate erano DE (38,3%) ed EP (34,7%), seguite da altri disturbi eiaculatori (9%) e da disturbo del desiderio (DD) (18%). Gli utenti chiamavano dopo 2-6 mesi dalla comparsa della DS, che era più spesso acquisita; l'età era 26-35 (61%) se affetti da EP e 36-45 (50%) se affetti da DE. Si è trovata un'associazione tra DD e DE (33%), tra DE e problemi psicologici (26%) e tra problemi relazionali e tutte le DS (33% con DD; 27% con DE; 26% con EP). Non vi era un'associazione significativa tra livello culturale o stato relazionale e DS, salvo che il 90,3% degli uomini con DD era impegnato in una relazione piuttosto che single ( $p = 0,000$ ). Non c'era correlazione tra DS ed età e stato di salute, verosimilmente perché il servizio non aveva connotazione medica e gli utenti avevano per lo più sintomi di origine psicogena. Gli uomini più che le donne chiamavano per informazioni (17,2%) e rassicurazioni rispetto alla "normalità" (11,4%) ( $p = 0,000$ ), riguardanti dimensioni del pene, durata del rapporto sessuale, fantasie erotiche, difficoltà ad usare il profilattico, uso/abuso di internet per autoeccitarsi. Mentre gli uomini cercavano una causa organica ed una soluzione rapida ed efficace alla DS, propendendo per l'uso di farmaci, le utenti donne usavano il counselling per capire di più il problema del partner, propendendo per aspetti psicorelazionali come causa del problema.

**Conclusioni**

Il counselling telefonico rappresenta il primo contatto specialistico per molti utenti con problemi sessuali e si adatta bene allo stile maschile di approccio ai propri problemi. Può essere un'utile modalità di aggancio tra utenti e sistema sanitario pubblico o privato.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 35****Le nuove richieste degli ultracinquantenni per migliorare la propria sessualità**

A.F. De Rose, V. Gentile<sup>1</sup>, G. Alei<sup>1</sup>, A. Ortensi<sup>2</sup>, L. Coppola<sup>3</sup>, A. Vita<sup>4</sup>, P. Letizia<sup>1</sup>, V. D'Orazio<sup>2</sup>, A. Coppola<sup>3</sup>, M. Ennas, G. Carmignani  
*Clinica Urologica Genova;* <sup>1</sup> *Sapienza Università di Roma;*  
<sup>2</sup> *Clinica "Fabia Mater", Roma;* <sup>3</sup> *"Centro Tecnomed", Brindisi;*  
<sup>4</sup> *Clinica Urologica, Potenza*

**Introduzione e obiettivi**

Un 50 enne di oggi è stimolato, attratto e sedotto dal potere come dalla produttività, dal proprio aspetto come dal sesso femminile, con il quale però si trova spesso in competizione. Ecco il motivo di voler mantenere o migliorare le proprie prestazioni. Obiettivo dello studio è stato quello di registrare le richieste più frequenti degli ultracinquantenni per migliorare la propria sessualità.

**Materiali e metodi**

La ricerca ha interessato quattro città italiane del nord, centro e sud.

Nel corso dell'ultimo anno, dei 5700 soggetti andrologici visitati nelle varie città interessate, 3425 (38,2%) hanno fatto richiesta di migliorare la propria performance sessuale, anche sotto l'aspetto fertilità. Nel 72% dei casi la richiesta di rafforzare l'aspetto sessuale non è coinciso con la presenza di una patologia. L'età dei pazienti era compresa tra 49 e 72 anni.

**Risultati**

1785 (52,1%) hanno richiesto un miglioramento dell'erezione. Di questi 628 al nord, 509 al centro, 530 al sud sono stati trattati con inibitori delle fosfodieterasi 5, mentre 12 soggetti sono sottoposti ad impianto protesico di cui 7 tricomponente a volume variabile e 5 a volume fisso. 15 soggetti sono stati sottoposti a legatura della vena dorsale del pene.

Sono state inoltre registrate 398 (11,2%) richieste di aumento delle dimensioni dei genitali. 195 al nord 150 al centro, 53 al sud.

Di queste sono state soddisfatte 52: 45 con derma suino (Intexen) e 7 con tecnica di Austoni:

- 1048 (30,5%) hanno lamentato eiaculazione precoce: 398 nord, 425 centro, 225 sud;
- 94 (2,06%) hanno richiesto invece un miglioramento della fertilità: 45 nord 31 al centro 18 al sud. Di questi 5 sono stati sottoposti a ricanalizzazione dei deferenti a causa di una pregressa vasectomia, 48 a TESA e successiva fecondazione assistita.

**Conclusioni**

Le maggiori richieste di aiuto dell'ultracinquantenne hanno riguardato la potenza sessuale con il 52,1%. Preoccupazioni importanti e forse meno prevedibili sono state:

- il disturbo l'eiaculazione primaria, presente praticamente da sempre;
- aumento delle dimensioni dei genitali.

Le richieste di potenziare la fertilità (2%): essa costituisce sicuramente una novità in quanto testimonia che accanto a nuove relazione c'è il desiderio di paternità, anche in età avanzata e comunque dopo i 50 anni.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 31****Il counselling sessuologico nelle disfunzioni sessuali (DS) maschili: confronto tra pubblico, privato e help-line telefonica**

C. Silvaggi, F. Tripodi, V. Cosmi, L. Pierleoni, G. Gambino, P.M. Michetti, C. Leonardo, C. Simonelli, V. Gentile  
*Istituto di Sessuologia Clinica, Roma;* <sup>1</sup> *Urologia,* <sup>2</sup> *Psicologia,*  
<sup>3</sup> *Sapienza Università di Roma*

**Introduzione e obiettivi**

Scopo di questa ricerca è quello di confrontare le DS riportate tra il 2007 e il 2009 in tre diversi ambiti di counselling sessuologico.

**Materiali e metodi**

Sono stati analizzati i report di 3 gruppi di pazienti: 90 seguiti con counselling in un ospedale, 165 presso un Istituto privato e 587 mediante una linea telefonica di aiuto attivata presso lo stesso Istituto. Le DS venivano analizzate mediante statistica descrittiva e correlazioni.

**Risultati**

Tra le DS la richiesta per DE riguardava rispettivamente il 64, il 52 e il 40% delle consultazioni per il centro pubblico, privato e help-line, mentre per EP consultavano rispettivamente l'11, il 30 e il 41% degli utenti. Il 10% delle richieste riguardava il disturbo del desiderio (DD), mentre 6,5% gli altri disturbi eiaculatori, entrambi senza differenze numeriche significative tra i 3 contesti. La maggior parte degli utenti aveva chiesto una visita andrologica prima del counselling psicologico e si mostrava più incline alla ricerca di una causa organica e di un farmaco rapido e efficace per il proprio problema; era in una relazione dove la donna mostrava un ruolo chiave nella diagnosi precoce della DS, nella richiesta di aiuto e nella compliance al trattamento. Diversamente dagli utenti telefonici o del privato, generalmente alla prima consultazione, gli utenti del pubblico avevano già consultato un medico specialista per la loro DS.

**Discussione e conclusioni**

Il maggior tasso di DE in un ambulatorio andrologico pubblico potrebbe riflettere l'idea di avere subito una prescrizione efficace, mentre il minor tasso per EP potrebbe esprimere la riluttanza a chiedere aiuto su questo tema, ritenendo che non esista una terapia e indicando che la EP è spesso sofferta in silenzio: l'idea sottostante è che virilità sia erezione e performance piuttosto che controllo eiaculatorio. L'alto tasso di EP al counselling telefonico si può spiegare con la giovane età dei pazienti che ne soffrono e con la loro preferenza per un servizio anonimo. Rispetto ai nostri precedenti dati il DD mostra un incremento di richiesta nel contesto privato e telefonico, confermando il trend della recente letteratura. I nostri dati confermano la necessità di trattare i problemi sessuali con un approccio integrato medico-psicologico e meglio con le coppie che con i single. Il counselling telefonico può rappresentare una prima linea di aiuto e di incoraggiamento a richiedere un intervento specialistico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 81

**Approccio diagnostico integrato alle disfunzioni sessuali maschili in un centro pubblico**

V. Cosmi, L. Pierleoni, G. Gambino, C. Silvaggi, C. Simonelli \*, G. Franco \*\*, P.M. Michetti \*\*, C. De Dominicis \*\*, V. Gentile \*\*

*Istituto di Sessuologia Clinica di Roma; \* Facoltà di Psicologia, \*\* Dipartimento di Urologia, Sapienza Università di Roma*

**Introduzione e obiettivi**

Scopo di questo studio è la descrizione delle caratteristiche socio relazionali e sessuologiche di pazienti che afferiscono ad un centro pubblico, dove andrologi e psicosessuologi collaborano in ambito ambulatoriale all'inquadramento diagnostico e al progetto terapeutico. L'efficacia degli interventi psicologici nella gestione delle disfunzioni sessuali maschili (DSM) e il ruolo di un approccio integrato sono stati poco indagati nella letteratura.

**Materiali e metodi**

Presso un centro ospedaliero sono stati seguiti 177 uomini di età compresa tra 19 e 71 (mediana 31) anni. I pazienti sono stati inviati dall'andrologo alla consulenza psicosessuologica, in seguito alla quale è stata formulata la diagnosi e progettato il trattamento. I dati sono stati raccolti attraverso un'intervista semistrutturata – che include le informazioni socio demografiche, la storia medica e sessuale, la soddisfazione relazionale e sessuoaffective – e poi analizzati utilizzando il programma SPSS 15,0.

**Risultati**

I pazienti erano in maggioranza esenti da patologia organica, impegnati in una relazione affettiva e diplomati. Le difficoltà più frequentemente riportate sono state disfunzione erettile (68,9%), eiaculazione precoce (11,1%) e disturbo del desiderio sessuale ipoattivo (7,8%). Questi disturbi erano più frequentemente secondari (70,5%) e generalizzati (63,6%). Tutti i pazienti seguiti dopo aver concluso il ciclo di consulenza sessuologica hanno ricevuto una proposta terapeutica dallo specialista inviante.

**Conclusioni**

L'incidenza riportata delle DSM conferma quella delle principali ricerche in ambito nazionale e internazionale. Dall'analisi dei protocolli somministrati e dai colloqui effettuati con i pazienti, emerge l'aspettativa che il sintomo abbia prevalentemente un'origine organica e che possa essere risolto con la prescrizione di un farmaco. Il servizio di consulenza psicosessuologica introdotto all'interno di un Ambulatorio Ospedaliero rappresenta una realtà nuova ed innovativa nel panorama italiano ed offre la possibilità di usufruire di un servizio pubblico per l'inquadramento delle problematiche sessuologiche. Un approccio integrato al processo diagnostico delle DSM che consideri sia gli aspetti organici che quelli psicologici/ sessuologici sembra essere una modalità efficace per l'inquadramento di questa tipologia di disturbi, configurandosi come premessa indispensabile ad un corretto trattamento medico, psicologico e/o combinato.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 71

**Le disfunzioni sessuali maschili sono croniche? Il lavoro in team migliora i risultati nel lungo termine**

P. Turchi, A. Bonari, S. Simi

*Servizio di Andrologia, Azienda USL 4 di Prato*

**Introduzione**

La disfunzione erettile (DE) è un sintomo a forte impatto psicologico gestito quasi sempre con terapia farmacologica sintomatica. Efficacia e sicurezza di queste terapie sono state dimostrate in numerosi trial clinici. Nella maggior parte dei casi le terapie sono efficaci ma i sintomi si ripresentano alla sospensione del farmaco. La terapia psicologica d'altro canto è spesso male accettata dal paziente, che cerca soluzioni rapide.

**Scopo del lavoro**

Verificare se la gestione in team (andrologo/psicosessuologo) del sintomo disfunzionale che comprenda un assessment psicosessuologico e una psicoterapia sessuale migliori i risultati nel lungo termine.

**Materiali e metodi**

Sono stati studiati 60 uomini afferiti per DE (età media  $34,55 \pm 4,49$  anni; range 23-45) nei quali non sono state individuate cause organiche. L'iter diagnostico comprendeva anamnesi, esame obiettivo, diagnostica laboratoristica e strumentale e la somministrazione di un questionario IIEF-5. I pazienti sono stati suddivisi in modo random in due gruppi omogenei di 30: il gruppo di controllo (GC) è stato trattato con inibitori delle PDE5 in terapia programmata oppure on demand per 4 mesi; il gruppo di studio (GS), è stato trattato con inibitori delle PDE5 con le stesse modalità e con una psicoterapia breve di modello integrato. Il follow-up prevedeva una ripetizione del questionario IIEF-5 a 3 e 6 mesi.

**Risultati**

Sono state rilevate, all'interno di ciascun campione, 3 fasce di punteggio basale IIEF: DE severa: 11 uomini (6 del GC e 5 del GS) con IIEF5 medio ( $\pm$  ES) rispettivamente di  $7,8 \pm 1,4$  e  $8,1 \pm 2,2$ ; DE moderata: 20 uomini (11 GC e 9 GS) con IIEF-5 rispettivamente di  $14,2 \pm 1,6$  e  $13,8 \pm 1,3$ ; DE lieve: 29 uomini (13 del GC e 16 del GS) con IIEF5 rispettivamente di  $18,01 \pm 0,8$  e  $18,6 \pm 3$ . Al controllo a 3 e 6 mesi tutti e due i gruppi riportavano valori significativamente aumentati rispetto al basale con una redistribuzione verso l'alto nelle tre fasce di punteggio e con una differenza significativa a 6 mesi tra i due gruppi. Punteggio medio basale:  $11,35 \pm 4,8$  (GC) vs.  $12,1 \pm 7,1$  (GS); a 3 mesi (in terapia)  $19,7 \pm 2,6$  (GC) vs.  $20,07 \pm 3,5$  (GS); a 6 mesi (2 mesi dopo la sospensione della terapia)  $15,6 \pm 3,2$  vs.  $19,9 \pm 6,3$  (GS) ( $p < 0,01$ ).

**Discussione e conclusioni**

Questo studio prospettico controllato e randomizzato illustra, pur nei limiti del campione, come un approccio terapeutico integrato sia maggiormente risolutivo nel tempo nella cura della DE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 32****Ruolo e funzioni dello psico-sessuologo nella collaborazione**

D. Carnaccini, S. Cassoli, A. Franceschelli\*, F. Modenini\*, C.N. Bizzarri\*\*, P. Orciari\*, F. Colombo\*  
*Servizio di Sessuologia, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna; \*SSD Andrologia, \*\*Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Policlinico "S. Orsola Malpighi", Bologna*

**Introduzione e obiettivi**

Sintesi dell'attività ambulatoriale di diagnosi e di consulenza psicologica per le disfunzioni sessuali maschili e di coppia, svoltesi nell'ambito del Servizio di Andrologia del nostro Policlinico. Dal 1990 è in essere una stretta collaborazione fra andrologi e psico-sessuologi, nell'ottica di un approccio clinico multidisciplinare, indirizzato a valutare la globalità psico-somatica-relazionale del soggetto affetto da disfunzione sessuale.

Viene riportata l'analisi degli aspetti qualitativi e quantitativi dell'utenza relativa agli ultimi 5 anni, l'attività svolta in relazione a:

- lettura della domanda;
- condivisione terapeutica;
- modalità operative dell'intervento psico-sessuologico.

**Materiali e metodi**

Abbiamo valutato in modo retrospettivo la casistica dei pazienti che si sono rivolti all'Ambulatorio Andrologico negli anni 2005-2009 e per i quali è stata richiesta una valutazione psicosessuologica.

**Risultati**

Sono stati oggetto di valutazione psico-sessuologica un totale di 337 soggetti di età compresa fra 18 e 80 anni, con particolare incidenza nella fascia 30-50 anni (77,15%) (Tab. I) e con dichiarato orientamento eterosessuale.

Età	N	%
18-20	4	1,19
21-30	86	25,52
31-40	80	23,74
41-50	94	27,89
51-60	55	16,32
61-70	15	4,45
> 80	3	0,89
Tot.	337	100

Il 63,2% era coniugato o convivente mentre i restanti erano "single" (soggetti che vivono da soli e hanno relazioni occasionali il più delle volte separati, divorziati o vedovi) (Tab. II).

Stato Civile	N	%
Coniugati	114	33,83
Conviventi	99	29,38
Single	124	36,79
Tot.	337	100

La professione più rappresentata era quella del dipendente (impiegato, insegnante, operaio specializzato, ecc.) con una presenza non indifferente di precari (11,28%) (Tab. III).

Professione	N	%
Studente	12	3,56
Lavoro precario	38	11,28
Lavoro Dipendente	184	54,6
Lavoro Indipendente	85	25,22
Pensionato	18	5,34
Tot.	337	100

La sintomatologia riferita con maggior frequenza era la disfunzione erettile (ED) cui seguiva l'incompetenza organica nella forma della eiaculazione precoce (EP), quindi il desiderio ipoattivo e l'eiaculazione assente o ritardata (Tab. IV).

Sintomatologia	N	%
Deficit erettile DE	190	56,38
Eiaculazione precoce EP	71	21,07
DE e EP	31	9,2
desiderio ipoattivo	21	6,23
Eiaculazione ritard/assente	24	7,12
Tot.	337	100

Nel 48% dei casi (162 pazienti) è stato possibile svolgere un colloquio anche con la partner.

Da un punto di vista diagnostico si sono rilevate patologie di natura psicologica (80%) e mista. L'assenza di patologie di preminente origine organica è dovuta alla selezione operata da parte del Servizio di Andrologia che provvede a gestire direttamente questa categoria di pazienti.

Fra le DE di natura psicologica, la genesi del disturbo è riferibile - nel 63% dei casi (212 pazienti) - a difficoltà di ordine intrapsichico e, nei restanti casi (37% pari a 125 pazienti), a conflittualità interpersonali, di coppia.

La scelta terapeutica evidenzia una lieve prevalenza degli interventi di ordine consulenziale. Nei casi rimanenti sono state prescritte psicoterapie individuali e/o di coppia, di orientamento sistemico o più specificamente mansionale (Tab. V).

Scelta terapeutica	N	%
Consulenza sessuale	189	56,08
Psicoterapia individuale	23	6,83
Psicot. di coppia mansionale	89	26,41
Psicot. di coppia sistemica	36	10,68
Tot.	337	100

**Conclusioni**

L'esperienza pluriennale di collaborazione tra andrologo e psico-sessuologo, in essere presso la nostra Struttura e qui sintetizzata, conferma l'utilità assoluta di tale approccio multidisciplinare, del quale beneficia non soltanto il soggetto interessato ma anche gli operatori stessi (andrologi e sessuologi) che hanno così certezza di ottimizzare il proprio intervento assistenziale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 61****Valutazione comorbidità e valutazione psicosociale in 20 soggetti sottoposti a chirurgia correttiva**

M. Polito, G. d'Anzeo, G. Milanese, M. Tiroli, L. Gasparri, G. Muzzonigro  
*Clinica Urologica, UOS Andrologia, AAOORR, Università Politecnica delle Marche, Ancona*

Abbiamo valutato attentamente l'anamnesi fisiologica e patologica remota di venti giovani sottoposti ad intervento correttivo sec. Nesbit e/o Yachia in quanto affetti da recurvatum penieno congenito negli anni 2006-2009; abbiamo poi invitato i soggetti a visite di follow-up durante le quali venivano chieste notizie circa il lavoro, la famiglia, la componente affettiva e le capacità di normali intercourse amorose, la sensazione di felicità o stati di frustrazione o depressivi. Infine abbiamo indagato su eventuali fallimenti terapeutici o complicanze a noi imputabili. Tutti i soggetti (19-35 anni) appartengono a tipo costituzionale longitipo normosplanchnico, tutti con normale BMI, genitali esterni normo o plus sviluppati, tutti con dimensioni di pene maggiore di 8,5 cm in flaccidità e over 16,5 in erezione con elasticità normale (100%); scolarità: tutti diploma di scuola superiore, nessun laureato. Nessuna chirurgia in anamnesi, sviluppo normale, riferito uso di occhiali fin dall'infanzia in 8 soggetti (40%), apparecchio correttivo per malocclusione dentale in 8 soggetti (40%), nessuno ha dovuto ricorrere a presidi di terapia per scoliosi, solo 2 soggetti erano mancini (10%), solamente 8 avevano avuto rapporti sessuali completi prima dell'intervento chirurgico (40%) ovvero gli stessi che avevano un rapporto sentimentale stabile. In 10 casi siamo stati informati che i soggetti facevano uso di droga anche se saltuariamente (50%). Nessun paziente ci ha informato di vivere condizioni di disagio familiare o condizione di disoccupazione. Nel follow-up registriamo dati lusinghieri circa i risultati sia morfologici che funzionali, nessun paziente ha avuto guarigione incompleta o riferita tale, nessuno ci ha riferito di brevità da fibrosi chirurgica, nessuno ha avuto successivamente dolore durante l'erezione o uno scarso risultato estetico da circoncisione. Con l'ausilio di un collega psichiatra che ha curato il counselling post-operatorio, abbiamo avuto informazioni circa lo stato di benessere e qualità della vita del campione: il 30% dei ragazzi risulta depresso, il 30% ha affermato di non avere avuto miglioramento della vita dalla chirurgia, il tasso di legami affettivi nel follow-up non si è modificato (da 18 a 36 mesi).

In conclusione, evidenziamo che ci pare importante sottolineare la correlazione nel gruppo tra i dati antropometrici e dei genitali, interessante anche l'alta percentuale di malocclusione dentale, lenti correttive e l'uso saltuario di droghe.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 80****Ancora castrazione chimica. La terapia integrata del comportamento parafilico. Un caso clinico**

P. Turchi, R. Rossi \*

*Servizio di Andrologia, Azienda USL 4, Prato; \* Istituto di Sessuologia Clinica, Roma*

**Introduzione**

Un uomo di 46 anni, coniugato, con figli, buona posizione economica e sociale, giunse alla nostra osservazione con richiesta di essere sottoposto a castrazione chimica per una forma mista di parafilìa (fetichismo, sado-masochismo) caratterizzata da difficoltà a gestire gli impulsi. Anni di psicanalisi, con

2 diversi psichiatri, non avevano prodotto benefici sui sintomi parafilici. Obiettività, routine ematologica e ormonale normali. Dopo una valutazione psichiatrica e una psicosessuologica, che confermarono la diagnosi, fu concordato un trattamento con ciproterone acetato fino a 300 mg/die. Il paziente accettò consapevole dei possibili benefici e effetti collaterali e con la *conditio sine qua non* di associare un percorso psicoterapeutico. Dopo 3 mesi la terapia orale quotidiana con ciproterone acetato fu sostituita da quella iniettiva mensile con leuprolide 7,5 nei primi 3 mesi e poi trimestrale con leuprolide 22,5.

**Risultati**

Il paziente riferì fin dall'inizio della terapia una progressiva riduzione dei pensieri parafilici. Dopo 6 mesi è stato aggiunto tadalafil 10 mg 2 volte per settimana con intento trofico sui corpi cavernosi e calcio carbonato con intento preventivo sulla decalcificazione ossea. Ai controlli a 3, 6, 9 e 12 mesi gli ematochimici erano nei limiti, il T ridotto con il ciproterone, si era azzerato con la leuprolide. Una densitometria ossea a 6 mesi di terapia dava uno Z-score di 0,02. Dal punto di vista psicosessuologico il paziente ha mostrato buona consapevolezza rispetto alle modalità che hanno contribuito al rafforzamento della sua espressione parafilica. Riportava inoltre una maggiore serenità nell'affrontare la vita quotidiana di relazione non più caratterizzata da fantasie e agiti parafilici.

**Discussione**

Il percorso integrato fino a qui condotto ha evidenziato l'efficacia di questo tipo di intervento che associa ad un lavoro sulla comprensione del comportamento parafilico la riduzione delle pulsioni indotte dall'ipoandrogenismo. Il percorso integrato ha contribuito alla maggiore compliance terapeutica, laddove in altri casi la terapia farmacologica è stata abbandonata dal paziente, in assenza di un percorso psicosessuologico adeguato. Da un punto di vista psicologico la creazione del team (psicoterapeuta, andrologo, paziente, coppia) ha rappresentato simbolicamente un contenitore che ha fornito al paziente la capacità di imparare a gestire gli impulsi precedentemente senza controllo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 82****Effetto della dipendenza alcolica sulla funzione sessuale del maschio adulto. La nostra esperienza**

P. Chierigo, S. Dedola \*, L. Rossetto \*\*, N. Franzolin  
*UOC Urologia; \* UOS Alcolologia; \*\* Dipartimento delle Dipendenze, Azienda Ulss 4 "Alto Vicentino"*

**Introduzione e obiettivi**

Obiettivo di questo studio è indagare l'incidenza e l'etiopatogenesi della disfunzione sessuale (DS) nella popolazione maschile alcol-dipendente (AD) dai 30 ai 49 anni che affersce alla nostra Unità Operativa di Alcolologia; osservare l'effetto della disassuefazione alcolica sulla funzione sessuale; confrontare i nostri riscontri con le evidenze presenti in letteratura. Alcuni effetti dell'alcol sul comportamento sessuale erano noti sin dai tempi di Shakespeare: "Lechery, Sir, it provokes, and unprovokes. It provokes the desire, but it takes away the performance" (*Macbeth*, atto 2°, scena III). Anche oggi si afferma che l'assunzione di alcol può avere un effetto benefico sulla funzione sessuale maschile. Il Manuale Diagnostico Statistico-IV edizione dell'*American Psychiatric Association* (DSM-IV) comprende la DS fra i disturbi alcol-indotti (codice 291,89). Volendo indagare gli effetti dell'alcol sulla funzione sessuale, è necessario chiarire quale tipo di disturbo alcol-correlato si voglia considerare: l'abuso alcolico, in relazione alla dose assunta, o la dipendenza alcolica (DA). Alcuni di questi effetti

possono risultare da proprietà realmente “farmacologiche” dell’alcol (vasodilatazione periferica, maggior rilascio di GABA, dopamina e peptidi oppioidi endogeni). Ad esempio, una modesta dose di alcol può accrescere il desiderio sessuale, forse per effetto ansiolitico e disinibitorio, mentre l’assunzione in acuto di una importante quantità di alcol può causare disfunzione erettile, probabilmente secondaria alla depressione del sistema nervoso centrale. Nei pazienti (pz) AD, gli effetti dell’alcol sulla funzione sessuale sono invece mediati da lesioni organiche, soprattutto del sistema nervoso centrale e periferico, e del sistema endocrino. I problemi alcol-correlati sono una realtà emergente; riguardano circa il 10% dei maschi dai 30 ai 50 anni (dati Istat 2010), età in cui di solito i pz sono sessualmente attivi. A queste età i pz che lamentano DS spesso risultano essere AD. I maschi AD soffrono frequentemente di DS, ed a volte riferiscono questa come la causa responsabile di eventuali ricadute. Le alterazioni degli ormoni sessuali abitualmente riscontrate nel maschio AD possono contribuire alla genesi delle DS. L’alcol ha sulle cellule di Leydig un effetto tossico sia diretto, sia mediato dall’acetaldeide, suo primo metabolita. Ne consegue una diminuita sintesi di testosterone (T), ed una progressiva ipotrofia testicolare. Anche il T libero può risultare diminuito, per ridotta degradazione epatica della *Sex Hormone Binding Globulin*. Inoltre è frequente un iperestrogenismo, per incremento dell’aromatizzazione periferica degli androgeni, causata dall’aumento relativo del tessuto adiposo, e per ridotto catabolismo epatico degli estrogeni. Infine, una inibizione diretta della funzione ipotalamo-ipofisaria attenua il feedback degli ormoni sessuali. Per questi motivi il maschio AD può avere segni di femminilizzazione (riduzione della massa muscolare, habitus ginoide, ginecomastia, distribuzione pilifera femminile, ridotta crescita della barba). La funzione sessuale maschile consiste in una successione di eventi: il desiderio, l’erezione, l’eiaculazione, l’orgasmo. Ciascuna di queste fasi può rivelarsi non normale, configurando una DS. Per valutare in modo riproducibile pz affetti da DS si possono somministrare questionari standardizzati e validati. Il più utilizzato, fra gli oltre 30 disponibili, è l’*IIEF (International Index of Erectile Function)*. Esplora 5 ambiti della funzione sessuale mediante 15 domande: desiderio sessuale (2 domande), funzione erettile (6 domande), orgasmo (2 domande), soddisfazione ottenuta dal rapporto sessuale (3 domande), benessere generale (2 domande). Alle relative risposte viene assegnato un punteggio da 0 a 5, proporzionale al grado di benessere sessuale. L’*IIEF* indaga con particolare cura la funzione erettile, che riveste una posizione di rilievo fra gli eventi della sessualità maschile. Alcuni pz maschi AD ci hanno riferito l’insorgenza di DS. Abbiamo quindi voluto studiare l’incidenza delle DS nei maschi dai 30 ai 49 anni che afferiscono volontariamente alla nostra Unità Operativa di Alcolologia per AD in remissione (codice diagnostico ICD-10:F10,20).

#### Materiali e metodi

I criteri di inclusione sono stati: presenza di un partner sessuale fisso; anamnesi remota negativa per DS; non uso di droghe; AD non secondaria a cause psichiatriche; assenza di condizioni potenzialmente responsabili di DS (problemi prostatici, ipertensione, diabete, dislipidemia, malattie cardiovascolari, assunzione di farmaci con effetti sulla funzione sessuale, fumo > 10/die). Dal 1.1.2008 al 30.4.2009 abbiamo valutato 98 uomini dai 30 ai 49 anni, dei quali solo 44 rispondevano ai criteri di inclusione. Questi pz sono stati sottoposti ad esame obiettivo fisico, dosaggio di FSH LH, prolattina, T totale, estradiolo, transaminasi,  $\gamma$ GT, fosfatasi alcalina, eco epatica. Il questionario *IIEF-5* è stato somministrato all’atto dell’arruolamento e poi a 12 mesi. Mediante PubMed, utilizzando come parole chiave “sexual dysfunction, alcoholism, alcohol addiction”, abbiamo esaminato la letteratura prodotta dal 1980 ad oggi.

#### Risultati

Tutti i pz reclutati presentavano alterazioni della funzione epatica, ma solo 39 mostravano segni di ipogonadismo. In questi pz il T totale era compreso fra i 250 ed i 300 ng/dl. Difficilmente interpretabili i valori di FSH ed LH, elevati in alcuni pz, normali o diminuiti in altri. Il livello di estradiolo è sempre risultato nei limiti. In tutti i pz la prolattina è risultata superiore alla norma con valori compresi fra 20 e 38 ng/ml (v.n.: < 12 ng/ml). Circa il questionario *IIEF* somministrato all’atto del reclutamento, 38 pz su 44 presentavano all’*IIEF* bassi punteggi in almeno uno dei 5 ambiti esaminati. Di questi 38 pz, 30 riferivano una diminuita frequenza dei rapporti (domanda 6), 38 riscontravano una diminuzione del desiderio (domande 11 e 12), 34 presentavano disfunzione erettile (15 su 34 riferendo detumescenza precoce-domanda 4 e 5). Nessun pz ha riferito problemi di orgasmo. 34 pz hanno mostrato bassi punteggi circa la soddisfazione ottenuta dal rapporto sessuale, e 36 pz bassi punteggi circa il benessere sessuale. In assenza di ipogonadismo, la funzione sessuale nel pz AD è risultata normale. Somministrando l’*IIEF* a 12 mesi, 32 pz su 44 presentavano un punteggio totale > 17, indicativo di una funzione sessuale pressoché normale. Solo 12 pz su 44 avevano bassi punteggi in almeno uno dei 5 ambiti esaminati. Tutti questi 12 pz lamentavano una disfunzione erettile persistente, in 4 casi sotto forma di detumescenza precoce. Nella letteratura degli ultimi 15 anni non sono molti gli studi sulla relazione fra AD e DS. Con maggior frequenza questo argomento è stato affrontato negli anni precedenti, in epoca pre-Viagra, quando lo studio delle DS era ancora in divenire. Esistono numerose segnalazioni circa gli effetti negativi della AD sui vari domini della funzione sessuale maschile. Considerando la sensibilità del pz AD verso le relazioni interpersonali, la DS dei maschi AD, sulla base di una ipotesi patogenetica biopsicosociale, potrebbe essere ulteriormente sostenuta da una carenza di autostima o da problemi nella relazione coniugale, fattori difficilmente quantificabili.

#### Conclusioni

Abbiamo osservato una associazione significativa fra AD e DS. Nei casi da noi osservati pare che la diminuzione del T sia la causa principale delle DS. Altre alterazioni organiche (endocrine, metaboliche, neurologiche centrali o periferiche, somatiche o autonome), come pure problemi psicologici e relazionali, spesso riscontrabili nei pz AD, possono concorrere, in misura difficilmente quantificabile, alla genesi della DS. In assenza di ipogonadismo o di alterazioni epatiche, pare che la AD non si accompagni a DS. Abbiamo osservato che la disassuefazione alcolica si associa ad un miglioramento della funzione sessuale, similmente a ciò che si osserva in merito ad altre funzioni organiche. Ciò può rappresentare per il pz una motivazione aggiuntiva per non abbandonare il programma terapeutico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### C 33

##### Desiderio di paternità in maschi omosessuali

A. Salonia, A. Saccà, L. Rocchini, M. Ferrari, A. Gallina, F. Castiglione, G. Gandaglia, A. Russo, P. Rigatti, F. Montorsi  
Department of Urology, University “Vita-Salute San Raffaele”, Milan

#### Obiettivi

Obiettivo dello studio è la descrizione dei fattori predittivi di desiderio di paternità in una coorte di uomini omosessuali caucasici europei (MSM).

## Metodi

Tra il settembre 2008 ed il settembre 2009 abbiamo raccolto i dati di 92 MSM consecutivi [età media (SD): 43,3 (14,2) anni; range: 21-73], invitati a compilare un questionario anonimo semi-strutturato, comprensivo di dati demografici, una dettagliata anamnesi medica e sessuale, oltre che di domande specifiche relative alla percezione soggettiva nei confronti della paternità. I soggetti reclutati hanno inoltre completato i questionari SF36, relativo alla QoL, *Male Sexual Health Questionnaire* (MSHQ) ed il *Beck's Inventory for depression* (BDI). Mediante utilizzo della statistica descrittiva abbiamo testato percentuale e predittori di desiderio di paternità in questa coorte di soggetti MSM.

## Risultati

Dei 92 soggetti, 45 (48,9%) hanno espresso desiderio di paternità. Tra questi 45 soggetti, 4 (8,9%), 29 (64,4%), e 12 (26,7%) hanno riferito, rispettivamente, un desiderio di paternità di media, moderata o forte intensità. Dei 92 MSM, 7 (7,6%) sono risultati essere già diventati padri; di questi nessuno ha riportato un ulteriore interesse per ulteriori paternità, rispetto a quelli che non avevano mai avuto un figlio ( $p = 0,007$ ;  $\chi^2 = 7,254$ ). Non abbiamo rilevato differenze significative tra gli uomini interessati alla paternità e quelli che, al contrario, non dimostrassero desiderio di paternità in termini di età [40,9 (14,2) vs. 45,6 (14,1) anni;  $p = 0,115$ ], scolarità [alto livello educativo è stato riscontrato in 40 (52,6%) vs. 36 (47,4%), mentre un basso livello è stato riscontrato in 5 (31,3%) vs. 11 (68,8%);  $p = 0,10$ ;  $\chi^2 = 2,118$ ], guadagno mensile [ $p = 0,54$ ;  $\chi^2 = 2,173$ ], numero di soggetti bisessuali nel gruppo [10 (22,2%) vs. 9 (19,1%);  $p = 0,46$ ;  $\chi^2 = 0,133$ ], e numero di soggetti con relazione sessuale stabile [29 (50,9%) vs. 20 (57,1%);  $p = 0,56$ ;  $\chi^2 = 0,004$ ]. Ai pari, una percentuale simile di uomini con o senza desiderio di paternità aveva fatto coming-out familiare [30 (57,7%) vs. 27 (57,4%), rispettivamente;  $p = 0,86$ ;  $\chi^2 = 0,033$ ] o coming-out pubblico [35 (56,5%) vs. 32 (74,5%);  $p = 0,14$ ;  $\chi^2 = 2,2$ ]. Gli uomini desiderosi di prole avevano punteggi relativi al dominio MSHQ-couple [20,4 (9,4) vs. 19,6 (9,8);  $p = 0,75$ ] ed al BDI simili a quelli dei soggetti che, al contrario, non desiderassero figli [7,0 (7,1) vs. 5,1 (4,7);  $p = 0,14$ ], come pure un ugual percentuale di depressione clinicamente evidente (cioè, BDI  $\geq 13$ ) [2/7 (28,6%) vs. 5/7 (71,4%),  $p = 0,86$ ;  $\chi^2 = 0,03$ ]. Il dominio mentale [210,1 (72,9) vs. 212,4 (71,3);  $p = 0,89$ ] e fisico [381,5 (84,3) vs. 374,6 (99,7);  $p = 0,64$ ] del questionario SF36 risultavano comparabili tra i due gruppi.

## Conclusioni

I nostri dati preliminari dimostrano un'elevata prevalenza di desiderio di paternità tra gli uomini omosessuali caucasici europei. La nostra coorte di soggetti, tuttavia, non è sufficiente per determinare quali possano essere fattori predittivi significativi di tale desiderio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 84

### Disfunzione sessuale femminile e assetto ormonale in donne affette da sclerosi multipla

F. Nelli, G. Lombardi, M. Mencarini, M. Finita Celso, G. Del Popolo

SOD Neuro-Urologia Careggi, Firenze

#### Introduzione e obiettivi

Scopo dello studio è indagare una possibile correlazione tra l'assetto ormonale e le disfunzioni sessuali femminili somministrando il questionario *Female Sexual Function Index* (FSFI) a donne affette da sclerosi multipla (SM).

#### Materiali e metodi

Durante la fase di arruolamento, sono state reclutate 56 donne in età riproduttiva (media 38,5 anni) con diagnosi di sclerosi multipla da almeno 1 anno. In questa fase esse hanno compilato l'FSFI. Nella prima parte dello studio sono stati prelevati gli esami ormonali al terzo giorno del ciclo mestruale. Nella fase 1 sono stati prelevati i seguenti esami ematici: ormone follicolostimolante (FSH), ormone luteinizzante (LH), prolattina (PRL), ormone stimolante la tiroide (TSH), ormoni tiroidei (FT3 e FT4), cortisolo, deidroepiandrosterone solfato (DHEA-S) androstenedione, 17 alfaidrossiprogesterone, testosterone libero e totale, *sex hormone binding globulin* (SHBG), inibina. Il progesterone ematico è stato valutato al ventesimo ventunesimo giorno del ciclo. Nelle pazienti amenorriche gli esami ematici sono stati eseguiti a tempi random.

Dopo un periodo di 3 mesi le pazienti hanno iniziato la fase 2 compilando nuovamente il FSFI e sono state di nuovo sottoposte con le stesse modalità ai medesimi esami ematici della fase 1.

#### Risultati

54 donne hanno completato lo studio. Di queste 31 hanno continuato ad avere almeno una disfunzione sessuale: il disturbo sessuale più frequente è stato il ridotto desiderio sessuale (38,7%).

Il 38,8% delle pazienti ha mostrato alterazioni dell'assetto ormonale; di queste 4 donne solo nella fase 2. Le alterazioni ormonali più frequenti sono state a carico del 17 beta estradiolo (38,1%) e del progesterone (23,8%).

Il questionario FSFI non ha rilevato nessuna correlazione statisticamente significativa tra un particolare assetto ormonale e una specifica disfunzione sessuale.

Le pazienti con anomalie ormonali, comparate con quelle senza alterazioni ormonali, hanno mostrato un tasso di disfunzioni sessuali maggiore senza raggiungere un valore statisticamente significativo ( $p = 0,415$ ).

#### Conclusioni

Nel nostro campione è stata rilevata una notevole percentuale di alterazioni ormonali con impatto negativo sulla sessualità pertanto si rendono necessario trial di studio per valutare eventuali trattamenti ormonali in pazienti con SM affette da disfunzioni sessuali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

# Urgenze andrologiche

## P 1

### Trauma coitale con rottura sincrona dei corpi cavernosi e dell'uretra. Gestione chirurgica e revisione della letteratura

P. Polledro, R. Borsa, G. Fontana, A. Moiso

*Struttura Complessa Urologia, ASL CN1, PO "SS. Annunziata", Savignano (CN)*

Viene descritto un caso di rottura traumatica, in corso di rapporto sessuale penetrativo, dei corpi cavernosi in sede ventrale con contemporanea lesione completa (amputazione) dell'uretra anteriore al passaggio tra uretra bulbare ed uretra pendula. Tale associazione di lesioni cavernoso-uretrale è estremamente rara. Nella gestione chirurgica, oltre all'indicazione al trattamento immediato in regime di urgenza, viene evidenziato l'impiego di graft eterologo nella riparazione della soluzione di continuo della tunica albuginea laddove, come nel caso in questione, la soluzione di continuo sia tale da impedire una ricostruzione anatomica classica che non sia fonte di importante retrazione cicatriziale con incurvamento funzionale residuo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 11

### Frattura traumatica di corpi cavernosi ed uretra: nostra esperienza di riparazione chirurgica in tempo unico

G. Naccarato, M. Bitelli, A. Berardi, F. Carbonaro, C. De Santis, S. Guglielmino, G. Voria

*UOC Urologia, Ospedale S. Sebastiano Martire - Frascati, Roma*

#### Introduzione

La frattura dei corpi cavernosi è un evento raro che occorre al pene in erezione, soprattutto durante un rapporto sessuale; ancor più rara la frattura bilaterale dei corpi cavernosi associata a lesione uretrale. In questo lavoro descriviamo la nostra esperienza di un caso di frattura dei corpi cavernosi associata a lesione uretrale con riparazione chirurgica in tempo unico.

#### Materiali e metodi

Nell'ottobre 2009 è giunto alla nostra osservazione un uomo di 45 anni con vistoso ematoma penoscrotale manifestatosi poco dopo un traumatismo durante un rapporto sessuale. Riferiva inoltre ritenzione acuta di urina con impossibilità alla cateterizzazione. È stata posizionata epicistostomia di urgenza ed effettuata successivamente CURM che evidenziava lesione a livello dell'uretra peniena. L'ecografia peniena evidenziava frattura bilaterale dei corpi cavernosi. Il paziente è stato quindi sottoposto ad intervento chirurgico di drenaggio dell'ematoma penieno e riparazione delle lesioni dei corpi cavernosi mediante sutura continua in Vicryl 2/0; successivamente si è proceduto alla riparazione della lesione uretrale mediante sutura a punti staccati in Vicryl Rapid 3/0.

#### Risultati

La degenza post-operatoria è stata esente da complicanze ed il paziente è stato dimesso in IV giornata con epicistostomia. A distanza di 30 giorni si è provveduto ad eseguire CURM di controllo che ha mostrato la perfetta chiusura della breccia uretrale ed è stata rimosso il catetere sovrapubico. È stato

effettuato un Ecocolor Doppler penieno a distanza di 3 e 6 mesi dal trauma con evidenza di iperriflettenze sulla zona di sutura e con valori PSV e VTD nella norma. Inoltre il questionario IIEF-5 a cui il paziente è stato sottoposto al a 3 e 6 mesi dall'intervento ha mostrato punteggi compatibili con assenza di deficit erettile residuo. La ripresa della normale attività sessuale è avvenuta a 60 giorni dal trauma.

#### Conclusioni

La riparazione chirurgica in tempo unico delle lesioni dei corpi cavernosi e dell'uretra in seguito a traumatismo durante un rapporto sessuale risulta essere una tecnica efficace soprattutto se l'intervento viene eseguito nelle prime ore successive al traumatismo. In tutti i casi controlli a distanza nel tempo sono necessari per monitorare l'eventuale insorgenza di placche calcifiche sul sito di lesione albuginea.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 20

### I traumi del pene e dei corpi cavernosi: la nostra esperienza

G. Passavanti, A. Bragaglia, A. Bartalucci \*, R. Nucciotti, V. Pizzuti

*UO Urologia, \*UO Radiologia, Ospedale Misericordia Grosseto*

I traumi del pene sono infrequenti e secondari ad atti coitali o a manipolazioni inopportune. Essi determinano sia semplici contusioni sia lacerazioni dell'albuginea e talvolta dell'uretra ed dello spongioso.

Sebbene la diagnosi sia clinica, la frattura dei CC e/o dello spongioso può essere inquadrata meglio con alcuni esami di imaging. Abbiamo quindi verificato l'utilità della NMR.

8 pazienti, età 22-54 anni (m 38,8), riportavano un trauma penieno, in 7 casi coitale ed 1 dopo manipolazioni.

Il tempo intercorso tra l'evento traumatico e l'arrivo alla nostra osservazione era di 6-72 ore (m. 29,5). Abbiamo effettuato una ecografia in tutti i casi e la MRI in 5.

L'ecografia (sonda lineare 7 mHz), evidenziava l'ematoma dartoico ma non definiva sempre sede ed estensione della lacerazione dell'albuginea. Non permetteva mai di identificare la lesione uretrale.

La MRI veniva effettuata in 5 casi con pene rivolto verso l'alto e con bobina di superficie Flex in sequenze T1 e T2 (Fast T1 normali e Fast T2 normali e FS) senza MDC

La MRI ben definiva l'ematoma, la sede, la morfologia, l'estensione della lacerazione dell'albuginea e del tessuto cavernoso e la presenza e la topografia della lesione uretro-spongiosa. Nel caso con semplice contusione ben informava sulla integrità corporo-spongiosa discriminando il trascurabile ematoma dartoico.

Questo caso è stato trattato in maniera conservativa. Uno dei due casi pervenuto molto tardivamente alla nostra osservazione è stato trattato in maniera conservativa con esiti cicatriziali a distanza; l'altro caso tardivo è stato trattato chirurgicamente a lesione stabilizzata, con escissione della cicatrice e plicatura dell'albuginea.

Negli altri 5 casi abbiamo drenato l'ematoma, con ricostruzione della continuità dell'albuginea e nei 2 casi di interessamento uretrale abbiamo ricostruito la continuità della mucosa e del corpo spongioso. Il follow-up da un minimo di 2 ad un

massimo di 5 anni non ha rilevato esiti corporali od uretrali. L'ausilio di alcune metodiche di imaging nei traumi penieni può migliorare le informazioni sulla morfologia, l'estensione e la sede delle lacerazioni dell'albuginea, del corpo spongioso e dell'ematoma secondario. In tal modo si può pianificare il trattamento chirurgico. L'ecografia è ripetibile e poco costosa, ma è operatore dipendente; la TC informa sulle lesioni corporali ma non sulle uretrali ed espone il paziente alle radiazioni. La MRI consente uno studio accurato della estensione delle lesioni, della loro topografia e morfologia e dell'ematoma. Noi non abbiamo effettuato né l'uretrografia né la cavernosografia (invasive, indaginose e con falsi positivi e negativi).

La NMR, quindi, sembra essere un esame eccellente nello studio delle fratture dei corpi cavernosi e del corpo spongioso.

La chirurgia, possibilmente precoce, sembra essere l'opzione preferibile e comunque utile anche in fase di stabilizzazione delle lesioni.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C 50

### Ruolo della risonanza magnetica nucleare peniena vs. ecografia nella diagnosi e nel follow-up delle fratture dei corpi cavernosi

G. Perugia, E. Casciani\*, G. Franco, E. Poletti\*, G. Masselli\*, F. De Luca, G. Borgoni, V. Olivieri, F. Antonini, M. Liberti, G. Gualdi\*

*Dipartimento di Scienze Urologiche "U. Bracci", Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Sapienza Università di Roma*

#### Introduzione e obiettivi

La frattura del pene è una rara urgenza urologica dovuta alla lacerazione della tunica albuginea in erezione per cui il paziente avverte un rumore tipo "crack", un dolore rilevante con perdita della erezione, ed ematoma più o meno vasto a seconda della entità e della sede della lesione. Proprio per la facilità della diagnosi, è controversa l'utilità di indagini quali l'ecografia peniena (US) o la risonanza magnetica (RMN), nella valutazione pre-operatoria della lesione. La US è operatore dipendente e può non visualizzare la sede della lacerazione se piccola o coperta da un coagulo che la renda indistinguibile dalla circostante normale tunica albuginea. L'utilizzo della RMN peniena è stato proposto nei casi in cui la lacerazione della tunica albuginea è incerta. Il presente studio mette a confronto i dati forniti dalla US e dalla RMN, nella valutazione pre-operatoria di pazienti con trauma del pene.

#### Materiali e metodi

9 pazienti giunti al Dipartimento di Emergenza per trauma del pene durante un rapporto sessuale, sono stati sottoposti ad US peniena ed RMN. La US è stata eseguita con scanner standard e sonda da 7 MHz. La RMN è stata eseguita con apparecchiatura 1,5 Tesla, phased array e flex loop coil, con sequenze assiali T1 pesate, e assiale, coronale e sagittale T2 pesate, prima e dopo mezzo di contrasto. Durante lo studio con RMN i pazienti erano in posizione supina, con il pene adeso alla parete addominale, e la bobina di superficie posizionata a contatto con il pene. Il tempo medio dello studio con US e RMN è stato rispettivamente di 15 ± 5 e 20 ± 5 minuti. La diagnosi definitiva di frattura del pene è stata determinata dal riscontro chirurgico, e dal follow-up clinico.

#### Risultati

Gli studi con US e RMN peniena hanno correttamente diagnosticato lacerazione unilaterale della tunica albuginea rispettivamente in 3 e 6 pazienti, confermata dal riscontro chirurgico. Nei restanti 3 pazienti è stata posta una errata diagnosi di

lesione della tunica mediante US, mentre la valutazione con RMN ha correttamente mostrato, in tutti i casi, una tunica integra con associata presenza di ematoma intracavernoso o al di fuori della tunica albuginea stessa. Alla luce del reperto fornito dalla RMN, i 3 pazienti sono stati trattati in maniera conservativa e nessuno di essi è stato successivamente sottoposto a trattamento chirurgico, con esito positivo del trauma, senza complicanze a carico della funzione erettile durante il follow-up.

#### Conclusioni

Nonostante i costi e la ristretta disponibilità limitino l'utilizzo della RMN nelle emergenze urologiche, la maggiore accuratezza nel dimostrare l'integrità della tunica albuginea, così come nel valutare l'estensione e la sede delle lacerazioni rispetto alla ecografia peniena, rende la RMN uno strumento appropriato per la diagnosi delle fratture dei corpi cavernosi, risultando particolarmente utile nel determinare la necessità di un trattamento chirurgico e nel follow-up di questi pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 63

### Posizionamento di protesi peniena in acuto nel priapismo a basso flusso: nostra esperienza

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

*Divisione Universitaria di Urologia 2, S.S.C.V.D. per l'Andrologia, C.I.D.I.Ge.M. (Centro Interdipartimentale per il Disturbo dell'Identità di Genere Molinette), Ospedale Maggiore "San Giovanni Battista - Molinette", Torino*

#### Introduzione

Il priapismo a basso flusso rappresenta una rara ma grave emergenza andrologica, che se non riconosciuta in tempo e trattata adeguatamente esita in disfunzione erettile. Il trattamento è inizialmente conservativo. Non è chiaro però quale sia il tempo critico oltre il quale la terapia conservativa non sia più in grado di evitare la DE. Scopo di questo lavoro è valutare i risultati del posizionamento di protesi peniena in acuto, nella gestione del priapismo a basso flusso refrattario alle terapie conservative.

#### Materiali e metodi

Tra il gennaio 2002 e l'aprile 2010 abbiamo trattato 20 pazienti che si sono presentati presso il pronto soccorso del Nostro Ospedale con priapismo, tutti studiati con anamnesi, esame obiettivo, ematochimici (con ricerca di HbS), EGA cavernoso. Quattro erano priapismi ad alto flusso; 16 erano a basso flusso; di questi, 10 hanno risposto alla terapia farmacologica, mentre 6 hanno richiesto il confezionamento di shunt. A 4 di questi, che non hanno risposto allo shunt, è stata posizionata in acuto una protesi peniena. L'eziologia del priapismo era in 2 pazienti idiopatico, in 1 caso secondario a terapia con gonadotropine per infertilità e 1 caso secondario a papaverina.

#### Risultati

Sono state posizionate 3 protesi peniene tricomponenti ed 1 malleabile. Tempo operatorio medio, 90 minuti. Non si sono registrate complicanze intraoperatorie. In tutti i pazienti è stata eseguita la biopsia dei corpi cavernosi; all'esame istologico: necrosi del tessuto cavernoso. Non vi sono state infezioni della protesi. Tutti i pazienti si sono dichiarati soddisfatti ed hanno ripreso l'attività sessuale non prima di 2 mesi dal posizionamento della protesi.

#### Conclusioni

Il priapismo a basso flusso rappresenta una rara ma grave emergenza andrologica, che se non riconosciuta in tempo e trattata adeguatamente esita in disfunzione erettile. Il trat-

tamento conservativo non è sempre in grado di risolvere il quadro clinico che esita in DE, la cui terapia è rappresentata dall'inserimento di una protesi peniena. A distanza dall'episodio tale chirurgia risulta molto complessa a seguito della fibrosi che si viene a creare. L'inserimento della protesi in acuto invece presenta 3 vantaggi: terapia definitiva del priapismo; terapia della disfunzione erettile; prevenzione della retrazione secondaria alla fibrosi. Tale chirurgia inoltre in un setting acuto risulta tecnicamente più agevole che a distanza di tempo dall'evento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 16

### Posizionamento di protesi peniena in episodi di priapismo ischemico acuto: follow-up a lungo termine

D. Dente, G. Garaffa<sup>1</sup>, G. Franco, C. De Dominicis, P. Pompa<sup>2</sup>, T. Paniccia<sup>3</sup>, A.N. Christopher<sup>4</sup>, D. Ralph<sup>4</sup>  
*Dipartimento di Urologia, Policlinico Umberto I, Roma; <sup>1</sup> Andrology Department, University College Hospital, London; <sup>2</sup> Dipartimento di Urologia, Ospedale "SS. Annunziata", Chieti; <sup>3</sup> Dipartimento Di Urologia, Università "G. D'Annunzio", Chieti; <sup>4</sup> Andrology Department, University College Hospital, London*

#### Introduzione

L'obiettivo di questo lavoro è quello di presentare i risultati a lungo termine del posizionamento immediato di protesi peniena in pazienti (pz) con priapismo ischemico.

#### Materiali e metodi

53 pz di età media di 42 anni (media 26-73) con priapismo ischemico, della durata media di 171 ore range (26-72 ore), sono stati sottoposti a posizionamento di protesi peniena.

In tutti i pz i tentativi di aspirazione e di instillazione di alfa-agonisti sono falliti, mentre 28 sono stati sottoposti anche a T-shunt chirurgico anch'esso fallito. La diagnosi è stata poi confermata da emogas analisi dei corpi cavernosi e Ecocolordoppler. In 39 pz è stata anche eseguita una biopsia della muscolatura liscia cavernosa.

#### Risultati

Le cause degli episodi di priapismo sono state: interazioni con farmaci (n = 17), emoglobinopatie (n = 10), idiopatica (n = 26). In 49 pz è stata posizionata una protesi manleabile, 10 dei quali hanno poi subito secondaria revisione con inserzione di protesi tricomponente al posto di quella manleabile, mentre in 4 pz è stata posizionata direttamente la protesi tricomponente. Dopo un follow-up medio di 17 mesi, 5 pz hanno avuto necessità di revisione chirurgica a causa di infezione (n = 4)

o di curvatura (n = 1). Tutti i pz sono attualmente in grado di avere rapporti, con un rate di soddisfazione del 98%.

#### Conclusioni

L'immediata inserzione di una protesi peniena in caso di episodio di priapismo ischemico è un intervento di facile esecuzione, con un basso rate di complicazioni se comparato con una ritardata inserzione, e con un alto rate di soddisfazione del pz.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 90

### L'ecocolordoppler nello scroto acuto

S. Bucci, G. Liguori, S. Benvenuto, G. Ocello, G. Ollandini, G. Mazzon, A. Zordani, M. Bertolotto\*, C. Trombetta, E. Belgrano

*UCO di Clinica Urologica, \*Radiologia Universitaria, Università di Trieste*

#### Introduzione

Riportiamo alcuni casi di pazienti giunti alla nostra attenzione con la diagnosi dal pronto soccorso di scroto acuto. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione clinico laboratoristica ed hanno eseguito una valutazione ecografica a completamento diagnostico.

#### Materiali e metodi

Caso 1: Infarto testicolare.

Caso 2: Frattura testicolare post-traumatica.

Caso 3: Torsione parziale del testicolo.

Caso 4: Microascessi testicolare.

Caso 5: Tumore adenomatoide dell'epididimo.

Caso 6: K testicolo.

Caso 7: Epididimite.

Caso 8: Idrocele.

Caso 9: Ematocele.

Caso 10: Varicocele.

Caso 11: Cisti dell'epididimo.

#### Conclusioni

Nella nostra pratica clinica tutti i pazienti che giungono alla nostra attenzione per patologia peno scrotale vengono sottoposti a controllo ecocolordoppler anche se già eseguito in altra sede. Riteniamo infatti che l'urologo debba farsi carico a completamento diagnostico di una propria valutazione ecografica per ottimizzare la scelta terapeutica. Non di rado una seconda valutazione ecografica differisce dalla prima sia perché eseguita in tempi diversi e con durata diversa sia perché la metodica è operatore e macchina dipendente. La cultura dell'imaging associata alla esperienza clinica sono un arma in più per un corretto approccio clinico terapeutico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

# Video

## V 1

### Impianto di protesi idraulica tricomponente con accesso peno-scrotale "Septum sparing"

E. Conti, S. Lacquaniti, P.P. Fasolo, L. Puccetti, R. Mandras, M. Camilli, G. Fasolis  
 Divisione Urologia, Ospedale "San Lazzaro", Alba

#### Scopo del Lavoro

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

#### Materiali e metodi

Tra gennaio 2009 e marzo 2010, abbiamo candidato ad implantologia protesica peniena 20 pazienti (pz) affetti da DE end-stage di varia etiologia. I criteri di inclusione per interventi di protesi tricomponente erano: DE end-stage non responder/non compliante a terapia medica. I criteri di esclusione erano: Insufficiente manualità per l'attivazione della protesi, disturbi della personalità secondo il DSM-IV-TR. 19 pz sono risultati eligibili. Tutti gli interventi in rachianestesia con accesso peno-scrotale secondo il seguente schema: 1) inserimento del reservoir nello spazio retropubico; 2) esposizione dei corpi cavernosi con rispetto della struttura settale; 3) fenestrazione per via smussa tra uretra e setto scrotale; 4) passaggio del cilindro sinistro e del relativo raccordo nella fenestrazione prima del suo inserimento; 5) prosecuzione dell'intervento secondo la tecnica tradizionale. Il catetere vescicale e drenaggio rimossi in 1 giornata. Dimissione in 2 giornate. Ispezione dello scroto da parte dell'operatore alla dimissione ed in 10 giornata.

#### Risultati

19 pz di età tra 42 e 71. L'etiologia della DE era PR correlata in 12 pz, IPP in 5 pz, diabete in 2 pz. In 2 pz è stata eseguita frattura di placca. Le complicanze sono state 1 perforazione apicale riconosciuta e riparata, 1 ematoma sottodartico peripompa, che ha richiesto una revisione ambulatoriale. In 18 casi si è osservata assenza di edema scrotale alle dimissioni e in 10 giornata.

#### Conclusioni

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

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V 2

### Impianto protesi tricomponente AMS 700 CX momentary squeeze con accesso infrapubico in paziente con disfunzione erettile secondaria a chirurgia del retto

G. Alei, P. Letizia, L. Alei, F. Ricottilli  
 Dipartimento di Chirurgia Plastica, Sapienza Università di Roma

#### Introduzione

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

#### Materiali e metodi

Si effettua un'incisione dorsale longitudinale infrapubica e dopo aver preparato i piani sottocutanei si raggiunge la radice dorsale del corpo cavernoso sinistro che viene clampato tra due pinze di allis.

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

Si posiziona un drenaggio di redon nello spazio più declive. Sottocute sempre in vaicril due zeri cute a punti staccati in seta due zeri.

#### Risultati e conclusioni

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

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**V 3****Impianto di protesi idraulica bicomponente e di protesi testicolare in conversione gino-androide**

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

*Dipartimento di Chirurgia Plastica, Sapienza Università di Roma***Scopo del lavoro**

Illustrare l'impianto contestuale di protesi peniena idraulica bicomponente e di protesi testicolare sottoposto ad intervento di conversione gino-androide con creazione di neo-fallo con tecnica ALT.

**Materiali e metodi**

Il video illustra il caso clinico di un paziente sottoposto ad intervento chirurgico con creazione di neofallo con tecnica ALT. Durante il primo tempo operatorio dopo aver creato il neofallo è stato impiantato un cilindro di protesi soffice come tutore. Nel secondo tempo operatorio è stata sostituita la protesi soffice con cilindro di protesi idraulica bicomponente Titan Mentor per garantire una maggiore rigidità e simulare meglio la flaccidità. Inoltre la pompa-serbatoio del sistema è stata impiantata nel grande labbro per simulare un testicolo mentre nell'altro grande labbro è stata impiantata protesi testicolare Excel Mentor.

**Risultati**

Il risultato ottenuto è stato soddisfacente sia dal punto di vista estetico che funzionale. Il caso clinico illustrato nel video ha un follow-up di sei mesi e non ci sono state complicanze.

**Conclusioni**

Il livello di soddisfazione dei pazienti sottoposti a questa chirurgia è il frutto di nuove tecniche chirurgiche, materiali innovativi e counselling sessuologico.

Il risultato estetico funzionale ottenuto rappresenta un momento fondamentale nella riattribuzione chirurgica del sesso nei pazienti transessuali gino-androidi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**V 4****Descrizione della tecnica di uretroplastica stadiata con Mesh Graft**G. Tuffu<sup>\*</sup>, S. Maruccia<sup>\*\*</sup>, F. Benedusi<sup>\*\*\*</sup>, C. Bischoff, M. Santi Aragona, A. Zucchi<sup>\*</sup>, R. Olianis

*Dipartimento di Urologia, Städtische Klinikum Lüneburg; <sup>\*</sup> Clinica Urologica ed Andrologica, Università di Perugia; <sup>\*\*</sup> Dipartimento di Urologia, IRCCS Università di Milano; <sup>\*\*\*</sup> Dipartimento di Urologia, Università di Brescia*

**Obiettivi**

Descrizione della tecnica di uretroplastica stadiata con Mesh Graft.

**Materiali e metodi**

L'utilizzo della tecnica è da prendere in considerazione in caso di stenosi complesse con lunghezza maggiore di 4 cm, in presenza di tessuti estesamente fibrotici, o quando l'impiego di mucosa buccale o di altri flap risulta impossibile (plurirecidue). Uno scrupoloso staging pre-operatorio del paziente è fondamentale per la selezione e l'appropriata indicazione chirurgica.

**Tecnica chirurgica**

La tecnica Mesh Graft prevede due tempi.

*Il Tempo:* dopo un'accurata preparazione pre-operatoria (lattuloso a partire dai due giorni precedenti all'intervento), si inizia con l'individuazione del tratto stenotico e l'isolamento dell'uretra. Confermata l'indicazione alla tecnica chirurgica, viene eseguito il prelievo dell'innesto cutaneo dalla faccia mediale della

coscia mediante dermatomo (spessore della cute 0,2 mm). Il graft viene quindi traforato e impiantato con sutura continua dei margini e colla tissutale. Nei casi di stenosi dell'uretra membranosa e/o bulbare viene confezionata una perineostomia. Un'accurata medicazione compressiva con garza grassa è fondamentale per il buon attecchimento dell'innesto cutaneo. Il paziente viene tenuto a digiuno ed a letto per 1 settimana (nutrizione parenterale, oppio e loperamide per inibire la peristalsi) per evitare movimenti che possano ostacolare l'angiogenesi e l'attecchimento dell'innesto. La prima medicazione viene eseguita dopo 7 giorni in posizione litotomica e quindi successivamente ogni due giorni fino a completa guarigione.

*Il Tempo:* viene effettuato ad almeno 3 mesi di distanza dal precedente. Valutati opportunamente il trofismo tissutale e l'assenza di recidive a monte ed a valle dell'innesto, si chiude l'uretra (tubularizzazione) sulla guida di catetere 20 ch o di drenaggio polifenestrato in caso di stenosi dell'uretra peniena. Tra la X e la XIV giornata post-operatoria viene quindi eseguita una cistouretrografia per confermare l'assenza di spandimenti.

**Conclusioni**

La tecnica Mesh Graft rappresenta una valida opzione terapeutica per il trattamento di stenosi complesse plurirecidue. In particolare, nel caso di stenosi dell'uretra posteriore in esiti di plurimi interventi chirurgici o di stenosi post-traumatiche, la tecnica suddetta consente una ricostruzione uretrale anche di lunghi segmenti, rappresentando di fatto l'unica e l'ultima alternativa ad una derivazione urinaria.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**V 5****Uretroplastica di ampliamento con mucosa buccale dell'uretra peniena con accesso perineale**

D. Vigna, G. Berta, E. Cattaneo, C. Fiorito, A. Gillo, F. Marson, A. Tizzani, P. Gontero

*Divisione Universitaria di Urologia 1, AOU San Giovanni Battista, Ospedale Molinette, Torino*

**Introduzione e obiettivi**

Presentiamo il caso di un paziente di 56 anni giunto alla nostra osservazione per peggioramento del mitto e disuria ingravescente. In anamnesi riferiva un episodio di probabile uretrite e due uretrotomie endoscopiche. L'uretro-cistografia pre-operatoria documentava in corrispondenza dell'uretra peniena numerose substenosi anulari con aspetto a corona di rosario, la più serrata delle quali situata nel suo tratto prossimale; l'uretra posteriore presentava un calibro progressivamente crescente nel corso della minzione in rapporto alle stenosi descritte.

Il presente contributo video mostra le fasi dell'intervento di uretroplastica di ampliamento con mucosa buccale mediante accesso perineale a cui il paziente è stato sottoposto.

**Materiali e metodi**

Il sondaggio uretrale con catetere 16 ch dimostra restringimento invalicabile a 2 cm dal meato uretrale. Incisione perineale longitudinale e isolamento dell'uretra bulbare. Previo degloving penieno si procede a dissezione smussa dell'uretra bulbare distale e di tutta l'uretra peniena. Apertura longitudinale dell'uretra con bisturi condotta dorsalmente a partire da 2 cm dal meato e prossimalmente per una lunghezza di 10 cm circa sino ad identificare un tratto di uretra sana. Prelievo di ampio patch di mucosa buccale (5 x 3 cm circa) che viene suddiviso per formare un patch di 10 x 1,5 cm e fissato sul letto uretrale con punti staccati in Maxon 5-0 sui corpi cavernosi. Sutura in continua per ricostituire l'uretra ampliata con punti comprendenti margine uretrale originale, bordo del patch di

mucosa buccale e corpo cavernoso su catetere vescicale 16 ch. Punti di scarico tra uretra e corpi cavernosi.

#### Risultati

L'uretrocistografia di controllo effettuata a 3 settimane dall'intervento, dopo la rimozione del catetere vescicale, evidenzia un soddisfacente risultato: l'uretra anteriore presenta profili lievemente irregolari ma calibro nella norma e non si osserva alcuno spandimento extraluminale di m.d.c. Un analogo risultato persiste alla cistografia di controllo effettuata a poco più di 2 mesi dall'intervento chirurgico

#### Conclusioni

Le tecniche classiche di ampliamento dell'uretra peniena con lembi peduncolati sono gravate da rischio significativo di recidiva a distanza. L'approccio proposto rappresenta una soluzione a nostro avviso più idonea in pazienti giovani, minimizzando il rischio di diverticoli uretrali, e con il vantaggio di non coinvolgere la cute peniena.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### V 6

#### **Penile disassembly secondo Perovic nella chirurgia estetico funzionale nei carcinomi del glande: note di tecnica con follow-up a 36 mesi**

S. Pecoraro, R. Giannella, A. Fienga, M. Silvani\*, S. Sansalone\*\*

*Alta Specialità Nefro Uro Andrologia, Clinica Malzoni, Avellino; \*SC Urologia, Ospedale degli Infermi Biella; \*\*Clinica Urologica, Università Tor Vergata di Roma*

#### Introduzione e obiettivi

Il carcinoma squamocellulare del glande rappresenta l'1% di tutti i tumori maligni del sesso maschile, colpita la VI e VII decade di vita, mentre è rarissimo nella III decade. La Chirurgia è conservativa indicata nei primi stadi, mentre è demolitiva mutilante negli stadi avanzati. Si propone la tecnica di disassemblaggio spongio-uretro-cavernoso secondo Perovic Austoni, con ricostruzione del glande con uretra distale autologa.

#### Materiali e metodi

10 pazienti di età compresa 36 e 59 anni con carcinoma squamoso sono stati sottoposti alla tecnica codificata di Perovic Austoni. La Stadiazione con PET TAC, RMN total body, Scintigrafia ossea non ha evidenziato metastasi. Le fasi dell'intervento sono:

Accesso sub coronale e scalpo classico; Isolamento delle fasce dartoiche con esposizione del fascio vascolonervoso dorsale e della doccia uretrale; successivo disassemblaggio completo degli apici dei corpi cavernosi dal glande sede delle neoplasie, dall'uretra, e dal fascio vascolonervoso dorsale. Quest'ultimo viene clampato ed interrotto con plastica inflettente dorsale. La glandectomia totale avviene con risparmio dell'uretra distale. Esame istologico intraoperatorio degli apici e dell'uretra hanno documentato margini chirurgici negativi. La fase ricostruttiva avviene con la plastica del neoglande dopo mobilizzazione dell'uretra opportunamente preparata e fissata sugli apici dei corpi cavernosi. La cute peniena viene suturata al bordo del neoglande. In nessun caso si è effettuata linfoadenectomia e/o CMT.

#### Risultati

La sorveglianza oncologica ha dato esito negativo di recidività locale e a distanza. Il follow-up massimo è stato di 36 mesi su 8/10 pazienti. Assenza di complicanze, tranne in paziente diabetico con infezione dei margini di sutura risolta dopo 40 gg. La ripresa di una pseudo attività coitale con facilità orgasmica

ed eiaculatoria si è avuta a 6-9 mesi in 8/10 pazienti, con buona sensibilità ed assenza di incurvamenti.

#### Conclusioni

Il *penile disassembly* per lesioni estese al glande richiede margini di sezione chirurgica negativi e la non evidenza di linfonodi sospetti al fine di garantire una radicalità oncologica. Estensione, alto grado di malignità sono il fondamento della chirurgia radicale di molti carcinomi del pene a prognosi infausta; ma rappresenta un intervento altamente mutilante. La scelta conservativa è stata dettata dalla giovane età e dagli ottimi risultati estetici e funzionali

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### V 7

#### **Falloplastica additiva: tecnica originale**

J. Salhi, M. Del Prete

*Androclinic, Roma*

#### Introduzione e obiettivi

La chirurgia aumentativa del pene non ha tuttora risolto il problema del tipo di materiale da utilizzare per l'aumento della circonferenza, oltre alla persistenza di perplessità e diffidenza verso questo tipo di chirurgia gravata da complicanze ed insuccessi.

#### Materiali e metodi

L'impianto è costituito da due parti laterali speculari una destra ed una sinistra dette "pericavernose" che attualmente vengono confezionate con derma suino liofilizzato (INTEXEN). L'intervento viene effettuato in regime di day-hospital in anestesia loco-regionale, con due piccole incisioni trasversali alla base del glande bilateralmente. Si prepara una tasca di alloggiamento sottofasciale, distalmente fino all'apice del corpo cavernoso e prossimalmente fino alla radice del pene. La protesi pericavernosa viene fissata all'albuginea solo distalmente.

#### Risultati

Dal gennaio 2002 fino al dicembre 2009, 132 pazienti di età compresa tra 20 e 58 anni, sono stati sottoposti a falloplastica additiva con questo nuovo impianto pericavernoso.

La porzione apicale è stata impiantata in 26 casi. In 9 di questi pazienti l'intervento si è limitato al solo impianto apicale per risolvere il problema della disproporzione tra il glande ed il volume del resto del pene.

La complicanza più temibile è l'infezione e la conseguente colliquazione dell'impianto che abbiamo osservato in 5 dei nostri casi.

#### Conclusioni

Questo impianto pericavernoso risponde alla necessità di effettuare un intervento relativamente semplice e rapido, con risultati estetici buoni e duraturi nel tempo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### V 8

#### **Trattamento microchirurgico dell'azoospermia ostruttiva. Perfezionamento delle tecniche e risultati**

G. Liguori, A. Lissiani, S. Benvenuto, C. Trombetta, E. Belgrano

*Struttura Complessa di Clinica Urologica; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste*

#### Introduzione

L'infertilità di coppia è in continuo aumento: il 10-15% dei casi di infertilità maschile sono causati da ostruzione delle

vie seminali. La ricostruzione microchirurgica della via seminale è un'opzione terapeutica valida ed efficace soprattutto dal punto di vista del rapporto costo-beneficio rispetto alle tecniche di procreazione medicalmente assistita in particolare in riferimento all'ICSI. In questo studio riportiamo la nostra esperienza nel trattamento microchirurgico dei pazienti affetti da azoospermia ostruttiva

#### Materiali e metodi

Dal marzo 1995 al gennaio 2010 abbiamo sottoposto a trattamento microchirurgico per azoospermia ostruttiva 57 pazienti. Di questi sono stati disponibili al follow-up 39 pazienti. L'età media era 41,3 anni (range: 24-56). Tutti i pazienti avevano eseguito una valutazione andrologica pre-operatoria completa. Criteri di inclusione erano: azoospermia confermata in almeno 2 rilevazioni a distanza di 6 settimane; normali valori di testosterone ed FSH; presenza di spermatogenesi (precedente paternità o biopsia testicolare normale). 19 pazienti sono stati sottoposti a vaso vasostomia, 8 pazienti ad epididimovasostomia (di cui 2 monolaterali), 3 pazienti a tubulo vasostomia (di cui 2 monolaterali) 7 pazienti a epididimovasostomia da un lato e tubulovasostomia dall'altro e 1 paziente a vasovasostomia da un lato e tubulovasostomia dall'altro. Dopo l'intervento i pazienti hanno eseguito uno spermogramma a 1 e 3 mesi. La pervietà è stata definita come la presenza di almeno 10 milioni spermatozoi/ml.

#### Risultati

In totale 39 pazienti sono stati sottoposti ad anastomosi microchirurgica bilaterale (n = 35) e monolaterale (n = 4). Una pervietà della via seminale è stata evidenziata in un totale di 19 pazienti (38,7%) così suddivisi: 11 pazienti sottoposti a vaso vasostomia (57,9%) e 2 pazienti sottoposti a epididimovasostomia (25%); 2 pazienti sottoposti a tubulovasostomia (50%); 3 pazienti sottoposti ad tubulo + epididimo vasostomia (37,5%) e 1 paziente sottoposto a tubulovasostomia e vasovasostomia.

Si sono avute un totale di 7 gravidanze (18,4%) in 6 pazienti che erano stati sottoposti a vasovasostomia e in un paziente sottoposto a epididimovasostomia e tubulovasostomia.

#### Conclusioni

In considerazione della gravità del fattore maschile nei nostri pz riteniamo che il tasso di gravidanza che abbiamo ottenuto, seppur basso, sia soddisfacente: infatti nelle varie casistiche il tasso di gravidanza dopo ICSI non supera mai il 15-35%.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V 9

### La corporoplastica secondo Egydio per i recurvatum ventrali complessi nella malattia di La Peyronie

S. Pecoraro, R. Giannella, A. Fienga, M. Silvani\*, S. Sansalone\*\*

*Alta Specialità Nefro Uro Andrologia, Clinica Malzoni, Avellino;*  
\* *SC Urologia, Ospedale degli Infermi Biella;* \*\* *Clinica Urologica, Università Tor Vergata di Roma*

#### Introduzione e obiettivi

Si descrive la complessa tecnica di Paulo Egydio riservata nell'induratio penis plastica con recurvatum complessi e con una erezione perfettamente conservata.

#### Materiali e metodi

Il caso descritto riguarda un paziente con recurvatum ventrale medio penieno maggiore di 70°. Attività erettile pre-operatoria conservata. L'intervento inizia con un degloving classico. L'incisione della fascia di Buck è eseguita in sede parau-

retrale. Segue poi l'isolamento dell'uretra nel tratto sede di recurvatum. In erezione indotta, due fili liberi sono posizionati all'inizio ed alla fine del recurvatum. Si individuano così due curve dorsale e ventrale. La differenza tra le due costituisce l'altezza teorica del patch. Due fili di Kishner posizionati lungo l'asse maggiore dei corpi cavernosi (c.c.) individuano i punti di maggior curvatura da un lato e dall'altro dei corpi stessi. Si individuano i punti di ancoraggio del patch che sono stabiliti riportando l'altezza del patch a partire dal punto di maggior curvatura distalmente e prossimalmente. Un quarto dell'altezza del patch è riportato poi dal punto di maggior curvatura sulla superficie di maggiore sezione. Questo punto e quelli di fine patch si congiungono, disegnando un triangolo isoscele di tonaca albuginea che viene escisso nel risparmio del tessuto erettile sottostante. La procedura è eseguita su entrambi i c.c. Viene poi incisa la superficie di maggiore sezione nel risparmio del tessuto sottostante. Si determina in tal modo una superficie rettangolare sul tessuto endoteliale cavernoso che viene ricoperta con patch di matrice di collagene di pericardio bovino. Le dimensioni del patch vengono ricavate in relazione alla misurazioni precedentemente eseguite. L'anastomosi del patch alla tonaca albuginea, è eseguita con quattro suture emicontinue in monofilamento 3/0, mentre la ricostruzione della fascia di Buck in punti staccati. Drenaggio di Redon. Circoncisione. Medicazione compressiva, rimossa in seconda giornata insieme al catetere, drenaggio in III giornata.

#### Risultati

L'erezione evidenzia ad intervento concluso un raddrizzamento completo. Il patch in 90 giorni è integrato nel tessuto ospite. I controlli a distanza mostrano, una perfetta correzione del recurvatum, erezione conservata.

#### Conclusioni

La tecnica di Egydio è basata su principi geometrici ed è applicabile su tutti i tipi e gradi di curvatura peniene acquisite. Per raggiungere ottimi risultati sono indispensabili i criteri di selezione del paziente: attività erettile di base conservata, età max 65 anni, riabilitazione erettile farmacologica post-operatoria, scelta del patch in matrice di collagene di pericardio bovino (al fine di evitare retrazione fibrosclerocicatriziale).

I limiti della tecnica sono: curva di apprendimento non facile, tempi operatori (media 2,5 ore)

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V 12

### Ricostruzione vaginale con ansa ileale ed anastomosi utero neovaginale in paziente con variante di sindrome di Rokitansky

D. Fontana, L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, E. Galletto, L. Galletto\*

*Divisione Universitaria di Urologia 2, S.S.C.V.D. per l'Andrologia, Ospedale Maggiore "San Giovanni Battista - Molinette", Torino;* \* *Divisione di Ginecologia e Ostetricia, Ospedale di Savigliano (CN)*

La Sindrome di Rokitansky, o Sindrome di Rokitansky Kuster Hauser è una patologia congenita, normalmente caratterizzata dall'assenza di utero e vagina, talora anche delle tube, mentre le ovaie sono presenti e i genitali esterni normali. Generalmente il cariotipo è di tipo femminile (46, XX) e la funzionalità ormonale di norma. Si stima che la sua incidenza sia all'incirca di 1 su 5000 nate femmina.

Nella variante giunta alla nostra osservazione nell'ottobre 2009, la paziente, 18enne, presentava normali genitali esterni, mentre la vagina era pressoché atrofica, lunga meno di 1 cm e

a fondo cieco. Sottoposta la paziente a risonanza magnetica, veniva evidenziata la presenza dell'utero, delle tube e delle ovaie, senza altre anomalie a livello addominale.

La paziente ha assunto nei due anni precedenti terapia estroprogestinica per inibire la mestruazione, che provocava violenti dolori addominali.

Nei tre mesi precedenti l'intervento, ha eseguito dilatazioni giornaliere del breve tratto di vagina, allo scopo di preservare l'elasticità della cute e per consentirne un eventuale allungamento, valutato pre-operatoriamente in circa 0,5 cm.

Il video mostra la tecnica utilizzata per il confezionamento della vagina, mediante un accesso mediano ombelico pubico. All'esplorazione endo-addominale, ovaie, tube e fondo e corpo dell'utero sono apparsi normali, mentre il collo era atrofico. È stato sviluppato un piano tra vescica e retto, in modo da mettere in comunicazione l'introito vaginale con l'apertura creata nel punto declive del corpo uterino.

Isolati 2 tratti ileali consecutivi di 12 cm a circa 30 cm dalla valvola ileo ciecale, questi sono stati detubularizzati lungo il bordo antimesenterico, ruotati di 90° e riconfigurati con sutura continua a formare un singolo tubo (secondo la tecnica di Monti, modificata da Belgrano per la chirurgia del transessualismo). La neovagina così confezionata è stata anastomizzata distalmente all'introito vaginale e prossimalmente al corpo dell'utero. Al termine dell'intervento, è stato posizionato un tutore vaginale, affiancato ad un drenaggio lasciato nella cavità uterina, rimossi dopo 10 giorni. Al momento della steura dell'abstract, il follow-up è di 3 mesi. La paziente ha già iniziato le dilatazioni della neovagina con tutori rigidi. Il ciclo mestruale è ripartito due mesi circa dopo l'intervento ed è ora normale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V 13

### Le ricostruzioni del pene dopo chirurgia del cancro avanzato

E. Austoni<sup>1,2,3</sup>, G. Pini<sup>3</sup>, G. Galizia<sup>2</sup>, N. Ghedini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Chair of Urology, University of Milan, Italy; <sup>2</sup>GVM Mangioni Hospital Lecco, GVM Salus Hospital Reggio Emilia, GVM Villalba Hospital Bologna; <sup>3</sup>School of Urology, University of Modena and Reggio Emilia, Italy

#### Introduzione e obiettivi

Il cancro penieno avanzato richiede spesso una asportazione tissutale estensiva ed una successiva terapia radiante. Il conseguente risultato estetico funzionale è spesso infelice con evoluzione a pene e meato uretrale occulti nello scroto. Il trattamento richiede successive complesse procedure ricostruttive. Descriviamo la tecnica adottata presso il nostro centro.

#### Materiali e metodi

Abbiamo trattato nel 2008-2010 12 pazienti affetti da pene occulto in seguito ad amputazione peniena. Abbiamo eseguito approccio scrotale con corporoglanduloplastica, cavernosolisi, legamento lisi, ampia lipectomia ed impianto protesico, così da ottenere un avanzamento dell'asta.

#### Risultati

Otto hanno recuperato lunghezza del membro adeguata ad una minzione in posizione eretta e ad attività coitale con capacità orgasmica conservate. Un paziente ha subito estrusione protesica, 3 pazienti sono soddisfatti dell'aspetto estetico seppur non abbiano ripreso attività coitale.

#### Conclusioni

L'obiettivo della chirurgia del cancro penieno è la combinazione di una radicalità oncologica, con preservazione di estetica e capacità coitale. Questi risultati possono talora

essere ottenuti con la tecnica di glandulectomia "cavernous sparing" nei casi di tumore confinato al glande. Negli altri casi dopo amputazione peniena i pazienti conservano una capacità erettile con pene occulto. Si utilizza allora la tecnica di falloplastica con innesti liberi o peduncolati associata sempre ad ampia legamentolisi e spesso ad impianto protesico. Spesso la ripresa della funzione coitale è un obiettivo realizzabile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V 14

### Chirurgia ricostruttiva morfo-funzionale del pene dopo amputazione parziale per carcinoma squamoso

R. Leonardi<sup>1</sup>, P. Jelo<sup>2</sup>, M. Debole<sup>2</sup>, A. Nicolosi<sup>2</sup>, S. Palmeri<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Casa di Cura Musumeci GECAS, Gravina (Catania); <sup>2</sup>Casa di Cura Clinica Basile, Catania

#### Introduzione e obiettivi

Il tumore del pene rappresenta per il paziente un evento doppiamente infausto. Alla preoccupazione della progressione di malattia si associa quella, non meno assillante ed inaccettabile, di una mutilazione definitiva non compatibile con una normale vita di relazione.

Spesso la seconda preoccupazione prevale, addirittura, sulla prima.

La tecnica che proponiamo prevede una asportazione del tumore penieno con contestuale ricostruzione del glande, mediante l'impiego dell'uretra distale, al fine di ridurre al minimo gli esiti mutilanti di tale chirurgia.

#### Materiali e metodi

Un paziente di 46 anni è giunto alla nostra osservazione con diagnosi istologica di carcinoma del pene. Il tumore era localizzato al solco balano prepuziale e sul versante ventrale del pene dove era presente una formazione del diametro di circa un centimetro, ulcerata, di consistenza dura a margini ben definiti, non dolente.

Alla palpazione erano presenti, bilateralmente, alcuni linfonodi inguinali aumentati di volume non dolenti.

È stata attuata una ulteriore biopsia del glande e del solco balano prepuziale con asportazione bilaterale dei linfonodi inguinali "sentinella".

L'esame istologico confermava la diagnosi, nelle due sedi del prelievo, di carcinoma squamoso scarsamente differenziato (G3), ulcerato, infiltrante a tratti e a tutto spessore. I linfonodi asportati erano liberi da neoplasia con diagnosi istologica di linfadenite cronica aspecifica.

Dopo venti giorni abbiamo attuato una penectomia parziale. Si conferma la diagnosi istologica, si esclude l'infiltrazione dei corpi cavernosi e dell'uretra (G3-pT1). Abbiamo contestualmente ricostruito il glande con l'uretra nella sua totalità, risparmiando il corpo spongioso. Abbiamo suturato il neoglande lasciando un piccolo margine tra cute del pene e neoglande al fine di guadagnare circa un centimetro di cute, sfruttando la guarigione per seconda intenzione che si è completata nell'arco di quaranta giorni.

#### Risultati

Dopo un anno di follow-up il paziente si è sempre mantenuto in buone condizioni generali senza ripresa di malattia locale e senza comparsa di patologia linfonodale.

Il paziente è soddisfatto dell'aspetto del suo pene, non accusa un accorciamento importante e svolge una normale attività sessuale.

### **Conclusioni**

L'impiego della tecnica di ricostruzione, preservando tutta l'uretra con il suo corpo spongioso, ci ha permesso di realizzare un glande morbido, in grado di subire un aumento di turgore durante il rapporto sessuale, e non secco come avviene con altre tecniche che prevedono solo l'impiego della mucosa (uretrale o buccale). L'aver lasciato un certo margine tra i lembi suturati

di cute e uretra è stato un altro espediente utile per ottenere un glande più voluminoso ed esteticamente accettabile.

La richiesta di una chirurgia in grado di garantire, non solo la sopravvivenza, ma anche e soprattutto una normale attività sessuale, riteniamo che possa trovare una risposta nella tecnica da noi illustrata.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## Elenco abstract non pubblicati

Non verranno riportati i testi dei seguenti Abstract  
in quanto gli Autori non hanno concesso il copyright alla SIA

**P 4**

**Ricostruzione del glande con lembo muscolare pedunculato in paziente con carcinoma del glande**

Danilo Di Trapani, F. Polizzi<sup>\*</sup>, Dario Di Trapani<sup>\*\*</sup>, L. Patania<sup>\*</sup>, E. Di Trapani<sup>\*\*</sup>, E. Pirillo<sup>\*</sup>

UO Urologia, <sup>\*</sup>UO Chirurgia Plastica, Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo; <sup>\*\*</sup>Università "Vita-Salute San Raffaele", Dipartimento di Urologia, Milano

**P 5**

**Recurvatum congenito del pene di due fratelli: case report e descrizione della tecnica chirurgica**

E. Di Trapani, Dario Di Trapani, Danilo Di Trapani<sup>\*</sup>

Università "Vita-Salute San Raffaele" Milano; <sup>\*</sup>Ospedale Buccheri La Ferla di Palermo

**P 9**

**Soddisfazione ad un anno di correzione di recurvatum penieno con tecnica di Nesbit**

M. Casilio, M. Florio, D.M. Mendoza, M. Scarfini, E. Spera

UO Urologia, Policlinico Casilino, Università "Tor Vergata" di Roma

**P 10**

**Analisi retrospettiva e descrittiva di 1176 pazienti sottoposti ad intervento riparativo dopo chirurgia fallita per la correzione di ipospadia**

G. Barbagli, S. Perovic<sup>\*</sup>, R. Djinicovic<sup>\*</sup>, S. Sansalone<sup>\*\*</sup>, M. Lazzeri<sup>\*\*\*</sup>

Center for Reconstructive Urethral Surgery, Arezzo, Italy; <sup>\*</sup>Department of Urology, Clinical Centre "Zvezdara", University of Belgrade, Belgrade, Serbia; <sup>\*\*</sup>Department of Urology, University "Tor Vergata", Rome, Italy; <sup>\*\*\*</sup>Department of Urology, "Santa Chiara", Florence, Italy

**P 19**

**Erezione segmentaria e diaframma fibroso cavernoso dopo trauma penieno: la corporoplastica combinata con rivascolarizzazione microchirurgica**

E. Austoni, G. Pini<sup>\*</sup>, G. Galizia<sup>\*\*</sup>, N. Ghidini<sup>\*\*</sup>, G. Nanni<sup>\*\*\*</sup>  
Chair of Urology, University of Milan, GVM Mangioni Hospital Lecco; <sup>\*</sup>School of Urology, University of Modena and Reggio Emilia, Italy; <sup>\*\*</sup>GVM Salus Hospital Reggio Emilia; <sup>\*\*\*</sup>GVM Vilalba Hospital Bologna

**P 21**

**Nuovo marker del carcinoma prostatico in pazienti con familiarità positiva**

E. Di Trapani, M. Barbera<sup>\*</sup>, Dario Di Trapani, M. Rinella<sup>\*</sup>, Danilo Di Trapani<sup>\*\*</sup>

Università "Vita-Salute San Raffaele" Milano, Dipartimento di Urologia, <sup>\*</sup>UO Ospedale di Sciacca, <sup>\*\*</sup>UO Urologia, Ospedale Buccheri La Ferla, Palermo

**P 22**

**Affinamento della diagnostica della neoplasia prostatica primaria e recidiva con risonanza magnetica nucleare con mezzo di contrasto con bobina endorettale ed ecografia prostatica transrettale con mezzo di contrasto**

Dario Di Trapani, Danilo Di Trapani, G. Selvaggio<sup>\*\*</sup>, F. Cannizzaro<sup>\*\*</sup>, M. Midiri<sup>\*\*</sup>, E. Di Trapani

Università Vita-Salute San Raffaele Milano, Dipartimento di Urologia; <sup>\*</sup>UO Urologia, Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo; <sup>\*\*</sup>Istituto di Radiologia, Policlinico Universitario di Palermo

**P 23**

**Ritenzione acuta delle urine per polipo fibroepiteliale della uretra prostatica**

Dario Di Trapani, G. Carollo<sup>\*</sup>, E. Di Trapani, M. Rinella<sup>\*</sup>, Danilo Di Trapani<sup>\*</sup>

Ospedale S. Raffaele del Monte Tabor, Dipartimento di Urologia, Milano; <sup>\*</sup>UO Urologia, Ospedale Buccheri La Ferla

**P 43**

**Eiaculazione precoce: il ruolo della dapoxetina**

Danilo Di Trapani, Dario Di Trapani<sup>\*</sup>, E. Di Trapani<sup>\*</sup>

UO Urologia, Ospedale Buccheri La Ferla, Palermo, <sup>\*</sup>Università Vita-Salute San Raffaele del Monte Tabor, Milano

**P 45**

**Valutazione della sicurezza e dell'efficacia della terapia con dapoxetina nel trattamento dell'eiaculazione precoce**

S. Caroassai Grisanti, S. Tazzioli, A. Delle Rose, G. Nicita

Clinica Urologica II, Università di Firenze

**P 47**

**Malattia di La Peyronie: sicurezza e tollerabilità del trattamento locale con iloprost. Studio pilota di fase 1 e proposta di nuovo questionario per la valutazione sintomatologica**

C. Pavone, C. Melloni, I. Oxenius, D. Abbadessa, G. Caruana, F. D'Amato

*UO Urologia e UOS Chirurgia Andrologica, Azienda Ospedaliera Universitaria "Paolo Giaccone", Università di Palermo*

**P 48**

**Dati preliminari di una nuova strategia terapeutica farmaco-fisica nella terapia dell'induratio penis plastica**

A. Palmieri, A. Caruso<sup>1</sup>, P.P. Cozza<sup>2</sup>, G. De Luca<sup>1</sup>, G. Mastroberardino<sup>2</sup>, G. Morrone<sup>3</sup>, G. Rende<sup>2</sup>, V. Sidari<sup>4</sup>, F. Ventrici<sup>5</sup>, A. Verbena<sup>6</sup>, V. Mirone  
*Napoli; <sup>1</sup>Corigliano Calabro (CS); <sup>2</sup>Cosenza, <sup>3</sup>Cosenza, <sup>4</sup>Reggio Calabria, <sup>5</sup>Catanzaro, <sup>6</sup>Locri (RC)*

**P 58**

**Case report: un raro caso di carcinoma penieno con fistolizzazione cutanea di linfadenopatia inguinale bilaterale**

S. Caroassai Grisanti, A. Delle Rose, A. Ringressi, S. Tazzioli, D. Villari, G. Nicita

*Clinica Urologica II, Firenze*

**P 68**

**Attività aerobica e funzione sessuale nei giovani maschi sani**

G. Maselli, L. Bergamasco, S. Masciovecchio, E.D. Di Pierro, G. Pace, G. Paradiso, C. Vicentini

*Università dell'Aquila, PO Teramo*

**P 72**

**Le PGE1 endouretrali nella terapia della disfunzione erettile dopo prostatectomia radicale non nerve sparing. Nostra esperienza**

M. Titta, M. Pizzarella, P. Ligato, G. Ferro, G. Villi, C. Bigotto, M. Gholam Alipour, D. Schiavone

*SOC Urologia, Ospedale Santa Maria della Misericordia, Rovigo*

**P 73**

**Le PGE1 endouretrali nella terapia della disfunzione erettile. Nostra esperienza**

M. Titta, M. Pizzarella, P. Ligato, G. Ferro, G. Villi, C. Bigotto, M. Gholam Alipour, D. Schiavone

*SOC Urologia, Ospedale Santa Maria della Misericordia, Rovigo*

**P 76**

**Frequenza dell'attività sessuale e riabilitazione della funzione erettile. Nostra esperienza**

M. Titta, M. Pizzarella, P. Ligato, G. Ferro, G. Villi, C. Bigotto, M. Gholam Alipour, D. Schiavone  
*SOC Urologia, Ospedale Santa Maria della Misericordia, Rovigo*

**P 77**

**Strategie di riabilitazione della DE post prostatectomia radicale**

M. Casilio, M. Florio, D.M. Mendoza, S. Sansalone, E. Spera, G. Vespasiani

*Università "Tor Vergata" di Roma*

**P 83**

**Antipsicotici, benzodiazepine e disfunzione erettile**

J. Elia, N. Imbrogno, M. Delfino, R. Mazzilli, N. Argese, F. Mazzilli

*Unità di Andrologia, AO Sant'Andrea, II Facoltà Medicina, Sapienza Università di Roma*

**V 10**

**Peyronie-escissione endocavernosa di placca senza innesto sostitutivo, esperienza critica di 5 anni**

F. Mantovani, R. Anceschi, S. Maruccia, M.G. Spinelli, G. Cozzi, E. Tondelli, F. Rocco

*Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico - Ca' Granda, Milano, Clinica Urologica I*

**V 11**

**Tecnica di raddrizzamento plicante-serrante negli incurvamenti congeniti e acquisiti: 10 anni di verifica di una semplificazione**

F. Mantovani, R. Anceschi, S. Maruccia, M.G. Spinelli, G. Cozzi, E. Tondelli, F. Rocco

*Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico - Ca' Granda, Milano, Clinica Urologica I*

**C 7**

**Correlazione tra resezione trans-uretrale della prostata e funzionalità erettile: oltre 2000 casi**

R. Giulianelli, G. Vincenti, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Albanesi, L. Mavilla, F. Pisanti, F. Attisani

*"Villa Tiberia", Roma*

**C 11**

**Ipospadias fallita nell'adulto: una sfida per la chirurgia ricostruttiva**

S. Sansalone<sup>1</sup>, S.V. Perovic<sup>12</sup>, G. Barbagli<sup>3</sup>, R. Djinic<sup>12</sup>, S. Vallasciani<sup>3</sup>, G. Romano<sup>3</sup>, M. Lazzeri<sup>4</sup>

<sup>1</sup> University "Tor Vergata" of Rome; <sup>2</sup> School of Medicine, University of Belgrade, Department of Urology, Sava Perovic Foundation; <sup>3</sup> Urethral Center, Reconstructive Surgery, Arezzo; <sup>4</sup> University of Perugia

**C 17****Criptorchidismo in età pediatrica: come, quando e perché operare**

M. Sulpasso, C. Sacchi<sup>\*</sup>, C. Pederzoli, F. Antoniazzi<sup>\*\*</sup>  
*Chirurgia Pediatrica, \* Direzione sanitaria, Clinica Pederzoli, Peschiera del Garda; \*\* Clinica Pediatrica Università di Verona*

**C 23****Valutazione dei risultati clinici e della soddisfazione dei pazienti nell'esperienza preliminare di correzione di incurvamento penieno congenito con utilizzo di tecnica modificata di plicatura della tunica albuginea con suture non-riassorbibili**

R. Giulianelli, G. Vincenti, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Albanesi, L. Mavilla, F. Pisanti, F. Attisani  
*Villa Tiberia, Roma*

**C 24****La tecnica di Egydio per il trattamento chirurgico della malattia di La Peyronie: l'esperienza di uno studio multicentrico europeo**

S. Sansalone, S. Pecoraro<sup>2</sup>, A. Zucchi<sup>1</sup>, M. Silvani<sup>3</sup>, R. Djinnovic<sup>4</sup>, B. Giannusso<sup>5</sup>, S. Perovic<sup>4</sup>, M. Casilio, G. Vespasiani

*Department of Urology, School of Medicine, Tor Vergata University of Rome, Rome, Italy; <sup>1</sup> Department of Urology and Andrology, University of Perugia, Italy; <sup>2</sup> Department of Nephro-Urology-Maltoni Medical Center, Avellino, Italy; <sup>3</sup> Department of Urology, General Hospital, Biella, Italy; <sup>4</sup> Department of Urology, School of Medicine, Serbian Academy of Science and Arts, University of Belgrade, Belgrade, Serbia; <sup>5</sup> Department of Urology, University of Catania, Catania, Italy*

**C 39****HPV e infertilità: nostra esperienza**

E.D. Di Pierro, G. Maselli, G.G. Paradiso, G. Pace, S. Masciovecchio, A. Del Rosso, L. Bergamasco, M. Verzilli<sup>\*</sup>, G. Paganico, C. Vicentini  
*Università dell'Aquila, SS Urologia, \* Divisione Patologia Clinica, PO Teramo*

**C 41****Influenza del BMI sui parametri seminali normali: nostra esperienza**

S. Masciovecchio, G.G. Paradiso, P. Saldutto, E.D. Di Pierro, G. Maselli, A. Del Rosso, A. Attanasio<sup>\*</sup>, G. Pace, C. Vicentini  
*Università dell'Aquila, SS Urologia, PO "G. Mazzini" di Teramo, \* Consulente statistico*

**C 46****Studio clinico e biomorfologico su scaffold biodegradabile**

S. Sansalone<sup>3</sup>, S.V. Perovic<sup>1 2</sup>, R. Djinnovic<sup>1 2</sup>, M. Casilio<sup>3</sup>, A. Ferlosio<sup>3</sup>, G. Vespasiani<sup>3</sup>, A. Orlandi<sup>4</sup>

*<sup>1</sup> Serbian Academy of Science and Arts, Belgrade, Serbia; <sup>2</sup> Department of Urology, School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia; <sup>3</sup> Department of Urology, School of Medicine, Tor Vergata University, Rome, Italy; <sup>4</sup> Department of Anatomic Pathology, School of Medicine, Tor Vergata University, Rome, Italy*

**C 49****Il tumore della prostata: lo screening salva la vita? Ne migliora la qualità?**

E. Di Trapani, R. Filippone<sup>\*</sup>, Dario Di Trapani, M. Barbera<sup>\*\*</sup>, Danilo Di Trapani<sup>\*\*\*</sup>  
*Università Vita-Salute San Raffaele, Dipartimento di Urologia, Milano; \* Biologia molecolare centro BIOS, \*\* UO, Ospedale di Sciacca, \*\*\* UO Urologia, Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli, Palermo*

**C 51****Sling suburetrale regolabile (male remeex system) nel trattamento dell'incontinenza urinaria maschile iatrogena: esperienza preliminare**

Danilo Di Trapani, G. Carollo, Dario Di Trapani<sup>\*</sup>, E. Di Trapani<sup>\*</sup>  
*Ospedale Buccheri La Ferla, Palermo; \* Università "Vita-Salute San Raffaele", Dipartimento di Urologia, Milano*

# Indice degli autori

- Abatangelo G., 54  
 Abbadessa D., 72  
 Abdollah F., 50  
 Albanesi L., 51, 72, 73  
 Alei G., 14, 18, 25, 29, 46, 56, 65, 66  
 Alei L., 14, 18, 25, 29, 46, 65, 66  
 Anceschi R., 72  
 Angelozzi G., 15  
 Antoniazzi F., 42, 73  
 Antonini F., 63  
 Antonini G., 41, 46  
 Arcoria D., 8  
 Arduini M., 54  
 Arduino C., 31  
 Arena G., 39  
 Argese N., 72  
 Attanasio A., 73  
 Attisani F., 51, 72, 73  
 Atzori P., 13, 21, 22  
 Augusto Negro C.L., 16  
 Austoni E., 18, 19, 20, 27, 69, 71  
  
 Badano G.M., 29  
 Barbagli G., 10, 71, 72  
 Barbanti G., 13  
 Barbera M., 71, 73  
 Bartalucci A., 62  
 Bartelloni M., 35  
 Bartoletti R., 46  
 Baucò S., 54  
 Belgrano E., 14, 20, 25, 64, 67  
 Bellocchi A., 43  
 Benedetto G., 54  
 Benedusi F., 10, 66  
 Beneventano G., 2  
 Benvenuto S., 14, 20, 50, 64, 67  
 Berardi A., 62  
 Berdondini E., 11, 13  
 Beretta G., 37  
 Bergamasco L., 72, 73  
 Berta G., 66  
 Bertolotto M., 64  
 Biagiotti G., 37  
 Bianchessi I., 7  
 Bigotto C., 72  
 Bischoff C., 10, 66  
 Bitelli M., 62  
 Bizzarri C.N., 17, 25, 48, 58  
 Bocca B., 45  
 Bonaparte E., 32  
 Bonari A., 57  
 Bonazzi A., 46  
 Borgoni G., 63  
 Borsa R., 62  
 Borsellino A., 13, 21, 22  
 Bragaglia A., 62  
 Brancato T., 45  
 Bratti E., 54  
 Briganti A., 50  
 Brunocilla E., 25  
 Brunori S., 51, 72, 73  
 Bucci S., 14, 20, 25, 50, 64  
 Busetto G.M., 46  
  
 Cai T., 6, 8, 21  
 Calisti A., 42, 43  
 Callea F., 21  
 Calogero A.E., 2  
 Cambi M., 35  
 Camilli M., 22, 65  
 Campo G., 41, 51  
 Campo S., 51  
 Canclini L.P., 49  
 Cannizzaro F., 71  
 Capitanio U., 50, 53  
 Caponecchia L., 36  
 Capparelli G., 6  
 Caraceni E., 15  
 Carbonaro F., 62  
 Cardo G., 49  
 Carluccio G., 41  
 Carmignani G., 18, 45, 56  
 Carnaccini D., 58  
 Caroassai Grisanti S., 71, 72  
 Caroli Casavola V., 33  
 Carollo G., 71, 73  
 Carparelli G., 41  
 Caruana G., 72  
 Caruso A., 72  
 Casciani E., 63  
 Casilio M., 71, 72, 73  
 Casolari E., 43  
 Cassoli S., 58  
 Castelli L., 24  
 Castiglione F., 31, 34, 35, 53, 60  
 Castiglione R., 2, 8  
 Castiglioni M., 32, 32, 39  
 Catalano F., 8  
 Cattaneo E., 66  
 Cava M., 50  
 Cavallini G., 37, 40  
 Ceccarelli S., 11  
 Ceruti C., 1, 16, 24, 26, 26, 31, 63, 68  
 Chierigo P., 59  
 Chironi C., 42  
 Christopher A.N., 12, 15, 16, 24, 27, 47, 64  
 Cicuto S., 6, 8, 21  
 Cipriani S., 38  
 Claudini R., 23  
 Coccarelli F., 6, 8, 21  
 Colapietro P., 32  
 Coletta R., 42  
 Colombo F., 17, 25, 48, 58  
 Colpi E.M., 39  
 Colpi G.M., 32, 39  
 Condorelli R., 2, 8  
 Contalbi G., 32  
 Conti E., 22, 65  
 Coppola A., 18, 56  
 Coppola G.A., 33  
 Coppola L., 18, 33, 56  
 Cordari M., 23  
 Cosmi V., 56, 57  
 Costa F., 19  
 Cotrufo S., 49  
 Cozza P.P., 38, 39, 72  
 Cozzi G., 72

- Crimi S., 36  
 Crisafulli C., 2  
 Curreli A., 9, 29  
  
 D'Amato F., 72  
 D'Ambrosio G., 51  
 d'Anzeo G., 4, 49, 59  
 D'Ascenzo R., 45  
 D'Orazio V., 18, 56  
 Dachille G., 49  
 Daniele G., 6, 41  
 De Luca G., 72  
 De Rose A.F., 3, 18  
 De Berardinis E., 41, 46  
 De Concilio B., 14, 25, 50  
 De Dominicis C., 12, 15, 16, 24, 27, 37, 40, 47, 57, 64  
 De Fortuna E., 52  
 De Luca F., 63  
 De Nunzio C., 11  
 De Rose A.F., 29, 33, 45, 56  
 De Santis C., 62  
 Debole M., 69  
 Dedola S., 59  
 Del Popolo G., 3, 4, 61  
 Del Prete M., 67  
 Del Rosso A., 73  
 Delfino M., 72  
 Dell'Atti L., 6, 41  
 Delle Rose A., 71, 72  
 Delle Cave A., 52  
 Dellerose A., 49  
 Dente D., 12, 15, 16, 24, 27, 37, 40, 47, 64  
 Di Marco M., 46  
 Di Gregorio C., 2  
 Di Guardo A., 2  
 Di Lauro G., 5  
 Di Palma P., 55  
 Di Pierro E.D., 72, 73  
 Di Silverio A., 19  
 Di Trapani Danilo, 71, 73  
 Di Trapani Dario, 71, 73  
 Di Trapani E., 71, 73  
 Djinovic R., 71, 72, 73  
 Donatelli G., 23  
 Drei B., 17  
  
 Eleuteri S., 53  
 Elia J., 72  
 Emili E., 19  
 Ennas M., 18, 29, 45, 56  
 Et-Tamimi A., 23  
 Fabbri F., 10  
 Fabrizi A., 55  
 Fasolis G., 22, 65  
 Fasolo P.P., 22, 65  
 Federico E., 50  
 Ferlosio A., 73  
 Ferraretti A.P., 40  
 Ferrari M., 31, 34, 34, 35, 50, 53, 60  
 Ferro F., 13  
 Ferro G., 72  
 Festa R., 33  
 Fienga A., 67, 68  
 Filippone R., 73  
 Finita Celso M., 3, 4, 61  
 Fiocca G., 42, 43  
 Fiori C., 36, 54  
 Fiorito C., 46, 66  
 Florio M., 71, 72  
 Fontana D., 16, 24, 26, 26, 31, 63, 68  
 Fontana G., 62  
 Forte F., 7, 54  
 Franceschelli A., 17, 25, 48, 58  
 Franco G., 11, 12, 15, 16, 24, 27, 37, 40, 47, 57, 63, 64  
 Franzolin N., 59  
  
 Galizia G., 18, 19, 27, 69, 71  
 Galletto E., 16, 24, 26, 26, 31, 63, 68  
 Galletto L., 68  
 Gallina A., 31, 32, 34, 35, 60  
 Gallo A., 30  
 Gallo L., 30  
 Gallo N., 39  
 Gambino G., 56, 57  
 Gandaglia G., 31, 34, 34, 35, 53, 60  
 Garaffa G., 12, 15, 15, 16, 24, 27, 47, 64  
 Gasparri L., 59  
 Gazzano G., 32, 39  
 Gentile B.C., 51, 72, 73  
 Gentile G., 41  
 Gentile T., 37  
 Gentile V., 11, 12, 41, 46, 56, 57  
 Ghedini G., 27  
 Ghedini N., 69  
 Ghidini N., 19, 71  
 Ghini M., 19  
 Gholam Alipour M., 72  
 Giacchetta D., 39  
 Giammusso B., 73  
 Gianaroli L., 40  
 Giannella R., 67, 68  
 Gillo A., 66  
 Giubilei G., 46  
 Giulianelli R., 51, 72, 73  
 Giuliani M., 53  
 Gontero P., 46, 66  
 Gualdi G., 63  
 Guarino N., 42  
 Guazzoni G., 10  
 Guerra A., 40  
 Guglielmino S., 62  
 Guida J., 37  
  
 Hind A., 43  
  
 Iacono F., 5  
 Iannotta L., 11, 13  
 Iapicca G., 5  
 Imbrogno N., 72  
 Ippolito C., 6, 41  
  
 Jelo P., 21, 69  
  
 Kalsy J., 37, 40  
  
 La Pera G., 55  
 La Vignera S., 2, 8, 44  
 La Sala G.B., 43  
 Lacquaniti S., 22, 65  
 Lauretti S., 55  
 Lazzeri M., 10, 71, 72  
 Leonardi R., 21, 69  
 Leonardo C., 56  
 Leoni S., 43  
 Letizia P., 14, 18, 25, 29, 46, 56, 65, 66  
 Liberti M., 63  
 Ligato P., 72  
 Liguori G., 14, 20, 25, 50, 64, 67  
 Lissiani A., 67  
 Littarru G.P., 33

- Lombardi G., **3, 4, 61**  
 Longo R., **29, 55**  
 Lotrecchiano G., **52**  
 Lucchetti M.C., **13**  
 Luciani L., **6, 8, 21, 44**  
 Ludovico G.M., **49**
- Magli M.C., **40**  
 Magnanini A., **43**  
 Malaguarnera M., **8**  
 Malossini G., **6, 8, 21, 44**  
 Malvestiti G., **49**  
 Mancini A., **33**  
 Mandras R., **22, 65**  
 Manoni L., **43**  
 Mansueto G., **42**  
 Mantovani F., **72, 72**  
 Marchese C., **11**  
 Marcoccia A., **3**  
 Marconi A., **15**  
 Marcucci A., **54**  
 Marcucci I., **36, 54**  
 Marianantoni Z., **55**  
 Marson F., **66**  
 Martino F., **43**  
 Martorana G., **25**  
 Maruccia S., **10, 66, 72, 72**  
 Masciovecchio S., **72, 73**  
 Maselli F., **49**  
 Maselli G., **72, 73**  
 Masselli G., **63**  
 Mastroberardino G., **72**  
 Mastroeni F., **13, 44**  
 Matloob R., **31, 34, 35, 53**  
 Mavilla L., **51, 72, 73**  
 Mazzaglia G., **51**  
 Mazzilli F., **72**  
 Mazzilli R., **72**  
 Mazzoli S., **6, 8**  
 Mazzon G., **14, 20, 25, 50, 64**  
 Mazzoni G., **41**  
 Melloni C., **72**  
 Mencarini M., **3, 4, 61**  
 Mendoza D.M., **71, 72**  
 Michetti P.M., **55, 56, 57**  
 Midiri M., **71**  
 Milanese G., **4, 59**  
 Minhas S., **37, 40**  
 Minucci S., **41**  
 Miozzo M., **32**  
 Mirone V., **72**  
 Misuriello G., **19**  
 Modenini F., **17, 48, 58**  
 Moiso A., **62**  
 Molo M., **24**  
 Molon A., **13**  
 Mondaini N., **46**  
 Montagna D.D., **33**  
 Montalto F., **44**  
 Montironi R., **23**  
 Montorsi F., **31, 34, 35, 50, 53, 60**  
 Mora A., **43**  
 Morrone G., **38, 39, 72**  
 Muzzonigro G., **4, 49, 59**
- Naccarato G., **62**  
 Nanni G., **18, 19, 27, 71**  
 Napoli R., **14, 20, 25, 50**  
 Natali I., **35, 38**  
 Negro C.L.A., **24, 26, 26, 31, 63**
- Nelli F., **3, 4, 61**  
 Nerva F., **32**  
 Niccoli L., **38**  
 Nicita G., **71, 72**  
 Nicolosi A., **21, 69**  
 Nigro F., **54**  
 Nucciotti R., **62**  
 Nupieri P., **45**
- Ocello G., **50, 64**  
 Olianias R., **10, 66**  
 Olivieri C., **42**  
 Olivieri V., **63**  
 Ollandini G., **14, 20, 25, 50, 64**  
 Orazi C., **22**  
 Orciari P., **17, 48, 58**  
 Orlandi A., **73**  
 Orsolini G., **45**  
 Ortensi A., **18, 56**  
 Ortensi I., **33**  
 Oxenius I., **72**
- Pace G., **72, 73**  
 Pacini N., **54**  
 Paganico G., **73**  
 Pagliarulo G., **49**  
 Palmeri S., **21, 69**  
 Palmieri A., **72**  
 Palminteri E., **11, 13**  
 Paniccia T., **12, 15, 16, 24, 27, 37, 40, 47, 64**  
 Paradiso G., **72**  
 Paradiso G.G., **73**  
 Paradiso Galatioto G., **49**  
 Pasquale C., **39**  
 Passavanti G., **62**  
 Pastorello M., **41**  
 Patania L., **71**  
 Paulis G., **45, 55**  
 Pavoncello D., **14**  
 Pavone C., **72**  
 Pecoraro S., **21, 30, 67, 68, 73**  
 Pederzoli C., **73**  
 Pellucchi F., **34**  
 Peluso G., **38, 39**  
 Perdonà S., **30**  
 Perizzo P., **24**  
 Perovic S., **71, 73**  
 Perovic S.V., **72, 73**  
 Perugia G., **63**  
 Pescatori E.S., **17**  
 Petrovic M., **25**  
 Pierleoni L., **56, 57**  
 Pini G., **18, 19, 20, 27, 69, 71**  
 Pinto Provenzano S., **33**  
 Pirillo E., **71**  
 Pirozzi Farina F., **9, 29**  
 Pisano F., **46, 51, 72, 73**  
 Pischedda A., **9, 29**  
 Pisi P., **17**  
 Pizzarella M., **72**  
 Pizzuti V., **62**  
 Poletti E., **63**  
 Polito M., **4, 49, 59**  
 Polizzi F., **71**  
 Polledro P., **62**  
 Poluzzi M., **41**  
 Pompa P., **12, 15, 16, 24, 27, 37, 40, 47, 64**  
 Pontecorvi A., **33**  
 Portoghese F., **49**  
 Prezioso D., **5**

- Principi F., **33**  
 Profeta G., **2**  
 Puccetti L., **22, 65**  
 Pultrone C.V., **25**
- Quaranta A., **52**
- Rago R., **3, 7, 36, 54, 55**  
 Raimondo S., **33, 37**  
 Ralph D., **12, 15, 16, 24, 27, 27, 47, 64**  
 Randone V., **3**  
 Rende G., **72**  
 Ricottilli F., **14, 18, 25, 29, 46, 65, 66**  
 Rigatti P., **31, 34, 34, 35, 50, 53, 60**  
 Rinella M., **71**  
 Ringressi A., **72**  
 Rocchini L., **31, 34, 35, 50, 53, 60**  
 Rocco F., **72**  
 Rolle L., **16, 24, 26, 26, 31, 63, 68**  
 Romano G., **10, 72**  
 Romano M., **49**  
 Rossetto L., **59**  
 Rossi R., **8, 53, 55, 59**  
 Rossi Cesolari R., **43**  
 Ruffo A., **5**  
 Ruggieri M., **49**  
 Russo A., **31, 34, 35, 53, 60**  
 Russo G.R., **6, 41**
- Saccà A., **31, 34, 35, 50, 53, 60**  
 Sacchetto R., **36, 54**  
 Sacchi C., **42, 73**  
 Saccomanni M., **47**  
 Salacone P., **3, 7, 36, 54, 55, 73**  
 Salhi J., **67**  
 Salomone U., **47**  
 Salonia A., **31, 34, 35, 50, 53, 60**  
 Salzano L., **52**  
 Sansalone S., **67, 68, 71, 72, 73**  
 Santi Aragona M., **10, 66**  
 Sarli V., **38**  
 Scaravelli G., **31, 32, 37, 43, 54**  
 Scardigli A., **6, 8, 21, 44**  
 Scarfini M., **71**  
 Schiavone D., **72**  
 Scommegna S., **43**  
 Scremin E., **54**  
 Sebastianelli A., **7, 36, 54**  
 Sedigh O., **16, 24, 26, 31, 63**  
 Selvaggio G., **71**  
 Shokeir A., **11**  
 Sidari V., **72**  
 Sidoti G., **2**  
 Silvaggi C., **55, 8, 56, 57**  
 Silvani M., **49, 67, 68, 73**  
 Simi S., **35, 38, 57**  
 Simonato A., **18, 45**  
 Simonelli C., **8, 53, 55, 56, 57**  
 Sini G., **51**  
 Sirchia S., **32**  
 Soli M., **25**
- Soria F., **46**  
 Spagni M., **43**  
 Spagnoli A., **13, 21, 22**  
 Spatafora S., **43**  
 Spera E., **71, 72**  
 Spinelli M.G., **72**  
 Stancampiano A., **36**  
 Sulpasso M., **42, 73**  
 Sulpizio P., **32, 39**
- Tabano S., **32, 32**  
 Tagliatela D., **5**  
 Tasca A., **54**  
 Tazzioli S., **71, 72**  
 Tesoriere G., **39**  
 Timpano M., **16, 24, 26, 31, 63, 68**  
 Tiroli M., **59**  
 Tiscione D., **21, 44, 6, 8**  
 Titta M., **72**  
 Tizzani A., **46, 66**  
 Tondelli E., **72**  
 Torre G., **8**  
 Tripodi F., **55, 56**  
 Tripodi V., **52**  
 Trombetta C., **14, 20, 25, 50, 64, 67**  
 Tucci G., **23**  
 Tuffu G., **10, 66**  
 Tulli L., **36, 54**  
 Turchi P., **35, 38, 57, 59**
- Ughi G., **6, 41**  
 Utizi L., **15**
- Vaccalluzzo L., **32**  
 Vaggi L., **55**  
 Vagliani G., **19**  
 Vallasciani S., **10, 13, 21, 22, 72**  
 Vattovani V., **6, 8, 21, 44**  
 Vecchio D., **41**  
 Ventrici F., **72**  
 Verbena A., **72**  
 Verzilli M., **73**  
 Vespasiani G., **72, 73**  
 Vetri M., **36**  
 Vicari E., **2, 8, 44**  
 Vicentini C., **72, 73**  
 Vighetti S., **24**  
 Vigna D., **66**  
 Villari D., **72**  
 Villi G., **72**  
 Vincenti G., **51, 72, 73**  
 Viola D., **43**  
 Vita A., **56**  
 Vitali G., **40**  
 Voria G., **62**
- Zanni G., **50**  
 Zenico T., **47**  
 Zitella A., **46**  
 Zordani A., **50, 64**  
 Zucchi A., **10, 66, 73**

# Instructions for Authors

## General Information

The Journal of Andrological Sciences is the official journal of the Italian Society of Andrology in the field of Medical Education. It publishes contributions in the form of editorials, updates, original articles, case reports, educational articles.

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.

Statements in articles or opinions expressed by any contributor in any article are not the responsibility of the editors or the publishers. The publisher is not responsible for the loss of manuscripts through circumstances beyond its control.

Accepted manuscripts will be copyedited to make sure they conform to the journal's style. The final version of the manuscript following copyediting will be sent back to the author only if specific queries need clarification.

## Editorial Office Contact Information

Authors are requested to submit their manuscripts to:

Journal of Andrological Sciences

Lucia Castelli

Pacini Editore S.p.A.

via Gherardesca 1, 56121 Ospedaletto (PI), Italy

Tel. +39 050 313011

Fax +39 050 3130300

E-mail: lcastelli@pacinieditore.it

## Types of Articles

### Original articles

These manuscripts typically report on basic and translational research, epidemiology, pathophysiology, diagnosis, medical or surgical treatment, and minimally invasive therapy related to andrological and urologic diseases.

Each manuscript should clearly state an objective or hypothesis; the design and methods (including the study setting and dates, patients or participants with inclusion and exclusion criteria and/or participation or response rates, or data sources, and how these were selected for the study); the essential features of any interventions; the main outcome measures; the main results of the study; a discussion section placing the results in context with the published literature and addressing study limitations; and the conclusions. Data included in research reports should be as timely and current as possible.

The format of the original article should be as follows:

### Abstract

Provide a structured abstract no longer than 300 words with the following sections: Objective; Material and Methods; Results; Conclusions.

### Text

The text of the manuscript should be divided as follows: Introduction; Material (Patients) and Methods; Results; Discussion; Conclusions. Number of references should be limited to 30. Maximum word count is 3000, including the abstract but not including the references, tables, figures, or legends.

### Review articles

These are reviews that systematically find, select, critique, and synthesize evidence relevant to well defined questions about diagnosis, therapy, and prognosis. Review articles are in principle solicited by the editorial board. Authors who would like to submit unsolicited review articles should first write to the editorial office describing the content of the review article they wish to submit. Review articles should not be submitted in full without prior approval from the editors. The format of the review article should be as follows:

### Abstract

Provide a structured abstract no longer than 300 words with the following sections: Objective, Material and Methods, Results, Conclusion.

### Text

The text of the manuscript should be divided as follows: Introduction, Material and Methods, Results, Conclusions. Maximum word count is 4000, including the abstract but not including the references, tables, figures, or legends. Number of references should be limited to 50.

### Editorials

These are commentaries on current topics or on papers published elsewhere in the issue. Word count limit is 1500 and 10 references are allowed. All editorials are solicited by the editors and should not be submitted without prior written approval.

### Letters to the Editor

Letters to the Editor are considered for publication (subject to editing and abridgment) provided they do not contain material that has been submitted or published elsewhere.

## Manuscript Preparation and Submission Requirements

### Manuscript Submission and File Formats

Authors are invited to submit manuscripts in accordance with the following standards:

Storage medium

- CD-ROM or DVD (avoid using 3 1/2" diskettes) (Lucia Castelli, Journal of Andrological Sciences, Pacini Editore S.p.A., via Gherardesca 1, 56121 Ospedaletto (PI) – Tel. 050 3130224 – Fax 050 3130300).
- You can also use USB pen-disk external USB-Firewire devices.
- E-mail (lcastelli@pacinieditore.it).
- FTP (please contact Pacini staff before).

### Software

- Text: please use Microsoft Word™ preferably, saving files in .RTF format. Any other programme can be used, including open source programmes: please always save files in .RTF format. Do not use, under any circumstances, graphical layout programmes such as Publisher™, Pacemaker™, Quark Xpress™, Adobe Indesign™. Do not format the text in any way (avoid styles, borders, shading ...); use only character styles such as italics, bold, underlined. Do not send the text in PDF.
- Text and individual tables must be stored in separate files.

### Illustrations

- Send pictures in separate files from text and tables.
- Software and format: preferably send images in .TIFF or .EPS format, resolution at least 300 dpi (100 x 150 mm). Other possible formats: .JPEG, .PDF. If possible avoid .PPT (Powerpoint files) and .DOC (images included in .DOC files).
- Insert an extension that identifies the file format (example: .Tif; .Eps).

Use 12-point font size, double-space text, and leave right margins unjustified with margins of at least 2.5 cm. Each page should be numbered in the upper right corner, beginning on p. 2. Add continuous line numbering.

### Manuscript Components

Text must be written in English. Include:

- title
- full name of Authors
- institute or organisation to which each author is affiliated
- the name, mailing address, and telephone and fax numbers of the author to whom correspondence and the galley proofs should be sent
- 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)
- abstract
- text
- captions and legends for all tables and figures

### Abstracts

Include a structured abstract of no more than 300 words for original, review and case report (See instructions above for preparing structured abstracts). Abstracts are not required for editorials. No information should be reported in the abstract that does not appear in the text of the manuscript.

### Bibliography

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 three 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, editors. *Electrogastrography principles and applications*. New York: Raven Press Ltd 1994, pp. 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* 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.

Printed by Pacini Editore S.p.A., Pisa (Italy) – November 2010

Photocopies, for personal use, are permitted within the limits of 15% of each publication by following payment to SIAE of the charge due, article 68, paragraphs 4 and 5 of the Law April 22, 1941, No 633. Reproductions for professional or commercial use or for any other other purpose other than personal use can be made following A WRITTEN REQUEST AND specific authorization in writing from AIDRO, corso di Porta Romana 108, 20122 Milan, Italy (segreteria@aidro.org - www.aidro.org).

Subscribers' data are treated in accordance with the provisions of the Legislative Decree, 30 June 2003, n. 196 - by means of computers operated by personnel, specifically responsible. These data are used by the Publisher to mail this publication. In accordance with Article 7 of the Legislative Decree no. 196/2003, subscribers can, at any time, view, change or delete their personal data or withdraw their use by writing to Pacini Editore SpA, via A. Gherardesca 1, 56121 Ospedaletto (Pisa), Italy.



**Pierre Fabre**  
Pharma