



SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA

XXV Congresso Nazionale

Congresso delle Sezioni Regionali Sicilia

CATANIA 10 - 13 giugno 2009

VOLUME ABSTRACT

Realizzato grazie al contributo di

**sanofi aventis**

La salute, la cosa più importante

E' un grande piacere poter presentare agli Andrologi italiani, a nome della Commissione Scientifica, il volume degli abstract del XXV Congresso Nazionale della SIA – Congresso delle Sezioni Regionali.

La pubblicazione del volume degli abstract giunge a conclusione dell'intenso lavoro di costruzione del programma scientifico del Congresso, un lavoro che la Commissione Scientifica ha condiviso giorno per giorno con il Presidente, il Comitato Esecutivo, i Colleghi della Sezione Regionale Sicilia e l'efficientissimo SIAS Congress Team (a cui va il ringraziamento di tutti). 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, una società formata da specialisti preparati, appassionati ricercatori, rigorosi uomini di scienza.

Sono pervenuti in totale 149 abstract tra comunicazioni, poster e video; di questi, ben 131 sono stati ammessi per la presentazione, a conferma dell'elevato valore scientifico globale della produzione scientifica degli andrologi italiani.

Gli abstract sono stati valutati dalla Commissione (su materiale che il SIAS Congress Team aveva reso assolutamente anonimo) in due fasi successive, prima dai componenti della Commissione singolarmente, in seguito collegialmente; ad ogni contributo è stato così assegnato un punteggio che è stato utilizzato sia per il giudizio di idoneità alla presentazione, sia per la scelta delle "golden communication". In alcuni casi abstract originariamente inviati per comunicazioni sono stati assegnati a sessioni poster al fine di adeguare il contenuto del lavoro alla forma di presentazione e al contesto più consoni; ma anche per i poster è stato riservato un adeguato tempo per la presentazione orale e per la discussione, sia per consentire agli Autori una miglior trasmissione dei contenuti scientifici del lavoro, sia per permettere un proficuo momento di confronto su ogni contributo.

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 quest'anno i lavori scientifici su tematiche chirurgiche (circa un terzo dei contributi presentati); il dato riflette un panorama italiano in cui sempre più centri andrologici sono in grado di offrire anche soluzioni chirurgiche avanzate, e questo si deve anche alla buona qualità di master e corsi formativi promossi sul territorio nazionale da SIA e istituzioni universitarie. Ben rappresentati sono anche i temi di interesse sessuologico, la ricerca di base e, fatto interessante, i lavori in ambito di prevenzione andrologica, 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 un Congresso che parte con i migliori auspici, forte anche di un lusinghiero riscontro in termini di punti ECM sia per medici e biologi (18 crediti in totale) sia per psicologi (8 crediti). Un doveroso ringraziamento va quindi agli Autori di tutti questi lavori scientifici, perchè (e in questo caso non è retorica) hanno scritto una nuova pagina della storia dell'andrologia italiana.

Carlo Ceruti  
Presidente della Commissione Scientifica

# Programma



CATANIA

XXV CONGRESSO  
NAZIONALE SIA

Congresso  
delle Sezioni Regionali  
*Sicilia*

10 / 13 - 06 - 2009

SESSUALITÀ,  
PATERNITÀ,  
SALUTE




# 10/06

“Ci sono due cose che  
esigono una buona salute  
per essere fatte:  
l'amore e la rivoluzione”.  
(Gesualdo Bufalino)

Mercoledì  
10 giugno

	MERCOLEDI' 10 giugno 2009 Pomeriggio
Amore e Psiche	Auditorium
14.00 – 15.30	<b>LA CHIRURGIA DEGLI INCURVAMENTI PENIENI</b> Direttori del Corso: <i>L. Rolle, F. Mantovani</i>  CLASSIFICAZIONE E NOSOGRAFIA <i>E.S. Pescatori</i>  GLI INCURVAMENTI CONGENITI SENZA IPOSPADIA <i>G. Alei</i>  GLI INCURVAMENTI CONGENITI CON IPOSPADIA <i>E. Merlini</i>  GLI INCURVAMENTI ACQUISITI <i>F. Sasso</i>  LA CHIRURGIA PROTESICA NEL TRATTAMENTO DEGLI INCURVAMENTI PENIENI <i>O. Sedigh</i>
Sala Giove	
14.00 – 15.30	<b>SALUTE SESSUALE DELLA DONNA</b> Direttori del Corso: <i>A. Salonia, F. Pirozzi Farina</i>  EPIDEMIOLOGIA E COMORBIDITÀ DEI DISORDINI SESSUALI DELLA DONNA <i>A. Salonia</i>  BASI ANATOMO-FUNZIONALI DELLA SESSUALITÀ DELLA DONNA <i>A. Salonia</i>  APPROCCIO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO ALLE DISFUNZIONI SESSUALI DELLA DONNA <i>F. Pirozzi Farina</i>  DOMANDE E RISPOSTE

	MERCOLEDI' 10 giugno 2009 Pomeriggio
Sala Laocoonte	
14.00 – 15.30	<b>CORSO CONGRESSUALE SIA - FISS</b>  <b>COUNSELLING SESSUOLOGICO PER L'ANDROLOGO</b> Direttori del Corso: <i>C. Bonaffini, S. Caruso</i>  LE DISFUNZIONI SESSUALI <i>C. Bonaffini</i>  IL COUNSELLING <i>S. Caruso</i>  LA COPPIA <i>C. Bonaffini</i>  UN CASO CLINICO <i>F. Montalto</i>  TERAPIE SESSUOLOGICHE <i>S. Caruso</i>
Sala Apollo	
14.30 – 15.30	<b>CORSO BASIC DI IMPLANTOLOGIA</b>  <b>Coloplast</b> Direttori del Corso: <i>B. Giammusso, S. Pecoraro</i>  TECNICA DI IMPIANTO PER VIA INFRAPUBICA <i>B. Giammusso</i>  TECNICA DI IMPIANTO PER VIA SCROTALE <i>S. Pecoraro</i>

Auditorium Amore e Psiche		MERCOLEDI' 10 giugno 2009 Pomeriggio
15.30 – 16.30	TAVOLA ROTONDA SIA-SIUD	
	LA RIABILITAZIONE SESSUALE NEL PAZIENTE NEUROLOGICO <i>M. De Gennaro, S. Sandri</i>	
	ALGORITMO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO <i>O. Risi</i>	
	LA SCELTA DELLA STRATEGIA TERAPEUTICA <i>F. Pesce</i>	
	IL COUNSELLING PSICO-SESSUOLOGICO <i>E. Longhi</i>	
16.30 – 17.00	MEET-THE-PROFESSOR <i>Presenta: A. Aversa</i>	
	NEURONAL FUNCTIONAL PLASTICITY IN HEALTH AND SEXUAL DISEASE <i>M. Schwartz, R. Shechter</i>	

Auditorium Amore e Psiche		MERCOLEDI' 10 giugno 2009 Pomeriggio
17.00 – 18.00	FOCUS ON SIA-SIUT	
	PREVENZIONE IN ANDROLOGIA: COM'È POSSIBILE AGIRE <i>Moderatori: R. D'Agostino, A. Papini</i>	
	PREVENIRE L'INFERTILITÀ MASCHILE IN ETÀ PEDIATRICA <i>M. Mancini</i>	
	PREVENIRE L'INFERTILITÀ MASCHILE NELL'ADULTO: DAL VARICOCELE ALLA CRIOCONSERVAZIONE <i>G.M. Colpi</i>	
	PREVENZIONE DELLA DISFUNZIONE ERETTILE NEL PAZIENTE PROSTATECTOMIZZATO (MODELLO TOSCANO) <i>A. Natali</i>	
	MODELLO DI PREVENZIONE IN ANDROLOGIA <i>G. La Pera</i>	
18.00 – 19.00	COMUNICAZIONI ORALI <i>Moderatori: A. Papini, T. Zenico</i> Prevenzione in andrologia C 1 – C 5 (pag. 60)	
Sala Apollo		
18.00 – 19.00	COMUNICAZIONI ORALI <i>Moderatori: G.M. Ludovico, E. Spera</i> Chirurgia dei genitali C 6 – C 11 (pag. 61)	
Sala Giove		
18.00 – 19.00	POSTER DISCUSSI <i>Moderatori: P. Di Palma, A. Ledda</i> Disfunzione erettile P 1 – P 4 (pag. 70)	
18.00 – 19.00	COMUNICAZIONI ORALI <i>Moderatori: M. Mancini, L. Coppola</i> Infertilità C 12 – C 15 (pag. 62)	





11/06

SESSUALITÀ



# SESSUALITÀ

“Il sesso è stata la cosa più divertente  
che ho fatto senza ridere”.

(Woody Allen)

Giovedì  
11 giugno



GIOVEDI' 11 giugno 2009  
Mattina

Sala Apollo

07.00 – 08.00 L'ANDROLOGO A SCUOLA:  
COSA DIRE E COME DIRLO IN CLASSE  
*I. Bianchessi, M. Silvani*

Sala Laocoonte

07.00 – 09.00 CORSO JOURNAL OF ANDROLOGICAL SCIENCES  
Direttori del Corso: *V. Ficarra, A. Salonia*

PRESENTAZIONE DEL CORSO  
*V. Ficarra, A. Salonia*

INTRODUZIONE  
*F. Fusco*

MATERIALI E METODI  
*G. Novara*

RISULTATI  
*F. Fusco*

DISCUSSIONE  
*G. Novara*

BIBLIOGRAFIA  
*F. Fusco*

TITOLO, ABSTRACT E AUTORI  
*G. Novara*

DISCUSSIONE PER GRUPPI CON I DIRETTORI DEL JAS

Sala Apollo

08.00 – 09.00 COMUNICAZIONI ORALI  
Moderatori: *S. Campo, A. Spagnoli*  
**Varicocele**  
C 16 – C 20 (pag. 63)

GIOVEDI' 11 giugno 2009  
Mattina

Sala Giove

08.00 – 09.00 POSTER DISCUSSI  
Moderatori: *G. Morelli, S. Ranno*  
**Miscellanea**  
P 5 – P 9 (pag. 71)

Moderatori: *G. Piediferro, F. Ragni*  
**Disturbi dell'eiaculazione**  
P 10 – P 14 (pag. 72)

Auditorium  
Amore e Psiche

08.00 – 09.00 VIDEO  
Moderatori: *C. Bettocchi, E. Caraceni*  
V 1 – V 4 (pag. 82)

09.00 - 09.30 GOLDEN COMMUNICATIONS  
Moderatori: *V. Ficarra, G. Franco*

RICOSTRUZIONE PENIENA CHIRURGICA NELLA MALATTIA  
DI PEYRONIE: RIPRISTINO DELLA LUNGHEZZA, DEL DIAMETRO  
E DELLA MORFOLOGIA DEL PENE CON O SENZA IMPIANTO PROTESICO  
*S. Sansalone, S.V. Perovic\*, M. Casilio, M. Florio, E. Spera*  
(Belgrado\*, Roma)

FATTORI PREDITTIVI DI FERTILITÀ IN PAZIENTI TRATTATI  
PER NEOPLASIA TESTICOLARE  
*A. Salonia, M. Ferrari, L. Rocchini, A. Gallina, R. Matloob,*  
*A. Saccà, G. Zanni, F. Abdollah, R. Colombo, N. Suardi, L.F.*  
*Da Pozzo, P. Rigatti & F. Montorsi*  
(Milano)

CELLULE PROGENITRICI ENDOTELIALI CIRCOLANTI (EPC)  
CON IMMUNOFENOTIPO (CD45-/CD34-CD144+) IN PAZIENTI  
DIABETICI CON DISFUNZIONE ERETTILE VASCOLARE ARTERIOSA  
E MICROANGIOPATIA RETINICA PROLIFERATIVA DI GRADO LIEVE  
*S. La Vignera, R. Condorelli, P. La Bruna, M. La Bruna, E.S. Vicari*  
(Catania)



GIOVEDÌ 11 giugno 2009  
Mattina

Auditorium  
Amore e Psiche


- 09.30 – 09.45
- LETTURA SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA  
Introduce: V. Gentile
- DALL'NO ALL'H2S: RILEGGIAMO INSIEME LA FISIOPATOLOGIA DELLA DISFUNZIONE ERETTILE  
V. Mirone
- 09.45 – 10.45
- CLINICAL DEBATE  JANSSEN-CILAG SpA  
OPINIONI A CONFRONTO SULL'EIACULAZIONE PRECOCE  
Conduce: B. Giammusso
- V. Gentile, E.A. Jannini, F. Pirozzi Farina
- 10.45 – 11.15
- FOCUS ON  Bayer HealthCare  
Introducono: C. Imbimbo, M. Soli  Bayer Schering Pharma
- STUDIO ENDURANCE: L'ARMONIA DELLA COPPIA CAMBIA MUSICA  
A. Salonia
- 11.15 – 12.15
- TAVOLA ROTONDA
- LA DISFUNZIONE ENDOTELIALE: CORRELATI CLINICI TRA MEDICINA INTERNA E MEDICINA SESSUALE  
Moderatori: G. Rosano, G. Sperà
- LA DISFUNZIONE ENDOTELIALE: STATO DELL'ARTE  
C. Savoia
- STEROIDI SESSUALI E DISFUNZIONE ENDOTELIALE  
M.A. Bertozzi
- ENDOTELIO, FARMACI E DEFICIT ERETTIVO: CORRELATI CLINICI  
F. Montorsi
- DIAGNOSTICA STRUMENTALE DELLA DISFUNZIONE ENDOTELIALE IN MEDICINA INTERNA ED IN ANDROLOGIA: UTILIZZO CLINICO DELLE NUOVE METODICHE NON INVASIVE  
A. Aversa

GIOVEDÌ 11 giugno 2009  
Mattina / Pomeriggio

Auditorium  
Amore e Psiche

- 12.15 – 13.15
- SIMPOSIO SATELLITE 
- VIAGRA E L'ANDROLOGIA DIECI ANNI DOPO  
Moderatori: V. Mirone, F. Pirozzi Farina
- LA CONTRAFFAZIONE È UN'EMERGENZA?  
A.F. De Rose
- IL DISAGIO SESSUALE: STATO DELL'ARTE  
E.S. Pescatori
- RISULTATI DI UN TRIAL MULTICENTRICO COMPARATIVO SULL'EFFICACIA DEI PDE5-I  
E.A. Jannini
- 13.15 – 14.45
- SURGERY IN MOTION 
- VIDEOCHIRURGIA ANDROLOGICA STEP BY STEP  
F. Colombo, C. Imbimbo, F. Sasso
- IMPIANTO DI SFINTERE URINARIO AMS 800 A DOPPIA CUFFIA PER VIA PENOSCROTALE  
L. Rolle e coll.
- RICOSTRUZIONE DEL GLANDE CON GRAFT CUTANEO DOPO GLANDULECTOMIA PER NEOPLASIA  
G. Morelli e coll.
- LA MICROCHIRURGIA DELLA VIA SEMINALE NEL TRATTAMENTO DELL'INFERTILITÀ ESCRETORIA  
C. Trombetta e coll.
- COMPLICANZE DELLE CORPOROPLASTICHE: COME PREVENIRLE E QUALI SOLUZIONI  
E. Austoni e coll.

Sala Apollo	
13.15 – 14.45	<b>COMUNICAZIONI ORALI</b> Moderatori: <i>L. Chiappetta, P. Turchi</i> <b>Infertilità</b> C 21 – C 25 (pag. 64)  <b>POSTER DISCUSSI</b> Moderatori: <i>G. Morrone, S. Voliani</i> <b>Infertilità</b> P 15 – P 19 (pag. 73)
Sala Giove	
13.15 – 14.45	<b>COMUNICAZIONI ORALI</b> Moderatori: <i>F. Romanelli, E.S. Vicari</i> <b>Disfunzione erettile</b> C 26 – C 31 (pag. 65)  <b>POSTER DISCUSSI</b> Moderatori: <i>C. Giacchetto, M. Silvani</i> <b>Prevenzione in andrologia</b> P 20 – P 24 (pag. 74)
Sala Laocoonte	
13.15 – 14.45	<b>POSTER DISCUSSI</b> Moderatori: <i>A. Curreli, F. Lanzafame</i> <b>Infertilità laboratorio</b> P 25 – P 29 (pag. 75)  <b>COMUNICAZIONI ORALI</b> Moderatori: <i>L. Vaggi, A. Vita</i> <b>Prostata e sessualità</b> C 32 – C 37 (pag. 66)

Auditorium Amore e Psiche	
14.45 – 15.00	<b>LETTURA AD INVITO</b> Presenta: <i>A. Fabrizi</i>  <b>LAVORARE NELLA SESSUOLOGIA CLINICA: LIMITI, RISORSE E ASPIRAZIONI</b> <i>C. Silvaggi</i>
15.00 – 15.25	<b>INCONTRO CON L'ESPERTO</b>  <b>SIA-UROP</b> Introduce: <i>M. Silvani</i>  <b>LA MATRICE DI COLLAGENE NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELL'INDURATIO PENIS PLASTICA</b> <i>S. Pecoraro</i>

	<div>GIOVEDÌ 11 giugno 2009</div> <div>Pomeriggio</div>
	<div>PATOLOGIA FLOGISTICA GENITALE MASCHILE ED INFERTILITÀ</div> <div>A cura della Sezione Regionale Sicilia</div>
	<div>Auditorium</div> <div>Amore e Psiche</div>
15.30 -16.15	<div>TAVOLA ROTONDA</div> <div><div>RUOLO DELLA NOXAE E DELLA RISPOSTA</div><div>INFIAMMATORIA</div><div>Moderatori: G. De Grande, D. Melloni</div></div> <div><div>GLI AGENTI EZIOLOGICI: MST E INFEZIONI DA GERMI COMUNI</div><div>F. Lanzafame</div></div> <div><div>DALLA FLOGOSI ALL'INFERTILITÀ: I MECCANISMI DI DANNO</div><div>S. La Vignera</div></div> <div><div>L'AUTOIMMUNIZZAZIONE ANTINEMASPERMICA TRA MITO E REALTÀ</div><div>S. Voliani</div></div>
16.15 – 16.30	<div>LETTURA</div> <div>Presenta: M. Motta</div> <div><div>MARKERS DI RISPOSTA INFIAMMATORIA ED INFERTILITÀ MASCHILE</div><div>E. S. Vicari</div></div>
16.30 – 17.15	<div>TAVOLA ROTONDA</div> <div><div>ASPETTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI</div><div>Moderatori: C. Aragona, C. Pavone</div></div> <div><div>LE TECNICHE DIAGNOSTICHE: PASSATO, PRESENTE, FUTURO</div><div>I. Gattuccio</div></div> <div><div>PROTOCOLLI E OBIETTIVI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA</div><div>DELLE FLOGOSI GENITALI</div><div>F. Mastroeni</div></div> <div><div>LA TERAPIA MEDICA E CHIRURGICA DELL'INFERTILITÀ POST-FLOGISTICA</div><div>D. Di Trapani</div></div>
17.15 – 17.30	<div>LETTURA</div> <div>Presenta: A. Tracia</div> <div><div>PATOLOGIA FLOGISTICA GENITALE MASCHILE E SALUTE SESSUALE</div><div>F. Gattuccio</div></div>

	<div>GIOVEDÌ 11 giugno 2009</div> <div>Pomeriggio</div>
	<div>Facoltà di Lettere e Filosofia</div> <div>Monastero dei Benedettini</div>
18.30	<div>CERIMONIA INAUGURALE</div> <div><div>LETTURA</div><div>LA PATERNITÀ ATTRAVERSO I SECOLI</div><div>M. Quilici</div></div>
20.30	<div>CENA SOCIALE</div>





12/06

PATERNITA'

# PATERNITÀ,

“Non è difficile  
diventare padre.  
Essere padre:  
questo è difficile”.

(Wilhelm Busch)

Venerdì  
12 giugno



Auditorium Amore e Psiche		VENERDI' 12 giugno 2009 Mattina
08.00 – 11.00		SEDUTA AMMINISTRATIVA
11.00 – 12.00		TAVOLA ROTONDA  IL DOLORE SCROTALE CRONICO Moderatori: G. Savoca, E. Spera  DOLORE TESTICOLARE C. Trombetta  CAUSE OSTEOMUSCOLARI E NEUROPATICHE M. Vecchio  STRATEGIE DI TERAPIA ANTALGICA M. Clemente  IL RUOLO DELLA CHIRURGIA A. Ortensi
12.00 – 12.45		SHARING EXPERIENCE  Risposte che contano.  DISFUNZIONE ERETTILE: DUE APPROCCI TERAPEUTICI A CONFRONTO Provoker: F. Montorsi  F. Fusco, N. Mondaini
12.45 – 13.15		HOT TOPICS  Provoker: F. Romanelli  TESTOSTERONE E PATOLOGIE PROSTATICHE G. Morgia  TESTOSTERONE, DE E SINDROME METABOLICA A. Aversa

Auditorium Amore e Psiche		VENERDI' 12 giugno 2009 Pomeriggio
13.15 – 14.45		SURGERY IN MOTION  VIDEOCHIRURGIA ANDROLOGICA STEP BY STEP E. Austoni, E. Palminteri, A. Zucchi  SURGICAL REPAIR OF POSTERIOR URETHRAL STRICTURES J.S. Hosseinee e coll.  LA REVISIONE CHIRURGICA NELLE PATOLOGIE COMPLESSE URETRO-GENITALI E. Palminteri e coll.  ADEGUAMENTO DEI CARATTERI SESSUALI NEL TRANSESSUALISMO ANDRO-GINOIDE: TIPS AND TRICKS C. Imbimbo e coll.  RECUPERO DELLA FUNZIONE ERETTILE IN PAZIENTI TRANSESSUALI SOTTOPOSTI A FALLOPLASTICA: IMPIANTO DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE C. Bettocchi e coll.
	Sala Apollo	COMUNICAZIONI ORALI Moderatori: A. Natali, S. Sansalone Malattia di La Peyronie C 38 – C 42 (pag. 67)  POSTER DISCUSSI Moderatori: I. Bianchessi, A. Fabrizi Disturbi della sfera sessuale P 30 – P 35 (pag. 76)
	Sala Giove	POSTER DISCUSSI Moderatori: P. Rossi, D. Vecchio Prostata e sessualità P 36 – P 40 (pag. 77)  Moderatori: O. Sedigh, F. Mantovani Patologie congenite dei genitali P 41 – P 45 (pag. 78)  Moderatori: G. Del Noce, G. Pretti Chirurgia dei genitali P 46 – P 50 (pag. 79)


VENERDI' 12 giugno 2009  
Pomeriggio

Sala Laocoonte

13.15 – 14.45  
**COMUNICAZIONI ORALI**  
Moderatori: C. Maretti, V. Sidari  
**Miscellanea**  
C 43 – C 46 (pag. 68)

**POSTER DISCUSSI**  
Moderatori: T. Enria, A. Guerani  
**Miscellanea**  
P 51 – P 56 (pag. 80)

Auditorium  
Amore e Psiche

14.45 – 15.10  
**INCONTRO CON L'ESPERTO**  
Provoker: M. Marzotto Caotorta  
  
**COUNSELLING, APPROCCIO CHIRURGICO E FOLLOW UP  
DEL PAZIENTE CON PROTESI PENIENA**  
C. Bettocchi

Auditorium  
Amore e Psiche

15.10 – 16.10

16.10 – 17.10

VENERDI' 12 giugno 2009  
Pomeriggio

  
  
**WORKSHOP**  
Organon Italia S.p.A.

**L'IPOGONADISMO FUNZIONALE**  
Moderatori: G. Morrone, G. Piubello

**RUOLO DELL'FSH NEL MANTENIMENTO DELLA SPERMATOGENESI  
NELL'ADULTO**  
C. Foresta

**LA TERAPIA CON FSH NEGLI IPOGONADISMI**  
P. Turchi

**LA TERAPIA CON FSH NELLE OLIGOASTENOSPERMIE:  
QUALE E PERCHÈ**  
R. Rago

**TAVOLA ROTONDA**

**SPORT E ANDROLOGIA**  
L. Vaggi, D. Vecchio

**GLI SPORT DANNOSI: MITO O REALTÀ**  
F. Mantovani

**SESSUALITÀ E SPORT**  
L. Di Luigi

**DOPING ORMONALE**  
G. Bonanni

**SPORT E BENESSERE**  
G. Maio



Auditorium  
Amore e Psiche

17.10 – 17.40	<b>FOCUS ON</b> Introduce: <i>R. Ponchietti</i>  <b>LUTS E DISFUNZIONE ERETTILE</b> <i>M. Motta</i>  <b>CHIRURGIA DEL CARCINOMA PROSTATICO E DISFUNZIONE ERETTILE</b> <i>G. Morgia</i>
17.40 – 17.55	<b>LETTURA AD INVITO</b> Presenta: <i>G. La Pera</i>  <b>L’UOMO E L’INSOSTENIBILE LEGGEREZZA DEI SUOI 50 ANNI</b> <i>A.F. De Rose</i>
17.55 – 18.25	<b>GOLDEN VIDEOS</b> Moderatori: <i>G. Muzzonigro, G. Salvia</i>  <b>RIASSEGNAZIONE CHIRURGICA DEI CARATTERI SESSUALI NEL DISTURBO DI GENERE ANDROGINOIDE: LA TECNICA “TRIESTINA”</b> <i>C. Trombetta, G. Liguori, A. Lissiani, S. Bucci, A. Amodeo, S. Benvenuto, G. Mazzon, G. Ollandini, E. Belgrano</i> (Trieste)  <b>IMPIANTO SIMULTANEO DI PROTESI PENIENA AMS CX 700 E SLINGTRANS-OTTURATORIO ADVANCE</b> <i>E. Conti, P.P. Fasolo, S. Lacquaniti, M. Fiorio, L. Puccetti, R. Mandras, G. Fasolis</i> (Alba - CN)  <b>INSERIMENTO IMMEDIATO DI PROTESI PENIENA IDRAULICA IN PRIAPISMO DA STASI REFRATTARIO ALLA TERAPIA MEDICA</b> <i>O. Sedigh, L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, F. Liberale, C. Negro, D. Fontana</i> (Torino)

VENERDI’ 12 giugno 2009  
Pomeriggio

Auditorium  
Amore e Psiche

18.25 – 18.40	<b>INCONTRO CON L’ESPERTO</b> Presenta: <i>L. Rolle</i>  <b>RUOLO DEL VACUUM NEL RECUPERO DELLA FUNZIONALITÀ SESSUALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE</b> <i>E. Caraceni</i>
18.40 – 19.00	<b>LETTURA AD INVITO</b> Presenta: <i>F. Pirozzi Farina</i>  <b>LA CRIOCONSERVAZIONE DEI GAMETI NEL PAZIENTE ONCOLOGICO</b> <i>R. Rago</i>

VENERDI’ 12 giugno 2009  
Pomeriggio

*Tegea*

# SALLUTE

13/06





“La saggezza è per l'anima ciò  
che la salute è per il corpo”.  
(François De La Rochefoucauld)

Sabato  
13 giugno

# SALUTE

SABATO 13 giugno 2009 Mattina	
Sala Laocoonte	
07.45 – 09.00	<b>CORSO CONGRESSUALE SIA-SIEUN</b>  <b>ECOGRAFIA ED ECOLORDOPPLER NELLO STUDIO DELL'INFERTILITÀ MASCHILE E DELLA DISFUNZIONE ERETTILE</b> Direttori del Corso: <i>P. Martino, P. Consonni</i>  <b>ECOGRAFIA ED ECOLORDOPPLER DELLO SCROTO: TECNICA DI ESPLORAZIONE, QUADRI ANATOMICI E PATOLOGICI</b> <i>G. Liguori</i>  <b>VALUTAZIONE ECOLORDOPPLER DEL VARICOCELE</b> <i>L. Mearini</i>  <b>ECOGRAFIA TRANSRETTALE DELLA PROSTATA, DELLE VESCICOLE SEMINALI E DEI DOTTI EIACULATORI</b> <i>M. Polito, A. Galosi</i>  <b>ECD PENIENO DINAMICO: QUADRI NORMALI E PATOLOGICI</b> <i>P. Turchi</i>  <b>ECD NELLA INDURATIO PENIS PLASTICA</b> <i>M. Bitelli</i>
Auditorium Amore e Psiche	
08.00 – 09.00	<b>VIDEO</b> Moderatori: <i>L.Cormio, M. Paradiso</i> V 5 – V 9 (pag. 83)
Sala Apollo	
08.00 – 09.00	<b>COMUNICAZIONI ORALI</b> Moderatori: <i>A. Godano, M. Timpano</i> <b>Disturbi di identità di genere</b> C 47 – C 51 (pag. 69)
Sala Giove	
08.00 – 09.00	<b>POSTER DISCUSSI</b> Moderatori: <i>M. Calabrese, F. Fusco</i> <b>Neoplasie dei genitali / Priapismo</b> P 57 – P 64 (pag. 81)

SABATO 13 giugno 2009 Mattina	
Auditorium Amore e Psiche	
09.00 – 10.20	<b>WORKSHOP INTERATTIVO</b>  <b>HOTSPOTS MEDICO-LEGALI IN ANDROLOGIA</b> Moderatori: <i>C. Ceruti, A. Palmieri</i>  <b>I QUESITI DELL'ANDROLOGO</b> <i>C. Ceruti</i>  <b>IL CONSENSO INFORMATO</b> <i>M. Iorio</i>  <b>LA RESPONSABILITÀ PENALE</b> <i>M. Pacchiarotti</i>  <b>LA STRATEGIA DIFENSIVA DEL MEDICO</b> <i>C.M. Papotti</i>  <b>LE GARANZIE ASSICURATIVE (IL CONTRATTO, LE ESCLUSIONI, I PATTI SPECIALI)</b> <i>C. Pozzi</i>  <b>DISCUSSIONE INTERATTIVA CON GLI ANDROLOGI IN SALA PER ELABORAZIONE CONSENSI INFORMATI SIA</b>
10.20 – 10.50	<b>INCONTRO SIA-SIAMS</b> <i>V. Gentile, A. Lenzi</i>



Auditorium  
Amore e Psiche

10.50 – 11.50

SABATO 13 giugno 2009  
Mattina

TAVOLA ROTONDA

L'ANDROLOGO IN PRONTO SOCCORSO  
Moderatori: *E. Belgrano, D. Fontana*

I TRAUMI CHIUSI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE  
*A. Casarico*

TRAUMI CON PERDITE DI SOSTANZE TEGUMENTARIE  
E AMPUTAZIONI  
*M. Polito*

LA GESTIONE DEL PRIAPISMO  
*G.M. Ludovico*

LA GESTIONE DELLA TORSIONE DEL TESTICOLO  
*A. Ledda*

11.50 – 12.00

INTERVENTO PRE-ORDINATO

LA GANGRENA DI FOURNIER  
*G. Passavanti*

12.00 – 12.15

LETTURA CONCLUSIVA  
Presenta: *C. Maretti*

L'INQUADRAMENTO ISTITUZIONALE DELL'ASSISTENZA  
ANDROLOGICA IN ITALIA  
*L. Cormio*

12.15 – 12.30

TAKE HOME MESSAGES  
*G. Antonini, G. d'Anzeo*

Auditorium  
Amore e Psiche

12.30

SABATO 13 giugno 2009  
Mattina

CHIUSURA DEL CONGRESSO

# INDICE

COMUNICAZIONI: Prevenzione in Andrologia	44
COMUNICAZIONI: Chirurgia dei Genitali	48
COMUNICAZIONI: Infertilità	53
COMUNICAZIONI: Varicocele	56
COMUNICAZIONI: Infertilità	60
COMUNICAZIONI: Disfunzione Erettile	64
COMUNICAZIONI: Prostata e Sessualità	69
COMUNICAZIONI: Malattia di La Peyronie	74
COMUNICAZIONI: Miscellanea	78
COMUNICAZIONI: Disturbi dell'Identità di genere	81
POSTER: Disfunzione Erettile	88
POSTER: Miscellanea	91
POSTER: Disturbi dell'Eiaculazione	95
POSTER: Infertilità	99
POSTER: Prevenzione in Andrologia	103
POSTER: Infertilità Laboratorio	107
POSTER: Disturbi della Sfera Sessuale	112
POSTER: Prostata e Sessualità	117
POSTER: Patologie Congenite dei Genitali	121
POSTER: Chirurgia dei Genitali	125
POSTER: Miscellanea	129
POSTER: Neoplasie dell'Apparato Genitale / Priapismo	134
VIDEO: Auditorium Amore e Psiche	142
VIDEO: Auditorium Amore e Psiche	145



XXV Congresso  
**CATANIA**  
COMUNICAZIONI

A small red square logo featuring a classical sculpture of a woman, positioned to the left of the text "CATANIA".

**C 1 – C 5****PREVENZIONE IN ANDROLOGIA**

Auditorium Amore e Psiche 10/06 h. 18.00-19.00

**C 1****LE ABITUDINI RICREAZIONALI INFLUENZANO LA FERTILITA' MASCHILE? RISULTATI DI UN NUOVO SCORE CLINICO A 4 PARAMETRI**

A. Salonia, R. Matloob, A. Gallina, L. Rocchini, A. Saccà, M. Ferrari, F. Dehò, G. Zanni, B. Alberto, R. Colombo, P. Rigatti & F. Montorsi  
*Dipartimento di Urologia "Università Vita-Salute San Raffaele", Milano, Italia*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Valutazione dell'impatto delle abitudini ricreative categorizzate mediante un nuovo score clinico a 4 parametri sulla infertilità di coppia da fattore maschile (MFI).

**MATERIALI E METODI**

Questo studio clinico, prospettico e caso-controllo ha arruolato un gruppo di 431 uomini caucasici europei consecutivi giunti alla nostra osservazione per infertilità di coppia da MFI. I pazienti sono stati comparati con un gruppo di controllo di 293 uomini fertili. Le comorbidità dei pazienti e dei controlli fertili sono state descritte mediante utilizzo del Charlson Comorbidity Index (CCI), utilizzando i codici di malattia dell'ICD-9-CM. E' quindi stato calcolato il Body Mass Index (BMI) e sono stati raccolti i dati relativi alle abitudini ricreative (ivi includendo, fumo di sigaretta, consumo di alcolici, attività fisico-sportiva regolare) per entrambi i gruppi. Abbiamo quindi creato uno score clinico a 4 parametri ottenuto dalla somma di 1) CCI (assunto come variabile continua, assegnando 1 punto per ciascuna unità di incremento), 2) della abitudine al fumo di sigaretta (categorizzato come non fumatore, ex fumatore > 5 anni, ex fumatore ≤ 5 anni, ed attuale fumatore, assegnando 1 punto per ciascuna classe di incremento), 3) assunzione di alcolici (attribuendo 1 punto per assunzioni > 1L di alcolici per settimana), e 4) attività fisico-sportiva (categorizzata come 0 vs. 1 per pratica di attività fisica regolare settimanale vs. non attività sportiva).

Mediante un modello di regressione logistica abbiamo quindi valutato una eventuale correlazione tra lo score a 4 parametri e la fertilità dei partecipanti allo studio.

**RISULTATI**

L'età media (DS) dei pazienti infertili era di 36.8 (6.1) anni. L'età al primo concepimento degli uomini fertili era invece di 31.3 (4.8) anni ( $P < 0.001$ ). Il punteggio CCI risultava significativamente più elevato nei pazienti infertili che nei controlli fertili [0.27 (0.6) vs. 0.15 (0.5);  $P = 0.007$ ]. Lo score a 4 parametri era significativamente più elevato nei pazienti che nei controlli [39.4 (6.5) vs. 33.1 (4.9);  $P < 0.001$ ]. Alla analisi di regressione logistica, lo score clinico a 4 parametri risultava essere un parametro predittivo significativo di fertilità (O.R=0.80;  $P < 0.001$ ). Al pari, la analisi AUC dimostrava una accuratezza predittiva del 80.1%.

**CONCLUSIONI**

Questi dati suggeriscono che le abitudini ricreative - analizzate utilizzando un semplice score clinico a 4 parametri - possono significativamente predire la fertilità di coppia da MFI. Ulteriori studi sono necessari per una validazione esterna di questo score e la eventuale definizione di un cut-off predittivo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 2****LA PREVENZIONE ANDROLOGICA ADOLESCENZIALE. IL MODELLO APPLICATIVO DELLA ASL BI PIEMONTE ORIENTALE**

M. Silvani, D. Minocci

*S.C. Urologia e Andrologia ASL Bi Piemonte Orientale, Biella*

**INTRODUZIONE**

L'adolescenza è una fase della vita molto delicata e caratterizzata da profondi mutamenti psicofisici. Oltre alla maturazione sessuale si assiste

ad un contestazione delle regole delle istituzioni e della famiglia. Dopo l'abolizione della visita di leva, importante filtro socio-sanitario manca in questa fascia di età qualsivoglia strumento di prevenzione. Lo scopo di questo progetto preventivo denominato SPAS (screening preventivo andrologico scolastico) e' stato quello di educare ed informare gli adolescenti (prevenzione primaria) sulle principali patologie andrologiche e su i comportamenti a rischio per la fertilità e sessualità. La fase successiva (prevenzione secondaria) si è articolata in una serie di visite andrologiche effettuate presso le scuole.

**MATERIALI E METODI**

Il progetto si è avviato dopo un programma concertato con il Provveditore agli Studi e i Presidi dei singoli istituti (25). Nell'anno 2007-08 il progetto ha coinvolto 1350 studenti età 16-19 anni (30% ragazze). Solo il 40% (368) ha aderito alla seconda fase. Nella fase educativa informativa abbiamo presentato la figura dell'andrologo, precisato alcuni concetti di anatomia genitale maschile e femminile, illustrato le principali patologie andrologiche, il ruolo dell'autopalpazione dei testicoli, l'effetto negativo sulla sfera sessuale delle sostanze d'abuso, dei dopanti ricreativi e degli steroidi anabolizzanti. E' stato affrontato il capitolo delle MST e la loro prevenzione.

**RISULTATI**

Ogni incontro della durata di circa due ore è stato concluso con un colloquio frontale grazie alle domande degli studenti raccolte anonimamente su bigliettini che, nel 15% riguardavano le dimensioni dei genitali, 5% varicocele, 5% Viagra, 35% la contraccezione, 30% le MST, 10% le sostanze d'abuso. Nei 368 ragazzi visitati abbiamo riscontrato: 50 varicoceli, 25 fimosi, 10 brevità del frenulo, 6 idroceli, 1 criptorchidismo, 2 Klinefelter, 1 ritardo puberale, 9 ipermobilità dei didimi, 2 cisti epididimo, 4 riferivano un recurvatum penis. Complessivamente circa il 25% dei ragazzi valutati presentavano una patologia andrologica.

**CONCLUSIONI**

Questo progetto preventivo si caratterizza: per la fase informativo-educativa e per la presenza agli incontri anche delle ragazze. La diagnosi pre-

coce delle patologie andrologiche nell'adolescenza assicura una maturità sana e di successo ed è espressione di elevata civiltà in una società legata per alcuni aspetti a retaggi culturali ormai superati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 3****1998-2008: 10 ANNI DI PREVENZIONE ANDROLOGICA SU 20.000 GIOVANI RAGAZZI. DATI UTILI PER ELABORARE UNA LINEA GUIDA SU COME EFFETTUARE VISITE PREVENTIVE NELLE SCUOLE**

N. Mondaini, E. Meliani, A. Gavazzi, T. Cai, A. Bongini, E. Sarti, R. Bartoletti  
*Servizio Andrologia, U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze*

**INTRODUZIONE**

La patologia andrologica riveste grande importanza clinica soprattutto per le alterazioni che può determinare a carico delle funzioni riproduttive e sessuali. A partire dal 1998 abbiamo ogni anno eseguito visite di medicina preventiva da prima presso il distretto militare di Firenze e poi nelle scuole fiorentine. Obiettivo di tale ricerca è presentare i dati raccolti in 10 anni per valutare come sia cambiata l'incidenza di tali patologie e la conoscenza da parte dei giovani di queste problematiche.

**MATERIALI e METODI**

Sono stati rivisti i dati di 20.000 giovani visitati in 10 anni dividendo i risultati come anno 0 dopo 5 anni e dopo 10 anni. Per le visite eseguite nelle scuole viene riportata anche la percentuale di adesione alla visita che non può più essere obbligatoria come avveniva con la leva.

**RISULTATI**

Nel 1998 (anno 0) la prevenzione andrologica condotta presso il Distretto Militare di Firenze su un campione di 11649 giovani di 18 anni aveva individuato nel 33,4% una patologia andrologica. Per l' 89,2% si trattava di prima diagnosi. Indagando la conoscenza della figura dell'andrologo emergeva un dato estremamente allarmante, solo il 3,8% era a conoscenza di questo tipo di



specialista. Il dato veniva confermato su 6400 ragazzi di un anno più grandi visitati lo stesso anno. 5 anni più tardi nel 2003 presso il Centro Selezione Reclutamento Nazionale dell' Esercito a Foligno (303 uomini) 65% riferiva di conoscere la figura dell'andrologo. Nello stesso anno venivano visitate 11 classi (117 alunni) nei licei fiorentini, accettavano di farsi visitare il 32,4% degli alunni con diagnosi di patologie genitali nel 39,5%. Nel periodo 2007-2008 sono stati raggiunti 1478 ragazzi (1167 maschi), hanno deciso di partecipare all' iniziativa 515 (44,1%) con un riscontro di 30,5% di patologia andrologica. La conoscenza della figura dell'andrologo è risultata essere del 13%. Interessante riportare che nelle scuole a prevalenza femminile l'adesione dei ragazzi alla visita è stata di quasi il 100%. In questo campione l'uso del profilattico risulta nel 35,3% con finalità di evitare la gravidanza della partner nel 92,3% e solo un 6,7% per evitare le malattie sessualmente trasmesse.

#### CONCLUSIONI

Negli ultimi 10 anni la percentuale di ragazzi portatori di patologia andrologica è rimasta stabile (il dato a 5 anni è spiegabile per piccola numerosità del campione); altra cosa risulta la conoscenza della figura dell' andrologo che ha raggiunto un picco dopo 5 anni, per poi iniziare a calare ed arrivare ad essere il 13% oggi. L'adesione da parte degli studenti è progressivamente cresciuta grazie all'esperienza degli operatori. Rimane il dato costante di una scarsa conoscenza in campo di educazione sessuale da parte dei giovani.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### C 4

##### RISULTATI DELL'INDAGINE SULL' ATTITUDINE DEL MEDICO ANDROLOGO VERSO IL FUMO. SETTIMANA PREVENZIONE ANDROLOGICA 2008

N. Mondaini, V. Gentile, F. Fusco, M. Silvani, C. Basile Fasolo

*S.I.A. - Commissione SPA 2008*

#### INTRODUZIONE

Il fumo di sigaretta è oramai ritenuto uno dei fattori di rischio più importanti per la salute genera-

le, ed anche per quella sessuale dell' individuo. Numerosi studi epidemiologici sono andati ad analizzare tale problema. La Società Italiana di Andrologia ha deciso di somministrare ai suoi soci un questionario al fine di capire l'attitudine dell'andrologo a spiegare tali problematiche ai propri pazienti.

#### MATERIALI E METODI

Durante la SPA 08 a tutti i soci che hanno aderito all' iniziativa è stato inviato un questionario di 11 domande relative alle proprie attitudini verso il fumo. I dati sono stati analizzati utilizzando test Anova per l'analisi della varianza.

#### RISULTATI

224 questionari sono tornati alla SIA. Di questi 96 sono stati utilizzati per l'analisi statistica. La causa più frequente per il non utilizzo del questionario è che questo è stato erroneamente compilato dai pazienti e non dal medico stesso. I dati che sono riferibili a circa il 50% dei medici che hanno aderito all'iniziativa che rappresentano circa il 10% dei soci SIA evidenziano che 57,3% sono i non fumatori età media 42 (range 28-62), 18,7% gli ex fumatori età media 49,5 (range 31-60) e il 23,9% i fumatori età media 46,5 (range 28-64). Tra i fumatori 21,7% fuma da meno di 5 anni; 30,4% da 5-10 anni; 34,7% da 10-20 anni; 13% da oltre 20 anni. Il motivo maggiormente riportato dai fumatori sul perchè fumino è risultato "perchè mi fa stare bene" (52,1%). Tra questi 82,6% ha provato a smettere di fumare. Il 65,2% riferisce di aver fumato indossando il camice. Tale dato risulta del 55,5% tra gli ex fumatori. Tra i non fumatori tutti avvertono dei rischi connessi al fumo i propri pazienti, il dato scende al 89,9% tra gli ex fumatori; e al 79,3% tra i fumatori.

#### CONCLUSIONI

I nostri dati evidenziano come il problema fumo deve essere affrontato in prima istanza proprio da coloro che devono veicolare tali messaggi. Il fatto che tra gli andrologi che fumano (23,9%) il 21,7% non ponga attenzione a tale problema e che il 62,5% ha fumato con indosso il camice, deve essere di stimolo per individuare gli strumenti per arrivare a tali colleghi che sono quelli che devono veicolare il messaggio. Importante sottolineare

come i non fumatori siano quelli con l'età media più bassa rispetto agli altri gruppi. La SIA auspica che tale iniziativa sia condotta da altre società scientifiche al fine di porre tale problema come punto di partenza nella lotta al fumo di sigaretta.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### C 5

##### L'IMPATTO DELL'INDICE DI MASSA CORPOREA SUI RISULTATI DEL MONITORAGGIO NOTTURNO DELL'EREZIONE

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

*U.O. di Urologia Andrologica Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari*

#### INTRODUZIONE

Alcuni Autori riportano che l'indice di massa corporea (BMI) correla negativamente con il IIEF-5 score (Kratzik 2005). Nello studio Health Professionals Follow-up Study, in uomini con un BMI > 28,7 il rischio di sviluppare DE è superiore del 30% rispetto ai normopeso. Noi abbiamo voluto verificare se, oltre a queste conclusioni frutto di studi condotti con questionari, esista una correlazione tra BMI e DE verificabile con l'indagine strumentale quale è la rigidometria radiale notturna peniena valutata con RigiScan Plus.

#### MATERIALI E METODI

Sono stati valutate 277 cartelle andrologiche di soggetti con DE persistente/ricorrente da almeno tre mesi/età media 57+/-7.3). Tutti i pazienti sono stati sottoposti alle seguenti determinazioni e dosaggi: BMI, T plasmatico, colesterolo, glicemia, trigliceridi, HbA1c ed il monitoraggio notturno delle erezioni con RigiScan per tre notti consecutive in camera silente. Abbiamo distribuito i 277 in tre gruppi in funzione del BMI: GRUPPO A normopeso (BMI <25) 79 pz; Gruppo B sovrappeso (BMI 25-29.9) 115 pz; Gruppo C Obesi (BMI > 30) 83 pz. Dal monitoraggio notturno dell'erezione è stata estrapolata la rigidità media al terzo distale del pene espressa in % (RM%) fornita dal software RigiScan Plus Summary Analysis. I valori della RM% del Gruppo A sono stati correlati mediante coefficiente di correlazione di Pearson con quelli del gruppo B e C. L'elaborazione statistica è stata condotta mediante SPSS.

#### RISULTATI

Gruppo A: 69+/-7 RM%; Gruppo B: 59+/-5 RM% ; Gruppo C: 23+/-5RM%.

#### DISCUSSIONE

Il BMI correla negativamente con la rigidità del terzo distale del pene (p<0.01).

#### CONCLUSIONI

Oltre agli studi condotti con questionari, anche con un'indagine strumentale qual è il monitoraggio della rigidità radiale notturna peniena misurata con RigiScan Plus ha confermato che il sovrappeso, oltre che l'obesità, sono condizioni correlate all'aumentato rischio di disfunzione erettile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C 6 – C 11

### CHIRURGIA DEI GENITALI

Sala Apollo 10/06 h.18.00-19.00

#### C 6

#### LA CORPOROPLASTICA CON TUTORE ASSIALE SOFFICE DI PICCOLO CALIBRO E MONOGRAFT SAFENICO. OSSERVAZIONI DI TECNICA NEL FOLLOW-UP A TRE ANNI

M. Silvani, S. Pecoraro\*, R. Giannella\*, D. Minocci, S. Quaranta

S.C Urologia ASL Bi Piemonte Orientale Ospedale Biella

\*Clinica as Alta Specialità Uro-Nefro-Andrologica "Malzoni" Avellino

Gli autori descrivono la propria esperienza e gli accorgimenti apportati alla tecnica originale del Prof. Austoni. Rispetto alla tecnica nativa gli AA. impiantano tutori assiali di piccolo calibro 7fr a rigidità differenziata. La lunghezza del tutore supera di soli 1 cm la misurazione del cc. Nei casi di recurvatum > di 50-60° viene utilizzato un patch di matrice di pericardio bovino, in quanto la safena prelevata all cross non è sufficiente a ricoprire il difetto di albuginea.

#### MATERIALI E METODI

Dal settembre 2005 al febbraio 2008 con tale tecnica sono stati operati 40 pz età 44-76 a. Le indagini pre-operatorie eseguite: ECD penieno dinamico, foto documentazione, RMN dinamica peniena, uroflussometria, IIEF5, SEP2, SEP3. Attività erettile conservata in 12 pz con presenza di fattori di rischio, DE moderata veno occlusiva in 28. Le dimensioni della placca comprese tra 1,2 e 2,6 cm, larghezza 0,8-1,9 cm. Recurvatum dorsale > 45° 22 pz; dorsolaterale sx>40° 6 pz; ventrale >40° 6; laterale sx> 45° 4; dorsolaterale dx> 45° 2. In 30 pz impiantati tutori 7 fr Virilis II in 5 Virilis I, 5 pz Virilis I 10 fr. Lunghezza tutori 16,6-20 cm; 28 pz safena prelevata alla cross, 12 pz impiegato patch di matrice di collagene.

#### RISULTATI

Follow-up da uno a tre anni. Allungamento dell'asta 1,2-2,3 cm, correzione recurvatum in tutti.

Ripresa attività sessuale penetrativa a 4 mesi buona nel 60% dei casi deludente in 40%. A 12-16-24-36 mesi ottima attività penetrativa 75%, buona nel 20% deludente 5%. Il 15% utilizza a distanza di 24-36 mesi iPDE5 da 2 a 4 volte mensilmente. Per 2 mesi dal 15° gg post operatorio utilizzo di iPDE5 bisettimanalmente.

#### DISCUSSIONE

L'impianto del tutore di piccolo calibro permette un risparmio maggiore di tessuto erettile. La lunghezza del tutore non supera di 1 cm quella del cc (tecnica originale 2 cm) questa scelta in quanto il FVND spesso coinvolto non presenta liberazione agevole ed un eccessivo stiramento potrebbe determinare disturbi trofici del glande. La lunghezza eccessiva del tutore porterebbe ad un pene in erezione invece che in estensione. Nei recurvatum >50-60° il monograft safenico non ricopre il difetto albugineo completamente.

#### CONCLUSIONI

L'intervento descritto rappresenta una soluzione per tutte le IPP associate a recurvatum che ostacola la penetrazione. La curva di apprendimento è rapida e facilmente riproducibile la tecnica. L'erezione avviene sempre spontaneamente sfruttando l'erezione complementare che può essere sempre implementata con iPDE5

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### C 7

#### RISULTATI SULL'ALLUNGAMENTO ED ALLARGAMENTO PENIENO NELLA CHIRURGIA PROTESICA PER D.E.

S. V. Perovic\*, M. Casilio#, M. Florio#, E. Spera#, S. Sansalone#

\*School of Medicine – University of Belgrade, Serbia  
#University "Tor Vergata", Dept. of Urology, Rome, Italy

#### OBIETTIVO

Molti pazienti, dopo l'impianto di protesi peniena, riferiscono una diminuzione delle dimensioni del pene (sia nella lunghezza che nella circonferenza) esordendo con: "è più piccolo del normale". Presentiamo una tecnica di impianto protesico che garantisce contemporaneamente l'allungamento e l'allargamento del pene.

#### MATERIALI E METODI

Da Marzo 2006 a Febbraio 2008 ventitré pazienti affetti da D.E. con età tra i 38 ed i 64 anni (media 53) sono stati sottoposti ad allargamento penieno durante l'impianto di protesi malleabili o idrauliche bi- o tri-componenti.

Durante l'intervento è prevista la mobilizzazione completa del NVB e parziale dell'uretra. Si pratica un'incisione circolare completa a livello del terzo medio dell'asta; si scolla l'albuginea dal tessuto cavernoso e si trazona il pene il più possibile. Fattore limite il NVB.

Il difetto della tonaca albuginea viene colmata con graft circolari (Intexen, AMS), fissata con suture continue in 4-0 PDS. Le dimensioni dei graft in media sono di 3,1 cm (2,7-4,5) per la larghezza e 12,4 cm (10,3-14,2) per la lunghezza.

Successivamente, sfruttando la stessa incisione, si impiantano le protesi malleabili, mentre nel caso di protesi idrauliche bisogna effettuare un'altra incisione.

Dopo aver fissato il NVB e l'uretra, per avere l'aumento della circonferenza, tra la Fascia di Buck e il Dartos viene inserito un PLGA scaffold ottenuto con tecniche di ingegneria tissutale, da colture di fibroblasti precedentemente allestite.

#### RISULTATI

Dopo un follow-up di 6-29 mesi (media 14), l'allungamento in media è stato di 2,8 cm (2,2-4,5) e l'aumento di circonferenza di 2,3cm (1,9-4,0). Non sono state rilevate infezioni, retrazioni o desoluzioni cutanee.

La sensibilità del glande, l'orgasmo e l'eiaculazione sono stati preservati in tutti i pazienti e tutti sono tornati ad avere rapporti sessuali; 20 di loro sono molto soddisfatti dei risultati dell'intervento con recupero completo dell'autostima; 2 modestamente soddisfatti ed 1 insoddisfatto.

#### CONCLUSIONI

La diminuzione delle dimensioni del pene è la più frequente causa di insoddisfazione lamentata dai pazienti sottoposti ad impianto delle protesi peniene.

L'allungamento della tonaca albuginea, mediante incisioni circolari e l'utilizzo di graft, contemporaneamente all'aumento della circonferenza, utilizzando tecniche di ingegneria tissutale, determina un'effettiva risoluzione del problema.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### C 8

#### CORREZIONE DI RECURVATUM DORSALE CON INCISIONE DI PLACCA IN-OUT E PLICATURA CON NODO A SCOMPARSA

R. Leonardi, A. Nicolosi, M. Debole

Unità Funzionale di Urologia

Clinica Basile, Catania

#### OBIETTIVO

Valutare l'efficacia di un intervento mini-invasivo in termini morfologici e funzionali in pazienti affetti da recurvatum dorsale per malattia di La Peyronie.

#### MATERIALI E METODI

Abbiamo operato 29 pazienti con placca dorsale con curvatura media di 44 gradi sull'asse longitudinale. Ai pazienti è stato somministrato il questionario IIEF-5 aggiungendo una domanda per verificare il discomfort della partner al momento della penetrazione.

(Nessuna Difficoltà [0] - Difficoltà [1] - Dolore [2] - Impossibilità [3] ). E' stata eseguita, un'ecografia peniena e, nei pazienti con IIEF-5 minore di 21, un eco-color-doppler dinamico.

Dopo farmaco-infusione di prostaglandina, ad erezione ottenuta, si attua un'incisione sub-coronale e si isolano i corpi cavernosi. Si individua la zona di massima curvatura. L'intervento non richiede l'isolamento del fascio neuro-vascolare dorsale. Si incide il corpo cavernoso. Si incide la placca dall'interno, con bisturi 11, fino ad ottenere un cedimento della tensione dorsale senza interrompere dorsalmente i corpi cavernosi.

In rapporto all'estensione della placca si praticano una o più incisioni in-out. Le piccole incisioni dei corpi cavernosi vengono suturate con vycril 3-0.



Nei casi di persistenza della curvatura, abbiamo attuato una plicatura con la tecnica del nodo a scomparsa impiegando nylon 2-0. All'intervento è seguito un follow-up a 6 mesi, 1 anno e 2 anni. Nel follow-up abbiamo somministrato l'IIEF-5 con domanda per discomfort della partner.

## RISULTATI

La curvatura è stata risolta in tutti i pazienti operati. In tutti i pazienti sottoposti a plicatura abbiamo riscontrato una minima riduzione di lunghezza del pene. Nessun paziente ha riferito disagio per la riduzione di lunghezza. L'unica complicanza descritta nel post-operatorio è stata una modesta ecchimosi del pene in 12 pazienti. Nessun paziente lamenta la percezione tattile della sutura utilizzata per le plicature. La somministrazione di un antidolorifico serale ha risolto la sintomatologia algica in 20 pazienti dovuta alle erezioni notturne. I pazienti con IIEF-5 minore o uguale a ventuno hanno miglioramento la performance sessuale con un incremento percentuale di quattro punti dell'IIEF-5 stabile nel controllo a due anni. I pazienti con deficit arterioso, associato al recurvatum (IIEF-5 compreso tra 8 e 11) hanno fatto ricorso, nel post-operatorio, a terapia con inibitori delle 5 fosfo-diesterasi. Le partners riferiscono la scomparsa di discomfort che era presente nel pre-operatorio.

## CONCLUSIONI

Riteniamo che la tecnica mini-invasiva da noi proposta risulta interessante per la brevità dei tempi chirurgici, della semplicità di esecuzione e per i risultati estetici e funzionali ottenuti. Un follow-up a distanza più lunga potrà confermare quanto al momento abbiamo documentato.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C 9

### TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL DOLORE TESTICOLARE CRONICO: LA DENERVAZIONE TESTICOLARE MICROCHIRURGICA

A. Ortensi 1, V. Marchese 1, V. D'Orazi 1, C. Faloci 1, F. Fabi 1, F. Toni 1, A. Panunzi 1, I. Ortensi 2, G. A. Coppola 1-2

1 Unità Operativa Complessa di Microchirurgia

*Generale - Sezione di Microchirurgia Andrologica, Casa di Cura "Fabia Mater", Roma - Università degli Studi di Roma "La Sapienza"*  
2 Servizio di Criobiologia della Riproduzione Umana "Tecnomed", presso la Casa di Cura "Fabia Mater", Roma

## INTRODUZIONE

Il Dolore Testicolare Cronico (DTC) è una condizione caratterizzata da una sintomatologia costante o intermittente, presente da almeno 3 mesi e che interferisce significativamente con la qualità della vita del paziente. Talvolta l'eziologia non è di agevole identificazione ed il trattamento costituisce una sfida per il medico. Spesso risulta difficile distinguere tra dolore testicolare, epididimario o una sintomatologia derivante da altre strutture presenti nel cordone spermatico. Il trattamento del DTC è multidisciplinare (clinico, anestesilogico, chirurgico) ed è comunemente accettato che l'approccio terapeutico iniziale debba essere di tipo conservativo sottoponendo il paziente ad una terapia medica. In caso di refrattarietà si può ricorrere a strategie chirurgiche con diversi gradi di invasività. Nell'ambito di quest'ultima la Denervazione Testicolare Microchirurgica (DTM) rappresenta un approccio moderatamente invasivo rispetto a procedure demolitrici quali epididimectomia ed orchietomia.

## MATERIALI e METODI

Dal 2002 al 2007 abbiamo sottoposto a DTM 58 uomini affetti da DTC refrattario alle terapie conservative. La tecnica utilizza metodiche impiegate di routine nella microchirurgia andrologica. Attraverso un'incisione sub-inguinale viene isolato il funicolo, si procede con l'identificazione e neurolisi del nervo Ileo-Inguinale e si esegue la sezione ed elettrocauterizzazione del muscolo cremastere, nel cui contesto decorre il Ramo Genitale del nervo Genito-Femorale. Dopo aver riconosciuto ed isolato l'Arteria Spermatica con ausilio di ingrandimenti ottici e Doppler intraoperatorio, si procede ad una Simpaticectomia del vaso mediante stripping circonfenziale dell'Avventizia, e si esegue, infine, la legatura e sezione delle vene spermatiche previo risparmio dei linfatici.

## RISULTATI

Abbiamo monitorato i risultati in base alla valutazione soggettiva del paziente a distanza di 3-6-12 mesi. Nell'84,5% dei casi abbiamo ottenuto una remissione totale della sintomatologia; il 10,3% ha riferito una diminuzione dei sintomi dolorosi ed una ripresa soddisfacente della vita di relazione; il 5,2% non ha tratto alcun beneficio pertanto si è reso necessario il ricorso ad epididimectomia (2 casi) e orchietomia (1 caso).

## CONCLUSIONI

Interrompendo l'innervazione simpatica del testicolo ed inibendone le afferenze dolorifiche, la DTM appare una tecnica affidabile e risolutiva. Risulta inoltre meno invasiva rispetto all'epididimectomia e all'orchietomia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C 10

### QUALITA' DI VITA DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD IMPIANTO DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE AMS 700 CX: 11 ANNI DI ESPERIENZA DEL NOSTRO CENTRO

A. Vitarelli, G.M. Ludovico, E. Lavelli, A. Pagliarulo

*Dipartimento Emergenza e Trapianto d'Organo: Sezione di Urologia e Andrologia Azienda Ospedaliera Universitaria, Policlinico Bari*

## INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

I risultati dell'impianto protesico penieno (IPP) con protesi peniena tricomponente (PPTRI) sono stati presentati in diversi studi anche se pochi hanno valutato la qualità di vita (QOL) ed il grado di soddisfazione del paziente (PZ). Abbiamo rivisitato la nostra casistica di IPP di PPTRI AMS 700 CX, con lo scopo di valutare in modo retrospettivo, le complicanze (C) e soprattutto il grado di soddisfazione (GS) del pz all'impianto, utilizzando un questionario (Q) da noi disegnato in assenza di Q specifici validati.

## MATERIALI E METODI

Dall'ott. 1997 al nov. 2008 abbiamo sottoposto ad IPP di PPTRI AMS 700 CX, 50 pz (19 AMS 700 CX, 10 AMS 700 CX InhibiZone, 12 AMS 700 CX InhibiZone Tactile Pump, 9 AMS 700 CX Momentary Squeeze®) di età compresa tra 40 e 77 (media: 56)

affetti da DE di diversa origine: post ch. pelvica radicale in 21 pz (42%); vascolare in 18 pz (36%); da Malattia di Peyronie (MP) in 7 pz (14%); postpriapismo in 1 pz (2%), spinal cord injury in 3 pz (6%). 37 impianti (74%) sono stati primi interventi, 13 (26%) reinterventi, di cui 6 (46%) da precedente dynaflex per malfunzionamento meccanico (MM) in 5 ed aneurisma del cilindro in uno, 4 (30,7%) da precedente AMS 700 CX per MM in 3 ed erosione di un corpo cavernoso distale in uno, 2 (15,3%) da precedente Mentor per MM, 1 (7,7%) da precedente VIRILIS I impiantata per MP, poi estrusa. Ai pz è stato somministrato un Q di 6 domande volte ad esplorare la rigidità peniena (R), la lunghezza del pene (LP), la sensibilità (S), l'orgasmo (O), ed il GS del pz.

## RISULTATI

Il follow up varia tra 3 e 133 mesi. L'analisi retrospettiva dei dati ha rilevato: 1 infezione grave a 3 mesi (2%) che ha richiesto la rimozione della PPTRI, 3 MM (6%) che hanno richiesto la sostituzione della PPTRI, 1 erosione dei corpi cavernosi distali (2%), 2 ernie inguinali (4%) nel sito di accesso al serbatoio riparate senza rimuovere la PPTRI. Dei 50 pz, 6 (12%) sono usciti dal follow up: 2 deceduti, 4 irreperibili. 1 pz ha rimosso la PPTRI in altro centro per inadeguatezza alla stessa. 1 pz non ha mai usato la PPTRI. Valutabili con il questionario 41 pz; Dal Q di tali pz è emerso che il grado di R ottenuto è stato giudicato insoddisfacente in 1 solo pz (2,4%), sufficiente per rapporto in 28 pz (68%), ottimo in 12 pz (29%). La LP è stata giudicata imm modificata in 13 pz (31,7%), ridotta < 1 cm in 25 pz (60,9%), ridotta > 1 cm in 3 pz (7,3%). 10 pz (24,3%) hanno riferito difficoltà all'uso della PPTRI nei primi mesi postintervento. Nessun problema di S e O è stato riscontrato. Il GS del pz è stato del 90,3%. Il 92% dei pz si sottoporrebbe nuovamente all'IPP.

## CONCLUSIONI

L'alto GS riscontrato dopo l'intervento conferma che l'IPP di PPTRI è una valida soluzione per migliorare la QOL del pz con grave DE non altrimenti trattabile. Nella nostra esperienza l'IPP con le PPTRI AMS 700 CX rappresenta una valida soluzione in termini di affidabilità meccanica, ed ha evidenziato una ridotta incidenza di C temibili quali l'infezione o l'erosione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 11****GANGRENA DI FOURNIER: IMPORTANZA DEL TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE**

F. Mastroeni, C. Basilicò, A. Iannello, A. Isgrò, P. Pappa, S. Rotondo

Unità Operativa di Urologia Azienda Ospedaliera Papardo - Messina

**INTRODUZIONE**

La gangrena di Fournier è una infezione localizzata a livello dei genitali, perineo e parete addominale a rapida evoluzione. In letteratura è stata descritta per la prima volta nel 1883. I principali fattori eziologici sono il diabete mellito, l'obesità, l'alcolismo, l'immunodepressione e infezione tissutali o periuretrali. I germi più rappresentati possono essere gli stafilococchi e streptococchi.

**MATERIALI E METODI**

Riportiamo un caso di un giovane di 50 anni diabetico pervenuto alla nostra osservazione con un quadro di iperemia scrotale con rapida evoluzione in ascesso scrotale con perdita di sostanza e necrosi sottoposto prontamente a terapia antibiotica, terapia iperbarica e toilette chirurgica. Il paziente ha necessitato di supporto anestesiológico e chirurgico plastico per esteso patch dermico.

**RISULTATI E CONCLUSIONI**

Dopo estesa chirurgia demolitiva, terapia antibiotica, iperbarica e ampio innesto dermico il paziente è esente da patologia. Ricordiamo la necessità del trattamento polispecialistico con la massima tempestività visti i dati sulla mortalità della letteratura che sono di circa il 30% dei casi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 12 – C 15  
INFERTILITA'**

Auditorium Amore e Psiche 10/06 h. 18.00-19.00

**C 12****TESTICOLI RETRATTILI IN ETA' PEDIATRICA E ADOLESCENZIALE: QUALE TERAPIA? QUALI LE IMPLICAZIONI SULLA FERTILITA' FUTURA? PRESENTAZIONE DELLA CASISTICA PERSONALE DI 432 CASI**

F. Antoniazzi (1), C. Chironi (2), E. Maines (1), M. Sulpasso (2)

(1) Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Verona.

(2) Chirurgia Pediatrica, Clinica Pederzoli, Peschiera del Garda (VR)

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Il criptorchidismo ha un incidenza che è riportata in letteratura intorno al 1,6% dei maschi all'età di 3 mesi e 0,8% ad 1 anno di età. I testicoli retrattili hanno un incidenza che va dal 4,5% al 13% su 1000 ragazzi in età scolare.

Sebbene non ci sia un accordo generale sulla definizione di "testicolo retrattile", la maggior parte degli autori è concorde sul fatto che un testicolo retrattile è un testicolo che ha completato il processo di discesa ma non è nella sua normale posizione scrotale secondariamente ad un iperattivo riflesso cremasterico. Obiettivo del nostro lavoro è dimostrare che l'approccio conservativo è raccomandato e che normalmente non è indicata una fissazione chirurgica del testicolo se non nel 3,2% - 22,7% dei casi secondo casistiche diverse. Il danno sulla fertilità può essere provocato da un criptorchidismo acquisito o dalla diminuzione di volume quasi sempre correlata con il criptorchidismo.

**MATERIALI E METODI**

Sono giunti alla nostra osservazione più di 900 pazienti con testicoli retrattili negli ultimi 10 anni con età variabile tra i 4 e i 14 anni. 432 casi sono stati da noi seguiti con un follow-up di 6-8 anni, con controlli periodici tra i 6 mesi ed 1 anno.

**RISULTATI**

Il 32% sono risultati monolaterali e il 68% bilaterali. Solo 54 pazienti sono stati sottoposti ad intervento di orchidopessi (12,5%), di questi 20 erano affetti da pervietà del dotto peritoneo-vaginale, 18 da ipotrofia testicolare, 16 da criptorchidismo acquisito. Gli altri 378 sono andati incontro a miglioramento spontaneo entro la pubertà.

**CONCLUSIONI**

Non c'è ancora un trattamento ideale, comunque sicuramente è raccomandato un approccio conservativo ed è indispensabile effettuare un regolare e periodico esame clinico del paziente. In età pre-puberale e puberale con l'incremento della testosteronemia si ha un aumento volumetrico della gonade ed una minore reattività delle fibre cremasteriche. Il danno sulla fertilità è legato soprattutto al criptorchidismo acquisito. L'intervento chirurgico è indicato nei casi di patologia associata (pervietà del dotto peritoneo-vaginale pervio), di criptorchidismo acquisito o in presenza di una riduzione di volume testicolare.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 13****EFFETTI DELLA TERAPIA SOSTITUTIVA CON TESTOSTERONE UNDECANOATO NELL'IPOGONADISMO MASCHILE DELL'ADULTO: RISULTATI DI UNO STUDIO A 24 MESI**

R. Bruzziches, D. Francomano, M. Pili, E. A. Greco\*, P. Pezzella, A. Aversa, G. Spera  
Cattedra di Medicina Interna, Dipartimento Fisiopatologia Medica, Sapienza Università di Roma, \* Istituto Clinico Riabilitativo Villa delle Querce, Nemi - Roma

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Non vi sono studi comparativi tra varie formulazioni di testosterone undecanoato (TU). Abbiamo valutato l'efficacia delle due formulazioni di TU disponibili in Italia, in pazienti affetti da ipogonadismo in età adulta.

**MATERIALI E METODI**

Abbiamo reclutato 52 uomini (42 – 65 anni) con valori di testosterone totale (TT) inferiori a 320 ng/dL a cui è stato somministrato Andriol® [80 mg x 2 die (N=10); TU-A] oppure Nebid® [1000 mg /12 settimane (N=32); TU-N]. Dopo 6 mesi tutti i pazienti hanno ricevuto TU-N per una durata totale di 24 mesi. Un gruppo di controllo ha ricevuto placebo in gel per la durata di 12 mesi (N=10).

**RISULTATI**

Dopo 6 mesi di trattamento, solo TU-N ha determinato, rispetto al basale, un incremento dei livelli sierici di TT (245±90 vs 513±30, p<0.01), un miglioramento dei parametri metabolici (HOMA-IR=4.76±0.2 vs 2.65±0.45), ed un miglioramento dei punteggi ottenuti con l'IIEF ed AMS (IIEF-EF=13±2 vs 24±3, p<0.01 e AMS=48±3 vs 29±3, p<0.01). Dopo 12 mesi, TU-N è risultato il trattamento preferito (EDITS >50: PLB=36% vs. TU-A=44% vs. TU-N=73%, p<0.01). Infatti, TU-N ha prodotto un ulteriore incremento dei livelli sierici di TT (639±46, p<0.01 vs 6 mesi) ed una riduzione dell'HOMA (1.9±0.2, p<0.05), con conseguente miglioramento della circonferenza vita (-8 cm; massa grassa -7%; massa magra +5 Kg). Dopo 24 mesi, tutti i pazienti hanno mantenuto i risultati ottenuti. TU-N non ha modificato i valori del PSA, dell' IPSS e del volume prostatico rispetto il basale. I valori di emoglobina e dell'ematocrito sono risultati più alti dopo TU-N, ma entro il range di normalità. Si sono verificati 4 eventi avversi che hanno condotto ad interruzione; tre nel gruppo TU-N (eritrocitosi moderata e transitoria) ed uno nel gruppo placebo (infarto miocardico acuto).

**DISCUSSIONE**

TU-N è risultato il trattamento preferito dalla maggior parte dei pazienti. La sua efficacia clinica viene ottenuta quando i livelli di TT raggiungono il range medio-alto (>500 ng/dL), dopo circa 6 mesi di trattamento. Il miglioramento dei punteggi di IIEF ed AMS dopo 12 mesi ha dimostrato che tale trattamento determina un maggiore benessere generale e sessuale rispetto a TU-A e placebo. Il trattamento con TU-N è risultato sicuro e le percentuali di interruzione (occorse entro i 12 mesi) sono risultate sovrapponibili nei differenti gruppi. Dopo 24 mesi, il trattamento è risultato ben tollerato in assenza di ulteriori eventi avversi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 14****PERCHE' OPERARE IL VARICOCELE**

G. Ughi, L. Dell'Atti, G.P. Daniele, C. Ippolito, G. Capparelli, L. Spisani, L. Fornasari, C. Daniele

*U.O. di Urologia, Azienda Ospedaliero-Urologia "Arcispedale S. Anna", Ferrara*

Lo scopo di questo studio è di determinare se e quanto possono migliorare i parametri dello spermogramma (Sp.) dopo l'intervento di varicocele e qual è la percentuale di gravidanze in coppie infertili. Esclusa altra causa d'infertilità nella coppia e rimasta come unica causa il varicocele, si è eseguito l'intervento.

**MATERIALI E METODI**

Le tecniche usate sono state, la legatura subinguinale con tecnica microchirurgica più iniezione anterograda di Polidocanolo al 3% o la scleroembolizzazione per cutanea (SCP). In un periodo di 5 anni, dal 2000 al 2004, sono stati trattati 100 soggetti (età media 29.12), motivati ad avere un figlio entro un breve periodo. Si è visto quanti di questi abbiano poi avuto una gravidanza a termine entro due anni. Si è valutato preoperatoriamente, a 3, 6, 12, 24 mesi Doppler dei funicoli, Sp. e le gravidanze (Gr.) entro 2 anni. Sono state considerate solo le Gr. a termine e non le fecondazioni. In due casi la coppia si è sottoposta ad una fecondazione assistita per motivi d'età.

**RISULTATI**

Non ci sono state differenze nei risultati in base alla tecnica operatoria usata anche se la SCP ha avuto meno recidive. I varicoceli grado terzo sono migliorati in modo significativo postoperatoriamente (p<.05). In 3 casi si è avuta una recidiva ma vi sono state Gr. a termine in tutti e tre. C'è un aumento (p<.01) del numero degli spermatozoi tra i valori pre e postoperatori e questo è massimo a 6 mesi. Nei bilaterali c'è < numero di Gr. rispetto ai mono e in questi casi non sembra quindi il miglioramento della mobilità e del numero che si vede postoperatorio a dare anche miglior numero di Gr. Nei varicoceli bilaterali si è avuta una ripresa dello Sp. rispetto ai mono ma non una percentuale di Gr. a termine più elevata. Il numero di spermatozoi postoperatorio dopo i 28 anni

migliora meno. Per il numero a 6 mesi, nei >di 28 anni non c'è un miglioramento paragonabile a quello dei 3 mesi. Il miglioramento dei normoconformati nel postoperatorio non è significativo ma nei più giovani migliora di più rispetto ai >di 28 anni. L'età non influenza il numero di Gr. che invece è fortemente influenzato dal grado: la percentuale di Gr. è > dopo la correzione di grado più elevato (p<.05). Nel 7% si è avuta una seconda Gr. a termine, dopo l'intervento.

**CONCLUSIONI**

Esiste una buona correlazione tra l'intervento e i valori dello Sp, con i distinguo in base all'età ed al grado, risulta giustificato il trattamento di tale patologia nei pazienti infertili.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 15****IL VARICOCELE CORRETTO CHIRURGICAMENTE, SOTTOPOSTO A TERAPIA MEDICA PRECOCE. RIPERCURSIONI SULLA FERTILITA'**

S. Leo, S. Marzano, S. Marinacci, A. Serio, C. Caldararo\*, E. Ruggiero, \*\*G. F. Menchini-Fabris. *U.O.C. di Urologia, Ospedale S. Giuseppe da Copertino, Copertino (LE)*

\*Caposala U.O.C. di Urologia

\*\* U.O. Andrologia, Policlinico S. Chiara - Pisa

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

La fertilità è in calo in tutti i Paesi occidentali e tra le cause il varicocele è tra le più rappresentate. Il varicocele altera la capacità riproduttiva agendo sulla qualità del liquido seminale mediante aumento della temperatura scrotale, diminuito apporto di nutrienti, relativa ipossia, un deficit ormonale testicolare.

La correzione chirurgica del varicocele migliora sia la quantità che la qualità degli spermatozoi, sia la percentuale di gravidanze.

Il razionale della terapia medica adiuvante è quello di stimolare i tubuli seminiferi e incrementare la biodisponibilità degli ormoni a livello gonadico.

Scopo di questo studio è verificare come la terapia precoce con menotropina, associata al trattamento chirurgico del varicocele, migliori la qualità del liquido seminale e quindi la fertilità in termini di percentuale di gravidanze.

**MATERIALI E METODI**

78 pazienti, tra i 24 e i 35 anni, affetti da varicocele sinistro di 2° grado con problemi di infertilità di coppia, da fattore maschile, sono stati sottoposti ad anamnesi, esame obiettivo, ecocolordoppler funicolo – testicolare, dosaggio ormoni gonadici ipofisari, Estradiolo, Testosterone, spermio-gramma con spermio-coltura.

I pazienti, randomizzati in 2 gruppi, sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di legatura e sezione della vena spermatica.

Ai pazienti del 1° gruppo, a 2 settimane dall'intervento chirurgico, è stata somministrata 1 fiala di menotropina tre volte la settimana, per 3 mesi; ai pazienti del 2° gruppo invece non è stata somministrata alcuna terapia.

Dopo l'intervento chirurgico è stato effettuato un esame del liquido seminale a 3, 6, 12, 18 mesi, ed è stato fatto un confronto tra i concepimenti avuti nei 2 gruppi di pazienti.

**RISULTATI**

L'esame del liquido seminale a 3, 6, 12, 18 mesi dall'intervento

chirurgico ha documentato un progressivo e netto miglioramento nei 2 gruppi di pazienti, ma significativamente più elevato in quelli del 1° gruppo.

Il numero di gravidanze valutate a 3, 6, 12, e 18 mesi dall'intervento chirurgico nei 2 gruppi di pazienti sono state rispettivamente 7, 14, 17 e 20 nel 1° gruppo, e 4, 8, 11 e 14 nel 2° gruppo.

**CONCLUSIONI**

Questo studio sul trattamento chirurgico del varicocele in pazienti infertili, associato a un precoce trattamento con menotropina, ha dimostrato un netto miglioramento della qualità del liquido seminale ed un successivo incremento significativo della pregnancy rate; a 18 mesi nei pazienti del 1° gruppo era del 51 %, mentre era del 35 % in quelli del 2°, con un differenziale del 16 %.

La somministrazione della menotropina nell'immediatezza dell'intervento chirurgico migliora in modo significativo e più precocemente la capacità di ripresa funzionale del testicolo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



## C 16 – C 20 VARICOCELE

Sala Apollo 11/06 h. 8.00-9.00

### C16

#### IL TRATTAMENTO DEL VARICOCELE IN ETA' PEDIATRICA E ADOLESCENZIALE: RISULTATI DELLA CORREZIONE CHIRURGICA PER VIA RETRO-PERITONEALE SECONDO PALOMO

M. Sulpasso (1), E. Maines (2), C. Chironi (1), E. Barbi (3), G. Mansueto (4), F. Antoniazzi (2)

(1) *Chirurgia Pediatrica, Clinica Pederzoli Peschiera del Garda, VR*

(2) *Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Verona*

(3) *Servizio di Ecografia, Clinica Pederzoli, Peschiera del Garda, VR*

(4) *Istituto di Radiologia, Università degli Studi di Verona*

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Presentiamo la nostra esperienza relativa ai risultati della correzione chirurgica del varicocele in età pediatrica utilizzando la legatura retro-peritoneale dei vasi spermatici secondo Palomo.

Poiché nei bambini e negli adolescenti l'analisi del liquido seminale non è proponibile, abbiamo valutato i risultati di tale tecnica a breve e a medio termine, concentrandoci sull'incidenza di complicanze postoperatorie quali l'idrocele e di recidive o persistenze.

#### MATERIALI E METODI

Tra i casi trattati presso la nostra Clinica fra il gennaio 2003 e il dicembre 2008, abbiamo selezionato 416 bambini e adolescenti di età compresa fra i 10 e i 18 anni, tutti affetti da varicocele di III grado. Il grado del varicocele è stato stabilito utilizzando i criteri della classificazione di Dubin e Amelar.

Tutti i pazienti sono stati trattati utilizzando la stessa tecnica, cioè la legatura retroperitoneale dei vasi spermatici secondo Palomo, con accesso soprainguinale.

I risultati sono stati valutati a distanza mediante esame clinico ed ecografia testicolare associata ad eco-colorDoppler. I parametri di valutazione utilizzati sono: la durata della degenza, le complicanze postoperatorie immediate, l'idrocele postoperatorio e la ricorrenza o persistenza del varicocele.

### RISULTATI

Tutti gli interventi sono stati eseguiti con successo e non si sono verificati problemi intraoperatori cioè non si sono avute né complicanze viscerali o vascolari, né problemi anestesiológicos. In alcuni casi una modesta sintomatologia dolorosa addominale o scrotale è stata trattata con successo con semplici analgesici somministrati nelle prime ore postoperatorie.

Il tempo operatorio medio è risultato di 15 minuti. La dimissione è sempre avvenuta in 1 giornata postoperatoria.

Tutti i pazienti hanno eseguito un controllo clinico, ecografico e Doppler velocimetrico dopo l'intervento nel corso del follow-up postoperatorio a 3-9-12 mesi. Sul totale di 416 pazienti trattati abbiamo osservato 46 idroceli postoperatori di cui solo 39 (9,4%) erano clinicamente significativi e tali da richiedere una correzione chirurgica.

Nel follow-up considerato non abbiamo osservato recidive. Non ci sono stati casi di infezione della ferita. In nessun paziente abbiamo inoltre osservato atrofia testicolare.

#### CONCLUSIONI

La legatura retro-peritoneale della vena spermatica interna secondo Palomo si è rivelata essere una tecnica ben tollerata dal paziente, di facile esecuzione, dai tempi operatori contenuti, oltre ad essere sicura ed efficace e con un'incidenza di ricorrenza o complicanze ridotta.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C 17

#### SCLEROEMBOLIZZAZIONE SECONDO TAUBER PER VARICOCELE: NOSTRA ESPERIENZA

D. Vecchio, M. Pastorello, R. Ballario

*Reparto di Urologia - Ospedale Sacro Cuore di Negrar - Verona*

#### INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Descrivere la nostra esperienza nel trattamen-

to del varicocele con la Sclerotizzazione secondo Tauber, valutandone efficacia e profilo di sicurezza.

#### MATERIALI E METODI

Da Febbraio 2002 a Febbraio 2009 sono stati sottoposti a tale metodica 239 pazienti affetti da varicocele sin. Fra essi, 49 (20.50%) con varicocele sin III°, 64 (26.77%) con varicocele sinistro II°, 71 (29.70 %) con varicocele sin I°, 55(23.01%) 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 75' nei primi 41 pazienti e da 15 a 35' nei successivi; in 4 (1.67%) 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 avuto 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 funiculiti (2.5%): fugaci e rapidamente regredite con breve terapia antiflogistica e antibiotica. Nei pazienti successivi, due lievi funiculiti ; 222(92.8%) 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 varicoceli di qualsiasi grado, i tempi operatori si abbassano significativamente dopo usuale curva di apprendimento, in mani esperte risulta efficace e sicura a fronte di una minima invasività e brevi tempi di recupero; consigliabile sempre la flebografia

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C 18

#### VARICOCELECTOMIA SUB-INGUINALE CON TECNICA MICROCHIRURGIA IN PAZIENTI IPO-FERTILI

R. Leonardi, A. Nicolosi, M. Debole, G. Carbone  
*Unità Funzionale di Urologia Clinica Baile Catania*

#### INTRODUZIONE

Il varicocele è la patologia più frequentemente associata nei pazienti affetti da ipofertilità. Abbiamo voluto verificare come un intervento di varicocelectomia sub-inguinale con tecnica microchirurgica possa migliorare la qualità del liquido seminale.

#### MATERIALI E METODI

Abbiamo sottoposto ad intervento chirurgico 250 pazienti venuti alla nostra osservazione per problemi di infertilità di coppia. Dei 250, 89 erano portatori di varicocele bilaterale, 120 presentavano un varicocele di III° Grado i rimanenti 130 mostravano un varicocele di II° Grado.

82 pazienti lamentavano una oligoasteno-teratozoospermia con numero di spermatozoi compresi tra 5 e 10 milioni per ml. 168 pazienti mostravano un'isolata asteno-teratozoospermia.

In tutti i pazienti erano stati esclusi concomitanti eventi flogistici .

L'età dei pazienti era compresa tra i 20 e i 35 anni.

I pazienti sono stati sottoposti a varicocelectomia sub-inguinale con dissezione microchirurgica delle vene funicolari in anestesia locale o loco-regionale. Nei bilaterali l'intervento è stato attuato contestualmente con incisione mediana sovrapubica. I pazienti sono stati in grado di lasciare la struttura da un'ora a quattro ore dopo l'intervento. La qualità del seme è stata valutata secondo un follow-up di sei mesi ed un anno dall'intervento. Il follow-up per recidiva è stato attuato con cadenza annuale fino a cinque anni dall'intervento.

#### RISULTATI

I pazienti operati non hanno lamentato complicanze nel post-operatorio ad eccezione di una modesta effusione ecchimotica in sede scrotale in 12 pazienti. Non abbiamo mai avuto casi di idrocele o di lesioni dell'arteria testicolare.

A cinque anni dall' intervento, abbiamo riscontrato una recidiva in 3 pazienti (1,2%). In tutti i pazienti operati abbiamo riscontrato un miglioramento nella qualità del seme in termini di aumento del numero degli spermatozoi e motilità nel follow-up ad un anno dall'intervento senza ausilio di terapia medica ancillare. Un miglioramento nella morfologia è stato riscontrato solo nei pazienti affetti da varicocele di III° grado ovvero nei varicoceli bilaterali.

CONCLUSIONI

L'intervento di varicocelectomia sub-inguinale con dissezione microchirurgica si è dimostrata una tecnica efficace gravata da poche complicanze. Il miglioramento della qualità del liquido seminale rilevata in tutti i pazienti è stata migliore nei pazienti con varicocele di II° grado e nei varicoceli bilaterali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 19  
SCLEROTERAPIA ANTEROGRADA SECONDO TAUBER VERSUS VARICOCELECTOMIA MICROCHIRURGICA SECONDO GOLDSTEIN: RISULTATI A CONFRONTO

A. Mahlknecht (1), S. Pilloni (2), C. Spitaler (3)  
1,2 Reparto di Urologia OC Franz Tappeiner – Merano (BZ)  
3 Laboratorio OC Franz Tappeiner – Merano (BZ)

INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

L'interruzione del reflusso venoso, principale meccanismo patofisiologico del varicocele, può essere raggiunto con tecniche chirurgiche di scleroterapia anterograda e retrograda, tecniche microscopiche, laparoscopiche e scleroembolizzazione. L' obiettivo del nostro studio è di mettere a confronto i risultati ottenuti con la microchirurgia e con la scleroterapia anterograda in termine di miglioramento qualitativo del liquido seminale.

MATERIALI E METODI

Presso il nostro Reparto di Urologia nel periodo dal 2002 al 2007, sono stati eseguiti 310 interventi di scleroterapia anterograda e 127 di chirurgia microscopica.

L' età media dei pazienti del primo gruppo è stata di 33.6 anni (21-48), mentre quella del secondo gruppo era di 31.2 anni (20-48.8). Per il trattamento chirurgico microscopico i pazienti erano affetti da varicocele di III grado, recidivi e /o persistenti e grave compromissione del liquido seminale; il restante gruppo è stato sottoposto a sclerotizzazione anterograda. L'esame del liquido seminale post operatorio è stato eseguito nel periodo 6-9 mesi e 12-36 mesi e sono stati valutati almeno due esami seminali.

RISULTATI

Dopo un periodo di 9 mesi in tutti e due i gruppi è stato osservato un miglioramento del numero e della motilità degli spermatozoi, mentre un miglioramento della morfologia era evidenziabile solo dopo 12 mesi dall' intervento. Confrontando le due tecniche è stata documentata una superiorità della tecnica microchirurgica; in particolare il numero degli spermatozoi migliorava del 68% rispetto al 55% della scleroterapia, la motilità del 71% rispetto al 61% e la morfologia del 65% contro il 55%.

INTERVENTO

NumeroMotilitàMorfologia

Microchirurgia

68%

71%

65%

Scleroterapia anterograda

55%

61%

55%

CONCLUSIONI

La varicocelectomia microchirurgica sembra pertanto essere superiore come terapia rispetto alla scleroterapia anterograda. Infatti abbiamo evidenziato un miglioramento, dopo 6 mesi della motilità e del numero degli spermatozoi in entrambe le metodiche, ma solo dopo 12 mesi post operatori si è osservato anche un miglioramento della morfologia. Tale risultato può pertanto spiegare il perché una gravidanza spontanea

si abbia infatti solo dopo almeno 12 mesi dall' intervento chirurgico. In conclusione, pertanto, si può affermare che lo spermioγραμμα possa essere realmente valutabile solo dopo 9-12 mesi dall'intervento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 20  
EFFICACIA DELLA CORREZIONE DEL VARICOCELE VOLUMINOSO IN SOGGETTI CON DISFUNZIONE ERETTILE DI ETÀ SUPERIORE A 40 ANNI. RISULTATI DI UNO STUDIO PILOTA  
G. Maio, S. Saraeb  
Casa di Cura Abano Terme - Abano Terme (PD)

INTRODUZIONE

Il varicocele è fonte nota di danno per la funzione spermatogenetica del testicolo meno documentato anche se probabile è il danno sulla sua funzione endocrina che si dovrebbe verificare più tardivamente. Per quanto ne sappiamo non ci sono studi che riportano i risultati della correzione del varicocele in soggetti con disfunzione erettile di età superiore a 40 anni. Obiettivo dello studio è verificare l'efficacia della correzione di un varicocele voluminoso in soggetti di età superiore a 40 anni con deficit erettivo.

MATERIALI E METODI

Dal gennaio 2006 al settembre 2008 38 pazienti affetti da varicocele voluminoso e con deficit erettivo di grado lieve moderato (IIEF15-FE >=15), di età compresa fra 40 e 60aa, sono stati sottoposti a correzione chirurgica mediante scleroembolizzazione anterograda. Nei 2 mesi precedenti l'intervento e circa 6 mesi dopo l'intervento venivano indagati la funzione erettiva ed il desiderio sessuale con questionario IIEF 15 (domini specifici), valutazione della confidenza nella propria erezione Q15 IIEF e dosaggio sierico del testosterone totale. L'analisi statistica è stata eseguita con software SPSS 15.0 (Chicago, IL, USA), le variabili sono state confrontate mediante il Wilcoxon test per variabili non continue o t paired test per variabili continue; è stata considerata statisticamente significativa una p< 0.05.

RISULTATI

Età media 50,7 +/-5,11 anni. L'IIEF 15 funzione erettiva (IIEF-FE) è risultato: 20,39 +/-2,38 (pre) 23,05 +/-3,39 (post) (p ,000). La Confidenza del paziente nella propria erezione (IIEF15-Q15) è risultata: 2,76 +/-0,43 pre, 3,26 +/-0,64 post (p ,000). Lo score riguardante il desiderio sessuale è risultato 5,97 +/-0,99 pre, 6,65 +/-1,32 post (p ,001). Un miglioramento di almeno 4 punti dello score IIEF-FE si è verificato nel 42,1% dei casi mentre una normalizzazione dello stesso si è verificata nel 26,3%. Il testosterone totale è risultato 4,40 +/-1,35ng/ml pre, 4,82 +/-0,98 post (p ,005).

CONCLUSIONI

Lo studio dimostra un evidente beneficio in termini sia di funzione erettiva che di desiderio sessuale dalla correzione di un varicocele voluminoso in soggetti con DE di età superiore a 40aa . La spiegazione di ciò sta a nostro avviso nel miglioramento della funzione endocrina delle gonadi confermata dall'aumento significativo del testosterone. Va considerato però che questa è un'esperienza pilota e necessita di conferme in studi randomizzati più numerosi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



## C 21 – C 25 INFERTILITA'

Sala Apollo 11/06 h. 13.15-14.45

### C 21

#### SINDROME DI KLINEFELTER NON ASSOCIATA A MOSAICISMO E ULTRAISTRUTTURA TESTICOLARE

R. Heyn<sup>1</sup>, M. Relucenti<sup>1</sup>, L. Petruzzello<sup>1</sup>, G. Franchitto<sup>1</sup>, A. Pastore<sup>2</sup>, G. Palleschi<sup>2</sup>, A. Carbone<sup>2</sup>, R. Rago<sup>3</sup>, V. Petrozza<sup>4</sup>, G. Familiari<sup>1</sup>.  
*Dip.di Anatomia Umana – Lab. di Microscopia Elettronica “P. M. Motta”- Università “Sapienza” Roma<sup>1</sup>*

*U.O.C. di Urologia – Ospedale di Terracina - Università “Sapienza” Polo Pontino<sup>2</sup>*

*U.O.D. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione – Osp. S. Maria Goretti – Latina<sup>3</sup>*

*U.O.C. Anatomia Patologica - Università “Sapienza” Polo Pontino <sup>4</sup>*

#### INTRODUZIONE E OBIETTIVI

La sindrome di Klinefelter è una condizione clinica generalmente associata ad azoospermia. Il cariotipo più diffuso è 47, XXY, ma è presente una variante con mosaicismo, di cui la forma 46, XY/47, XXY ha effetti meno severi sulla fertilità. Riportiamo il caso di un soggetto ologastenoteratozoospermico grave risultato affetto da varicocele e S. di Klinefelter non associata a mosaicismo in cui siamo andati a caratterizzare le modificazioni ultrastrutturali ed istopatologiche che si osservano nei vari compartimenti del testicolo.

#### MATERIALI E METODI

Il paziente è stato sottoposto ad intervento chirurgico di legatura della vena spermatica e sono stati prelevati alcuni frammenti biotici di entrambi i testicoli che sono stati inviati alla nostra osservazione per una valutazione Istopatologica ed Ultrastrutturale al M.E. I campioni testicolari sono stati tagliati e fissati sia in Bouin sia in aldeide glutarica 2% per eseguire le valutazioni istopatologica e ultrastrutturale. Le immagini delle sezioni semifini sono state processate con la funzione “photomerge” di Photoshop® Elements® 2.0 software (Adobe Systems, San José, CA). Le sezio-

ni ultrasottili sono state osservate con un microscopio elettronico a trasmissione Zeiss EM 10.

#### RISULTATI

All'esame istologico si osservavano sul lato sinistro numerosi cordoni seminiferi sclero-atrofici, contenenti rari spermatici e rarissimi spermatozoi (5-10) mentre lo stroma conteneva cellule di Leydig normali. Sul lato destro vi erano occasionali cordoni seminiferi valutabili (50%), assenza di spermatidi e di spermatozoi e iperplasia delle cellule di Leydig. A livello ultrastrutturale, in entrambe le gonadi, vi era una diffusa vacuolizzazione del citoplasma delle cellule germinali e marcata sclerosi della lamina propria; sul lato destro i cordoni erano fortemente ialinizzati. Risultava evidente il notevole deposito di fibre collagene, che occupavano gran parte degli spazi peritubulari e interstiziali, adottando particolari decorsi nelle vicinanze della membrana basale dei cordoni. Le cellule di Leydig presentavano un citoplasma ricco di organelli. I vasi sanguigni interstiziali avevano alterazioni fibro-sclerotiche della parete, talvolta fino a quasi occludere il lume.

#### CONCLUSIONI

Le cellule germinali di questo paziente si trovano in uno stato di sofferenza che comporterà sia la diffusa degenerazione germinale sia la generalizzata sclerosi vascolare, impedendo un normale dialogo molecolare tra i vari compartimenti testicolari. Se questa patologia viene diagnosticata precocemente, la crioconservazione del liquido seminale può rappresentare il gold standard al fine di preservare e salvaguardare la fertilità futura.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C 22

#### RECUPERO DI SPERMATOZOI MEDIANTE MICRO-TESE IN PAZIENTI CON SINDROME DI KLINEFELTER

L. Rolle<sup>1</sup>, M. Timpano<sup>1</sup>, C. Ceruti<sup>1</sup>, O. Sedigh<sup>1</sup>,

C. Negro<sup>1</sup>, E. Galletto<sup>1</sup>, A. Buffardi<sup>1</sup>, A. Revelli<sup>2</sup>, C. Racca<sup>2</sup>, D. Fontana<sup>1</sup>

*1. Divisione Universitaria di Urologia 2, Dir. Prof. D. Fontana - S.S.C.V.D. per l'Andrologia, Resp. Dott. L. Rolle - Ospedale Molinette, Torino*

*2. Centro Medicina della Riproduzione - Laboratorio FIVER, Resp. Prof. A. Revelli - O.I.R.M. - S. Anna, Torino*

#### INTRODUZIONE

La sindrome di Klinefelter è una patologia causata da una anomalia cromosomica, individuata nella presenza di un cromosoma in più nella coppia di cromosomi sessuali: il cariotipo più frequente è 47,XXY. Il quadro clinico è caratterizzato da insufficiente virilizzazione, elevata statura media, aumento delle gonadotropine plasmatiche, testicoli ipotrofici, azoospermia. Dal punto di vista istologico, è noto che questi testicoli presentano una scleroialinizzazione tubulare, sebbene possano essere presenti isole di focale spermatogenesi, che consentono il recupero di spermatozoi da impiegare in ICSI.

#### MATERIALI E METODI

Tra i 208 pazienti azoospermici sottoposti tra gennaio 2003 e febbraio 2009, a tentativo di recupero chirurgico di spermatozoi, 15 risultano essere affetti da sindrome di Klinefelter, tutti con cariotipo 46,XXY. Tutti i pazienti sono stati studiati preoperatoriamente con ecografia testicolare, assetto ormonale (FSH, LH e testosterone totale). Questi pazienti sono stati sottoposti in regime di day hospital ad esplorazione microchirurgica del testicolo, con tentativo di recupero di spermatozoi mediante micro-TeSE. I tubuli/frammenti testicolari recuperati sono stati accuratamente processati al micromanipolatore e gli spermatozoi eventualmente reperiti crioconservati.

#### RISULTATI

L'età media dei pazienti è di 35 anni (range 29-54). L'FSH medio è di 38 UI/L (range 18-50 UI/L). Il volume testicolare medio è di 3 mL (range 1-5 mL). Sono stati recuperati spermatozoi in 5 dei 15 pazienti considerati (30%), che sono stati crioconservati. Si è trattato per lo più di spermatozoi di classe C e D; 1 paziente presentava pochi spermatozoi di classe B. L'FSH medio, il volume

testicolare medio e l'età media in questi pazienti è rispettivamente di 23 UI/L, 4 mL e di 31 anni, a fronte di un valori medi rispettivamente di 30.5 UI/L, 3.3 mL e di 38 anni del gruppo con recupero infruttuoso. Nessuna complicanza è stata registrata ad un follow up medio di 23 mesi (range 1-52 mesi).

Ad oggi, 1 paziente soltanto ha utilizzato gli spermatozoi per una ICSI, senza successo.

#### CONCLUSIONI

Considerando che nella nostra casistica il rate di recupero di spermatozoi è positivo in 1 paziente su 5, con tasso di complicanze nullo, riteniamo assolutamente opportuno proporre un'esplorazione microchirurgica del testicolo con tentativo di recupero di spermatozoi mediante micro-TeSE anche a pazienti con sindrome di Klinefelter con testicoli gravemente ipotrofici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C 23

#### DATI PRELIMINARI SULLA RIDUZIONE DELLE ANEUPLOIDIE SPERMATICHE DI PAZIENTI CON OLIGOASTENOTERATOSPERMIA IDIOPATICA GRAVE E RISULTATI ICSI

G. Cavallini<sup>1</sup>, M.C. Magli<sup>2</sup>, A. Crippa<sup>2</sup>, A.P. Ferraretti<sup>3</sup>, L. Gianaroli<sup>3</sup>

*1)Unità Operativa di Andrologia – Società Italiana di Medicina della Riproduzione. (SISMER);*

*2)Laboratorio di Riproduzione Assistita, SISMER;*

*3)Unità Operativa di Riproduzione Assistita, SISMER;*

#### SCOPO

Valutare se una terapia medica può migliorare la percentuale di spermatozoi aneuploidi ed i risultati di iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI) in soggetti con oligoastenoteratospermia idiopatica grave (siOAT).

#### METODI

Sono state studiate prospettivamente 28 coppie infertili, siOAT ed almeno una precedente ICSI (media 1.8, range 1-7) fallita: età maschi 39.4 ± 4.7 anni, età femmine 36.2 ± 2.4 anni. Assenti fattori evidenti di infertilità femminile. I maschi hanno assunto per 3 mesi: L-Carnitina (LC) 1x2 g/die +

acetil-L-carnitina (ALC) 500x2 mg/die + (P) Piroxicam 30 mg 1 supposta ogni 4 giorni. Le coppie sono state quindi sottoposte a ICSI. Variabili maschili misurate prima e dopo terapia: concentrazione, motilità (Classe A WHO) e morfologia spermatica (parametri ristretti) e percentuale di spermatozoi aneuploidi.

L'aneuploidia è stata valutata con ibridazione in situ a fluorescenza (FISH) sui cromosomi X, Y, 13, 15, 16, 17, 18, 21 e 22. Variabili femminili valutate: numero di ovociti raccolti, di ovociti iniettati, di ovociti fertilizzati, di embrioni trasferiti, di gravidanze cliniche, di aborti e di bambini nati vivi. Sono stati valutati gli effetti collaterali. L'analisi statistica è stata eseguita con ANOVA o chi2.

### RISULTATI

Sono stati eseguiti 31 cicli dopo terapia. La concentrazione spermatica (pre-terapia [prt]  $1.2 \times 10^6 \pm 0.8 \times 10^6$  vs. post-terapia [pot]  $1.1 \times 10^6 \pm 0.7 \times 10^6$ ), la motilità (prt:  $5.1\% \pm 2.1\%$  vs. pot:  $6.1\% \pm 2.3\%$ ) and la morfologia (prt. =  $3\% \pm 0.7\%$  vs. pot  $2.9\% \pm 0.6\%$ ) non si sono modificate. Prima di terapia sono stati raccolti 196 ovociti, 99 sono stati iniettati, 59 fertilizzati; sono stati trasferiti 36 embrioni e non vi è stata alcuna gravidanza. Dopo terapia sono stati raccolti 204 ovociti (p non significativo [ns]), 93 ovociti sono stati iniettati (p ns), 52 ovociti sono stati fertilizzati (p ns) e sono stati trasferiti 44 embrioni (p ns); si sono ottenute 10 gravidanze cliniche (p<0.01), 2 aborti (p ns), 8 nati vivi (p<0.01). 19 pazienti hanno migliorato l'aneuploidia hanno eseguito 22 cicli, ottenuto 9 gravidanze, 2 aborti e 7 nati vivi. 9 pazienti non hanno migliorato l'aneuploidia, ed hanno ottenuto 1 gravidanza (p<0.05) and 1 nato vivo (p n.s.). Assenti gli effetti collaterali.

### CONCLUSIONI

Si ipotizza che la percentuale di spermatozoi aneuploidi di siOAT migliora con LC+ALC+P. Tale miglioramento potrebbe essere associato ad un miglioramento dei risultati ICSI ma non dei parametri spermatici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C 24

#### INFLUENZA DELLA COMPOSIZIONE IN ACIDI GRASSI DELLA MEMBRANA SPERMATICA SULLA MOTILITA' SPERMATICA PRIMA E DOPO CAPACITAZIONE

C. Stoppani\*, L. Crisol<sup>^</sup>, A. Expósito<sup>^</sup>, Roberto Matorras<sup>^</sup>, J.I. Ruiz-Sanz<sup>^</sup>, G. Bonanni\*

\* *Endocrinologia-Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - Università di Padova*

<sup>^</sup> *Unidad de Reproduccion Humana- Hospital de Cruces- Bilbao- Spain*

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Il fattore maschile è causa di circa il 50% di infertilità di coppia. Nel processo di fecondazione sono implicati molti fattori, e tra questi un ruolo chiave è rappresentato da una normale composizione, struttura e fluidità della membrana nemaspermica.

Scopo dello studio è valutare la relazione tra la motilità e la composizione in acidi grassi della membrana degli spermatozoi prima e dopo capacitazione in vitro.

#### MATERIALI E METODI

Sono stati esaminati 50 campioni seminali di soggetti con infertilità da almeno 12 mesi con esame standard del liquido seminale (WHO) e dopo capacitazione. I soggetti sono stati suddivisi in due gruppi sulla base della percentuale di forme mobili di primo grado: gruppo I (n=25) < 40% e gruppo II (n=25) > al 40 %.

In tutti i campioni sono stati determinati mediante gas-cromatografia gli acidi grassi saturi (SFA), monoinsaturi (MUFA) e polinsaturi (PUFA), in particolare l'acido docosaesaenoico (DHA)

#### RISULTATI

Il contenuto di PUFA non ha mostrato differenze significative tra i due gruppi. Gli spermatozoi del Gruppo II hanno mostrato livelli significativamente più elevati di SFA (44,89% in Gruppo II e 47,34 in Gruppo I, p<0.05) e livelli significativamente ridotti di MUFA rispetto al Gruppo I (21,57% e 25,62 rispettivamente, p < 0,05). Esiste una correlazione negativa tra concentrazione di SFA e motilità progressiva prima della capacitazione (r = -0,353, p<0.05) e una correlazione positiva tra i MUFA e gli spermatozoi immobili (r = 0,394, p<0.01).

Dopo la capacitazione gli SFA, i PUFA e il DHA del Gruppo II sono risultati significativamente ridotti rispetto al gruppo I (rispettivamente 32,29%, 19,65 %, 9,06 nel Gruppo II e 36,44%, 25,56 e 14,22% nel Gruppo I, p < 0.05), mentre i MUFA sono significativamente più elevati nel Gruppo II (rispettivamente 48,08 e 37,99, p < 0.05). Esiste una correlazione positiva tra il livello di insaturazione e la motilità (r=0,297, p<0.05), in particolare con il DHA (r= 0,318, p<0.05).

#### CONCLUSIONI

Il nostro studio mostra che esiste una significativa correlazione tra composizione in acidi grassi della membrana nemaspermica e la motilità degli spermatozoi sia in condizioni basali che dopo capacitazione; in particolare, ad un aumento dei PUFA, soprattutto del DHA, contribuisce ad una maggior motilità spermatica e probabilmente ad un maggior successo di fertilizzazione degli spermatozoi capacitati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C 25

#### EFFETTI TERAPEUTICI DI UN COMPLESSO ANTIOSSIDANTE (CONTENENTE ASTAXANTINA), SUL QUADRO SPERMATICO E DOPO SWIM-UP, IN PAZIENTI INFERTILI CON OAT E MARCATO PRESENZA DI DETRITI CELLULARI

S. La Vignera<sup>1</sup>, G. Lapira<sup>2</sup>, F. Mastroeni<sup>3</sup>, D. Di Trapani<sup>4</sup>, F. Montalto<sup>5</sup>, E.S. Vicari<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>UOC Andrologia ed Endocrinologia della Riproduzione, Osp. Garibaldi-Centro, Catania (Dip. Scienze Biomediche, Università di Catania); <sup>2</sup>UO Urologia, Osp. Umberto I, Siracusa; <sup>3</sup>UO Urologia, Osp. Papardo, Messina; <sup>4</sup>UO Urologia, Osp. Buccheri La Ferla, Palermo, <sup>5</sup>Responsabile M.R.A., Agrigento

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

La presenza di contaminanti spermatici (leucociti, detriti, microorganismi) oltre ad innescare processi patogenetici (post-infiammatori; stress ossidativo) tra spermatozoi e microambiente biochimico (delle ghiandole sessuali accessorie maschili) che causano infertilità da "fattore maschile", è pur sempre un fattore-limitante nei pazienti (pzt), candidati a PMA per effetto di quadro spermatico subottimale anche

dopo terapia (antibiotici, FANS). In particolare, in pptt candidabili ad AIH, con OAT lieve-moderata ma persistente presenza di una marcata componente di detriti cellulari, la preparazione del campione spermatico per swim-up comporta un recupero di spermatozoi gravato da effetti negativi, in quanto gli spermatozoi pellettati venendo a stretto contatto con tali contaminanti iperproducono ROS, con eventi negativi a cascata su funzione spermatica e motilità. In questo studio, abbiamo analizzato gli effetti di una terapia con un complesso antiossidante (CAO) su quadro spermatico, detriti, e recupero nemaspermico dopo swim-up.

#### MATERIALI E METODI

Un gruppo selezionato di 24 pptt (età 34-44 anni) infertili, OAT secondaria a pregressa prostatite-vesciculite (n=16), prostatite-vesciculo-epididimite (n=8) microbica, con quadro spermatico e swim-up (previo trattamento di 1 ml di campione, dopo 1h in BWV medium, a 37°C) subottimali anche dopo eradicazione batterica, furono rivalutati dopo terapia (2 cp/die x 3 mesi) con CAO (astaxantina, pine bark extract, maca andina, vit. A-C-E, coQ10, Zn, Se).

#### RISULTATI

Pre-terapia CAO: densità (D) =  $11 \times 10^6$  /ml (range 7-16), mot. progr (Mp) 9% (range 5-18), f. normali 16% (range 14-20), leucociti (L)  $1.0 \times 10^6$ /ml (range 0.6-1.1), detriti (grado 2 nel 37.5% dei casi; grado 3 nel 62.5%); spermatozoi recuperati dopo swim-up =  $0.6 \times 10^6$ /ml (range 0.2-1.3), con Mp del 40% (30-55%). Post-terapia CAO: mentre D, morfologia, e L non subirono modifiche significative, si registrarono le seguenti differenze significative (p<0.05): Mp 15% (range 9-27); detriti assenti (grado 0 nel 75% dei casi) o scarsi (grado 1, nel 25%); spermatozoi recuperati dopo swim-up=  $1.8 \times 10^6$ /ml (range 1.4-3.6), con Mp del 62% (50-75%).

#### CONCLUSIONI

La rimozione di detriti cellulari, il miglioramento della Mp e del recupero nemaspermico dopo swim-up, secondari a più effetti antiossidanti, si possono attribuire anche ad un'incisiva azione su meccanismi di clearance di detriti cellulari immuno-indipendenti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



## C 26 – C 31

### DISFUNZIONE ERETTILE

Sala Giove 11/06 h. 13.15-14.45

#### C 26

#### LA DISFUNZIONE ENDOTELIALE PRECOCE COME MARCATORE DI DISFUNZIONE ERETTIVA VASCULOGENICA IN GIOVANI FUMATORI ABITUALI DI CANNABIS

D. Francomano, R. Bruzziches, M. Pili, E. A. Greco\*, A. Aversa, G. Spera  
Cattedra di Medicina Interna, Dipartimento Fisiopatologia Medica, Sapienza Università di Roma, \* Istituto Clinico Riabilitativo Villa delle Querce, Nemi - Roma

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Valutare se la disfunzione di endoteliale è una marcatore di disfunzione erettiva (DE) in giovani soggetti che fanno uso ricreazionale di “droghe leggere”.

#### MATERIALI E METODI

Sono stati inclusi 64 uomini con DE da almeno 3 mesi. A tutti i pazienti è stata eseguita un'anamnesi particolareggiata sull'abuso ricreativo di droghe, ed ad ognuno di essi è stato sottoposto a color doppler penieno dinamico (PDU). Secondo la risposta ottenuta al PDU, si è utilizzato come cut-off una velocità di picco sistolico (PSV) pari a 35 cm/s che ha così identificato due gruppi: deficit erettivo organico (O-DE; n=30) e non-organico (NO-DE; n=34). A tutti i pazienti ed altri 7 soggetti sani, età-correlati (controlli), è stata effettuata pletismografia veno-occlusiva (VOP) per la valutazione della dilatazione endotelio-dipendente delle arterie brachiali. Inoltre abbiamo valutato i seguenti parametri: la pressione arteriosa, il testosterone totale, la prolattina, l'estradiolo, il colesterolo, le lipoproteine a bassa ed alta densità; inoltre a tutti i pazienti è stata calcolata la resistenza insulinica attraverso l'indice dell'HOMA-IR.

#### RISULTATI

Il fumo di cannabis è risultato più frequente nel gruppo O-DE vs. NO-DE (78% vs 3%,  $P < 0.001$ ) in assenza di fattori di rischio concomitanti o comorbidità per DE. La VOP ha rivelato una ridotta vaso-

dilatazione endotelio-dipendente nei soggetti O-DE ma non nei soggetti NO-DE e nei controlli ( $12 \pm 6$  vs  $32 \pm 4$  and  $34 \pm 5$  ml min<sup>-1</sup>, rispettivamente;  $P=0.003$ ). Tutti i pazienti hanno mostrato una relazione diretta tra HOMA-IR e PSV ( $r^2=0.47$ ,  $P < 0.0001$ ) che si è mantenuta negli uomini con DE organico ( $r^2=0.62$ ,  $P < 0.0001$ ). Inoltre, nei consumatori abituali di cannabis, si è riscontrata una relazione diretta tra HOMA-IR e VOP ( $r^2=0.74$ ,  $P < 0.0001$ ). L'analisi delle curve ROC ha rivelato che valori di VOP al di sotto di 17.22 min di ml<sup>-1</sup> sono predittivi di DE vasculogenica.

#### CONCLUSIONI

Un danno endoteliale precoce può essere indotto dall'uso cronico di canapa (e pertanto dell'attivazione del sistema degli endocannabinoidi); la resistenza insulinica può essere il segnale biochimico di disfunzione endoteliale precoce e può concorrere a determinare DE di origine vascolare in assenza di obesità. Sono necessari ulteriori studi per stabilire la diretta relazione tra l'abuso di canapa, la resistenza insulinica e lo sviluppo di DE vasculogenica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### C 27

#### ELEVATI LIVELLI CIRCOLANTI DI MICROPARTICELLE DI DERIVAZIONE ENDOTELIALE (EMP) POSITIVE PER VE CADERINA IN PAZIENTI DIABETICI CON AUMENTATO SPESSORE MEDIO INTIMALE (IMT) DELLE AA CAVERNose

S. La Vignera, R. Condorelli, E.S. Vicari  
U.O.C. Andrologia ed Endocrinologia - Ospedale Garibaldi (centro) - Università degli Studi di Catania

#### INTRODUZIONE E SCOPO

Le microparticelle circolanti di derivazione endoteliale (EMP) rappresentano subfrazioni membranarie rilasciate dalla cellula in seguito ad attivazione o apoptosi. Si tratta di una popolazione molto eterogenea per origine cellulare, numero,

grandezza, composizione antigenica e proprietà funzionali. Nel circolo ematico svolgono un ruolo pro-coagulativo innescato dalla esternalizzazione della fosfatidilserina, in seguito alla perdita di simmetria conformazionale di membrana, elemento chiave per la generazione a valle di trombina. Abbiamo scelto di utilizzare l'immunofenotipo CD45neg/CD34neg/CD144pos, in quanto nell'insieme caratterizza un pool di EMP con proprietà giunzionali (CD144, o caderina vascolare endoteliale VE-Cadherin, esprime la comparsa di funzione giunzionale endoteliale finale).

#### MATERIALI E METODI

Un gruppo di 44 pazienti diabetici (età media 58, range 46 - 60) selezionati consecutivamente per evidenza strumentale (ECD penieno dinamico dopo FIC di 20 µg di PGE1) di deficit erettile (DE) su base vascolare arteriosa (PSV  $< 30$  cm/sec): in base allo spessore medio intinale (IMT) rilevato dopo PGE1, di entrambi le aa cavernose, 18 di essi esibirono IMT  $> 0.5$  mm (gruppo A), negli altri 24 pazienti venne rilevato IMT  $< 0.3$  mm (gruppo B). La determinazione delle EMP è stata condotta su 100 µl di sangue periferico in eparina sodica incubati con un pannello (10 µl) di anticorpi monoclonali (anti CD45, CD34, CD144) marcati rispettivamente con ECD (R-Ficoeritrina legata covalentemente al Texas Red), FITC (Isotiocianato di Fluoresceina) e PE (R-Ficoeritrina), per 20' a T ambiente. EMP sono state definite se CD45neg/CD34neg/CD144pos.

#### RISULTATI

I pazienti diabetici con DE del gruppo A fecero registrare una percentuale di EMP significativamente ( $p < 0.05$ ) più alta ( $1.4 \pm 0.6\%$ ) rispetto a quella ( $0.3 \pm 0.4\%$ ) dei diabetici con DE del gruppo B (IMT  $< 0.3$  mm).

#### CONCLUSIONI

La scelta dell'immunofenotipo proposto migliora in termini di specificità antigenica quella adottata da altri autori (es. PECAM), in quanto VE-Caderina esprime un'esclusiva derivazione endoteliale. La stessa positività per Annessina V potrebbe originare da diversi gruppi cellulari. Pertanto le EMP, andrebbero considerate, quale valido marcatore precoce di disfunzione endoteliale. Al contempo la valutazione ecografica del

IMT nelle aa cavernose si rivela prezioso parametro morfologico di riferimento nella comprensione dei quadri di arteriopatia distale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### C 28

#### L'ATHEROGENIC METABOLIC TRIAD COME MARKERS DI DISFUNZIONE ERETTILE: STUDIO PRELIMINARE

G. Sidoti, C. Crisafulli, M. Zammataro, C. Battiato\*, S. La Vignera\*, E.S. Vicari\*  
Centro per la Prevenzione, Diagnosi e Terapia per le Complicanze dell'Obesità - Medicina Interna per il DEA - AORNAS "Garibaldi - CATANIA  
\* UOC di Andrologia - Università degli studi di Catania

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

La presenza di una circonferenza vita (CV)  $> 90$  cm, espressione di obesità viscerale, e di trigliceridemia a digiuno (TD)  $> 170$  mg/dl è stata definita nel "Québec Cardiovascular Study" come "Hypertriglyceridemic Waist" (HW) ossia la manifestazione fenotipica della sindrome metabolica. L'HW è marker riconosciuto della "Atherogenic Metabolic Triad" (AMT) costituita da iperinsulinemia, espressione di insulino-resistenza (IR) e indicatore di rischio cardio-metabolico ed iperapolipoproteinemica B, proteina di trasporto di VLDL e soprattutto di LDL che recenti dati di letteratura individuano nella forma ossidata come una delle cause di Disfunzione Endoteliale (ED) e di aterosclerosi. Lo studio ha evidenziato come la presenza di AMT aumentava il rischio di malattia coronarica (CHD) di circa 5 volte rispetto ai fattori di rischio tradizionali (elevate LDL e trigliceridi, basse HDL). Scopo del lavoro: Essendo noto come la Disfunzione Erettile (DE) condivide con la CHD analoghi momenti eziopatogenetici, rappresentati dalla ED, abbiamo valutato l'eventuale correlazione tra DE ed AMT.

#### MATERIALI E METODI

La casistica di 129 obesi è stata valutata per età, BMI, CV, IIEF-5 per la DE, HOMA IR per l'IR, assetto lipidico, Iperensione e Microalbuminuria (M). Successivamente è stata suddivisa in 2 gruppi: A con AMT e B senza. I dati sono stati correlati con il T Test di Student.



**RISULTATI**

Il gruppo A aveva una prevalenza di DE del 43,8 % vs 37,0 ed il confronto tra le medie dei punteggi IIEF-V era statisticamente significativo ( $p=0.033$ ). Anche l'insulinemia, l'HoMa IR, la trigliceridemia e la glicemia erano statisticamente significativi. Nel gruppo A, la presenza di "M" era del 37,5 % contro l'11,1 % del gruppo B. Suddividendo ulteriormente la popolazione in 2 gruppi, "DE sì" e "DE no", la presenza di AMT era rispettivamente del 41,2% vs 34,7 e nessuno dei fattori analizzati era statisticamente significativo, La Microalbuminuria era nel gruppo "DE sì" del 35,3 % vs l'11,6.

**CONCLUSIONI**

I nostri dati suggeriscono che la presenza di AMT sembra correlare con la DE analogamente a quanto noto per la CHD. La "M" in questa categoria di soggetti potrebbe essere utilizzata come marker di ED e di conseguenza delle patologie cardiovascolari. La semplice misurazione della CV ed il dosaggio della TD, indicatori di AMT, ci potrebbero aiutare nella pratica clinica ad individuare ed eventualmente a porre le basi per stratificare il rischio di DE e di CHD.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 29****VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE FRA DISFUNZIONE ERETTILE E DOSE RICEVUTA AL BULBO PENIENO IN PAZIENTI CON TUMORE DELLA PROSTATA TRATTATI CON RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE (3D-CRT)**

\*A. Magli, °G. De Giorgi, §M. Crespi, \*A.M. Signor, °S. Crivellaro, °B. Frea, \*S. Fongione  
*Dipartimento di \*Radioterapia Oncologica, §Dipartimento di Fisica sanitaria, °Dipartimento di Urologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia, Udine*

**INTRODUZIONE**

La disfunzione erettile (DE) dopo radioterapia viene riportata in percentuali variabili dal 6% al 84%. In letteratura non vi sono pareri univoci riguardo al meccanismo eziopatogenetico della Radiation Induced Erectile Dysfunction (RIED). Non vi è peraltro concordanza nel considerare come surrogato della RIED la relazione dose-volume al bulbo

penieno, dato il ruolo limitato di quest'ultimo nel meccanismo dell'erezione.

Obiettivo: valutare il rapporto tra la funzione erettile e la dose di radiazioni erogate al bulbo penieno in pazienti sessualmente attivi, sottoposti a 3D-CRT come terapia esclusiva per carcinoma della prostata.

**METODI**

Dall'ottobre 2006 all'ottobre 2007, 57 pazienti affetti da carcinoma prostatico ed avviati ad un programma di radioterapia, sono stati valutati mediante l'International Index of Erectile Dysfunction (IIEF-5): 19 pazienti riportavano una normale potenza sessuale prima della 3D-CRT. Ogni paziente ha completato il questionario, alla visita iniziale di consultazione ed a ogni visita semestrale di follow-up. Tutti i pazienti hanno ricevuto 3D CRT con fotoni X da 10MV di energia mediante 4 - 5 contributi di dose, (dose media 74.1Gy, range 72-76Gy). Sulla base dei dati dopo 24 mesi di follow-up i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: pazienti che mantengono la potenza sessuale ed impotenti. Sono stati quindi elaborati e confrontati gli istogrammi dose-volume per il bulbo penieno. Per l'analisi statistica, abbiamo utilizzato il test di Wilcoxon per due campioni di prova.

**RISULTATI**

Tutti i 19 pazienti hanno riportato una riduzione della potenza sessuale con la 3D-CRT; 10 sono comunque rimasti potenti, e 9 sono risultati impotenti a 2 anni. La media della dose ricevuta al bulbo penieno per il gruppo dei pazienti potenti è stata di 45Gy (SD14.5) rispetto ai 66Gy (DS 6,4) del gruppo dei pazienti impotenti. Infine i pazienti che ricevono una dose < a 50Gy al 90% del bulbo penieno sembrano avere una maggiore probabilità di mantenere la potenza sessuale a 2 anni ( $p = <0,005$ ) con una sensibilità del 78% e una specificità del 90%. Il valore predittivo positivo è risultato dell'88% e il valore predittivo negativo del 82%.

**CONCLUSIONI**

I nostri dati, concordano con altri studi presenti in letteratura sulla relazione fra l'istogramma dose-volume al bulbo penieno e l'impotenza radioindotta.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 30****EFFETTO SINERGICO DELL'ATTIVITA' SPORTIVA CON GLI INIBITORI PDE-5 NELLA TERAPIA DELLA DISFUNZIONE ERETTILE. RISULTATI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO**

G. Maio, S. Saraeb

*Casa di Cura Abano Terme - Abano terme (PD)*

**INTRODUZIONE**

L'attività sportiva è risultata in numerosi studi fattore protettivo della funzione erettile. Non ci risultano studi in letteratura sul suo potenziale ruolo terapeutico. In questo studio vogliamo verificare appunto il suo potenziale ruolo terapeutico.

**MATERIALI E METODI**

60 pazienti affetti da DE (giugno 07 - settembre 08) sono stati randomizzati per trattamento con inibitore PDE-5 (gruppo A) vs inibitore PD-E5 + attività sportiva aerobica, regolare, almeno 3 ore alla settimana (gruppo B).

L'attività sportiva, veniva semplicemente consigliata (gr. A) o fortemente raccomandata (gr. B) e registrata con diario settimanale. I pazienti sono stati valutati prima del trattamento e dopo 3 mesi di trattamento mediante questionario IIEF-15 + testosterone totale.

L'analisi statistica è stata eseguita con software SPSS 15.0 (Chicago, IL, USA): Chi-quadro e Mann-Whitney test per l'analisi univariata, regressione logistica stepwise per l'analisi multivariata.

**RISULTATI**

Età simile nei 2 gruppi (50,3 vs 50,8aa) e così anche il BMI (27,1 vs 26,8) ed il fumo; l'ipertensione più frequente nel gruppo A (50% vs 22%) ed il diabete nel gruppo B (7% vs 29%). I farmaci usati sono stati simili nei 2 gruppi. L'attività fisica media 0,43 vs 3,40 ore/sett. 2 pazienti nel gruppo A e 3 nel gruppo B non hanno completato lo studio.

Prima della terapia non erano presenti differenze statisticamente significative tra i 2 gruppi per il testosterone tot. e tutti i domini dell'IIEF-15: funzione erettile 14,5 vs 15,8; confidenza (Q15) 2,1 vs 2,3; desiderio 4,9 vs 5,2; eiaculazione ed orgasmo 5,5 vs 5,8; soddisfazione nel rapporto 7,9 vs 8,5; soddisfazione complessiva 4,7 vs 5,4.

Dopo la terapia tutti i domini dell'IIEF-15 ad eccezione dell'eiaculazione e l'orgasmo sono risultati

significativamente migliori nel gruppo che svolgeva attività fisica: funzione erettile 24,7 vs 26,8 ( $p,003$ ); confidenza (Q15) 3,53 vs 4,07 ( $p,006$ ); desiderio 6,46 vs 7,18 ( $p,028$ ); soddisfazione nel rapporto 9,85 vs 11,25 ( $p,001$ ); soddisfazione complessiva 7,17 vs 8,07 ( $p,009$ ); anche il testosterone totale è stato significativamente più alto nel gruppo B. L'attività sportiva è risultata unica variabile indipendente per soddisfazione sessuale all'analisi multivariata.

**CONCLUSIONI**

In questo studio l'attività sportiva aerobica regolare è risultata avere un ruolo sinergico con gli inibitori delle PDE-5 nel trattamento della DE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 31****EVITARE CHE IL PAZIENTE IN TERAPIA CON INIBITORI DELLA PDE5 NON TORNI ALLA VISITA DI CONTROLLO E/O INTERROMPA LA TERAPIA. STUDIO "LAPSED 2". OBIETTIVO RAGGIUNTO!**

P. Turchi°, G. Pomara\*\*, A. Papini°, S. Simi°, G. Morelli \*

*Dipartimento di Chirurgia, \*Clinica Urologica, Università di Pisa, UO Urologia AOUP S. Chiara di Pisa\*\*, Azienda USL 4 di Prato, Servizio di Andrologia°, Azienda USL 8 di Arezzo, Servizio di Andrologia°°*

**INTRODUZIONE**

Le percentuali di discontinuazione dalla terapia con inibitori delle fosfodiesterasi 5 variano in letteratura dal 7% fino quasi al 50%. In un precedente studio abbiamo registrato, su 268 pazienti, un drop out del 37.3% con un 65% di pazienti che realmente interrompevano la terapia, ed un 35% che, pur non tornando a controllo, continuavano il farmaco prescritto. Obiettivo di questo studio prospettivo è stato quello di definire il modello di comportamento prescrittivo ideale al fine di evitare che il paziente in terapia con inibitori della PDE5 non torni alla visita di controllo e/o interrompa la terapia.

**MATERIALI E METODI**

Gruppo di studio: Uomini tra i 25 e i 65 anni con DE mai trattati con PDE-5-I. Accurata informazione

sulle modalità di assunzione del farmaco, sui risultati attesi e sui possibili effetti collaterali. Lettera per il medico curante in cui veniva sottolineata l'importanza del follow up. Visite di controllo a 1 e 4 mesi. I pazienti che non si ripresentavano venivano contattati telefonicamente. Gruppo di controllo: 268 uomini, studiati nel precedente studio (Lapsed 1). Differenze statistiche sono state considerate significative per valori di  $p < 0.05$ .

RISULTATI

Sono stati inclusi 202 pazienti (età media 55.3 aa), IIEF5-score medio 14.1. Si sono presentati alla prima visita di follow up dopo 1 mese di terapia 193 pazienti (95,5%). A 4 mesi dall'inizio della terapia si sono presentati in 181 pazienti (89.6%) pari a un drop out a 4 mesi del 10.4%, di questi: responders alla terapia il 79.6%. Costi elevati, effetti collaterali, assenza di interesse, insoddisfazione dei risultati, i motivi principali dell'interruzione della terapia. Il confronto tra i drop out del Lapsed 1 (37.3%) rispetto a quelli del Lapsed 2 (10.4%), sottolinea il primo importante risultato dello studio ( $p < 0,001$ ). La percentuale di discontinuazione si è ridotta dal 24.2% (Lapsed 1) al 7.4% del Lapsed 2 (presente studio) ( $p < 0.001$  vs Lapsed 1) nell'ambito dei pazienti drop out e 10.9% nell'intero campione studiato. Gli effetti collaterali variano in letteratura dal 10 al 18%, in questo studio tale percentuale è risultata del 4.8%.

CONCLUSIONI

I risultati a 4 mesi sottolineano l'importanza della comunicazione con il paziente e con il medico di famiglia. Da sole queste due attenzioni riducono i lapsed follow up patients dal 37.31% al 10.4% e i lapsed pde5-I patients dal 24.2% al 10.9% (7.4% dei drop out).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C 32 – C 37  
PROSTATA E SESSUALITA'  
Sala Laocoonte 11/06 h. 13.15-14.45

C 32  
SCREENING DEL CARCINOMA PROSTATICO  
E DELL'AGING MASCHILE SU CAMPIONE DI  
UNA SINGOLA COMUNITA' MONTANA  
F. Abate, P. Butera, S. Cimino, A. Ingrassia, A. Paradiso, G. Salvia  
A.USL 3 – Catania – P.O. “Castiglione – Prestianni” di Bronte (CT) – U.O.C. di Urologia

INTRODUZIONE ED OBIETTIVI  
Nel Febbraio del 2008 è stato condotto nel Comune di Bronte (CT) uno screening del carcinoma prostatico rivolto a soggetti volontari di età superiore ai 50 anni. Lo studio, nato come service del Lions Club Adrano – Bronte – Biancavilla e condotto con l'adesione dell'Amministrazione comunale di Bronte e dell'AUSL 3 di Catania, aveva sede presso l'U.O.C. di Urologia del locale Ospedale “Castiglione – Prestianni” e si avvaleva, per le analisi di laboratorio, della collaborazione del Laboratorio di Analisi Cliniche del dott. G. Schilirò di Bronte.

MATERIALI E METODI  
Il disegno dello studio prevedeva la determinazione del PSA libero e totale e del testosterone sui cittadini brontesi di età superiore a 50 anni che volessero aderire volontariamente per tutto il mese di Febbraio 2008, ed in seguito la visita medica uro-andrologica preceduta da un'accurata anamnesi generale e più

in particolare sui disturbi urinari e della sfera sessuale. Quei pazienti infine che avrebbero presentato aumento dei valori di PSA e/o reperti dubbi all'esplorazione rettale sarebbero stati avviati ad esami più specifici (ecografia transrettale e mapping biottico della prostata) e comunque ad una stretta sorveglianza nel tempo. Hanno aderito allo studio 174 cittadini brontesi, anche se di essi ne sono stati valutabili 163 in quanto 11 hanno fatto gli esami di laboratorio ma non si sono poi presentati all'esame clinico. Tutti i pazienti sono stati informati sulle finalità dello studio e sul razionale di esso, con ampie notizie sull'incidenza del carcinoma prostatico, sulla eventuale familiarità, sul valore del PSA e sulla sua attendibilità, sulle eventuali opzioni terapeutiche. I 163 pazienti avevano un'età compresa fra i 51 e gli 85 anni, sono stati suddivisi per decenni, e alle quattro decenni sono stati riferiti i risultati degli esami di laboratorio, i dati anamnestici ed infine l'obiettività clinica.

RISULTATI  
Riassumendo i dati deponenti per una possibile patologia:  
  
Rischio di tumore prostatico in relazione al livello di PSA  
PSA compreso tra 2 e 4 ng/ml 20 %  
PSA compreso tra 4 e 10 ng/ml 40 %  
PSA superiore a 10 ng/ml 65 %

Tabella 1: dati potenzialmente patologici

Esame // Età	50/59	60/69	70/79	>80
PSA > 4	6/48 (12,5%)	10/66 (15,15%)	5/38 (13,15%)	1/11 (9,1%)
Ratio < 18%	9/48 (18,75%)	7/66 (10,6%)	4/38(10,5%)	//
Test. < 3	3/48 (6,25%)	3/66 (4,5%)	3/38 (7,9%)	1/11 (9,1%)
DE	11/48 (22,9%)	20/66 (30%)	24/38 (63,15%)	6/11 (54,5%)

Tabella 2: tavola riassuntiva

Età // Esame	PSA > 4	Ratio PSA < 18%	Test.< 3	DE
50/59	6	9	3	11
60/69	10	7	3	20
70/79	5	4	3	24
> 80	1	//	1	6
Totale	22 (13,5%)	20 (12,2%)	10 (6,1%)	61 (37,4%)
			69	



**CONCLUSIONI**

Sebbene non si tratti di grandi numeri, lo studio è indicativo su un campione omogeneo di popolazione in quanto tutti cittadini di una stessa comunità. Interessanti sono i dati inerenti i valori potenzialmente patologici del PSA, della ratio PSA, del testosterone e della disfunzione erettile (DE) riportati alle varie fasce d'età.

Dei 22 pazienti con PSA>4, tutti sottoposti a mapping biptico della ghiandola, 5 evidenziavano un carcinoma e 3 di essi venivano sottoposti a prostatectomia radicale, mentre gli altri 2 venivano avviati alla radioterapia associata a BAT.

Bibliografia:

- European Association of Urology (EAU): Guidelines 2007
- Associazione Urologi Italiani (AURO.it): Linee guida sul carcinoma prostatico
- Carcinoma prostatico: diagnosi – Fondazione per la ricerca in Urologia (FRIU), dal Web
- de Koning HJ, Auvinen A, Berenguer Sanchez A, Calais da Silva F, Ciatto S, Denis L, Gohagan JK, Hakama M, Hugosson J, Kranse R, Nelen V, Prorok PC, Schröder FH; European Randomized Screening for Prostate Cancer (ERSPC) Trial; International Prostate Cancer Screening Trials Evaluation Group. Large-scale randomized prostate cancer screening trials: program performances in the European Randomized Screening for Prostate Cancer trial and the Prostate, Lung, Colorectal and Ovary cancer trial. *Int J Cancer*. 2002 Jan 10;97(2):237-44.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Si

Costo analisi cliniche coperto da Comune

**C 33**

**LUTS E DE NELLA PRATICA CLINICA ANDROLOGICA IN SICILIA: ANALISI EPIDEMIOLOGICA SU CONDIZIONI DI FAMILIARITA' (PATOLOGIE URO-GENITALI), COMORBIDITA', ALTERAZIONI ALL'ESAME OBIETTIVO**

G. De Grande(1), C. Pavone (2), G. Morgia (7), G. Lapira (1), F. Mastroeni (3), M. Lamartina (8), V. Milioto (9), V. Favilla (7), D. Abbadesa (4), I. Oxenius (5), R. Allegro, S. La Vignera (6), E.S. Vicari (6)

(1) U.O. di Urologia Azienda Ospedaliera Umberto I°, Siracusa - (2) U.O.S. Chirurgia

Andrologica - U.O.C. di Urologia. Policlinico Paolo Giaccone, Palermo - (3) UO Urologia Osp. Papardo, Messina - (4) Dottorato di Ricerca in Scienze Urologiche, Università degli Studi di Palermo - (5) U.O.C. di Urologia, Azienda O. U. Policlinico P. Giaccone, Palermo - (6) UOC. Andrologia ed Endocrinologia della Riproduzione, Osp. Garibaldi-Centro, Catania - (7) Clinica Urologica Università degli Studi di Messina - (8) U.O. di Urologia - Casa Di Cura Candela, Palermo - (9) Asl 1 Agrigento

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

In uno studio epidemiologico congiunto tra la SRS-SIA ed il Gruppo Regione Sicilia di Urodinamica, si è voluto indagare su condizioni di familiarità di patologie uro-genitali, comorbidità ed alterazioni obiettive uro-andrologiche del paziente con LUTS e DE.

**MATERIALI E METODI**

Gli Autori, su iniziativa del Consiglio della SRS-SIA, inviarono (feb. '06- feb. '08) ad un centro raccolta dati (AR), 206 schede riportanti le risposte a: questionari su LUTS (IPSS) e DE (IIEF5); quesiti su familiarità a patologie uro-andrologiche, comorbidità, motivo della visita, obiettività uro-genitale.

**RISULTATI**

Dall'analisi di 206 schede cliniche pervenute furono riscontrati su 171 (83%) pazienti (pzt) (età media 63 anni, range 40-85) LUTS+ DE, su altri 35 (17%) solo LUTS (età media 61 anni, range 40-81) ma non DE (IIEF5 score > 21). In presenza di DE, i LUTS erano lievi (IPSS score 0-7) nel 31% dei casi, e moderati-severi (IPSS score 8-35) nel 69%. La distribuzione dei ppt. secondo il grado di DE e dei LUTS non fu significativa ( $p=0.73$ ). L'analisi statistica univariata evidenziò le seguenti relazioni significative: a) nei ppt. con DE: con diabete, ipertensione e dislipidemia; b) nei pazienti con LUTS: con IPB e cardiopatia ischemica. Se si considera la relazione tra la presenza di LUTS+DE nei ppt. e il numero di comorbidità (almeno 1 comorbidità vs 0 comorbidità), si osservò un Rischio Relativo (RR) = 2.2 (CI 95%1.02-4.60) statisticamente significativo ( $p < 0.01$ ). Ciò implica che il rischio di LUTS+DE in pazienti con almeno 1 comorbidità è 2.2 volte superiore rispetto ai ppt. senza comorbidità. Il RR della comorbidità in relazione ai ppt. con soli LUTS

(RR=1.1, CI 0.77-1.64) e solo DE (RR=1.3, CI 0.91-1.77) non risultò statisticamente significativo.

**CONCLUSIONI**

I risultati del nostro studio non confermano la correlazione tra severità di LUTS e severità di DE segnalata da altri Autori. Semmai l'associazione tra LUTS e cardiopatia ischemica rilancia l'ipotesi patogenetica di ischemia pelvica a sostegno di LUTS e DE e relazione con il numero di comorbidità presenti nei pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 34**

**IL DISAGIO SESSUALE NEI PAZIENTI CON IPERTROFIA PROSTATICA POST TRATTAMENTO ENDOSCOPICO (TURP)**

F. Mastroeni, C. Basilicò, A. Iannello, A. Isgrò, P. Pappa, S. Rotondo

Unità Operativa di Urologia Azienda Ospedaliera Papardo - Messina

**INTRODUZIONE**

Nell'ultimo decennio sono stati fatti grandi progressi nella diagnosi e nella terapia della disfunzione erettile. L'ipertrofia prostatica benigna rappresenta una condizione patologica con un impatto epidemiologico rilevante, caratterizzato da una incidenza ed una prevalenza che aumentano con il crescere dell'età. Molte patologie nell'ambito della sfera sessuale prime fra tutte la DE, mostrano un andamento epidemiologico del tutto sovrapponibile a quello dell'IPB.

**MATERIALI E METODI**

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare il disagio sessuale e le problematiche erettili nei pazienti sottoposti a resezione endoscopica della prostata per IPB. I pazienti studiati sono stati 60 e suddivisi in 3 gruppi in relazione all'età.

Sono stati valutati dopo 1 mese dall'intervento e dopo 3 e 6 mesi attraverso l'IIEF-5 ed il SIEDY.

**RISULTATI E CONCLUSIONI**

Abbiamo valutato regolarmente tutti i 60 pazienti studiati con risultati sovrapponibili alla letteratura. I pazienti con maggiore disagio sessuale e tempo di ripresa della attività sessuale sono risultati quelli della fascia di età compresa fra i 60 e 70 anni che hanno necessitato di terapia farmacolo-

gica di supporto. 5 pazienti hanno presentato una disfunzione erettile di grado elevato non responder alla terapia medica di I linea.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 35**

**LA TERAPIA FISICA DELLA PROSTATITE CRONICA/SINDROME DEL DOLORE PELVICO CRONICO**

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

U.O. di Urologia Andrologica Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

La prostatite cronica/sindrome del dolore pelvico cronico (CP/CPPS) (NIH-CPSI IIIb) è caratterizzata da dolore pelvico cronico e LUTS. L'eziologia e la fisiopatologia sono poco conosciute. Varie terapie con agenti antimicrobici, analgesici, antinfiammatori, miorilassanti, alfa litici, hanno avuto scarsi risultati. Dopo l'ipotesi di Segura, che attribuiva al tono della muscolatura pelvica un ruolo importante nella patogenesi della prostatite cronica, Zermann ha dimostrato che la maggior parte dei pazienti con CP/CPPS presenta una disfunzione del pavimento pelvico. Su queste basi può rivelarsi utile la terapia fisica con biofeedback (BFB).

**MATERIALI E METODI**

Tra marzo 2005 e dicembre 2008, abbiamo reclutato 88 pazienti affetti da CP/CPPS NIH IIIb. La diagnosi fu formulata sulla base dell'anamnesi, la somministrazione del questionario NIH-CPSI, l'esame obiettivo uro-andrologico, la valutazione del tono del pavimento pelvico, l'esame urine, l'uroflussometria con RPM, l'ecografia trans rettale della prostata, la spermiocoltura. Tutti i pazienti furono sottoposti a ciclo di BFB. Criteri di inclusione: età superiore a 18 anni, dolore pelvico e disagio da almeno 4 mesi, NIH-CPSI superiore a 14. Criteri di esclusione: IVU nei 4 mesi precedenti, neoplasie, pregressa endoscopia, patologie neurologiche.

Il questionario NIH-CPSI e il tono della muscolatura pelvica furono utilizzati anche il follow up. Per l'elaborazione statistica dei risultati venne utilizzato il Wilcoxon test per dati appaiati.

**RISULTATI**

6 degli 88 pazienti abbandonarono lo studio. Di 82 pazienti età media 35,3 anni (range 19 - 56) vennero elaborati i risultati. Il valore totale del NIH- CPSI post trattamento si ridusse in 72 pazienti (88%). L'elaborazione dei sotto domini evidenziò un miglioramento in 52 pazienti per il dominio minzione, (63%) in 57 pazienti per il dominio dolore, (69%) in 58 pazienti per il dominio qualità di vita (71%). Riduzione del tono del pavimento pelvico in 63 pazienti (77%).

**CONCLUSIONI**

La CP/CPPS rimane un enigma diagnostico e terapeutico. Alcuni studi hanno evidenziato un legame tra dolore pelvico cronico e muscolatura pelvica. Per questo abbiamo utilizzato il BFB. I risultati dimostrano che la terapia fisica migliora i sintomi relativi a dolore e LUTS rendendo la correlazione tra tono del pavimento pelvico e sintomatologia, suggestiva di un importante ruolo di quest'ultimo nella fisiopatologia del CP/CPPS.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 36****PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA VS OPEN NEL RECUPERO DELLA POTENZA SESSUALE: ESPERIENZA DELLA CLINICA UROLOGICA II DI FIRENZE**

S. Tazzioli, A. Delle Rose, S. Caroassai Grisanti, M.C. Paoletti, M. Castigli, A. Ringressi, A. Della Melina, D. Villari, G. Nicita

*Clinica Urologica II Università degli Studi di Firenze*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Da Settembre 2006 a Novembre 2008 sono state eseguite presso la Clinica Urologica II di Firenze, 51 prostatectomie radicali nerve sparing bilaterali con tecnica laparoscopica. Abbiamo analizzato i risultati nel recupero della funzionalità erettile dei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale laparoscopica vs tecnica a cielo aperto. Gli end points dello studio sono stati: la valutazione della potenza sessuale a breve termine dopo training riabilitativo e il confronto dei risultati ottenuti nei 2 gruppi di pazienti in esame.

**MATERIALI E METODI**

51 pazienti (età media di 65.5 anni, range compreso tra 55 e 76) sono stati sottoposti a Prostatectomia Radicale

Laparoscopica nerve sparing bilaterale (PRNSVLP).

I valori di PSA preoperatorio erano compresi tra 4.00 e 10,04 ng/ml con media di 6.99 ng/ml. Il Gleason score biptico era il seguente: 5 pazienti con 5(2+3), 42 con 6(3+3), 4 con grado 7(3+4). I pazienti sono stati sottoposti a training riabilitativo precoce per recupero della potenza sessuale con inibitori delle PDE5 a dosaggio pieno a giorni alterni. La potenza sessuale è stata valutata tramite questionario IIEF 5 somministrato a 3-6-12-24 mesi dall'intervento. E' necessario premettere che 21 pazienti hanno eseguito follow-up fino al 24° mese, 14 fino al 12°, 8 fino al 6°, e 8 hanno eseguito solo la prima visita di follow-up al 3° mese.

**RISULTATI**

I deficit erettili comparsi de novo dopo l'intervento e non risolti al 24 mese sono stati 8/21 (38%). 51/51 pz. sottoposti a PRNSVLP hanno eseguito follow-up a tre mesi con IIEF medio di 11,9 contro 12,4 nei pz. sottoposti a PR Nerve Sparing con tecnica open (379 pazienti). 43/51 pz. hanno eseguito follow-up a sei mesi con IIEF medio di 17,1 nei pz. sottoposti a PRNSVLP contro 16,8 dei pz. trattati con tecnica open. 35/51 pz. hanno eseguito follow-up a 12 mesi con IIEF medio di 20,4 nei pz. sottoposti a PRNSVLP contro 20,3 dei pz. trattati con tecnica open. 21/51 pz. hanno eseguito follow-up a 24 mesi con IIEF medio di 20,9 nei pz. sottoposti a PRNSVLP contro a 21,1 dei pz. trattati con tecnica open. Dal confronto dei dati eseguito tramite test di Student nessun gruppo ha evidenziato differenze statisticamente significative tra i due tipi di tecniche

**CONCLUSIONI**

La letteratura evidenzia, per la laparoscopia, risultati funzionali pari a quelli ottenuti con le tradizionali tecniche open: il nostro studio presenta un outcome in linea con le maggiori casistiche pubblicate.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 37****LA FUNZIONE ORGASMICA POSTOPERATORIA MIGLIORA NEL TEMPO NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE**

A. Salonia, A. Gallina, A. Briganti, A. Saccà, L. Rocchini, M. Ferrari, G. Gadda, G. Zanni, N. Suardi, P. Rigatti & F. Montorsi

*Dipartimento di Urologia – Università Vita-Salute San Raffaele, Milano*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Valutazione psicometrica della funzione orgasmica (OF) postoperatoria nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica con preservazione bilaterale dei fasci vascolo-nervosi (BNSRRP) per carcinoma prostatico organo-confinato (PCa).

**MATERIALI E METODI**

Sono stati considerati i valori preoperatori di 334 pazienti consecutivi sessualmente attivi prima della BNSRRP. Tutti i pazienti sono stati studiati mediante una accurata anamnesi medica e sessuale, la compilazione dei domini dell' IIEF e del questionario ICQ-SF, finalizzato a definire la prevalenza di incontinenza urinaria. Ciascun questionario psicometrico è successivamente stato compilato ogni 12 mesi dopo l'intervento chirurgico; i pazienti sono poi posti stati sottoposti ad una intervista semistrutturata a 12 mesi [nello specifico, 191/334 (57.2%) pazienti], a 24 mesi [95/334 (28.4%)], a 36 mesi [42/334 (12.6%)], ed a 48 mesi [19/334 (5.7%)] di follow-up (FU). I dati riguardanti il dominio di funzione orgasmica dell'IIEF (IIEF-OF) sono stati valutati dal punto di vista statistico mediante analisi ANOVA relativa al FU di 48 mesi. E' poi stata applicata una analisi multivariata lineare per valutare la associazione tra variabili predittive [nello specifico, età del paziente, dominio di funzione erettile dell'IIEF (IIEF-EF), ICQ-SF, e l'eventuale utilizzo di terapia medica per il recupero della EF postoperatoria] e la funzione orgasmica del paziente ai 12, 24 e 36 mesi di FU successivi alla BNSRRP.

**RISULTATI**

Dati preoperatori: età mediana 61 anni (range: 41-74); IIEF-OF [media; (mediana)]: 7.63 (10).

L' analisi ANOVA dimostrava un incremento signifi-

cativo dei valori di IIEF-OF (P=0.008; F=4.009) nel periodo postoperatorio [IIEF-OF 12-mesi FU: 6.05±3.4 (6); 24-mesi: 7.18±3.1 (8); 36-mesi: 7.34±3.0 (8); e 48-mesi: 7.67±3.42 (9.50)]. L'analisi multivariata di regressione lineare dimostrava che a 12 mesi di FU i valori di IIEF-OF incrementavano linearmente con il miglioramento della IIEF-EF (P<0.001; Beta 0.425), sebbene non ci fosse un impatto significativo da parte della eventuale assunzione di terapia medica pro-erettogonica (P=0.150; Beta 0.081). Al contrario, i valori di IIEF-OF diminuivano linearmente con l'età del paziente (P<0.001; - Beta 0.135) e con il miglioramento della continenza urinaria postoperatoria, come da punteggio ICQ-SF (P<0.001; Beta -0.438). L'analisi multivariata condotta sui parametri a 24 e 36 mesi dimostrava un miglioramento lineare della OF con l'incremento dei valori di IIEF-EF (P<0.001; Beta 0.540, e P<0.001; Beta 0.536 rispettivamente a 24 e 36 mesi), mentre l'eventuale assunzione di terapia medica, il rate di continenza urinaria, e l'età del paziente non avevano un impatto significativo sui valori di IIEF-OF.

**CONCLUSIONI**

La funzione orgasmica postoperatoria migliora significativamente nel tempo in pazienti affetti da PCa sottoposti a BNSRRP. Tale miglioramento risulta significativamente correlato con il miglioramento della funzione erettile nello stesso lasso di tempo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



## C 38 – C 42

### MALATTIA DI LA PEYRONIE

Sala Apollo 12/06 h. 13.15 - 14.45

#### C 38

##### OSSIDO NITRICO E MALATTIA DI LA PEYRONIE

A. Zucchi (1), C.A. Palmerini (2), L. Mearini (1), F. Fioretti (1), M. Del Zingaro (1), G. Tuffu (1), G. Arienti (2)

(1) *Clinica Urologica ed Andrologica - Università degli Studi di Perugia*

(2) *Dipartimento di Medicina Interna - Università degli Studi di Perugia*

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

L'etiologia della malattia di La Peyronie è ancora ampiamente sconosciuta. E' possibile che elevati livelli di Ossido Nitrico, presenti all'interno dei corpi cavernosi in particolari condizioni infiammatorie come la malattia di La Peyronie, conducano ad una varietà di effetti patologici per le strutture peniene e alla disfunzione erettile. Lo scopo di questo studio è valutare se i livelli cavernosi di Ossido Nitrico, dosati direttamente nel sangue penieno, possano aiutarci a chiarire la correlazione tra la malattia di La Peyronie e la sua fisiopatologia.

#### MATERIALI E METODI

In questo studio sono stati arruolati 51 pazienti. Tutti riferivano problemi di disfunzione erettile o malattia di La Peyronie; in tutti sono stati misurati i livelli di Ossido Nitrico nel sangue prelevato dai corpi cavernosi (5 ml di sangue prelevati in erezione con ago butterfly 23 gauge). Le variazioni dei livelli di Ossido Nitrico sono state valutate utilizzando il test di Spearman ed il livello di significatività è stato fissato a  $p < 0,05$ .

#### RISULTATI

7 pazienti sono stati esclusi dallo studio perché affetti da arteriopatia cavernosa. 11 pazienti erano affetti da malattia di La Peyronie (gruppo A). 33 pazienti avevano una normale rigidometria peniena notturna (Rigiscan®), normali valori di velocità di picco sistolico delle arterie cavernose, buona erezione farmacodotta mediante PGE1 e assenza di fattori di rischio per disfunzione erettile: questi pazienti sono stati utilizzati come gruppo di controllo (gruppo B).

Il valore medio di Ossido Nitrico cavernoso era  $5,6 \mu\text{M}$  ( $\pm 1,7$ ) nei pazienti con malattia di La Peyronie (gruppo A) e  $3,7 \mu\text{M}$  ( $\pm 2,4$ ) nei pazienti del gruppo B ( $p < 0,05$ ).

#### CONCLUSIONI

L'analisi dei nostri dati mostra che i valori di Ossido Nitrico sono più elevati nei corpi cavernosi dei soggetti con malattia di La Peyronie rispetto agli altri pazienti, come precedentemente suggerito da altri Autori, ma mai dimostrato nell'uomo. L'iperproduzione di Ossido Nitrico potrebbe determinare un danno diretto al tessuto cavernoso, portando a disfunzione erettile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### C 39

##### TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DI LA PEYRONIE CON ACIDO JALURONICO

G. Romano, G. Salerno\*

ASL NA 2 Pozzuoli, Napoli

Università degli Studi di Catania – Istituto di Urologia

#### SOMMARIO

Malattia ad eziologia ancora incerta, per la quale nel corso degli anni sono stati proposti diversi protocolli terapeutici; a) chirurgici: con scarsi risultati specie se sono interessati più distretti penieni o sono presenti placche multiple; b) farmacologici: con risultati non quantificabili nel tempo e spesso con gravi effetti collaterali indesiderati.

Il mio approccio di tipo farmacologico, mininvasivo, si propone di trattare l'I.P.P. con risultati quantificabili e duraturi nel tempo.

#### INTRODUZIONE

Nel 1743, Françoise de La Peyronie descrisse il caso di un paziente con "tessuto cicatriziale a corona di rosario che gli causava un incurvamento in avanti del pene, durante l'erezione". La condizione a cui si riferiva è nota attualmente come malattia di La Peyronie. In Europa, la malattia si chiama induratio

penis plastica (IPP). E' il risultato di una lesione della tunica albuginea dei corpi cavernosi, che funzionalmente ne impedisce l'espansione locale durante l'erezione, causando l'incurvamento del pene; l'IPP è stata denominata anche fibromatosi peniena. L'incidenza sintomatica dell'IPP è di circa l'1%. Sto raccogliendo però dati per stabilire l'incidenza asintomatica nei pazienti esaminati per altre patologie genito-urinarie che presentano una placca palpabile ed incurvamento penieno. La lesione dell'IPP è una cicatrice che contiene una grande quantità di fibrina, ma ancora non è conosciuta con certezza l'eziologia. Al momento due sono le teorie più accreditate:

1) Ipotesi genetica, in quanto alla IPP spesso si associa la contrattura di Dupruiyren, e che istopatologicamente risulta simile e per la quale è riconosciuta una ereditarietà autosomica dominante con gene ad espressività variabile.

2) Ipotesi autoimmune: si concorda ormai sulle fasi del meccanismo patogenetico dell'IPP. Vasculite dell'albuginea >Essudazione plasmatica >Fibrinolisi insufficiente >Attivazione fibroblasti cheloidi sub fasciali. I diversi stadi patologici della malattia (infiammatori e della sclerojalinosi stabilizzata) si susseguono a pousses progressive nella storia naturale dell'IPP, che ha quindi caratteristiche evolutive incostanti anche se progressive.

#### MATERIALI E METODI

Previo consenso informato, abbiamo trattato in 16 anni 410 pazienti con età compresa tra i 35 e i 72 anni, affetti da induratio penis plastica con placche multiple. A tutti i pazienti sono stati praticati esami di laboratorio di routine, ECG, ecografia dei corpi cavernosi e RMN. Tutti i pazienti sono stati trattati per infiltrazioni peri ed intra placca, iniettando 20mg. di acido ialuronico per sei mesi. A tale scopo abbiamo utilizzato la siringa di Carpule. Inoltre, le infiltrazioni venivano praticate senza l'ausilio di anestetico locale poiché l'iniezione di tale sostanza risulta essere poco dolorosa. Nei primi tre mesi di trattamento il dosaggio di 20 mg. veniva somministrato ogni 5 gg., nei successivi tre mesi, ogni 7 gg. Tutti i pazienti, successivamente venivano sottoposti tra le altre indagini a monitoraggio ecografico dei CC statico e dinamico ogni tre mesi per 18-24 mesi, a RMN a 12 e 24 mesi.

#### RISULTATI

Nei primi mesi dello studio, all'esame clinico abbia-

mo osservato una riduzione della consistenza della/e placca/e, una migliore erezione, ma non abbiamo osservato alcuna riduzione macroscopica del volume delle placche. Tali dati sono anche confermati dall'ecografia che mostra placche a ridotta densità (a 3 e a sei mesi). Nel corso dei 12 mesi di follow-up dalla sospensione del trattamento, abbiamo ottenuto una costante e progressiva riduzione del volume delle placche fino ad un diametro di 1-2 mm, quasi al limite della risoluzione ecografia. La maggioranza dei pazienti ha ripreso l'attività sessuale. Inoltre l'erezione già dal II mese di trattamento risultava essere non dolorosa (effetto antinfiammatorio dell'acido ialuronico). Nessun paziente è stato costretto ad uscire dallo studio perché intollerante o per gravi effetti collaterali.

#### CONCLUSIONI

La metodica, originale, illustrata si pone all'attenzione per la sua mini invasività, per l'assoluta mancanza di effetti collaterali e reazioni avverse indesiderate, scevra da rischi e non ultimo perché ben accettata dal paziente. I risultati a 15 anni di follow-up confermano la stabilizzazione dei risultati ottenuti. In definitiva mi sento di poter affermare che questo studio apre nuove prospettive al trattamento della malattia di La Peyronie.

#### Bibliografia

1)Bias W.B. et al.:Peyronie's disease :a newly recognized autosomal dominant trait, Am.J.Med.

Genet.,1982;12:227

2)Chilton C.P. et al.:factor associated in the aetiology of Peyronie's disease, Br.J. urol.,1988;54:748.

3)Haiek J. et al.: current knowledge on the etiology of plastic induration of penis(IPP) Acta Urol. Belg.,1986,54:123.

4)Romano G. et al.: Hyaluronic acid treatment in the la Peyronie disease.

5° Int.Meeting of Andrology,Rome,june 4-5 1993. Abstract books:54  
5)Romano G.: Trattamento della malattia di la Peyronie con ac.jaluronico(nota II)

X Cong. Naz: SIA Pisa oct.16-19 1996 Abstrac

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



**C 40****LASER E IONTOFORESI COME TERAPIA MEDICA DELL'INDURATIO PENIS PLASTICA: NOSTRA ESPERIENZA**

L. Mavilla, S. Brunori, L. Albanesi, F. Attisani, B.C. Gentile, F. Pisanti, T. Shestani, G. Vincenti, R. Giulianelli

*Casa di Cura Villa Tiberia, Roma*

**INTRODUZIONE**

Nonostante la chirurgia rimanga il gold standard per la correzione di recurvatum penieni da Induratio Penis Plastica, la ricerca di una terapia medica meno invasiva non si arresta. Scopo del lavoro è stato valutare l'efficacia della Iontoforesi associata al Laser su lesioni in fase florida.

**MATERIALI E METODI**

Dal Gennaio 2007 al Dicembre 2008 sono stati trattati 58 pazienti. Criteri di valutazione al tempo zero e a fine terapia sono stati: ecocolordopplerdinamico penieno per la valutazione del grado di curvatura ed estensione della lesione; IIEF-5; autodeterminazione del grado di dolore in fase erettile. Un ciclo di terapia prevedeva contemporaneamente Laser per 20 minuti a seduta settimanale e Iontoforesi tre volte a settimana con somministrazione combinata di Desametasone 4 mg/1ml e Verapamil 5 mg/2ml a 2mA per 20 minuti a seduta. Ogni ciclo, della durata di 12 settimane, è stato ripetuto per tre volte con un intervallo di 4 settimane, per una durata complessiva della terapia di 11 mesi.

**RISULTATI**

Risultati confortanti si sono avuti nella riduzione significativa del dolore nel 85% dei pazienti (49/58); inoltre il 60% ha migliorato lo score dell'IIEF5 (35/58). Non altrettanto i dati sulla riduzione della curvatura avutasi in 14/58 pazienti (25%) e sulle dimensioni della lesione in 17/58 (30%).

**CONCLUSIONI**

La terapia medica combinata di Laser e Iontoforesi si dimostra efficace nella fase florida della malattia di Peyronie per quanto riguarda dolore e performance sessuale correlata, ma non incide significativamente su grado di curvatura e dimensioni della lesione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 41****TRATTAMENTO AD ONDE D'URTO DELL'INDURATIO PENIS PLASTICA: NOSTRA ESPERIENZA**

D. Tiscione (1), L. Ruggera (2), P. Beltrami (2), F. Gigli (2), M. Arancio (2), M. Fabrello (2), F. Zattoni (2)

(1) *Unità Operativa di Urologia, Ospedale S. Chiara, Trento*  
(2) *Divisione Clinicizzata di Urologia, Policlinico "GB Rossi", Verona*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

L'eziopatogenesi dell'Induratio Penis Plastica (IPP) risulta a tutt'oggi in gran parte misconosciuta. Ciò ha portato, come diretta conseguenza, ad un limitato sviluppo di procedure terapeutiche non chirurgiche volte al trattamento dei fattori causali. In tale contesto, costellato spesso da tentativi, ha recentemente trovato spazio il trattamento ad onde d'urto.

Obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia della terapia con onde d'urto nel trattamento di pazienti affetti da IPP, avendo come "end-points" primari la valutazione del suo effetto sul dolore, sulle caratteristiche morfologiche della placca, sul grado di incurvamento penieno e sulla funzione sessuale.

**MATERIALI E METODI**

Abbiamo retrospettivamente analizzato 74 pazienti affetti da IPP e da noi sottoposti a trattamento extracorporeo ad onde d'urto.

Il dolore e il grado di disfunzione erettile sono stati valutati mediante la somministrazione di questionari; le caratteristiche morfologiche delle placche sono state rilevate mediante ecografia peniena, mentre il grado di incurvamento è stato misurato su autoscatti eseguiti dal paziente con pene in erezione.

Il nostro protocollo di trattamento ha previsto complessivamente l'esecuzione di 4 sedute con somministrazione media di 3000 onde d'urto per seduta, ad una energia variabile tra 0,10-0,30 mJ/mm<sup>2</sup>, utilizzando il litotritore Storz Modulith SLK.

**RISULTATI**

Dei 74 soggetti inizialmente inclusi nello studio, sono stati analizzati i risultati ottenuti in 67 pazienti (90% dei casi), con un follow-up medio di

22 mesi (range 3-34).

Il 51% dei casi (32/63) ha mostrato un miglioramento della curvatura di grado variabile mentre una sua stabilizzazione è stata registrata in 28 (44%) e un suo peggioramento nei rimanenti 3 (5%). La riduzione o scomparsa del dolore è stata registrata nell'86% dei casi (19/22) mentre la funzione erettile è migliorata in 16 dei 34 pazienti (47%) affetti da DE.

L'ecografia peniena di controllo, disponibile in 51 pazienti, ha evidenziato la scomparsa o una riduzione delle dimensioni della placca in 30 casi (59%), mentre in 21 (41%) non è stato documentato alcun miglioramento. Solo 3 pazienti (4% dei casi) hanno sviluppato una lieve ecchimosi.

**CONCLUSIONI**

I risultati del nostro studio confermano come il trattamento extracorporeo con onde d'urto dell'IPP rappresenti una opzione terapeutica sicura, non invasiva, ripetibile ed efficace.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 42****TRATTAMENTO AD ONDE D'URTO DELL'INDURATIO PENIS PLASTICA: QUALI POTENZIALI BENEFICIARI?**

D. Tiscione (1), L. Ruggera (2), P. Beltrami (2), F. Gigli (2), M. Arancio (2), M. Fabrello (2), F. Zattoni (2)

(1) *Unità Operativa di Urologia, Ospedale S. Chiara, Trento*  
(2) *Divisione Clinicizzata di Urologia, Policlinico "GB Rossi", Verona*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

E' stato riportato in letteratura come il trattamento extracorporeo ad onde d'urto dell'Induratio Penis Plastica (IPP) sia in grado di migliorare i sintomi legati a tale patologia, sebbene i risultati ottenuti siano ampiamente variabili e spesso contrastanti tra loro.

Obiettivo del nostro studio è stato valutare se esistono categorie di pazienti che possono maggiormente beneficiare di tale tipo di trattamento non invasivo.

**MATERIALI E METODI**

Considerando come "end-points" primari la valutazione dell'effetto della terapia sul dolore, sulle

caratteristiche morfologiche della placca, sul grado di incurvamento penieno e sulla funzione sessuale, abbiamo stratificato il nostro campione, costituito da 74 pazienti, adottando come criteri l'età, il tempo intercorso dalla comparsa della sintomatologia e la presenza o meno di deposizione calcifica sulla placca. In particolare la stratificazione per età ha incluso 3 gruppi di pazienti (<50 anni, tra 50 e 65 anni e >65 anni), la stratificazione per durata di malattia 2 gruppi (comparsa dei sintomi < o > 12 mesi) mentre la stratificazione in base alla presenza o meno di placche calcifiche ha distinto altri 2 gruppi.

L'analisi statistica delle variabili categoriche è stata effettuata mediante il test Chi-quadro, utilizzando il software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versione 12.0. Un valore "p" <0.05 è stato considerato statisticamente significativo.

**RISULTATI**

L'analisi statistica univariata ha evidenziato la presenza di una differenza statisticamente significativa (p = 0,046) relativa alla riduzione dell'incurvamento penieno, risultata maggiore nel gruppo di soggetti di età compresa tra i 50 ed i 65 anni rispetto agli ultrasessantacinquenni. Nessuna differenza statistica è stata riscontrata tra i due gruppi stratificati per durata di malattia, mentre l'analisi dei risultati stratificati per presenza o meno di deposizione calcifica ha evidenziato una differenza statisticamente significativa (p = 0,026) relativa alla riduzione dell'incurvamento penieno, risultata maggiore nel gruppo con calcificazioni.

**CONCLUSIONI**

La terapia con onde d'urto non sembra garantire i medesimi risultati in tutti i pazienti affetti da IPP. In particolare i risultati del nostro studio evidenzerebbero un maggior beneficio in pazienti di età compresa tra i 50 e i 65 anni e caratterizzati dalla presenza di una placca calcifica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C 43 – C 46 MISCELLANEA

Sala Laocoonte 12/06 h. 13.15-14.45

### C 43

#### LA STERILIZZAZIONE MASCHILE VOLONTARIA IN ITALIA: ASPETTI MEDICI, LEGALI E SOCIALI DELLA VASECTOMIA

A. Ortensi (1), G.A. Coppola (1-2), V. D'Orazi (1), S. Petrachi (3), V. Marchese (1), C. Faloci (1), F. Fabi (1), F. Toni (1), A. Panunzi (1), I. Ortensi (2), L. Coppola (2)

1 U.O.C. di Microchirurgia Generale – Sez. di Microchirurgia Andrologica, Casa di Cura “Fabia Mater”, Roma - Università degli Studi “Sapienza” di Roma

2 TECNOMED Centro Medico Biologico, Nardò (LE) - Servizio di Criobiologia della Riproduzione Umana, Casa di Cura “Fabia Mater”, Roma

3 Medico Legale, Polizia di Stato, Questura di Brindisi

La pratica della vasectomia, ovvero la sezione bilaterale dei deferenti, è considerata il metodo contraccettivo maschile più efficace e sicuro nell'attuazione di un progetto di pianificazione familiare. Abbiamo voluto approfondire l'argomento, partendo da una review di letteratura, focalizzando l'attenzione non solo sugli aspetti medico-chirurgici della vasectomia, ma anche su quelli storici, sociali e legali. Da questa analisi è emerso che la sterilizzazione maschile è una pratica diffusa in tutto il mondo, sia nei paesi evoluti sia in quelli in via di sviluppo. Le stime parlano di 42-60 milioni di uomini sterilizzati e del 5% delle coppie che l'hanno scelto come metodo di controllo delle nascite. In Italia, però, è difficile stabilire la reale incidenza di vasectomie. Dalla banca dati on-line del Ministero della Salute emergono numeri molto interessanti ma, a nostro avviso, non perfettamente corrispondenti alla realtà italiana. Tali dati rivelano che in Italia, dal 1999 al 2005, ci sono stati 653 ricoveri per sterilizzazione maschile e che sono stati eseguiti 1.717 interventi di “vasectomia” e 397 procedure classificate come “sterilizzazione dell'uomo”. I numeri dimostrano comunque che il ricorso alla vasectomia è limitato rispet-

to ad altri Paesi. Ciò è riconducibile ad aspetti culturali e medico-legali. Il timore di ripercussioni sulla virilità, infatti, è un fenomeno legato a retaggi culturali presenti soprattutto nei Paesi latini e molto meno in quelli anglosassoni. Nei Paesi a forte maggioranza cattolica, poi, l'accostamento della medicina ai meccanismi riproduttivi viene letto come interferenza con la natura ed è quindi sfavorito dalle implicazioni etiche che potrebbero derivarne. Le diverse interpretazioni medico-legali, d'altra parte, non agevolano la discussione e l'approfondimento sulla sterilizzazione consensuale. Fino al 1978, anno della sua abrogazione, l'art. 552 c.p. vietava espressamente la pratica di sterilizzazione. Oggi numerose sentenze hanno sancito la legittimità della vasectomia e l'orientamento giurisprudenziale ritiene pienamente lecito il ricorso alla sterilizzazione. Permane però l'opinione comune che tale pratica provochi una menomazione fisica del soggetto e che il medico che la esegue sia passibile penalmente. Con il nostro lavoro abbiamo voluto fare chiarezza sull'argomento con l'intento di aprire un dibattito culturale nella comunità andrologica italiana e di fornire un aggiornamento il più possibile preciso e documentato.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C 44

#### VALUTAZIONE SESSUOLOGICA A LUNGO TERMINE NEI PAZIENTI OPERATI PER TUMORE DEL TESTICOLO

C. Trombetta, G. Mazzon, L. Scati, G. Liguori, G. Ollandini, S. Benvenuto, S. Bucci, E. Belgrano  
*Clinica Urologica - Azienda Ospedaliero - Universitaria di Trieste*

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Il tumore del testicolo (TT) è il tumore solido più frequente nei maschi tra i 15 e i 45 anni. Scopo di questo lavoro è valutare la qualità di vita sessuale nei pazienti trattati per TT, indagando tre fun-

zioni sessuologiche fondamentali: libido, erezione ed eiaculazione. Si è inoltre cercato di valutare come i diversi trattamenti influenzino la vita sessuale.

#### MATERIALI E METODI

E' stato compiuto uno studio retrospettivo su 109 pz sottoposti a orchifuniculectomia (OCT) tra il 1994 e il 2008 (età media 36,2 anni, range 4-85). I dati sono stati raccolti mediante intervista telefonica, con un questionario appositamente creato. Sono stati confrontati i dati ottenuti tra 4 gruppi: pz solo sottoposti a OCT, sottoposti anche a linfadenectomia retroperitoneale (RPLND), radiotrattati e chemioterattati. I dati ottenuti sono stati valutati mediante test di Fisher.

#### RISULTATI

60 pz (55,04% del totale, età media 32 anni, range 18-59 ) hanno risposto al questionario, di questi 15 ( 25% degli intervistati) sono anche stati sottoposti a RPLND, 27 (45% degli intervistati) a radioterapia e 17 (28,33% degli intervistati) a chemioterapia. Si sono osservati 21 disturbi sessuologici in 16 pz, di cui 10 (16,66%) cali della libido, 5 (8,33%) deficit erettili (DE) e 6 (10%) disturbi dell'eiaculazione. Il gruppo di pz sottoposti solo a OCT accusa meno disturbi (6,25%, p=0,025) rispetto ai pz sottoposti a radioterapia, RPLND o chemioterapia (18,5%, 20,0%, 35,29% con p=0,222, p=0,238 e p=0,229 rispettivamente). L'età avanzata appare essere un fattore di rischio per DE (42,6 anni di età media rispetto ai 32 anni dell' intero gruppo, p=0,05). Circa metà dei pz con disturbi risolve i propri sintomi entro un anno (21 disturbi nel primo anno, 11 l'anno successivo). 8 pazienti dei 16 con disturbi ritengono la propria vita sessuale segnata dalla terapia, e la complicità che più influenza la vita sessuale dei pazienti è la DE (5 su 8).

#### DISCUSSIONE

Il numero di pz con disturbi sessuologici appare modesto, e questo si riduce ulteriormente un anno dopo il termine della terapia. La chemioterapia è il trattamento che più causa disturbi, seguito da radioterapia e RPLND. La sfida che si presenta all'urologo risiede nella preservazione di una soddisfacente attività sessuale in un gruppo

di pazienti giovani ed interessati alla guarigione, ma anche alla preservazione di una buona vita sessuale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### C 45

#### UTILITA' DELLO STUDIO ELASTOSOGRAFICO NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE LESIONI TESTICOLARI: STUDIO PRELIMINARE

G. Morelli, R. Pagni, C. Mariani, F. Menchini Fabris, A. Morelli, G. Campo, G. Giannarini, R. Minervini

*Urologia universitaria, Ospedale S. Chiara, Pisa*

#### INTRODUZIONE

Lo studio elastosonografico, applicato alla diagnosi ecografica di masse testicolari, non ha precedenti in letteratura. Basandosi sul fatto che i tumori maligni si distinguono da quelli benigni per il diverso grado di durezza e per la perdita di elasticità, lo scopo di questo studio è di valutare l'utilità e le limitazioni diagnostiche dell'elastosonografia nella differenziazione delle lesioni testicolari alla luce dei risultati ottenuti dall'esame istologico definitivo.

#### MATERIALI E METODI

Dall'Ottobre '08 al Febbraio'09, 10 uomini con età compresa tra 16 e 47 anni con diagnosi di tumefazione scrotale riferibile al testicolo, di diametro compreso tra 4 e 15 mm, sono stati sottoposti ad esame ecografico routinario, associato a studio elastosonografico della lesione, prima di effettuare l'intervento chirurgico. Il grado di durezza è stato valutato attraverso il sistema cromatico graduato elastosonografico, che prevede la colorazione blu nelle aree a maggiore consistenza, e la colorazione verde nelle aree soffici, attraverso gradazioni di colori caldi nelle zone intermedie su una precisa scala.

#### RISULTATI

Sono state individuate all'esame elastosonografico 1 lesione ipo/isoecogena di consistenza soffice, che all'esame istologico estemporaneo è risultata essere tumore a cellule di Leydig; 1 lesione cistica settata a pareti iperecogene di consistenza dura, risultata essere cisti epidermoide;



3 lesioni ipoecogene finemente disomogenee, di consistenza dura, che sono risultate seminomi; 5 lesioni tipiche per lesione cistica semplice di consistenza molto soffice, non candidate ad intervento chirurgico. Tutte le lesioni solide esplorate sono state confermate all'esame istopatologico definitivo.

#### DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

In questo studio preliminare non è emersa la possibilità dell'elastosonografia di porre diagnosi certa sulla natura istologica della lesione. Tuttavia si evidenzia un possibile ruolo nella diagnosi differenziale tra lesioni testicolari maligne e benigne, infatti la consistenza aumentata, seppur di grado variabile, è risultata essere sempre correlata a patologia maligna, eccezion fatta per la cisti epidermoide.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### C 46

##### VESCICA IPERATTIVA: COMPROMISSIONE DELLA SFERA EMOTIVA, RELAZIONALE E DELLA FUNZIONE SESSUALE

V. Silvestri, G. Paradiso Galatioto, L. Bergamasco, L. Gualà, G. Maselli, O. Martella, G. Pace, E. Di Pierro, A. Del Rosso, C. Vicentini  
*Università degli Studi de L'Aquila – U.O. Ospedale Civile G. Mazzini di Teramo*

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

L'obiettivo di questo studio è di valutare come i sintomi della overactive bladder (OAB), con o senza incontinenza urinaria, influenzino la qualità di vita, la funzione sessuale, la personalità e la sfera relazionale nelle donne sessualmente attive. Abbiamo inoltre voluto valutare se e come la sintomatologia migliori dopo terapia farmacologica.

#### MATERIALI E METODI

Dal mese di Novembre 2007 a Settembre 2008, abbiamo arruolato 45 donne sessualmente attive, di età compresa tra 24 e 66 anni (età media 45 anni) che presentavano i sintomi della OAB (Gruppo A) e 45 donne sane come gruppo di controllo (Gruppo B). Tutte le pazienti incluse nello studio dopo inquadramento ambulatoriale hanno

compilato dei questionari validati per valutare la qualità di vita e l'entità dell'incontinenza urinaria ("urogenital distress inventory", "incontinence impact questionnaire", "female sexual function index"). Sono inoltre stati somministrati questionari volti ad indagare la sfera emotiva (TAS-20), l'ansia di stato e di tratto (SF-36) e i disturbi depressivi (BDI). I suddetti questionari sono stati sottoposti all'inizio dello studio e ogni mese per la durata del trattamento (3 mesi).

#### RISULTATI

In tutte le donne del gruppo A si è osservato un disagio sessuale e/o una disfunzione delle fasi sessuali associato ad uno stato di ansia/depressione. Stratificando le pazienti del gruppo A per fasce di età, abbiamo ottenuto due sottogruppi nei quali i sintomi relativi della OAB incidevano in modo diverso sulla sfera sessuale, relazionale ed emotiva. In particolare nei soggetti di età compresa fra 24 e 48 anni la sfera emotiva e relazionale risultava significativamente compromessa ( $p < 0.05$ ); tali soggetti presentavano inoltre notevoli limitazioni delle normali attività sociali, domestiche e lavorative.

Abbiamo inoltre riscontrato che nelle donne di età compresa fra 49 e 66 anni i suddetti disagi non venivano riferiti con la medesima intensità. In questo gruppo sarebbe opportuno analizzare le dinamiche di coppia supponendo che tali donne diano minore importanza ai sintomi della OAB in quanto trovano soddisfazione in altri ambiti della vita quotidiana e di relazione.

Nel 77% delle donne di età compresa fra 24 e 48 anni e nel 65% delle donne di età compresa fra 49 e 66 anni appartenenti al gruppo A, si è osservato, alla fine del follow-up, un miglioramento sintomatologico significativo dopo terapia farmacologica.

#### CONCLUSIONI

I sintomi da OAB hanno un impatto complesso e multidimensionale sulle donne sessualmente attive con particolare compromissione della sfera sessuale, emotiva, relazionale e sociale evidente nelle donne più giovani.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## C 47 – C 51 DISTURBI DELL'IDENTITÀ DI GENERE Sala Apollo 13/06 h. 8.00-9.00

#### C 47

##### GENITOPLASTICA FEMMINILIZZANTE NEL DISTURBO DELL'IDENTITÀ DI GENERE, TECNICA DI CONFEZIONAMENTO DEL NEOCLITORIDE DI MEATOPLASTICA URETRALE, ASPETTI FUNZIONALI ED ESTETICI

A. Delle Rose, S. Tazzioli, S. Caroassai Grisanti, N. Stomaci, G. Nicita

*Clinica Urologica II Università degli Studi di Firenze*

#### OBIETTIVI

Descrivere la tecnica utilizzata presso la Clinica Urologica II di Firenze nella conversione androginoide nei disturbi dell'identità di genere, sottolineando i vantaggi estetici e funzionali della clitoridoplastica e della meato plastica uretrale con posizionamento a piatto dell'uretra per la formazione del neomeato.

#### MATERIALI E METODI

Abbiamo sottoposto presso la nostra Clinica 3 pazienti a intervento di conversione androginoide.

La tecnica in tempo unico prevede orchifunicolec-tomia bilaterale mediante incisione scrotale mediana seguita da una fase di disassemblamento penieno. La cute dell'asta, insieme al dartos viene separata dai corpi cavernosi preservando il fascio vascolonervoso dorsale del pene. Viene quindi creato, tra retto e prostata lo spazio per la neovagina che sarà confezionata mediante tubularizzazione ed inversione della cute del pene alla cui parete dorsale vengono praticate 2 incisioni distanti circa 2 cm tra loro per il passaggio, cranialmente del neoclitoride ed inferiormente del moncone uretrale.

Per la formazione del neoclitoride viene utilizzata la porzione dorsale del glande senza tessuto prepuziale previo salvataggio del fascio vascolo nervoso penieno; una volta fatto passare per l'incisione mediana il neoclitoride viene suturato con punti staccati alla cute.

Circa 1,5 sotto il neoclitoride viene praticata la seconda incisione mediana da cui viene esteriorizzata l'uretra con sua apposizione a piatto; l'uretra viene spatolata superiormente e quindi suturata alla cute creando nella sua porzione superiore una zona pianeggiante centralmente e lievemente rilevata ai bordi che ricrea parzialmente il vestibolo dell'uretra e del clitoride.

Per la creazione delle grandi labbra viene utilizzata la cute scrotale che mostra caratteristiche simili, su cui viene creata una plicatura mediante posizionamento di punti atti a replicare la forma delle labbra stesse.

#### RISULTATI

In tutti e tre i pazienti sottoposti a questo tipo di tecnica si sono ottenuti risultati soddisfacenti sia in termini estetici che funzionali. In particolare a tre mesi dall'intervento non si sono verificate stenosi del neomeato uretrale e le pazienti riferivano una buona sensibilità del neoclitoride.

#### CONCLUSIONI

La tecnica di spatolatura mediante sezione del corpo spongioso dell'uretra permette nella chirurgia di conversione androginoide, buoni risultati estetici e funzionali consentendo alle pazienti una riferita soddisfacente attività sessuale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### C 48

##### LA GUARIGIONE DELLA FERITA CHIRURGICA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO DI RIASSEGNAZIONE DEI CARATTERI SESSUALI MALE TO FEMALE PUO' ESSERE INFLUENZATA DALLA FLORA MICROBICA SCROTALE PRE OPERATORIA?

L. Rolle, C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, C. Negro, E. Galletto, A. Buffardi, D. Fontana  
*Divisione Universitaria di Urologia 2 - Ospedale Molinette, Torino*  
S.S.C.V.D. per l' Andrologia

**INTRODUZIONE**

In chirurgia ricostruttiva, l'infezione della ferita è una delle cause di guarigione anomala o ritardata e può compromettere i buoni esiti dell'intervento. In particolare la cute scrotale, è sede di sviluppo batterico molteplice e ad elevata concentrazione.

Questo studio si prefigge l'obiettivo di valutare la possibile influenza della normale flora microbica cutanea scrotale sull'andamento della guarigione della ferita chirurgica in pazienti sottoposti ad intervento di transessualizzazione in senso andro-ginoide.

**MATERIALI E METODI**

Da marzo 2005 a febbraio 2009 sono stati sottoposti a riassegnazione dei caratteri sessuali in senso MtoF, 27 pazienti. In tutti, è stato effettuato, prima dell'intervento, un prelievo mediante spazzolamento con tampone sterile della flora microbica residente sulla cute scrotale prima dell'intervento e a distanza di 1 mese a livello della neovagina.

**RISULTATI**

In 9 casi su 27 la completa guarigione della ferita all'interno della neovagina è risultata difficoltosa e protratta nel tempo (2 mesi circa) nonostante le prescrizioni terapeutiche fossero state eseguite alla lettera. L'esame colturale cutaneo preoperatorio aveva dimostrato in questi casi, rispettivamente la presenza di una flora microbica residente mista con un'elevata concentrazione di Corynebacteria, Miceti, Stafilococchi, Streptococchi e Klebsiella. Tale presenza significativa è stata altresì rilevata nel colturale post intervento. Negli altri casi la tempistica di completa guarigione è stata di circa 1 mese e gli esiti sono risultati più che soddisfacenti. La flora microbica residente era mista e rappresentata a concentrazioni non significative.

**DISCUSSIONE**

I pazienti con guarigione regolare presentavano una flora microbica scrotale tipicamente cutanea e a concentrazione normale sia prima che dopo l'intervento. Le pazienti che presentavano una flora microbica residente a concentrazione maggiore ed, in particolare, più ricca di Corynebacteria, Miceti, Stafilococchi,

Streptococchi e Klebsiella, hanno mostrato un certo ritardo della guarigione. Ciò confermerebbe l'ipotesi che l'esito e la tempistica di guarigione della ferita chirurgica negli interventi di transessualizzazione possano essere influenzate dalla presenza di una flora microbica cutanea scrotale maggiormente concentrata. Eseguire procedure preoperatorie di detersione e disinfezione particolarmente accurate potrebbe consentire di ridurre le difficoltà di guarigione postoperatorie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C49****CONVERSIONE ANDRO-GINOIDE: STUDIO CON RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE**

M. Soli (1), E. Brunocilla (2), F. Palmieri (2), G. Martorana (2)

(1) *Andrologia A.O. Universitaria S.Orsola-Malpighi, Bologna* - (2) *Clinica Urologica A.O. Universitaria S.Orsola-Malpighi, Bologna*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

La Conversione Andro Ginoide (CAG) determina una profonda modifica dell'anatomia genitale del paziente sottoposto a tale intervento. La Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) può essere vantaggiosamente utilizzata per definire la nuova situazione anatomica di monte di Venere, neo-vulva, neo-clitoride e neo-vagina. Gli obiettivi di questo studio sono di valutare le informazioni ottenibili con la RMN nei paz. sottoposti a CAG, nell'ottica di un miglioramento della strategia chirurgica.

**MATERIALI E METODI**

Dall'aprile 2004 al Gennaio 2009, 33 uomini (età 20-60 aa, media 30) sono stati sottoposti a CAG, secondo una tecnica che utilizza la pelle del pene e dello scroto, invertita, per la confezione della neovagina. Tutti avevano effettuato terapia estro-progestinica fino ad un mese prima l'intervento ed erano in possesso dell'autorizzazione legale. Il gruppo dei pazienti sottoposti a CAG nel 2008 (10 paz., età 22-40 aa, media 31.7) è stato sottoposto ad indagine RMN dei genitali, prima e dopo 1 mese dalla

CAG. Come controllo sono state utilizzate le immagini ottenute in 10 donne, comparabili per età e caratteristiche somatiche, sottoposte a RMN per patologie urologiche, non influenti sulla morfologia genitale.

**RISULTATI**

- a) profondità della neovagina: media 9,2 cm (controlli 8 cm)
- b) angolo fra neovagina e asse dell'apertura pelvica inferiore: media 54° (controlli 40°)
- c) spessore del setto retto-neovagina: non differenze fra i due gruppi
- d) spessore del monte di Venere: media 3,4 (controlli 3,7).

**CONCLUSIONI**

La RMN permette di definire precisamente la morfologia di genitali nella CAG e di controllare quindi i risultati della tecnica chirurgica impiegata. In particolare, i dati su profondità ed inclinazione della neovagina rivestono un ruolo fondamentale per una soddisfacente penetrazione.

Un monte di Venere simil femminile migliora l'estetica.

Gli stretti rapporti di vicinanza fra fondo della neovagina e complesso prostatico-vescicolare possono poi dare conto dell'orgasmo che molti trans affermano di avere durante il rapporto.

Benché, a nostro avviso la RMN abbia un ruolo prevalentemente nella ricerca e nelle complicanze, il suo utilizzo può essere estremamente utile nel migliorare la strategia chirurgica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 50****ANALISI DEI RISULTATI E GESTIONE DELLE COMPLICANZE DELLA CHIRURGIA DI TRANSESSUALIZZAZIONE MALE TO FEMALE NEI PRIMI QUATTRO ANNI DI ATTIVITA' DEL C.I.D.I.GE.M. DI TORINO**

L. Rolle, M. Timpano, C. Ceruti, O. Sedigh, C. Negro, A. Buffardi, E. Galletto, D. Fontana  
*Divisione Universitaria di Urologia 2 - Dir. Prof. D. Fontana* -

*S.S.C.V.D. per l' Andrologia – Resp. Dott. Luigi Rolle - C.I.D.I.Ge.M. - Ospedale Molinette, Torino*

**INTRODUZIONE**

Scopo di questo lavoro è di presentare i risultati degli interventi di transessualizzazione androginoide, ottenuti dall'équipe del C.I.D.I.Ge.M., il centro costituitosi nel 2005 presso l'ospedale Molinette di Torino, per la diagnosi e terapia del disturbo del Disturbo di Identità di Genere.

**MATERIALI E METODI**

Da marzo 2005 a febbraio 2009, sono stati sottoposti a conversione chirurgica dei caratteri sessuali in senso MtoF 27 pazienti transessuali. Tutte le pazienti sono state seguite preoperatoriamente dal C.I.D.I.Ge.M., relativamente alla valutazione diagnostica psicologico-psichiatrica e al supporto endocrinologico. Il real life test è durato almeno 24 mesi per tutte le pazienti. L'età media è di 32 anni (range 23–62).

**RISULTATI**

Il tempo operatorio medio è risultato di 3,4 ore (range da 3.2 a 6 ore, tenendo conto dell'iniziale curva di apprendimento). Il catetere vescicale è stato mantenuto mediamente per 7 giorni ed il tutore vaginale rimosso contestualmente al catetere. Il follow up medio delle pazienti è ad oggi di 27 mesi (range 49-1). La dimissione è avvenuta mediamente in 9ª giornata post-operatoria (range 7-16). Non si sono registrate complicanze intraoperatorie gravi. In 1 caso, un'emorragia dal corpo spongioso uretrale ha richiesto l'applicazione di punti di sutura a scopo emostatico nell'immediato post-operatorio. Complicanze a distanza: 2 infezioni della ferita chirurgica (trattate con terapia antibiotica prolungata), 5 stenosi della neovagina (trattate mediante incisioni laterali di scarico e tutore vaginale per 1 settimana), 5 stenosi del meato uretrale esterno (meatoplastica uretrale con spatulamento esteso dell'uretra), 2 coartazioni della neovagina (ricostruzione della neovagina con ansa intestinale), 2 invaginazioni del neoclitoride e 2 asimmetrie delle grandi labbra, 1 fistola neovagino-rettale (asportazione della fistola per via transvaginale), 1 caso di bulbo uretrale ipertrofico, 1 litiasi vescicale da ipocontrattilità destrutturale (cistolitotrixxia endoscopica). Dal punto di vista prettamente estetico, il risultato finale ha risposto alle aspettative delle pazienti in tutti i casi operati.

**DISCUSSIONE**

La chirurgia del transessualismo MtoF è senza dubbio impegnativa e si presta frequentemente a sequele post-operatorie. La soddisfazione del paziente dipende quindi dal chirurgo, ma anche dal counselling pre e post-operatorio, incentrato anche sulla necessità di un’adeguata compliance da parte delle pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**C 51  
IMPATTO DELLA RIASSEGNAZIONE CHIRURGICA DEI CARATTERI SESSUALI SUI DISTURBI DEL BASSO TRATTO URINARIO**

G. Liguori, C. Trombetta, M. D. Perrone, L. Scati, E. Belgrano  
*Clinica Urologica - Azienda Ospealiero Universitaria di Trieste*

**INTRODUZIONE**

Obiettivo della chirurgia nel disturbo di genere androginoide è di creare un complesso perineale e genitale il più femminile possibile dal punto di vista estetico e funzionale con la minore invasività chirurgica.  
Durante l’intervento, l’uretra viene accorciata ed ampiamente spatolata sino in prossimità dello sfintere striato: è possibile quindi che si verifichino delle modificazioni nelle abitudini minzionali e nella funzione del basso tratto urinario.

**MATERIALI E METODI**

Su un totale di 213 pz sottoposti a RCS androginoide negli ultimi 15 aa, 78 pz (36,6%) hanno accettato di rispondere ad un questionario telefonico.  
Sono stati analizzati diversi aspetti postchirurgici, vita relazionale/sexuale e funzionalità sociale. In questo studio focalizziamo l’attenzione sulle modifiche nella dinamica minzionale.

**RISULTATI**

L’età media all’intervento era di 33,8 anni (ds 8,2, range: 20-58). Il follow up medio considerato era di 4,3 anni. 14 pazienti hanno affermato di aver sofferto di disturbi urinari nel periodo immediatamente successivo all’intervento chirurgico. Nel dettaglio sono stati riferiti: una generica difficoltà

alla minzione, una esitazione nell’inizio della minzione, una minzione interrotta, episodi di cistite severa riportati da una sola paziente, 2 casi di flusso urinario deviato, 3 di flusso frastagliato, una persistenza del bulbo uretrale, 2 casi di ritenzione urinaria, una stenosi uretrale e un caso di problema urinario non meglio specificato. Si sono verificati 3 casi di stenosi uretrale con conseguente sintomatologia di tipo ostruttivo. Inoltre abbiamo rilevato 17 casi di incontinenza di tipo urinario, (non è stato riferito nessun caso di incontinenza fecale) e 28 pz hanno riferito insorgenza di pollachiuria dal momento dell’intervento. Perdita di urine con sforzo o tosse è stata riferita da 10 pz. Infine infezioni urinarie si sono verificate in 30 pz. 2 pz hanno riferito presenza di cistiti recidivanti e 5 di cistiti comparse solo nel periodo immediatamente successivo all’intervento.

**DISCUSSIONE**

Riteniamo che prima del trattamento i pz dovrebbero essere informati sull’eventualità di insorgenza di disturbi del basso tratto urinario dopo chirurgia di genere. A spiegazione di questo esistono secondo noi alcune ipotesi: la possibile lesione del complesso sfinterico e della muscolatura perineale, l’alterazione della normale statica pelvica, l’accorciamento dell’uretra, il danneggiamento dell’innervazione vescicale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No





XXV Congresso  
**CATANIA**  
POSTER

A red square logo featuring a classical sculpture of a woman, possibly a figure from Greek or Roman art, in a dynamic pose.

## P 1 – P 4

### DISFUNZIONE ERETTILE

Sala Giove 10/06 h. 18.00-19.00

#### P 1

##### DEFICIT ERETTILE “SPIA” DI PATOLOGIA VASCOLARE EXTRAGENITALE: UTILITA’ DELL’ESAME DOPPLER PENIENO E CORRELAZIONE CON I FATTORI DI RISCHIO CARDIO-VASCOLARE.

M. Vetri, G. Verga, A. Stancampiano, S. Crimi  
Divisione Clinicizzata di Endocrinologia  
A. O. “Garibaldi - Nesima”, Catania

Il deficit erettile (DE) può rappresentare la “spia” di un danno vascolare sistemico legato ad aterosclerosi e disfunzione endoteliale. Malattie cardiovascolari e DE infatti condividono fattori di rischio comuni come il fumo, l’ipertensione, la dislipidemia e il diabete mellito (DM). Abbiamo studiato la relazione tra danno vascolare penieno, valutato al doppler penieno (DPD), e patologia vascolare in altri distretti. 904 pazienti consecutivi di età compresa fra 17 e 81 anni (mediana 57 aa) hanno effettuato una visita approfondita per DE. Inoltre tutti hanno eseguito DPD. Sono stati presi in considerazione velocità di picco sistolico (VPS in cm/sec) e velocità telediastolica (EDV in cm/sec), patologici rispettivamente se con valori <30 cm/sec. e >5 cm/sec. Fattori di rischio considerati: fumo di sigaretta, DM, ipertensione arteriosa/terapia antiipertensiva, pregresse malattie cardiovascolari (CVD). Le alterazioni vascolari peniene di VPS erano il 16% e aumentavano con l’età dei pazienti ( $p < 0.0001$ ). Le alterazioni della EDV erano presenti nel 25%. Il rischio di un’alterazione del flusso arterioso penieno era aumentato se presente DM (OR 3.8; C.I. 1.9-7.7;  $p < 0.0004$ ) o pregresse CVD (OR 4.3; C.I. 2.1-8.9;  $p < 0.0002$ ). Tale rischio presentava una progressione geometrica quando DM e CVD erano associati (OR 10.1; 3.5-29.1;  $p < 0.0001$ ). I valori di VPS erano più bassi nei pazienti con DM e/o pregresse CVD rispetto ai pazienti senza alcun fattore di rischio associato oppure ai pazienti con presenza di fumo e/o ipertensione arteriosa ( $p < 0.0001$ ). I valori di EDV

invece non si presentavano associati in modo significativo ai fattori di rischio esaminati. Fattori di rischio indipendenti, associati ad alterazioni del flusso arterioso penieno, sono risultati età ( $p < 0.0001$ ), DM ( $p < 0.0001$ ), CVD ( $p < 0.0008$ ).

#### CONCLUSIONE

La diagnosi di DE ed in particolare le alterazioni vascolari peniene valutate mediante DPD, sono da considerare a tutti gli effetti una “spia” di possibile patologia vascolare in altra sede. DPD può pertanto rappresentare un utile ausilio diagnostico precoce nella prevenzione delle malattie aterotrombotiche anche per distretti vascolari diversi da quello penieno.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 2

##### DISFUNZIONE ERETTILE NEL POST INFARTO. UN APPROCCIO INTEGRATO FRA MENTE E CUORE. UNO STUDIO IN ESSERE

E. Longhi, A. Salonia, P. Rigatti, F. Montorsi  
Dip. Urologia, Centro di Medicina sessuale, Università Vita e Salute, H San Raffaele, Milano

#### INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Il presente studio ha cercato di indagare la connessione fra stress post-traumatico e sessualità in pazienti infartuati a sei mesi dall’evento patologico.

#### MATERIALI E METODI

Sono stati esclusi dallo studio pazienti con disturbi psichiatrici, comportamenti borderline e con depressioni severe antecedenti l’evento cardiologico. Reclutati: 30 pazienti a sei mesi dall’infarto nella fascia d’età 40-50 anni e le relative partner (32-46 anni). Le cui relazioni continuative erano almeno di due anni. Sono stati somministrati i seguenti questionari autocompilativi: CCEI, DAS, AQ, ISS. Tutti i pazienti erano sottoposti a terapia farmacologica per la ripresa della potenza sessuale.

#### RISULTATI

Lo stress cronico conseguente alla diagnosi cardiologica ha mostrato un’alterazione della risposta dell’asse corticoadrenoipotalamica nella totalità dei pazienti con chiari sintomi depressivi (78%), calo del desiderio (56%), ansia per relazioni “competitive” con partner più giovani (65%). Instabilità emotiva (92%), attacchi di panico e ansia fobica (59%) relazione conflittuale con il/la partner (54%). Scarsa compliance (91%) nell’aderire ai consigli dei medici per più di tre settimane. Sono emersi nel 67% dei pazienti sintomi depressivi severi e insonnia. Le partner hanno mostrato scarsa qualità del desiderio (34%), sintomi ansioso-depressivi latenti, relazioni ambivalenti con il partner.

#### CONCLUSIONI

Lo studio sembra aver riscontrato una connessione netta fra il livello di sostegno della partner nella fase riabilitativa e la ripresa della sessualità. La disfunzione erettile appare più severa (45%) in coppie simmetriche, e in pazienti con stress psicosociale. Lo studio sembra proporre un counseling sessuocardiologico in divenire, affiancato alle terapie mediche per facilitare i medici

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 3

##### LA RIABILITAZIONE SESSUALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE: STUDIO SU 56 PAZIENTI SOTTOPOSTI A TERAPIA CON TADALAFIL E ALPROSTADIL

G. Paulis, R. D’Ascenzo, P. Nupieri, G. Orsolini, T. Brancato  
Servizio di Andrologia - S.S. Dipartimentale Urologia Ospedale Regina Apostolorum, Albano Laziale (Roma)

#### INTRODUZIONE

Nel carcinoma prostatico localizzato la prostatectomia radicale retropubica (RRP) anche nerve-sparing (NS) determina ancora un’elevata percentuale di DE. E’ necessaria quindi una riabilitazione sessuale post-RRP. Lo studio ha valutato uno schema terapeutico su un gruppo di p. già operati utilizzando Tadalafil associato, al bisogno, ad iniezioni intracavernose (ICI) di Alprostadil. Materiali e metodi: 56

p. (età media = 64,14 aa) sottoposti a riabilitazione [NS 36 casi; nerve sparing unilaterale (UNS) 11 casi; non-NS 9 casi] altri 32 p. non riabilitati, sottoposti però a follow up. Schema riabilitativo = inizio 1 mese dopo RRP: 2 mesi di Tadalafil 10mg/os/di/la sera. Dopo 2 mesi compilazione questionario Indice Funzione Erettile (IIEF) (già compilato pre-RRP) e: invito ai p. responders a proseguire la terapia; FIC test ai p. con insufficiente rigidità (5-20mcg Alprostadil) fino ad ottimizzare la dose per auto-ICI 2 volte/settimana +Tadalafil 10mg/di. Per tutti i p. follow up/3,6,12 mesi dall’intervento con compilazione dell’ IIEF. Il protocollo prevedeva che i non responders (anche a 20 mcg di PGE1) avrebbero proseguito per altri 12 mesi con Tadalafil 10mg/di + ICI (Alprostadil 20 mcg).

#### RISULTATI

Dopo 2 mesi di Tadalafil/di/os hanno risposto al farmaco 19 p. su 56 (33,9%), 15 NS e altri 4 UNS, e a 12 mesi: 46 casi su 56 (82,1%)(età media= 63,5 aa) di cui 36 hanno dovuto associare ICI. Il successo nelle diverse classi è stato: NS 91,6% (33/36); UNS 81,8% (9/11); non-NS 44,4% (4/9). In 13 p. su 56 (23,2%) si è ottenuto ripristino di erezioni spontanee senza più necessità di assumere farmaci: NS 27,7% (10/36); UNS 18,1% (2/11); non NS 11,1% (1/9). Nel follow up a 12 mesi 10 pazienti su 56 non hanno risposto a nessuna terapia (17,8%) (5 NNS, 2 UNS, 3 NS) (età media=66,9 aa). Ripresa erezione spontanea nei p. non riabilitati: 4 casi su 32 (12,5%). I risultati indicano che il successo è correlato all’età del p. (età media successo terapeutico = 63,5 aa; insuccesso terapeutico = 66,9 aa). I dati indicano poi che il buon esito riabilitativo dopo RRP è strettamente correlato al maggiore risparmio dei fasci neurovascolari.

#### CONCLUSIONI

Una corretta gestione del p. con ca. prostatico localizzato, sia operatoria (RRP+NS) che post operatoria (riabilitazione) è necessaria per raggiungere un buon risultato terapeutico, specie se la riabilitazione viene iniziata al più presto, ad un mese dall’intervento e favorendo la precoce ossigenazione dei corpi cavernosi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 4****RIABILITAZIONE SESSUALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE (NERVE SPARING E NON NERVE SPARING): NOSTRA ESPERIENZA SU 98 PAZIENTI**

F. Castiglioni, G. Giancesini, A. Tadorelli, A.M. Marconi

*Struttura Complessa di Urologia Ospedale Macchi, Varese*

**INTRODUZIONE**

La disfunzione erettile (DE) dopo prostatectomia radicale (PR) presenta un'incidenza riportata in letteratura variabile tra il 10 e il 90%. Le terapie proposte per la riabilitazione comprendono farmaci per os (PDE5i) e terapie locali con Alprostadil, da iniziarsi il più precocemente possibile dopo l'intervento chirurgico. Non esiste ancora, tuttavia, un protocollo standardizzato. In questo lavoro presentiamo l'esperienza maturata nel nostro Ambulatorio andrologico di riabilitazione della funzione erettiva in pazienti affetti da DE dopo PR (nerve-sparing [NS] e non nerve-sparing [NNS]).

**MATERIALI E METODI**

Tra Ottobre 2006 e dicembre 2008 hanno aderito al protocollo di riabilitazione della funzione erettiva 98 pazienti, di cui 44 sottoposti a prostatectomia radicale nerve-sparing (NS) e 54 non nerve-sparing (NNS). Il protocollo, un mese dopo l'intervento chirurgico, prevede l'associazione di terapia orale con Tadalafil 20 mg 3 volte a settimana (o in alternativa Vardenafil 20 mg 1 cp 3 volte a settimana) e 1 iniezione intracavernosa (ICI) di Alprostadil a settimana per i primi tre mesi, da proseguirsi per almeno altri 3 mesi (nel caso di non recupero delle erezioni spontaneamente o con farmaco orale). L'età media dei pazienti sottoposti a prostatectomia NS risulta di 62,5 anni e per quelli sottoposti a intervento NNS 64,2. I pazienti sono stati valutati con IIEF pre e post operatorio a 3, 6, 9, 12, e 18 mesi.

**RISULTATI**

In 78/98 pazienti è stato possibile completare il follow up a 18 mesi (36 NS e 42 NNS), con drop out di 20/98 pazienti. Nei pazienti NS, 7/36 hanno avuto una ripresa delle erezioni spontanee, 21/36 hanno ottenuto erezioni sufficienti a penetrare solo

con terapia orale e 8/36 hanno dovuto proseguire con auto ICI per ottenere una rigidità sufficiente al rapporto. Nei pazienti NNS, 3/42 hanno avuto una ripresa delle erezioni spontanee, 17/42 hanno ottenuto erezioni valide con terapia orale, 22/42 hanno dovuto proseguire con auto ICI per ottenere una rigidità sufficiente per la penetrazione. Effetti collaterali: 17/98 pazienti hanno lamentato dolore locale dopo ICI, 2/98 hanno sviluppato fibrosi albuginea dorsale aspecifica.

**CONCLUSIONI**

Con l'applicazione di un protocollo di riabilitazione sessuale precoce nel paziente prostatectomizzato abbiamo ottenuto: ripresa delle erezioni spontanee in 10/78 pazienti (12,8%) (3 NNS e 7 NS); ottenimento di erezioni valide con terapia per os in 38/78 pazienti (48,7%) (17 NNS e 21 NS).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 5 – P9**  
**MISCELLANEA**  
 Sala Giove 11/06 h. 8.00-9.00

**P 5****TRATTAMENTO DEL VARICOCELE IN ANESTESIA LOCALE: 2,5 ANNI DI ESPERIENZA**

M. Rinella<sup>1</sup>, G. Carollo<sup>1</sup>, D. Di Trapani\*, D. Di Trapani<sup>1</sup>

*1UO di Urologia Buccheri la Ferla di Palermo*

*\*Medico chirurgo*

**INTRODUZIONE**

L'anestesia locale, specie in regime di Day Surgery utilizza blocchi anestetici centrali, blocchi tronculari periferici, infiltrazioni locali e garantisce un livello di analgesia paragonabile all'anestesia generale evitando inutili e costose ospedalizzazioni deleterie per i pazienti e per l'economia sanitaria. L'anestesia locale in urologia utilizza blocchi tronculari periferici dei nervi ileoinguinale, ileoipogastrico, genitofemorale con aggiunta o meno di sedazione.

**MATERIALI E METODI**

Dal Settembre 2006 fino al Giugno 2008 abbiamo eseguito 69 legature del plesso pampiniforme in anestesia locale utilizzando una miscela di ropivacaina e lidocaina, con approccio subinguinale secondo tecnica di Marmar.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione del dolore operatorio tramite una visual analogic scale (VAS) con range compreso fra 0 e 10.

**RISULTATI**

Trentaquattro pazienti hanno risposto alla valutazione complessiva del dolore intra e perioperatorio con un valore della VAS pari a zero. Il punteggio VAS medio è stato di 1,11. Tre pazienti hanno lamentato una bradicardia da sindrome vagale risoltasi con la somministrazione di atropina.

**CONCLUSIONI**

La metodica si è rivelata efficace e sicura nel 100% dei pazienti. Tuttavia si raccomanda il monitoraggio cardiocircolatorio per tutti i pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 6****VARICOCELE MONOLATERALE IN ANESTESIA LOCALE "STEP BY STEP": NOSTRA ESPERIENZA**

F. Abate, A. Paradiso, S. Cimino, P. Butera, A. Ingrassia, G. Salvia

*A.USL 3, Catania - P.O. "Castiglione - Prestianni", Bronte (CT) - U.O.C. di Urologia*

**INTRODUZIONE E OBIETTIVI**

La legatura e sezione delle vene ectasiche e refluenti è la scelta terapeutica per chi è affetto da varicocele. Molte sono le tecniche adoperate che vanno dalla legatura alta secondo Palomo, alla Ivanissevich, fino alle più recenti legatura in video-laparoscopia e sclerosi anterograda transscrotale secondo Tauber.

Noi presentiamo la nostra esperienza di legatura e sezione delle vene spermatiche in anestesia locale "step-by step" con accesso sub-inguinale.

**MATERIALE E METODI**

Dal 2003 ad oggi abbiamo eseguito oltre 200 interventi di legatura delle vene spermatiche in Day-Surgery e in anestesia locale. L'età dei pazienti va dai 16 ai 35 anni (età media 25,5). La diagnosi è basata sulla sintomatologia clinica che può andare dalla pesantezza al dolore scrotale, sull'obiettività locale all'esame clinico, l'esame morfologico del liquido seminale e l'ecodoppler dei vasi spermatici.

Dopo adeguata preparazione e informazione del paziente all'intervento, eseguiamo anestesia locale a strati con Lidocaina al 2%, infiltrando di seguito la cute e gli strati sottostanti all'emergenza del funicolo lungo l'orifizio esterno del canale inguinale. L'intervento chirurgico viene eseguito con una incisione di circa 1,5-2 cm in sede sub-inguinale. Il tempo operatorio va da 15 a 30 minuti e la degenza nel postoperatorio va da 2 a 3 ore.

**RISULTATI**

La tecnica chirurgica ormai consolidata ha evi-



denziato una minore morbilità, e non riportiamo, infatti, complicanze nell'immediato o nel postoperatorio a lungo termine. Nessuno dei pazienti trattati con anestesia locale, inoltre, è stato convertito ad altre tecniche anestesiológicas.

La dissezione minuziosa e la preparazione accurata delle vene ha permesso infine di non avere, se non in due casi, recidive del varicocele e/o idrocele secondario, complicanze queste ultime certo le più frequenti in ogni tecnica chirurgica adottata.

### CONCLUSIONI

Il trattamento micro-chirurgico del varicocele in anestesia locale con accesso sub-inguinale, è una procedura sicura e con bassa morbilità, ed inoltre riduce i costi di ospedalizzazione in termini economici e di tempo.

La possibilità di una minuziosa dissezione chirurgica con preservazione dei vasi deferenziali e dei linfatici del funicolo ci ha permesso di ridurre al minimo l'incidenza del varicocele recidivo e l'idrocele secondario a stasi linfatica.

Bibliografia:

Hsu GI, Ling PY, Hsieh CH, Wang CJ, Chen CW, Wen HS, Huang HM, Einhorn EF, Tseng GF. Asian J Androl. 2005 Dec; 7(4):439-44

Testini M, Miniello S, Piccini G, Di Venere B, Lissidini G, Esposito E. Minerva Chir. 2001 Dec; 56(6): 655-9

Gontero P, Pretti G, Fontana F, Zitella A, Marchioro G, Frea B. Urology. 2005 Nov; 66(5): 1075-9

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 7

#### TRATTAMENTO DEL VARICOCELE IDIOPATICO IN ETA' PEDIATRICA ED ADOLESCENZIALE CON SCLEROEMBOLIZZAZIONE RETROGRADA TRANS-FEMORALE: INDICAZIONI E LIMITI

G. Mansueto(1), C. Chironi(2), E. Maines(3), E. Barbi(4), F. Antoniazzi(3), M. Sulpasso (2).

(1) *Clinica Radiologica, Università degli Studi di Verona*

(2) *Chirurgia Pediatrica, Clinica Pederzoli, Peschiera del Garda (VR)*

(3) *Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Verona*

(4) *Servizio di Ecografia, Clinica Pederzoli, Peschiera del Garda (VR)*

### INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Presentiamo la nostra esperienza sul trattamento del varicocele in età pediatrica ed adolescenziale con trattamento radiologico mediante scleroembolizzazione retrograda trans-femorale. Una tecnica, questa, alternativa a quella chirurgica, che si è resa indispensabile nei casi in cui l'intervento risulti rischioso o controindicato e nei casi di recidive o persistenze per evitare una anestesia generale ed un reintervento.

### MATERIALI E METODI

Sono stati trattati negli ultimi 5 anni 51 pazienti con varicocele sx di età compresa tra i 12 e i 20 anni utilizzando la tecnica radiologica di scleroembolizzazione retrograda. La tecnica è stata eseguita in anestesia locale con un accesso femorale dx, mediante introduttore di 6f, cobra di 5f, 1-2 spirali di 8-10 mm, pallone occlusore. Le indicazioni sono state le seguenti: a) obesità, b) pregressi interventi inguinali, c) recidiva o persistenza del varicocele.

### RISULTATI

In 37 casi la tecnica è stata eseguita con successo, nei rimanenti 14 casi non è stato possibile eseguire la scleroembolizzazione per i seguenti motivi: a) particolare tipo di rivascolarizzazione del varicocele (1 caso),

b) presenza di valvola continente (11 casi)

c) stravasamento di mezzo di contrasto (1 caso)

d) evidenziazione di spasmo del tratto prossimale della vena spermatica interna al termine della manovra di embolizzazione (1 caso)

### CONCLUSIONI

La scleroembolizzazione retrograda è una tecnica minimamente invasiva, sempre espletabile in anestesia locale.

Questi i pregi:

1. la tecnica necessita di minima quantità di sclerosante;

2. il miglioramento dei materiali angiografici riduce drasticamente gli insuccessi;

3. la collaborazione del paziente non è essenziale. I difetti sono imputabili esclusivamente ai costi elevati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 8

#### ERNIAZIONE DI RESERVOIR COME COMPLICANZA DI INSERZIONE DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE

F. Abate, A. Paradiso, S. Cimino, P. Butera, A. Ingrassia, G. Salvia

A.USL 3, Catania - P.O. "Castiglione-Prestianni", Bronte (CT) - U.O.C. di Urologia

### INTRODUZIONE

Descriviamo il caso di una rara complicanza erniaria occorsa ad un paziente di 61 anni sottoposto ad intervento chirurgico di posizionamento di protesi peniena tricomponente per disfunzione erettile.

### MATERIALI E METODI

L'intervento di implantologia peniena veniva eseguito con accesso peno-scrotale, e il reservoir veniva posto in sede retropubica attraverso la fascia trasversalis all'anello inguinale esterno. Il paziente come patologia associata presentava solo una lieve iperglicemia. L'attività sessuale veniva ripresa dopo circa un mese con piena soddisfazione della coppia.

Dopo circa 6 mesi il paziente notava una tumefazione inguinale sinistra cui si accompagnava sotto i colpi di tosse una certa dolenzia e la sensazione di corpo estraneo impegnato nell'anello inguinale.

Tornato a controllo era possibile apprezzare un'ernia inguinale diretta, e alla palpazione sotto sforzo, la protrusione del reservoir.

### RISULTATI

Il paziente veniva sottoposto ad intervento chirurgico qualche settimana dopo, adottando le stesse precauzioni di assoluta asepsi prese all'impianto protesico data anche la condizione di diabete mellito del paziente. Si procedeva pertanto ad ernioplastica secondo Ponstempsky con protesi in polipropilene, previa riduzione della pseudocapsula reattiva al reservoir, dove peraltro si lasciava in situ soluzione antibiotica ad ampio spettro.

La ripresa delle normali attività del paziente si avevano in 8° giornata, mentre l'attività sessuale riprendeva soddisfacentemente dopo circa 3 settimane dall'intervento; a distanza di circa 3 anni il paziente non lamenta alcun disturbo, né si sono apprezzate recidive erniarie.

### CONCLUSIONI:

L'incidenza di migrazione del reservoir in uno studio di circa 1200 impianti di protesi tricomponente è di circa il 28%, e di questi solo lo 0,7 % interessa l'erniazione del reservoir.

L'erniazione, infatti, è una rara complicanza della chirurgia per protesi peniena che accade esclusivamente nell'accesso penoscrotale e nell'immediato periodo postoperatorio associato a tosse vigorosa o vomito e il management consiste nel riposizionamento e riparazione della porta erniaria..

Bibliografia:

Sadeghi-Nejad H, Sharma A, Irwin RJ, Wilson SK, Delk JR. Urology 2001 Jan;57( 1): 142-5.

Park JK, Jang SW, Lee SW, Cui Y. J Sex Med. 2005 Sep; 2( 5):735-6

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 9

#### NUOVA TIPOLOGIA DI MALFUNZIONAMENTO DI PROTESI IDRAULICA TRICOMPONENTE PENIENA: IMPOSSIBILITA' A SGONFIARE UN CILINDRO A 8 ANNI DALL'IMPIANTO

E.S. Pescatori (1,2), B. Drei (1), P. Pisi (3)

1.Servizio di Andrologia, Hesperia Hospital, Modena

2.Unità Operativa di Andrologia, SISMER, Bologna

3.Diagnostica per Immagini, Hesperia Hospital, Modena

### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

I fallimenti meccanici più comuni degli impianti protesici idraulici penieni sono: rottura di un tubo di connessione e cedimenti aneurismatici parietali. Non è mai stata riportata la impossibilità a sgonfiare uno dei due cilindri. Ne riportiamo il primo caso.

### MATERIALI E METODI

Caso clinico. Uomo di 60 anni, sottoposto il 3-2001 presso la nostra Struttura a impianto di protesi AMS 700 CX preconnessa per via infrapubica, con 2 rear tips/cilindro, per DE secondaria a prostatectomia radicale.

Il 2-2008, in corso di vigorosa attività sessuale anale eterosessuale, il paziente avvertiva un improvviso dolore intenso sulla superficie laterale



sinistra dell'asta al terzo medio, e successivamente non riusciva a sgonfiare il cilindro sinistro. Obiettivamente si confermava impossibilità allo sgonfiaggio del solo cilindro sinistro. La protesi risultava per il resto in sede.

Una valutazione TAC evidenziava una modesta dislocazione prossimale dei 2 rear-tips di sinistra, ed impressione di interruzione dell'impianto per alcuni cm cranialmente ai rear tips. Il paziente è quindi stato sottoposto a revisione chirurgica.

### RISULTATI

Intervento chirurgico. Doppio accesso: prepubico longitudinale mediano, e scrotale longitudinale mediano. Alla corporotomia sinistra si visualizzava cilindro sinistro con porzione prossimale disinserita dai rear tips e ruotata assialmente di 180°, a raddoppiare cioè lo spessore del cilindro all'interno del corpo cavernoso. Dopo la rimozione lo svuotamento del cilindro sinistro risultava normale. Si procedeva a rimozione di tutti gli elementi del precedente impianto, e sua sostituzione con AMS 700 CX preconnessa per accesso penoscrotale con pompa MS e con 2 rear tips, sovrapponibili, per ogni cilindro. La lunghezza del complesso cilindro-rear tips risultava bilateralmente maggiore di 2,5 cm rispetto agli elementi espantati. Il decorso postoperatorio procede regolarmente.

### CONCLUSIONI

Primo caso di malfunzionamento di protesi tricomponente con presentazione clinica di impossibilità a indurre sgonfiaggio di uno dei due cilindri.

I momenti etiopatogenetici appaiono essere:

1. ipermobilità dei cilindri all'interno della capsula per "guadagno" di lunghezza di 2,5 cm in 8 anni;
2. sganciamento della base del cilindro dai rear tips;
3. attività coitale vigorosa.

Nell'attuale versione il modello AMS 700 CX prevede rear tips sovrapponibili; questa innovazione, grazie all'incastro tra protesi e rear tips, rende oggi ardua la possibilità di distacco cilindro/rear tips rispetto al passato.

La valutazione TAC preoperatoria consente di formulare il sospetto di kinking del cilindro e di distacco cilindro/rear tips.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 10 – P 14 DISTURBI DELLA EIACULAZIONE Sala Giove 11/06 h. 8.00-9.00

### P 10

#### EIACULAZIONE PRECOCE: E' POSSIBILE PARLARE DI TERAPIA RIABILITATIVA?

P. Leone, A. Papini, C. Rimondi, M. Maleci, M. De Angelis

UO Urologia. Ospedale S. Donato, Arezzo

### INTRODUZIONE

L'eiaculazione precoce rappresenta la più frequente patologia sessuale maschile interessando ben oltre il 20% della popolazione adulta. Si possono distinguere forme assolute (presenti con qualsiasi partner) e relazionali (in cui la precocità si manifesta solo in determinate situazioni). Dal punto di vista eziologico possiamo distinguere forme organiche e non (o idiopatiche) che rappresentano la situazione più ricorrente.

### MATERIALI E METODI

In questo studio, 80 pazienti di età compresa fra i 18 e i 45 anni affetti da eiaculazione precoce non organica assoluta, sono stati sottoposti a terapia con Paroxetina. I pz. sono stati suddivisi in due sottogruppi di 40 individui ciascuno. A tutti è stato sottoposto un questionario PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool) per standardizzare il più possibile la gravità del problema ed è stato chiesto loro di quantificare in minuti la durata del rapporto sessuale. Al primo gruppo di pazienti è stata somministrata Paroxetina 20 mg 1 cp al dì per 2 mesi, passando poi a Paroxetina 10 mg 1 cp al dì per altri 2 mesi. Al secondo gruppo di pazienti è stata invece somministrata Paroxetina 20 mg 1 cp al dì per 2 mesi associando Tadalafil 20 mg 1 cp 2 volte a settimana, passando poi a Paroxetina 10 mg 1 cp al giorno per 2 mesi mantenendo l'associazione di Tadalafil 20 mg 2 volte a settimana.

### RISULTATI

A 2 mesi dalla fine della terapia i pazienti sono stati sottoposti ad una visita di controllo e nuovamente interrogati con il questionario PEDT.

4 pz. dei 40 (10 %) del primo gruppo, trattati con la sola Paroxetina, riferivano un sensibile allungamento del tempo del rapporto, con un valore di PEDT compreso fra 7 e 9. Nel secondo gruppo di pazienti (trattati con Paroxetina e Tadalafil) la percentuale dei soddisfatti saliva al 35% pari a 14 su 40 dei pazienti studiati.

### CONCLUSIONI

Sebbene l'azione degli SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors) nell'inibizione del riflesso eiaculatorio sia da tempo conosciuta, non del tutto chiaro è il ruolo che in tale patologia possono svolgere gli inibitori della fosfodiesterasi 5 (forse per la presenza dell'enzima nei dotti deferenti, nella prostata e nei corpi cavernosi oltre che per la loro capacità di riduzione del periodo refrattario). Con molta probabilità la ritrovata fiducia in loro stessi congiuntamente ad una migliorata prestazione sessuale può, mediante un meccanismo di feedback positivo, rappresentare una possibilità di cura per tale patologia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 11

#### MESSA A PUNTO DI UN MODELLO SPERIMENTALE PER VALUTARE IL TEMPO DI EIACULAZIONE DURANTE LA MASTURBAZIONE IN SOGGETTI MASCHI CON EIACULAZIONE PRECOCE

L. Ziviani(a), G. Piubello(b), P. Beltrami(c), B. Madeo(d), A. Scardigli(e), D. Vecchio(f), F. Zattoni(c), A.R.M. Granata(d), A. Guidi(d), P. Bettica(g), R. C. Alexander(g), J. Lund(g), S. Milleri(a).

(a) Centro Ricerche Cliniche di Verona - Policlinico G.B. Rossi.

(b) Medicina Interna D - Università di Verona

(c) Clinica Urologica - Policlinico G.B. Rossi, Verona

(d) Cattedra di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo - Ospedale di Modena

(e) *Unità operativa di Urologia - Ospedale S. Chiara - APSS Trento*

(f) *Reperto di Urologia - Ospedale Sacro Cuore Don G. Calabria, Verona*

(g) *GlaxoSmithKline, Verona*

## INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

La valutazione in laboratorio dell'eiaculazione precoce (EP) può offrire importanti vantaggi: permette il rigoroso controllo sui parametri di stimolazione sessuale audio/visiva in modo da mantenere l'attenzione del soggetto concentrata con limitate variazioni di contenuto cognitivo; permette di misurare la risposta del sistema nervoso autonomo durante l'eccitazione sessuale; fornisce un modo per misurare la componente fisiologica della risposta sessuale con metodi standardizzati. L'obiettivo di questo studio è di mettere a punto un modello interpretativo focalizzato sul Tempo di Latenza Eiaculatoria durante la Masturbazione (MELT) in soggetti con eiaculazione precoce.

## MATERIALI E METODI

Sono stati inclusi pazienti di età compresa tra 18 e 50 anni con diagnosi di EP primitiva. I criteri di esclusione comprendevano la positività al test dell'etilometro e dell'abuso di droghe, la presenza di disfunzione erettile secondo l'International Index of Erectile Function, la terapia per l'eiaculazione precoce nelle 4 settimane precedenti e l'uso di inibitori del reuptake della serotonina nei 4 mesi precedenti. Il test della latenza dell'eiaculazione (ELT) è stato eseguito facendo visionare ai pazienti un filmato inizialmente di scienze naturali della durata di 20 minuti. Al minuto 20, la natura del filmato cambiava da documentario a film erotico e dopo 10 minuti (al minuto 30), un segnale inserito nel video indicava di iniziare la masturbazione e di premere un pedale (primo segnale). Premendo nuovamente il pedale (secondo segnale) il paziente segnalava il tempo in cui aveva raggiunto l'orgasmo/eiaculazione. Dalla differenza tra i due tempi è stato ottenuto il MELT.

## RISULTATI

Sono stati valutati 22 pazienti di cui 21 sono stati analizzati. L'età media era di 39 anni (26 anni – 49 anni) con una deviazione standard (SD) di 6 anni.

Il tempo riferito di eiaculazione intravaginale (IELT) medio era di 71 sec. (165 sec. - 15 sec.) con una SD di 42 sec. Il valore medio del MELT è risultato di 95 sec. (179 sec.- 27 sec.) con una SD di 50 sec. e un intervallo di confidenza al 95% di 22 sec.

## CONCLUSIONI

I risultati ottenuti indicano una corrispondenza tra MELT ed IELT (entrambi <3 minuti). Lo studio sembra confermare l'utilità del ELT per la valutazione clinica dei pazienti. I risultati suggeriscono che il test può essere un valido strumento per lo studio dell'attività farmacologica di nuovi composti potenzialmente efficaci nel trattamento dell'EP.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 12

### STUDIO RANDOMIZZATO SULL'EFFICACIA DELLA PAROXETINA MESILATO VERSUS ASSOCIAZIONE PAROXETINA MESILATO E VARDENAFIL IN PAZIENTI CON EIACULAZIONE PRECOCE DI TIPO PRIMARIO

G. Campo (1), G. Pomara (2), F. Menchini-Fabris (1), G. Giannarini (1), R. Pagni (1), A. Morelli (1), R. Minervini (1), G. Morelli (1).

1)Urologia Universitaria, Pisa

2)Urologia Ospedaliera, Pisa

## INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Nel presente lavoro mettiamo a confronto, valutandone l'efficacia, la paroxetina e l'associazione paroxetina e vardenafil 10 mg.

## MATERIALI E METODI

Nel 2008 abbiamo arruolato nel nostro ambulatorio 20 pazienti affetti da eiaculazione precoce di tipo primario.

Sono stati randomizzati verso uno dei due gruppi: paroxetina 20 mg/die (Gruppo A: 20); e con Vardenafil 10 mg (20 minuti prima dei rapporti) + paroxetina 20 mg/die (GruppoB: 20).

Abbiamo valutato dopo 3 mesi i risultati in termini di tempo di "latenza". I pazienti hanno compilato al momento dell'arruolamento e dopo 3 mesi di terapia un questionario per valutare il numero di rapporti e il grado di soddisfazione.

## RISULTATI

Nei pazienti del Gruppo A trattati con la sola paroxetina (20 mg/die per 3 mesi) abbiamo registrato una variazione del tempo di latenza eiaculatoria da  $0,27 \pm 0,4$  min. a  $2,8 \pm 0,2$  min. Nei pazienti del Gruppo B in terapia con l'associazione paroxetina + vardenafil 10 mg si è avuto un miglioramento del tempo di latenza eiaculatoria da  $0,3 \pm 0,3$  min. a  $4,4 \pm 0,2$  min.

Il grado di soddisfazione è sovrapponibile in entrambi i gruppi di pazienti (Gruppo A: 7/10 pz; Gruppo B: 8/10 pz) mentre il numero di rapporti è pressoché invariato nel Gruppo A ed è aumentato nel Gruppo B.

## CONCLUSIONI

Il confronto tra paroxetina da sola e in associazione con il vardenafil nel trattamento dell'eiaculazione precoce ha evidenziato miglioramenti nel tempo di latenza eiaculatorio, nel numero di rapporti e nella più generale soddisfazione del benessere psico-fisico a favore dell'associazione tra i due farmaci.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 13

### EFFETTI DELLA SOMMINISTRAZIONE DI VARDENAFIL AL BISOGNO SUL TEMPO REFRATTARIO POST-EIACULATORIO IN UOMINI AFFETTI DA EIACULAZIONE PRECOCE IDIOPATICA

M. Pili, D. Francomano, R. Bruzziches, E. Spera,<sup>°</sup> G. La Pera,\* A. Aversa, G. Spera

Cattedra di Medicina Interna, DFM, Sapienza Università di Roma

<sup>°</sup> Dipartimento Urologia, Università di Roma Tor Vergata

\* Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini, Roma

## INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Gli effetti positivi dei PDE5i sul tempo refrattario post-eiaculatorio (PERT) sono noti solo in uomini normali. Scopo dello studio è stato quello di studiare se la somministrazione di vardenafil 10 mg al bisogno fosse in grado di migliorare il PERT in uomini affetti da eiaculazione precoce idiopatica (LL-PE) senza disfunzione erettiva.

## MATERIALI E METODI

Dopo 4 settimane di run-in senza alcun trattamento, 42 uomini (18-35 anni) sono stati arruolati in uno studio doppio cieco, randomizzato, placebo controllato, della durata totale di 8 settimane, al termine delle quali ciascun soggetto effettuava cross-over al trattamento alternativo della durata di 4 ulteriori settimane. Obiettivo primario è stata la modificazione del PERT dopo 8 settimane di trattamento. Obiettivi secondari sono state le modifiche del tempo di latenza eiaculatorio intravaginale (IELT) e la variazione dei punteggi ottenuti col questionario IPE (Indice di Eiaculazione Precoce) dopo 8 settimane di trattamento.

## RISULTATI

Dopo 8 settimane di trattamento, le variazioni della media geometrica del PERT ( $16.7 \pm 2.0$  vs.  $4.3 \pm 0.9$  min per vardenafil e  $15.3 \pm 2.2$  vs.  $15.8 \pm 2.3$  per placebo,  $p < 0.001$ ) sono risultati maggiori dopo vardenafil che placebo. Vardenafil (vs. placebo) ha migliorato significativamente ( $p < 0.01$ ) la media geometrica dello IELT ( $0.6 \pm 0.3$  vs.  $4.5 \pm 1.1$  min  $0.7 \pm 0.3$  to  $0.9 \pm 1.0$ ) come anche i punteggi relativi al controllo eiaculatorio ( $6 \pm 2$  vs.  $16 \pm 2$ ), alla soddisfazione sessuale generale ( $7 \pm 2$  vs.  $15 \pm 1$ ) ed al disagio sessuale ( $4 \pm 1$  vs.  $8 \pm 1$ ). L'analisi di regressione multipla ( $r^2 = 0.86$ ) del numero di compresse assunte vs numero di rapporti sessuali ha mostrato differenze significative tra le curve ottenute con placebo e vardenafil ( $P < 0.0001$ ). Al termine delle 4 settimane dopo il cross-over, il miglioramento ottenuto per PERT ed IELT è stato mantenuto nei rispettivi trattamenti. Gli eventi avversi più comuni con vardenafil (vs. placebo) sono stati cefalea (10%), flushing (12%) e dispepsia (10%).

## CONCLUSIONI

Nel nostro studio, il vardenafil ha ridotto significativamente il PERT ed ha aumentato l'IELT in uomini con LL-PE. Inoltre, abbiamo dimostrato benefici sulla confidenza, sulla percezione del riflesso eiaculatorio e sulla soddisfazione sessuale probabilmente dovuti alla migliore capacità di ottenere una seconda erezione per un rapporto sessuale successivo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



**P 14****STUDIO OSSERVAZIONALE DELLA PREVALENZA DI ADESIONE ED INTERRUZIONE DELLA TERAPIA CON PAROXETINA IN PAZIENTI AFFETTI DA EIACULAZIONE PRECOCE PRIMARIA**

A. Salonia, A. Gallina, L. Rocchini, F. Pellucchi, A. Saccà, L. Rocchini, M. Ferrari, G. Gadda, F. Dehò, L. Barbieri, P. Rigatti & F. Montorsi  
*Dipartimento di Urologia – Università Vita-Salute San Raffaele, Milano*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Valutazione della prevalenza di adesione ed interruzione della terapia con paroxetina in pazienti affetti da eiaculazione precoce (EP) primaria.

**MATERIALI E METODI**

Sono stati analizzati i dati di adesione e di interruzione della terapia con paroxetina relativi a 93 pazienti consecutivi [età media  $\pm$ DS: 37.6 $\pm$ 10.5 anni; mediana: 36] con normale funzione erettile ed affetti da EP primaria, fortemente motivati ad un trattamento per il loro disordine sessuale. La valutazione pre-trattamento includeva una dettagliata anamnesi medica e sessuale, la auto-valutazione del tempo di latenza intravaginale pre-eiaculatoria (IELT), la compilazione del questionario IIEF, un esame obiettivo completo ed il test di Meares-Stamey. I pazienti ricevevano quindi una prescrizione per paroxetina [nello specifico, 10 mg al giorno per 21 giorni, seguiti da 20 mg al bisogno (3-4 ore prima della attività sessuale pianificata)] per ulteriori 3 mesi (Periodo 1). Nel corso del periodo successivo (Periodo 2), i pazienti potevano scegliere di utilizzare la stessa posologia al bisogno ovvero di utilizzare 10 mg quotidianamente per altri 3 mesi. I pazienti venivano quindi rivalutati a 3 ed a 6 mesi dall'inizio dello studio, richiedendo loro di compilare alcune domande a scelta multipla inerenti ad eventuali specifiche motivazioni di interruzione della terapia suggerita.

**RISULTATI**

Il 30.10% (28/93) dei pazienti decidevano di non iniziare neppure la terapia suggerita. Venti dei restanti pazienti (30.8%) avevano invece deciso di interrompere la terapia con paroxetina prece-

dentemente iniziata. Il principale motivo di interruzione della terapia con paroxetina risultava essere un'efficacia inferiore alle aspettative [15/20 (75%)]; ulteriori motivazioni di interruzione della terapia erano un ridotto interesse sessuale da parte della coppia - per intercorrenti problemi relazionali [3/20 (15%)], e la comparsa di effetti collaterali [2/20 (10%)]. Il 77.8% (35/45) dei pazienti che avevano invece deciso di proseguire con l'assunzione di paroxetina preferiva una terapia continuativa giornaliera, mentre 10 pazienti (22.2%) che proseguivano con una assunzione al bisogno.

**CONCLUSIONI**

I risultati di questo studio osservazionale indicano che ben il 30% degli uomini con EP primaria, motivati ad un trattamento per il loro disordine sessuale, decidono liberamente di non iniziare neppure la suggerita terapia con paroxetina. Inoltre, circa il 30% di coloro che iniziano il trattamento stesso, lo interrompono nel corso dei primi 3 mesi successivi

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 15 – P 19**  
**INFERTILITA'**  
 Sala Apollo 11/06 h. 13.15- 14.45

**P 15****CRIOCONSERVAZIONE DEL SEME DI UN SOGGETTO AFFETTO DA SINDROME DI KLINEFELTER (47, XXY) NON ASSOCIATA A MOSAICISMO**

P. Salacone (1), A. Sebastianelli (1), L. Caponecchia (1), I. Marcucci (1), N. Pacini (1), C. Fiori (1), A. Carbone (2), V. Petrozza (3), R. Rago (1).

(1) U.O.D. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione – Osp. S. Maria Goretti, Latina

(2) U.O.C. di Urologia – Ospedale di Terracina - Università "Sapienza" Polo Pontino

(3) U.O.C. Anatomia Patologica - Università "Sapienza" Polo Pontino

**INTRODUZIONE**

La sindrome di Klinefelter è la più comune anomalia della differenziazione sessuale (1/1000 neonati maschi). La forma classica ha un cariotipo 47,XXY ed è la più frequente causa genetica di infertilità associata ad azoospermia (11%). L'oligoastenoteratozoospermia (OAT) grave (4%), presuppone invece una condizione prevalente di mosaicismo 47,XY/47,XXY. Sono presenti in letteratura rarissimi casi di Oligoastenoteratozoospermia (OAT) grave con cariotipo 47,XXY non associato a mosaicismo.

**CASO CLINICO**

Paziente di 21 anni, giunto alla nostra osservazione in seguito a trauma testicolare. All'esame obiettivo generale spiccava l'elevata altezza (185 cm) rispetto agli altri componenti della famiglia. L'esame obiettivo andrologico mostrava bilateralmente ipotrofia testicolare e varicocele. Abbiamo eseguito, presso il nostro centro, una valutazione ormonale, seminale ed ecografica da cui emergeva: grave dispermia (vol. 1,0 ml; pH 7.5; Conc./ml 8x10<sup>6</sup>; M. Rett. 10%; Atipie 97%), alti valori di FSH (26 ng/ml) ed LH (11 ng/ml), bassi valori di Inibina-B (42 pg/ml), PRL e TE nella norma. L'ecocolorDoppler confermava l'ipotrofia testicolare (dx vol. 3.66 ml, sn. 5.56 ml) e il vari-

cocelo di II grado a dx e IV grado a sn. Veniva richiesto un cariotipo da cui emergeva la diagnosi definitiva: S. di Klinefelter 47,XXY. L'esame, eseguito su un campione di 500 cellule in metafase, confermava la presenza del cromosoma X soprannumerario. In virtù della diagnosi precoce il paziente ha effettuato 3 crioconservazioni successive del seme nella nostra banca dei gameti. Inoltre, poiché affetto da varicocele e quindi al fine di preservare più a lungo la sua fertilità, è stato inviato ai colleghi urologi per l'intervento di legatura delle vene spermatiche e contestuale biopsia testicolare per una valutazione istopatologica ed ultrastrutturale.

**DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

La nostra esperienza conferma come la S. di Klinefelter non sia sempre associata ad azoospermia. Il nostro caso evidenzia, rispetto agli altri già riportati in letteratura, una più elevata concentrazione nemaspermica. La diagnosi precoce, pertanto, può intercettare quelle forme in cui la spermatogenesi è ancora presente e consentire quindi una crioconservazione dei gameti da utilizzare in futuro per tecniche di pma. Questo eviterà al paziente il prelievo testicolare in età più avanzata quando certamente sarà presente una azoospermia. In questi casi, la crioconservazione si pone sia come prevenzione che come strategia terapeutica di una fertilità futura.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 16****ASSOCIAZIONE DI CRIPTORCHIDISMO, VARICOCELE, AZOOSPERMIA E TUMORE A CELLULE DI LEYDIG IN UNA COPPIA DI GEMELLI IDENTICI CON ABERRAZIONE CROMOSOMICA (TRASLOCAZIONE RECIPROCA BILANCIATA)**

M. Vetri, A. Stancampiano

*Divisione Clinicizzata di Endocrinologia  
 Az. Osp. "Garibaldi - Nesima", Catania*



Aberrazioni cromosomiche strutturali, come traslocazioni o inversioni, possono provocare danno testicolare della linea germinale. Nella traslocazione reciproca si ha scambio di materiale cromosomico tra le braccia di due cromosomi eterologhi. Presentiamo un raro caso di una coppia di gemelli identici di 35 anni di età. Entrambi con criptorchidismo e varicocele bilaterale erano stati sottoposti prima ad un trattamento medico e, successivamente, ad orchipectomia e varicocelectomia, rispettivamente a 7 e 28 anni. Uno all'età di 31 anni subiva orchietomia destra per t. a cellule di Leydig (vimentina positivo). Per azoospermia e mancata fertilità da 2 anni, sono pervenuti alla nostra osservazione. Dalla storia non emergeva alcuna infezione andrologica o traumi nella zona genitale. I pazienti erano non fumatori e non consumavano alcolici, né assumevano farmaci in cronico. L'esame fisico dei testicoli in uno mostrava solo il didimo sinistro e nell'altro entrambi i testicoli, in tutti di consistenza elastica e volume 15 ml; dotti deferenti, epididimi e prostata erano normali alla palpazione. In entrambi i testicoli l'ecografia rivelava un ecopattern omogeneo senza segni di malignità. Il doppler del plesso pampiniforme non mostrava reflusso durante la manovra di Valsalva. Lo spermioγραμμα eseguito dopo 5 giorni di astinenza sessuale, e successivamente entro 2 mesi, secondo le linee guida dell'OMS (1999), mostrava in entrambi i gemelli azoospermia con volume dell'eiaculato 2,5 ml, pH 7.7, fruttosio nel range di normalità, tempo di liquefazione 20' min. La spermio-coltura escludeva infezioni. I livelli di ormone follicolo-stimolante (FSH) e di ormone luteinizzante (LH) erano elevati, i livelli di testosterone entro i limiti normali. L'analisi citogenetica effettuata dimostrava una traslocazione bilanciata (cariotipo 46, XY - 3p25; 14q22). In entrambi i gemelli più biopsie testicolari rivelavano pressoché identiche alterazioni: tubuli seminiferi con diametri leggermente diminuiti, addensamento fibroialinoso delle membrane basali, e rarefazione degli elementi della linea germinativa. Si osservavano rari tubuli, qualche spermatogonio e spermatocita, ma non spermatidi o spermatozoi, con 80-90% di sole cellule di Sertoli. A nostra conoscenza, questo è il primo report in letteratura di una traslocazione reciproca presente in una coppia di gemelli identici con criptorchidismo, varicocele, tumore a cellule di Leydig e azoospermia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### **P 17 VALUTAZIONE CLINICA, ORMONALE E CITO-GENETICA DI UN MASCHIO CON CARIOTIPO 46, XX**

M. Vetri, G. Verga

*Divisione Clinicizzata di Endocrinologia*

*Az. Osp. "Garibaldi - Nesima", Catania*

La sindrome del "maschio XX", chiamata anche col nome del medico finlandese Albert de la Chapelle la descrisse per la prima volta, è stata rinominata nel 2006 come "disordine testicolare di sviluppo sessuale 46, XX" (DTS), la sua incidenza è di 1/20000 neonati maschi. Descriviamo un maschio di 57 anni affetto per disfunzione erettile (D.E.). Fumatore, e da 15 anni circa affetto da diabete mellito di tipo 2 e da gozzo multinodulare eutiroideo. Altezza 162 cm, peso 69 kg, BMI 26; era presente ginecomastia moderata e i genitali esterni erano di aspetto regolare. L'anamnesi escludeva testicoli maldiscisi. Le dimensioni della prostata all'indagine ecografia, erano normali. Il volume testicolare bilateralmente era ridotto: 1-2 ml a destra, 4-5 ml a sinistra e la consistenza ridotta. Gli esami funzionali di fegato e reni e di biochimica clinica erano normali. I livelli sierici di ormone luteinizzante e di ormone follicolo-stimolante erano elevati; testosterone (T) e PSA erano molto bassi. Lo spermioγραμμα eseguito secondo le linee guida OMS (1999) rivelava azoospermia in 2 diverse determinazioni, anche dopo centrifugazione dell'eiaculato. La densità minerale ossea evidenziava osteoporosi. La biopsia testicolare ha mostrato un profilo di s. a sole cellule di Sertoli. E' stata effettuata analisi PCR su DNA estratto da linfociti periferici. L'ibridizzazione in situ (FISH) è stata eseguita con cosmide SH-SRY marcato con biotina secondo le indicazioni del protocollo Oncor. L'analisi del cariotipo mostrava 46, XX. Lo studio FISH ha confermato la traslocazione di SRY sul braccio corto del cromosoma X nella sua parte terminale. Il paziente è stato avviato a terapia ormonale sostitutiva con T (compresse mucoadesive orali da 30 mg BID), con normalizzazione dei livelli di T e recupero dalla D.E.. La DTS è stata descritta per la prima volta nel 1964 e da allora sono stati riportati in letteratura circa 150 pazienti. In circa l'80% di questi soggetti, il fenotipo maschile è

dovuto alla presenza del gene SRY nel loro genoma, come è stato possibile dimostrare anche nel paziente da noi descritto sia mediante PCR con primers specifici per il gene SRY che con l'analisi FISH. Il nostro caso indica come la diagnosi di questa rara patologia sia difficile e avvenga spesso in ritardo. La diagnosi precoce di DTS è di importante ausilio nella gestione di questi pazienti sia per il genitore che per il medico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### **P 18 SCREENING DEL GENE CFTR IN COPPIE INFERTILI CANDIDATE A TECNICHE DI RIPRODUZIONE ASSISTITA**

A. Saluto, G. Del Noce (1), A. Murro, A. Celeste, A. Marongiu, G. Voglino

*Laboratorio di Genetica Molecolare – PROMEA Day Surgery, Torino*

*1 Responsabile Uro-Andrologo – PROMEA Day Surgery*

La Fibrosi Cistica è una patologia autosomica recessiva multisistemica causata da mutazioni del gene CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator) che colpisce principalmente la popolazione Caucasica; con una incidenza è di 1/2500 nati vivi è la più frequente malattia genetica che riduce le aspettative di vita. Al momento attuale sono state identificate più di 1600 mutazioni del gene CFTR la maggioranza delle quali sono rare e presenti solo in uno o pochi soggetti affetti da Fibrosi Cistica. La mutazione principale è la  $\Delta F508$  la cui prevalenza varia tra le popolazioni di differente origine geografica ed etnica ed è circa il 70% delle mutazioni identificate nei pazienti europei. Il nostro scopo è stato quello di valutare la frequenza delle mutazioni di CFTR nelle coppie infertili pervenute al nostro centro e candidate a tecniche di riproduzione assistita (FIVET, ICSI o IUI). Lo screening del gene CFTR è stato fatto seguendo le linee guida italiane per i test genetici nelle coppie infertili (Foresta et al. 2002); sono state analizzate 3632 coppie infertili pervenute nel nostro centro negli ultimi sei anni (2003-2008). Per l'analisi molecolare di CFTR è stata utilizzata la metodica OLA (Oligonucleotide Ligation Assay) (Cystic Fibrosis

Genotyping Assay, Abbott Laboratories, Germany). Il 3.5% (254/7264) dei soggetti analizzati hanno una mutazione di CFTR; a questi pazienti è stata consigliata una consulenza genetica per informare la coppia del rischio genetico di avere un figlio con la Fibrosi Cistica; è stata stimata una frequenza dell'eterozigote (portatore sano) in accordo con i precedenti studi della popolazione italiana (Foresta et al. 2002, Riccaboni et al. 2008). 171 mutazioni su 254 (67%) sono  $\Delta F508$  e sono state confermate con un test rapido sviluppato nel nostro laboratorio basato sull'analisi di frammenti fluorescente dell'esone 10 di CFTR (Sherlock et al. 2008). Questo lavoro è uno dei più estesi screening del gene CFTR nelle coppie infertili della popolazione Italiana; non è stata riscontrata una frequenza maggiore di mutazioni nei pazienti infertili rispetto a quella generale della popolazione Caucasica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### **P 19 INFLUENZA DELLA DEGRADAZIONE DEL DNA DEGLI SPERMATOZOI SU CICLI DI PMA (NOSTRA ESPERIENZA).**

\* J. Guida, ° F. Del Gaudio, ^ M. F. Villani, # T. Gentile, " S. Raimondo

\* *Servizio di Patologia della Riproduzione. MEDICA FUTURA, Pompei (NA)*

° *Dirigente 1° livello. P.O. "G. Capilupi", Capri (NA)*

^ *Dipartimento Prevenzione A.S.L. NA5*

# *Laboratorio Analisi Cliniche "Gentile", settore di Biologia Molecolare, Gragnano (NA)*

" *Il Servizio di Andrologia. S.Me.I. Istituto di Ricerca per la Riproduzione Umana, Gragnano (NA)*

#### **INTRODUZIONE**

Quotidianamente ci troviamo di fronte a coppie che nello screening di base, spermioγραμμα, spermio-coltura e ecocolor-doppler dei vasi spermatici da una parte e controllo ovulazione, Isterosalpingografia e tamponi vaginali dall'altra, non mostrano problematiche tali da impedire una gravidanza naturale ma che ricorrono, sempre più spesso, a tecniche di Procreazione Medica Assistita (PMA) per arrivare ad una sospirata gravidanza

**OBIETTIVO**

Obiettivo di questo lavoro è valutare se la degradazione del DNA degli spermatozoi possa influenzare cicli di Inseminazione Intra-Uterina (I.U.I.) e Inseminazione Intra-Peritoneale (I.P.I.).

**MATERIALI E METODI**

Per rilevare l'integrità del DNA degli spermatozoi si è utilizzato l'Arancio di Acridina specifico colorante del DNA. Per la preparazione del liquido seminale per I.U.I. ed I.P.I. si è utilizzata la tecnica dello Swim-up. Uno stesso ginecologo ha operato per le I.U.I. così pure per le I.P.I..

Le coppie che hanno partecipato, presentavano una storia di infertilità da 2 a 5 anni. I cicli di 216 I.U.I. e 157 I.P.I. sono state eseguite tra il 1994 e 2000.

In base ai test di degradazione del DNA si è proceduti alla divisione nei seguenti gruppi:

- Gruppo A: cicli di I.U.I. con test di degradazione del DNA degli spermatozoi negativo.
- Gruppo B: cicli di I.U.I. con test di degradazione del DNA degli spermatozoi positivo.
- Gruppo C: cicli di I.P.I. con test di degradazione del DNA degli spermatozoi negativo.
- Gruppo D: cicli di I.P.I. con test di degradazione del DNA degli spermatozoi positivo.

**RISULTATI**

Gruppo A: hanno partecipato 138 coppie, di cui 21 con test di gravidanza positivo pari al 15,2%, 3 sono esitate in aborto (tasso di abortività pari al 14,3%).

Gruppo B: hanno partecipato 88 coppie, di cui 6 con test di gravidanza positivo pari al 6,8%, 3 sono esitate in aborto (tasso di abortività pari al 50%).

Gruppo C: hanno partecipato 91 coppie, di cui 18 con test di gravidanza positivo pari al 19,8%, 5 sono esitate in aborto (tasso di abortività pari al 27,8%).

Gruppo D: hanno partecipato 66 coppie, di cui 4 con test di gravidanza positivo pari al 6,1%, 3 sono esitate in aborto (tasso di abortività pari al 75%).

**CONCLUSIONI**

Un'alta degradazione del DNA degli spermatozoi si associa a basso tasso di gravidanza e ad alto tasso di abortività. Da questi dati emerge che uno studio preliminare di degradazione del DNA degli spermatozoi sarebbe consigliabile nello screening per programmi di PMA.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 20 – P 24**  
**PREVENZIONE IN ANDROLOGIA**  
 Sala Giove 11/06 h. 13.15-14.45

**P 20**

**PROGETTO PREVENZIONE ANDROLOGICA NELLE SCUOLE MEDIE SUPERIORI DELLA PROVINCIA DI SAVONA: RISULTATI PRELIMINARI ED IMPRESSIONI**

F. Rosso, F. Gallo

*Dirigenti Medici S.C. di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

La recente abolizione del servizio militare obbligatorio, il riscontro di un incremento dei casi di infertilità, di disfunzioni sessuali e degli effetti tossici derivati dall'abuso di droghe hanno fatto convergere recentemente l'attenzione degli andrologi nei confronti degli adolescenti e dei giovani adulti.

Il progetto "Prevenzione Andrologica Giovani Adulti (PAGA)", promosso con il patrocinio dell'ASL2 Savonese e della SIA, nasce con l'obiettivo di costituire un serio punto di riferimento per tutti i ragazzi, partendo innanzitutto da una corretta informazione e fornendo le occasioni di diagnosi e trattamento di tutte le problematiche urogenitali maschili.

**MATERIALI E METODI**

Il progetto PAGA si articola attraverso la distribuzione di un opuscolo informativo completo di illustrazioni e descrizioni semplificate relative alla principali malattie andrologiche, incontri in tutte le scuole medie superiori della provincia di Savona (25), conferenze con medici di famiglia ed associazioni o circoli giovanili, un ambulatorio pomeridiano gratuito presso cui i ragazzi possono rivolgersi per la visita e l'eventuale trattamento.

**RISULTATI**

Dal 06/2008 ad oggi sono state visitate tre scuole medie superiori mentre altri due incontri sono in programma per i prossimi mesi; sono stati eseguiti due incontri con i medici di famiglia della provincia; sono state tenute due conferenze presso associazioni senza fini di lucro; 5 ragazzi si sono

presentati presso l'ambulatorio con riscontro di varicocele, prostatite, incurvamento congenito. Dagli incontri nelle scuole è emersa una scarsa conoscenza da parte dei ragazzi delle problematiche andrologiche. I ragazzi hanno accolto favorevolmente il progetto riconoscendone l'utilità e ponendo molte domande durante e alla fine dei nostri interventi.

**CONCLUSIONI**

Pur trattandosi di risultati preliminari e quindi poco conclusivi, la nostra impressione in merito al Progetto PAGA è quella di un'iniziativa molto faticosa a causa delle difficoltà logistiche (necessari incontri mattutini a piccoli gruppi), relazionali nei confronti dei ragazzi (approccio cauto ma incisivo) e della scarsa collaborazione da parte del corpo docente. Tuttavia, alla luce dei primi riscontri, il progetto PAGA si conferma come assolutamente necessario, a causa della disinformazione dei ragazzi in merito alle problematiche andrologiche e dei crescenti rischi ambientali e sociali a cui i giovani sono quotidianamente esposti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 21**

**SCREENING ANDROLOGICO PREVENTIVO PRESSO LE SCUOLE MEDIE SUPERIORI PER LA RILEVAZIONE DELLE PATOLOGIE DEI GENITALI ESTERNI**

S. Leo, S. Marzano, S. Marinacci, A. Serio, C. Caldararo\*, C. Esposito\*\*, E. Ruggiero.

*U.O.C. di Urologia. Ospedale S. Giuseppe da Copertino, Copertino - LE*

*\* Caposala U.O.C. di Urologia. \*\* Preside Istituto Commerciale, Copertino - LE*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Durante il periodo che va dal 1. 3. 08 al 15. 5. 08, nel corso di un programma di screening andrologico preventivo, che ha coinvolto da una parte gli studenti di tre Istituti di Scuola Media Superiore di



Copertino (Le), con l'organizzazione dei rispettivi Presidi per l'esecuzione dei tempi e modi e luoghi e rispettivi consensi informati per la visita andrologica, e dall'altra il servizio di Andrologia dell'U.O.C. di Urologia dell'Ospedale di Copertino, sono state valutate le eventuali patologie o anomalie dei genitali esterni di cui erano affetti.

Questo studio analizza le patologie riscontrate e sottolinea come anche nell'ottica dell'abolizione della visita di leva, tali problematiche, di grandissima importanza, risultino misconosciute e relegate in secondo piano.

#### MATERIALI E METODI

Sono stati contattati 747 alunni di 3 Istituti di Scuola Media Superiore, dalla prima alla quinta classe. I ragazzi che hanno risposto, di età compresa tra i 14 e i 20 anni, sono stati 238 (31,86 %). La visita andrologica comprendeva un'anamnesi accurata, un esame obiettivo e la compilazione di una cartella-questionario.

#### RISULTATI

Nei 238 ragazzi esaminati sono state evidenziate diverse patologie dei genitali. Nell'ordine abbiamo ottenuto:

varicocele sinistro in 49 (20,5 %), varicocele destro in 12 (5 %), varicocele bilaterale in 6 (2,5 %), frenulo corto in 19 (7,9 %), fimosi in 21 (8,8 %), testicolo mobile in 22 (8,8 %), ipogonadismo in 3 (1,26 %), ipospadia in 3 (1,2 %), criptorchidismo in 1 (0,4 %), uretrite in 2 (0,8 %), idrocele in 4 (1,68 %), cisti epididimo in 5 (2,1 %), balanopostite in 5 (2,1 %).

#### CONCLUSIONI

Appare chiaro come l'elevata incidenza della patologia andrologica nella popolazione giovanile, debba necessariamente trovare uno stimolo maggiore che coinvolga le strutture sanitarie, le dirigenze scolastiche, gli studenti e i rispettivi genitori ad una maggiore sensibilità su tali problematiche specialmente in chiave di prevenzione, sottolineando l'evolutivezza delle patologie andrologiche che possono portare nel tempo a danni irreversibili che coinvolgono il sistema riproduttivo dei giovani.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 22

##### ADOLESCENTI: COSA CONOSCONO DEL MONDO ANDROLOGICO

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

U.O.C. Urologia - Ospedale San Bortolo, Vicenza

#### INTRODUZIONE

Quest'anno abbiamo proseguito la nostra esperienza di un corso di educazione alla salute maschile presso un Istituto Tecnico della nostra città. Riportiamo i risultati di un questionario somministrato agli studenti.

#### MATERIALI E METODI

Dal novembre 2008 al febbraio 2009 abbiamo effettuato presso un Istituto Tecnico della nostra città, un corso di educazione alla salute maschile. Le classi interessate, tutte Terze, a diverso indirizzo, sono state 9, per un totale di 176 studenti.

Il corso è consistito in una lezione teorica, dove è stata illustrata la patologia andrologica più comune per i ragazzi e dalla visita medica, preceduta dalla somministrazione anonima di un questionario formato da 12 items.

#### RISULTATI

L'età media dei ragazzi è di 17 anni (range 16-18). Solo 24/176 (14%) dei ragazzi ha effettuato visite mediche scolastiche precedenti; 168/176 praticano sport, di cui: 49/168 (29%) hanno effettuato una visita andrologica durante la visita medico-sportiva. 56/176 (33%) ha avuto un rapporto sessuale completo e si riteneva soddisfatto.

Alla domanda "Ritieni le dimensioni del tuo pene nella norma?", solo 4/176 (2,8%) non hanno risposto ed i rimanenti hanno dato risposta affermativa. "A che età consideri avvenga lo sviluppo per un ragazzo?", 127 hanno risposto tra 14-16 anni, 32 hanno risposto tra 14-18 anni, 17 non hanno risposto. "Ti piacerebbe avere figli?", solo 2/176 hanno risposto negativamente.

56/176 (33%) hanno già sentito parlare di varicocele da parenti, amici o dai propri insegnanti; il 92% disconosce che il tumore del testicolo colpisce i giovani e non ha mai praticato l'autopalpazione, mentre quasi tutti (174/176) conoscono le malattie più note sessualmente trasmesse.

#### CONCLUSIONI

L'analisi del questionario, pur non avendo numeri statisticamente significativi, ci ha fornito una fotografia seppur parziale di quello che gli adolescenti conoscono riguardo la propria genitalità e le malattie andrologiche ad esse correlate.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 23

##### TEMPO TRASCORSO PER COMPLETARE IL PERCORSO DIAGNOSTICO NEI PAZIENTI INFERTILI CON SOSPETTA FLOGOSI DELLE GHIANDOLE SESSUALI ACCESSORIE: RISULTATI DI UNO STUDIO RETROSPETTIVO

S. La Vignera (1), A. Arancio (1), C. Battiato (1), G. De Grande (2), G. Lapira (2), F. Mastroeni (3), E.S. Vicari (1).

(1) UOC Andrologia ed Endocrinologia della Riproduzione, Osp. Garibaldi-Centro, Catania (Dip. Scienze Biomediche, Università di Catania); (2) UO Urologia, Osp. Umberto I, Siracusa; (3) UO Urologia, Osp. Papardo, Messina

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

In precedenti studi abbiamo dimostrato che una MAGI (male accessory gland infections) sospettata sulla base di iniziali criteri clinici-seminologici convenzionali (WHO, 1993) in presenza di elevata (CFU >100.000/ml) batteriospermia trova conferma diagnostica (diagnosi di sede e di lato) in un'elevata (73,7%) percentuale di casi, mediante ECD didimo-epididimaria e prostato-vescicolare transrettale (TRUS). Associandosi ad un numero significativo di alterazioni ecostrutturali a carico di 1 o più gh. sessuali accessorie, la MAGI si distingue così in: prostatite (PR), prostato-vesciculite (PV), prostato-vesciculo-epididimite (PVE).

#### SCOPO DELLO STUDIO

Analisi dei tempi di diagnostica ricavati dalla documentazione di pazienti con sospetta MAGI (1. diagnosi di MAGI; 2. ind. microbiologiche; 3. TRUS; 4. ECD didimo-epididimaria).

#### MATERIALI E METODI

In uno studio retrospettivo su 230 pzt. infertili (età 27-40 aa), con OAT secondaria a sospetta MAGI (già osservati da vari specialisti: ginecologi

32,1%, uro-andrologi 30,4%; endocrino-andrologi 24,8%; MMG 12,6%) e diagnosi caratterizzata di MAGI (PR; PV; PVE) da noi formulata, abbiamo riesaminato ed analizzato i tempi (mesi) di percorso diagnostico trascorsi prima di: a) formulare la prima diagnosi di sospetta MAGI; b) richiedere indagini microbiologiche; c) richiedere indagini ecografiche.

#### RISULTATI

La durata media (Tm) richiesta per espletamento delle 3 tappe-target di studio è stata: 8 mesi (range 4-14) per la diagnosi di sospetta MAGI; 4 mesi (range 1-7) prima di richiedere indagini microbiologiche (altri 8 mesi, range 2-24 mesi, potevano aggiungersi per altre indagini microbiologiche, quali t.uretrale per ricerca Chlamydia, Ureaplasma: queste erano influenzate da sollecitazioni del paziente disposto a programmi di PMA). Infine, il Tm per confermare la diagnosi di MAGI (con richiesta di indagini strumentali) era di 18 mesi (range 12-36). PR microbica era presente nel 31,3% dei casi, PV microbica nel 41,7% (di essi il 63,5% era monolaterale), PVE nel 26,9% dei casi (di essi il 54,8% era monolaterale).

#### CONCLUSIONI

I nostri risultati documentano per la prima volta i ritardi di "percorso" (Tm totale=40 mesi) e di "filtro" diagnostico nella gestione delle MAGI. Assumendo la diagnosi di PR come stadio precoce di MAGI, quando si giunge alla diagnosi clinica di MAGI, nel 68,6% dei casi si è già in presenza di forme estese (PV, PVE)!

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 24

##### GLI ADULTI UTILIZZANO POCO IL PROFILATTICO

A. F. De Rose

Studio Privato Genova - Roma

#### INTRODUZIONE E OBIETTIVO DEL LAVORO

Le malattie sessualmente trasmissibili vengono trasmesse durante l'atto e il contatto sessuale. L'incidenza delle MST nel mondo è in continuo aumento, grazie anche alla maggiore mobilità e all'aumento della tendenza ad avere rapporti sessuali con più partners senza alcuna protezione.



L'obiettivo di questa ricerca è stato quello di vedere in che percentuale viene utilizzato il profilattico e in quale fasce di età.

#### RISULTATI

850 (31.5%) maschi avevano avuto rapporti occasionali, mentre 1022 (40.5%) erano rimasti fedeli. Delle 482 donne 84 (27,5%) avevano avuto rapporti occasionali.

Di 850 soggetti 40 soggetti avevano dai 18-30 anni, 102 dai 31 ai 45 anni, 368 dai 46 -55, 340 avevano un'età compresa tra i 56 e 65 anni. Anche delle 84 donne l'80% aveva preteso l'utilizzo del profilattico nella fascia di età compresa tra 18 e 30 anni.

Il 18% degli uomini e 2% delle donne che avevano avuto rapporti senza alcuna protezione hanno riferito Clamidia, Gonorrea, Candidosi, HPV, HIV.

#### CONCLUSIONI

Dall'analisi dei risultati si evidenzia che le patologie sessualmente trasmesse siano in netto aumento soprattutto fra gli adulti e che una reale recrudescenza non è dovuta alla precocità dei rapporti sessuali da parte dei giovani, come si sosteneva in passato, ma soprattutto alla variazione di molti partner da parte di ultraquarantenni i quali utilizzano poco il profilattico. Dalla nostra indagine risulta inoltre la maggior parte sono anche consapevoli dei rischi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 25 – P 29 INFERTILITA' LABORATORIO Sala Laocoonte 11/06 h. 13.15-14.45

#### P 25

#### STRESS OSSIDATIVO ED INFERTILITA' MASCHILE: LA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

L. Coppola (1,2,3,), S. Pinto Provenzano (1), D. Montagna (1), G. A. Coppola (1,2), G. Barone (1), L. Caputo (1), C. Carrisi (3), L. Capobianco (3)  
1 Centro Medico Biologico Tecnomed, Nardò (LE)

2 Servizio di Criobiologia della Riproduzione Umana Tecnomed - Casa di Cura Fabia Mater, Roma

3 Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche ed Ambientali - Università del Salento, Lecce

#### INTRODUZIONE

Non tutti i casi di infertilità maschile possono essere inquadrati etiologicamente con un'analisi standard del liquido seminale (LS). Condizioni particolari come quelle determinate dallo Stress Ossidativo (SO) necessitano di metodiche di laboratorio specifiche. Lo SO è generato da uno sbilanciamento tra produzione di Radicali Liberi (ROS) da parte degli spermatozoi e l'attività della Barriera Antiossidante seminale (BA). Ciò determina alterazioni seminali non sempre rilevabili nello spermogramma. Anche in caso di lieve SO, infatti, lo spermatozoo può conservare intatte le membrane ma presentare danni a livello del DNA con conseguente riduzione della capacità fecondante. Abbiamo approfondito questo aspetto studiando lo SO mediante il dosaggio dei prodotti di reazioni radicaliche sulle membrane nemaspermiche e la determinazione degli antiossidanti nel LS.

#### MATERIALI E METODI

Lo studio si basa sull'analisi di 54 campioni di LS. Per la determinazione dei lipoperossidi si è sfruttata la capacità dei perossidi di favorire l'ossidazione del Fe<sup>2+</sup> a Fe<sup>3+</sup>, sviluppando un complesso colorato misurabile spettrofotometricamente. Il risultato ottenuto è stato espresso come nmoli di lipoperossidi/10<sup>6</sup> spz (V.N. < 15 nmoli/10<sup>6</sup> spz). I dosag-

gi della BA sono stati eseguiti con un test basato sull'utilizzo di ABTS che, in presenza di metmioglobina e H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, produce un radicale ABTS<sup>+</sup> caratterizzato da una colorazione blu-verde rilevabile spettrofotometricamente. I risultati sono stati espressi come µmoli di antiossidanti/ml.

#### RISULTATI

Da una prima analisi dei dati non è emersa una relazione clinicamente significativa tra SO ed alterazione dei parametri seminali classici (numero, motilità, morfologia). Ciò conferma che lo SO non sempre provoca alterazioni seminali rilevabili al microscopio. E' emersa invece una significativa relazione inversa tra l'attività della BA del LS ed i livelli di lipoperossidi. Nel 78% dei casi si è visto che un'attività antiossidante normale (1,42-3,60 µmoli/ml) è correlata con un valore di lipoperossidi <15 nmoli/10<sup>6</sup> spz; un'attività antiossidante <1,42 µmoli/ml è stata rilevata in campioni con quantità di lipoperossidi >15nmoli/10<sup>6</sup> spz.

#### CONCLUSIONI

Gli spermatozoi sono cellule particolarmente sensibili all'azione dei ROS e lo SO riduce la qualità dei gameti alterandone il DNA. Con questa semplice metodica ci proponiamo di diagnosticare condizioni di infertilità maschile da SO e di monitorare l'efficacia di eventuali terapie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 26

#### RILEVANZA DELLE PROPRIETA' REOLOGICHE SUL PROCESSO DI CRIOCONSERVAZIONE DEGLI SPERMATOZOI UMANI

G. Peluso, P.P. Cozza, G. Arena, N. Gallo, G. Morrone

U.O.S. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione A.O. di Cosenza

#### INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Per ottimizzare un processo di crioconservazione

di materiale cellulare, è necessario, oltre ad una corretta metodologia di congelamento/scongelo, valutare alcuni parametri importanti come: viscosità, conducibilità idraulica e pressione osmotica. Scopo di questo lavoro è stato indagare le caratteristiche reologiche di campioni seminali per stabilire una eventuale correlazione con il processo di congelamento degli stessi in diverse condizioni operative.

#### MATERIALI E METODI

Sono state effettuate, in collaborazione al Dipartimento di Ingegneria Chimica dell'Università della Calabria, prove di congelamento/scongelo e reologiche su 20 campioni seminali di soggetti normozoospermici (WHO, 2001) reclutati presso il nostro Centro. Le prove reologiche hanno consentito un'analisi strutturale del campione seminale e della soluzione campione+crioprotettore mediante un reometro a piatti paralleli. Il comportamento reologico di ciascun campione è stato quindi valutato a diverse condizioni di temperatura e concentrazione di crioprotettore con un'analisi basata sulla stima della relazione sforzo-velocità di deformazione dello stesso. Sono stati determinati i valori di viscosità di tre tipi di soluzioni: il bianco rappresentato dal solo campione seminale, il crioprotettore senza spermatozoi, e la soluzione campione seminale+crioprotettore in rapporto=1:3. Tali prove sono state rappresentate graficamente come dipendenze della viscosità apparente al variare della velocità di deformazione per ciascun tipo di soluzione.

#### RISULTATI

Dai dati elaborati è emerso che la viscosità del crioprotettore è dello stesso ordine di grandezza di quella dell'acqua con andamento quasi rettilineo, di tipo newtoniano. Il liquido seminale al contrario ha viscosità variabile con velocità di deformazione secondo la legge di potenza in tutti i campioni analizzati. Tale comportamento ha influenzato la miscela liquido seminale+crioprotettore al variare del profilo di temperatura imposta. Inoltre, il valore di shear rate di partenza non era lo stesso per tutti i campioni: per valori più bassi rispetto a quelli riportati per ciascuna prova si è avuto un andamento irregolare della viscosità.

#### CONCLUSIONI

Le proprietà reologiche, intese come proprietà di trasporto, hanno rilevanza sul processo criogenico degli spermatozoi. Si potrebbe definire in futuro un modello di trasporto calore-materia per ridurre i danni della crioconservazione sulla cellula nemaspermica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 27

##### VALUTAZIONE DEI PARAMETRI SEMINALI PRE E POST CHEMIO E RADIOTERAPIA ED IMPORTANZA DELLA CRIOCONSERVAZIONE DEL SEME PER PRESERVARE LA FERTILITA'

L. Caponecchia, P. Salacone, A. Sebastianelli, I. Marcucci, N. Pacini, C. Fiori, R. Sacchetto, R. Rago  
*U.O.D. di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione – Osp. S. Maria Goretti, Latina*

#### INTRODUZIONE

Il tumore del testicolo rappresenta la neoplasia più frequente tra gli uomini in età fertile. La chemio (CH) e/o radioterapia (RT) combinate alla chirurgia consentono un'elevata sopravvivenza di questi pazienti, ma possono alterare la spermatogenesi fino a causare azoospermia transitoria o definitiva. Scopo dello studio è stato valutare i parametri seminali in pazienti (pz) con tumore testicolare dopo orchietomia e prima del trattamento osservando l'effetto a breve e lungo termine della CH o RT sulla spermatogenesi.

#### MATERIALI E METODI

Abbiamo esaminato l'istotipo e la stadiazione di 23 pz che hanno crioconservato il liquido seminale presso la nostra Banca dei gameti.

10 pz (Gruppo A), età media 33 aa con seminoma; 13 pz (Gruppo B) età media 26 aa, con tumori non seminomatosi (misti e Ca embrionali). La crioconservazione è stata effettuata con la tecnica del congelamento rapido seguendo le linee guida per le Banche del seme.

Abbiamo valutato le caratteristiche seminali di 14/23 pz il giorno della crioconservazione, e a 3, 6, 9, 12 e 24 mesi dalla fine della terapia dividendoli in due gruppi in base al trattamento: 5 pz con seminoma (Gruppo C) irradiati a livello delle stazioni lin-

fatiche lombo-aortiche con dose media di 2400cGy e 9 pz con tumori non seminomatosi (Gruppo D) sottoposti a CH secondo lo schema PEB.

#### RISULTATI

Non è stata riscontrata alcuna differenza significativa nei parametri seminali tra A e B, né correlazione tra questi e il diverso stadio clinico.

Lo spermioγραμμα nel Gruppo C ha mostrato un peggioramento di tutti i parametri fino a 9 mesi con una più marcata alterazione a 6 mesi dalla fine della RT. In nessun pz la terapia ha causato azoospermia.

Nel Gruppo D, dopo 3 mesi dalla fine della CH, 5 pz risultavano azoospermici, e 3 lo erano ancora dopo 2aa. La concentrazione nemaspermica diminuisce fino a 1aa e la motilità rettilinea torna sovrapponibile alla basale a 9 mesi dalla terapia. Il peggioramento dei parametri seminali è più marcato a 3 mesi dalla CH e a 2 aa si evidenzia un miglioramento in tutti i parametri seminali.

#### CONCLUSIONI

I gruppi A e B presentano una media dei parametri seminali conforme ai valori minimi del WHO senza differenze significative in funzione dell'istotipo. Pertanto non si evidenzia un marcato deterioramento della spermatogenesi conseguente alla patologia.

I dati osservati, in accordo con la letteratura, non mostrano alcun azoospermico nel gruppo C. La peggior qualità seminale a 6 mesi dalla RT è spiegata dal fatto che questa agisce sugli spermatozoi e ciò richiede un periodo di tempo maggiore per evidenziare il danno. I parametri seminali del gruppo D peggiorano dopo 3 mesi dalla fine della CH confermando che il meccanismo di azione di questi farmaci blocca la spermatogenesi a livello degli spermatogoni fino all'azoospermia irreversibile.

L'impossibilità di prevedere quali pz riprenderanno la spermatogenesi e l'assenza di indici prognostici rendono la crioconservazione del seme l'unica possibilità preventiva per conservare la fertilità in chi è affetto da neoplasie testicolari.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 28

##### UN CASO DI SINDROME DI KLIPPEL-TRENAUNAY-WEBER ED INFERTILITA' ESCRETORIA DISTALE DI ORIGINE PLURIMALFORMATIVA

A. Arancio, M. D'Alessandro, G. Lapira, G. De Grande  
*Azienda Ospedaliera Umberto I° Siracusa U.O. di Urologia*  
*Direttore: prof. Gaetano De Grande*

La Sindrome di Klippel-Trénaunay-Weber (KTWS) è caratterizzata da teleangectasie superficiali, ipertrofia delle ossa e dei tessuti molli, ed in alcuni casi da fistole artero-venose.

L'esatta causa non è ancora del tutto chiara, comunque non c'è una predisposizione razziale e colpisce in ugual misura entrambi i sessi. Wang et al. nel 2001 hanno identificato nei pazienti con KTWS una traslocazione bilanciata che coinvolge i cromosomi 8q 22.3 e 14q 13 e tale traslocazione si presenta con modalità "de novo".

La sindrome colpisce in genere un singolo arto. Uno studio retrospettivo pubblicato nell'aprile 2007 sul J. Urol. dalla Mayo Clinic (Minnesota USA) ha evidenziato un coinvolgimento genito-urinario nel 30% dei casi.

Paziente di 35 anni che giunge alla nostra osservazione per infertilità. Già operato per varici all'arto inferiore sx e per distacco di retina all'occhio sx. Presenta fistola artero-venosa all'avambraccio sx. Non è presente ritardo mentale ed il cariotipo è normale.

E' presente varicocele di III grado a sx, con gona-de ridotta di consistenza. All'epididimo sx c'è una tumefazione cefaloepididimaria duro-elastica. L'ecografia dimostra un'ectasia della rete testis a sx con spermatocele omolaterale. All'E.R. la prostata è asimmetrica con prevalenza del lobo dx, mentre la vescicola sx è assente.

L'ecografia prostatica conferma l'asimmetria della ghiandola, ed evidenzia una formazione mediana compatibile con cisti dell'asse eiaculatorio, inoltre la vescicola sx è assente con spazio retto-vescicale deserto.

Lo spermioγραμμα rileva una severa oligo-astenoterato-zoospermia. Il p. pertanto è affetto da CUAVD (Congenital Unilateral Absence of Vas Deferens). Inoltre c'è una rara associazione fra KTWS e

CUAVD, per cui la coppia viene inviata a consulenza genetica per seguire un eventuale protocollo di fecondazione medicalmente assistita.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 29

### L'ERNIOPLASTICA BILATERALE CON POLI-PROPYLENE MESH COME CAUSA DI GRAVE DANNO ALLA FERTILITA' MASCHILE

G. Del Noce (1), A. Monaco (2), S. Gippone (2), F. Bologna (3)

1 Uro-Andrologia – Promea Day Surgery, Torino

2 Ginecologia – Promea Day Surgery, Torino

3 Biologia – Promea Day Surgery, Torino

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

L'ernioplastica con mesh di polipropilene è l'operazione più comune eseguita dai chirurghi generali, poiché è una tecnica di facile esecuzione, che offre le maggiori garanzie di assenza di recidive. Il mesh induce localmente una intensa reazione infiammatoria, seguita da una cronica risposta fibroblastica da corpo estraneo. In letteratura da pochi anni si cominciano a segnalare casi di ostruzione deferenziale secondari a quest'intervento, non rapportabili ad errori tecnici intraoperatori. L'obiettivo degli autori è quello di dimostrare che quando questa tecnica viene eseguita bilateralmente vi è un elevato rischio di provocare al paziente una infertilità severa.

#### MATERIALE E METODI

Nel 2008 Gli autori hanno studiato 834 coppie infertili riscontrando 3 casi in cui i maschi erano stati sottoposti in età adulta ad intervento di ernioplastica inguinale bilaterale con mesh di polipropilene.

Il primo caso (44 anni) era stato operato 5 anni prima di ernioplastica inguinale bilaterale e risultava azoospermico al momento della visita. Pochi anni prima dell'intervento si era sottoposto con la precedente partner ad una indagine per infertilità di coppia e il seminale rilevava solamente una moderata astenoteratozoospermia.

il secondo caso (38 anni) era stato operato 8 anni prima di ernioplastica inguinale bilaterale e varicocelectomia sn e risultava azoospermico al momento della visita. Il seminale preoperatorio

eseguito per la presenza del varicocele mostrava una moderata astenoteratozoospermia.

il terzo caso (43 anni) era stato operato 2 anni prima di ernioplastica inguinale bilaterale e risultava gravemente oligozoospermico con acinesia. Le indagini biologiche eseguite successivamente dimostravano una necrozospermia. Non aveva seminali precedenti all'intervento

In tutti i casi gli esami ormonali e in particolar modo l'FSH risultavano nella norma. Geneticamente non presentavano alterazioni. All'esame obiettivo e all'indagine ecografica non si apprezzavano alterazioni patologiche delle strutture scrotali

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a TESE monolaterale.

#### RISULTATI

In tutti e 3 i casi vi è stato un recupero chirurgico di numerosi spermatozoi normoconformati e sono stati congelati una media di 6 criotubi a paziente.

#### CONCLUSIONI

L'ernia inguinale è presente in circa il 3% dei maschi. Ormai i Chirurghi utilizzano quasi sempre il mesh per la riparazione chirurgica. Studi su animali hanno dimostrato che il mesh di polipropilene induce una reazione infiammatoria da corpo estraneo che è in grado di provocare una fibrosi del deferente con ostruzione secondaria. La frequenza di questa complicanza nell'uomo è oggi sconosciuta. Affinchè vi sia una evidenza clinica del danno deferenziale questo deve essere presente bilateralmente o monolateralmente in caso di monorchidia funzionale o chirurgica e successivamente vi deve essere una espressa ricerca di prole, con valutazione dell'esame seminale. Tutto ciò determina il fatto che molto probabilmente vi è una sottostima di questo tipo di complicanza. Risulta infatti significativo che tutti i casi di ernioplastica bilaterale venuti a nostra conoscenza nel 2008 dimostravano una gravissima infertilità secondaria ad ostruzione. Secondo gli autori l'attuale evidenza clinica impone una diffusione di questi dati che, unitamente ai pochi altri della letteratura, dovrebbero generare una certa cautela nei medici e nei chirurghi a porre indicazione a ernioplastica con posizionamento di mesh nei

pazienti giovani, che in ogni caso devono essere informati del rischio di questa possibile complicanza ostruttiva.

#### Bibliografia

"Herniorrhaphy With Polypropylene Mesh Causing Inguinal Vasal Obstruction" – Shin D., Lipshultz L.I, Goldstein M. et al - Ann Surg 2005; 241: 553-558

"Influence of mesh materials on the integrity of the vas deferens following Lichtenstein hernioplasty: an experimental model" – Junge K., Binnebosel M., Rosch R., et al - Hernia 2008 Dec;12(6):621-6

"Is there a risk of infertility after inguinal mesh repair? Experimental studies in the pig and the rabbit" – Paper C., Junge K., Klinge U., et al – Hernia 2006 Mar;10(1):7-12

"Rapidly progressing, late-onset obstructive azoospermia linked to herniorrhaphy with mesh" – Yamaguchi K., Ishikawa T., Nakano Y, et al – Ferti Steril 2008 Mar;89(3):723.e5-7

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



**P 30 – P 34**  
**DISTURBI DELLA SFERA SESSUALE**  
 Sala Apollo 12/06 h. 13.15-14.45

**P 30****IL MATRIMONIO BIANCO TRA TRADIZIONE E NUOVE MODALITA' DI PRESENTAZIONE**

P. M. Michetti (1), F. Corica (2), A. Tiesi (1), N. Tartaglia (1), C. Leonardo (1), C. De Dominicis (1)  
 (1) *Dip.to Urologia Università "La Sapienza" di Roma*  
 (2) *Istituto di Sessuologia Clinica, Roma*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI.**

Il "matrimonio bianco" (MB) è una realtà ben nota in Sessuologia: questo termine descrive un'unione coniugale in cui i due partners, per numerose ragioni, non sono mai stati in grado di compiere rapporti sessuali coitali. Tradizionalmente la sua eziologia è sostenuta dal vaginismo primitivo della donna e da una disfunzione erettile (DE) di mantenimento secondaria nell'uomo. Fattori come un contesto socio-educativo rigido, ansia, paura dell'intimità e scarsa conoscenza del corpo sono frequentemente concomitanti. Nonostante la crescente accessibilità alle conoscenze e all'esperienza nella sessualità possa far ritenere che questa evenienza sia in via di estinzione negli anni 2000, il numero di nuovi casi giunto all'osservazione degli Autori nel corso del 2008 è rilevante. Pertanto questa casistica è stata revisionata con l'obiettivo di valutare nuove caratteristiche possibilmente legate alle condizioni socio-culturali della coppia di oggi.

**MATERIALI E METODI**

Sono state valutate 6 coppie consultanti per MB. Le parti maschili sono state sottoposte alla tradizionale diagnostica andrologica ed è stata esclusa una DE su base organica. Le controparti femminili sono state sottoposte a visita ginecologica per verificarne la verginità ed escludere patologie dell'apparato genitale. Dei pazienti sono state analizzate le variabili socio- anagrafiche, il titolo di studio, le conoscenze anatomo-fisiologiche, le precedenti esperienze sessuali, la modalità di approccio al tentativo di coito, la reattività alle mansioni sessuali o alle terapie farmacologiche prescritte.

**RISULTATI**

Tutti e 12 i partners erano laureati, con età media di 38 anni. Solo in una delle 6 coppie valutate era presente un vaginismo franco. 5 su 6 degli uomini sperimentavano DE all'atto di penetrare, 2 di essi non raggiungevano mai erezioni valide, 3 non erano mai riusciti ad eiaculare in presenza della moglie. Inoltre 3 di loro non avevano alcuna esperienza di visione di immagini/filmati riguardanti il rapporto sessuale, ignoravano gli aspetti anatomo-funzionali e mostravano paura del contatto fisico e del dolore. Generalmente le parti femminili non si attendevano alcun problema rispetto alla sessualità o idealizzavano il matrimonio come momento risolutivo della situazione disfunzionale.

**CONCLUSIONI**

La fragilità del maschio del nostro tempo si impone nel nostro campione come causa nettamente prevalente di MB, superando la tradizionale eziologia primitiva vaginismica

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 31****MATRIMONI BIANCHI. QUALE SESSUALITA'?**

E. Longhi, A. Salonia, P. Rigatti, F. Montorsi  
*Dip. Urologia, Centro di medicina Sessuale, Università Vita Salute San Raffaele, Milano*

**INTRODUZIONE E OBIETTIVI**

Il presente studio ha ampliato i risultati di un precedente studio, comunicato nell'edizione SIA 2005, per approfondire la relazione e la sessualità nelle coppie con matrimonio bianco, utilizzando ulteriori questionari validati e un counseling mirato andro-sessuologico.

**MATERIALI & METODI**

Sono state studiate 150 coppie (118 in più del precedente campione) di età compresa tra i 28 e i 40 anni (età media 34 anni), coniugate da alme-

no 5 anni e con un periodo di conoscenza premaritimoniale medio di 1 anno. Ad ognuno dei partners sono stati somministrati: MMS-3G, CTS, SSS, CPQ, QER. Sono seguiti 5 colloqui di counseling sessuologico con cadenza quindicennale. I follow up, al termine del counseling, sono stati eseguiti a sei mesi e a un anno.

**RISULTATI**

Come nel precedente campione, le coppie omogenee hanno avuto per lo più (75%) il primo rapporto sessuale con l'attuale partner. Nel nuovo campione: il 64% non ha mai utilizzato l'autoerotismo, il 92% delle coppie esclude il conflitto aperto. Ostilità e rabbia (82%) vengono soffocati in atteggiamenti iperprotettivi (54%), genitoriali (34%), ludico-adolescenziali (61%) Escluso il conflitto verbale aperto, per timore di un abbandono o di una rivendicazione (più spesso fisica) dell'altro partner. Escluse pulsioni e sensazioni erotiche passionali perché associate ad atti violenti. Demandati l'iniziativa e l'insegnamento sessuale al partner. Mentre il gioco sessuale (62%) sembra più prerogativa delle partner. Anestetizzata la sessualità ammiccante e provocatoria (82%), ricercata per lo più l'intimità effusiva. Fantasie e desiderio di tradimenti vengono perseguiti da entrambi i partners (73%) senza dare seguito ad agiti. Assenti le fantasie erotiche durante gli approcci sessuali. In tutte le coppie il desiderio di un figlio spinge ad affrontare il problema sessuale, ma non sempre (25%) a vivere l'intimità come esperienza a se stante.

**CONCLUSIONI**

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

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 32****ANORGASMIA ACQUISITA IN PAZIENTI CON STORIA DI MAGI E PRESENZA DI LUTS E CISTI FUNZIONALI PROSTATICHE DELL'ASSE EIACULATORIO**

C. Battiato<sup>1</sup>, A.E. Calogero<sup>1</sup>, G. Sidoti<sup>2</sup>, C. Crisafulli<sup>2</sup>, S. Dinoto<sup>1</sup>, A. Battiato<sup>3</sup>, E.S. Vicari<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Section of Endocrinology, Andrology and Internal Medicine, Department of Biomedical Sciences, Università di Catania.* <sup>2</sup>*Scuola Superiore di Sessuologia UPS, Roma.* <sup>3</sup>*Medicina Interna per il Dea. AORNAS.Garibaldi Centro, Catania*

**INTRODUZIONE**

Tra le cause organiche responsabili di disordini dell'orgasmo maschile, è crescente l'associazione tra eiaculazione precoce e flogosi delle ghiandole accessorie sessuali maschili (MAGI). Tra gli altri ambiti dei disordini dell'orgasmo, in un gruppo di pazienti selezionati con LUTS+MAGI gravati dalla presenza di cisti prostatiche funzionali (CPF) dell'asse eiaculatorio (duttali, otricolari), ci siamo posti un duplice obiettivo: analizzare la frequenza di anorgasmia acquisita totale o parziale (ridotta); valutare se una terapia decongestionante prostatica fosse in grado di migliorare il sintomo anorgasmia percepito anche come disagio sessuale.

**MATERIALI E METODI**

La casistica comprende 18 pazienti (25-49 anni) selezionati per: storia di MAGI, LUTS (IPPS score medio: 18, range 10-22), con anorgasmia tot. o parz., presenza di CPF e riferita ipospermia. Un gruppo controllo di 10 pazienti (30-55 anni) con anorgasmia totale o parziale, e MAGI (precisamente: prostatite IIIa, sec.NIDDK-NIH) sintomatica (NIH-CPSI score: medio 15, range 11-20). Tutti i pazienti ed i controlli sono stati sottoposti ai questionari IPSS, NIH-CPSI e anamnesi sessuologica focalizzata sui disturbi dell'eiaculazione, ed ecografia prostatica vescicolare transrettale prima e dopo trattamento per tre mesi con serenoa repens (estratto oleoso, acidi grassi liberi, 88,75%) 320mg (1 cps /die), integrata a pinus silvestris, zinco, luteina, più serratiopepidasi 5 mg (1 cpsx2/die).

**RISULTATI**

La frequenza di anorgasmia acquisita totale fu significativamente più elevata nei pazienti di studio

(100%) vs. quella (20%) del gruppo-controllo; l'anorgasmia parziale fu rispettivamente dello 0% (gruppo pazienti) e 5% (controlli). Per effetto del trattamento decongestionante, furono osservati: a) nel gruppo di studio: miglioramento sintomatologia ostruttiva (con IPSS 9, range 7-16) riduzione media (da 10 mm) a 2mm delle CPF miglioramento della sintomatologia sessuale: con Anorgasmia totale solo in 1 (10%) paziente ed Anorgasmia parziale negli altri 17 (95%) paz. b) nei controlli: miglioramento sintomatologia infiammatoria (NIH-CPSI score) da 15 (range 11-20) a 8 (5-15). Miglioramento sintomatologia sessuale Anorg.Totale (0%) pazienti ed Anorg. parziale. 3(30%).

### DISCUSSIONE

Il miglioramento della sintomatologia ostruttiva, la riduzione del volume del CPF, insieme al miglioramento soggettivo del Vol. ejaculato; comprovano la presenza di tali fattori e l'anorgasmia acquisita su tali basi organiche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 33

#### IL SOMMERSO NELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE: RUOLO DELL'ANAMNESI ATTIVA NELL'IDENTIFICAZIONE DI UNA CONCOMITANTE CONDIZIONE DI PROSTATITE

S. La Vignera, C. Battiato, F. Calzavara, S. Sicali, F. Garrone, L. Vaccalluzzo, E.S. Vicari  
Sezione di Endocrinologia, Andrologia e Medicina Interna, Dip. Scienze Biomediche, Università di Catania

### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Malattie Sessualmente Trasmesse (STDs), espresse inizialmente come uretrite anteriore (gonorrea) o posteriore (inf. da Chlamydia o da Ureaplasma Urealyticum), possono complicarsi in infezioni delle gh. accessorie sessuali maschili (MAGI), più (prostato-vescicoliti; prostato-vescicolo-epididimiti) o meno estese (uretro-prostatiti), a decorso subacuto o cronico. D'altra parte, una STD potrebbe manifestarsi in presenza di una sottostante, preesistente prostatite (PR). Nel presente studio, abbiamo voluto analizzare se l'anamnesi attiva, con questionario NIH-chronic

prostate symptom index (NIH-CPSI) potesse far emergere una PR sottostante pre o post-STD.

### MATERIALI E METODI

Un gruppo di 58 pzt. (età 17-33 aa), con più partners occasionali, recente (1-4 settimane) e persistente (dopo antibiotico-terapia di 3 gg) STD, ancora positiva (t. uretrale dopo massaggio prostatico) per Chlamydia (n=30), Ur. Urealyticum (n=18), o pregressa (6-12 mesi) uretrite gonococcica trattata (antibiotico-terapia x 1-3 gg) (n=10), furono sottoposti a 2 tipologie di anamnesi curate in modo separato e random da 2 staff di andrologi: "passiva o semplificata" (domande "aperte" su sintomi urinari, secrezione uretrale o disturbi post-eiaculatori); "attiva" (questionario NIH-CPSI). Un gruppo di 55 pzt. (età 20-35) con MAGI batterica (>100.000 CFU/ml), interrogati con le stesse modalità, rappresentavano i controlli.

### RISULTATI

Dopo NIH-CPSI, in tutti i subgruppi il tasso di pzt. sintomatici per PR fu più alto significativamente di quanto riscontrato dopo anamnesi "semplificata" (AS) (53.3% vs. 23.3% tra i pzt. Chlamydia+; 61.1% vs. 33.3% tra i pzt. Ureaplasma+; 80% vs. 60% tra i pzt. con pregressa gonorrea) con differenze ancora maggiori vs. pzt. con MAGI sintomatici per PR nel 21.8% dopo NIH-CPSI (vs.14.5% dopo AS). Globalmente, NIH-CPSI evidenziò sintomi di PR nel 60.3% (35/58) di pzt. con STDs (+27.6% vs tasso di sintomatici dopo AS). Inoltre, tra i 35 pzt. con STD sintomatici per PR, NIH-CPSI svelò che nel 34.3% dei casi la PR era pre-STD, e nel 65.7% era post-STD.

### CONCLUSIONI

I risultati ottenuti da NIH-CPSI offrono spunti interessanti nella gestione clinica del pzt. con STD ("soppesato percorso diagnostico" che tenga presente dell'impatto infettivo più immediato, delle patologie sottostanti: PR preesistente o sequela della STD), e/o profilassi delle sequele organiche o funzionali post-STDs che minacciano la salute riproduttiva e/o sessuale maschile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 34

#### SALUTE SESSUALE: INTERVENTO EDUCATIVO IN GRUPPI DI PAZIENTI CARDIOLOGICI

G. Corretti (1), M. Provvidenza (2)

(1) *Unità Funzionale di Salute Mentale Adulti - ASL 5 Pisa - Zona Valdera*

(2) *Unità di Riabilitazione Cardiologica - ASL 12 Versilia*

### INTRODUZIONE

Spesso in sanità, il paziente viene considerato come destinatario passivo di uno specifico trattamento o iter terapeutico, sia individualmente sia in gruppo. Al contrario gli interventi di informazione ed educazione alla salute dovrebbero coinvolgere attivamente la persona partendo dalle sue effettive necessità ed aspettative, in un'ottica improntata al benessere globale. Una popolazione ad elevato rischio per disfunzioni sessuali è rappresentata dai soggetti con patologia cardiaca ed esistono in letteratura numerosi studi. Questo lavoro si basa sulla presentazione di un progetto comunitario di informazione ed educazione alla salute sessuale.

### MATERIALE E METODO

Lo studio riguarda un'esperienza di tipo educativo in gruppi di pazienti ricoverati presso un Day Hospital (DH) di riabilitazione cardiologica. Durante il DH di 2 settimane, vengono effettuati esami laboratoristici e strumentali, visite specialistiche, un'attività muscolare aerobica (cicloergometro, ginnastica aerobica) ed alcuni incontri pomeridiani di tipo educativo, tenuti da specialisti: cardiologico, nutrizionale, psicopatologico, sessuologico. I gruppi di pazienti sono di 28-30 persone di entrambi i sessi, di età compresa tra i 40 e gli 80 anni. L'incontro inerente la salute sessuale si articola in un evento per gruppo, della durata di 90': una presentazione di 45' incentrata su cenni anatomo-fisiologici, le più frequenti disfunzioni sessuali e spunti inerenti la terapia, seguita da una discussione.

### RISULTATI

Il progetto ha riscontrato un elevato indice di gradimento tra i partecipanti, i quali hanno dichiarato di gradire particolarmente uno spazio loro dedicato durante il quale vengono fornite informazioni

utili inerenti a problematiche frequentemente correlate alla propria patologia principale. Al progetto si è inoltre associata da un lato una riduzione del numero di richieste di consulenze sessuologiche, presumibilmente dovuto al chiarimento di interrogativi già all'interno dell'incontro, dall'altro le visite richieste sono maggiormente mirate.

### CONCLUSIONI

Una maggior informazione si associa ad una maggior soddisfazione negli utenti ed ad una più semplice gestione delle problematiche riguardanti non solo la patologia principale, ma l'intera persona. L'impiego di figure professionali adeguatamente formate in popolazioni ad elevato rischio di disfunzioni sessuali, potrebbe rappresentare un successivo step.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 35

#### DISFUNZIONE ERETTILE: UN APPROCCIO INTEGRATO MEDICO-PSICOLOGICO

S. Morani, M. Marzotto Caotorta, S. Sandri  
Ospedale "G.Fornaroli" di Magenta (Mi)

### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

La disfunzione erettile, sempre più in aumento nella nostra società, è un disturbo che coinvolge sia la sfera organica che quella psicologica. Data la sua complessità multifattoriale, la scelta terapeutica dovrebbe prevedere una gestione integrata (possibilmente anche logistica) che coinvolga contemporaneamente sia l'andrologo che lo psicologo al fine di offrire al paziente un servizio che gli permetta di ottenere un miglioramento della qualità di vita sessuale e sociale.

### MATERIALE E METODI

Lo studio è suddiviso in 4 fasi: A) ad ogni paziente che accede presso l'ambulatorio di andrologia, la visita andrologica viene effettuata con la presenza dello psicologo e, dove opportuno, si propone al paziente la possibilità di un approfondimento psicosessuologico successivo; B) valutazione psicodiagnostica del profilo sesso-relazionale attraverso l'utilizzo del test Sexrelation Evaluation Schedule Assessment Monitoring (S.E.S.A.M.O., O.S., 1996), in grado di rilevare



ipotesi di cause ed aspetti disfunzionali nell'ambito della sessualità individuale e di coppia;  
C) restituzione al paziente di un inquadramento psicosessuale del disturbo e proposta di una terapia integrata medica-psicologica: l'intervento, orientato alla risoluzione del sintomo agisce sugli aspetti cognitivi, emozionali, comportamentali e relazionali, fornendo al paziente gli strumenti utili alla gestione dell'ansia ed eliminando atteggiamenti stressanti o invalidanti, tipici del deficit erettile; D) dopo un anno, re-test con il Sexrelation Evaluation Schedule Assessment Monitoring (S.E.S.A.M.O).

I colloqui psicologici potranno essere effettuati, a seconda dell'esigenza del caso, a livello individuale, di coppia o entrambi.

**RISULTATI PREVISTI**

Il protocollo così strutturato dovrebbe consentire, attraverso una valutazione multidimensionale, di identificare il trattamento più idoneo per ogni singolo paziente

**CONCLUSIONI**

Più la terapia riesce ad integrare la cura dei fattori biologici e dei fattori psichici, personali e di coppia, maggiore è la probabilità di recupero di un'erezione valida, della durata desiderata e di una maggiore soddisfazione sia sessuale che relazionale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 36 – P 40**  
**PROSTATA E SESSUALITA'**  
Sala Giove 12/06 h. 13.15-14.45

**P 36**  
**L'ESPOSIZIONE PROLUNGATA AL TADALAFIL INIBISCE L'ESPRESSIONE DELL'AROMATASI IN ADIPOCITI UMANI IN VITRO**

A. Aversa, M. Caprio,\* A. Antelmi,\* M. Brama, E. A. Greco, A. Fabbri,\* G.M.C. Rosano,  
\* S. Migliaccio, G. Spera  
*Cattedra di Medicina Interna, Dipartimento Fisiopatologia Medica, Sapienza Università di Roma, \* Unità di Ricerca Cardiovascolare, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS San Raffaele, ^Unità di Endocrinologia, Ospedale Sant'Eugenio e Università di Tor Vergata, Roma*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**  
E' stato dimostrato che il trattamento a lungo termine con tadalafil in pazienti con DE determina una riduzione dei livelli di estradiolo. Abbiamo studiato se la esposizione prolungata al tadalafil fosse in grado di modulare l'espressione della aromatasi in adipociti umani differenziati in coltura.

**MATERIALI E METODI**  
Pre-adipociti umani primari sono stati differenziati in vitro e sono stati trovati positivi per mRNA della PDE5 valutata mediante real-time PCR. Le cellule sono state successivamente esposte a tadalafil (1 µM) a differenti intervalli di tempo (6-24-96-168 ore) per valutare la potenziale modulazione della aromatasi.

**RISULTATI**  
Dopo 96 ore di esposizione, tadalafil ha determinato una riduzione significativa dei livelli di aromatasi (44%), mentre il milrinone (1 µM), un inibitore specifico della PDE3B localizzata negli adipociti umani, ha determinato un effetto opposto (aumento di espressione di ~90%).

**CONCLUSIONI**  
Abbiamo dimostrato per la prima volta che anche gli adipociti umani esprimono la PDE5 e che il trattamento prolungato con tadalafil è in grado di

inibire significativamente e selettivamente l'espressione di aromatasi in adipociti in vitro. Questo effetto è determinato da un blocco specifico della PDE5 e non di altre isoforme dell'enzima. L'evoluzione naturale della patologia prostatica dell'anziano, laddove livelli ridotti di testosterone e un eccesso di estrogeni determinano un rischio maggiore di sviluppare un tumore prostatico, potrebbe beneficiare della assunzione continuativa di tadalafil, che risulta in grado di modificare il rapporto testosterone/estradiolo in vivo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 37**  
**SILDENAFIL E ALFUZOSINA NEI PAZIENTI CON IPB E DISFUNZIONE ERETTILE**  
G. Campo (1), G. Pomara (2), F. Menchini-Fabris (1), R. Pagni (1), G. Giannarini (1), A. Morelli (1), C. Mariani (1), R. Minervini (1), G. Morelli (1).  
1)Urologia Universitaria, Pisa  
2)Urologia Ospedaliera, Pisa

**INTRODUZIONE E OBIETTIVI**  
Lo scopo dello studio è stato quello di valutare l'efficacia e la sicurezza dell' associazione tra sildenafil 50 mg e alfuzosina 10 mg nei pazienti con IPB e disfunzione erettile.

**MATERIALI E METODI**  
Sono stati arruolati 30 pazienti (pz), di età compresa tra 50 e 70 anni , naive per terapie con Álitici e PDE-5, e sono stati randomizzati in tre gruppi (Gruppo A: Alfuzosina 10 mg 1/die la sera, Gruppo B: Sildenafil 50 mg 1/die la sera, Gruppo C: Alfuzosina 10 mg 1/die la sera + Sildenafil 50 mg 1/die la sera) per 8 settimane. I pz. sono stati sottoposti a flussometria con RPM e hanno compilato i questionari IIEF-5 e IPSS al momento dell'arruolamento (T0) e a 8 settimane (T1).

**RISULTATI**  
Un miglioramento dell' IIEF-5 si è avuto nel 13,3%



dei pz del GA, nel 65% pz. del GB e nel 69,8% dei pz. del GC. Dopo 8 settimane il punteggio IPSS significativamente migliorato nei tre gruppi (GA: -22%, GB:-19,2%, GC:25,8), ma il miglioramento più significativo si è avuto nel GC. La frequenza, il Qmax e il RPM sono considerevolmente migliorati nei pz. del Gruppo A e del Gruppo C. Solo in 3 pazienti si sono manifestati effetti collaterali non gravi (2 pz. dispepsia, 1 pz. vertigini). Nessun paziente è stato perso al follow-up.

### CONCLUSIONI

Il trattamento combinato con alfuzosina e sildenafil è risultato sicuro, ed è da considerarsi la terapia più efficace nel migliorare LUTS e DE nei pazienti con IPB.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 38

#### INIBITORI DELLE 5-FOSFODIESTERASI: UNA MAGNIFICAZIONE D'IMMAGINE NELLA DIAGNOSTICA ECOGRAFICA POWER DOPPLER NELLA DIAGNOSI DI CARCINOMA PROSTATICO

G. Morelli, R. Pagni, C. Mariani, E. Mauro \*, A. Morelli, F. Menchini Fabris, D. Canale\*, N. Armillotta \*, D. Caramella \*, R. Minervini

*Urologia Universitaria, Ospedale S. Chiara, Pisa*

\* *Radiologia Universitaria, Ospedale S. Chiara, Pisa*

\* *Andrologia Universitaria, Ospedale Cisanello, Pisa*

### INTRODUZIONE

Il carcinoma prostatico (CP) e le alterazioni infiammatorie della prostata, sono associate ad un aumento di densità della microcircolazione nelle aree interessate. L'ecografia transrettale (TRUS) con Power Doppler ed ausilio di mezzo di contrasto ecografico (CEPDU) può essere di aiuto nell'individuazione di queste aree. Gli inibitori delle fosfodiesterasi 5 (PDE5-I) causano una vasodilatazione della circolazione prostatica mediata dall'ossido nitrico (NO). In questo studio, viene valutata, la capacità dei PDE5-I, di aumentare la visibilità della microcircolazione prostatica, e quindi la capacità di individuazione di aree sospette, paragonandola all'ausilio del mezzo di contrasto ecografico, nella metodica Power Doppler.

### MATERIALI E METODI

Dal Maggio '08 al gennaio '09, sono stati arruolati 30 pazienti con PSA elevato, DRE negativa, TRUS negativa. Tutti i pazienti, sono stati sottoposti a CEPDU, e rivalutati con tecnica Power Doppler, senza l'ausilio di mezzo di contrasto, dopo 2 ore dalla somministrazione di 20 mg di Vardenafil cp, da un unico operatore. Sono state registrate le aree sospette per incremento della microcircolazione visibili con mezzo di contrasto, e quelle visibili dopo la somministrazione di PDE5-I. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a biopsie prostatiche multiple con prelievi doppi nelle aree definite sospette dalle metodiche sopra descritte.

### RISULTATI

25 aree sospette per ipervascularizzazione visibili solo dopo CEPDU sono state riportate nei 30 pazienti. 23 di queste aree vengono confermate anche con il solo utilizzo di PDE5-I nel successivo esame (23/25; 92%). Sono state prese in esame le aree confermate da entrambe le metodiche. Queste aree sono risultate alla successiva biopsia prostatica mirata CP nel 56% (13/23); alterazione infiammatoria nel 35% (8/23) e nessuna alterazione infiammatoria nel 9% (2/23).

### DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'associazione di PDE5-I alla convenzionale tecnica TRUS con Power Doppler, ha riportato risultati paragonabili a quelli ottenuti con l'ausilio del mezzo di contrasto ecografico, confermando un'ottima sensibilità nell'individuazione sia di aree infiammatorie che di CP. L'introduzione di questo tipo di associazione, potrebbe quindi rivalutare il ruolo del mezzo di contrasto nell'indagine ecografica della prostata.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 39

#### FUNZIONE SESSUALE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA PROSTATICA DISOSTRUTTIVA

G. Maselli, G. Paradiso Galatioto, L. Bergamasco, L. Gualà, V. Silvestri, A. Del Rosso, E. Di Pierro, O. Martella, G. Pace, C. Vicentini  
*Università degli Studi de L'Aquila – U.O. Ospedale Civile G. Mazzini di Teramo*

### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

L'ipertrofia prostatica benigna (IPB), i sintomi del basso tratto urinario (LUTS) e la disfunzione erettile (DE) sono frequenti nell'età adulta/anziana. I LUTS attualmente rappresentano fattori di rischio per la DE indipendenti dall'età e da altre comorbidità. Sebbene il trattamento dell'IPB possa migliorare la sintomatologia del basso tratto urinario, il trattamento chirurgico può determinare un peggioramento della funzione sessuale in una discreta percentuale di pazienti. Lo studio è stato condotto prospetticamente per valutare, nei soggetti sessualmente attivi, privi di fattori di rischio cardiovascolare ed altre patologie concomitanti, l'influenza della chirurgia prostatica disostruttiva sulla funzione erettile.

### MATERIALI E METODI

In un periodo che va da Marzo 2006 a Giugno 2008, su un totale di 109 uomini trattati chirurgicamente per ostruzione cervico-uretrale, abbiamo selezionato 40 pazienti sessualmente attivi (IIEF-5 preoperatorio > 16) che non presentavano all'anamnesi fattori di rischio cardiovascolare ed altre comorbidità. Il gruppo 1, età media 65,6 [60-69] è stato sottoposto a TURP (n=20) e il gruppo 2, età media 66,7 anni [60-70] è stato sottoposto ad adenomectomia TV (n=20). Sono stati somministrati i questionari dell'International Prostate Symptom Score (IPSS) e dell'International Index Erectile Function (IIEF-5) prima dell'intervento e a distanza di un anno.

### RISULTATI

Tutti i pazienti hanno mostrato un significativo miglioramento nello score dell'IPSS (gruppo 1: -18,8; gruppo 2: -20,2) e del QoL (gruppo 1: -4,2; gruppo 2: -4,5).

I valori dell'IIEF non hanno mostrato differenze significative tra i due gruppi (p>0,05). A distanza di un anno dall'intervento in 3 pazienti nel gruppo 1 e in 4 nel gruppo 2 si è rilevata una riduzione dell'IIEF-5 (gruppo 1: -3,2; gruppo 2: -3,9). In 6 pazienti su 7 in cui si è verificata una riduzione dell'IIEF si è evidenziata una contemporanea persistenza dei sintomi della fase di riempimento. In particolare la nicturia che residua dopo l'intervento rappresenterebbe un importante fattore che correla con una peggiore performance dell'IIEF-5 in entrambi i gruppi.

### CONCLUSIONI

La TURP rispetto all'adenomectomia non mostra sostanziali differenze nell'outcome sessuale con una riduzione dell'IIEF-5 comparabile nei due gruppi. La persistenza di LUTS della fase di riempimento anche dopo chirurgia continua ad essere un fattore correlato con un peggioramento dell'IIEF-5.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 40

#### RIABILITAZIONE SESSUALE POST-PROSTATECTOMIA RADICALE

S. Cimino, F. Abate, P. Butera, A. Ingrassia, A. Paradiso, G. Salvia

*A.USL 3, Catania - P.O. "Castiglione - Prestianni", Bronte (CT) - U.O.C. di Urologia*

### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Fra le sequele secondarie alla prostatectomia radicale l'impotenza rimane una delle complicanze a più rilevante incidenza, nonostante gli studi di Walsh che dimostrò l'esistenza delle neurobundles e codificò la tecnica chirurgica "nerve-sparing" in corso di tale intervento.

Le cause di questa complicanza sono in genere da imputare al mancato risparmio delle benderelle neuro-vascolari, aventi sede lungo la superficie laterale della prostata, la cui preservazione viene eseguita solo nel caso in cui non venga compromessa la radicalità oncologica dell'intervento.

Tuttavia oltre ai problemi strettamente correlati alla tecnica chirurgica va sicuramente accertata la validità della funzionalità erettile in relazione all'età e alle patologie neuro-vascolari che potrebbero essere associate.

### MATERIALI E METODI

Gli Autori riportano la loro esperienza su 70 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale con accesso retro pubico eseguite tra il 2003 e il 2008.

Al campione esaminato di età media di 58,5 aa è stato somministrata la Scheda di Valutazione della Sessualità Maschile - IIEF 5 prima dell'intervento (fase I), a 60 giorni dalla rimozione del drenaggio chirurgico (fase II), a sei mesi (fase III) ed a 12 mesi (fase IV).

Ai pazienti dalla II settimana dopo l'intervento fino

ai successivi 60 gg sono state somministrate 1 cp a giorni alterni di Sildenafil 100 mg o di Tadalafil 20 mg. Dei 70 pazienti valutati 4 non sono rientrati nello studio perché precedentemente all'intervento avevano una disfunzione erettile assoluta, 2 perché non sottoposti a tecnica nerve-sparing e 2 sono andati in drop-out per assenza di motivazioni. Dei 62 che hanno completato lo studio 30 sono stati trattati con Sildenafil e 32 con Tadalafil.

### RISULTATI

Al termine del trattamento riabilitativo in fase II 6/62 pazienti, di cui 4 oltre i 65 anni di età e due al di sotto (più precisamente di 58 e 63 anni), riferivano una completa assenza di erezione, 5/62 avevano un netto peggioramento del punteggio all'IIEF5, 12/62 avevano un lieve peggioramento, nei restanti 32 pazienti si evidenziava un punteggio equivalente a quello della fase I. In III fase la situazione restava invariata ad eccezione dei 12/62 pazienti che rispetto alla II fase evidenziavano un netto miglioramento. In IV fase i 56/62 pazienti che avevano una situazione invariata rispetto alla fase I evidenziavano all'IIEF5 un punteggio stabile nel tempo.

### CONCLUSIONI

La riabilitazione sessuale farmacologia rappresenta il trattamento di prima scelta nel paziente sottoposto a prostatectomia radicale nerve-sparing, fondamentalmente per ridurre lo stress iposico cui viene sottoposto il delicatissimo tessuto erettile in corso di intervento e nelle fasi di guarigione chirurgica. Inoltre è certo che a lungo termine la risoluzione dell'edema chirurgico sulle benderelle neuro-vascolari migliora la performance sessuale dei pazienti. Infine è evidente come la ripresa funzionale si sia stabilizzata nel tempo ed in funzione di esso.

### Bibliografia

1. Hatzimouratidis K, Burnett AL, Hatzichristou D, McCullough AR, Montorsi F, Mulhall JP. Phosphodiesterase Type 5 Inhibitors in Postprostatectomy Erectile Dysfunction: A Critical Analysis of the Basic Science Rationale and Clinical Application. - Eur Urol. 2008 Oct 21
2. Wang. R.

Penile rehabilitation after radical prostatectomy: where do we stand and where are we going? J Sex Med. 2007 Jul;4(4 Pt 2):1085-97.

3. Mulhall JP.

Penile rehabilitation following radical prostatectomy. - Curr Opin Urol. 2008 Nov;18(6):613-20.

4. Montorsi F, Brock G, Lee J, Shapiro J, Van Poppel H, Graefen M, Stief C. Effect of nightly versus on-demand vardenafil on recovery of erectile function in men following bilateral nerve-sparing radical prostatectomy. - Eur Urol. 2008 Oct;54(4):924-31. Epub 2008 Jul 9.

5. Rambhatla A, Kovanecz I, Ferrini M, Gonzalez-Cadavid NF, Rajfer J. Review Rationale for phosphodiesterase 5 inhibitor use post-radical prostatectomy: experimental and clinical review. - Int J Impot Res. 2008 Jan-Feb;20(1):30-4.

6. Bannowsky A, Schulze H, van der Horst C, Hautmann S, Jünemann KP. Recovery of erectile function after nerve-sparing radical prostatectomy: improvement with nightly low-dose sildenafil. - BJU Int. 2008 May;101(10):1279-83. Epub 2008 Feb 18.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 41 – P 45 PATOLOGIE CONGENITE DEI GENITALI Sala Giove 12/06 h. 13.15-14.45

### P 41

#### ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI MONCONE VAGINALE IN PAZIENTE CON PSEUDOERMAFRODITISMO MASCHILE

G. Benedetto, G. Abatangelo, E. Bratti, F. Nigro, E. Scremin, P. Ferrarese, A. Tasca  
U.O.C. Urologia – Ospedale San Bortolo, Vicenza

### SCOPO

Presentiamo la nostra esperienza con un paziente affetto da pseudoermafroditismo maschile.

### MATERIALI E METODI

Il caso clinico riguarda un paziente di 18 anni riconosciuto affetto alla nascita da pseudoermafroditismo maschile sulla base di un fenotipo caratterizzato da testicolo destro ritenuto, ipospadia penoscrotale, presenza di un moncone vaginale originante dall'uretra distale senza strutture mulleriane. Il cariotipo è XY. In età infantile è sottoposto ad orchidopessi destra, uretroplastica sec Duplay modificata e a 12 anni ad asportazione laparoscopica di moncone vaginale, in seguito all'insorgenza di infezioni recidivanti. Alla nostra osservazione persisteva il quadro clinico di infezioni, oltre a macroematuria saltuaria. Le erezioni erano valide. All'ispezione si evidenziava la presenza di un neomeato uretrale ipospadico in sede coronale. L'uretrografia retrograda documentava un lume ampio in corrispondenza del tratto ricostruito ed una sacca diverticolare contenente calcoli originante dall'uretra sottosfinterica. Allo studio RMN la sacca appare contigua alla base vescicale e non vi è evidenza di prostata. All'uretroscopia la cavità diverticolare risulta comunicare con il lume uretrale attraverso un orifizio visibile e contiene calcoli. L'uretra nativa si inserisce ad angolo retto sul tratto inferiore ed il tratto sfinterico è evidente a 1,5 cm dall'orifizio diverticolare. L'approccio chirurgico ha luogo pervia perineale attraverso un'in-

cisione ad U rovesciata interposta tra le tuberosità ischiatiche. Scollate le fosse ischiorettali, si delinea il centro tendineo del perineo che viene sezionato. Si esegue dissezione prerettale con clivaggio progressivo dei muscoli transversosuperficiale del perineo ed ischiocavernoso fino ad identificare la sacca diverticolare avvolta da tessuto fibroso. Si procede alla dissezione del diverticolo dalla muscolatura profonda del perineo e dal retto lungo un piano adiacente alle pareti del diverticolo. La sacca viene clivata sul versante craniale del diaframma urogenitale e posteriormente dal peritoneo. Si procede con l'isolamento della parete anteriore del moncone vaginale che prende contatto con la parete dell'uretra sottosfinterica. Si asporta il diverticolo che appare occupato dai calcoli.

### RISULTATI

Nessuna complicanza di rilievo è stata osservata nel post operatorio. L'esame istologico documenta epitelio compatibile con vagina.

### CONCLUSIONI

Insidie risiedono nell'identificare il decorso dei nervicavernosi per l'assenza della prostata

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P 42

#### STENOSI ED ATRESIA VAGINALE. TECNICHE DI RICOSTRUZIONE A CONFRONTO

G. Liguori, S. Benvenuto, C. Trombetta, A. Amodeo, G. Mazzon, G. Olandini, B. de Concilio, E. Belgrano  
Clinica Urologica; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste

### INTRODUZIONE

Sono state descritte numerose tecniche chirurgiche ricostruttive per la correzione di stenosi o atresia vaginale. Discutiamo 3 differenti soluzioni tecniche.



**MATERIALI E METODI**

Sono giunte alla nostra osservazione 7 pz affette da stenosi vaginale severa o atresia vaginale: 2 pz erano affette da stenosi vaginale completa da Lichen sclerosus, 1 pz era affetta da Lichen planus, in 2 pz si era verificata una stenosi della vagina su base iatrogena, mentre 2 pz erano affette da sindrome di Mayer-Rokitansky-Kuster (MRK).

Per le 2 pz con la sindrome MRK abbiamo optato per la tecnica della trasposizione del peritoneo pelvico. Dopo avere eseguito un'incisione a livello del fondo cieco dell'abbozzo vaginale è stata ricavata una neocavità per via smussa tra retto e uretra. Viene preparato uno spazio tra vescica e retto, fino al peritoneo che ricopre lo sfondato del Douglas. A questo punto il peritoneo viene inciso e vengono posizionati 4 punti di reperi sui margini della breccia peritoneale che vengono poi ancorati all'introito della vagina. La cupola della neovagina così confezionata viene quindi chiusa con una borsa di tabacco.

Nelle pz con grave stenosi della vagina abbiamo utilizzato una vaginoplastica di ampliamento con anse ileali detubularizzate e riconfigurate. Dopo aver liberato completamente la volta vaginale un segmento ileale di circa 12 cm viene isolato, detubularizzato e riconfigurato ad "anello". In seguito la neovagina così formata viene anastomizzata all'introito vaginale.

Nelle pz affette da patologie infiammatorie croniche che presentavano sclerosi vulvare con conglutinamento delle piccole e grandi labbra, stenosi vaginale e stenosi del meato uretrale abbiamo eseguito dilatazione manuale della vagina con escissione delle sinechie e meato-plastica uretrale con ripristino della fisiologia anatomica.

**RISULTATI**

Non vi sono state complicanze in tutte le pz. Il risultato estetico a 3 mesi è buono. Dal punto di vista funzionale non tutte le pz hanno avuto un miglioramento, in particolare le pazienti affette da Lichen probabilmente per la degenerazione neuro-vascolare causata dalla malattia stessa.

**CONCLUSIONI**

L'utilizzo di segmenti ileali riconfigurati consente di creare una neovagina ben configurata. D'altro canto l'utilizzo del peritoneo presenta, in pz selezionate, chiari vantaggi di minore invasività e facilità di esecuzione. Nei casi di minore gravità resta comunque consigliato un approccio chirurgico mini-invasivo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 43****RECURVATUM CONGENITO DEL PENE IN DUE FRATELLI: CASE REPORT E DESCRIZIONE DELLA TECNICA CHIRURGICA DI RISOLUZIONE**

G. Coraci, D. Di Trapani, D. Di Trapani

U.O. di Urologia, Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Riportiamo un caso clinico di due fratelli con incurvamento congenito del pene e la risoluzione chirurgica

**MATERIALI E METODI**

E.S., R.S., di 17 e 21 anni rispettivamente, senza patologie associate, venivano alla nostra osservazione lamentando una deviazione peniena manifestatasi durante la pubertà. Il pz E.S. presentava una deviazione laterale sn, il pz R.S. una deviazione omolaterale ma più marcata. La tecnica di correzione chirurgica, eseguita in anestesia locale, ha previsto l'incisione longitudinale cutanea di 4 cm all'apice della convessità del corpo cavernoso maggiormente sviluppato e la graduale separazione degli strati sottostanti fino all'esposizione della tunica albuginea del corpo cavernoso. Si è proceduto, quindi, all'ascissione di un ellisse di tunica albuginea del corpo cavernoso e alla successiva sutura. Il pz R.S. ha necessitato l'aggiunta di qualche punto di plicatura dell'albuginea per ottimizzare il risultato.

All'esame istologico l'albuginea, di ambedue i fratelli, presentava fibre collagene di diverso diametro a disposizione caotica, con aree di disintegrazione delle fibre.

**RISULTATI**

I due fratelli a 6 mesi dall'intervento presentavano risultati estetici e funzionali ottimali.

**CONCLUSIONI**

La maggior parte degli Autori sembra concordare sull'ipotesi della displasia della tunica albuginea come causa dello sviluppo asimmetrico dei due corpi cavernosi. Il caso clinico descritto, potrebbe avvalorare l'ipotesi di un ruolo etiologico delle alterazioni genetiche, verificatesi durante l'embrionogenesi e/o la gestazione che porterebbero ad una verosimile alterazione metabolica del tessuto connettivo, ad alterazioni strutturali della tunica albuginea e ad un successivo incurvamento penieno.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 44****ESITI NELL'ADULTO DEL RADDRIZZAMENTO PENIENO ESEGUITO IN ETÀ PEDIATRICA: LA NOSTRA ESPERIENZA**

S.D. Sandri, M. Marzotto Caotorta, V. Ceriani, S. Gualdoni, C.S. Guerrer

Unità Operativa di Urologia e Unità Spinale Ospedale "G.Fornaroli", Magenta (MI)

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

L'incurvamento penieno congenito richiede un trattamento chirurgico quando è maggiore di 30° e si associa ad altre malformazioni come l'ipospadia. Attualmente diverse sono le tecniche proposte per correggere questo difetto e le malformazioni ad esso associate. Scopo di questo lavoro è presentare la nostra esperienza in questo ambito e valutare i risultati a lungo termine, in particolare nell'età adulta.

**MATERIALI E METODI**

Dall'aprile 1984 al novembre 1997 29 pazienti (pz) di età compresa tra gli 11 mesi ed i 18 anni (età media 38 mesi) sono stati sottoposti ad intervento correttivo per incurvamento penieno congenito; in 7 casi (età media 10 anni) l'incurvamento non era associato ad altra malformazione mentre in 22 pz (età media 34 mesi) era associato ad ipospadia (1 perineale, 2 all'angolo peno-scrotale, 3 medio-peniene e 16 distali). In 26 pz era pre-

sente un incurvamento ventrale mentre 3 pz presentavano un incurvamento laterale; 9 pz su 29 manifestavano un incurvamento inferiore ai 45° mentre 20 un incurvamento superiore ai 45°.

11 pz sono stati successivamente seguiti e rivalutati con un follow up (FU) medio di 13 anni.

**RISULTATI**

Per la correzione dell'incurvamento isolato o in associazione alla ricostruzione uretrale nei casi in cui era presente anche l'ipospadia sono stati eseguiti:

- in 2 pz semplice liberazione cutanea
- in 9 pz rimozione della corda uretrale
- in 4 pz rimozione della corda uretrale e plicature dei corpi cavernosi
- in 1 pz rimozione della corda uretrale e corporoplastica sec. Nesbit
- in 10 pz plicature semplici dei corpi cavernosi
- in 3 pz corporoplastica sec. Nesbit.

Nei mesi seguenti l'intervento (FU a breve termine) abbiamo riscontrato 3 fistole uretrali, 1 diastasi glandulare, 2 esuberanze cutanee ed 1 rotazione del pene; per tutti questi pz ad eccezione di una fistola uretrale risoltasi spontaneamente è stato necessario ricorrere a revisione chirurgica. Il FU a lungo termine eseguito su 11 pz ha confermato il buon esito degli interventi: tutti i pz riferiscono mitto ed erezione validi con pene dritto.

**CONCLUSIONE**

Nella nostra esperienza la correzione chirurgica dell'incurvamento penieno congenito eseguita in età pediatrica ha permesso di ottenere risultati ottimi e duraturi con piena soddisfazione dei pz nonostante un impercettibile accorciamento del pene. L'intervento correttivo riduce le implicazioni psicologiche conseguenti alla malformazione stessa che potrebbero ostacolare un sereno approccio alla sessualità.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 45****MASSA SCROTALE DA URETERE ECTOPICO**

M. Polito, G. D'Anzeo, L. Gasparri, D. Cantoro, G. Parri, G. Muzzonigro

Clinica Urologica - U.O.S. di Andrologia

Azienda Ospedali Riuniti - Torrette - Ancona



**CASO CLINICO**

Giunse alla nostra osservazione un paziente che lamentava dolore scrotale dx; ultraottantenne, in anamnesi riferiva ipertensione arteriosa in terapia ed un intervento chirurgico eseguito 15 aa. prima di adenomectomia prostatica transvescicale sempre nella nostra struttura. Lo scroto si presentava aumentato di volume, il didimo e l'epididimo non erano esplorabili, vi era evidenza di un impegno erniario dx inguinale inveterato e tutti i controlli eseguiti dal curante in precedenza imputavano all'ernia da scivolamento i disturbi lamentati dal paziente; in realtà l'obiettività dava la sensazione di una massa dura, non riducibile e non classicamente giustificabile dallo stato erniario. Non febbre, ematuria o disuria nel periodo recente. Una ecografia testicolare oltre a confermare a dx la presenza di intestino erniato ed un modesto idrocele bilaterale, evidenziava una struttura allungata parallela al didimo che presentava all'interno una neoformazione estesa per 2 cm. Richiedemmo ed eseguimmo una RMN dello scavo pelvico che confermò la presenza dell'uretere dx dilatato e con difetto di riempimento all'interno dello scroto. Una Rx urografia rivelò rene dx dilatato e la successiva Pielografia ascendente mostrò il decorso anomalo, la dilatazione ed il difetto di riempimento ureterale, il quadro radiologico simulava una deferentografia. Il soggetto successivamente fu da noi operato di resezione ureterale dx, reimpianto vescicale sec. Paquin ed ernioplastica inguinale dx con plug e rete protesica sec. Licthestein; il decorso fu regolare. L'esame istologico definitivo depose per carcinoma uroteliale papillifero G3 dell'uretere distale dx, negativi margini di resezione. Riteniamo interessante e raro questo caso che è stato caratterizzato da dolore cronico scrotale ma nessun sintomo riferibile ad ureteroidronefrosi o a neoplasia della via escretrice; le immagini radiologiche sono molto suggestive, il decorso ureterale era parallelo al deferente, giungeva fino sotto la coda dell'epididimo per poi risalire verso la pelvi e orientarsi verso la vescica. Concludiamo suggerendo che seppur rarissime le ernie con meccanismo da scivolamento possono far migrare altri organi in sedi lontane e inusuali. La diagnostica andrologica del contenuto scrotale non può prescindere da queste informazioni e che quindi la ecografia

renale o la Rx urografia dovrebbe essere sempre effettuata in questi soggetti anche al fine di scegliere e coinvolgere chirurghi con criterio multidisciplinare.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 46****FALLOPLASTICA OGGI: IMPIANTO PENIENO APICALE E PERICAVERNOSO**

J. Salhi, M. Del Prete

*Androclinic, Roma*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

La dismorfofobia è un problema che affligge tanti uomini e nonostante le terapie psicossessuologiche rimane compito dell'andrologia moderna di dare risposte chirurgiche concrete volte a standardizzare la tecnica chirurgica e renderla accessibile agli andrologi nella loro pratica quotidiana. Viene riportata in questo lavoro la nostra esperienza maturata in questo campo.

**MATERIALI E METODI**

L'impianto è costituito da tre porzioni di cui la prima, detta apicale viene collocata all'apice dei corpi cavernosi sotto il glande, e due parti laterali speculari dette "pericavernose" costituite ognuna da un emicilindro a sezione semilunare.

La porzione apicale dell'impianto viene inserita tra la superficie distale dei corpi cavernosi ed il glande facendo sì che quest'ultimo si proietti in avanti e lateralmente aumentando la propria impronta e aggiungendo anche un certo aumento alla lunghezza del pene. La struttura di tale impianto è formata da un involucro esterno (a più strati) in materiale biocompatibile che contiene un gel altamente coesivo di consistenza parenchimatosa.

L'impianto può essere anche confezionato su misura usando il derma porcino liofilizzato (Intexen).

**TECNICA**

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 sottoglandulare procedendo dai lati, per non ledere il fascio neurovascolare dorsale e l'uretra.

**P 46 – P 50****CHIRURGIA DEI GENITALI**

Sala Giove 12/06 h. 13.15-14.45

Dopo l'inserimento dell'impianto si chiude a punti staccati. Per gli impianti pericavernosi si prepara, bilateralmente, un tunnel sottofasciale distalmente fin sotto il glande e prossimalmente fino alla radice del pene, si procede all'impianto della protesi pericavernosa che viene fissata solo distalmente sotto il glande.

**RISULTATI**

Dal gennaio 2002 fino al dicembre 2007, 118 pazienti di età compresa tra 21 e 54 anni, sono stati sottoposti a falloplastica additiva con questo impianto pericavernoso.

In 26 casi è stata anche impiantata la porzione apicale, in 9 dei quali l'intervento si è limitato all'impianto apicale per risolvere il problema della disproporzione primaria tra il glande ed il volume del resto del pene.

La complicanza più drammatica è stata l'infezione monolaterale in 3 casi trattata con espianto ed il reimpianto è stato effettuato con successo dopo 6 mesi, altre complicanze minori sono state un arricciamento dell'impianto pericavernoso in 2 casi.

**CONCLUSIONI**

Questo impianto pericavernoso risponde alla necessità di effettuare un intervento relativamente semplice e rapido, con risultati estetici buoni e duraturi nel tempo, senza compromettere la funzionalità.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 47****ACCESSO PENO-SCROTALE NELLA CHIRURGIA DEI TRAUMI PENIENI.**

C. Pavone, V. Zaccone, M. Capra, I. Oxenius, D. Melloni

*U.O.S. di Chirurgia Andrologica. U. O. C. Urologia. Policlinico Universitario P. Giaccone, Palermo*

**INTRODUZIONE**

La traumatologia peniena rappresenta una rara entità che si configura all'interno delle urgenze in

urologia. La presentazione clinica è tipica e richiede una terapia chirurgica precoce al fine di evitare alterazioni estetiche e funzionali (1).

#### MATERIALI E METODI

Si riporta la nostra esperienza nel trattamento chirurgico dei traumi penieni con tecnica di accesso chirurgico mediano peno-scrotale in sostituzione della classica incisione circonferenziale subcoronale con conseguente degloving penieno.

#### RISULTATI

Tutti i pazienti trattati venivano alla nostra osservazione con ematoma penieno, in alcuni casi diffuso anche in sede scrotale e perineale. In un caso non era presente rottura dei corpi cavernosi, ma lacerazione della fascia di Buck associata a lesione vascolare. L'accesso con incisione mediana ventrale peno-scrotale ha permesso in tutti i casi una immediata identificazione delle lesioni riscontrate e un'agevole riparazione chirurgica. Al follow up tutti i pazienti hanno conservato una normale attività erettile, invariata rispetto a prima dell'evento traumatico.

#### DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Diverse tecniche sono state proposte nella riparazione chirurgica delle fratture peniene (2): degloving penieno, incisione longitudinale lungo l'ematoma, incisione sovrapubica, incisione inguinoscrotale, accesso mediano ventrale. L'accesso penoscrotale da noi utilizzato sembra vantaggioso per diverse ragioni: sembra consentire un accesso più rapido ai fini dell'identificazione della lesione traumatica; permette di esplorare velocemente la base dei corpi cavernosi, a livello della giunzione penoscrotale, sede dove più frequentemente origina la lesione; evita, al contrario del degloving penieno, estesi scollamenti degli strati dartoici; questi ultimi possono risultare difficoltosi specie quando presente un esteso infarcimento emorragico; è consentito infine un accesso diretto all'uretra peniena, così da potere riparare eventuali lacerazioni della stessa, ove presenti.

#### Bibliografia

1. Fracture of the penis: a case series. Martínez Ruiz J, Pastor Navarro H, Carrión López P, Giménez Bachs JM, Donate Moreno MJ, Virseda

Rodríguez JA. Actas Urol Esp. 2008;32(6):599-602  
2. Penile fractures: immediate surgical approach with a midline ventral incision. Mazaris EM, Livadas K, Chalikopoulos D, Bisas A, Deliveliotis C, Skolarikos A. BJU Int. 2009 Feb 23. [Epub ahead of print]

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 48

#### ACCESSO TRANS-PREPUZIALE CON RISPARMIO DEL PREPUZIO NELLA CORREZIONE DI CURVATURA PENIENA DISTALE: PRIMO CASO

E.S. Pescatori (1,2), B. Drei (1)

1. Servizio di Andrologia, Hesperia Hospital, Modena

2. Unità Operativa di Andrologia, SISMER, Bologna

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

La correzione chirurgica delle curvature peniene distali richiede classicamente un accesso subcoronale con degloving per esporre l'albuginea dei due corpi cavernosi. Questo accesso esita in circonscisione di necessità, per evitare guarigioni prepuziali disestetiche.

Nondimeno alcuni uomini sono restii a sottoporsi a circonscisione, percependo che la presenza del prepuzio conferisca al pene un aspetto più naturale.

Alla luce della anatomia vascolare del prepuzio (afflusso arterioso mediante rami terminali longitudinali delle arterie pudende esterne e drenaggio venoso che avviene tramite venule anch'esse a decorso longitudinale nel prepuzio), abbiamo verificato la fattibilità di un accesso trans-prepuziale ai corpi cavernosi con risparmio del prepuzio.

#### MATERIALI E METODI

Un ragazzo di 22 anni, affetto da curvatura peniena congenita distale, ventrale di circa 25°, si presentava alla nostra osservazione richiedendo correzione della curvatura in quanto la stessa sia determinava fastidio alla partner durante il coito, sia non era esteticamente ben accetta al paziente. Veniva altresì richiesto risparmio del prepuzio. Strategia chirurgica: erezione idraulica con punti di repere in sede di massima curvatura.

Incisione dorsale mediana del foglietto interno del prepuzio represso a partire da 1 cm al di sotto della corona del glande, arrestandosi immediatamente prima della riflessione prepuziale tra foglietto interno ed esterno. Ottenimento di luce di 3,5 cm sulle sottostanti strutture peniene. Incisione longitudinale di fascia di Buck esponendo per 3 cm la vena dorsale profonda del pene. Asportazione di segmento di vena dorsale tra legature, esponendo l'albuginea dei corpi cavernosi. Incisione longitudinale mediana dell'albuginea, suturata trasversalmente con punti staccati introflettenti in acido poliglicolico 20 (modifica di tecnica descritta da Giammusso). Dopo conferma all'erezione idraulica dell'avvenuta correzione della curvatura: chiusura delle strutture fasciali in doppio strato con Vycril 50 in continua. Sintesi della cute prepuziale in Vycril 40 rapid, punti staccati.

#### RISULTATI

A tre mesi di follow-up vi è evidenza oggettiva (fotografica) di prepuzio di aspetto normale sia in flaccidità che in erezione, con completa correzione della curvatura. Assenza di alterazioni della funzione erettile e di altre possibili complicanze, tra cui dolore o alterazione della sensibilità peniena.

#### CONCLUSIONI

L'accesso trans-prepuziale che descriviamo ha consentito la correzione di un caso di curvatura peniena distale senza la necessità di circonscisione, non compromettendo il risultato chirurgico di raddrizzamento.

Questo accesso risponde alla richiesta specifica di alcuni soggetti di conservare il prepuzio in chirurgia correttiva di curvature distali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### P 49

#### CHIRURGIA CONSERVATIVA NELLA TERAPIA DEL CARCINOMA PENIENO: NOSTRA ESPERIENZA

E. Spera, M. Florio, M. Scarfini, B. Iorio, M. Casilio, S. Sansalone

Università di Roma Tor Vergata Dipartimento di Urologia

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Il carcinoma del pene è una neoplasia relativamente poco comune, ma con un enorme impatto psicologico sul paziente, richiede quindi il massimo impegno da parte dell'urologo per associare radicalità oncologica e la massima conservazione possibile dell'aspetto estetico e funzionale. Presentiamo la nostra esperienza nella chirurgia conservativa del carcinoma penieno avvalendosi della tecnica "penile disassembly".

#### MATERIALI E METODI

In un periodo di tempo compreso tra Gennaio 2006 e Ottobre 2008 quattro pazienti sono stati trattati con chirurgia conservativa del tumore del pene. In tutti i casi la neoplasia era confinata al glande e la biopsia preoperatoria confermava un carcinoma squamocellulare. Dopo un degloving dell'asta peniena si è praticata un'ampia mobilizzazione dell'uretra e del fascio nervo vascolare dorsale in modo da separare il glande dai corpi cavernosi. Il fascio nervo vascolare è stato sezionato 2 cm. prossimalmente al margine del glande, di seguito è stata sezionata l'uretra asportando il glande. In 2/4 pazienti si è effettuato anche un esame istologico estemporaneo sul margine di sezione uretrale. La fase ricostruttiva è stata effettuata spatolando la porzione distale dell'uretra e fissandola sull'estremità dei corpi cavernosi per creare un neo-glande. Di seguito si è fissata la cute peniena ai corpi cavernosi ed ai margini uretrali mediante una sutura coronale. Un catetere vescicale è stato mantenuto per 5 giorni. Tutti i pazienti sono stati valutati nel post operatorio a 6 mesi ed a 1 anno.

#### RISULTATI

A distanza di un anno dall'intervento nessun paziente ha presentato recidiva della neoplasia. La funzione erettile è stata conservata in tutti i pazienti. 3/4 hanno riferito una discreta sensibilità residua a livello del neo-glande ed un'accettabile aspetto estetico del proprio pene.

#### CONCLUSIONI

La chirurgia conservativa del carcinoma del pene sembra essere il metodo ottimale per le forme di basso grado confinato al glande. Questa tecnica consente infatti di associare una buona radicalità oncologica al mantenimento dell'attività sessuale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 50

**TRATTAMENTO DEL LINFEDEMA PENO-SCROTALE IN UN PAZIENTE CON SINDROME DI HENNEKAM**

P. Panella, A. Cacciola, G. Candiano, L. D'Arrigo, M. Pennini, P. Pepe, F. Savoca, P. Soma (\*), F. Aragona

*UOC di Urologia – UOC di Chirurgia Plastica(\*)  
Azienda Ospedaliera Cannizzaro Catania*

**INTRODUZIONE**

La sindrome di Hennekam è un raro disordine genetico, autosomico recessivo, descritto nel 1989 e caratterizzato dall'associazione di linfedema degli arti inferiori e dei genitali, linfangectasie intestinali e ritardo di crescita. Il linfedema, che è congenito e gradualmente progressivo, è estremamente severo e rappresenta una grave limitazione per la qualità di vita del paziente. In letteratura ne sono stati descritti 29 casi, prevalentemente in età pediatrica.

**MATERIALI E METODI**

Il paziente, un uomo di 31 anni, primogenito di genitori non consanguinei, giunge alla nostra osservazione per linfedema periferico. Sin dalla nascita è affetto da enteropatia proteino-disperdente ed ha presentato il progressivo sviluppo di un linfedema degli arti inferiori e dei genitali. L'intervento chirurgico è caratterizzato da una ampia resezione di tutta la cute e del tessuto linfedematoso dei genitali e da un tempo ricostruttivo della cute dello scroto e del pene mediante due lembi cutanei ad ali di farfalla suturati al lembo perineale a V lungo la linea mediana prelevati con dermatomo di Padget dalla faccia mediale del braccio.

**DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

L'escissione chirurgica di tutto il tessuto coinvolto dal linfedema e la ricostruzione dei genitali è il trattamento di elezione del linfedema peno-scrotales. Ciò permette un'adeguata igiene locale, rende più agevole la deambulazione, consente la minzione in piedi e la ripresa dell'attività sessuale migliorando sensibilmente la qualità di vita del paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 51 – P 56 bis  
MISCELLANEA**

Sala Laocoonte 12/06 h. 13.15-14.45

P 51

**LESIONE PENIENA DA AUTOEROTISMO:  
CASE REPORT**

S. Caroassai Grisanti, A. Delle Rose, M. Mencarini, S. Tazzioli e G. Nicita

*Clinica Urologica II Università degli Studi di Firenze*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Le pratiche di autoerotismo che comportano lesioni gravi dei genitali esterni sono piuttosto rare. In letteratura i traumi dei genitali esterni maschili più frequenti sono provocati dall'utilizzo di elettrodomestici. Riportiamo il caso clinico di un maschio di 69 anni giunto alla nostra osservazione per lesioni peniene provocate durante manovre di autoerotismo con l'utilizzo di un aspirapolvere.

**MATERIALI E METODI**

Il paziente presentava ematoma diffuso del glande associato a molteplici escoriazioni e lacerazione coronale del solco balano-prepuziale con esposizione della fascia di Buch. Il quadro era aggravato da abbondante sanguinamento, ritenzione urinaria acuta, edema esteso di tutta l'asta. Il paziente è stato sottoposto ad ecografia ed ecocolordoppler del pene che evidenziava un ematoma esteso del pene comprimente l'uretra peniena, integrità dei corpi cavernosi e dell'uretra, parametri flussi metrici della arterie cavernose nella norma. Il paziente non riferiva deficit erettile precedentemente al trauma (punteggio IIEF-5 >21). Il paziente è stato sottoposto a intervento chirurgico di circonscisione con asportazione di un ampio segmento di prepuzio necrotico, sutura delle lacerazioni del glande con punti staccati di Vycril 5-0 e posizionamento di catetere vescicale 16 CH.

**RISULTATI**

Il paziente nel periodo post-operatorio ha lamentato intenso dolore penieno trattato con analgesici e febbre che si è risolta con la somministrazione di terapia antibiotica (cefalosporine). È stato dimesso in 5° giornata apiretico e

con catetere vescicale che è stato successivamente rimosso in 14° giornata. Il paziente dopo la rimozione del catetere ha eseguito uroflussimetria (Qmax di 16,1 ml/sec) ed ecografia peniena che ha mostrato la riduzione dell'ematoma. A distanza di 6 mesi dal trauma il paziente ha ripetuto la uroflussimetria (con stabilità del Qmax) ed è stato sottoposto a cistografia retrograda e minzionale che non evidenziava stenosi dell'uretra. I risultati estetici sono soddisfacenti e il paziente non riferisce deficit erettile (IIEF 5 >21) nè comparsa di curvature peniene.

**CONCLUSIONI**

Le pratiche di autoerotismo possono essere causa di lesioni anche gravi. L'approccio chirurgico deve sempre essere accompagnato ad una attenta valutazione del paziente per individuare e trattare tutte le condizioni che possono determinare un danno funzionale ed estetico invalidante e permanente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 52

**SINGOLARE CASO DI TRAUMA PENIENO**

C. Pavone, M. Capra, V. Zaccone, I. Oxenius, D. Melloni

*U.O.S. di Chirurgia Andrologica. U.O. Urologia. Policlinico Universitario P. Giaccone, Palermo*

**INTRODUZIONE**

Descriviamo il caso di un paziente con presentazione clinica come da rottura dei corpi cavernosi e diagnosi conclusiva di lacerazione della fascia di Buck con associata lesione vascolare.

**MATERIALI E METODI**

Paziente di 36 anni, che giunge alla nostra osservazione con ematoma penieno da trauma intercorso durante rapporto sessuale. Dopo esecuzione in urgenza di ecocolordoppler penieno sospetto per lesione di tonaca albuginea del



pene, il paziente viene immediatamente sottoposto a esplorazione chirurgica che rivela la presenza di lacerazione della fascia di Buck con contestuale lesione vascolare; la tonaca albuginea risulta integra.

## RISULTATI

Riportiamo la tecnica chirurgica utilizzata. Il paziente, a un follow up a breve e medio termine, ha mostrato una normale attività erettile, invariata rispetto a prima dell'evento traumatico.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I traumi del pene rappresentano una rara entità clinica che si configura all'interno delle urgenze in urologia (1). I pazienti con presentazione clinica di frattura peniena vengono comunemente sottoposti a terapia chirurgica immediata con l'intento di riparare un lacerazione della tonaca albuginea. In alcuni casi, nonostante la presentazione clinica e l'ausilio delle metodiche di imaging, si osservano casi di falsa frattura peniena (2). In letteratura vengono riportati casi simili: solitamente questi vengono attribuiti a lesione della vena dorsale superficiale del pene o a sanguinamenti aspecifici del dartos (2,3). Nel caso clinico da noi trattato risulta non comune la localizzazione della lesione a livello della fascia di Buck e si evidenzia come l'esplorazione chirurgica precoce rimanga insostituibile nella gestione dei traumi del pene.

## Bibliografia

1. Fracture of the penis: a case series. Martínez Ruiz J, Pastor Navarro H, Carrión López P, Giménez Bachs JM, Donate Moreno MJ, Virseda Rodríguez JA. *Actas Urol Esp.* 2008;32(6):599-602.
2. Bar-Yosef Y, Greenstein A, Beri A, Lidawi G, Matzkin H, Chen J. Dorsal vein injuries observed during penile exploration for suspected penile fracture. *J Sex Med* 2007 Jul;4(4 Pt 2):1142-6.
3. Feki W, Derouiche A, Belhaj K, Ouni A, Ben Mouelhi S, Ben Slama MR, Ayed M, Chebil M. False penile fracture: report of 16 cases. *Int J Impot Res.* 2007 Sep-Oct;19(5):471-3.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 53

### LESIONE EMORRAGICA PARCELLARE DIDIMARIA CONDIZIONANTE UN QUADRO DI SCROTO ACUTO AD INSOLITA PRESENTAZIONE

G. De Giorgi, B. Grossetti, B. Frea

*Dipartimento di Urologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Udine*

## INTRODUZIONE

Lo scroto acuto è una condizione fonte di diverse ipotesi e di possibili errori diagnostici. Gli autori presentano un insolito caso di scroto acuto sostenuto da un quadro anatomopatologico di lesione cistica didimaria emorragica.

## CASE REPORT

Paziente di 40 anni, visto in PS per l'insorgenza graduale di dolenzia all'emiscroto destro. Obiettivamente lo scroto era indenne, i didimi erano in sede, normotrofici, mobili. Era presente unicamente un modesto aumento dimensionale del corpo dell'epididimo destro, dolorabile, interpretato come flogosi acuta epididimaria. Alcuni giorni dopo la prima osservazione, il paziente ritornava in PS per la recrudescenza di dolore acuto all'emiscroto dx. Obiettivamente l'emiscroto dx era tumefatto, dolente e dolorabile e, all'ecodoppler, si evidenziava andamento serpiginoso del flusso ematico funicolare. Il quadro era attribuito a torsione del testicolo; la manovra di detorsione manuale produceva giovamento sintomatologico. Il paziente veniva rivisto, in benessere, alcuni giorni dopo, e veniva eseguita ecografia scrotale che evidenziava una immagine a contorno irregolare, a contenuto ipo-anecogeno, delle dimensioni < 2 cm, al terzo inferiore del testicolo dx, con parenchima testicolare circostante addensato e vascolarizzato, in un quadro di dubbio significato. Veniva eseguita quindi esplorativa chirurgica che evidenziava, a carico del terzo inferiore del testicolo dx, formazione disomogenea a contenuto emorragico, non neoplastica (da estemporaneo); veniva pertanto eseguita l'asportazione parcellare didimaria. L'esame istologico documentava "... aree emorragiche associate focalmente ad attività fibroproliferativa, come da cisti emorragica". Al follow up di 3 mesi il paziente è chirurgicamente guarito, con didimo dx in esiti regolari del pregresso intervento chirurgico.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il caso in oggetto si offre a molteplici considerazioni. La presentazione clinica ha presentato caratteristiche variabili e fonte di diverse interpretazioni, mentre la valutazione anatomopatologica ha escluso un esito di pregressa torsione misconosciuta, evidenziando non un esito di un processo ischemico parenchimale, bensì una formazione a contenuto emorragico come da cisti emorragica, situazione da quanto disponibile in Letteratura, estremamente rara. Il quadro clinico di scroto acuto si conferma situazione clinica alquanto complessa, fonte di numerose ipotesi etiopatogenetiche e di possibili errori diagnostici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 54

### SCROTO ACUTO IN PAZIENTE CON SINDROME DI SCHONLEIN HENOC

T. Zenico\*, M. Saccomanni\*, R. Gunelli\*, M. Fiori\*, C. Salaris\*, U. Salomone\*, P. Lilli\*, S. Melotti\*, E. Bercovich\*

\*U.O. Urologia Ospedale G.B. Morgagni-L. Pierantoni, Forlì

## INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Paziente di otto anni affetto da Porpora di Schonlein Henoch (PSH), con sintomatologia importante, in trattamento con cortisone, penicillina che manifesta improvvisamente un quadro clinico di scroto acuto. La presentazione del caso offre lo spunto per sottolineare la difficoltà di porre diagnosi a complicanze rare di malattie sistemiche.

## MATERIALI E METODI

10 giorni prima il soggetto presenta piccole lesioni maculopapulovescolari ad impronta emorragica agli arti inferiori e al tronco, in rapido peggioramento. Esami ematochimici nella norma compresa la coagulazione, sangue nelle feci solo in alcuni prelievi, microematuria non costante. Per la presenza di dolori addominali inizia cortisone 4 giorni prima. Comparsa improvvisa di algia alle emiscroto dx, aumentato lievemente di volume, con notevole dolorabilità, assenza di riflesso cremasterico. Ecograficamente il didimo dx è di dimensioni nettamente aumentate, area ipoeco-

gena centrale come da ischemia, assenza di color intradidimario, notevole congestione del funicolo spermatico aumentato di volume ad ecogenicità notevolmente disomogenea con segnale colore da iperafflusso; diagnosi di torsione del funicolo o ematoma intrafunicolare. Nel dubbio diagnostico ed in considerazione della patologia sistemica PSH, il paziente viene sottoposto ad esplorativa scrotale alla quale il didimo appare di colorito rosaceo e trofico, al contrario l'epididimo appare di dimensioni aumentate e di colore bluastrò come da evento ischemico conseguente alla vasculite.

## RISULTATI

Applicando una garza imbevuta con acqua calda l'epididimo ha riacquisito rapidamente il normale trofismo e colore per cui il didimo è stato riposizionato nello scroto.

## CONCLUSIONI

Possiamo così concludere che nel corso di malattie sistemiche importanti, soprattutto se in fase acuta come nel caso citato, è necessario da parte del medico sospettare il coinvolgimento di organi che sono raramente colpiti e nel dubbio si impone una esplorazione chirurgica del testicolo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P 55

### LA CHIUSURA DELLO SHUNT CORPORGANDULARE DI AL GHORAB PERMETTE IL RIPRISTINO DI UNA FUNZIONE ERETTIVA ADEGUATA: DUE CASI CLINICI

G. Passavanti(1), A. Bragaglia(1), V. Pizzuti(1), R. Nucciotti(1), A.M. Aloisi (2), R. Paolini(1)  
(1)UO Urologia Osp Misericordia, Grosseto  
(2) Dip. Fisiologia Università di Siena

## INTRODUZIONE

Il priapismo può causare una DE con vari meccanismi; in un certo numero di casi la DE può essere attribuibile alla istituzione di uno shunt corporglandulare effettuato per trattare il priapismo. Riportiamo due casi trattati con una procedura di Al Ghorab e successivamente sottoposti alla chiusura dello shunt con recupero della funzione erettiva.

**MATERIALI E METODI**

Due pazienti di 35 e 51 anni sono stati sottoposti alla istituzione di uno shunt sec Al Ghorab con buona risoluzione del priapismo.

Successivamente essi riferivano una turba erettiva caratterizzata da rigidità significativamente attenuata anche se non del tutto scomparsa.

Dopo 8 mesi i pazienti sono stati sottoposti ad un ECCDD dei corpi cavernosi che documentava una disfunzione dei meccanismi veno-occlusivi e quindi a cavernosografia che documentava una sottile ma ben evidente comunicazione tra i corpi cavernosi ed il glande.

Abbiamo quindi effettuato un intervento per chiudere lo shunt:

incisione semilunare, dorsale, subito prossimalmente al solco coronale, quindi accurato scollamento del piano corporo-glandulare fino alla identificazione della fistola, prestando attenzione alle due arterie che dai CC si portano al glande. Dopo avere identificato lo shunt ne abbiamo repertato i margini con dei punti in PDS 4/0, lo abbiamo aperto e quindi abbiamo suturato prima il versante corporale e poi quello glandulare. Verifica dell'emo-stasi, e sutura a piani della fascia di Buck, del Dartos e della cute.

Nelle prime 24 ore dall'intervento abbiamo somministrato al paziente 200mg di BM per impedire erezioni che avrebbero potuto danneggiare le suture. Nelle 6 settimane seguenti abbiamo sconsigliato i rapporti sessuali, e successivamente abbiamo prescritto una riattivazione corporale con dosi minime di i5PDE.

**RISULTATI**

A tre mesi i pazienti riportavano erezioni rigide con rapporti soddisfacenti.

**CONCLUSIONI**

Il priapismo prolungato può causare una DE per danno del tessuto corporale; onde impedire questo evento si deve ricorrere ad interventi chirurgici che possono causare essi stessi una DE per l'instaurarsi di una fuga venosa. Se i pazienti dopo tale trattamento, presentano una compromissione contenuta della rigidità, si può tentare un intervento di chiusura dello shunt per permettere una ripresa di una funzione erettiva valida, spontanea.

La nostra casistica sembra confermare questo

dato ma bisogna comunque tenere conto di alcuni principi fondamentali:

la selezione dei pazienti deve essere molto accurata e deve essere valutata la funzione erettiva ed i suoi caratteri, il paziente dovrà essere sottoposto ad un ECCDD per documentare la fuga venosa e ad una cavernosografia per documentare la fistola vascolare, l'intervento deve essere molto accurato per limitare il traumatismo della giunzione corporo-glandulare per non danneggiare il plesso dorsale, e nei mesi successivi effettuare una riattivazione corporale sistematica con i5PDE a basse dosi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 56****TRATTAMENTO AD ONDE D'URTO DELL'INDURATIO PENIS PLASTICA:****REVIEW DELLA LETTERATURA**

D. Tiscione (1), L. Ruggera (2), P. Beltrami (2), F. Gigli (2), M. Arancio (2), M. Fabrello (2), F. Zattoni (2)  
(1) *Unità Operativa di Urologia, Ospedale S. Chiara, Trento*

(2) *Divisione Clinicizzata di Urologia, Policlinico "GB Rossi", Verona*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

La terapia non invasiva dell'Induratio Penis Plastica (IPP) rappresenta una valida opzione terapeutica alternativa al trattamento chirurgico. In tale contesto, negli ultimi anni, è stato posto particolare interesse nella terapia extracorporea mediante onde d'urto (ESWT), sebbene i risultati fin'ora riportati in letteratura siano ampiamente variabili e spesso discordanti.

Obiettivo del nostro studio è stato effettuare una review dei dati riportati in letteratura.

**MATERIALI E METODI**

Sono stati presi in considerazione 24 studi pubblicati dal 1989 al 2006. I dati considerati sono stati: caratteristiche dei pazienti, protocollo di trattamento, follow-up, risultati riportati in termini di variazione delle dimensioni della placca, della curvatura, del dolore e della funzione erettile.

L'analisi dei dati pubblicati in letteratura è risultata tuttavia limitata a causa di importanti differenze in termini di tipologia di studio (non

controllato, caso/controllo), selezione dei pazienti (età, durata dei sintomi, fase della malattia, precedenti trattamenti), protocollo di trattamento e modalità di valutazione degli "end-points" primari (utilizzo di protocolli non standardizzati).

**RISULTATI**

La riduzione dell'incurvamento penieno è stata riscontrata in percentuali variabili dallo 0% al 77% (valore medio 45%); la risoluzione del dolore dal 56% al 100% (valore medio 82%); la riduzione delle dimensioni della placca dallo 0% al 68% (valore medio 41%); il miglioramento della funzione erettile dal 15% all'80% (valore medio 43%).

**CONCLUSIONI**

La review della letteratura ha evidenziato ampia diversità nei risultati, verosimilmente legata alle diverse tipologie di studio. Si può quindi comprendere come il confronto dei risultati tra i diversi studi presenti importanti limitazioni, non rendendo possibile una rigorosa meta-analisi dei dati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 56 bis****NUOVA STRATEGIA CHIRURGICA DEL TRATTAMENTO DEL VARICOCELE RECIDIVO**

P.P. Cozza, E. De Giacomo, G. Rende, A. Caruso, P. Mele, R. Mazza, F. Ventura, G. Morrone\*, G. Peluso\*, F. Intrieri\*\*, F. Morrone and all\*\*

*U.O.C di Urologia Osp. Annunziata, Cosenza -*

*\*U.O.S di Andrologia e Fisiopatologia*

*della Riproduzione Osp. Annunziata, Cosenza -*

*\*\*U.O.C di Chirurgia Vascolare Osp.*

*Annunziata, Cosenza*

**SCOPO DEL LAVORO**

Nostra esperienza nella strategia terapeutica del varicocele recidivo di alto grado con approccio chirurgico tradizionale e studio del reflusso intraoperatorio con flebografia retrograda.

**MATERIALI E METODI**

Sono giunti alla nostra osservazione dal dicembre 2008 n. 4 pazienti affetti da varicocele sinistro di alto grado e senza modificazioni sostanziali del liquido seminale, già sottoposti ad intervento sub-

inguinale 4 mesi prima per varicocele sinistro di primo grado ed alterazioni significative del liquido seminale (40-60 milioni con 20%-30% di motilità) ed orchimetria nella norma.

Sottoposti a flebografia retrograda delle vene spermatiche intraoperatoria si procedeva successivamente ad intervento chirurgico secondo Ivanissevich ed a nuova flebografia di controllo che conferma l'assenza di mezzo di contrasto distalmente.

**MESSAGGIO CONCLUSIVO**

Seppur il lavoro è limitativo ed i tempi operativi sono lievemente più lunghi il messaggio conclusivo è che la flebografia retrograda intraoperatoria aiuta nella scelta della tecnica chirurgica e nello stesso tempo ci da la conferma dell'avvenuta risoluzione del reflusso.



**P 57 – P 64**  
**NEOPLASIE DELL' APPARATO GENITALE/PRIAPISMO**  
 Sala Giove 13/06 h.08.00-09.00

**P 57**  
**RARO CASO DI TUMORE ADENOMATOIDE**  
**MULTIPLO AD ORIGINE DALLA TUNICA VAGI-**  
**NALE DEL TESTICOLO E DELL' EPIDIDIMO**

C. Cristini, G.B. Di Pierro, A. Sciarra, E. De Berardinis, V. Gentile  
*Dipartimento di Urologia "U. Bracci" - "Sapienza" Università di Roma*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Sebbene il 99% dei tumori testicolari sia a carattere maligno, talvolta, soprattutto dalle strutture paratesticolari, possono originare alcune neoplasie benigne.

I tumori adenomatodi sono i più frequenti fra queste ultime e, sebbene la maggior parte interessi l'epididimo, possono essere coinvolti anche gli involucri testicolari ed il cordone spermatico. In virtù della loro natura benigna, in queste situazioni, una chirurgia esplorativa testicolare con biopsia dovrebbe essere presa in considerazione con risparmio del testicolo. Il caso dai noi riferito è il primo, riportato in Letteratura, di un tumore adenomatoide multiplo ad origine dalla tunica vaginale del testicolo e dell'epididimo.

**MATERIALI E METODI**

Paziente di 40 anni presentatosi alla nostra osservazione con storia di massa scrotale sinistra non dolente né dolorabile da circa 1 anno. L'esame obiettivo risultava negativo, fatta eccezione per multiple piccole formazioni palpabili paratesticolari. L'ecografia scrotale evidenziava tre masse solide ipoecoiche, paratesticolari e ben definite, rispettivamente di 5, 6, e 10 mm localizzate sulla superficie anteriore. I markers tumorali,  $\alpha$ -fetoproteina,  $\beta$ -HCG ed LDH, risultavano negativi.

**RISULTATI**

Per tale motivo è stata eseguita un'esplorativa testicolare con approccio inguinale, biopsia ed escissione delle masse paratesticolari. L'esame istologico intraoperatorio è risultato negativo per patologia

maligna, mentre quello definitivo ha evidenziato la presenza di tessuto fibroso benigno con elementi cellulari riuniti in nidi e cordoni solidi (EMA+) e con la coesistenza di modesto infiltrato infiammatorio. Il decorso postoperatorio è stato nella norma ed il paziente è attualmente asintomatico senza segni di ripresa di malattia dopo 8 mesi.

**CONCLUSIONI**

I tumori adenomatodi della tunica vaginale sono considerati quali proliferazioni benigne ad origine non chiara, sebbene studi strutturali ed immunohistochimici supportino un'origine mesenchimale. In considerazione della loro bassa incidenza, riteniamo importante comunque conoscere l'esistenza in ragione di una diagnosi differenziale con le neoplasie maligne del testicolo. In ogni caso, quando la diagnosi risultasse incerta con sospetto di un processo benigno, dovrebbe essere eseguito un intervento chirurgico per via inguinale con controlli

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 58**  
**DEGENERAZIONE MALIGNA DI CISTOA-**  
**DENOMA PAPILLIFERO IN PAZIENTE CON**  
**MALATTIA DI VON HIPPEL-LINDAU. CASO**  
**CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

C. Trombetta, G. Liguori, G. Mazzon, R. Bussani<sup>1</sup>, S. Bucci, G. Olandini, E. Belgrano  
*Clinica Urologica - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste*  
<sup>1</sup>*Anatomia Patologica - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste*

**INTRODUZIONE E OBIETTIVI**

La malattia di Von Hippel-Lindau (VHL) è una malattia genetica autosomica dominante caratterizzata dalla predisposizione a sviluppare diverse neoplasie sia benigne che maligne.

Riportiamo un raro caso di degenerazione maligna di un cistoadenoma papillifero dell'epididimo

in uomo con malattia di VHL e, dopo revisione della letteratura, ne definiamo gli aspetti radiologici, istopatologici, immunoistochimici.

**CASE REPORT**

Un maschio di 40 anni con malattia di VHL, giunge alla nostra osservazione in seguito a riscontro TC di multiple formazioni renali bilaterali sospette per eteroplasia. All'E.O. si evidenziano anche epididimi con tumefazioni di consistenza aumentata. Si esegue ecodoppler (ECD) scrotale che evidenzia teste epididimarie aumentate di dimensioni, disomogenee, a contorni irregolari e con vascolarizzazione periferica poco rappresentata.

Il pz viene quindi sottoposto ad intervento di tumorectomia renale bilaterale e escissione bilaterale della testa dell'epididimo.

L'istologia evidenzia lesioni renali caratteristiche per carcinomi a cellule renali, mentre gli specimen epididimari vengono refertati come cistoadenomi papilliferi. Tuttavia, nel contesto della cisti epididimaria sinistra si evidenziano alcuni foci neoplastici ad alto indice proliferativo e infiltranti il tessuto sottostante. Queste aree vengono quindi etichettate come maligne benché non sia chiaro se si tratti di una lesione maligna primitiva o di una metastasi di un tumore renale.

Tutti gli specimen chirurgici vengono quindi refertati con l'anticorpo anti-RCC (Marker delle cellule renali): la lesione epididimaria non lega l'anticorpo e la diagnosi viene riformulata come tumore maligno primitivo dell'epididimo.

**DISCUSSIONE**

In letteratura sono riportati solo 8 casi di tumore maligno primitivo dell'epididimo, nessuno dei segnalati era però affetto da malattia di VHL. A nostra conoscenza quindi questo è il primo caso segnalato. Tuttavia, non sappiamo se questa lesione sia destinata a progredire o a rimanere confinata nella cisti, restando così misconosciuta. Vi è pertanto la possibilità che la vera incidenza di tale complicanza sia sottostimata per una scarsa attenzione diagnostica. Riteniamo opportuno comunicare alla comunità scientifica la possibilità di effettuare su questi pazienti ulteriori accertamenti al fine di migliorare le conoscenze in quest'ambito.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 59**  
**FERTILITA' E TUMORE DEL TESTICOLO:**  
**NOSTRA ESPERIENZA**

G.B. Di Pierro, G. Paradiso Galatioto, O. Martella, P. Galassi, G. Maselli, L. Bergamasco, A. Del Rosso, G. Pace, C. Vicentini  
*Università degli Studi dell'Aquila U.O. di Urologia Ospedale di Teramo*

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Scopo dello studio è valutare i parametri di fertilità a lungo termine (>24mesi) in pazienti con tumore del testicolo sottoposti ad intervento di orchifunicolectomia e a successive terapie integrate.

**MATERIALI E METODI**

Si tratta di uno studio retrospettivo su 15 pazienti (età media 28 anni, range 23-34 anni) con lesione testicolare palpabile e/o ecografica, che sono stati sottoposti ad intervento di orchifunicolectomia dal 2002 al 2006: 7 pz. presentavano un quadro anatomopatologico di tumore seminomatoso (gruppo1) e 8 pz. avevano un'istologia per tumore non-seminomatoso (gruppo2). Tutti i pz. del gruppo 1 sono stati sottoposti a RT dei linfonodi lombo-aortici con schermatura del testicolo residuo; i pazienti del gruppo 2 sono stati sottoposti a LN e/o chemioterapia (PEB) in base allo stadio di malattia. Sono stati confrontati i parametri di fertilità (volume eiaculato>2ml, N.di spermatozoi > 20 milioni, spermatozoi validamente e lentamente progressivi > 50% o validamente progressivi >25% entro un'ora, spermatozoi normali >30%) in fase pre-operatoria (basale) e a 24 mesi (controllo).

**RISULTATI**

L'analisi dei parametri seminali di fertilità del gruppo 1 tra il basale e il controllo a 24 mesi non ha mostrato differenze statisticamente significative(p>0.05); infatti 7 pz. su 7 risultavano avere parametri seminali favorevoli, e due di questi hanno ottenuto una gravidanza con successo. Ugualmente l'analisi dei parametri di fertilità degli 8 pz. del gruppo 2 tra il basale e il controllo non ha mostrato differenze significative; 2 pz. su 8 però risultavano avere parametri seminali di fertilità sfavorevoli (entrambi i pazienti erano stati sottoposti a LN e successiva chemioterapia).



**CONCLUSIONE**

I risultati del nostro studio evidenziano come una considerevole percentuale di pazienti (88%) conservano parametri di fertilità favorevoli successivamente a cure impostate per la patologia tumorale potenzialmente considerate alteranti la fertilità stessa.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 60****PRIAPISMO PARZIALE: CASE REPORT E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

P. Panella, P. Pepe, L. D'Arrigo, F. Savoca, G. Candiano, A. Cacciola, M. Pennisi, F. Aragona  
*UOC di Urologia, AO Cannizzaro di Catania*

**INTRODUZIONE**

Il priapismo parziale per trombosi segmentaria dei corpi cavernosi è una patologia rara che richiede un trattamento d'urgenza. In letteratura sono riportati 23 casi in tutto il mondo.

**MATERIALI E METODI**

Riportiamo il caso di un paziente di 51 anni giunto alla nostra osservazione nell'agosto 2007 per dolore alla radice del pene ed in corrispondenza del perineo con disuria. All'esame obiettivo presentava un turgore doloroso solo in corrispondenza della base del pene. E' stato sottoposto ad ecocolordoppler ed a RMN dei genitali che hanno dimostrato la presenza di una VPS pari a circa 10 cm/sec, bilateralmente con segni di infarcimento trombotico dei corpi cavernosi. I suddetti esami sono stati ripetuti al controllo dopo 6 mesi.

**RISULTATI**

Il trattamento è stato conservativo. In urgenza è stato eseguito un lavaggio con soluzione eparinata dei corpi cavernosi con iniezione intracavernosa di 5 mg di etilefrina cloridrato. Successivamente è stata prescritta una terapia sistemica con dicumarolici.

**CONCLUSIONI**

Dopo il trattamento d'urgenza la sintomatologia algica è scomparsa e si è assistito alla progressiva detumescenza dei corpi cavernosi prossimali. Attualmente il paziente utilizza saltuariamente gli inibitori delle 5 fosfodiesterasi prima del rapporto sessuale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 61****PRIAPISMO ARTERIOSO DA BICICLETTA ANCHE NEL BAMBINO**

A.F. De Rose\*, G. De Caro\*\*, A. Simonato\*, G. M. Badano\*, G. Carmignani\*

\*Clinica Urologica Università di Genova

\*\* Dipartimento di Radiologia Università di Genova

**INTRODUZIONE E SCOPO DEL LAVORO**

Il Priapismo arterioso è una rara condizione di erezione prolungata, non dolorosa e conseguente sempre ad un evento traumatico del pene e quindi ad una fistola arterocavernosa. Ancora più rari sono gli eventi traumatici da bicicletta dei genitali anche del bambino che gli autori discutono in questo lavoro

**MATERIALI E METODI**

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

**RISULTATI**

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

**DISCUSSIONE**

L'osservazione di questi tre casi di priapismo ad alto flusso causata da incidente ciclistico ha sollecitato gli autori a una revisione della letteratura e a riconsiderare il problema della sicurezza della

bicicletta. Già da tempo infatti sono noti disturbi come uretriti, prostatiti, ematuria, torsione testicolare e insensibilità al pene da parte dei ciclisti, mentre più recentemente la bicicletta viene considerata addirittura come fattore di rischio per il deficit erettivo.

**CONCLUSIONI**

Il priapismo ad alto flusso è una evenienza rare che può interessare però anche i bambini che utilizzano il mezzo a due ruote.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 62****STUDIO ECO COLOR DOPPLER DELLE COMUNICAZIONI CAVERNOSO-SPONGIOSE NEI PAZIENTI CON PRIAPISMO AD ALTO FLUSSO**

M. Bertolotto1, G. Liguori, C. Trombetta, S. Bucci, G. Ollandini, G. Mazzon, G. Ocello, B. de Concilio, A. Amodeo, E. Belgrano

*Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste*

1. Radiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Il priapismo ad alto flusso è causato da una lacerazione di un'arteria peniena (generalmente la cavernosa) con conseguente formazione di una fistola tra il vaso lesionato ed i sinusoidi cavernosi. I pazienti presentano il pene in uno stato di costante turgidità o erezione parziale, ma non hanno dolore e possono aumentare la rigidità del pene con la stimolazione sessuale. Il trattamento di scelta è rappresentato dall'embolizzazione selettiva superselettiva della fistola artero-cavernosa.

Tuttavia, dopo la procedura, una significativa percentuale di pazienti presenta ancora una fistola arteriosa-sinusoidale, nonostante l'evidenza arteriografica di occlusione.

In questo studio abbiamo voluto valutare la prevalenza e le caratteristiche colorDoppler delle comunicazioni cavernoso-spongiose (CSC) nei pazienti che presentano priapismo ad alto flusso. Inoltre abbiamo voluto stabilire se il loro riconoscimento prima e/o dopo trattamento angiografico abbia un ruolo come fattore predittivo.

**MATERIALI E METODI**

Dodici pazienti con priapismo ad alto flusso sono stati sottoposti a valutazione ecocolor-Doppler (CDU) peniena prima e dopo embolizzazione angiografica della fistola arterioso-sinusoidale. La presenza di comunicazioni spongio-cavernose che alimentano la fistola è stata valutata prima e dopo l'embolizzazione.

**RISULTATI**

Prima dell'embolizzazione, la valutazione CDU ha dimostrato 5 CSC in 3 pazienti su 12, una di esse era prossimale alla fistola e le altre 4 distali. Dopo l'embolizzazione angiografica, le fistole alimentate da CSC distali non sono risultate completamente chiuse, tuttavia dopo 1 mese si sono chiuse spontaneamente. In altri due casi, invece le fistole erano invece alimentate da CSC non evidenti prima dell'embolizzazione. In un caso la fistola è andata incontro a chiusura spontanea in una settimana, mentre nell'altro è rimasta pervia, sostenuta dal flusso di altri vasi collaterali.

**CONCLUSIONI**

Il tipo di vaso coinvolto nell'alimentazione della fistola risulta quindi rilevante come fattore predittivo dell'outcome terapeutico. Nel nostro studio le fistole derivanti esclusivamente da CSC si sono chiuse spontaneamente in 1 mese. In questi casi, al fine di evitare inutili rischi legati al ripetersi di procedure invasive è quindi consigliabile una condotta di vigile attesa.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 63****PRIAPISMO AD ALTO FLUSSO SECONDARIO A LESIONE IATROGENA DELLE ARTERIE DORSALI IN CORSO DI SHUNT SPONGIOCAVERNOSO PER PRIAPISMO ISCHEMICO**

S. Ciampalini, G. Liguori, M. Bertolotto1, C. Trombetta, S. Benvenuto, B. de Concilio, R. Napoli, E. Belgrano

*Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste*

1. Radiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste

**INTRODUZIONE**

Priapismo si definisce un'erezione persistente non associata a stimolazione sessuale. Distinguiamo una forma ad alto flusso, dovuta alla lacerazione di un'arteria peniena (generalmente la cavernosa) con conseguente formazione di una fistola tra il vaso lesionato ed i sinusoidi cavernosi; da una forma a basso flusso, dovuta invece a incompleto drenaggio venoso con conseguente ipossia, acidosi e dolore. Nel primo caso i pz presentano il pene in uno stato di costante turgidità o erezione parziale, non hanno dolore e possono aumentare la rigidità del pene con la stimolazione sessuale. Il trattamento di scelta è rappresentato dall'embolizzazione selettiva. Nel secondo caso è presente un'erezione completa e dolorosa ed è da considerarsi una emergenza andrologica poiché la prolungata ischemia può portare a fibrosi dei corpi cavernosi e conseguente DE. In caso di fallimento della terapia conservativa (aspirazioni ed irrigazioni saline dei corpi cavernosi, terapia medica con alfamimetici) il trattamento è chirurgico (shunt spongio-cavernoso).

Riportiamo il caso di un pz che ha sviluppato un priapismo ad alto flusso conseguentemente a correzione di un priapismo a basso flusso con shunt di Winter.

**CASO CLINICO**

Un paziente di 29 anni si presenta alla nostra osservazione con un'erezione completa di durata maggiore di 10 ore e viene posta diagnosi di priapismo a basso flusso. Dopo fallimento della terapia conservativa, il paziente venne sottoposto a confezionamento di shunt spongio-cavernoso sec. Winter ottenendo una parziale detumescenza. Dopo 7 giorni però il pz si ripresenta con un'erezione quasi completa: esegue EcoColorDoppler (ECD) penieno che documenta la presenza di piccola lesione anecogena all'apice del corpo cavernoso sinistro con presenza all'interno di flussi turbolenti ad alta velocità. Esegue quindi angiografia superselettiva che evidenzia una lacerazione della arteria dorsale distale che viene embolizzata con successo mediante alcool polivinilico.

**CONCLUSIONI**

Il priapismo a basso flusso richiede un intervento immediato per scongiurare il rischio di fibrosi dei corpi cavernosi. Anche procedure poco invasive come lo shunt spongio-cavernoso distale possono essere gravate da complicanze temibili, come la trasformazione in priapismo ad alto flusso. In questi casi è dirimente l'analisi ECD del glande per valutare la presenza di eventuali fistole arterio-sinusoidali che, se presenti, è necessario embolizzare.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**P 64****EMBOLOZZAZIONE SUPERSELETTIVA DELLE ARTERIE PUDENDE IN CASO DI PRIAPISMO AD ALTO FLUSSO IN PAZIENTI ADULTI E PEDIATRICI**

A. Scardigli, S. Sammartano\*, D. Tiscione, V. Vattovani, L. Luciani, S. Bosetti, G. Malossini, E. Moser\*, G. Guarino\*, M. Recla\*

*Divisione di Urologia, \*Unità Operativa di Radiodiagnostica - Servizio di Angiografia. Ospedale Santa Chiara, Trento*

Il priapismo ad alto flusso è un'evenienza rara, causata più frequentemente da eventi traumatici pelvi-perineali, e in alcuni casi da malformazioni della vascolarizzazione peniena, come le fistole artero-venose.

La diagnosi è ormai resa agevole dall'ottima qualità dell'imaging mediante ecocolordoppler penieno con sonde "super small parts".

Il trattamento di scelta è costituito dall'angiografia superselettiva delle arterie pudende, seguita dall'embolizzazione parziale o totale delle stesse, monolaterale o bilaterale nei casi più impegnativi. Nella nostra esperienza abbiamo diagnosticato e trattato 8 casi di priapismo ad alto flusso, sia in pazienti adulti (6 casi) che pediatrici (2 casi), riscontrando un buon risultato immediato e a distanza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



XXV Congresso  
**CATANIA**  
VIDEO





## V1 – V4

## Auditorium Amore e Psiche

11/06 h. 8.00 - 9.00

## V 1

**SOSTITUZIONE DI PROTESI PENIENA, DOPO DISASSEMBLY DEL GLANDE E RICOSTRUZIONE COMPLESSA DEGLI APICI CAVERNOSI, PER LESIONE SECONDARIA A DECUBITO DEL CILINDRO PROTESICO, UTILIZZANDO BIOMATERIALI SINTETICI**O. Sedigh<sup>1</sup>, A. Shamsodini<sup>2</sup>, A. Ansari<sup>2</sup>, L. Rolle<sup>1</sup>, C. Ceruti<sup>1</sup>, M. Timpano<sup>1</sup>, F. Liberale<sup>1</sup>, D. Fontana<sup>1</sup>

1. Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale Molinette - Torino

2. Hamad Medical Cooperation &amp; University Hospital, Doha - Qatar

**SCOPO DEL LAVORO**

Condividere la nostra esperienza relativamente alla possibilità di riparare lesioni degli apici cavernosi da decubito di un cilindro protesico, in un paziente già sottoposto a multiple e complesse procedure chirurgiche.

**MATERIALI E METODI**

paziente paraplegico, con mielomeningocele già trattato chirurgicamente nell'infanzia, con perdita di sensibilità a partire dai metameri ombelicali. Sottoposto a multipli interventi di chirurgia ortopedica degli arti inferiori e uro-andrologici per il trattamento del deficit erettile e dell'incontinenza (sfintere urinario, protesi gonfiale, rimozione del doppio impianto e successivo riposizionamento di doppio impianto). Il paziente è giunto alla nostra attenzione con un cilindro protesico dislocato attraverso una perdita di sostanza a livello dell'apice cavernoso, eroso da una grave lesione da decubito del cilindro stesso, che risultava ricoperto soltanto da un esile strato di cute. Il paziente riferiva questa situazione da mesi prima dall'ultimo intervento ricostruttivo. Il glande era di conseguenza disassato rispetto al piano longitudinale del pene, mostrando una tipica situazione di perforazione apicale, con malfunzionamento della protesi peniena.

Avendo compreso i rischi, maggiormente di tipo infettivo, legati ad un intervento particolarmente complesso, il paziente giovane e motivato accettava di sottoporsi ad una procedura di tipo ricostruttivo dei corpi cavernosi. Attraverso un'incisione sotto-coronale, il corpo cavernoso di sinistra è stato isolato, andando a scoprire l'apice del cilindro protesico che appariva tenacemente adeso alla cute del pene, essendo privo del normale strato di albuginea, ormai erosa dal decubito del cilindro protesico. Si è quindi proceduto al disassemblaggio del corpo cavernoso dalle strutture circostanti; l'apice cavernoso è stato quindi ricostruito utilizzando un doppio strato di Intexen (derma suino). Il glande è stato quindi riposizionato in sede ortotopica. La protesi malfunzionante è stata quindi rimossa con estrema difficoltà e sostituita con impianto tricomponente attraverso una seconda incisione peno-scrotale.

**CONCLUSIONI**

I materiali biosintetici possono essere utilizzati efficacemente per la riparazione di lesioni del tessuto cavernoso, in seguito a complicanze di chirurgia peniena complessa, anche con simultaneo impianto o sostituzione di protesi peniena.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V 2

**PENE NASCOSTO IN PAZIENTE CON ESITI DI RADIOTERAPIA: NUOVO APPROCCIO CHIRURGICO COMBINATO**

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

Clinica Urologica ed Andrologica - Università degli Studi di Perugia

**INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Il "buried penis" è un pene di normali dimensioni ma totalmente ricoperto dal tessuto prepubico. Quando si associa ad esiti di radioterapia, a peggiorare il quadro concorre anche la retrazione cic-

triale del prepuzio, tipica del "trapped penis".

In questo video presentiamo il caso di un paziente di 57 anni, obeso, precedentemente sottoposto a radioterapia per cancro del pene, giunto alla nostra osservazione per dolori penieni presenti sia in flaccidità che in erezione, infezione suppurativa del prepuzio e del glande, notevoli difficoltà minzionali e incapacità all'espletamento di una normale attività sessuale.

**MATERIALI E METODI**

Il paziente è stato sottoposto ad un intervento chirurgico in 2 stages. Durante il primo, dopo aver effettuato il classico degloving penieno, si è proceduto alla sezione del legamento sospensore del pene ed al disassembly penieno; sono stati quindi sezionati il glande, l'uretra e le estremità dei corpi cavernosi. Contemporaneamente una seconda équipe chirurgica ha prelevato 2 patches di mucosa buccale per il resurfacing penieno; l'uretra, una volta spatulata, è stata fissata ventralmente, creando un neo-meato. Il pene è stato quindi trasposto nella borsa scrotale e la cute dello scroto fissata a punti staccati per avvolgere completamente l'asta. A distanza di un mese (secondo stage) la cute scrotale è stata incisa longitudinalmente e bilateralmente per liberare il pene; una sutura ventrale mediana ha consentito la tubularizzazione della neocute peniena.

**RISULTATI**

Già immediatamente dopo il primo stage, il paziente non lamentava più i dolori che lo affliggevano. A circa 1 mese dal secondo stage sono stati valutati i risultati finali: sono scomparse le infezioni recidivanti, così come i disturbi minzionali. Il paziente ha iniziato ad intraprendere una regolare attività sessuale, peraltro soddisfacente, dopo aver effettuato un programma riabilitativo con inibitori delle fosfodiesterasi per circa 1 mese. Inoltre, sono stati esaminati anche i risultati cosmetici mediante la scala di valutazione descritta da Boemers e De Jong: i risultati sono stati eccellenti.

**CONCLUSIONI**

Unendo le tre procedure precedentemente descritte, riteniamo di poter offrire a tali pazienti una soddisfacente qualità di vita, associata ad

ottimi risultati estetici. La tecnica è inoltre di facile esecuzione, anche per operatori con minima esperienza in campo ricostruttivo e plastico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V 3

**DEFORMITA' PENIENA DA SILICONOMA CON IMPOTENZA ASSOLUTA. ASPORTAZIONE E RIMODELLAMENTO IN DUE TEMPI**

Aleì G., Letizia P., Ricottilli F., Aleì L., Pavoncello D.

Sapienza Università di Roma

Dipartimento di Dermatologia e Chirurgia Plastica Ricostruttiva

**INTRODUZIONE**

Negli ultimi anni la richiesta di intervento di falloplastiche è progressivamente aumentata e sono state sviluppate nuove tecniche chirurgiche per migliorare l'aspetto estetico-funzionale del pene. Alcune tecniche sono gravate da insuccessi sotto il profilo estetico, presentiamo il caso clinico di un paziente sottoposto a falloplastica di ingrandimento che ha esitato in un siliconoma del pene.

**MATERIALI E METODI**

Il caso clinico è rappresentato da un paziente sottoposto un anno prima di giungere alla nostra osservazione a falloplastica di ingrandimento con l'uso di silicone. Il paziente quando è giunto alla nostra osservazione presentava numerosissime tumefazioni a livello delle guaine peniene con aderenze retrobalaniche che non permettevano un normale scorrimento della cute con i piani sottostanti. Si è deciso di asportare le numerose tumefazioni cicatriziali e di scollare la cute a livello del solco retrobalanico. L'intervento inizia con l'incisione a "V" a livello dell'arco pubo-penieno e la successiva preparazione dello spazio di Colles onde ottenere un piano di clivaggio che permetta il degloving. Si asportano con qualche difficoltà le numerose zolle di fibrosi contenenti in più punti gocce di silicone liquido. A questo punto si effettua un'incisione retrobalanica con asportazione della pregressa cicatrice, scollamento e liberazione delle aderenze della cute retrobalanica fino al solco, segue la sutura cutanea come per un'emicircoscisione. Inserimento di drenaggi in aspirazione secondo Redon, sutura della fascia di Colles cute a punti staccati in seta 2-0.

**RISULTATI**

Abbiamo un follow up di nove mesi. Il risultato estetico è stato soddisfacente, il paziente ha ripreso una normale attività sessuale ad un mese di distanza dall'intervento.

**CONCLUSIONI**

La chirurgia estetico-funzionale del pene trova il suo razionale andando incontro ad esigenze oggettive e soggettive favorendo il ripristino di un'adeguata anatomia del pene e, in conseguenza, di una più soddisfacente vita sessuale. Bisogna comunque effettuare sempre uno screening sessuologico e soprattutto usare tecniche e materiali che prevedano risultati definitivi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**V 4****TECNICA DI CORPOROPLASTICA GEOMETRICA SECONDO PAULO EGYDIO: NOSTRA ESPERIENZA PRELIMINARE**

L. Mavilla, S. Brunori, L. Albanesi, F. Attisani, B.C. Gentile; F. Pisanti; T. Shestani; G. Vincenti; R. Giulianelli; \*S. Pecoraro

*Casa di Cura Villa Tiberia, Roma*

\* *Clinica Urologica e Nefrologica ad Alta Specializzazione Andrologica "Malzoni" di Avellino*

**INTRODUZIONE**

La malattia di La Peyronie è una patologia propria del tessuto connettivo che determina a carico dell'albuginea e del tessuto erettile adiacente, conseguentemente allo svilupparsi della placca, delle patognomiche modificazioni.

**MATERIALI E METODI**

Descriviamo la nostra esperienza nella corporoplastica secondo Paulo Egydio. Il work up pre e post operatorio è stato effettuato con un ecodoppler powerdoppler penino basale e dinamico con PGE1 e una valutazione sintomatologica con IIEF-5. Criteri di esclusione sono stati pregressa terapia con onde d'urto (ESWT) e pregressa chirurgia del pene. Criteri di inclusioni sono stati una buona emodinamica ed una curvatura superiore a 45° con impossibilità alla penetrazione.

**RISULTATI**

La tecnica adottata prevede un accesso subcoronale con scalpo penieno classico, isolamento del fascio vascolo-nervoso e corporoplastica geometrica secondo Paulo Egydio con incisione della placca, asportazione dell'albuginea ed innesto di matrice di collagene di pericardio bovino (Veritas® Collagen Matrix) con semicontinua in Monosyn 3-0. Si induce erezione idraulica per documentare il grado di raddrizzamento dell'asta peniena e circonscisione con frenuloplastica. Drenaggio di redon in aspirazione. Catetere tipo foley 16 ch. Medicazione compressiva. Misurazione intraoperatoria, pre e post chirurgica, della lunghezza peniena.

Il drenaggio di redon si rimuove in seconda giornata, il catetere vescicale in prima, il paziente dimesso in terza giornata post-operatoria. Non si sono verificate gravi complicanze peri e post-operatorie al follow-up. Al controllo eseguito a quaranta giorni dall'intervento, mediante eco color doppler dinamico penieno si documenta raddrizzamento completo con allungamento dell'asta (2 + 0,5 cm).

**CONCLUSIONI**

La tecnica di corporoplastica di raddrizzamento di Paulo Egydio si dimostra efficace e con minime complicazioni, con ottimi risultati in termini di raddrizzamento e di allungamento dell'asta peniena.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**V 5 – V 9****Auditorium Amore e Psiche**

13/06 h. 8.00-9.00

**V 5****LA CORPOROPLASTICA SECONDO PAULO EGYDIO. UN'INNOVATIVA TECNICA PER I RECURVATUM COMPLESSI NELLA MALATTIA DI LA PEYRONIE**

M. Silvani, S. Pecoraro\*, D. Minocci, R. Giannella\*, S. Quaranta

*S.C. Urologia e Andrologia ASL Bi..Piemonte Orientale*

*Clinica Urologica e Nefrologica ad Alta Specializzazione Andrologica "Malzoni" di Avellino\**

**INTRODUZIONE**

Gli autori descrivono la complessa tecnica di Paulo Egydio, riservata ai pazienti con Induratio Penis Plastica e qualunque tipo di recurvatum con un'attività erettile perfettamente conservata.

**MATERIALI E METODI**

Il caso descritto riguarda un paziente con recurvatum ventrale medio penieno > di 70°. Attività erettile preoperatoria conservata. L'intervento inizia con un degloving classico. L'incisione della fascia di Buck è eseguita in sede parauretrale. 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 due curve dorsale e ventrale. La differenza tra le due costituisce l'altezza teorica del pachth. Due fili di Kishner posizionati lungo l'asse maggiore dei cc individuano i punti di maggior curvatura da un lato e dall'altro dei cc. L'intervento procede con l'individuazione dei punti di ancoraggio del pachth che sono stabiliti riportando l'altezza del pachth a partire dal punto di maggior curvatura distalmente e prossimalmente. Un quarto dell'altezza del pachth è riportato poi dal punto di maggior curvatura sulla superficie di maggiore sezione. Questo punto e quelli di fine pachth si congiungono, disegnando un triangolo isoscele di tonaca albuginea che viene escisso nel risparmio del tessuto erettile. La procedura è eseguita su entrambi i cc. Viene poi incisa la superficie

di maggiore sezione, in tal caso il piatto uretrale, con bisturi lama 11, con risparmio del tessuto erettile. Si determina in tal modo una superficie rettangolare sul tessuto endoteliale cavernoso che viene ricoperta con pachth di matrice di collagene di pericardio bovino. Le dimensioni del pachth vengono ricavate in relazione alla misurazioni precedentemente eseguite. L'anastomosi del pachth alla tonaca albuginea, è eseguita con quattro emicontinue ingavigliate in monofilamento 3/0.

La ricostruzione della fascia di Buck in punti staccati. Drenaggio di Redon sudartoico. Circonscisione. Medicazione compressiva, rimossa in seconda giornata insieme al c.v., drenaggio in 3<sup>a</sup> gta.

**RISULTATI**

L'erezione evidenzia ad intervento concluso una correzione completa del recurvatum. Il pachth in tre mesi è integrato nel tessuto ospite. I controlli a distanza mostrano, una perfetta correzione del recurvatum, erezione conservata.

**CONCLUSIONI**

La tecnica proposta costituisce un'originale soluzione per tutti i recurvatum nella IPP purché sia conservata perfettamente l'erezione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

**V 6****CORREZIONE DI GRAVE INCURVAMENTO DEL PENE IN PAZIENTE CON IPOSPADIA**

L. Rolle, C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, O. Sedigh, C. Negro, P. Cantelmo, D. Fontana *Divisione Universitaria di Urologia 2, Dir. Prof. D. Fontana - S.S.C.V.D per l'Andrologia, Resp. Dott. L. Rolle - Ospedale Molinette, Torino*

**INTRODUZIONE**

Descriviamo il caso di un paziente di 31 anni con ipospadia balanica con assottigliamento e stenosi del tratto terminale dell'uretra, associata ad incurvamento ventrale del pene da chordee superiore ai 90°.



Il paziente era già stato sottoposto nell'infanzia alla circoncisione, cosicché la cute prepuziale risultava particolarmente scarsa.

#### MATERIALI E METODI

Attraverso un'incisione sottocoronale, si è proceduto a progressivo degloving del pene, incontrando numerose aderenze e piani anatomici non ben delimitati specialmente a livello ventrale, dove la procedura è risultata più difficoltosa. Dopo il disassembly completo dell'uretra, liberata fino alla base dell'asta, il pene mostrava un considerevole incremento della lunghezza, evidentemente ridotto dal precedente stato di chordee. Mediante erezione idraulica, si è quindi rivalutato l'incurvamento del pene, che ora appariva ventrale di 60° circa, con centro di curvatura a livello medio-penieno. Incisa longitudinalmente la fascia di Buck ai lati dei corpi cavernosi e scollato il fascio vasculo-nervoso, si è proceduto a correggere l'incurvamento ventrale mediante corporoplastica secondo la tecnica di nesbit modificata - già descritta in passato dal nostro gruppo. L'uretra è stata così ancorata a livello peno-scrotale con punti di sutura riassorbibili, dopo adeguato spatulamento della sua parte dorsale.

A questo punto, il notevole aumento di lunghezza del pene, unita alla scarsità dei tegumenti ha posto il problema di come ricoprire l'asta, giacché la cute del pene del paziente pareva insufficiente. Pertanto, è stata eseguita una plastica a Z a livello dell'angolo addomino-penieno per consentirne l'arretramento e permettere un maggiore scorrimento della cute peniena verso l'alto per ricoprire adeguatamente l'asta. Una seconda incisione longitudinale è stata eseguita sulla superficie dorsale della cute peniena, in modo da costituire due ali di cute per ricoprire la superficie ventrale dell'asta, che risultava ancora scoperta dei tegumenti.

#### RISULTATI E DISCUSSIONE

A circa 6 mesi di distanza dall'intervento, il paziente ha minzioni valide attraverso il meato in sede ancora eterotopica, erezioni valide, che gli consentono una attività sessuale soddisfacente. Attualmente, è in attesa di completare l'uretroplastica. Non ci sono state riferite infezioni delle vie urinarie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### V 7

##### UN RARO CASO DI EMISCROTO GIGANTE DA PACHIVAGINALITE POST-TRAUMATICA

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

*Sapienza Università di Roma*

*Dipartimento di Dermatologia e Chirurgia Plastica Ricostruttiva.*

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Il video illustra il caso clinico di un paziente che presentava da circa un anno una grossa tumefazione testicolare. Gli esami diagnostici effettuati suggerivano di effettuare un'esplorazione chirurgica ed una biopsia testicolare per sospetta neoplasia.

#### MATERIALI E METODI

Si effettua un'incisione minima inguinale sinistra con successiva preparazione del funicolo e clampaggio mediante "Satinsky" dello stesso all'anello inguinale esterno per eventuale asepsi neoplastica. Si effettua incisione a losanga sul versante postero-laterale esterno dell'emiscroto sinistro dalla radice del pene all'apice dello scroto; asportata la losanga di cute si incide la tumefazione per circa un centimetro di spessore con fuoriuscita di circa 250ml. di liquido brunastro contenente materiale corpuscolato. Si resecta la vaginale nella sua abbondantissima porzione anteriore e dopo aver effettuato biopsia testicolare si completa la resezione della vaginale e se ne evertono i margini con Vicryl 3-0. Si drena e si sutura a piani suturando la cute con punti secondo Donati in seta. Dopo aver declampato il funicolo si sutura il sottocute della precedente incisione inguinale con Vicryl 3-0 e la cute in Nylon 2-0.

#### RISULTATI E CONCLUSIONI

Il risultato post-operatorio è stato molto soddisfacente come dimostrano le foto del pre-post operatorio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### V 8

##### TECNICA MICROINVASIVA DI FISSAZIONE TESTICOLARE IN SITU

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

*U.O di Urologia Ospedale di Rho*

#### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Nella pratica clinica l'indicazione alla fissazione di testicoli inormali si pone per orchialgie sine materia sostenute da un meccanismo di ipermobilità testicolare, nei pazienti che riferiscono episodi di dolore acuto scrotale con remissione spontanea che fanno sospettare torsioni funicolari incomplete e successiva detorsione spontanea, nei casi in cui si debba fissare precauzionalmente il testicolo contro laterale dopo torsione dell'adelfo.

Il video presenta la nostra tecnica di fissazione in situ.

#### MATERIALI E METODI

Vengono praticate due piccole incisioni longitudinali simmetriche scrotali di 1 cm ad 1 cm dal rafe. Dopo l'incisione dei piani cutaneo e darthoico, si reperta la vaginale e la si incide sospendendone i margini. Con un piccolo strumento curvo si pinza l'albuginea testicolare della faccia mediale inferiormente e la si esteriorizza. In essa si passa un punto con filo riassorbibile 2-0. Si ripete la manovra pinzando a una profondità corrispondente la vaginale ed il setto scrotale, si esteriorizzano e su essi si passa il punto precedentemente apposto sull'albuginea e lo si lega. Sutura della vaginale e cutanea.

#### RISULTATI

Dal 2004 abbiamo eseguito la tecnica in 48 pazienti in regime di DH, in anestesia locale o in sedazione-analgesia.

Non si è registrato alcun tipo di complicazione peri e post operatoria.

Non si è rilevato alcun insuccesso sintomatologico o organico all'indicazione.

#### CONCLUSIONI

La tecnica assicura una soluzione microinvasiva, traumatica ed estetica allo scopo della fissazione di testicoli inormali.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

#### V 9

##### TRATTAMENTO MICROCHIRURGICO DELL'AZOOSPERMIA OSTRUTTIVA

C. Trombetta, G. Liguori, A. Lissiani, S. Bucci, A. Amodeo, S. Benvenuto, E. Belgrano

*Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste*

#### SCOPO DEL LAVORO

L'Infertilità di coppia rappresenta un problema emergente negli ultimi anni. Si stima che circa il 10-15% dei casi di infertilità maschile siano causati da una ostruzione delle vie seminali. Diversi autori hanno dimostrato come la ricostruzione microchirurgica della via seminale rappresenti una opzione terapeutica valida ed efficace dal punto di vista del rapporto costo-beneficio rispetto alle più emergenti tecniche di procreazione medicalmente assistita.

In questo studio riportiamo la nostra esperienza nel trattamento microchirurgico dei pazienti affetti da azoospermia ostruttiva.

#### MATERIALI E METODI

Dal marzo 1995 al gennaio 2007 abbiamo sottoposto a trattamento microchirurgico per azoospermia ostruttiva 51 pazienti. Di questi sono disponibili al follow up 33 pazienti. L'età media era 41,5 anni con un range da 24 a 56 anni. Tutti i pazienti hanno eseguito una valutazione andrologica preoperatoria completa. Criteri di inclusione erano: azoospermia confermata in almeno 2 rilevazioni a distanza di 6 settimane; normali valori di testosterone ed FSH; presenza di spermatogenesi (precedente paternità o biopsia testicolare normale). 18 pazienti sono stati sottoposti a vaso vasostomia, 7 pz. ad epididimovasostomia (di cui 2 monolaterali), 3 pz. a tubulo vasostomia (di cui 2 monolaterali) e 5 pz. a epididimovasostomia da un lato e tubulovasostomia dall'altro. Dopo l'intervento i pazienti hanno eseguito uno spermioγραμμα a 1 e 3 mesi. La pervietà è stata definita come la presenza di almeno 10 milioni di spermatozoi/ml.

#### RISULTATI

In totale 33 pazienti sono stati sottoposti ad anastomosi microchirurgica bilaterale (n=29) e monolaterale (n=4). Una pervietà della via seminale è stata evidenziata in un totale di 13 pazienti (39,4%) così suddivisi: 9 pazienti sottoposti a vaso vasostomia (50%) e 4 pz sottoposti a



epididimovasostomia (26,7%) di cui 2 pz sottoposto ad epididimo vasostomia (28,6%); 1 pz. sottoposto a tubulovasostomia (33,3%) ed 1 pz. sottoposto ad tubulo+epididimo vasostomia (20%).

Si sono avute un totale di 6 gravidanze (18,2%) e solo nei pazienti che erano stati sottoposti a vasovasostomia (33,3%).

#### **DISCUSSIONE**

In considerazione della gravità del fattore maschile nei nostri pazienti riteniamo che il tasso di gravidanza che abbiamo ottenuto, seppur basso, sia soddisfacente: infatti nelle varie casistiche il tasso di gravidanza dopo ICSI non supera mai il 15-35%.

#### **MESSAGGIO CONCLUSIVO**

In conclusione riteniamo che le tecniche microchirurgiche rappresentino una valida opzione terapeutica nelle azoospermie ostruttive.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Mercoledì 10 giugno



Giovedì 11 giugno



Venerdì 12 giugno



Sabato 13 giugno



COMUNICAZIONI ORALI  
POSTER DISCUSSI  
VIDEO

COMUNICAZIONI

C 1 - C 5PREVENZIONE IN ANDROLOGIA Auditorium Amore e Psiche 10/06 h.18.00-19.00

C 1  
LE ABITUDINI RICREAZIONALI INFLUENZANO LA FERTILITA' MASCHILE? RISULTATI DI UN NUOVO SCORE CLINICO A 4 PARAMETRI  
A. Salonia, R. Matloob, A. Gallina, L. Rocchini, A. Saccà, M. Ferrari, F. Dehò, G. Zanni, B. Alberto, R. Colombo, P. Rigatti & F. Montorsi  
(Milano)

C 2  
LA PREVENZIONE ANDROLOGICA ADOLESCENZIALE. IL MODELLO APPLICATIVO DELLA ASL BI PIEMONTE ORIENTALE  
M. Silvani, D. Minocci  
(Biella)

C 3  
1998-2008: 10 ANNI DI PREVENZIONE ANDROLOGICA SU 20.000 GIOVANI RAGAZZI. DATI UTILI PER ELABORARE UNA LINEA GUIDA SU COME EFFETTUARE VISITE PREVENTIVE NELLE SCUOLE  
N. Mondaini, E. Meliani, A. Gavazzi, T. Cai, A. Bongini, E. Sarti, R. Bartoletti  
(Firenze)

C 4  
RISULTATI DELL'INDAGINE SULL'ATTITUDINE DEL MEDICO ANDROLOGO VERSO IL FUMO. SETTIMANA PREVENZIONE ANDROLOGICA 2008  
N. Mondaini, V. Gentile, F. Fusco, M. Silvani, C. Basile Fasolo  
(S.I.A. - Commissione SPA 2008)

C 5  
L'IMPATTO DELL'INDICE DI MASSA CORPOREA SUI RISULTATI DEL MONITORAGGIO NOTTURNO DELL'EREZIONE  
A. Curreli, A. Pischedda, F. Pirozzi Farina  
(Sassari)

COMUNICAZIONI

C 6 - C 11CHIRURGIA DEI GENITALI Sala Apollo 10/06 h.18.00-19.00

C 6  
LA CORPOROPLASTICA CON TUTORE ASSIALE SOFFICE DI PICCOLO CALIBRO E MONOGRAFT SAFENICO. OSSERVAZIONI DI TECNICA NEL FOLLOW-UP A TRE ANNI  
M. Silvani, S. Pecoraro, R. Giannella, D. Minocci, S. Quaranta  
(Avellino, Biella)

C 7  
RISULTATI SULL'ALLUNGAMENTO ED ALLARGAMENTO PENIENO NELLA CHIRUGIA PROTESICA PER D.E.  
S. Perovic, M. Casilio, M. Florio, E. Spera, S. Sansalone  
(Belgrado - Serbia, Roma)

C 8  
CORREZIONE DI RECURVATUM DORSALE CON INCISIONE DI PLACCA IN-OUT E PLICATURA CON NODO A SCOMPARSA  
R. Leonardi, A. Nicolosi, M. Debole  
(Catania)

C 9  
TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL DOLORE TESTICOLARE CRONICO: LA DENERVAZIONE TESTICOLARE MICROCHIRURGICA  
A. Ortensi, V. Marchese, V. D'Orazi, C. Faloci, F. Fabi, F. Toni, A. Panunzi, I. Ortensi, G.A. Coppola  
(Roma)

C 10  
QUALITA' DI VITA DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD IMPIANTO DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE AMS 700 CX: 11 ANNI DI ESPERIENZA DEL NOSTRO CENTRO  
A. Vitarelli, G.M. Ludovico, E. Lavelli, A. Pagliarulo  
(Bari)

C 11  
GANGRENA DI FOURNIER: IMPORTANZA DEL TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE  
F. Mastroeni, C. Basilicò, A. Iannello, A. Isgrò, P. Pappa, S. Rotondo  
(Messina)



COMUNICAZIONI

C 12 - C 15            INFERTILITA' Auditorium Amore e Psiche 10/06 h. 18.00 - 19.00

C 12  
TESTICOLI RETRATTILI IN ETA' PEDIATRICA E ADOLESCENZIALE: QUALE TERAPIA? QUALI LE IMPLICAZIONI SULLA FERTILITA' FUTURA? PRESENTAZIONE DELLA CASISTICA PERSONALE DI 432 CASI  
F. Antoniazzi, C. Chironi, E. Maines, [M. Sulpasso](#)  
(Peschiera del Garda – VR, Verona)

C 13  
EFFETTI DELLA TERAPIA SOSTITUTIVA CON TESTOSTERONE UNDECANOATO NELL'IPOGONADISMO MASCHILE DELL'ADULTO: RISULTATI DI UNO STUDIO A 24 MESI  
[R. Bruzziches](#), D. Francomano, M. Pili, E. A Greco, P. Pezzella, A. Aversa, G. Spera  
(Nemi – RM, Roma)

C 14  
PERCHE' OPERARE IL VARICOCELE  
[G. Ughi](#), L. Dell'Atti, G.P. Daniele, C. Ippolito, G. Capparelli, L. Spisani, L. Fornasari, C. Daniele  
(Ferrara)

C 15  
IL VARICOCELE CORRETTO CHIRURGICAMENTE, SOTTOPOSTO A TERAPIA MEDICA PRECOCE. RIPERCUSSIONI SULLA FERTILITA'  
[S. Leo](#), S. Marzano, S. Marinacci, A. Serio, C. Caldararo, E. Ruggiero, G.F. Menchini Fabris  
(Copertino – LE, Pisa)

COMUNICAZIONI

C 16 - C 20            VARICOCELE Sala Apollo 11/06 h. 8.00 - 9.00

C 16  
IL TRATTAMENTO DEL VARICOCELE IN ETA' PEDIATRICA E ADOLESCENZIALE: RISULTATI DELLA CORREZIONE CHIRURGICA PER VIA RETRO-PERITONEALE SECONDO PALOMO  
[M. Sulpasso](#), E. Maines, C. Chironi, E. Barbi, G. Mansueto, F. Antoniazzi  
(Peschiera del Garda – VR, Verona)

C17  
SCLEROEMBOLIZZAZIONE SECONDO TAUBER PER VARICOCELE: NOSTRA ESPERIENZA  
[D. Vecchio](#), M. Pastorello, R. Ballario  
(Verona)

C 18  
VARICOCELECTOMIA SUB-INGUINALE CON TECNICA MICROCHIRUGIA IN PAZIENTI IPOFERTILI  
[R. Leonardi](#), A. Nicolosi, M. Debole, G. Carbone  
(Catania)

C19  
SCLEROTERAPIA ANTEROGRADA SECONDO TAUBER VERSUS VARICOCELECTOMIA MICROCHIRURGICA SECONDO GOLDSTEIN: RISULTATI A CONFRONTO  
[A. Mahlknecht](#), S. Pilloni, C. Spitaler  
(Merano - BZ)

C 20  
EFFICACIA DELLA CORREZIONE DEL VARICOCELE VOLUMINOSO IN SOGGETTI CON DISFUNZIONE ERETTILE DI ETA' SUPERIORE A 40 ANNI. RISULTATI DI UNO STUDIO PILOTA  
[G. Maio](#), S. Saraeb  
(Abano Terme - PD)

COMUNICAZIONI

C 21 - C 25            INFERTILITA' Sala Apollo 11/06 h. 13.15-14.45

C 21  
SINDROME DI KLINEFELTER NON ASSOCIATA A MOSAICISMO E ULTRASTRUTTURA TESTICOLARE  
R. Heyn, M. Relucenti, L. Petruzzello, G. Franchitto, A. Pastore, G. Palleschi, A. Carbone, R. Rago, V. Petrozza, G. Familiari  
(Roma, Terracina – LT)

C 22  
RECUPERO DI SPERMATOZOI MEDIANTE MICRO-TESE IN PAZIENTI CON SINDROME DI KLINEFELTER  
L. Rolle, M. Timpano, C. Ceruti, O. Sedigh, C. Negro, E. Galletto, A. Buffardi, A. Revelli, C. Racca, D. Fontana  
(Torino)

C 23  
DATI PRELIMINARI SULLA RIDUZIONE DELLE ANEUPLOIDIE SPERMATICHE DI PAZIENTI CON OLIGOASTENOTERATOSPERMIA IDIOPATICA GRAVE E RISULTATI ICSI  
G. Cavallini, M.C. Magli, A. Crippa, A.P. Ferraretti, L. Gianaroli  
(Bologna)

C 24  
INFLUENZA DELLA COMPOSIZIONE IN ACIDI GRASSI DELLA MEMBRANA SPERMATICA SULLA MOTILITA' SPERMATICA   PRIMA E DOPO CAPACITAZIONE  
C. Stoppani, L. Crisol, A. Expósito, R. Matorras, J.I. Ruiz-Sanz, G. Bonanni  
(Bilbao – Spagna, Padova)

C 25  
EFFETTI TERAPEUTICI DI UN COMPLESSO ANTIOSSIDANTE (CONTENENTE ASTAXANTINA), SUL QUADRO SPERMATICO E DOPO SWIM-UP, IN PAZIENTI INFERTILI CON OAT E MARCATA PRESENZA DI DETRITI CELLULARI  
S. La Vignera, G. Lapira, F. Mastroeni, D. Di Trapani, F. Montalto, E.S. Vicari  
(Agrigento, Catania, Messina, Palermo, Siracusa)

COMUNICAZIONI

C 26 - C 31            DISFUNZIONE ERETTILE Sala Giove 11/06 h. 13.15 – 14.45

C 26  
LA DISFUNZIONE ENDOTELIALE PRECOCE COME MARCATORE DI DISFUNZIONE ERETTIVA VASCULOGENICA IN GIOVANI FUMATORI ABITUALI DI CANNABIS  
D. Francomano, R. Bruzziches, M. Pili, E. A Greco, A. Aversa, G. Spera  
(Nemi - RM, Roma)

C 27  
ELEVATI LIVELLI CIRCOLANTI DI MICROPARTICELLE DI DERIVAZIONE ENDOTELIALE (EMP) POSITIVE PER VE CADERINA IN PAZIENTI DIABETICI CON AUMENTATO SPESSORE MEDIO INTIMALE (IMT) DELLE AA CAVERNOSE  
S. La Vignera, R. Condorelli, E.S. Vicari  
(Catania)

C 28  
L'ATHEROGENIC METABOLIC TRIAD COME MARKERS DI DISFUNZIONE ERETTILE: STUDIO PRELIMINARE  
G. Sidoti, C. Crisafulli, M. Zammataro, C. Battiato, S. La Vignera, E.S. Vicari  
(Catania)

C 29  
VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE FRA DISFUNZIONE ERETTILE E DOSE RICEVUTA AL BULBO PENIENO IN PAZIENTI CON TUMORE DELLA PROSTATA TRATTATI CON RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE (3D-CRT)  
A. Magli, G. De Giorgi, M. Crespi, A.M. Signor, S. Crivellaro, B. Frea e   S. Fongione  
(Udine)

C 30  
EFFETTO SINERGICO DELL'ATTIVITA' SPORTIVA CON GLI INIBITORI PDE-5 NELLA TERAPIA DELLA DISFUNZIONE ERETTILE. RISULTATI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO  
G. Maio, S. Saraeb  
(Abano terme - PD)

C 31  
EVITARE CHE IL PAZIENTE IN TERAPIA CON INIBITORI DELLA PDE5 NON TORNI ALLA VISITA DI CONTROLLO E/O INTERROMPA LA TERAPIA. STUDIO “LAPSED 2”. OBIETTIVO RAGGIUNTO!  
P. Turchi, G. Pomara, A. Papini, S. Simi, G. Morelli  
(Arezzo, Pisa, Prato)

COMUNICAZIONI

C 32 - C 37            PROSTATITA E SESSUALITA' Sala Laocoonte 11/06 h.13.15-14.45

C 32	SCREENING DEL CARCINOMA PROSTATICO E DELL'AGING MASCHILE SU CAMPIONE DI UNA SINGOLA COMUNITA' MONTANA F. Abate, P. Butera, S. Cimino, A. Ingrassia, A. Paradiso, <u>G. Salvia</u> (Catania)
C 33	LUTS E DE NELLA PRATICA CLINICA ANDROLOGICA IN SICILIA: ANALISI EPIDEMIOLOGICA SU CONDIZIONI DI FAMILIARITA' (PATOLOGIE URO-GENITALI), COMORBIDITA', ALTERAZIONI ALL'ESAME OBIETTIVO G. De Grande, C. Pavon, G. Morgia, G. Lapira, F. Mastroeni, M. Lamartina, V. Milioto , V. Favilla, D. Abbadessa, I. Oxenius, R. Allegro, S. La Vignera , <u>E.S. Vicari</u> (Agrigento, Catania, Messina, Palermo Siracusa)
C 34	IL DISAGIO SESSUALE NEI PAZIENTI CON IPERTROFIA PROSTATICA POST TRATTAMENTO ENDOSCOPICO (TURP) <u>F. Mastroeni</u> , C. Basilicò, A. Iannello, A. Isgrò, P. Pappa , S. Rotondo (Messina)
C 35	LA TERAPIA FISICA DELLA PROSTATITE CRONICA/SINDROME DEL DOLORE PELVICO CRONICO A. Pischedda, A. Curreli, <u>F. Pirozzi Farina</u> (Sassari)
C 36	PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA VS OPEN NEL RECUPERO DELLA POTENZA SESSUALE: ESPERIENZA DELLA CLINICA UROLOGICA II DI FIRENZE <u>S. Tazzioli</u> , A. Delle Rose, S. Caroassai Grisanti, M.C. Paoletti, M. Castigli, A. Ringressi, A. Della Melina, D. Villari, G. Nicita (Firenze)
C 37	LA FUNZIONE ORGASMICA POSTOPERATORIA MIGLIORA NEL TEMPO NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE <u>A. Salonia</u> , A. Gallina, A. Briganti, A. Saccà, L. Rocchini, M. Ferrari, G. Gadda, G. Zanni, N. Suardi, P. Rigatti & F. Montorsi (Milano)

COMUNICAZIONI

C 38 - C 42            MALATTIA DI LA PEYRONIE Sala Apollo 12/06 h. 13.15-14.45

C 38	OSSIDO NITRICO E MALATTIA DI LA PEYRONIE A. Zucchi, C.A. Palmerini, L. Mearini, F. Fioretti, M. Del Zingaro, <u>G. Tuffu</u> , G. Arienti (Perugia)
C 39	TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DI LA PEYRONIE CON ACIDO JALURONICO <u>G. Romano</u> (Pozzuoli- NA)
C 40	LASER E IONTOFORESI COME TERAPIA MEDICA DELL'INDURATIO PENIS PLASTICA: NOSTRA ESPERIENZA <u>L. Mavilla</u> , S. Brunori, L. Albanesi, F. Attisani, B.C. Gentile, F. Pisanti, T. Shestani, G. Vincenti, R. Giulianelli (Roma)
C 41	TRATTAMENTO AD ONDE D'URTO DELL'INDURATIO PENIS PLASTICA: NOSTRA ESPERIENZA <u>D. Tiscione</u> , L. Ruggera, P. Beltrami, F. Gigli, M. Arancio, M. Fabrello, F. Zattoni (Trento, Verona)
C 42	TRATTAMENTO AD ONDE D'URTO DELL'INDURATIO PENIS PLASTICA: QUALI POTENZIALI BENEFICIARI? <u>D. Tiscione</u> , L. Ruggera, P. Beltrami, F. Gigli, M. Arancio, M. Fabrello, F. Zattoni (Trento, Verona)



COMUNICAZIONI

C 43 - C 46 MISCELLANEA Sala Laocoonte 12/06 h. 13.15-14.45

**C 43**  
LA STERILIZZAZIONE MASCHILE VOLONTARIA IN ITALIA: ASPETTI MEDICI, LEGALI E SOCIALI DELLA VASECTOMIA  
A. Ortensi, G.A. Coppola, V. D'Orazi, S. Petrachi, V. Marchese, C. Faloci, F. Fabi, F. Toni, A. Panunzi, I. Ortensi, L. Coppola (Brindisi, Nardò - LE, Roma)

**C 44**  
VALUTAZIONE SESSUOLOGICA A LUNGO TERMINE NEI PAZIENTI OPERATI PER TUMORE DEL TESTICOLO  
C. Trombetta, G. Mazzon, L. Scati, G. Liguori, G. Ollandini, S. Benvenuto, S. Bucci, E. Belgrano (Trieste)

**C 45**  
UTILITA' DELLO STUDIO ELASTOSOGRAFICO NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE LESIONI TESTICOLARI: STUDIO PRELIMINARE  
G. Morelli, R. Pagni, C. Mariani, F. Menchini Fabris, A. Morelli, G. Campo, G. Giannarini, R. Minervini (Pisa)

**C 46**  
VESCICA IPERATTIVA: COMPROMISSIONE DELLA SFERA EMOTIVA, RELAZIONALE E DELLA FUNZIONE SESSUALE  
V. Silvestri, G. Paradiso Galatioto, L. Bergamasco, L. Gualà, G. Maselli, O. Martella, G. Pace, E. Di Pierro, A. Del Rosso, C. Vicentini (L'Aquila, Teramo)

COMUNICAZIONI

C 47 - C 51 DISTURBI DELL'IDENTITÀ DI GENERE Sala Apollo 13/06 h. 8.00-9.00

**C 47**  
GENITOPLASTICA FEMMINILIZZANTE NEL DISTURBO DELL'IDENTITA' DI GENERE, TECNICA DI CONFEZIONAMENTO DEL NEOCLITORIDE DI MEATOPLASTICA URETRALE, ASPETTI FUNZIONALI ED ESTETICI  
A. Delle Rose, S. Tazzioli, S. Caroassai Grisanti, N. Stomaci, G. Nicita (Firenze)

**C 48**  
LA GUARIGIONE DELLA FERITA CHIRURGICA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO DI RIASSEGNAZIONE DEI CARATTERI SESSUALI MALE TO FEMALE PUO' ESSERE INFLUENZATA DALLA FLORA MICROBICA SCROTALE PRE OPERATORIA?  
L. Rolle, C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, C. Negro, E. Galletto, A. Buffardi, D. Fontana (Torino)

**C 49**  
CONVERSIONE ANDRO-GINOIDE: STUDIO CON RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE  
M. Soli, E. Brunocilla, F. Palmieri, G. Martorana (Bologna)

**C 50**  
ANALISI DEI RISULTATI E GESTIONE DELLE COMPLICANZE DELLA CHIRURGIA DI TRANSESSUALIZZAZIONE MALE TO FEMALE NEI PRIMI QUATTRO ANNI DI ATTIVITA' DEL C.I.D.I.G.E.M. DI TORINO  
L. Rolle, M. Timpano, C. Ceruti, O. Sedigh, C. Negro, A. Buffardi, E. Galletto, D. Fontana (Torino)

**C 51**  
IMPATTO DELLA RIASSEGNAZIONE CHIRURGICA DEI CARATTERI SESSUALI SUI DISTURBI DEL BASSO TRATTO URINARIO  
G. Liguori, C. Trombetta, M. D. Perrone, L. Scati, E. Belgrano (Trieste)

POSTER DISCUSSI

P 1 - P 4DISFUNZIONE ERETTILE Sala Giove 10/06 h. 18.00-19.00

P 1	DEFICIT ERETTILE “SPIA” DI PATOLOGIA VASCOLARE EXTRAGENITALE: UTILITA' DELL'ESAME DOPPLER PENIENO E CORRELAZIONE CON I FATTORI DI RISCHIO CARDIO-VASCOLARE <u>M. Vetri</u> , G. Verga, A. Stancampiano, S. Crimi (Catania)
P 2	DISFUNZIONE ERETTILE NEL POST INFARTO. UN APPROCCIO INTEGRATO FRA MENTE E CUORE. UNO STUDIO IN ESSERE <u>E. Longhi</u> , A. Salonia, P. Rigatti, F. Montorsi (Milano)
P 3	LA RIABILITAZIONE SESSUALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE: STUDIO SU 56 PAZIENTI SOTTOPOSTI A TERAPIA CON TADALAFIL E ALPROSTADIL <u>G. Paulis</u> , R. D'Ascenzo, P. Nupieri, G. Orsolini, T. Brancato (Albano Laziale - RM)
P 4	RIABILITAZIONE SESSUALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE (NERVE SPARING E NON NERVE SPARING): NOSTRA ESPERIENZA SU 98 PAZIENTI F. Castiglioni, <u>G. Gianesini</u> , A. Tadorelli, A.M. Marconi (Varese)

POSTER DISCUSSI

P 5 - P 9MISCELLANEA Sala Giove 11/06 h. 8.00-9.00

P 5	TRATTAMENTO DEL VARICOCELE IN ANESTESIA LOCALE: 2,5 ANNI DI ESPERIENZA <u>M. Rinella</u> , G. Carollo, D. Di Trapani, D. Di Trapani (Palermo)
P 6	VARICOCELE MONOLATERALE IN ANESTESIA LOCALE “STEP BY STEP”: NOSTRA ESPERIENZA <u>E. Abate</u> , A. Paradiso, S. Cimino, P. Butera, A. Ingrassia, G. Salvia (Bronte – CT, Catania)
P 7	TRATTAMENTO DEL VARICOCELE IDIOPATICO IN ETA' PEDIATRICA ED ADOLESCENZIALE CON SCLEROEMBOLIZZAZIONE RETROGRADA TRANS-FEMORALE: INDICAZIONI E LIMITI G. Mansueto, C. Chironi, E. Maines, E. Barbi, F. Antoniazzi, <u>M. Sulpasso</u> (Peschiera del Garda – VR, Verona)
P 8	ERNIAZIONE DI RESERVOIR COME COMPLICANZA DI INSERZIONE DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE <u>E. Abate</u> , A. Paradiso, S. Cimino, P. Butera, A. Ingrassia, G. Salvia (Bronte – CT, Catania)
P 9	NUOVA TIPOLOGIA DI MALFUNZIONAMENTO DI PROTESI IDRAULICA TRICOMPONENTE PENIENA: IMPOSSIBILITA' A SGONFIARE UN CILINDRO A 8 ANNI DALL'IMPIANTO <u>E.S. Pescatori</u> , B. Drei, P. Pisi (Bologna, Modena)

POSTER DISCUSSI

P 10 - P 14                    DISTURBI DELL'EIACULAZIONE Sala Giove 11/06 h. 8.00-9.00

P 10	EIACULAZIONE PRECOCE: E' POSSIBILE PARLARE DI TERAPIA RIABILITATIVA? <u>P. Leone</u> , A. Papini, C. Rimondi, M. Maleci, M. De Angelis (Arezzo)
P 11	MESSA A PUNTO DI UN MODELLO SPERIMENTALE PER VALUTARE IL TEMPO DI EIACULAZIONE DURANTE LA MASTURBAZIONE IN SOGGETTI MASCHI CON EIACULAZIONE PRECOCE L. Ziviani, <u>G. Piubello</u> , P. Beltrami, B. Madeo, A. Scardigli, D. Vecchio, F. Zattoni, A.R.M. Granata, A. Guidi, P. Bettica, R.C. Alexander, J. Lund, S. Milleri (Modena, Trento, Verona)
P 12	STUDIO RANDOMIZZATO SULL'EFFICACIA DELLA PAROXETINA MESILATO VERSUS ASSO- CIAZIONE PAROXETINA MESILATO E VARDENAFIL IN PAZIENTI CON EIACULAZIONE PRECO- CE DI TIPO PRIMARIO <u>G. Campo</u> , G. Pomara, F. Menchini-Fabris, G. Giannarini, R. Pagni, A. Morelli, R. Minervini, G. Morelli (Pisa)
P 13	EFFETTI DELLA SOMMINISTRAZIONE DI VARDENAFIL AL BISOGNO SUL TEMPO REFRATTARIO POST-EIACULATORIO IN UOMINI AFFETTI DA EIACULAZIONE PRECOCE IDIOPATICA <u>M. Pili</u> , D. Francomano, R. Bruzziches, E. Spera, G. La Pera, A. Aversa, G. Spera (Roma)
P 14	STUDIO OSSERVAZIONALE DELLA PREVALENZA DI ADESIONE ED INTERRUZIONE DELLA TERAPIA CON PAROXETINA IN PAZIENTI AFFETTI DA EIACULAZIONE PRECOCE PRIMARIA <u>A. Salonia</u> , A. Gallina, L. Rocchini, F. Pellucchi, A. Saccà, L. Rocchini, M. Ferrari, G. Gadda, F. Dehò, L. Barbieri, P. Rigatti & F. Montorsi (Milano)

POSTER DISCUSSI

P 15 - P 19                    INFERTILITA' Sala Apollo 11/06 h. 13.15-14.45

P 15	CRIOCONSERVAZIONE DEL SEME DI UN SOGGETTO AFFETTO DA SINDROME DI KLINEFELTER (47, XXY) NON ASSOCIATA A MOSAICISMO <u>P. Salacone</u> , A. Sebastianelli, L. Caponecchia, I. Marcucci, N. Pacini, C. Fiori, A. Carbone, V. Petrozza, R. Rago (Latina, Roma)
P 16	ASSOCIAZIONE DI CRIPTORCHIDISMO, VARICOCELE, AZOOSPERMIA E TUMORE A CELLULE DI LEYDIG IN UNA COPPIA DI GEMELLI IDENTICI CON ABERRAZIONE CROMOSONICA (TRASLOCAZIONE RECIPROCA BILANCIATA) <u>M. Vetri</u> , A. Stancampiano (Catania)
P 17	VALUTAZIONE CLINICA, ORMONALE E CITOGENETICA DI UN MASCHIO CON CARIOTIPO 46, XX <u>M. Vetri</u> , G. Verga (Catania)
P 18	SCREENING DEL GENE CFTR IN COPPIE INFERTILI CANDIDATE A TECNICHE DI RIPRODUZIONE ASSISTITA A. Saluto, <u>G. Del Noce</u> , A. Murro, A. Celeste, A. Marongiu, G. Voglino (Torino)
P 19	INFLUENZA DELLA DEGRADAZIONE DEL DNA DEGLI SPERMATOZOI SU CICLI DI PMA (NOSTRA ESPERIENZA) J. Guida, F. Del Gaudio, M.F. Villani, T. Gentile, <u>S. Raimondo</u> (Capri, Gragnano, Pompei - NA, Napoli)



POSTER DISCUSSI

P 20 - P 24            PREVENZIONE IN ANDROLOGIA Sala Giove 11/06 h. 13.15-14.45

P 20	PROGETTO PREVENZIONE ANDROLOGICA NELLE SCUOLE MEDIE SUPERIORI DELLA PROVINCIA DI SAVONA: RISULTATI PRELIMINARI ED IMPRESSIONI <u>E. Rosso</u> , F. Gallo (Savona)
P 21	SCREENING ANDROLOGICO PREVENTIVO PRESSO LE SCUOLE MEDIE SUPERIORI PER LA RILEVAZIONE DELLE PATOLOGIE DEI GENITALI ESTERNI <u>S. Leo</u> , S. Marzano, S. Marinacci, A. Serio, C. Caldararo, C. Esposito, E. Ruggiero (Copertino – LE)
P 22	ADOLESCENTI: COSA CONOSCONO DEL MONDO ANDROLOGICO <u>G. Benedetto</u> , G.Abatangelo, F. Nigro, E. Bratti, E. Scremin, A. Tasca (Vicenza)
P 23	TEMPO TRASCORSO PER COMPLETARE IL PERCORSO DIAGNOSTICO NEI PAZIENTI INFERTILI CON SOSPETTA FLOGOSI DELLE GHIANDOLE SESSUALI ACCESSORIE: RISULTATI DI UNO STUDIO RETROSPETTIVO S. La Vignera, A. Arancio, C. Battiato, G. De Grande, G. Lapira, F. Mastroeni, <u>E.S. Vicari</u> (Catania, Messina, Siracusa)
P 24	GLI ADULTI UTILIZZANO POCO IL PROFILATTICO <u>A.F. De Rose</u> (Genova, Roma)

POSTER DISCUSSI

P 25 - P 29            INFERTILITA' LABORATORIO Sala Laocoonte 11/06 h. 13.15-14.45

P 25	STRESS OSSIDATIVO ED INFERTILITA' MASCHILE: LA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO <u>L. Coppola</u> , S. Pinto Provenzano, D. Montagna, G. A. Coppola, G. Barone, L. Caputo, C. Carrisi, L. Capobianco (Lecce, Nardò - LE)
P 26	RILEVANZA DELLE PROPRIETA' REOLOGICHE SUL PROCESSO DI CRIOCONSERVAZIONE DEGLI SPERMATOZOI UMANI <u>G. Peluso</u> , P.P. Cozza, G. Arena, N. Gallo, G. Morrone (Cosenza)
P 27	VALUTAZIONE DEI PARAMETRI SEMINALI PRE E POST CHEMIO E RADIOTERAPIA ED IMPORTANZA DELLA CRIOCONSERVAZIONE DEL SEME PER PRESERVARE LA FERTILITA' <u>L. Caponecchia</u> , P. Salacone, A. Sebastianelli, I. Marcucci, N. Pacini, C. Fiori, R. Sacchetto, R. Rago (Latina)
P 28	UN CASO DI SINDROME DI KLIPPEL-TRENAUNAY-WEBER ED INFERTILITA' ESCRETORIA DISTALE DI ORIGINE PLURIMALFORMATIVA <u>A. Arancio</u> , M. D'Alessandro, G. Lapira, G. De Grande (Siracusa)
P 29	L'ERNIOPLASTICA BILATERALE CON POLIPROPILENE MESH COME CAUSA DI GRAVE DANNO ALLA FERTILITA' MASCHILE <u>G. Del Noce</u> , A. Monaco, S. Gippone, F. Bologna (Torino)

POSTER DISCUSSI

P 30 - P 35                      DISTURBI DELLA SFERA SESSUALE Sala Apollo 12/06 h. 13.15-14.45

P 30	IL MATRIMONIO BIANCO TRA TRADIZIONE E NUOVE MODALITA' DI PRESENTAZIONE <u>P. M. Michetti</u> , F. Corica, A. Tiesi, N. Tartaglia, C. Leonardo, C. De Dominicis (Roma)
P 31	MATRIMONI BIANCHI. QUALE SESSUALITA'? <u>E. Longhi</u> , A. Salonia, P. Rigatti, F. Montorsi (Milano)
P 32	ANORGASMIA ACQUISITA IN PAZIENTI CON STORIA DI MAGI E PRESENZA DI LUTS E CISTI FUNZIONALI PROSTATICHE DELL'ASSE EIACULATORIO <u>C. Battiato</u> , A.E. Calogero, G. Sidoti, C. Crisafulli, S. Dinoto, A. Battiato, E.S. Vicari (Catania, Roma)
P 33	IL SOMMERSO NELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE: RUOLO DELL'ANAMNESI ATTIVA NELL'IDENTIFICAZIONE DI UNA CONCOMITANTE CONDIZIONE DI PROSTATITE S. La Vignera, C. Battiato, F. Calzavara, S. Sicali, F. Garrone, L. Vaccalluzzo, <u>E.S. Vicari</u> (Catania)
P 34	SALUTE SESSUALE: INTERVENTO EDUCATIVO IN GRUPPI DI PAZIENTI CARDIOLOGICI <u>G. Corretti</u> , M. Provvidenza (Pisa, Viareggio – LU)
P 35	DISFUNZIONE ERETTILE: UN APPROCCIO INTEGRATO MEDICO-PSICOLOGICO S. Morani, <u>M. Marzotto Caotorta</u> , S. Sandri (Magenta - MI)

POSTER DISCUSSI

P 36 - P 40                      PROSTRATA E SESSUALITA' Sala Giove 12/06 h. 13.15-14.45

P 36	L'ESPOSIZIONE PROLUNGATA AL TADALAFIL INIBISCE L'ESPRESSIONE DELL'AROMATASI IN ADIPOCITI UMANI IN VITRO <u>A. Aversa</u> , M. Caprio, A. Antelmi, M. Brama, E.A. Greco, A. Fabbri, G.M.C. Rosano, S. Migliaccio, G. Spera (Roma)
P 37	SILDENAFIL E ALFUZOSINA NEI PAZIENTI CON IPB E DISFUNZIONE ERETTILE <u>G. Campo</u> , G. Pomara, F. Menchini Fabris, R. Pagni, G. Giannarini, A. Morelli, C. Mariani, R. Minervini, G. Morelli (Pisa)
P 38	INIBITORI DELLE 5-FOSFODIESTERASI: UNA MAGNIFICAZIONE D'IMMAGINE NELLA DIA-GNOSTICA ECOGRAFICA POWER DOPPLER NELLA DIAGNOSI DI CARCINOMA PROSTATICO G. Morelli, <u>R. Pagni</u> , C. Mariani, M. Eva, A. Morelli, F. Menchini Fabris, D. Canale, N. Armillotta, D. Caramella, R. Minervini (Pisa)
P 39	FUNZIONE SESSUALE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA PROSTATICA DISOSTRUTTIVA <u>G. Maselli</u> , G. Paradiso Galatioto, L. Bergamasco, L. Gualà, V. Silvestri, A. Del Rosso, E. Di Pierro, O. Martella, G. Pace, C. Vicentin (L'Aquila, Teramo)
P 40	RIABILITAZIONE SESSUALE POST-PROSTATECTOMIA RADICALE <u>S. Cimino</u> , F. Abate, P. Butera, A. Ingrassia, A. Paradiso, G. Salvia (Bronte - CT, Catania)

POSTER DISCUSSI

P 41 - P 45            PATOLOGIE CONGENITE DEI GENITALI Sala Giove 12/06 h.13.15-14.45

P 41	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI MONCONE VAGINALE IN PAZIENTE CON PSEUDOERMAFRODITISMO MASCHILE <u>G. Benedetto</u> , G. Abatangelo, E. Bratti, F. Nigro, E. Scremin, P. Ferrrarese, A. Tasca (Vicenza)
P 42	STENOSI ED ATRESIA VAGINALE. TECNICHE DI RICOSTRUZIONE A CONFRONTO <u>G. Liguori</u> , S. Benvenuto, C. Trombetta, A. Amodeo, G. Mazzon, G. Olandini, B. de Concilio, E. Belgrano (Trieste)
P 43	RECURVATUM CONGENITO DEL PENE IN DUE FRATELLI: CASE REPORT E DESCRIZIONE DELLA TECNICA CHIRURGICA DI RISOLUZIONE <u>G. Coraci</u> , Dario Di Trapani, Danilo Di Trapani (Palermo)
P 44	ESITI NELL'ADULTO DEL RADDRIZZAMENTO PENIENO ESEGUITO IN ETA' PEDIATRICA: LA NOSTRA ESPERIENZA <u>S.D. Sandri</u> , M. Marzotto Caotorta, V. Ceriani, S. Gualdoni, C.S. Guerrer (Magenta - MI)
P 45	MASSA SCROTALE DA URETERE ECTOPICO M. Polito, G. d'Anzeo, L. Gasparri, <u>D. Cantoro</u> , G. Parri, G. Muzzonigro (Ancona)

POSTER DISCUSSI

P 46 - P 50            CHIRURGIA DEI GENITALI Sala Giove 12/06 h.13.15-14.45

P 46	FALLOPLASTICA OGGI: IMPIANTO PENIENO APICALE E PERICAVERNOSO <u>J. Salhi</u> , M. Del Prete (Roma)
P 47	ACCESSO PENO-SCROTALE NELLA CHIRURGIA DEI TRAUMI PENIENI <u>C. Pavone</u> , V. Zaccone, M. Capra, I. Oxenius, D. Melloni (Palermo)
P 48	ACCESSO TRANS-PREPUZIALE CON RISPARMIO DEL PREPUZIO NELLA CORREZIONE DI CURVATURA PENIENA DISTALE: PRIMO CASO <u>E.S. Pescatori</u> , B. Drei (Bologna, Modena)
P 49	CHIRURGIA CONSERVATIVA NELLA TERAPIA DEL CARCINOMA PENIENO: NOSTRA ESPERIENZA <u>E. Spera</u> , M. Florio, M. Scarfini, B. Iorio, M. Casilio, S. Sansalone (Roma)
P 50	TRATTAMENTO DEL LINFEDEMA PENO-SCROTALE IN UN PAZIENTE CON SINDROME DI HENNEKAM <u>P. Panella</u> , A. Cacciola, G. Candiano, L. D'Arrigo, M. Pennini, P. Pepe, F. Savoca, P. Soma, F. Aragona (Catania)



POSTER DISCUSSI

P 51 - P 56 bis      MISCELLANEA Sala Laocoonte 12/06 h. 13.15-14.45

P 51

LESIONE PENIENA DA AUTOEROTISMO: CASE REPORT  
 S. Caroassai [Grisanti](#), A. Delle Rose, M. Mencarini, S. Tazzioli e G. Nicita  
 (Firenze)

P 52

SINGOLARE CASO DI TRAUMA PENIENO  
 C. Pavone, M. Capra, V. Zaccone, I. Oxenius, D. Melloni  
 (Palermo)

P 53

LESIONE EMORRAGICA PARCELLARE DIDIMARIA CONDIZIONANTE UN QUADRO DI SCROTO ACUTO AD INSOLITA PRESENTAZIONE  
 G. De Giorgi, B. Grossetti, B. Frea  
 (Udine)

P 54

SCROTO ACUTO IN PAZIENTE CON SINDROME DI SCHONLEIN HENOCCH  
 T. Zenico, M. Saccomanni, R. Gunelli, M. Fiori, C. Salaris, U. Salomone, P. Lilli, S. Melotti, E. Bercovicw  
 (Forlì - Cesena)

P 55

LA CHIUSURA DELLO SHUNT CORPORO-GLANDULARE DI AL GHORAB PERMETTE IL RIPRISTINO DI UNA FUNZIONE ERETTIVA ADEGUATA: DUE CASI CLINICI  
 G. Passavanti, A. Bragaglia, V. Pizzuti, R. Nucciotti, A.M. Aloisi, R. Paolini  
 (Grosseto - Siena)

P 56

TRATTAMENTO AD ONDE D'URTO DELL'INDURATIO PENIS PLASTICA: REVIEW DELLA LETTERATURA  
 D. Tiscione, L. Ruggera, P. Beltrami, F. Gigli, M. Arancio, M. Fabrello, F. Zattoni  
 (Trento, Verona)

P 56 bis

NUOVA STRATEGIA CHIRURGICA DEL TRATTAMENTO DEL VARICOCELE RECIDIVO  
 P.P. Cozza, E. De Giacomo, G. Rende, A. Caruso, P. Mele, R. Mazza, [E. Ventura](#), G. Morrone, G. Peluso, F. Intrieri, F. Morrone and all  
 (Cosenza)

POSTER DISCUSSI

P 57 - P 64      NEOPLASIE DEI GENITALI/PRIAPISMO Sala Giove 13/06 h. 8.00-09.00

P 57

RARO CASO DI TUMORE ADENOMATOIDE MULTIPLO AD ORIGINE DALLA TUNICA VAGINALE DEL TESTICOLO E DELL'EPIDIDIMO  
 C. Cristini, [G.B. Di Pierro](#), A. Sciarra, E. De Berardinis , V. Gentile  
 (Roma)

P 58

DEGENERAZIONE MALIGNA DI CISTOADENOMA PAPILLIFERO IN PAZIENTE CON MALATTIA DI VON HIPPEL-LINDAU. CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA  
 C. Trombetta, G. Liguori, G. Mazzon, R. Bussani, S. Bucci, G. Ollandini, E. Belgrano  
 (Trieste)

P 59

FERTILITA' E TUMORE DEL TESTICOLO: NOSTRA ESPERIENZA  
 E.D. Di Pierro, G. Paradiso Galatioto, O. Martella, P. Galassi, G. Maselli, L. Bergamasco, A. Del Rosso, G. Pace, C. Vicentini  
 (L'Aquila, Teramo)

P 60

PRIAPISMO PARZIALE: CASE REPORT E REVISIONE DELLA LETTERATURA  
 P. Panella, P. Pepe, L. D'Arrigo, F. Savoca, G. Candiano, A. Cacciola, M. Pennisi, F. Aragona  
 (Catania)

P 61

PRIAPISMO ARTERIOSO DA BICICLETTA ANCHE NEL BAMBINO  
 A.F. De Rose, G. De Caro, A. Simonato, G.M. Badano, G. Carmignani  
 (Genova)

P 62

STUDIO ECO COLOR DOPPLER DELLE COMUNICAZIONI CAVERNOSO-SPONGIOSE NEI PAZIENTI CON PRIAPISMO AD ALTO FLUSSO  
 M. Bertolotto, [G. Liguori](#), C. Trombetta, S. Bucci, G. Ollandini, G. Mazzon, G. Ocello, B. de Concilio, A. Amodio, E. Belgrano  
 (Trieste)

P 63

PRIAPISMO AD ALTO FLUSSO SECONDARIO A LESIONE IATROGENA DELLE ARTERIE DORSALI IN CORSO DI SHUNT SPONGIOCAVERNOSO PER PRIAPISMO ISCHEMICO  
 S. Ciampalini, [G. Liguori](#), M. Bertolotto, C. Trombetta, S. Benvenuto, B. de Concilio, R. Napoli, E. Belgrano  
 (Trieste)

P 64

EMBOLIZZAZIONE SUPERSELETTIVA DELLE ARTERIE PUDENDE IN CASO DI PRIAPISMO AD ALTO FLUSSO IN PAZIENTI ADULTI E PEDIATRICI  
 A.Scardigli, S. Sammartano, D. Tiscione, V. Vattovani, L. Luciani, S. Bosetti, G. Malossini, E. Moser, G. Guarino, M. Recla  
 (Trento)

VIDEO

V1 - V 4                    AUDITORIUM Amore e Psiche 11/06 h. 8.00-9.00

V 1	SOSTITUZIONE DI PROTESI PENIENA, DOPO DISASSEMBLY DEL GLANDE E RICOSTRUZIONE COMPLESSA DEGLI APICI CAVERNOSI, PER LESIONE SECONDARIA A DECUBITO DEL CILINDRO PROTESICO, UTILIZZANDO BIOMATERIALI SINTETICI <u>O. Sedigh</u> , A. Shamsodini, A. Ansari, L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, F. Liberale, D. Fontana (Doha – Qatar, Torino)
V 2	PENE NASCOSTO IN PAZIENTE CON ESITI DI RADIOTERAPIA: NUOVO APPROCCIO CHIRURGICO COMBINATO M. Porena, A. Zucchi, M. Del Zingaro, F. Fioretti, <u>G. Tuffu</u> , L. Mearini, E. Costantini (Triestre)
V 3	DEFORMITA' PENIENA DA SILICONOMA CON IMPOTENZA ASSOLUTA. ASPORTAZIONE E RIMODELLAMENTO IN DUE TEMPI G. Alei, <u>P. Letizia</u> , F. Ricotilli, L. Alei, D. Pavoncello (Roma)
V 4	TECNICA DI CORPOROPLASTICA GEOMETRICA SECONDO PAULO EGYDIO: NOSTRA ESPERIENZA PRELIMINARE <u>L. Mavilla</u> , S. Brunori, L. Albanesi, F. Attisani, B.C. Gentile, F. Pisanti, T. Shestani, G. Vincenti, R. Giulianelli (Roma)

VIDEO

V 5 - V 9                    AUDITORIUM Amore e Psiche 13/06 h. 8.00-9.00

V 5	LA CORPOROPLASTICA SECONDO PAULO EGYDIO. UN'INNOVATIVA TECNICA PER I RECURVATUM COMPLESSI NELLA MALATTIA DI LA PEYRONIE <u>M. Silvani</u> , S. Pecoraro, D. Minocci, R. Giannella, S. Quaranta (Avellino, Biella)
V 6	CORREZIONE DI GRAVE INCURVAMENTO DEL PENE IN PAZIENTE CON IPOSPADIA <u>L. Rolle</u> , C. Ceruti, A. Tamagnone, M. Timpano, O. Sedigh, C. Negro, P. Cantelmo, D. Fontana (Torino)
V 7	UN RARO CASO DI EMISCROTO GIGANTE DA PACHIVAGINALITE POST-TRAUMATICA G. Alei, <u>P. Letizia</u> , F. Ricotilli, L. Alei, D. Pavoncello (Roma)
V 8	TECNICA MICROINVASIVA DI FISSAZIONE TESTICOLARE IN SITU <u>S. Pagano</u> , P. Ruggeri, A. Bottanelli, P. Rovellini, M. Motta (Rho - MI)
V 9	TRATTAMENTO MICROCHIRURGICO DELL'AZOOSPERMIA OSTRUTTIVA <u>C. Trombetta</u> , G. Liguori, A. Lissiani, S. Bucci, A. Amodeo, S. Benvenuto, E. Belgrano (Trieste)

Abatangelo G.,	104, 121	Briganti A.,	73
Abate F.,	69, 91, 93, 119	Brunocilla E.,	82
Abbadessa D.,	70	Brunori S.,	76, 144
Albanesi L.,	76, 144	Bruzziches R.,	53, 64, 97
Alberto B.,	44	Bucci S.,	78, 134, 137, 147
Alei G.,	143, 146	Buffardi A.,	61, 81, 83
Alei L.,	143, 146	Bussani R.,	134
Alexander R.C.,	95	Butera P.,	69, 91, 93, 119
Allegro R.,	70		
Aloisi A.M.,	131	Cacciola A.,	128
Amodeo A.,	121, 137, 147	Cai T.,	45
Ansari A.,	142	Caldararo C.,	55, 103
Antelmi A.,	117	Calogero A.E.,	113
Antoniazzi F.,	53, 56, 92	Calzavara F.,	114
Aragona F.,	128, 136	Campo G.,	79, 96, 117
Arancio M.,	76, 77, 105, 109, 132	Canale D.,	118
Arena G.,	107	Candiano G.,	128, 136
Arienti G.,	74	Cantelmo P.,	145
Armillotta N.,	118	Cantoro D.,	123
Attisani F.,	76, 144	Capobianco L.,	107
Aversa A.,	53, 64, 97, 117	Caponecchia L.,	99, 108
		Capparelli G.,	54
Badano G.M.,	136	Capra M.,	125, 129
Ballario R.,	56	Caprio M.,	117
Barbi E.,	56, 92	Caputo L.,	107
Barbieri L.,	98	Caramella D.,	118
Barone G.,	107	Carbone A.,	60, 99
Bartoletti R.,	45	Carbone G.,	57
Basile Fasolo C.,	46	Carmignani G.,	136
Basilicò C.,	52, 71	Caroassai Grisanti S.,	72, 81, 129
Battiato A.,	113	Carollo G.,	91
Battiato C.,	65, 105, 113, 114	Carrisi C.,	107
Belgrano E.,	78, 84, 121, 134, 137, 147	Caruso A.,	133
Beltrami P.,	76, 77, 95, 132	Casilio M.,	48, 127
Benedetto G.,	104, 121	Castigli M.,	72
Benvenuto S.,	78, 121, 137, 147	Castiglioni F.,	90
Bercovich E.,	131	Cavallini G.,	61
Bergamasco L.,	80, 118, 135	Ceriani V.,	123
Bertolotto M.,	137	Celeste A.,	101
Bettica P.,	95	Ceruti C.,	60, 81, 83, 142, 145
Bologna F.,	110	Chironi C.,	53, 56, 92
Bonanni G.,	62	Ciampalini S.,	137
Bongini E.,	45	Cimino S.,	69, 91, 93, 119
Bosetti S.,	138	Colombo R.,	44
Bottanelli A.,	147	Condorelli R.,	64
Bragaglia A.,	131	Coppola G.A.,	78, 107
Brama M.,	117	Coppola L.,	78, 107
Brancato T.,	89	Coraci G.,	122
Bratti E.,	104, 121	Corica F.,	112

Coretti G.,	115	Fabrello M.,	76, 77, 132
Costantini E.,	142	Faloci C.,	50, 78
Cozza P.P.,	107, 133	Familiari G.,	60
Crespi M.,	66	Favilla V.,	70
Crimi S.,	88	Ferrarese P.,	121
Crippa A.,	61	Ferraretti A.P.,	61
Crisafulli C.,	65, 113	Ferrari M.,	44, 73, 98
Crisol L.,	62	Fioretti F.,	74, 142
Cristini C.,	134	Fiori C.,	99, 108
Crivellaro S.,	66	Fiori M.,	131
Curreli A.,	47, 71	Florio M.,	48, 127
		Fongione S.,	66
D'Alessandro M.,	109	Fontana D.,	61, 81, 83, 142, 145
D'Anzeo G.,	123	Fornasari L.,	54
D'Arrigo L.,	128, 136	Franchitto G.,	60
D'Ascenzo R.,	89	Francomano C.,	53
Daniele C.,	54	Francomano D.,	64, 97
Daniele G.P.,	54	Frea B.,	66, 130
De Angelis M.,	95	Fusco F.,	46
De Berardinis E.,	134		
De Caro G.,	136	Gadda G.,	73, 98
de Concilio B.,	121, 137	Galassi P.,	135
De Dominicis C.,	112	Galletto E.,	61, 81, 83
De Giacomo E.,	133	Gallina A.,	44, 73, 98
De Giorgi G.,	66, 130	Gallo F.,	103
De Grande G.,	70, 105, 109	Gallo N.,	107
De Rose A.F.,	105, 136	Garrone F.,	114
Debole M.,	49, 57	Gasparri L.,	123
Dehò F.,	44, 98	Gavazzi A.,	45
Del Gaudio F.,	101	Gentile B.C.,	76, 144
Del Noce G.,	101, 110	Gentile T.,	101
Del Prete M.,	125	Gentile V.,	46, 134
Del Rosso A.,	80, 118, 135	Gianaroli L.,	61
Del Zingaro M.,	74, 142	Gianesini G.,	90
Dell'Atti L.,	54	Giannarini G.,	79, 96, 117
Della Melina A.,	72	Giannella R.,	48, 145
Delle Rose A.,	72, 81, 129	Gigli F.,	76, 77, 132
D'Orazi V.,	50, 78	Gippone S.,	110
Di Pierro E.,	80, 118	Giulianelli R.,	76, 144
Di Pierro G.B.,	134, 135	Granata A.R.M.,	95
Di Trapani D.,	63, 91, 122	Greco E.A.,	53, 64, 117
Dinoto S.,	113	Grossetti B.,	130
Drei B.,	93, 126	Gualà L.,	80, 118
		Gualdoni S.,	123
Esposito C.,	103	Guarino G.,	138
Expósito A.,	62	Guerrer C.S.,	123
		Guida J.,	101
Fabbri A.,	117	Guidi A.,	95
Fabi F.,	50, 78	Gunelli R.,	131



Heyn R.,	60	Mastroeni F.,	52, 63, 70, 71, 105
Iannello A.,	52, 71	Matorras R.,	62
Ingrassia A.,	69, 91, 93, 119	Matloob R.,	44
Intrieri F.,	133	Mauro E.,	118
Iorio B.,	127	Mavilla L.,	76, 144
Ippolito C.,	54	Mazza R.,	133
Isgrò A.,	52, 71	Mazzon G.,	78, 121, 134, 137
		Mearini L.,	74, 142
La Pera G.,	97	Mele P.,	133
La Vignera S.,	63, 64, 65, 70, 105, 114	Meliani E.,	45
Lamartina M.,	70	Melloni D.,	125, 129
Lapira G.,	63, 70, 105, 109	Melotti S.,	131
Lavelli E.,	51	Mencarini M.,	129
Leo S.,	55, 103	Menchini-Fabris F.,	79, 96, 117, 118
Leonardi M.,	49	Menchini-Fabris G.F.,	55
Leonardi R.,	57	Michetti P.M.,	112
Leonardo C.,	112	Migliaccio S.,	117
Leone P.,	95	Milioto V.,	70
Letizia P.,	143, 146	Milleri S.,	95
Liberale F.,	142	Minervini R.,	79, 96, 117, 118
Liguori G.,	78, 84, 121, 134, 137, 147	Minocci D.,	44, 48, 145
Lilli P.,	131	Monaco F.,	110
Lissiani A.,	147	Mondaini N.	45, 46
Longhi E.,	88, 112	Montagna D.,	107
Luciani L.,	138	Montalto F.,	63
Ludovico G.M.	51	Montorsi F.,	44, 73, 88, 98, 112
Lund J.,	95	Montorsi F.,	44, 73, 88, 98, 112
		Morani S.,	115
Madeo B.,	95	Morelli A.,	79
Magli A.,	66	Morelli G.,	67, 79, 96, 117, 118
Magli M.C.,	61	Morgia G.,	70
Mahlknecht A.,	58	Morrone F.,	133
Maines E.,	53, 56, 92	Morrone G.,	107, 133
Maio G.,	59, 67	Moser E.,	138
Maleci M.,	95	Motta M.,	147
Malossini G.,	138	Murro A.,	101
Mansueto G.,	56, 92	Muzzonigro G.,	123
Marchese V.,	50, 78		
Marconi A.M.,	90	Napoli R.,	137
Marcucci I.,	99, 108	Negro C.,	61, 81, 83, 145
Mariani C.,	79, 117, 118	Nicita G.,	72, 81, 129
Marinacci S.,	55, 103	Nicolosi A.,	49, 57
Marongiu A.,	101	Nigro F.,	104, 121
Martella O.,	80, 118, 135	Nucciotti R.,	131
Martorana G.,	82	Nupieri P.,	89
Marzano S.,	55, 103		
Marzotto Caotorta M.,	115, 123	Ocello G.,	137
Maselli G.,	80, 118, 135	Ollandini G.,	78, 121, 134, 137
		Orsolini G.,	89
		Ortensi A.,	50, 78

Ortensi I.,	50, 78	Porena M.,	142
Oxenius I.,	70, 125, 129	Provvidenza M.,	115
Pace G.,	80, 118, 135	Quaranta S.,	48, 145
Pacini N.,	99, 108		
Pagano S.,	147	Racca C.,	61
Pagliarulo A.,	51	Rago R.,	60, 99, 108
Pagni R.,	79, 96, 117, 118	Raimondo S.,	101
Palleschi G.,	60	Recla M.,	138
Palmerini C.A.,	74	Relucenti M.,	60
Palmieri F.,	82	Rende G.,	133
Panella P.,	128, 136	Revelli A.,	61
Panunzi A.,	50, 78	Ricottilli F.,	143, 146
Papini A.,	67, 95	Rigatti P.,	44, 73, 88, 98, 112
Pappa P.,	52, 71	Rimondi C.,	95
Paoletti M.C.,	72	Rinella M.,	91
Paolini R.,	131	Ringressi A.,	72
Paradiso A.,	69, 91, 93, 119	Rocchini L.,	44, 73, 98
Paradiso Galatioto G.,	80, 118	Rolle L.,	60, 81, 83, 142, 145
Passavanti G.,	131, 135	Romano G.,	74
Pastore A.,	60	Rosano G.M.C.,	117
Pastorello M.,	56	Rosso F.,	103
Paulis G.,	89	Rotondo S.,	52, 71
Pavoncello D.,	143, 146	Rovellini P.,	147
Pavone C.,	70, 125, 129	Ruggera L.,	76, 77, 132
Pecoraro S.,	48, 144, 145	Ruggeri P.,	147
Pellucchi F.,	98	Ruggiero E.,	55, 103
Peluso G.,	107, 133	Ruiz-Sanz J.I.,	62
Pennini M.,	128		
Pennisi M.,	136	Saccà A.,	44, 73, 98
Pepe P.,	128, 136	Sacchetto R.,	108
Perovic S.V.,	48	Sacomanni M.,	131
Perrone M.D.,	84	Salacone P.,	99, 108
Pescatori E.S.,	93, 126	Salaris C.,	131
Petrachi S.,	78	Salerno G.,	74
Petrozza V.,	60, 99	Salhi J.,	125
Petruzziello L.,	60	Salomone U.,	131
Pezzella P.,	53	Salonia A.,	44, 73, 88, 98, 112
Pili M.,	53, 64, 97	Saluto A.,	101
Pilloni S.,	58	Salvia G.,	69, 91, 93, 119
Pinto Provenzano S.,	107	Sammartano S.,	138
Pirozzi Farina F.,	47, 71	Sandri S.,	115, 123
Pisanti F.,	76, 144	Sansalone S.,	48, 127
Pischedda A.,	47, 71	Saraeb S.,	59, 67
Pisi P.,	93	Sarti E.,	45
Piubello G.,	95	Savoca F.,	128, 136
Pizzuti V.,	131	Scardigli A.,	95, 138
Polito M.,	123	Scarfini M.,	127
Pomara G.,	67, 96, 117	Scati L.,	78, 84

Sciarra A.,	134	Vincenti G.,	76, 144
Scremin E.,	104, 121	Villani M.F.,	101
Sebastianelli A.,	99, 108	Villari D.,	72
Sedigh O.,	60, 83, 142, 145	Vitarelli A.,	51
Serio A.,	55, 103	Voglino G.,	101
Shamsodini A.,	142		
Shestani T.,	76, 144	Zaccone V.,	125, 129
Sicali S.,	114	Zammataro M.,	65
Sidoti G.,	65, 113	Zanni G.,	44, 73
Signor A.M.,	66	Zattoni F.,	76, 77, 95, 132
Silvani M.,	44, 46, 48, 145	Zerico T.,	131
Silvestri V.,	80, 118	Ziviani L.,	95
Simi S.,	67	Zucchi A.,	74, 142
Simonato A.,	136		
Soli M.,	82		
Soma P.,	128		
Spera E.,	48, 97, 127		
Spera G.,	53, 64, 97, 117		
Spisani L.,	54		
Spitaler C.,	58		
Stancampiano A.,	88, 99		
Stomaci N.,	81		
Stoppani C.,	62		
Suardi N.,	73		
Sulpasso M.,	53, 56, 92		
Taborelli A.,	90		
Tamagnone A.,	81, 145		
Tartaglia N.,	112		
Tasca A.,	104, 121		
Tazzioli S.,	72, 81, 129		
Tiesi A.,	112		
Timpano M.,	60, 81, 83, 142, 145		
Tiscione D.,	76, 77, 132, 138		
Toni F.,	50, 78		
Trombetta C.,	78, 84, 121, 134, 137, 147		
Tuffu G.,	74, 142		
Turchi P.,	67		
Ughi G.,	54		
Vaccalluzzo L.,	114		
Vattovani V.,	138		
Vecchio D.,	56, 95		
Ventura F.,	133		
Verga G.,	88, 100		
Vetri M.,	88, 99, 100		
Vicari E.S.,	63, 64, 65, 70, 105, 113, 114		
Vicentini C.,	80, 118, 135		