

Journal of ANDROLOGICAL SCIENCES



Official Journal of
the Italian Society of Andrology

XXVII Congresso Nazionale SIA

Congresso delle Sezioni Regionali
Lazio Abruzzo Molise



Andrologia e Società: istituzioni, famiglia, scuola e sport.
I percorsi del progresso andrologico

Fiuggi, Teatro delle Fonti
2-5 novembre 2011

www.andrologiaitaliana.it

PACINI
EDITORE
MEDICINA

Journal of ANDROLOGICAL SCIENCES

Official Journal of the Italian Society of Andrology

Cited in
SCOPUS Elsevier Database

Past Editors

Fabrizio Menchini Fabris (Pisa)
1994-2004

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

Vincenzo Ficarra (Padova)
Andrea Salonia (Milano)

Editor-in-Chief

Ferdinando Fusco (Napoli)

Managing Editor

Furio Pirozzi Farina (Sassari)

Editorial Board

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

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

Editorial Office

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

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

Publisher

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

PACINI
EDITORE
MEDICINA



Società Italiana di Andrologia

Presidente
Furio Pirozzi Farina

**Andrologia e Società:
istituzioni, famiglia, scuola e sport.
I percorsi del progresso andrologico**

XXVII Congresso Nazionale SIA

Congresso delle Sezioni Regionali

Lazio Abruzzo Molise

Fiuggi, 2-5 novembre 2011

Teatro delle Fonti

Presidenti del Congresso

Giuseppe La Pera
Lodovico Vaggi

**Sezione Regionale SIA
Lazio Abruzzo Molise**

Coordinatore
Giuseppe La Pera

Segretario
Gianni Paulis

Membri
Adele Fabrizi
Stefano Laurenti
Rocco Rago

Segreteria Scientifica e Coordinamento

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

Società Italiana di Andrologia

Comitato Esecutivo

Presidente

Furio Pirozzi Farina

Past President

Vincenzo Gentile

Segretario

Alessandro Palmieri

Tesoriere

Angela Vita

Consiglieri

Fulvio Colombo

Nicola Mondaini

Enrico Spera

Delegato Nazionale per le Sezioni Regionali

Mauro Silvani

Commissione Scientifica

Presidente

Giovanni Muzzonigro

Membri

Guglielmo Bonanni

Tommaso Cai

Giovanni Liguori

Giorgio Pomara

Paolo Verze

S.I.A.

Società Italiana Andrologia
Via Bellotti Bon, 10 – 00197 Roma

Tel. +39.06.80691301

Fax. +39.06.80660226

sia@andrologiaitaliana.it

www.andrologiaitaliana.it

Indice sintetico

Presentazioni.....	1
Poster “Area Chirurgica” – Gruppo 1	2
Comunicazioni orali “Area Medica” – Gruppo 1	7
Video – Gruppo 1	11
Poster – Gruppo 2	13
Comunicazioni orali – Gruppo 2	19
Video – Gruppo 2	23
Poster – Gruppo 3	25
Comunicazioni orali – Gruppo 3	33
Video – Gruppo 3	38
Clinical cases	40
Elenco abstract non pubblicati	44
Indice degli Autori	45

Indice

Presentazioni.....	1
Poster Area Chirurgica – Gruppo 1	
P1. Accorciamento/incurvamento penieno per induratio penis plastica: un'innovativa tecnica chirurgica con doppia incisione longitudinale della tunica albuginea e traslazione “a slitta” dei segmenti ottenuti <i>L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, E. Galletto, M. Falcone, D. Fontana.....</i>	2
P2. La plicatura dell'albuginea nel trattamento del recurvatum penis secondario a IPP, è sempre una metodica valida? <i>G. Passavanti, A. Bragaglia, R. Nucciotti, M. Gnech, F.M. Costantini, V. Pizzuti.....</i>	2
P3. Valutazione a medio lungo termine di 58 interventi di protesizzazione peniena con protesi idrauliche <i>G. Liguori, S. Bucci, S. Ciampalini, M. Rizzo, P. Umari, S. Benvenuto, C. Trombetta, E. Belgrano.....</i>	3
P4. Innesto di “graft” autologo nel trattamento del “buried penis” dopo circoncisione <i>A.D. Asimakopoulos, B. Iorio, M. Casilio, E. Spera</i>	3
P5. Dati preliminari di una nuova strategia terapeutica farmaco-fisica nella terapia dell'induratio penis plastica <i>P. Verze, G. Grimaldi, M. Capece, F. Fusco, F. Bottone, N. Longo, F. Mangiapia, D. Arcaniolo, M. Franco, V. Mirone</i>	3
P6. Utilizzo combinato dell'estensore penieno Andropenis® e di terapia orale con PeironiMEV® vs. infiltrazioni intrapacca di verapamile nel trattamento della malattia di La Peyronie: risultati preliminari di uno studio clinico randomizzato di fase II <i>P. Gontero, M. Di Marco, G. Giubilei, F. Pisano, A. Bonazzi, F. Soria, C. Fiorito, A. Zitella, R. Bartoletti, A. Tizzani, N. Mondaini</i>	4
P7. Corporoplastica di raddrizzamento con chirurgia di placca e grafting di pelvicol su tutori soffici a rigidità assiale: nostra esperienza <i>A. Vitarelli, L. Divenuto, I. Intermite, S. Alba, E. Lavelli, A. Pagliarulo</i>	4
P8. Impianto protesico AMS-Spectra: casistica personale e soddisfazione dei pazienti <i>L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, E. Galletto, M. Falcone, D. Fontana.....</i>	5
P9. La chirurgia dell'ingrossamento del pene mediante utilizzo di grasso autologo: la “lipopenostruttura combinata” <i>A.G. Littara, R. Melone.....</i>	5
P10. Il problema delle dimensioni del pene dopo impianto di protesi peniena tricomponente <i>E. Caraceni, G. Angelozzi, A. Marronaro, F. Fioretti, L. Utizi.....</i>	5
P11. Soddisfazione in pazienti e partner dopo impianto di protesi peniena tricomponente AMS 700® <i>A. Vavallo, C. Bettocchi, M. Spilotros, M. Tedeschi, G. Lucarelli, V. Ricapito, P. Ditonno, M. Battaglia, F. Paolo Selvaggi, F. Palumbo.....</i>	6
Comunicazioni orali Area Medica – Gruppo 1	
C1. Valutazione del corretto contenuto di specie reattive dell'ossigeno per la capacitazione degli spermatozoi umani e coinvolgimento del sistema della NADPH ossidasi <i>G. Donà, C. Fiore, L. Bakdounes, E. Ragazzi, S. Ferasin, F.L. Giorgino, D. Armanini, G. Clari, L. Bordin, G. Bonanni</i>	7

C2.	Varicocele e male aging: risultati di uno studio controllato <i>G. Maio</i>	7
C3.	È veramente aumentata l'awareness degli uomini in tema di disfunzione erettile nell'era dei PDE5i? <i>A. Salonia, A. Saccà, M. Ferrari, R. Matloob, F. Castiglione, A. Russo, G. Castagna, M.C. Clementi, D. Moretti, P. Rigatti, F. Montorsi</i>	8
C4.	Analisi della prevalenza di HPV (papilloma virus umano) in campioni biologici di origine genito-urinaria ottenuti da pazienti affetti da CP/CPSS <i>T. Cai, S. Mazzoli, P. Addonizio, F. Meacci, N. Mondaini, R. Bartoletti</i>	8
C5.	Eiaculazione precoce: studio prospettico randomizzato per confrontare riabilitazione del pavimento pelvico e dapoxetina <i>A.L. Pastore, G. Palleschi, L. Silvestri, D. Autieri, A. Ripoli, A. Leto, A. Carbone</i>	8
C6.	Il dominio funzione erettile dell'IIEF può considerarsi specchio dello stato di salute generale maschile? <i>A. Salonia, M. Ferrari, A. Saccà, U. Capitanio, L. Rocchini, R. Matloob, F. Castiglione, A. Russo, G. Castagna, M.C. Clementi, D. Moretti, P. Rigatti, F. Montorsi</i>	9
C7.	Prostatite batterica e <i>Ureaplasma species</i> : prevalenza e predominanza della nuova specie <i>Ureaplasma parvum</i> <i>S. Mazzoli, F. Meacci, T. Cai</i>	9
C8.	Integrità del DNA spermatico nelle gravidanze spontanee <i>D.D. Montagna, S. Pinto Provenzano, G.A. Coppola, V. Caroli Casavola, I. Ortensi, L. Coppola</i>	10

Video – Gruppo 1

V1.	Sostituzione di protesi peniena, dopo disassembly del glande e ricostruzione complessa degli apici cavernosi, per lesione secondaria da decubito del cilindro protesico, utilizzando biomateriali sintetici <i>L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, E. Galletto, M. Falcone, D. Fontana</i>	11
V2.	AMS 1500: duplice impianto di protesi peniena tricomponente (AMS 700) e sfintere urinario (AMS 800) con unico accesso peno scrotale <i>C. Bettocchi, M. Spilotros, A. Vavallo, M. Tedeschi, G. Lucarelli, G.A. Saracino, P. Ditonno, M. Battaglia, F.P. Selvaggi, F. Palumbo</i>	11
V3.	Posizionamento di protesi peniena tricomponente mediante tecnica “no-touch” modificata <i>G. Liguori, A. Zordani, S. Ciampalini, S. Bucci, S. Benvenuto, G. Ollandini, G. Mazzon, E. Belgrano, C. Trombetta</i>	11

Poster – Gruppo 2

P12.	Esiti psicosociali, relativi all'efficacia e alla soddisfazione in seguito al trattamento con tadalafil una volta al giorno vs. sildenafil citrato al bisogno in uomini con disfunzione erettile <i>E. Rubio-Auriales, H. Porst, B. Stuckey, A.M. Morales, G. Hackett, E.D. Kim, F. Montorsi, V. Kopernicky, P. Burns, T.M. West</i>	13
P13.	Studio randomizzato, in doppio cieco, placebo controllato, a gruppi paralleli per la valutazione dell'efficacia e della sicurezza di tadalafil giornaliero in soggetti con disfunzione erettile (DE) naïve al trattamento con inibitori della PDE5 <i>F. Montorsi, A. Aversa, H. Porst, I. Moncada, P. Perimenis, M.A. Shane, S. Sebastian</i>	13
P14.	Valutazione seminale e frammentazione del DNA spermatico in soggetti infertili pre- e post-terapia con antiossidanti <i>G. Peluso, P. Paolo Cozza, C. Perri, G. Arena, N. Gallo, G. Morrone</i>	14

P15. Produzione endogena di specie reattive dell'ossigeno e modulazione della tirosin-fosforilazione durante la capacitazione degli spermatozoi umani <i>L. Bakdounes, G. Donà, C. Fiore, S. Ferasin, F.L. Giorgino, D. Armanini, G. Clari, G. Bonanni, L. Bordin</i>	14
P16. Il questionario EHS è un valido strumento per valutare la rigidità peniena? <i>L. Gallo, R. Giannella, N. Spiezia, S. Pecoraro</i>	15
P17. Disfunzione erettile e disautonomia autonoma: studio preliminare <i>C. Crisafulli, G. Beneventano, M. Catanuso, C. Di Gregorio, A. Di Guardo, G. Profeta, G. Sidoti</i>	15
P18. Relazione tra parametri seminali e gravidanze spontanee alla luce delle nuove linee guida WHO'10 <i>A. Sebastianelli, P. Salacone, F. Masci, C. Fiori, R. Sacchetto, F. Forte, I. Marcucci, R. Rago</i>	16
P19. Introduzione al concetto di prevenzione in medicina riproduttiva – Gli uomini hanno una consapevolezza dell'importanza del proprio volume testicolare? <i>A. Salonia, A. Saccà, R. Matloob, M. Ferrari, U. Capitanio, F. Castiglione, A. Russo, G. Castagna, M.C. Clementi, D. Moretti, P. Rigatti, F. Montorsi</i>	16
P20. Azoospermia secretoria: possibile ruolo delle varianti del recettore degli androgeni <i>L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, E. Galletto, M. Falcone, D. Fontana</i>	16
P21. Applicazione dei valori di riferimento 2010 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per l'analisi dello spermogramma di uomini con infertilità di coppia – Che cosa è cambiato clinicamente? <i>A. Salonia, R. Matloob, M. Ferrari, A. Saccà, F. Castiglione, A. Russo, M.C. Clementi, G. Castagna, U. Capitanio, D. Moretti, P. Rigatti, F. Montorsi</i>	17
P22. Ruolo dell'aldosterone e dell'acido glicirretinico su alcuni parametri della funzionalità spermatica <i>C. Fiore, L. Bordin, A. Calcagno, G. Donà, S. Ferasin, M. Piccolo, L. Bakdounes, D. Capuzzo, F.L. Giorgino, G. Clari, D. Armanini, G. Bonanni</i>	17

Comunicazioni orali – Gruppo 2

C9. Il profilo socio-culturale e clinico dei transessuali andro-ginoidi in Italia: report sulla nostra esperienza di 14 anni nel trattamento dei disordini di identità di genere <i>P. Verze, C. Imbimbo, D. Arcaniolo, A. Palmieri, N. Longo, F. Fusco, F. Mangiapia, F. Chiancone, L. Spirito, V. Mirone</i>	19
C10. Ricostruzione peniena chirurgica nella malattia di La Peyronie: ripristino della lunghezza, del diametro e della morfologia del pene con o senza impianto protesico <i>M. Florio, M. Casilio, D.M. Mendoza, F. Ieria, S. Sansalone</i>	19
C11. Studio multicentrico italiano sulla tecnica chirurgica sec. Paulo Egydio nella malattia di La Peyronie con follow-up a 36 mesi <i>S. Pecoraro, M. Silvani, R. Leonardi, R. Giulianelli, S. Sansalone, M. Marzotto, V. Sidari, R. Giannella, G. Sepe</i>	20
C12. Confronto tra due tecniche di vaginoplastica nella chirurgia di conversione andro-ginoide: risultati preliminari <i>A. Franceschelli, C.V. Pultrone, G. Gentile, E. Brunocilla, F. Colombo</i>	20
C13. Tecnica chirurgica di impianto di protesi idraulica tricomponente con accesso peno-scrotale "septum sparing": 2 anni di esperienza <i>E. Conti, P.P. Fasolo, M. Camilli, G. Fasolis</i>	20
C14. Sarcoma epitelioidale del pene: un "sosia" della malattia di La Peyronie. Nostra esperienza nella diagnosi, trattamento e follow-up <i>F. Colombo, G. Passaretti, C.V. Pultrone, E. Longhi, A. Franceschelli</i>	21

- C15. Reale allungamento penieno con utilizzo di graft circolare in corso d'implantologia protesica peniena in pazienti affetti da malattia di La Peyronie associata a grave accorciamento del pene
M. Casilio, G. Garaffa, D.M. Mendoza, F. Ieria, F. Pio, M. Florio, S. Sansalone 21
- C16. Ruolo dell'ossigenoterapia iperbarica nel trattamento delle infezioni complicate della ferita chirurgica dopo intervento di riattribuzione chirurgica di sesso nel transessualismo andro-ginoide
F. Fusco, F. Bottone, A. Palmieri, P. Verze, M. Capece, G. Grimaldi, L. Spirito, V. Mirone 22

Video – Gruppo 2

- V4. Spongiosetomia bulbare e rimodellamento infrapubico vulvare nelle revisioni estetico funzionali della chirurgia androginoica
E. Austoni, G. Galizia, V. Altieri 23
- V5. Riassegnazione chirurgica dei caratteri sessuali in senso androginoide. Note di tecnica: la neourethroclitoroplastica
C. Trombetta, M. Petrovic, G. Liguori, S. Bucci, S. Benvenuto, G. Mazzon, G. Ollandini, R. Napoli, B. de Concilio, E. Belgrano 23
- V6. Allungamento del pene con originale incisione della tunica albuginea e traslazione a "slitta" dei segmenti
L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, E. Galletto, M. Falcone, D. Fontana 24

Poster – Gruppo 3

- P24. Arginina, ginseng (FERTIMEV) e prulifloxacin: un'associazione in grado di migliorare i parametri seminali dei pazienti ipofertili affetti da infezione genitale da *Chlamydia trachomatis*
T. Cai, S. Mazzoli, N. Mondaini, D. Tiscione, G. Malossini, R. Bartoletti 25
- P25. La terapia fisica dell'eiaculazione precoce secondaria a prostatite cronica/sindrome del dolore pelvico cronico
A. Pischedda, A. Curreli, F. Pirozzi Farina 25
- P26. Prime diagnosi di patologie andrologiche-urologiche nei giovani prima e dopo l'abolizione della visita militare di leva
F. Menchini Fabris, M. Santi, A. Di Benedetto, G. Morelli, F. Menchini Fabris, M. Cecchi 26
- P27. Studio retrospettivo del trattamento farmacologico dell'eiaculazione precoce: nostra esperienza
D.M. Mendoza, M. Casilio, M. Florio, M. Scarfini, E. Spera 26
- P28. Valore dello studio ecografico transrettale nell'aumento d'efficacia in termini diagnostici e di evoluzione prognostica in pazienti affetti da emospermia
L. Dell'Atti, G. Ughi, G.R. Russo 26
- P29. Ruolo della terapia di associazione dapoxetina (30 mg)-tadalafil (5 mg) nel trattamento dell'eiaculazione precoce "lifelong": nostra esperienza
S. Masciovecchio, G. Paradiso Galatioto, P. Salducci, E.D. Di Pierro, A. Del Rosso, E. Toska, V. Galica, C. Vicentini 27
- P30. La durata dell'astinenza eiaculatoria influenza il tempo di latenza eiaculatoria intravaginale: risultati di uno studio prospettico randomizzato
A. Palmieri, G. Grimaldi, L. Spirito, M. Capece, P. Verze, C. Imbimbo, F. Fusco, V. Mirone 27
- P31. Infezione da human papilloma virus (HPV) in era "web" – Siamo sufficientemente informati?
A. Salonia, M. Ferrari, R. Matloob, A. Saccà, F. Castiglione, A. Russo, U. Capitano, M.C. Clementi, G. Castagna, D. Moretti, P. Rigatti, F. Montorsi 28
- P32. Confronti e sinergie delle diverse competenze professionali nelle RCS
D.A. Nadalin, P. Mutinelli, F. Colombo, A. Franceschelli, A.P. Sanfelici, P. Stella 28

P33. Effetto della somministrazione di testosterone esogeno sulla efficacia di verapamile intraplacca a pazienti ipogonadici con Peyronie <i>G. Cavallini, G. Biagiotti, C. Lo Giudice</i>	28
P34. Ecodoppler penieno dinamico e auto fotografia del pene in erezione nella stadiazione/diagnostica dell'IPP <i>A. Franceschelli, M. Borghesi, P. Orciari, F. Colombo</i>	29
P35. Evidenza istologica del coinvolgimento uretrale in pazienti maschi con diagnosi di lichen sclerosus: studio preliminare <i>D.M. Mendoza, G. Barbagli, M. Casilio, F. Ieria, M. Florio, F. Mirri, G. Romano, M. Lazzeri, S. Sansalone</i>	29
P36. TESE/Microtese e tumorectomia testicolare simultanee in pazienti azoospermici con noduli testicolari: una nuova opzione terapeutica <i>D. Dente, C. Leonardo, C. Caliolo, M. Salvitti, F. Petrucci, G. Franco</i>	30
P37. Iperplasia delle cellule del Leydig in pazienti sottoposti ad intervento per criptorchidismo monolaterale in età pediatrica <i>M. Sulpasso, N. Zampieri, C. Chironi, E. Barbi, F. Antoniazzi</i>	30
P38. Ci sono elementi predittivi del recupero positivo di spermatozoi nell'azoospermia non ostruttiva? Esperienza di un centro PMA <i>M. Bottalico, A. Centonze, F. Marino, V. Marotta, M. Simone, P. Saponaro</i>	31
P39. L'uretrostomia perineale definitiva nei pazienti dopo fallimento di riparazione per ipospadia <i>G. Romano, G. Barbagli, M. De Angelis, M. Lazzeri, S. Sansalone</i>	31
P40. Criopreservazione del liquido seminale "in emergenza" dopo distruzione testicolare bilaterale <i>A. Zordani, G. Liguori, S. Bucci, A. Boltar, G. d'Aloia, B. De Concilio, E. Belgrano, C. Trombetta</i>	32
P41. I pazienti affetti da eiaculazione precoce da ipersensibilità del glande rifiutano la circoncisione quale potenziale terapia definitiva per il loro problema <i>L. Gallo, R. Giannella, N. Spiezia, S. Pecoraro</i>	32
Comunicazioni orali – Gruppo 3	
C17. Mesotelioma maligno della tunica vaginale del testicolo <i>A. Franceschelli, M. Borghesi, F. Colombo</i>	33
C18. Priapismo ad alto flusso: risultati a distanza <i>G. Liguori, G. Savoca, S. Ciampalini, M. Rizzo, P. Umari, F. Pozzi Mucelli, M. Bertolotto, C. Trombetta, E. Belgrano</i>	33
C19. Realtà della implantologia protesica in Italia: risultati di un questionario <i>E. Caraceni, G. Angelozzi, A. Marconi, F. Fioretti, V. Gentile, F. Pirozzi Farina</i>	34
C20. Correzione di varicocele in soggetti con disfunzione erettile di età superiore a 40 anni. Risultati di uno studio pilota <i>G. Maio</i>	34
C21. La sindrome di Klinefelter non mosaico: 12 bambini sani nati dopo TESE-Microtese e ICSI <i>D. Dente, C. Leonardo, M. Ciletti, L. Misuraca, G. Simonelli, C. De Dominicis, E. Greco, G. Franco</i>	34
C22. Scleroembolizzazione anterograda nel trattamento del varicocele: è ancora obbligatoria la flebografia? Studio controllato su 650 casi <i>G. Maio, S. Saraeb</i>	35
C23. Nostra esperienza sull'utilità della penoscopia nelle patologie mucoso cutanee del pene <i>A. Curreli, A. Pischedda, F. Pirozzi Farina</i>	35

C24. La complicità della funzione sessuale in pazienti sottoposti ad intervento di uretroplastica <i>G. Benedetto, G. Abatangelo, C. Tambone, F. Nigro, E. Scremin, A. Tasca</i>	36
C25. Induratio penis plastica: la chirurgia di placca. Esperienza su 48 casi <i>G. Maio</i>	36
C26. Il ruolo del doppio impianto “protesi peniena-sfintere urinario” nei pazienti con deficit erettile e incontinenza urinaria dopo intervento di prostatectomia radicale <i>L. Rolle, C. Ceruti, M. Timpano, O. Sedigh, E. Galletto, M. Falcone, D. Fontana</i>	36
Video – Gruppo 3	
V7. Trattamento della condilomatosi uretrale nel maschio con laser a diodi <i>R. Leonardi, G. Iacona, G. Di Leo, S. Pecoraro</i>	38
V8. Lembo ad isola cutaneo penieno con approccio prerettale per il trattamento delle stenosi complicate bulbomembranose <i>E. Austoni, G. Galizia, V. Altieri</i>	38
V9. Carcinoma squamoso scarsamente differenziato dell’uretra con progressione locale e metastasi massive linfonodali: trattamento chirurgico <i>F. Palumbo, M. Spilotros, A. Vavallo, M. Tedeschi, G. Lucarelli, V. Di Lorenzo, P. Ditunno, M. Battaglia, F.P. Selvaggi, C. Bettocchi</i>	39
Clinical cases	
Case 1. Penile modelling pre-inserimento di protesi idraulica: primo caso <i>E.S. Pescatori, B. Drei</i>	40
Case 2. Priapismo una complicanza dopo adenomectomia prostatica trans vescicale (ATV): un caso clinico e revisione della letteratura <i>L. Dell’Atti, G. Ughi, G.P. Daniele, G.R. Russo</i>	40
Case 3. “Restless legs syndrome”: miglioramento dopo terapia con androgeni <i>A. Scardigli, T. Cai, D. Tiscione, V. Vattovani, L. Luciani, G. Malossini</i>	41
Case 4. Aneiaculazione come primo sintomo di tubercolosi urogenitale <i>M. Alessandrini, A. Bongini, T. Cai, E. Sarti, E. Meliani, A. Costanzi, U. Farina, F. Melone, R. Bartoletti, N. Mondaini</i>	41
Case 5. Localizzazione testicolare della granulomatosi di Wegener <i>A. Del Grasso, A. Macchiarella, F. Di Loro, F. Rubino, C. Dattilo, M. Spurio, M. Gavazzi, F. Blefari</i>	42
Case 6. Quadri clinici andrologici in pazienti con iperomocisteinemia <i>P. Chierigo, S. Dedola, M.C. Taccola, M. Saugo, L. Rossetto, N. Franzolin</i>	42
Case 7. L’applicazione di dispositivi metallici di costrizione sui genitali esterni maschili a scopo erotico non sempre rappresenta una rara emergenza urologica: nostra esperienza su due casi clinici e revisione della letteratura <i>L. Dell’Atti, G. Ughi, G. Capparelli, G. Daniele, G.R. Russo</i>	43
Case 8. Associazione fra androgeni serici e morbo di La Peyronie <i>G. Cavallini, G. Biagiotti, C. Lo Giudice</i>	44
Elenco abstract non pubblicati	
P23. Efficacia e tollerabilità dell’etilefrina a tre diversi dosaggi nella prevenzione delle erezioni prolungate in pazienti sottoposti ad eco-color-doppler penieno con farmacostimolazione intracavernosa con PGE1: nostra esperienza su 750 pazienti <i>M. Spilotros, F. Palumbo, A. Vavallo, M. Tedeschi, G. Lucarelli, S. Palazzo, P. Ditunno, M. Battaglia, F. P. Selvaggi, C. Bettocchi</i>	44
Indice degli Autori	45

Presentazioni

È con grande piacere che il Journal of Andrological Sciences, organo ufficiale della Società Italiana di Andrologia dedica questo volume alla raccolta degli abstract del XXVII Congresso Nazionale SIA – Congresso delle Sezioni Regionali.

Grazie alla qualità e all'intraprendenza dei soci, e al sinergico lavoro di revisione della Commissione Scientifica, queste pagine rappresentano un compendio e, allo stesso tempo, un'interessante panoramica delle iniziative scientifiche in corso nel mondo andrologico italiano.

Confidando che molte di queste idee trovino spazio come "full papers" nella pagine di futuri numeri della nostra rivista non posso che plaudire, a nome del nostro Editorial Board, al grande lavoro che ha portato alla realizzazione del congresso di Fiuggi, di cui questo numero 1/2011 del JAS vuole essere segno tangibile e testimonianza futura.

Ferdinando Fusco

La Commissione Scientifica della SIA, ha dedicato molto lavoro alla formulazione del Programma del XXVII Congresso Nazionale, con l'animo di elevare l'importanza che i Soci assumono per la vitalità della Società attraverso la loro attività scientifica.

I numerosi contributi scientifici pervenuti, sia di area medica che di area chirurgica, sono stati di grande qualità, ed è stato arduo limitare il numero di lavori accettati.

Questo volume del JAS, dedicato alla raccolta degli atti congressuali, rispecchia i criteri di raggruppamento utilizzati nell'organizzazione delle sessioni congressuali, in modo che abstract omogenei per argomento siano stampati in contiguità.

Il tema proposto dalla Sezione Regionale Lazio Abruzzo Molise (LAM): "Andrologia e Società: istituzioni, famiglia, scuola e sport. I percorsi del progresso andrologico" che ha improntato scientificamente il Congresso, ha offerto notevoli spunti di interesse, e ha favorito approfondimenti in chiave originale dei classici temi dell'andrologia più moderna, medica e chirurgica, come l'infertilità, l'implantologia protesica, la microchirurgia, la vasectomia e molto altro ancora.

In qualità di Presidente della Commissione Scientifica desidero ringraziare tutti coloro che hanno collaborato alla produzione, valutazione e selezione di questi abstract, che testimoniano a gran voce la vitalità e l'energia scientifica della nostra Società.

Un caro saluto a tutti i Soci

Giovanni Muzzonigro



Poster Area Chirurgica – Gruppo 1

P1

Accorciamento/incurvamento penieno per induzione penis plastica: un'innovativa tecnica chirurgica con doppia incisione longitudinale della tunica albuginea e traslazione "a slitta" dei segmenti ottenuti

L. Rolle¹, C. Ceruti², M. Timpano², O. Sedigh², E. Galletto³, M. Falcone⁴, D. Fontana⁵

¹ Ricercatore Universitario, ² Dirigente Medico di I livello, ³ Medico specializzando, ⁴ Frequentatore, ⁵ Dirigente Medico di II livello, Dipartimento di Discipline Medico Chirurgiche, Università di Torino, Divisione Universitaria di Urologia II, Azienda Ospedaliera "San Giovanni Battista", Torino

Introduzione

La malattia di La Peyronie (IPP) condiziona la comparsa di deformità del pene (incurvamento ed accorciamento) spesso associato a disfunzione erettile. Il recurvatum può essere corretto con tecniche di Nesbit o con chirurgia di placca. Maggiori problemi pone il trattamento dell'accorciamento.

Presentiamo un intervento originale, di impianto di protesi peniena gonfiabile, dopo originale incisione complessa dorso-ventro-laterale della tunica albuginea e scorrimento "a slitta" dei due segmenti ottenuti.

Materiali e metodi

L'intervento è condotto in anestesia spinale.

Dopo degloving del pene, scollamento del fascio vascolonervoso dorsale e del corpo spongioso dell'uretra dai corpi cavernosi è stata aperta l'albuginea con due incisioni laterali longitudinali di 4 cm, mediopeniene, ai lati dei due corpi cavernosi.

Un'incisione semicircolare dorsale viene eseguita congiungendo le due estremità distali delle incisioni laterali, una seconda incisione semicircolare ventrale viene eseguita congiungendo le due estremità prossimali. La trazione sul glande provoca il distanziamento della parte distale dell'asta dalla parte prossimale con reale allungamento del pene.

A questo punto vengono eseguite le suture (in materiale riassorbibile 3/0) tra le porzioni ancora combacianti dei due labbri delle due incisioni laterali. Residuano così due perdite di sostanza semicircolari dell'albuginea, una dorsale ed una ventrale che vengono coperte con innesto.

Attraverso l'apertura prossimale viene eseguita la dilatazione dei corpi cavernosi e l'inserimento protesico.

Abbiamo sottoposto a questo tipo di intervento 5 pazienti affetti da IPP con DE e grave accorciamento.

Risultati

In tutti i casi l'intervento descritto ci ha permesso di ottenere un reale allungamento del pene di circa 4 cm e l'inserimento protesico (tre protesi idrauliche, due semirigide).

Il tempo operatorio medio è stato di 2 ore e 50 min. Nel post operatorio non si sono verificate complicanze maggiori.

I pazienti sono stati dimessi dopo 40 ore circa.

Conclusioni

Questo tipo di intervento permette di ottenere un reale allungamento del pene in soggetti con IPP e grave accorciamento del pene.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P2

La plicatura dell'albuginea nel trattamento del recurvatum penis secondario a IPP, è sempre una metodica valida?

G. Passavanti, A. Bragaglia, R. Nucciotti, M. Gnech, F.M. Costantini, V. Pizzuti

UO Urologia Ospedale Misericordia Grosseto

L'IPP è piuttosto frequente, ma solo il 10% circa dei pazienti necessita di un trattamento chirurgico.

La difficoltà alla penetrazione rappresenta l'elemento per porre tale indicazione.

Abbiamo trattato 37 pazienti (età 51-76 anni m. 67,8) affetti da recurvatum penis secondario a IPP.

29 avevano difficoltà nella penetrazione ed 8 una grave compromissione di tale funzione.

L'eruzione era valida in 31 casi e 6 presentavano un parziale deficit erettivo.

Il recurvatum era documentato con cavernosografia dinamica in 14 casi ed in 23 abbiamo effettuato una fotografia del pene in erezione farmaco-indotta. L'ecografia completava lo studio. Il recurvatum era di grado moderato (35-50°) in 30 casi, mentre in 7 era elevato (> 50°).

L'intervento prevedeva il degloving con preparazione del plesso dorsale, in 33 casi abbiamo anche liberato l'uretra per poter applicare i punti ventralmente.

Nei primi 14 casi abbiamo applicato punti di plicatura 2/0 sec. Klevmark; in 23 abbiamo applicato due o più serie di 3 piccoli punti paralleli di 5 mm ad U 3/0. In 9 casi abbiamo effettuato la decorticazione di placca.

La fascia di Buck ed il dartos erano sempre richiusi.

L'intervento non ha mai presentato complicanze importanti e non abbiamo avuto lesioni uretrali; per alcune settimane od alcuni mesi i pazienti presentavano una ipoestesia glandulare.

Il follow-up rilevava accorciamento del pene in erezione di circa 1,5 cm; il gruppo operato sec. Klevmark, lamentava piccole nodulazioni in corrispondenza dei punti (ben tollerati) condizione molto meno evidente nei casi con serie di punti.

Non abbiamo avuto recidive del recurvatum a breve mentre in 6 casi, dopo 5 anni c'è stata una riattivazione della placca con ripresa del recurvatum.

Possiamo ritenere che la plicatura non è gravata da turbe erettive. Per ottenere buoni risultati riteniamo che i punti devono essere a tutto spessore sull'albuginea che va accuratamente liberata dal plesso dorsale e all'occorrenza, dall'uretra. L'uso di punti 3/0 in serie parallela, unitamente ad una accurata ricostruzione della fascia di Buck e dei piani dartoici consente di ridurre notevolmente la sensazione di nodulazione legata ai punti.

In conclusione, nonostante che questa metodica sia limitata dall'accorciamento del pene in erezione e dal persistere di altre eventuali deformità peniene (a clessidra), possiamo ritenere, anche alla luce della nostra esperienza, che essa possa essere una valida opzione nel trattamento del recurvatum penis secondario ad IPP.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P3**Valutazione a medio lungo termine di 58 interventi di protesizzazione peniena con protesi idrauliche**

G. Liguori, S. Bucci, S. Ciampalini, M. Rizzo, P. Umari, S. Benvenuto, C. Trombetta, E. Belgrano
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste

Introduzione

Negli ultimi anni la sensibilità dei clinici e della stessa opinione pubblica riguardo la grave compromissione della qualità di vita che si riscontra nei pazienti affetti da disfunzione erettile è in continua crescita. Questa analisi della nostra casistica è mirata alla valutazione del trattamento chirurgico di protesizzazione peniena mediante posizionamento protesi idraulica tricomponente in pazienti affetti da disfunzione erettile di natura organica.

Materiali e metodi

Questo studio retrospettivo prende in analisi tutti i 58 interventi chirurgici di posizionamento di protesi peniena idraulica che sono stati eseguiti presso la nostra clinica dal dicembre 2010 ad oggi. Tutti i pazienti trattati erano affetti da disfunzione erettile di natura organica, non responder alle comuni terapie farmacologiche a base di inibitori della fosfodiesterasi e/o non soddisfatti dalla terapia iniettiva a base di prostaglandine. Sono stati utilizzati tre tipi di impianti protesici; TITAN OTR (52 pazienti), TITAN ONE TOUCH (4 pazienti), e AMS 700 CX (2 pazienti).

Risultati

In tutti e 58 gli interventi chirurgici la protesi è stata posizionata correttamente in assenza di complicanze intraoperatorie. Cinque pazienti (9%) hanno sviluppato nell'immediato post-operatorio un'ematoma scrotale, 7 pazienti (12%) sono andati incontro ad infezione post-operatoria. Solo in un caso è stato necessario rimuovere la protesi a causa di una fistola uretro-scrotale; mentre 1 paziente ha sostituito la propria protesi idraulica tricomponente ben funzionante con una semirigida per difficoltà gestionali. Al controllo, dopo un follow-up medio di 44,4 mesi, l'84% dei pazienti ha una protesi correttamente funzionante. L'eiaculazione è stata conservata nel 97% dei casi.

Conclusioni

I risultati a medio-lungo termine ci inducono a pensare che l'impianto protesico rappresenta tutt'oggi un'importante presidio terapeutico di ripristino della funzione sessuale e che le moderne protesi idrauliche, in base alle caratteristiche funzionali, cosmetiche e all'alto grado di affidabilità offerto sono da considerarsi di prima scelta. Va sottolineato tuttavia quanto questi risultati incoraggianti siano indiscutibilmente influenzati da un'elevata percentuale di complicanze post-operatorie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P4**Innesto di "graft" autologo nel trattamento del "buried penis" dopo circoncisione**

A.D. Asimakopoulos, B. Iorio, M. Casilio, E. Spera
UOC di Urologia, Dipartimento di Chirurgia, Università di Roma Tor Vergata, Policlinico Casilino

Introduzione ed obiettivi

La circoncisione rimane una delle più antiche e frequenti procedure chirurgiche; scopo dell'intervento è rimuovere una quantità sufficiente di cute e di foglietto prepuziale interno per scoprire il glande. In rari casi, l'eccessiva rimozione di cute prepuziale è causa di "pene intrappolato" (buried penis, BP), condizione catastrofica, di difficile soluzione.

Scopo del nostro lavoro è proporre una tecnica chirurgica per il trattamento del BP che sfrutta l'innesto autologo di cute.

Materiali e metodi

Attraverso incisione sull'angolo penopubico il pene nascosto viene liberato dalle sue aderenze; l'organo si espone e con fili di sutura viene trazionato.

Eventuali fibre muscolari in continuità col dartos che inglobano l'asta peniena retraendola verso il pube vengono divise permettendo ulteriore allungamento dell'organo. L'innesto prelevato tramite dermatomo dalla superficie laterale della coscia viene applicato e suturato sulla superficie peniena. Punti di sutura ventrali tra albuginea dei corpi cavernosi e sottocute della giunzione penoscrotale fissano il pene ed impediscono ad esso di muoversi telescopicamente all'interno dell'addome o dello scroto.

Risultati

L'autotrapianto di cute sull'asta peniena permette di ovviare al problema di deficit cutaneo che caratterizza una circoncisione eccessiva e garantisce un'adeguata copertura del pene anche durante l'erezione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P5**Dati preliminari di una nuova strategia terapeutica farmaco-fisica nella terapia dell'induratio penis plastica**

P. Verze, G. Grimaldi, M. Capece, F. Fusco, F. Bottone, N. Longo, F. Mangiapia, D. Arcaniolo, M. Franco, V. Mirone

Clinica Urologica, Università "Federico II" di Napoli

Introduzione ed obiettivi

Scopo del presente studio è valutare l'efficacia della combinazione terapeutica tadalafil 5 mg serale + terapia extracorporea con onde d'urto (ESWT) nei pazienti affetti da Malattia di La Peyronie (MP) e Disfunzione Erettile (DE).

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio clinico prospettico randomizzato su 36 pazienti affetti da MP e DE. Sono stati inclusi nello studio pazienti di età compresa tra 18 e 75 anni con storia di MP inferiore o uguale a 12 mesi, singola placca, presenza di recurvatum penieno < 30 gradi e/o erezioni dolorose. Sono stati esclusi pazienti precedentemente trattati per MP o DE, pazienti diabetici, cardiopatici severi, ipogonadici, dislipidemici, fumatori, sottoposti a chirurgia pelvica radicale, dipendenti da alcool, pazienti in terapia con nitroderivati, pazienti affetti da disturbi della coagulazione. I pazienti sono stati randomizzati in due gruppi di trattamento: ESWT (n = 18) e ESWT + tadalafil 5 mg bedtime (n = 18). I pazienti sono stati valutati in fase pre trattamento e a distanza di 12 settimane dalla fine del trattamento mediante questionario IIEF-5, scala VAS (0-10) ed ecografia peniena dinamica volta a valutare il grado di recurvatum e le dimensioni della placca.

Risultati

I due gruppi di trattamento sono risultati statisticamente omogenei in termini di età media, durata della malattia, dimensioni della placca, grado di recurvatum, punteggio IIEF-5 e punteggio VAS.

A distanza di 12 settimane dal trattamento si è registrata un significativo miglioramento del punteggio IIEF-5 in entrambi i gruppi di trattamento. L'analisi intergruppo ha dimostrato una differenza statisticamente significativa a favore del gruppo trattato con ESWT + tadalafil. Il punteggio VAS è migliorato significativamente nei due gruppi senza differenze intergruppo significative. Le dimensioni medie della placca ed il grado di curvatura medio non si è modificato significativamente nei

due gruppi rispetto ai valori di partenza. L'analisi intergruppo non ha dimostrato differenze significative in nessuno dei gruppi di trattamento. Non sono state riportate complicanze rilevanti in nessuno dei due gruppi di trattamento.

Conclusioni

I risultati preliminari del presente studio dimostrano che l'associazione tadalafil + ESWT rappresenta una efficace strategia nel trattamento dei pazienti affetti da MP e DE. Tale combinazione risulta essere più efficace rispetto alla sola terapia con onde d'urto nel miglioramento della funzione erettile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P6

Utilizzo combinato dell'estensore penieno Andropenis® e di terapia orale con PeironiMEV® vs. infiltrazioni intraplacca di verapamile nel trattamento della malattia di La Peyronie: risultati preliminari di uno studio clinico randomizzato di fase II

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

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

Introduzione ed obiettivi

L'iniezione intraplacca di verapamile rappresenta uno degli approcci terapeutici più comunemente utilizzati per la malattia di La Peyronie. Tuttavia la relativa invasività di questo trattamento non garantisce una compliance ottimale da parte del paziente. I primi risultati clinici relativi all'utilizzo dell'estensore penieno (Andropenis®) sembrano dimostrare che il suo utilizzo sia effettivamente in grado di condurre a un miglioramento della sintomatologia.

Scopo di questo studio è comparare l'efficacia e la tollerabilità dell'estensore penieno Andropenis® all'iniezione intraplacca di verapamile.

Materiali e metodi

Abbiamo arruolato pazienti con malattia di La Peyronie che non avessero ricevuto trattamenti nei tre mesi precedenti e che non si fossero mai sottoposti a correzione chirurgica. I dati basali acquisiti comprendevano dimensioni della placca, dimensioni del pene in stato flaccidità e di stiramento e grado di curvatura. Ai pazienti sono stati somministrati i questionari validati IIEF, SEP, VAS.

I pazienti sono stati randomizzati in due bracci di trattamento: Andropenis® 8 h/die per 6 mesi + 2 co/die di PeyroniMEV® (braccio A), verapamile 5 mg/2 cc 2 fl 1 iniezione intraplacca ogni 2 settimane per 6 mesi (braccio B). Le valutazioni basali sono state ripetute a 1, 3, 6 e 12 mesi.

Risultati

Abbiamo arruolato 38 pazienti (braccio A: 20; braccio B: 18), età media 56 anni (range 41-78), durata media di malattia 8 mesi. 34 pazienti sono valutabili per l'efficacia (2 pazienti appartenenti al braccio A e 2 al braccio B sono usciti dallo studio rispettivamente per inefficacia e dolore). Il VAS score è significativamente migliorato nel braccio A ($p < 0,002$, valore basale medio 3,5, a 12 mesi 0,9) ma non nel braccio B ($p = 0,15$, valore basale medio 1,81, a 12 mesi 1). Le dimensioni della placca non risultano modificate in entrambi i bracci. Il grado di curvatura si è significativamente ridotto sia nel braccio A ($p = 0,04$, valore basale medio 43,6, a 12 mesi 31,4) che nel braccio B ($p = 0,03$, valore basale medio 49,06, a 12 mesi

37,5). Le dimensioni del pene non risultano significativamente modificate in entrambi i bracci. I punteggi dei questionari IIEF e SEP non hanno subito significative variazioni rispetto ai valori basali.

Conclusioni

Il trattamento con l'estensore penieno Andropenis® permette un significativo miglioramento del dolore e del grado di curvatura peniena mentre le iniezioni intracavernose con verapamile non migliorano la sintomatologia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P7

Corporoplastica di raddrizzamento con chirurgia di placca e grafting di pelvicol su tutori soffici a rigidità assiale: nostra esperienza

A. Vitarelli, L. Divenuto, I. Intermite, S. Alba, E. Lavelli, A. Pagliarulo

Dipartimento di Emergenza e Trapianti Organi, Sezione di Urologia e Andrologia, Azienda Ospedaliero Universitaria, Policlinico di Bari

Introduzione

La chirurgia di placca della Induratio Penis Plastica ha come obiettivo la correzione dell'incurvamento preservando la funzione erettile (FE). Tale chirurgia ha alte percentuali di retrazione del patch e deficit erettile (DE). Abbiamo ottenuto il raddrizzamento del pene con incisione di placca e apposizione di graft su tutore sofficie a rigidità assiale, così da mantenere il pene esteso per un corretto attecchimento del graft. Abbiamo valutato i risultati e la soddisfazione dei pazienti (pz) operati.

Materiali e metodi

Da gennaio 2005 a dicembre 2010, abbiamo operato 25 pz (età media 61 aa range 52-74), tutti con normale FE valutata preoperatoriamente con IIEF-5 (media 23) ed Eco-color doppler penieno dinamico (ECD). L'incurvamento medio era di 86° (range 60-100°), dorsale in 17 pz (68%), laterale sn in 2 pz (8%), laterale dx in 1 pz (4%), ventrale in 2 pz (8%), complessa in 3 pz (12%). Sono stati utilizzati tutori soffici tipo Virilis I di diametro 10 mm, previa singola incisione di rilassamento della albuginea, e grafting di Pelvicol. I pz sono stati valutati a 3 e 6 mesi nel primo anno, ed annualmente con IIEF-5 ed ECD. Il follow-up medio è di 32,4 mesi (range 6-70 mesi). Per l'analisi statistica è stato adoperato il T-Student test.

Risultati

22 pz (88%) hanno attività sessuale penetrativa. 3 pz (12%) sono usciti dal follow-up per insuccesso nel primo anno. Dei 22 pz, 17 (77%) hanno un valore totale di IIEF-5 tra 22 e 25 e quindi nella normalità e 5 (23%) invece, un valore inferiore a 22, quindi una DE lieve-moderata. Nel primo gruppo, 2 pz (11,8%) assumono un inibitore delle PDE-5 (PDE-5i), mentre 15 (88,2%) non lo assumono. Nel secondo gruppo, 4 pz (80%) utilizzano PDE-5i, mentre un pz (20%) ha comunque rapporti senza farmaco. Tutti i 22 pz sono soddisfatti del trattamento. Nessuna recidiva di incurvamento si è avuta. Due pz (9%) riferiscono alterazione lieve e permanente della sensibilità che non compromette l'attività sessuale. L'insuccesso si è avuto in 3 pz (12%), 2 (8%) per una grave DE che ha richiesto l'impianto di protesi peniena tricomponente ad 1 anno, e uno (4%) per estrusione di un cilindro protesico a 6 mesi dalla chirurgia. Non c'è differenza statisticamente significativa in termini di FE tra prima e dopo la chirurgia ($p > 0,05$).

Conclusioni

Emerge in questo studio un'alta soddisfazione nei pz che anche con DE, e seppure con l'ausilio dei farmaci, si ritengono

in generale soddisfatti ad indicare come l'utilizzo dei tutori possa avere un ruolo meccanico nel sostenere l'erezione complementare.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P8

Impianto protesico AMS-Spectra: casistica personale e soddisfazione dei pazienti

L. Rolle¹, C. Ceruti², M. Timpano², O. Sedigh², E. Galletto³, M. Falcone⁴, D. Fontana⁵

¹ Ricercatore Universitario, ² Dirigente Medico di I livello, ³ Medico specializzando, ⁴ Frequentatore, ⁵ Dirigente Medico di II livello, Dipartimento di Discipline Medico Chirurgiche, Università di Torino, Divisione Universitaria di Urologia II, Azienda Ospedaliera "San Giovanni Battista", Torino

Introduzione

Dagli inizi del 2010 è possibile utilizzare, per la terapia della disfunzione erettile, il modello protesico AMS-Spectra. Si tratta di un impianto protesico occultabile non idraulico.

Lo scopo del lavoro è valutare la soddisfazione dei nostri pazienti e delle rispettive partner a 3, 6 e 12 mesi dall'intervento.

Materiali e metodi

Dal febbraio 2010 al giugno 2011 (data in cui si redige questo abstract) abbiamo sottoposto ad intervento di posizionamento di impianto protesico Spectra 20 pazienti, di questi 14 hanno superato i sei mesi di follow-up e sono stati pertanto inclusi in tale studio.

L'eziologia della disfunzione erettile era per 8 pazienti induzione penis plastica e 6 l'esito di intervento di prostatectomia radicale, 2 di questi erano stati precedentemente sottoposti a radioterapia adiuvante. In tutti gli 8 pazienti con IPP è stato eseguito contestuale intervento di chirurgia di placca. Sono stati utilizzati i test IIEF5 e EDITS (erectile dysfunction inventory of treatment satisfaction), somministrati per via telefonica ai pazienti e alle rispettive partner a 3 e 6 mesi dall'intervento chirurgico. Negli 8 pazienti che hanno superato il follow-up di un anno è stato sottoposto anche a 12 mesi.

Risultati

Non si sono verificate complicanze maggiori. Il tempo medio dell'intervento è stato di 2 ore e 30 minuti in caso di IPP con chirurgia di placca e di 40 minuti nel post-prostatectomia.

Nessun paziente ha lamentato curvature residue o recidive del pene. In un paziente si è verificato l'atteggiamento SST del glande a 6 mesi dall'intervento.

Il valore medio del IIEF5 pre-operatorio risultava essere pari a 6,4 (range 3-10). I controlli post-operatori evidenziavano valori medi pari a 19,2 (a 3 mesi), 21,2 (a 6 mesi), 21,5 (ad un anno). I valori medi del EDITS erano rispettivamente 40 (a 3 mesi), 45 (a 6 mesi), 46 (a 12 mesi) nel paziente e nella partner 20 (a 3 mesi), 22 (a 6 mesi) e 23 (a 12 mesi).

Conclusioni

La protesi AMS spectra risulta uno strumento affidabile per la terapia della disfunzione erettile. I test effettuati evidenziano un alto grado di soddisfazione sia nei pazienti che nelle rispettive partner.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P9

La chirurgia dell'ingrossamento del pene mediante utilizzo di grasso autologo: la "lipopenostruttura combinata"

A.G. Littara, R. Melone

Centro di Medicina Sessuale, Milano

Negli ultimi anni si è assistito a un vero e proprio boom di richieste di intervento per modificare le dimensioni dell'organo genitale maschile. Di pari passo, le tecniche chirurgiche si sono evolute per meglio rispondere a questa esigenza senza tuttavia alterare minimamente il delicato meccanismo dell'erezione e l'elevata sensibilità dell'organo. La metodica più sicura, efficace e utilizzata nel mondo per aumentare la circonferenza del pene è quella del lipofilling. Tuttavia, questa metodica da sola risulta insufficiente per garantire un risultato duraturo e esteticamente soddisfacente, stante l'eccessivo riassorbimento del grasso e la formazione di nodularità e alterazioni del profilo. Per ottimizzare il risultato viene quindi proposto un approccio chirurgico caratterizzato dal lipoaspirazione, purificazione del grasso mediante tecnica di Coleman, utilizzo del plasma arricchito di piastrine (PRP) e successivo uniforme impianto del composto così ottenuto in sede sottocutanea peniena. I risultati dimostrano come la "lipopenostruttura combinata" a nostro avviso rappresenti tutt'oggi la migliore scelta per ottenere un significativo e duraturo aumento delle dimensioni dell'organo genitale maschile, salvaguardandone al contempo l'integrità e le caratteristiche peculiari delle sue funzioni.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P10

Il problema delle dimensioni del pene dopo impianto di protesi peniena tricomponente

E. Caraceni, G. Angelozzi, A. Marronaro, F. Fioretti, L. Utizi

UO Urologia, Civitanova Marche

Introduzione

In letteratura è descritta una perdita di lunghezza del pene di grado variabile in una percentuale non trascurabile di pazienti, dopo impianto di protesi peniena. Anche nella nostra esperienza questo disagio viene riportato. Le cause di questa riferita perdita di lunghezza sono state riferite al ricordo che ha il paziente conserva delle dimensioni del pene in erezione spontanea prima dell'impianto e/o alla mancata turgidità del glande dopo l'attivazione della protesi peniena.

Scopi

Valutare le dimensioni del pene post-impianto e di individuare se esiste la possibilità di prevenire una retrazione del pene e fino a che punto la protesi LGX determina un guadagno in lunghezza.

Materiali e metodi

Sono stati esaminati 32 pazienti, impiantati tutti con protesi peniena tricomponente tra il 1998 al 2011. Tra questi, 7 pazienti operati dal giugno 2010 a giugno 2011, sono stati sottoposti a misurazione della lunghezza e circonferenza peniena pre e post impianto inoltre alla fine dell'intervento la protesi è stata lasciata attiva al 50% e deattivata dopo circa 20 gg (Gruppo attivazione precoce), nei restanti 25 pazienti (Gruppo di controllo la protesi è stata lasciata deattivata per 40 gg operati dal 1998 maggio 2010) del campione le misure del pene sono state eseguite solo dopo l'impianto. Nel gruppo attivazione precoce 4 sono portatori di protesi LGX e 3 di CX mentre in quello di controllo 22 hanno impiantato una protesi CX e 3 LGX.

Risultati

Dalla misurazione delle lunghezze peniene nel gruppo attivazione precoce risulta un guadagno di più di 1 cm in lunghezza tra il pene in stretching pre impianto ed il pene in erezione post-impianto. Riguardo alle misure relative al gruppo di controllo lunghezza peniena sia allo stato flaccido che allo stato erettivo inferiore di più di 1 cm rispetto alle stesse misure dei

pazienti del gruppo attivazione precoce. Nel gruppo attivazione precoce un ulteriore distinguo è da evidenziare tra le LGX e le CX dove la lunghezza sia allo stato di flaccidità che in erezione è superiore di più di 2 cm nelle LGX rispetto alle CX.

Conclusioni

L'attivazione precoce della protesi consente di modellare la pseudocapsula sui cilindri in stato di semierezione anziché di flaccidità con il risultato di prevenire la coartazione del pene verosimilmente legata ad una pseudocapsula retrente. Le protesi LGX per le loro caratteristiche costruttive garantiscono un guadagno in termini di dimensioni che viene amplificato con l'attivazione precoce.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P11

Soddisfazione in pazienti e partner dopo impianto di protesi peniena tricomponente AMS 700®*

A. Vavallo, C. Bettocchi, M. Spilotros, M. Tedeschi, G. Lucarelli, V. Ricapito, P. Ditonno, M. Battaglia, F. P. Selvaggi, F. Palumbo

Dipartimento delle Emergenze e dei Trapianti d'Organo (DETO), Università di Bari, Sezione di Urologia, Andrologia e Trapianto di Rene

Introduzione

L'impianto di una protesi peniena tricomponente rappresenta una opzione terapeutica affidabile per pazienti in cui i tratta-

menti farmacologici siano risultati insoddisfacenti. Lo scopo di questo studio è di valutare il grado di soddisfazione in 80 pazienti e nelle loro partner a seguito dell'impianto di una protesi peniena AMS CX 700.

Materiali e metodi

Tra il 2004 e il 2008, 80 pazienti sono stati sottoposti ad impianto di una protesi peniena tricomponente. I pazienti sono stati sottoposti ad un follow-up post-operatorio e l'insorgenza di eventuali complicazioni è stata documentata. Tutti i pazienti sono stati contattati telefonicamente da un singolo operatore che ha somministrato un questionario di nove domande inerente l'uso della protesi e la soddisfazione per questo tipo di trattamento.

Risultati

Settantasei pazienti (97%) ha affermato di usare la protesi frequentemente. Cinquantaquattro pazienti (69%) e 70 partner (90%) hanno affermato di non avere mai avuto problemi con l'uso delle protesi e di ritenersi soddisfatti. Sessantadue pazienti (79%) hanno riferito un evidente miglioramento della loro vita sessuale e il 97% suggerirebbe tale trattamento ad altri pazienti.

Conclusioni

La chirurgia protesica peniena rappresenta un valido approccio terapeutico per il trattamento del deficit erettile non sensibile alla terapia farmacologica. Questo dato è enfatizzato dall'alto tasso di soddisfazione dei pazienti trattati e delle loro partner emerso dal nostro studio e dalla letteratura.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

* *Lavoro già pubblicato su J Sex Med 2010;7:304-9.*



Comunicazioni orali Area Medica – Gruppo 1

C1

Valutazione del corretto contenuto di specie reattive dell'ossigeno per la capacitazione degli spermatozoi umani e coinvolgimento del sistema della NADPH ossidasi

G. Donà, C. Fiore, L. Bakdounes, E. Ragazzi*, S. Ferasin, F.L. Giorgino**, D. Armanini, G. Clari***, L. Bordin***, G. Bonanni

*Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - Endocrinologia, *Dipartimento di Farmacologia e Anestesiologia, Università di Padova; **AGEO, Italia; ***Dipartimento di Chimica Biologica, Università di Padova*

Introduzione ed obiettivi

La formazione di specie reattive dell'ossigeno (ROS) e la fosforilazione dei residui tirosinici (Tyr-P) delle proteine sono due eventi correlati al processo di capacitazione degli spermatozoi umani.

Lo scopo di questo studio è quello di valutare quantitativamente il corretto contenuto di ROS prodotte dallo spermatozoo in grado da garantire una corretta funzionalità della cellula, intesa come capacità dello spermatozoo di indurre la reazione acrosomiale (AR) e di valutare l'origine dei radicali, con apocynin (APO) e oligomycin (Oligo).

Materiali e metodi

Le cellule, provenienti da seme di 63 donatori normozoospermici, isolate attraverso un gradiente discontinuo, sono state analizzate per la produzione di ROS, con la tecnica della chemiluminescenza (ECL), per il loro quadro di Tyr-P, con immunocitochimica, per la loro capacità di andare incontro a reazione acrosomiale, con fluorescenza e per vitalità/mortalità, mediante la positività al propidium iodide (PI).

Risultati

In base alla diversa capacità di produrre ROS, i campioni analizzati sono stati suddivisi in quattro categorie, individuate in funzione della quantità di Unità di Luminescenza (RLU) espressa dai campioni durante l'incubazione in condizioni di capacitazione: bassa produzione di ROS (LRP), relativa ad un range di luminescenza compreso tra 0,0 e 0,05 RLU, normale produzione di ROS (NRP), in un range di 0,05-0,1 RLU; alta produzione (HRP), in un range di 0,1-0,4 RLU; e altissima produzione (VHRP), range compreso tra 0,4-2,0 RLU.

Nella categoria NRP, le cellule con una Tyr-P della testa erano $87,9 \pm 4,3\%$ e la percentuale di cellule interessate dalla reazione acrosomiale (ARC) del $62,5 \pm 5,4\%$. Nei campioni classificati negli altri gruppi, invece, la Tyr-P interessava solo raramente la testa e la reazione acrosomiale avveniva in una bassa percentuale di cellule. All'aumentare delle ROS prodotte, aumentava il numero delle cellule in apoptosi (NVC).

La presenza di APO, ma non di Oligo, nel medium di incubazione determinava una netta diminuzione della produzione di radicali.

Conclusioni

In questo studio abbiamo evidenziato il valore ottimale della produzione di ROS spermatiche durante il processo di capacitazione, valore che permette di ottenere la più elevata percentuale di cellule in grado di andare incontro ad una corretta reazione acrosomiale. Abbiamo, inoltre, evidenziato nella NADPH ossidasi la fonte primaria delle ROS spermatiche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C2

Varicocele e male aging: risultati di uno studio controllato

G. Maio

Policlinico Abano Terme, Casa di Cura Città di Rovigo

Obiettivi del lavoro

Verificare se il varicocele può determinare una riduzione del testosterone totale e facilitare l'insorgenza di ipogonadismo nella fascia di età 45-65 aa.

Materiali e metodi

100 pazienti consecutivi giunti per deficit erettile lieve-moderato (giugno 2010-marzo 11), sono stati valutati con anamnesi, visita andrologica generale e specifica per varicocele (> 2 minuti di ortostatismo), IIEF-15, dominio della funzione erettile (IIEF-FE), Testosterone totale; se la visita mostrava un varicocele medio-voluminoso (2°-3° Dubin) veniva eseguito ecocolordoppler scrotale in clino-ortostatismo per verifica.

Criteri di inclusione: deficit erettile lieve o moderato, età 45-65 anni.

Criteri di esclusione: a) cause rilevanti di danno gonadico: neoplasia testis, criptorchidismo oltre 3° anno di vita, orchite parotitica postpubere, ipo-atrofia testicolare da altre cause (torsione, traumi ecc.); b) disfunzione erettile severa per ridurre possibili fattori confondenti.

Analisi statistica eseguita con software SPSS 15.0; variabili confrontate mediante: a) Mann-Whitney test per variabili non continue; b) t test independent samples per variabili continue; c) Chi Square per variabili categoriche. È stata considerata statisticamente significativa una $p < 0,05$.

Risultati

Età media: $52,60 \text{ aa} \pm 5,79$ (gruppo A varicocele: $52,23 \text{ aa} \pm 5,80$; gruppo B non varicocele: $52,80 \text{ aa} \pm 5,83$; p: ns). 39/100 soggetti presentavano un sospetto varicocele sin palpabile 2°-3° Dubin alla visita; l'ecocolordoppler scrotale ha confermato la presenza di varicocele in 35 ed ha inoltre dimostrato un varicocele destro concomitante in 11.

IIEF-FE: $17,17 \pm 2,31$ (gruppo A: $17 \pm 2,55$; gruppo B: $17,26 \pm 2,18$; p: ns).

Testosterone totale: $4,32 \text{ ng/ml} \pm 1,13$; gruppo varicocele: $3,79 \text{ ng/ml} \pm 0,98$; gruppo no varicocele: $4,61 \text{ ng/ml} \pm 1,11$; ($p = ,000$, IC95% 0,3833-1,2702).

Testosterone totale < 3 ng/ml: 14/100; gruppo A 9/35 (25,71%), gruppo B 5/65 (7,69%) ($p = 0,013$).

Conclusioni

Lo studio evidenzia una correlazione statisticamente significativa tra presenza di varicocele, riduzione di testosterone e prevalenza di ipogonadismo; può essere spunto per studi più ampi su un argomento potenzialmente di grande rilevanza. La prevalenza del varicocele è in apparenza sorprendentemente alta nella popolazione studiata rispetto alla popolazione giovanile. In realtà studi condotti in età successive documentano un aumento di prevalenza del varicocele all'avanzare dell'età (Levinger U, et al. Andrologia 2007;39:1-4).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C3**È veramente aumentata l'awareness degli uomini in tema di disfunzione erettile nell'era dei PDE5i?**

A. Salonia, A. Saccà, M. Ferrari, R. Matloob, F. Castiglione, A. Russo, G. Castagna, M.C. Clementi, D. Moretti, P. Rigatti, F. Montorsi

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

Obiettivi

Scopo dello studio è stato valutare se la latenza temporale (TL) tra l'insorgenza di disfunzione erettile (DE) e la prima richiesta di aiuto medico da parte del paziente (pz) si sia ridotta nel corso degli ultimi 10 anni, ovvero in era PD5i.

Materiali e metodi

Dal luglio 2000 al luglio 2010, 756 pz consecutivi sono stati valutati da un singolo uro-andrologo per DE di nuova insorgenza e unico disordine sessuale: di questi abbiamo raccolto anamnesi medica e sessuale, con informazioni per TL, severità della DE (IIEF-EF) e conoscenza della esistenza e disponibilità dei PDE5i. Il Charlson Comorbidity Index (CCI) è stato utilizzato per oggettivare lo stato di salute generale dei pz. L'analisi di varianza è stata applicata per testare una eventuale variazione di TL durante i 10 anni presi in esame. Sono stati usati modelli di regressione logistica per testare l'associazione tra la TL ed eventuali fattori predittivi.

Risultati

Dati completi sono stati ottenuti per 619 pz (81,9%) [età media (DS): 50,4 (13,4) anni; range: 18-86; CCI: 0,5 (0,9); range: 0-6]. La media della TL per tutto il campione è stata 30,1 (39,5) mesi (range: 0,5-300 mesi). La TL si è ridotta nel corso dei 10 anni considerati ($F = 1,918$; $p = 0,047$), con una caduta dopo l'anno 2008 [TL pre 2008 vs. TL dal 2009: 31,4 (40,3) vs. 7,5 (5,3) mesi; $p < 0,001$]. L'età media dei pz ($F = 1,371$; $p = 0,197$), il CCI ($F = 1,429$; $p = 0,172$) e la severità della DE (media dell'IIEF-EF: $F = 0,856$; $p = 0,554$) non sono variati nel lasso di tempo in esame. In generale il 90,5% (560/619) dell'intera coorte era a conoscenza dei PDE5i al momento della prima visita; quindi, il tasso annuale di awareness dei pazienti riguardo i PDE5i non è variato in modo significativo durante tutti i 10 anni considerati [μ^2 (trend): = 0,031, $p = 0,86$]. La conoscenza dei PDE5i non ha cambiato la TL nel periodo antecedente al 2008 [conoscenza vs. non conoscenza: 33,2 (36) vs. 41,8 (41,2) mesi; $p = 0,151$]; al contrario, dall'anno 2009 i pazienti a conoscenza dei PDE5i hanno significativamente accorciato la TL se paragonati a quelli non a conoscenza [5,3 (2,2) vs. 14,3 (6,2); $p < 0,001$]. Complessivamente, non è emersa associazione all'analisi multivariata tra età, CCI, IIEF-EF e TL.

Conclusioni

Il ritardo nella richiesta di aiuto medico alla prima comparsa di DE rimane elevato; è emersa una significativa riduzione nel corso degli ultimi due anni dall'avvento dei PDE5i. I pazienti a conoscenza dei PDE5i hanno accorciato la loro TL.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C4**Analisi della prevalenza di HPV (papilloma virus umano) in campioni biologici di origine genito-urinaria ottenuti da pazienti affetti da CP/CPPS**

T. Cai, S. Mazzoli, P. Addoniso, F. Meacci, N. Mondaini, R. Bartoletti

UO Urologia, Ospedale Santa Chiara, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento; Centro MTS, UO Urologia, Ospedale Santa Maria Annunziata, Università di Firenze

Introduzione ed obiettivi

HPV (human papilloma virus) rappresenta la più diffusa malattia a trasmissione sessuale. HPV spesso è associato a condilomi ano genitali: si stima che l'1% degli adulti sessualmente attivi abbia infezioni visibili da HPV, mentre il 15% sono infezioni subcliniche. Al momento poco si conosce sulla distribuzione dei genotipi virali ad alto rischio oncogeno nella popolazione italiana, soprattutto nei maschi. Obiettivo di questo studio è valutare la presenza di HPV e dei suoi genotipi ad alto rischio oncogeno, HR HPV, in una popolazione di pazienti ambulatoriali afferenti al nostro Centro, con CP/CPPS, nel periodo dal gennaio 2006 e dicembre 2007.

Materiali e metodi

Sono stati screenati 1.997 soggetti, 591 femmine e 1.406 maschi. Di questi sono stati arruolati 1.009 pazienti maschi affetti da CP/CPPS. La sintomatologia dolorosa pelvica cronica è stata valutata in accordo con le linee guida della società europea di urologia (EAU). Tutti i campioni biologici sono stati valutati con tecniche biomolecolari (PCR per HR HPV DNA). La presenza di HR HPV è stata analizzata utilizzando il DNeasy[®] Tissue Kit (QIAGEN Spa, Italia). La tipizzazione virale è stata eseguita con il kit Alpha Watch HPV dell'Alphagenic Diaco Biotechnology, Trieste, Italia.

Risultati

115 pazienti sono risultati positivi all'analisi. Per quanto concerne i genotipi virali ad alto rischi oncogeno presenti in questa popolazione HPV 16 era presente nel 20,7% dei positivi, HPV 18 nel 31,1%; anche HPV 31, 33, 45 e 58 erano ben rappresentati con, rispettivamente, il 10,9, 9,1, 6,2 ed il 10,4%. 69 pazienti sono risultati non genotipizzabili con i metodi da noi utilizzati. 92 pazienti presentavano infezione da HPV 16 e/o 18, o da soli od in associazione. L'associazione 16-18 si è evidenziata nel 6,1% dei casi. Per quanto riguarda la presenza degli altri genotipi HR, questi erano presenti in 43 pazienti da soli ed in 15 in confezione con 16 e/o 18.

Conclusioni

Il nostro studio dimostra che prevalenza di HR HPV è alta nella popolazione con CP/CPPS. Altrettanto elevata è la espressione dei genotipi 16 e 18 nei pazienti. Dato importante è anche la circolazione di un elevato numero di genotipi virali ad alto rischio oncogeno, solo in parte tipizzabili, "non 16-18". Inoltre lo studio dimostra un'elevata circolazione di genotipi virali HPV "non 16-18" nella popolazione, genotipi verso i quali l'immunizzazione vaccinale attuale non sembra agire.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C5**Eiaculazione precoce: studio prospettico randomizzato per confrontare riabilitazione del pavimento pelvico e dapoxetine**

A.L. Pastore, G. Palleschi, L. Silvestri, D. Autieri, A. Ripoli, A. Leto, A. Carbone

Sapienza Università di Roma, Facoltà di Farmacia e Medicina, Dipartimento di Scienze e Biotechnologie Medico-Chirurgiche, UOC Urologia, Ospedale "S. Maria Goretti" Latina

Introduzione

L'eiaculazione precoce (EP) è il più comune disturbo sessuale maschile. La PE si può presentare come una condizione permanente ("lifelong") o acquisita caratterizzata da un'eiaculazione che sempre o quasi si verifica prima o entro 1 minuto dalla penetrazione vaginale e3 dall'incapacità di ritardare l'eiaculazione. Il tempo di latenza eiaculatoria intra-vaginale (IELT) è definito come il tempo dalla penetrazione vaginale alla eiaculazione.

Obiettivi

Abbiamo confrontato la riabilitazione dei muscoli del pavimento pelvico (PFM) al trattamento "on demand" con dapoxetina in 40 uomini sani con eiaculazione precoce (baseline IELT = 2 min).

Materiali e metodi

Dal luglio 2010 al gennaio 2011, sono stati arruolati 40 pazienti maschi sani affetti da PE. I pazienti sono stati randomizzati in due gruppi di trattamento: 1) di riabilitazione del pavimento perineale; e 2) 30 o 60 mg di dapoxetina "on-demand". I valori medi IELT sono stati confrontati per misurare l'efficacia dei due diversi approcci terapeutici dopo 12 settimane di trattamento. La riabilitazione comprendeva come fasi della terapia: l'elettrostimolazione, la fisiokinesiterapia ed il biofeedback.

Risultati

Al termine del trattamento, 11 dei 19 pazienti (57%) trattati con riabilitazione del pavimento pelvico sono stati in grado di controllare il riflesso eiaculatorio, con una IELT media di 2,11 minuti (range: 2,06-2,54 min). Nel gruppo SSRI, i 21 pazienti sono stati divisi casualmente in due sottogruppi, il primo gruppo ha ricevuto 30 mg di dapoxetina e il secondo ha ricevuto 60 mg di dapoxetina. Dopo 3 mesi di terapia, il 62,5% dei pazienti nel sottogruppo 30 mg ed il 72% nel sottogruppo 60 mg hanno riportato una IELT > 3 minuti (media IELT 3,07 min e 3,68 min rispettivamente 30 e 60 mg).

Conclusioni

Tutti i pazienti nel gruppo trattato con dapoxetina riportano un miglioramento significativo della IELT rispetto al valore basale e rispetto ai pazienti nel gruppo di studio trattato con la riabilitazione pelvica. Il trattamento con dapoxetina "on-demand" determina un significativo incremento della IELT con un miglioramento della qualità della vita sessuale delle coppie affette da PE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C6**Il dominio funzione erettile dell'IIEF può considerarsi specchio dello stato di salute generale maschile?**

A. Salonia, M. Ferrari, A. Saccà, U. Capitanio, L. Rocchini, R. Matloob, F. Castiglione, A. Russo, G. Castagna, M.C. Clementi, D. Moretti, P. Rigatti, F. Montorsi

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

Obiettivi

Scopo dello studio è stato verificare la correlazione tra funzione erettile [espressa come valore del dominio funzione erettile dell'IIEF (IIEF-EF)] e comorbidità valutate mediante l'indice di Charlson delle comorbidità (CCI).

Materiali e metodi

Abbiamo considerato le variabili cliniche ed ecografiche degli ultimi 100 pazienti affetti da disfunzione erettile (DE) e consecutivamente sottoposti a ecocolordoppler dinamico penieno eseguito da 3 esperti ecografisti (i.e., con più di 50 esami eseguiti ogni anno) presso lo stesso Istituto. Abbiamo inoltre raccolto per ogni paziente una dettagliata anamnesi medica e sessuale, che comprendeva dati sulla durata della DE e sulla severità della medesima (definita con l'IIEF-EF). Come parametro dello stato di salute generale, abbiamo considerato le comorbidità di ciascun paziente utilizzando i criteri espressi dal CCI. La correlazione tra variabili cliniche ed ecografiche e CCI è stata valutata mediante statistica descrittiva e analisi

di regressione lineare e logistica. Il CCI è stato incluso sia come variabile continua che come variabile categorica (i.e., 0 vs. = 1).

Risultati

Dati completi erano disponibili per 99 pazienti (99%) [media (DS) età: 45,9 (13,2) anni; range: 23-75; BMI: 26,7 (6,9); CCI: 0,6 (1,08); range: 0-5; CCI = 1: 35/99 (35,4%)]. La durata media della DE era 3,7 (4,7) anni. La media dell'IIEF-EF era 12,9 (9,3); riguardo le classi di severità dell'IIEF-EF, i pazienti senza DE erano 9 (9,1%), con lieve DE 20 (20,2%), con DE lieve-moderata 9 (9,1%), con DE moderata 16 (16,2%), e con DE severa 45 (45,5%). L'analisi di regressione lineare ha mostrato come il CCI aumenti con il crescere della età (Beta 0,33; p = 0,001) mentre decresca linearmente con l'IIEF-EF (Beta -0,25; p = 0,01). Nessuna chiara associazione è emersa tra BMI, PSV, IR, e CCI. Alla analisi di regressione logistica età (OR = 1,05; p = 0,004) e IIEF-EF (OR = 0,95; p = 0,04) erano statisticamente associate con il valore di CCI categorizzato, una volta aggiustati i valori per le variabili in esame.

Conclusioni

La severità della DE, oggettivamente rappresentata dall'IIEF-EF, è emersa come specchio dello stato di salute generale maschile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C7**Prostatite batterica e *Ureaplasma species*: prevalenza e predominanza della nuova specie *Ureaplasma parvum***

S. Mazzoli, F. Meacci, T. Cai

Centro MTS, Ospedale "Santa Maria Annunziata", ASL 10 Firenze; UO Urologia, Ospedale "Santa Chiara", Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

Introduzione ed obiettivi

Molti autori hanno evidenziato che nei pazienti affetti da CP/ CPPS (classe III - NIH) molto spesso si trovano microrganismi non evidenziabili con le comuni tecniche di microbiologia. Scopo del presente lavoro è la valutazione microbiologica dell'eiaculato di pazienti affetti da CP/ CPPS al fine dell'identificazione di *Ureaplasma species*, in particolare *Ureaplasma urealyticum* (Uu) ed *Ureaplasma parvum* (Up).

Materiali e metodi

Tutti i pazienti afferenti al nostro centro nel periodo compreso tra gennaio 2009 e dicembre 2010 sono stati sottoposti ad indagini microbiologiche standard e specifiche per la valutazione di Uu ed Up tramite utilizzo comparativo di tecniche di PCR e coltura.

Risultati

Ureaplasma species sono state identificate dalla coltura in 26/220 pazienti (11,8%) mentre in 13/220 si evidenziava solo un viraggio del terreno senza speciazione (5,9%). La PCR invece identificava specie in 44/220 pazienti cioè nel 18,6%. La concordanza tra le due metodiche è risultata del 59%. PCR ha evidenziato globalmente una maggiore capacità di rilevare i positivi, 92% vs. 87% della coltura (sensibilità). Per quanto riguarda invece la attribuzione di specie *U. parvum/urealyticum* si è dimostrato che questa è tutta a favore dell'Up con 30/220 pazienti positivi (13,6%) contro un 5,45% per la specie Uu.

Conclusioni

Mycoplasma genitalium, *Mycoplasma hominis* ed *Ureaplasma spp.*, sono ad oggi considerati tra i più importanti patogeni: tra le caratteristiche principali di questi microrganismi la capacità di essere intracellulari e di colonizzare le superfici mucosali utilizzando strutture che facilitano la

aderenza alle cellule eucariotiche. Recentemente si è evidenziato che l'organismo conosciuto correntemente come *Ureaplasma urealyticum* può esser diviso in due specie diverse: *U. parvum* (precedentemente *U. urealyticum* biovar 1) e *U. urealyticum* (precedentemente *U. urealyticum* biovar 2); quest'ultimo è stato differenziato da *Ureaplasma parvum*-Up. Il nostro studio conferma l'elevata prevalenza (18,6%) dei micoplasmi del genere *Ureaplasma* nei pazienti con CP/CPSP. Questa prevalenza è spiegabile con la loro capacità di formazione dei biofilm che protegge le cellule micoplasmiche dagli antibiotici e dalle difese immunitarie. Inoltre, pone la PCR quale metodo di scelta per il rilevamento degli ureaplasmi e dimostra la presenza prevalente di Up in questi pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C8

Integrità del DNA spermatico nelle gravidanze spontanee

D.D. Montagna*, S. Pinto Provenzano*, G.A. Coppola**, V. Caroli Casavola**, I. Ortensi**, L. Coppola**

*TECNOMED Centro Medico Biologico, Nardò (Lecce); ** Servizio di Andrologia e Criobiologia della Riproduzione Umana, Casa di Cura "Fabia Mater", Roma

Introduzione

Molte evidenze in letteratura hanno messo in relazione le alterazioni del DNA spermatico con condizioni di infertilità e con una maggiore incidenza di aborti precoci, anche in donne sottoposte a tecniche di PMA. Per frammentazione del DNA spermatico, o DFI (DNA Fragmentation Index), ci si riferisce ad alterazioni del materiale genetico contenuto nello spermatozoo che lo rendono incapace di innescare o portare a termine il processo di fertilizzazione dell'ovocita. Abbiamo

valutato l'influenza del DFI su gravidanze spontanee e portate a termine.

Materiali e metodi

Tra il 2009 ed il 2011 abbiamo analizzato i dati relativi a 47 gravidanze insorte spontaneamente e portate a termine in coppie afferite al nostro Centro per inquadramento andrologico. In particolare abbiamo registrato il DFI prima della positivizzazione delle μ HCG, il DFI iniziale di pazienti sottoposti a terapia andrologica, il tempo intercorso tra esame di controllo e ottenimento della gravidanza, ed infine i parametri seminali di routine. La valutazione del DFI è stata effettuata mediante SCD test con lettura computerizzata.

Risultati

Nella quasi totalità dei partner è stato rilevato un DFI nella norma. Le gravidanze sono insorte per un valore di DFI pari a $15,7\% \pm 4,8$ entro 1 anno dall'ultima valutazione (in media 5 mesi). In 2 uomini è stato riscontrato un DFI superiore alla soglia ritenuta fisiologica. 19 pazienti presentavano una storia di frammentazione con livelli patologici rientrati nel range di normalità dopo terapia andrologica. Utile sottolineare che non abbiamo riscontrato omogeneità dei parametri dello spermogramma di base. Sono state registrate, infatti, gravidanze a termine anche in caso di oligoastenoteratozoospermia.

Conclusioni

Queste osservazioni confermano che l'integrità del DNA spermatico è un fattore determinante nell'insorgenza di una gravidanza. Inoltre, nella valutazione laboratoristica del liquido seminale, lo studio del DNA spermatico sembra avere un ruolo predittivo superiore rispetto a parametri dello spermogramma di base. Le osservazioni condotte concordano con altre in cui abbiamo evidenziato che un alto DFI è associato a infertilità di coppia, riduzione dei tassi di impianto in vivo ed in vitro, ed abortività. Alla luce di tali dati riteniamo che l'integrità del DNA spermatico sia un parametro seminale che dovrebbe essere determinato di routine.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



Video – Gruppo 1

V1

Sostituzione di protesi peniena, dopo disassemblaggio del glande e ricostruzione complessa degli apici cavernosi, per lesione secondaria da decubito del cilindro protesico, utilizzando biomateriali sintetici

L. Rolle¹, C. Ceruti², M. Timpano², O. Sedigh², E. Galletto³, M. Falcone⁴, D. Fontana⁵

¹ Ricercatore Universitario, ² Dirigente Medico di I livello, ³ Medico specializzando, ⁴ Frequentatore, ⁵ Dirigente Medico di II livello, Dipartimento di Discipline Medico Chirurgiche, Università di Torino, Divisione Universitaria di Urologia II, Azienda Ospedaliera "San Giovanni Battista", Torino

Introduzione

Tra le complicanze della chirurgia protesica esiste il rischio di estrusione protesica, legato al decubito che in alcuni casi i cilindri protesici esercitano sull'apice dei corpi cavernosi, causandone l'erosione. Presentiamo la nostra esperienza nell'apicoplastica mediante utilizzo di rete di prolene.

Materiali e metodi

Negli ultimi 3 anni, sono giunti alla nostra osservazione 12 casi di decubito distale di cilindri protesici, con grave atteggiamento SST del glande. 8 pazienti sono portatori di impianto protesico semirigido del pene; 4 pazienti sono portatori di impianto protesico gonfiabile del pene (uno bi-componente, 3 tri-componenti). In 4 casi, la caduta dorsale del glande ha lasciato esposti entrambi i corpi cavernosi ed in 1 di questi due era evidente una diastasi dei corpi cavernosi. I pazienti sono stati sottoposti tra novembre 2009 e maggio 2011 ad apicoplastica dei corpi cavernosi utilizzando una rete in prolene (Herniamesh in 10 casi, Gynemesh in 2 casi), dopo disassemblaggio del glande dagli apici. Nel paziente con diastasi dei corpi cavernosi, è stata inoltre posizionata a livello del III medio del pene una benderella di SIS, al di sotto dell'uretra e del fascio vascolo-nervoso. È stata quindi eseguita la glandulopessi.

Risultati

Il tempo operatorio medio è stato di 2,5 ore. Tra le complicanze post-operatorie, segnaliamo: la comparsa di un'escara che ha coinvolto dalla seconda giornata post-operatoria la mucosa del glande in 2 pazienti; a risoluzione spontanea nel giro di 20 giorni. In tutti e 8 i pazienti è stato particolarmente evidente l'edema cutaneo che ha coinvolto il III distale del pene, cui è infine residuo un incremento della circonferenza del pene. Non si sono ad ora segnalati casi di infezione protesica, né di ematomi peno-scrotali. 10 pazienti hanno ripreso l'attività sessuale. In tutti i pazienti il glande è in asse.

Conclusioni

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

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V2

AMS 1500: duplice impianto di protesi peniena tricomponente (AMS 700) e sfintere urinario (AMS 800) con unico accesso peno scrotale

C. Bettocchi, M. Spilotros, A. Vavallo, M. Tedeschi, G. Lucarelli, G.A. Saracino, P. Ditunno, M. Battaglia, F.P. Selvaggi, F. Palumbo

Dipartimento delle Emergenze e dei Trapianti d'Organo (DETO), Università di Bari, Sezione di Urologia, Andrologia e Trapianto di Rene

Introduzione

La disfunzione erettile (DE) e l'incontinenza urinaria da deficit sfinterico (UI) sono condizioni relativamente comuni e risolvibili, in ultima istanza, con l'impianto di presidi protesici. La prostatectomia radicale costituisce una delle principali cause della presenza contemporanea di entrambi i problemi e negli ultimi anni è stato proposto l'impianto simultaneo di protesi peniena e protesi sfinterica.

Materiali e metodi

Paziente di 29 anni con storia di frattura del bacino da incidente stradale, giunge alla nostra osservazione per disfunzione erettile severa non responsiva a terapie farmacologiche e incontinenza urinaria da deficit sfinterico, provata urodinamicamente. Il paziente era già stato sottoposto un anno prima ad intervento di uretroplastica terminale per lesione dell'uretra membranosa. Dopo consenso informato, il paziente è stato sottoposto a duplice impianto di protesi peniena idraulica AMS 700 InhibiZone e protesi sfinterica AMS 800, con accesso peno scrotale. Si è proceduto prima al posizionamento della protesi peniena e quindi della protesi sfinterica con singola cuffia bulbare alta, alloggiando i due attivatori nello scroto e i due reservoir rispettivamente nello spazio del Retzius di destra e sinistra.

Risultati

A sei mesi dall'intervento, il paziente riferisce una completa soddisfazione sia per la ripresa di una normale attività sessuale di tipo penetrativo che per la completa continenza urinaria.

Conclusioni

L'impianto simultaneo di protesi peniena tricomponente (AMS 700) e sfintere urinario (AMS 800) ha dimostrato di essere un valido presidio terapeutico anche in un paziente con deficit erettile ed incontinenza urinaria da pregresso trauma pelvico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V3

Posizionamento di protesi peniena tricomponente mediante tecnica "no-touch" modificata

G. Liguori, A. Zordani, S. Ciampalini, S. Bucci, S. Benvenuto, G. Ollandini, G. Mazzon, E. Belgrano, C. Trombetta

Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste

Introduzione ed obiettivi

L'infezione postoperatoria è la complicanza più temuta nella chirurgia protesica. Accorgimenti e misure preventive quali preparazione del paziente, profilassi antibiotica e introduzione del rivestimento delle protesi con un film antibiotico a rilascio

graduale hanno notevolmente diminuito il tasso di infezioni postoperatorie. Descriviamo una tecnica innovativa, introdotta da Eid e da noi modificata, che consente il posizionamento di una protesi tri-componente evitando completamente qualsiasi contatto tra protesi e cute.

Materiali e metodi

Dopo un'accurata preparazione del pz, si collocano i teli chirurgici ed un telo adesivo dal quale fuoriesce il pene e lo scroto. Si pratica quindi un'incisione mediana sul rafe penoscrotale e si esegue una dissezione attraverso i tessuti sottocutanei. Viene posizionato il divaricatore di Scott e tramite gancini spuntati viene esposto il campo operatorio.

In seguito la procedura viene interrotta e tutti gli strumenti chirurgici e i guanti "contaminati" vengono sostituiti. Si utilizza un telo trasparente per coprire in maniera non aderente il campo operatorio. A livello della sottostante finestra operatoria si pratica una lieve incisura e tramite altri gancini spuntati si fissa il telo sul margine dell'incisione cutanea. Questa procedura permette di evitare il contatto tra la protesi e gli strumenti chirurgici con la cute del paziente. L'impianto del dispositivo procede secondo la tecnica classica di posizionamento di

protesi tri-componente con accesso peno scrotale. Solo dopo che le incisioni nei corpi cavernosi sono state suturate e le restanti parti della protesi sono state coperte con uno strato di fascia di Buck, si rimuove il telo e si termina con la chiusura del sottocute e della cute a punti staccati.

Risultati

Nei 5 casi eseguiti con tecnica no-touch non vi sono state complicanze nel decorso postoperatorio. A 6 mesi dall'intervento i pazienti riferiscono un soddisfacente funzionamento protesico.

Conclusioni

Nella nostra esperienza, l'applicazione di un telo sterile non aderente ha consentito il completo isolamento del campo operatorio, degli strumenti e della protesi dalla cute: in questo si limitano le possibilità di contaminazione durante le procedure chirurgiche. Il vantaggio del posizionamento di un telo non aderente è quello di permettere all'operatore di manipolare sia la protesi che la cute dei genitali senza che guanti e protesi vengano mai a contatto diretto con la cute e tra di loro.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



Poster – Gruppo 2

P12

Esiti psicosociali, relativi all'efficacia e alla soddisfazione in seguito al trattamento con tadalafil una volta al giorno vs. sildenafil citrato al bisogno in uomini con disfunzione erettile

E. Rubio-Aurioles, H. Porst¹, B. Stuckey², A.M. Morales³, G. Hackett⁴, E.D. Kim⁵, F. Montorsi⁶, V. Kopernick⁷, P. Burns⁷, T.M. West⁸

Asociación Mexicana para la Salud Sexual AC (AMSSAC), Città del Messico, Messico; ¹ Private practice of Urology/Andrology, Amburgo, Germania; ² Istituto per la Ricerca Medica Keogh, Nedlands, WA, Australia; ³ Urología Andrología integradas y Medicina Sexual, Málaga, Spagna; ⁴ "Good Hope" Hospital, Sutton, Coldfield, UK; ⁵ Graduate School of Medicine, Università del Tennessee, Knoxville, TN, USA; ⁶ Ospedale "San Raffaele", Milano, Italia; ⁷ Lilly USA, LLC, Indianapolis, IN, USA; ⁸ Intercontinental Information Sciences, Eli Lilly Australia Pty Ltd, Macquarie Park, Australia

Obiettivi

Un trattamento efficace della disfunzione erettile (DE) che consideri il suo impatto psicosociale resta un sfida aperta. Questo studio ha confrontato gli esiti psicosociali, di efficacia e soddisfazione di tadalafil giorno usato quotidianamente (1/die), sildenafil citrato al bisogno (PRN) e tadalafil PRN.

Materiali e metodi

Studio clinico di fase IV, randomizzato, in aperto, di confronto con un farmaco attivo in uomini con DE già trattati con successo con un inibitore della fosfodiesterasi-5. I pazienti randomizzati (N = 378) in base a un disegno crossover 3 x 3 (tadalafil 1/die, tadalafil PRN e sildenafil citrato PRN) avevano un'età media di 56 anni; il 69% di essi ha riferito il precedente utilizzo di tadalafil PRN e il 61% di sildenafil PRN. Ogni 8 settimane di trattamento sono stati raccolti i dati relativi alla variazione tra baseline ed endpoint per i domini "preoccupazione temporale" (DPT) e "spontaneità" (DS) della Psychological and Interpersonal Relationship Scale (PAIRS) e dei domini "funzione erettile" (DFE) e "soddisfazione globale" (DSG) dell'International Index of Erectile function (IIEF) (dati presentati come media \pm DS in Tabella I). I confronti fra tadalafil 1/die e sildenafil PRN e fra tadalafil PRN e sildenafil PRN sono stati condotti utilizzando la differenza della media dei minimi quadrati (media LS/ES) con un intervallo di confidenza (IC) al 95% a due code.

Risultati

Tabella I.

Risultato	Tadalafil 1/die	Tadalafil PRN	Sildenafil PRN
PAIRS-DPT	-0,30 \pm 0,58	-0,17 \pm 0,55	0,0 \pm 0,53
PAIRS-DS	0,10 \pm 0,50	0,07 \pm 0,49	-0,05 \pm 0,49
IIEF-DFE	8,68 \pm 6,94	9,54 \pm 7,00	9,70 \pm 7,01
IIEF-DSG	2,60 \pm 2,61	2,84 \pm 2,58	2,87 \pm 2,55

In seguito al trattamento con tadalafil 1/die vs. sildenafil PRN, il punteggio del DPT si è ridotto significativamente (-0,31 \pm 0,03; IC: -0,36/-0,25; p < 0,001) mentre quello del DS è cresciuto significativamente (0,15 \pm 0,03; IC: 0,10/0,20; p < 0,001). Il punteggio del DFE è risultato significativamente

inferiore con tadalafil 1/die vs. sildenafil PRN (-0,85 \pm 0,30; IC: -1,43/-0,27; p = 0,04), ma non statisticamente differente fra tadalafil PRN e sildenafil PRN (-0,05 \pm 0,29; IC: -0,62/0,53; p = 0,866). Non è stata osservata alcuna significatività statistica nel DSG dell'IIEF fra tadalafil 1/die e sildenafil PRN (0,22 \pm 0,11; IC: -0,44/0,00; p = 0,055).

Conclusioni

Questo studio indica la superiorità di tadalafil 1/die rispetto a sildenafil PRN nel migliorare gli esiti psicosociali, ma non quelli relativi alla soddisfazione, negli uomini con DE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Sì

I dati contenuti in questo Abstract sono stati presentati alla Canadian Urology Association (CUA) conference 2010: Eusebio Rubio-Aurioles, Hartmut Porst, Antonio Martin-Morales et al. Psychosocial and satisfaction outcomes following tadalafil OaD vs. sildenafil citrate PRN treatment in men with ED. Canadian Urological Association - 65th Annual Meeting. Abstract #UP100. Printed in: Canadian Urological Association Journal. 2010;4(Suppl 1):S82-3. Questo Studio è stato sponsorizzato da Eli Lilly & Company.

P13

Studio randomizzato, in doppio cieco, placebo controllato, a gruppi paralleli per la valutazione dell'efficacia e della sicurezza di tadalafil giornaliero in soggetti con disfunzione erettile (DE) naïve al trattamento con inibitori della PDE5

F. Montorsi, A. Aversa¹, H. Porst², I. Moncada³, P. Perimenis⁴, M.A. Shane⁵, S. Sebastian⁵

Dipartimento di Urologia, Ospedale "San Raffaele", Milano, Italia; ¹ Dipartimento di Patofisiologia medica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Sapienza Università di Roma, Italia; ² Private Practice of Urology and Andrology, Amburgo, Germania; ³ Dipartimento di Urologia, Ospedale "La Zarzuela", Madrid, Spagna; ⁴ Dipartimento di Urologia, Ospedale Universitario di Patrasso, Grecia; ⁵ Lilly Research Laboratories, Eli Lilly, Indianapolis, IN, USA

Obiettivi

Valutare l'efficacia e la tollerabilità del trattamento con tadalafil giornaliero in uomini naïve al trattamento con inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5).

Materiali e metodi

Questo studio clinico randomizzato, controllato, in doppio cieco, ha valutato l'efficacia e la tollerabilità di tadalafil 5 mg (con riduzione della posologia a 2,5 mg se necessario) o del placebo una volta al giorno per 12 settimane in uomini europei con DE mai trattati in precedenza con inibitori della PDE5. Gli endpoint co-primari per l'efficacia erano le variazioni medie tra baseline e l'endpoint nel dominio IIEF-EF (International Index of Erectile Function - Erectile Function) e la percentuale di risposte positive ("sì") per paziente alle domande del questionario Sexual Encounter Profile (SEP)2 (capacità di inserire il pene in vagina) e SEP3 (capacità di completare il rapporto). Per valutare questi endpoint nella popolazione intent-to-treat sono stati utilizzati modelli ANCOVA, deducendone la significatività nel caso in cui tutte tre le ipotesi nulle fossero rifiutate in favore di tadalafil. I dati mancanti sono stati attribuiti utilizzando la convenzione dell'ultima valutazione confermata

per le valutazioni previste come successive (last observation carried forward).

Risultati

Tra i 215 pazienti con dati disponibili (età media = 52), le variazioni rispetto al baseline della media dei minimi quadrati in ciascun endpoint co-primario sono risultate significative nel gruppo di tadalafil (n = 146) rispetto al gruppo del placebo (n = 69) (p < 0,001). Le differenze della media dei minimi quadrati nelle variazioni tra i gruppi di trattamento sono state 3,9 (senza unità di misura) per l'IEF-EF (media dell'endpoint per tadalafil = 22,8), 11,7% per il SEP2 (media dell'endpoint per tadalafil = 83,3%) e 18,0% per il SEP3 (media dell'endpoint per tadalafil = 67,6%). Di tutti i pazienti randomizzati (N = 217), il 16,1% ha riferito eventi avversi conseguenti al trattamento: 19,0% nel gruppo di tadalafil e 10,0% nel gruppo del placebo (p = 0,114). La maggior parte dei soggetti (tadalafil 88,4%; placebo 91,4%) ha completato lo studio. Le interruzioni a causa degli eventi avversi sono state di solito rare (2,7% tadalafil; 1,4% placebo); meno del 4% in ciascun gruppo ha riferito lombalgia, nasofaringite, dispepsia o cefalea conseguenti al trattamento.

Conclusioni

Tadalafil una volta al giorno alla dose di 5 mg è efficace negli uomini con DE naïve al trattamento con inibitori della PDE5.

Lo studio ha avuto finanziamenti: Sì

Questo abstract è stato presentato al 14 World Meeting della International Society for Sexual Medicine (ISSM), 2010 Seoul, Korea. Dichiarazioni sullo studio. Questo studio, la presente analisi e questa comunicazione hanno ricevuto il supporto di Eli Lilly and Company (Indianapolis, IN, USA). ID dello studio n. H6D-MC-LVHX. Identificativo di Clinicaltrials.gov NCT00836693. Dichiarazioni sui finanziamenti Montorsi: lo sponsor dello studio, AMS, Bayer, GlaxoSmithKline (GSK), Pfizer, Pierre Fabre, Aversa: lo sponsor dello studio, Bayer, Pfizer, Pierre Fabre, Porst: lo sponsor dello studio, Bayer, Pfizer, Moncada: lo sponsor dello studio, Bayer, GSK, Janssen-Cilag. Perimenis: nessun interesse finanziario da dichiarare. Shane, Sorsaburu: dipendenti e azionisti di minoranza dello sponsor dello studio.

Supporto editoriale/alla scrittura: Stephen W. Gutkin, Rete Biomedical Communications Corp. (Wyckoff, New Jersey, USA), con il supporto dello sponsor dello studio.

Traduzione Italiana: dott. M. Callegari.

P14

Valutazione seminale e frammentazione del DNA spermatico in soggetti infertili pre- e post-terapia con antiossidanti

G. Peluso, P. Paolo Cozza, C. Perri, G. Arena, N. Gallo, G. Morrone

SSD di Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, AO di Cosenza

Introduzione ed obiettivi

È stato ampiamente documentato in letteratura un ruolo causale dello stress ossidativo sulle dispermie di diversa origine e grado, oltre che sull'integrità del DNA spermatico.

Incoraggianti evidenze cliniche hanno inoltre comprovato l'efficacia degli antiossidanti nel modificare gli indici di fertilità maschile e nel ridurre la frammentazione del DNA spermatico causata dai ROS.

Materiali e metodi

Sono stati inclusi nello studio 50 soggetti infertili con alterazioni moderate del liquido seminale.

Tutti i pazienti, dopo essere stati valutati da un punto di vista

ormonale e strumentale con ecotesticoli, sono stati sottoposti a spermogramma (WHO 2001) e valutazione della frammentazione del DNA spermatico (Halosperm kit) a tempo zero ed a tre mesi post-terapia combinata di integratore alimentare (a base di L-carnitina, acetyl-L-carnitina, fruttosio, acido citrico, coenzima Q10, vitamine ed antiossidanti) e vitamina C 500 mg. 10 su 50 pazienti hanno costituito il gruppo di controllo.

Risultati

Da questo studio è emerso che, gli spermogrammi eseguiti dopo tre mesi di terapia, dimostravano un miglioramento significativo sulla conta spermatica (15 + 5 a 30 + 10 milioni/ml), sulla motilità ad una ora (progressiva da 20 a 35%) e sulla morfologia (forme normali da 10 a 20%) nei pazienti trattati.

La frammentazione del DNA spermatico (% DFI) è risultata statisticamente e significativamente più ridotta (da 20% a 7-10%) rispetto al gruppo di controllo che invece non ha riportato tali miglioramenti.

Inoltre, una correlazione semi-empirica scaturita da un'analisi statistica dei dati ha permesso di predire, con un coefficiente di correlazione pari a 0,9982, il valore dell'indice di frammentazione (DFI) in percentuale, in funzione della motilità, secondo la seguente equazione: $DFI = 49,48 * EXP (-0,022 * MOTILITÀ)$.

Conclusioni

I risultati del nostro studio avvalorano l'ipotesi sinora sostenuta dai diversi autori riguardo l'effetto positivo dell'azione combinata di antiossidanti e vitamina C sulla spermatogenesi e soprattutto sulla frammentazione del DNA spermatico, ottimizzando il microambiente testicolare e migliorando la qualità del liquido seminale in termini di conta spermatica, motilità e morfologia, nonché integrità genomica degli spermatozoi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P15

Produzione endogena di specie reattive dell'ossigeno e modulazione della tirosin-fosforilazione durante la capacitazione degli spermatozoi umani

L. Bakdounes, G. Donà, C. Fiore, S. Ferasin, F.L. Giorgino*, D. Armanini, G. Clari**, G. Bonanni, L. Bordin**

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - Endocrinologia, Università di Padova, * AGEO, Italia; ** Dipartimento di Chimica Biologica, Università di Padova

Introduzione ed obiettivi

La generazione di controllate quantità di specie reattive dell'ossigeno (ROS) e la fosforilazione di residui tirosinici (Tyr) delle proteine sono due dei principali cambiamenti cellulari che avvengono durante la capacitazione degli spermatozoi. L'obiettivo di questo studio è di esaminare la relazione tra la tirosin-fosforilazione (Tyr-P) e la produzione di ROS endogene durante la capacitazione degli spermatozoi umani e di correlare questi due parametri con la funzionalità spermatica, evidenziata dalla percentuale di cellule che vanno incontro a reazione acrosomiale (AR).

Materiali e metodi

Lo studio è stato effettuato analizzando campioni di liquido seminale proveniente da 20 donatori sani. Gli spermatozoi sono stati isolati mediante gradiente discontinuo e successivamente incubati per 180 minuti a 37°C in tampone capacitante. La produzione di ROS durante la capacitazione è stata seguita con la tecnica della chimiluminescenza (ECL) e, a diversi tempi di incubazione, le cellule sono state analizzate per valutare il loro stato di Tyr-P mediante Western blotting e immunocitochimica. Inoltre i campioni sono stati esaminati per determinare la loro vitalità e la capacità di andare incontro ad AR.

Risultati

I nostri dati mostravano che la generazione di ROS è rappresentata da una curva con un picco dopo 45 min, un minimo a 75 min ed un successivo lento aumento a costituire un secondo picco al progredire dell'incubazione. Questi due picchi di ROS erano direttamente correlati sia con il processo di Tyr-P della testa e della coda dello spermatozoo, che con l'AR ($63 \pm 7\%$ e $62 \pm 7\%$, rispettivamente). La fase caratterizzata dalla bassa generazione di ROS era contraddistinta da una localizzazione della Tyr-P esclusivamente a livello del colletto e da una drastica riduzione della percentuale di cellule in AR. L'aggiunta di acido ascorbico inibiva sia la Tyr-P delle cellule che l'AR, mentre il NADPH induceva una forte generazione di ROS correlata ad una Tyr-P localizzata esclusivamente a livello della coda e preveniva l'AR. Inoltre i nostri dati evidenziano che la motilità spermatica era insensibile alla quantità di ROS generate.

Conclusioni

Questo studio ha permesso di dimostrare che il contenuto di ROS è un importante parametro per la valutazione della capacitazione degli spermatozoi umani. Quest'ultima, infatti, avviene solamente quando la produzione di ROS endogene raggiunge un picco adeguato e la Tyr-P coinvolge la testa dello spermatozoo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P16**Il questionario EHS è un valido strumento per valutare la rigidità peniena?**

L. Gallo^{*}, R. Giannella^{**}, N. Spiezia^{**}, S. Pecoraro^{**}

^{*}Studio Uro-Andrologico Gallo, Napoli; ^{**}Clinica Malzoni, Divisione di Andrologia, Avellino

Introduzione ed obiettivi

L'EHS (Erection Hardness Score) è un questionario per la valutazione della rigidità peniena. Scopo del presente studio è stato comprovare in maniera diretta ed obiettiva l'efficacia di detto questionario.

Materiali e metodi

Abbiamo inserito in questo studio prospettico, doppio cieco, i pazienti afferenti ai nostri due centri affetti da DE vascolare. I pazienti hanno riferito il loro grado di rigidità peniena utilizzando il questionario a singola domanda EHS che prevede 4 risposte: 1) tumescenza in assenza di rigidità; 2) rigidità non sufficiente alla penetrazione; 3) rigidità sufficiente alla penetrazione ma non completa; 4) rigidità completa. La rigidità riferita dal paziente è stata successivamente confrontata con quella constatata da un singolo andrologo (LG) dopo somministrazione intracavernosa di alprostadil 10 microgrammi e contemporanea stimolazione sessuale audio-visiva (SSAV).

Risultati

62 pazienti con almeno un fattore di rischio per DE vascolare sono stati arruolati. In 55 casi su 62 (88,7%) il grado di rigidità peniena comunicato dal paziente è stato esattamente lo stesso riscontrato da un singolo andrologo. Nei rimanenti 7 casi la differenza media tra i due valori è stata di $1,86 (\pm DS 0,38)$. Il tempo medio per la compilazione del questionario EHS da parte del paziente durante la visita è stato di 23,45 secondi ($\pm DS 5,34$).

Conclusioni

Il questionario EHS rappresenta uno strumento diagnostico per la valutazione della rigidità peniena, direttamente espressa dal paziente, facile, pratico ed attendibile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P17**Disfunzione erettile e disautonomia autonoma: studio preliminare**

C. Crisafulli, G. Beneventano, M. Catanuso, C. Di Gregorio, A. Di Guardo, G. Profeta, G. Sidoti^{*}
*SIMG Catania Area Cardiometabolica; *Centro per lo Studio della Disfunzione Erettile e l'Infertilità di Coppia, Divisione di Medicina per il DEA, ARNAS "Garibaldi", Catania*

Introduzione ed obiettivi

Il Sistema Nervoso Autonomo (SNA) è noto avere un ruolo di integrazione tra il sistema nervoso centrale e le attività del nostro corpo. Lo studio della variabilità della frequenza cardiaca (HRV) viene usata come metodo per la valutazione quantitativa della funzione del SNA, anche perché il controllo neurale primario del cuore è effettuato proprio dal SNA. L'analisi spettrale della HRV è una metodica utilizzata per analizzare i tracciati elettrocardiografici e può fornire misure relative al potere o al tono di varie influenze fisiologiche che agiscono sul controllo della frequenza cardiaca; (influenze ormonali, enzimatiche, circadiane, respiratorie e neurali). Lo squilibrio nella funzionalità del SNA (alterazione dell'equilibrio simpatico-parasimpatico) può causare problematiche cardiologiche e di disfunzione erettile (DE). Infatti è noto che l'ipertono adrenergico è causa di DE. Scopo del lavoro è stato quello di valutare la presenza o meno di una alterazione del SNA in pazienti con DE e valutare se queste alterazioni potessero essere presenti anche in una popolazione di controllo non affetta da DE.

Materiali e metodi

Sono stati studiati 26 pazienti affetti da disfunzione erettile arruolati da 6 medici di medicina generale nei loro ambulatori e avviati a ulteriori accertamenti al centro di secondo livello. Un pari gruppo per numero e caratteristiche di soggetti non affetti da DE sono stati utilizzati per gruppo di controllo. Tutti sono stati sottoposti a Holter ECG delle 24 ore e allo studio della HRV mediante metodica di Fourier, analizzando il tracciato attraverso un apposito software (HRV Kubios) L'IIEF-V è stato utilizzato per valutare la prevalenza della DE.

Risultati

Il confronto fra i due gruppi ha evidenziato valori significativamente più alti di attività simpatica nel gruppo con DE. In particolare vi era una differenza statisticamente significativa per il rapporto Low Frequency/High frequency espressione del rapporto simpatico-parasimpatico ($p = 0,0022$) e per il Global Sympathetic index ($p = 0,023$).

Conclusioni

La valutazione quantitativa dell'attività del SNA mediante l'analisi della HRV, esame non diffuso ma di semplice esecuzione, anche all'interno di un ambulatorio di medicina generale, può essere un ottimo strumento per evidenziare in maniera precoce la disautonomia autonoma, alterazione fortemente correlata con patologie cardiovascolari e DE. Infine sottolineiamo come anche attraverso questo studio, meritevole sicuramente di casistica molto più ampia, si può notare come sempre più le patologie cardiovascolari e la DE trovino dei momenti patogenetici comuni che rendono sempre più la disfunzione erettile, un sintomo sentinella di patologie cardiovascolari.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P18**Relazione tra parametri seminali e gravidanze spontanee alla luce delle nuove linee guida WHO'10**

A. Sebastianelli, P. Salacone, F. Masci, C. Fiori, R. Sacchetto, F. Forte, I. Marcucci, R. Rago
UOD Andrologia e Fisiopatologia della Riproduzione, Ospedale "S.M. Goretti", Latina

Introduzione ed obiettivi

Confrontare i parametri seminali e le gravidanze spontanee ottenute nel nostro centro dal 2005 ad oggi anche alla luce delle nuove linee guida WHO'10.

Materiali e metodi

Su 2019 coppie infertili abbiamo selezionato solo coppie non trattate di cui 96 (gruppo A) avevano ottenuto una gravidanza spontanea entro un 1 anno dalla prima visita e 190 (gruppo B) che, nell'arco dello stesso tempo, non avevano ottenuto gravidanze. Sono state escluse coppie che non potevano concepire per vie naturali (anovulazione, patologia tubarica, azoospermia). È stato utilizzato il test T-Student non appaiato per confrontare le caratteristiche quali: età, durata di infertilità e parametri seminali mentre il test X2 è stato utilizzato per il confronto delle variabili categoriche.

Risultati

Nessuna differenza significativa tra A e B per età femminile e periodo di infertilità. Il fattore (f) maschile dispermia risulta prevalente in B (39,4%) vs. A (12,5%) ($p < 0,001$) mentre il f. idiopatico è più comune in A (52%) vs. B (17%) ($p < 0,001$). Nessuna differenza significativa tra A e B relativamente al f. femminile (ovarico e/o endometriosi) e al f. misto. I parametri seminali di A (conc. tot 239 ± 151 vs. 158 ± 134 ; mot. rett. (%) 45 ± 7 vs. 33 ± 14 e morf. tipica (%) 24 ± 7 vs. 20 ± 8) sono risultati significativamente più alti del gruppo B ($p < 0,001$).

In base ai cut-off stabiliti dal WHO'99 è ampia la sovrapposizione tra i due gruppi per i parametri conc./to. (94,8% vs. 86,8%) e morf. tipica (9,3% vs. 7,3%). La sovrapposizione tra i gruppi si riduce significativamente per la mot. rettilinea: nel gruppo A il 38,5% dei pz supera il cut-off del 50% vs. il 16,3% del gruppo B ($p < 0,001$). La valutazione dei parametri seminali secondo i cut-off WHO'10 fa ricadere la maggioranza dei pazienti di entrambi i gruppi nel 50° percentile: gruppo A Conc. tot 54,1% dei pz e B 63,6% e la mot. progressiva: A 87,5% dei pz e B 70% ($p < 0,01$). Per la morfologia entrambi i gruppi rientrano nel 95°pc: A 85,4% vs. B 70%.

Conclusioni

La motilità è il parametro che meglio definisce il potenziale di fertilità sia in base al WHO'99 che al WHO'10. In accordo con questi risultati, diversi studi hanno dimostrato la correlazione della motilità con la percentuale di fertilizzazione in vivo e in vitro.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P19**Introduzione al concetto di prevenzione in medicina riproduttiva – Gli uomini hanno una consapevolezza dell'importanza del proprio volume testicolare?**

A. Salonia, A. Saccà, R. Matloob, M. Ferrari, U. Capitanio, F. Castiglione, A. Russo, G. Castagna, M.C. Clementi, D. Moretti, P. Rigatti, F. Montorsi
Dipartimento di Urologia, Università "Vita-Salute San Raffaele", Milano

Obiettivi

Il volume testicolare (T) è in stretta correlazione con produzione di sperma, numero di spermatozoi, valore di FSH e di inibina B. Scopo di questo studio è stato valutare la consapevolezza dei pz riguardo alle caratteristiche morfometriche dei propri T nell'era WEB.

Materiali e metodi

È stata utilizzata una coorte di 264 uomini consecutivi recatisi presso il centro di Medicina Sessuale e Riproduttiva dello stesso Istituto. I pz sono stati invitati a autocompilare in modo anonimo un questionario strutturato comprendente dati demografici generali (tra cui comorbidità per CCI), domande per valutare la percezione delle caratteristiche morfometriche dei loro stessi genitali esterni (volume T, lunghezza e circonferenza del pene). È stato poi calcolato il BMI (kg/m^2) ed la grandezza testicolare utilizzando il volume del T più grande (orchidometro di Prader). La statistica descrittiva e la regressione logistica hanno testato il tasso e i fattori predittivi di autoconsapevolezza delle caratteristiche dei T.

Risultati

Abbiamo ottenuto dati completi per 121 pz (47,5%) infertili, 68 pz (26,7%) con disfunzione sessuale, e 66 pz (25,9%) con disturbi urologici. Statistica descrittiva [mediana (range)]: età: 39 anni (19-77); età al primo rapporto sessuale: 18 anni (12-49); BMI: $24,7 \text{ kg}/\text{m}^2$ (18-39); volume del T $> 20 \text{ ml}$ (15-29); livello educativo: scuola media inferiore, scuola media superiore e università in 45 (17,6%), 119 (46,7%), e 91 pz (35,7%) rispettivamente. Nell'intera coorte, solo 68 pz (26,7%) hanno riferito di non aver mai pensato al volume dei propri T; 30 (11,8%), 223 (87,5%), e 2 pz (0,8%) consideravano il volume dei propri T inferiore al normale, normale e superiore al normale, rispettivamente. Al contrario, 250 (98%) avevano pensato alle dimensioni del proprio pene, con 223 (87,5%) e 232 pz (91%) che consideravano normale rispettivamente la lunghezza e la circonferenza del pene. All'analisi multivariata, la consapevolezza soggettiva delle caratteristiche morfometriche dei T è stata associata con l'età dei pz (OR: 0,961; $p = 0,006$) e con il giudizio soggettivo dei pz di normali dimensioni T (OR: 0,339; $p = 0,011$). La stima soggettiva dei pz delle dimensioni T correlava positivamente con la misurazione di Prader ($r: 0,178$; $p = 0,006$).

Conclusioni

Questi dati preliminari hanno dimostrato come la consapevolezza dei pz dell'importanza delle dimensioni T sia molto bassa nell'era dell'informatizzazione globale, e che questo risultato non sia differente per gli infertili.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P20**Azoospermia secretoria: possibile ruolo delle varianti del recettore degli androgeni**

L. Rolle¹, C. Ceruti², M. Timpano², O. Sedigh², E. Galletto³, M. Falcone⁴, D. Fontana⁵

¹ Ricercatore Universitario, ² Dirigente Medico di I livello, ³ Medico specializzando, ⁴ Frequentatore, ⁵ Dirigente Medico di II livello, Dipartimento di Discipline Medico Chirurgiche, Università di Torino, Divisione Universitaria di Urologia II, Azienda Ospedaliera "San Giovanni Battista", Torino

Introduzione ed obiettivi

L'azoospermia secretoria è l'assenza di spermatozoi nel liquido seminale eiaculato per un difetto di produzione intrinseco al parenchima testicolare. Le alterazioni nel gene dell'AR causano la sindrome da insensibilità agli androgeni: in funzione

del tipo e dell'entità di tali alterazioni il quadro clinico potrà essere più o meno compromesso.

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

Materiali e metodi

Sono stati considerati 50 pazienti affetti da azoospermia secretoria. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a prelievo di spermatozoi direttamente dal parenchima testicolare. Un frammento è stato sottoposto a processing al fine di un eventuale recupero di spermatozoi, un altro al servizio di anatomia patologica per la diagnosi istologica. Tutti i pazienti hanno effettuato 2 prelievi di sangue periferico: uno è stato utilizzato per lo screening ormonale; l'altro è stato utilizzato per l'analisi genetica. Ai fini dell'analisi statistica i pazienti, in base all'esame istologico, sono stati suddivisi in due gruppi: un gruppo A con un quadro istologico di sindrome a sole cellule sertoli (SCOS) ed arresto maturativo precoce ed un gruppo B con un quadro istologico di focale spermatogenesi conservata. Sono state quindi analizzate le seguenti correlazioni: le varianti del recettore degli androgeni in rapporto al quadro istologico e all'assetto ormonale; le varianti del AR in rapporto alla probabilità di recupero di spermatozoi dopo TeSE.

Risultati

In 13 pazienti abbiamo evidenziato il polimorfismo 995A: polimorfismo noto in letteratura e che ha una prevalenza nella popolazione maschile infertile dell'8-14%. La correlazione dei dati genetici con i dati istologici e ormonali, ha mostrato che i pazienti con quadro istologico di SCOS e arresto maturativo, se presentavano il polimorfismo 995A, avevano una significativa diminuzione di iniezione di testosterone e un significativo aumento di iniezione di LH.

Conclusioni

In base ai nostri risultati esiste una correlazione statisticamente significativa tra il polimorfismo 995A e la presenza di un quadro endocrino maggiormente alterato nei pazienti con istologia più grave. I nostri dati non evidenziano una correlazione tra i polimorfismi 995A e 995G del gene AR e il retrieval rate di spermatozoi dopo biopsia testicolare, e non è quindi ipotizzabile utilizzare tali polimorfismi come "marker" di probabilità di recupero di spermatozoi dopo TeSE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P21

Applicazione dei valori di riferimento 2010 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per l'analisi dello spermogramma di uomini con infertilità di coppia – Che cosa è cambiato clinicamente?

A. Salonia, R. Matloob, M. Ferrari, A. Saccà, F. Castiglione, A. Russo, M.C. Clementi, G. Castagna, U. Capitanio, D. Moretti, P. Rigatti, F. Montorsi
Dipartimento di Urologia, Università "Vita-Salute San Raffaele", Milano

Obiettivi

Scopo dello studio è stato valutare se i nuovi valori di riferimento per il liquido seminale umano abbiano modificato la stratificazione dei pattern di semi dispermici in uomini europei caucasici infertili rispetto ai precedenti parametri OMS 1999.

Materiali e metodi

È stata selezionata una coorte di 702 pazienti consecutivi che si sono presentati per infertilità di coppia tra il gennaio 2007 e il settembre 2010 presso un solo ambulatorio andrologico. Abbiamo analizzato 4 gruppi: uomini con oligospermia (Oligo);

considerando solo la concentrazione dello sperma), teratozoospermia (Terato), astenoteratozoospermia (AT) e oligoastenoteratozoospermia (OAT). Ai fini dello studio, i gruppi sono stati confrontati considerando le caratteristiche dei soggetti alla visita ambulatoriale, includendo l'età, il Charlson Comorbidity Index (CCI; le comorbidità del paziente sono state categorizzate come CCI = 0, 1, = 2), l'indice di massa corporea (BMI; kg/m²), i livelli di testosterone totale (tT) ed il tasso di ipogonadismo (definito come tT < 3 ng/ml). Per testare le differenze tra i due criteri classificativi OMS è stata applicata la statistica descrittiva.

Risultati

Esclusi i pazienti azoospermici, abbiamo potuto considerare i dati completi di 448 uomini. Utilizzando la comparazione OMS 1999 vs. 2010, Oligo, Terato, AT and OAT sono stati trovati in 216 (48,2%) vs. 180 (40,2%), 363 (81,0%) vs. 240 (53,6%), 156 (34,8%) vs. 72 (16,1%), e 177 (39,5%) vs. 105 (23,4%) pazienti, rispettivamente. I criteri classificativi OMS 1999 vs. OMS non hanno stratificato in modo diverso i pazienti Oligo riguardo all'età [$p = 0,84$ (95%CI = -1,19, 0,98)], al BMI [$p = 0,59$ (-1,03, 0,59)], e ai livelli di tT [$p = 0,84$ (-0,41, 0,33)]. I due criteri classificativi non hanno permesso di distribuire in modo diverso la coorte secondo il CCI (tutti $p > 0,85$) e il tasso di ipogonadismo ($p = 0,78$). Simili risultati sono stati ottenuti per i pazienti Terato, AT e OAT secondo l'età, il BMI, i valori di tT (tutti $p = 0,05$), la divisione in classi per CCI (tutti $p = 0,05$) e il tasso di pazienti ipogonadici (tutti $p = 0,05$) per ogni pattern del seminale.

Conclusioni

Questi risultati mostrano come benché i valori di riferimento OMS 2010 per il seminale abbiano cambiato significativamente la stratificazione dei pattern del seme dispermico di uomini infertili rispetto ai criteri OMS 1999, al contrario, i nuovi valori di riferimento non permettano di migliorare la stratificazione dal punto di vista clinico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P22

Ruolo dell'aldosterone e dell'acido glicirretinico su alcuni parametri della funzionalità spermatica

C. Fiore, L. Bordin, A. Calcagno, G. Donà, S. Ferasin, M. Piccolo, L. Bakdounes, D. Capuzzo, F.L. Giorgino, G. Clari, D. Armanini, G. Bonanni
Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - Endocrinologia, Dipartimento di Chimica Biologica, Università di Padova; AGEO, Italia

Introduzione ed obiettivi

La motilità e il metabolismo spermatico sono strettamente correlati; infatti molto dell'ATP prodotto nello spermatozoo viene utilizzato per il movimento. L'apoptosi è un meccanismo di morte programmata che risulta importante negli spermatozoi per il miglioramento della qualità spermatica e per far sì che solo gli spermatozoi migliori possano raggiungere l'ovocita. È dimostrato, inoltre, che un elevato stress ossidativo degli spermatozoi influenza negativamente la capacità fecondante degli spermatozoi, in particolare a livello della capacitazione. Poiché è stata dimostrata la presenza del recettore dei mineralcorticoidi (MR) a livello della membrana spermatica, abbiamo valutato l'effetto sia dell'aldosterone che dell'acido glicirretinico sulla motilità degli spermatozoi, sulla concentrazione intracellulare di ATP, sull'induzione del fenomeno apoptotico negli spermatozoi e sulla produzione di specie reattive dell'ossigeno (ROS) endogene.

Materiali e metodi

Gli spermatozoi, isolati da campioni di donatori normozoospermici, sono stati incubati con le sostanze in esame (aldosterone, acido glicirretinico, canrenone, aldosterone più canrenone). Sono stati quindi valutati i parametri di motilità con il sistema computerizzato CASA (Computer Automated Sperm Analysis); l'induzione di apoptosi con il metodo Tunel (Terminal deoxynucleotidil transferase-mediated dUTP Nick-End Labeling), la concentrazione di ATP usando V ATP-Lite luminescence ATP detection assay system (PerkinElmer) e produzione di ROS (chemiluminescenza).

Risultati

I dati raccolti mostrano un aumento della concentrazione di ATP nei campioni saggiati con l'aldosterone e in quelli trattati con l'acido glicirretinico. Con le stesse sostanze abbiamo

inoltre un aumento dei fenomeni apoptotici, di circa quattro volte rispetto al controllo. Dai dati preliminari di motilità possiamo notare un aumento dello spostamento laterale della testa nei campioni incubati con acido glicirretinico. Non vi è invece un'influenza sugli altri parametri di motilità. I nostri dati hanno evidenziato una relazione diretta tra la formazione di ROS e l'aumento dello spostamento laterale della testa degli spermatozoi.

Conclusioni

I risultati sembrano da imputare ad un effetto non genomico dell'aldosterone, ma altri studi sono necessari per spiegare l'effetto dell'aldosterone sullo spermatozoo, in particolare in stati di iperaldosteronismo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



Comunicazioni orali – Gruppo 2

C9

Il profilo socio-culturale e clinico dei transessuali andro-ginoidi in Italia: report sulla nostra esperienza di 14 anni nel trattamento dei disordini di identità di genere

P. Verze, C. Imbimbo, D. Arcaniolo, A. Palmieri, N. Longo, F. Fusco, F. Mangiapià, F. Chiancone, L. Spirito, V. Mirone

Clinica Urologica, Università "Federico II" di Napoli

Introduzione ed obiettivi

Lo scopo del nostro studio è stato quello di tracciare un profilo sociale, culturale e clinico dei transessuali andro-ginoidi in Italia, analizzando la loro esperienza personale e clinica e valutandone il livello di soddisfazione dopo l'intervento di riattribuzione chirurgica di sesso (SRS).

Materiali e metodi

Da gennaio 1992 a settembre 2006, 163 pazienti di sesso maschile sono stati sottoposti ad intervento di riattribuzione chirurgica di sesso presso la nostra struttura. A tali pazienti è stato richiesto di completare un questionario di follow-up. Tale questionario comprende 38 domande ed è suddiviso in 9 sezioni: dati generali; stato lavorativo; relazioni personali; aspetti socio-culturali; preparazione all'intervento chirurgico; procedura chirurgica; vita sessuale dopo l'intervento chirurgico; soddisfazione dopo l'intervento chirurgico.

Risultati

L'età media del campione è di 31 anni. Il 72% ha un elevato livello di educazione ed il 63% ha un lavoro stabile. La maggior parte dei pazienti ha dichiarato di aver ricevuto un adeguato supporto dai colleghi di lavoro e dai familiari. L'85% dei pazienti ha dichiarato di praticare attività sessuale al tempo dell'intervista ed il 44% ha un partner stabile. Metà dei pazienti ha avuto idee suicide prima dell'intervento, ma solo il 4% ha realmente tentato il suicidio. Tutti i pazienti ritengono di essere stati adeguatamente informati dal team chirurgico riguardo l'intervento e le sue possibili complicanze. Il 75% ha riportato una vita sessuale maggiormente soddisfacente dopo l'intervento; la maggiore problematica legata ai rapporti sessuali è risultata essere il dolore durante la penetrazione e la mancanza di lubrificazione. Il 78% dei pazienti sono soddisfatti dell'aspetto estetico della neovagina, mentre solo il 56% ha dichiarato di essere soddisfatto della profondità della neovagina. Quasi tutti i pazienti si sono dichiarati soddisfatti dell'intervento e non hanno alcun tipo di rimpianto.

Conclusioni

L'elevato livello di soddisfazione riportato dai pazienti è probabilmente da ricondursi all'associazione di vari fattori: l'abilità chirurgica, un'adeguata preparazione pre-operatoria e un adeguato counseling post-operatorio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C10

Ricostruzione peniena chirurgica nella malattia di La Peyronie: ripristino della lunghezza, del diametro e della morfologia del pene con o senza impianto protesico

M. Florio, M. Casilio, D.M. Mendoza, F. Ieria, S. Sansalone

Dipartimento di Urologia, Facoltà di Medicina, Università Tor Vergata, Roma

Obiettivi

La malattia di La Peyronie può associarsi a severo accorciamento e deformazione del pene, con o senza DE. Il trattamento chirurgico ha come obiettivo la completa ricostruzione dell'organo, con ripristino della lunghezza, diametro e morfologia del pene e nei pazienti con DE vengono sottoposti contestualmente ad impianto protesico penieno.

Materiali e metodi

Tra gennaio 2004 e febbraio 2010 abbiamo trattato chirurgicamente 198 pazienti affetti da La Peyronie di età tra i 27 e 79 anni (media di 51 aa). Le deformità peniene riscontrate sono state: curvatura dorsale in 122 di essi, laterale in 21, ventrale in 28 e mista in 25; in 47 si associava retrazione dei corpi cavernosi. 93 presentavano DE.

Il trattamento chirurgico è stato basato su principi geometrici. L'elasticità e la lunghezza sono state ristabilite effettuando incisioni trasversali con innesto di graft a livello della tonaca albuginea.

Il diametro è stato ristabilito con innesti di graft longitudinali, le cui dimensioni sono state calcolate misurando la differenza della circonferenza tra le zone normali e quelle retratte dei corpi cavernosi.

In tutti i pazienti che avevano associata una DE sono state impiantate contemporaneamente protesi peniene malleabili. La lunghezza media dei graft trasversali per il ripristino della circonferenza è di 2,9 cm e per la lunghezza 8,7 cm; dei graft longitudinali 1,9 cm per la circonferenza e 6,4 cm per la lunghezza. I pazienti senza protesi hanno cominciato con gli I-PDE5 in quinta giornata e con fisioterapia due settimane dopo l'intervento.

Risultati

Il follow-up in media è durato 36 mesi (6-74). Mediamente, l'aumento della lunghezza del pene in erezione è stata di 2,6 cm (1,8-4,3); mentre il diametro è aumentato in media di 1,6 cm (1,1-2,7). In 12 pazienti è rimasta una curvatura residua trascurabile e in 10 pazienti è sopraggiunta una DE postoperatoria, che ha richiesto l'impianto di protesi. In 5 pazienti su 93 si è sviluppata infezione delle protesi con espanto e successivo reimpianto.

Conclusioni

La ricostruzione totale della tonaca albuginea con tecnica basata su principi geometrici, con o senza l'impianto di protesi peniene, mediante innesto di graft trasversali, longitudinali e circolari, può essere praticata in modo semplice e sicuro.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C11**Studio multicentrico italiano sulla tecnica chirurgica sec. Paulo Egydio nella malattia di La Peyronie con follow-up a 36 mesi**

S. Pecoraro, M. Silvani¹, R. Leonardi², R. Giulianelli³, S. Sansalone⁴, M. Marzotto⁵, V. Sidari⁶, R. Giannella, G. Sepe

Alta Specialità Nefro-Uro-Andrologia, Clinica Malzoni, Avellino; ¹ *Ospedale degli Infermi, Biella;* ² *Casa di Cura "Musumeci Gecas Gravina" di Catania;* ³ *Casa di Cura "Villa Tiberia", Roma;* ⁴ *Dipartimento di Urologia, Università Tor Vergata, Roma;* ⁵ *Ospedale "Fornaroli", Magenta;* ⁶ *Azienda Ospedaliera Bianchi, Reggio Calabria*

Introduzione ed obiettivi

Si riporta esperienza policentrica sulla tecnica di corporoplastica di raddrizzamento geometrica secondo EGYDIO in pazienti (pz) affetti da malattia di La Peyronie (PD). Obiettivo di questo studio è la valutazione dei risultati morfofunzionali con follow-up a 36 mesi.

Materiali e metodi

Arruolati 117 pz da gennaio 2004 a dicembre 2010 provenienti da 9 centri italiani. Criteri di inclusione: recurvatum > 60° con media di 75° con impossibilità coitale tutti affetti da PD con placca stabilizzata da 6-12 mesi; attività erettile di base conservata con IIEF-5 di 22; rigidità valutata con NPT test, Ecocolordoppler dinamico; età media 55 ± 11 anni. Il follow-up a 36 mesi (controlli a 3-6-12-18-24-36 mesi) è stato eseguito con anamnesi sessuale, IIEF-5 e per le partner un questionario di soddisfazione sessuale. I centri hanno utilizzato la tecnica di Egydio ed innesto unico in matrice di collagene di pericardio bovino. I pz nel postoperatorio hanno praticato fisioterapia con inibitori PDE-5 per evitare fibrosclerosi cicatriziali dell'innesto.

Risultati

Complicanze: intraoperatoria nessuna; post-operatoria ematomi nel 15% dei casi, ipoestesia glandulare nel 5%. La durata dell'intervento è stata in media di 2 h 30 m (range 90-180 min). La lunghezza del pene è stata incrementata di 2,5 cm (range 1,5-3,5 cm); curvatura residua nel 17% dei pz con angolo max di circa 15° che non ha impedito la penetrazione e nessun pz è stato sottoposto a re-intervento. A 12 mesi tutti i pz hanno evidenziato una normale attività sessuale ed il 30% di essi usa inibitori PDE-5; a 24 mesi l'uso degli inibitori PDE-5 ha subito un lieve incremento (32%) mentre a 36 mesi l'uso ha raggiunto il 38%. La soddisfazione sessuale nelle partner: accettabile nell'1%, buona nel 39%, molto buona nel 50% ed eccellente nel 10% a 12 mesi; a 24 mesi è stata accettabile nel 5%, buona nel 35%, molto buona nel 52% ed eccellente nell'8% mentre a 36 mesi accettabile nel 5%, buona nel 45% molto buona nel 46% ed eccellente nel 4%.

Conclusioni

La tecnica di Egydio è basata su principi geometrici con unica incisione della tunica albuginea ed è applicabile su tutti i tipi di curvatura peniene acquisite da PD; indispensabile sono i criteri di selezione e la tipologia dell'innesto. Il vantaggio è la notevole percentuale di incremento della lunghezza e diametro penieno con bassa percentuale di complicanze ed elevati tassi di soddisfazione sessuale; lo svantaggio è di essere una tecnica complessa con una curva di apprendimento di medio alto grado.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C12**Confronto tra due tecniche di vaginoplastica nella chirurgia di conversione andro-ginoide: risultati preliminari**

A. Franceschelli, C.V. Pultrone*, G. Gentile*, E. Brunocilla*, F. Colombo

SSD Andrologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria-Policlinico "S. Orsola Malpighi," Bologna; * *Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna*

Scopi

Confronto tra 2 tecniche chirurgiche di vaginoplastica: quella del doppio lembo cutaneo, penieno e perineo-scotale e la tecnica descritta da Perovic, che utilizza un flap uretrale detubularizzato ad ampliamento del manicotto cutaneo penieno, da noi adottata dal 2010. La neovagina viene così ad essere rivestita internamente, nella porzione superiore, da mucosa, con vantaggi funzionali (sensibilità) ed estetici. Il neoclitore viene confezionato riducendo il glande e, in accordo con la tecnica di Bologna, il fascio vascolo-nervoso (FVN) viene lasciato adeso ad una striscia di albuginea dorsale sottostante. Le piccole labbra vengono realizzate attraverso la riconfigurazione della superficie interna del prepuzio, conservata al momento del degloving penieno. Abbiamo voluto ricercare una migliore sensibilità della cavità neovaginale, nell'auspicio che il flap uretrale possa offrire percezioni di tipo sessuale durante la penetrazione, nonché garantire una migliore lubrificazione rispetto alla cute.

Materiali e metodi

Da maggio 2010, 11 pazienti (pz) (Gruppo A) sono state operate in accordo con le modifiche tecniche descritte. Il controllo ambulatoriale è proseguito fino al termine del 3° mese dall'intervento, mentre a 6 mesi sono state eseguite interviste telefoniche (in 10 di queste pz) per valutare la funzione erotico-orgasmica e la lubrificazione vaginale. I risultati sono stati confrontati con quelli ottenuti intervistando un campione di 10 pz operate con la tecnica standard (Gruppo B).

Risultati

Solo il 60% delle pz del gruppo A aveva avuto rapporti sessuali vaginali; confrontando solo i risultati ottenuti dalle pz che avevano iniziato un'attività sessuale penetrativa, il risultato può essere considerato sovrapponibile a quello della tecnica standard, con raggiungimento dell'orgasmo nel 100% dei casi. Nell'analisi della percezione di "eiaculazione/secrezione" vaginale in seguito a eccitazione/orgasmo, abbiamo raccolto una sensazione di aumento delle secrezioni percepite, e quindi della lubrificazione vaginale, nel 50% delle pz del gruppo B e nell'80% nel gruppo A.

Conclusioni

Ad oggi non esiste una tecnica "gold standard" per la conversione andro-ginoide, sia per quanto riguarda i risultati funzionali che estetici. Nella nostra esperienza preliminare, l'uso del flap uretrale sembra consentire una migliore lubrificazione neo-vaginale con verosimile vantaggio per l'attività sessuale
Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C13**Tecnica chirurgica di impianto di protesi idraulica tricomponente con accesso peno-scrotale "septum sparing": 2 anni di esperienza**

E. Conti, P.P. Fasolo, M. Camilli, G. Fasolis
SC Urologia Ospedale "San Lazzaro" di Alba

Introduzione ed obiettivi

L'impianto di protesi peniena idraulica tricomponente con accesso peno-scrotale comporta una ferita chirurgica dello scroto con incisione del setto per esporre i corpi cavernosi. L'edema ed il dolore postoperatorio sono di regola presenti e possono comportare un disagio per il pz ed un ritardo nella attivazione della protesi. Presentiamo una modifica della tecnica chirurgica tradizionale che permette di non incidere il setto scrotale, nell'ipotesi che tale accorgimento possa ridurre edema e dolore locale, mantenendo i vantaggi dell'accesso ventrale ai corpi cavernosi.

Materiali e metodi

Tra gennaio 2009 e marzo 2011, abbiamo sottoposto a impianto di protesi peniena idraulica tricomponente 31 pz affetti da DE end stage di varia etiologia.

I pz sono stati operati in anestesia rachidea o generale. Tecnica chirurgica: incisione peno-scrotale trasversale con risparmio delle fibre muscolari del setto; inserimento del reservoir nello spazio retropubico; esposizione dei corpi cavernosi con rispetto della struttura muscolare settale; fenestrazione per via smussa tra spongiosa uretrale e setto scrotale; passaggio del cilindro sinistro e del relativo raccordo nella fenestrazione settale prima del suo inserimento; prosecuzione dell'intervento secondo la tecnica tradizionale, con corporotomia longitudinale bilaterale e dilatazione dei corpi cavernosi; eventuali manovre chirurgiche accessorie in pz con recurvatum da IPP. Valutazione della ferita chirurgica a 1, 10 e 30 giorni.

Risultati

La età dei pz era compresa tra 43 e 78. L'etiologia della DE era PR correlata in 17 pz, IPP in 6 pz, diabete in 4 pz, vasculopatia in 4 pz. In 5 pz è stata eseguita frattura di placca, in 1 pz sono state effettuate incisioni di scarico della albuginea. Le complicanze sono state 1 perforazione apicale riconosciuta e riparata intraoperatoriamente (fistola uretro-balanica persistente a 12 mesi), 1 perforazione di un tubo di raccordo riconosciuta e riparata intraoperatoriamente, 2 ematomi sottodartoiici peri-pompa che hanno richiesto revisione chirurgica ambulatoriale. 28 pazienti (90%) hanno potuto iniziare le manovre di attivazione della protesi a 15 giorni dallo intervento. I 2 pz con ematoma peripompa hanno iniziato a 30 gg, 1 pz con perforazione apicale a 60 gg.

Conclusioni

La modifica di tecnica chirurgica di tipo septum sparing appare nella nostra esperienza semplice, efficace e riproducibile, consentendo una rapida guarigione della ferita scrotale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C14**Sarcoma epitelioido del pene: un "sosia" della malattia di La Peyronie. Nostra esperienza nella diagnosi, trattamento e follow-up**

F. Colombo, G. Passaretti*, C.V. Pultrone*, E. Longhi**, A. Franceschelli

SSD Andrologia, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Policlinico "S. Orsola Malpighi", Bologna; *Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna; ** Centro Medicina Sessuale, Ospedale S. Raffaele, Milano

Introduzione

Riportiamo il caso di un ragazzo di 20 aa seguito per sospetta m. di La Peyronie e rivelatasi essere un sarcoma epitelioido del pene.

Materiali e metodi

Maggio 2010: giunge alla nostra osservazione un giovane di 20 aa, che lamenta da 3 aa un progressivo incurvamento dorso-lat. sx del pene di quasi 90° con anello costrittivo.

L'ecografia (2008) evidenziava 2 aree ipoecogene di ispessimento albugineo. Alla palpazione si apprezzava placca fibrosa dorso-lat. sx al III prossimale-medio di circa 2,5 cm. Un nuovo EcoDoppler (2010) mostrava una placca calcifica da IPP di 39 µ 25 µ 5 mm. Veniva posta indicazione a corporoplastica complessa con incisione/escissione di placca ed innesto autologo di mucosa buccale.

Risultati

Dicembre 2010: dopo degloving difficoltoso per aderenze tra piani superficiali e albuginea, la porzione medio-laterale del CC sx appariva occupata da tessuto di consistenza aumentata. Si procedeva ad esame istologico (EI) estemporaneo che poneva sospetto di neoplasia a differenziazione sarcomatosa. Il mutamento del quadro e la mancata programmazione di un intervento demolitivo ci ha indotto a mantenere il programma chirurgico originale, con escissione di gran parte del tessuto patologico e doppio innesto autologo ed eterologo. Tale scelta derivava da tre principali considerazioni: a) ottenere adeguato consenso informato; b) acquisire la diagnosi istologica definitiva; c) procedere a stadiazione clinica.

L'EI definitivo confermava la presenza di una lesione sarcomatosa di tipo epitelioido. La TC e la RMN addomino-perineale risultavano negative.

Giugno 2011: dopo percorso psicoterapeutico, il pz veniva sottoposto a nuovo intervento. L'EI estemporaneo a carico dei prelievi dei CC, tessuto periuretrale, fascio vascolonervoso dorsale (FVND) dimostrava diffusa estensione della malattia. Si procedeva a rimozione totale dei CC, del FVND, del glande e di parte dell'uretra distale, con conservazione di un moncone di uretra pendula tale da consentire il rivestimento con la radice del tubo cutaneo penieno.

Conclusioni

In letteratura sono descritti 13 casi di sarcoma epitelioido a localizzazione peniena. L'incidenza limitata, la lenta progressione e il pattern ecografico aspecifico giustificano in parte una così tardiva diagnosi. In caso di m. di La Peyronie, vi è accordo nel sconsigliare l'intervento se non in caso di difficoltà coitali. Questo caso sollecita la massima attenzione in caso di presentazione giovanile di deformazione peniena idiopatica, con possibile indicazione a precoce intervento chirurgico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C15**Reale allungamento penieno con utilizzo di graft circolare in corso d'implantologia protesica peniena in pazienti affetti da malattia di La Peyronie associata a grave accorciamento del pene**

M. Casilio, G. Garaffa*, D.M. Mendoza, F. Ieria, F. Pio, M. Florio, S. Sansalone

Dipartimento di Urologia, Facoltà di Medicina, Università Tor Vergata, Rome, Italy; *St. Peter's Andrology, University College London Hospitals, London, UK

Introduzione ed obiettivi

I pazienti affetti da malattia di La Peyronie sottoposti ad impianto protesico penieno, rispetto alla popolazione generali di impiantati, mostrano un significativo accorciamento del pene con riduzione statistica dei livelli di soddisfazione.

Riportiamo la nostra esperienza, con l'utilizzo di graft circolari in sede d'impianto protesico penieno nei pazienti affetti da malattia di La Peyronie e severo accorciamento del pene.

Materiali e metodi

Da marzo 2006 a febbraio 2008, 23 pazienti con DE refrattaria e severo accorciamento del pene sono stati sottoposti ad

allungamento penieno con innesto di graft circolari in corso di implantologia protesica idraulica.

Nei 6 mesi successivi all'intervento la soddisfazione dei pazienti è stata valutata con l'Erectile Dysfunction Index of Treatment Satisfaction questionnaire (EDITS).

Risultati

Dopo un follow-up medio di 14 mesi (Range 6-29), è stato rilevato un aumento della lunghezza media di 2,8 cm (range 2,2-4,5). Tutti i pazienti erano in grado di usare il dispositivo e completare un rapporto sessuale.

In 4 (20%) pazienti si riscontra una diminuita sensibilità del glande, in 3 (15%) pazienti persiste una curvatura dorsale inferiore a 15 gradi. Nel complesso, 18 pazienti (90%) sono stati soddisfatti del risultato estetico e funzionale.

Conclusioni

Nei pazienti affetti da malattia di La Peyronie, l'allungamento del pene con graft circolare associato all'impianto protesico rappresenta una tecnica sicura ed attuabile, tanto da ottenere un alto livello di soddisfazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C16

Ruolo dell'ossigenoterapia iperbarica nel trattamento delle infezioni complicate della ferita chirurgica dopo intervento di riattribuzione chirurgica di sesso nel transessualismo andro-ginoide

F. Fusco, F. Bottone, A. Palmieri, P. Verze, M. Capece, G. Grimaldi, L. Spirito, V. Mirone

Università "Federico II" di Napoli, Clinica Urologica

Introduzione ed obiettivi

L'obiettivo del presente studio è stato quello di valutare l'efficacia dell'ossigenoterapia iperbarica come terapia adiuvante nelle infezioni complicate conseguenti ad intervento di riattribuzione chirurgica di sesso (RCS) nei transessuali andro-ginoidi.

Materiali e metodi

Sono stati valutati retrospettivamente 33 pazienti con dia-

gnosi di infezione complicata della ferita chirurgica dopo intervento di RCS. Per ciascun paziente, sono state raccolte ed analizzate le informazioni riguardanti le modalità di presentazione dell'infezione, le caratteristiche microbiologiche del tampone eseguito sulla ferita chirurgica, il tipo e la durata degli interventi di RCS, il tempo di rimozione del drenaggio perineale e del catetere vescicale, la terapia antibiotica praticata e la durata della degenza ospedaliera. Il numero di sedute di ossigenoterapia iperbarica variava a seconda della gravità dell'infezione: in media 60 minuti per immersione, 2,5 atmosfere per immersione, una seduta al giorno.

L'assegnazione dei pazienti ad uno dei due gruppi è stata effettuata su decisione del chirurgo, sulla base di alcuni parametri obiettivi quali la comparsa di edema precoce, la presenza di secrezioni, il gonfiore e l'iperemia.

Risultati

Dei 33 pazienti con infezione della ferita chirurgica, 15 hanno ricevuto il trattamento standard con medicazioni giornaliere e terapia antibiotica, senza ricorso all'ossigenoterapia (gruppo non-HBO). I restanti 18 pazienti, hanno ricevuto il trattamento standard con l'aggiunta dell'ossigenoterapia iperbarica (gruppo HBO).

Si è evidenziata una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi riguardo la durata dell'intervento di RCS (140 min in media nel gruppo non HBO vs. 190 min nel gruppo HBO). La durata della terapia antibiotica è risultata essere maggiore nel gruppo non HBO rispetto al gruppo HBO.

Nel gruppo HBO si sono osservati tempi più brevi nella rimozione del drenaggio perineale (8 giorni vs. 11 giorni) e nella rimozione del catetere vescicale (10 giorni vs. 14 giorni).

La degenza ospedaliera è risultata significativamente inferiore nei pazienti del gruppo HBO rispetto ai pazienti del gruppo non HBO. Nessun evento avverso si è verificato nel gruppo sottoposto ad ossigenoterapia iperbarica.

Conclusioni

L'ossigenoterapia iperbarica rappresenta un efficace supporto terapeutico nei pazienti transessuali andro-ginoidi con infezioni complicate della ferita chirurgica.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



Video – Gruppo 2

V4

Spongiosetomia bulbare e rimodellamento infrapubico vulvare nelle revisioni estetico funzionali della chirurgia androgenoica

E. Austoni, G. Galizia, V. Altieri*

*Cattedra di Urologia, Università di Milano, GVM Mangioni Hospital Lecco, GVM Salus Hospital Reggio Emilia; *Cattedra di Urologia, Università di Chieti, Clinica Urologica Campus Universitario, Chieti*

Introduzione ed obiettivi

Tra le complicanze estetico funzionali della chirurgia del transessualismo androgenoico è di frequente riscontro la dispareunia per ostruzione vaginale da parte del bulbo uretrale in erezione, cui si associa la richiesta da parte del paziente di correzione di un inestetismo vulvare dovuto ad assenza di V pubico ostiale.

A tutt'oggi le metodiche di prevenzione e correzione di queste problematiche non risultano ancora ben definite e codificate. Gli Autori propongono una tecnica di spongiosetomia regolata, messa in atto per ridurre il volume della uretra bulbare che ostruisce in caso di erezione, l'introito vaginale. A questa metodica viene associata spesso la riconfigurazione del V pubico vulvare attraverso l'uso lembi di scivolamento infrapubici, per ovviare ad un inestetismo dell'ostio vaginale superiore che è frequentemente denunciato dalle pz.

Materiali e metodi

Tra il 2008 e il 2009 sono stati trattati 14 pz operati di conversione di sesso androgenoica che presentavano dispareunia per ostruzione dell'introito vaginale da parte dell'uretra bulbare che risultava abnormemente espansa in fase di erezione durante l'attività coitale. La tecnica utilizzata è consistita nella asportazione sub totale della spongiosa bulbare con risparmio del canale uretrale e rimodellamento spongioso. In 8 pz è stata associata una correzione dell'ostio vulvare superiore con scolpitura ad ali di farfalla della cute infrapubica e sutura con lembi di scivolamento per ottenere una morfologia a V rovesciato delle grandi labbra. Intervento condotto in anestesia spinale e con degenza di 24 ore. Risultati: tutte le pz sono guarite per prima intenzione e senza deiscenza delle suture. Tutte le pz hanno riferito un miglioramento della funzione coitale, nessuna pz ha sopportato lesioni intraoperatorie, o sviluppato stenosi uretrali a distanza.

Sette delle pz operate di plastica vulvare con riassetto a V dell'ostio vaginale superiore hanno riferito completa soddisfazione per il risultato estetico, 1 pz ha richiesto un secondo intervento per accentuare la correzione a V.

Conclusioni

Alcuni aspetti funzionali ed estetici della correzione androgenoica sono generalmente sottovalutati, poiché è considerato obiettivo principale quello di una neovagina profonda dotata di capacità sensitiva e orgasmica (clitoridoplastica). Tuttavia molte pz pongono anche attenzione anche ad altri aspetti come la dispareunia legata alla ipertrofia del bulbare in erezione. Altre pazienti infine considerano importante l'estetica di una corretta morfologia vulvare e ne chiedono il miglioramento, quando insoddisfacenti. La spongiosetomia bulbare regolata e la plastica cutaneo infrapubica a V rappresentano una procedura semplice e senza rischi di complicanza che può essere proficuamente utilizzata in questi casi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V5

Riassegnazione chirurgica dei caratteri sessuali in senso androgenoide. Note di tecnica: la neouretroclitoroplastica

C. Trombetta, M. Petrovic*, G. Liguori, S. Bucci, S. Benvenuto, G. Mazzon, G. Ollandini, R. Napoli, B. de Concilio, E. Belgrano

*Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste; *Clinica Urologica di Lubiana*

Introduzione ed obiettivi

Grazie all'esperienza ed i continui affinamenti della tecnica, gli interventi di riassegnazione dei caratteri sessuali in senso androgenoide stanno dando risultati sempre più soddisfacenti sia per le pazienti che per il chirurgo; tuttavia questa tecnica è ancora perfezionabile in quanto il raggiungimento di un risultato estetico e funzionale che fornisca alle pazienti dei genitali del tutto indistinguibili da quelli femminili non è ancora stato raggiunto.

Presentiamo qui un affinamento della tecnica chirurgica da noi utilizzata a Trieste sin dal 1995.

Materiali e metodi

Negli ultimi 17 anni abbiamo sottoposto a questo intervento 242 pz. L'intervento prevede la creazione della neovagina mediante utilizzo di cute peniena e di un ampio lembo di cute scrotale. Dal 2010, nel corso degli ultimi 12 interventi, è stata introdotta una nuova tecnica di ricostruzione del neoclitoride che consiste nell'inserimento del gettone neoclitorideo nell'ambito di una Y di mucosa uretrale. Le due strutture vengono suture in due strati: il primo a livello del tessuto spongioso ed il secondo tra mucosa ureterale e mucosa del gettone neo-glandulare.

Risultati

Le pazienti si sono dimostrate nel complesso soddisfatte del risultato estetico ed hanno riferito una buona sensibilità del neoclitoride. Hanno riferito inoltre l'assenza di peli nella zona del neoclitoride ed una discreta lubrificazione di esso. Due pazienti in cui i lembi uretrali laterali erano stati coagulati hanno presentato una minima necrosi distale che non ha inficiato l'intervento.

Conclusioni

La buona conoscenza dell'anatomia e della fisiologia del perineo maschile e degli organi genitali esterni sono elementi imprescindibili della cultura dei chirurghi che si accingono ad eseguire l'intervento di riassegnazione dei caratteri sessuali in senso androgenoide. Con l'introduzione di questa tecnica l'uretra viene utilizzata per il confezionamento di un ambiente mucoso che circonda il clitoride. La sutura in due piani permette una perfetta compatibilità delle strutture anastomizzate in quanto la sutura del tessuto uretrale con tessuto glandulare è una vivida riproduzione di quella che è la normale anatomia.

Nelle pazienti operate con la nostra nuova tecnica, sono stati evidenti alcuni vantaggi, quali una miglior lubrificazione della zona neoclitoridea ed una maggior soddisfazione delle pazienti per il valido risultato estetico ottenuto.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V6

Allungamento del pene con originale incisione della tunica albuginea e traslazione a "slitta" dei segmenti

L. Rolle¹, C. Ceruti², M. Timpano², O. Sedigh², E. Galletto³, M. Falcone⁴, D. Fontana⁵

¹ Ricercatore Universitario, ² Dirigente Medico di I livello, ³ Medico specializzando, ⁴ Frequentatore, ⁵ Dirigente Medico di II livello, Dipartimento di Discipline Medico Chirurgiche, Università di Torino, Divisione Universitaria di Urologia II, Azienda Ospedaliera "San Giovanni Battista", Torino

Introduzione

La malattia di La Peyronie è caratterizzata dalla formazione di lesioni cheloidee a livello della tunica albuginea del pene che condizionano la comparsa di una triade sintomatologica, caratterizzata nelle forme tipiche da dolore al pene in erezione (sintomo precoce ed incostante), deformità del pene, disfunzione erettile.

Maggiori problemi pone il trattamento dell'accorciamento dell'asta.

Materiali e metodi

Presentiamo un caso di un paziente affetto da induratio penis plastica con grave accorciamento del pene, secondario alla malattia stessa e ad un pregresso intervento di Nesbit per la correzione della curvatura eseguito presso un altro centro.

La correzione del grave accorciamento e della concomitante disfunzione erettiva è avvenuta mediante originale complessa

incisione dell'albuginea e posizionamento di impianto protesico.

Abbiamo proposto al paziente un intervento originale, consistito nell'impianto di protesi peniena non gonfiabile, dopo un'incisione complessa dorso-ventro-laterale della tunica albuginea e scorrimento "a slitta" dei due segmenti ottenuti.

Risultati

L'intervento descritto ci ha permesso di ottenere un reale allungamento del pene di circa 4 cm, dai 9 cm iniziali, misurati all'angolo pubo-penieno a pene stirato, ai 13 cm finali.

Il tempo operatorio è stato di 2 ore e 50 min. Nel post operatorio non si sono verificate complicanze.

Il paziente è stato dimesso dopo 48 ore di degenza.

Conclusioni

Questo tipo di intervento presenta, secondo la nostra opinione, alcuni vantaggi rispetto ad altre tecniche tradizionali. La possibilità di stabilizzare la struttura del pene e la sua definitiva lunghezza, applicando subito dei punti di sutura sulle due incisioni trasversali permette di eseguire la dilatazione dei corpi cavernosi in tutta tranquillità, senza il rischio di pericolose trazioni longitudinali sul fascio vasculonervoso dorsale o sull'uretra, che potrebbero essere addirittura danneggiate o lacerate. Per lo stesso motivo risulta estremamente agevole la sutura dei due innesti che vengono confezionati e posizionati con la consueta tecnica utilizzata nella chirurgia di placca. Non è necessario eseguire un ulteriore corporotomia per la dilatazione dei corpi cavernosi, per il posizionamento dei cilindri protesici, in quanto questa viene agevolmente eseguita attraverso l'incisione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



Poster – Gruppo 3

P24

Arginina, ginseng (FERTIMEV) e prulifloxacin: un'associazione in grado di migliorare i parametri seminali dei pazienti ipofertili affetti da infezione genitale da *Chlamydia trachomatis*

T. Cai, S. Mazzoli, N. Mondaini, D. Tiscione, G. Malossini, R. Bartoletti

UO Urologia, Ospedale "Santa Chiara", Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento; *Centro MTS, Ospedale "Santa Maria Annunziata", Firenze; **UO Urologia, Ospedale "Santa Maria Annunziata", Università di Firenze

Introduzione ed obiettivi

Le prostatiti croniche dovute ad infezione da *Chlamydia trachomatis* (Ct) hanno un impatto significativo sulla fertilità dei giovani maschi e, non sempre, l'eradicazione dell'infezione dopo la terapia antibiotica si associa ad un miglioramento dei parametri seminali. Scopo del presente lavoro è la valutazione dell'efficacia dell'associazione tra arginina e ginseng (FERTIMEV) e prulifloxacin nel miglioramento dei parametri seminali in giovani maschi affetti da prostatite cronica causata da Ct ed oligoastenoteratospermia.

Materiali e metodi

In questo studio prospettico, randomizzato e controllato, sono stati arruolati 206 pazienti con infezione da Ct microbiologicamente dimostrata ed oligoastenoteratospermia. Tutti i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: Gruppo A (prulifloxacin 600 mg al dì per 14 gg), Gruppo B (prulifloxacin 600 mg al dì per 14 gg + FERTIMEV 1 flacone al dì per 6 mesi). La valutazione microbiologica e clinica, compresi i questionari NIH-CPSI ed IPSS è stata eseguita all'arruolamento e dopo 6 mesi.

Risultati

109 pazienti sono stati assegnati al gruppo A e 97 al Gruppo B. Nessuna differenza è stata osservata all'arruolamento tra i due gruppi. A 6 mesi, i due gruppi differivano in maniera significativa in termini di concentrazione degli spermatozoi ($21,3 \pm 13,2$ vs. $11,5 \pm 13,2$) (Cohen's $d = 0,61$) ($p < 0,001$, $df = 2$, $F = 62,10$) e percentuale di motilità ($42,4 \pm 5,2$ vs. $29,3 \pm 11,0$) (Cohen's $d = 1,52$) ($p < 0,001$, $df = 2$, $F = 91,48$).

Conclusioni

Dai risultati emergono due dati importanti: la buona efficacia in termini clinici e microbiologici del trattamento con prulifloxacin e, soprattutto, il ruolo determinante dei composti presenti nel FERTIMEV al fine di migliorare i parametri seminali dei giovani maschi affetti da prostatite cronica dovuta a Ct. Tali effetti si suppone siano dovuti ad effetti mediati dall'ossido nitrico. Inoltre, l'effetto secondario di tipo antinfiammatorio della prulifloxacin sembra essere potenziato da meccanismi correlati all'azione della carnitina e dell'arginina. In conclusione, il trattamento con FERTIMEV associato a prulifloxacin è in grado di migliorare i parametri seminali in associazione ad una buona efficacia microbiologica nei giovani maschi affetti da prostatite cronica dovuta a Ct.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P25

La terapia fisica dell'eiaculazione precoce secondaria a prostatite cronica/sindrome del dolore pelvico cronico

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

UO Urologia Andrologica, Azienda Ospedaliera Universitaria, Sassari

Introduzione ed obiettivi

La prostatite cronica/sindrome del dolore pelvico cronico (CP/CPPS) (NIH-CPSI IIIb) è caratterizzata da dolore pelvico cronico, LUTS e disfunzioni sessuali. L'eziologia e la fisiopatologia sono poco conosciute. Le terapie con antimicrobici, analgesici, antinfiammatori, miorilassanti, alfa litici, danno scarsi risultati. Zermann ha dimostrato che la maggior parte dei pazienti con CP/CPPS presenta una disfunzione del pavimento pelvico. Inoltre, l'elevata incidenza di eiaculazione precoce (EP) può indicare che la CP/CPPS potrebbe essere una condizione predisponente alla (EP). Su queste basi può rivelarsi utile la terapia fisica con stimolazione elettrica funzionale (FES) nel trattamento della EP causata da CP/CPPS in quanto efficace per il miglioramento dei sintomi legati alla disfunzione della muscolatura pelvica.

Materiali e metodi

Tra giugno 2008 e marzo 2011, abbiamo reclutato 18 pz con CP/CPPS (NIH-CPSI IIIb) che riferivano dolore pelvico cronico, LUTS ed EP. La diagnosi di CP/CPPS fu formulata sulla base dell'anamnesi, la somministrazione del questionario NIH-CPSI, l'esame obiettivo uro-andrologico, la valutazione del tono del pavimento pelvico, l'esame urine, l'uroflussometria con RPM, l'ecografia trans rettale della prostata, la spermio-coltura. e il leucoscreen. Criteri di inclusione: età superiore a 18 anni, EP da almeno 4 mesi presente in più della metà dei rapporti sessuali con IELT inferiore a 1 minuto. NIH-CPSI superiore a 14. Criteri di esclusione: IVU, pregresse neoplasie, endoscopia, patologie neurologiche, psichiatriche, vascolari, diabete e terapie con ricadute sulla funzione sessuale. Tutti i pazienti furono sottoposti a ciclo di riabilitazione del pavimento pelvico con FES 3 volte a settimana per 8 settimane.

Risultati

12 dei 18 pz (66%) riferirono un miglioramento dell'eiaculazione precoce secondaria a CP/CPPS. 12 pz. Riferirono un guadagno dello IELT compreso tra 1 min e 5 min. 6 pz. non riferirono alcun miglioramento.

Conclusioni

La CP/CPPS rimane un enigma diagnostico e terapeutico. Alcuni studi evidenziano in questi pz. una disfunzione del pavimento pelvico e una elevata prevalenza di EP. La stimolazione elettrica sembra migliorare la EP rendendo la correlazione tra disfunzione del pavimento pelvico e sintomatologia, suggestiva di un importante ruolo di quest'ultimo nella fisiopatologia della CP/CPPS e delle sue manifestazioni.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P26

Prime diagnosi di patologie andrologiche-urologiche nei giovani prima e dopo l'abolizione della visita militare di leva

F. Menchini Fabris^{1, 3}, M. Santi², A. Di Benedetto³, G. Morelli¹, F. Menchini Fabris⁴, M. Cecchi³

¹ Università di Pisa, ² Esercito Italiano Brigata Folgore Livorno, ³ UOC Urologia Ospedale Versilia, ⁴ Studio Medico Menchini Fabris, Pisa

Introduzione ed obiettivi

Dall'abolizione della leva obbligatoria (2005) è venuta a mancare anche la visita di leva che si era chiamati a fare al compimento dei 18 anni circa. Durante tale visita veniva effettuata da parte dei medici militari anche una visita dei genitali esterni che portava ad una prima diagnosi di malattie quali varicocele, testicoli ritenuti, ipospadia, epispadia, fimosi ecc. Da tale data ai giovani è mancata l'occasione di raffrontarsi davanti ad un medico con l'obbligo di mostrare anche i genitali esterni. Questo studio vuole affrontare le incidenze di prime diagnosi di patologie andrologiche-urologiche nei giovani di età compresa tra 18 e 23 anni che aveva effettuato una visita medica di leva e chi tale visita non l'aveva effettuata.

Materiali e metodi

Presso lo studio medico Menchini Fabris sono stati visitati 157 pazienti (età media 21,2 aa) nel periodo gennaio 2000 - dicembre 2004 (Gruppo A) e 122 pazienti (età media 20,7 aa) nel periodo gennaio 2005 - dicembre 2009 (Gruppo B). Quale outcome dell'analisi sono state valutate l'incidenza e tipologia delle patologie andrologiche-urologiche.

Risultati

Nel gruppo A vi sono state un totale di 22 (17,19%) prime diagnosi, nel gruppo B le prime diagnosi sono state 42 (34,42%). Il varicocele è passato da 12/157 casi (7,8%) nel Gruppo A a 26/122 (21,7%) nel Gruppo B, mentre patologie quali fimosi/balaniti sono passate da 1/157 casi (0,6%) nel Gruppo A a 3/122 casi (2,4%) nel Gruppo B.

Conclusioni

I risultati dimostrano come vi sia stato un forte aumento di prime diagnosi di patologie andrologiche-urologiche nei giovani che non hanno effettuato la visita medica di leva. Con l'abolizione della visita di leva si è perso uno strumento fondamentale per una precoce diagnosi di massa e per una successiva eventuale precoce terapia. A nostro avviso una visita medica generale, comprendente un controllo dei genitali esterni, dovrebbe essere reintrodotta a livello scolastico alla fine del percorso degli studi obbligatori.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P27

Studio retrospettivo del trattamento farmacologico dell'eiaculazione precoce: nostra esperienza

D.M. Mendoza, M. Casilio, M. Florio, M. Scarfini, E. Spera

Università Tor Vergata di Roma

Introduzione ed obiettivi

Valutazione retrospettiva di 53 pazienti affetti da eiaculazione precoce secondaria divisi in 3 differenti gruppi terapeutici

Materiali e metodi

È stata eseguita un'analisi osservazionale retrospettiva di 53 pazienti, con età compresa tra i 18 e 57 anni, sottoposti a diversi trattamenti farmacologici, arruolati tra maggio 2009 e dicembre 2010; 8 di loro hanno utilizzato crema anestetica per

uso topico prima del rapporto sessuale; 13 Paroxetina 20 mg 1 cp/die, 32 pazienti sono stati trattati con Dapoxetina 30 mg 1 cp on demand. Il follow-up è stato condotto per 6 mesi, tramite questionari (PEP e PEDT) ripetuti a 1, 3 e 6 mesi. In particolare abbiamo posto attenzione al controllo dell'eiaculazione, la soddisfazione del rapporto sessuale e la presenza di effetti avversi.

Risultati

Del gruppo 1 il 25% presentava come effetto avverso eiaculazione ritardata; il 2,5% eiaculazione impossibile; un altro 25% Disfunzione Erettile; il restante 37,5% era soddisfatto del rapporto sessuale con un miglioramento medio di 3 punti nel questionario PEP e di 4 punti nel questionario PEDT. Del gruppo 2 abbiamo riscontrato lievi effetti avversi durante la fase iniziale del trattamento, regrediti spontaneamente in media dopo i primi 10 giorni: sonnolenza nel 77%; secchezza delle fauci nel 30,7%; sudorazione nel 46,1%; nausea nel 38,4%. 1 paziente (7,7%) ha presentato tremori e di conseguenza ha sospeso il trattamento. In merito alla soddisfazione del rapporto sessuale e al controllo dell'eiaculazione il miglioramento è risultato sostanziale rispetto al gruppo 1 con un aumento medio di 6 punti nel questionario PEDT e 4 punti nel PEP.

Nel gruppo 3 il 67% lamentava come effetto avverso transitorio nausea e il 27% vertigini oggettive; entrambi i sintomi sono regrediti mediamente dopo l'assunzione delle prime due compresse. La soddisfazione del rapporto sessuale e il controllo dell'eiaculazione presentavano un miglioramento leggermente superiore alla Paroxetina con un aumento di 7 punti al PEDT e di 6 punti alla PEP.

Conclusioni

L'uso di crema anestetica per uso topico rappresenta la scelta più sicura tra i tre farmaci, ma risulta mal gestibile dal paziente per inappropriato dosaggio che comporta un'eccessiva ipoestesia.

La paroxetina presenta l'inconveniente di dover essere assunta tutti i giorni e un maggior disagio per la presenza di effetti avversi nei primi giorni. La dapoxetina è più maneggevole, presenta meno effetti avversi, maggior successo terapeutico e perciò induce una maggior compliance col paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P28

Valore dello studio ecografico transrettale nell'aumento d'efficacia in termini diagnostici e di evoluzione prognostica in pazienti affetti da emospermia

L. Dell'Atti, G. Ughi, G.R. Russo

UO Urologia Azienda Ospedaliero-Universitaria Arcispedale "S. Anna", Ferrara

Introduzione

L'emospermia (Es) è una condizione patologica non frequente, generalmente benigna nel giovane adulto, ma che a volte può celare problematiche patogenetiche importanti soprattutto in età più avanzate.

Per tale motivo si rende necessario riconoscere i diversi meccanismi eziopatogenetici che la generano: lesioni infiammatorie prostatico-vescicolari, micro litiasi, patologia neoplastica, lesioni vascolari, sistemiche, anomalie congenite del carrefour uro-genitale, cause iatrogene, anticoagulanti e idiopatiche. Lo scopo di questo lavoro è quello di verificare quanto l'approccio ecografico transrettale (TRUS) possa essere di supporto nel definire l'inquadramento clinico e distinguere aspetti diversi in termine evolutivi e prognostici di tale affezione.

Materiali e metodi

Sono stati valutati 32 pazienti (età 31-65 anni) affetti da episodi ricorrenti di Es, sottoposti tutti a esami ematochimici generali, PSA (se età > 45 anni), esame genitale e rettale, colture dello sperma, analisi delle urine, test di Stamey, ecografia dell'apparato urinario, testicoli e TRUS.

La TRUS è stata eseguita con ecografo GE-Logiq 7 e sonda convex "end-fire" multifrequenza.

Risultati

Gli esami colturali hanno dimostrato un'etiologia batterica in 11 pazienti (34%). Gli esami ematici hanno svelato in 1 paziente piastrinopenia. La TRUS ha svelato l'infiammazione prostatica nel 37%(12/32) dei casi, congestione venosa periprostatica nel 25%(8/32), ectasia, infiammazione ed asimmetria delle vescicole seminali nel 21%(7/32), nel 6%(2/32) cisti del dotto eiaculatorio, nel 3%(1/32) cancro della prostata. In due pazienti non è stata riscontrata nessuna causa specifica di Es, anche se uno dei due eseguiva terapia con antiaggreganti per pregressa ischemia cardiaca.

Infine, possiamo dire che la TRUS ha potuto dimostrare la causa di Es nel 94% dei nostri pazienti.

Conclusioni

Il nostro studio ha evidenziato l'importanza dell'approccio clinico integrato basato sia su evidenze cliniche, seminologiche ed ecografiche.

Mentre le informazioni seminologiche riescono a fornire elementi di sospetto di "sede ghiandola", segnalando oltre all'emospermia la coesistente presenza di multiple alterazioni chimico-fisiche e seminologiche del plasma seminale, la TRUS è uno strumento diagnostico indispensabile in quanto riesce a cogliere i segni caratterizzanti della patologia sia per una collocazione diagnostica di sede che nel follow-up dove riesce a distinguere possibili evoluzioni prognostiche.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P29**Ruolo della terapia di associazione dapoxetina (30 mg)-tadalafil (5 mg) nel trattamento dell'eiaculazione precoce "lifelong": nostra esperienza**

S. Masciovecchio, G. Paradiso Galatioto, P. Saldutto, E.D. Di Pierro, A. Del Rosso, E. Toska, V. Galica, C. Vicentini

Università dell'Aquila (SS Urologia e Andrologia), PO "G. Mazini" di Teramo

Introduzione ed obiettivi

L'eiaculazione precoce (premature ejaculation, PE) è un disordine sessuale del maschio molto comune. Sono state proposte differenti definizioni ufficiali di PE ma nessuna, ad oggi, è stata universalmente accettata. Farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina sono tra i più utilizzati nel trattamento di questa patologia. Diversi studi hanno evidenziato un possibile ruolo degli inibitori dell'enzima 5-fosfodiesterasi nella terapia dell'EP. Obiettivo del nostro lavoro è quello di confrontare gli effetti della terapia di combinazione (dapoxetina 30 mg-tadalafil 5 mg) con quelli della monoterapia con dapoxetina 30 mg in pazienti (pz) affetti da PE "lifelong".

Materiali e metodi

Da marzo 2010 a marzo 2011, sono stati arruolati per il nostro studio 25 pz giovani adulti (32,3 anni) affetti da EP "lifelong". Tutti i pz arruolati presentavano uno score al questionario Premature ejaculation diagnostic tool > 10, uno score all'International index of erectile function-5 > 22 ed un tempo di latenza eiaculatoria intravaginale (intravaginal ejaculation

latency time, IELT) < 75 s. Tutti i pz presentano negatività chirurgica uro-andrologica e farmacologica. Dodici pz (gruppo A) sono stati trattati esclusivamente con dapoxetina (30 mg) on-demand e 13 pz (gruppo B) sono stati trattati, previo consenso, con dapoxetina (30 mg) associato a tadalafil (5 mg) da assumere contestualmente al bisogno. Sono state confrontate le variazioni in termini di IELT fra i 2 gruppi valutate dopo 60 gg dall'inizio della terapia farmacologica consigliata.

Risultati

Un pz del gruppo B ha abbandonato lo studio per l'insorgenza di evento indesiderato (reazione cutanea generalizzata). Nel gruppo A si è osservato, dopo trattamento farmacologico un allungamento dello IELT rispetto al "baseline"; di circa 99,83s (incremento del 277,47%) (56,25s vs. 156,08s), mentre nel gruppo B si è rilevato un allungamento in termini di IELT, di circa 155,59s (incremento del 388,61%) (53,91s vs. 209,50s) dopo terapia combinata. Si evidenzia come nel gruppo B trattato con terapia combinata, il miglioramento dello IELT sia significativamente maggiore (156,08s vs. 209,59s).

Conclusioni

La terapia di combinazione (dapoxetina 30 mg-tadalafil 5 mg) nella nostra esperienza, mostra efficacia maggiore nel trattamento dei pz affetti da PE "lifelong" rispetto alla esclusiva monoterapia con dapoxetina 30 mg. Ipotizziamo, quindi, un ruolo degli inibitori dell'enzima 5-fosfodiesterasi nel trattamento della PE.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P30**La durata dell'astinenza eiaculatoria influenza il tempo di latenza eiaculatoria intravaginale: risultati di uno studio prospettico randomizzato**

A. Palmieri, G. Grimaldi, L. Spirito, M. Capece, P. Verze, C. Imbimbo, F. Fusco, V. Mirone
Clinica Urologica, Università "Federico II" di Napoli

Introduzione ed obiettivi

I meccanismi fisiopatologici dell'eiaculazione e dei suoi disturbi sono attualmente parzialmente noti. Non esistono dati sull'influenza della frequenza eiaculatoria sulla latenza eiaculatoria intravaginale.

Materiali e metodi

100 maschi sani impegnati in una relazione eterosessuale stabile e monogama sono stati arruolati in uno studio clinico prospettico randomizzato. Cinquanta pazienti sono stati randomizzati nel gruppo A ed è stato chiesto loro di dilazionare i rapporti sessuali in modo tale da avere un periodo di astinenza eiaculatoria di 10 giorni. Ulteriori cinquanta pazienti sono stati randomizzati nel gruppo B ed è stato chiesto loro di avere 3 eventi eiaculatori a settimana. La durata dello studio è stata di 3 mesi. I pazienti in entrambi i gruppi sono stati valutati all'ingresso nello studio e dopo 3 mesi mediante misurazione dello IELT (Intravaginal Ejaculatory Latency Time) e mediante il questionario Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT).

Risultati

Al follow-up dopo tre mesi i pazienti nel gruppo A hanno riportato valori di IELT significativamente inferiori rispetto ai pazienti nel gruppo B. I risultati del questionario PEDT hanno dimostrato che i pazienti nel gruppo A avevano una capacità di controllo dell'eiaculazione e di ritardare l'evento eiaculatorio significativamente inferiore rispetto ai pazienti nel gruppo B.

Conclusioni

La frequenza eiaculatoria influenza il controllo dell'eiaculazione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P31**Infezione da human papilloma virus (HPV) in era "web" – Siamo sufficientemente informati?**

A. Salonia, M. Ferrari, R. Matloob, A. Saccà, F. Castiglione, A. Russo, U. Capitanio, M.C. Clementi, G. Castagna, D. Moretti, P. Rigatti, F. Montorsi
 Dipartimento di Urologia, Università "Vita-Salute San Raffaele", Milano

Introduzione ed obiettivi

Questo studio vuole verificare il livello di informazione in tema di infezione da HPV tra i pazienti e gli impiegati di un centro accademico nell'era della comunicazione via web.

Materiali e metodi

Dal 1° al 15 ottobre 2010, 169 individui [57 (33,7%) donne (D) e 112 (66,3%) uomini (U)] hanno completato in modo anonimo un breve questionario strutturato comprensivo di dati demografici e domande per valutare il grado di conoscenza del rischio e i metodi di prevenzione dell'infezione da HPV. La statistica descrittiva è stata utilizzata per testare la possibile associazione tra il grado di conoscenza su HPV e alcuni potenziali predittori da noi individuati.

Risultati

Abbiamo preliminarmente esaminato i dati acquisiti da 136 (80,5%) pazienti urologici, 11 (6,5%) infermieri e 22 (13,0%) impiegati amministrativi. Statistica descrittiva: età mediana 39 anni (range 19-71); età mediana al primo rapporto sessuale 18 anni (range 13-49). Scolarità: licenza elementare, medie inferiori, medie superiori e università rispettivamente in 3 (1,8%), 19 (11,2%), 84 (49,7%) e 63 (37,3%) individui. Relazione sessuale stabile dichiarata da 155 (91,7%) individui. Nell'intera coorte 115 (68%) individui hanno riferito di essere a conoscenza dell'esistenza dell'HPV; 104 (61,5%) della possibilità di trasmissione sessuale del HPV, con un tasso significativamente più alto tra le D che fra gli U (μ^2 : 9,88; $p = 0,002$). La consapevolezza della trasmissibilità sessuale non è risultata associata all'età, all'età al primo rapporto sessuale, alla stabilità della relazione sessuale o matrimoniale né all'uso di profilattici a scopo contraccettivo (tutte $p > 0,05$). In questo contesto 87 (51,5%) individui hanno dichiarato di essere a conoscenza del rischio di carcinogenesi HPV-mediata nelle D, con una significativa associazione con la consapevolezza della trasmissibilità sessuale (μ^2 : 81,77; $p < 0,001$). Solo 60 (35,5%) individui [28 (46,%) U e 32 (53,3%) D] erano informati della correlazione tra HPV e condilomatosi genitale e solo 37 (21,9%) del rischio di carcinoma del pene. Solo 55 (32,5%) individui dichiaravano di conoscere della disponibilità di un vaccino anti HPV, la maggioranza di questi erano consapevoli della trasmissibilità sessuale come pure del rischio di carcinogenesi HPV-mediata tanto nell'U come nella D (tutte $p < 0,001$).

Conclusioni

Nell'era della comunicazione via web la conoscenza circa i rischi dell'infezione da HPV sia drammaticamente bassa, in particolare tra il sesso maschile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P32**Confronti e sinergie delle diverse competenze professionali nelle RCS**

D.A. Nadalin, P. Mutinelli, F. Colombo, A. Franceschelli, A.P. Sanfelici, P. Stella
 Attività Consultoriale Azienda USL Città di Bologna; *SSD Andrologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria-Policlinico "S. Orsola Malpighi", Bologna

Introduzione ed obiettivi

L'équipe interdisciplinare del Consultorio MIT presenta sintesi dell'attività di collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria-Policlinico "S. Orsola-Malpighi" di Bologna. Nel 2001 inizia la collaborazione con i reparti di Ginecologia e Ostetricia e Chirurgia Plastica e ricostruttiva che prosegue nel 2003 con il reparto di Urologia che oggi ha come referente privilegiato l'SSD Andrologia. Obiettivo del lavoro è promuovere, sostenere e verificare lo stato di salute psicofisico dei pazienti seguiti con approccio interdisciplinare, dal momento della diagnosi a quello dell'intervento di RCS, attraverso follow-up previsti dalle linee guida nazionali (ONIG) e internazionali (WPATH).

Materiali e metodi

167 utenti dai 18 ai 62 anni hanno fruito dell'attività di diagnosi differenziale, sostegno psicologico e trattamento endocrinologico finalizzati alla valutazione del quadro di eleggibilità all'intervento chirurgico di RCS, sia per l'utenza FtM che per quella MtF. L'approccio interdisciplinare favorisce la medical compliance, garanzia della lettura dei bisogni da parte degli specialisti e dell'adesione del paziente alle prescrizioni mediche.

Risultati

Il campione dimostra:

- assenza di patologia psichiatrica, tossicodipendenza o patologie alimentari;
- nessuna richiesta di riacquistare il sesso biologico di nascita;
- soddisfacente gestione delle relazioni di coppia, anche sessuali, e dell'inserimento nel sociale e nel mondo del lavoro.

Occorre sottolineare che i risultati raggiunti si diversificano anche in relazione alle caratteristiche di personalità e alle risorse di partenza di ogni singolo utente. Si segnala, inoltre, il permanere di una significativa relazione genitoriale. Perfettibilità: nell'ottica dell'implementazione del lavoro di rete occorre coinvolgere in modo più efficace e sinergico i Servizi coinvolti (Associazioni, Servizi Socio-Sanitari pubblici e privati).

Conclusioni

I risultati ottenuti confermano la necessità di privilegiare sia un approccio interdisciplinare alle tematiche DIG, sia la collaborazione di rete tra l'Attività Consultoriale e Associativa del MIT e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria-Policlinico "S. Orsola-Malpighi" di Bologna.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P33**Effetto della somministrazione di testosterone esogeno sulla efficacia di verapamile intraplacca a pazienti ipogonadici con Peyronie**

G. Cavallini, G. Biagiotti, C. Lo Giudice**

Andros Italia, Sede di Ferrara, *Sede di Perugia, **Sede di Vicenza

Introduzione

Dal momento che i pazienti affetti da Peyronie (PD) sono più frequentemente ipogonadici dei controlli, abbiamo studiato l'influenza della somministrazione di testosterone.

Materiali e metodi

Durato dello studio: dal 2 gennaio 2007 al 10 ottobre 2010. Criterio di inclusione: PD con basso testosterone biodisponibile (bT). Criteri di esclusione: disfunzione erettile (diagnosticata con colloquio semistrutturato), epatopatie, diabete/ipertensione non trattati o scompensati, terapia con inibitori delle 5 alfa redattasi, con ormoni esogeni, con antimicotici o

con LH-RH agonisti, patologia prostatica e/o PSA > 4 ng/ml. Tutti i pazienti con basso ricevettero 10 iniezioni intraplacca di verapamile 10 mg, 1 iniezione ogni 2 settimane. I pazienti vennero randomizzati in 2 gruppi: il primo (20 pazienti, età media 55,3 ± 6 anni) ricevette testosterone sotto forma di cerotti adesivi gengivali (Striant® 30 mg μ 2 mg/die; Sanofi-Aventis Pharma, Parigi, Francia). Il secondo gruppo (23 pazienti, età media 55,6 ± 6,7 anni) ricevette placebo. Vennero esaminate le seguenti variabili prima ed 8-10 mesi dalla fine della terapia: area di placca (misurata con ecodoppler dinamico del pene), curvatura (misurata in ambulatorio con erezione farmaco-indotta) ed effetti collaterali. I dati sono stati esaminati mediante analisi della varianza e μ².

Risultati

I pazienti cui fu somministrato testosterone raggiunsero il range fisiologico di bT. Costoro ebbero un miglioramento di curvatura (pre-terapia 19,6 ± 14,5 gradi vs. post-terapia 11,4 ± 6,4 gradi) e di area di placca (pre-terapia 5,1 ± 2,4 cm² vs. post-terapia 2,8 ± 1,6 cm²) significativamente maggiore rispetto ai pazienti trattati con placebo (curvatura pre-terapia 17,6 ± 12,3 gradi vs. curvatura post-terapia 15,6 ± 13,3 gradi; area di placca pre-terapia 4,8 ± 2,4 cm² vs. area di placca post-terapia 3,9 ± 2,2 cm²). Rari e non significativi gli effetti collaterali.

Conclusioni

Il ripristino delle concentrazioni fisiologiche di bT implementa l'efficacia del verapamile intraplacca. Nessuno studio ha mai esaminato gli effetti del ripristino androgenico sulla efficacia della terapia, pertanto questi nostri dati potrebbero spiegare le contraddizioni della letteratura circa l'efficacia delle varie sostanze utilizzate per la terapia medica PD: si può ipotizzare che siano state studiate popolazioni con diverso livello androgenico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P34

Ecodoppler penieno dinamico e auto fotografia del pene in erezione nella stadiazione/diagnostica dell'IPP

A. Franceschelli, M. Borghesi*, P. Orciari, F. Colombo SSD Andrologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria-Policlinico "S. Orsola Malpighi", Bologna; *Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

Introduzione

Verificare l'utilità dell'Eco-color Doppler penieno dinamico (ECD) e della auto-fotografia del pene in erezione, nella valutazione diagnostica della m. di La Peyronie (IPP). L'affidabilità di queste metodiche è stata confrontata con quella offerta dall'ecografia peniena basale e dalla fotografia eseguita in ambulatorio.

Materiali e metodi

Abbiamo analizzato le cartelle ambulatoriali di 26 pazienti (pz) afferiti consecutivamente al nostro ambulatorio per IPP, da settembre a dicembre 2010. A tutti i pz è stato chiesto di eseguire a domicilio la fotografia del pene eretto e di sottoporsi ad ECD. L'esame, eseguito presso il nostro Centro dallo stesso Operatore forniva le caratteristiche eco-strutturali della placca, valutate sia in condizioni basali che dopo iniezione con PGE1, 10 μg. Lo studio vascolare riportava i valori di VPS e VTD, misurati a 10' e 20'. In caso di mancato ottenimento della piena rigidità si eseguiva re-dosing ed eventualmente si applicava laccio emostatico alla radice fino ad ottenere erezione ottimale. In massima erezione si ripeteva la fotografia del pene e confrontava l'esito con quello a domicilio.

Risultati

L'aspetto ecografico della IPP è estremamente eterogeneo; nella nostra esperienza vi era: in 13 pz (50%) ispessimento albugineo, in 5 pz (19,2%), ispessimento settale isolato, in 6 pz (23,2%) placca calcifica iperecogena e nei restanti 2 ispessimento albugineo e settale. La placca era correttamente "stadiabile" all'ecografia basale solo in 4 pz (15,3%), tutti con placca calcifica. Il 70% (18/26) dei nostri pz lamentavano sia IPP che DE. In 12/26 pz abbiamo dovuto eseguire re-dosing per ottenere la massima rigidità e in 3 applicare anche il laccio. All'autofotografia eseguita a domicilio la curvatura risultava in media di 32°, mentre in Ambulatorio tale dato raggiungeva i 44°.

Conclusioni

Nella nostra esperienza l'esecuzione del FIC è indispensabile per la stadiazione della IPP. Solo in caso di placca calcifica, l'esame ecografico basale può risultare adeguato, anche se limitato dall'assenza delle informazioni vascolari. La auto-fotografia del pene eretto a domicilio dal pz è risultata nella maggior parte dei casi non rappresentativa delle reali alterazioni morfologiche del pene, perché non eseguita in condizioni di massima rigidità. Soprattutto quando si avvii il pz a chirurgia, la fotografia del pene eretto dovrebbe essere eseguita dallo specialista, dopo esecuzione di FIC, e in condizioni di massima rigidità.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P35

Evidenza istologica del coinvolgimento uretrale in pazienti maschi con diagnosi di lichen sclerosus: studio preliminare

D.M. Mendoza, G. Barbagli*, M. Casilio, F. Ieria, M. Florio, F. Mirri*, G. Romano**, M. Lazzeri***, S. Sansalone
Dipartimento di Urologia, Facoltà di Medicina, Università Tor Vergata, Roma; *Centro di Chirurgia Ricostruttiva dell'Uretra, Arezzo; **UO Urologia, Ospedale "San Donato", Arezzo; ***Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza SPA, Gruppo Giomi, Firenze

Obiettivi

Vogliamo valutare mediante esame istologico il coinvolgimento del lichen sclerosus nelle stenosi uretrali di pazienti maschi.

Materiali e metodi

Abbiamo effettuato uno studio osservazionale, descrittivo e retrospettivo su pazienti con diagnosi biptica positiva di lichen sclerosus genitale. I criteri di esclusione dello studio sono stati: lesioni maligne del pene, dati incompleti sui grafici personali e le lesioni con biopsie negative per lichen sclerosus. Nella valutazione preoperatoria abbiamo fatto attenzione alla storia clinica, l'esame obiettivo, l'esame colturale delle urine, la misurazione del residuo post-minzionale, l'urolussimetria e l'uretrografia. Le biopsie sono state eseguite su diverse aree genitali: prepuzio, cute dell'asta, glande, meato uretrale, mucosa della fossetta navicolare, mucosa dell'uretra peniena e bulbare al fine di confermare la diagnosi di lichen sclerosus e la diffusione della malattia attraverso l'uretra. I pazienti sono stati classificati in cinque gruppi a seconda del tipo di intervento chirurgico a cui si erano stati sottoposti.

Risultati

Sono stati inclusi nello studio 99 pazienti con un'età media di 46 anni e una diagnosi certa di lichen sclerosus genitale. Sono state eseguite 274 biopsie delle quali 234 (85,4%) positive per lichen sclerosus. Il Gruppo 1 è formato da 39 pazienti sottoposti a circoncisione, il gruppo 2 da 15 pazienti sottoposti a meatotomia, il gruppo 3 da 15 pazienti sottoposti a uretro-

plastica della fossetta navicolare, il gruppo 4 da 17 pazienti sottoposti a uretroplastica dell'uretra peniena e il gruppo 5 da 13 pazienti sottoposti a uretrotomia perineale. Il lichen sclerosus è stato documentato istologicamente a livello del meato nel 91,5% dei casi, nella fossa navicolare nell'84,4% e nell'uretra peniena nel 70,6%. Tutte le biopsie della porzione uretra bulbare sono risultate negative.

Conclusioni

Il coinvolgimento dell'uretra da parte del lichen sclerosus è stato documentato su tutta la porzione peniena, anche nella fossetta navicolare. Non è stato riscontrato alcun segno di lichen sclerosus nella porzione bulbare.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P36

TESE/microTESE e tumorectomia testicolare simultanee in pazienti azoospermici con noduli testicolari: una nuova opzione terapeutica

D. Dente, C. Leonardo, C. Caliolo, M. Salvitti, F. Petrucci, G. Franco

Dipartimento di Urologia, Policlinico "Umberto I", Roma

Introduzione e obiettivi

Recenti lavori hanno evidenziato come nel corso del work-up per infertilità maschile, particolarmente in caso di azoospermia, talvolta vengano diagnosticati incidentalmente noduli testicolari (tendenzialmente ipoecogeni) di piccole dimensioni (inferiori a 10 mm). La nostra esperienza in proposito è in accordo con recenti dati della letteratura che riportano un'alta percentuale (circa 70%) di lesioni benigne (Leydigomi, iperplasie Leydigiane, Sclerosi ialina, Sertoliomi), per le quali c'è un'indicazione all'enucleazione del nodulo con risparmio del testicolo.

Scopo del lavoro è proporre una nuova opzione terapeutica in pazienti azoospermici con noduli testicolari che prevede l'esecuzione di una microTESE per il recupero di spermatozoi associata ad una simultanea asportazione microchirurgica del nodulo (tumorectomia).

Materiali e metodi

Dal 2002 al 2011 abbiamo trattato 34 pazienti con noduli testicolari da 3 a 15 mm di diametro. Di questi 21 diagnosticati incidentalmente in corso di ecografia scrotale effettuata per infertilità. 15 di essi erano azoospermici. 6 pazienti (età 25-41), oggetto del nostro studio, sono stati sottoposti contestualmente a TESE/microTESE per ricerca e congelamento spermatozoi e tumorectomia testicolare o orchifunicolectomia.

Risultati

In 4 casi, lesioni benigne (3 leydigomi ed una iperplasia delle cellule di Leydig), sottoposti a semplice tumorectomia, in 2 casi seminoma (estemporanea sospetta per neoplasia maligna con immediata orchietomia). C'è stato recupero di spermatozoi positivo con successivo congelamento in 4 casi (66%), di cui due erano in testicoli con lesioni benigne (leydigomi) e due nei due casi con seminoma, nei quali dopo l'orchietomia sono stati inviati al laboratorio diversi pezzi di parenchima lontani dalla lesione.

Discussione

Particolarmente appropriata è l'effettuazione contemporanea di microTESE e tumorectomia, facendo cadere la linea di incisione per la microTESE sul piano dove è presente il nodulo che viene facilmente individuato ed asportato con l'uso del microscopio operatore. Utile è l'impiego dell'ecografia intraoperatoria per la localizzazione precisa del nodulo quando non palpabile e di piccole dimensioni.

Conclusioni

In pazienti azoospermici con noduli testicolari sospetti riteniamo indicata l'effettuazione contestuale di tumorectomia e TESE/microTESE per congelamento spermatozoi per ottimizzare il percorso diagnostico-terapeutico ed evitare un doppio intervento in tempi diversi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P37

Iperplasia delle cellule del Leydig in pazienti sottoposti ad intervento per criptorchidismo monolaterale in età pediatrica

M. Sulpasso, N. Zampieri, C. Chironi, E. Barbi, F. Antoniazzi

UO Chirurgia Pediatrica, Servizio di Ecografia, Clinica Pederzoli, Peschiera del Garda; Clinica Pediatrica, Università di Verona

Introduzione ed obiettivi

L'iperplasia delle cellule del Leydig è caratterizzata da un aumento di numero e dimensioni delle cellule del Leydig come risultato di una iperstimolazione androgenica secondaria ad una condizione di disfunzione del testicolo criptorchide. Attualmente non esistono evidenze scientifiche che correlino l'iperplasia delle cellule del Leydig all'evoluzione verso il tumore a cellule del Leydig (Leydigoma). L'eccessiva produzione di testosterone è responsabile della stimolazione delle cellule del Leydig e della spermatogenesi. L'esame istologico può mostrare l'attivazione della spermatogenesi all'interno della massa con assenza nel tessuto circostante. Obiettivo del lavoro è dimostrare che con una diagnosi ecografica significativa per tumore benigno del testicolo in età pediatrica, in paziente sottoposto ad orchidopessi controlaterale, è indicato un approccio chirurgico conservativo (enucleazione della neoformazione ed esame istologico).

Materiali e metodi

Sono giunti alla nostra osservazione tre pazienti rispettivamente di 5, 7 e 8 anni di età, tutti da noi sottoposti ad orchidopessi monolaterale alcuni anni prima per criptorchidismo, con diagnosi di neoformazione testicolare apparentemente benigna delle dimensioni di alcuni millimetri sul testicolo controlaterale. Tutti i pazienti erano stati sottoposti a controlli ecografici post-operatori per iniziale ipotrofia del testicolo sottoposto ad orchidopessi. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di enucleazione della neoformazione.

Risultati

I pazienti, dopo l'intervento di enucleazione della neoformazione testicolare, sono stati sottoposti ad esami clinici ed ecografici periodici che hanno dimostrato un buon trofismo ed un normale sviluppo testicolare.

La diagnosi istologica in tutti i casi è stata iperplasia delle cellule del Leydig.

Conclusioni

L'iperplasia delle cellule del Leydig deve essere presa in considerazione nella diagnosi differenziale di lesioni focali del testicolo. I dati della letteratura dicono che si riscontra più facilmente nei testicoli controlaterali di pazienti affetti da criptorchidismo monolaterale. L'iperplasia delle cellule del Leydig deve essere indagata con ecografia ed eco-Doppler testicolare ed in alcuni casi può risultare utile anche una Risonanza Magnetica. L'intervento di enucleazione della neoformazione con preservazione del testicolo è il trattamento raccomandato.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P38

Ci sono elementi predittivi del recupero positivo di spermatozoi nell'azoospermia non ostruttiva? Esperienza di un centro PMA

M. Bottalico, A. Centonze*, F. Marino*, V. Marotta*, M. Simone*, P. Saponaro
UO Urologia, *UO Chirurgia Generale, Casa di Cura "Santa Maria", Bari

Introduzione

La biopsia testicolare (TESE), procedura più utilizzata per il recupero di gameti nei pazienti con azoospermia non ostruttiva (NOA), fornisce spermatozoi validi per iniezione intracitoplasmatica (ICSI) dal 30 al 70% circa dei casi. Prima di eseguire una TESE, è utile definire parametri predittivi di recupero spermatozoi, al fine di fornire una corretta informazione al paziente. Attraverso una revisione della nostra casistica, il presente studio si prefigge di fornire criteri probabilistici di recupero positivo di spermatozoi mediante TESE.

Materiali e metodi

Da gennaio 2007 ad aprile 2011, 170 pazienti (età media 31,2 range 25-58) sono stati sottoposti a TESE per recupero gameti da crioconservare e per conferma di NOA. Abbiamo escluso pazienti con mutazioni del gene della fibrosi cistica, vasectomizzati o sottoposti a chirurgia disostruttiva delle vie seminali, con eiaculazione retrograda ed ipogonadismi ipogonadotropi. L'analisi del cariotipo ha riscontrato 7 Sdr di Klinefelter (SK) e 3 microdelezioni del cromosoma Y (MY). In tutti i casi sono stati determinati i livelli plasmatici di FSH e volume testicolare (V) mediante ecografia (formula dell'elissoide).

Risultati

Nella popolazione in studio abbiamo osservato: 1. Livelli plasmatici di FSH superiore alla norma (VN 1,5-12 U/L) nel 61% dei casi; 2. Il V medio $7,8 \pm 3$ ml; 3. i seguenti pattern istologici: ipospermatogenesi (LS), arresto maturativo (AM), sdr a cellule dal Sertoli (SCOS), fibrosi tubulare (FT). Il recupero degli spermatozoi è avvenuto nel 58% dei casi (98/170). In particolare, considerando l'FSH e il V, la percentuale di recupero di spermatozoi (R) era la seguente:

- FSH normale: 60% (39/65);
- FSH < Normale: 2% (2/10);
- FSH = 2 Normale: 43% (41/95);
- V = 12 ml: 59% (16/27);
- V 8-12 ml: 62% (30/48);
- V = 8 ml: 40% (38/95).

Il V e l'FSH non correlavano in maniera statisticamente significativa con R. Al contrario, abbiamo osservato una correlazione statisticamente significativa tra R e pattern istologico (LS: 90%; AM: 40% SCOS: 18% FT: 0%). Infine, valutando l'aspetto genetico, nei pazienti con SK l'R era del 14% (1/7) con V medio 2,7 ml ed FSH tra 9-21 U/L. In questi pazienti abbiamo ottenuto diversi pattern istologici, da SCOS, FT, AM alto. Nei 3 pazienti con MY l'R 0%, con V 3,5 ml, tutti con pattern di SCOS.

Conclusioni

In conclusione, il pattern istopatologico, piuttosto che FSH e V, potrebbe rappresentare l'unico valido fattore di recupero positivo di spermatozoi in pazienti con NOA.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P39

L'uretrotomia perineale definitiva nei pazienti dopo fallimento di riparazione per ipospadia

G. Romano, G. Barbagli*, M. De Angelis, M. Lazzeri**, S. Sansalone***

UO Urologia, Ospedale "San Donato", Arezzo; *Centro di Chirurgia Ricostruttiva dell'Uretra, Arezzo; **Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza SPA, Gruppo Giomi, Firenze; ***UO Urologia, Università di Tor Vergata, Roma

Introduzione ed obiettivi

Valutare i risultati clinici e della qualità della vita nei pazienti trattati con uretrotomia perineale definitiva per importante malattia stenotica dell'uretra dopo fallimento di riparazione per ipospadia.

Materiali e metodi

Lo studio include 16 pazienti (età media 53 anni), estrapolati da una più ampia casistica di 1176 pazienti, che erano andati incontro a fallimento di riparazione per ipospadia (media delle precedenti operazioni, 4,5). Questi pazienti non erano in grado di accettare psicologicamente la possibilità di un altro fallimento totale una volta proposta una nuova uretroplastica complessa. Di questi pazienti, il 75% ed il 69% non erano sposati e non avevano figli. In tutti e 16 pazienti, l'uretrotomia perineale è stata confezionata mediante uso della tecnica di Blandy, utilizzando sempre un lembo scrotale ad "U" rovesciata. Un semplice questionario non validato, costituito da sei domande, è stato utilizzato per valutare la qualità della vita del paziente ed il grado di soddisfazione dopo l'intervento chirurgico. Due pazienti affetti uno da grave ritardo psicomotorio e l'altro da Sindrome di Down, sono stati esclusi dall'intervista.

Risultati

Le sei domande e le rispettive risposte del paziente al questionario sono state le seguenti: alla domanda 1: *Ha l'uretrotomia perineale procurato qualche problema?* (psicologico, minzionale, sessuale) il 79% dei pazienti ha risposto "no"; alla domanda 2: *Ha avuto problemi* (psicologici, nella penetrazione, minori) *con il suo partner a causa di questa operazione?* il 100% dei pazienti ha risposto "no"; alla domanda 3: *Siete soddisfatti dei risultati ottenuti con la chirurgia?* la soddisfazione del paziente è risultata particolarmente elevata ("soddisfatto" il 43% e "molto soddisfatto" il 57% dei pazienti); alla domanda 4: *Come giudica questi risultati?* il 50% dei pazienti ha risposto "buono" e il 50% "ottimo"; alla domanda 5: *Faresti di nuovo questo tipo di intervento?* Il 100% dei pazienti ha risposto "Sì"; alla domanda 6: *Volete sottoporvi al secondo tempo dell'uretroplastica per ripristinare una normale funzione urinaria?* Il 93% dei pazienti ha risposto "no".

Conclusioni

L'uretrotomia perineale è spesso una procedura necessaria nei pazienti che hanno subito diversi tentativi di riparazione per ipospadia fallita. La soddisfazione del paziente utilizzando questa procedura chirurgica è elevata e la qualità della vita non è influenzata negativamente da questo tipo di derivazione urinaria.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P40**Criopreservazione del liquido seminale "in emergenza" dopo distruzione testicolare bilaterale**

A. Zordani, G. Liguori, S. Bucci, A. Boltar, G. d'Aloia, B. De Concilio, E. Belgrano, C. Trombetta
Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste

Introduzione ed obiettivi

Presentiamo un caso paradigmatico di un paziente (pz), già affetto da infertilità di coppia, in cui abbiamo eseguito una criopreservazione del liquido seminale "in emergenza" a pochi giorni da un trauma chiuso dello scroto con perdita quasi totale del parenchima testicolare per la preservazione della fertilità.

Materiali e metodi

AC, 31 aa, dopo incidente stradale con severo trauma da schiacciamento dello scroto, giungeva per dolore irradiatesi bilateralmente al canale inguinale e al fianco associato a nausea. All'esame obiettivo lo scroto era teso, aumentato di volume ed era evidente un modesto ematoma. L'ecocolorDoppler (ECD) scrotale dimostrava a destra la presenza di residui del testicolo che era ipocogeno, disomogeneo e completamente avascolarizzato. Il testicolo sinistro appariva più conservato, sebbene comunque disomogeneo in toto e ipovascolarizzato. Eseguiva quindi una RMN che confermava il dato ecografico. All'esplorativa testicolare l'emiscroto destro era disabitato ed il parenchima testicolare completamente distrutto. A sinistra, invece, erano presenti importanti lacerazioni dell'albuginea con parziale fuoriuscita di parenchima testicolare per cui veniva eseguita una sutura delle brecce per preservare la funzione testicolare.

Il pz quindi presentava una elevata probabilità di diventare azoospermico. Per questo motivo, nell'immediato postoperatorio a 10 gg dall'incidente, il pz ha eseguito spermioγραμμα e criopreservazione degli spermatozoi presenti. Il dosaggio della testosterone risultava inferiore alla norma per cui al pz veniva impostato trattamento ormonale sostitutivo.

Risultati

Tre mesi dopo il trauma il pz presentava una funzione erettiva ed eiaculatoria normale, ma azoospermia allo spermioγραμμα. L'ECD dimostrava un testicolo residuo ipotrofico (circa 7 cc) disomogeneo ed ipovascolarizzato.

Conclusioni

I traumi testicolari rappresentano la seconda causa di infertilità maschile acquisita e sono generalmente dovuti a incidenti stradali, traumi sportivi o lavorativi. Nella letteratura internazionale il tema del trattamento dei traumi dell'apparato genitale che condizionano negativamente l'infertilità è molto poco trattato. Al fine di prevenire una futura infertilità, il nostro studio sottolinea l'importanza di eseguire prima possibile il congelamento del liquido seminale dopo traumi dell'apparato genitale con perdita totale o quasi del tessuto testicolare.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P41**I pazienti affetti da eiaculazione precoce da ipersensibilità del glande rifiutano la circoncisione quale potenziale terapia definitiva per il loro problema**

L. Gallo^{**}, R. Giannella^{**}, N. Spiezia^{**}, S. Pecoraro^{**}
^{*}Studio Uro-Andrologico Gallo, Napoli; ^{**}Clinica Malzoni, Divisione di Andrologia, Avellino

Introduzione ed obiettivi

Secondo alcuni la circoncisione è un intervento benefico per la salute sessuale maschile. Scopo del presente studio è stato valutare in maniera prospettica un approccio terapeutico per la Eiaculazione Precoce (EP) basato su un protocollo di desensibilizzazione progressiva del glande.

Materiali e metodi

Abbiamo arruolato in questo studio tutti i pazienti affetti da EP primitiva afferenti ai nostri due centri. La valutazione iniziale è avvenuta tramite una accurata visita, la compilazione di uno specifico questionario di 5 domande validate e la misurazione del tempo di latenza eiaculatoria intra-vaginale (IELT). La diagnosi di EP è stata posta sulla base dei criteri della ISSM. È stata proposta come terapia di prima linea l'applicazione sul glande di una pomata anestetica (EMLA) un'ora prima del rapporto. Abbiamo considerato responsivi a questa terapia i soggetti il cui IELT aumentava di almeno un minuto e che ottenevano, grazie alla terapia, una normalizzazione del punteggio del questionario (= 8). Sulla base della risposta positiva all'EMLA abbiamo posto la diagnosi di EP primitiva da ipersensibilità del glande. Abbiamo proposto a questi pazienti di essere sottoposti a circoncisione quale terapia chirurgica definitiva per il loro problema basata sulla desensibilizzazione permanente. A tal riguardo è stato sottolineato il carattere di irreversibilità di tale intervento e l'assenza di garanzie circa il buon esito della procedura.

Risultati

Nel periodo compreso tra gennaio e dicembre 2010 abbiamo visitato 152 pazienti affetti da EP primitiva. Alla valutazione iniziale il punteggio medio del questionario è stato di 15,3 (2,34 DS) e lo IELT medio di 1,42 minuti (1,12 DS). 124 pazienti su 152 (81,57%) hanno risposto in maniera positiva alla terapia con EMLA. Abbiamo proposto a questi soggetti la circoncisione come potenziale terapia definitiva per la EP. Solamente 4 pazienti su 124 (3,4%) hanno accettato. Gli altri 121 (97,6%) hanno rifiutato tale intervento adducendo i seguenti motivi: 1) irreversibilità dell'intervento con conseguente alterazione permanente della immagine corporea (90,9%); 2) assenza di garanzie del buon esito dell'intervento (53,7%) 3) costi della procedura (38%); 4) soddisfazione con EMLA (28,9%).

Conclusioni

I pazienti affetti da EP primitiva da ipersensibilità del glande non hanno accettato la circoncisione come rimedio potenzialmente definitivo per il loro problema.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



Comunicazioni orali – Gruppo 3

C17

Mesotelioma maligno della tunica vaginale del testicolo

A. Franceschelli, M. Borghesi, F. Colombo

SSD Andrologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria-Policlinico "S. Orsola Malpighi", Bologna; *Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

Caso clinico

Paziente maschio di 67 aa che riferiva da circa 2 aa un progressivo aumento volumetrico dell'emiscroto destro; l'ecografia dimostrava diffuso e disomogeneo ispessimento sia della albuginea che della vaginale del didimo di dx con numerose estroflessioni tipo "mammellonature" associate a importante idrocele. Il quadro veniva confermato ad una RMN che evidenziava idrocele dx e disomogeneo ispessimento della tunica albuginea e della vaginale, con numerosi piccoli "mammelloni", dotati di "contrast enhancement". Il quadro veniva interpretato come esito di pachivaginalite e il pz inviato a follow-up. Nel Maggio 2011 il pz giungeva alla nostra osservazione a causa dell'ulteriore peggioramento del quadro; l'obiettività evidenziava un marcato idrocele, trans-illuminabile, di consistenza tesa che si estendeva fino in regione inguinale.

Gli accertamenti radiologici ripetuti confermavano la presenza di ispessimento albugineo e vaginale, di non univoca interpretazione. Si procedeva perciò ad esplorativa chirurgica, che evidenziava marcato ispessimento della tunica vaginale del testicolo, con presenza di liquido corpuscolato e puruloide all'interno della vaginale; la vaginale e albuginea erano estesamente sostituite da numerose lesioni rilevate, di aspetto biancastro e caseoso estese fino al funicolo. Si eseguiva esame istologico estemporaneo con esito di sospetto mesotelioma della tunica vaginale del didimo e si procedeva per orchifunicolectomia dx. L'esame istologico definitivo confermava la diagnosi di mesotelioma maligno epitelioide, con aspetti sarcomatoidi e a differenziazione rabdoide

La TC torace-addome eseguita nel post-operatorio dimostrava la presenza di metastasi multiple: polmonari, epatiche, pancreatiche e ossee.

Considerazioni

I mesoteliomi sono tumori maligni delle sierose pleurica, peritoneale e pericardica; in meno del 5% dei casi, non necessariamente associati all'esposizione ad asbesto, possono originare dalla tunica vaginale del testicolo. Il quadro clinico caratteristico è rappresentato dalla presenza di idrocele mentre gli esami radiologici (ecografia e RMN) possono evidenziare un diffuso ispessimento con modularità della vaginale. La conferma può essere ottenuta con aspirazione ed esame citologico del liquido. Nei casi dubbi una chirurgia esplorativa non può essere demandata in quanto tale neoplasia, anche se in genere a decorso più favorevole rispetto alla localizzazione pleurica, può avere un comportamento maligno ed altamente aggressivo.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C18

Priapismo ad alto flusso: risultati a distanza

G. Liguori, G. Savoca, S. Ciampalini, M. Rizzo, P. Umari, F. Pozzi Mucelli, M. Bertolotto, C. Trombetta, E. Belgrano

Azienda Ospedaliero - Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste; *Fondazione San Raffaele Giglio di Cefalù

Introduzione ed obiettivi

Abbiamo valutato dopo un lungo follow-up la funzionalità erettile di 26 pazienti (pz) affetti da priapismo ad alto flusso e trattati con embolizzazione superselettiva delle arterie cavernose.

Materiali e metodi

Dal 1995 al febbraio 2010, sono giunti alla nostra osservazione 26 pz affetti da priapismo ad alto flusso. La diagnosi è stata eseguita mediante esame clinico, emogasanalisi ed EcoColorDoppler (ECD). L'età media era $31 \pm 8,5$ anni (18-51 anni). La durata media del follow-up è stata di 108 mesi (range 1-159 mesi). 18 pz hanno riferito traumi significativi del pene o del perineo. L'esame ECD ha rilevato la presenza di una fistola nei corpi cavernosi, unilaterale in 22 dei casi e bilaterale nei restanti 4. Tutti i pz sono stati sottoposti ad embolizzazione superselettiva dell'arteria cavernosa. Il follow-up è stato eseguito mediante ECD rispettivamente ad 1 giorno, 1 mese e, in 17 dei 26 pz, a 6 mesi dall'embolizzazione. Per valutare la funzionalità erettile è stato utilizzato il questionario dell'International Index of Erectile Function (IIEF), somministrato ai pazienti al termine del follow-up.

Risultati

Gli ECD di controllo hanno dimostrato la chiusura completa e permanente della fistola artero-cavernosa in 19 pz. In 7 pz la permanenza della fistola ha richiesto delle ulteriori embolizzazioni. Un pz è stato sottoposto ad intervento chirurgico a seguito del fallimento della terapia angiografica. In 14 dei 17 pz, sottoposti ad ECD di controllo a sei mesi, è stata dimostrata la completa rivascolarizzazione dell'arteria embolizzata e l'assenza di fistole recidive. Secondo i questionari IIEF 21 pazienti hanno mantenuto un'attività sessuale nella norma, mentre 5 hanno riportato disfunzione erettile lieve.

Conclusioni

Il priapismo ad alto flusso, come è noto, non rappresenta un'emergenza urologica e non comporta un rischio immediato per la funzionalità erettile dei pazienti che ne sono affetti, tuttavia i pazienti con malattia inveterata da anni hanno un elevato rischio di andare incontro ad una fibrosi dei corpi cavernosi che può comprometterne la funzionalità erettiva. Per le suddette ragioni l'optimum terapeutico del priapismo ad alto flusso deve soprattutto essere scevro da effetti collaterali che potrebbero compromettere irrimediabilmente ed in modo inaccettabile la qualità di vita dei pazienti. L'embolizzazione superselettiva nella nostra esperienza si è dimostrata un trattamento efficace ad allo stesso tempo sicuro.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C19**Realtà della implantologia protesica in Italia: risultati di un questionario**

E. Caraceni, G. Angelozzi, A. Marconi, F. Fioretti, V. Gentile, F. Pirozzi Farina*

UO Urologia, Civitanova Marche; *Sapienza Università di Roma, Dipartimento "U. Bracci"; **Università di Sassari

Introduzione

L'impianto protesico è indicato nei pazienti con disfunzione erettiva grave resistente alla terapia farmacologica per via orale o endocavernosa o in coloro che preferiscono una soluzione definitiva al loro problema. Abbiamo eseguito un censimento dell'attività di implantologia protesica peniena nel territorio nazionale al fine di ottenere un mappa dello stato attuale dell'arte.

Materiali e metodi

È stato redatto un questionario inviato a tutti i soci SIA. Il questionario era composto all'inizio di domande descrittive e conoscitive della tipologia del centro. Erano inoltre presenti domande di carattere quantitativo e qualitativo per conoscere il volume di pazienti trattati in ogni singolo centro, le liste di attesa, la diagnosi e gli esami strumentali pre-operatori, l'impiego eventuale di counselling psicossessuologico pre e post-impianto la tipologia di protesi impiegata, l'accesso chirurgico utilizzato e la frequenza di complicazioni.

Risultati

Hanno risposto al questionario nei termini indicati 26 centri; di questi 23 hanno dato risposte che sono state ritenute valutabili. La media dei pazienti in lista di attesa è 11, 1. La media del numero totale di nuovi impianti/anno è 10,8. 1/3 dei centri esegue sempre un colloquio psico-sessuologico pre impianto mentre 1/3 lo esegue qualche volta post-impianto. La indagine diagnostica più utilizzata è l'ecocolordoppler penieno dinamico. Il rigiscan viene utilizzato sempre in 4 centri, qualche volta in 11 e mai in 8. La maggior parte dei pazienti impiantati è affetta da DE post Prostatectomia Radicale. La tipologia di protesi utilizzata è la seguente: tricomponenti AMS 67%, bi componenti 7%, tricomponenti Mentor 8% e malleabili/Soubrinie/altre 18%. La via di accesso chirurgica più utilizzata è la peno-scrotale. La complicanza più frequente è l'ematoma scrotale.

Conclusioni

I dati sono sufficientemente indicativi della realtà italiana. Tuttavia alcuni aspetti meritano un ulteriore approfondimento mediante un recall. Infatti il questionario inviato ha mostrato delle incongruenze:

- 1) verosimilmente non sono stati censiti tutti i centri;
- 2) le risposte non sono sempre state interpretabili;
- 3) il numero degli impianti/anno non corrisponde al numero di protesi impiantate per tipologia/anno;
- 4) alcuni centri hanno dato delle risposte relative a tutta la loro attività negli anni e non specificatamente all'anno di riferimento (2010).

Lo studio è stato condotto con la partecipazione della Società Italiana di Andrologia (SIA).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C20**Correzione di varicocele in soggetti con disfunzione erettile di età superiore a 40 anni. Risultati di uno studio pilota**

G. Maio

Policlinico Abano Terme; Casa di Cura Città di Rovigo

Introduzione

Il varicocele è fonte nota di danno per le cellule della linea spermatogenetica meno documentato anche se ipotizzato è il danno sulle cellule del Leydig che dovrebbe verificarsi più tardivamente.

Pertanto in questo studio abbiamo correlato la correzione del varicocele in soggetti di età superiore a 40 anni con la funzione endocrina del testicolo e con la funzione erettile.

Materiali e metodi

Dal gennaio 2006 al settembre 2010, 82 pazienti affetti da varicocele medio-voluminoso di età compresa fra 40 e 60 aa che lamentavano algie scrotali e presentavano inoltre deficit erettivo di grado lieve-moderato (IIEF15-FE \geq 15), sono stati sottoposti a correzione chirurgica mediante scleroembolizzazione anterograda. Nei 2 mesi precedenti l'intervento ed a distanza di 6-9 mesi dall'intervento i pazienti completavano il questionario IIEF-15 per i domini specifici della funzione erettiva e del desiderio sessuale, ed eseguivano un dosaggio del testosterone totale.

L'analisi statistica è stata eseguita con software SPSS 15.0 (Chicago, USA), le variabili sono state confrontate mediante il Wilcoxon test per variabili non continue, il t test paired per variabili continue; è stata considerata statisticamente significativa una $p < 0,05$.

Risultati

Età media $50,6 \pm 5,51$ anni.

L'IIEF-15 funzione erettiva (IIEF-FE) è risultato: $19,2 \pm 2,47$ (pre-intervento) $22,22 \pm 3,35$ (post-intervento) ($p = ,000$). Lo score per il desiderio sessuale è risultato $5,79 \pm 0,90$ pre-intervento, $6,82 \pm 1,04$ post-intervento ($p = ,000$).

Un miglioramento di almeno 4 punti dello score IIEF-FE (responder) dopo l'intervento si è verificato nel 43,9% dei casi mentre una normalizzazione dello stesso si è verificata nel 25,6%.

Il testosterone totale è risultato $3,82 \pm 0,85$ ng/ml pre-intervento, $4,65 \pm 0,89$ post-intervento ($p = ,000$).

Stratificando i pazienti in 2 gruppi sulla base dell'IIEF-FE score, responder e non responder, l'incremento di testosterone dopo intervento è risultato nettamente maggiore nei responder ($3,41$ ng/ml $\pm 0,64$ pre; $4,83 \pm 0,53$ post; $p = ,000$) rispetto ai non responder ($4,17$ ng/ml $\pm 0,84$ pre; $4,50 \pm 1,07$ post $p = ,032$).

Conclusioni

Lo studio dimostra un beneficio significativo sia della funzione erettiva che del desiderio sessuale dopo correzione di un varicocele voluminoso in soggetti di età superiore a 40 aa. Detti benefici si accompagnano al miglioramento della funzione endocrina delle gonadi testimoniata dall'aumento significativo del testosterone.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C21**La sindrome di Klinefelter non-mosaico: 12 bambini sani nati dopo TESE-microTESE e ICSI**

D. Dente, C. Leonardo, M. Ciletti, L. Misuraca, G. Simonelli, C. De Dominicis, E. Greco*, G. Franco Dipartimento di Urologia, Policlinico "Umberto I", Roma; *Medicina della Riproduzione, European Hospital, Roma

Introduzione

La sindrome di Klinefelter non-mosaico (KS) ha una ben nota causa genetica ed è caratterizzata da un'azoospermia non ostruttiva (NOA). Attualmente, TESE, microTESE insieme all'ICSI, rappresentano l'unica chance riproduttiva questi pazienti. Lo scopo del lavoro è quello di riferire di 12 bambini

sani nati da padri con KS e di correlare il ritrovamento chirurgico degli spermatozoi con alcune variabili preoperatorie.

Materiali e metodi

35 procedure totali (25 TESE e 10 microTESE), effettuate tra il 2000 ed il 2005, in 32 pazienti azoospermici con KS (età media 34,2 aa). Gli spermatozoi recuperati sono stati utilizzati a fresco o dopo congelamento mediante ICSI. L'età media delle partner è di 33,9 aa. La percentuale di ritrovamento degli spermatozoi è stata correlata con alcune variabili preoperatorie: volume testicolare, livelli sierici di FSH, età dei pazienti al momento dell'intervento.

Risultati

Gli spermatozoi sono stati ritrovati in 15 delle 35 procedure effettuate (42,8%) ed in 12 dei 32 pazienti trattati (37,5%). In 7 cicli ICSI (2 con spermatozoi congelati e 5 con spermatozoi a fresco) sono state ottenute 8 gravidanze (47%) delle quali solo 7 (41%) hanno portato alla nascita di 12 bambini (1 trigemina, 3 gemellari e 3 singole), 8 maschi e 4 femmine. Non sono state riscontrate alterazioni cromosomiche nei bambini, sono stati valutati normali il peso alla nascita la circonferenza cranica e l'indice di APGAR. Confrontando i pazienti in cui sono stati ritrovati spermatozoi e quelli in cui non sono stati ritrovati, è risultato evidente che i primi sono significativamente più giovani 31,6 aa vs. 36 aa ($p < 0,01$). Nei due gruppi la valutazione dei livelli sierici di FSH, di testosterone e delle dimensioni testicolari non ha evidenziato differenze significative.

Discussione

I risultati dimostrano sicuramente come sia possibile rendere i pazienti (KS) genitori di figli senza alterazioni cromosomiche o con altri disordini genetici congeniti. Ciò è spiegabile ipotizzando che solo le cellule euploidi portino a termine la spermatogenesi dando vita a spermatozoi con un normale assetto cromosomico. Inoltre si evince che l'unico fattore preoperatorio predittivo del ritrovamento degli spermatozoi in sala operatoria è l'età del paziente. È quindi consigliabile anticipare il più possibile il momento dell'intervento e di procedere al congelamento della biopsia fino a quando potrà essere utilizzata per la ICSI.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C22

Scleroembolizzazione anterograda nel trattamento del varicocele: è ancora obbligatoria la flebografia? Studio controllato su 650 casi

G. Maio, S. Saraeb*

*Policlinico Abano Terme, Casa di Cura Città di Rovigo; * UO Urologia Ospedale Belluno*

Introduzione ed obiettivi

La scleroembolizzazione anterograda (SA) è una tecnica largamente diffusa. La tecnica descritta da Tauber prevede l'utilizzo della flebografia.

Scopo del presente lavoro è verificare la necessità della flebografia per la realizzazione di un intervento sicuro ed efficace.

Materiali e metodi

Riportiamo la nostra esperienza in termini di complicanze e recidive in 650 casi di SA (giugno 2003-dicembre 2010) eseguita senza impiego di flebografia confrontata con i precedenti 250 casi (giugno 1999-giugno 2003) in cui la flebografia era stata fatta in tutti i casi. Dal giugno 2003 dopo la messa a punto di una variante della tecnica di Tauber in cui identificavamo e separavamo i 3 circoli venosi del testicolo (Gonadico interno, gonadico esterno e deferenziale) che consentiva una corretta individuazione del circolo gonadico interno in tutti i

casi in 250 flebografie gonadiche consecutive, ed a seguito di 2 casi di shock anafilattico dopo mezzo di contrasto abbiamo deciso di non eseguire la flebografia gonadica.

Analisi statistica eseguita con software SPSS 15,0; variabili confrontate mediante: a) t test independent samples per variabili continue; b) Chi Square per variabili categoriche.

Risultati

Età media: gruppo di studio (gruppo A): 33,66 aa \pm 11,99, gruppo di controllo (gruppo B): 31,8 aa \pm 9,34. Il grado di Varicocele (sec. Dubin) era simile nei 2 gruppi:

– gruppo A: I: 11,5%; II: 55,4%; III: 33,1%;

– gruppo B: I: 14%; II: 58%; III: 28%.

La durata dell'intervento calcolata sugli ultimi 30 pazienti nei 2 gruppi è stata pari a 22 min nel gruppo A e 35 min nel gruppo B ($p < 0,001$).

Complicanze maggiori: nessuna complicanza maggiore nel gruppo A e 2 episodi di shock anafilattico da mezzo di contrasto nel gruppo B.

Complicanze minori: simili nei 2 gruppi: 2 reinterventi per evacuazione di ematoma scrotale nel gruppo A, 1 nel gruppo B; infezioni, ritardi di guarigione di ferita in egual misura nei 2 gruppi; 4 episodi di orchite nel gruppo A (0,6%), 2 nel gruppo B (0,8%). Recidive: 6,15% nel gruppo A; 9,2% nel gruppo B ($p < 0,01$).

Conclusioni

La SA senza flebografia nella nostra esperienza è stato un intervento altrettanto sicuro ed efficace rispetto a quello con flebografia, permettendo inoltre di ridurre i tempi operatori ed il rischio allergico. Il minore tasso di recidive nel gruppo di studio è verosimilmente legato al fatto che negli ultimi anni abbiamo associato alla scleroembolizzazione la legatura delle vene con calibro maggiore di 2 mm.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C23

Nostra esperienza sull'utilità della penoscopia nelle patologie mucoso cutanee del pene

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

UO di Urologia Andrologica, Azienda Ospedaliera Università, Sassari

Introduzione e obiettivi

La penoscopia è una modalità di indagine utilizzata nella prevenzione e nella diagnosi dell'infezione da pipillomavirus dalla cute della radice del pene fino alla fossetta navicolare (Wikstrom 1992). La penoscopia consente anche di rilevare quelle alterazioni, lesioni o neoplasie muco-cutanee del pene, che possono sfuggire all'osservazione ad occhio nudo. Lo scopo del lavoro è stato quello di valutare l'utilità della penoscopia nella diagnostica delle patologie muco-cutanee del pene.

Materiali e metodi

Da gennaio 2010 a giugno 2011 sono stati esaminati mediante penoscopia 112 pz (25-47 anni) con patologie muco-cutanee del pene di difficile inquadramento diagnostico all'esame ispettivo. Le lesioni sono state valutate morfologicamente mediante indagine penoscopica con e senza tocature di acido acetico al 5%, e completate con tamponi colturali e per HPV-DNA test. Per la penoscopia è stato utilizzato un microscopio ottico Zeiss OPML-1 opportunamente adattato; l'indagine della fossa navicolare è stata condotta con l'ausilio di speculum nasale Hartmann. Il prelievo per la ricerca colturale di germi comuni e lieviti e miceti è stato condotto mediante tampone secco. Per la determinazione HPV con tecnica PCR sono stati utilizzati tamponi HPV-DNA test. In 13 pz si è ritenuto opportuno eseguire la biopsia mirata della lesione mediante biopsy-punch 2 mm.

Risultati

Nei 112 pz sottoposti a penoscopia sono state riscontrate le seguenti patologie: 15 balano-postite da candida, 3 balano postite psoriasica, 21 lichen sclerosus, 7 lichen ruber planus, 11 eczemi allergici da contatto, 2 dermatite seborroica, 5 mollusco contagioso, 25 condilomi esofitici, 11 macule condilomatose, 2 tumore papillare dell'uretra anteriore, 10 lesioni aspecifiche cutaneo mucose di scarso significato patologico. Discussione e conclusioni

Alcune lesioni muco-cutanee del pene, di difficile inquadramento all'ispezione, presentano, alla penoscopia, alcuni pattern caratteristici. Tra questi: l'angioarchitettura epiteliale, le displasie, le cheratosi, le discromie puntiformi, le papule, le microlesioni esofitiche. Tutti questi quadri "penoscopici" sono utili per la diagnosi precoce ed il follow-up terapeutico di alcune insidiose patologie muco-cutanee del pene.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C24**La complicità della funzione sessuale in pazienti sottoposti ad intervento di uretroplastica**

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

UOC Urologia, Ospedale "San Bortolo", Vicenza

Introduzione ed obiettivi

La prevalenza della disfunzione erettile (DE) dopo uretroplastica varia dall'1 al 15%. La DE è influenzata da età, comorbidità vascolari, tempo trascorso dall'intervento, tecnica chirurgica. Abbiamo studiato i pazienti sottoposti nel nostro reparto ad uretroplastica con IEEF -5 pre e post intervento a 2 e 4 mesi di distanza.

Materiale e metodi

Dal febbraio 2004 al febbraio 2010 abbiamo sottoposto ad intervento di uretroplastica 42 pazienti con età media di 38 anni. 13 sono stati sottoposti ad intervento di uretroplastica anastomotica e 29 ad uretroplastica con lembo buccale. I pazienti sono stati studiati dal punto di vista sessuologico con anamnesi sessuologica. A 20/42 (48%) pazienti abbiamo somministrato IEEF-5 pre-intervento e dopo 2-4 mesi dall'intervento. Abbiamo valutato i risultati in relazione alla fascia di età, intervento subito, lunghezza della stenosi.

Risultati

L'IEEF-5 medio prima dell'intervento è risultato in tutti pari a 19,58, a distanza di 2 mesi pari a 12,62 e dopo 4 mesi 18,22. Valutando il valore di IEEF-5 medio per fasce d'età si è evidenziato dopo i 60 anni l'IEEF variava da 18,58 pre-operatorio a 11,59 dopo 4 mesi dall'intervento. In relazione al tipo di intervento: i pazienti sottoposti ad uretroplastica anastomotica hanno presentato un IEEF-5 medio pre-intervento pari a 20,41 e dopo 2 mesi 15,31, mentre i pazienti sottoposti ad uretroplastica con lembo buccale presentavano pre-intervento un IEEF 5 pari a 16,87, dopo 2 mesi 14,12. Infine valutando l'IEEF 5 in relazione alla lunghezza dell'uretra i pazienti con stenosi uretrali inferiori a 2 cm presentavano un IEEF 5 pre operatorio medio di 23,13, a distanza di 2 mesi 19,27 e a 4 mesi era pari a 19,11. I pazienti con stenosi uretrali tra 2-5 cm presentavano un IEEF 5 preoperatorio medio di 19,56, a 2 mesi pari a 13,67.

Conclusioni

I fattori che incidono sullo sviluppo della DE dopo uretroplastica sono età del paziente, il tipo di intervento chirurgico, il tempo intercorso dall'intervento e la lunghezza della stenosi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C25**Induratio penis plastica: la chirurgia di placca. Esperienza su 48 casi**

G. Maio

Policlinico Abano Terme; Casa di Cura Città di Rovigo

Introduzione ed obiettivi

Nell'IPP con incurvamento marcato (> 50 gradi), o minore con deformazione del corpo cavernoso trova indicazione la chirurgia di placca + graft che però presenta rischi di complicanze importanti. In questo lavoro rivediamo retrospettivamente la nostra esperienza.

Materiali e metodi

48 pazienti sottoposti a chirurgia di placca dal giugno 2002 al dicembre 2010, di cui 22 negli ultimi 2 anni, sono stati valutati retrospettivamente. Indicazioni a questa chirurgia: soggetti con erezione conservata, incurvamento ≥ 50 gradi o minore con associata deformazione del corpo cavernoso, stabilizzato da almeno 6 mesi, assenza di dolore, discomfort nel rapporto. Valutazione preoperatoria con anamnesi, esame obiettivo, foto in erezione in 3 proiezioni, ecocolordoppler penieno dinamico. Tecnica di incisione della placca: incisione ad H sec. Lue fino al 2007 e successivamente tecnica geometrica sec. Paulo Egydio. I principali materiali di graft impiegati sono stati la safena e negli ultimi 2 anni la matrice di collagene bovino. La safena è stata abbandonata per evitare al paziente un doppio intervento, ridurre i tempi operatori già lunghi, frequente inadeguatezza della vena a coprire il difetto. Nel post-operatorio i pazienti venivano invitati a riprendere appena possibile i rapporti eventualmente con l'aiuto di inibitori delle PDE-5 ed eventuale stratching manuale del pene. Il vacuum nel post-intervento è stato usato in 8 pazienti e quindi abbandonato.

Risultati

Incurvamento medio: 65 gradi (range 40-100); deformità dei corpi cavernosi era presente in 20 casi (41,7%). Nei primi 25 pazienti il materiale di graft usato è stata la safena quindi è stato usato materiale eterologo di cui matrice di collagene bovino negli ultimi 15, materiali vari in 8 casi. Una corporoplastica per completare il raddrizzamento è stata necessaria in 6 pazienti (graft di safena). Il follow-up medio è stato di 24 mesi (6-72 mesi) Un raddrizzamento completo e stabile è stato ottenuto in 44 pz (92%). Una recidiva dell'incurvamento si è verificata in 4 casi (≤ 30 gradi): 2 per evoluzione dell'IPP e 2 per complicanze o retrazione del patch. L'erezione è rimasta valida in 43 pz (89,6%), peggiorata in 5 (10,4%) che hanno risposto a PD-E5is. Ridotta sensibilità del glande in 3 casi risolta con terapia del complesso B.

Conclusioni

La chirurgia di placca + graft nell'IPP con incurvamento marcato stabile ed erezione conservata rappresenta una opzione terapeutica sicura ed efficace.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C26**Il ruolo del doppio impianto "protesi peniena-sfintere urinario" nei pazienti con deficit erettile e incontinenza urinaria dopo intervento di prostatectomia radicale**

L. Rolle¹, C. Ceruti², M. Timpano², O. Sedigh², E. Galletto³, M. Falcone⁴, D. Fontana⁵

¹ Ricercatore Universitario, ² Dirigente Medico di I livello, ³ Medico specializzando, ⁴ Frequentatore, ⁵ Dirigente Medico di II livello, Dipartimento di Discipline Medico Chirurgiche, Università di Torino, Divisione Universitaria di Urologia II, Azienda Ospedaliera "San Giovanni Battista", Torino

Introduzione

Dopo prostatectomia radicale, la continenza urinaria ed il mantenimento della potenza sessuale sono riportati, rispettivamente, tra 66 al 98%.

Scopo del lavoro è quello di valutare la soddisfazione soggettiva, i tempi operatori, la degenza post operatoria media ed il tasso di complicanze tra l'impianto differito e quello simultaneo di protesi peniena e sfintere urinario artificiale

Materiali e metodi

Sono stati valutati, dal gennaio 2007 al dicembre 2010, 19 pazienti, sottoposti a chirurgia protesica peniena e dello sfintere urinario. Sono stati valutati i tempi operatori, la degenza media post operatoria, le complicanze, il dolore post operatorio, la soddisfazione dei pazienti. L'incontinenza urinaria è stata valutata mediante ICI Questionnaire-Urinary Incontinence Short form pre operatorio, IQoI pre e post operatorio e PGI-I post operatorio, mentre la soddisfazione dell'impianto è stato valutato con l'EDITS. Il dolore è stato valutato con scala VAS.

Risultati

Dei 19 pazienti inclusi 11 (gr A) sono stati sottoposti a posizionamento simultaneo dei due impianti protesici; in tutti inoltre è stato impiantato uno sfintere a doppia cuffia e 8 pazienti sono stati sottoposti a due interventi in due momenti differenti: 3

impianti di protesi sfinteriali a doppia cuffia in pazienti già portatori di protesi peniena tricomponente (gr B) e 5 impianti di protesi peniena semirigida in pazienti già portatori di sfintere urinario (gr C). Gli interventi sono stati effettuati con accesso chirurgico peno-scrotale. Il tempo operatorio medio nel gr A è stato per il doppio impianto con protesi tricomponente di 150 e per protesi malleabile 110 mentre nei gr B e C è stato 40 minuti per l'impianto della sola protesi peniena e 80 minuti del solo sfintere. La degenza media è stata di due giorni nei gr A e B, di un giorno nei pazienti del gr C.

Tutti i pazienti sono continenti. La media dei punteggi pre operatori dell'ICI questionnaire è 18 nei pazienti appartenenti ai gruppi A e C. I QoI medio pre operatorio è risultato di 40, quello post operatorio a 3 mesi dall'intervento 83. Al PGI-I i pazienti hanno risposto di essere estremamente migliorati nel 95% e di essere molto migliorati nel 5%.

Conclusioni

Il posizionamento simultaneo dei due impianti si è dimostrato fattibile con singolo accesso chirurgico peno-scrotale, senza allungamento dei tempi operatori, della degenza post operatoria, delle complicanze post-operatorie ed inoltre con ottima soddisfazione da parte dei pazienti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



Video – Gruppo 3

V7

Trattamento della condilomatosi uretrale nel maschio con laser a diodi

R. Leonardi, G. Iacona, G. Di Leo, S. Pecoraro*

Casa di Cura "Musumeci Gecas" Gravina di Catania; *Clinica Malzoni "Villa dei Platani", Avellino

Introduzione

I condilomi sono formazioni di aspetto papillomatoso che si localizzano nelle regioni genitali, peri-genitali e peri-anali sia nell'uomo che nella donna. I siti più comuni per i condilomi, nel maschio, sono il solco balano-prepuziale, il frenulo e il glande. Sono descritte, comunque, lesioni intrauretrali nel 10% dei pazienti affetti da condilomatosi. È una malattia di origine virale causata dal papilloma virus umano (HPV). I condilomi dell'uretra sono associati ad un corteo sintomatologico come bruciore urinario, frequenza, urgenza, sanguinamento uretrale ed a complicanze come ostruzione, formazione di fistole e dispareunia. Nonostante le numerose modalità di trattamento di questi pazienti spesso presentano recidiva di malattia. Il trattamento spesso attuato, a prescindere dal tipo di lesione, è stato la combinazione di 5-fluorouracile e di interferone-alfa utile ed efficace per le lesioni esterne non scovre di effetti collaterali per le lesioni intra-uretrali. Riportiamo la nostra esperienza nel trattamento endoscopico della condilomatosi dell'uretra peniena con l'impiego del Laser a Diodi 980 nm.

Materiali e metodi

Abbiamo trattato 12 pazienti affetti da condilomatosi dell'uretra peniena. I pazienti erano stati sottoposti a diagnosi di HPV e tipizzazione con metodo PCR. Tutti i pazienti erano stati sottoposti ad uretroscopia pre operatoria. I pazienti sono stati trattati con un Laser endoscopico a Diodi. Il Laser è stato impiegato a potenza compresa tra 5 e 10 watt. In modalità continua. Sono state utilizzate fibre coniche con emissione frontale.

Il caso che riportiamo nel video, è un caso estremo, e riguarda un paziente di 34 anni affetto da condilomatosi estesa di tutta l'uretra peniena.

Risultati

La tipizzazione con PCR ha dimostrato in due pazienti (16,6%) la presenza del tipo 16 gli altri presentavano tipi 6,39,51,52,53,59 e 68.

Tutti pazienti sono stati rivalutati con follow-up endoscopico a 4 settimane, 3-6-12 mesi dopo il trattamento laser. Si è evidenziata recidiva di malattia in 2 pazienti a sei mesi. Non si è mai verificata una stenosi uretrale successiva all'intervento laser.

Conclusioni

Il trattamento laser della condilomatosi uretrale nel maschio è sicura e senza effetti collaterali maggiori. La difficoltà della gestione medica di queste lesioni (uretriti severe, stenosi uretrali) induce ad indicare la terapia laser come valida una opzione terapeutica per la sua semplicità ed efficacia.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V8

Lembo ad isola cutaneo penieno con approccio prerettale per il trattamento delle stenosi complicate bulbomembranose

E. Austoni, G. Galizia, V. Altieri*

Cattedra di Urologia, Università di Milano, GVM Mangioni Hospital Lecco, GVM Salus Hospital, Reggio Emilia; *Cattedra di Urologia, Università di Chieti, Clinica Urologica Campus Universitario Chieti

Introduzione ed obiettivi

Un approccio prerettale derivato dalla prostatectomia perineale è stato utilizzato da 5 anni per il trattamento delle stenosi complicate dell'uretra membranosa con severa fibrosi ed innalzamento dell'apice prostatico. Questa procedura è stata, inoltre, associata alla preparazione di un lembo tubulato peduncolato penieno per tutti i casi di stenosi complessa bulbomembranosa che richiedevano sostituzione uretrale ampia.

Materiali e metodi

14 pz con stenosi plurirecidiva bulbo-membranosa posttraumatica, portatori di epicistostomia permanente, con impotenza erettile secondaria, sono stati operati con isolamento della prostata per via prerettale intrasfinetrica (procedura della prostatectomi perineale) fino ad ottenere l'abbassamento del becco prostatico in sede perineale. La uretra bulbare veniva anastomizzata agevolmente per via termino-terminale. Su 4 pz con lesione complessa bulbare e membranosa associata a fibrosi perivescicale si è proceduto ad approccio combinato prerettale-retropubico per la cistolisi e quindi alla ricostruzione bulbare con autoplastica cutanea. Un lembo peduncolato penieno cutaneo dorsale veniva fatto scivolare per via infrapubica laterale fino al perineo e quivi tubulizzato per una sutura distale all'uretra peniena, e prossimale al becco prostatico.

Risultati

Nessun paziente ha avuto complicanze intraoperatorie o postoperatorie, incontinenza da sforzo è stata osservata in due pz trattati con tecnica combinata, nessuna lesione rettale. In 11 pz il flusso urinario medio postoperatorio è stato registrato di 20 ml/sec.

Una recidiva in sede prostatica è stata trattata conservativamente per via endoscopica.

Discussione

La uretroplastica posteriore nelle stenosi complicate membranose e bulbomembranose rappresenta una sfida per la urologia ricostruttiva.

In alternativa ad approccio molto invasivo come la via Transpubica, o ad un approccio insufficiente come la pubectomia inferiore, abbiamo da alcuni anni utilizzato una via nota nella prostatectomia perineale, la via prerettale che permette agevole isolamento e discesa del becco prostatico al perineo e quindi una anastomosi "tension free" con l'uretra bulbare.

A questa metodica in alcuni casi abbiamo aggiunto in tempo unico l'uso di un lembo tubulato peduncolato cutaneo penieno dorsale. Questa procedura si pone in alternativa ad una chirurgia multistadio con "mash graft" ed "inlay" transfinteriale che in casi di fibrosi massiva perivescicale si presenta molto complicato.

Conclusioni

Oggi l'utilizzo di tecniche combinate con lembi di trasferimento peduncolati e approccio prerettale prostatico (simile alla prostatectomia perineale) permettono di affrontare con successo e maggior tranquillità pazienti con stenosi complesse posteriori, diversamente candidati a chirurgia demolitiva o a derivazione urinaria permanente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V9

Carcinoma squamoso scarsamente differenziato dell'uretra con progressione locale e metastasi massive linfonodali: trattamento chirurgico

F. Palumbo, M. Spilotros, A. Vavallo, M. Tedeschi, G. Lucarelli, V. Di Lorenzo, P. Ditunno, M. Battaglia, F.P. Selvaggi, C. Bettocchi

Dipartimento delle Emergenze e dei Trapianti d'Organo (DETO), Università di Bari, Sezione di Urologia, Andrologia e Trapianto di Rene

Introduzione

Descriviamo un caso clinico di carcinoma squamoso scarsamente differenziato dell'uretra con progressione locale e metastasi massive linfonodali.

Materiali e metodi

Paziente di 49 anni con anamnesi positiva per macroematuria, disturbi dello svuotamento da circa 18 mesi e recente aumento delle dimensioni dell'emiscroto destro. Evidenza cistoscopica, istologica e TC di carcinoma squamoso scarsamente differenziato dell'uretra bulbare, esteso ai corpi cavernosi, con

fistolizzazione neoplastica a carico dell'emiscroto destro ed una marcata adenopatia delle stazioni linfonodali superficiali a sinistra ed iliaco-otturatorie a destra. Alla luce del quadro clinico-strumentale viene consigliato al paziente un trattamento chemioterapico neoadiuvante seguito da un approccio chirurgico radicale.

Risultati

Il paziente viene sottoposto a due distinte linee di chemioterapia neoadiuvante a base di Ifosfamide e MVAC (Metotrexate, Vinblastina, Doxorubicina e Cisplatino), con evidenza TC di una riduzione dell'entità delle lesioni riscontrate al controllo pre-trattamento. Il successivo intervento chirurgico è stato condotto mediante un approccio combinato soprattombelico-pubico e perineale. Il primo tempo chirurgico è consistito nella linfadenectomia inguinale superficiale destra, cistectomia radicale con linfadenectomia iliaca-otturatoria estesa e derivazione urinaria con ansa ileale secondo Bricker. Nel secondo tempo perineale, è stata eseguita la penectomia totale mediante una incisione cutanea a Y rovesciata con estremi a livello del glande e delle due tuberosità ischiatiche a comprendere l'ulcera neoplastica perineale. Il pezzo chirurgico completo è stato estratto attraverso lo hiatus del diaframma urogenitale. A distanza di 3 mesi dall'intervento il paziente non presenta una progressione della malattia.

Conclusioni

Il ruolo della chirurgia nel trattamento delle neoplasie prossimali dell'uretra può essere palliativo o curativo. L'approccio combinato tra chirurgia radicale e chemioterapia determina un miglioramento significativo in termini di DFS (disease free survival) e CSS (cancer specific survival).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No



Clinical cases

Case 1

Penile modelling pre-inserimento di protesi idraulica: primo caso

E.S. Pescatori^{*,**}, B. Drei^{**}

^{*}Servizio di Andrologia, Hesperia Hospital, Modena; ^{**}UO Andrologia, SISMER, Bologna

Introduzione

Il penile modelling, o "manovra di Wilson", è comunemente impiegato per correggere curvature acquisite nel contesto dell'inserimento di una protesi idraulica. Tale manovra non è scevra da potenziale impatto negativo sugli elementi dell'impianto protesico, determinato dalle iperpressioni intraprotesi che prodotte.

Obiettivi

Verificare la fattibilità di penile modelling su erezione idraulicamente indotta, prima dell'inserimento di protesi idraulica.

Caso clinico

Paziente di 55 anni con deficit erettile secondario a prostatectomia radicale eseguita 18 mesi prima in altra sede. Dopo 6 mesi di utilizzo di farmacoprotesi intracavernosa: curvatura peniena dorsolaterale sinistra con deformazione ad emiclessidra ed instabilità in erezione tale da rendere inaccettabile la qualità del rapporto. Programma: protesi idraulica bicomponente e consensuale correzione di curvatura.

Risultati

Intervento chirurgico. Veniva determinata erezione idraulica, mantenuta con laccio alla base del pene, che evidenziava curvatura dorsolaterale sinistra tra III medio e III basale di circa 30°. Veniva attuata la classica manovra di Wilson ma su pene a massima rigidità idraulicamente indotta, e non su protesi idraulica attivata. Tale manovra (vigorosa piegatura del pene a massima rigidità in direzione opposta alla curvatura, per 60 sec.) veniva ripetuta tre volte. Veniva solo successivamente inserita protesi idraulica bicomponente (Coloplast Excel), con risultante ottimo raddrizzamento delle due componenti (dorsale e laterale) della curvatura.

A 5 mesi di follow-up il paziente riferisce pene diritto a protesi attivata e piena soddisfazione della propria vita sessuale.

Conclusioni

Il presente caso clinico costituisce la prima attuazione di penile modelling su erezione idraulicamente indotta, invece che su protesi idraulica attivata. Nel nostro caso la procedura è stata coronata da successo. Qualora una casistica congrua confermasse il nostro primo riscontro la nostra modifica alla manovra di Wilson potrà essere impiegata laddove oggi la classica manovra è controindicata (protesi idrauliche con cilindri di sezione ridotta), scarsamente efficace (protesi bicomponenti per la limitata rigidità alla attivazione) o impossibile (protesi monocomponenti). Potrà inoltre essere considerata una prima scelta rispetto all'originale manovra di Wilson alla luce di rischio assente sull'integrità strutturale delle protesi idrauliche tricomponenti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Case 2

Priapismo una complicanza dopo adenomec-tomia prostatica trans vescicale (ATV): un caso clinico e revisione della letteratura

L. Dell'Atti, G. Ughi, G.P. Daniele, G.R. Russo

UO Urologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Arcispedale "S. Anna", Ferrara

Introduzione

L'incidenza di priapismo (Pr) a seguito di chirurgia urologica è rara. Vi presentiamo il primo caso di Pr conseguente ad ATV.

Caso clinico

Giunge alla nostra osservazione un paziente di 76 anni riferendo ricorrenti e dolorose erezioni notturne, esacerbatesi in posizione supina, non associate a stimolazione sessuale, comparse dopo circa 6 mesi dalla ATV per IPB. Il paziente non presentava disturbi minzionali di tipo irritativo ed ostruttivo, è stato sottoposto a studio con eco color-doppler penieno ed emogas analisi dei corpi cavernosi dove si riscontra un sospetto di Pr ad alto flusso da fistola artero-venosa (FA-V) alla base del corpo cavernoso di destra.

Risultati

Al paziente viene quindi eseguita arteriografia selettiva dell'arteria ipogastrica, che ha rivelato la presenza di FA-V tra l'arteria pudenda destra e la radice dei corpi cavernosi, pertanto si è proceduto ad embolizzazione selettiva di un ramo interno dell'arteria pudenda di destra con microbolle (Mi). A distanza di 3 mesi il problema persiste, viene somministrata terapia con ciproterone acetato con scarso risultato e mal tollerabilità del paziente al trattamento.

Si esegue una nuova arteriografia selettiva dell'arteria pudenda interna, che conferma la presenza di FA-V di rami distali dell'arteria dallo stesso lato e pertanto si procede a nuova embolizzazione selettiva dei rami distali con Mi. Dopo circa 5 mesi il paziente presentava ancora episodi ricorrenti di Pr, una nuova embolizzazione selettiva con Mi è stata eseguita dopo arteriografia a livello di alcuni rami pudendi interno di otturatorio di sinistra dove è stata dimostrata una recidiva di fistolizzazione con la radice del corpo cavernoso.

Il paziente a distanza di 2 mesi riferiva episodi di dolore al gluteo sinistro, senza remissione di Pr. Eseguito nuovo studio con color-doppler si repertava una velocità di picco sistolico con valori di 40 cm/sec in corrispondenza ad una lacuna vascolare intracavernosa alla radice del pene con evidenti fenomeni di turbolenza e con spettro ad alta velocità da riferire a FA-V rifornita.

Conclusioni

Il paziente è stato candidato dopo stesura di un adeguato consenso informato alla legatura chirurgica delle arterie cavernose alla radice del pene.

Nella nostra revisione della letteratura l'embolizzazione superselettiva dell'arteria cavernosa è un trattamento sicuro ed efficace per il Pr ad alto flusso. L'utilizzo di Mi ha portato un grande successo all'embolizzazione con preservazione della funzione erettile, in particolare nel trattamento di una fistola arteriosa unilaterale in un paziente giovane, ma ciò a volte nei pazienti anziani può non essere efficace come nel nostro caso.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Case 3**“Restless legs syndrome”: miglioramento dopo terapia con androgeni**

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

Divisione multizonale di Urologia, Ospedale “Santa Chiara”, Trento e Ospedale “Santa Maria del Carmine”, Rovereto

Introduzione

La sindrome delle gambe senza riposo (RLS), conosciuta anche come “sindrome di Elkbom” è una patologia caratterizzata dalla necessità di muovere continuamente le gambe, associata in genere a sensazione di “fastidio” alle gambe, descritto spesso dai Pazienti come formicolio o bruciore. I sintomi compaiono tipicamente a riposo, si attenuano con il movimento e si manifesta o si aggrava nelle ore serali e nella prima parte della notte, interferendo con l’addormentamento e causando insonnia.

Colpisce solitamente gli arti inferiori, ma può interessare anche le braccia, il tronco e persino un arto fantasma. A lungo termine è causa di ansia e depressione.

Ha un prevalenza che va dal 2,5 al 10% della popolazione, colpisce prevalentemente le donne di età compresa tra i 35 e i 50 aa., più del 60% dei casi sono familiari e si trasmettono con meccanismo autosomico dominante a penetranza variabile.

Sono note una forma primitiva idiopatica, ad insorgenza solitamente lenta e che può non manifestarsi per mesi o anni, spesso progressiva e che tende a peggiorare con l’età, e una secondaria, spesso ad insorgenza improvvisa e che può presentarsi fin dall’esordio in forma diurna. Insorge spesso dopo i 40 anni, in associazione a particolari condizioni cliniche, come la carenza di ferro (ferritinemia < a 50 µg/l), le varici venose, la carenza di folati o magnesio, le apnee del sonno, l’insufficienza renale, il diabete, alcune patologie tiroidee, neuropatie periferiche, il Morbo di Parkinson, la sclerosi multipla ed alcune malattie autoimmuni come la sindrome di Sjögren, il morbo celiaco e l’artrite reumatoide o con l’uso di alcuni farmaci, come alcuni antagonisti dopaminergici utilizzati come antiemetici, antiistaminici, antidepressivi sia della categoria dei triciclici che SSRI, antispastici e anticonvulsivanti.

I meccanismi eziopatologici ipotizzano un ruolo nella regolazione della dopamina e del ferro: queste ipotesi sono basate sull’osservazione che la levodopa ed il ferro possono essere usati per il trattamento, ma anche da studi di imaging funzionale del cervello, studi autoptici e esperimenti su animali. Anche nel liquor cefalorachidiano di pazienti affetti sono state dimostrate differenze relative ai marker della dopamina e del ferro; il nesso fra questi due sistemi sarebbe dimostrato dai bassi livelli di ferro nella sub stantia nigra dei soggetti affetti, sebbene possano essere coinvolte alte aree cerebrali.

Al momento non esiste un trattamento specifico per la RLS ma vengono usati diversi farmaci per controllarne i sintomi:

- benzodiazepine ed anticonvulsivanti;
- agonisti dopaminergici (pramipexolo);
- sedativi;
- oppiacei;
- accorgimenti di tipo igienico-educazionale (evitare l’assunzione di alcolici nelle ore serali, fare esercizi di stretching, sottoporre gli arti a docce alternate caldo/fredde ecc.).

Caso Clinico

G.T. di anni 72 si presenta presso il nostro ambulatorio di Andrologia ca 3 mesi lamentando disturbi della sessualità caratterizzati da scarsa libido e disfunzione erettiva parziale, prevalentemente di mantenimento; riferisce inoltre estrema difficoltà nel raggiungimento dell’orgasmo, con marcata

ipoprosia. Nella storia clinica è presente un forma di RLS gravemente invalidante, con marcata insonnia e in cura da molti anni presso un altro centro, e in terapia con pramipexolo; inoltre lamenta IVU recidivanti da Coli.

Gli esami di laboratorio mostrano solo una lieve iposideremia (43 µg/ml vs. 60-160) con normali valori di ferritinemia e transferrinemia. PSA 0,46 ng/ml

L’esame obiettivo mostra normalità dei genitali esterni; la DRE mostar normalità del reperto palpatorio prostatico e l’ecografia sovra pubica mostra un’area calcifica del lobo destro.

Il paziente riferisce inoltre di trovare giovamento dall’attività autoerotica serotina, che lo aiuterebbe ad addormentarsi meglio e con sonno più ristoratore, ma di essere in difficoltà per le problematiche più sopra esposte.

Viene quindi posta diagnosi di “deficit erettivo con disfunzione libidica verosimilmente secondaria a grave disturbo del sonno e sospetta proste batterica cronica”.

Vengono prescritti dei dosaggi ormonali (testosterone totale e libero, PrL, SHBG, T3 e T4) che mostrano normalità nell’assetto tiroideo e nel valore di testosterone totale, con valore di testosterone libero di 3,2 pg/ml vs. 8-54, con normale SHBG; al Paziente viene quindi proposta una terapia con gel di testosterone al dosaggio di 50 mg b.i.d. + tadalafil 10 mg 1 cp µ 2 settimana, convertita poi dopo ca 1 mese in 5 mg/die.

Alla visita di controllo il paziente mostra normalizzazione dei parametri ormonali e un notevole recupero della libido e di una erezione più valida con facilitazione dell’orgasmo, associato ad una migliore qualità del sonno e diminuzione del “fastidio” a livello degli arti inferiori.

Si definisce molto soddisfatto della terapia che non intende per il momento sospendere.

Bibliografia

Allen R, Picchiotti D, Hening W, et al. *Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations ed epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institute of Health.* Sleep Med 2003;4:101-19.

Case 4**Aneiaculazione come primo sintomo di tubercolosi urogenitale**

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

UO Urologia, Ospedale Santa Maria Annunziata, Università di Firenze; * UO Urologia, Ospedale Santa Chiara, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

Introduzione

Negli ultimi cinquanta anni (1955-2008), il numero totale di casi di tubercolosi (TBC) registrati dal sistema di notifica nazionale è passato da 12.247 a 4.418 (da 25,26 a 7,4 casi ogni 100.000 abitanti).

La riduzione più drastica è stata osservata fino al 1981, mentre negli ultimi si segnala, legata ai fenomeni di immigrazione, un ritorno di tale patologia con casi spesso più difficili da trattare. L’andamento, infatti, si è mantenuto abbastanza stabile, oscillando sempre intorno ai 7 casi per 100.000 abitanti negli ultimi 20 anni. Ogni anno in Italia vengono notificati 4.000 casi di TBC. Dal 1999 al 2008, i casi di TBC in cittadini non italiani hanno rappresentato il 36% del totale dei casi¹. L’incidenza degli interventi per TBC urogenitale è passata dal 3% delle procedure chirurgiche urologiche negli anni 60 allo 0,3% delle procedure nel decennio 1990-2000².

Caso clinico

Un paziente di 43 anni di nazionalità peruviana è giunto alla

nostra osservazione riferendo aneiaculazione da circa 3 mesi associata a calo ponderale. All'esplorazione rettale la prostata si presentava disomogenea e dolorabile. Agli esami ematici l'assetto ormonale era nella norma, il PSA totale risultava 1,83 ng/ml. Il paziente è stato sottoposto a ecografia trans rettale (TRUS) con riscontro di un'area ipoecogena di circa 2,5 cm a livello zona centrale.

Alla RMN endocavitaria è stata rilevata una diffusa ipointensità del segnale sequenze T2 a carico di entrambe vescicole seminali. Il paziente è stato quindi sottoposto a agobiopsia prostatica trans-rettale eco guidata con riscontro istopatologico di "diffusa prostatite granulomatosa gigantomatosa". La ricerca del bacillo di Koch nelle urine è risultato positivo. La successiva visita infettivologica ha confermato la diagnosi di TBC urogenitale per cui il pz è tuttora in terapia antibiotica di mantenimento con isoniazide e pirazina mentre dopo fase iniziale di attacco per i primi 2 mesi con isoniazide, rifampicina e pirazinamide.

Conclusioni

A nostra conoscenza, questo è il primo caso di aneiaculazione come primo sintomo di TBC. L'aneiaculazione in un paziente proveniente da aree endemiche per la TBC deve essere considerato possibile manifestazione clinica di questa malattia.

Bibliografia

¹ TBC REPORT 2008. www.Ministerodellasalute.it

² Rizzo M, Mondaini N. *Twenty-years experience on genitourinary tuberculosis*. Arch Ital Urol Androl 2004;76:83-7.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Case 5

Localizzazione testicolare della granulomatosi di Wegener

A. Del Grasso, A. Macchiarella, F. Di Loro, F. Rubino, C. Dattilo, M. Spurio, M. Gavazzi, F. Blefari
Azienda USL 4 di Prato

Introduzione ed obiettivi

Una localizzazione non frequente come quella testicolare di una patologia rara come la Granulomatosi di Wegener può simulare durante la diagnostica strumentale neoformazioni maligne del didimo. Questa vasculite necrotizzante interessa normalmente le alte e basse vie respiratore, il rene con glomerulonefriti e in modo sistemico i vasi provocando vasculiti. La condivisione delle conoscenze su questa patologia può ridurre il rischio di overtreatment in caso di localizzazione testicolare.

Caso clinico

È giunto alla nostra osservazione un uomo di 48 anni con dolore testicolare destro da 10 giorni. Il paziente riferiva anamnesi di Sindrome di Wegener con localizzazione polmonare e con vasculiti necrotizzanti di alcune dita di mani e piedi che avevano necessitato amputazioni. L'ecografia eseguita in urgenza ha evidenziato diffuse alterazioni ecostrutturali del didimo con formazione nodulare disomogenea di 3 cm. L'esame obiettivo confermava la presenza di area nodulare, dolorabile, con consistenza aumentata a livello del didimo. Marker tumorali testicolari negativi. Abbiamo proceduto a intervento esplorativo testicolare destro con accesso inguinale anche in virtù di un'altra ecografia eseguita dopo 6 giorni di terapia antibiotica e con FANS senza miglioramento della sintomatologia e dell'aspetto ecografico.

Risultati

In corso di esplorativa testicolare il didimo e l'epididimo si presentava con aspetto macroscopico alterato, con nodulo di circa 3 cm a livello del didimo e materiale purulento periepididimario. Abbiamo deciso di procedere a orchifunicolectomia destra. All'esame istopatologico definitivo non è stata rilevata

nessuna proliferazione neoplastica, presenza di flogosi essudativo necrotica, scleroatrofia dei tubuli seminiferi e flogosi produttiva degli stromi epididimari. Il quadro vascolare era compatibile con vasculite granulomatosa di Wegener. Il paziente è stato dimesso in 1 giornata postoperatoria dopo rimozione del drenaggio scrotale. Al controllo clinico in 10ª giornata lo scroto era non dolorabile.

Conclusioni

La localizzazione testicolare della vasculite granulomatosa di Wegener è da tenere presente nella diagnosi differenziale dei quadri clinici sospetti per neoplasia testicolare nei pazienti con anamnesi positiva per questa granulomatosi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Case 6

Quadri clinici andrologici in pazienti con iperomocisteinemia

P. Chierigo, S. Dedola¹, M.C. Taccola², M. Saugo³, L. Rossetto⁴, N. Franzolin

UOC Urologia, ¹ UOS Alcologia, Ospedale di Schio; ² Medico di Medicina Generale, Azienda Ulss 5 "Ovest Vicentino";

³ Servizio Epidemiologico, Azienda Ulss 4 "Alto Vicentino";

⁴ Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, Azienda Ulss 4 "Alto Vicentino"

Introduzione ed obiettivi

Descriveremo 4 casi clinici andrologici correlati ad iperomocisteinemia (HHcy); analizzeremo il nesso causale alla luce delle evidenze presenti in letteratura. La omocisteina (Hcy), aminoacido solforato non utilizzato nella sintesi proteica, a motivo del gruppo tiolico è specie reattiva, potenzialmente lesiva per l'endotelio; pertanto la sua concentrazione plasmatica deve essere mantenuta costantemente molto bassa, sotto a 10 µmol/l. La Hcy plasmatica può essere rapidamente eliminata mediante escrezione renale, transsulfurazione (condensazione a cisteina, in presenza di vitamina B6) o rimetilazione a metionina (Met), in presenza di acido metiltetraidrofolico (MTHF) come donatore di metili e vitamina B12 come coenzima. La HHcy è presente nel 10% della popolazione (ma sopra ai 60 anni circa nel 50%), come effetto di insufficiente escrezione renale o disfunzione delle suddette vie metaboliche (per loro saturazione o per carenza degli enzimi e coenzimi necessari, più spesso per carenza di acido folico (AF). Due terzi dei casi di HHcy dipendono da una dieta ricca di Met, povera di folati, vitamina B6 e B12, con abuso di caffè ed alcolici, tabagismo e vita sedentaria. Spesso assumiamo quantità troppo scarse di folati, ed i depositi epatici risultano sufficienti per soli 2-4 mesi. Gli alcolici riducono l'assorbimento intestinale dei folati e la sintesi epatica di MTHF, ed aumentano l'escrezione urinaria di AF. Il più frequente fattore genetico responsabile di HHcy è il deficit di MTHF reduttasi, presente in forma eterozigote nel 65% della popolazione. Nel 1969 McCully descrisse arteriosclerosi e lesioni trombotiche massive in due bambini affetti da HHcy. La sua "Hcy theory of atherosclerosis" afferma che la Hcy è endotelio-lesiva più del noto colesterolo. Da allora numerosi studi hanno riconosciuto la HHcy come fattore di rischio indipendente per il precoce sviluppo di malattie arteriose e venose. La disfunzione endoteliale da HHcy ha come effetto una ridotta secrezione endoteliale di nitrossido (NO), il principale mediatore della vasodilatazione. Ne risulta ipertensione arteriosa spesso resistente alla terapia. L'azione vasodilatatrice del NO, fondamentale per l'erezione, si esprime mediante produzione di cGMP. Gli inibitori della PDE5 inibiscono la degradazione del cGMP, prolungando l'effetto del NO. L'AF è il cardine della terapia della HHcy.

Materiali e metodi

Casi clinici

Paziente 1: 46 anni, priapismo ischemico. Familiarità per arteriopatia ostruttiva. Ipertensione trattata con 5 farmaci. Normopeso, non fuma, non droghe, non malattie di rilievo. Visita urologica completa negativa.

Paziente 2: 47 anni, flebotrombosi dorsale superficiale del pene. Anamnesi familiare e personale negativa. Ipertensione in terapia.

Paziente 3: 26 anni etilista, disfunzione erettile (DE) da ipoafflusso poco responsiva agli inibitori PDE5. Non fuma. Anamnesi familiare, fisiologica e patologica negative.

Paziente 4: 50 anni etilista, DE non responsiva agli inibitori PDE5. Spiccata familiarità per infarto. Ipertensione in terapia. Arteriopatía periferica sintomatica.

I 4 pazienti sono stati sottoposti al dosaggio di emocromo, glicemia, colesterolo, trigliceridi, Hcy. Nei pazienti 1 e 2 sono stati dosati i fattori pro trombotici (fibrinogeno, antitrombina 3°, proteina C reattiva); nel paziente 3 e 4 il testosterone totale, l'estradiolo, la prolattina. A seguito del riscontro di HHcy i 4 pazienti sono stati inviati a valutazione internistica. È stato prescritto AF 5 mg die senza sospendere, e dosaggio dell'Hcy ogni mese per 4 volte.

Risultati

Gli esami del sangue non hanno mostrato alterazioni significative, salvo il dosaggio iniziale di Hcy (38 $\mu\text{mol/l}$ nel paziente 1; 21 nel paziente 2; 26 nel paziente 3; 36 nel paziente 4). Dopo 1 mese di terapia con AF la Hcy si è normalizzata; i successivi dosaggi di Hcy sono risultati stabili. Inoltre, il paziente 1 è riuscito dopo 4 mesi a ridurre la terapia antiipertensiva ad 1 solo farmaco; il paziente 2 dopo 4 mesi ha smesso di assumere antiipertensivi; il paziente 3 dopo 2 mesi ha recuperato erezioni spontanee; nel paziente 4 dopo 3 mesi la DE ha iniziato a rispondere al tadalafil, e la arteriopatia periferica è divenuta meno sintomatica.

Conclusioni

A fronte dei numerosissimi e recenti riferimenti presenti in letteratura circa le condizioni patologiche indotte da HHcy, solamente 2 descrivono l'associazione fra HHcy e disfunzioni sessuali (DS) maschili. In questi 2 articoli l'unica DS descritta è la DE. L'erezione richiede una vasodilatazione NO-mediata; la HHcy, inibendo la sintesi endoteliale del NO, può essere l'unico fattore causale di una DE da ipoafflusso, la quale potrà regredire a seguito della normalizzazione dell'Hcy plasmatica. In presenza di HHcy gli inibitori della PDE5 possono risultare inefficaci, poiché il substrato sul quale vanno ad agire, il cGMP, non viene più sintetizzato. Il loro meccanismo di azione richiede la presenza di NO, e la HHcy rende indisponibile il NO. Affinché essi possano nuovamente funzionare, prima deve essere normalizzato il livello plasmatico di Hcy, così che il NO endoteliale venga nuovamente prodotto. Il nostro studio suggerisce inoltre che la HHcy potrebbe concorrere alla genesi di eventi trombotici pazienti, come il priapismo a basso flusso o la flebotrombosi superficiale del pene. La comunità medico-scientifica è in gran parte ancora poco consapevole circa la elevata prevalenza e la ricaduta clinica di questo fattore di rischio. La terapia con AF, l'adeguamento delle abitudini dietetiche e dello stile di vita (primariamente, la astensione dagli alcolici, importante fattore di blocco a più livelli del metabolismo dell'acido folico) riescono facilmente a compensare le alterazioni del metabolismo dell'Hcy. Abbiamo deciso di non dosare l'AF, la B6 e la B12 e di non sottoporre i pazienti ad indagini genetiche (che avrebbero consentito di evidenziare una eventuale etiologia ereditaria della HHcy), in quanto evidenze presenti in Letteratura permettono di affermare che è il fenotipo HHcy il vero fattore di rischio, mentre i suoi fattori causali ed il genotipo sono poco rilevanti ai fini della terapia.

Da alcuni anni è stata sottolineato che l'Urologo può essere la prima figura medica ad osservare segni e sintomi che portino a sospettare e diagnosticare una arteriopatia polidistrettuale, la quale, adeguatamente indagata, potrebbe svelare una coronaropatia latente. Similmente, può accadere che l'Urologo sia il primo medico a diagnosticare una HHcy, indagando la patogenesi di una DE o di eventi trombotici penieni. In tal caso sarà opportuno che il paziente venga in seguito indirizzato all'attenzione dell'Internista, per ricercare eventuali altre alterazioni patologiche secondarie alla HHcy. Essendo la HHcy un importante ed indipendente fattore di rischio aterotrombotico di non raro riscontro, il dosaggio della Hcy dovrebbe rientrare negli esami abitualmente eseguiti, proprio come i più noti colesterolo, trigliceridi e glicemia. Per quanto attiene ai problemi andrologici, in presenza di quadri clinici apparentemente non spiegabili, senza fattori etiologici evidenti, prima di etichettare la disfunzione come "idiopatica" è opportuno escludere una HHcy: ad esempio in giovani pazienti con DE da ipoafflusso, in caso di DE da ipoafflusso non responsiva agli inibitori della PDE5, in alcuni casi di priapismo, nella trombosi delle vene dorsali superficiali del pene. Nella DE ciò è particolarmente importante, poiché la HHcy ostacola il meccanismo di azione degli inibitori della PDE5. La supplementazione con AF 5 mg die potrà non solo risolvere le disfunzioni di pertinenza andrologica, ma anche prevenire la insorgenza di accidenti vascolari sistemici potenzialmente invalidanti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Case 7

L'applicazione di dispositivi metallici di costrizione sui genitali esterni maschili a scopo erotico non sempre rappresenta una rara emergenza urologica: nostra esperienza su due casi clinici e revisione della letteratura

L. Dell'Atti, G. Ughi, G. Capparelli, G. Daniele, G.R. Russo

UO Urologia Azienda Ospedaliero-Universitaria Arcispedale "S. Anna", Ferrara

Introduzione

Il ricorso ad oggetti di varia natura sul pene al fine di ottenere una migliore performance sessuale non è un evento raro. Tuttavia però la rimozione di questi può essere difficoltosa a causa del dolore e turgore dovuti allo strangolamento dei corpi cavernosi e rappresenta spesso una vera e propria sfida da parte dell'urologo.

Caso clinico 1

Uomo di 38 anni, marocchino, presentato nel PS del nostro ospedale con un anello in acciaio di costrizione alla base del pene, in priapismo da circa 5 ore associato a intenso edema e dolore.

Caso clinico 2

Uomo di 45 anni, rumeno, giunto dopo circa 15 ore alla nostra osservazione con un dispositivo circolare di grosso spessore (tipo una sezione di tubatura) alla base dei genitali esterni presentando un pene semirigido, edematoso, con parafimosi e numerose ulcerazioni cutanee associate ai fenomeni compressivi ed infruttuosi tentativi di rimozione.

Risultati

In entrambi i casi i tentativi di rimozione dei corpi estranei con aspirazioni ematiche a scopo decompressivo, dispositivi di lubrificazione o di taglio a disposizione del nostro strumentario urologico, risultarono vani a causa del forte dolore ed abbondante edema e congestione. Entrambi i pazienti furono

sottoposti ad anestesia sub aracnoidea e cessata la fase acuta dolorosa si è proceduto nel primo caso alla rimozione praticando due incisioni con una pinza tipo tronchese fornita dai colleghi ortopedici, nel secondo caso è stato reso necessario, data l'inadeguatezza del materiale reperibile a disposizione in sala, l'intervento dei vigili del fuoco e l'utilizzo di una sega circolare elettrica. I pazienti furono dimessi dopo circa 48 ore, e, a distanza di circa 1 mese entrambi avevano ripreso una funzionalità erettile soddisfacente.

Conclusioni

Da una revisione della letteratura si evince che i dispositivi più comunemente utilizzati per causare incarcerazione dei genitali esterni sono anelli metallici, mentre le lesioni del pene di entità inferiore sono sostenute da dispositivi non metallici. I pazienti che presentano una risoluzione del problema dopo 48 ore sono più propensi a sostenere le lesioni di grado più elevato rispetto a coloro che cercano un trattamento più tempestivo. Dunque, l'incarceramento del pene rappresenta una emergenza urologica importante e la rimozione di tali dispositivi con un intervento rapido preserva i pazienti da conseguenze cliniche potenzialmente gravi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Case 8

Associazione fra androgeni serici e morbo di La Peyronie

G. Cavallini, G. Biagiotti*, C. Lo Giudice**

*Andros Italia, Sede di Ferrara, *Sede di Perugia, **Sede di Vicenza*

Introduzione

Scopo di questo lavoro è confrontare il livello androgenico fra pazienti con morbo di La Peyronie (PD) e soggetti di controllo (C) mediante una ricerca prospettica.

Materiali e metodi

Durata dello studio: dal 2 gennaio 2007 al 28 febbraio 2010. PD è stato diagnosticato con anamnesi, esame obiettivo, ecodoppler basale e dinamico (iniezione intracavernosa di Alprostadil 10 mcg) del pene. Criteri di esclusione: disfunzione erettile (diagnosticata con colloquio semistrutturato), epatopatie, diabete/ipertensione non trattati o scompensati, terapia con inibitori delle 5 alfa redattasi, con ormoni esogeni, con antimicotici o con LH-RH agonisti. C sono stati arruolati fra soggetti sottoposti autonomamente a check-up andrologico di età simile, senza deficit erettivo. In tutto sono stati arruolati 106 PD (età media $54,3 \pm 4,6$ anni) e 99 C ($53,3 \pm 5,6$ anni). In ciascuno sono state eseguite le seguenti misurazioni: BMI, ormone follicolo stimolante (FSH), ormone luteinizzante (LH), albumina, sex hormone binding globulin (SHBG), prolattina (PRL), testosterone totale (tT), testosterone biodisponibile (bT). Le differenze sono state analizzate mediante analisi della varianza.

Risultati

LH ($5,8 \pm 2,4$ IU/l vs. $2,3 \pm 0,6$ IU/l) e SHBG ($45,0 \pm 16,3$ nmol/l vs. $32,3 \pm 12,2$ nmol/l) erano significativamente più alti in PD che in C; al contrario tT ($9,6 \pm 5,6$ nmol/l vs. $12,4 \pm 6,6$ nmol/l) e bT ($4,6 \pm 1,9$ nmol/l vs. $7,7 \pm 3,9$ nmol/l) erano significativamente più alti in C che in PD. Non risultarono altre differenze significative fra i parametri esaminati: BMI, FSH, PRL.

Conclusioni

I nostri dati indicano che PD hanno livelli androgenici inferiori a C. Lo studio ha avuto finanziamenti: No



Elenco abstract non pubblicati

Non verranno riportati i testi del seguente abstract in quanto gli Autori non hanno concesso il copyright alla SIA

P23

Efficacia e tollerabilità dell'etilefrina a tre diversi dosaggi nella prevenzione delle erezioni prolungate in pazienti sottoposti ad eco-color-doppler penieno con farmacostimolazione intracavernosa con PGE1: nostra esperienza su 750 pazienti

M. Spilotros, F. Palumbo, A. Vavallo, M. Tedeschi, G. Lucarelli, S. Palazzo, P. Ditunno, M. Battaglia, F.P. Selvaggi, C. Bettocchi

Dipartimento delle emergenze e dei trapianti d'organo (DETO), Università di Bari, Sezione di Urologia, Andrologia e Trapianto di rene

Indice degli autori

- Abatangelo G., 36
 Addoniso P., 8
 Alba S., 4
 Alessandrini M., 41
 Altieri V., 23, 38
 Angelozzi G., 5, 34
 Antoniazzi F., 30
 Arcaniolo D., 3, 19
 Arena G., 14
 Armanini D., 7, 14, 17
 Asimakopoulos A.D., 3
 Austoni E., 23, 38
 Autieri D., 8
 Aversa A., 13
- Bakdounes L., 7, 14, 17
 Barbagli G., 29, 31
 Barbi E., 30
 Bartoletti R., 4, 8, 25, 41
 Battaglia M., 6, 11, 39, 44
 Belgrano E., 3, 11, 23, 32, 33
 Benedetto G., 36
 Beneventano G., 15
 Benvenuto S., 3, 11, 23
 Bertolotto M., 33
 Bettocchi C., 6, 11, 39, 44
 Biagiotti G., 28, 44
 Blefari F., 42
 Boltar A., 32
 Bonanni G., 7, 14, 17
 Bonazzi A., 4, 41
 Bordin L., 7, 14, 17
 Borghesi M., 29, 33
 Bottalico M., 31
 Bottone F., 3, 22
 Bragaglia A., 2
 Brunocilla E., 20
 Bucci S., 3, 11, 23, 32
 Burns P., 13
- Cai T., 8, 9, 25, 41
 Calcagno A., 17
 Caliolo C., 30
 Camilli M., 20
 Capece M., 3, 22, 27
 Capitano U., 9, 16, 17, 28
 Capparelli G., 43
 Capuzzo D., 17
 Caraceni E., 5, 34
 Carbone A., 8
 Caroli Casavola V., 10
 Casilio M., 3, 19, 21, 26, 29
 Castagna G., 8, 9, 16, 17, 28
 Castiglione F., 8, 9, 16, 17, 28
 Catanuso M., 15
 Cavallini G., 28, 44
 Cecchi M., 26
 Centonze A., 31
 Ceruti C., 2, 5, 11, 16, 24, 36
 Chiancone F., 19
 Chierigo P., 42
 Chironi C., 30
 Ciampalini S., 3, 11, 33
 Ciletti M., 34
- Clari G., 7, 14, 17
 Clementi M.C., 8, 9, 16, 17, 28
 Colombo F., 20, 21, 28, 29, 33
 Conti E., 20
 Coppola G.A., 10
 Coppola L., 10
 Costantini F.M., 2
 Costanzi A., 41
 Cozza P.P., 14
 Crisafulli C., 15
 Curreli A., 25, 35
- d'Aloia G., 32
 Daniele G., 43
 Daniele G.P., 40
 Dattilo C., 42
 De Angelis M., 31
 de Concilio B., 23, 32
 De Dominicis C., 34
 Dedola S., 42
 Del Rosso A., 27
 Del Grasso A., 42
 Dell'Atti L., 26, 40, 43
 Dente D., 30, 34
 Di Piero E.D., 27
 Di Benedetto A., 26
 Di Gregorio C., 15
 Di Guardo A., 15
 Di Leo G., 38
 Di Lorenzo V., 39
 Di Loro F., 42
 Di Marco M., 4
 Ditunno P., 6, 11, 39, 44
 Divenuto L., 4
 Donà G., 7, 14, 17
 Drei B., 40
- Falcone M., 2, 5, 11, 16, 24, 36
 Farina U., 41
 Fasolis G., 20
 Fasolo P.P., 20
 Ferasin S., 7, 14, 17
 Ferrari M., 8, 9, 16, 17, 28
 Fiore C., 7, 14, 17
 Fioretti F., 5, 34
 Fiori C., 16
 Fiorito C., 4
 Florio M., 19, 21, 26, 29
 Fontana D., 5, 2, 11, 16, 24, 36
 Forte F., 16
 Franceschelli A., 20, 21, 28, 29, 33
 Franco G., 30, 34
 Franco M., 3
 Franzolin N., 42
 Fusco F., 1, 3, 19, 22, 27
- Galica V., 27
 Galizia G., 23, 38
 Galletto E., 5, 2, 11, 16, 24, 36
 Gallo L., 15, 32
 Gallo N., 14
 Garaffa G., 21
 Gavazzi M., 42
 Gentile G., 20
- Gentile V., 34
 Giannella R., 15, 20, 32
 Giorgino F.L., 7, 14, 17
 Giubilei G., 4
 Giulianelli R., 20
 Gnech M., 2
 Gontero P., 4
 Greco E., 34
 Grimaldi G., 3, 22, 27
- Hackett G., 13
- Iacona G., 38
 Ieria F., 19, 21, 29
 Imbimbo C., 19, 27
 Intermite I., 4
 Iorio B., 3
- Kim E.D., 13
 Kopernicky V., 13
- Lavelli E., 4
 Lazzeri M., 29, 31
 Leonardi R., 20, 38
 Leonardo C., 30, 34
 Leto A., 8
 Liguori G., 3, 11, 23, 32, 33
 Littara A.G., 5
 Lo Giudice C., 28, 44
 Longhi E., 21
 Longo N., 3, 19
 Lucarelli G., 6, 11, 39, 44
 Luciani L., 41
- Macchiarella A., 42
 Maio G., 7, 34, 35, 36
 Malossini G., 25, 41
 Mangiapia F., 3, 19
 Marconi A., 34
 Marcucci I., 16
 Marino F., 31
 Marotta V., 31
 Marronaro A., 5
 Marzotto M., 20
 Masci F., 16
 Masciovecchio S., 27
 Matloob R., 8, 9, 16, 17, 28
 Mazzoli S., 8, 9, 25
 Mazzon G., 11, 23
 Meacci F., 8, 9
 Meliani E., 41
 Melone F., 41
 Melone R., 5
 Menchini Fabris F., 26
 Mendoza D.M., 19, 21, 26, 29
 Mirone V., 3, 19, 22, 27
 Mirri F., 29
 Misuraca L., 34
 Moncada I., 13
 Mondaini N., 4, 8, 25, 41
 Montagna D.D., 10
 Montorsi F., 8, 9, 13, 16, 17, 28
 Morales A.M., 13
 Morelli G., 26

- Moretti D., 8, 9, 16, 17, 28
Morrone G., 14
Mutinelli P., 28
Muzzonigro G., 1
- Nadalin D.A., 28
Napoli R., 23
Nigro F., 36
Nucciotti R., 2
- Ollandini G., 11, 23
Orciari P., 29
Ortensi I., 10
- Pagliarulo A., 4
Palazzo S., 44
Palleschi G., 8
Palmieri A., 19, 22, 27
Palumbo F., 6, 11, 39, 44
Paradiso Galatioto G., 27
Passaretti G., 21
Passavanti G., 2
Pastore A.L., 8
Pecoraro S., 15, 20, 32, 38
Peluso G., 14
Perimenis P., 13
Perri C., 14
Pescatori E.S., 40
Petrovic M., 23
Petrucci F., 30
Piccolo M., 17
Pinto Provenzano S., 10
Pio F., 21
Pirozzi Farina F., 25, 34, 35
Pisano F., 4
Pischedda A., 25, 35
Pizzuti V., 2
Porst H., 13
Pozzi Mucelli F., 33
Profeta G., 15
Pultrone C.V., 20, 21
- Ragazzi E., 7
Rago R., 16
Ricapito V., 6
Rigatti P., 8, 9, 16, 17, 28
Ripoli A., 8
Rizzo M., 3, 33
Rocchini L., 9
Rolle L., 2, 5, 11, 16, 24, 36
Romano G., 29, 31
Rossetto L., 42
Rubino F., 42
Rubio-Aurioles E., 13
Russo A., 8, 9, 16, 17, 28
Russo G.R., 26, 40, 43
- Saccà A., 8, 9, 16, 17, 28
Sacchetto R., 16
Salacone P., 16
Saldutto P., 27
Salonia A., 8, 9, 16, 17, 28
Salvitti M., 30
Sanfelici A.P., 28
Sansalone S., 19, 20, 21, 29, 31
Santi M., 26
Saponaro P., 31
Saracino G.A., 11
Saraeb S., 35
Sarti E., 41
Saugo M., 42
Savoca G., 33
Scardigli A., 41
Scarfini M., 26
Scremin E., 36
Sebastian S., 13
Sebastianelli A., 16
Sedigh O., 2, 5, 11, 16, 24, 36
Selvaggi F.P., 6, 11, 39, 44
Sepe G., 20
Shane M.A., 13
Sidari V., 20
Sidoti G., 15
- Silvani M., 20
Silvestri L., 8
Simone M., 31
Simonelli G., 34
Soria F., 4
Spera E., 3, 26
Spiezia N., 15, 32
Spilotros M., 6, 11, 39, 44
Spirito L., 19, 22, 27
Spurio M., 42
Stella P., 28
Stuckey B., 13
Sulpasso M., 30
- Taccola M.C., 42
Tambone C., 36
Tasca A., 36
Tedeschi M., 6, 11, 39, 44
Timpano M., 2, 5, 11, 16, 24, 36
Tiscione D., 25, 41
Tizzani A., 4
Toska E., 27
Trombetta C., 3, 11, 23, 32, 33
- Ughi G., 26, 40, 43
Umari P., 3, 33
Utizi L., 5
- Vattovani V., 41
Vavallo A., 6, 11, 39, 44
Verze P., 3, 19, 22, 27
Vicentini C., 27
Vitarelli A., 4
- West T.M., 13
- Zampieri N., 30
Zitella A., 4
Zordani A., 11, 32

Presentazioni	1
Poster Area Chirurgica – Gruppo 1	2
Comunicazioni orali Area Medica – Gruppo 1	7
Video – Gruppo 1	11
Poster – Gruppo 2	13
Comunicazioni orali – Gruppo 2	19
Video – Gruppo 2	23
Poster – Gruppo 3	25
Comunicazioni orali – Gruppo 3	33
Video – Gruppo 3	38
Clinical cases	40
Elenco abstract non pubblicati	44
Indice degli Autori	45

