FOUNDED IN 1924

ISSN 1124-3562

ARCH ITAL UROL ANDROL

ARCHIVIO ITALIANO DI UROLOGIA E ANDROLOGIA / ARCHIVES OF ITALIAN UROLOGY AND ANDROLOGY

Vol. 86; n. 1, Supplement 1, March 2014

Indexed in: Medline/Index Medicus, EMBASE/Excerpta Medica, Medbase/Current Opinion, SIIC Data Base, SCOPUS

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) Art. 1, comma 1 DCB Milano

XXX Congresso Nazionale SIA

SIA
Società Italiana di Andrologia

L'ANDROLOGIA DI CONFINE

La SIA incontra la Società e le Società

28-31 Maggio 2014

Grand Hotel Pianeta Maratea
Maratea (PZ)

Presidente SIA
Giorgio Franco

Presidente del Congresso
Angela Vita

SCRIPTA MANENT EDIZIONI

ARCH ITAL UROL ANDROL

ARCHIVIO ITALIANO DI UROLOGIA E ANDROLOGIA / ARCHIVES OF ITALIAN UROLOGY AND ANDROLOGY

GENERAL INFORMATION

AIMS AND SCOPE

"Archivio Italiano di Urologia e Andrologia" publishes papers dealing with the urological, nephrological and andrological sciences.
Original articles on both clinical and research fields, reviews, editorials, case reports, abstracts from papers published elsewhere, book rewiews, congress proceedings can be published.
Papers submitted for publication and all other editorial correspondence should be addressed to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.
Via Bassini 41
20133 Milano - Italy
Tel. +39 0270608091 - Fax +39 0270606917
e-mail: scriman@tin.it - architurol@gmail.com
web: www.aiua.it - www.urologyplanet.it

COPYRIGHT

Papers are accepted for publication with the understanding that no substantial part has been, or will be published elsewhere.
By submitting a manuscript, the authors agree that the copyright is transferred to the publisher if and when the article is accepted for publication.
The copyright covers the exclusive rights to reproduce and distribute the article, including reprints, photographic reproduction and translation.
No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior written permission of the Publisher.

Registrazione: *Tribunale di Milano n.289 del 21/05/2001*

Direttore Responsabile: *Pietro Cazzola*

Direzione Generale: *Armando Mazzù*

Direzione Marketing: *Antonio Di Maio*

Consulenza grafica: *Piero Merlini*

Impaginazione: *Stefania Cacciaglia*

Stampa: *Lalitotipo, Settimo Milanese (MI)*

BUSINESS INFORMATION

SUBSCRIPTION DETAILS

Annual subscription rate
(4 issues) is Euro 52 for Italy
and US $130 for all other Countries.
Price for single issue: Euro 13 for Italy
US $32,5 for all other Countries.
Issues will be sent by surface mail;
single issues can also be sent by air mail at an extra charge of US $12.

Subscription orders should be sent to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.
Via Bassini 41
20133 Milano - Italy
Tel. +39 0270608091 - Fax +39 0270606917
e-mail: scriman@tin.it - architurol@gmail.com

Payments should be made by bank cheque to:
Edizioni Scripta Manent s.n.c.

For Italy: conto corrente postale n. 1010097192
intestato a Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Claim for missing issues should be made within 3 months from publication for domestic addresses, otherwise they cannot be honoured free of charge.

Changes of address should be notified Edizioni Scripta Manent s.n.c. at least 6-8 weeks in advance, including both old and new addresses.

The handling of personal data concerning subscribers is managed by our electronic data base.
It is in accordance with the law 675/96 regarding the tutorship of personal data.

The use of data, for which we guarantee full confidentiality, is to keep our readers up to date with new initiatives, offers and publications concerning Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Data will not be released or disseminated to others and the subscriber will be able to request, at any time, variation or cancellation of data.

ADVERTISING

For details on media opportunities within this journal please contact
Mr. Armando Mazzù or **Mr. Antonio Di Maio**
at +39 0270608060.

CONFINDUSTRIA

SCRIPTA MANENT EDIZIONI

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

Ai sensi della legge 675/96 è possibile in qualsiasi momento opporsi all'invio della rivista comunicando per iscritto la propria decisione a:
Edizioni Scripta Manent s.n.c. - Via Bassini, 41 - 20133 Milano

Archivio Italiano di Urologia e Andrologia

Urological and Andrological Sciences

Founded in 1924 by: G. Nicolich, U. Gardini, G.B. Lasio

Official Journal of SIA, SIEUN, SIUrO and UrOP

SIA EDITOR

N. Mondaini (Firenze)

SIA PAST EDITOR

F. Fusco (Napoli)

Indexed in

Medline/Index Medicus - EMBASE/Excerpta Medica - Medbase/Current Opinion - SIIC Data Base

SCRIPTA MANENT EDIZIONI

Cari Amici,
è un grande onore per me presentarvi il programma preliminare del XXX Congresso Nazionale della Società Italiana di Andrologia, primo Congresso nazionale organizzato nel corso del nuovo Comitato Esecutivo. Saremo ospiti, di sicuro premurosamente seguiti, di Angela Vita, Presidente del Convegno, in una cornice particolarmente suggestiva e finora mai esplorata dalla nostra Società: Maratea, in Basilicata.
Le braccia aperte della nota statua del Redentore che sovrasta Maratea simboleggiano il tema portante del Convegno il cui titolo è:

"L'andrologia di confine. La SIA incontra la Società e le Società".

È un abbraccio ecumenico che permette alla nostra Società di comprendere le altre aggregazioni scientifiche, affini o confinanti, nel rapporto con la società civile.
Società scientifiche di Andrologia, Urologia, Endocrinologia, Sessuologia, Ginecologia, Biologia della Riproduzione, Medicina Generale, Pediatria, Dermatologia e Chirurgia Plastica e Ricostruttiva si confronteranno tra loro su tematiche o patologie andrologiche "di confine", cioè ugualmente trattate dalle diverse figure specialistiche, ciascuna con l'apporto della propria esperienza e prospettiva. Queste simboliche braccia aperte sul mondo accoglieranno anche l'andrologia "d'oltre confine", in senso geografico stretto, in una sessione che vedrà confrontarsi esperti andrologi delle più importanti nazioni Europee su di un argomento particolarmente sentito dalle giovani generazioni: la certificazione e la formazione andrologica, nonché le prospettive e le diversità di lavoro nell'ambito andrologico nelle diverse nazioni.
Il tema scientifico del Convegno proposto dall'Assemblea, "I casi difficili in andrologia", verrà svolto, in giorni diversi, in due distinti momenti didattici, il primo relativo alle problematiche di difficile risoluzione nell'infertilità, e l'altro riferito ai casi complessi nelle disfunzioni sessuali. Anche in questi due momenti è prevista la partecipazione degli ospiti stranieri.
L'anticipo del Congresso annuale di circa 4 mesi, deciso dal precedente Esecutivo e peraltro pienamente condiviso dall'attuale, ha rappresentato comunque una sfida impegnativa per il nuovo gruppo dirigente e per la nuova Commissione Scientifica, sapientemente guidata da Luigi Cormio. Quest'ultima, avvalendosi anche degli input dell'Esecutivo, è riuscita in tempi ridotti a concepire e sviluppare un format scientifico estremamente innovativo e stimolante. Saranno infatti abolite le tradizionali sessioni comunicazioni e poster, ed i contributi selezionati, provenienti dai Soci SIA ma anche dalle altre Società coinvolte, verranno inseriti all'interno delle diverse sessioni congiunte intersocietarie, con premiazione dei migliori di essi.
Ulteriori novità saranno rappresentate dalla sessione "Il meglio della produzione italiana 2013", dove avremo modo di discutere sulle migliori pubblicazioni scientifiche andrologiche da parte di gruppi italiani nel corso dell'ultimo anno.
Infine, i giovani.
Come promesso nel programma del Presidente, una sessione, interamente progettata dalla Commissione Giovani, verrà condotta ed animata da giovani Soci di cui cercheremo di favorire la partecipazione al Congresso con condizioni agevolate di iscrizione.
Mi auguro pertanto che questo stimolante programma scientifico unitamente al verde ed al blu di questa magnifica regione che vedete riprodotti in copertina, con il suo mare, il suo cielo, le sue valli, possano essere per tutti i Soci motivo di attenzione ed invito a riunirci in occasione del Congresso Nazionale 2014.

Arrivederci a Maratea!

Giorgio Franco (Presidente SIA)

Cari Amici,
desidero prima di tutto ringraziarVi per aver scelto Maratea e per aver dato a me l'onore della Presidenza del Congresso Nazionale SIA 2014.
Sin dall'inizio ho sempre partecipato con entusiasmo alle attività della Società, anche con l'obiettivo e il desiderio di far conoscere nella mia regione il mondo dell'Andrologia. E nonostante le non poche difficoltà sono riuscita nel corso di questi anni ad affermare ciò che mi stava a cuore.
Questo Congresso è per me occasione di grande impegno e contributo e sono grata a Voi tutti per la fiducia accordatami.
Maratea Vi accoglierà con tutta la sua bellezza e con la semplicità che contraddistingue i lucani. Pochi chilometri di costa rocciosa, e con un mare che sembra cambi colore a seconda dell'umore. Il nostro punto d'incontro sarà il Grande Hotel di Maratea che per l'occasione diventerà il nostro "Pianeta".
Spero di essere riuscita a soddisfare tutte le Vostre esigenze sia per i lavori scientifici che per il programma sociale.
Un saluto con l'affetto di sempre e con gioia Vi aspetto.

Angela Vita (Presidente del Congresso)

Cari Amici,
è un grande onore per me assumere l'incarico di Editor-SIA dell''Archivio Italiano di Urologia e Andrologia che quest'anno compie 90 anni.
La rivista sta vivendo un nuovo Rinascimento grazie all'opera di chi mi ha preceduto in un momento difficile, dove ogni giorno nuove riviste online cercano di imporsi nel panorama della ricerca scientifica. Credo che i 90 anni di storia, l'innovazione apportata grazie alla presenza sul web, e la partecipazione che mai è mancata alla vita della rivista ne fanno un punto di riferimento Nazionale e non solo.
Spero, col mio apporto e soprattutto col mio entusiasmo di portare avanti il progetto di una sempre maggior presenza a livello internazionale.
Mi auguro che tutti i soci della Società Italiana di Andrologia mi aiutino in tale sfida.

Nicola Mondaini

XXX Congresso Nazionale SIA

Maratea
28-31 Maggio 2014

Grand Hotel Pianeta Maratea
Contrada Santa Caterina, 50
85046 Maratea (Potenza)

L'Andrologia di confine

La SIA incontra la Società e le Società

Presidente SIA
Giorgio Franco

Presidente del Congresso
Angela Vita

Coordinamento
SIAS Congress Team - Simona Santopadre
Via Bellotti Bon, 10
00197 Roma
Tel. +39.06.80691301
Fax +39.06.80660226
siascongressteam@andrologiaitaliana.it
www.andrologiaitaliana.it

Segreteria Organizzativa
Emilia Viaggi Congressi & Meeting
Via Porrettana, 76
40033 Casalecchio di Reno - BO
Tel. +39.051.6194911
Fax +39.051.6194900
evcongressi@emiliaviaggi.it
www.emiliaviaggi.it

PRESIDENTI SIA

Carlo Conti
(1976-1979)

Aldo Fabbrini
(1980-1983)

Franco Di Silverio
(1984-1986)

Aldo Isidori
(1987-1989)

Armando Maver
(1990-1992)

Fabrizio Menchini Fabris
(1993-1996)

Emanuele Belgrano
(1996-1999)

Vincenzo Mirone
1999-2002)

Edoardo Austoni
(2002-2004)

Vincenzo Gentile
(2004-2007) (2007-2010)

Furio Pirozzi Farina
(2010-2013)

Giorgio Franco
(2013-)

COMITATO ESECUTIVO

PRESIDENTE
Giorgio Franco

PAST PRESIDENT
Furio Pirozzi Farina

SEGRETARIO
Alessandro Palmieri

TESORIERE
Nicola Mondaini

CONSIGLIERI
Tommaso Cai, Fulvio Colombo, Giuseppe La Pera
Carlo Maretti, Mauro Silvani

DELEGATO NAZIONALE PER LE SEZIONI REGIONALI

Ciro Basile Fasolo

COMMISSIONE SCIENTIFICA

PRESIDENTE
Luigi Cormio

MEMBRI
Donato Dente, Fabrizio Palumbo, Giuseppe Sidoti,
Massimiliano Timpano, Paolo Verze

XXX Congresso Nazionale SIA

Maratea
28-31 Maggio 2014

PROGRAMMA

L'Andrologia di confine

La SIA incontra la Società e le Società

Mercoledì 28 Maggio 2014 - Auditorium

POMERIGGIO

Ore 19.00 **CERIMONIA INAUGURALE**

Saluto delle Autorità

Lettura Inaugurale
Introduce: G. Franco - Presenta: M. Polito

Quanto ancora fa paura il sesso?
P. Crepet

Cena di Benvenuto presso Grand Hotel Pianeta Maratea

Giovedì 29 Maggio 2014 - Auditorium

MATTINA

Ore 8.30-9.30 **NUOVE METODICHE DI STUDIO E RECUPERO DEGLI SPERMATOZOI**

Moderatori: L.F. Rienzi, C. Maretti

Studio citofunzionale dello spermatozoo
D. Giacchetta

Risvolti clinici delle nuove tecniche di studio dello spermatozoo
L. Gianaroli

Novità in tema di recupero chirurgico degli spermatozoi
G.M. Colpi

Discussione

Ore 9.30-10.15 **SESSIONE CONGIUNTA INTERSOCIETARIA SIA-SIAMS**

Moderatori: E. Belgrano, M. Maggi

FACE TO FACE. TESTOSTERONE E PROSTATA: AMICI O NEMICI?

Evidenze dalla ricerca di base
A. Aversa

Evidenze dalla ricerca clinica
M. Porena

Discussione

Ore 10.15-11.15 **CONTRIBUTI SELEZIONATI**

Moderatori: A. Natali, F.I. Scroppo

SC01 - Valutazione predittiva di disfunzione erettile in pazienti sessualmente attivi alla prima visita urologica: nuovo tool per la stratificazione del rischio
V. Favilla, G.I. Russo, S. Cimino, S. Privitera, E. Fragalà, S. Leone, G.F. Reale, S. La Vignera, R. Condorelli, A.E. Calogero, T. Castelli, G. Morgia

SC02 - Sindrome da apnea ostruttiva notturna severa e disfunzione erettile: studio prospettico randomizzato confronto tra sildenafil e terapia con pressione positiva continua nasale (CPAP)
A.L. Pastore, G. Palleschi, A. Fuschi, L. Silvestri, A. Zucchi, C. Maggioni, E. Costantini, A. Carbone

SC03 - The Effect of Low Intensity Shockwave Therapy on the Erectile Function of Smokers and Non-smokers - Initial Report with a Dedicated System
A. Casarico, P. Puppo

SC04 - La "sliding technique" per Induratio Penis Plastica end-stage con grave accorciamento dell'asta: outcome chirurgici e soddisfazione dei pazienti
M. Timpano, C. Ceruti, O. Sedigh, M. Falcone, D.J. Ralph, F. Colombo, C. Dadone, F. Kuehhas, E. Galletto, M. Preto, M. Sibona, B. Frea, L. Rolle

SP01 - Esistono differenze nel grado di percezione dell'incurvamento del pene tra i pazienti affetti da IPP (Induratio Penis Plastica) e i pazienti affetti da incurvamento congenito (IC)?
G. Chiriacò, G. Liguori, N. Pavan, M. Rizzo, P. Umari, G. Chiapparrone, F. Vedovo, L. Scati, E. Belgrano, C. Trombetta

SP02 - Terapia farmaco-riabilitativa dinamica e comportamentale dell'eiaculazione precoce: risultati di uno studio prospettico randomizzato
Franco Mantovani, Emilio Patelli, Claudio Antolini

SP03 - Dati di funzionalità erettile in pazienti sottoposti a resezione trans-uretrale di prostata (TURP) vs enucleazione della prostata con laser holmio (HOLEP)
P. Capogrosso, L. Boeri, A. Serino, G. Castagna, M. Colicchia, E. Ventimiglia, C. Regina, F. Castiglione, G. La Croce, A. Russo, R. Matloob, R. Damiano, F. Montorsi, A. Salonia

SV01 - Terapia chirurgica dell'incurvamento penieno secondario a Induratio Penis Plastica (IPP) mediante tecnica originale di incisione in allungamento della tunica

albuginea con plastica z senza ausilio di graft: descrizione della tecnica, del protocollo sperimentale chirurgico e dei risultati preliminari
A. Moiso, D. Rosso, P. Polledro

SV02 - Uretroplastica stadiata con innesto di mucosa buccale in paziente con grave incurvamento penieno ed uretra corta da displasia del corpo spongioso uretrale
A. Vitarelli, L. Divenuto, E. Lavelli, C. Curatolo, M. Altomare, A. Pagliarulo

Ore 11.15-12.15 **SIMPOSIO SATELLITE**

PROCESSO AI 5ARI
Giudice: V. Gentile
Accusa: A. Palmieri – Difesa: B. Giammusso

Ore 12.15-13.15
SESSIONE IN INGLESE
TEMA CONGRESSUALE SIA: CASI DIFFICILI NELL'INFERTILITÀ DI COPPIA
SIA CONGRESS TOPIC: DIFFICULT CASES IN INFERTILITY

Speakers: G. Liguori - P. Umari, C. Pavone - C. Scalici, E. Pescatori - N. Ghidini
Experts: A. Faix, D. Ralph, J. Romero Otero

Ore 13.15-13.45 **INCONTRO CON L'ESPERTO**

INTEGRATORI O FARMACI: SONO LA STESSA COSA?
Introduce: M. Carrino
Relatore: L. Gallelli

Ore 13.45-14.30 **LA PRODUZIONE SCIENTIFICA SIA NEL 2013 IN TEMA DI DE**

Moderatori: A. Curreli, G. Muzzonigro
Overview: F. Palumbo

Paper 1 - Ambito medico
G. Gandaglia, M. Albersen, N. Suardi, A. Gallina, F. Abdollah, F. Castiglione, U. Capitanio, A. Salonia, P. Rigatti, P. Hedlund, F. Montorsi, A. Briganti
Postoperative phosphodiesterase type 5 inhibitor administration increases the rate of urinary continence recovery after bilateral nerve-sparing radical prostatectomy
[Int J Urol. 2013 Apr; 20(4):413-9]
Discussant: C. D'Elia

Paper 2 - Ambito chirurgico
A. Zucchi, M. Silvani, S. Pecoraro
Corporoplasty with small soft axial prostheses (VIRILIS I®) and bovine pericardial graft (HYDRIX®) in Peyronie's disease.
[Asian J Androl. 2013 Mar; 15(2):275-9]
Discussant: C. Ceruti

Ore 14.30 -15.15 **LETTURA**

Moderatore: G. Morgia

IL VANTAGGIO DI ESSERE VARDENAFIL ORODISPERDIBILE

Dal punto di vista della farmacologia clinica
F. Fusco

Dal punto di vista della pratica clinica
G. Piubello

SESSIONE IN INGLESE

Ore 15.15-16.15 **TALK SHOW: TOWARDS A CERTIFIED EUROPEAN ANDROLOGIST**

Chaimen: C. Bettocchi, G. Franco
Speakers: A. Faix, E.A. Jannini, V. Mirone, D. Ralph, J. Romero Otero

Ore 16.15-17.15 **TAVOLA ROTONDA INTERSOCIETARIA**

HPV: LA PREVENZIONE NON PUÒ ATTENDERE
Moderatori: N. Mondaini, P. Scollo

Cosa si fa per lei
S. Schettini

Cosa si può fare per lui
C. Foresta

Dalla teoria alla pratica
C. Cricelli

Ore 17.15-18.00 **TAVOLA ROTONDA INTERSOCIETARIA**

L'ANDROLOGO DINANZI ALL'EVOLUZIONE TECNOLOGICA
Moderatori: C. Trombetta. L. Vaggi

Novità in tema di patch per corporoplastiche
S. Pecoraro

Novità in tema di diagnostica per immagini
M. Bitelli

Ore 18.00-18.15 **LETTURA AD INVITO**

NOVITÀ IN TEMA DI DISPOSITIVI PROTESICI PENIENI
Introduce: M. Paradiso
Relatore: M. Silvani

Ore 18.15-18.45 **TAVOLA ROTONDA INTERSOCIETARIA**

FACE TO FACE
Moderano: C. Franzese, P. Giannotti, G. Di Giovacchino

INTERAZIONI TRA UROLOGO TERRITORIALE E ANDROLOGO

L'andrologo
F. Mantovani

L'urologo territoriale
G. Ressa

Ore 20.00-20.45/21.00 **HAPPENING BORDO PISCINA**

PRESENTAZIONE LIBRO
A. Salonia

Aperitivo

Cena Sociale

Venerdì 30 Maggio 2014 - Auditorium

MATTINA

Ore 8.30-9.30 **LESIONI DERMATOLOGICHE DEI GENITALI: RICONOSCERLE E GESTIRLE**

Moderatori: A. Casarico, A. Peserico

Approfondimenti diagnostici
S. Pala, A. Spataro

Lesioni infettive
I. Bianchessi

Lesioni preneoplastiche
F. Sasso

Discussione

Ore 9.30-11.20 **SESSIONE CONGIUNTA INTERSOCIETARIA SIA-SIU**

Moderatori: V. Gentile, V. Mirone

Ore 9.30-10.30 **Comunicazioni orali selezionate**

C01 - Associazione tra la steatosi epatica non alcolica e i sintomi del basso tratto urinario: risultati di uno studio trasversale
G.I. Russo, S. Cimino, S. Privitera, E. Fragalà, S. La Vignera, R. Condorelli, A.E. Calogero, T. Castelli, V. Favilla, G. Morgia

C02 - Corporoplastica di raddrizzamento valutazione della qualità della vita mediante questionari validati. Nostra esperienza
G. Dachille, A.D. Limitone, M. Erinnio, G. Nanna, G.M. Ludovico

C03 - Buccal mucosa graft nel trattamento chirurgico dell'induratio penis plastica: una buona scelta nell'era della spending review
A. Zucchi, M. Silvani, F. Fioretti, A. Fabiani, L. Servi, T. Villirillo, G. Mammana

C04 - Nuova tecnica mininvasiva nella chirurgia degli incurvamenti penieni con accesso baso penieno: follow-up a 3 anni
G. Alei, P. Letizia, P. Fino, A. Rossi, L. Alei

C05 - Le protesi peniene tricomponenti consentono di ottenere una ottima QoL sessuale e generale
E. Caraceni, L. Utizi

C06 - Soddisfazione dopo impianto di protesi peniena bi-componente: uno studio multicentrico Italiano
G. Gentile, A. Franceschelli, P. Massenio, A. Tuccio, S. Barbieri, L. Divenuto, G. Saraceni, A. Natali, A. Vitarelli, L. Cormio, F. Colombo

C07 La curva di apprendimento e le complicanze post-operatorie della chirurgia di riassegnazione dei caratteri sessuali in senso andro-ginoide
M. Falcone, M. Timpano, C. Ceruti, O. Sedigh, M. Preto, F. Pisano, M. Sibona, B. Frea, L. Rolle

C08 - 10 anni di attività nella chirurgia di conversione andro-ginoide: l'esperienza bolognese
A. Franceschelli, G. Gentile, M. Masetti, A. Fundone, F. Colombo

C09 - Valutazione delle ripercussioni sulla sessualità degli interventi per carcinoma penieno: approcci demolitivi e conservativi a confronto in uno studio unicentrico
O. Sedigh, L. Rolle, M. Preto, M. Timpano, C. Ceruti, M. Falcone, M. Sibona, B. Frea

Ore 10.30-11.20 **FACE TO FACE**

FUNZIONE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DOPO CHIRURGIA DEMOLITIVA: È SOLO UNA QUESTIONE DI TECNICA?

La tecnica
G.M. Ludovico

Oltre la tecnica…
A.M. Granata

Dibattito e Premiazione migliori due contributi

Ore 11.20-12.20 **SIMPOSIO SATELLITE** Lilly Risposte che contano.

SINTOMI URINARI E DISFUNZIONE ERETTILE: SCELTE TERAPEUTICHE A CONFRONTO
Moderatore: V. Mirone
Relatori: V. Ficarra, A. Salonia

SESSIONE IN INGLESE
TEMA CONGRESSUALE SIA: CASI DIFFICILI - DISFUNZIONE ERETTILE
Ore 12.20-13.20 **SIA CONGRESS TOPIC: DIFFICULT CASES IN ERECTILE DYSFUNCTION**
Speakers: L. Cormio - P. Massenio, G. Antonini - E. Santini, G. Pomara - P. Cardone
Experts: A. Faix, D. Ralph, J. Romero Otero

Ore 13.20-13.50 **INCONTRO CON L'ESPERTO**

SERBATOIO SOPRAFASCIALE: PRO E CONTRO
Moderatori: E. Caraceni, L. Rolle
Relatore: F. Colombo

Ore 13.50-14.35 **LA PRODUZIONE SCIENTIFICA SIA NEL 2013 IN TEMA DI INFERTILITÀ**
Moderatori: A. Ledda. R. Ponchietti
Overview: M. Timpano

Paper 1 - Ambito chirurgico
Zampieri N, Bosaro L, Costantini C, Zaffagnini S, Zampieri G.
Relationship between testicular sperm extraction and varicocelectomy in patients with varicocele and nonobstructive azoospermia. Urology. 2013 Jul;82(1):74-7
Discussant: G. Cavallini

Paper 2 - Ambito medico
Salonia A, Capogrosso P, Castiglione F, Russo A, Gallina A, Ferrari M, Clementi MC, Castagna G, Briganti A, Cantiello F, Damiano R, Montorsi F.

Sperm banking is of key importance in patients with prostate cancer. Fertil Steril. 2013 Aug;100(2):367-72.
Discussant: G. Del Noce

Ore 14.35-15.35 **SIMPOSIO SATELLITE**

LA SESSUALITÀ RITROVATA
Moderatori: C. Maretti, N. Mondaini

Avanafil: nuova generazione di PDE5i nel trattamento della Disfunzione Erettile
P. Verze

Anamnesi, diagnosi, terapia e follow-up: la corretta gestione dell'Eiaculazione Precoce
E.A. Jannini

Ore 15.35-15.55 **LETTURA AD INVITO SIA-AURO**

Introduce: A. Vita

Tips and tricks delle procedure nerve-sparing in robotica
M. Gallucci

Ore 15.55-16.55 **SPAZIO GIOVANI**

DIAGNOSI E MANAGEMENT DEL PRIAPISMO: COSA C'È DI NUOVO
Coordinatore: T. Cai
Moderatori: D. Arcaniolo, V. Favilla

Fisiopatologia e classificazione del priapismo: le nuove linee guida EAU
D. Tiscione

Come non perdere tempo in urgenza: quale diagnostica?
A. Cilotti

Terapia: cosa faccio in urgenza?
A. Franceschelli

Trattamento differito ed il management del priapismo ricorrente
M. Spilotros

Highlights della letteratura
N. Pavan

Survey italia a cura della Commissione Giovani SIA: prosposta di studio
F. Pisano

Ore 16.55-17.05 **REPORT**

Maratona - Campagna di Prevenzione Andrologica
G. La Pera

Ore 17.15-19.45 **ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA**

Sabato 31 Maggio 2014 - Auditorium

MATTINA

Ore 8.30-9.30 **VIDEOGALLERY**

Moderatori: C. Imbimbo, M. Soli, E. Spera

V01 - Corporoplastica geometrica secondo Paulo Egydio nostra esperienza con il patch Xenform®
E. Caraceni, A. Marronaro, G. Angelozzi

V02 - Corporoplastica di raddrizzamento a lembi sovrapposti con misurazione di tipo geometrico in paziente affetto da recurvatum penieno ventro-laterale destro di circa 60° secondario ad IPP
P. Vicini, F. De Marco, S. Di Nicola, G. Antonini, E. De Berardinis, V. Gentile

V03 - Manovra di "scratch" sec. Perito: procedura aggiuntiva al modeling nella malattia di La Peyronie
G. Antonini, P. Vicini, E. De Berardinis, G.M. Busetto, G. Gentile, P.E. Perito

V04 - Impianto minimamente invasivo di protesi peniena idraulica per via infrapubica sec. Perito
G. Antonini, P. Vicini, E. De Berardinis, G.M. Busetto, G. Gentile, P.E. Perito

V05 - Revisione protesi idraulica AMS 700 CX per danno alla pompa scrotale: strategia sequenziale d'intervento
G. Antonini, P. Vicini, E. De Berardinis, G.M. Busetto, G. Gentile, P.E. Perito

V06 - Complicanza severa dopo impianto protesico idraulico e corporoplastica di allungamento a slitta
F. Colombo, G. Gentile, A. Franceschelli

Video ad invito:
Videocamera frontale; infertilità, lesioni iatrogene, crioconservazione
A. Ortensi, V. D'Orazi, I. Ortensi, A. Panunzi, M. Chialini, S. Anichini, G. Manzini, A. Coppola

Ore 9.30-9.45 **ATTIVITÀ SCIENTIFICA SIA**

Introduce: F. Pirozzi Farina

Linee guida AIOM sulla preservazione della fertilità e registro nazionale PMA
G. Morrone

Ore 9.45-11.45 **SESSIONE CONGIUNTA INTERSOCIETARIA SIA-SIERR-SIFES**

Moderatori: A. Borini, G. Franco R. Talevi

Ore 9.45-10.45 **Comunicazioni orali selezionate**

C10 - Progetto di Ricerca EU: ECOFOODFERTILITY – Valutazione dell'Impatto ambientale ed alimentare sulla funzione riproduttiva maschile
L. Montano, L. Jannuzzi, J. Rubes, C. Avolio, C. Pistos, A. Gatti, T. Notari, S. Raimondo, e altri partecipanti al Progetto EU

C11 - È davvero utile l'astinenza sessuale prolungata prima di un deposito di spermatozoi in previsione di PMA?
M. Timpano, M. Falcone, C. Garello, F. Granella, G. Dal Maso, F. Bongioanni, G. Gennarelli, D. Guidetti, A. Revelli, M. Preto, C. Ceruti, O. Sedigh, A. Maurizi, B. Frea, L. Rolle

C12 - Possibile relazione tra la condensazione della cromatina spermatica, lo sviluppo embrionale e le aneuploidie associate all'embrione in trattamenti di fecondazione in vitro con screening genetico preimpianto (PGS)
F. Scarselli, M. Barberi, Rocio Pena Cotarelo, E. Cursio, A. Ruberti, M.G. Minasi, E. Greco

C13 - Studio sulla frammentazione del dna spermatico/qualità seminale e outcome riproduttivo in coppie infertili dopo correzione di varicocele: nostra esperienza
G. Peluso, G. Morrone, P.P. Cozza, P. Verze, A. Palmieri, V. Mirone

C14 - Ruolo della correzione chirurgica del varicocele nei pazienti con azoospermia o criptozoospermia
A. Franceschelli, G. Gentile, F. Colombo

C15 - La stepwise micro-TESE come nuovo approccio al recupero di spermatozoi testicolari in casi di azoospermia non ostruttiva (NOA)
F. Scarselli, D. Dente, M. Terribile, V. Casciani, M.G. Minasi, E. Greco, G. Franco

C16 - Bambini nati con tecniche di fecondazione in vitro in uomini di età superiore a 40 anni con azoospermia non ostruttiva (NOA) utilizzando spermatozoi testicolari da biopsia a fresco o scongelata
F. Scarselli, M. Greco, M. Terribile, A.M. Lobascio, A. Colasante, T. Riccio, E. Iovine, V. Zazzaro, M.G. Minasi, E. Greco

C17 - Prevalenza e caratteristiche del deficit isolato di LH e FSH in uomini caucasici-europei con diagnosi di infertitlità di coppia primaria. Risultato di un'indagine trasversale
M. Colicchia, E. Ventimiglia, P. Capogrosso, L. Boeri, A. Serino, C. Regina, G. Castagna, F. Castiglione, G. La Croce, A. Russo, R. Matloob, R. Damiano, F. Montorsi, A. Salonia

C18 - Parametri seminali dopo somministrazione di FSH-altamente purificato e FSH-ricombinante in soggetti infertili oligospermici
F. Ceccato, S. Ferasin, G. Donà, M. Boscaro, G. Bonanni

Ore 10.45-11.45 **FACE TO FACE**

LA PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ

Preservazione della fertilità femminile
F.M. Ubaldi

Preservazione della fertilità maschile
E. Greco

Tecniche di conservazione dei gameti
G. Coticchio

Dibattito e Premiazione migliori due contributi

Ore 11-45-12.45 — **TAVOLA ROTONDA INTERSOCIETARIA: L'ARRIVO DELLA PUBERTÀ. ASPETTI PSICOLOGICI, CLINICI E LABORATORISTICI**

Moderatori: L. Greco, G. Sidoti

Aspetti clinici
F. Cardinale

Aspetti endocrinologici
E.S.D. Vicari

Aspetti psicologici
C. Simonelli

Ore 12.45-13.05 — **ATTIVITÀ SCIENTIFICA SIA**

Moderatori: D. Dente, A. Vitarelli

Gruppo di Studio IPP
G. Paulis, E. Spera

Gruppo di Studio Stalking
A. Papini

Ore 13.15 — **CHIUSURA DEL XXX CONGRESSO NAZIONALE SIA**

G. Franco, V. Mirone, A. Palmieri, A. Vita

XXX Congresso Nazionale SIA

Maratea
28-31 Maggio 2014

ABSTRACTS

L'Andrologia di confine

La SIA incontra la Società e le Società

Comunicazioni orali

C01

ASSOCIAZIONE TRA LA STEATOSI EPATICA NON ALCOLICA E I SINTOMI DEL BASSO TRATTO URINARIO: RISULTATI DI UNO STUDIO TRASVERSALE

Giorgio Ivan Russo[1], Sebastiano Cimino[1], Salvatore Privitera[1], Eugenia Fragalà[1], Sandro La Vignera[2], Rosita Condorelli[2], Aldo E. Calogero[2], Tommaso Castelli[1], Vincenzo Favilla, Giuseppe Morgia[1]

[1]Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Catania; [2]Dipartimento di Scienze Mediche e Pediatriche, Sezione di Endocrinologia, Andrologia e Medicina Interna, Università degli Studi di Catania

Introduzione ed obiettivi: Valutare la prevalenza della steatosi epatica non alcolica (NAFLD) nei pazienti affetti da LUTS e stabilire l'efficacia del Fatty Liver Index (FLI) nel predire la presenza LUTS di grado moderato-severo.

Materiali e metodi. Abbiamo eseguito un'analisi trasversale effettuata su 448 pazienti consecutivi affetti da LUTS. I sintomi del basso tratto urinario sono stati valutati tramite il questionario IPSS e sono stati valutati i pazienti con sindrome metabolica (MetS) in accordo alle linee guida proposte dalla Federazione Internazionale per il Diabete (IDF). Sono stati altresì valutati il Fatty Liver Index (FLI), il volume prostatico (PV), il PSA sierico, il testosterone totale (TT) e l'indice di omeostasi glucidica (HOMA.

Il Fatty Liver Index = 40 è stato fissato come valore in grado di predire la steatosi epatica non alcolica (ROC = 0,81). I pazienti, quindi, sono stati divisi in due gruppi: il Gruppo A (FLI <40) ed il Gruppo B (FLI = 40). La regressione logistica multivariata è stata utilizzata per valutare l'associazione tra NAFLD e LUTS di grado moderato-severo, aggiustata per età, glicemia a digiuno, trigliceridemia, circonferenza vita (WC), Indice di massa corporea (BMI).

Risultati. Il Guppo B (FLI = 40) ha mostrato una prevalenza più alta di sindrome metabolica (MetS), insulino resistenza (IR), LUTS di grado moderato-severo, disfunzione erettile (ED), punteggi più alti al questionario IPSS sia nella fase di riempimento che di svuotamento, volume prostatico (TPV), insulinemia, indice di resistenza insulinica (HOMA) e più bassi livelli di testosterone totale (TT) e un punteggio minore al questionario IIEF-5.

La regressione logistica univariata ha dimostrato che il FLI, come variabile continua (OR = 1.02, $p < 0.05$) o come FLI = 40 (OR = 2.41, $p < 0.01$, aumenta in maniera significativa il rischio di avere LUTS di grado moderato-severo. Anche l'analisi multivariata, previo aggiustamento dei fattori di confondimento, ha evidenziato come il FLI, sia come variabile continua (OR = 1.05, $p < 0.01$) che come FLI = 40 (OR = 5.78, $p < 0.01$), sia un fattore predittivo indipendente di LUTS di grado moderato-severo.

I Soggetti con sindrome metabolica e FLI = 40 hanno un rischio raddoppiato di manifestare LUTS di grado moderato-severo (OR = 2.10,$p < 0.01$).

Conclusioni. I soggetti affetti da NAFLD dovrebbero essere considerati come una nuova popolazione a maggior rischio di LUTS. Un valore di FLI = 40 può essere usato per determinare i soggetti con elevato rischio di LUTS.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C02
CORPOROPLASTICA DI RADDRIZZAMENTO VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA VITA MEDIANTE QUESTIONARI VALIDATI. NOSTRA ESPERIENZA

Giuseppe Dachille[1], Antonio Domenico Limitone[1], Michele Erinnio[1], Giuseppe Nanna[1], Giuseppe Mario Ludovico[2]

[1]Struttura Complessa di Urologia Monopoli, Bari; [2]Struttura Complessa di Urologia Laparoscopia e Robotica Acquaviva delle Fonti, Bari

Introduzione ed obiettivi. Scopo di questo lavoro è valutare gli eventuali miglioramenti e i risultati ottenuti in termini di qualità di vita in pazienti sottoposti a intervento chirurgico di corporoplastica di raddrizzamento afferiti al nostro reparto di Urologia.
Materiali e metodi. Dal 2004 al 2013 abbiamo considerato 40 pazienti età media 55 aa (range 18 aa-60 aa) sottoposti ad intervento chirurgico di corporoplastica di raddrizzamento, 30 con plicature multiple della tunica albuginea e 20 a Nesbit Nel primo gruppo si trattava di incurvamenti congeniti, nel secondo invece si trattava di pz affetti da incurvamento secondario a sindrome di Peyronie senza deficit erettile. Tutti i pazienti sono stati valutati nel preoperatorio e nel post operatorio a 30 giorni dall'intervento a IIEF 15 items e Qlife test sono state valutate nel pre e post operatorio le rispettive partner FSFI (Female sexual Function Index).
Risultati. In tutti i pazienti si è osservato nel follow-up a tre mesi un completo raddrizzamento del pene con un accorciamento medio di 1,5 cm di lunghezza. IIEF (International Index Erectile Function) in entrambi i gruppi ha mostrato un miglioramento statisticamente significativo ($p < 0.001$) negli items riguardanti la funzione erettile e la soddisfazione sessuale durante i rapporto, FSFI invece nelle partners di entrambi i gruppi ha evidenziato un miglioramento statisticamente significativo ($p < 0,001$) degli items riguardanti l'attività e stimolazione sessuale.
Conclusioni. Nella nostra esperienza abbiamo potuto dimostrare con l'uso di questionari internazionali validati IIEF e FSFI come indipendentemente dal tipo di intervento chirurgico di corporoplastica di raddrizzamento non complicata da DE abbiamo dei risultati statisticamente significativi accettabili dalla coppia in termini di funzione erettile, soddisfazione e stimolazione sessuale.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C03
BUCCAL MUCOSA GRAFT NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELL'INDURATIO PENIS PLASTICA: UNA BUONA SCELTA NELL'ERA DELLA SPENDING REVIEW

Zucchi Alessandro[1], Silvani Mauro[2], Fioretti Fabrizio[3], Fabiani Andrea[3], Servi Lucilla[3], Villirillo Tommaso[2], Mammana Gabriele[3]

[1]Clinica Urologica e Andrologica, Università degli Studi di Perugia, Perugia; [2]Unità Operativa di Urologia, Area Vasta 3, ASUR Marche, Macerata; [3]Dipartimento di Urologia, Ospedale di Biella, Biella

Introduzione. La terapia chirurgica dell'induratio penis plastica (IPP) presenta ad oggi varie tecniche. L'impiego della mucosa buccale (MB) viene citata nelle review più recenti ma solo come opzione secondaria a materiali biocompatibili.
Scopo di questo lavoro è quello di rivalutare in termini estetico-funzionali e di costi l'efficacia della corporoplastica con "buccal mucosa graft" (BMG) facendo riferimento alla rapidità di esecuzione dell'intervento, alla rapidità di ripresa delle erezioni spontanee, ai bassi costi, alle esigue complicanze e alla soddisfazione dei pazienti e delle partner.
Materiali e metodi. Sono stati sottoposti a BMG 30 pazienti (età media 55 anni, range 39-70), potenti con diagnosi di IPP stabilizzata (> 6 mesi) già sottoposti a terapia medica. La valutazione pre-operatoria ha incluso anamnesi ed esame obiettivo, l'IIEF-5 e una ecografia peniena dinamica.
I pazienti immediatamente dopo il BMG hanno assunto terapia quotidiana con PDE5 inibitori a basso dosaggio per due mesi. I controlli sono stati eseguiti a cadenza trimestrale valutando a 6 e 12 mesi l'IIEF-5 ed un questionario a risposta singola (PGI-I) sulla soddisfazione personale riguardo l'intervento. È stato valutato anche il grado di soddisfazione della partner.
Risultati. Sono stati valutati 28 pazienti. Non ci sono state complicanze maggiori né locali né nel sito donatore, un solo caso (3,6%) di modesto recurvatum recidivo. Erezioni spontanee e complete erano presenti già dopo 5/6 giorni dall'intervento e senza alcun ausilio esterno. Nessun paziente ha necessitato di riabilitazione mediante vacuum.
Sono stati confrontati i valori dell'IIEF pre e post-operatorio e i risultati del PGI-I. Non è stata riscontrata una correlazione statistica significativa tra il grado del recurvatum e i valori di IIEF pre-operatorio ($p = N.S.$). Esiste un miglioramento dell'IIEF a distanza di un anno dall'intervento rispetto al valore pre-operatorio ($p < 0.05$). Il PGI-I riporta una risposta positiva in oltre l'85% dei casi. L'89% delle partner si è dichiarata soddisfatta del risultato. Significativo è stato l'abbattimento delle spese.
Conclusioni. Nell'era della spending review, l'intervento di BMG rappresenta una semplice, ripetibile, efficace ed economica soluzione nel trattamento di gran parte delle forme di IPP.
I risultati positivi garantiti come soddisfazione del paziente e della partner e il ridotto costo del materiale, autologo e peculiare, rendono la MB migliore rispetto ad altri materiali.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C04
NUOVA TECNICA MININVASIVA NELLA CHIRURGIA DEGLI INCURVAMENTI PENIENI CON ACCESSO BASO PENIENO: FOLLOW-UP A 3 ANNI

Alei G.[1], Letizia P.[1], Fino P.[1], Rossi A.[1], Alei L.[2]
[1]Dipartimento di Chirurgia "P. Valdoni"; [2]Clinica Dermatologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione. Gli autori descrivono una nuova tecnica chirurgica mininvasiva per la correzione degli incurvamenti penieni in anestesia locale ed accessi chirurgici baso penieni senza circoncisione.
Materiali e metodi. L'intervento viene effettuato con un accesso baso penieno dorsale per gli incurvamenti ventrali e peno scrotale per gli incurvamenti dorsali e laterali. Dopo aver effettuato il degloving si effettua la corporoplastica nel punto stabilito pre-operatoriamente. Si prepara la fascia di Buck e si appone un punto di seta zero nel punto di massima trazione. Il punto è una variante delle tecniche di plicatura e prevede il passaggio transfiggente l'albuginea con filo non riassorbile con geometria variabile.
Risultati. Abbiamo un follow up medio di 3 anni, l'incidenza delle recidive è dello 0.4%, non abbiamo avuto complicanze e soprattutto non si palpano tumefazioni o depressioni nei punti in cui vengono effettuate le corporoplastiche.
Conclusioni. Nesbit nel 1965 descrisse la prima tecnica di corporoplastica. Negli anni numerose varianti sono state proposte. Questa variante della tecnica di Ebbehoj a nostro avviso è una tecnica molto semplice ed allo stesso tempo molto efficace. Gli accessi basali garantiscono degli ottimi risultati estetici e funzionali. Valutando i risultati gli autori considerano questa tecnica di corporoplastica un affidabile e semplice procedura da eseguire per il trattamento degli incurvamenti penieni congeniti e in casi selezionati negli incurvamenti acquisiti da induratio penis plastica.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C05
LE PROTESI PENIENE TRICOMPONENTI CONSENTONO DI OTTENERE UNA OTTIMA QoL SESSUALE E GENERALE

Enrico Caraceni, Lilia Utizi
Civitanova Marche (MC)

Introduzione. È noto dalla letteratura che le protesi peniene tricomponenti consentano di ottenre ottimi risultati in termini di soddisfazione dei pazienti e delle partner. Tuttaia non è noto se l'impianto protesico è in grado di deteminare una soddisfaciente qualità di vita del paziente. Abbiamo costruito e validato in Italiano un questionario di QoL specifico per patologia (*in corso di stampa J.S.M.Vol. 11, I 4, apr 2014*) al fine di valutare la QoL dei pazienti portatori di protesi.Per quanto a nostra conoscenza non esistono in letteratura altri strumenti di questo tipo.
Materiali e metodi. Il questionario QoLSPP (Quality of Life and Sexuality with Penile Prostesis) è stato somministrato a 69 pazienti portatori di protesi peniena tricomponente AMS 700.
IL questionario è composto da 16 domande con risposte multiple espresse secondo una scala Likert con punteggio da 0 a 5, suddivise in 4 aree ognuna delle quali individua un aspetto della Qol del paziente: relazionale: riferita al raporto con la partner, sociale: riferita al rapporto con gli altri, funzionale: relativa al funzionamento della protesi e personale: relativa al rapporto con la immagine di sè.
Risultati. La grande maggioranza dei pazienti ha dato oltre l'85% di risposte positive in tutti e quattro le aree indagate. In particolare nell'area funzionale abbiamo riscontrato moda e mediana 5 con una media di 3,94. Nell'area personale moda e mediana 5 mentre mentre la media è stata 4,14. Nell'area sociale moda 5, mediana 4 con una media di 3.8. Infine l'area relazionale moda 4,7, mediana 4,5 e la media è risultata 3,8.
Conclusioni. La dispersione delle riposte verso il punteggio più alto possibile (5) come indicato più che dalla media, dalla moda e dalla mediana indica una percezione di ottima QoL nella grande maggioranza dei pazienti impiantati.
La QoL è da considerare l'end-point finale di valutazione di successo del trattamento effettuato in quanto la semplice soddisfazione del paziente riguardo al funzionamento non consente di per sè di concludere circa la efficacia nel trattamento della DE. Il QoLSPP è uno strumento di ricerca utile e affidabile nella valutazione dei pazienti portatori di protesi peniena e consente di confrontare anche portatori di impianti differenti. Nella pratica clinica può essere utilizzato per valutare i propri risultati.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C06
SODDISFAZIONE DOPO IMPIANTO DI PROTESI PENIENA BI-COMPONENTE: UNO STUDIO MULTICENTRICO ITALIANO

Giorgio Gentile[1-2], Alessandro Franceschelli[1], Paolo Massenio[3], Agostino Tuccio[4], Simone Barbieri[4], Lucia Divenuto[5], Giacomo Saraceni[2], Alessandro Natali[4], Antonio Vitarelli[5], Luigi Cormio[3], Fulvio Colombo[1]
[1]SSD Andrologia, Az. Osp. Sant'Orsola-Malpighi, Bologna, Italy; [2]Clinica Urologica, Università di Bologna, Az. Osp. Sant'Orsola-Malpighi, Hospital, Bologna; [3]Clinica Urologica e Centro Trapianti di Rene, Università degli Studi di Foggia; [4] Dipartimento di Oncologia, Clinica Urologica I, AOU Careggi, Università degli Studi di Firenze, Firenze; [5]Urologia II Universitaria, Azienda Ospedaliera Policlinico, Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari, Bari

Introduzione ed obiettivi. L'impianto di una protesi peniena rappresenta una valida opzione terapeutica per i pz affetti da disfunzione erettile (DE) di grado severo, non responsiva alla terapia medica. I modelli idraulici tri-componenti rappresentano il gold-standard delle protesi peniene. Obiettivo di questo studio è stato una valutazione della soddisfazione a distanza dei

pazienti (pz) sottoposti a impianto di protesi peniena bi-componente (AMS-Ambicor, Coloplast-Excell).
Materiali e metodi. La ricerca è stata svolta sui pazienti operati dal 2005 al 2013 in 4 Centri Italiani (Bologna, Firenze, Bari e Foggia). Tutti i pz sono stati sottoposti a questionario Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction (EDITS) appositamente modicato. Il follow up medio post-op è stato di 27,6 mesi.
Risultati. Sono stati arruolati 42 pz (AMS-Ambicor: 28; Coloplast-Excell: 14); età media al momento dell'impianto: 60,7 anni; eziologia della DE: vascolare 23.8%, diabete mellito 19%, M. di La Peyronie 7,1%, esiti di prostatectomia radicale 31%, esiti di altra chirurgia pelvica 11,9%, trauma spinale 7%. La durata media degli interventi è stata di 117 minuti (± 58). Durata media del ricovero: 3 giorni (± 1,6). Il 90,5% dei pazienti non ha sofferto di complicanze a breve termine. 4 pazienti (9,6%) sono andati incontro a complicanze post-operatorie. In 1 caso vi sono stati fenomeni infettivi con iperpiressia e necessità di modificazione della terapia antibiotica; 1 pz ha riferito malfunzionamento della protesi e in 2 pz dolore post operatorio.
Per quanto riguarda il follow up a distanza: 4 pz (9,3%) sono andati incontro a complicanze: sindrome del glande freddo (1) con relativo deficit di sensibilità, malfunzionamento della protesi (1), decubito della protesi con successiva estrusione ed espianto (1), incurvamento dell'asta (1).
Il 71,4% dei pazienti (30) ha riportato un utilizzo regolare dell'impianto, almeno una volta alla settimana (range 1-10), il restante 28,6%, per ragioni non legate alla protesi, ha riferito di non utilizzarla.
Il grado di soddisfazione dei pazienti è stato elevato con un 42% dei pazienti (18) molto soddisfatti, il 33,3% (14) abbastanza soddisfatti, il 2.4% (1) abbastanza insoddisfatti, il 7.1% (3) molto insoddisfatti il 14,3% (6) non si è espresso.
Conclusioni. Alla luce di questa revisione, sembra potersi affermare che la protesi peniena bicomponente sia associata con un basso grado di complicanze e un buon tasso di soddisfazione nei pazienti.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C07
LA CURVA DI APPRENDIMENTO E LE COMPLICANZE POST-OPERATORIE DELLA CHIRURGIA DI RIASSEGNAZIONE DEI CARATTERI SESSUALI IN SENSO ANDRO-GINOIDE

Marco Falcone, Massimiliano Timpano, Carlo Ceruti, Omid Sedigh, Mirko Preto, Francesca Pisano, Mattia Sibona, Bruno Frea, Luigi Rolle
Clinica Urologica, Università degli Studi di Torino, Città della Salute e della Scienza - Torino - Unità di Andrologia

Introduzione ed obiettivi. Lo scopo del nostro studio è quello di riportare la curva di apprendimento dell'equipe chirurgica e le complicanze post-operatorie verificatesi nei pazienti sottoposti a riassegnazione chirurgica del sesso (RCS) in senso andro-ginoide.
Materiali e metodi. Nella nostra Divisione Urologica, a partire da Maggio 2005 fino a Febbraio 2014, sono stati sottoposti ad intervento di RCS in senso MtoF 52 pazienti. La tecnica utilizzata in tutti i pazienti é stata la vaginoplastica con lembo cutaneo peno-scrotale sec.Jones modificata.
Risultati. Non sono state registrate complicanze intraoperatorie maggiori. Le complicanze post-operatorie si sono verificate in 20 pazienti (38,4%) di cui 9 hanno sviluppato una stenosi della neovagina (17,3%), che è stata risolta in 4 casi con un trattamento conservativo (incisione/dilatazione chirurgica) mentre nei restanti 5 casi ha richiesto l'esecuzione di una vaginoplastica con ansa ileale sec. Monti modifcata. Gli altri 11 pazienti (21,1%) hanno sviluppato una stenosi del meato uretrale esterno che è stata risolta in tutti i casi tramite un intervento di meatoplastica. Le complicanze post-operatorie si sono sviluppate in media dopo 7 mesi (range 3-14 mesi) dall'intervento di RCS. L'analisi statistica eseguita ha evidenziato una riduzione significativa dell'insorgenza delle complicanze post-operatorie a partire dall'anno 2011 ($p < 0,05$).
Conclusioni. Il nostro studio dimostra come la chirurgia per la rassegnazione dei caratteri sessuali sia caratterizzata da precoci complicanze post-operatorie. Questo risultato suggerisce di instaurare un più stretto follow-up durante il primo anno dopo l'intervento chirurgico così da prevenirle. Lo studio dimostra inoltre come si assista ad una progressiva riduzione delle complicanze chirurgiche postoperatorie considerando l'anno di esecuzione della procedura. La significatività della riduzione delle complicanze si evidenzia a partire dal 2011 e può essere motivata dal miglioramento della tecnica chirurgica, da un miglioramento della gestione postoperatoria e da un più attento follow up dei pazienti.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C08
10 ANNI DI ATTIVITÀ NELLA CHIRURGIA DI CONVERSIONE ANDRO-GINOIDE: L'ESPERIENZA BOLOGNESE

Alessandro Franceschelli[1], Giorgio Gentile[1-2], Martina Masetti[2], Antonella Fundone[2], Fulvio Colombo[1]
[1]SSD Andrologia, Az. Osp. S. Orsola-Malpighi, Bologna; [2]Clinica Urologica, Università di Bologna, Az. Osp. S. Orsola-Malpighi, Bologna

Introduzione. Valutazione retrospettiva dell'attività svolta negli ultimi 10 anni presso il nostro Centro, in ambito di conversione chirurgica andro-ginoide
Materiali e metodi. Sono state considerate 66 pz consecutive operate dal 2003 al 2013:41 pz sottoposte a vaginoplastica con flap cutaneo peno-scrotale(gruppo A 2003-2010) e 25 pz sottoposte a vaginoplastica con inversione della cute peniena ampliata con flap uretrale (gruppo B 2010-2013). È stata effettuata un'accurata revisione delle cartelle cliniche; a tutte le pz è stato sottoposto un test di valutazione della sensibilità neoclitoridea e vaginale, ad almeno 6 mesi dall'intervento

Risultati. Età media all'intervento: 33 aa (± 9,23).
Gruppo A: durata media dell'intervento 316 min (± 101,65)
Gruppo B: durata media dell'intervento 598 min (± 89,07).
Complicanze intraop - Gruppo A: 2 lesioni uretrali (5%), 1 lesione del retto (2%). Gruppo B: 1 lesione del retto (4%). Complicanze post-op a breve termine - Gruppo A: iperpiressia (T° > a 38° dal 4 gg post-op) in 14 pz (34%), 12 pz emotrasfuse (29%), 3 ipostenie/parestesie transitorie degli arti inferiorI (7%), 1 fistola uretro-neovaginale (2%), 1 revisione chirurgica per emorragia (2%). Gruppo B: iperpiressia in 13 pz (52%), 19 pz emotrasfuse (76%), 7 ipostenie/parestesie degli arti inferiori (28%), 3 infezioni di ferita (12%), 2 pz con necrosi piccole labbra e/o neoclitoride (8%) e 1 revisione chirurgica per necrosi della ferita (4%)
Complicanze a lungo termine - Gruppo A: 1 atresia vaginale (2%), 5 stenosi uretrali(12%), 1 stenosi severa introito vaginale (2%), 1 prolasso neovaginale (2%). Gruppo B: 1 atresia vaginale (4%), 1 prolasso neovaginale (4%), 1 fistola retto-vaginale (pregressa radioterapia pelvica) (4%).
Risultati funzionali a lungo termine (Questionario a > 1 aa dall'intervento): Gruppo A (solo 17 pz su 41 hanno risposto al questionario): profondità media della neovagina: 9 cm (± 2,59); Gruppo B (25 pz): profondità media 12.3 cm (± 2,23). Ripresa attività sessuale: gruppo A 16 pz (94%); gruppo B 22 (88%).
Soddisfazione circa la sensibilità del neoclitoride e della neovagina - Gruppo A: 11 pz (65%), Gruppo B: 20 pz del (90%); 19 pz di (86%) hanno riferito secrezione vaginale durante stimolazione sessuale e durante l'orgasmo.
Conclusioni. Le pz del Gruppo B hanno sofferto di un maggior numero di complicanze (in parte giustificabile con la maggiore complessità della tecnica chirurgica). Le pz (Gruppo B) si dichiarano altresì complessivamente più soddisfatte rispetto a quelle del Gruppo A
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C09
VALUTAZIONE DELLE RIPERCUSSIONI SULLA SESSUALITÀ DEGLI INTERVENTI PER CARCINOMA PENIENO: APPROCCI DEMOLITIVI E CONSERVATIVI A CONFRONTO IN UNO STUDIO UNICENTRICO

Omidreza Sedigh, Luigi Rolle, Mirko Preto, Massimiliano Timpano, Carlo Ceruti, Marco Falcone, Mattia Sibona, Bruno Frea
Università degli Studi di Torino, Città della salute e della scienza, Molinette, Torino - Divisione Universitaria di Urologia - Unità di Andrologia

Introduzione. Il carcinoma penieno (CP) è una patologia rara ma caratterizzata da un forte impatto sulla qualità di vita dei pazienti (pz.). L'approccio chirurgico prevede interventi demolitivi (amputazioni totali, glandulectomie) o conservativi (enucleoresezioni). L'obiettivo del nostro studio è quello di analizzare i risultati post-operatori in termini di funzionalità sessuale.
Materiali e metodi. Da Gennaio 2006 a Gennaio 2013 sono stati operati 36 pz. con diagnosi bioptica di CP. Seguendo le Linee Guida: 8 sono stati sottoposti ad una enucleoresezione della lesione (Gruppo 1), 22 ad una glandulectomia con contestuale uretroglanduloplastica sec. Sasso (Gruppo 2) e i restanti 6 ad un amputazione peniena (Gruppo 3). In fase pre-operatoria è stata condotta un'intervista strutturata per valutare la funzionalità sessuale (IIEF-15, SEP-2 e SEP-3). La stessa intervista è stata riproposta 12 mesi dopo l'intervento per valutare l'impatto della procedura sugli stessi parametri.
Risultati. I pz. del Gruppo 3 sono stati esclusi dallo studio in quanto presentavano un grave deficit funzionale già in fase pre-operatoria. Tra i pz. del Gruppo 1 è stato registrato un valore medio di IIEF pre-operatorio di 45,7 ed uno post-operatorio di 40,9 (p = 0,34). Nel Gruppo 2 i valori medi pre e post-operatori sono stati rispettivamente 48,5 e 37,1 (p = 0,0033). Inoltre confrontando tra essi i risultati post-operatori dei due gruppi, in partenza omogenei, è stata riscontrata una differenza significativa (p = 0,037). Per quanto riguarda SEP-2 e SEP-3, nel Gruppo 1 il 75% dei pz. riferiva rapporti consentiti e soddisfacenti alla valutazione preoperatoria; a 12 mesi dall'intervento i rapporti risultavano possibili nel 75% dei casi e soddisfacenti nel 62,5% (p = 0,86). Nel Gruppo 2 i valori medi pre e post-operatori sono stati rispettivamente 86,4% e 59,1% per SEP-2 (p = 0,006)e 71,7% e 31,8% per il SEP-3 (p = 0,004). Tra i due gruppi non sono state rilevate differenze significative.
Conclusioni. Gli interventi maggiormente demolitivi quali le glandulectomie hanno, come prevedibile, un notevole impatto sulla funzionalità sessuale dei pazienti. Gli interventi conservativi invece influenzano in maniera non significativa la qualità di vita sessuale di questi pazienti. Dai nostri dati emerge dunque l'importanza di preservare, quando la malattia lo consente, la maggior porzione possibile del glande al fine di determinare il minimo impatto sulla funzionalità sessuale dei pazienti.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C10
PROGETTO DI RICERCA EU: ECOFOODFERTILITY – VALUTAZIONE DELL'IMPATTO AMBIENTALE ED ALIMENTARE SULLA FUNZIONE RIPRODUTTIVA MASCHILE

Luigi Montano[1], Leopoldo Jannuzzi[2], Jiri Rubes[3], Ciro Avolio[4], Constantinos Pistos[5], Antonietta Gatti[6], Tiziana Notari[7], Salvatore Raimondo[8], e altri partecipanti al Progetto EU
[1]Ambulatorio Pubblico di Andrologia ASL Salerno c/o UOC di Urologia dell'Ospedale di Oliveto Citra, SA; [2]Consiglio Nazionale delle Ricerche: DISBA-CNR Roma (Dipartimento Scienze Bioagroalimentari), ISPAAM-CNR Napoli (Istituto Per il Sistema Produzione Animale in Ambiente Mediterraneo), ISA-CNR Avellino (Istituto di Scienze dell'Alimentazione); [3]Accademia delle Scienze - Istituto di

Medicina Sperimentale, Università di Praga, Repubblica Ceca; [4]Consorzio Sanitario di Terrassa, Catalogna, Spagna; [5]Facoltà di Medicina, Ecotossicologia - Università di Atene, Grecia; [6]Istituto di Scienze e Tecnologie dei Materiali ISTEC - CNR Faenza, Nanodiagnostics; [7]Centro di PMA Ospedale - San Luca, Vallo della Lucania, SA; [8]Centro di Ricerca "Gentile s.a.s." Laboratorio di Seminologia, Gragnano, NA

Introduzione. Negli ultimi 60 anni, diversi studi dimostrano una riduzione della concentrazione nemaspermica in molti Paesi industrializzati. In alcune nazioni,soprattutto industrializzate,questo trend presenta delle differenze di aree nell'ambito della stessa nazione o addirittura nella stessa regione.
Il progetto EU "EcoFoodFertility" interesserà 8 aree in Italia, Spagna, Grecia, Rep. Ceca. L'apparato riproduttivo maschile è molto sensibile alle modificazioni endogene ed esogene ed in particolare, nel liquido seminale, è possibile verificare e quantificare la presenza di contaminanti ambientali e contestualmente misurarne gli effetti diretti sugli spermatozooi sensibilissimi alle noxae ambientali, dunque bioindicatori elettivi del danno ambientale sulla salute umana.
Materiali e metodi. In questo studio multidisciplinare e multicentrico maschi sani, 20-40 anni, non fumatori,non bevitori, non consumatori di droghe, non esposti professionalmente,provenienti da 4 aree ad alto impatto ambientale, saranno reclutati da Italia (Terra dei fuochi Campania), Spagna (area ind. Terrassa), Grecia (Atene) e Repubblica Ceca (Silesia) e da 4 corrispondenti aree a basso impatto.
Si misureranno i livelli di contaminanti nel seme e nel sangue (Metalli Pesanti, Idrocarburi Policiclici Aromatici Diossine, PCB e Nanoparticolato) e si correleranno con i parametri seminali convenzionali, stato redox e soprattutto con l'indice di frammentazione del DNA spermatozoario. Parimenti per i linfociti del sangue sarà effettuato lo studio del cariotipo e della stabilità cromosomica mediante test citogenetici. Verranno, inoltre, misurate la AntiTransglutaminasi e alcune citochine per le intolleranze alimentari, in particolare ricerca celiachia e gluten sensitive.
Conclusioni ed obiettivi. Lo studio,oltre a poter dare una conoscenza sullo stato di bioaccumulo di contaminanti ambientali in popolazioni omogenee in aree a diverso indice di pressione ambientale sia negli stessi paesi sia fra paesi diversi, intende verificare in modo più chiaro, come e quanto l'inquinamento ambientale influenza direttamente la qualità seminale, se, come e quanto incide sullo sviluppo delle intolleranze alimentari,come e quanto gli stili alimentari impattano sulla funzione riproduttiva e, ancora, quali e più affidabili biomarker di stress cellulare sono associabili al bioaccumulo di contaminanti ambientali nel sangue e nel seme.In ultimo,il ruolo della dieta e delle possibilità offerte da innovative formulazioni delle scienze della nutrizione.
Lo studio ha avuto finanziamenti: Si
Il Progetto "EcoFoodFertility" è candidato per l'ottenimento di un finanziamento europeo sul Bando "HEALTH" (misura PHC1: Understanding Health, ageing and disease, deterrminants, risk factors and pathways) del programma Europeo per la Ricerca e l'Innovazione HORIZON 2020.

C11
È DAVVERO UTILE L'ASTINENZA SESSUALE PROLUNGATA PRIMA DI UN DEPOSITO DI SPERMATOZOI IN PREVISIONE DI PMA?

Massimiliano Timpano[1], Marco Falcone[1], Cristina Garello[2], Francesca Granella[2], Gabriele Dal Maso[2], Francesca Bongioanni[2], Gianluca Gennarelli[2], Daniela Guidetti[2], Alberto Revelli[2], Mirko Preto[1], Carlo Ceruti[1], Omidreza Sedigh[1], Angela Maurizi[1], Bruno Frea[1], Luigi Rolle[1]
[1]Divisione Universitaria di Urologia. A.O. Città della Scienza e della Salute di Torino, Molinette; [2]Studio LIVET, Centro Italo-Svedese per la Fecondazione Assistita - Torino

Introduzione. In previsione di un deposito di spermatozoi da utilizzare in PMA, è prassi consolidata che il partner maschile della coppia rispetti un'astinenza sessuale di 3-5 giorni, per consentire una maggiore concentrazione degli spermatozoi. Da un'osservazione casuale, abbiamo voluto valutare se un secondo deposito di seme a distanza di poco tempo dal primo possa avere un impatto sulla sua qualità.
Materiali e metodi. Nell'ambito delle procedure di PMA eseguite nel laboratorio del Centro Livet di Torino, il deposito di spermatozoi viene normalmente eseguito in loco. Tuttavia, alcuni pazienti preferiscono eseguire il deposito a domicilio. In uno di questi casi, il campione risultò privo di spermatozoi e venne richiesto al paziente di eseguire un secondo deposito presso il laboratorio, nel quale erano in effetti presenti degli spermatozoi, poi utilizzati per la ICSI. Con questa premessa, abbiamo osservato nel periodo settembre 2013-febbraio 2014 il seminale di pazienti candidati ad una PMA mediante ICSI. A questi, è stato chiesto di produrre un campione di sperma a domicilio (da consegnare al laboratorio entro un'ora dalla raccolta) e di ripetere un secondo deposito presso il laboratorio, entro le due ore dal primo.
Risultati. Sono stati considerati 14 pazienti con età media 39.1 anni (range 28-46), con quadro di infertilità di coppia da OTA grave. Il primo campione è stato raccolto a domicilio, con consegna entro un'ora, il secondo in laboratorio, entro le due ore successive. Le caratteristiche dei seminali presentavano: ph medio: S1, 8.39 - S2, 8.44; volume medio: S1, 3.56 mL - S2, 1.79 mL. Il gruppo S1 presentava concentrazione media di spermatozoi capacitati pari a 145.000 (range 0-900.000), il gruppo S2, 365.000 (range 0-3.600.000); in 7 pazienti su 14 si è assistito ad un aumento nel campione del secondo deposito, mentre in 2 vi è stata una riduzione; in 4 pazienti con spermatozoi totalmente immobili a S1 sono comparse forme mobili a S2; in 3 di 8 pazienti azoospermici a S1, sono stati trovati spermatozoi a S2.
Conclusioni. Pur con i limiti del campione, emerge la

tendenza ad un miglioramento dei parametri seminali nel secondo deposito eseguito a breve distanza dal primo. Sul significato fisiopatologico di queste impressioni poco si può dire. Tuttavia, tra gli aspetti da confermare vi è il reale miglioramento qualitativo, oltre che quantitativo, degli spermatozoi in termini di risultati funzionali sulla ICSI.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C12
POSSIBILE RELAZIONE TRA LA CONDENSAZIONE DELLA CROMATINA SPERMATICA, LO SVILUPPO EMBRIONALE E LE ANEUPLOIDIE ASSOCIATE ALL'EMBRIONE IN TRATTAMENTI DI FECONDAZIONE IN VITRO CON SCREENING GENETICO PREIMPIANTO (PGS)

Filomena Scarselli, Marzia Barberi, Rocio Pena Cotarelo, Elisabetta Cursio, Alessandra Ruberti, Maria Giulia Minasi, Ermanno Greco
European Hospital, Roma

Introduzione ed obiettivi. In questo lavoro abbiamo analizzato la possibile relazione tra la condensazione della cromatina spermatica nel seme eiaculato, valutata con colorazione Blu di Anilina (BA), e lo sviluppo preimpianto dell'embrione in cicli di IVF con tecnica ICSI. I parametri considerati sono: il tasso di fecondazione, di divisione embrionale e di sviluppo a blastocisti. Il danno al DNA è uno dei fattori associati a basse percentuali di fecondazione e sviluppo embrionale ed è stato associato ad aborto precoce. Gli spermatozoi che presentano un elevato rapporto di istoni/protamine si colorano di blu identificando i campioni in cui la percentuale di spermatozoi con DNA decondensato è alta (= 30%). I nostri dati suggeriscono che la presenza di una più alta percentuale di spermatozoi BA+ nell'eiaculato siano correlati a un maggiore tasso di degenerazione embrionale.
Materiali e metodi. La colorazione è stata eseguita su seme raccolto al pick-up di 56 cicli di ICSI-PGS tra Giugno e Dicembre 2013.Le coppie sono state divise in due gruppi in base alla percentuale di spermatozoi positivi al BA. Un test con $p < 0,05$ è stato considerato significativo. I campioni sono stati fissati con soluzione di paraformaldeide e conservati a 4°C. Per la colorazione i vetrini sono stati incubati con una soluzione BA, risciacquati in H20 e osservati al microscopio a 100x.
Risultati. Il gruppo BA+ (n = 15; età femminile 36,3 ± 4.5 aa) mostra una percentuale di divisione embrionale più bassa del gruppo BA- (n = 40; età femminile 35,5 ± 4.4 aa), rispettivamente del 95% vs. 98.6% ($p < 0,05$). La percentuale di blastocisti formate al day 6 e la percentuale totale di blastocisti è più bassa nel gruppo BA+ rispetto al gruppo BA- (12,8% e 41,5% vs 20,3% e 55,2%; $p < 0,05$) ed inoltre differenze significative appaiono anche nella degenerazione embrionale nel gruppo BA+ (58,5%) rispetto al gruppo BA- (44,8%) ($p < 0,05$). Non differiscono né la qualità delle blastocisti né il tasso di aneuploidie (67,5% vs 71.9%; NS). Non è stata inoltre rilevata alcuna associazione tra positività alla colorazione e morfologia degli spermatozoi, mentre è stata trovata una correlazione positiva tra colorazione vs. motilità ($p < 0,05$) e vs. concentrazione ($p < 0,001$).
Conclusioni. Tra le cause di diminuita fertilità è riconosciuto un importante ruolo all'integrità genomica dello spermatozoo. Questi risultati mostrano che una positività al Blu di Anilina è correlata con un più basso tasso di divisione embrionale e una più alta degenerazione in coltura.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C13
STUDIO SULLA FRAMMENTAZIONE DEL DNA SPERMATICO/QUALITÀ SEMINALE E OUTCOME RIPRODUTTIVO IN COPPIE INFERTILI DOPO CORREZIONE DI VARICOCELE: NOSTRA ESPERIENZA

Giuseppina Peluso[1], Giancarlo Morrone[1], Pietro Paolo Cozza[1], Paolo Verze[2], Alessandro Palmieri[2], Vincenzo Mirone[2]
[1]UOSD Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita-Andrologia. A.O. Cosenza; [2]Clinica Urologica Università Federico II - Napoli

Introduzione ed obiettivi. È opinione diffusa in letteratura che il varicocele è causa più frequente di dispermia in soggetti infertili.
Inoltre, infertili con varicocele hanno indice di frammentazione del DNA spermatico più elevato rispetto ad altri infertili, probabilmente a causa di una maggiore attività ossidativa a livello seminale ridotta in maniera significativa dopo rimozione dello stesso.
Scopo del lavoro è stato valutare la frammentazione del DNA spermatico e qualità seminale in infertili prima e dopo correzione chirurgica, nonché la pregnancy rate.
Materiali e metodi. Sono state reclutate 56 coppie (femmine > 37 anni, maschi tra 30-50 anni) con infertilità da circa 1 anno, afferite al nostro studio.
I maschi, indagati da un punto di vista andrologico, presentavano segni clinici di varicocele, confermato con ECD e spermiogramma (WHO 2010).
Metà di essi è stata sottoposta a varicocelectomia e monitorata con 2 spermiogrammi distanziati di una settimana pre-intervento e, a distanza di 3 mesi dalla data dell'intervento, con studio di frammentazione del DNA spermatico nei liquidi seminali pre e post-intervento, mediante utilizzo dell'HALOSPERM test (metodo SCD) espresso in % DFI.
L'altra metà a sola osservazione (controllo). In entrambi i gruppi è stata valutata la pregnancy rate spontanea o da PMA nel follow-up di 1 anno.
Risultati. A 3 mesi dalla correzione del varicocele abbiamo i seguenti risultati:
- Miglioramento dei parametri seminali con incremento della concentrazione di circa 10-20 x 10 milion/ml rispetto al valore iniziale (pari a 15 x 10 milion/ml), e motilità totale di circa 15% rispetto al valore ini-

ziale, nonché rettilinea progressiva con incremento pari al 10%.
- Riduzione dell'indice di framm. del DNA spermatico rispetto al valore iniziale del 10% (13-15% vs 25-27%).
- Pregnancy rate spontanea o con IUI del 10% circa nei varicocelectomizzati, 3% nei controlli e 6% circa con PMA di II° livello.

Conclusioni. I nostri dati concordano con i diversi autori sull'efficacia della correzione del varicocele nel ripristinare la fertilità naturale o migliorare i risultati nella PMA in quanto si è visto, a valle dell'intervento, una riduzione del danno del DNA spermatico e miglioramento della capacità fecondante dello spermatozoo. Ovviamente la valutazione andrologica va contestualizzata nell'ambito della coppia con: età della partner, stato di fertilità e grado di alterazione del liquido seminale, al fine di poter garantire un risultato terapeutico significativo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C14
RUOLO DELLA CORREZIONE CHIRURGICA DEL VARICOCELE NEI PAZIENTI CON AZOOSPERMIA O CRIPTOZOOSPERMIA

Alessandro Franceschelli, Giorgio Gentile, Fulvio Colombo
SSD Andrologia, Az. Osp. S. Orsola-Malpighi, Bologna

Obiettivo. Valutare l'effetto della correzione di varicocele in pazienti con azoospermia non ostruttiva o con criptozoospermia.

Pazienti e metodi. Da aprile 2009 a Dicembre 2012 abbiamo sottoposto a correzione chirurgica di varicocele 12 pazienti (pz) affetti da azoospermia non ostruttiva (5 pz) o da criptozoospermia (7 pz), (diagnosi posta su almeno 2 spermiogrammi, ripetuti sempre a oltre 1 mese di distanza uno dall'altro). Tutti i pz sono stati valutati pre-operatoriamente con esame obiettivo, ecodoppler scrotale e dosaggi ormonali e quindi sottoposti a correzione chirurgica del varicocele. A distanza di 3 mesi dall'intervento i pazienti hanno ripetuto uno spermiogramma completo.

Risultati. Età media all'intervento 33 aa (range 22-40 aa); FSH medio 19 mUI/ml (13-29 mUI/ml). 9 pz presentavano un varicocele bilaterale, confermato ecograficamente (3 azoospermici e 6 con criptozoospermia). 8/12 pz risultavano portatori di ipotrofia testicolare bilaterale (vol < a 10 cc) all'ecoDoppler. Dopo correzione chirurgica, in 1 pz su 5 (20%) del gruppo degli azoospermici abbiamo osservato la comparsa di spermatozoi. Nel gruppo con criptozoospermia (7 pz), 5 pz hanno dimostrato un considerevole miglioramento dei parametri seminali post-operatori: concentrazione media 2.6 x 106 /ml (range 0,5-9,8 x 106 /ml), percentuale di forme mobili 8% (range 4-20%), percentuale di forme normali 7% (range 0-20%).

Conclusioni. Il varicocele può essere responsabile di un ampio spettro di alterazioni del liquido seminale, fino alle più gravi quali la azoospermia.

Il ruolo della correzione del varicocele in questi pazienti rimane controverso: nella nostra esperienza, seppur limitata dalla numerosità del campione, abbiamo osservato la ricomparsa di spermatozoi o un miglioramento della loro concentrazione e degli altri parametri seminali. Poiché comunque si tratta di miglioramenti che di frequente possono risultare transitori, tutti questi pazienti andrebbero comunque indirizzati verso la crioconservazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C15
LA STEPWISE MICRO-TESE COME NUOVO APPROCCIO AL RECUPERO DI SPERMATOZOI TESTICOLARI IN CASI DI AZOOSPERMIA NON OSTRUTTIVA (NOA)

Filomena Scarselli[1], Donato Dente[2], Mario Terribile[1], Valentina Casciani[1], Maria Giulia Minasi[1], Ermanno Greco[1], Giorgio Franco[3]
[1]European Hospital, Roma; [2]Policlinico Abano Terme, Padova; [3]Policlinico Umberto I, Roma

Introduzione ed obiettivi. La TESE consiste in alcune incisioni del testicolo. La micro-TESE è stata introdotta allo scopo di migliorare il recupero di spermatozoi riducendo l'invasività della TESE standard. Questo nuovo approccio chirurgico può ottimizzare il recupero di spermatozoi (SRR, sperm retrieval rate) riducendo l'invasività della procedura sul testicolo. I pazienti che beneficiano maggiormente della stepwise micro-TESE sono quelli con precedenti TESE senza recupero, diagnosi avversa (arresto maturativo, MA; Sertoly-cell-only syndrome, SCOS) e sindrome di Klinefelter. Da marzo 2007 ad aprile 2013, è stato eseguita la ricerca di spermatozoi testicolari su 64 pazienti NOA per mezzo della stepwise micro-TESE: consiste in tre passaggi: una iniziale singola biopsia superficiale (TESE) eseguita sul primo testicolo; una micro-TESE sullo stesso testicolo a partire dal sito della iniziale incisione;una TESE multipla sul testicolo controlaterale.

Materiali e metodi. Alla valutazione istologica i 64 pazienti erano così divisi: 37 SCOS, 15 MA, 6 iperplasia delle cellule del Leydig and 6 sclero-ialinosi; 37/64 pazienti con azoospermia avevano precedentemente effettuato una biopsia testicolare: 12 per criptorchidismo, 2 per seminoma e 23 per mancato recupero in precedenti cicli di PMA.

Risultati. In tutte le 64 procedure l'outcome del primo singolo prelievo di TESE e quello della successiva micro-TESE eseguita sullo stesso testicolo è coinciso (SRR = 28,1%). Nel testicolo controlaterale non sono stati mai trovati spermatozoi. I livelli di FSH, LH e inibina B e il volume testicolare non sono risultati predittivi del recupero di spermatozoi. L'età media dei 18/64 pazienti con recupero positivo è 34,2 ± 7,16; i livelli di FSH pari a 25,9 ± 15,10 mIU/ml, LH 12,5 ± 9,40 mIU/ml e inibina B 14,9 ± 5 pg/ml.

La diagnosi istologica di questi pazienti è risultata essere la seguente: 10 MA,1 sclero-ialinosi and 7 SCOS. I 46/64 pazienti con mancato recupero avevano età

media pari a 35,9 ± 3,94;livelli di FSH, LH and inibina B pari a 25,7 ± 11,60 mIU/ml, 9,7 ± 4,88 mIU/ml e 20,0 ± 18,86 pg/ml, rispettivamente, con le seguenti diagnosi istologiche: 10 MA, 5 sclero-ialinosis, 6 con iperplasia delle cellule del Leydig e 30 SCOS.
Conclusioni. I dati ottenuti suggeriscono che nella gran parte dei pazienti a scarsa prognosi (N = 46) la micro-TESE non garantisce il recupero di spermatozoi; in 18 pazienti con recupero positivo il singolo prelievo iniziale meno invasivo di TESE sarebbe stato sufficiente per ottenere spermatozoi.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C16
BAMBINI NATI CON TECNICHE DI FECONDAZIONE IN VITRO IN UOMINI DI ETÀ SUPERIORE A 40 ANNI CON AZOOSPERMIA NON OSTRUTTIVA (NOA) UTILIZZANDO SPERMATOZOI TESTICOLARI DA BIOPSIA A FRESCO O SCONGELATA

Filomena Scarselli, Mariachiara Greco, Mario Terribile, Anna Maria Lobascio, Alessandro Colasante, Teresa Riccio, Erika Iovine, Vincenzo Zazzaro, Maria Giulia Minasi, Ermanno Greco
European Hospital, Roma

Introduzione ed obiettivi. La TESE è una procedura invasiva ed i pazienti con NOA sono a rischio di insufficienza androgenica dopo biopsie ripetute. È stato già dimostrato che l'utilizzo di spermatozoi testicolari freschi o scongelati ha percentuali simili in fecondazione, sviluppo embrionale e tasso di gravidanze cliniche, ma questi studi coinvolgono principalmente uomini con età inferiore a 40 aa. Lo scopo di questo studio è valutare l'outcome in termini di gravidanza, tasso d'impianto e nascita tra cicli ICSI in uomini con NOA di età superiore a 40 anni, in cui siano stati utilizzati spermatozoi da TESE a fresco o scongelata.
Materiali e metodi. Abbiamo analizzato i risultati in pazienti che si sono sottoposti a ICSI nel triennio tra Settembre 2009 e Settembre 2013, sia con spermatozoi testicolari da TESE a fresco che da TESE scongelata. Sono state escluse le coppie con un'indicazione di infertilità femminile e quelle in cui il partner maschile era più giovane di 40 anni. L'analisi statistica è stata effettuata con una significatività a $p < 0.05$. Sono state effettuate un totale di 137 ICSI in pazienti NOA con età = 40, utilizzando sia spermatozoi da TESE a fresco (gruppo F: 81 cicli, età maschile 44.7 ± 6.32 aa), sia spermatozoi da TESE scongelata (gruppo T: 56 cicli, età maschile 44.9 ± 5.91 aa).
Risultati. Nel gruppo F (età femminile 37.1 ± 3.19 aa), sono stati iniettati 441 ovociti: fecondati 276 (62.6%); embrioni ottenuti 256, di cui 211 (82.4%) di buona qualità. Nel gruppo T (età femminile 38.1 ± 3.32 aa, NS), sono stati iniettati 326 ovociti: fecondati 196 (60.1%, NS); embrioni ottenuti 188, di cui 160 (85.1%) di buona qualità (NS). Nel gruppo F sono stati effettuati 61 transfer di embrioni (ET) su ciclo fresco e 16 con embrioni congelati. Nel gruppo T, sono stati eseguiti 47 ET su ciclo fresco e 16 con embrioni congelati. Sono stati trasferiti un totale di 182 e 147 embrioni per gruppo. La percentuale di gravidanza clinica, tasso d'impianto e nascite sono 32.5%, 14.8% e 27.3% nel gruppo F e 23.8%, 13.6% e 22.2% nel gruppo T (NS).
Conclusioni. L'uso di spermatozoi testicolari crioconservati non compromette l'outcome dell'ICSI e sembra essere ideale nei casi di severa insufficienza testicolare: i) riduce il numero di interventi chirurgici; ii) permette di non compromettere l'ICSI nel caso non venga ritrovato nessun spermatozoo al Pick-up; iii) consente di evitare l'invecchiamento degli oociti con la pianificazione dello scongelamento prima del pick-up.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C17
PREVALENZA E CARATTERISTICHE DEL DEFICIT ISOLATO DI LH E FSH IN UOMINI CAUCASICI-EUROPEI CON DIAGNOSI DI INFERTITLITÀ DI COPPIA PRIMARIA. RISULTATO DI UN'INDAGINE TRASVERSALE

Michele Colicchia[1], Eugenio Ventimiglia[1], Paolo Capogrosso[1], Luca Boeri[1], Alessandro Serino[1], Cesare Regina[1], Giulia Castagna[1], Fabio Castiglione, Giovanni La Croce[1], Andrea Russo[1], Ryan Matloob[1], Rocco Damiano[2], Francesco Montorsi[1], Andrea Salonia[1,2]
[1]Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia; [2]Dottorato di Ricerca in Urologia, Università Magna Grecia Catanzaro, Italia

Introduzione ed obiettivi. L'attuale prevalenza del deficit isolato di LH e FSH è poco conosciuto nella popolazione maschile. Abbiamo valutato la prevalenza, le caratteristiche cliniche e seminali del deficit isolato di LH e FSH in una coorte di uomini Caucasici-Europei che effettuavano una visita uro-andrologica per infertilità di coppia primaria.
Metodi. Sono stati analizzati dati demografici, clinici e di laboratorio di 1.010 uomini infertili. Sono state valutate le prevalenze del deficit isolato di LH (definito come LH < 1.5 mUI/mL) e di FSH (definito come FSH <1.5 mUI/mL). Le comorbidità sono state stratificate secondo il Charlson Comorbidity Index (CCI; 0 vs 1 vs = 2).
La sindrome metabolica (SM) è stata definita secondo i criteri NCEP-ATPIII. Il volume testicolare è stato valutato con un orchidometro di Prader. I valori delle analisi del liquido seminale sono stati considerati sulla base dei criteri di riferimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 2010. La statistica descrittiva ha testato l'associazione tra le caratteristiche cliniche e i parametri del liquido seminale con il deficit isolato di LH e di FSH.
Risultati. Il deficit isolato di LH [media (SD): 1,2 (0,2) mUI/mL] e di FSH [1,2 (0,1) mUI/ml] è stato trovato rispettivamente in 28 (2,8%), e 21 (2,1%) uomini. I pazienti con deficit isolato di LH erano più anziani (p = 0.02), con un valore medio di BMI alto (p = 0,03), con una maggiore prevalenza di obesità classificata come

NIH = 1 (Chi^2: 12.3; $p < 0.03$), un più basso livello di testosterone totale ($p < 0.01$), un minor rapporto testosterone totale/estradiolo ($p = 0.002$), e una maggiore prevalenza di ipogonadismo (Chi^2: 20.3; $p < 0.01$) rispetto ai pazienti con un valore normale/elevato di LH. Non sono state osservate differenze significative in termini di volume testicolare, di punteggio del CCI, di prevalenza di sindrome metabolica e dei parametri del liquido seminale. Inoltre non si sono osservate differenze significative, in termini di parametri demografici, clinici e seminali, in pazienti con deficit isolato di FSH rispetto a quelli con un valore di FSH normale/alto.
Conclusioni. Il deficit isolato di LH e FSH rispettivamente è presente in circa il 2% degli uomini che richiedono aiuto medico per infertilità di coppia primaria. Uomini infertili con deficit isolato di LH presentano un compartimento endocrino testicolare complessivamente peggiore.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C18
PARAMETRI SEMINALI DOPO SOMMINISTRAZIONE DI FSH-ALTAMENTE PURIFICATO E FSH-RICOMBINANTE IN SOGGETTI INFERTILI OLIGOSPERMICI

Filippo Ceccato[1], Sergio Ferasin[1], Giovanna Donà[2], Marco Boscaro[1], Guglielmo Bonanni[1]
[1]UO di Endocrinologia, Dipartimento di Medicina DIMED, Azienda Ospedaliera - Università di Padova; [2]Dipartimento di Biologia Molecolare

Introduzione ed obiettivi. La terapia dell'infertilità maschile per migliorare i parametri quantitativi del liquido seminale si basa sull'utilizzo della follitropina. In Italia tale molecola è utilizzabile secondo una precisa nota AIFA (FSH < 8 U/L) e si trova in commercio sia come FSH ricombinante (FSH-rec) che come FSH altamente purificato (FSH-HP). Abbiamo pertanto valutato l'effetto differenziale di FSH-HP e FSH-rec dopo 6-12 mesi di terapia in maschi normo-gonadici infertili.
Pazienti, materiali e metodi. abbiamo arruolato 32 maschi normo-gonadici (livelli di testosterone sierico almeno > 9 mmol/L), giunti alla nostra attenzione per desiderio di fertilità senza successo per almeno 12 mesi e con partner apparentemente sane. Dopo trattamento FSH-rec (17 pazienti) FSH-HP (15 pazienti) per almeno 6-12 mesi, abbiamo confrontato concentrazione in milioni/ml, motilità alla prima e seconda ora e percentuale di morfologia normale nel liquido seminale.
Risultati. La percentuale di incremento, rispetto al basale, della concentrazione di spermatozoi è superiore nel gruppo di pazienti trattato con FSH-HP (+ 204%) rispetto a quelli trattati con FSH-rec (+11%, $p < 0.05$). Gli altri parametri valutati, tutti migliorati tra +109% e + 234%, non differivano tra le due formulaziioni di FSH studiate.
Conclusioni. Questo studio pilota conferma, nonostante un ridotto numero di pazienti studiati, che dopo 6-12 mesi di terapia, la somministrazione di FSH migliora i parametri studiati del liquido seminale. In particolare, nella nostra casistica, FSH-HP è in grado di la concentrazione di spermatozoi in maniera superiore rispetto a FSH-rec.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Comunicazioni orali selezionate

SC01
VALUTAZIONE PREDITTIVA DI DISFUNZIONE ERETTILE IN PAZIENTI SESSUALMENTE ATTIVI ALLA PRIMA VISITA UROLOGICA: NUOVO TOOL PER LA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

Vincenzo Favilla[1], Giorgio Ivan Russo[1], Sebastiano Cimino[1], Salvatore Privitera[1], Eugenia Fragalà[1], Stefania Leone[1], Giulio Francesco Reale[1], Sandro La Vignera[2], Rosita Condorelli[2], Aldo E. Calogero[2], Tommaso Castelli[1], Giuseppe Morgia[1]
[1] Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Catania; [2]Dipartimento di Scienze Mediche e Pediatriche, Sezione di Endocrinologia, Andrologia e Medicina Interna, Università degli Studi di Catania

Introduzione ed obiettivi. La disfunzione erettile (ED) sta progressivamente emergendo come un'importante indicatore generale della salute maschile e si associa frequentemente ai sintomi del basso tratto urinario (LUTS). Scopo dello studio è verificare se la disfunzione erettile si associ ad un aumentato rischio di LUTS e di comorbidità in generale. Abbiamo sviluppato, quindi, una stratificazione di rischio multivariata con lo scopo di stabilire il rischio di manifestare DE in pazienti sessualmente attivi alla prima visita urologica.
Materiali e metodi. Tra il gennaio 2009 e dicembre 2013 sono stati arruolati 425 pazienti consecutivi con normale attività sessuale e normali valori di testosterone sierico; è stata indagata la funzione sessuale e i LUTS mediante l'uso di questionari validati (IIEF-5 ed IPSS) e le comorbidità mediante il Charlson Comorbidity Index (CCI).
È stata eseguita la regressione logistica univariata con lo scopo di identificare i fattori di rischio di disfunzione erettile. Tutti i fattori di rischio indipendenti di DE sono stati combinati in quattro differenti classi di rischio: bassa (età = 65 anni, IPSS < 8 e CCI = 0), intermedia (presenza di un singolo fattore di rischio tra: età > 65 anni, IPSS = 8 o CCI = 1), alta (presenza di due tra i seguenti fattori di rischio: età > 65, IPSS = 8 o CCI = 1), molto alta (età > 65 anni e IPSS = 8 e CCI = 1).
Risultati. La prevalenza della disfunzione erettile aumenta con l'aumentare delle comorbidità valutate tramite CCI (ratio: 40.85, $p = 0.001$); il punteggio medio dell'IIEF-5 si riduce in maniera significativa con l'aumentare del CCI ($p < 0.001$) e con il progressivo peggioramento della classe di rischio da noi proposta ($p < 0.001$). La regressione logistica dell'analisi univariata ha evidenziato come la categoria di rischio 'molto alta' sia associato in maniera significativa con la dis-

funzione erettile (OR: 26.85, p < 0.001). Nella stratificazione del rischio da noi proposta, la classe di rischio "molto alta" è significativamente associata alla presenza di DE con una specificità dell'88% e una sensibilità del 56%.
Conclusioni. L'età, le comorbidità ed i LUTS sono associati in maniera significativa al peggioramento della disfunzione erettile; la combinazione, quindi, di questi fattori tramite la stratificazione del rischio può essere un valido strumento per determinare i pazienti con disfunzione erettile non ancora manifesta.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC02
SINDROME DA APNEA OSTRUTTIVA NOTTURNA SEVERA E DISFUNZIONE ERETTILE: STUDIO PROSPETTICO RANDOMIZZATO CONFRONTO TRA SILDENAFIL E TERAPIA CON PRESSIONE POSITIVA CONTINUA NASALE (CPAP)

Pastore Antonio Luigi[1], Palleschi Giovanni[1], Fuschi Andrea[1], Silvestri Luigi[1], Zucchi Alessandro[1], Maggioni Cristina[2], Costantini Elisabetta[2], Carbone Antonio[1]
[1]Sapienza Università di Roma, UOC Urologia ICOT, Latina; [2]Università degli Studi di Perugia, Dipartimento di Urologia

Introduzione. È stata riportata un'elevata incidenza di disfunzione erettile (DE) tra i pazienti con sindrome da apnea ostruttiva del sonno (OSAS), con una forte correlazione tra OSA, DE e qualità della vita (QoL). È stato stimato che il 10-60% dei pazienti con OSAS soffrono di disfunzione erettile. In questo studio prospettico, randomizzato, abbiamo arruolato consecutivamente 82 uomini con DE, che si erano recati presso l'ambulatorio per i disturbi del sonno e riportavano OSAS severe (AHI > 30 eventi/h) senza alcun altra comorbidità, quale possibile causa di disfunzione erettile. Lo scopo di questo studio era di valutare e confrontare l'efficacia di sildenafil rispetto alla terapia con pressione positiva continua (CPAP) negli uomini con DE e OSAS severa.
Materiali e metodi. 82 pazienti sono stati randomizzati in due principali gruppi di trattamento: i pazienti del gruppo 1 (n = 41) sono stati trattati con 100 mg di sildenafil 1 ora prima del rapporto sessuale senza CPAP e pazienti del gruppo 2 (n = 41) sono stati trattati solo con la CPAP nasale durante il sonno. Entrambi i gruppi sono stati valutati con gli stessi questionari autosomministrati (International Index of Erectile Function dominio - EF; Sex Encounter Profile; Erectile Dysfunction Inventory Treatment Satisfaction) 12 settimane dopo il trattamento.
Risultati. Nei pazienti in trattamento con sildenafil, il 58,2% hanno riportato un rapporto soddisfacente, rispetto al 30,4% nel gruppo con CPAP. Il numero medio di rapporti sessuale soddisfacenti/settimana era significativamente superiore nel gruppo sildenafil rispetto al gruppo CPAP (2.9 vs 1.7; p < 0,0001). I punteggi medi riportati al questionario IIEF dominio EF erano significativamente più elevati nel gruppo sildenafil rispetto al gruppo CPAP (p < 0,0001). Il tasso complessivo di soddisfazione è stato del 68% per il trattamento con sildenafil e pari al 29% per il trattamento con CPAP.
Conclusioni. Questo studio conferma che le OSAS severe sono significativamente associate alla disfunzione erettile. CPAP e sildenafil (100 mg) sono terapie sicure ed efficaci per i pazienti con DE OSAS - correlata. Nel presente studio sildenafil è risultato più efficace rispetto alla CPAP nel trattamento della DE associata ad OSAS, come dimostrato dal tasso significativamente più alto di rapporti soddisfacenti e da punteggi dell'IIEF-EF superiori. Il nostro studio è, ad oggi, è l'unico studio che abbia indagato il sildenafil nei pazienti con OSAS severa.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC03
THE EFFECT OF LOW INTENSITY SHOCKWAVE THERAPY ON THE ERECTILE FUNCTION OF SMOKERS AND NON-SMOKERS - INITIAL REPORT WITH A DEDICATED SYSTEM

Antonio Casarico[1], Paolo Puppo[2]
[1]Montallegro Clinic, Genova, Italy; [2]Centro Urologico di Eccellenza - ASL1 - Imperia, Sanremo, Italy

Introduction and Objective. The association between cigarettes smoking and erectile dysfunction (ED) was researched in many studies so far. The strongest relationship found was an adjusted odds ratio of 1.97 for incident ED in smokers compared with nonsmokers. Smoking appears to decrease pelvic and penile vascular flow. Moreover, atherosclerosis is possibly the most important vascular consequence of cigarette smoking. It was established that the effect of smoking on erectile function is related to impairment of endothelium dependent smooth muscle relaxation which is required for erection. 10 years ago, a study that examined the beneficial effects of shockwaves on ischemia-induced myocardial dysfunction was published and revealed that shockwaves at energy level of 0.09 mJ/mmÂ² enhance coronary angiogenesis.
The present study examines the effect of a treatment by a new dedicated device delivering shockwaves at the same energy level and a long focal area adjusted to the male sexual organ, on patients suffering from vascular origin ED, both smokers and non-smokers.
Materials and methods. 25 patients with Vasculogenic ED were treated by the shockwave device, 4 times, once a week. 1600 shocks were applied to each Crus and 900 shocks were applied to each corpus cavernosum. No PDE5 inhibitors were used during the treatment and 3 weeks prior treatment. Erectile function was evaluated at baseline and at 1, 3 and 6 months post treatment by 4 self administered questionnaires: IIEF-6, SEP, GAQ and EHS. Success was defined as positive answers to SEP and GAQ questions, EHS = 3 and a significant increase of IIEF-6 score according to the baseline ED severity.

Results. 24 men with a mean age of 62.6 have finished treatment. 53% of them were smokers. There was no significant difference between ED duration, age and baseline IIEF-6 of smokers and non-smokers. Co-morbidities rates were higher in smokers than in non-smokers. The increase in IIEF-6 from baseline to the last follow-up was twice as large in the smokers than the non-smokers. The overall success rate was 70% and 84% of patients answered "Yes" to both GAQ questions. No adverse events were reported.
Conclusions. This pilot study shows that eventually this new treatment for vascular ED could be suitable to smoking patients and patients with vascular risk factors. More research is required for confirming the efficacy of this treatment on different populations.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SC04
LA "SLIDING TECHNIQUE" PER INDURATIO PENIS PLASTICA END-STAGE CON GRAVE ACCORCIAMENTO DELL'ASTA: OUTCOME CHIRURGICI E SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI

M. Timpano[1], C. Ceruti[1], O. Sedigh[1], M. Falcone[1], D.J. Ralph[2], F. Colombo[3], C. Dadone[4], F. Kuehhas[2], E. Galletto[1], M. Preto[1], M. Sibona[1], B. Frea[1], L. Rolle[1]
[1]Clinica Urologica, Università degli Studi di Torino, Città della Salute e della Scienza - Torino Unità di Andrologia; [2]University College of London Hospital (UCLH), London UK; [3]Divisione di Urologia, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna; [4]Divisione di Urologia, Ospedale S. Croce e Carle, Cuneo

Introduzione ed obiettivi. La malattia di La Peyronie (IPP) si manifesta tipicamente con deformazione del pene, deficit lerettile e dolore in erezione. Il recurvatum può essere corretto con tecniche di Nesbit o con chirurgia di placca. Maggiori problemi pone il trattamento dell'accorciamento, presente soprattutto nelle fase terminali della patologia. Presentiamo i risultati della "Sliding Technique" in termini di outcome chirurgici, soddisfazione dei pazienti e complicanze postoperatorie in un coorte di 21 pazienti sottoposti ad intervento in 3 centri uro-andrologici europei.
Materiali e metodi. Sono stati selezionati 22 pazienti dal Giugno 2010 a Marzo 2014 affetti da malattia di La Peyronie end-stage, con deficit erettile grave e importante accorciamento dell'asta, associato ad un incurvamento minore di 30°. Tutti gli interventi sono stati eseguiti in anestesia spinale. La tecnica utilizzata è stata la "sliding technique" sec. Rolle, con innesto di doppio graft dorso-ventrale e posizionamento di protesi peniena tricomponente in 14 casi (AMS 700 CX Inhibizone MS Pump), in 2 casi (Titan OTR Pump- Coloplast) semirigida in 5 casi (AMS Spectra).
Risultati. In tutti i casi l'intervento descritto ci ha permesso di ottenere un reale allungamento del pene di 2,9 cm. Il tempo operatorio medio è stato di 2 ore e 50 min. Non vi sono state complicanze intraoperatorie maggiori. Nel post operatorio è stata documentata una sola complicanza maggiore in termini di necrosi cutanea distale dell'asta con successiva infezione protesica che ha richiesto la rimozione dell'impianto. Il valore del IIEF ad un follow-up medio di circa un anno risulta 58,2, mentre l'EDITS a 6 mesi si attesta a 47.
Conclusioni. La "Sliding Technique" appare uno strumento affidabile e sicuro nel trattamento del IPP end-stage con grave accorciamento dell'asta.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Poster

P01
RIABILITAZIONE DEI MUSCOLI DEL PAVIMENTO PELVICO NEI PAZIENTI CON EIACULAZIONE PRECOCE PERMANENTE (LIFELONG PE): NUOVO APPROCCIO TERAPEUTICO

Antonio Luigi Pastore[1], Giovanni Palleschi[1], Andrea Fuschi[1], Cristina Maggioni[1], Rocco Rago[2], Alessandro Zucchi[3], Elisabetta Costantini[3], Antonio Carbone[1]
[1]Sapienza Università di Roma, UOC Urologia ICOT Latina; [2]Ospedale Santa Maria Goretti Latina UOD Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione; [3]Università degli Studi di Perugia, Dipartimento di Urologia

Introduzione ed obiettivi. L'eiaculazione precoce è il disturbo sessuale maschile più comune, con un importante impatto sulla qualità di vita del paziente e della coppia. Scopo dello studio è stato valutare il possibile ruolo terapeutico della riabilitazione del pavimento pelvico in pazienti affetti da eiaculazione precoce permanente (lifelong PE).
Materiali e metodi. Abbiamo trattato 40 uomini con eiaculazione precoce permanente, cioè un tempo di latenza eiaculatoria intravaginale di base (IELT) < 1 min, con 12 settimane di riabilitazione del pavimento pelvico, utilizzando modifiche delle tecniche utilizzate nel trattamento dell'incontinenza fecale ed urinaria, includendo la fisiochinesiterapia, l'elettrostimolazione ed il biofeedback. I pazienti eseguivano tre sessioni di terapia della durata complessiva di 60 min ogni settimana, durante la quale sono state effettuateate le tre tecniche per 20 minuti ciascuna.
Risultati. Al termine della riabilitazione, i tempi medi di IELT sono stati calcolati per valutare l'efficacia della terapia. Alla fine del trattamento, 33 (82,5%) dei 40 pazienti hanno riportato il controllo del riflesso eiaculatorio, con un IELT medio di 146,2 s (range: 123,6-152,4 s). Un totale di 13 su 33 (39%) pazienti sono stati valutati a 6 mesi di follow-up e hanno mantenuto una significativa IELT (112,6 s) rispetto alla loro iniziale IELT (media 39.8 s).
Conclusioni. I risultati ottenuti nei nostri soggetti trattati con riabilitazione del pavimento pelvico sono promettenti. Questa terapia rappresenta un'importante riduzione dei costi rispetto al trattamento standard (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, SSRI). Sulla base dei dati attuali, proponiamo la riabi-

litazione dei muscoli del pavimento pelvico come una nuova opzione terapeutica, valida per il trattamento dell'eiaculazione precoce permanente.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P02
UN CASO DI DISORDINE TESTICOLARE DI SVILUPPO SESSUALE 46,XX": PROBLEMATICHE LEGATE ALLA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI IN UNA PROSPETTIVA DI MEDICINA CENTRATA SUL PAZIENTE

Edoardo S. Pescatori[1], Ivan Fossati[2], Egidio A. Moja[3]
[1]Servizio di Andrologia, Hesperia Hospital, Modena; [2]Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano

Introduzione. La considerazione della prospettiva del paziente è un elemento caratterizzante la "Medicina centrata sul Paziente". L'esplorazione del vissuto di malattia del paziente può essere uno strumento utile per costruire un'alleanza terapeutica. Nella comunicazione di diagnosi genetica relativa all'identità sessuale possono emergere problematiche etiche. Lo studio discute un caso di disordine testicolare di sviluppo sessuale 46,XX in cui si è utilizzato un approccio "patient centred" e un atteggiamento valoriale rispettoso del "dire la verità".
Caso clinico. Uomo di 34 anni, coniugato con donna di 28 anni, e ricerca infruttuosa di prole per 18 mesi. Anamnesi: bassa libido. Obiettività: altezza inferiore alla norma (168 cm), con severa ipotrofia testicolare bilaterale. Spermiogramma: azoospermia. Assetto endocrino: ipogonadismo ipergonadotropo (FSH 36.6 mIU/ml, LH 15 mIU/ml, testosteronemia totale 2.6 ng/ml). Cariotipo: 46,XX. Ricerca SRY: positiva. Esame FISH: presenza del gene SRY localizzato all'estremità del braccio corto dell'X: 46 XX, ish der (X) t (X; Y) (p22.3; p11.3) (SRY+). Diagnosi finale: Disordine testicolare di sviluppo sessuale 46,XX.
Risultati. Si è scelto di rivalutare il paziente individualmente con strategie comunicativo-relazionali derivate dalla "Medicina centrata sul Paziente". Per quanto riguarda i valori, con un atteggiamento rispettoso del 'dire la verità', si è cercato di consegnare al paziente quanta verità in quel momento voleva sapere. I messaggi chiaramente trasmessi al paziente sono stati: la presenza di una traslocazione come fenomeno "de novo" da cromosoma maschile X a cromosoma femminile Y, con sviluppo maschile di genotipo femminile. Venivano inoltre prospettate le opzioni disponibili relative alla ricerca del figlio e al trattamento dell'ipotestosteronemia.
Il paziente manifestava di aver compreso chiaramente le implicazioni dell'anomalia genetica, e comunicava il desiderio di perseguire con la moglie una fecondazione eterologa all'estero. Veniva altresì programmata terapia sostitutiva con testosterone esogeno.
Conclusioni. Le implicazioni di una comunicazione di identità sessuale genetica difforme dall'identità sessuale fenotipica e psicologica hanno potenziali devastanti sull'individuo e sulla coppia. In questi casi è importante possedere un bagaglio culturale di "Medicina centrata sul Paziente" che permetta di veicolare informazioni cliniche nella maniera più adeguata per paziente e partner.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P03
L'USO DELLA CAVERNO TC NELLA DIAGNOSI DI D.E. SECONDARIA A DISFUNZIONE VENO OCCLUSIVA

Maurizio Carrino[1], Luigi Pucci[1], Riccardo Giannella[1], Marco Capece[1], Gaetano Battaglia[1], Riccardo Riccio[1], Giuseppe De Magistris[2], Paolo Fedelini[1]
[1]U.O.S. Chirurgia Andrologica "A.O.R.N. Cardarelli", Napoli; [2]U.O.C. Radiologia Vascolare "A.O.R.N. Cardarelli", Napoli

Introduzione. La strategia terapeutica della disfunzione veno-occlusiva rappresenta una delle sfide più importanti della moderna andrologia. L'approccio chirurgico inteso come "rescue therapy", prima di un impianto e dopo il fallimento della terapia medica, può essere ottimizzato da una precisa valutazione anatomica dei siti di fuga. Riportiamo i risultati ottenuti con caverno TC dinamica.
Materiali e metodi. Sono stati valutati 26 pazienti candidati a terapia chirurgica per D.E. secondaria a D.V.O. con i criteri di inclusione utilizzati nella nostra U.O.
- Età inferiore a 45 anni
- Profilo ormonale ed ematologico nella norma
- E.D.V. > 10 msec alla ecodinamica
- Risposta assente o insoddisfacente alla prima linea terapeutica con PD5 inibitors

Dopo consenso informato i pazienti sono stati sottoposti a caverno TC secondo il seguente protocollo: T0, iniezione di 10 mcg di PGE1 + Iomeron 20 cc diluito ad 1/3; T1 (10 min.), prima acquisizione TC pelvi. In caso di mancata risposta erettiva il protocollo viene ripetuto con redosing ed iniezione di altri 20 cc di m.d.c.
La rigidità è stata valutata soggettivamente con E.H.S (scala 1-4).
Risultati. 4 pazienti non hanno mostrato drenaggio venoso patologico, in 6 pazienti si sono evidenziate comunicazioni caverno spongioso.
L'opacizzazione della V.D.P. è stata ottenuta in 12 pazienti mentre è stato osservato drenaggio superficiale in 8.
In 7 si è evidenziata l'opacizzazione di entrambe le vie di deflusso superficiali e profonde.
Come evidenziato da Paul e Virag esiste specifica correlazione tra i parametri rigidometrici soggettivi alla E.H.S. e la presenza di deflusso patologico ($p < 0,0001$, E.F.T.).
Conclusioni. La caverno TC consente una corretta pianificazione dell'approccio chirurgico alla D.E. secondaria a D.V.O. attraverso un'accurata classificazione anatomica di sede.
L'assenza di deflusso venoso patologico controindica

l'approccio chirurgico ed orienta per una bassa stratificazione i gravità.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P04
POSIZIONAMENTO PROTESI PENIENA IDRAULICA AMS CX IN UN PAZIENTE AFFETTO DA INDURATIO PENIS PLASTICA DOPO ESPIANTO DI PROTESI SOFFICE VIRILIS II MALPOSIZIONATA: STRATEGIA SEQUENZIALE D'INTERVENTO

Patrizio Vicini[1], Ferdinando De Marco[1], Gabriele Antonini[2], A. Di Silverio, Ettore De Berardinis[2], Vincenzo Gentile[2]
[1]Casa di Cura INI (Istituto Neurotraumatologico Italiano) Grottaferrata, Roma; [2]Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Scienze Urologiche Università "La Sapienza", Roma

Introduzione. Lo scopo del lavoro è presentare l'utilizzo della protesi peniena idraulica AMS CX con Momentary Squeeze in un caso complesso dopo espianto di due pregressi impianti.
Materiali e metodi. Un primo pregresso impianto per via infrapubica di protesi peniena idraulica tricomponente per Induratio Penis Plastica con incurvamento penieno dorsale di 70 gradi e disfunzione vasculogenica, dopo sei mesi successivo espianto protesi tricomponte con incisione legamento pubo-penieno e reimpianto protesi soffici Vrilis II per via infrapubica con corporoplastica di raddrizzamento sec. Yachia per incurvamento dorsale di 70 gradi ed insoddisfazione sessuale all'attivazione delle protesi idraulica con orchialgia destra.
Il paziente giunge alla nostra osservazione dopo un anno dal secondo intervento per presenza di recurvatum penieno dorsale di circa 70 gradi,asimmetria dei cilindri protesici e destrotazione peniena lungo l'asse penieno,non completa rigidità peniena,con glande curvo verso il basso in fase erettiva.
L'accesso chirurgico da noi effettuato è stato molteplice: mediante incisione subcoronale e degloving penieno, si effettua apertura longitudinale parauretrale bilaterale della fascia di Buck ed isolamento notevolmente difficoltoso ma 'completo' del fascio vascolo-nervoso per fino ad ottenere un buon raddrizzamento penieno, mediante incisione peno-scrotale trasversale si effettua corporotomia bilaterale con 'minima' dilatazione dei corpi cavernosi; espianto bilaterale protesi peniena soffice; impianto bilaterale di due cilindri espansibili protesici; fissaggio del tip crurale dei cilindri protesici a livello del corpo cavernoso bilateralmente, posizionamento del serbatoio a livello dello spazio paravescicale e della pompa a livello dello scroto; si effettuano successivamente plicature sec. Yachia subglandulari fino ad ottenere il completo raddrizzamento del glande; medicazione contenitiva semi-compressiva con protesi gonfia al 70%.
Conclusioni. L'impianto della protesi peniena idraulica tricomponente associata ad un "completo" isolamento del fascio vascolo-nervoso, con due minime corporoplastiche di raddrizzamento ventrali subglandulari sec. Yachia, ha permesso un'ottima rigidità peniena ed un perfetto raddrizzamento penieno; il fissaggio dei due tip crurali all'albuginea dei due corpi cavernosi ha consentito un perfetto allineamento dei cilindri lungo l'asse longitudinale penieno ed una simmetrizzazione protesica.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P05
L'INSULINO-RESISTENZA È UN FATTORE PREDITTIVO DI DISFUNZIONE ERETTILE E DI SINTOMI DEL BASSO TRATTO URINARIO: RISULTATI DI UNO STUDIO TRASVERSALE

Giorgio Ivan Russo[1], Sebastiano Cimino[1], Eugenia Fragalà[1], Salvatore Privitera[1], Sandro La Vignera[2], Rosita Condorelli[2], Aldo E. Calogero[2], Tommaso Castelli[1], Vincenzo Favilla[1], Giuseppe Morgia[1]
[1]Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Catania; [2] Dipartimento di Scienze Mediche e Pediatriche, Sezione di Endocrinologia, Andrologia e Medicina Interna, Università degli Studi di Catania

Introduzione ed obiettivi. Diversi studi hanno valutato l'associazione tra sintomi del basso tratto urinario (LUTS), la disfunzione erettile (DE) e la presenza di insulino-resistenza (IR) in soggetti con Sindrome Metabolica (MetS). Scopo dello studio è stato quello di determinare la relazione tra IR, DE e i LUTS; dimostrare se l'insulino-resistenza possa essere considerato un fattore predittivo di disfunzione erettile e di LUTS di grado severo.
Materiali e metodi. Tra il gennaio 2008 e il gennaio 2013 sono stati valutati 544 pazienti consecutivi affetti LUTS secondari ad iperplasia prostatica benigna (IPB) con LUTS ad essa correlata. La funzione sessuale e i sintomi del basso tratto urinario sono stati valutati attraverso l'uso di questionari validati: l'International Index of Erectile Function (IIEF) e l'International Prostate Symptom Score (IPSS). I pazienti sono stati considerati affetti da sindrome metabolica in accordo a quanto definito dalla Federazione Internazionale del Diabete, considerando affetti da IR i pazienti con HOMA Index = 3.
È stata eseguita una regressione logistica univariata e multivariata con l'obiettivo di valutare i fattori predittivi di LUTS severi (IPSS score = 20) e di disfunzione sessuale (IIEF-EF < 26) includendo i criteri di sindrome metabolica, il volume prostatico, il PSA, il testosterone totale e l'HOMA-index.
Risultati. I pazienti affetti da IR avevano un punteggio più alto al questionario IPSS (19.0 vs. 15.0; $p < 0.01$) con punteggi più alti sia nei sintomi di riempimento (IPSS-storage 6.0 vs. 5.0; $p < 0.01$) che di svuotamento (IPSS-voiding 12.0 vs. 9.0; $p < 0.01$) ed un volume prostatico più elevato (54.8 vs. 36.5; $p < 0.01$). I pazienti con IR, inoltre, avevano valori di testosteronemia più bassi (3.83 vs. 4.44; $p < 0.01$) ed un punteggio più basso al questionario IIEF, sia per quanto riguarda la funzione erettile (17.0 vs. 20.0; $p < 0.01$) che i vari

sotto-domini: soddisfazione sessuale (3.0 vs. 10.0; p < 0.01), funzione orgasmica (8.0 vs. 9.0; p < 0.01) e soddisfazione generale (6.0 vs. 8.0; p < 0.01).
È stato dimostrato come l'insulina-resistenza sia un fattore predittivo di ED (IIEF-EF < 26; OR = 6.20, p < 0.01) che di LUTS severi (IPSS = 20; OR = 2.0, p < 0.01).
Conclusioni. I pazienti con insulino-resistenza hanno un rischio più elevato di manifestare LUTS severi e di essere affetti da disfunzione erettile: è auspicabile quindi un una correzione dell'IR al fine di ridurre questo rischio.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P06
500 PROTESI PENIENE IN MASCHI DI 18-86 ANNI. ESPERIENZA PERSONALE DI UN SINGOLO ANDROLOGO

Diego Pozza[1], Carlotta Pozza[2], Mariangela Pozza[1], Marco Musy[1]
[1]Studio di Andrologia e di Chirurgia Andrologica, Roma; [2]Dip.to di Fisiopatologia Medica, Università Sapienza, Roma

Dal 1988 al 2013 (25 aa) nel nostro Studio di Andrologia di Roma sono stati valutati, sempre dallo stesso specialista (DP) oltre 30.000 pazienti affetti da problematiche andrologiche. Il 30% lamentava sintomi legati alla funzione sessuale (erezione-eiaculazione). Dopo le indagini del caso sono state trattati con assistenza psicosessuologica (10%), terapia medica-endocrina (15%), 5PDEi (35%), PGE1 intracavernose (6%), chirurgia dei corpi cavernosi (10%). Il 24% non ha avuto alcuna terapia. Riferiamo i dati che emergono dalla esperienza di un gruppo di 500 pazienti a cui era stata posta l'indicazione alla chirurgia protesica peniena. La particolarità della casistica è rappresentata dal fatto che tutti questi paz. sono stati valutati, operati e seguiti nel p.op. dallo stesso chirurgo (DP).
I 500 paz. avevano età compresa tra 18 e 86 anni (VM:63 aa). 34 paz. con meno di 35 aa e 86 paz con più di 70 aa.
27% erano diabetici, 25% con vasculopatia ipertensiva, 20% con vasculopatia venosa, 5% post chirurgici, 23% con fattori misti. Abbiamo impiantato quasi tutte le protesi peniene in commercio in Europa. 419 protesi malleabili (74 Almed Implantal, 60 AMS600, 60 AcuformGenesis, 55 Jonas, 40 Silmed, 38 Subrini, 30 GIS, 24 Eurogest, 14 Vedise, 12 Omniphase, 12 DuraPhase) e 81 idrauliche (22 AMS700, 22 ColoplastTitan, 18 AMS Dynaflex, 11 AMS Hydroflex, 8 Ambicor). Essendo il nostro un Centro Privato la scelta dell'impianto protesico è apparsa prevalentemente condizionata dai costi. Il ricovero è stato di 1-3 notti salvo pochi casi con complicanze immediate (max 6 gg).
Da 10 anni usiamo una profilassi e terapia antibiotica con Ciprofloxacina, Ceftriaxone, Gentamicina dal giorno -3 al +10. Da 10 aa non seguiamo particolari preparazioni del campo operatorio diverse da quella chirurgica standard.
Nei primi 50 casi anestesia generale, 364 anestesia spinale. In 86 casi (malleabili) anestesia locale con sedazione. Accesso prevalente di tipo peno-scrotale.
Abbiamo dovuto espiantare 71(14%) protesi (41 per malfunzionamento del sistema idraulico, 10 per posizionare un nuovo impianto idraulico, 20 per complicanze di tipo infettivo con estrusione dei cilindri in 13 casi, estrusione della pompa in 5 casi, estrusione dei tubetti in 2 casi). Il tasso di soddisfazione nei pazienti controllati nel tempo (fino a 20 aa) appare superiore al 80%. Il grado di soddisfazione delle partners ugualmente elevato (65%)
La protesi peniena appare un buon rimedio per il Deficit Erettile a qualsiasi età.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P07
IL MALFUNZIONAMENTO DELL'IMPIANTO PROTESICO TRICOMPONENTE DEL PENE IN SEGUITO A ROTAZIONE DEI TUBI DI CONNESSIONE DEL RESERVOIR: UNA RARA COMPLICANZA DELLA CHIRURGIA PROTESICA

Carlo Ceruti[1], Riccardo Faletti[2], Massimiliano Timpano[1], Omidreza Sedigh[1], Marco Falcone[1], Elisa Galletto[1], Mirko Preto [1], Mattia Sibona[1], Bruno Frea[1], Luigi Rolle[1]
[1]Clinica Urologica, Università degli Studi di Torino, Città della salute e della Sceinza, Unità di Andrologia; [2]Radiodiagnostica 3, Città della Salute e della Scienza di Torino

Introduzione ed obiettivi. Presentare un rara complicanza legata al posizionamento ectopico del reservoir AMS Conceal.
Materiali e metodi. 2 soggetti affetti da disfunzione erettile subentrata dopo intervento di cistectomia radicale e confezionamento di vescica ortotopica non responders a terapia medica sono stati sottoposti ad intervento di posizionamento di impianto protesico idraulico tricomponente AMS CX 700 - Inhibizone MS Pump. Il posizionamento delle varie componenti dell'impianto, eseguito mediante unica incisione peno-scrotale, non aveva presentato particolari difficoltà di esecuzione. Considerando la storia del pregresso intervento di cistectomia abbiamo posizionato il serbatoio (AMS Conceal) in sede ectopica retromuscolare.
Risultati. Il decorso post-operatorio è stato regolare. Entrambi i pazienti hanno iniziato l'attività sessuale dopo 6 settimane. In entrambi i casi a circa tre mesi dalla data del posizionamento protesico si è verificato un malfunzionamento con impossibilita all'attivazione dell'impianto. Uno dei due pazienti aveva riferito che il malfunzionamento si era verificato dopo un lungo viaggio in bicicletta. L'ecografia escludeva un possibile leakage dal circuito. La risonanza magnetica poneva il sospetto di una angolatura del tubo di connessione tra attivatore e serbatoio. L'intervento esplorativo (eseguito mediante incisione inguinale), confermava in entrambi i casi l'angolatura che risultava secondaria a torsione del tubo dovuta a reiterata rotazione spontanea del serbatoio. Effettuando la derotazione del serbatoio abbiamo ottenuto la scomparsa dell'angolatura e

l'immediata ripresa funzionale dell'impianto. Il serbatoio è stato quindi riposizionato sfruttando questa seconda incisione, a livello retroperitoneale laterale sec. Montague. A sei mesi di distanza entrambi i dispositivi risultano normalmente funzionanti.
Conclusioni. Riteniamo interessante segnalare questa rara complicanza che si è verificata in entrambi i casi dopo il posizionamento ectopico retomuscolare del serbatoio AMS Conceal. Tale complicanza mette in discussione l'indicazione al posizionamento in tale sede del serbatoio, specialmente in soggetti che effettuano attività sportiva. La diagnosi di angolatura del tubo di connessione è stata agevole utilizzando la risonanza magnetica, che si dimostra un esame radiologico estremamente sensibile nella diagnosi delle complicanze della chirurgia protesica del pene.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P08
LA TECNICA STAGE VS NESBIT: NOSTRA ESPERIENZA

E. Spera, M. Florio, B. Iorio, M. Scarfini
Policlinico Casilino Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Introduzione ed obiettivi. Lo scopo dello studio è stato valutare la nostra esperienza nella tecnica STAGE (escissioni superficiali geometriche della tunica albuginea) e confrontarla con la corporoplastica secondo Nesbit, nel trattamento del recurvatum penieno congenito o acquisito per Induratio penis plastica.
Materiali e metodi. Da Giugno 2013 a Febbraio 2014, 16 pazienti con recurvatum penieno sono stati sottoposti a chirurgia in 8 casi (gruppo A) è stata effettuata corporoplastica sec. Nesbit, in altri 8 casi(gruppo B) è stata effettuata la tecnica STAGE con piccole escissioni superficiali parallele di tunica albiginea effettuate sul punto geometrico di massima curvatura. Tutti i pazienti presentavano recurvatum penieno ventrale o dorsale compreso tra i 30° e gli 80°. In tutti i casi non si associava deficit erettile significativo. Una visita clinica con fotografia del pene in erezione dopo iniezione intracavernosa e misurazione dell'asta peniena è stata effettuata in fase pre operatoria ed a 2 mesi dall'intervento.
Risultati. Nel controllo post opereratorio la perdita di lunghezza media è stata di 3 cm. nel gruppo A (Nesbit) e di 1.5 cm. nel gruppo B (STAGE). La correzione media della curvatura è stata dell'80% nel gruppo A e del 60% nel gruppo B. I pazienti con minor benficio sulla curvatura sono stati quelli del gruppo B con recurvatum superiore ai 60°. Un deficit erettile post operatorio tale da richiedere terapia è stato presente in un solo paziente del gruppo A.
Conclusioni. La tecnica STAGE è caratterizzata in media da una minor riduzione della lunghezza peniena, da un verosimile minor traumatiscmo chirurgico, sembra però inferiore alla tecnica di Nesbit nel correggere le curvature di grave entità.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P09
CHIRURGIA PROTESICA IN DAY HOSPITAL IN SPEENDING REVIWER ERA

Nicola Mondaini[1], Enrico Sarti[1], Gianluca Giubilei[2], Andrea Gavazzi[3], Antonio Costanzi[1], Riccardo Bartoletti[1]
[1]UO Urologia Ospedale Santa Maria Annunziata Firenze; [2]Casa di Cura Leonardo, Vinci Empoli; [3]Centro Oncologico Fiorentino, Firenze

Introduzione. La chirurgia protesica peniena prevede il ricovero per 1-2 notti al fine di eseguire terapia antibiotica, analgesica e rimuovere il catetere ed eventuale drenaggio. La mancanza di spazi chirurgici, la ricerca del contenimento dei costi sta portando ad un forte sviluppo della chirurgia in day hospital. Obiettivo del nostro studio è riportare la nostra esperienza nel posizionare protesi peniene in day hospital essendo tale metodica gia stata valutata in pochissime esperienze, nessuna europea, con risultati controversi.
Materiali e metodi. 45 impianti (bi e tricomponenti) eseguiti da gennaio 2009 a gennaio 2014 sono stati confrontati tra procedure eseguite in day hospital e quelle che hanno richiesto un ricovero di 1-2 notti eseguite tutte dallo stesso chirurgo (NM); sono stati valutati tempi chirurgici, perdite ematiche, complicanze, soddisfazione pazienti-partner, giorni persi di lavoro, uso antidolorifici, costi.
Risultati. 25 pazienti eta media 63,3 (22-78) anni sono rimasti ricoverati 1-2 notte versus 20 eta media 64,2 (53-74) anni che sono stati dimessi il giorno stesso dell'intervento.Il tempo operatorio risulta minore nei trattati in day hospital ma tale dato è legato all'aumentata capacità dell'operatore, i tempi di lavoro persi (circa 14 giorni sono simili nei due gruppi) come il numero di analgesici usati (25 compresse per paziente). La soddisfazione per paziente e partner è uguale nei due gruppi. Nessuna complicanza nel gruppo trattato in day hospital con un risparmio sui costi del 21%.
Conclusioni. La chirurgia protesica peniena è fattibile senza nessun rischio aggiuntivo rispetto al ricovero per 1-2 notti, in qualsiasi paziente, con una riduzione dei costi del 21%.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P10
LA SALUTE DEGLI ADOLESCENTI: COSA CONOSCIAMO?

Giuseppe Benedetto, Giuseppe Abatangelo, Filippo Nigro, Enrico Scremin, Ciro Ammendola, Andrea Tasca
UOC Urologia - Ospedale San Bortolo, Vicenza

Introduzione ed obiettivi. La salute degli adolescenti come l'educazione riveste un ruolo importante nella società. Gli interventi di educazione alla salute nelle scuole mirano a conoscere lo stato di salute dei ragazzi e prevenire le patologie andrologiche adolescenziali.
Materiali e metodi. Nell'anno scolastico 2013-2014 il nostro corso ha coinvolto 8 scuole superiori della città (studenti coinvolti 1150, età media 17 anni, classi III).

Il corso è iniziato con la somministrazione da parte degli insegnanti di un questionario anonimo, elaborato con la Facoltà di Sociologia, formato da 20 items che valutavano lo stato di salute del ragazzo, le abitudini, le conoscenze delle patologie andrologiche, l'approccio al rapporto sessuale e le malattie sessualmente trasmesse.
Successivamente sono state illustrate con slides le principali patologie andrologiche, infine i ragazzi sono stati sottoposti a visita medica andrologica.
Risultati. Nelle tabelle sono riassunti i risultati degli items:

Come va in generale la tua salute?	
Bene	644 (56%)
Molto bene	322 (28%)
Discretamente	161 (14%)
Male	23 (2%)
Hai avuto qualche disturbo nell'ultimo anno?	
Ansia	299 (26%)
Angoscia	195 (17%)
Eiaculazione precoce	70 (6%)
Disfunzione erettile	35 (3%)
Insonnia	195 (17%)
Depressione	92 (8%)
Nulla	264 (23%)
Con quale frequenza vedi il medico curante?	
Quando ho bisogno	1127 (98%)
Una o più volte al mese	23 (2%)
Con quali persone ti consigli per l'uso di farmaci?	
Medico curante	632 (55%)
Familiari	518 (45%)
Bevi alcolici?	
Si	1023 (89%)
No	127 (11%)
È utile per un ragazzo utilizzare viagra?	
No	1092 (95%)
Non so	58 (5%)
Usi metodi contraccettivi prima di un rapporto?	
Si	621 (54%)
No	460 (40%)
Non ho rapporti	69 (6%)
Conoscevi l'autopalpazione del testicolo?	
Si	242 (21%)
No	908 (79%)

Conclusioni. Gli interventi di prevenzione di salute negli adolescenti sono necessari per conoscere le abitudini dei ragazzi e per attuare campagne di prevenzione. Dal nostro studio un dato preoccupante è che buona parte degli adolescenti valutati soffre di ansia ed angoscia ed il 16% dei pazienti definisce il suo stato di salute discreto/male.Il 70% inoltre riferisce disturbi dell'eiaculazione ed il 35% disfunzioni erettive
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P11
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA VITA (QoL) E DELL'ATTIVITÀ SESSUALE DOPO ADENOMECTOMIA TRANSVESCICALE: ANALISI DI 50 CASI

Montesi Lorenzo[1], Quaresima Luigi[1], Tiroli Marco[1], Muzzonigro Giovanni[1], Polito Massimo[2]
[1]Clinica Urologica di Ancona, U.O.S. Uro-Andrologia; [2]Università Politecnica delle Marche

Introduzione ed obiettivi. Valutare il miglioramento della QoL come piena gratificazione dei pazienti e non solo come un aumento di diversi parametri valutati a dodici mesi dopo adenomectomia transvescicale.
Materiali e metodi. Lo studio comprende un'analisi prospettica di 50 uomini affetti da iperplasia prostatica benigna di grandi dimensioni (BHP, maggiore di 80 gr) che sono stati sottoposti ad adenomectomia transvescicale tra aprile 2012 e aprile 2013. I pazienti sono stati sottoposti nel pre e nel post operatorio a dodici mesi all'International Prostate Symptom Score (IPSS), flussimetria (Q_{max}), International Index of Erectile Function (IIEF-5). È stato richiesto, inoltre, di esprimere il proprio grado soddisfazione riscontrata a seguito del trattamento.
Risultati. L'età media dei pazienti era di 71 anni (DS 6,5), con un volume medio della prostata di 103 ml (DS 33,7). Il miglioramento medio di IPSS (diminuzione del punteggio) era 15,3 (DS 8), il miglioramento di IIEF-5 è stato 3,4 (DS5) e l'aumento di Q_{max} era 14 ml/sec. (D.S. 9). I pazienti completamente soddisfatti erano 43; non soddisfatti 2, 5 persone danno un grado intermedio di soddisfazione. Solo un paziente è turbato da eiaculazione retrograda.
Questo studio evidenzia una correlazione (anche se non statisticamente significativa) tra il volume della prostata e la diminuzione del valore IPSS ($p = 0,020$), e tra il volume della prostata e l'aumento di Q_{max} ($p = 0,042$). Nessuna correlazione è stata rilevata tra l'aumento di IEEF-5 e l'età e l'aumento di IEEF-5 e il volume della prostata.
Conclusioni. Secondo le linee guida EAU 2013, l'iperplasia prostatica benigna (BHP) di grandi dimensioni (oltre 80-100 ml) continua ad avere l'adenomectomia transvescicale a cielo aperto come prima linea di trattamento alternativo.
Nella nostra esperienza abbiamo riscontrato non solo una riduzione dei parametri sintomatici di svuotamento, già presentata in diversi studi, ma anche un miglioramento dei parametri di erezione e di un benessere olistico.
Ulteriori studi sono indicati per determinare se questo tipo di chirurgia può avere ulteriori margini di miglioramento se associata ad IPDE5 in termini di funzionalità sessuale e sintomi del basso tratto urinario.

Dell'Atti e Coll. Urologia 2013; Volume 80 n. 4.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P12
APPROCCIO STRUMENTALE INTEGRATO ALL'EIACULAZIONE PRECOCE: GLANDIS TEST, VIRICARE, GENITO SENSORY ANALYZER

Alei G.[1], Letizia P.[1], Rossi A.[1], Alei L.[2]
[1]Dipartimento di Chirurga "P. Valdoni"; [2]Clinica Dermatologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione. L'eiaculazione precoce viene definita primaria o secondaria a secondo che persista da sempre o consegua a periodi di normalità mentre le sue cause si distinguono in organiche e psichiche, anche se spesse volte si trovano associate. Gli autori presentano la loro esperienza nella diagnostica dell'eiaculazione precoce attraverso tre strumenti denominati Glandis Test, Viricare e GSA.
Materiali e metodi. Nella diagnostica dell'eiaculazione precoce è molto importante dirimere le precocità organiche da quelle funzionali e questo lo si ottiene attraverso la diagnostica strumentale dedicata.
Glandis test: dopo aver effettuato una farmcoinfusione endocavernosa con PGE1 il paziente calzerà questo strumento vibratorio solo sul glande. A questo punto sarà distratto dalla visione di un film erotico. L'esame dura dieci minuti. A seconda se il paziente se il paziente avrà eiaculato oppure no potremmo dire se disturbo è funzionale o dovuto ad una ipersensibilità glandulare
Viricare: indotta al paziente un'erezione farmacologica, viene effettuata una stimolazione vibratoria della superficie ventrale del pene. Se il paziente avrà un'eiaculazione entro 10 minuti, l'esame depone per causa organica e non funzionale.
GSA (genito sensory analyzer): metodo con il quale si indagano le vie nervose genitali, studiando come vengono condotti gli stimoli relativi alle vibrazioni e alle sensazioni di caldo freddo: il riscontro di ipersensibilità individua la causa organica di eiaculazione precoce.
Risultati. L'eiaculazione precoce è il risultato di un mix di fattori psicogeni e organici. Così, oltre ad alcuni esami di routine, diventa fondamentale una diagnostica strumentale dedicata. Tra le cause organiche di eiaculazione precoce, che quasi sempre sono secondarie, si distinguono quelle urologiche, neurologiche, sistemiche e iatrogene. Tra le cause urologiche vi è la brevità del frenulo breve che in erezione, essendo stirato, può abbassare la soglia di stimolazione e innescare precocemente il riflesso eiaculatorio. Riportiamo la nostra esperienza decennale nella diagnostica strumentale dell'eiaculazione precoce.
Conclusioni. La terapia medica dell'eiaculazione precoce ha registrato significativi progressi, soprattutto quando è stato possibile individuare la causa. Un attenta valutazione anamnestica, un accurato esame obiettivo e la diagnostica strumentale con GSA glandios test e viricare ci permettono di ottenere ottimi risultati nei pazienti affetti da eiaculazione precoce.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P13
CALCIFICAZIONI PROSTATICHE E LUTS: RUOLO DEI BIOFILM E DELLA FLOGOSI PROSTATICA

Tommaso Cai[1], Nicola Mondaini[2], Francesco Tessarolo[3], Caola Iole[4], Daniele Tiscione[1], Gianni Malossini[1], Patrizio Caciagli[4], Riccardo Bartoletti[2]
[1]Dipartimento di Urologia, Ospedale Santa Chiara, Trento; [2]Dipartimento di Urologia, Università di Firenze, Firenze; [3]BIOtech Interdepartmental center on Biomedical Technologies, Università di Trento, Trento; [4]Dipartimento di Medicina di Laboratorio, Ospedale Santa Chiara, Trento

Introduzione. Le calcificazioni prostatiche sono state recentemente oggetto di interesse della ricerca clinica. Scopo di questo lavoro è la determinazione morfologica, microbiologica e la caratterizzazione patologica delle calcificazioni prostatiche nei pazienti affetti da LUTS e, secondariamente, identificare un possibile evento etiopatogenetico.
Materiali e metodi. Da Novembre 2012 a Marzo 2013, 38 pazienti affetti da LUTS con o senza evidenza di calcificazioni prostatiche all'ecografia transrettale, sono stati arruolati in questo studio prospettico di coorte. All'arruolamento tutti i pazienti sono stati sottoposti a visita urologica ed analisi microbiologiche di routine e specifiche al fine di valutare la presenza dei biofilms. Inoltre è stato raccolto il liquido seminale al fine di valutarne la presenza di leucociti con la citometria. Inoltre, da alcuni pazienti sottoposti a biopsia prostatica sono state raccolte le calcificazioni prostatiche. I pazienti sono stati divisi in due gruppi: pazienti con calcificazioni prostatiche e pazienti senza evidenza di calcificazioni. I due gruppi sono stati analizzati al fine di valutare quei parametri clinici, microbiologici e strumentali che possono avere un ruolo nella genesi delle calcificazioni prostatiche.
Risultati. Sono stati arruolati 38 pazienti (età media 56.7). IPSS medio 16.5. 21 pazienti presentavano calcificazioni prostatiche e sono stati inseriti nel Gruppo A, mentre 17 non avevano calcificazioni prostatiche e sono stati inseriti nel Gruppo B. Il volume prostatico medio era di 45.3 cc. Nel Gruppo A 13 dei 21 pazienti (61.9%) presentavano positività ai risultati microbiologici mentre soltanto 6 nel Gruppo B (35.2%), con una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi. Nel Gruppo A i pazienti avevano un più alto numero di linfociti nell'eiaculato rispetto al Gruppo B ($p = 0.02$). Inoltre, nel Gruppo A è stato messo in evidenza un maggior numero di batteri fortemente produttori di biofilm rispetto al Gruppo B ($p < 0.003$). L'analisi ultrastrutturale al microscopio a scansione eleettronica ha dimostrato che le calcificazioni prostatiche avevano un apsetto tridimensionale molto simile alle forme che assumono i batteri nei biofilm.
Conclusioni. Il presente studio, sottolinea una possibile associazione tra i batteri produttori di biofilm, le calcificazioni prostatiche e i LUTS. Inoltre, lo studi sottolinea il rilevante ruolo della flogosi prostatica nella genesi delle calicificazioni e dei LUTS.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P14
PROSTATITI RECIDIVANTI E SESSUALITÀ

Elena Longhi[1], Andrea Salonia[1], Giorgio Gentile[2], Fulvio Colombo[2], Francesco Montorsi[1]
[1]U.O. Urologia, Centro di Medicina Sessuale, Università Vita Salute San Raffaele, Milano, Italia; [2]SSD Andrologia, Az. Osp. S. Orsola-Malpighi, Bologna

Introduzione ed obiettivi. La finalità di questo studio è stata rintracciare le cause emotive, relazioni, neurovegetative e sessuali del DE in pazienti giovani-adulti affetti da prostatiti recidivanti da almeno un anno.
Materiali e metodi. Sono stati reclutati 100 pazienti di età compresa fra i 25 e i 35 anni, con DE da almeno 6 mesi ed una partner fissa sessuale da tre-sei mesi, con una storia clinica andrologica di prostatiti batteriche recidivanti. Sono stati somministrati nell'ordine: International Index of Erectile Dysfunction (IIEF), the Hamilton Depression Evaluation Scale (HAM-D). Each partner was administered the following: Female Sexual Function Index (FSFI), Brief Male Sexual Inventory (BMSI), Measuring Marital Satisfaction (MMS-3G), Sexual Satisfaction Scale (SSS), The Conflict Tastics Scales (CTS). A questi sono seguiti un'intervista di controllo e tre colloqui psicosesuologici. Sul piano clinico, ad ogni paziente era stata prescritta una terapia antibiotica ripetuta nel tempo e una terapia orale per la disfunzione erettile in basso dosaggio one day.
Risultati. Presenti tratti ansioso-depressivi: HAM-D 26.8 +/- 1.80 e Italian version of the CES-D 29.4 +/- 1.5. Sul piano dell'autostima (Italian version of the RSES) risulta maggiore la sensazione di inadeguatezza e indefinitezza della propria immagine corporea (37.6 +/- 8.2), alta (DSI-R) la dipendenza dalle aspettative della partner (56.2 +/- 1.4), nonché la rivalità verso di Lei (34.3 +/- 1.1). L'IIEF ha mostrato un'incidenza del 64.1 +- 2.4 Nessuno dei pazienti ha assunto la terapia orale per il DE prescritta anche se è stata acquistata: la remissione del sintomo è stata dichiarata fra il secondo e il terzo colloquio di counseling psicosessuologico.
Conclusioni. Il DE psicogeno nel giovane adulto affetto da prostatiti batteriche recidivanti appare causato da sindrome mista ansioso-depressiva, alto stress psicogeno nella conduzione di ruoli competitivi sul lavoro e nella sessualità, bassa soglia di frustrazione Nel DE sembra emergere anche una richiesta di verifica del ruolo virile raggiunto da parte del paziente sia all'andrologo sia all'equipe medica di supporto (sessuologo) In contrapposizione alla relazione con partner spesso competitive e dalla forte personalità.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P15
SESSUALITÀ E SCLEROSI MULTIPLA NEL GIOVANE ADULTO

Elena Longhi[1], Andrea Salonia[1], Alessandro Franceschelli[2], Giorgio Gentile[2], Fulvio Colombo[2], Francesco Montorsi[1]
[1]U.O. Urologia, Centro di Medicina Sessuale, Università Vita Salute San Raffaele, Milano, Italia; [2]SSD Andrologia, Az-Osp. S. Orsola-Malpighi, Bologna

Introduzione ed obiettivi. Il presente studio ha indagato le cause psicogene di disfunzioni erettili e ejaculazione precoce in giovani fra i 20 e i 35 anni, affetti da sclerosi multipla in terapia da almeno due anni con interferone e esenti da recidive da altrettanto periodo. Il campione denunciava Deficit Erettile e/o Ejaculazione Precoce fin dal primo rapporto sessuale completo.
Materiali e metodi. Sono stati studiati 150 pazienti di età compresa tra i 20 e i 35 anni con una relazione stabile da almeno un anno. Ad ognuno dei partners sono stati somministrati: Measuring Marital Satisfaction (MMS-3G), The Conflict Tactics Scales (CTS), Sexual Sactisfaction Scale (SSS), Comunication Patterns Questionaire (CPQ), seguiti da 5 colloqui di counseling sessuologico. Fullow up a tre, sei mesi, tuttora in atto
Risultati. La maggior parte del campione (62%) riferisce il primo rapporto sessuale con l'attuale partner, il restante gruppo (38%) riferisce relazioni non significative antecedenti l'attuale. Il 64% non ha mai utilizzato l'autoerotismo, il 25% ha visionato saltuariamente materiale video pornografico, 11% ha riscontrato ansia e tachicardia fin dal primo approccio. Ostilità e rabbia (82%) vengono soffocati in atteggiamenti verso la partner: iperprotettivi (54%), genitoriali (34%), ludico-adolescenziali (61%) Escluso il conflitto verbale aperto 78%, alto il livello di relazione simbiotica ed effusiva 89%. Il gioco sessuale (62%) sembra più prerogativa delle partner, fantasie e desiderio di tradimenti vengono perseguiti (73%) dai pazienti senza dare seguito ad agiti. Assenti le fantasie erotiche durante gli approcci sessuali. In tutti i partner erano presenti ansia, inadeguatezza, angoscia nella costruzione di un possibile futuro, dubbio sulla realizzazione di una paternità, angoscia per la progressione di malattia (sclerosi multipla)
Conclusioni. La sessualità nei giovani con sclerosi multipla sembra ritardare un'evoluzione matura e responsabile del ruolo partner-amante. Le disfunzioni sessuali, spesso vissute come esperienza di ulteriore inadeguatezza, sembrano proporre alla partner un ulteriore richiesta di avvalorazione di ruolo maschile e di ingaggio nella vita a due. Gli esercizi sessuali si sono mostrati un rituale utile per motivare i giovani partner in un ruolo più aggressivo e virile nella sessualità.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P16
ADENOCARCINOMA PRIMITIVO DELL'URETRA ANTERIORE. CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Roberto Falabella, Saveriano Lioi, Franco Ponti, Francesco Abate, Vincenzo Lorusso, Fortunato D'urzo, Angela Vita
U.O.Urologia, Azienda Ospedaliera San Carlo, Potenza

Paziente di 40 aa, no comorbidità, non fumatore, giunge alla nostra osservazione per macroematuria

Ecografia vie urinarie negativa.
Alla cistoscopia flessibile si evidenzia grossolana neoformazione papillare dell'uretra anteriore dalla fossa navicolare allo sfintere striato.
Si esegue resezione endoscopica della neoformmazione con istologia che depone per adenocarcinoma moderatamente differenziato infiltrante la mucosa uretrale e focalmente i corpi spongiosi.
Paziente sottoposto a esami di stadiazione e colonscopia.
Si procede a cistectomia radicale, uretrectomia en-bloc, linfoadenectomia regionale, confezionamento di Bricker.
Si decideva di risparmiare il pene in quanto esente da infiltrazione macrosocpica.
L'esame istologico definitivo deponeva per assenza di neoplasia in tutti i distretti asportati.
Paziente al momento in ottime condizioni di salute e in follow-up oncologico.
Vista la rarità del caso, la lettteratura e le linee guida non propongono linee di condotta univoche.
Noi abbiamo scelto di eseguire un intervento radicale alle vie urinarie risparmiando i corpi cavernosi.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P17
GLANDULECTOMIA E GLANDULOPLASTICA CON MUCOSA URETRALE EVERTITA NEL TUMORE DEL PENE

Saveriano Lioi, Roberto Falabella, Franco Ponti, Francesco Abate, Fortunato D'urzo, Vincenzo Lorusso, Angela Vita
U.O. Urologia, Azienda Ospedaliera San Carlo, Potenza

Introduzione. Il tumore del pene è una neoplasia rara e spesso molto aggressiva. Tradizionalmente il trattamento chirurgico è demolitivo con l'amputazione totale o parziale dell'organo. Noi proponiamo per neoplasie non infiltranti un trattamento chirurgico conservativo dal punto di vista anatomico e funzionale mantenendo le caratteristiche di radicalità oncologica.
Materiali e metodi. Tra il 2007 e il 2013 abbiamo selezionato 16 pazienti affetti da neoplasia del pene (12 T1G1-2N0M0, 4 T2G1-2N0M0) di età compresa tra 43 e 68 anni.
Tutti i pazienti presentavano erezione conservata. Abbiamo eseguito intervento di glandulectomia con preservazione degli apici cavernosi. Abbiamo ricostruito il glande con mucosa uretrale evertita. Nei pazienti T2 abbiamo eseguito linfoadenectomia inguinale.
Catetere vescicale rimosso in 7 giornata.
Risultati. Il tempo operatorio della glanduloplastica ricostruttiva non superava i 30 minuti. I pazienti presentavano sensibilità termica e tattile. I pazineti presentavano erezioni rigide spontanee (13/16) o farmacoindotte (3/16).
Stimolo eiaculatorio e orgasmico.
2/16 presentavano recidiva di malattia al follow-up con necessità di radicalizzazione chirurgica.
Assenza di necrosi ischemiche o fibrosi del neoglande 9/16 presentavano curvatura del pene in erezione.
Discussione. La nostra esperienza presenta una buona opzione chirurgica per trattare neoplasie del pene non infiltranti garantendo un buon risultato estetico e funzionale nel pieno rispetto della radicalità oncologica.
Soprattutto in pazienti giovani e sessualmente attivi la tecnica potency sparing della glandulectomia con risparmio degli apici cavernosi permette una precoce ripresa della attività sessuale con miglioramento della qualità della vita.
L'utilizzo della mucosa uretrale permette il mantenimento della sensibilità del neoglande con preservazione dello stimolo eiaculatorio ed orgasmico.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P18
IMPATTO DELLA CORREZIONE DEL VARICOCELE SUI PARAMETRI SEMINALI IN PAZIENTI DI ETÀ SUPERIORE A 40 ANNI

Alessandro Franceschelli, Giorgio Gentile, Riccardo Cividini, Fulvio Colombo
SSD Andrologia, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Introduzione ed obiettivi. I pazienti affetti da varicocele sono a rischio di una progressiva diminuzione dei livelli di fertilità. Non è presente un comune accordo in merito all'efficacia della correzione del varicocele in uomini di età superiore ai 40 anni, probabilmente a causa di danni irreversibili ai testicoli o potenzialità limitata per il recupero dai danni indotti dal varicocele.
In questo studio retrospettivo abbiamo confrontato i risultati ottenuti correggendo il varicocele nei pazienti di età superiore a 40 anni con quelli conseguiti nei pazienti di età inferiore a 40 anni.
Materiali e metodi. Pazienti affetti da varicocele clinico e sottoposti da gennaio 2010 a settembre 2013 a correzione chirurgica. Tutti i pazienti sono stati valutati preoperatoriamente con ecodoppler testicolare e spermiogramma completo. A distanza di almeno 3 mesi dall'intervento tutti i pazienti hanno eseguito un controllo clinico e ripetuto lo spermiogramma. I pazienti sono stati divisi in 3 gruppi in base all'età al momento dell'intervento: < 30 anni, tra 30-39 anni e = 40 anni
Risultati. Un totale di 224 pazienti ha incontrato i criteri di inclusione: 89 pz di età inferiore a 30 anni; 105 compresi tra i 30 e i 39 anni; 30 di età = 40 anni.
I valori medi per gruppo ottenuti sono stati i seguenti:
Gruppo < 30 anni:
volume eiaculato preop 3.17 ml vs 3.30 postop; % motilità preop: 24.35 vs 28.52 postop; % morfologia normale preop 27.60 vs 27.41 postop; numero di spermatozoi preop 46.80 M/ml vs 61.4 M/ml postop
Gruppo 30-39 anni:
volume eiaculato preop 3.58 ml vs 3.67 postop; % motilità preop:18.25 vs 19.07 postop; % morfologia normale preop 26.13 vs 22.57 postop; numero di spermatozoi preop 27.53 M/ml vs 33.96 M/ml postop
Gruppo = 40 anni:
volume eiaculato preop 2.85 ml vs 3.22 postop; %

motilità preop:15.17 vs 18.18 postop; % morfologia normale preop 26.78 vs 23.57 postop; numero di spermatozoi preop 37.79 M/ml vs 48.48 M/ml postop.
Conclusioni. La correzione chirurgica di varicocele ha determinato un incremento nella motilità degli spermatozoi e del numero di spermatozoi in tutti i gruppi d'età, compresi gli uomini oltre la quarta decade di vita. La varicocelectomia dovrebbe essere offerta anche in questo gruppo di pazienti infertili.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P19
SODDISFAZIONE A LUNGO TERMINE DOPO CHIRURGIA PROTESICA SEMPLICE E CHIRURGIA DI PLACCA PER INDURATIO PENIS PLASTICA

Ceruti C, Rolle L, Timpano M, Sedigh O, Falcone M, Preto M, Comisso V, Frea B.
Osp. Molinette - Divisione Universitaria Urologia 2, Ospedale Molinette, Ospedale Molinette Torino

Introduzione. I pazienti affetti da malattia di Induratio Penis Plastica (IPP) con disfunzione erettile e incurvamento o accorciamento penieno possono essere trattati, a seconda della gravita del quadro, con il posizionamento di protesi con modelling oppure con interventi più complessi di chirurgia di placca (incisioni trasversali o circonferenziali con apposizione di patch) su protesi. Sono disponibili pochi dati sulla soddisfazione a lungo termine dei pazienti sottoposti a questo tipo di chirurgia.
Materiali e metodi. Abbiamo estratto dal nostro database i dati dei pazienti sottoposti a chirurgia protesica per IPP dal 2010 al 2012. Sono disponibili dati completi relativi a 33 pazienti: 9 sono stati sottoposti a impianto protesico con modelling (gruppo A), 24 a chirurgia di placca complessa su protesi: incisione standard ad H o incisione circonferenziale con tecnica a slitta (JSM 2012, 9 (9), 2389-95). Protesi impiantate: AMS 700 in 14 casi, protesi malleabile o AMS Spectra in 9 casi, Virilis in 10 casi. Per confezionare il patch è stato usato il SIS in 14 casi, la tunica vaginale autologa in 6 e il Tachosil in 4. I pazienti sono stati valutati prima della chirurgia e a 12 mesi con IIEF e SEP; a 12 mesi con visita, EDITS e domande "ad hoc". Statistica: T test, chi-square test
Risultati. 4 pazienti hanno riportato complicanze Clavien I; 1 paziente è stato sottoposto a revisione chirurgica per cedimento apicale a 1 anno. Nessun paziente ha dimostrato incurvamento recidivo. L'IIEF medio è salito da 41.5 a 58.2 a 12 mesi (gruppo A da 43 a 62, gruppo B da 35 a 58, p = 0.28), l'EDITS risultava 39.5 (A:41, B:42; p = 0.7). 24/33 (72%) pazienti si sono dichiarati soddisfatti dei rapporti al SEP-3 (A:7/9, B:17/24; p = 0.68). Se richiesti di dare un punteggio da 1 a 4 per descrivere la lunghezza del pene dopo chirurgia, i pazienti di entrambi i gruppi hanno dato un punteggio medio di 2.6; alla domanda se avrebbero rifatto l'intervento, 27 (81%) hanno risposto si (A:8/9, B:19/24; p = 0.51).
Discussione e conclusioni. La chirurgia protesica anche complessa per IPP a ha buoni risultati e una alta soddisfazione generale a distanza. Non vi è una differenza statisticamente significativa nei risultati funzionali e nella soddisfazione tra pazienti sottoposti a chirurgia protesica semplice e pazienti sottoposti a chirurgia ad elevata complessità.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P20
GESTIONE DELLA GANGRENA DI FOURNIER: NOSTRA ESPERIENZA

Lucio Dell'Atti, Gianni Ughi, Carmelo Ippolito, Laura Fornasari, Giovanni Pietro Daniele, Gian Rosario Russo
U.O. Urologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Arcispedale "S. Anna", Ferrara

Introduzione. La Gangrena di Fournier (GF) è una patologia rara, caratterizzata da fascite necrotizzante polimicrobica rapidamente progressiva a carico della regione perianale, perineale e genitale, che può evolvere rapidamente in shock settico con mortalità tra il 30% ed il 50% dei casi. Riportiamo la nostra esperienza in uno studio osservazionale retrospettivo relativo agli ultimi 6 anni, in cui abbiamo analizzato fattori di rischio, gestione diagnostica, terapeutica ed outcome a medio termine.
Materiali e metodi. Tra il 2007 e 2013, 21 pazienti (pz) affetti da GF sono giunti presso la nostra U.O., 13 pz provenivano dal Pronto Soccorso, 5 dalle Medicine e 3 dalle Chirurgie del nostro Ospedale. 19pz di sesso maschile, solo 2 pz di sesso femminile, l'età media 59 aa (34-82), BMI 25.2 kg/m^2 (18.4-28). Tutti i pz sono stati sottoposti in urgenza a tripla copertura antibiotica parenterale ad ampio spettro ed intervento chirurgico demolitivo di recentazione e curettage chirurgica con ossigenazione tissutale.
Risultati. 57% (12/21) dei pz era affetto da diabete mellito, 2 pz HIV positivo, 3 pz HCV positivi, 1 pz con vescica neurologica, mentre il 66% aveva una storia di alcolismo e tabagismo. È stata effettuata in 4 pz l'orchiectomia, in 2 pz una colostomia, in 2 una ileostomia temporanea, in 3 pz posizionato un catetere sovrapubico. Il sito di origine più frequente d'infezione è stato lo scroto 52%, seguito dalla regione perianale 24%. Gli agenti patogeni più frequenti riscontrati sono stati E. coli (44%) e Enterococcus faecalis (37%). 10 pz (48%) hanno richiesto un ricovero in Terapia Intensiva per una media di 4 giorni; il tempo di degenza media in ospedale è stato di circa 22,6 giorni (range: 7-35). 15/21 pz hanno effettuato cicli di ossigeno terapia iperbarica (7 sedute in media). In relazione all'estensione della malattia, in 4 casi il tempo ricostruttivo è stato eseguito in collaborazione con i chirurghi plastici. Il tasso di mortalità è stato del 19% (4 pz).
Conclusioni. I dati ottenuti sono in linea con quelli della letteratura: non sono state osservate differenze significative per quanto riguarda fattori di rischio, eziologia e comorbidità, ad eccezione dell'obesità che nella nostra casistica non ha rappresentato un fattore

di rischio. Il nostro mortality rate è inferiore a quello riportato in letteratura. Una precoce e corretta diagnosi associate ad un approccio terapeutico multidisciplinare rappresentano la chiave vincente nella gestione della GF.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P21
ESISTE UNA CORRELAZIONE DIRETTA TRA DISFUNZIONE ERETTILE E BIOPSIA PROSTATICA DI SATURAZIONE? STUDIO MONOCENTRICO PROSPETTICO RANDOMIZZATO

Lucio Dell'Atti, Gianni Ughi, Gian Rosario Russo
U.O. Urologia, Azienda Ospedaliera-Universitaria Arcispedale "S. Anna", Ferrara

Introduzione. In questo studio è stata valutata la funzione sessuale (FS) in pazienti sottoposti a biopsia prostatica di saturazione (BPS) in differenti stadi di cancro prostatico (PCa) e patologia prostatica benigna.
Materiali. Tra il giugno 2009 e marzo 2013: 320 pazienti sottoposti a BPS per sospetto clinico di PCa sono stati arruolati. A questi è stato somministrato il questionario IIEF-5 prima della BPS e dopo la procedura ad 1 e 6 mesi. Ottenuti i risultati istologici abbiamo diviso i pazienti in due gruppi: GA: 113 con PCa; GB: 207 con patologia benigna.
Risultati. 21 dei 320 pazienti sono stati esclusi per mancata compilazione del questionario in una delle tre fasi prese in esame dallo studio. L'età dei pazienti (GA: 71,2 ± 6,5; GB: 69,4 ± 6,8), il PSA (GA: 8,7 ± 5,4 ng/ml; GB: 7,2 ± 4,7 ng/ml), volume prostatico (GA: 40,30 ± 11,19 ml; GB:41 ± 10,70 ml) ed il numero dei prelievi (GA: 28,2 ± 4,3; GB: 27,5 ± 4,9) non mostrarono una correlazione significativa nei risultati di punteggio dell'IIEF dopo BPS in entrambi i gruppi (p: 0,125). La media dei punteggi IIEF è stata nel GA: 20,1 ± 5,7, 16.1 ± 5,7 e 18,6 ± 5,6 prima della BPS ed a uno e sei mesi dopo biopsia; mentre nel GB: 19,8 ± 5,2, 16,4 ± 4,8 e 16,5 ± 6,9, rispettivamente. Non si sono trovate significative differenze nei due gruppi la la fase pre e post bioptica (p: 0,255), al contrario si sono riscontrate significative differenze nei punteggi dopo biopsia a sei mesi (p: < 0,003). Le patologie concomitanti segnalate furono: il diabete mellito in 31 pazienti (10,3%), coronaropatia in 15 (5%), ipertensione in 58 (19,4%) ed altre patologie in 17 (5,7%).
Conclusioni. A nostro avviso i risultati ottenuti possono esser interpretati dal fatto che la DE dopo BPS al primo mese nei due gruppi può essere causata da un danno anatomico diretto dovuto alla compressione del fascio neurovascolare attribuibile all'ematoma o edema venutosi a creare e dal possibile dolore pelvico conseguente. Un alterazione della FS a sei mesi dalla biopsia nel GA può esser spiegata invece con il fatto che oltre agli effetti legati al PCa in sé, ma anche causata da disturbi psichici dovuti dalla consapevolezza di avere malattia ed ai i suoi possibili risvolti da futuri trattamenti terapeutici.
Pertanto, il nostro studio non supporta l'opinione di alcuni autori che considerano le possibili cause di DE: tipo di anestesia utilizzata e/o il numero di prelievi effettuati (p: 0,125), perché la sola diagnosi di PCa ha dimostrato di essere una variabile predittiva di DE (p < 0,003).
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P22
MALATTIA DI LA PEYRONIE: PATCHWORK DI DERMA BOVINO FETALE SURGIMEND® CON TECNICA GEOMETRICA

Patrizio Vicini[1], Ferdinando De Marco[1], Omid Sedigh[2], Gabriele Antonini[3], Ettore De Berardinis[3], Hussein Shahabadi[3], Vincenzo Gentile[3]
[1]Casa di Cura INI (Istituto Neurotraumatologico Italiano) Grottaferrata, Roma; [2]SCD Urologia, Molinette di Torino; [3]Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Scienze Urologiche Università "La Sapienza", Roma

Introduzione. Lo scopo del lavoro è presentare l'utilizzo del derma bovino fetale SurgiMend® con corporoplastica di tipo geometrico in un paziente affetto da Malattia di La Peyronie.
Materiali e metodi. Il caso è di un paziente affetto da Malattia di La Peyronie con recurvatum dorso laterale sinistro di circa 90 gradi e normale funzione erettiva ma con coito impossibile.
L'accesso chirurgico da noi effettuato è stato il seguente: mediante incisione subcoronale e degloving penieno, si effettua apertura longitudinale parauretrale bilaterale della fascia di Buck ed isolamento del fascio vascolo-nervoso.
Verifica della curvatura tramite erezione idraulica che risulta essere di circa 90 gradi, incisione geometrica dell'abuginea nel punto di massima curvatura fino a raggiungere un completo rilassamento ed allungamento penieno. Posizionamento di patch di derma bovino fetale SurgiMend® fissato con Vicryl 3/0.
Verifica tramite erezione idraulica del completo raddrizzamento penieno.
Chiusura a strati. Medicazione contenitiva semi-compressiva.
Risultati. Il paziente nel postoperatorio non ha avuto infezione, né alterazioni di tipo meccanico, con normale ripresa dell'attività sessuale a 4-6 settimane.
A 6 mesi dall'intervento il paziente, valutato tramite questionario IIEF 15, Ecocolordoppler Penieno Dinamico e RMN Peniena, ha riferito un ottimo risultato estetico e funzionale con pene completamente raddrizzato ed allungato ed una normale funzione erettiva; non si è verificato alcun accorciamento penieno.
Conclusioni. Il patch di derma bovino fetale SurgiMend® offre chiari vantaggi rispetto alle protesi sintetiche o ad altri patch biologici utilizzati finora. Contiene una concentrazione di collagene di tipo III tripla rispetto ad altre matrici dermiche acellulari, che favorisce la riparazione tessutale e al contempo inibisce la formazione cicatriziale. È collagene puro privo di crosslin-

king chimici e proteine denaturate e per tale motivo non stimola una risposta infiammatoria da corpo estraneo acuta o cronica che potrebbe provocare la degenerazione dell'impianto ma promuove un ripopolamento cellulare rapido ed una vascolarizzazione precoce.
Riteniamo quindi che il patch di derma fetale bovino SurgiMend® può essere considerato uno dei patch ideali per la correzione con corporoplastica di tipo "geometrico" dei recurvatum penieni gravi secondari ad Induratio Penis Plastica perchè consente di preservare sia la lunghezza del pene che la funzione erettile.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P23
L'ETÀ MASCHERA DIFFERENZE CLINICAMENTE SIGNIFICATIVE TRA UOMINI AFFETTI DA INFERTILITÀ DI COPPIA PRIMARIA E SECONDARIA. RISULTATI DI UNO STUDIO REAL-LIFE TRASVERSALE

Alessandro Serino[1], Paolo Capogrosso[1], Eugenio Ventimiglia[1], Michele Colicchia[1], Luca Boeri[1], Giulia Castagna[1], Fabio Castiglione[1], Andrea Russo[1], Giovanni La Croce[1], Rocco Damiano[2], Francesco Montorsi[1], Andrea Salonia[1, 2]
[1]Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia; [2]Dottorato di ricerca in Urologia, Università Magna Graecia Catanzaro, Italia

Introduzione ed obiettivi. Nel tempo è stato osservato un aumento dell'età paterna. Noi abbiamo investigato l'impatto dell'età su parametri clinici, laboratoristici e dello spermiogramma in uomini Europei-Caucasici affetti da infertilità di coppia primaria (IC-P) o secondaria (IC-S).
Materiali e metodi. Dati demografici, clinici e laboratoristici di 1684 pazienti infertili sono stati analizzati. IC-P e IC-S sono state definite secondo i criteri della World Healt Organization (WHO). Le comorbilità sono state stratificate secondo il Charlson Comorbidity Index (CCI) in 0 vs 1vs = 2. La sindrome metabolica (SM) è stata definita secondo i criteri NCEP-ATPIII. Il volume testicolare è stato valutato con l'orchidometro di Prader. Gli spermiogrammi sono stati valutati in base ai criteri di riferimento WHO 2010. L'età mediana è stata utilizzata per dividere il campione in un gruppo composto da pazienti più giovani e uno da pazienti più vecchi. L'analisi statistica ha testato le differenze età-correlate tra i 2 gruppi.
Risultati. Nell'intero campione l'IC-P e l'IC-S sono riportate rispettivamente in 1483 (88.1%) e 201 (11.9%) pazienti. Gli uomini affetti da IC-S sono più vecchi di quelli affetti da IC-P [media (SD) 39.8 (8.5) vs 36.4 (5.33) anni; $p < 0.001$]. In seguito alla suddivisione per età si è osservato che i soggetti affetti da IC-P più giovani presentavano volumi testicolari inferiori ($p = 0.04$), minori livelli sierici di inibina B ($p = 0.01$), più alti livelli di FSH ($p < 0.05$), e una maggiore prevalenza di alterazioni allo spermiogramma ($\chi = 7.85$, $p < 0.05$) in confronto a pazienti affetti da IC-S della stessa età.
Al contrario nessuna differenza è stata riscontrata confrontando i pazienti del gruppo di età maggiore affetti da IC-P con quelli affetti da IC-S.
Il gruppo più anziano affetto da IC-S presentava nella maggior parte dei casi un CCI = 1 ($\chi = 12.02$, $p = 0.002$), una maggiore prevalenza di SinMet ($\chi = 9.73$, $p = 0.002$), di ipertensione arteriosa ($\chi = 7.27$, $p = 0.007$), e di obesità di grado 1 sec. NIH ($\chi = 7.57$, $p = 0.02$). Tutte le altre variabili non mostravano differenze significative tra i gruppi.
Conclusioni. I risultati di questo studio hanno mostrato che i valori ormonali e laboratoristici in grado di differenziare l'IC-P dalla IC-S in pazienti giovani perdono di significatività con l'avanzare dell'età. Viceversa, gli uomini affetti da IC-S più avanti negli anni hanno uno stato di salute generale peggiore rispetto ai soggetti della stessa età affetti da IC-P.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P24
MIGLIORAMENTO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO (MCIDS) DELL'IIEF-EF IN PAZIENTI CON DISFUNZIONE ERETTILE PSICOGENA DOPO SVEZZAMENTO DALLA TERAPIA CON TADALAFIL OAD. QUADRO REALISTICO DALLA PRATICA CLINICA QUOTIDIANA

Giovanni La Croce[1], Paolo Capogrosso[1], Michele Colicchia[1], Luca Boeri[1], Alessandro Serino[1], Eugenio Ventimiglia[1], Cesare Regina[1], Andrea Russo[1], Giulia Castagna[1], Fabio Castiglione[1], Ryan Matloob[1], Rocco Damiano[2], Francesco Montorsi[1], Andrea Salonia[1,2]
[1]Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia; [2]Dottorato di ricerca in Urologia, Università Magna Graecia Catanzaro, Italia

Introduzione ed obiettivi. Valutare efficacia, soddisfazione e ripresa della funzionalità erettile (FE) in pazienti con disfunzione erettile (DE) psicogena trattati con Tadalafil 5 mg una volta al giorno (OaD).
Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati di 100 pazienti al primo riscontro di DE psicogena nel corso degli ultimi 24 mesi. Le comorbidità dei pazienti sono state classificate secondo il Charlson Comorbidity Index (CCI). A tutti è stato prescritto Tadalafil 5 mg OaD per sei mesi. I pazienti hanno compilato l'IIEF prima e dopo la terapia oltre ad un questionario non validato per valutare la compliance e la soddisfazione per i risultati ottenuti. La compliance e l'efficacia a lungo termine del trattamento sono state valutate con analisi di statistica descrittiva e modelli di regressione logistica.
Risultati. L'età media dei pazienti (SD) era 45,3 anni (11,9) (range 21-54). 30 pazienti (30%) hanno rifiutato di rispondere al sondaggio. Dei restanti 70 pazienti, 57 (57%), ha seguito il trattamento come prescritto, mentre 13 (13%) non hanno ancora iniziato la terapia. 30 dei pazienti complianti (52,6%) ha interrotto la terapia dopo 6 mesi, gli altri 27 (47,4%) hanno invece continuato ad assumere il farmaco. L'IIEF-EF è significamente migliorato in entrambi i gruppi dopo tratta-

mento (p < 0.001). Dei pazienti che hanno assunto la terapia, 32 (60.4%) hanno mostrato un miglioramento significativo anche in base ai criteri MCIDs e 34 (63%) hanno interrotto la terapia con Tadalafil 5 mg OaD in anticipo perché in grado di ottenere erezioni autonomamente, 15 di questi (45,5%) hanno interrotto la terapia dopo 1 mese.
I pazienti più giovani (= 40 anni) e sani (CCI < 1) sono quelli che hanno più spesso interrotto il trattamento (chi^2 4.0; p < 0.05; chi^2 4,191, p = 0,04). Viceversa l'IIEF-EF basale non ha influenzato l'interruzione del trattamento. All'analisi multivariata, il miglioramento della FE era significativamente associato con la sensazione soggettiva del paziente di indipendenza dal trattamento (OR 6,7; p = 0.01).
Conclusioni. Il Tadalafil OaD ha significativamente migliorato la FE dei pazienti con DE psicogena. Il 63% dei pazienti ha raggiunto erezioni valide dopo la sospensione del farmaco anche se quasi la metà di loro non ha interrotto la terapia dopo i primi 6 mesi come da indicazioni.
Il miglioramento clinicamente significativo (MCIDs) dell'IIEF-EF è predittore dello svezzamento del paziente dalla terapia con tadalafil.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P25
IN UN TERZO DEI PAZIENTI AFFETTI DA DISFUNZIONE ERETTILE VARDENAFIL 10 MG ODT PROMUOVE UN'EREZIONE SODDISFACENTE IN MENO DI 30 MINUTI - RITRATTO DELLA PRATICA CLINICA QUOTIDIANA

Fabio Castiglione[1], Paolo Capogrosso[1], Michele Colicchia[1], Alessandro Serino[1], Luca Boeri[1], Eugenio Ventimiglia[1], Giovanni La Croce[1], Ryan Matloob[1], Cesare Regina[1], Giulia Castagna[1], Andrea Russo[1], Rocco Damiano[2], Francesco Montorsi[1], Andrea Salonia[1,2]
[1]Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia; [2]Dottorato di Ricerca in Urologia, Università della Magna Graecia, Catanzaro, Italy

Introduzione ed obiettivi. Abbiamo indagato l'efficacia e il tempo d'insorgenza di Vardenafil 10 mg ODT (VAR) in uomini eterosessuali sessualmente attivi, sia già trattati con inibitori delle fosfodiesterasi 5 (PDE5i) che non trattati, affetti da disfunzione erettile (DE).
Materiali e metodi. Dati demografici e clinici di 100 pazienti consecutivi trattati con VAR sono stati analizzati. Le comorbilità sono state stratificate secondo il Charlson Comorbidity Index (CCI) in 0 vs 1 vs = 2. Cut-offs categorizzati del BMI sono stati usati come proposto da NIH. Tutti i pazienti hanno completato i domini del Indice Internazionale della Funzione Erettile (IIEF) sia prima del trattamento sia al follow-up. La severità della DE è stata stratificata in base al punteggio del dominio Funzione Erettile del IIEF. Statistiche descrittive e modelli di regressione logistica hanno verificato l'associazione tra il trattamento con VAR e potenziali fattori predittivi.
Risultati. Di tutti, 61, 32 e 7 pazienti hanno assunto VAR, non hanno mai assunto VAR, e non hanno partecipato allo studio, rispettivamente. Non sono emerse differenze significative tra il gruppo trattato e il gruppo non trattato in termini di età, stato educazionale e relazionale; contrariamente, una precedente assunzione di PDE5i è risultato un fattore predittivo per l'assunzione di VAR (Ø = 14.64; p = 0.001). VAR è stato assunto = 2 ore, tra 1 e 2 ore, e = 30 min prima del rapporto da 7 (11.5%), 13 (21%), 18 (29.5%), e 23 (38%) pazienti. Un'erezione adeguata per la penetrazione vaginale è stata riportata da 5 (8.2%), 5 (8.2%), 11 (18%), 14 (23%), 10 (16.3%), e 16 (26.3%) pazienti in < 15, < 20, < 30, < 45, < 60, and = 120 min, rispettivamente. Tutti i punteggi dei domini IIEF sono significativamente migliorati dopo l'assunzione di VAR (all p = 0.004). Su 61, 48 (78.7%) hanno riferito una risposta positiva al SEP3. All'analisi logistica multivariata, BMI = 25 è risultato l'unico fattore indipendente predittivo di un esordio d'azione ritardato del VAR.
Conclusioni. Un terzo dei pazienti affetti da DE riporta un'erezione soddisfacente in meno di 30 min dopo l'assunzione di VAR nel contesto della vita reale.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P26
L'IPOGONADISMO È UN FATTORE PREDITTIVO INDIPENDENTE DI METASTASI LINFONODALI IN PAZIENTI AFFETTI DA TUMORE PROSTATICO E SOTTOPOSTI A LINFOADENCTOMIA PELVICA ESTESA

Andrea Russo[1], Eugenio Ventimiglia[1], Paolo Capogrosso[1], Michele Colicchia[1], Luca Boeri[1], Alessandro Serino[1], Giulia Castagna[1], Fabio Castiglione[1], Giovanni La Croce[1], Ryan Matloob[1], Cesare Regina[1], Rocco Damiano[2], Francesco Montorsi[1], Andrea Salonia[1,2]
[1]Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia; [2]Dottorato di ricerca in Urologia, Università della Magna Graecia, Catanzaro, Italy

Introduzione ed obiettivi. Valutare l'associazione tra ipogonadismo preoperatorio (definito come testosterone totale (tT) < 3 ng/ml) con l'invasione linfonodale (LNI) in pazienti affetti da tumore prostatico (PCa) clinicamente localizzato e trattati con prostatectomia radicale (RP) e linfoadenectomia pelvica estesa (ePLND).
Materiali e metodi. Il valore di tT sierico preoperatorio è stato misurato in 1009 pazienti consecutivi Caucasici-Europei (età media 64.8 anni, range 41-84) sottoposti a RP con ePLND. Nessun paziente è stato sottoposto ad una ormonoterapia neoadiuvante o ad altri trattamenti ormonali nei 12 mesi precedenti. In tutti i pazienti il valore di tT sierico è stato misurato il giorno prima dell'intervento (8-10 AM). I modelli di regressione logistica hanno testato l'associazione tra fattori predittivi (es, antigene prostatico specifico [PSA], stadio clinico, Gleason score della biopsia, e tT) e LNI.
Risultati. La mediana dei valori di tT è stata 4.5 ng/ml [media (SD): 4.4 (1.7); range: 0.02-13.6]. 208 (20.6%) pazienti presentavano ipogonadismo. LNI è stata

riscontrata in 113 (11.2%) pazienti, con un numero medio di linfonodi rimossi di 19.2. I valori medi di tT sierico non variavano nei pazienti con LNI in confronto con i pazienti senza LNI; contrariamente, l'ipogonadismo è stato riscontrato in una percentuale significativamente maggiore di pazienti pN+ (χ^2: 6.98; 30.1% vs 19.4%, p = 0.008). All'UVA l'ipogonadismo è risultato un fattore predittivo per LNI (OR 1.79, p 0.009). Alla regressione logistica multivariata l'ipogonadismo è risultato un fattore predittivo indipendente di LNI (OR 1.81; p = 0.03), insieme allo stadio clinico (OR 2.02; p = 0.04), al Gleason score bioptico (OR 14.81; p < 0.001) e ai livelli di PSA (OR 1.07; p < 0.001).
Conclusioni. I risultati di questo studio mostrano che l'ipogonadismo è un fattore predittivo indipendente di LNI in pazienti affetti da PCa e sottoposti a ePLND.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P27
CHI SI STA OCCUPANDO DELL'EDUCAZIONE SESSUALE? RISULTATI DI UN'INDAGINE REAL-LIFE IN UN AMBULATORIO URO-ANDROLOGICO

Luca Boeri[1], Michele Colicchia[1], Giulia Castagna[1], Alessandro Serino[1], Eugenio Ventimiglia[1], Paolo Capogrosso[1], Fabio Castiglione[1], Giovanni La Croce[1], Ryan Matloob[1], Andrea Russo[1], Ilenya Camozzi[3], Michele Salonia[3], Rocco Damiano[2], Francesco Montorsi[1], Andrea Salonia[1,2]
[1]Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia; [2]Programma di Dottorato di Ricerca in Urologia, Università Magna Graecia Catanzaro, Italia; [3]Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociologica, Università di Milano-Bicocca, Milano, Italia

Introduzione ed obiettivi. Lo studio analizza l'inquadramento sociologico dell'opinione delle persone su argomenti delicati riguardanti la salute sessuale e l'educazione sessuale tra individui Caucasici-Europei che cercano per la prima volta aiuto medico per scopi uro-andrologici.
Materiali e metodi. Una coorte di 506 pazienti consecutivi recatisi per la prima volta in un ambulatorio uro-andrologico ha completato in maniera anonima un questionario con domande chiuse relative alla consapevolezza della salute sessuale ottenuta sia attraverso la scolarizzazione sia dalle informazioni fornite dal proprio medico (Medico di base, Uro-andrologo, o Ginecologo). Statistiche descrittive sono state applicate per descrivere l'intera coorte.
Risultati. Dati completi sono stati ottenuti per 91 (18%) donne [media (DS) di età: 35,6(7,49) anni, range: 20-66)] e 415 (82%) uomini [media (DS) di età: 43.93 (14.43) anni, range: 17-80)]. Complessivamente, 418 (83%) hanno riportato una relazione sessuale stabile. La scolarità era: scuola elementare/medie inferiori o medie superiori/università/laurea/dottorato di ricerca in 68 (13,4%) e 438 (86,6%), rispettivamente. L'orientamento sessuale era: eterosessuale e non-eterosessuale in 491 (97%) e 15 (3%) partecipanti, rispettivamente. Le conoscenze relative alla salute sessuale sono state ottenute nelle scuole più frequentemente negli uomini [183 (47,5%)] rispetto alle donne [26 (29,5%)] (χ^2 = 9.09, p = 0.003). Allo stesso modo, i partecipanti non-eterosessuali avevano acquisito nozioni riguardanti la salute sessuale più frequentemente tramite la scolarizzazione, rispetto ai partecipanti eterosessuali [195 (44,1%) contro 11 (77,3%), rispettivamente (χ^2 = 5.2, p = 0,02)]. Nel complesso, la prima valutazione uro-andrologica è richiesta più tardivamente dagli uomini rispetto che dalle donne [35,7 (14) vs 19.9 (7.2), rispettivamente; p < 0.001). Inoltre, maggiore è lo stato educazionale [34,9 (14,1); range: 6-74 anni)], più precoce è la richiesta di una valutazione uro-andrologica [41,4 (11,6), range 17-74, p = 0.005).
Conclusioni. I risultati preliminari di questa indagine sociologica in un gruppo selezionato di individui Caucasici-Europei sottolineano la necessità di una precoce valutazione uro-andrologica negli uomini, in particolare in quelli con un livello di istruzione più basso, oltre che la necessità di un miglioramento nell'educazione sessuale attraverso la scolarizzazione.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P28
IL RITARDO NEL CERCARE ASSISTENZA MEDICA IMPATTA SUI PARAMETRI DEL LIQUIDO SEMINALE - RISULTATI DA UNO STUDIO CROSS SECTIONAL IN PAZIENTI EUROPEI-CAUCASICI AFFETTI DA INFERTILITÀ DI COPPIA SECONDARIA

Cesare Regina[1], Eugenio Ventimiglia[1], Michele Colicchia[1], Luca Boeri[1], Paolo Capogrosso[1], Alessandro Serino[1], Giulia Castagna[1], Rayan Matloob[1], Andrea Russo[1], Giovanni La Croce[1], Rocco Damiano[2], Francesco Montorsi[1], Andrea Salonia[1,2]
[1]Dept. of Urology, University Vita-Salute San Raffaele, Milan, Italy; [2]Research Doctorate Program in Urology, Magna Graecia University Catanzaro, Italy

Introduzione ed obiettivi. Attestare se il ritardo nel cercare assistenza medica (LI) nei pazienti affetti da infertilità di coppia primaria possa influire negativamente sui parametri seminali.
Materiali e metodi. Abbiamo collezionato e analizzato dati clinici, demografici, laboratoristici di 1132 maschi infertili primari tra il 2003 e il 2013. L'infertilità primaria è stata definita in base ai criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Le comorbidità sono state catalogate in base al Charlson Comorbidity Index (CCI, categorizzato 0 vs 1 vs = 2). Il volume testicolare è stato misurato con un orchidometro di Prader. Le analisi del liquido seminale sono state condotte usando i criteri WHO del 2010. L'impatto di LI sui parametri del seminale è stato testato tramite analisi statistiche descrittive e di regressione logistica.
Risultati. L'età media riscontrata (range; dev. std) è stata 36.3 anni (5.3; 20-62). Durante il periodo di tempo analizzato, l'età dei pazienti (p = 0.02) e il loro livello educazionale (p = 0.01) alla prima visita sono

aumentati nel tempo confrontando i periodi 2003-2007 e 2008-2013. LI media alla prima visita era di 28.4 mesi (23.5; 12-228); LI è diminuito significativamente durante tutto l'arco di tempo analizzato (F: 2.13; p = 0.02). Suddividendo LI in intervalli di tempo di 12 mesi (rispettivamente 0-12, 13-24, 25-36, 37-48, 49-60, > 60 mos), con il crescere di LI aumentava l'età dei pazienti (F: 6.59; p < 0.001), delle partner (F: 4.94; p < 0.001), il BMI (F ratio: 6.28; p < 0.001). Al contrario diminuiva la concentrazione degli spermatozoi (F ratio: 3.28; p = 0.006), la motilità progressiva (F: 4.49; p < 0.001) e il volume testicolare (F: 3.93; p = 0.002). Non si notavano invece differenze considerando i valori ormonali e il tasso di comorbidità. All'analisi di regressione lineare multivariata, LI è emersa come predittore indipendente della concentrazione degli spermatozoi (Beta: -0.12, p < 0.001) e della motilità progressiva (Beta: -0.12, p = 0.002), considerando all'interno del modello predittivo l'età dei pazienti, lo status educazionale e il CCI.

Conclusioni. I nostri dati indicano come LI sia diminuito durante gli ultimi 10 anni. A tal proposito, LI sembra avere un impatto negativo sui parametri del seminale dei pazienti affetti da infertilità di coppia primaria. Questo sembrerebbe suggerire come nel campo dell'infertilità di coppia sia necessario promuovere una maggiore consapevolezza nella popolazione riguardo tale problematica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P29

TRATTAMENTO CON FSHr A BASSE DOSI E SUPPLEMENTI MULTICOMPONENTE (ACIDO D-ASPARTICO VERSUS L-CITRULLINA/L-CARNITINA) IN UOMINI INFERTILI CON IPOGONADISMO IPOFUNZIONALE NORMOGONADOTROPO: STUDIO RETROSPETTIVO

Giuseppina Peluso, Laura Filice, Giampaolo Arena, Natalina Gallo, Florinda Linori-Marrelli, Carlo Perri, Giancarlo Morrone

UOSD Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita-Andrologia. A.O. Cosenza

Introduzione ed obiettivi. L'uso della terapia gonadotropinica in soggetti oligozoospermici ipogonadici ipofunzionali con alterazione della fertilità su base idiopatica, è ancora controverso in letteratura.In questo lavoro abbiamo voluto verificare, con studio retrospettivo, in soggetti con ipogonadismo ipofunzionale normogonadotropo, l'effetto della terapia ormonale sul liquido seminale con FSHr a basse dosi e integratori alimentari multicomponente a base di acido D-Aspartico confrontato con L-Citrullina/L-Carnitina.

Materiali e metodi. Abbiamo osservato, tra il 2012 e il 2013, per 3 mesi, 40 soggetti tra i 25 e 50 anni, afferiti a noi per infertilità coniugale da oltre 1 anno.

Criteri d'inclusione: soggetti dispermici, livelli basali normali di FSH, LH, PRL e TE, no criptorchidismo, varicocele, infezioni del tratto urogenitale, anomalie genetiche. Ai pazienti è stata effettuata:visita andrologica, ecocolordoppler con orchimetria ed ecografia prostato-vescicolare. In 10 pazienti infertili dispermici (gruppo C controllo) non è stata somministrata terapia, ma consigliata vita sana e dieta equilibrata. 30 pazienti trattati con FSHr 75 UI 3 volte a settimana per 3 mesi.Abbiamo suddiviso i 30 pazienti in 2 sottogruppi (A e B) di 15 ciascuno: in A abbiamo associato all'FSHr un integratore alimentare a base di Acido D-Aspartico 2660 mg. In B abbiamo associato all'FSHr, un integratore a base di L-Citrullina 2000 mg e L-Carnitina 800 mg e altre sostanze. È stato eseguito uno spermiogramma (sec. WHO 2010) per ciascun paziente pre- e post-terapia (a 3 mesi).

Risultati. Pazienti trattati di età media 39 anni, con BMI 27 e volume testicolare medio 10,87.

Gruppo C (Controllo) no miglioramento dei parametri seminali.

Gruppo A (FSHr+Acido D-Aspartico): concentr. mil/ml pre: 13- post: 27, motilità progr. (%) pre: 12 - post: 23, morfol. tipica (%) pre: 8-post: 11, swelling test (%) pre: 35-post: 52.

Gruppo B (FSHr+L-Citrullina/L-Carnitina) numero sperm/ml pre: 2-post: 7, mot. progr (%) pre: 4-post: 11, morfologia tipica (%) pre: 3-post: 4, swelling (%) pre: 9-post: 14. (A)

Conclusioni. I risultati evidenziano come,in oligoastenozoospermici infertili con ipogon. ipofunz. normogonad., l'azione combinata di FSHr a basse dosi e integratori a base di Acido D-Aspartico e L-Citrullina/L-Carnitina, agiscano positivamente su numero, motilità, morfologia e funzione di membrana spermatica evitando l'uso della HCG. Ulteriori studi sono necessari per avvalorare tali dati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P30

SALVATAGGIO DI VESCICA E PROTESI PENIENA DOPO MIGRAZIONE DI RESERVOIRE ALL'INTERNO DELLA VESCICA IN CONSEGUENZA DI POSIZIONAMENTO DI PROTESI TRICOMPONENTE CONTEMPORANEAMENTE A PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA EXTRAPERITONEALE

Nicola Mondaini, Enrico Sarti, Enrico Meliani, Andrea Bongini, Antonio Costanzi, Umberto Farina, Franco Melone, Riccardo Bartoletti

UO Urologia Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze

Introduzione. Riportiamo il caso di un uomo di 56 anni sottoposto a giugno 2013 ad intervento di prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale e contemporaneo posizionamento protesi peniena tricomponente ams 700 cx con migrazione del reservoire in vescica nel post chirurgico.

Caso clinico. A seguito di ematoma perivescicale si dislocava vescica con apertura breccia da cui si determinava migrazione del reservoire dentro la vescica. Tale conseguenza veniva individuata circa 2 mesi dopo l'intervento, essendo tutta la diagnostica utilizzata fino al momento suggestiva per breccia a livello anastomosi

vescica-uretrale. In tale periodo si era provveduto a riposizionamento catetere vescicale che era stato rimosso in 14 giornata e posizionamento di 2 nefrostomie. Si decideva visto il peggioramento del quadro clinico, ad esplorativa chirurgica nel corso della quale si rilevava breccia in vescica con presenza al suo interno di reservoire. Si procedeva a sutura breccia e riposizionamento del reservoire che una settimana dopo veniva rimosso per fuoriuscita urine dal drenaggio e ulteriore riparazione nuova breccia vescicale. Si lasciavano in sede i due cilindri, la pompetta scrotale chiusi con plug in metallo. Venivano posizionati anche due cateterini ureterali aperti al fine di agevolare guarigione. A quattro mesi dall'intervento paziente veniva dimesso con catetere vescicole che veniva rimosso dopo ulteriori giorni 21. A distanza di otto mesi ernioplastica destra nel frattempo insorta e riposizionamento reservoire conceal con attivazione della protesi a circa una settimana.Attualmente paziente in buono stato di salute con protesi peniena funzionante.

Conclusioni. Questo caso mette in evidenza l'importanza del counseling nella gestione delle situazioni difficili e come la chirurgia protesica effettuata con protesi inibizone renda l'infezione della stessa una complicanza remota legata a fattori ancor oggi di difficile comprensione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P31
LA SINDROME DI KEARNS-SAYRE: UNA INUSUALE FORMA DI INFERTILITÀ MASCHILE

Giuseppina Peluso, Laura Filice, Giampaolo Arena, Natalina Gallo, Florinda Linori-Marrelli, Carlo Perri, Giancarlo Morrone.

UOSD Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita-Andrologia. A.O. Cosenza

Introduzione. La Sindrome di Kearns Sayre (KSS) è un raro disordine mitocondriale (1-3/100.000 e circa 200 casi descritti) con insorgenza prima di 20 anni, e caratterizzato da oftalmoplegia esterna progressiva, retinite pigmentosa e altre manifestazioni cliniche eterogenee tra cui: sordità, difetti di conduzione cardiaca, miopatie dei muscoli scheletrici ed endocrinopatie (disordini della tiroide, diabete, ipogonadismo nel 20% dei casi). È dovuta alla delezione di grosse porzioni eteroplasmiche di DNA mitocondriale che, solo eccezionalmente, sono ereditate a trasmissione verticale per via materna. Riportiamo il caso di un paziente con KSS, giunto alla nostra osservazione.

Case report. Un paziente di anni 21, affetto da sindrome di Kearns Sayre, è afferito al nostro servizio per problemi di infertilità e disturbi dell'erezione.

Al paziente, in occasione di un precedente ricovero nel 2013, era stata posta diagnosi clinica di KSS con la seguente sintomatologia: 'miopatia mitocondriale con prevalente coinvolgimento della muscolatura oculare estrinseca e cardiomiopatia ipertrofica'. Inoltre lo stesso ha riferito familiarità della suddetta sindrome in un cugino di II° grado.

Il paziente è stato sottoposto ad attenta valutazione andrologica, comprensiva di: esami ormonali, visita, ecografia con ECD scrotale ed esame del liquido seminale (secondo il WHO 2010).

Dalla valutazione clinica sono emersi i seguenti risultati: assetto ormonale (FSH 8,3 UI/L; LH 4,7UI/; Prolattina 15,8 ng/ml; Testosterone 4,9 ng/ml), volume testicolare di 5 ml circa e presenza di piccolo varicocele a sinistra.

Inoltre l'esame del liquido seminale ha evidenziato la presenza di criptozoospermia.

Pertanto il quadro clinico ha suggerito la seguente diagnosi andrologica: "criptozoospermia in soggetto con ipogonadismo primario e piccolo varicocele a sinistra". Il paziente è stato quindi indirizzato verso un programma di Procreazione Medicalmente Assistita di II° livello.

Conclusioni. Il paziente esaminato rientra nel 20% di fenotipi descritti in letteratura che presentano ipogonadismo tra le endocrinopatie comuni a tale sindrome. Pertanto, solo un'attenta valutazione clinica può suggerire un percorso diagnostico-terapeutico appropriato in casi complessi di sindromi rare come quella descritta, dove l'eterogeneità delle manifestazioni potrebbe risultare a volte fuorviante per il clinico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P32
ETÀ E GRAVIDANZE: I DATI DEL CENTRO PUBBLICO DI PMA DI I° LIVELLO IN CALABRIA

Giuseppina Peluso, Laura Filice, Giampaolo Arena, Loredana Cianni, Natalina Gallo, Giulio Chiodo, Florinda Linori-Marrelli, Carlo Perri, Giancarlo Morrone

UOSD di Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita-Andrologia. Azienda Ospedaliera di Cosenza

Introduzione. Numerosi studi hanno evidenziato come i gameti femminili invecchiano con l'età della donna, perdendo la loro funzionalità e riducendo le possibilità di concepimento sia in vivo che in vitro.

La programmazione della prima gravidanza verso età sempre più avanzate è un fenomeno in atto nel nostro paese con maggiore rilevanza nel sud, dove la propensione a sposarsi è sempre minore.

In questo lavoro presentiamo i dati del centro di PMA di I° livello relativi all'anno 2012, confrontati con la media nazionale e la situazione attuale nella regione Calabria.

Materiali e metodi. Abbiamo effettuato una raccolta dati su coppie infertili afferite al centro di PMA di I° livello dell'A.O. di Cosenza, censito dal 2009 nel Registro Nazionale dell'ISS.

Le coppie considerate nello studio sono state estrapolate dal nostro data base riferito all'anno 2012 e i dati raccolti e classificati per fascia di età (34-43 anni), numero di cicli di IUI iniziati (51), numero di insemi-

nazioni effettuate (50) e numero di gravidanze ottenute su cicli iniziati.
Risultati. Dai nostri dati si evince come l'età media delle donne considerate nello studio sia maggiore rispetto alla media nazionale (dati del Registro Nazionale della PMA dell'I.S.S.) (36,7 vs 35,35), così come anche quella degli uomini (41,1 vs 39,05). Ma il dato più rilevante è l'% di gravidanza ottenuta su cicli iniziati di inseminazioni, risultata essere minore rispetto alla media nazionale riferita ai centri pubblici nazionali di PMA di I° livello (7,8% VS 8,9%).
Conclusioni. I nostri dati mettono in risalto come in Calabria ci si sposa troppo tardi, come evidenziato dall'età delle coppie che si rivolgono al nostro centro e dai dati statistici forniti dal comune di Cosenza che danno una stima del fenomeno. Tutto ciò potrebbe giustificare anche l'1% in meno di gravidanze ottenute nell'anno 2012 dal nostro centro pubblico, rispetto alla media dei Centri Pubblici Italiani.
Sarebbe auspicabile una maggiore informazione alle coppie sull'effetto negativo del fattore età, sull'infertilità evitando in tal modo eccessive aspettative, frutto a volte di messaggi fuorvianti, sulle potenzialità della PMA a tutte l'età.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P33
IS METABOLIC SYNDROME IMPLICATED IN ERECTILE AND EJACULATORY DYSFUNTION?

Cosimo De Nunzio, Riccardo Lombardo, Matteo Bonetto Gambrosier, Mirco Leo, Fabiana Cancrini, Mariangela Bellangino, Giovanni Giordano, Alessandro Borghesi, Chiara Pellegrino, Andrea Tubaro
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea Universita La Sapienza, Roma, Italia

Introduction. A possible relationship between metabolic syndrome (MetS) and erectile dysfunction has been investigated. However no studies evaluated the influence of MetS and physical activity on erectile and ejaculatory dysfunction. Aim of our study was to evaluate the association between MetS, physical activity and erectile and ejaculatory dysfunction in patients with lower urinary tract symptoms
Materials and methods. From 2012 onwards, a consecutive series of men with lower urinary tract symptoms evaluated with the International Prostatic symptom score (IPSS) were enrolled into a prospective database. All patients were evaluated for erectile and ejaculatory dysfunction using the short for of the International Index of Erectile Function (IIEF) and the male sexual health questionnaire ejaculatory dysfunction short form (MSHQ). Body mass index (BMI) and waist circumferences were measured; blood samples were collected and tested for: total PSA, glycemia, HDL, tryglyceridemia, testosterone levels. Blood pressure was recorded. Metabolic syndrome (MetS) was defined according to the Adult Treatment panel III. Physical activity scale questionnaire (PASE) was collected in all the patients.
Results. 191 patients were enrolled with a mean age and PSA of 68 ± 7 years and 5.1 ± 2 ng/ml respectively. Mean BMI was 26 ± 3.6 kg/m^2; mean waist circumference was 103 ± 8.5 cm; mean IPSS was 11.2 ± 7; mean IIEF was 15.2 ± 9; mean MSHQ was 8.9 ± 6, mean PASE was 103 ± 73 and mean testosterone serum level was 3.9 ± 1.4 ng/ml.57 pts (29.8%) presented a MetS. Patients with MetS presented a lower IIEF (12 ± 9.6 vs 16 ± 9; p = 0.013), PASE (92 ± 76 vs 108 ± 71; p = 0.045) and testosterone serum levels (3.4 ± 1.4 vs 4 ± 1.4; p = 0.36) while no difference was observed for IPSS (11 ± 8 vs 10 ± 6; p = 0.279) and MSHQ (8 ± 6; 9 ± 6; p = 0.173). A moderate/severe erectile dysfunction was observed in 78 (40%) pts and out of them 33 (42%) presented a MetS (p = 0.002).
On multivariate analysis MetS (OR: 2.180, 95%CI: 1.045-4.593; p = 0.038) and age (1.121 per year 95%CI: 1.067-1.178, p = 0.00) were the only independent risk factor for severe/moderate erectile dysfunction.
Conclusions. In our single center study, MetS was associated with a reduced physical activity, a lower serum testosterone level and an higher risk of erectile dysfunction. In our experience MetS has no influence on the ejaculatory dysfunction evaluated with the MSHQ.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P34
CAMBIAMENTI ORMONALI IN UOMINI CON LESIONI MIDOLLARI SPINALI SU BASE TRAUMATICA

Giuseppe Benedetto, Giuseppe Abatangelo, Filippo Nigro, Andrea Tasca
Padova, Italia

Introduzione e scopi. In letteratura non vi sono studi uniformi sulle variazioni dell'assetto ormonale nei pazienti con lesioni midollari spinale di varia eziologia. Abbiamo voluto valutare eventuali variazioni dell'assetto ormonale sessuale in pazienti paraplegici per lesioni midollari traumatiche.
Materiali e metodi. Abbiamo studiato l'assetto ormonale sessuale sierico (FSH, LH, Prolattina, Testosterone, 17 Beta Estradiolo) in 10 pazienti (età media 27 anni) affetti da paraplegia traumatica, a distanza di 6,9 e 12 mesi dall'evento traumatico e abbiamo confrontato tali valori sierici con il livello di lesione midollare, comorbidità ed il volume testicolare ecograficamente documentato.
Risultati. Nei 10 pazienti paraplegici, a 6 mesi dal trauma si evidenziavano bassi livelli sierici di testosterone, con LH ai limiti inferiori di norma. L'FHS ed il 17 beta estradiolo erano in tutti nella norma. La prolattina era in 8/10 (80%) pazienti elevata anche al controllo della curva della stessa.
I livelli bassi di testosterone a 9 mesi dal trauma presentavano un incremento ai limiti di norma e a 12 mesi erano nella norma. Tale variazione di testosterone non

si correlava tuttavia al volume testicolare ecograficamente documentato, che si presentava nella norma. Il valore della Prolattina elevata è stato riscontrato in tutti i pazienti che assumevano antidepressivi come terapia post traumatica.
Non si sono evidenziati correlazioni tra le variazioni ormonali ed il livello della lesione midollare.
Conclusioni. I dati evidenziati confermano quanto documentato in letteratura, cioè la riduzione temporanea dei valori di testosterone nei pazienti paraplegici. L'esiguità del numero di pazienti non ci può far concludere riguardo l'eziologia di tale situazione. È verosimile tuttavia che una terapia sostitutiva con testosterone in questi pazienti potrebbe giovare anche dal punto di vista umorale e della massa muscolare.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P35
ESTRUSIONE DISTALE DI PROTESI PENIENA IN ESTI DI PRIAPISMO A BASSO FLUSSO DA ASSUNZIONE ANTICONSERVATIVA DI QUETIAPINA FUMARATO (SEROQUELÂ©). CASE REPORT

Andrea Moiso[1], Diego Rosso[1], Patrizio Polledro[2], Massimiliano Timpano[2], Carlo Ceruti[2], Luigi Rolle[1]
[1]Centro Andrologia e Chirurgia Genitale Maschile, SC Urologia, ASLCN[1], Savigliano (CN); [2]Clinica Urologica, AO Città della Salute e della Scienza, Ospedale Molinette, Torino

Introduzione ed obiettivi. Estrusione distale di protesi in paziente con fibrosi cavernosa dopo priapismo a basso flusso prolungato in esiti di assunzione anticonservativa di Quetiapina fumarato (SeroquelÂ©). Case report con focus sulla metodica ricostruttiva del corpo cavernoso distale.
Materiali e metodi. SE.S di anni 41, nel Novembre 2011, presenta priapismo a basso flusso dopo assunzione a scopo anticonservativo di dose tossica di Quetiapina Fumarato. In tale occasione il paziente è stato sottoposto a shunt distale glandulo-caverno-spongioso esitato in DE end stage con fibrosi cavernosa completa. Nell'Agosto 2013 veniva sottoposto ad impianto di protesi peniena idraulica tricomponente LGX 700 AMSÂ©, in quadro di severissima fibrosi cavernosa specie del corpo cavernoso di sinistra.
A 30 giorni dall'impianto si osservava dislocamento dell'apice del cilindro protesico di sinistra palpabile a livello del solco balanico senza evidenza di lesione cutanea. Alla RMN, protesi normoposizionata nel corpo cavernoso destro e nella porzione crurale del corpo cavernoso sinistro.
Risultati. Nel Marzo 2014 revisione chirurgica con deglooving completo del pene, isolamento distale del fascio vasculonervoso dorsale, scollamento dell'ala del glande a sinistra, corporotomia ventrale a sinistra con evidenza di assottigliamento del tessuto cavernoso ed estrusione dell'apice protesico. La fibrosi cavernosa aveva causato un "cappuccio" fibrosclerotico distale che non consentiva all'apice protesico di mantenere il 'diritto di domicilio' in sede cavernosa.
Si è proceduto a rimozione dei cilindri protesici, estensione della corporotomia sino all'apice e rimozione del tessuto sclerotico che occupava il fondo dell'apice, quindi, sulla guida di dilatatore tipo Hegar, a ricostruzione ed ampliamento del tessuto cavernoso con rete in polipropilene ed impianto di nuova protesi peniena LG 700 AMSÂ© con diametro 10 mm. La guarigione post-operatoria è proceduta regolarmente.
Conclusioni. Il caso si propone di descrivere l'inconsueta presentazione di pripasimo a basso flusso dopo assunzione di Quetiapina fumarato, la cui fibrosi secondaria ha creato il dislocamento del cilindro protesico e la sua estrusione distale dall'apice cavernoso senza estruzione cutanea ma con perdita di "diritto di domicilio" dell'apice stesso risolto con ampliamento ventrale del corpo cavernoso mediante innesto di materiale eterologo e riposizionamento di nuovi cilindri protesici di diametro inferiore.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P36
PATOLOGIA FUNZIONALE DELLA VESCICA SECONDARIA A POSIZIONAMENTO DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE. CASE REPORT

Francesca Pisano, Marco Falcone, Maurizio Barale, Massimiliano Timpano, Luigi Rolle
Università degli Studi di Torino - Divisione di Urologia

Introduzione. L'impianto di protesi peniena rappresenta attualmente il gold standard della terapia per la disfunzione erettile (DE) end-stage. Benché siano disponibili in commercio diversi modelli protesici, le protesi peniene tricomponenti sono quelle associate ad un maggior grado di soddisfazione.
Descrizione. AP è un soggetto di 53 anni affetto da acondroplasia sin dalla nascita. In anamnesi è riportata una storia di tossicodipendenza, ischemia vertebrale e conseguente paraplegia. Dal 1995 il paziente si sottopone ad autocateterismi (12/die) per comparsa di vescica neurologica per lesione del secondo motoneurone, confermata all'indagine urodinamica che documentava una vescica a normale compliance con deficit sfinterico severo.
Il paziente è giunto alla nostra osservazione a gennaio 2012 per deficit erettile completo e non responsivo a terapia farmacologica. Il paziente è stato quindi sottoposto il 7 Giugno 2012 a posizionamento di protesi peniena tricomponente AMS 700 CX e posizionamento di serbatoio sferico 100 cc in sede paravescicale sec. Wilson. Durante i successivi controlli andrologici il paziente iniziò a lamentare comparsa di un incontinenza mista con prevalenza della componente da urgenza. Per tale motivo si eseguiva una nuova indagine urodinamica che evidenziava un'incontinenza mista, con aggravamento della pre-esistente componente da stress e la comparsa di una nuova componente da urgenza non responsiva a terapia antumuscarinica.
Il paziente veniva pertanto sottoposto a RMN pelvica che evidenziava il decubito del serbatoio protesico sulla

vescica con deformazione della stessa. Il paziente veniva quindi sottoposto il 12 Dicembre 2012 a riposizionamento del serbatoio protesico in sede ectopica in una tasca addominale sovrafasciale con successiva regressione della componente da urgenza dell'incontinenza.
Conclusioni. La scelta della sede per il posizionamento del serbatoio protesico è un elemento che andrebbe valutato sempre con cura, specie in pazienti con diagnosi accertata di patologia funzionale della vescica. Ad oggi esistono diverse tecniche di posizionamento ectopico del serbatoio protesico, che in casi selezionati possono risultare delle alternative convenienti al posizionamento classico.
Infine la RMN si dimostra tecnica di diagnostica per immagini con alta sensibilità per l'analisi delle complicanze protesiche.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P37
RIPARAZIONE E RINFORZO DELL'ALBUGINEA DEI CORPI CAVERNOSI CON SURGISIS PER PSEUDOANEURISMA DEL CORPO CAVERNOSO

Luigi Rolle, Carlo Ceruti, Massimiliano Timpano, Omidreza Sedigh, Marco Falcone, Mirko Preto, Mattia Sibona, Bruno Frea
Università degli Studi di Torino - Città della salute e della scienza - Molinette, Torino - Divisione Universitaria di Urologia - Unità di Andrologia

Introduzione. Al signor B.G., sottoposto nel 2002 a cistectomia radicale e confezionamento di neovescica secondo Studer, venne impiantata nel 2003 una protesi peniena AMS 700 CX Â© per Deficit Erettile. A distanza di 10 anni dall'impianto, si è verificata una dilatazione pseudoaneurismatica del corpo cavernoso di sinistra secondaria a deformazione del cilindro protesico omolaterale. Per tale motivo è stata posta indicazione alla revisione dell'impianto stesso.
Materiali e metodi. Eseguita l'incisione sottocoronale e il degloving penieno si evidenziava una importante dilatazione pseudoaneurismatica del terzo prossimale del corpo cavernoso di sinistra, determinato dalla deformazione del cilindro protesico sottostante. A causa dell'importante assottigliamento della tunica albuginea si decideva di eseguire la sostituzione dell'impianto protesico e il rinforzo della tunica albuginea stessa con un innesto circolare di SurgiSIS Â©. Veniva eseguito lo scollamento del fascio vascolo-nervoso dorsale e del corpo spongioso dell'uretra. Le varie componenti dell'impianto venivano rimosse. Si procedeva quindi alla resezione della porzione esuberante della tunica albuginea a livello della deformazione. Previa misurazione della lunghezza del tunnel dei corpi cavernosi, veniva riposizionata una protesi AMS CX 700 Inhibizone – MS pump Â©, con cilindri di 18 cm di lunghezza + "tip extender" di 3 cm e serbatoio "Conceal". Una volta suturate le cavernotomie veniva applicato un "bendaggio" cilindrico con SurgisSIS Â©, che avvolgeva a 360 gradi entrambi i corpi cavernosi passando al di sotto del fascio vasculonervoso e del corpo spongioso. All'attivazione intra-operatoria della protesi si evidenziava il suo corretto funzionamento e la completa risoluzione della deformazione.
Risultati. Non sono state registrate complicanze maggiori intra e post-operatorie.
Il paziente è stato dimesso in 3 giornata post-operatoria. Il follow-up attuale è di 12 mesi ed il paziente riferisce ottimi esiti chirurgici, buon funzionamento protesico, assenza di recidiva della deformazione dei corpi cavernosi.
Conclusioni. Riteniamo che la corporoplastica di rinforzo con bendaggio dei corpi cavernosi con SurgiSIS Â© sia una tecnica efficace nel risolvere e prevenire la recidiva della deformazione pseudo-aneurismatica in un contesto anatomico nel quale la sola riparazione del difetto, mediante resezione del tessuto esuberante, non garantisca il risultato per via del grave assottigliamento della tunica albuginea.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P38
PROSTATECTOMIA RADICALE EXTRAPERITONEALE CON SIMULTANEO IMPIANTO DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE AL FINE DI EVITARE LA RIDUZIONE DELLE DIMENSIONI PENIENE NEL POST CHIRURGICO: FOLLOW-UP A 6 MESI

Nicola Mondaini, Enrico Sarti, Enrico Meliani, Andrea Bongini, Umberto Farina, Antonio Costanzi, Franco Melone, Riccardo Bartoletti
UO Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università di Firenze

La prostatectomia radicale rappresenta il gold standar nella terapia del carcinoma prostatico organo-confinato.La metodica quando eseguita senza il risparmio dei bundles determina un disfunzione erettile grave, risolvibile o con la terapia intracavernosa caratterizzata da percentuali di drop-out dal 40-70% o dall'inserimento di una protesi peniena che solitamente avviene 2-3 anni dopo l'intervento quando la fibrosi post chirurgica ha determinato un sostanzioso accorciamento penieno. Riportiamo, per la prima volta al mondo, il posizionamento di una protesi tricomponente ams 700 cx inibizone in contemporanea all'intervento di prostatectomia radicale eseguito per via laparoscopica extraperitoneale. Precedentemente altri autori avevano riportato il contemporaneo posizionamento del solo reservoire. Trattasi di uomo di 58 anni con gleason 3 più 3, con disfunzione erettile comparsa già un anno prima della diagnosi di carcinoma della prostata. PSA 9,3; partner di 47 anni. Al termine prostatectomia una rivolta rimossa la prostata tramite l'accesso del trocar di Hasson si procede a posizionamento manuale del reservoire.
Si procede quindi a incisione penoscrotale, utilizzando la via classica per il posizionamento della protesi ed individuando l'anello inguinale interno tramite pinza a punta fine sotto visione laparoscopica si recupera tubo di collegamento al reservoire.

Si procede a posizionamento protesi con tecnica classica. Posizionamento drenaggio pelvico che sarà rimosso in prima giornata e bendaggio compressivo con protesi in erezione per 24-48 ore.
In quarta giornata si dimette il paziente, in decima cistografia con conseguente rimozione catetere vescicale.
Attivazione protesi in 21-28 giornata. Le dimensioni peniene a 6 mesi di follow-up sono rimaste invariate.
Tale metodica consente di evitare la riduzione delle dimensioni peniene e una ripresa sessuale gia a 21-28 giorni dopo l'intervento evitando una seconda procedura chirurgica al paziente.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P39
SMOBILIZZAZIONE RETROPERITONEALE DEL DEFERENTE NELLE VASOVASOSTOMIE COMPLESSE CON ACCESSO PELVICO-SCROTALE

G. Liguori, B. de Concilio, M. Rizzo, G. Chiapparrone, N. Pavan, G. Chiriacò, F. Vedovo, P. Umari, S. Bucci, G. Tezzot, C. Trombetta, E. Belgrano
Clinica Urologica, Ospedale di Cattinara, Università degli Studi di Trieste

Introduzione. Le lesioni iatrogene dei dotti deferenti sono complicanze ben documentate degli interventi di ernioplastica inguinale.
Presentiamo la dimostrazione di una ricanalizzazione microchirurgica mediante ampia mobilizzazione della porzione pelvica del dotto deferente in paziente precedentemente sottoposto ad intervento di ernioplastica inguinale bilaterale.
Materiali e metodi. Pz di 39 aa sottoposto all'età di 20 aa ad ernioplastica inguinale bilaterale con rete di polipropilene viene inviato alla nostra osservazione in seguito alla diagnosi di azoospermia ostruttiva. Il pz viene quindi sottoposto ad intervento di esplorativa testicolare, deferentovescicolografia e ricanalizzazione microchirurgica della via seminale. La deferentovescicolografia preliminare evidenzia la presenza di ostruzione del dotto deferente a livello inguinale. Si esegue una inguinotomia sulla pregressa cicatrice che permette di identificare rapidamente la sede dell'ostruzione deferenziale a livello inguinale.
Si cerca di identificare ed isolare la sede dell'ostruzione, ma il deferente risulta incarcerato da tenaci aderenze alle altre strutture funicolari, tanto che non è possibile un suo isolamento senza rischio di lesioni irreparabili allo stesso ed alle altre strutture funicolari.
Si accede quindi alla cavità addominale prolungando superiormente l'incisione e si identifica la porzione pelvica del deferente che, previa apertura del peritoneo parietale, viene isolata e mobilizzata dall'anello inguinale interno sino all'incrocio con i vasi iliaci. In questo modo è possibile il recupero di un moncone distale sano e sufficientemente lungo per la realizzazione di una sorta di "by-pass" del tratto ostruito e di un'anastomosi microchirurgica tension free.
La vaso-vasostomia è stata confezionata con microscopio operatore ad ingrandimento variabile 12/30X mediante il posizionamento di 6 suture a tutto spessore e 6 suture interposte a spessore parziale in prolene 9/0.
Risultati. Lo spermiogramma eseguito a 6 mesi ha dimostrato la presenza di spermatozoi mobili e vitali nell'eiaculato.
Conclusioni. Le estese ostruzioni deferenziali spesso rendono inapplicabili le comuni tecniche di ricanalizzazione microchirurgica.
In questi casi l"isolamento della porzione pelvica del deferente consente di ottenere monconi sani e sufficientemente lunghi da permettere il bypass del tratto ostruito e la realizzazione di una vasovasostomia tension free.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P40
RICOSTRUZIONE DEL GLANDE DOPO CARCINOMA DEL PENE: 10 ANNI DI ESPERIENZA CON TECNICA PERSONALE

F. Sasso, C. Servello, P. Menchinelli, G.G. Gentile
U.O.C. Chir. Urologica, Complesso Integrato Columbus, U.C.S.C. Roma

Introduzione. La chirurgia radicale è il trattamento 'gold standard' per il carcinoma invasivo del pene, ma i risultati estetici, funzionali e psicologici sono deludenti. Riportiamo la nostra esperienza decennale di ricostruzione del glande con uretra eversa e tecnica organ potency-sparing nel carcinoma del pene distale.
Materiali e metodi. Abbiamo valutato in modo retrospettivo 46 pazienti con carcinoma del pene diagnosticato precocemente, trattati con glandulectomia e glanduloplastica con mucosa uretrale eversa e riasparmio degli apici cavernosi (staging T1-T2, grading G1-G3). La funzione sessuale, eiaculatoria e la libido erano state valutate con questionario IIEF-15 prima dell'atto chirurgico e dopo sei, dodici e diciotto mesi dall'intervento.
La qualità della vita è stata valutata tramite il questionario di Bigelow-Young. I punteggi ottenuti due settimane prima della chirurgia sono stati confrontati con quelli ottenuti sei mesi dopo.
L'analisi statistica è stata condotta utilizzando t-Student per misure e analisi della varianza ripetute.
Risultati. Il video riproduce la tecnica chirurgica originale descritta dagli autori per la prima volta nel 2005, che si caratterizza per la validità della ricostruzione estetica e per i risultati funzionali, con particolare riguardo alla sensibilità propriocettiva e alla capacità eiaculatoria legati all'utilizzo della mucosa uretrale.
Tale prerogative venivano confermate dalle risultanze cliniche e dalle risposte dei test precedentemente citati.
Conclusioni. La tecnica originale descritta presenta caratteristiche di recupero estetico e funzionale non riscontrabili con altre metodiche di ricostruzione presenti in letteratura.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Poster selezionati

SP01
ESISTONO DIFFERENZE NEL GRADO DI PERCEZIONE DELL'INCURVAMENTO DEL PENE TRA I PAZIENTI AFFETTI DA IPP (INDURATIO PENIS PLASTICA) E I PAZIENTI AFFETTI DA INCURVAMENTO CONGENITO (IC)?

G. Chiriacò, G. Liguori, N. Pavan, M. Rizzo, P. Umari, G. Chiapparrone, F. Vedovo, L. Scati, E. Belgrano, C. Trombetta
Clinica Urolgica, Ospedale di Cattinara; Università degli Studi di Trieste

Introduzione ed obiettivi. L'entità dell'incurvamento del pene, sia nella sua forma congenita che acquisita, rappresenta un fattore critico non solo perché è direttamete proporzionale alla difficoltà ad avere rapporti sessuali, ma anche perché gioca un ruolo nel determinare la scelta del trattamento quando è indicata la correzione chirurgica. L'obiettivo di questo studio è valutare la divergenza tra il grado di curvatura reale e percezione che ne ha il paziente e confrontare il grado di percezione nell'IPP vs l'IC.
Materiali e metodi. Da gennaio 2013 a marzo 2014 sono stati arruolati 49 pz con IPP e 12 pz con IC e sono stati invitati a rappresentare graficamente il loro pene in erezione sui piani ortogonali; inoltre a compilare 2 questionari: l'International Index of Erectile Function (IIEF), ed il Back Depression Inventory II (BDI-II). Infine sono state eseguite fotografie del pene sui piani ortogonali in farmaco erezione per la determinazione precisa dell'incurvamento.
I pazienti con IPP hanno età media di 55 anni (32-72). L'82,6% è coniugato. L'incurvamento più frequente è quello dorsale (41,3%) seguito da quello dorsolaterale(34,8%) e laterale (23,9%). Il tempo che intercorre tra la comparsa e la prima visita specialistica di 9 mesi. Il 63,6% riferisce un accorciamento del pene; dolore, difficoltà alla penetrazione e dispareunia della partner. La patologia risulta causa di disagio psicologico nel 70,5%. 20pz hanno una disfunzione erettiva lieve e 11 pz su 49 hanno un moderato grado di depressione. I pz con IC hanno età media di 34 aa (18-52). L'80% è celibe. L'incurvamento più frequente è quello ventrale (54,5%). Dolore, difficoltà alla penetrazione e dispareunia non sono frequenti sintomi di questa patologia, ma il disagio psicologico è avvertito nel 60% dei nostri pazienti. Nell'IPP la curvatura reale media è di 44.6°, quella percepita di 56.1° con una differenza di +14.6°; nella forma congenita 46.0° rispetto a quella percepita di 32.7° con differenza di -13.3°.
Risultati. I pazienti affetti da IPP, nella rappresentazione grafica del loro pene in erezione, sovrastimano di circa 14° il loro incurvamento, mentre i pazienti affetti da incurvamento congenito lo sottostimano di circa 13° (p = 0.01).
Conclusioni. Riteniamo quindi utile eseguire il test proiettivo(auto disegno del pene in erezione) per migliorarne l'inquadramento generale nella valutazione iniziale e di discutere con il paziente delle aspettative del risultato ottenibile con la correzione chirurgica.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SP02
TERAPIA FARMACO-RIABILITATIVA DINAMICA E COMPORTAMENTALE DELL'EIACULAZIONE PRECOCE: RISULTATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO RANDOMIZZATO

Franco Mantovani, Emilio Patelli, Claudio Antolini
Clinica Sangiovanni Milano

Introduzione ed obiettivi. L'eiaculazione precoce (EP) è un disturbo della sessualità caratterizzato da eccessiva rapidità orgasmica. Si distingue in primaria (60%) e secondaria (40%). In comune hanno una ridotta latenza eiaculatoria, una mancanza di controllo e/o di percezione soggettiva del tempo all'eiaculazione. Dapoxetina rappresenta, oggi,l'unico preparato approvato per la terapia on demand dell'EP. La terapia riabilitativo-comportamentale dinamica può rappresentare una valida opportunità terapeutica d'affiancare a quella farmacologica.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 18 pazienti d'età compresa fra 25 e 55 anni,tutti con EP primaria, esenti da comorbidità e coinvolgendo la partner. A 6 pazienti è stata prescritta dapoxetina 30 mg. due ore prima dei rapporti per 3 mesi. N. 6 pazienti sono stati introdotti al trattamento riabilitativo dinamico consistente nella tonificazione del pubo-coccigeo, muscolo perineale fondamentale nel controllo dell'eiaculazione, mediante fisiokinesiterapia (FKT) giornaliera domiciliare previa dimostrazione ambulatoriale ed 1 applicazione settimanale per 3 mesi d'innervazione magnetica extracorporea (ExMI-Neocontrol) seguita da elettrostimolazione funzionale (ESF) e da biofeedback (BFB) con sonda rettale (MyoPlus 40Hz) in assetto dinamico mediante erezione indotta e mantenuta con vacuum (Rapport-Medis) tutto in sede ambulatoriale.Nei 3 mesi la coppia veniva inoltre addestrata alla terapia comportamentale domiciliare (Sensate - Squeeze - Stop and Start). Ad altre 6 coppie infine veniva assegnato il trattamento integrale farmaco-riabilitativo dinamico e comportamentale associando i due precedenti approcci sempre per mesi 3.
Risultati. Sono stati acquisiti mediante colloquio di coppia e ricompilazione del questionario PEDT al termine dei 3 mesi di trattamento e dopo altrettanti mesi di stopterapia con fortunata assenza di dropout o defezioni al followup. Terapia farmacologica = 75% ok a 3 mesi/25% a 6 mesi.Terpia riabilitativa dinamica e comportamentale = 25% ok a 3 mesi/25% a 6 mesi.Terapia farmaco-riabilitativa dinamica e comportamentale = 75% ok a 3 mesi/50% a 6 mesi. Nell'ambito dei risultati positivi il punteggio PEDT si riduceva da una media di 12 ad una di 6.
Conclusioni. La somministrazione di dapoxetina per l'immediato ci trova favorevoli. L'associazione con la

riabilitazione dinamica e comportamentale sembra offrire più apprezzabile stabilità di risultati.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SP03
DATI DI FUNZIONALITÀ ERETTILE IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A RESEZIONE TRANS-URETRALE DI PROSTATA (TURP) vs ENUCLEAZIONE DELLA PROSTATA CON LASER HOLMIO (HOLEP)

Paolo Capogrosso[1], Luca Boeri[1], Alessandro Serino[1], Giulia Castagna[1], Michele Colicchia[1], Eugenio Ventimiglia[1], Cesare Regina[1], Fabio Castiglione[1], Giovanni La Croce[1], Andrea Russo[1], Ryan Matloob[1], Rocco Damiano[2], Francesco Montorsi[1], Andrea Salonia[1,2]
[1]Dipartimento di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia; [2]Dottorato di Ricerca in Urologia, Università Magna Graecia Catanzaro, Italia

Introduzione ed obiettivi. Analizzare prevalenza e fattori predittivi di funzionalità erettile (EF) dopo HoLEP vs TURP per sintomatologia disurica ostruttiva associata ad ipertrofia prostatica benigna.
Metodi. Sono stati analizzati i dati di 99 pazienti sottoposti a HoLEP e 102 a TURP con almeno 5 anni di follow-up (FU). Tutti i pazienti hanno compilato un IIEF-EF "ricordato" (precedente l'intervento) e uno in tempo reale (ultime 4 settimane). Sono stati somministrati anche questionari IPSS "ricordato" ed in tempo reale. Le differenze tra i 2 gruppi sono state analizzate con statistica descrittiva. Analisi di regressione logistica sono state utilizzate per analizzare l'associazione tra predittori clinici e punteggi post-operatori di IIEF-EF [considerando i Minimal Clinically Important Differences Criteria (MCIDs)] in entrambi i gruppi.
Risultati. Il FU medio è stato di 67.7 (range: 57.6-80.4) e 66 (range: 56.4-79.2) mesi rispettivamente per i pazienti sottoposti a HoLEP vs TURP. I pazienti trattati con HoLEP mostravano volumi prostatici preoperatori maggiori di quelli sottoposti a TURP [65.7(34.3) vs 56.6 (23.3) ml; p = 0.03]. A lungo termine l'IPSS postoperatorio è significativamente migliorato dopo HoLEP [23.1 (7.5) vs 6.3 (5.4)] e dopo TURP [22.1 (6.2) vs 7.39 (5.5)] (p = 0.001). Sia i sintomi irritativi che quelli ostruttivi sono migliorati in entrambi i gruppi (p < 0.001). I valori di IIEF-EF sono risultati significativamente inferiori dopo chirurgia [HoLEP: 24.27 (7.4) vs 17.1 (10.7); p = 0.001; e TURP: 22.6 (8.9) vs 13.6 (10.7); p = 0.001]. Al contrario, la EF è migliorata solo in 14(7%) pazienti dopo chirurgia, indipendentemente dal tipo di intervento [7 (7.1%) vs 7 (7.0%)]. Un miglioramento significativo di EF secondo i criteri MICIDs è stato osservato in 12 (5.9%) pazienti. Alla MVA, il valore preoperatorio di IIEF-EF è risultato predittore indipendente sia di miglioramento che di peggioramento di IIEF-EF post-operatorio dopo TURP (OR: 0.83; p = 0.02; OR: 1.1; p = 0.01). L'età al FU (OR: 1.19; p < 0.01) e L'IIEF-EF preoperatorio (OR: 1.14; p = 0.01) sono associati ad una diminuzione di IIEF-EF postoperatorio dopo HoLEP. I pazienti sottoposti a TURP hanno mostrato maggiori complicanze postoperatorie di quelli sottoposti ad HoLEP [23.2% vs 6.1%; p = 0.001].
Conclusioni. Nessuna differenza a lungo termine è stata riscontrata tra TURP e HoLEP in termini di EF e miglioramento dei sintomi disurici. La EF preoperatoria è risultata predittore indipendente del mantenimento della EF dopo entrambe le procedure.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Video

V01
CORPOROPLASTICA GEOMETRICA SECONDO PAULO EGYDIO NOSTRA ESPERIENZA CON IL PATCH XENFORM®

Enrico Caraceni, Angelo Marronaro, Giovanni Angelozzi
U.O. Urologia Civitanova Marche, ASUR Area Vasta 3

Introduzione. Abbiamo utilizzato la tecnica di corporoplastica geometrica di Paulo Egydio con il patch Xenform®.
Xenform® è un materiale di collagene acellulare utilizzato per altre procedure chirurgiche.Lo abbiamo testato per colmare il difetto dell'albuginea nei pazienti con malattia di Peyronie trattati con tecnica di Paulo Egydio. Riportiamo i nostri risultati nel trattamento dei pazienti affetti da PD e curvatura complessa con buona funzione erettile preoperatoria.
Materiali e metodi. Tra ottobre 2010 e gennaio 2014 abbiamo trattato 19 pazienti con recurvatum severo stabilizzato da PD senza deficit erettile (DE). In tutti i casi il recurvatum era tale da impedire la penetrazione e variava da un minimo di 40°ad un massimo di 90°. Il recurvatum medio del pene era 80°.
Risultati. La media del punteggio post-operatoria dell'IIEF 15 ha mostrato una buona attività sessuale con pochi casi di de-novo DE. Il tempo operatorio medio è stato di 2 ore e 30 minuti.I pazienti sono stati tutti dimessi dopo 48-72 ore.
Non si è verificato accorciamento del pene dopo la correzione chirurgica in tutti i pazienti trattati e nessuno lamentava dolore o segni di infiammazione. La maggior parte dei pazienti ha ripreso i rapporti sessuali con soddisfazione.
Il patch è ben adattabile alla albuginea anche se l'innesto è spesso palpabile nei primi 6 mesi dopo l'intervento. Nessun paziente ha rivendicato disagio a causa dell'innesto e il patch non si è accorciato durante il follow-up post-operatorio.
Conclusioni. Nei pazienti con recurvatum severo la correzzione chirurgica della curvatura peniena con tecnica classica (Nesbit) provoca un accorciamento del pene. La corporoplastica di Paulo Egydio con innetso di patch Xenform® sembra essere una opzione valida in caso di recurvatum grave e consente di preservare sia la lunghezza del pene che la funzione erettile. Lo

Xenform® riesce a sostituirsi all'albuginea con un risultato adeguato in termini di spessore e consistenza. È sufficiente anche per i grandi difetti senza bisogno di materiali multistrato.
A differenza di altri patch Xenform® è completamente impermeabile. Questo permette al chirurgo di valutare correttamente la correzione della curvatura del pene al termine della procedura senza perdite di acqua.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V02
CORPOROPLASTICA DI RADDRIZZAMENTO A LEMBI SOVRAPPOSTI CON MISURAZIONE DI TIPO GEOMETRICO IN PAZIENTE AFFETTO DA RECURVATUM PENIENO VENTRO-LATERALE DESTRO DI CIRCA 60° SECONDARIO AD IPP

Patrizio Vicini[1], Ferdinando De Marco[1], Stefano Di Nicola[1], Gabriele Antonini[2], Ettore De Berardinis[2], Vincenzo Gentile[2]
[1]Casa di Cura INI (Istituto Neurotraumatologico Italiano) Grottaferrata, Roma; [2]Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Scienze Urologiche Università "La Sapienza", Roma

Introduzione. Lo scopo del lavoro è descrivere una tecnica originale di corporoplastica di tipo di raddrizzamento "a lembi sovrapposti" con misurazione di tipo "geometrico" in paziente affetto da Malattia di La Peyronie.
Materiali e metodi. Il caso è di un paziente affetto da Malattia di La Peyronie con recurvatum ventro-laterale destro di circa 60 gradi e normale funzione erettiva ma con coito impossibile.
L'accesso chirurgico da noi effettuato è stato il seguente: incisione subcoronale e degloving penieno, verifica della curvatura tramite erezione idraulica, misurazione "geometrica" con fili Kirschner dei due assi penieni, demarcazione della bisettrice dell'angolo di maggiore curvatura, apposizione di due reperi esterni all'area di curvatura, misurazione del lato convesso e del lato concavo, misurazione della differenza tra i due lati convesso e concavo (quota di albuginea da sovrapporre), demarcazione della quota di albuginea da sovrapporre dorsalmente, incisione albuginea trasversale dorsale bilateralmente e laterale sinistra, plastica a "lembi sovrapposti" mediante punti staccati ad U Vicryl 2/0, sopraggitto in continua Vicryl 2/0, punta stabilizzante centrale a croce in seta O, verifica idrauilica del completo raddrizzamento penieno. Chiusura a strati. Posizionamento di drenaggio in aspirazione
Medicazione contenitiva semi-compressiva.
Risultati. Il paziente nel postoperatorio non ha avuto infezione, né alterazioni di tipo meccanico, con normale ripresa dell'attività sessuale a 6 settimane.
Il follow up post-operatorio è stata effettuato con visita di controllo a 12 settimane, ed a 12 e 24 mesi post intervento.
Il paziente ha avuto un completo raddrizzamento penieno in assenza di complicanze maggiori stabile a 24 mesi, con assenza di lesioni del fascio vascolo nervoso, di alterazioni della funzione erettiva e di noduli sottocutanei palpabili.
Conclusioni. La plastica di raddrizzamento penieno a lembi sovrapposti con misurazione di tipo geometrico permette di evitare il trauma delle pinze di Allis e di calcolare con precisione sia il punto esatto da correggere che il grado della correzione; bisogna sottolineare le pinze di Allis con il loro "peso" possono modificare il grado di curvatura e che il "morso" altera le distanze.
La nostra tecnica ha il vantaggio di un minore traumatismo sull'albuginea consentendo un perfetto raddrizzamento penieno con ottima tenuta delle suture, bassa morbidità ed eccellente risultato estetico.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V03
MANOVRA DI "SCRATCH" SEC. PAUL E. PERITO: PROCEDURA AGGIUNTIVA AL MODELING NELLA MALATTIA DI LA PEYRONIE

Antonini Gabriele[1], Vicini Patrizio[2], De Berardinis Ettore[1], Busetto GianMaria[1], Gentile Giuseppe[1], Perito Paul E.[3]
[1]Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Scienze Urologiche Università "La Sapienza", Roma; [2]Casa di Cura INI (Istituto Neurotraumatologico Italiano) Grottaferrata, Roma; [3]Perito Urology, Coral Gables, Florida (USA)

Scopo del lavoro. Gli autori descrivono i passaggi fondamentali della manovra di 'Scratch' durante la tecnica di impianto minimamente invasivo di protesi peniena idraulica con accesso infrapubico sec. Paul E. Perito.
Materiali e metodi. Sono stati sottoposti a tale procedura 14 pazienti affetti da Malattia di La Peyronie e deficit erettile, età media 66 anni (range 50-72).
La tecnica descritta prevede i seguenti steps: induzione di erezione artificiale per valutare il grado di incurvamento, incisione infrapubica di circa 3 cm, posizionamento di due punti di repere su ogni corpo cavernoso lateralmente al fascio vascolo-nervoso, corporotomia minima usando una lama da 12 curva, misurazione e dilatazione minima sia prossimale che distale con Furlow, introduzione di uno speculum nasale all'interno dei corpi cavernosi al di sotto della placca ed apertura dello stesso trasversalmente per rompere la placca lungo l'asse x, successivamente con lo speculum aperto viene introdotto un bisturi con lama curva da 12 curva per frantumare la placca longitudinalmente lungo l'asse z, ed infine la "profondità" dello scratch ossia dell'incisione lungo l'asse y completa la rottura tridimensionale della placca.
In alternativa al bisturi con lama curva per la frantumazione della placca possono essere utilizzate le forbici Metzenbaum.
Creazione successiva dello spazio per il reservoir posteriormente alla fascia trasversalis attraverso l'utilizzo di speculum nasale da 80 mm, posizionamento dei due cilindri protesici, successiva connessione con il reservoir e verifica funzionale e del risultato estetico

ottenuto, a tal punto se vi è una curvatura residua > 30 gradi viene effettuato il Modeling sec. Wilson.
Risultati. Assenza di complicanze nel decorso postoperatorio. I controlli a 6 e 12 mesi di distanza hanno evidenziato un buon raddrizzamento penieno con corretto e soddisfacente funzionamento dall'impianto protesico.
Conclusioni. Tale procedura di rottura interna della placca indurativa è stata ideata e sviluppata per ridurre il tempo operatorio e massimizzare il risultato sia estetico che funzionale.
È una procedura poco invasiva e rapida da effettuare.
Associata alla manovra di Modeling ne riduce il rischio di lesione uretrali (rischio che è di circa il 5% se il Modeling viene effettuato come unica procedura).
La procedura può essere utilizzata anche nelle deformità 'a clessidra' per migliorare il risultato estetico prima dell'impianto protesico.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V04
IMPIANTO MINIMAMENTE INVASIVO DI PROTESI PENIENA IDRAULICA PER VIA INFRAPUBICA SEC. PAUL E. PERITO

Antonini Gabriele[1], Vicini Patrizio[2], De Berardinis Ettore[1], Busetto GianMaria[1], Gentile Giuseppe[1], Perito Paul E.[3]
[1]Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Scienze Urologiche Università La Sapienza, Roma; [2]Casa di Cura INI (Istituto Neurotraumatologico Italiano) Grottaferrata, Roma; [3]Perito Urology, Coral Gables, Florida (USA)

Scopo del lavoro. Nel video gli autori descrivono i passaggi fondamentali della tecnica di impianto minimamente invasivo di protesi peniena idraulica con accesso infrapubico sec. Paul E. Perito.
Materiali e metodi. Sono stati sottoposti a tale procedura 24 pazienti affetti da deficit erettile non responder alla terapia per os ed alla farmacoinfusione, età media 64 anni (range 54-74).
La tecnica descritta prevede i seguenti passaggi operatori: induzione di erezione artificiale (per valutare eventuali recurvatum), incisione infrapubica di circa 3 cm, posizionamento di due punti di repere su ogni corpo cavernoso lateralmente al fascio vascolo-nervoso, corporotomia minima usando una lama da 12 curva, misurazione e dilatazione minima sia prossimale che distale con Furlow, creazione dello spazio per il reservoir posteriormente alla fascia trasversalis attraverso l'utilizzo di speculum nasale da 80 mm, posizionamento dei due cilindri protesici, successiva connessione con il reservoir e verifica funzionale e del risultato estetico ottenuto, creazione di tasca sottodartoica scrotale attraverso l'utilizzo di speculum nasale da 80 mm, trazione finale sull'estremità distale dei cilindri protesici per un corretto alloggiamento dell'impianto, chiusura delle due corporotomie, posizionamento di drenaggio nello scroto attraverso speculum nasale da 80 mm, chiusura della parete a strati, medicazione contenitiva semicompressiva.
Risultati. Assenza di complicanze nel decorso postoperatorio. I controlli a 6 e 12 mesi di distanza hanno evidenziato un corretto e soddisfacente funzionamento dall'impianto protesico.
Conclusioni. Tale procedura è stata progettata e sviluppata per ridurre il tempo operatorio e massimizzare il risultato sia estetico che funzionale.
I vantaggi di tale tecnica sono rappresentati da piccola incisione sovrapubica di circa 3 cm con guarigione più rapida rispetto all'incisione dello scroto, ridotta incidenza di ematomi scrotali che generalmente aumentano il rischio di infezione, agevole accesso all'anello inguinale per posizionare il reservoir, assenza di tubi di raccordo palpabili ad eccezione di quello della pompa nello scroto, possibilità di effettuare contestuale sezione del legamento sospensore penieno ed allungare il pene in casi selezionati.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V05
REVISIONE PROTESI IDRAULICA AMS 700 CX PER DANNO ALLA POMPA SCROTALE: STRATEGIA SEQUENZIALE D'INTERVENTO

Antonini Gabriele[1], Vicini Patrizio[2], De Berardinis Ettore[1], Busetto GianMaria[1]. Gentile Vincenzo[1]
[1]Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Scienze Urologiche Università "La Sapienza", Roma; [2]Casa di Cura INI (Istituto Neurotraumatologico Italiano) Grottaferrata, Roma

Introduzione. Lo scopo del lavoro è presentare la revisione di protesi idraulica AMS 700 CX per danno alla pompa scrotale.
Materiali e metodi. Il caso è di un paziente di 64 anni, già sottoposto in altro nosocomio ad impianto di protesi peniena idraulica tricomponente per deficit erettile, che giunge alla nostra osservazione perché dopo 8 anni dall'impianto perché la protesi rimaneva attiva senza incremento pressorio esterno, si disattivava con l'aumentare delle pressioni.
Si effettuava incisione e refertazione della connessione pompa scrotale al reservoir essendo una protesi preconnessa.
Dopo aver clampato l'estremità prossimale (relativo al connettore e non al reservoir) della connessione e rimosso il connettore si verifica la quantità di soluzione presente all'interno del reservoir che confermava la quantità di soluzione immodificata rispetto al primo intervento.
Il liquido del reservoir veniva mandato in coltura per analisi batteriologica per escludere che all'interno della soluzione vi fossero precipitazioni di tipo proteico che avrebbero compromesso l'efficienza della nuova protesi per inceppamento del micro-resistore della pompa.
Dopo aver riempito con una quantità nota il reservoir, si procedeva all'esclusione dello stesso mediante un tappo in metallo dedicato per evitare sia la fuoriuscita

di soluzione sia l'ingresso di materiale organico per via retrograda nel sistema.
Questo ci consentiva di effettuare la rimozione e nuovo impianto in tutta sicurezza.
A questo punto si collegava una siringa da 60 ml con ago smusso 15 Gauge, si simulava l'attivazione della protesi che ci confermava la mancata efficienza del resistore della pompa.
Si decideva pertanto la sostituzione dei cilindri e pompa lasciando a dimora il pregresso resorvoir. La contiguità dei connettori veniva realizzata mediante Prolene 2/0.
Risultati. Il paziente nel postoperatorio non ha avuto infezione, né alterazioni di tipo meccanico. I controlli a 12 e 24 mesi di distanza hanno evidenziato un corretto e soddisfacente funzionamento dall'impianto protesico.
Conclusioni. Il tutto è stato fatto per evitare la rimozione e la messa a dimora di un nuovo di un reservoir (che avrebbe determinato allungamento dei tempi chirurgici, maggior rischio di infezione protesica, maggiori costi). Grazie alla tecnologia messa a diposizione dell'AMS le nuove protesi sono rivistite da Inhibizone (soluzione di associazione antibiotica di rifampicina e minociclina), con rilascio lento a 28 giorni e minor rischio infettivo.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V06
COMPLICANZA SEVERA DOPO IMPIANTO PROTESICO IDRAULICO E CORPOROPLASTICA DI ALLUNGAMENTO A SLITTA

Fulvio Colombo[1], Giorgio Gentile[2], Alessandro Franceschelli[1]
[1]SSD Andrologia, Az.Osp. S. Orsola-Malpighi, Bologna; [2]Clinica Urologica, Università di Bologna, Az. Osp. S. Orsola-Malpighi, Bologna

Questo video illustra una complicanza occorsa dopo intervento di raddrizzamento ed allungamento dei corpi cavernosi ed impianto di protesi idraulica in paziente affetto da Malattia di La Peyronie e disfunzione erettiva non responsiva ai farmaci.
L'intervento eseguito, recentemente proposto dalla Scuola Urologica Torinese, e denominato 'corporoplastica a slitta' consente un effettivo allungamento dei corpi cavernosi.
Vengono illustrate le diverse fasi dell'intervento il cui passaggio tecnico più importante consiste nella doppia incisione trasversale semicircolare dell'albuginea cavernosa (una distale e dorsale alla placca e l'altra prossimale e ventrale) che vengono connesse tra loro da 2 ulteriori incisioni longitudinali laterali. Questo consente di ottenere, tramite una trazione esercitata sul glande, un avanzamento ed allungamento cavernoso cui fa seguito un doppio innesto di copertura in matrice acellulare di pericardio bovino. Nel caso illustrato in questo video, era stato ottenuto un allungamento di oltre 3 cm.
Dopo un iniziale decorso post operatorio apparentemente regolare, a circa 20 giorni dall'intervento, la lenta cicatrizzazione e la comparsa di un'area necrotica a livello della cicatrice coronale rendeva inevitabile un secondo intervento esplorativo.
Si evidenziava uno stato di grave sofferenza ischemica a carico dell'intera albuginea che appariva grigiastra e di scarsa consistenza. Si decideva per l'espianto dei cilindri e della pompa protesica con conservazione del serbatoio addominale.
Al termine di questa fase chirurgica, il corpi cavernosi sembravano aver mantenuto l'allungamento ottenuto con il primo intervento. La cute inspessita e retratta non risultava sufficiente a rivestire l'asta e si rendeva necessario un innesto dermo-epidermico full-thickness prelevato dalla regione inguinale sinistra.
Gli Autori ritengono che questa sfortunata esperienza loro occorsa debba rappresentare un monito verso un'applicazione troppo 'spinta' della metodica che, peraltro, rappresenta la più innovativa ed efficace tecnica chirurgica in grado di garantire un reale allungamento dei corpi cavernosi.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Video selezionati

SV01
TERAPIA CHIRURGICA DELL'INCURVAMENTO PENIENO SECONDARIO A INDURATIO PENIS PLASTICA (IPP) MEDIANTE TECNICA ORIGINALE DI INCISIONE IN ALLUNGAMENTO DELLA TUNICA ALBUGINEA CON PLASTICA Z SENZA AUSILIO DI GRAFT: DESCRIZIONE DELLA TECNICA, DEL PROTOCOLLO SPERIMENTALE CHIRURGICO E DEI RISULTATI PRELIMINARI

Andrea Moiso, Diego Rosso, Patrizio Polledro
SC Urologia, ASLCN1, PO "SS. Annunziata", Savigliano (CN)

Introduzione ed obiettivi. Descrizione di tecnica originale di corporoplastica lenghtening con plastica Z (1,2) della tunica albuginea, finalizzata alla riduzione del Deficit Erettile (DE) secondario quale complicanza funzionale a tale tipo di chirurgia.
Materiali e metodi. Descrizione di protocollo sperimentale chirurgico validato dal Comitato Etico aziendale con selezione secondo le linee guida della European Association of Urology (3) di pazienti con incurvamento penieno da IPP (età maggiore di 18 anni; incurvamento con significativa alterazione della sessualità; malattia stabile da almeno 3 mesi; assenza di DE (IIEF-5 = > 20); sottoscrizione di specifico consenso informato). Riabilitazione con Vacuum Device; controlli a 3, 6, 9 mesi. End-points: risoluzione del recurvatum, assenza di DE post-operatorio, Soddisfazione Complessiva (SC) soggettiva del paziente, ottimizzazione tempi operatori.
Descrizione audio-visiva con filmato della tecnica originale proposta, impiegata nei primi 6 pazienti inseriti nel protocollo sperimentale.

Risultati. Media di età, angolo di curvatura in gradi, diametro placca, IIEF-5 e tempo operatorio pari a: 59 anni; 66° (dorsale 5 casi, dorso-laterale 1 caso); 24,4 mm; 22,8; 140 minuti. Inizio sperimentazione Maggio 2013. Nessuna complicanza post-operatoria; guarigione completa in tutti i pazienti; assenza di incurvamento residuo in tutti i pazienti; IIEF-5 medio 22,75.
Follow Up (FU) a 9 mesi: 2 pazienti (pz), IIEF-5 24 e 23; incurvamento residuo assente; SC ottima in entrambi, ipoestesia del glande in 1 pz su 2. FU a 6 mesi: 2 pz, IIEF-5 24 e 24; incurvamento residuo assente, SC ottima in entrambi, ipoestesia del glande in entrambi. FU a 3 mesi non significativo.
Conclusioni. La tecnica in sperimentazione è di semplice esecuzione, non richiede impiego di graft pur consentendo un funzionale raddrizzamento con piena soddisfazione soggettiva del paziente. Il FU, sebbene ancora breve, sembra evidenziare una buona conservazione della funzione erettile, end-point primario della sperimentazione.

Bibliografia

1. McGregor AD. The Z-Plasty in McGregor AD, McGregor IA editors. Fundamentals techniques of plastic surgery. 10th ed. Churchill Livingsone; 2000. p.21

(2. Ellur S, Guido NL. A mathematical model to predict the change in direction of the common limb in Z plasty. Indian J Plast Surg. 2009; 42:82-84.

3. Hatzimouratidis K, Eardley I, et al. EAU guidelines on penile curvature. Eur Urol 2012; 62:543-52.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

SV02
URETROPLASTICA STADIATA CON INNESTO DI MUCOSA BUCCALE IN PAZIENTE CON GRAVE INCURVAMENTO PENIENO ED URETRA CORTA DA DISPLASIA DEL CORPO SPONGIOSO URETRALE

Antonio Vitarelli[1], Lucia Divenuto[1], Enrico Lavelli[1], Carlo Curatolo[2], Mauro Altomare[2], Arcangelo Pagliarulo[1]
[1]Urologia Universitaria II, Azienda Ospedaliera Policlinico Bari; [2]Unità Operativa Urologia P.O. Molfetta

Introduzione ed obiettivi. Le curvature congenite dell'asta sono condizioni malformative poco comuni, caratterizzate da incurvamento del pene di vario grado ed entità, a volte associate ad ipospadia e più raramente a uretra corta da displasia del corpo spongioso. La loro incidenza è di circa 0,6% nella popolazione,ma sono patologie che emergono raramente, anche in relazione all'entità dell'incurvamento, spesso con le prime erezioni dalla pubertà.
Materiali e metodi. Il paziente (Pz) è un ragazzo di 16 anni con un incurvamento penieno tale da non consentire una adeguata erezione. Il pene si presentava retratto nella sua parte ventrale,che era resistente alla trazione passiva e ridotta in elasticità. L'esame doppler penieno dinamico mostrava parametri nella norma e evidente incurvamento in erezione. È stato quindi sottoposto ad Uretroplastica I tempo con innesto di Mucosa Buccale (MB).
Dopo degloving penieno si è evidenziata un corda peniena ventrale retraente,e contraente stretti rapporti con l'uretra, che era tortuosa e poco clivabile dai corpi cavernosi (CC) sottostanti. Isolata l'uretra, si è notata l'assenza di spongiosa,con sola mucosa, per circa 4 cm, tale che, passando il catetere, ne era possibile la visualizzazione attraverso la mucosa stessa. Verificata l'integrità e l'assenza di incurvamenti dei CC, è stata rimossa l'uretra displastica prossimalmente e distalmente fino alla spongiosa sana, risparmiando l'uretra glandulare. Prelevato un graft di MB di circa 5 x 4 cm, è stato eseguito un innesto libero di mucosa sui CC anastomizzando la mucosa uretrale sana alla MB, lasciando un meato ipospadico provvisorio alla radice del pene. Nel postoperatorio non si sono avute complicanze, salvo una retrazione tardiva del graft nel punto di innesto. La chiusura è stata eseguita dopo circa 10 mesi, con un nuovo prelievo di MB di circa 3 x 3 cm. Si è deciso intraoperatoriamente di eseguire una apertura ventrale e mediale del glande, temporanea, per ridurre i rischi di fistola legati ad una eccessiva trazione.
Risultati. Il catetere è stato rimosso dopo 3 settimane dall'intervento senza problemi.Il pz non presenta incurvamenti residui o fistole ed è soddisfatto del risultato, avendo una attività sessuale soddisfacente. Al momento non è interessato ad un ulteriore intervento di chiusura del glande.
Conclusioni. La chirurgia stadiata ha permesso di risolvere,anche se in tempi protratti e con un breve follow up, un caso complesso come questo,permettendo la sostituzione di un intero tratto di uretra terminale.
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Indice degli autori

Abatangelo Giuseppe 16, 28
Abate Francesco 19, 20
Alei Giovanni 3, 18
Alei Lavinia 3, 18
Altomare Mauro 37
Ammendola Ciro 16
Angelozzi Giovanni 33
Antolini Claudio 32
Antonini Gabriele 14, 22, 34, 35
Arena Giampaolo 26, 27
Avolio Ciro 5

Barale Maurizio 29
Barberi Marzia 7
Barbieri Simone 3
Bartoletti Riccardo 16, 18, 26, 30
Battaglia Gaetano 13
Belgrano Emanuele 31, 32
Bellangino Mariangela 28
Benedetto Giuseppe 16, 28
Boeri Luca 9, 23, 24, 25, 33
Bonanni Guglielmo 10
Bonetto Gambrosier Matteo 28
Bongini Andrea 26, 30
Bongioanni Francesca 6
Borghesi Alessandro 28
Boscaro Marco 10
Bucci Stefano 31
Busetto Gian Maria 34, 35

Caciagli Patrizio 18
Cai Tommaso 18
Calogero Aldo E. 1, 10, 14
Camozzi Ilenya 25
Cancrini Fabiana 28
Caola Iole 18
Capece Marco 13
Capogrosso Paolo 9, 23, 24, 25, 33
Caraceni Enrico 3, 33
Carbone Antonio 11, 12
Carrino Maurizio 13
Casarico Antonio 11
Casciani Valentina 8
Castagna Giulia 9, 23, 24, 25, 33
Castelli Tommaso 1, 10, 14
Castiglione Fabio 9, 23, 24, 25, 33
Ceccato Filippo 10
Ceruti Carlo 4, 5, 6, 12, 15, 21, 29, 30
Chiapparrone G. 31, 32
Chiodo Giulio 27

Chiriacò G. 31, 32
Cianni Loredana 27
Cimino Sebastiano 1, 10, 14
Cividini Riccardo 20
Colasante Alessandro 9
Colicchia Michele 9, 23, 24, 25, 33
Colombo Fulvio 3, 4, 8, 12, 19, 20, 36
Comisso V. 21
Condorelli Rosita 1, 10, 14
Cormio Luigi 3
Costantini Elisabetta 11, 12
Costanzi Antonio 16, 26, 30
Cotarelo Rocio Pena 7
Cozza Pietro Paolo 7
Curatolo Carlo 37
Cursio Elisabetta 7

D'Urzo Fortunato 19, 20
Dachille Giuseppe 2
Dadone C. 12
Dal Maso Gabriele 6
Damiano Rocco 9, 23, 24, 25, 33
Daniele Giovanni Pietro 21
De Berardinis Ettore 14, 22, 34, 35
De Concilio B. 31
De Magistris Giuseppe 13
De Marco Ferdinando 14, 22, 34
De Nunzio Cosimo 28
Dell'Atti Lucio 21, 22
Dente Donato 8
Di Nicola Stefano 34
Di Silverio A. 14
Divenuto Lucia 3, 37
Donà Giovanna 10

Erinnio Michele 2

Fabiani Andrea 2
Falabella Roberto 19, 20
Falcone Marco 4, 5, 6, 12, 15, 21, 29, 30
Faletti Riccardo 15
Farina Umberto 26, 30
Favilla Vincenzo 1, 10, 14
Fedelini Paolo 13
Ferasin Sergio 10
Filice Laura 26, 27
Fino P. 3
Fioretti Fabrizio 2
Florio Mirko 16
Fornasari Laura 21

Fossati Ivan 13
Fragalà Eugenia 1, 10, 14
Franceschelli Alessandro 3, 4, 8, 19, 20, 36
Franco Giorgio 8
Frea Bruno 4, 5, 6, 12, 15, 21, 30
Fundone Antonella 4
Fuschi Andrea 11, 12

Galletto Elisa 12, 15
Gallo Natalina 26, 27
Garello Cristina 6
Gatti Antonietta 5
Gavazzi Andrea 16
Gennarelli Gianluca 6
Gentile G.G. 31
Gentile Giorgio 3, 4, 8, 19, 20, 36
Gentile Giuseppe 34, 35
Gentile Vincenzo 14, 22, 34, 35
Giannella Riccardo 13
Giordano Giovanni 28
Giubilei Gianluca 16
Granella Francesca 6
Greco Ermanno 7, 8, 9
Greco Mariachiara 9
Guidetti Daniela 6

Iole Caola 18
Iorio Beniamino 16
Iovine Erika 9
Ippolito Carmelo 21

Jannuzzi Leopoldo 5

Kuehhas F. 12

La Croce Giovanni 9, 23, 24, 25, 33
La Vignera Sandro 1, 10, 14
Lavelli Enrico 37
Leo Mirco 28
Leone Stefania 10
Letizia Piero 3, 18
Liguori Giovanni 31, 32
Limitone Antonio Domenico 2
Linori-Marrelli Florinda 26, 27
Lioi Saveriano 19, 20
Lobascio Anna Maria 9
Lombardo Riccardo 28
Longhi Elena 19
Lorenzo Montesi
Lorusso Vincenzo 19, 20
Ludovico Mario Giuseppe 2

Maggioni Cristina 11, 12
Malossini Gianni 18
Mammana Gabriele 2
Mantovani Franco 32
Marronaro Angelo 33
Masetti Martina 4
Massenio Paolo 3
Matloob Rayan 9, 23, 24, 25, 33
Maurizi Angela 6
Meliani Enrico 26, 30
Melone Franco 26, 30
Menchinelli P. 31
Minasi Maria Giulia 7, 8, 9
Mirone Vincenzo 7
Moiso Andrea 29, 36
Moja Egidio A. 13
Mondaini Nicola 16, 18, 26, 30
Montano Luigi 5
Montesi Lorenzo 17,
Montorsi Francesco 9, 19, 23, 24, 25, 33
Morgia Giuseppe 1, 10, 14
Morrone Giancarlo 7, 26, 27
Musy Marco 15
Muzzonigro Giovanni 17

Nanna Giuseppe 2
Natali Alessandro 3
Nigro Filippo 16, 28
Notari Tiziana 5

Pagliarulo Arcangelo 37
Palleschi Giovanni 11, 12
Palmieri Alessandro 7
Pastore Antonio Luigi 11, 12
Patelli Emilio 32
Pavan Nicola 31, 32
Pellegrino Chiara 28
Peluso Giuseppina 7, 26, 27
Perito Paul E. 34, 35
Perri Carlo 26, 27
Pescatori Edoardo S. 13
Pisano Francesca 4, 29
Pistos Constantinos 5
Polito Massimo 17
Polledro Patrizio 29, 36
Ponti Franco 19, 20
Pozza Carlotta 15
Pozza Diego 15
Pozza Mariangela 15
Preto Mirko 4, 5, 6, 12, 15, 21, 30
Privitera Salvatore 1, 10, 14
Pucci Luigi 13
Puppo Paolo 11

Quaresima Luigi 17

Rago Rocco 12
Raimondo Salvatore 5
Ralph D.J. 12
Reale Giulio Francesco 10
Regina Cesare 9, 23, 24, 25, 33
Revelli Alberto 6
Riccio Riccardo 13
Riccio Teresa 9
Rizzo Michele 31, 32
Rolle Luigi 4, 5, 6, 12, 15, 21, 29, 30

Rossi A. 3, 18
Rosso Diego 29, 36
Ruberti Alessandra 7
Rubes Jiri 5
Russo Andrea 9, 23, 24, 25, 33
Russo Gian Rosario 21, 22
Russo Giorgio Ivan 1, 10, 14

Salonia Andrea 9, 19, 23, 24, 25, 33
Salonia Michele 25
Saraceni Giacomo 3
Sarti Enrico 16, 26, 30
Sasso F. 31
Scarfini M. 16
Scarselli Filomena 7, 8, 9
Scati L. 32
Scremin Enrico 16
Sedigh Omidreza 4, 5, 6, 12, 15, 21, 22, 30
Serino Alessandro 9, 23, 24, 25, 33
Servello C. 31
Servi Lucilla 2
Shahabadi Hussein 22
Sibona Mattia 4, 5, 12, 15, 30
Silvani Mauro 2
Silvestri Luigi 11
Spera Enrico 16

Tasca Andrea 16, 28
Terribile Mario 8, 9
Tessarolo Francesco 18
Tezzot G. 31
Timpano Massimiliano 4, 5, 6, 12, 15, 21, 29, 30
Tiroli Marco 17
Tiscione Daniele 18
Trombetta Carlo 31, 32
Tubaro Andrea 28
Tuccio Agostino 3

Ughi Gianni 21, 22
Umari Paolo 31, 32
Utizi Lilia 3

Vedovo F. 31, 32
Ventimiglia Eugenio 9, 23, 24, 25, 33
Verze Paolo 7
Vicini Patrizio 14, 22, 34, 35
Villirillo Tommaso 2
Vita Angela 19, 20
Vitarelli Antonio 3, 37

Zazzaro Vincenzo 9
Zucchi Alessandro 2, 11, 12

gsk
GlaxoSmithKline

NAPOLI

3 - 6 giugno 2015

CASTEL DELL'OVO

"L'ANDROLOGIA DEL FUTURO TRA FISICA E METAFISICA"

ARRIVEDERCI AL XXXI CONGRESSO NAZIONALE SIA

SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA

Presidente SIA
Giorgio Franco

Presidente del Congresso
Vincenzo Mirone

Responsabile Scientifico
Alessandro Palmieri

Coordinamento
SIAS Congress Team
siascongressteam@andrologiaitaliana.it
www.andrologiaitaliana.it

Segreteria Organizzativa
Emilia Viaggi Congressi & Meeting
evcongressi@emiliaviaggi.it
www.emiliaviaggi.it